

پرستاری در سوانح و حوادث غیر مترقبه

نویسندگان:

فرشته سیستانه ای

کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده
پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

رفعت رضاپور

کارشناس ارشد مدیریت پرستاری

آذر محمودی

کارشناس ارشد مدیریت پرستاری

منصوره زاغری تفرشی

کارشناس ارشد آموزش پرستاری

حاتم احمدوند

کارشناس ارشد روان پرستاری

مهدی ذهبی

کارشناس ارشد روان پرستاری

عنوان و پدید آور: پرستاری در سوانح و حوادث غیر مترقبه/نویسندگان فرشته سیستانه ای..... [و دیگران]

مشخصات نشر: تهران: آرویج 1385

مشخصات ظاهری: 304ص:مصور.

شابک: 964-504-086-8

یادداشت: فیپا

موضوع: پرستاری اورژانس

موضوع: تریاژ (پزشکی)

شناسه افزوده:

سیستانه ای، فرشته 1333-

رده بندی کنگره: 4پ/42/پ/RT120

رده بندی دیویی 616/028

شماره کتابخانه ملی: 85-31168م

پرستاری در سوانح و حوادث غیر مترقبه
فرشته سیستانه ای، رفعت رضاپور، آذر محمودی
منصوره زاغری تفرشی، حاتم احمدوند، مهدی ذهبی

چاپ و نشر: آرویج

لیتوگرافی: پارسا

شمارگان: 5000 جلد

چاپ اول: 1385

شابک: 964-504-086-8

آدرس دفتر: سه راه طالقانی، کوچه جواد کارگر، پلاک 12 تلفکس: 77537076
آدرس چاپخانه: سه راه طالقانی، جنب سینما صحرا، پلاک 197 تلفن: 77500565

E-mail : arvij@neda.net

www.arvij.net

رویدادهای مهم دهه های اخیر جهان از نظر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و انسانی نشان می دهد که جوامع بشری پیوسته دستخوش حوادث طبیعی یا تمایلات مخرب انسانها که باعث بروز بحرانهای گوناگون می شود، بوده است. روزی نیست که اخبار مربوط به بحرانهای کوچک و بزرگی که در گوشه و کنار دنیا رخ می دهد در وسایل ارتباط جمعی منعکس نشود این بحرانها ممکن است تا آنجا پیش برود که منافع داخلی و خارجی جوامع و یا اعتبار یک سازمان بزرگ را مورد تهدید قرار دهد.

بلایای طبیعی مانند زلزله های بزرگی که تاکنون چندین گوشه از جهان را لرزاندند است، طوفانها، سیلها و جنگها، به گل نشستن کشتی نفتکش¹ والدز در سال 1989 که باعث آلوده سازی 1600 کیلومتر از ساحل زیبای آلاسکا شد، انفجار کارخانه شیمیایی کار باید یونیون² در بوپال هندوستان - 1984 که موجب مرگ 2500 نفر و مصدوم شدن دویست هزار نفر شد، بیماری جنون گاوی در انگلستان و بسیاری از رویدادهای مهم دیگر در دنیا، همگی بحرانهایی هستند که همواره بشریت را در مناطق مختلف جهان تهدید می کنند.

¹ - VALDEZ -

² - UNION KARBIDE

بروز چنین بحرانهایی دولت‌ها را به طور جدی و مستقیم با خسارات و مشکلات گسترده ای روبرو می سازد. به طور خلاصه باید گفت که بحران به صورت بخش جدایی ناپذیر و طبیعی حیات سازمانها و جوامع امروز درآمده است. امروزه بحرانها دیگر ویژگی غیرعادی، کمیاب و اتفاقی برای جامعه جهانی تلقی نمی شود، بلکه در تاروپود جوامع مدرن رخنه کرده است.

شدت و ابعاد برخی از بحرانها به حدی است که بشر باید با استفاده از دانش، عقل، منطق و ابتکارات خود به مقابله با حوادث غیرمترقبه پردازد. متأسفانه پژوهشهایی که در سالهای اخیر درمورد پی آمدها و خسارات گسترده جهانی و مالی بلایای طبیعی در برخی کشورهای جهان انجام گرفته نمایانگر این است که آمادگی برای مقابله با بحران وجود نداشته و مقابله با بحران نیز به طور غیرموثر و غیرعلمی انجام گرفته است. افزون بر این، مدیریت بحران مدیریت ناشایسته، ناآزموده و آموزش ندیده بوده است. مدیریت علمی بحران برای بهره گیری گسترده از کلیه عوامل موثر در بهینه سازی کاهش خسارات ناشی از بحران و مقابله با بحران پدید آمده است. مدیریت بحران در گذر زمان به طور دینامیکی عمل می کند و عامل زمان را با فرمولهای خاص خود مورد استفاده قرار می دهد. آمایش فضاهای بحران زده در زمان با سیستم های مدیریت بحران انجام می گیرد. مدیران بحران باید با روشهای صحیح و موثر مدیریت بحران یک وضعیت بحرانی را با حداقل خسارات به سوی وضعیت عادی هدایت کنند.

آنچه در این کتاب به معنی بحران تلقی می شود به عنوان " تغییر ناگهانی، شدیدتر از حالت عادی و همراه با غافل گیری تهدیدآمیز" است که در سطح گسترده ای از یک جامعه رخ می دهد و برای برخورد با پی آمدهای آن به بسیج همگانی نیروهای امدادی اعم از خدماتی، نظامی، سیاسی، فرهنگی، مذهبی و تکنولوژیکی و فرهنگی نیاز است

جمهوری اسلامی ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه با موقعیتی سیاسی - جغرافیایی ویژه طی 30 سال گذشته همواره در معرض تحولات و تغییراتی بحران زا قرار گرفته است. در دهه های اخیر علاوه بر سیل و طوفانهای محلی و زلزله های خفیف هر ده سال یک بار زلزله های شدید در مقیاس 6 تا 7 ریشتر و تخریبی در حد فاجعه ملی در کشور رخ داده اند. وقوع جنگ احتمالی در کشور از جمله بحرانهای پایداری بوده است که بسیاری از منابع مادی و معنوی کشور را از بین برده و هزینه های سنگینی را بر ما تحمیل نموده است.

میانگین برآوردهای مختلف، خسارتهای فیزیکی (مساکن، زیرساختها و تاسیسات...) زلزله بم را حدود شانزده هزار میلیارد ریال (حدود دو میلیارد دلار) نشان می دهد و اگر خسارتهای انسانی و عواقب درازمدت اقتصادی آن را اضافه کنیم به رقمی در حدود 4 میلیارد دلار یعنی قریب 3% تولید ناخالص ملی می رسیم. واضح است که اگر این زلزله 30 سال پیش اتفاق می افتاد خسارات

آن شاید به یک دهم رقم فعلی هم نمی رسد زیرا میزان خسارتهای ارتباط تنگاتنگی با درجات توسعه (حجم و تعداد ساخت و سازها و تاسیسات و...) و تراکم جمعیت دارد. نگاهی به ارقام جهانی به خوبی روشنگر آن است که متوسط خسارات سالانه فاجعه های طبیعی در جهان برای سالهای دهه 1960 میلادی ده میلیارد و برای سالهای اخیر از یکصد میلیارد فراتر می رود یعنی رقم طی 30 سال ده برابر شده. زلزله 8/6 ریشتری بم بیش از 40 هزار کشته بر جای گذاشت. در ژاپن هر دهسال یکبار زلزله ای 8 ریشتری و هرساله زلزله ای 7 ریشتری اتفاق می افتد. چین به عنوان کشوری زلزله خیز دهها هزار کارشناس زلزله تربیت کرده و سیستم منسجمی را تحت عنوان مدیریت بحران و واکنش سریع تربیت و راه اندازی نموده است. در ژاپن طی 120 سال گذشته مجموعه ای عظیم از دانش زلزله شناسی، تدوین قوانین و مقررات، نهادهای مدیریت بحران و جبران خسارتهای و الگوهای شهرسازی فراهم شده است. در این کشورها آموزش مدیران شهری برای رویارویی با بحران و نظارت بر ساخت و سازها از جدی ترین اقدامات عاجل تلقی می شود.

با نگاهی اجمالی به سیستم مدیریت بحران در کشور متوجه می شویم که این سیستم هنوز مراحل ابتدایی خویش را طی نموده و در حال حاضر در مرحله تدوین و قانونمند شدن است و هنوز تا رسیدن به یک بافت عملیاتی کار آمد و فراگیر راه درازی در پیش است.

اگر چه در ساختار سیستم بهداشت و درمان کشور فعالیت های امید بخشی در جریان است ولی باید گفت که بدون همکاری منسجم و فراگیر کلیه نهاد های قانونی ، اجرایی ، خدماتی کشور و بدون برقراری نظم و هماهنگی در مدیریت بحران در سطح کلان هرگز نمی توان به دستاوردهای استاندارد در سطح جهانی دست یافت .

از دیدگاه کارشناسی هیچ بحرانی بدون علائم قبلی و درجات احتمالی آن رخ نمی دهد. بارها شنیده ایم «که زلزله خبر نمی کند». و یا «فاجعه های طبیعی چون: طوفان، سیل، آتش سوزی ناشی از امتحان الهی است». فراتر از جنبه های تسلی بخش و اعتقاد پایه ای در فرهنگمان که کارکرد خود را داراست با دیدی کارشناسانه می دانیم که بحرانها هم قابل پیش بینی هستند و هم خبر می کنند. بنا بر این مسئله اساسی این است که با چه نگرش و سازوکاری در جهت به حداقل رساندن دامنه بحران، خسارتها و بالاخره عادی سازی به رویارویی با بحران می رویم.

آثار منفی بروز بحران در جامعه زمانی حاد می شود که هیچ اقدامی قبل از بروز بحران انجام نشده باشد. به این ترتیب که هرج و مرج به حداعلاهی خود می رسد و شیرازه همه کارها از دست می رود. برنامه ریزی بحران کمک بزرگی به کوچک نگهداشتن دامنه بحران و کنترل سریع آن می کند.

بنابراین دولتمردان و مسئولین سیاستگذاری های کلان در کشورها باید پیوسته آماده رویارویی با بحرانها باشند و برای پیشگیری و یا کاستن تاثیر بحرانها بر جامعه خود چاره اندیشی کنند. آنها باید درک کنند که جامعه شان باید تا سرحد ممکن از بروز بحرانها ایمن باشند. اگر دولتمردان نگران درگیر شدن با بحرانهای طبیعی و تکنولوژیکی در سطح جامعه خود هستند، همواره باید بیاندیشند که چگونه می توانند و باید خود و کشور خود را از گرداب بحرانهای مختلف آن گونه نجات دهند تا کمترین آسیب متوجه مردمشان شود. گام اول در مدیریت بحران شناخت زمینه های بحران و گردآوری اطلاعات در زمینه های شکل گیری یا احتمال حادث شدن بحران است که نیاز به واقع بینی دارد تا خوش بینی. و تاکید کنیم که این درست در نقطه مقابل روزمره گی و به دنبال حوادث دویدن است و بدون تعارف در نقطه مقابل رفتار قدرگرایانه سنتی مان قرار می گیرد..

به این ترتیب سه فاز مدیریت بحران یعنی سازوکارهای قبل از بحران، سازمان ویژه مقابله با بحران پس از وقوع و بالاخره فرایند عادی سازی هر سه مهم هستند.

با وجود مسایل پیشگفته ، منطقاً این سوال مطرح است که در گستره بحرانها و بلا یای طبیعی و ساخته دست بشر کشور ما تا چه میزان قادر به مقابله سریع و بهنگام است .؟

مسئولین دولتی و محلی در نواحی بحران زا تا چه میزان قادر به

ارایه واکنش مناسب در برخورد با این نوع بحرانها و بلا یا هستند؟

فصل اول تعاریف

تعریف فاجعه³

بلا یا فاجعه عبارت از اتفاقات ناگهانی ومصیبت باری هستند که الگوی زندگی افراد جامعه را مختل کرده وجان انسان ها را به خطر میاندازند و صدمات متعددی را به بار می آورند. این سوانح می توانند طبیعی یا ساخته بشر

³=Disaster

باشند. بلایای طبیعی ، سوانحی هستند که به واسطه بی نظمی غیر طبیعی در وضعیت زمین ، هوا ، یا آب بوجدمی آیند.

در تعریف مطرح شده در خصوص فاجعه از سوی انجمن پرستاران امریکاتوصیف روشنی از آن از دیدگاه مسئولین امور بهداشت و درمان ارائه شده است. به گفته پارکر⁴ (1984) ، فاجعه به یک واقعه اطلاق می شود که تعداد قربانیان آن بیشتر از توان پذیرش و قدرت ارایه خدمات بالینی پرسنل و تجهیزات موجود در مراکز درمانی منطقه ای بوده و منابع و پرسنل موجود در بخش های بالینی و درمانی قادر به پوشش دادن همه قربانیان در یک زمان نیستند.

به گفته جوردن⁵ فاجعه (بلا) یک حادثه است که باعث صدمه به انسان شده و سبب تولید خسارات و مشکلات غیر معمولی میشود که بیشتر از حد توانایی جامعه هستند و برای مقابله با پی آمد های آنها به همکاری فوق العاده ای نیاز است.

بر اساس تعریف صلیب سرخ ایالات متحده (1975) ، فاجعه به وقوع یک حادثه گسترده طبیعی⁶ و یا ساخته دست بشر⁷ اطلاق می شود که سبب آسیب های گسترده در افراد جامعه شده و برای برآورده ساختن نیاز قربانیان به همکاری گسترده منابع و مسئولین عمومی نیاز است. (صلیب سرخ امریکا - 1975)⁸

⁴= Parker

⁵ - Jordan

⁶= natural

⁷= manmade

⁸ - American Red Cross – 1975

انجمن روانپزشکان آمریکا (1994) فاجعه را به عنوان یک رویداد آسیب زا و تنش آور از لحاظ روانی تعریف می کند که خارج از حیطه تجارب انسانی می باشد. تحت این شرایط رویداد آسیب‌زا با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ ، آسیبهای جدی فیزیکی برای فرد یا دیگران ، ترس شدید ، وحشت و ناامیدی همراه است ، در حالیکه یک رویداد آسیب زا ممکن است بر روی یک فرد به تنهایی اثر گذارد. رویدادهای آسیب زا عموما بر افراد یا گروههای کوچک اثر می‌گذراند در حالیکه بحرانها می‌توانند بر تمام جامعه و یا بخش عظیمی از منابع اجتماعی تاثیر گذارده و یا فراتر از آن افراد یا توان اجتماعی مقابله با آن بحران را مورد تهدید قرار دهند(اورسانو و همکاران -1994)⁹

چارلز فریتز¹⁰ جامعه شناس یک تعریف کلاسیک را از بحران به شرح ذیل ارائه داده است:

یک رویداد که در زمان و فضا محدود شده و در آن یک جامعه یا مجموعه مستقل از جامعه با خطرات شدیدی مواجهه می‌شود و چنان خساراتی به اعضاء جامعه و ابزار آلات فیزیکی‌اش به بار می‌آید که ساختار اجتماعی از هم گسیخته شده و اجرای همه یا بخشی از عملکردهای ضروری جامعه با مانع روبرو می‌شود.

⁹ - Ursano , M. McCaughey , Fullerton , 1994

¹⁰ - charles Fritz (1901)

در ایالات متحده قانون موسوم به رابرت استافورد که در باره کمک رسانی و تخفیف تاثیرات بحران وضع شده است¹¹ مجوزی را برای حکومت فدرال در نظر می‌گیرد تا بر اساس آن در مقابل بحرانها و موقعیتهای اضطراری پاسخگو باشد و مساعدتهایی را جهت تامین سلامت جامعه، نجات زندگی افراد، و حفاظت از دارایی‌های آنها فراهم کند. در تعریف این قانون از "فاجعه" آمده است

فاجعه به هر حادثه طبیعی شامل گردباد، طوفان، بالا آمدن آب و امواج ناشی از بالا آمدن آب و باد، تسونامی، زلزله، طغیان کوه آتش فشان، رانش زمین، کولاک برف یا خشکسالی در قسمتی از کشور و یا بدون توجه به علت حادثه به هر گونه آتش سوزی، سیل یا انفجار در هر نقطه از کشور اطلاق میشود که به تشخیص رئیس جمهور سبب بروز خساراتهایی با سختی و شدت کافی شده و برای تخفیف آسیبها و خسارات و درد و رنجهای قربانیان نیازمند کمکهای بالقوه برای تامین منابع مورد نیاز از سوی دولتهای محلی وسازمانهای مبارزه با بحران می باشد."

در این رابطه برنامه پاسخ فدرال¹² که نقش فدرال را در مبارزه با بحران بیان می‌کند بر اساس پیش فرضهای زیر عمل می‌نماید.

¹¹ - Robert.Stafford Disaster Relief S Emergency Assistance Act

¹² -Federal Response plan

- ۱- فاجعه سبب مرگ و میر و خسارات زیادی شده و با از دست رفتن اموال یا نابودی سیستم‌های حمایتی زندگی عادی همراه است و بر روی اقتصاد محلی، زیر ساختارهای اجتماعی و فیزیکی تاثیر می گذارد.
- ۲- وسعت مجروحان و خسارات ناشی از فاجعه، نشانگر عواملی مانند زمان رخ داد ، شدت اثر، شرایط آب و هوایی، تراکم جمعیتی ، وضعیت ساخت و ساز دز منطقه و احتمال تحریک رویدادهای ثانویه مانند آتش سوزی و سیل در منطقه است ..
- ۳- تعداد زیاد مجروحان ، خسارات زیاد درساختمانها و زیر بناهای اساسی جامعه و از بین رفتن خدمات عمومی ضروری سبب ایجاد مشکلات فزاینده در تواناییهای ایالتها و فرمانداری های محلی برای رفع چالشهای موجود شده و این موقعیت از سوی رئیس جمهور تحت عنوان فاجعه اعلام می شود.
- ۴- آژانسها و موسسات دولتی در این موقعیت باید به سرعت جهت ارائه کمکهای به موقع و سودمند پاسخگو باشند.
- ۵- شدت دخالت حکومت مرکزی به شدت و وسعت رویداد و همینطور نیازهای محلی و ایالتی برای حمایت خارجی بستگی دارد .
مخربترین بحرانها ممکن است به عکس العمل تمام و کمال دولت و کمکهای

احیا کننده نیاز داشته باشند. فاجعه‌هایی با خسارت کمتر ممکن است پاسخ نسبی دولت مرکزی را طلب نمایند.¹³

تعاریف تفصیلی در مورد بحران:

افراد با نقطه نظرهای گوناگون بحران را از طرق مختلف تعریف می‌کنند. آژانس فدرال مدیریت فوریتها¹⁴ 48 تعریف را از بحران در دوره خودش مطرح کرده است، و در مقاله‌ای تحت عنوان "سیستم مدیریت فوریتها ی بحران در ایالات متحده"¹⁵ در سال 2001 اعلام می‌کند هیچ اتفاق نظری در مورد تعریف بحران در آمریکا یا خارج از آن وجود ندارد..

¹⁶ کوآرانتلی تلاش کرد که آنچه را که جامعه شناسان و رفتارگرایان موقع استفاده از واژه بحران در نظر می‌گیرند را با هم جمع کنند و اظهار می‌دارد که بحران با تعابیر مختلف هفت‌گانه‌ای معادل است:

- ۱- عوامل فیزیکی: زلزله، سیل، آتش سوزی و انفجارها.
- ۲- به عنوان یک اثر فیزیکی: یک اثر فیزیکی قابل توجه روی قسمت‌هایی از محیط، مانند حرکت آب و زمین بخاطر زلزله .

۱ - (FEMA , 2000) -^{۱۳}

¹⁴ - Federal Emergency Management Agency (FEMA)

¹⁵ - Hazards , Disasters , U . S. Hazards , Disasters , U.S.Emergency Management system -FEMA , 2001

¹⁶ -- Quarantelli (1986)

۳- ارزیابی اثرات فیزیکی: باید خط مرزی با حد

آستانه‌ای از خسارات وجود داشته باشد تا بالاتر از آن رابتوان یک فاجعه نامید.

۴- از هم گسیختگی اجتماعی: شدت وقوع آن به اندازه

ای زیاد است که منجر به از هم گسیختگی زندگی اجتماعی شود.

۵- ساختارهای اجتماعی از واقعیات: دریافته‌ها از جدی

بودن و مفهوم اثر

۶- تعاریف سیاسی: اعلام بحران بصورت رسمی که

تمامی سیستم های فرعی جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد.

۷- عدم تعادل بین تقاضا و تواناییها در یک بحران:

زمانی که تقاضا برای عمل فراتر از توانایی برای پاسخگویی در یک بحران است

بحران همچنان باقی می ماند.

در ادبیات مدیریت فوریتها ، تمایزی بین موقعیتهای اضطراری

وجود دارد.

تعریف لغت شناسی فاجعه (Disaster)^{17 18}

¹⁷ - Dombrowski , Julia , Disaster life support , American Medical Association (AMA) , Virtual Mentor , Clinical pearl . www . clinical pearl . htm

¹⁸ - Coule PL , Dallas CE , James. JJ . et at Chapter 1 , Basic Disaster Life Support Provider Manual , V 2 . 5 chicago , IL . American Medical Association (AMA) , 2004

اصطلاح فاجعه از لحاظ لغت شناسی دارای مفهوم گسترده‌ای است

که شامل حروف اول وهشت لغت مهم به شرح زیر می‌باشد.

این لغات شامل موارد زیر می‌باشند (کوله - دالاس - 2004)

-Detection = **D**

Incident command – I

Scene Security – S

Access Hazards – A

Support – S

Triage and Treatment – T

Evacuation – E

Recovery – R

Detection-D – اولین مرحله در پاسخگویی به هر واقعه فاجعه

ای آگاهی از ماهیت فاجعه است که این مرحله بر اساس تعریف آرایه شده توسط برنامه ملی حمایت از زندگی در وقایع فاجعه‌ی (NDLS)، به عنوان (افزایش ناگهانی تقاضا برای درمان و مراقبت بهداشتی به میزان بیشتر از توانایی منابع موجود) مطرح می‌شود.

بقول بروسکی "شناسایی یک واقعه فاجعه ای الزاماً به معنی درک

علت واقعه نیست"

Incident Command-I رهبری

این وظیفه شامل کنترل منابع پاسخگو در برابر فاجعه می‌باشد. برای ارایه یک پاسخ و عکس‌العمل مناسب به عملکرد چند جانبه و هماهنگ و تعریف شفاف مسئولیتهای افراد حاضر در منطقه نیاز داریم.

Scene Security-S - حفظ امنیت منطقه

حفظ امنیت افراد پاسخگو و پرسنل مسئول در محل فاجعه به عنوان نکات مهم سازمانی تلقی می‌شود به این معنی که با به مخاطره افتادن امنیت و سلامت تیم‌های عملیاتی در منطقه فاجعه‌ی فرآیند انجام مسئولیتهای محوله خود بخود به تاخیر خواهد افتاد. بنابراین امنیت افراد مراقبت بهداشت در قدم اول مورد توجه بوده و سپس امنیت و سلامتی بیماران و نهایتاً امنیت مورد توجه می‌باشد (انجمن پزشکی امریکا - 2005)

Assess Hazards - A - ارزیابی مخاطرات

منطقه وقوع فاجعه باید به طور مداوم مورد ارزیابی‌های مجدد قرار بگیرند عوامل تیم‌های اجرایی باید از احتمال وقوع خسارتهای بعدی از جمله قطع جریان برق و بروز آتش سوزی آگاه باشند. آگاهی از علایم و نشانه‌های ناشی از آلودگی به مواد شیمیایی و بیولوژیکی در این موارد مفید خواهد بود.

Support - S - حمایت

افراد تیم عملیاتی باید از حمایت‌های همه جانبه منابع انسانی، تسهیلات کمکی، وسایل نقلیه برخوردار باشند. وجود افراد هماهنگ کننده برای رهبری نیروهای انسانی امری ضروری است. افرادی که داوطلب کمک‌رسانی در

منطقه فاجعه‌ی هستند باید راه‌های مفید بودن خود را در صحنه فاجعه شناسایی نموده و به حمایت از نیروهای موجود در منطقه بپردازند.

T – (Triage) – تریاژ و درمان

عملیات تریاژ به عنوان مشکل‌ترین فرآیند در مدیریت فاجعه به شمار می‌آید. (انجمن پزشکی امریکا – AMA – 2005)

E – Evacuation – تخلیه

یکی از اهداف کوتاه مدت برای پاسخ‌گویی به فاجعه تخلیه مجروحان منطقه و سپس تخلیه افراد سالم و نهایتاً نجات جان پرسنل عملیاتی است. در فاجعه‌های گسترده استفاده از قطار و اتوبوس روش مفیدی برای تخلیه افراد به شمار می‌آید.

R – Recovery – بهبودی

بهبود به عنوان هدف دراز مدت در پاسخ‌گویی به فاجعه به شمار می‌آید.

اورژانس :

¹⁹ موقعیت اورژانس بنا به تعریف آژانس مدیریت فدرال فوریتها به شرح زیر است: در هرگونه واقعه خسارت آور و فاجعه‌زا برای نجات جان قربانیان و حفاظت از دارایی‌های آنها و برای تامین امنیت بهداشتی عمومی و یا برای کاهش

¹⁹ - Emergency

تهدیدهای ناشی از فاجعه، به فعالیتهایی نیاز است که این فعالیتها در موقعیت اورژانس ارایه می‌شوند.

تقسیم بندی فاجعه

در تقسیم بندی بلایا و فجایع موارد زیر در منابع معتبر

عنوان شده اند :

وقایع همراه با چند قربانی²⁰، وقایع همراه با ده ها

قربانی²¹، وقایع همراه با کشتار جمعی²²

وقایع همراه با چند قربانی :

بنا به تعریف در این وقایع حداقل دو یا سه قربانی مشاهده می‌شوند. این وقایع به صورت خود بخود محدود شونده²³ و معمولاً بدون درخواست کمک از منابع خارج از جامعه محلی قابل اداره و کنترل هستند. با وجود این در بیشتر سازمانهای دولتی در ایالات متحده در صورت لزوم کمک‌های مورد نیاز ارایه می‌شوند.

وقایع همراه با ده ها قربانی:

1- این حوادث حداقل ده قربانی و حداکثر 100 قربانی به

همراه دارند و اگر گستردگی فاجعه بیشتر از منطقه بومی باشد از منابع کمک

های خارجی نیز استفاده می‌شود. وقایعی از قبیل سوانح هواپیمایی، طوفان

²⁰ - Multiple patient incident

²¹ - Multiple Casualty incident

²² - Mass Casualty incident

²³ - Self limit

برف²⁴ ، و سیلها در این گروه تقسیم بندی می‌شوند. در این موارد ، برنامه‌ریزی‌های گسترده اجتماعی باید برای تطابق و برخورد این حوادث تنظیم ، ارایه و اجرا شوند.

2- وقایع همراه با کشتار جمعی

این وقایع عموماً بیشتر از یکصد قربانی به همراه دارند از آنجا که وقایع گسترده فاجعه‌ی سبب آسیب‌رسانی به کل جامعه شده و جامعه محلی و کارکنان سلامت جامعه را درگیر می‌نمایند ، به کمک‌های بیشتری برای برخورد با آنها نیاز است این کمک‌ها عموماً از دولت مرکزی ، فرمانداران ایالتی و استانها در خواست می‌شود. وقایعی از قبیل جنگها، تند باد های عظیم ، زمین لرزه‌ها و حملات تروریستی که با هزاران قربانی همراهند در این دسته قرار می‌گیرند،

انواع فاجعه‌ها

1- فاجعه‌های خارجی²⁵

این وقایع در خارج از بیمارستان رخ داده و ممکن است در اثر وقایع طبیعی و یا حاصل دست بشر ایجاد شوند.

الف = طبیعی²⁶

شامل مواردی از قبیل سیل، تندباد ، توفان ، زمین لرزه و آتش فشان و آتش سوزی در جنگلها است .

²⁴ - Snow Storm

²⁵ -External disasters

²⁶ -Natural

ب= ساخته دست بشر²⁷

جنگ، حوادث حمل و نقل، آتش - سقوط ساختمان، آلودگی غذا

و آب

2- فاجعه های داخلی²⁸

در تعریف فاجعه های همراه با صدمات گسترده عمومی آمده است که این وقایع در نتیجه سوانح طبیعی و یا نقص کارکرد فیزیکی تجهیزات صنعتی ایجاد شده و سبب بروز آسیبه‌ها و صدمات جدی بر روی جامعه می‌شوند. میزان این صدمات عموماً بیشتر از توان پاسخگویی پرسنل مراقبت بهداشتی در منطقه بوده و معمولاً برای حل مشکلات ناشی از آن به بسیج همگانی نیروهای مختلف دولتی و خصوصی نیازمند است.

. اثرات بلایای طبیعی بر روی سلامت افراد و جامعه به سه دسته تقسیم می‌شود : 1- اثرات فیزیکی مانند انواع شکستگی ها ، پارگی بافت نرم ، خونریزی داخلی و خارجی ، سوختگی ... 2- اثرات روانی مانند از دست دادن ارتباطات خودی ، مشکلات خلقی ، به فکر فرورفتن ، افکار پرخاشگر ، افسردگی و PTSD 3- اثرات اجتماعی و فرهنگی مانند فقدان صمیمیت ، فقدان حس وابستگی به افراد ، قطع ارتباط با دوستان و اعضای خانواده ، دوری از محل زندگی .

²⁷ - Man Made

²⁸ - Internal disaster

انواع بحرانها :

همانگونه که در بخش مربوط به تعاریف بحران دیدیم واژه بحران در اساسی ترین شکل آن بطور کلی تعریف نشده است²⁹. در حالیکه تلاشهای مستمری جهت طبقه بندی انواع و خصوصیات بحران انجام شده است ، این حوزه همچنان فاقد شناختی جامع از خصوصیات بحران و نتایج آن میباشد.³⁰ لذا موقعی که به نتیجه گیری در مورد اثرات اجتماعی و روانشناختی یک بحران می پردازیم باید به اشکال مختلف و موقعیت ویژه رویداد در ارتباط با عوامل محیطی ، اجتماعی و اقتصادی و همه گیر شناسی بصورت توأمان نگاه کنیم . به همین خاطر در این بخش، برجسته ترین خصوصیت های سه نوع از بحران را مورد بررسی قرار می دهیم :

بحران طبیعی³¹ ، بحران تکنولوژیکی³² و تروریسم³³ .

بحرانهای طبیعی

بحرانهای طبیعی اغلب به عنوان وقایع غیرقابل کنترل تلقی می شوند اگر چه بسیاری از آنها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند . بحرانهای طبیعی رویدادهای چون : آتش سوزی³⁴ ، سیل³⁵ ، لغزش گل³⁶ ، زلزله ، تسونامی

²⁹ - Smith . North . & Price 88

³⁰ - Drabek 1986

³¹ -natural crisis

³² - technological crisis

³³ -Terrorism

³⁴ - fire

³⁵ - flood

³⁶ - mudslide

(طغیان امواج آب مربوط به زمین لرزه) ، آتشفشان ، طوفانها ، خشکسالی یا کوران برف را شامل می شود .

بحرانهای تکنولوژیکی

بحرانهای تکنولوژیکی را به عبارت دیگر می توان به عنوان بحرانهای ساخته دست بشر تعریف نمود . این بحرانها شامل رویدادهایی مانند تصادفات مربوط به حمل و نقل در سطح گسترده ، فروریختن ساختمانها ، سوانح مرتبط به مواد خطرناک ، آلودگی بوسیله مواد سمی و حوادث هسته ای³⁷ میباشند . در حال حاضر در ادبیات کنونی در مورد تعریف آنچه یک بحران تکنولوژیکی را ایجاد می کند اتفاق نظری وجود ندارد . رویدادهای گوناگونی همچون : حوادث هسته ای ، نشت مواد شیمیایی سمی ، غرق شدن کشتیها ، سقوط هواپیما ، انفجارات ، فروریختن ساختمانها ، آتش سوزی ، شکستن سدها ، آدم ربایی و حوادث مربوط به جنگ در ردیف کلی بحرانهای تکنولوژیکی قرار می گیرند . نا متناجس بودن رویدادها در این طبقه نتیجه گیری کلی در مورد اثرات روانی ناشی از فجایع تکنولوژیکی را دشوار می سازد .

ولی با وجود تعاریف فوق نیز می توان حدس زد که بحرانها صرفا به دو نوع طبیعی و تکنولوژیکی تقسیم نمی شوند بلکه در بیشتر موارد این دو بحران با هم تداخل ایجاد می نمایند . این امر به خاطر دستکاریهای بیشماری است که توسط انسان با کمک تکنولوژیهای قرن اخیر در طبیعت اعمال شده است . از

³⁷ - nuclear accidents

این رو رویدادهایی که بطور طبیعی رخ می دهند می توانند اثرات محیطی و ساختاری اضافی را به بار آورند که بسیار وخیم تر از بحرانهای تکنولوژیکی باشند . مانند زلزله سال 1906 که آتش سوزیهای زیادی را در مناطق شهری ایجاد کرد و منجر به نابودی ساختارهای لازم جهت مبارزه با حریق گردید .³⁸ همین طور فروریختن آزادراه (ال - 880)³⁹ در اکلند ، کالیفرنیا بواسطه زلزله⁴⁰ نتیجه یک رویداد طبیعی بود که بر روی یک سازه ساخته شده بدست انسان که فاقد مقاومت لازم بود اثر گذاشت .

زلزله موسوم به لوما پریتا⁴¹ در نتیجه یک واقعه نسبتا طبیعی بود که برای ساختمانهایی که در محلی ضعیف از لحاظ سازه ای ساخته شده بودند خسارات فراوانی بر جا گذاشت .

در رابطه با تداخل بلایای طبیعی با بلایای ساخته دست بشر میتوان به این جمله مهم از بولین توجه نمود . بولین در این مورد می گوید " اگر مردم خانه هایشان را در مسیر سیلاب نسازند ، سیلاب فقط سیلاب خواهد بود و نه یک فاجعه ."⁴²

تقسیم بندی واضحی بین بحرانهای طبیعی و آنهایی که اقدامات

³⁸ - Haas . Kates . Bowden 1977

³⁹ - L-880 Cypress Structure

⁴⁰ - 1989 Loma Prieta

⁴¹ - loma Prieta

⁴² - **Bolin 1988**

انسانی بطور عمدی یا بخاطر غفلت و بی توجهی در آن نقش دارند وجود ندارد .
بحرانهای تکنولوژیکی ممکن است حاصل غفلت انسانی ، جایز الخطا بودن او و یا
تعمد در کار باشند

(فلمینگ و همکاران 1983-)⁴³ فجایع تکنولوژیکی را اینگونه

تعریف می کنند :

"رویدادهایی ساخته دست انسان هستند که به منظور ارتقاء
استانداردهای زندگی به علت کاربرد تکنولوژی و دستکاری محیط طبیعی توسط
خودش ایجاد می شوند. در راستای این تعریف بحرانهای عمدی (هدفدار) مانند
اعمال تروریستی و رویدادهای مربوط به جنگ در یک طبقه جداگانه در نظر گرفته
می شوند 0

بحرانهای تکنولوژیکی همواره تنفر و سرزنش را بین قربانیان ایجاد

کرده اند⁴⁴. اسمیت⁴⁵ و همکارانش در مطالعه مربوط به سیلابی که آلودگی با دی

اکسین را بهمراه داشت متوجه شدند که 92 درصد قربانیان آلودگی "دیگران" را
مقصر می دانند . "دیگران" شامل فعالیت های تجاری و صنعتی مربوط به دفع
نامناسب مواد زائد و همینطور حکومت بخاطر تدوین و اعمال و اجرای قوانین
ناقص مربوط به فعالیتهای دفع مواد زائد و کنترل ضعیف سیلاب می باشند که در
این بحث مقصر شناخته شده اند.

⁴³ - Fleming , Baum , Davidson 1983 a

⁴⁴ - Saum etal . 1983 a . Bolin 1988 . Sorensen , Soderstrom .Coperhaver. Carnes &
Bolin 1987 (

⁴⁵ - Smith (1988)

مشخصه آشکار بحران طبیعی اثر واضح فیزیکی آن می باشد که منجر به خسارتهای مالی ، جراحات و مرگ قربانی می شود⁴⁶. باوم⁰ و همکارانش چهار مشخصه ای را که بحران تکنولوژیک را از بحران طبیعی جدا میکند توضیح می دهند: این مشخصات شامل مواردی از قبیل طول اثر⁴⁷ ، غیر قابل انتظار بودن ، دریافت کنترل و فقدان حدآستانه پایین قابل شناسایی هستند . (باوم و همکاران - همان)⁴⁸ . پیامدهای بعدی بحران های تکنولوژیکی اغلب با تهدید و ارباب در مورد پیامدهای سلامتی جامعه همراه می باشد که ممکن است در نقطه نامشخصی از زمان رخ دهد . (ویزات-1994)⁴⁹ . بهر حال از یک بحران طبیعی نیز اثرات مشابهی می تواند ناشی گردد . خشکسالی ، کمبود طولانی مدت مواد غذایی می تواند سبب سوء تغذیه و ضعف سیستم ایمنی بدن شده و نهایتاً به اپیدمی منجر شود . همینطور در حوادثی چون زلزله و سقوط هواپیما ممکن است حوادث غیرمترقبه و غیر قابل کنترل رخ دهد .

باوم و همکارانش اشاره می کنند که مردم معمولاً به تکنولوژی به عنوان پدیده ای که باید تحت کنترل باشد نگاه میکنند . درحالیکه در بحرانهای طبیعی افراد هیچ کنترلی را بر روی چیزهایی که هرگز تحت کنترل نبوده است مشاهده نمی کنند . (b 1983) . بعد از بحرانهای تکنولوژیکی اعتماد به قابل کنترل بودن تکنولوژی در آینده از بین می رود (باوم و همکاران -1983)⁵⁰

⁴⁶ - Baum

⁴⁷ - Duration

⁴⁸ - (Baum et al 1983 a , Baum , Fleming & Singer 1983 b , Baum & Davidson 1986)

⁴⁹ - Weisaeth 1994

⁵⁰ - Baum et al 1983a

برطبق نظرات برخی از نویسندگان و مطالعات انجام شده در زمینه بحران هرچه علت انسانی در پس بحرانها بیشتر باشد عامل انسانی شدن بیماریزایی بحران از لحاظ شیوع بیماریهای روانی بیشتر خواهد شد (باوم - 1986).^{51 52} آسمیت و همکاران گزارش می دهند که نرخ آشفتگیها و اختلالات روانی که به دنبال فاجعه های بحرانهای تکنولوژیکی اتفاق می افتد به اندازه تعداد بیماریهای مطالعه شده تنوع و گوناگونی دارد. برای مثال مطالعات انجام شده در باره حادثه شکسته شدن سد در ناحیه ویرجینیای غربی ایالات متحده در سال 1972،⁵³ نشان داد که در حقیقت همه افراد منطقه از لحاظ بهداشت روان تحت تاثیر قرار گرفتند. (لیفتون و السون - 1976)⁵⁴. حدود 90 درصد از کسانی که جان سالم بدر بردند بعد از 2 سال هنوز دارای علائم بیماری بودند و بیشتر از یک سوم مردم منطقه، حتی 5 سال بعد نیز از علائم اختلالات روانی توان فرسارنج می بردند⁵⁵ (گلسر - و همکاران - 1981). بیشتر علائم ناشی از بحران در گروه بیماریهای اضطراب عمومی شایع⁵⁶ (GAD) و بیشتر اختلالات افسردگی (MDD) جای می گیرد. اختلال PTSD به میزان 44 درصد در بین بزرگسالان و 22 درصد در بین بچه ها شایع بود. درجات PTSD همچنان 14 سال بعد از بحران همچنان باقی ماند (نوریس و همکاران - 2002)⁵⁷ 0

⁵¹ - - (Baum 1986)

⁵² - Smith et al (1988)

⁵³ - 1972 Buffalo Creek, West Virginia

⁵⁴ - (Lifton & Olson 1976)

⁵⁵ - (Gleser , Green & Winger 1981)

⁵⁶ - - General Anxiety Disorder (GAD)

⁵⁷ - (Norris et al 2002)

اپیدمیولوژی یک بحران

برای بررسی اپیدمیولوژی بحرانها باید موارد زیر را در نظر داشته باشیم .

1- عامل

⁵⁸ به پدیده فیزیکی اطلاق می‌شود که در واقع سبب ایجاد

خسارت و یا سبب تخریب می‌شود

الف = عوامل اولیه⁵⁹

(ریزش) سقوط ساختمانها گرما، باد، بالا آمدن آب و دود

ب = عوامل ثانویه⁶⁰

باکتری‌ها و ویروس‌هایی که پس از آنکه عوامل اولیه آسیب‌ها و

خسارات خود را وارد نمودند، سبب ایجاد آلودگی و یا عفونت می‌شوند.

2- میزبان⁶¹ (بشریت)

عوامل میزبان شامل سه عامل وضعیت ایمنی بدن، وضعیت

سلامتی در گذشته ، میزان تحرک و ثبات روانی می‌باشند.

⁵⁸ - Agent

⁵⁹ - Primary agents:

⁶⁰ - Secondary agent

⁶¹ - Host

سالمندان: سالمندان بیشترین تاثیر را از بحرانها می پذیرند. این

افراد در حین ترک سریع مکان بحران زده دچار مشکلات زیادی می شوند.

کودکان کم سن: کودکان کم سن که سیستم ایمنی بدنشان هنوز

تکمیل نشده است و افراد مبتلا به مشکلات تنفسی و قلبی نیز همانند سالمندان

به مشکلات زیادی در حین بحرانهای گسترده دچار می شوند.

3- محیط

⁶²چهار نوع از عوامل محیطی وجود دارند که بر پی آمدهای

ناشی از وقوع بحرانهای گسترده تاثیر می گذارند.

الف- عوامل فیزیکی: شامل زمان وقوع بحران، شرایط آب و

هوایی، در دسترس بودن غذا و آب و عملکرد الکتریسیته و تلفن

ب- عوامل شیمیایی: نشط مواد شیمیایی در خاک، آب

زیرزمینی، غذا و یا هوا

ج- عوامل بیولوژیکی: مواردی که به علت آلودگی آب، دفع

نامناسب زباله، تکثیر جوندگان و یا حشرات، ذخیره سازی نامناسب غذا و نبودن

یخچال ایجاد می شوند.

عوامل اجتماعی: مواردی که به سیستم حمایت اجتماعی افراد مربوط می‌شوند شامل فقدان اعضای خانواده، تغییرات در نقش افراد و اعتقادات مذهبی . عوامل روانشناختی

مراحل بحران و نقش پرستاران و پرسنل

امدادی در رابطه با آنها

فازهای بحران : (مایر -2000) ⁶³

از لحاظ آسیب شناسی اجتماعی ، هر فاجعه و یا بلا یا بحران گسترده ای که در جهان رخ می دهد، ماهیتا از یک الگوی آسیب شناسی عمومی تبعیت می کند که کم و بیش در اکثر موارد باهم شبیه هستند.

شناسایی ماهیت بحرانها و بلا یای طبیعی و یا ساخته دست بشر از مهم ترین مسئولیتهای دست اندر کاران فعالیتهای امدادی و پرستاران مامور در منطقه به شمار می آید . چرا که بدون شنا سایی این مراحل نمی توان از تاثیرات ایجاد شده توسط آنها بر مردم بحران زده مطلع شد و راهکارهای مغایله و اداره آنها را طراحی و تدوین نمود .

محققین علوم آسیب شناسی اجتماعی فازهای بحران را

⁶³ - Myers,2000.

به بخشهای فاز تهدید، فازاخطار، فاز تاثیر، فازحماس (قهرمانی)،
فاز مکاشفه، فاز ماه عسل، فاز بیداری (از خواب و خیال) و فازبازسازی
تقسیم بندی نموده اند که در موارد زیر به اختصار به آنها می پردازیم .

فاز تهدید: 64

مرحله تهدید در زمان قبل ازتاثیرگذاری بحران وجود دارد و دوره
ای است که یک خطر یا تعدادی از خطرات بطور بالقوه جامعه را تهدید می کنند..
واکنش های ارایه شده در طول مرحله تهدید متغیر است . در این مرحله برخی از
شهروندانی که در معرض تهدید قرار می گیرند در فعالیتهای مناسب جهت آماده
سازی برای مواجهه با بحران که مناسب تهدیدهای محلی است مشارکت می نمایند
ولی در مقابل بسیاری از افراد جامعه یک روش انفعالی (سر خود را زیر برف کردن)
را اتخاذ میکنند با این اعتقاد که یا بحران برآنها اثر نخواهد گذاشت و یا اینکه
آماده شدن برای چیزی که دور از ذهن است کار بیهوده ای است .

در این مرحله ، مسئله چالش برانگیز برای پرسنل امدادی به
ویژه پرستاران بالا بردن آگاهی های کلی برای پذیرش همکاری و مقابله با
بحران در افراد جامعه است .

فاز خطر: 65

در مواقعی که احتمال وقوع بحران شدید یک حقیقت شناخته شده قلمداد می شود ، مرحله خطر قابل مشاهده است . برای مثال در کشورهایی که سیل رخ می دهد مشاهده علایم سیل یک تهدید محسوب می شود و در این مرحله مسئولین جامعه خود را در وضعیت خطر قرار می دهند . از طرف دیگر اعلام یک خطر در باره وقوع سیل بدین معناست که این حادثه به احتمال زیاد رخ خواهد داد . در موارد وقوع تند باد ها با توجه به تکنولوژی های کنونی پیشگویی دقیق احتمال وقوع تند باد امکان پذیر تر است ولی برعکس در موارد زلزله این امر ندرتا قابل پیشگویی خواهد بود .

این مرحله به "فاز هشدار" نیز معروف است که به قبل از فاز اولیه فاجعه یعنی قبل از وقوع فاجعه مربوط میشود. در این مرحله یک هشدار عمومی به کل جامعه منطقه وارد می شود. البته در مواقع زلزله ممکن است این فاز وجود نداشته باشد ولی در مواقع وقوع جنگ، سیل، توفان، بالا آمدن آب و ... این مرحله وجود دارد. این دوره ممکن است از 2 ثانیه تا چند روز به طول انجامد. در این دوره می توان برای آمادگی در مقابله با حوادث ناگوار تا اندازه ای اقدام نمود.

از دیدگاه مدیریت بحران مرحله هشدار به عنوان مهم ترین عامل برای به حداقل رسانی میزان تلفات و خسارات به شمار می آید.

65 - Warning Phase

آگاه نمودن مناسب جامعه درباره احتمال وقوع یک فاجعه و انتشار اطلاعات کارشناسانه برای تخفیف ضایعات و اقدام به عملکردهای پیشگیرانه برای جامعه در معرض خطر امر بسیار مهمی است.

در این مرحله است که طرح‌های مقابله با فاجعه فعال می‌شوند و مراکز فوریت‌های پزشکی منطقه تاسیس شده مناطق اصلی در معرض خطر ارزیابی شده و عملکردها و فعالیت‌های محافظتی در منطقه تعیین و اجرا می‌شوند.

بهر صورت ، اعلام فاز اخطار برای افراد فرصت‌هایی را ایجاد می‌کند تا از لحاظ روانی و جسمی برای رویارویی با بحران آمادگی پیدا کنند. بحران‌هایی که بدون اخطار قبلی رخ می‌دهند اثرات روانشناختی بزرگتری دارند زیرا افراد جامعه از فرصت کمتری برای آماده کردن خودشان برخوردار بوده و یا اساساً این فرصت را ندارند . معمولاً پاسخ افراد به این اخطارها در ابتدا با ناباوری‌ها و مقاومت در برابر عمل همراه است . این امر بویژه در مواقعی که اخطارهای گذشته به حقیقت نپیوسته است رایج است . مانند موارد زلزله یا آتشفشان که علیرغم تکنولوژی‌های پیشرفته اغلب نمیتوان پیشگویی‌های مطرح شده را دقیقاً ارزیابی و تعقیب نمود . افراد ممکن است در این موارد به اخطارها توجه نکنند زیرا آنها تمایلی به تخلیه و حمل و نقل و جابجایی اجباری ندارند و تصور میکنند که با ماندن در خانه هایشان می‌توانند از خانه و زندگی و خودشان در مقابل حوادث محافظت کنند. زمانی که افراد به اخطارها

توجه نمی کنند و در نتیجه دچار آسیب می شوند ممکن است احساس گناه یا تقصیر نموده و خودشان را سرزنش نمایند. حتی اگر آنها برنامه ویژه ای برای ایمن سازی خودشان داشته باشند نیز ممکن است با یک حس گناه یا مسئولیت برای آنچه که اتفاق می افتد باقی بمانند. (دی ولف - 2000)

اخطارها باید توسط افراد مسئول و مورد احترام عموم ارائه شوند. اخطارها باید به صورت دستورالعملهای مشخصی در مورد اقداماتی که باید انجام شود تلقی شده و هیچ جایی برای انکار و ناباوری از طرف شهروندان باقی نماند. چالشی که مسئولان امور اضطراری با آن روبرو هستند اعلام خطر کردن بگونه ای است که مورد توجه و عنایت جامعه قرار گیرد.

بیشتر افراد حتی آنها که به اخطار توجه نمی کنند موقعی که حادثه قریب الوقوع است به دنبال پناگاه امنی می روند و اقدامات امنیتی و حمایتی را انجام می دهند، هرچند اغلب دیر به این فکر می افتند 0

در مرحله اخطار مشکلات زیر ممکن است مشاهده شود

1- در بسیاری از فاجعه ها ممکن است نتوان اطلاعات حیاتی را به موقع در سطح جامعه در معرض خطر منتشر نمود. این امر به علت ناکافی بودن سیستم اطلاع رسانی و محدودیت زمانی به علت غافلگیری در فاجعه است.

2- در زمانی که امکانات لازم برای هشدار دهی وجود دارد، جامعه باید خطر موجود را به عنوان یک خطر جدی تلقی نماید این امر ممکن است مورد توجه جامعه قرار نگیرد.

3- ممکن است هشدارهای کاذب و نامرتب با فاجعه در سطح جامعه از سوی مراجع غیر مرتبط و ناهماهنگ منتشر شوند که این خود تاثیر منفی در جامعه دارد.

در این مرحله می توان ارزیابی های اولیه در خصوص آماده سازی⁶⁶ افراد و سازمانها را انجام داد. برقراری ارتباطات⁶⁷ در این مرحله خیلی اهمیت دارد. از ایستگاه های رادیو و تلویزیون برای اعلام هشدار استفاده می شود.

نقش پرستار در فاز هشدار

همکاری با دیگر سازمانها برای آماده سازی پناهگاه ها و

ایستگاه کمک رسانی در فوریتها و برقراری ارتباطات با سایر گروه های

کمک رسانی

⁶⁶ - Preparedness

⁶⁷ =Communication

فاز تاثیر:⁶⁸

حضور واقعی پرسنل امدادی و پرستاران معمولاً در این فاز اتفاق می افتد. لذا پرستاران باید خود را در واقع در این فاز حس نموده و با بحران زدگان برخورد نمایند .

این فاز زمانی رخ می دهد که فاجعه واقعاً رخ داده باشد و زمان اصلی برخورد افراد برای مقابله با مصیبتها و مشکلات طاقت فرسا است. این مرحله ممکن است بر اساس نوع فاجعه بین چند ثانیه (زلزله) تا چند دقیقه و یا ساعتها و هفتهها (طوفانها و جنگها) طول بکشد. این مرحله تا زمانی که خطر وقوع خرابیها و خسارات بیشتر از بین نرفته باشد و تا زمان برقراری فعالیتهای اورژانس ادامه دارد.

در بحرانهای با تاثیر آرام ولی نسبتاً ناگهانی افراد ممکن است ترس شدیدی را تجربه کنند اما به ندرت وحشت زده می گردند⁶⁹ (کافرین و دیگران -)

از لحاظ فیزیکی باید گفت که در این فاز پرسنل امداد و پرستاران با انبوهی از مصدومین و مجروحین با شدتهای گوناگون روبرو هستند که باید با آنها برخورد نمایند. در بخش تریاژ در این رابطه مفصلاً صحبت خواهد شد .

⁶⁸ - impact

⁶⁹ - Kaffrisen .1975 1995 Weaver , 1972 Dunes , Quavantell ,1957 , 1954 Quavantell (

مسئولیت پرستار در این فاز

ارزیابی نیازهای بهداشتی، تامین حمایت‌های فیزیکی و روانشناختی برای قربانیان در پناهگاه‌ها، تریاژ قربانیان و مصدومین و مجروحین و همچنین برقراری هماهنگی برای ارائه تسهیلات و سازماندهی اتحادیه‌ها و مراکز همکاری بخشی از وظایف پرستاران در این مرحله می‌باشند.

از لحاظ روانی :

دربسیاری از افراد علایم بالینی دال بر ترس شامل بالا رفتن ضربان قلب، تنفس سریع و کوتاه، لرزش و عرق کردن و احساس سردی مشاهده می‌شود. در این مرحله بسیاری از افراد کندی گذر زمان را گزارش کرده‌اند و تعداد زیادی گزارش داده‌اند که زمان در طول مرحله تاثیر گذاری بحران به کندی می‌گذرد. بلافاصله بعد از فاز تاثیر بیشتر افراد مشکلاتی از قبیل بهت زدگی، گیجی و ناباوری نسبت به آنچه اتفاق افتاده است را تجربه می‌کند. بیشتر افراد بطور نمونه بر روی بقاء و ایمنی خود و سر سامان دادن به وضعیت خود و خانواده هایشان تمرکز می‌کنند. بطور نمونه موقعی که خانواده‌ها از عزیزانشان در طول فاز تاثیر بحرانی جدا میشوند اضطراب قابل توجهی را تا زمانی که بهم برسند تجربه میکنند (دی ولف - 2000). تاثیرات ثانویه (مانند پس لرزه های زلزله) اغلب علائم بیشتری از ترس را نسبت به

تاثیر اولیه در بردارند. این امر شاید بخاطر اثر کلی استرس به همراه آگاهی غیرقابل انکار از خسارتهایی که قبلاً بواسطه بحران ایجاد شده باشد.⁷⁰ از طرف دیگر برخی از افراد با تاثیرات ثانویه بهتر تعامل می کنند شاید به خاطر اینکه بعد از تاثیر اولیه بحران اعتماد بنفس و مهارتهای بیشتری برای جان سالم بدر بردن بدست می آورند .

فاز حماس (قهرمانی)⁷¹

مرحله حماس که گاهی مرحله نجات نیز نامیده می شود بلافاصله بعد از وقوع حادثه رخ می دهد. افراد در این فاز بسرعت از حالت ناباوری و بهت زدگی بیرون می آیند و وارد عمل می شوند. قربانیان حادثه جهت نجات زندگی افراد و اموال مردم به افراد درگیر در بحران و همین طور به امدادگران گروه نجات کمک می کنند

در این مرحله ، پرستاران مستقر در منطقه و پرسنل امداد و جامعه از این حس همیاری خودجوش در جامعه استفاده نموده و با هم فعالیت‌های فوق العاده ای را در امر کمک رسانی ، دادن سرپناه و تغییرات اضطراری و پاکسازی اماکن سامان می دهند⁷²

در این مرحله حس قهرمان گرایی و نوع دوستی بسیار چشمگیر

⁷⁰ - (Seniors Cope 93)

⁷¹ - Heroic pahse

⁷² - Yaung et all 1998

است . در کلان شهر ها و شهر های بزرگ همسایگان اغلب اعتراف می کنند که برای اولین بار همسایگانشان را ملاقات می کنند تا وسایلی را که طعمه حریق شده خاموش نموده و خانه های خسارت دیده را دوباره برپا کنند . برخلاف داستانهایی که مطرح می شوند ، در این مرحله رفتارهای ضداجتماعی مانند غارتگری در بلایای طبیعی کمتر است ، اگرچه این امر در مشکلات شهری بوفور یافت می شود ⁷³ . مردم از اینکه زنده اند خرسندند و اغلب دارای یک احساس سرخوشی و نشاط و احساس امنیت مشخص هستند . با آنکه افراد به علت آسیبها و خسارات وارده حیرت زده شده اند و به خاطر خسارتها و خرابیها وحشت زده هستند ، ولی مسائل اخلاقی انرژی مردم را بسمت اجرای وظایف مفید و لازم و پرمعنا سوق داده است .

در این مرحله انگیزش فیزیولوژیکی افراد منجر به دستیابی به سطح بالایی از موفقیت می شود و مردمی که برای کمک به دیگران می شتابند اغلب در این مرحله توجه زیادی را برای سلامت و امنیت خود نشان نمی دهند .

در این فاز نقش پرستار و سایر پرسنل مامور در منطقه این است که این نیروی خود انگیزه و ایثار طلب را در مسیر امن و سازنده هدایت نموده و از روحیه همکاری و از خود گذشتگی افراد جامعه همراه با حفظ و رعایت نکات ایمنی در منطقه بحران خیز استفاده نمایند.

⁷³ - (Bush, 1982, Quarantell, Dynes 1970 , 1922)

فاز مکاشفه :

این مرحله به عنوان دوره ای است که افراد جامعه بحران زده در آن سعی می کنند خودشان را به آنچه اتفاق افتاده همسو سازند و حیطه و وسعت آسیب را ارزیابی کنند. مردم حتی موقعی که مبهوت ، ناتوان و گیج هستند و درحالت ناباوری به سر می برند به جستجوی اطلاعات می پردازند .

مهمترین مسئله برای آنها در این مرحله یافتن اطلاعات لازم در مورد محل و شرایط کسانی است که عزیزانشان از آنها جدا شده اند .

برنامه ریزی قبل از بحران در خانواده می تواند این وظیفه را بنحو قابل توجهی آسان کند. برای مثال با تاسیس مکانهایی برای گرد همایی مجدد و فراهم آوردن امکانات تلفن راه دور برای ارسال پیامهای خانوادگی در زمانهایی که تلفنهای خطوط داخلی کار نمیکند میتوان به فعالیت مناسب دست یافت. در دوران پس از بحران ، مدارهای تلفن خانگی خیلی سریع اشباع می شود و پست الکترونیکی E-mail- ها نیز با از دست رفتن خطوط تلفن و الکتریسیته غیر قابل استفاده می شوند. مردم همچنین به دنبال اطلاعاتی در مورد وضعیت خانه خود و همسایگان می گردند و موقعی که مسئولین امر از سر زدن به خانه ها و همسایگانشان برای ارزیابی خسارتها و جمع آوری مایملکشان جلوگیری می کند بسیار عصبانی می شوند .

نقش پرستاران در این مرحله

پرستاران در این مرحله علاوه بر نقش با لینی دارای نقش های مدیریتی نیز می باشند . در چنین مواردی پیشنهاد می شود که پرستاران مسئول در هر منطقه با کنفرانسهای مطبوعاتی پی در پی ملاقاتهایی را برای مردم با مسئولین فراهم نمایند تا مردم را از شرایط آگاه سازند و اطلاعات لازم را در اختیار آنها قرار دهند . پرستاران سلامت روان می توانند به قربانیان در بدست آوردن اخبار در مورد آنچه که اتفاق افتاده است کمک کنند که این کار از طریق آماده سازی رسانه های جمعی مانند تلویزیون ، رادیو و روزنامه و تابلوی اعلانات و نقشه ها میسر می شود . (بیان جزئیات خسارات ، شرایط جاده ها و انبارها و پایگاهها یا منابع) در پناهگاهها یا دیگر قرارگاهها جایی که مردم می توانند اجتماع کنند انجام می شود (0مایرز-1989)

74: فاز ماه عسل

ادبیات کنونی در مورد بحران این لغت مصطلح را به کار می گیرند و عموماً اعلام می کنند که مرحله ماه عسل ممکن است بین یک هفته

74 - honey moon

و سه ماه بعد از بحران ادامه یابد . (فاربرو - 1978)⁷⁵ . از دیدگاه کارکنان حمایت از بهداشت و سلامت روان در بحرانها این عقیده وجود دارد که مرحله ماه غسل کوتاه تر از آن چیز است که بوسیله فاربرو و فردریک⁷⁶ گزارش شده بود . این مرحله معمولاً بلافاصله بعد از تلاشهای شجاعانه مرحله قهرمانی (حماسی) شروع میشود و در بیشتر موارد برای چند هفته ادامه می یابد .

در طول این فاز معمول میزان خوشبینی و انتظارات افراد جامعه برای یک روند احیاء و بازسازی سریع در حد بالایی است . وسایل ارتباط جمعی جامعه آسیب دیده را تحت پوشش خبری قرار می دهند و سبب می شوند که سیل حمایتها و کمکها از سراسر کشور و حتی جهان جاری شود . در این مرحله کل جامعه با یکدیگر با یک روحیه بقاء جمعی متحد میشوند و به رهبران اجتماعی در اداره امور در مراحل مختلف بحران کمک می کنند . قهرمانان اجتماعی را شناسایی می کنند و یک حس قوی از سهیم بودن با دیگران و زندگی در وضعیت خطرناک و مخرب در قربانیان بحران به وجود می آید .⁷⁷

در این مرحله تلاشهای امدادی در مقیاس بالا در راه است و مقدار زیادی از منابع مالی ، جنسی و انسانی برای مناطق خسارت دیده فراهم میشود . گروههای اجتماعی اضطراری موجود برای مقابله با عوامل مخرب با

⁷⁵ - (Farberow , Frederick 1978)

⁷⁶ - Frederick

⁷⁷ - (Farberow , Frederick 1978)

هم رقابت می کنند . در ملاقاتهای رهبران و سران سیاسی با مردم بحران زده قولهای بیشماری در مورد تامین منابع مالی لازم داده شده و امید و انتظارات زیادی را در مردم ایجاد می نمایند . مردم انتظار دارند که خط و مشی بیمه و دولت به اندازه کافی و کامل موارد خسارت دیده یا از دست رفته را تحت پوشش گرفته و بازسازی نماید و به این امر توجه ندارند که محدودیت جدی در میزان و طول مدت ارائه کمک های اساسی وجود دارد . زمانی که بازماندگان شروع به تلاش برای جمع آوری و دریافت خسارت از شرکتهای بیمه می کند با واقعیت ناخوشایند دال بر قوانین ، فرمها و فرایندهای پیچیده مواجه می شوند . همچنان که منابع کمک رسانی خارجی روبه نقصان می گذارد پوشش خبری وسایل ارتباط جمعی کنترل می شود و پیچیدگی در امر بازسازی و احیاء جامعه بیشتر بروز میکند (یانگ و همکا ران - 1988)⁷⁸ همچنان که مردم تلاش می کنند با موانع مالی تشریفات اداری پیچیده و اسکان موقت کنار بیایند انرژیهایشان تحلیل میرود . خستگی و انتظارات برآورده نشده زمینه را برای مرحله بعدی آماده میکند 0

فاز بیداری (از خواب و خیال):⁷⁹

مرحله بیداری از چند روز تا چند هفته بعد از ورود خسارت شروع می شود و برای چند ماه تا چند سال باقی می ماند . حالت بیداری اغلب بر روی تمامی فرایندهای بازسازی و احیاء اثر می گذارد . در این مرحله

⁷⁸ - (Young et al 1998)

⁷⁹ - *Disillusionment phase*

مشاهده می شود که کمکهای قول داده شده به انجام نمی رسند و یا کمتر از حد انتظارند.⁸⁰ بازماندگان متوجه می شوند که بسیاری از کمک ها در واقع به صورت وام هایی با سود های مختلف هستند نه هدیه . دیگر اینکه بیمه حوادث خانه ها آن چیزی نیست که آنها تصور می کردند و روابط و نه نیازها بسیاری از تصمیم گیری ها را شکل می دهند به صورتی که همسایه ای که دودکش خانه اش خسارت دیده سود بیشتر از یک همسایه ای که سقف خانه اش خراب شده خسارت در یافت می نماید!... (یونگ و همکاران - 1998)⁸¹ . قوانین مربوط به تعیین منطقه برای اسکان مردم تغییر میکند و قربانیان آتش سوزی های ناشی از بحران متوجه می شوند که بخاطر رانش زمین نمی توانند خانه هایشان را روی قطعه زمین خودشان دو باره بسازند. به هر حال آنها باید به پرداخت اقساط قبلی خانه های تخریب شده ادامه دهند تا وام جدید به آنها پرداخت شود . شرکتهای بیمه ورشکست می شوند و بطور ناقصی به مشتریان خسارت پرداخت می کنند . مقاطعه کاران بدون وسواس در کارهایشان اقساط را بزور می گیرند و یا کارها را بخاطر دستمزد کم قبول نمی کنند . برای برخی از افراد بحران زده بیداری بصورت فیزیولوژیکی در بدنشان شروع می شود . یعنی اینکه میزان آدرنالین خون پایین می آید و ضعف و بی حسی و شوک و خستگی بروز می کند . زندگی در خانه های موقتی بطور فرایندهای استرس زا می گردد و افراد خسته و آزرده می شوند . استرسهای

⁸⁰ (Weaver 1995

⁸¹ - (Young et al 1998)

خانوادگی منجر به از بین رفتن صمیمیت و حمایت از دیگران می گردد و خشونت خانوادگی بروز می کند. ممکن است ترس و اضطراب و حس ترس از آینده رواج یابد. همچنین ممکن است احساس ترس، اضطراب و حس آسیب پذیری مرتبط با احتمال وقوع مجدد بحران و یا ترس از آینده در افراد وجود داشته و پا برجا بماند.

مشکلات سلامتی ممکن است در نتیجه مشکلات سلامت عمومی مانند آب آلوده ، غذای بد و شرایط زندگی شلوغ ایجاد شوند. . علائم ناشی از استرس ممکن است شامل افزایش فشار خون ، علائم قلبی ، بدتر شدن وضعیت سلامت موجود ، ضعف سیستم ایمنی بدن و آلرژی باشد . مشکلات خواب مربوط به شرایط نا مساعد زندگی یا استرس های مختلف در بروز خستگی و ناتوانی شناختی و آزردهی فکری نقش دارد . علائم مربوط به استرسهای پس از آسیب ممکن است افزایش یابد (یونگ -همان) و افسردگی ممکن است بروز نماید .

همچنان که منازعات قدیم و جدید بین گروهها سر برمی آورد ، یکپارچگی و تشریک مساعی در جامعه تحلیل رفته و آژانسها در مورد مقصر دانستن افراد ، اختصاص منابع و اولویت اقدامات به شکل نابرابر دچار انحراف می شوند . گروهها و آژانسهای کمک رسانی خارجی از روند حمایتی در بحران خارج می شوند و به کشورهايشان برمی گردند و قربانیان را با حس ناامیدی ، خیانت و رها شدن تنها می گذارند . سازمانهای حمایت از فضای سبز اغلب به خاطر فقدان

بودجه و نبودن داوطلبان یا عدم توانایی برای سازگاری با تغییرات مورد نیاز جامعه ورشکست می شوند. احساس وجود "جامعه مشترک" همچنان که افراد بر روی ساختن زندگی خودشان و مشکلات فردیشان متمرکز می شوند ضعیف و ضعیفتر می شود (فاربرو - فردریک - 1978)⁸². برای بازماندگان این مسئله که جهان دائماً در حال تغییر است و اینکه آنها باید مسئولیت شخصی برای حل مشکلات زندگی و کسب و کار و اعتقادات و زندگیشان به عهده بگیرند بیشتر رخ می نمایاند

نقش پرستاران در این مرحله :

پرستاران به عنوان یاران اصلی مردم رنج دیده در این مرحله وظیفه مهمی را بر دوش میکشند. در این مرحله واکنشهای روانی مختلفی از سوی مردم بروز می نماید که اغلب خوشایند نبوده و هدف اصلی آنها بر روی مأمورین مستقر در منطقه و خصوصاً پرستاران نشانه رفته است. صبر و بردباری در این مرحله نقش مهمی را ایفا مینماید. پرستارانی که در فازهای قبلی بحران با دیدی واقع بینانه و عاری از هرگونه قول و قرارهای بی پایه با مردم برخورد کرده بودند در این مرحله با برخوردهای مناسبتری روبرو خواهند بود. در این فاز برخی از مردم بحران زده از لحاظ روانی نیاز به حمایت‌های بیشتر و در موارد شدیدتر نیاز به ارجاع برای درمان دارند. پرستاران در این مرحله باید کاملاً هوشیار بوده و به محض ورود به این فاز آمادگی برخورد با این موارد را داشته باشند.

0

⁸² - Farberow , Frederick 1978

فاز بازسازی: ⁸³

در این مرحله افراد و جوامع تلاش میکنند تا عملکردهای طبیعی قبل از بحران را بازسازی کنند (ویور - 1995)⁸⁴. مرحله بازسازی در بردارنده بازسازی فیزیکی، مالی و احساسی و معنوی در جامعه بحران زده است. در بازسازی جامعه، ساختن زیر بناها و طرحهای معماری ساختمانها و برنامه ها و روابط بین گردهمایی اجتماعی مورد توجه قرار می گیرد. بازماندگان بحران هیچ نظری در شروع کار و اینکه چقدر زمان برای بازسازی لازم است ندارند. حداقل این مسئله چندین سال وقت لازم دارد. همچنان که بازماندگان به جلو حرکت می کنند به تدریج کارهای زمینه ای که قبلا در تلاشهایشان انجام داده اند دچار تغییرات قابل مشاهده ای می شود. کاربردها و عمل کرد های کنونی دوباره تثبیت یا رد می شوند. وامها به نتیجه میرسد یا نمی رسد. اما روند برخی از بازسازیها کم و بیش انجام شده است. با این وجود در طول این سالها ناامیدی در تاخیر اجرای طرحهای بازسازی و رویدادهایی که خاطرات تلخ و واکنشهای استرس زا را تجدید می کند، مشاهده می شود در این حین موفقیت های کوچک زیادی نیز بچشم می خورد و موانع زیادی نیز از سر راه برداشته می شود. سالگرد بحران خاطرات افراد را زنده می کند و یادبودها و در برخی موارد مراسم های خاصی بر گذار می شوند. (برای یک بحث کامل مربوط به سالگرد و واکنشهای مربوط به آن به مقالات مایرز -

⁸³ - RECONSTRUCTION

⁸⁴ - (Weaver 1995)

1994⁸⁵ مراجعه کنید.) . بازسازی اجتماعی و فیزیکی جامعه اعتقاد
بازماندگان رانسبت به جامعه و تواناییهای آن تایید می کند(فاربرو- فردریک -
1978)⁸⁶.

با گذشت زمان ،بیشتر بازماندگان قادر خواهند بود که با نگاهی
به گذشته از یاری رسانان مختلف قدردانی کنند . آنها می توانند به گذشته
برگردند و ببینند که چقدر راه آمده اند . چالشها و مبارزاتی که انجام داده اند و
درسهایی را که آموخته اند را بشناسند. آنها قادرند که به درون خود بنگرند و
شجاعت ، قدرت و مستعد بودن خودشان و عزیزانشان را در فرایند احیاء شنا
سایی نموده و ارج نهند . آنها قادرند که به اطرافشان بنگرند و از عزیزان و
دوستانشان که در بازسازی و درمان به آنها کمک کرده اند قدردانی کنند . در
نهایت آنها می توانند بسمت جلو و به یک حس جدیدی از زندگی و هدف
بندی بنگرند و خودشان را نه به عنوان یک قربانی بحران بلکه بعنوان
بازماندگان بحران بنگرند (مایرز- 1992)⁸⁷

نقش عوامل فرهنگی و سن در واکنش بازماندگان :

کشور ما ایران از لحاظ جمعیت شناختی از اقوام و

⁸⁵ - Myers 1994a

⁸⁶ - Farberow & Fredrick, 1978

⁸⁷ - . (Myers 1992)

فرهنگ‌های متفا وتی تشکیل شده است. با آنکه اقوام مختلف در کشور ایران معمولا در مناطق خاص خود زندگی می کنند ولی گسترش شهر نشینی و مهاجرت اقوام مختلف به مناطق دور از زادگاه اصلی شان ، خصوصا مهاجرت به شهر های بزرگ کشور سبب شده است که اقوام مختلفی در مناطق شهری زندگی نمایند.. با توجه به این تحولات جمعیت شناختی امروزه برخورد با هر قوم و فرهنگ در مراحل بحرانی از اهمیت ویژه ای برخوردار شده است بصورتیکه بی توجهی به آنها سبب بروز مشکلات نا خواسته ای در مدیریت بحران در جوامع شهری خواهد شد. به همین دلیل اعلام شده است که پرسنل امدادی و پرستاران باید این نکته را مورد توجه قرار دهند .

فرهنگ بعنوان تمامیت الگوهای رفتاری، اجتماعی، هنری و اعتقادات و حاصل عملکرد و تفکر انسانها در موسسات و گروهها یا سازمان ها تعریف شده است که در جامعه از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند.(لغت نامه هریتیج – 2000)⁸⁸

درک وفهم هرفرد از مفهوم بحران و پاسخ رفتاری آن به بحران با توجه به اعتقادات و عملکرد های فرهنگی او ناشی شده و تحت تاثیر فرهنگ او قرار می گیرد. بنا براین لازم است که کارگزاران

⁸⁸-(American beritage dictionary , 2000)

برنامه های سلامت ذهنی بحران و پرستاران و مدد کاران فرهنگ یک جامعه بحران زده را درک کنند و بطور ویژه و با توجه حساسیت فرهنگی افراد بحران زده فعالیت نمایند. (دی ولف-2000)

در این وادی فاکتورهای متعددی باید مورد توجه قرار

گیرند .

گروههای نژادی ویژه ممکن است دارای الگوهای اعتقادی و رفتاری مشترکی باشند که فرهنگهای ویژه ای را بر اساس تجارب زندگی و تاریخی آنها شکل می دهند . کشور مبدا به عنوان زادگاه اصلی به طور مشخص بسیاری از عملکردها و اعتقادات فرهنگی را برای مهاجران تازه وارد مشخص و تعیین می کند . درک این مطلب مهم است که کارگزاران برنامه های سلامت ذهنی بحران ، پرستاران و مدد کاران طبیعت یا کیفیت زندگی در کشورهای مبدا و عواملی که منجر به مهاجرت شده اند را بفهمند و ارتباط آنها را با فرهنگهای افراد تشخیص دهند . در کشورهایی که جنگ ، ظلم یا آسیبهای دیگر مردم را به فرار و می دارد شخص مهاجر که به سرزمین جدیدی می آید باید انتظار برخورد با برخی از استرسهای آسیب زا در آینده داشته باشند . عملیات امدادی بحرانی مانند پناهگاههای مراقبت جمعی یا اردوگاههای تغذیه ، واحدهای گارد ملی و یا هلیکوپترها ممکن است مردم مهاجر را به یاد تجارب آسیب زای قبلیشان از کمپهای آوارگان بیاندازد و

آسیبهای آنها را دوباره زنده کند . همچنین بحرانهای قبلی در کشورهای مبدا ممکن است بر رفتار افراد مهاجر در حین بحرانهای جدید تاثیر بگذارد . در سال 1989 در منطقه لوما پریتهای⁸⁹ ایالت کالیفرنیا زلزله ای بوقوع پیوست ، بسیاری از خانواده های مکزیکي الاصل آمریکایی که خانه هایشان آسیب دیده بود مایل نبودند که در پناهگاههای مراقبت دسته جمعی در مدارس و سالنها پناه بگیرند بلکه در عوض می خواستند چادرها و پناهگاه های خود را بنا کنند .

بسیاری از افراد از برگشتن به خانه هایشان تا زمانی که ساختمانهای جدیدشان بوسیله مهندسين ساختمان ارزیابی نشود خودداری می کنند . پدیده مشابهی بعد از زلزله مشابهی منطقه نورتریج (1994)⁹⁰ در لس آنجلس اتفاق افتاد . برای این خانواده های مکزیکي نیز خاطره زلزله مخرب سال 1985 شهر مکزیکو سیتی هنوز⁹¹ زنده بود . در آن زلزله 8/1 ریشتری که با پس لرزه های 7/5 ریشتری به مدت 36 ساعت همراه بود ، دولت مکزیک 5400 گواهی فوت را برای قربانیان بحران صادر نمود . در عین حال آژانسهای امداد بین المللی تخمین زدند که ده هزار نفر مرده اند . بیشتر از صد هزار واحد خانه تخریب شد و هزاران ساختمان کاملا فرو ریخت . (زلزله مکزیکوسیتی 2000)

⁸⁹ Loma Prieta

⁹⁰ 1994 Northridge

⁹¹ 1985 Mexico City

باتوجه به این مشکل فرهنگی بعد از زمین لرزه نورتریج گروههای مددکاری دوفرهنگه و دوزبانه متشکل از پرستاران و پرسنل امدادی بهداشت روان وارد منطقه شده و با خانواده هایی که در اردوگاهها زندگی می کردند ملاقات کردند تا به آنها در مورد امنیت ساختمانهایی که بوسیله مهندسان بازرسی شده از لحاظ ایمنی زلزله اطمینان بدهند و آنها را تشویق کنند که از اردوگاهها خارج شوند و به محل های دائمی تر نقل مکان کنند(بایرد-2001).⁹²

موقعیتهای مهاجرتی افراد یا ترس و مظنون بودن نسبت به آژانسهای دولتی ممکن است بطور منفی بر خواست آنها برای جستجوی کمک مربوط به بحران تاثیر داشته باشد (مایرز-1998).

همینطور در حین بحران ها مشاهده می شود افرادی که نسبت به خودکفاییشان مغرور هستند ممکن است تمایلی به گرفتن کمک از کارکنان بهداشتی وسازمانهای ذی ربط نداشته باشند (دی ولف-2000)

بولتن و بولین (1986)⁹³ متوجه شدند که بعد از حادثه تند باد آیوا⁹⁴ در جزیره هاوایی فقط 20% از ژاپنیهای بحران زده در مقایسه با 50% از خانواده های فرهنگ های دیگر جهت دریافت کمک ثبت نام کردند .

موانع زبانی⁹⁵ نیز وجود دارد و در طول زمان استرس و

⁹² (B.Baird , California Specialized June & 2001)

⁹³ - (1986) Bolton , Bolin

⁹⁴ Hurricane Iwa

⁹⁵ (Language barriers)

تنشهای احساسی ، بسیاری افراد دوست دارند که به زبان محلیشان صحبت کنند . برنامه های سلامت ذهنی باید در این موارد همه تلاشش را صرف ارائه خدمات توسط کارکنان دوزبانه و در صورت امکان دوفرهنگی بنماید . کار کردن از طریق مترجم ایده آل نیست اما یک مترجم آموزش دیده بهتر از اینست که یکی از افراد خانواده مخصوصا بچه ها عمل ترجمه را انجام دهند . این امر بخاطر حفظ اسرار خصوصی زندگی افراد و حفظ حریم نقش های خانوادگی است . (دی ولف -2000)

با سوادی عامل مهمی است که جدا از زبان تکلم باید به آن توجه کرد . برای افرادی که سواد کافی ندارند ، نوشته ها باید با زبان ساده تری ارائه شود . بعلاوه اشکال دیگری از ارتباطات مانند آگاهی دادن از طریق رادیو تلویزیون ، بصورت کلامی ، رو در رو ، بروشورها و آگهی روی کاغذ کوچک در کارتونها ، تصاویر و سمبلها باید در نظر گرفته شود .

سبک های لفظی و غیرلفظی برقراری ارتباط نیز اهمیت دارد . زبان حرکات ، تماس چشمی و قرابت فیزیکی یا تماس در طول مکالمه باید مورد توجه قرار بگیرد و مورد احترام واقع گردد . در برخی فرهنگها راههای بیان احساسات بصورت لفظی مطلوب بنظر نمی رسد . بنا بر این یافتن راههای قابل قبول و مؤثر حفظ سلامت ذهنی در هر فرهنگ نیازمند درک کامل اعتقاد فرهنگی در مورد بروز رنج ، بهبودی ، سلامت ذهنی و درخواست کمک می باشد . همینطور در فرهنگهای مختلف تعاریفی از افراد ارزشمند به عنوان

مددکار قابل اعتماد از فبیل دکتر ، کشیش ، روحانی یا کارکنان سلامت ذهن مطرح می شود که با توجه به این ارزشها باید آنها را به کار گرفت . عوامل فرهنگی ، روحی⁹⁶ و وابسته به جنس⁹⁷ ممکن است بر چگونگی بیان احساسات افراد، روند جستجو و درخواست حمایت ، استفاده از منابع و واکنش روانی آنها تاثیر بگذارد . برای مثال نوریس و همکاران (2002)⁹⁸ متوجه شدند که فرهنگ بر روی مشکلات روانشناختی وابسته به سن تاثیر می گذارد.

آنها در تحقیقات تقاطعی مابین فرهنگهای مختلف در دوره های پس از بحران مشاهده نمودند که در بین ملیت های مختلف شامل بالغین امریکایی ، مکزیکی و لهستانی مشاهده نمودند که آمریکائیان میانسال بیشترین تاثیر را از بحرانها پذیرفته بودند ولی میزان تاثیر پذیری از بحران در جوامع مکزیکی و لهستانی بتر تیب در جوانان و در گروه بالغین مسن تر بوده است . تحقیقات انسان شناسی⁹⁹ اختلافاتی را در سیکل زندگی خانوادگی در بین این فرهنگها نشان می دهد که بدون شک گوناگونیها و اختلافات موجود را توجیه می کند . بنابراین مهم است که این اختلافات را در سطح جهانی بشناسیم . بنابراین مهم است که بدانیم در سطح جهان یک مورد هماهنگ مشخص متاثر از سن و گروه سنی در رابطه با تاثیر پذیری از بحران

⁹⁶ - (spiritual)

⁹⁷ - (gender based factors)

⁹⁸ Norris Kariasty Conrad Inman & Mearphy (2002b)

⁹⁹ (Antropological researches)

ها وجود نداشته بلکه بیشتر به عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، تاریخی و دیگر عوامل در جامعه آسیب زده وابسته است.¹⁰⁰

نقش جنسیت در واکنش بازماندگان در رابطه با پی آمد

های بحران

¹⁰¹نوریس و همکاران در مطالعات خود بر روی 160 نمونه از قربانیان بحران در طول بیست سال 49 مقاله پیدا کردند که حکایت از تنش یا بیماری بر اساس اختلافات جنسیتی در حین بروز استرسهای بعد از بحران دارند. از این موارد 46 (94 %) مقاله نشان دادند که زنها خواه اینکه بچه، بالغ یا بزرگسال باشد به نحو شدیدتری تحت تاثیر پی آمدهای مشکل آفرین بحران ها قرار گرفتند. (نوریس و همکاران -2002)

دختران بطور ویژه در مبتلا شدن به PTSD مستعد بودند و مطالعات مربوط به بحرانهای متعدد نشان داد که دختران 2 برابر نسبت به پسران آسیب پذیرترند. (گرینو همکاران 1920- نورث و همکاران 1999- دلا فیونته 1990- ...) ¹⁰² تنها استثنا این بود که مردان نسبت به زنان احتمالاً بیشتر به الکل روی می آورند یا اعتیاد پیدا می کنند. (دولی و گان -1995، گلسر و همکاران 1981-...)

¹⁰⁰Gleser et al 1981 .

¹⁰¹ (Norris et al 2002a)

¹⁰² , North et al 1999 , Steiglass & Grrity 1920 , Dela Fuente , 1990 , Green et al1990)

نقش مذاهب در پذیرش و مقابله با بحران

مذهب و فلسفه شخصی ممکن است بر اعتقادات شخص در مورد علت و مفهوم بحران تاثیر بگذارند. در جایی که برخی بحران را بعنوان عمل طبیعت و انسان قلمداد می کند دیگران آن را بعنوان خواست خدا مانند یک شکلی از مجازات یا سرنوشت تلقی می کنند. در برخی موارد اعتقاد در مورد علت و مفهوم بحران بر رفتار فرد بعد از حادثه تاثیر بسزایی دارد.

مذاهب ویژه، اجتماعی از افراد دارای فرهنگ و اعتقاد مشترک را تشکیل می دهند. سنتها، آداب و رسوم و شعائر مذهبی، معنویات و سمبلگرایی در برخی مذاهب مشترک هستند. همینطور در مواردی که مرگ در یک بحران اتفاق می افتد، اعتقادات ویژه ای در مورد مفهوم خوب و بد، زندگی، خسارت و مرگ مطرح می شوند که مطابق با آیینها و شعائر دینی هر جامعه است و باید به آنها توجه نموده و به آنها احترام گذاشت. در اعتقادات مذهبی مختلف روشهای برخورد با اجساد عزیزان و دفن یا روشهای دیگر متفاوت است که به آداب و رسومی که برطبق آن باید با بدن مردگان رفتار شود مربوط می شود. در برخی مواقع یک بحران مانع از برگرداندن جسد به خانواده اش می شود. در سانحه خطوط هوایی الاسکا در سال 2000¹⁰⁴ بقایای انسانی افرادی که در پرواز مرده بودند قابل شناسایی نبود.

¹⁰³ (Dooly & Gunn 1995 , Gleser et al 1981 , North , Smith & Sptizmagel 1994)

¹⁰⁴ AlaskaAirline 2000

در این موقعیتها رهبران مذهبی خانواده ها می توانند به آنها کمک کنند که نبود فرزندانشان را درک و تحمل کنند و عدم امکان به خاکسپاری عزیزانشان برطبق آداب و رسوم را بپذیرند .

بعد از زلزله لوما پریتا کارکنان سلامت روان شهروندان را تشویق کردند تا برنامه های آمادگی بحران شخصی را در خانه هایشان اجرا کنند و در آن شرایط بحرانی، آمادگی به کمک شعائر مذهبی بعنوان پادزهری برای مقابله با اضطراب ناشی از پس لرزه ها یا زلزله دیگر مطرح بود . در جامعه اسپانیایی تبارها کارکنان سلامت روان از کلیساها بعنوان مکانی برای ارائه آموزشهای مربوط به آمادگی برای مردم استفاده می کردند آنها با کمک کلیسا ها اجتماعاتی را ترتیب می دادند و پیشنهاداتی را برای دسترسی به ذخائر و ... ارائه می کردند

بطور خلاصه لازم است که پرسنل امدادی و روانپرستاران مستقر در نواحی بحران زده با هنجارهای فرهنگی ، آداب و رسوم و تاریخ محلی و سیاستهای اجتماعی بومی منطقه آشنا شوند . کارکنان موقعی که دوزبانه و دوفرهنگه باشند تاثیر بیشتری خواهند داشت .

حساسیت فرهنگی موقعی که با اطلاعات مربوط به بحران و فرایندهای کار به هر دو شکل زبان اولیه و اصلی و در شکل غیر نوشتاری ارایه شده باشند بهتر انتقال می یابند . موقعی که برنامه های سلامت ذهن بحران

به پیش می رود ، ایجاد روابط کاری سازماندهی شده با سازمانهای قابل اطمینان و کسانی که خدمات را ارائه می کنند و مددکاران و رهبران اجتماعی مذهبی مفید است .احترام گذاشتن و آگاه بودن از فرهنگها و مذاهب و تعقیب برنامه ها بطور قابل اطمینانی برای کارکنان سلامت ذهنی بحران که می خواهند برای یک گروه فرهنگی ویژه اعتماد سازی کنند مفید است (فردریک 1978، دی ولف -2000)¹⁰⁵.

نقش گروههای اجتماعی اقتصادی در پاسخ به بحران :

بسیاری از افراد که در رده افراد مرفه و متوسط بالا هستند، از آنجائیکه بخاطر منابع مالی و موقعیت زندگیشان احتمالا از بحرانهای مالی در گذشته مصون مانده اند با یک حس ایمنی خاصی زندگی می کنند و خودشان را بعنوان افرادی که نسبت به حوادث ناشی از بحران آسیب ناپذیر هستند تلقی می نمایند . بیشتر آنها بیمه هایی را برای حمایت خودشان در آینده تدارک دیده اند .برای این خانواده ها شوک عدم اعتماد ، سرزنش خود و بروز عصبانیت می تواند به دنبال یک بحران بروز کند (دی ولف -2000).

خانواده هایی که درآمدهای مناسبی دارند ممکن است هرگز کمکها را از آژانسهای خدمات اجتماعی نپذیرند و نیازی هم برای اینکار احساس نمی کنند . در پیامدهای ناگهانی بعد از بحران آنها ممکن است متوجه شوند که در یک پناهگاه مراقبت جمعی به سر می برند و ممکن است

¹⁰⁵ - (Fredrick 1978, Dewolfe 2000)

مجبور باشند که لباسها ، غذا ، پول و موارد مراقبت شخصی را از آژانسهای رفاهی بپذیرند . پذیرش این امر برای آنها می تواند خیلی مشکل بوده و در بعضی مواقع برایشان تحقیرآمیز و مشکل خواهد بود . به هر حال بسیاری از آنها دارای منابع خانوادگی ، اجتماعی ، مالی و بیمه مناسبی می باشند که می تواند سرعت مورد استفاده قرار گرفته و آنها با این روشها و امکانات می توانند جلوی اثرات ناخوشایند بحران را بگیرند(دی ولف - 2000) . (Dewolfe 2000) خانواده های با درآمد متوسط اغلب از افراد حرفه ای برای کسب حمایت و کمک استفاده می کنند . برنامه های سلامت ذهنی بحران می تواند افراد حرفه ای ارائه دهنده مراقبتهای سلامت محلی را آموزش دهند و همینطور رهبران مذهبی را در مورد استرسهای بحران آگاه کنند تا مطالب مربوط به بحران بتواند در مراقبتهایشان جهت بازماندگان مفید واقع شود (دی ولف -2000،مرکز بهداشت روان -1995).....¹⁰⁶

خانواده های پرجمعیت

خانواده های پرجمعیت بیشترین مشکلات را برای

رهایی از بحران دارند .

¹⁰⁷نوریس (2002) و بولین وهمکاران (1986)متوجه شدند که که در 13 گروه از 14 گروه مورد مطالعه(93%) خانواده های باموقعیت

¹⁰⁶)Dewolfe 2000((1995) Center For Mental Health Sewiles , Stein ... , Myers (1999)

¹⁰⁷ Norris et al (2002) , Bolin & Bolton (1986)

اقتصادی اجتماعی پایینتر بطور پایدار با استرسهای بعد از بحران بیشتری مواجه بودند . خانواده های بزرگ ممکن است دارای ناکارآمدی ها و مشکلات مالی بیشتری باشند . گروههای با درآمد کم ممکن است در بحرانها بهره ای نبرند زیرا آنها در خانواده هایی بسر می برند که احتمال آسیب پذیریشان بیشتر است . آنها در ساختمانهای قدیمیتر و آسیب پذیر در برابر آتش در نواحی پایین شهر که مستعد سیل است و یا درخانه های متحرک که می توانند دستخوش باد و طوفان و خسارتهای زلزله شوند زندگی می کنند. درزلزله کالیفرنیا در سال 1983 اسپانیولی ها بیشتر از هندواروپایی ها دچار خسارتهای ساختمانی شدند (بولین و بولتن -1986).

بعلاوه خانواده ها و افراد با درآمد پایین از منابع مالی و مادی کمتری برخوردار بوده و اغلب دارای پوشش بیمه ای نبوده ویا پس اندازی نداشتند . آنها از آنجا که قبلا اجاره نشین بودند با افزایش غیر قابل تامین اجاره بها در دوران پس از بحران روبرو می شوند . (دی ولف -2000)¹⁰⁸

اگرچه حس قرابت و هم نژادی نزدیک قسمت مهمی از بهبود مناسبات رفتاری را نشان می دهد ولی خانواده های با درآمد کم اغلب یک منبع کمک اقتصادی خوبی نیستند و نمی توانند به یکدیگر کمک نمایند (بولین و بولتن -1986).¹⁰⁹

بنابراین بازماندگان با درآمد پایین ممکن است ازحمایت

¹⁰⁸ - Dewolfe 2000

¹⁰⁹ - Bolin & Bolton 1986.

اجتماعی خانواده های گسترده برخوردار شوند اما قوم و خویش آنها نیز ممکن است از مکان یا توانایی مالی کافی برای تامین خانه یا منابع دیگران برخوردار نباشند. لذا یافتن خانه های مناسب با حداقل امکانات در مرحله بعد از بحران ممکن است یک فرایند دشوار و طولانی مدتی باشد. معمولاً بازماندگان دارای منابع کمتر کسانی هستند که در پناهگاههای دسته جمعی برای مدت طولانی تری زندگی میکنند زیرا خانه ای در دسترس آنها نیست. آنها ممکن است به خانه های موقتی انتقال داده شوند که برای آنها نامطلوب است و ممکن است از همسایگان و خانواده هایشان دور شوند. اغلب خانواده های کم درآمد چندین بار بعد از بحران نقل مکان می کنند تا بتوانند خانه ای مناسب و امن و با همسایگان آشنا تر پیدا کنند (بولین - 1986). بولین و همکاران (1986)¹¹⁰ گزارش می دهند که خانواده های اسپانیایی تبار با درآمد کمتر دو برابر بیشتر از هندواروپاییهای امریکایی بعد از زلزله کالیفرنیا نقل مکان کرده اند. اسکان مجدد ممکن است امور حمل و نقل و نام نویسی در مدارس و یافتن شغل را دشوارتر کند و کودک ممکن است با رفتن به یک مدرسه جدید بدور از معلمان و دوستان آشنایان خود دچار رنجش خاطر شود (دی ولف - 2000).

برنامه های بحرانی دولت فقط برای نیازهای ضروری و جدی تهیه می شود و همه این خسارتهای را نمی تواند جبران کند. به خاطر

¹¹⁰- Bolin & Bolton 1986

درآمدهای محدود افرادی که از کلاس و موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین تری برخوردارند برای برخی از برنامه های دولتی مانند وامهای مربوط به مالکان برای تجدید بنا مناسب نیستند (بولین و بولتن-1986).¹¹¹ خانواده های فقیر و فاقد اعتبار اغلب به نیازهایشان نمی رسند و باید به سازمانهای رفاه بحران بدون بهره ارجاع داده شوند.

بولین در مطالعاتش بر روی نقش نژاد، مذهب و قومیت در بهبودی پس از بحران نتیجه گیری می کند که سیستم کمک رسانی موجود ثابت کرده که یک عنصر کلیدی در بهبودی پس از بحران است اما برای اینکه بحرانها موجب افزایش نابرابری اجتماعی گسترده نشود، خط مشی های موجود در استانداردهایی که اقلیتها را استثناء می کند باید مجددا مورد بررسی قرار بگیرند

بازماندگان با درآمد کم در حالیکه با مبارزات و چالشها و کمکهایی که ناکافی بوده مواجه هستند ممکن است دچار افسردگی و آزردهی شوند .

امدادگران و مسئولین پرستاری در بحران باید قادر باشند کمکهایی برای حل مشکلات واقعی فراهم کنند که بر نیازهای اساسی افراد تکیه داشته باشند. آنها باید در مورد منابع اجتماعی در دسترس افراد با درآمد کم و امکانات اندک کاملا مطلع باشند و شبکه ای از این منابع را بطور فعال

¹¹¹ Bolin & Bolton 1986

در اختیار نیازمندان قرار دهند (دی ولف-2000).¹¹²

آسیب پذیری افراد مبتلا به بیماریهای روانی دائمی و

جدی :

تجارب نشان داده است که بازماندگان بحران مبتلا به بیماری روانی در صورتیکه ارایه خدمات روانی برای آنها دچار وقفه نشود نسبتاً خوب عمل می کنند .

این افراد در مقابل بحران می ایستند و مانند عموم مردم در طول بحران و یا بعد از پیامدهای بحران به ایفای نقش می پردازند (دی ولف-2000). برخی بصورت قهرمانانه و داوطلبانه به همسایگان و آژانسهای مربوط به رفاه بحران زدگان کمک می کنند . بسیاری از آنها به شرطی که رژیم دارویی تهیه شده برای آنها رعایت شود قادر هستند که بر استرس محیطی بدون بدتر شدن علائم شان غلبه کنند

بازماندگان مبتلا به بیماری روانی ممکن است شاهد بدتر شدن علائم خود باشند و ممکن است ارزیابی مجدد و کمک رسانی به آنها برای ازسرگیری رژیم دارویی امری الزامی باشد .

در این شرایط پرسنل امدادی و پرستاران مستقر در محل باید با تشکیل پرونده پزشکی سوابق دارویی برای این افراد

¹¹² -Dewolfe 2000

روند درمانی آنها را تثبیت نموده و یقین حاصل نمایند که دارو های مورد نیاز آنها مرتباً به آنها تحویل خواهند شد .

برای برخی از بازماندگان مبتلا به بیماری روانی استرس اضافه شده ناشی از بحران روند تطابق بامحیط و تواناییهای قبلی شان را مختل می کند و برای رسیدن به ثبات روانی ممکن است به دریافت خدمات سلامت روانی و دارویی اضافی و حتی بستری شدن نیاز داشته باشد . برای افرادی که مبتلا به ¹¹³اختلالات استرسی پس از تروما هستند ، محرکهای بحران مانند آژیر و صدای هلیکوپتر ممکن است به خاطر تداعی نمودن رویدادهای آسیب زای قبلی حالشان را وخیم کند(دی ولف -2000).

بسیاری از افراد مبتلا به بیماری روانی نسبت به تغییر ناگهانی محیط و آشفتگی نظام معمولی آسیب پذیرند . برای آنها تعامل با منابع جدید و آژانسها برای کمکهای رفاهی بحران می تواند گیج کننده و سرشار از استرس باشد . کارکنان سلامت روان می توانند از بازماندگان دچار بیماری روانی را در حل مشکلات و کاربرد منابع جدید حمایت کنند . آنها می توانند بنفع آنها فعالیت انجام دهند و پلهایی بزنند که دسترسی و ارجاع در مواقع نیاز را برایشان با سهولت بیشتری ممکن سازد .

خدمات سلامت بحران که به طور کلی طرح ریزی شده اند بطور مساوی برای مبتلایان به بیماری روحی مفید است چونکه استرس ناشی

¹¹³ Post-traumatic Stress

از بحران بر روی همه گروهها اثر می گذارد .

زمانی که مدیران و مشاوران و پرستاران سلامت روان از یک درک درست نسبت به مسائل خدمات ذهنی بحران برخوردار باشند ، آنها بهتر قادر خواهند بود خدمات لازم و مناسب را برای جمعیت مبتلا به بیماری روانی بدنبال بحران فراهم کنند(دی ولف -2000) .

چه موقع باید ارجاع انجام شود :

مطالب بالا به واکنش نرمال افراد نرمال به وضعیت غیر نرمال اشاره کرده و این مسئله که چگونه عوامل اقتصادی فرهنگی و اجتماعی میتوانند به بهبود پس از بحران اثر بگذارند را مورد بحث قرار داد . همچنین بیشتر مردم اگرچه بطور موجهی از عهده پیامدهای بعد از بحران برمی آیند زمانی فرا میرسد که ممکن است علائم فیزیولوژی و فیزیکی افراد بحران زده به یک ارزیابی دقیق را نیاز داشته و ممکن است ارایه درمان روانشناختی و پزشکی برای برخی از افراد الزامی باشند .

پرسنل و پرستاران بهداشت روان در بحران که نقششان ممکن است در رابطه با تعامل با بازماندگان بحران یا کارگران بحران خیلی محدود باشد نباید خیلی زیاد برای ارجاع افراد جهت درمان عجله به خرج دهند . آنها باید درباره منابع ارائه خدمات کاملا آگاهی کسب کنند .

بر اساس دستورالعمل صلیب سرخ امریکا " در مرحله پس از

بحران ، هربازمانده ای که دارای یک بیماری زمینه ای غیر قابل کنترل (

مانند فشار خون بالا، مشکلات قلبی، دیابت و یا علائم مرتبط به سوء استفاده از مواد) بوده و تحت مراقبت متخصصان سلامتی نیست باید برای ارزیابی و درمان ارجاع داده شود(صلیب سرخ امریکا -1995)¹¹⁴ افرادی که این گونه مراقبتها را دریافت می کنند باید بدانند که استرس، تقلای زیاد و تغییر در الگوی تغذیه در رژیم دارویی آنها تاثیر می گذارد و به آنها توصیه می شود که با پزشک خود تماس بگیرند..

. هر فردی که دچار درد قفسه سینه، غش، ضربان نامنظم قلب (سریع یا نامنظم) ضعف ناگهانی و بی حسی صورت بازو است و یا با مشکل در صحبت کردن یا فهم، سردرد ناگهانی و شدید، دمای متغیر بدن، استفراغ شدید یا استفراغ خونی، خون در مدفوع یا بی حسی در اندامها روبروست باید فوراً به مراکز پزشکی ارجاع داده شود.

هر بازمانده بحرانی که دارای مشکلات سلامت ذهنی قبلی است و به خاطر بحران و پیامدهای آن علایمش بدتر می شود ممکن است به مراجعه جهت ارزیابی و درمان مجدد یا تغییر رژیم دارویی و تنظیم آنها نیاز داشته باشد(صلیب سرخ امریکا -1995)

به طور کلی کارارجاع از طرف پرستاران و پرسنل امداد در منطقه برای ارزیابی سلامت ذهنی و درمان ممکن در مواقعی که فرد به نظر

¹¹⁴ . (American Red Cross 95)

می رسد که علائم جدی ترو شدید تری را نسبت به آنهایی که عموماً دیده می شود تجربه می کند انجام می شود . در مواردی که شخص خطری برای خودش و دیگران محسوب می شود ممکن است نیاز به بستری داشته باشد . فهرست زیر یک تعدادی از موقعیتهایی را که با توجه به آنها یک مدد کار بهداشت روان در مرحله بحرانی باید یک بازمانده را به متخصصان بهداشت روان محلی برای ارزیابی و مراقبت تخصصی ارجاع دهد ارائه می کند

موارد¹¹⁵ قابل ارجاع توسط پرستاران

آشفتنگی قابل توجه حافظه ،عدم درک افراد یا مکان ها، ناتوانی برای انجام عملکردهای روزمره زندگی، عدم توانایی برای توجه نیازهای شخصی ، از دست رفتن مهارت‌های ساده تصمیم گیری ، عدم توانایی برای شناختن افراد آشنا، مشغولیت ذهنی با یک فکر، تکرار اعمال مذهبی، بیش فعالی افراطی یا بی حرکتی ، (عدم توانایی برای انگیختگی جهت انجام عمل)، اعتیاد (و نه سوئ استفاده) به الکل یا دارو ، فشار کلام (گفتگوی پشت سرهم و بی وقفه) ، بیان احساسات به شکل فوق العاده ساده ، انزوای جدی ، صحبت در باره خودکشی و یا دیگر کشی و یا اقدام به آنها ،رفتار بی محابا که ممکن است

(American Red Cross 95 , Myers 89 , Young et al 98)¹¹⁵ :

تهدید کننده زندگی باشد (رانندگی تحت نفوذ دارو یا الکل روابط جنسی ناسالم)، علائم روان نژندی، برگشت به دوران کودکی بطور افراطی ، کابوسهای زیاد ، گریه کردن زیاد، کابوسهای مکرر و گریه بیش از حد، ابراز احساسات نامناسب و پی در پی مانند خندیدن ، ، عصبانیت نامناسب یا سوء رفتار نسبت به دیگران ، ، تعامل نامناسب به رویدادهای تحریک کننده از جمله موارد قابل ارجاء توسط پرستاران محسوب می شوند.

خلاصه :

در این بخش واکنشهای شایع جمعیت‌های مختلف به بحران شامل بچه ها ، بزرگسالان و افراد مسن ارائه گردید. همین طور عوامل اجتماعی اقتصادی فرهنگی که بر چگونگی تاثیر بحران به افراد و خانواده ها نفوذ دارد و مسائل مربوط به افراد مبتلا به بیماری ذهنی بحث شد و در نهایت راهکار هایی برای ارجاع بازماندگان بحران جهت درمان و ارزیابی پزشکی و روانی ارائه گردید .

فصل دوم

ترياز

آمادگی در برابر بحران

از دیدگاه متخصصین مراقبتهای بهداشتی بحرانها ممکن است که به صورت خارجی، داخلی و یا مخلوطی از این دو باشند. بحرانهای خارجی¹¹⁶ عموماً در خارج از توان خدماتی پرسنل بهداشتی و درمانی بوده و با قربانیان بسیار زیادی همراه هستند در حالیکه بحرانهای داخلی¹¹⁷ سبب اختلال در فرآیند ارائه خدمات شده و سبب ایجاد قربانی ناخواسته می‌شوند. (کالج کانزاس – 2004) در حین وقایع گسترده بحرانی چه از نوعی داخلی و چه از نوع خارجی در صورتیکه حجم قربانیان و مجروحان بسیار گسترده باشد، سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید به طور همزمان با مشکلات چندگانه مرتبط با خدمات بیمارستانها در خصوص ارائه خدمات به بیماران و مجروحان اقدام نماید. از این رو سازمانهای مراقبت بهداشتی نیز باید با یک برخورد هماهنگ با نیاز مجروحان و قربانیان حادثه پاسخ بدهند. به طور اختصاصی در وقایع بحرانی گسترده کلیه نیروهای دواطلب (مانند صلیب سرخ و غیره) باید وارد عمل شوند، به منظور ارائه یک واکنش هماهنگ و منسجم، این سازمانها باید با یک خط ارتباطی رادیویی با یکدیگر مرتبط بشوند. در این موارد معمولاً یک بیمارستان به عنوان مرکز ارتباطات برای دریافت اطلاعات و ارجای بیماران به بیمارستانهای مورد نظر اقدام می‌نماید. به محض اعلام هشدار در پی وقوع بحران، ستاد مرکزی اطلاع‌رسانی در این بیمارستانها اطلاع‌رسانی تخصص خود را آغاز می‌نماید (کالج کانزاس – 2004) و در پی این اطلاعات دستورات لازم را اعلام می‌کند. پس از دریافت این اطلاعات

¹¹⁶ - external

¹¹⁷ -internal

بیمارستانها و مراکز درمانی اطراف با آماده‌سازی تخت‌های بیمارستانی، بخش‌های جراحی و غیره فعالیت خود را آغاز می‌نمایند. پس از آن عملیات هدایت آمبولانس‌ها به مناطق مختلف بحران زده آغاز می‌شود.

از موارد ضروری برای ارایه خدمات در مناطق بحران زده، کار گروهی و همکاری همه پرسنل و داوطلبان است و همگی باید دارای خصوصیات زیر باشند (کالج کانزاس – 2004)

- مایل به انجام وظیفه زیر نظر ناظرین (دانشجویان پرستاری از مربیان خود تبعیت خواهند کرد)
- رعایت دستورالعمل‌های صادره برای برخورد با بحران
- همکاری برای برقراری ارتباطات و پرهیز از هرگونه شایعه پراکنی
- معاینه دقیق مجروحان و بیماران
- انجام دقیق وظایف محوله و ادامه کار تا زمان لغو یا تعویض دستور
- کارکنان بیمارستان باید به صورت دوره‌ای در تمرینات آمادگی در برابر بحران‌ها شرکت نمایند.

نقش پرستار در بحران زدایی

بحران غیر مترقبه (Adventurous- Crisis) بدنبال حوادثی مانند سیل ، زلزله ، آتش سوزی و ... بوقوع پیوسته ومنجر به تغییرات مهم و

فاحش محیطی می گردد. مداخله در بحران از نوع پیشگیری ثانویه است که با تشخیص فوری و درمان همراه است و مداخله در بحران در روانپزشکی اجتماعی از موارد عمده فوریت بشمار می آید. برای رفع بحران در افراد بحران زده ، تکنیکها و شیوه های گوناگون مداخله بکار گرفته می شود و هدف اصلی از این مداخلات بازگرداندن افراد به وضعیت قبل از بحران می باشد. در این ارتباط یکی از مسئولیتهای خطیر پرستاران به ویژه روان پرستاران و پرستاران بهداشت جامعه ، پیشگیری از بروز بحران در فرد و خانواده است. فرایند مداخله پرستار شامل مراحل بررسی ، تشخیص ، برنامه ریزی ، تدابیر پرستاری و ارزشیابی می باشد. در مرحله نخست پرستار ضمن جمع آوری اطلاعات و تعیین ماهیت بحران مبادرت به ارزیابی مسائل و تبعات آن ، توانائیها و قدرت سازگاری فرد و خانواده می نماید. در بررسی و شناخت بحران پرستار لازم است به موارد اختصاصی ذیل توجه بیشتری نماید: 1) تعیین شدت واقعه و عکس العمل فرد نسبت به آن 2) تعیین توان طبیعی فرد و سیستمهای حمایتی 3) تعیین نوع برداشت و نگرش فرد از حادثه 4) تعیین قدرت سازگاری و کنار آمدن با بحران و میزان استفاده از مکانیزمهای تطابقی ، البته متعاقب مشخص کردن حالات فوق میتوان برنامه های پرستاری را به صورت دستکاری محیطی ، حمایت اجتماعی ، رویکرد فردی و رویکرد عمومی طبقه بندی نمود. اصولاً تکنیکهایی که پرستار جهت اداره بحران استفاده می کند باید فعال، متمرکز و کاوشگرانه باشد. مداخلات باید هدفمند باشد تا راه حلها سریع انجام شوند ، پرستار شیوه های مختلفی از جمله روشهای روان درمانی ، توضیح

دادن ، القا کردن ، تقویت رفتار ، حمایت از نقاز قوت ، بالا بردن اعتماد به نفس را
با توجه به وضعیت بیمار بکار میگیرد و بالاخره با انجام ارزشیابی اثرات مداخلات
انجام شده را مشخص می نماید.

تریاز¹¹⁸

در مواردی که با توده‌های عظیمی از آسیب دیدگان روبرو هستیم ممکن است نتوانیم عملیات تریاز را به گونه‌ای که شایسته است انجام دهیم و تسهیلات و پرسنل موجود برای ارایه فعالیت‌های مراقبتی کفایت نمی‌کند در این موارد باید سیاست خود را تغییر داده و مراقبت از افرادی که بیشترین شانس بقا را دارند جایگزین مراقبت از بدحال‌ترین بیماران تغییر نمود. علاوه بر این عموماً می‌توان عملیات تریاز را در خارج از محیط بیمارستان انجام داد. در این موارد، پرستاران مسئول مراقبت از آسیب دیدگان فعالیت خود را برای ادامه خدمات به بیماران آغاز می‌کنند.

معنی لغوی تریاز

در تعریف مهم از تریاز کافی است به این جمله توجه نماییم .
" برای دو مجروح و یا بیشتر از دو نفر از تریاز استفاده
نمایید. برای یک مجروح باید از کمک‌های اولیه استفاده نمود."

تریاز در ادبیات بهداشت و سلامتی به معنای فرآیند جداسازی قربانیان یک حادثه گسترده طبیعی یا مصنوعی است.

تریاز¹¹⁹ به مفهوم عام به معنی سیستمی است که توسط پرسنل پزشکی و یا خدمات اورژانسی (فوریتها) در موارد وقوع بحران مورد استفاده قرار

¹¹⁸= Triage

می‌گیرد. کاربرد اختصاصی این سیستم در بحرانهایی است که در نتیجه وقوع ناگهانی آنها میزان خسارات و یا صدمات انسانی وارده بیشتر از توانایی منابع موجود درمانی کنونی در جامعه است. به عبارت دیگر سیستم تریاژ برای اداره بیماران و آسیب‌دیدگان بحرانهای گسترده در هر جامعه کاربرد دارد. این سیستم هم اکنون در بسیاری از کشورهای جهان با قوانین رسمی داخلی هر کشور تطابق یافته و قانونگذاران کشورهای مختلف در مواقع وقوع بحران‌های گسترده، اجرای دقیق این سیستم توسط پرسنل بهداشتی درمانی را الزامی نموده و کلیه موسسات و منابع دولتی و خصوصی را با این سیستم هماهنگ نموده‌اند.

هدف اصلی تریاژ

هدف اصلی تریاژ تعیین اولویت‌های پزشکی و فعالیتهای درمانی برای افزایش تعداد کل نجات یافتگان است. (چوردن – 2002)

تاریخچه تریاژ

تاریخچه کنونی تریاژ در قرن اخیر به جنگهای دوران ناپلئون بر می‌گردد. جراحی معروف به نام دومینیک جین لاری¹²⁰ در ارتش ناپلئون روش تریاژ را برای تقسیم‌بندی و جداسازی سریع آسیب‌دیدگان جنگی و برای آسیب

¹¹⁹ - منبع - لغت نامه اینترنتی و یکی پدیا (Wikipedia) ریشه لغت تریاژ (Triage) از کلمه فرانسوی (trier) به معنای «جداسازی» است.

¹²⁰ -Dominique jean larry

دیدگانی که به فوری‌ترین مداخلات پزشکی نیاز دارند ابداع نمود. او این فعالیتها را در زمان وقوع جنگ و گسترش آن در زمان ناپلئون برقرار نمود.

اهمیت و الزام تریاژ

همیشه برخی از آسیب دیدگی‌ها به مراقبت‌های فوری نیاز دارند. بیماران ترومایی¹²¹ به طور مشخص در همان ساعت اول آسیب دیدگی، که به نام¹²² **ساعت طلایی** نامیده می‌شود، به یک جراحی نیازمندند. ولی باید گفت که هر جراح فقط یک بیمار را می‌تواند جراحی نماید و در هر بیمارستانی جراحان محدودی وجود دارد که در صورت ازدیاد بیماران نیازمند جراحی، تعداد جراحان معمولاً کمتر از تعداد بیماران نیازمند جراحی است.

از این رو لازم است بیماران اضافی به بیمارستانهای دیگر منتقل شود. نکته بسیار مهم در این بحث این است که اگر یک سیستم کار آمد برای انتخاب و انتقال به موقع مجروحان به بیمارستانها مربوط وجود نداشته باشد، افراد به صورت خود سرانه بیماران خود را به این بیمارستانها منتقل نموده و سبب درگیری‌ها و مشکلات بسیاری برای مسئولین و پرسنل بیمارستانها خواهند شد.

بنابراین هدف اصلی تریاژ در این زمان بحرانی جلوگیری از این چالش مشکل ساز و توزیع مناسب بیماران بر اساس اولویتهای درمانی آنها است. کلیه مطالبی که در بند فوق به آنها اشاره شده به فعالیت (تریاز ساده) مربوط می‌شود ولی تریاژ پیشرفته به عنوان مسئولیت اصلی متخصصین حرفه‌های پزشکی

¹²¹ - Trauma Patients

¹²² - Golden hour

تلقى می‌شود، وظیفه مسئولین تعیین منابع قابل دسترس برای مهم‌ترین بیماران است. در موارد وقوع زمین لرزه، تسونامی و جنگهای منطقه‌ای، این وظیفه خطیر بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد.

به طور مثال پس از وقوع یک حمله هسته‌ای، هزاران مجروح برجای می‌مانند که بسیاری از آنها با وجود کمک‌های اولیه غیر قابل درمان هستند و دارای سوختگی‌های شدید و یا آلودگی‌های شدید شیمیایی هستند. وظیفه مسئولین تریاژ تخصصی در این موارد از رده خارج کردن این مجروحان است.

این وظیفه ناخوشایند در این دوره‌های بحرانی لازم الاجرا است چون هر بیمار شیمیایی ممکن است با وجود در صد بسیار ناچیز سلامتی ساعتها دقت پزشکان را به هدر می‌دهد و نیروهای سازنده‌ای را که می‌توانند هزاران بیماران ساده‌تر را درمان نمایند، مشغول به مداوای افرادی نماید که امیدی زیادی به زندگی‌شان نیست.

تاریخچه تکاملی عملیات تریاژ

عملیات تریاژ بیماران که در گذشته معرفی شده بود در وهله اول بر روی بیماران به شدت بد حال متمرکز شده بود. ولی باید اعلام نمود که در یک شرایط بحرانی و یا در حوادثی که منجر به تهدید زندگی توده زیادی¹²³ مردم می‌شود، نوع تریاژ باید بر اساس مراقبت از بیماران به شدت بدحال تا مراقبت از

¹²³ = mass casualty events

آنهايي که بايد بيشتر مورد توجه قرار بگيرند فرق مي‌کند. اين تغيير در عملکرد بايد بر اساس محدوديت پرسنل مراقبتي و منابع موجود مورد توجه مسئوليت قرار بگيرد. به عبارت ديگر افراد مسئول مراقبت از بيماران و مصدومين در شرايط مختلف بايد فعاليتهاي خاصي را با توجه به افراد آسيب ديده و نوع حادثه بحراني اعم از طبيعي و يا تکنولوژيکي مورد توجه قرار دهند.

زمانی که بيماران به شدت بدحال در دوره‌های پس از وقوع بحران به بيمارستان مي‌رسند، از همه پرسنل و تجهيزات موجود براي ارايه کمک‌های اوليه به آنها استفاده مي‌شود، و در فرآيند ارايه منابع مورد نياز به بيماران بد حال ، اين گروه از بيماران بايد همه نوع مراقبت را براي به حداکثر رساندن شانس بقاي خود دريافت نمايند. از اين روزمان بندي عمليات نقل و انتقال بيماران به واحدهای مراقبت ويژه و يا بخش‌های جراحي یک اولويت تلقی مي‌گردد.

ترياز به روش سنتي¹²⁴

روشی که به عنوان ترياز در بيشتر مراکز مراقبت از سلامتي ارايه مي‌گردد، بر اساس تقسيم‌بندي نيازهای مراقبتي بيماران با توجه به شدت بيماري و يا آسيب‌های وارده مورد توجه قرار مي‌گيرد. اين تقسيم بندي شامل موارد زير است.

1- افراد به شدت بدحال = افرادی هستند که برای نجات

جان آنها به مراقبت های فوری نیاز است. این افراد ممکن است دارای اسيبها و

¹²⁴ - Traditional

صدمات مختلفی باشند. از این رو مراقبت از آنها با ارجاع مستقیم آنها به بیمارستان آغاز می‌شود و منابع و تجهیزات مختلف بهداشتی برای آنها فراهم خواهد شد.

2- بیماران با مشکلات فیزیکی (بدنی) متوسط =

این افراد به مراقبت‌های متوسطی نیاز دارند و آسیب و صدمات وارده به آنها مخاطره آمیز نبوده و سبب ناتوانی فوری آنها نمی‌شود. مواردی از قبیل دهیدراسیون، تب، دردهای شدید و با منشاء ناشناخته در این افراد شایعند.

3- بیماران کم خطر¹²⁵

افرادی هستند می‌توانند برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و عملیات درمانی منتظر بمانند. این افراد ممکن است دارای شکستگی اندام‌ها بوده و یا زخم‌هایی در بدن داشته باشند که نیاز به بخیه دارند.

استفاده از روش تریاژ سنتی توسط پرستاران

زمانی که افراد مصدوم و یا مجروح از طریق بخش اورژانس وارد سیستم مراقبت بهداشتی می‌شوند میزان آسیب و یا صدمات وارده به آنها ارزیابی شده و نوع مراقبتی که فوراً به آنها نیاز دارند مشخص می‌شود. مثلاً اگر تعداد زیادی بیمار در یک زمان وارد بخش اورژانس می‌شوند، پرستاران حاضر در بخش بر اساس معیارهای تریاژ در خصوص میزان شدت صدمات آنها قضاوت نموده و

¹²⁵ (Low risk) =

دستورات مراقبتی لازم را بر اساس شدت صدمات هر بیمار صادر می‌نمایند. در این موارد بحرانی معمولاً پرستاران از بخش‌های مراقبت ویژه و سایر بخش‌ها به بخش اورژانس منتقل می‌شوند و هدف از این امر ارزیابی مراقبت‌های موثر و فوری با استفاده از تسهیلات و پرسنل موجود پرستاری است.

عملیات تریاژ در صدمات جمعی وسیع =

در وقایعی که با آسیب دیدگی توده زیادی از مردم همراه است میزان تقاضا برای دریافت مراقبت ویژه بیشتر از میزان عرضه آنهاست و معمولاً در یک زمان تعداد زیادی از افراد جامعه از صدمات مختلف با شدت‌های گوناگون رنج می‌برند.

در این شرایط تعداد زیاد آسیب دیدگان سبب نارسایی در ارزیابی فعالیت‌های مراقبتی و درمانی می‌شود. میزان پرسنل و تسهیلات مورد نیاز در این شرایط اغلب کمتر از تعداد کافی است. از این رو، عملکرد تریاژ در این شرایط تغییر حاصل نموده و باید بیشترین مراقبت‌ها را برای آنهایی در نظر گرفت که از بیشترین شانس برای زنده ماندن برخوردارند. لذا در این موارد معمولاً به آنهایی که بسیار بد حال هستند توجه زیادی مبذول نمی‌شود.

انتقال افراد از محل بحرانی به مراکز تجمع

با اینکه می‌توان کلیه افراد آسیب دیده را به بیمارستانها منتقل نمود ولی باید گفت که این کار ممکن است سبب ترافیک بیش از حد در بیمارستانها شود. لذا بهتر است در مراکز تجمعی ویژه‌ای این افراد را گردآوری نمود

و مسئولین تریاژ به جای فرستادن آنها به بیمارستانها، فعالیت‌های لازم را در آن
(2002) - محل‌ها برای انجام انجام دهند. (لانوئیکس و وینر)¹²⁶

لذا با تشکیل اماکن گردآوری ویژه برای آسیب دیدگان می‌توان این
فعالیتها را انجام داد. (آیزمن - 2001)¹²⁷

برای تاسیس مراکز تجمع باید مراحل زیر اجرا شود

1- مراکز جمع‌آوری مصدومین و مجروحان باید دور از
محل حادثه باشند تا از بروز صدمات ثانویه به آنها جلوگیری می‌شود. این امر
به ویژه برای قربانیان حوادث تروریستی صادق است.

در این موارد بارها مشاهده شده است که افراد دچار حوادث بعدی
ناشی از فعالیتهای تروریستی شده‌اند.

مراکز گردآوری باید به صورت مراکز باز (مثل استادیوم‌ها، فضای
بازی مدارس) و دور از مراکز بهداشتی باشند. این امر در موارد بمبارانهای جنگی
بسیار مهم است. چونکه دشمن ممکن است برای حمله دوم به بیمارستانها و مراکز
بهداشتی نزدیک به محل گردآوری افراد نیز حمله نماید.

در محل گردآوری مصدومین و مجروحان حداقل تجهیزات
مراقبتی و تشخیصی (از قبیل دستگاه رادیولوژی و آزمایشگاه) باید موجود باشند.

¹²⁶ - Lanoix R , Wiener DE . Concepts of Disaster triage in the wake of
world Trade Center terrorist attack Top Emergd Med , 2002 , 24 (2) : 60 – 71

¹²⁷ - Eiseman B . Combat Casualty Management for Tomorrows battelefield ,
2001 , 51 (5) : 821 – 823

در مراکز گردآوری باید نظارت و کنترل دقیق بر روی آسیب دیدگان اعمال شده و از مراجعه بی‌مورد افراد آسیب دیده سرپایی به بیمارستانهای اطراف جلوگیری شود.

آمبولانس‌ها باید آسیب دیدگان را در ابتدا به محل‌های گردآوری منتقل نموده و از مراجعه مستقیم به بیمارستانها پرهیز نمایند.

در مراکز نگهداری باید انواعی از تسهیلات و پرسنل بهداشت روان موجود باشند تا بتواند کمک‌های اولیه روانی را برای نیازمندان ارائه دهند.

از نیروهای کمکی نظامی می‌توان در محل گردآوری آسیب دیدگان استفاده کرد. (آژانس مدیریت اورژانس فدرال – 1999)¹²⁸

افراد فعال در سیستم تریاژ

1- کارکنان فوریتها: آتش‌نشانی، کمک‌های اولیه، رانندگان

و ...

2- پرستاران و کارکنان بخش‌های بیمارستانی

3- پزشکان با تخصص‌های مختلف

4- کارکنان اداری بیمارستانها (حراست، تعمیر و نگهداری،

حسابداران، منشی‌ها)

تقسیم‌بندی در سیستم تریاژ

¹²⁸ - United states Department of Justice & Federal Emergency Management Agency Emitsbury . Md . FEMA/ USFA / NFA – ERT : SS / 1999

تقسیم‌بندی‌های تریاژ همگی با هم مشابه هستند و معمولاً مجروحان و بیماران به گروه زیر تقسیم می‌شوند.

- 1- افرادی که امیدی به زندگی ندارند.
- 2- افراد مجروحی که به انتقال فوری نیازمندند.
- 3- آسیب دیدگانی که می‌تواند با تاخیر آنها را منتقل

نمود.

- 4- افراد با صدمات خفیف (سرپایی)

تریاز در فرانسه

در کشور فرانسه - در سیستم تریاژ چهار مرحله تعریف شده است.

- 1- **DCD** - فوت نموده - خارج از حیطه اورژانس

- 2- **UA** - فوریت آشکار

- 3- **UR** - فوریت نسبی

- 4- **UMP** - جراحی خفیف یا شوک روانی

DCD- Decede (deceased)

UA – urgence absolue (absolute emergency)

UR- urgence relative (relative emergency)

UMP- urgence medico – Psycho logique

این سیستم تریاژ توسط یک پزشک به نام مدیسین ترویر

(medecin trieur) اجرا شد. این تریاژ معمولاً در بیمارستانهای پیشرفته انجام

می‌شود. موارد (UA) (فوریت آشکار) معمولاً در بیمارستان تحت جراحی قرار

می‌گیرند و یا به بیمارستان تخصصی دیگر منتقل می‌شوند. فوریت‌های نسبی فقط تحت نظر قرار می‌گیرند و مجروحان منتظر تخلیه می‌مانند، آسیب دیدگان به یک قسمت دیگر به نام (CUMP) بخش اورژانس پزشکی و روانشناسی) به عنوان یک منطقه استراحت منتقل می‌شوند. در این منطقه غذا، وسایل زندگی و روانشناس وجود دارد.

روانشناسان معمولاً در موارد عود اختلالات سایکوزی در بیماران وارد عمل می‌شوند و برای پیشگیری از اختلالات پس از ترومایی (PTSD) فعالیت می‌نمایند. در بخش اورژانسی بیمارستان، فعالیت‌های تریاژ توسط یک پزشک تحت عنوان (MAO) به نام پزشک پذیرش و توسط یک پرستار تحت عنوان (IOA) به عنوان پرستار سازماندهی (Organization) و پذیرش (reception) انجام می‌شود.

تریاز در حال حاضر

در حال حاضر برای آنکه گستردگی تریاژ برای پرسنل بهداشتی در مانی کاملاً تفهیم شود آن را به دو بخش ساده و پیشرفته تقسیم نموده اند .

تریاز ساده

تریاز ساده¹²⁹ در موارد وقوع بحرانهای همراه با کشتار جمعی¹³⁰

مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این موارد از سیستم تریاژ ساده برای انتخاب

¹²⁹ - Simple Triage

بیمارانی که به انتقال فوری به بیمارستان نیازمندند و همچنین برای جداسازی بیمارانی که می‌توانند برای دریافت خدمات درمانی منتظر بمانند استفاده می‌کنند. پرسنل کمک‌های اولیه بویژه پرستاران در مکانهای بحران دیده و یا در میادین جنگی تا زمانی که سیستم نقل و انتقال بیماران مهیا نشده باشد نیازی به ارزیابی منابع موجود ندارند بلکه مهم‌ترین وظیفه که آنها باید بر روی آن تمرکز نمایند، جداسازی و طبقه‌بندی آسیب‌دیدگان بر اساس دستورالعمل‌های تریاژ است. در بیشتر مواقع بحرانی، تعداد زیادی از آسیب‌دیدگان سرپایی وجود دارند. بنابراین در این موارد باید توجه اصلی را به افرادی که بشدت آسیب دیده‌اند متمرکز نمود.

بطور مثال، پرسنل فوریت‌های درمانی می‌توانند به یک فرد آسیب دیده سرپایی بگویند که «دستت را روی زخم فشار بده و جلوی خونریزی را بگیر من باید به بیماران بد حالت رسیدگی کنم.»

این جمله ساده نقش پرسنل تریاژ را در برخورد با آسیب‌دیدگان سرپایی به روشنی مشخص می‌نماید.

سیستم ساده‌ای از تریاژ وجود دارد که با علامت اختصاری استارت (START) مشخص می‌شود. این سیستم به معنای (تریاز ساده و درمان سریع) است¹³¹ این سیستم توسط پرسنل قبل از بیمارستان¹³² و داوطلبان تعلیم دیده¹³³ در صحنه وقوع بحرانهای کشتار جمعی قابل اجرا است.

¹³⁰ = mass Casualty

¹³¹ - Simple Triage And Rapid Treatment

تقسیم بندی دقیق تر در تریاژ¹³⁴ ساده

کلاس I - بحرانی - قرمز

- دیسترس حاد تنفسی

- انسداد مجاری هوایی

- شوک

- خونریزی شدید

مداخلات پرستاری - آماده سازی برای انتقال پس از گروه

قرمز

کلاس II - شدید - زرد

- زخم های باز یا نافذ در شکم

- سوختگی شدید

- زخم های بسته همراه با کاهش پرفوزیون

مداخلات پرستاری - انتقال پس از دو گروه فوق

کلاس III - غیر فوری - سبز

سوختگی متوسط

¹³² - Prehospital Personnel

¹³³ - Trained Volunteers

¹³⁴ - Workman , M. Mishler , M (1995) Medical Surgical Nursing (2nded) Philadelphia WB. Saunders

شکستگی‌ها و در رفتگی‌های مفاصل

صدمات چشمی

- پارگی بافت نرم، زخم‌های صورت بدون انسداد هوایی
- پیچ خوردگی اندام
- کبودی و تورم اندام تحتانی

مداخلات پرستاری : درمان سرپایی - ارسال موارد مقاوم تر

به مراکز درمانی سر پایی

کلاس IV - مرگ

مداخلات پرستاری - تماس برای گرد آوری و انتقال و ثبت

مشخصات در دفاتر

سیستم استارت (START)

همانگونه که گفته شد سیستم استارت (تریاز ساده و درمان فوری)

به سادگی توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی و افرادی تعلیمات اندکی برخوردارند

قابل اجرا است. این سیستم وظیفه رهبری کل پرسنل را بر عهده ندارد بلکه فقط

به عنوان یک نیروی کمکی قابل ملاحظه در مواقع بحرانی مفید واقع می‌شود.

در تریاز پیشرفته (**advanced Triage**) ، پزشکان بیمارانی

را که به شدت آسیب دیده‌اند و امیدی به زندگی‌شان وجود ندارد جدا نموده و به علت ترافیک شدید بیماران قابل علاج اجباراً از سیستم مراقبت ویژه بحرانی خارج می‌کنند. این کار اگر چه ممکن است از لحاظ اخلاقی سوالاتی را ایجاد نماید ولی با توجه به شرایط ویژه بحرانی در منطقه نمی‌تواند کار بیشتری برای این دسته از آسیب دیدگان لاعلاج انجام داد.

به عبارت دیگر در سیستم تریاز با تخصیص دادن منابع بهداشتی و درمانی در بیمارانی که امید به زندگی بیشتری دارند، بازده کار مفید افزایش خواهد یافت.

سیستم تریاز پیشرفته که به طور مشخص توسط متخصصین اورژانس ، پرستاران ماهر، پرسنل پزشکی نظامی در بخش‌های اورژانس بیمارستانها، و یا در مناطق گرد آوری مجروحان انجام می‌شود . مجروحان در این سیستم به پنج گروه اصلی سیاه ، قرمز، زرد، سبز و سفید تقسیم می‌شود.

1- گروه سیاه (Black)

این گروه شامل افرادی هستند که به خاطر صدمات شدید (سوختگی‌های گسترده، ترومای شدید، دوز تشعشعات بالا...) در عرض چند ساعت یا چند روز آینده فوت خواهند نمود و یا آنهایی که به علت ایست قلبی و یا

شوک‌های عفونی امیدی به درمانشان نیست. به این افراد معمولاً مسکن برای کاهش درد و رنج آنها داده می‌شود و در یک منطقه جدا نگهداری خواهند شد.

2- گروه قرمز (Red)

این افراد به جراحی فوری و یا سایر مداخلات فوری نیازمندند و نمی‌توانند منتظر بمانند این افراد به مداخلات زیر نیاز دارند.

مداخلات پرستاری در محل

(RPM)¹³⁶ تریاژ: در هر بیمار باقی مانده باید وضعیت تنفس، (R)،

پرفیوژن اندام‌ها (P)، وضعیت روانی (M) را مورد بررسی قرار دهید.

گروه قرمز

مداخلات پرستاری در تریاژ (2-R) - اگر بیمار تنفس ندارد

سرش را بالا گرفته و مجاری هوایی او را باز نمایید. اگر بهبودی نیافت علامت (D) را روی آن قرار دهید. عملیات CPR را انجام ندهید چونکه در حین این عملیات ممکن است چند مجروح دیگر نیز فوت نمایند.

اگر بیمار تنفس دارد، میزان تنفس را ثبت نمایید، اگر تنفس او

دو برابر تنفس شماسست (بیشتر از 30 بار در دقیقه)، آنها در حال ورود به حالت شوک هستند. علامت (M) (فوری) را روی آنها قرار داده از یک مجروح که آسیب‌های خفیفی دارد بخواهید که مجروح را خوابانده و پاهایش را بالا آورد و او

¹³⁶ - R= Respiration , P= Perfusion ,M= Mental status

را با پتو و یا ژاکت گرم نماید. به محض آنکه دستورات لازم را به فرد مجروح مراقب او دادند او را رها کنید و به مجروح دیگر مراجعه نمایید.

مداخلات پرستاری در تریاژ (2-P)

اگر مجروح تنفس دارد ولی تعداد تنفس او کمتر از 30 بار در دقیقه است، وضعیت، جریان خون، اندامها بیش را با فشردن و رها کردن نوک ناخن و یا با فشار دادن بخش نرم نوک انگشتانش مشخص نمایید. اگر در عرض دو ثانیه منطقه فشرده شده به رنگ صورتی در آمد وضعیتش بد نیست، اگر ناخن مجروح لاک زده بود قسمت نرم نوک انگشتش را فشار دهید وضعیت برگشت خون در منطقه را بررسی کنید.

نبض گردن مجروح چک کنید اگر وریدها دارای جریان خوب مناسبی نبودند، علامت (I) را روی بیمار بگذارید.

بررسی ناخن سریعتر و قابل اعتماد تر از بررسی نبض بیمار است و این کار در مواردی که نور کافی در محل موجود است و یا با استفاده از چراغ قوه به راحتی قابل اجرا بوده و احتمال خطا برای تعیین فوریت یا عدم فوریت بیمار پایین می آید.

مداخلات پرستاری در تریاژ (2-M)

اگر مجروح تنفس دارد و دارای جریان خون کافی است و وضعیت روانی او را بررسی کنید. نام او را پرسیده و درباره حادثه از او پرسید اگر پاسخ

نمی‌دهد و یا مطالب بی‌ربطی را می‌گوید دوباره بپرسید و به او بگویید که می‌خواهید وضعیت روانی او را می‌خواهید بررسی کنید. اگر بیمار دچار گیجی (Confuse) است این امر ممکن است نشانگر این است که دچار ضربه مغزی است این حالت خارج از قدرت کنترل شما است. آنها را باید به علامت (I) فوری علامت گذاری نمایید.

اگر بیمار گیج نیست، علامت (D) (با تاخیر) را روی آن بزنید که نشان می‌دهد برای انتقال به بیمارستان به فوریت نیازی نیست. اکنون به سرعت بیمار را از خونریزی چک نمایید. اگر خونریزی شریانی دارد روش کمک‌های اولیه را برای او در نظر داشته باشید و از او بپرسید که دارای آسیب‌های خفیف است یا خیر علامت (M) را روی او قرار دهید. و به بیمار دیگر بروید

مداخلات پرستاری در تریاژ 3 (Triage 3)

آسیب‌های فوری (I) را برای ارایه کمک‌های اولیه مورد ارزیابی قرار دهید. آسیب دیدگان و مجروحان خفیف حاضر در صحنه و افراد سالم را آموزش دهید و از آنها بخواهید که این کارها را انجام دهند. در بسیاری موارد با آموزش مناسب می‌توانید از بسیاری از افراد حاضر در منطقه کمک بگیرید.

مداخلات پرستاری در تریاژ 4 (Triage 4)

برای صدمات و جراحتهای تاخیری (D) ، از مجروح بخواهید که به مداوای خودش بپردازد و از آسیب دیدگان و مجروحان خفیف (Minor) بخواهید که پس از آموزش کوتاه کمک‌های اولیه را انجام دهند.

مداخلات پرستاری در تریاژ 5 (Triage 5)

از یکی از آسیب دیدگان خفیف (گروه M) بخواهید که سایر مجروحین خفیفی را که در حین کمک‌رسانی به مجروحین شدید دچار شوک می‌شوند را شناسایی نماید. این فرد باید مواظب علایمی مثل تنفس سریع (بیشتر از دو برابر طبیعی)، شده و با لمس پوست آنها، شوک را تشخیص دهد (پوست سرد)

اگر پوست آنها سرد و (Clammy) و تنفس شان سریع است در مرحله ورود به شوک قرار دادند. از آنها بخواهید که بنشینند و یا دراز بکشند.

زرد :مشاهده

این افراد دارای وضعیت باثباتی هستند ولی نیاز به نظارت توسط افراد تعلیم دیده و تریاژ مجدد دارند.

سبز (انتظار)

این افراد به مراقبتهای فوری نیاز ندارند و می‌توان به آنها گفت که به خانه بروند و فردا مراجعه نمایند(شکستگی‌های ساده استخوان و آسیب‌های بافت نرم)

سفید

این افراد دارای آسیب‌های خفیفی هستند و به مراقبت پزشکی نیاز ندارند. مراقبت در خانه و کمک‌های اولیه برای آنها کفایت می‌کند.
در کشور انگلستان از چهار کلمه زیر برای معرفی مجروحان در تریاژ استفاده می‌شود.

(D) DECEASED مرده

مداخلات پرستاری : روی این افراد را در صورت لزوم بپوشانید. توجه داشته باشید که این علامت برای افرادی است فعالیت تنفس ندارند و کوشش اولیه برای برگرداندن فعالیت تنفسی آنها بی‌فایده است.

(I) Immediate فوری

این مجروحان به انتقال فوری با آمبولانس و یا هر وسیله نقلیه دیگر در کمتر از 1 ساعت (ساعت طلایی) نیاز دارند.

(D) Delayed با تاخیر

تخلیه و انتقال این بیماران از صحنه بحران می‌تواند با کمی تاخیر انجام شود به طور کلی تا زمانی که افراد گروه (I) منتقل نشوند بنا به انتقال گروه (D) اقدام نمود.

(M) Minor خفیف

تا زمانی که گروه (I) و (D) منتقل نشده باشند نباید به انتقال این گروه اقدام نمود. این افراد حداقل تا چند ساعت به مراقبت‌های پزشکی پیشرفته نیاز ندارند.

تریاز معکوس¹³⁷

علاوه بر استانداردهای عملیاتی تریاز که در بالا ذکر شد، مواردی وجود دارند که مجروحان خفیفتر زودتر از مجروحان شدیدتر تحت درمان قرار می‌گیرند. این حالت ممکن است در موارد جنگ مواردی که نیاز فوری به برگشت سربازان به میادین جنگی حس می‌شود (مورد استفاده قرار بگیرد).

بر اساس تقسیم بندی کالج کانزاس قربانیان مورد نظر در تریاز به مراحل زیر تقسیم بندی می‌شود. (دستور العمل کالج کانزاس – 2004)¹³⁸

1- قرمز – افراد به شدت آسیب دیده که احتمالاً به

جراحی بزرگ و بستری در بخش ICU نیاز دارند.

2- زرد - افراد با آسیب‌ها و صدمات قابل ملاحظه که برای

پیشگیری از بدتر شدن وضع آنها باید آنها را بستری نمود.

3- سبز - افراد با زخم‌های غیر جدی که به بستری نیاز

ندارند و به صورت سرپایی قابل درمان هستند.

4 - سیاه - افراد فوت نموده

اقدامات و چرخه انتقال مصدومین: پرستاران ضمن تعیین تریاز

باید قادر به انجام کار مفید در شرایط فشار بوده و دارای پایه عملی قوی جهت

¹³⁷ - Reserve

¹³⁸ - Kansas City , kansas community College , www , kekcc . cc. Kc. Us/ nursing

اعمال مختلف در زمان بحرانی باشد. همچنین پرستاران باید قادر به گرفتن تصمیمات سریع و بیان آن‌ها بوده و باید بتوانند به برقراری ارتباط صحیح با بیمار و خانواده و سایر اعضاء درمان بپردازند. پرستاران با پیش بینی های لازم باید بتوانند دیگران را از نظر روانی حمایت کنند و نیز به اندازه کافی از تجربه کار در بخش های ویژه اورژانس در شیفتهای مختلف برخوردار باشند .

یکی از اقدامات مهم بعد از تریاژ انتقال مصدومین از محل حادثه به مراکز کمک های اورژانسی می باشد. مراکز کمک رسانی باید در خارج از منطقه آسیب دیده بر پا شود و در محلی قرار گیرد که وسایل پزشکی آب و غذا کاملا در دسترس بوده و از پرسنل لازم ماهر برخوردار باشد . این مصدومین ممکن است با پای خودشان به وسیله آمبولانس و یا توسط امدادگران حمل شوند، در هر صورت رعایت اصول حمل مجروح از مسائل اساسی است .

نقش بیمارستانها در بحران

بیمارستانها در بحران دارای نقشهای گوناگونی هستند :

- 1- به عنوان یک سازمان
- 2- به عنوان بخش از سیستم مراقبت بهداشتی جامعه
- 3- به عنوان یک جزء از سیستم اجتماعی که در بسیاری از موارد فراتر از سیستم بهداشتی درمانی عمل می نماید.

به علت رسالت، خاص بیمارستانها در هر جامعه در بسیاری موارد کارشناسان بهداشتی و جامعه شناسان بر این اعتقادند که بهتر است بیمارستانها تلاش و وظایف خود را به فراتر از محدوده بیمارستان وسعت داده و مستقیماً با مشکلات جامعه روبرو شوند.

از سوی دیگر وجود یک ارتباط افقی و عمودی، بین هر سازمانهای دولتی، خصوصی، سازمانها برای افزایش حفاظت قربانیان و تامین نیازهای عامل آنها امری فراوری است.

آمادگی بیمارستانها^{۱۳۹}

بیمارستانها به خاطر خدمات اورژانسی شان و عملکرد 24 ساعت در هفته به عنوان یک مرکز حیاتی برای فعالیتهای تشخیص، درمانی و پیگیری مراقبت های ارائه شده توسط پزشکان و دست اندرکاران بهداشت روان به شمار می آیند.

به منظور افزایش میزان آمادگی در برابر وقایع بحرانی، بیمارستانها باید تمرکز خود را بر روی برنامه ریزی های داخلی و همچنین در سطح اجتماعی گسترش دهند. لذا سطح آمادگی بیمارستانها در صورتی افزایش خواهد یافت که کارکنان آن بتوانند در شرایط اورژانس و یا در هر موقعیت بحرانی به موقع و با کارایی مناسب وظایف خود را انجام دهند.

^{۱۳۹} - (انجمن بیمارستانها امریکا - ۲۰۰۴)

عموما در مراحل پس از بحران سیستم های برقراری ارتباطات دچار مشکل می شود لذا لازم است که سیستم های پشتیبانی مناسب برای مدیریت اطلاع رسانی تدارک شوند .

مراقبت از بیماران، آموزش بالینی، تحقیقات علمی و ارائه خدمات به جامعه از وظایف چند گانه بیمارستانها به شمار می آیند. از بین چهار وظیفه فوق، دو وظیفه شامل مراقبت از بیماران، و خدمات اجتماعی با هم پیوند حاصل می نمایند.

نقش مراقبت از بیماران، در بیمارستان با وقوع فاجعه آغاز شده و پس از آن ادامه می یابد.

هدف آماده سازی بیمارستانها¹⁴⁰

هدف از آماده سازی بیمارستان ها ، فراهم نمودن سیستم های پاسخ دهی فوری، آموزش کارکنان و خرید تجهیزات و مواد مورد نیاز برای ادامه مراقبت برای بیماران کنونی ، حفاظت از کارکنان خود و نهایتا پاسخ گویی به نیازهای مطرح شده توسط بحران است.

کارشنا سان مدیریت بحران ، در طرح های مقابله با بحران در بیمارستانها هم بر روی موارد فوریتهای داخلی (Internal emergencies) از قبیل قطع برق و مشکلات تاسیساتی خود بیمارستان در حین بحران، و هم بر روی بحرانهای خارجی (external disaster) تاکید می نمایند.

¹⁴⁰ - (انجمن بیمارستانها امریکا - ۲۰۰۴)

برخی از بحرانهای خارجی در نتیجه وقایع ناگهانی طبیعی ایجاد شوند. در برخی از وقایع بحرانی طبیعی مثل طوفان ، گرد باد ، سیل ها و آتش فشانها بیمارستانها از پیش هشدارهای لازم را دریافت مینمایند ولی در موارد دیگری از قبیل زلزله هیچگونه پیش آگهی قبلی وجود ندارد.

همچنین در بسیاری از وقایع ناشی از دخالت انسان نیز هشدارهای از قبل وجود ندارد. این موارد شامل انفجار کارخانجات شیمیایی، حوادث مراکز صنعتی ، ریزش ساختمان ها و وقایع و تصادفات مربوط به حمل و نقل باشند.

در چند سال گذشته یک تقسیم بندی جدید نیز به تقسیم بندی های کنونی بحرانها اضافه شد که به عنوان « عملیات تروریستی » شناخته می شوند.

از حادثه بمب گذاری در شهرهای اکلاهاسیتی و نیویورک، در حادثه ژاپن که استفاده از مواد شیمیایی خطرناک در یک سالن مترو سبب صدمات زیادی شده بود. و بسیاری از آلودگی های بیولوژیکی از قبیل سیاه زخم، آبله مرغان، ابولا Ebolo ، پلاک Plague و عفونتهای دیگر از جمله موارد جدید بحرانهای ساخته است بشر بشمارمی آیند.

آماده سازی بیمارستانها در حوادث غیر مترقبه

تاریخچه تنظیم اصول آماده سازی بیمارستانها در برابر

بحران ها

تاریخچه تنظیم و تدوین اصول آماده سازی در برابر بحرانها به

سالهای دور برمی گردد. در مارس سال 2000 در شهر شیکاگو، انجمن

بیمارستانهای امریکا¹⁴¹ و اداره خدمات بهداشتی و نیروهای انسانی اعتبارات مالی

¹⁴¹ - American hospital Association Department of Health and Human services (HHS) mass casualty disasters.

لازم را برای تاسیس دفتر آمادگی در برابر بحران های با کشتار جمعی ایجاد نمودند.

آنها طی دعوتنامه ای گروههای بسیاری از پرسنل بیمارستان و پرسنل سازمان های دولتی را برای هم اندیشی جهت فراهم نمودن توصیه ها و استراتژی های مناسب جهت ایجاد آمادگی بیمارستانها در مقابل بحرانها فرا خواندند.

این افراد در بخش های مختلف ادارات دولتی و محلی، به عنوان تکنسینهای فوریتهای پزشکی، به عنوان اپیدمیولوژیست و به عنوان عضوی از یک تیم به فعالیت مشغول بودند.

از این افراد درخواست شد که به عنوان یک فرد مستقل و نه به عنوان نماینده سازمان در جلسات شرکت نمایند. این امر به این دلیل انجام شد که افراد بتوانند آزادانه و عاری از هر گونه محدودیت سازمانی به ابراز نظر در خصوص چگونگی آمادگی بیمارستانها بپردازند.

برنامه آماده سازی بیمارستانها (Y2K)

واقعه (Y2K) فرآیندی است که ممکن است در هر بیمارستانی رخ دهد ولی باید گفت مشکل اصلی برای بیمارستانها این است که اختصاص دادن اوقات کاری کارکنان و منابع مالی مورد نظر در هنگام بحران به چه صورت باید انجام شود.

یکی از دلایل این امر این است که بیمارستانها از نظر اندازه، میزان تسهیلات بدلیل کارآمد و اداری و خدماتی، و همچنین منابع مالی در اندازه های مختلف هستند و از اختیارات و وظای متفاوتی برخوردارند.

در بسیاری از بیمارستانها عقیده کارشناسان بر اینست که درآمد متوسط بیمارستان باید بر اساس دو عامل اصلی توزیع شود.

اول اینکه بیست در صد درآمدهای متوسط هر بیمارستان باید صرف وضعیت (قرمز - Red) شود.

دوم اینکه در هر بیمارستان باید هزینه های دیگر و غیر قابل اجتناب را نیز باید در نظر داشت.

علاوه بر این دو هر بیمارستان باید موارد زیر در هنگام برخورد با وقایع بحران زا و بلایای طبیعی و غیر طبیعی گسترده در نظر داشت.

ایجاد تعادل مابین سیستم درآمد و هزینه

برقراری سیستم های عملیاتی اولویت بندی شده

در نظر داشتن محدودیتهای موجود در بیمارستان از لحاظ مالی، پرسنلی، خدماتی و...

کاستن خطاهای پزشکی (medical errors)

کاستن خطاهای تجویز دارو (medication errors)

محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخص بیمار

کنترل محصولات خونی

رعایت استانداردهای لازم در برخورد با مشکلات موجود.

برقراری استانداردهای ارتونومیک برای کارکنان

نیازهای کنونی برای برقراری آمادگی در بیمارستانها

در دسامبر سال 1997 اداره تامین اعتبار برای مراقبتهای بهداشتی

¹⁴²(HCFA) اصول مورد توجه در آماده سازی بیمارستانها را به شرح زیر اعلام

نمودند.

در بیمارستانهایی که به صورت 24 ساعته و تمام وقت به فعالیت

می پردازند موارد زیر باید مورد توجه قرار بگیرد.

1- بیمارستان باید برای مقابله با اختلالات مربوط به قطع برق

بیمارستان در مواقع بحرانهای طبیعی و یا مصنوعی دارای آمادگی لازم داشته

چونکه قطع برق در بیمارستان می تواند میزان زیادی از کارایی بیمارستان بکاهد.

2- بیمارستان باید دارای تعداد کافی پرسنل از قبیل پزشکان

عمومی - تخصصی - پرستاران رسمی باشد.

3- خدمات ارائه شده باید مناسب با نیاز بیماران باشد.

4- خدمات اورژانسی باید هماهنگ با سایر بخش های بیمارستان

باشد.

¹⁴² - (Health Care financing Administration)

در بیمارستانهایی که خدمات تمام وقت را ارائه می دهند موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرد.

استانداردهای آمادگی در برابر بحران در بیمارستانها

* رعایت طرح مدیریت آماده سازی

Preparedness management Plan (standard EC.1.6)

* داشتن برنامه مدیریت ایمنی در بیمارستان

Security management plan (Standard EC.1.4)

* داشتن برنامه مدیریت مواد و محصولات زاید و خطرناک

Hazardous material and waste management plan (Standard EC.1.5)

* اجرای تمرینات (مانورهای) آماده سازی در موارد اورژانسی

Emergency preparedness drills (standard EC. 2.9)

استانداردهای JCAHO برای تهیه طرح مدیریتی در آماده سازی

اورژانس در بیمارستانها شامل موارد زیر است.

1- اجرای عملیات خاص در پاسخ به انواع مختلف بلایا و بحرانها که

حالت اورژانس

2- تعیین وظایف جامعه در رابطه با بیمارستان

3- تعیین نقش مسئولین خارج از بیمارستان در رابطه با فعالیتهای

بیمارستان

4- برقراری استانداردهای لازم برای فضای کافی، حفظ ایمنی و

تامین مواد و وسایل لازم

5- جداسازی مصدومین آلوده به مواد رادیواکتیو و گند زدایی آنها

6- آگاه سازی پرسنل و تعیین وظایف هر یک از آنها

7- تعیین محلی برای تخلیه (cvacuation) و برقراری مراقبت

های فرعی (alternative care)

8- اداره بیماران

9- تعیین پشتیبانیهای لازم برای نحوه استفاده از تسهیلات و

تجهیزات و برقراری ارتباط

10- تعیین جهت گیری و آموزش پرسنل

11- زیر نظر داشتن عملکرد پرسنل

12- ارزیابی سالیانه

فرم جداگانه برای استانداردهای مربوط به طرحهای مدیریت

ایمنی در بیمارستانها

1- برقراری تسهیلات مناسب برای دسترسی مناسب به نواحی

بحران زده حساس در منطقه

2- برقراری تسهیلات مناسب حمل و نقل برای دسترسی مناسب به

نواحی مراقبت ویژه

3- نظارت بر اجرای عملیات ایمنی و زیر نظر داشتن نفس و ناتوانی

های موجود در اجرای وظایف

4- برقراری و تصحیح اختلالات سیستم های رسانه ای در سطح

شهر

5- کنترل تردد عوامل انسانی و وسایط نقلیه

مدیریت مصدومین شیمیایی در بیمارستان

در مواردی که به علت وقوع حادثه در کارخانجات شیمیایی در پی

بحرانهای طبیعی یا مصنوعی با مصدومین شیمیایی مواجه می شویم بیمارستان

باید دارای قابلیت‌های زیر باشد.

* مدیریت در کنترل و جداسازی مواد زاید

* کنترل فضای بیمارستان و تجهیزات در برابر آلودگی های

احتمالی

* اجرای عملیات اورژانس تخصصی برای جلوگیری از تماس با

آلودگی ها

* استفاده از تجهیزات حفاظتی (پوشاک، ملک و...) برای پرسنل

لزوم انجام مانورهای آمادگی در برابر بحران در بیمارستان)

سالانه دوبار).

این مانورها برای آموزش پرسنل الزامی هستند.

بخش تعیین مسئولیتها

تهیه یک ساختار فرماندهی

سیستم پشتیبانی برای ارتباطات داخلی و خارجی

شامل

1- برنامه ریزی برای بیمارستان

برنامه ریزی برای خدمات

برنامه ریزی برای اطلاعات

برنامه ریزی برای حمل و نقل

۱- برقراری امنیت و حفاظت

کنترل تردد افراد غیر مسئول و خانواده پرسنل

برخورد با رسانه های اطلاع رسانی

پیشگیری از تخلفات احتمالی پرسنل

3- اداره بیماران

پذیرش، تجویز دارو و دادن دارو، ثبت اسناد پزشکی، تقسیم بندی

موارد

4- بخش مراقبتهای فرعی

برقراری ارتباط بین بخش ها و مسئولین

انتقال بیماران - کارکنان و پرسنل - تجهیزات

5- تدارکات

لوازم برقی، آب، آتش نشانی، سوخت، گازهای پزشکی، واکسیوم

در صورتیکه فاجعه بحرانی به صورت یک زلزله باشد، میزان مصدومین و قربانیان حادثه بسیار بیشتر از توان بیمارستان و پزشکان، پرستاران، پرسنل است.

در اینجا ذکر این نکته الزامی است که برنامه آماده سازی بیمارستانها باید دارای یک شما و طرح کلی (General) و قابل تعمیم به مجردهای گسترده باشد. این امر به طراحی استانداردهایی نیاز دارد که مخالف با ساختار اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و سازگار با تسهیلات و تجهیزات و میزان آموزش و تخصص های پرسنل کنونی بیمارستانها به طور کلی باشد.

در این بین برخی از بیمارستانها ممکن است دارای وسعت کم ولی پرسنل فوق تخصصی و مجرب و تسهیلات کامل باشند ولی این موارد استثنایی را باید قبل سیستم بیمارستانها در برابر وقایع بحرانی و گسترده باید حداقل استانداردهای موجود از لحاظ پرسنل، تجهیزات و تسهیلات و منابع مالی و اعتباری و تدارکات و مدیریت را در نظر داشت.

آمادگی برای زلزله

آموزش:

برای آماده شدن برای زلزله ابتدا میبایست از آموزش شروع کرد.

ممکن است آنچه یک امداد گر جزء می آموزد با آنچه یک مدیر ارشد بحران

میبایست بیاموزد در محتوا با همدیگر فرق داشته باشد اما هر دو میبایست بارها و بارها آنرا بصورت کلاسی و میدانی تمرین کنند تا بتوانند از آن در زمان لازم به بهترین نحو استفاده کنند .

آموزش از مبانی زلزله آغاز میگردد و با کمکهای اولیه و زنده یابی برای یک امدادگر ساده به پایان میرسد ، هنرهای زنده ماندن در شرایط سخت و آوار برداری برای امدادگران مبتدی گروه موج پیشرو الزامی خواهد بود و برای امدادگران حرفه ای موج پیشرو آموزشهای استفاده از ابزارهای تخصصی و ماشین آلات سنگین و آموزشهای مدیریت نیروهای عمل کننده و مدیریت بر بحرانهای پس از زلزله پیش بینی شده است . در بخش مدیران بحران موج پیشرو ، مدیران میبایست با سیستمهای مدیریت بر بحرانها و ابزارهای آن آشنا شده و برای رسیدن به نهایت سرعت در بازیابی و فرماندهی بر نیروها و ابزارها دوره ببینند ، آنان میبایست تمامی دوره های زیر مجموعه خود را دیده باشند تا بتوانند با آشنایی کامل بر قدرتها و توانائیهای واقعی نیروهای عمل کننده از آنها توقع کارکردی متناسب داشته باشند .

آموزشهای مورد توجه ما در جمعیت کاهش خطرات زلزله ایران

شامل

1- آموزشهای همگانی

الف : مبانی زلزله

ب : مبانی ایمن سازی

ج : آشنایی با لوازم و تجهیزات جعبه امداد و نحوه استفاده از آن

د : آشنایی با بحرانهای پس از زلزله و مدیریت بحران منطقه ای

(محلّه، کوچّه)

2- آموزشهای داوطلبان مردمی (امدادگران)

الف : مبانی زلزله

ب : مبانی ایمن سازی

ج : مبانی مدیریت بر بحران پس از زلزله

د : کمک های اولیه

ه : زنده یابی

3- آموزشهای گروه موج پیشرو جمعیت کاهش خطرات زلزله

ایران بترتیب از مبتدی تا کارشناسی

الف : مبانی زلزله

ب : مبانی ایمن سازی

ج : مبانی مدیریت بر بحران پس از زلزله

د : کمک های اولیه

ه : زنده یابی

و : آوار برداری

ز : هنر زنده ماندن در شرایط سخت (کوه . برف . کویبر و)

ح : آشنایی با ماشین آلات و ابزارهای تخصصی

ط : مدیریت بر بحران از مبتدی تا کارشناسی

چنین طرح آموزش وسیعی نیاز به قدت مالی بالایی دارد و ما

اعضای جمعیت کاهش خطرات زلزله ایران امیدواریم با لطف الهی تا سال آینده

به چنین استطاعت مالی برسیم ، اما تا آن زمان با آنچه در توان داریم سعی

میکنیم خلاء اطلاعاتی موجود را پر کنیم ..

دستورالعمل های استاندارد برای رویارویی با بحران زلزله

باید و نبایدها - آموزش خانواده ها (رضا پور)

زمین لرزه لرزش ناگهانی و سریع زمین می باشد که در اثر شکسته

شدن و حرکت پوسته های سطحی زمین ایجاد می شود و این لرزش موجب می شود

تا خانه ها و پلها تخریب شده، گاز، برق و تلفن قطع می شود و گاهی اوقات موجب

رانس زمین - ریزش کوه - بهمن - سیل - آتش سوزی و امواج عظیم و مخرب

دریایی می‌شود. ساختمانهایی که در زمین‌های سست قرار دارد و راههای آبی قدیمی در معرض خطر بیشتری هستند.

قبل از زمین لرزه:

اگر شما در معرض خطر زلزله قرار دارید اقدامات زیر را قبل از زلزله انجام دهید.

1- یک مکان ایمن را در هر اتاق منزل خود در نظر بگیرید. یک مکان ایمن می‌تواند زیر یک میز مقاوم یا یک دیوار که از پنجره‌ها، قفسه کتابها و یا اسباب منزل که دارای ارتفاع زیادی هستند و احتمال سقوط آنها حین زمین لرزه می‌باشد، فاصله داشته باشد در نظر گرفته شود.

آمار آسیبه‌ها و صدمات نشان می‌دهد افرادی که به اندازه 10 پا در حین زمین لرزه حرکت می‌کنند احتمال بیشتری از نظر صدمات و جراحات در مورد آنها وجود دارد. بنابراین مسیرهای کوتاه و ایمن احتمال آسیب شما را کاهش می‌دهد. سعی کنید مکانهای ایمنی را در محل کار، مدرسه یا سایر مکانهایی که شما بطور مکرر در آنجا قرار دارید در نظر بگیرید.

2- رفتن سریع به مکان ایمن و ماندن در آنجا را تمرین کنید.

رفتن به زیر میز مقاوم و ماندن در کنار پایه آن. جهت محافظت از چشمها سرخود را پائین نگه دارید این عمل را تمرین کنید تا بصورت یک پاسخ اتوماتیک در آید.

زمانی که واقعه‌ای اتفاق می‌افتد بسیاری از مردم در شک و تردید هستند و سعی می‌کنند به خاطر آورند که چه کارهایی را باید انجام دهند پاسخ سریع و خود بخودی به حادثه ممکن است به حفاظت شما از آسیبها و صدمات کمک نماید.

3- در مکان ایمن تا توقف کامل لرزشها بمانید.

اگر به خود شما آسیبی نرسیده است بهتر است به دیگران کمک نمائید. با دقت حرکت کنید و مراقب چیزهای شکسته و افتاده باشید برای پس لرزه‌های بعدی آماده باشید.

4- منتظر بروز آتش سوزی باشید.

آتش سوزی یکی از شایعترین خطرات پس از زمین لرزه است که بدلیل شکستگی خطوط گاز و آسیب خطوط برق ایجاد می‌شود.

5- اگر پس از زمین لرزه از ساختمان خارج می‌شوید

حتماً از پله‌ها استفاده کنید نه از آسانسور

زمین لرزه موجب اتصالات الکتریکی در نتیجه آتش سوزی می‌شود و آسانسور از نظر ایمنی می‌تواند محلی برای شروع آن باشد. پس برای ایمنی بیشتر از پله‌ها استفاده کنید.

6- اگر موقع بروز زمین لرزه در خارج از منزل هستید در

همان مکان بمانید. از ساختمانها، درختها، چراغ خیابانها و خطوط انتقال نیرو دور شوید. بنشینید و با دست سر خود را محافظت کنید. بیشتر آسیبها و

صدمات در 10 پای نزدیک ساختمانها اتفاق می افتد. آجر و مصالح ساختمانی و دیگر وسایل ممکن است از ساختمانها به طرف پایین پرتاب شود و افراد را زخمی نماید. همچنین احتمال سقوط، چراغ خیابانها و خطوط انتقال نیرو وجود دارد.

7- تمامی اعضاء خانواده حتی میهمانان باید از برنامه شما اطلاع داشته باشند تمام آنها باید بدانند اگر زلزله اتفاق افتاد چه باید بکنند. حتی اگر شما در منزل نباشید.

8- آموزش ببینید و اطلاعات خود را به روز نگهدارید.
در کلاسهای کمکهای اولیه که توسط هلال احمر گذاشته می شود شرکت کنید و نحوه به کار بردن وسایل اطفاء حریق را بیاموزید. آموزش موجب می شود تا شما بدانید در موقع زمین لرزه چه کاری باید انجام دهید.

9- درباره زمین لرزه با اعضاء خانواده بحث و تبادل نظر نمائید.

صحبت درباره زمین لرزه موجب کاهش ترس و اضطراب شده و موجب می شود تا هر کسی بداند چگونه به آن پاسخ دهد.

10- برای اطمینان بیشتر خود و منزل خود را بیمه حوادث نمائید.

11- همواره کیت وسایل بحران (کیت سلامتی) را آماده و در دسترس داشته باشید.

کیت وسایل بحران Disaster Supplies kit

6 مورد وجود دارد که اید در کیت وسایل مورد نیاز در شرایط بحرانی قرار داده شود از جمله، آب، غذا- وسایل کمکهای اولیه- لباس و وسایل خواب (زیر انداز) وسایل و ابزار ضروری و وسایل ضروری و خاص - این وسایل باید داخل یک ظرف یا جعبه که حمل آن آسان باشد قرار داده شود، برای مثال در یک ظرف بزرگ و دربدار مثل ظرفهای نگهداری زباله و یا کوله پشتی یا جعبه لوازم شخصی.

آب:

آب را در داخل ظروف پلاستیکی مثل بطری نوشیدنی نگهداری کنید. هرگز از ظرفهایی که سریع خراب می شود یا می شکنند مثل بطری شیشه‌ای استفاده نکنید. یک فرد فعال بطور طبیعی در روز حداقل 2 کوارت {هر کوارت (1/14)} آب می نوشد.

محیطهای گرم و نیز فعالیت فیزیکی زیاد می تواند این مقدار را به دو برابر برساند.

کودکان و افراد بیمار به آب بیشتری نیاز دارند.

- به ازای هر فرد در هر روز یک گالون آب ذخیره کنید.
- حداقل برای هر فرد به مدت 3 روز آب ذخیره داشته

باشید.

غذا:

- حداقل برای مدت 3 روز غذای فاسد شدنی ذخیره داشته باشید. غذاهایی را انتخاب کنید که احتیاج به یخچال - آماده کردن و پختن نداشته باشد و نیز به آب کم و یا اصلاً نیازی به آب نداشته باشد. غذاهایی را انتخاب کنید که وزن کم داشته و جای کمی بگیرد.

مثل غذاهای پیشنهادی زیر:

1- گوشتها و سبزیجات و میوه‌های کنسرو شده و آماده

خوردن

2- آب میوه کنسرو شده

3- نمک - شکر - فلفل و غیره

4- غذاهای پر انرژی

5- ویتامینها

6- غذا برای شیر خواران

7- غذای راحت و سبک

کیت کمکهای اولیه

- چسب استریل در سایزهای مختلف - دستکش لاتکس

2 جفت

- سنجاق در اندازه‌های مختلف

- پماد ضد آفتاب

- صابون یا ماده تمیز کنند
- گاز استریل در اندازه‌های مختلف (4-6)
- ضد عفونی کننده
- قیچی
- ترمومتو (دماسنج)
- پنس
- مرطوب کننده
- سوزن
- بانداژ سه گوش (3 عدد) - آبسلانگ
- داروهای تجویز نشده
- تیوپ ژل وازلین یا سایر نرم کننده‌ها
- بانداژهای استریل رولی (3 رول)
- داروهای تجویز نشده
- آسپرین یا سایر داروهای تسکین دهنده درد غیر آسپرین
- ضد اسهال
- آنتی اسید جهت سوزش معده
- مدرها

- شربت ایپکا (جهت ایجاد حالت تهوع اگر از طرف مرکز کنترل سموم توصیه‌ای به شما شد)

- زغال فعال شده (اگر از طرف مرکز کنترل سموم توصیه شده باشد)

ابزار وسایل

لیوان کاغذی - بشقاب و ظروف آشپزخانه پلاستیکی

- کبریت در ظرف ضد آب

- کتاب آمادگی برای مواقع اورژانس

- کاغذ آلومینیوم

- رادیو و باتری اضافی

- ظروف پلاستیکی

- چراغ قوه و باتری اضافه

- منور (فشفشه)

- پول نقد یا چک مسافرتی

- کاغذ و مداد

- باز کننده‌های غیر برقی - چاقو

- نخ و سوزن

- وسیله اطفاء حریق کوچک از نوع ABC

- قطره چکان دارو

- چادر

- آچار جهت بستن شیر گاز و آب منزل

- انبردست

- سوت

- نوار چسب

- روکش پلاستیکی

- قطب نما

- نقشه منطقه

وسایل بهداشتی

- کاغذ توالت

- کیسه‌های جمع آوری موادزائد

- صابون - مایع دستشوئی

- سطل پلاستیکی با درب محکم

- وسایل خانمها

- ضد عفونی کننده‌ها

- وسایل بهداشت فردی

لباس و وسایل خواب

(شامل حداقل یک دست لباس کامل و کفش برای هر فرد) - پتو یا

کیسه خواب

- کلاه و

- کفش مقاوم یا چکمه

دستکش

- بارانی

- لباس زیر گرم

موارد خاص

اعضاء خانواده با نیازهای مختلف همچنین کودکان - سالمندان و

افراد معلول را فراموش نکنید.

کودکان

- پوشک - شیشه - شیر خشک - داروهای لازم و

ORS

سالمندان

- داروهای فشار خون و داروهای قلبی - نیازهای

دندانی

- انسولین

- لنز تماسی و عینک اضافی

- داروهای توصیه شده و ضروری

سرگرمی

وسایل بازی و کتاب

تمامی این وسایل را داخل یک پارچه ضد آب گذاشته و آن را داخل یک ظرف قابل حمل قرار دهید .

از جمله پاسپورت - کارت اعتباری - کارت شناسایی ملی - بیمه‌نامه - کارت واکسیناسیون - شماره حساب بانکی - شماره‌تلفن‌های مهم - مشخصات خانواده و شناسنامه همه افراد خانواده اسناد و مدارک مهم. کیت را در جایی مناسب که همه افراد خانواده اطلاع داشته باشند قرار دهید.

یک کیت کوچکتر از وسایل و ابزار را داخل صندوق عقب ماشین خود قرار دهید.

تمام وسایل را داخل یک کیسه پلاستیکی ضد هوا قرار دهید. ذخیره آب و غذا را هر 6 ماه یکبار جایگزین کنید تا تازه بماند. محتوای کیت را با توجه به نیاز خانواده حداقل هر سال یکبار تغییر دهید. باتریها را جایگزین کنید و لباسها را عوض نمایید.

- با پزشک خود در مورد ذخیره داروهای تجویز شده و نحوه آن مشورت نمایید.

اقدامات ضروری هنگام وقوع زمین لرزه

1- به محل ایمن پناه ببرد و همانجا بماند. فقط چند قدمی را تا محل ایمن حرکت کنید. هرگز سعی نکنید در هنگام زمین لرزه ساختمان را ترک کنید زیرا ممکن است وسایل مختلف بر روی شما سقوط

نماید. بسیاری از مرگ و میر زمانی که مردم سعی می‌کنند از ساختمان خارج شوند اتفاق می‌افتد بنابراین در جایی که هستید بمانید تا ایمنی بیشتری داشته باشید.

2- اگر در حین زلزله در رختخواب هستید همانجا بمانید و سرخود را با بالش حفاظت کنید. شکستن شیشه و پخش شدن آنها کف اتاقها موجب آسیب افرادی خواهد شد که روی کف اتاق می‌غلطند و یا سعی در رفتن به سمت درب خروجی اتاق را دارند.

3- اگر شما در خارج از منزل هستید یک نقطه‌ای را دور از ساختمان، درختها، چراغ خیابانها و خطوط انتقال نیرو پیدا کنید. روی زمین بنشینید و همانجا بمانید تا لرزشها متوقف شود. در این موقع بیشتر آسیبهایی ناشی از افتادن درختها- چراغ خیابانها و خرابه‌های ساختمانی می‌باشد.

4- اگر شما در وسیله نقلیه هستید ماشین را به کناری هدایت کنید متوقف شده و همانجا بمانید. و کمر بند ایمنی را محکم ببندید تا لرزشها متوقف شود توقف موجب کاهش آسیبهایی و صدمات به شما می‌شود و سقف محکم ماشین از سقوط اشیاء بر روی شما جلوگیری می‌نماید و از شما حفاظت می‌کند و حتی لرزشها متوقف شد با احتیاط حرکت کنید. از پلها و یا مکانهایی که ممکن است در اثر لرزش آسیب دیده باشد دوری کنید.

5- تا توقف کامل لرزشها در خانه بمانید و مطمئن باشید این حالت ایمن بوده و باعث حفاظت شما می‌شود وقتی لرزشها متوقف شد سریعاً از محل دور شوید تا اشیاء یا خرابه دیوارها بر روی شما سقوط نکنند.

6- از پنجره‌ها و یا اشیایی که احتمال سقوط آنها وجود دارد دوری کنید.

7- در ساختمانهای بلند زمین لرزه موجب صدا در آمدن زنگ آتش سوزی می‌شود. حتی اگر آتش وجود نداشته باشد. ساختمان را از نظر وجود آتش سوزیهای کوچک چک کنید. برای خروج از پله‌ها استفاده نمائید.

8- اگر شما در منطقه ساحلی هستید به طرف نقاط مرتفع حرکت کنید. امواج دریایی خطرناک و سهمگین اغلب در طی زلزله ایجاد می‌شود.

9- اگر در نقاط کوهستانی یا نزدیک قله‌های سست و ناپایدار یا صخره‌ها هستید از نظر سقوط صخره و بهمن در معرض خطر قرار دارید. ریزش کوه پس از زلزله اتفاقی طبیعی و معمول است.

اقدامات لازم پس از وقوع زمین لرزه

1- خود را از نظر بروز صدمات و جراحت چک کنید، چنانچه شما آسیبی ندیده‌اید و یا کمکه‌های اولیه را دریافت نموده‌اید می‌توانید به مراقبت از دیگران پردازید.

2- خودتان را از صدمه بیشتر محافظت کنید از طریق پوشیدن یک شلوار بلند، یک پیراهن آستین‌دار بلند، کفشهای مقاوم و دستکشهای کار، این وسایل شما را از آسیب بیشتر با اشیاء شکسته محافظت می‌نماید.

3- هرگز سعی نکنید افراد مجروح را حرکت دهید مگر اینکه خطر بیشتری آنها را تهدید نماید.

4- آتش سوزی خفیف را مهار کنید و از گسترش آن جلوگیری نمائید. آتش سوزی پس از زلزله یک مسئله شایع است بطوری که آتش سوزی سانفرانسیسکو پس از زلزله سال 1906 برای مدت 3 ماه روز ادامه داشت و خسارات ناشی از آن بیش از خسارات ناشی از خود زلزله بود.

5- چنانچه منزل شما آسیب جدی ندیده است شیرهای اصلی گاز را ببندید تا انفجار اتفاق نیفتد.

6- تمام وسایل الکتریکی را خاموش کنید.

7- درب قفسه‌ها و کابینتها را با احتیاط باز کنید زیرا ممکن است اشیاء داخل آنها حین زمین لرزه به سمت جلو حرکت کرده باشد و احتمال سقوط آنها وجود دارد.

8- اگر منزل شما غیر ایمن است افراد را به خارج از ساختمان هدایت کنید. بخصوص اگر خانه شما سابقه آسیب قبلی داشته باشد قبل از پس لرزه این کار را انجام دهید.

- 9- به افراد مسن و یا ناتوان کمک کنید.
- 10- به رادیو جهت به روز نگهداشتن اطلاعات خود در مورد حادثه و اطلاعات اورژانسی گوش دهید.
- 11- منتظر پس لرزه باشید پس لرزه‌ها ممکن است دقیقه‌ها، روزها، هفته‌ها و یا حتی ماهها پس از زمین لرزه اتفاق بیفتد.
- 12- از ساختمانهای تخریب شده دوری کنید و خارج از محدوده آنها قرار بگیرید.
- 13- برای مشاهده داخل خانه از چراغ قوه استفاده کنید.
- 14- از کشیدن سیگار داخل ساختمان خودداری کنید زیرا می‌تواند منجر به آتش سوزی شود.
- 15- وقتی داخل ساختمان میشوید دقت زیادی داشته باشید زیرا ممکن است آسیب جدی دیده و خطرناک باشد، تمام دیوارها، کفها و پنجره را بدقت از نظر احتمال تخریب بررسی کنید. اتصالات گاز را از نظر نشست گاز چک کنید. اگر بوی گاز استشمام می‌کنید سریعاً ساختمان را ترک کنید. سیستمهای برق را بدقت چک کنید اگر جرقه‌ای مشاهده کردید و یا سیمهای برق دچار مشکل و خرابی شده است سریع فیوز اصلی برق را قطع کنید. همچنین لوله‌های آب و سیستم فاضلاب را از نظر خرابی بررسی نمایید. اگر احتمال می‌دهید که سیستم فاضلاب دچار خرابی شده است از دستشویی

استفاده نکنید. اگر لوله‌های آب آسیب دیده از شیرهای آب استفاده نکنید.
شما می‌توانید آب سالم را از ذوب کردن قالبهای یخ در دسترس بدست آورید.
16- از تلفن فقط برای گزارش وضعیت سلامتی خود
استفاده کنید.

آشنایی با ابزار های مورد نیاز برای مدیریت بحران

کودکان

1. آموزش ویژه نیروهای عمل کننده و تشریح عواقب

عملکردهای سلیقه ای

2. تهیه کارتهای هویتی برای تشخیص هویت

3. چادر ویژه نگهداری کودکان در روز اول

4. امکانات ویژه کودکان

5. سایتهای اینترنتی و دیواری ویژه دارای امکان نصب عکس

کودکان

6. ماشینهای ویژه ساماندهی کودکان از سطح شهر

فصل سوم

مدیریت پرستاری

در حوادث غیر مترقبه

افزایش لگاریتمی جمعیت جهان و پدیده شهرنشینی ، تغییرات شرایط جوی و پدیده گرم شدن زمین و از سوی دیگر رشد صنایع علیرغم تکامل ظاهری ومد نیت ، فقدان هماهنگی با توسعه امکانات شهری وتخریب منابع طبیعی ، آسیب پذیری کلیه کشورها بخصوص مناطق شهری را در برابر وقوع بلایا افزایش داده است.

به عنوان مثال قرار گرفتن کشور ما ایران در خط زلزله سبب گردیده تا این حادثه طبیعی در صدر حوادث غیر مترقبه طبیعی کشور قرار گیرد. زلزله رودبار در سال 1369 همراه با حدود 40تا50 هزار کشته و یا زلزله بم که بسیاری از هموطنان ما را داغدار نمود و یا جنگ تحمیلی منجر به شهادت حدود 100000 تن از بهترین فرزندان این آب و خاک گردیده و حدود 4000000 جانباز را برای میهن اسلامی مان بدنبال داشته است از شواهد تلخی است که در اذهان باقی مانده است.

بی نظمی و آشفتگی در دقایق اولیه وقوع حوادث غیر مترقبه می تواند بر کیفیت ارائه خدمات فوری به قربانیان این حوادث تأثیر منفی بگذارد.

هدف اصلی مدیریت حوادث غیر مترقبه ، کاهش مرگ و میر ، افزایش تعداد نجات یافتگان و نیز تقلیل عوارض معلولیتها و تسکین آلام جسمانی و روانی است. این شرایط اضطراری ، سازماندهی مناسب و مؤثر ومعتبری را می طلبد که بایستی منجر به نتایج زیر گردد:

1) زنده ماندن و اعاده فعالیت بیماران تا سر حد امکان (2) توزیع مناسب بیماران بین بیمارستانها و مراکز درمانی مختلف. (3) سازماندهی بهینه برای پذیرش انبوه بیماران در بیمارستانها. (4) اعمال کنترل به بهترین وجه ممکن بر ترافیک ناشی از انبوه بیماران، (5) افزایش ظرفیت پذیرش و درمان، (6) پذیرش بیماران با بهترین کیفیت علیرغم تعداد بیماران، (8) اطمینان از ادامه درمانهای معتبر و متناسب برای بیمارانی که از قبل در بیمارستان هستند، (9) اداره نمودن عموم وظایف جدید پدید آمده از حادثه، (10) پشتیبانی از منطقه حادثه بوسیله ارائه راهنمائیهای طبی، امداد، سرم، البسه و هر نوع تجهیزات ضروری پزشکی.

مطمئناً برنامه ریزی و سازماندهی بهینه منابع در سطوح پیش بیمارستانی و بیمارستانی کمک زیادی به پیشگیری از خسارات حاصله خواهد نمود. انجام این کار خطیر یک کار تیمی است و به هماهنگی دقیق و همکاری بین گروهی در همه بخشها نیاز دارد.

پرستاران بعنوان یک عضو کلیدی از تیم اداره بحران تلقی می گردند. امروزه پرستاران نسبت به گذشته مسئولیت بیشتری دارند. توسعه نقش پرستاران ایجاب می کند که از مهارتهای مدیریتی و رهبری (برنامه ریزی، تصمیم گیری در شرایط پر فشار، سازماندهی، آموزشی، حمایت، حفاظتی و...) برخوردار باشند.

مداخلات پرستاری و پزشکی در وضعیت بحرانی مکمل یکدیگرند. از اهم فعالیت مدیر پرستاری در این شرایط بحرانی داشتن آمادگی و انجام اقدامات مناسب و مقتضی با توجه به موارد زیر است.

1) برنامه ریزی فعالیتهای کادر پرستاری باید در برگیرنده حوادث غیرترقبه مهم خارج بیمارستانی و داخل بیمارستانی و براساس ساختار سازمانی موجود باشد.

2) سازماندهی در زمان بحران به اقدامات اضافی وفوری و اتخاذ تصمیمات مستقیم و سریع نیاز دارد، این سازماندهی باید صریح، ساده و براساس وضعیت موجود صورت گیرد.

3) رعایت مقررات و حقوق در تصمیم گیریهای بحرانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مقررات تا حدود زیادی بر عملکرد به هنگام، مؤثر هستند (مثلاً انتقال بیماران، خالی نمودن تختها، تأخیر پذیرش های از قبل تعیین شده، بسیج کارکنان، هماهنگی با پزشکان جهت ترخیص قبل از موعد بیماران و ...)

4) رعایت دستورالعملهای ارزیابی فعالیتهای اورژانس، ظرفیتهای پذیرش و ترخیص: این ظرفیت درمانی است که اهمیت دارد، تعداد اطاقهای عمل و تختهای ویژه شاخصهای مهمی هستند که با هماهنگی با مدیریت پزشکی جهت انجام اعمال جراحی انتخابی و درمانهای قابل تأخیر این ظرفیت قابل افزایش است.

4) پذیرش و ثبت اطلاعات بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که در شرایط بحرانی به روش معمول قابل اجرا نیست. لذا برقراری

سیستم ساده ، قابل اجرا و معتبر جهت شناسایی بیماران و تعیین هویت آنان ضرورت دارد. در این موارد مسلماً طرحهای ساده واز قبل تعیین شده برای پیشگیری از آشفته‌گی مفید هستند.

5) انجام تمهیداتی جهت اقدامات پزشکی (تریاژ) :

تریاژ باید از ورود به اورژانس آغاز گردد که در این اثنا مدیر پرستاری نقش مهمی را ایفا می کند ، تقسیم بندی فضاهای بیمارستان برای استفاده در زمان بحران جهت افزایش ظرفیت پذیرش بیماران نیاز به شناسایی از قبل محل های استقرار مدیریت بحران دارد. (تمام این نیازها باید بر اساس امکانات موجود از قبل تعریف و تعیین گردد) 6) یکی از مشکلات اساسی در حوادث ارتباطات است که باید براساس امکانات موجود نیازهای قابل پیش بینی باید شناسایی گردند. 7) اقدامات حفاظتی و امنیتی : از همان مراحل ابتدایی باید با واحدهای مرتبط ضروری هماهنگی انجام شود تا سرویس های امنیتی فعال گردند. باید توسط مدیریت پرستاری با همکاری مدیریت پزشکی با واحدهای جانبی ضروری نیز هماهنگی صورت گیرد. (نه تنها بخشهای درمانی بلکه واحدهایی چون رادیولوژی ، بانک خون ، آزمایشگاه ، داروخانه و... از آمادگیهای از قبل شناسایی شده برخوردارباشند). 8) آموزش : برای مواجهه با شرایط ازدحام ناشی از پذیرش انبوه بیماران و امکان استفاده از ساختار روتین باید به عموم پرسنلی که در برخورد با این حوادث نقش و مسئولیتی بر عهده خواهند داشت، آموزش دقیق و لازم داده شود. در نهایت با توجه به بسیاری از عوامل مداخله گر در اداره بحران ، ضروری

است استراتژی صحیحی جهت ارتقاء سطح کیفی مراقبتها در بحران اتخاذ گردد. ولی باید در این شرایط پرفشار نظر مدیریت پرستاری و پزشکی را به این نکته معطوف نمود که باید در برنامه ریزی و سازماندهی بهینه حداقل تغییر را ایجاد نمود.

رویدادهای مهم دهه اخیر جهان از نظر سیاسی ، اقتصادی ، اجتماعی ، جغرافیایی و انسانی نشان می دهد که جوامع بشری پیوسته دستخوش حوادث طبیعی یا تمایلات مخرب انسانهایی باشد و آنها را پیوسته با بحران های گوناگون مواجه می کند. بحران به صورت بخش جدایی ناپذیر و طبیعی حیات سازمان ها و جوامع امروزی درآمده است. دسته مهمی از این بحران ها حوادث غیر مترقبه می باشد. در هر جا که حادثه غیر مترقبه به هر شکلی اتفاق بیافتد ، همیشه قربانیان انسانی برجا می گذارد و باعث صدمه یا مرگ افراد شده و در طی دوره های طولانی بعدی اثرات ناخوشایندی را بر سلامتی آنها خواهد گذاشت. حوادث غیر مترقبه راهرگز نمی توان به عنوان یک حالت عادی در نظر گرفت . مراکز مراقبت بهداشتی و بیمارستانها در سراسر کشور باید خود را برای حوادث غیر مترقبه داخلی و خارجی آماده کنند. حوادث غیر مترقبه به مدیرانی نیاز دارد که تصمیمات سریعی بگیرند و با تکیه بر مدیریت علمی و تجربه های عملی ، چهار چوب مناسبی را برای تصمیم گیری و کنترل فراهم سازند. مدیریت مدرن حوادث غیر مترقبه شامل برنامه ریزی و آمادگی قبل از حادثه به علاوه مدیریت بحران می باشد. اگر چه روش مدیریتی که بر روی همکاری و تشریک مساعی در پرسنل

تأکید داشته باشد روش خوبی برای مدیر به منظور کنترل تیم در حادثه می باشد ، ولی شیوه رهبری مستحکم ، منسجم و جهت دهنده در زمان بروز بحران اثر بخشی بیشتری خواهد داشت. چرا که مدیران در بحران باید عملکرد سریعی داشته باشند و زمان وقوع حادثه ، زمانی برای شک و تردید و بحث برای رسیدن به توافق نظر نمی باشد. در طی بحران ، مدیران پرستاری در پنج حیطة منابع انسانی¹⁴³ ، مالی¹⁴⁴ ، مواد ، حمایتی¹⁴⁵ و سیستم مسئولیت دارند و مدیریت در هر یک از موارد فوق در قبل ، حین و بعد از بحران امری حیاتی است. در حوادث غیر مترقبه اغلب بیمارستان ها برای مداخله در اداره صدمات و جراحات وسیع و سنگین آماده می شوند در حالی که اکثر قربانیان ، جراحات نسبتاً مختصری دارند. فقدان برنامه ریزی و ضعف در وظایف مدیریت موجب هرج و مرج میشود. یکی از مهم ترین وظایف مدیران پرستاری برنامه ریزی برای آموزش مداوم کارکنان در جهت کسب مهارت های لازم در حوادث غیر مترقبه می باشد. اولین ساعات بعد از هر حادثه غیر مترقبه به عنوان ساعات طلایی شناخته می شود ، لذا عملکردهای پرستاری تحت مدیریت حرفه ای از اهمیت بسیار برخوردار است.

عملکرد پرستاری در حوادث غیر مترقبه متفاوت از پرستاری عمومی است و نیاز به عملکرد اورژانسی دارد، ولی مدیریت پرستاری در طی یک حادثه غیر مترقبه ، در مفهوم متفاوت از مدیریت روزانه نخواهد بود ، به این معنی که همان اصول اساسی و ساختاری ، باید یک چارچوب قوی و هدایت کننده را

¹⁴³ -human resource

¹⁴⁴ -financial resource

¹⁴⁵ -support

برای تمامی پرستاران فراهم کند. لذا تلاش برای بهتر سازماندهی کردن پرستاران و کارمندان در تیم بهداشتی ، مدیریت حوادث غیر مترقبه را موفقیت آمیز خواهد کرد.

اصول مدیریت بحران

گراب¹⁴⁶ و انگ¹⁴⁷ در 1969 اصول مدیریت بحران را در ابعاد زیر خلاصه نمودند.

- 1- پیشگیری از وقوع بحران در زمان ممکنه
- 2- به حداقل رساندن میزان صدمات و خسارات (در صورتیکه بحران اجتناب ناپذیر است).
- 3- پیشگیری از خسارات بیشتر پس از گذر از فاز تاثیر
- 4- نجات جان قربانیان
- 5- ارایه کمک‌های اولیه به مصدومین و مجروحین
- 6- تخلیه و انتقال مصدومین به مراکز خدمات پزشکی
- 7- ارایه مراقبتهای پزشکی خاص
- 8- تقویت شرایط بقای افراد در منطقه

قربانیانی که به بیشترین مداخلات بحرانی نیاز دارند.

¹⁴⁶ - Grab

¹⁴⁷ - Eng

دمی¹⁴⁸ و میلز¹⁴⁹ (1993) افراد زیر را جز و این دسته‌بندی

نموده‌اند.

1- آنهایی که یک عضو و یا بیشتر از اعضای خانواده خود

را از دست داده‌اند.

2- آنهایی که دارای صدمات جدی بدنی هستند

3- آنهایی که دارای سوابق بیماری‌های روانی قبلی هستند

4- آنهایی که خانه و کاشانه خود را از دست داده‌اند.

5- آنهایی که در گذشته در مراکز درمانی روانی بستری

بوده‌اند.

6- آنهایی که در گذشته نیز استرس‌های بحرانهای قبلی را

تجربه نموده‌اند،

7- سالمندان

8- آنهایی که در گذشته قادر به مقابله با استرس در

زندگی خود نبوده‌اند

9- افرادی که از حمایت‌های سیستم تامین اجتماعی

برخوردار نیستند.

وظایف پرستاران در قبال این گروه:

¹⁴⁸ - Demi

¹⁴⁹ - Miles

پرستاران با ورود به منطقه بحرانی قبل از هر چیزی باید افراد فوق را شناسایی و تحت نظر داشته و در صورت لزوم بیشتر فعالیتها خود را بر روی این افراد متمرکز نمایند.

مدیریت صحنه بحران (اسمیت 1995 و استانفون 1996)

برای آنکه بتوان با حداقل نیروهای کاری موثرترین فعالیتها را در مناطق بحرانی اجرا نمود باید منطقه بحرانی را به چهار ناحیه اصلی تقسیم نمود.

1- ناحیه بحرانی¹⁵⁰

فعالیتهایی که در این منطقه انجام می شود شامل تامین امنیت منطقه، ایجاد تسهیلات لازم برای دسترسی به بیماران، تثبیت و کنترل موقعیت های مخاطره آمیز آسیب دیدگاه و انتقال بیماران به منطقه بهتر جهت درمان است.

2- ناحیه درمان¹⁵¹

در این مرحله همراه با استقرار تجهیزات و پرسنل لازم در منطقه فعالیت های زیر باید تحت عنوان تریاژ انجام شوند.

تریاز بیماران بر اساس موارد زیر است :

الف - تقسیم بندی بیماریهای فیزیکی و روانی

ب - ارزیابی موقعیت هر بیمار

¹⁵⁰ - Disaster Zone

¹⁵¹ - Treatment zone

ج- درمان اولیه بیماران

د- آمادگی برای انتقال

4- منطقه مرحله بندی¹⁵²

همه منابع ارسالی اعم از مالی، تجهیزات، پرسنلی به منطقه بحرانی باید به منطقه مرحله بندی نیازها تحویل شوند. در این منطقه تعیین خواهد شد که چه عواملی به کدام منطقه ارسال شوند.

3- منطقه فرماندهی¹⁵³

این منطقه در مجاورت منطقه بحرانی مستقر می شود. در این منطقه نمایندگان موسسه یا نهاد فعال در منطقه بحرانی حضور داشته و به فعالیت خواهند پرداخت.

گروه رهبری در منطقه بحرانی

گروه رهبری در بیشتر بحرانها شامل سه گروه زیر می باشند

1- مدیر بحران

2- مدیر تریاژ

3- مدیر حمل و نقل

هدف تریاژ= ارایه بهترین خدمات به بیشترین تعداد

¹⁵² - Staging Zone

¹⁵³ - Command Zone

قبل از آنکه پرستاران بتوانند در صحنه بحرانی مفید واقع شوند باید بدانند که با چه مشکلاتی روبرو خواهند بود. این مشکلات شامل موارد زیر میباشد¹⁵⁴

- 1- محیط کاری مخاطره آمیز
- 2- برخورد با سیستم‌های مدیریتی و اجرایی ناپایدار
- 3- مشاهده مراقبت‌ها و فعالیت‌های پزشکی ناکافی در منطقه

مدیریت بحران¹⁵⁵

بحران یا بلیه Disaster حادثه ای است که به طور طبیعی یا توسط بشر به طور ناگهانی یا به صورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل کند که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده است. با توجه به این مفهوم می توان گفت که

¹⁵⁴ = (کلمن - مک کوایر - ۱۹۹۸ و جودن ۲۰۰۴) ¹⁵⁵

¹⁵⁵ - دیودونیه تن برگ - مدیریت بحران، مترجم: ذوالفقاری اصل - محمدعلی، ناشر: نشر حدیث - تهران - ۱۳۷۳.

مدیریت بحران Disaster Managemens در برگیرنده یکسری عملیات و اقدامات پیوسته و پویا است که به طور کلی شامل برنامه ریزی، سازماندهی، تشکیلات، رهبری و کنترل است. اهداف مدیریت بحران عبارت است از: کاهش پتانسیل خطر اعمال کمک فوری و مناسب به هنگام ضرورت دستیابی سریع و عملی به جبران وضع موجود و بازگشت به وضعیت اولیه. در زمینه مدیریت بحران باتوجه به تعاریف متفاوتی که از بحران شده است آنچه که درمیان بسیاری از اندیشمندان روی آن اجماع وجود دارد این است که وظیفه مدیریت بحران کنترل بحران در زمان کوتاه با استفاده از بهترین اصول، روشها و... است.

درواقع می توان گفت که هدف اصلی مدیریت بحران، دستیابی به راه حلی معقول برای برطرف کردن شرایط غیرعادی است، به گونه ای که بهترین کارایی را با توجه به منابع موجود ارایه دهد. حفظ گردد. مدیریت بحران دقیقاً به معنای سوق دادن هدفمند جریان پیشرفت امور به روالی قابل کنترل، انتظار برگشتن امور در اسرع وقت به شرایط قبل از بحران است. این یکی از دامهایی است که معمولاً از بیرون به مسئولین مدیریت بحران فشار می آورد و خود یکی از مهمترین عوامل تصمیم گیری های غلط و گسترش دامنه بحران محسوب می شود.

فازهای

مدیریت

بحران

مدیریت بحران از سه فاز کاملاً مجزا تشکیل می شود، نخست پیش بینی / پیشگیری، دوم برنامه ریزی / آموزش، و سوم هدایت/ کنترل. تجربیات کنونی در کشور های مختلف نشان داده است که زمانی که بحران رخ داده است کار زیادی جز هدایت و کنترل نمی توانیم انجام دهیم و مهمترین اقدامات در این زمان اتخاذ تصمیم های صحیح است. از دیدگاه مدیریت بحران ، برای اتخاذ تصمیم صحیح، به داده ها، اطلاعات، امکان پردازش و تحلیل نیاز داریم اما متأسفانه منابع اصلی همه این موارد تنها قبل از بروز بحران در اختیار ما می باشد و اگر دو مرحله قبلی یعنی پیش بینی / پیشگیری، برنامه ریزی / آموزش را انجام نداده باشیم، شاهد بروز بحران جدیدی در دل بحران رخ داده، خواهیم بود که — مرتباً با تصمیم های عجولانه و نسجیده نه تنها بر وخامت اوضاع می افزاییم بلکه بحرانهای جدیدی می آفرینیم که حتی قابل شناسایی نیستند و فقط عوارض ناشی از آنها مرتباً در کنترل بحران اصلی خلل ایجاد می کند.

از اقدامات مهم مدیران در هنگام وقوع بحران موارد زیر را می توان بر

شمرد

- 1 - شناخت بحرانها و اولویت بندی ها براساس نیاز سازمان
- 2 - شناخت عوامل موثر در بروز بحرانهای اولویت بندی این عوامل
- 3 - فراهم کردن امکانات و زمینه های لازم برای حل یا کنترل یا کاهش بحران
- 4 - انتخاب راه حل های مناسب (بهترین راه حل)

- 5 - فراهم کردن زمینه مشارکت کارکنان جهت انتخاب راه حلها یا فراهم کردن زمینه ارائه پیشنهادات توسط آنان (و توجیه کارکنان)
- 6 - تشکیل ستاد بحران
- 7 - پیامدهای بحران بررسی شود
- 8 - بررسی اقدامات انجام شده از زمان وقوع بحران تا حل یا کنترل آن توسط اعضای ستاد
- 9 - گاهی مواقع حضور یک نفر مدد کار اجتماعی یا روانشناسی نیز می تواند موثر واقع شود.
- 10 - شناسایی مراکز، موسسات و... که می توانند در حل بحران به سازمان کمک کنند.
- تجربیات متخصصین در برنامه ریزی و مدیریت بحران و همچنین تشکیل ستادهای بحران نشان می دهد که تیم های فعال در منطقه باید چند تخصصه باشند. به بیان روشن تر مهارتها، دانش، اطلاعات و تجاربی که در بروز بحران برای تصمیم گیری لازم است به هیچ وجه از تیم های غیر متخصص بر نمی آید. در بررسیهای عامی که از نظر صرفاً معماری روی زلزله بم انجام گرفت، نتایج تکان دهنده ای از مواردی که می شد پیشگیری کرد به دست آمد. مسلماً اگر این بررسی ها به صورت هدفمند و سیستماتیک و کارشناسانه انجام شود، دیگر فاجعه بم و مشابه آن تکرار نخواهد شد.

حیطه های مدیریت بحران

بطور کلی مدیریت بحران در چهار حیطة تسکین، آمادگی برای مقابله، واکنش و ارایه پاسخ مناسب، بهبودی و باز توانی می‌تواند بکار گرفته شود؛ این حیطة‌ها بر حسب زمان به روشنی از یکدیگر قابل تفکیک نبوده و تنها بر اساس وظایف گروه‌های مداخله کننده می‌تواند مرز حیطة‌های فوق را از یکدیگر متمایز نمود.

در حیطة تسکین، محدود کردن عواقب بحران هدف اصلی به شمار می‌رود و مدیریت بحران تلاش می‌کند تا پیامدهای احتمالی ناشی از بحران را کنترل نموده و از گسترش آن جلوگیری نماید.

در حیطة آمادگی برای مقابله در نظر گرفتن آموزش و تمرین‌های ضروری برای گروه‌های مداخله کننده در بحران موجب می‌شوند تا اعضای گروه‌های حمایتی و درمان در مواقع بروز فاجعه آشنایی مناسب با موقعیت داشته و بتوانند دانش خود را بطور مطلوب برای حمایت از قربانیان حادثه بکار گیرند. هدف اصلی از تمرین و آموزش‌های طراحی شده آشنا شدن کارکنان بخش فوریت و نحوه سازماندهی و ارتباط با دیگر سازمانها می‌باشد.

در حیطة واکنش و ارایه پاسخ مناسب تلاش می‌شود تا با اعمال مدیریت مناسب اقدام‌های فوریتی همانند تخلیه حادثه دیدگان، امداد رسانی به نیازمندان حادثه و تریاژ یا فرآیندی که در آن به ارزیابی و خامت صدمه و آسیب دیده پرداخته شده و بر اساس آن اولویت‌های درمانی و التیام بخش طراحی شده و به عمل در آید.

و بالاخره در حیطة بهبودی و باز توانی تلاش می‌شود تا از طریق کوششهای منطقی و پیوسته نیازهای بازماندگان حادثه توسط گروههای متخصص درمانی و حمایتی شناسایی شده و در جهت تامین نیازهای اقدام مناسب صورت گیرد. آنچه در این شرایط حایز اهمیت است ارضای نیاز بازماندگان حادثه به گونه‌ای است که آنان احساس نمایند گره‌های مداخله کننده و درمانی از تخصص و امکانات لازم برخوردار بوده و سعی می‌کنند تا در دراز مدت و به تدریج بازماندگان حادثه توانمندی خود را بازیافته و بهبودی مناسب را به دست آورند و در نهایت بدون نیاز به گروههای حمایتی به زندگی خود ادامه دهند

ساختار یا ویژگیهای ستاد یا تیم های مقابله با بحران

ساختار یا ویژگیهای ستاد یا تیم های مقابله با بحرانها به شرح

زیرند:

- با حضور بالاترین مقام مسئول سازمان و معاونین سازمان باشد.
- از مشاوران نیز در صورت لزوم (درون سازمان یا برون سازمان) استفاده شود.
- متخصص باشند.
- با برنامه ریزی آشنا باشند.
- ستاد فقط منتظر تشکیل جلسه پس از بحران نباشد بلکه قبل از ایجاد بحران تشکیل جلسات دهند تا بتوانند در صورت لزوم و امکان از بروز بحران پیشگیری به عمل آورند.
- ارزیابی اقدامات و فعالیتهای واحدهای مختلف سازمان در ستاد مطرح شود.

- تیم های مقابله با بحران، مشارکت کارکنان را در شناسایی، کنترل و کاهش بحران در نظر داشته باشند و گاهی مواقع می توانند از نمایندگان کارکنان در برخی از جلسات یا به صورت دائم دعوت به عمل آورند.

- اعضای ستاد یا تیم ها از تجربه کافی در کنار تخصص نیز برخوردار باشند.

نقش مدیریت شهری بحران در بحران

مدیریت شهری می تواند براساس دانش خود و همچنین اطلاعاتی که در مورد شهر خود دارد مانع گسترده تر شدن بحرانها گردد. به طور مثال در نظر داشته باشید شهری همچون تهران که در روی مسیر زلزله واقع شده است و همچنین دارای شبکه سراسری گاز می باشد، اگر در هنگام وقوع زلزله سیستم های مناسبی برای کاهش اثرات آن در نظر گرفته نشده باشد و یا برای قطع گاز در زمان وقوع زلزله فکری نشده باشد نه تنها در شهر زلزله می آید بلکه شهر در آتش خواهد سوخت.

البته حل بحرانهای محیطی شاید نیاز به سرعت عمل بیشتری داشته باشد اما حل بحرانهای اجتماعی - اقتصادی نیاز به زحمت بیشتر و همکاری و هماهنگی بیشتر بین نهادهای موجود در شهر دارد. به دلیل اینکه مدیریت شهری دارای وظایفی است و این وظایف با وظایف سایر مدیریت های موجود در شهر همپوشانی دارد، لذا قبل از وقوع بحران یا حین و حتی بعد از بحران این ارتباط موثر و مثبت باید بین مدیران برقرار باشد البته مدیر شهری در حین بحران و بعد از بحران، نقش کلیدی و اساسی تری را برعهده دارد.

امکان دارد بحرانها در ابتدا به خاطر مدیریت شهری حاکم بر آن جامعه پیش نیامده باشند ولی ادامه و حتی دامنه دارتر شدن آن می تواند به خاطر عدم مدیریت مناسب شهری باشد. به طور مثال حاشیه نشینی می تواند به دلایل اقتصادی و مهاجرت به شهرهای بزرگ شکل بگیرد ولی اینکه این حاشیه نشینی آیا تبدیل به آلودگی (تهدید) و یا حومه نشینی (فرصت) شود، این دیگر به دلیل سیاستها و برنامه های مدیریت شهری است. یا درمورد مسایل فرهنگی هم می توان گفت مدیریت شهری مستقیماً مسئول فرهنگ جامعه نیست اما امکان دارد با مدیریت نامناسب شهری، با مردم جامعه آن گونه برخورد کنند یا فشارهایی بر آنها وارد شود که باعث گردد افراد آن جامعه به صورت درست با مسایل برخورد نکنند. این می تواند مشکلاتی را به وجود آورد. به طور کلی باید گفت که مدیریت شهری بر همه نهادهای موجود در شهر تاثیر مستقیم دارد و با یک مدیریت نامناسب شهری نمی توان توقع اقتصادی مناسب، اجتماع خوب، آموزش و پرورش عالی و... داشت. بلکه باید به مسایل شهری با دید سیستمی نگاه شود. بارها اتفاق افتاده که تصمیماتی در شهر گرفته شده است که نه تنها هیچ مشکلی را حل نکرده بلکه خود باعث بروز مشکلات دیگری شده است.

مدیران

وظایف

وظایف مدیران شامل مواردی از قبیل برنامه ریزی، جلب مشارکت مردمی، سازماندهی، بکارگیری نیروی انسانی، رهبری و نظارت. این طبقه بندی

جامع و فراگیر است و می توان گفت که همه دانش مدیریت بحران و چهار رکن اصلی آن در درون این شش وظیفه جای دارد. این طبقه بندی را می توان یک طبقه بندی عملی نیز به شمار آورد زیرا وظیفه هایی را نشان می دهد که مدیران خود آنها را می شناسند و به آنها عمل می کنند.

اهداف کلی مدیریت بحران

هدف کلی، بهینه سازی فعالیتهای مقابله با بحران و به حداقل رساندن خسارات ناشی از آن است. در مدیریت بحران نیز بهبود بهره وری با توجه به اهمیت حیاتی عملیاتی آن، از ضرورت ویژه ای برخوردار است. در ابتدا مدیریت زمان را در نظر می گیریم که در آن مدیر موظف است هزینه ها و مدت پروژه ها را کاهش و تعداد و کیفیت پروژه ها و فعالیت ها را جهت نیل به اهداف افزایش دهد. به عبارت دیگر زمان شروع واکنش و امداد رسانی، هزینه عملیات برای امداد رسانی و بازسازی باید کاهش یابد. از طرف دیگر حجم عملیات آمادگی، امداد رسانی و بازسازی، کیفیت عملیات آمادگی، امداد رسانی و بازسازی، سطح آمادگی مقابله با بحران و حجم اقدامات بازسازی و عادی سازی باید افزایش یابد.

ویژگیهای مدیریت بحران - می توان ویژگیهای مدیریت بحران را به شرح زیر برشمرد:

1 - مشارکت داوطلبانه مردم را در امور آمادگی، مقابله با بحران و امداد رسانی، کاهش اثرات بلایای طبیعی و بحران و بازسازی و عادی سازی، تشویق و ترغیب

- می کند.
- 2 - به نیاز آسیب دیدگان واقف می شود.
- 3 - به توسعه عملیات مقابله با بحران و آمادگی اهمیت می دهد.
- 4 - باتوجه دلسوزانه به نیازهای کارکنان خود، به بهره وری دست می یابد.
- 5 - فلسفه ای را که بیشتر برپایه ارزشهای رهبرانشان و مردم استوار است به کار می بندد.
- 6 - به کاری که درباره آن بهترین اطلاعات و آگاهی دارد، دست می زند.
- 7 - سازمانی ساده و شمار اندکی کارمند ستادی دارد.
- 8 - به تناسب و اقتضا، کارها را به گونه نامتمرکز انجام می دهد.
- 9 - آداب و سنن اجتماعی، فرهنگی و محلی را محترم می شمارد.

مراحل مدیریت بحران

- پیشگیری و کاهش اثرات: کاهش احتمال وقوع یا اثرات ناشی از بلایا
- آمادگی: برنامه ریزی و پژوهش، آموزش و مانور
- مقابله: ارائه خدمات اضطراری بلافاصله پس از وقوع بحران
- بازسازی: بازگرداندن جامعه به حالت عادی و نه لزوماً حالت پیش از بحران

عبارت آمادگی جهت رویارویی با بحران معمولاً به تمامی اقداماتی اطلاق می‌شود که دولت‌ها، سازمان‌ها، جوامع و افراد را قادر می‌سازد تا در مواقع بحرانی به طور سریع و کارا پاسخ لازم را جهت روبه‌رو شدن با بحران از خود نشان دهند. حصول اطمینان از کمک در مواقع مقتضی، عوامل و منابع موجود در مکان‌های آسیب‌دیده، کمک‌رسانی به آسیب‌دیدگان و کاهش اثرات منفی ناشی از بحران از هدف‌های این مرحله است. با حذف افراد آسیب‌پذیر، اثرات مخرب به حداقل می‌رسد و قبل از آنکه ضربه سنگینی وارد شود، از فشار بحران کاسته می‌شود. در ساختار آمادگی بحران 9 عامل اصلی دخالت دارند که به وسیله آنها استراتژی آمادگی بحران توسعه می‌یابد؛ این عوامل عبارتند از: ارزیابی آسیب‌پذیری هر منطقه، برنامه‌ریزی در زمینه بهبود آمادگی بحران در مناطق آسیب‌پذیر، ایجاد تعدیل و هماهنگی در ساختار حقوقی هر کشور، تدوین سیستم‌های اطلاعاتی شامل مراحل جمع‌آوری اطلاعات و سیستم هشدار دهنده، شناخت منابع موجود ضد بحران، وجود سیستم‌های هشدار دهنده جهت تغییر مکان مردم در مورد خطرهای قریب الوقوع، توجه به مکانیزم‌های واکنشی، آموزش و تعلیم عمومی و تمرین طرح آمادگی بحران. این عوامل، عوامل تشکیل‌دهنده آمادگی مقابله بحران هستند که توجه و شناخت هر یک می‌تواند در مواردی حد مطلوب بین فعالیت‌ها یا الویت‌های تخصیص داده شده به هر یک از فعالیت‌ها را در جهت کاهش اثرات منفی ناشی از بحران تحت تاثیر قرار دهند. قانونمند ساختن ضوابط ساخت و ساز در

جهت دستیابی به ساخت و ساز پایدار، اعطای اعتبارات به امر پیشگیری و کاهش اثرات بحران شناسایی و ارزیابی خطرات ناشی از صنایع مستقر در داخل و محدوده شهر، تهیه نقشه پهنه بندی آسیب پذیری ساختمان ها از نظر مقاومت، تعیین و اعلام مراکز مهم و عمومی آسیب پذیر شهر، تعیین آسیب پذیری امکانات زیربنایی و اقدام به مرمت و مقاوم سازی آن، تلاش در جهت بهبود عملکرد سیستم اطلاع و اخطار رسانی عمومی، ایجاد تشکیلات و نهادهای مردمی، مقاوم سازی ابنیه آسیب پذیر موجود و ایجاد انگیزه جهت مقاوم سازی از طریق کاهش عوارض، حمایت های مالی و تخفیف های مالیاتی و ... از جمله اقدامات پیشگیری کننده و آمادگی مقابله بحران، در خصوص آسیب های احتمالی شهر تهران در شرایط قبل از وقوع بحران زلزله است که می توانند در عملکرد مطلوب شهر، کاهش اثرات نامطلوب زلزله و دستیابی به آینده امن عمل کنند.

سازماندهی نیروهای پرستاری در حوادث غیر مترقبه

¹⁵⁶ بحرانها شامل بحرانهای نوظهور، آرام، تصادفی، انعکاسی، تعمقی و روزمره می شوند که مدیریت آنها ناظر بر پنج مقوله سازماندهی، ارتباطات، تصمیم گیری، شناخت عوامل بحران و طراحی است. از مهمترین اقدامات تشکیل ستاد، تشکیل گروه و تیم هایی است که توانایی برخورد با حوادث غیرمترقبه را داشته باشند. در این خصوص میتوان پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی

¹⁵⁶ محمد غلامی، مرتضی خاقانی زاده، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

را از اعضاء اصلی نام برد. پرستاران بعنوان افراد شفیق مستعد و متخصص در حین و قبل از حوادث غیر مترقبه به طور ویژه در آموزش و آگاهی دادن به جامعه برای آمادگی در برابر بلایا، تریاژ بیماران در حین حوادث، مراقبت از حادثه دیدگان و پیگیری وضعیت آنها و فراهم کردن فرهنگ ایمنی و یادگیری مشارکت فعالی دارند که با سازماندهی اصولی آنها در حوادث غیرمترقبه می توان باعث صرفه جویی قابل ملاحظه در وقت و تلاش و ارتقاء ایمنی و کیفیت مراقبت پرستاری از حادثه دیدگان شد. این سازماندهی در بعضی کشورها، تحت عنوان طرح پاسخ به حوادث غیرمترقبه اجرا می شود که نتایج بسیار خوبی داشته است و بیشتر بر روی این مسئله تاکید دارند که کار مراقبت از حادثه دیدگان فقط بر دوش پرسنل ICU، اطاق عمل و بخش های بیمارستانی نباشد، از طرفی با طراحی واحدهای مراقبتی حاد در مراکز خطر و بیمارستان ها و حفظ آمادگی، اثر بخشی و کارگزینی مناسب پرستاران در این واحدها، این طرح (واکنش به حوادث غیر مترقبه) را می توان اجرا کرد. ابعاد این طرح نیز شامل بیان هدف، عملکرد، سلسله مراتب، کارگزینی، دریافت اطلاعات صحیح توسط پرستاران، طراحی برگه های گزارش واحد پرستاری (NURS)، تعیین تماس با پزشک، مراقبت های مقدماتی، پیگیری حادثه دیدگان و طراحی پاکتهای قرمز اکشن می باشد.

مدیریت اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری

با توجه به بلاخیز بودن کشورمان و خصوصیات وضعیت اضطراری که شامل سردرگمی و ابهام درباره اتفاقی که رخ داده است، تعیین فوری نیازهای

که باید به آنها پاسخ داد، اختلال و توقف خدمات بهداشتی روتین، افزایش بار خدمات، احتمال وارد آمدن آسیب به زیر ساختهای بخش بهداشت و درمان و ... می‌باشد، مدیران با استفاده از تجربیات گذشته دستورالعمل استاندارد واحدی را برای تمام مخاطرات و همچنین زنجیره‌ای از اقدامات واحد را تدوین نمایند. جهت نظم بخشیدن به امور و جلوگیری از ایجاد سردرگمی و حرکت هدمند برنامه‌ریزی مقابله با وضعیت اضطراری اجتناب ناپذیر است گام اول در هر شرایط اضطراری تشکیل تیمهای ارزیابی سریع بهداشتی است تا اطلاعات عینی و ذهنی در رابطه با میزان آسیب‌های وارده و شناسایی نیازهای اساسی جمعیت گرفتار شده را به دست آورند و در گام بعدی اولویتهای بهداشتی را تعیین و برای تمام مسئولین بخشهای مختلف بهداشتی مانند بهداشت محیط، مبارزه با بیماریها، بهداشت خانواده و ... تعیین وظیفه نمایند و اداره مسئول و مشخصی را برای هر اقدام در نظر بگیرند. شیوع بیماریهای گوارشی و عفونی، کمیت و کیفیت نامناسب آب آشامیدنی، دفع نامناسب فاضلاب و زباله و ذخیره غذایی ناکافی و ... از مشکلات مدیران در شرایط اضطراری است که بایستی بر طبق اولویت و بر اساس شدت و فراوانی مشکل به حل آن مبادرت نمایند. خدمات بهداشتی باید در درجه اول برای آسیب پذیرترین گروههای مثل کودکان زیر 5 سال ارائه شود

کنترل بیماری‌های عفونی پس از حوادث غیر مترقبه

حوادث غیر مترقبه از دیر باز موجب بروز مشکلات فراوان و از دست رفتن جان تعداد زیادی از افراد و همچنین موجب بروز معلولیت‌های جسمی و

روانی و صرف هزینه‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی هنگفتی شده است. خسارات اقتصادی ناشی از سوانح و بلایای طبیعی در سطح جهان سالیانه حدود 50 میلیارد دلار بر آورد می‌شود در طی 30 سال گذشته بیش از 4 میلیون نفر جان خود را بر اثر وقوع بلایای طبیعی از دست داده‌اند بر اساس اطلاعات موجود 90 درصد از بلایای طبیعی و 95 درصد از مجموع حوادثی که موجب مرگ انسان‌ها می‌شوند. در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتند با نگاهی اجمالی به عوارض عمومی و اختصاصی ایجاد شده در انواع مختلف بلایا و حوادث غیر طبیعی مشخص می‌گردد که سلامت و بهداشت جوامع حادثه دیده همواره در معرض خطر بوده و از مهمترین مسائلی است که همواره بایستی مورد توجه مسئولین مربوطه برای کاهش عوارض ناشی از این بلایا مورد توجه قرار گیرند در زمینه حفظ سلامت و بهداشت در جمعیت مناطقی که دچار حادثه شده‌اند، چهار رکن اساسی وجود دارد: 1- تامین آب آشامیدنی سالم 2- تامین غذاهای سالم 3- تامین سرپناه مناسب 4- کنترل بیماریهای عفونی و واگیر و غیر واگیر

عوامل ایجاد کننده همه‌گیری بیماری‌های عفونی پس از بلایای طبیعی عبارتند از: 1- وجود عامل بیماری در منطقه 2- جابجائی جمعیت و کمپها 3- تغییرات محیطی 4- فقدان خدمات شهری 5- اختلال در خدمات بهداشتی اولیه 6- کمبود غذا و گرسنگی 7- تکرار حوادث

احتمال بروز و همه‌گیری بیماری‌های عفونی پس از وقوع حوادث غیر مترقبه وجود دارد که به نوبه خود می‌توانند یک بحران جدید در منطقه حادثه

دیده ایجاد نموده و خدمات رسانی را با مشکل مواجه سازند، لذا باید دستورالعمل‌های بهداشتی جامعی تدوین گردد که هنگام بروز حوادث بر اساس آن اقدامات لازم جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی انجام شود.

انواع بحران در زلزله ها

در زیر یک لیستی از تمام بحرانهایی که ممکن است پس از زلزله ایجاد شوند را مشاهده میکنیم :

1. بحران عملیاتی کردن مدیریته‌ها
2. بحران اطلاع رسانی
3. بحران امنیت
4. بحران تخلیه و توزیع کمک‌های ارسالی
5. بحران عدم مهارتهای ویژه امدادگران
6. بحران مسیرهای مواصلاتی
7. بحران اسکان و اعزام مجروحین
8. بحران اسکان بازماندگان پس از زلزله
9. بحران تدفین اجساد
10. بحران زنده یابی و خارج کردن مجروحان (آواربرداری)
11. بحران عدم هماهنگی نیروهای عمل کننده
12. بحرانهای بهداشتی

13. بحران لوازم و تجهیزات
14. بحران کودکان بی سرپرست
15. بحران زنان و دختران بی سرپرست
16. بحران رفتاری فردی و گروهی بازماندگان
17. بحرانهای حمل و نقل
18. بحرانهای شبکه های آبرسانی
19. بحرانهای شبکه جمع آوری فاضلاب
20. بحرانهای شبکه سوخت رسانی
21. بحرانهای انتقال نیرو
22. بحرانهای سیستم های مخابراتی
23. بحران ساختمانهای ویژه
24. بحران ساختمانهای حیاتی
25. بحران سازه های با پتانسیل آسیب رسانی بالا
26. بحران جمع آوری و دفع زباله

این بحرانها با دید کلان تهیه شده است و شاید مخاطب بسیاری از آنها دولت است. ولی باید بدانیم اولاً هرکدام از این موارد تاثیر مستقیم بر خانواده ها دارد و نیز اینکه تمام آنها را می توان در مقیاس کوچک در خانواده نیز داشت.

بحران عملیاتی کردن مدیریتها

نقش رهبری مدیران یک جامعه در زمان بروز یک بحران از جنگ تا زلزله بر هیچکس پوشیده نیست و این مستلزم آن است که کادر رهبری یک جامعه و مدیران ارشد آن زنده بماند، سپس این مدیران بتوانند مدیریت جامعه را هر چه سریعتر در اختیار بگیرند.

بدین منظور ابتدا شریانه‌های حیاتی در شبکه مدیریتی بحران معرفی می‌گردد.

1- رهبری

پایه و اساس هر جامعه، رهبر معنوی آن جامعه می‌باشد و بر اساس حضور مستحکم اوست که تمامی مدیریتها برای ارائه خدمات به جامعه مشروعیت می‌گیرند، لذا بر این اساس، حفظ جان ایشان در اولویت اول مدیریت بحران می‌باشد، تا پس از زلزله با حضور قدرتمند ایشان بتوان مدیریتهای جزء را برای هماهنگ شدن سازماندهی نمود.

2- قوه مجریه

پس از رهبری، حضور رئیس جمهور که ارشدترین مقام در قوه مجریه می‌باشد، برای پس از زلزله ارزشمند می‌باشد، ایشان با توجه به شکل

عظیمی که به عنوان دولت در ارائه خدمات به جامعه وظیفه اصلی را بر عهده دارد، برای مدیران بحران نقش بزرگی را دارا می‌باشد.

3- قوه قضائیه

هر آنکس که زلزله‌ای را از نزدیک تجربه کرده است می‌داند که از مراکزی که با سپری شدن تنها یک روز از زمان زلزله حضورش به شدت در منطقه احساس می‌شود، زیر مجموعه های قوه قضائیه است. از دادگاه‌ها تا پزشکی قانونی تا دفاتر اسناد رسمی و لذا وجود با قدرت این قوه پس از زلزله با دارا بودن برنامه ای پیش بینی شده برای زلزله بسیار ضروری است.

4- قوه مقننه

در قوه مقننه شاهد اتصال مستقیم جامعه با بخش حکومتی هستیم. در حقیقت نمایندگان مجلس خود ملت هستند که برای هدایت خود به همکاری با قوای دیگر می‌پردازند ، نقش مجلس پس از زلزله برای باز نمودن گره‌های قانونی و نیز پر نمودن خلاء های مدیران ارشد نظام که پس از زلزله از دست داده ایم آنچنان واضح است که نیاز به بیان آن نمی‌باشد.

5- مدیران بخش خصوصی (شامل تولید کنندگان، توزیع

کنندگان و ...)

این مدیران در بحث مدیریت های بحران به خاطر گستردگی توزیع آماریشان در درون جامعه به عنوان اهرمهای عملگرا و اجرایی بسیار مورد

توجه می‌باشند ، آنان می‌توانند هسته‌های محلی تشکیل داده و با استفاده از تجربیات خود در امر مدیریت به کمک بخش دولتی برای کنترل بحران بیایند.

سوالاتی که در رابطه با عملکرد مدیران ارشد کشور پس از زلزله مطرح می‌باشد، عبارتند از:

1- مدیران ما در کجای این شهر زندگی میکنند؟

2- آیا منازل آنها در برابر زلزله ایمن هست؟

3- آیا پس از زلزله آنها زنده میمانند تا به مسئولیت خود

بپردازند؟

4- آیا خانواده محترمشان از امنیت لازم برای تنها گذاشتن پس

از زلزله برخوردارند؟

5- آیا برای رسیدن به محل کار خود امکانات مورد نیاز برایشان

در نظر گرفته شده است؟

6- آیا پس از رسیدن به محل کارشان نیروهای متخصص تحت

امرشان نیز خود را توانسته‌اند به محل کار خود برسانند؟

7- آیا محل کارشان برای ارائه خدمات قابلیت بهره برداری را

دارد؟

8- آیا تجهیزات مورد نیاز بخش مورد بحث قابلیت کار خود را

هنوز داراست؟

9- آیا برای چنین زمانی برنامه اجرایی از قبل پیش بینی کرده

ایم؟

10- و در پایان آیا بقیه سیستمهای مدیریتی هم به چنین نقطه

ای خواهند رسید؟



مدیریت بحران دولتی

مدیریت بحران دولتی دز جمهوری اسلامی ایران شامل

موارد زیر است :

* ستاد حوادث غیر مترقبه ریاست جمهوری

* هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

* وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

* سازمان آتش نشانی

- وزارت کار و امور اجتماعی (با آموزش تکنسینهای ماهر در اجرای ساختمان)
- وزارت آموزش و پرورش (با مقاوم سازی مدارس و آموزش اولیه به دانش آموزان در مدارس)
- و صدها نهاد دیگر که همگی میتوانند مانع از بروز بحران گردند.

مدیریت بحران غیر دولتی

تشکیل ستادهای بحران در شهر ها به عنوان سیستم مدیریت غیر دولتی می تواند به صورت یک بازوی موثر امداد رسانی در جامعه عمل نماید . علاوه بر مراکزی که بصورت مستقیم در مواجهه با بحران وارد عمل میشوند ارگانها و بخشهای دیگری نیز وجود دارند که شاید بتوان گفت فعالیت صحیح آنها بصورت غیر مستقیم باعث جلوگیری از بروز بحران بهنگام زلزله میشود. این ارگانها شامل موارد زیر هستند :

- شهرداریها
- سازمانهای نظام مهندسی
- وزارت مسکن و شهر سازی
- کمیسیون عمران مجلس شورای اسلامی
- شورای شهرها

همچنین تشکیل ستاد های خودجوش در شهر ها می تواند کمک های موثری را در امر مقابله با بحران زلزله ارایه نماید. این ستاد ها زمینه های لازم را برای همکاری بازماندگان بومی در منطقه فراهم نموده و از بروز بسیاری از مشکلات ناشی از عدم آشنایی پرسنل امدادی با محل بحران زده جلوگیری می کنند. این ستاد های خودجوش به عنوان یکی از منابع اصلی تامین پرسنل فداکار در منطقه به شمار می آیند که برای نجات جان افراد خانواده و همشهریان خود وارد عمل می شوند. بنا بر این یک شهر را می توان به بصورت زیر برای تعریف نحوه مدیریت بر بحران از هم مجزا نمود:

1. یک خانه
2. یک کوچه : که تشکیل شده است از چند خانه
3. یک محله : که تشکیل شده است از چند کوچه
4. یک منطقه: که تشکیل شده است از چند محله
5. یک سایت: که تشکیل شده است از چند منطقه
6. شهر

با توجه به این تقسیم بندی مشاهده می شود که برای یک مدیریت بحران شهری در سطح کلان ، علاوه بر مرکز دولتی و نهاد های غیر دولتی به عواملی از قبیل مدیران بحران در سطح محله و کوچه ، نیز نیاز است .

در بخش مدیریت بحران غیر دولتی به ترتیب زیر به این مطلب

میپردازیم !

1- مدیریت بحران در محله توسط اهالی محل و یا یک

امدادگر دوره دیده مدیریت بحران

2- مدیریت بحران در منطقه توسط مدیران بحران محلی و یا

یک گروه امدادگر دوره دیده مدیریت بحران

3- مدیریت بحران یک سایت (چند منطقه) توسط یک گروه

از امدادگران و یا تشکلهای غیر دولتی دوره دیده مدیریت بحران

بحران بهداشت

بحران های بهداشتی پس از وقوع زلزله را می توان به صورت

زیر تعریف نمود .

• بحران بهداشت روانی

لطمات وارده بر جامعه پس از زلزله بسیار عمیق و دارای پیچیدگیهای زیادی میباشد که در بخش بهداشت روان به آنها پرداخته شده است .

1. بحران بهداشت روانی فردی

2. بحران بهداشت روانی جمعی

• بحران بهداشت جسمی

جامعه صدمه دیده از زلزله در خصوص تامین بهداشت جسمی در ابعاد فردی و جمعی همواره مورد تهدید جدی میباشد . بیماریهای شایع که بصورت اپیدمی و یا فردی میتواند صدمات جدی را در بر داشته باشد میبایست پیش گیری و کنترل گردند و این امکان نخواهد داشت مگر با آشنایی کامل با بیماریهای فوق و برنامه ریزی کاملی برای هدایت نیروهای بهداشتی در منطقه .

• بحران بهداشت محیط

در بحث بهداشت محیط زیست ، بر اهمیت و نقش محیط زیست ما بر بهداشت و نیز تاثیر انسان بر تغییرات بهداشتی در محیط زیست باید توجه نمود.

طبقه بندی مخاطرات محیطی پس از زلزله بر انسان

- 1- انتشار عوامل عفونی و آلوده کننده های میکربی در محل
- 2- انتشار مواد شیمیایی از مراکز کارخانجات و انبارهای دارویی

تخریب شده

- 3- انتشار سموم کشاورزی از انبارهای کارخانجات در محیط

بحران اسکان و اعزام مجروحین

اجرای فعالیتهای تریاژ

- برای رساندن کمکهای اولیه به مجروحین در زیر آوار دارای چه امکاناتی هستیم؟
- مجروح بکمک نیروهای عملیاتی از زیر آوار بیرون آورده میشود ، در این زمان چه سرویسهایی میبایست در اختیار او قرار گیرد ؟
- با چه وسیله ای مجروحین را منتقل میکنیم ؟
آمبولانس ؟
- جهت جابجایی او از زیر آوار تا تخت آمبولانس به چه امکاناتی برای جلوگیری از صدمات وارده به ستون فقرات او نیاز داریم
- مجروح توسط آمبولانس به کجا میبایست منتقل گردد .
- بستگان مجروح مورد نظر چگونه میتوانند او را بیابند

• حداقل امکانات درمانی، رفاهی، دارویی ، غذایی مورد

نیاز این مجروح چیست ؟

• پس از ارائه خدمات اولیه به مجروح مورد نظر برای

اعزام او به بیمارستان چه برنامه ای و امکاناتی در اختیار داریم

• پس از اعزام او چگونه میتوانیم او را به خانواده اش

ارتباط دهیم

• پس از بهبود اولیه برای دوران نقاهت او چه برنامه ای

داریم

• چگونه میخواهیم دارو های ویژه او را پس از بازگشت

به منطقه برای او تامین کنیم

• چگونه میخواهیم از آنچه اتفاق افتاد برای حادثه

بعدی کسب تجربه کنیم ؟

بنابراین برای ارائه خدمات فوق نیاز داریم به

1. برنامه ای جامع برای ارائه خدمات

2. پیش بینی مکانهایی برای ارائه خدمات اولیه برای پس از

زلزله

3. پیش بینی ماشین آلات و تجهیزات مورد نیاز

4. پیش بینی نیروهای آموزش دیده درمانی، دارو، غذا و

چادرهای ویژه

بحران اسکان بازماندگان پس از زلزله

در بحث اسکان پس از زلزله مدیران بحران با پارامتر زمان بیشتر از بقیه پارامترها درگیر هستند. مدت زمانی که یک مدیر برای اسکان اولیه (سر پناه) دارد با توجه به شرایط اقلیمی و آب و هوایی حداکثر تا آغاز شب می باشد، چرا که با شرایط زمستانی و خصوصا در مناطق کوهستانی، ممکن است میزان تلفات بر اثر سرمازدگی و یخ زدگی به مراتب از حادثه زلزله بیشتر باشد. پس از ایجاد سر پناه اولیه که همان چادرهای هلال احمر می باشند بحث اسکان موقت آغاز میگردد. واحدهایی کوچک با حداقل امکانات زندگی که حادثه دیدگان را برای مدت از چند ماه تا چند سال در خود پذیرا خواهد بود، آغاز میشود که در پایان به اسکان دائم می انجامد.

توجه داشته باشیم که در پس از زلزله آنچه پس از بیرون آوردن مصدومین از زیر آوار بیش از همه مورد توجه بازماندگان می باشد ایجاد یک سر پناه موقت و ارائه حداقل امکانات به آنها می باشد که انتظاری معقول است و در صورتی که به این تقاضای معقول پاسخی در خور، داده نشود، مدیران با بحران عدم لیاقت در ارائه خدمات روبرو خواهند شد که کمتر از بحران های خود زلزله نیست!

بحران اسکان پس از زلزله شامل

1- بحران اسکان اولیه (چادر)

الف : نحوه توزیع

ب : نصب و راه اندازی

2- بحران اسکان موقت

الف : نوع ، کیفیت و سرعت ارائه سر پناه های موقت

ب : نحوه ارائه سرویسهای بهداشتی به واحد های راه اندازی

شده

ج : نحوه ارائه خدمات دولتی مربوطه

3- بحران اسکان دائم

الف : هماهنگی با بافتهای بومی منطقه

ب : هزینه های متعلقه

ج : نحوه اجرا

د : نظارت بر کیفیت اجرا

• طبقه بندی ساختمانهای حیاتی

1. پزشکی
2. بیمارستانهای کوچک
3. بیمارستانهای متوسط
4. بیمارستانهای بزرگ
5. کلینیکها (کلینیکهای پزشکی - آزمایشگاهها - مراکز انتقال

(خون

6. مراکز بهداشتی (خانه های بهداشت)
7. درمانگاهها

• مراکز پشتیبانی

1. آتش نشانی
2. نیروهای انتظامی
3. مراکز اورژانس

• فضاهای باز عمومی

1. پارکها
2. مساجد و مدارس

3. ورزشگاهها

با نگاهی اجمالی بر لیست ساختمانهای حیاتی ذکر شده در بالا میتوان به سرعت متوجه شد که در کاربری این ساختمانها از امداد و نجات جان مردم آغاز و تا درمان و اسکان مجروحین گسترش میابد . در حقیقت طیف گستره تمامی ساختمانهایی که پس از زلزله قادر خواهند بود بعنوان ابزار مدیران بحران در جهت ارائه خدمات به مردم مورد استفاده قرار بگیرند را در بر میگیرند

اکنون برای اینکه این ساختمانها بتواند در پس از زلزله به ارائه خدمات خود بپردازند نیاز به چه فاکتورهایی دارند ؟ پاسخ به این سؤال در حقیقت منجر به جمع آوری حجم بالایی از اطلاعات پیرامون این مطلب خواهد شد .

1. این ساختمانها در شهر به چه صورتی پراکنده میباشند؟
2. ضریب ایمنی آنان برای یک زلزله سنگین چقدر میباشد؟
3. پس از زلزله چند درصد از آنها قادر هستند به ارائه خدمات خود ادامه دهند؟
4. امکان دسترسی به آنها چگونه میباشد ؟
5. چه سرویسهایی برای ارائه به مردم در اختیار دارند؟

6. دارای چه تجهیزاتی و انبارهایی هستند؟
7. به چه مدت قادر به ارائه خدمات بدون پشتیبانی هستند؟
8. مدیران ارشد آنها در کجای شهر زندگی میکنند؟
9. منازل ایشان در برابر زلزله ایمن میباشد؟
10. برای ارائه سربیس در زمان بحران به چه چیزهایی نیاز داشته و اکنون برای تهیه آنها چه برنامه ای دارند؟
11. و در پایان برای هماهنگی با همدیگر چه برنامه ای در دستور کار خود دارند؟

انواع بحران پس از زلزله و نحوه مدیریت آنها

1- بحران زنده یابی

زنده یابی یکی از مهمترین امور برای مدیران بحران پس از زلزله میباشد، شما میتوانید برای تدفین اجساد، اسکان بازماندگان یا رساندن مواد غذایی و حتی تامین امنیت، دارای تاخیری دو روزه باشید، اما برای آوار برداری و زنده یابی حتی یک ساعت هم تاخیر مجاز نمیباشد.

زنده یابی میتواند با استفاده از نیروهای داوطلب مردمی تا دستگاه های پیشرفته حرارتی و مادون قرمز و سگهای زنده یاب دارای تنوع در نحوه اجرا باشد. اما هنگامی که شما اولین گروه امداد رسان به منطقه میباشید، آموزش ابتدایی شما به نیروهای داوطلب مردمی در همان لحظه ورود، میتواند

تأثیر شگرف بر سرعت کار داشته باشد. توجه داشته باشید که همانقدر که اجرای صحیح اصول اولیه زنده یابی بر تعداد افراد نجات یافته از زیر آوار تأثیر گذار است، به همان اندازه آموزشهای اولیه هنر زنده ماندن در زیر آوار تأثیری مکمل دارد!

بنابراین آموزشهای آوار برداری و زنده یابی میبایست با آموزشهای همگانی هنر زنده ماندن در زیر آوار بطور همزمان مورد توجه قرار گیرد، این امر به یک بسیج عمومی در ایران نیاز دارد.

بحرانهای مرتبط با زنده یابی شامل موارد زیر میباشد

1- بحران عدم مهارت و دانایی نیروهای عمل کننده

1-1 عدم آشنایی با انواع آوار و نحوه آوار برداری

1-2 عدم آشنایی با ابزار آوار برداری و ماشین آلات مربوطه

1-3 عدم آشنایی با خارج کردن مجروحان از زیر آوار

2- بحران زمان در زنده یابی

1-2 عدم توزیع امکانات و تجهیزات مابین مناطق مختلف

2-2 عدم امکان دسترسی به واحدهای مسکونی در کوچه های

باریک

3- بحران خدمات پس از رهایی مجروحان از آوار

3-1 ارائه خدمات پزشکی مرتبط

3-2 امکان اسکان موقت و آماده سازی برای اعزام

3-3 امکان ارائه خدمات بهداشت روانی قبل از اعزام

4- بحران کمبود تجهیزات و لوازم مرتبط با آوار برداری

2- بحران دختران و زنان پس از زلزله

بحران زنان و دختران پس از زلزله، یک بحران بسیار مهم و بینهایت پیچیده میباشد. توجه به آنکه این مادران هستند که پس از زلزله تکیه گاه کودکان آسیب دیده خواهند بود کودکانی که آسیب پذیر ترین و مهمترین گروه سنی در مدیریت بحران پس از زلزله در جامعه آسیب دیده میباشند بزرگی و پیچیدگی این کار را برایتان بیشتر روشن خواهد کرد.

زنان دارای شرایط خاص بهداشت روانی و بهداشت شخصی میباشند و این مطلب آنان را در برابر شرایط بحرانی آسیب پذیر میکند. مادران ما در ایران از همان لحظه که مسئولیت مادر شدن را بر عهده میگیرند وارد بحران میشوند. و بی هیچ شکی آنان، اساتید مدیریت بر بحران در خانواده های خویش هستند.

بحران زنان و دختران پس از زلزله شامل

1. بحران امنیت زنان بی سرپرست

2. بحران زنان سرپرست خانواده

3. بحران بهداشت شخصی

4. بحران بهداشت روانی

5. بحران زنان با دار و کودکان شیر خوار

3- بحران عدم مهارت‌های ویژه امدادگران

تمامی کسانی که در مناطق آسیب دیده از زلزله حضور داشته اند ، شاهد انجام عملیات امداد رسانی با روشهایی بسیار ابتدایی و در بیشتر مواقع صد در صد غلط بوده اند، شاید بتوان دلیل این امر را در مدیریت ارشد سازمانهای مربوط به عملیات امداد و نجات پیدا نمود. در بیشتر مواقع نیروهای آموزش دیده داوطلب دارای صلاحیت علمی و تخصصی در خصوص امداد نبوده و تنها با یکدوره آموزش عمومی اجازه می‌یابند که در اموری وارد شوند که جایگاه یک متخصص میباشد! جهت آشنایی با مشکلات پیش رو ، در ارائه خدمات امدادی و هماهنگ نمودن بخشهای مختلف ، فعال در این زمینه به طرح سئوالات زیر میپردازیم ؟

- در ایران سازمانهای ارائه دهنده خدمات امداد و نجات کدام هستند؟
- آیا امکانات و تجهیزات و نیروهای آموزش دیده آنها با جمعیتی که میبایست به آن سرویس بدهند هماهنگی و همخوانی دارد؟
- آیا آموزشهای برنامه ریزی شده برای این سازمانها با حوادث پیش آمده در ایران همخوانی دارد؟
- آیا سازمانهایی همچون آتش نشانی و هلال احمر به عنوان دو بال این جریان امدادی با یکدیگر هماهنگ در ارائه خدمات شده‌اند و دارای یک سیستم هماهنگ در ارائه خدمات رسانی هستند؟
- آیا برای به روز شدن آمادگی این نیروها برنامه ریزی متناسب با مسئولیت آنها شده است؟
- آیا این مراکز در آموزش همگانی فعال و دارای برنامه اجرایی هستند؟
- آیا این مراکز در رابطه با اطلاع رسانی دارای فعالیتهای فرهنگی همچون چاپ مجلات تخصصی و برگزاری جشنواره ها و کنفرانسهای مرتبط هستند؟
- و در پایان آیا سیاست مدیران ارشد در رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت این مجموعه هاست؟

4- بحران عدم هماهنگی نیروهای عمل کننده

پس از پایان زلزله و آغاز ورود نیروهای مردمی و دولتی به صحنه منطقه زلزله زده، شما با گروه های اجرایی روبرو هستید که از فرمانده مستقیم خود فرمان می گیرند و این موضوع بسیار طبیعی میباشد ، چرا که قدرتهای اجرایی هر گروه با مدیریت متخصصین مربوطه خودش قابلیت بهره بری بالایی خواهد داشت و این موجب گسستگی در عملیات اجرایی خواهد شد

اما این اتفاق را بجز بخش مدیریت جزء میتوان از منظر مدیریت ارشد و نیز برنامه های اجرایی از پیش تهیه شده و دستورالعملهای اجرایی پیش بینی شده هم مورد موشکافی قرار داد . لذا در بحث گسیختگی در مدیریت و عدم هماهنگی نیروهای عمل کننده با پیمودن مسیری از سئوالات سعی میکنیم تا با آنچه پیش میاید آشنا شویم .

پس از زلزله ما با چه گروه هایی در منطقه روبرو میشویم ؟

- نیروهای داوطلب مردمی
- نیروهای دولتی
- نیروهای خارجی

این نیروها برای زلزله چه برنامه هایی دارند و از چه کسی

دستور میگیرند ؟

نیروهای داوطلب مردمی :

در صورتی که بصورت جمعی و تشکل های غیر دولتی در منطقه حضور داشته باشند ، معمولا آنها از رهبر معنوی گروه خود فرمان میگیرند و اگر بصورت انفرادی و یا تعداد کم ومحدود آمده باشند سعی میکنند تا همکاری با یک گروه (دولتی و یا غیر دولتی) به عملیات بپردازند.

نیروهای دولتی :

1- آنانی که بومی هستند بدلیل از دست دادن مدیران و تجهیزات و امکانات قبل از زلزله ، بصورت آشفته و همچون مردم عادی و داوطلبان آغاز به کار میکنند

2- آنانی که از شهرهای دیگر اعزام شده اند تنها به دستورات مدیر مسقیم خود که معمولا یک مدیر میانی و یا جزء میباشد گوش فرا میدهند .

نیروهای خارجی :

اینان سعی در هماهنگی با مدیران ارشد دارند ولی بعلت قطع بودن ارتباط مابین گروه های عمل کننده با مدیران ارشد عملا این

موضوع منتهی به عملیاتی مستقل و تنها با هماهنگی کلی با میران ارشد
میگردد.

در بررسی عدم هماهنگی مابین نیروهای عمل کننده در زمان
زلزله کفایت به چند نکته توجه کنیم

برای آنکه نیروهای عمل کننده بتوانند کار تیمی انجام دهند به
چه چیزی نیاز دارند:

- مدیران ارشد بتوانند با آنها در منطقه ارتباط داشته

باشند

- گروه های دولتی و غیر دولتی بتوانند همدیگر را در

منطقه پیدا کنند

- بتوان برای ارتباط برقرار کردن مابین آنها لایه ای از

مدیریت را تعریف نمود

- بتوان لایه مدیریتی تعریف شده برای جامعه امداد

رسانی در منطقه را به سوی گوش فرا دادن به مدیریت ارشد حاضر در

منطقه سوق داد

- برای هدایت مدیریتهای میانی وسایل ارتباطی در

اختیار داشت

• برنامه مشخصی برای اجرایی نمودن همزمان تمامی گروه ها ارائه نمود (این مطلب بسیار مهم میباشد ، چرا که گروهی که در منطقه حاضر است و مدیریت ارشد قادر به استفاده بهینه از آن نباشد مستقل عمل خواهد نمود)

• و در پایان تهیه ابزار ها و تجهیزات مورد نیاز برای مدیریت بحران ، نوشتن برنامه اجرایی جهت هماهنگ نمودن مدیریتها تحت پوشش مدیران ارشد به همراه علم و مهارت استفاده ابزارها و برنامه ها نوشته شده الزامی است

5- بحران امنیت

بحران امنیت را میتوان در زیرمجموعه های زیر طبقه بندی کرد که عبارتند از:

بحران هویت فردی و مالکیت :

پس از ورود اولین دسته از حاشیه نشینها به شهر و استقرار آنها در منازلی که توسط صاحبان آن تخلیه شده اند بحران مالکیت و هویت آغاز میشود . شما با افرادی روبرو هستید که بدون داشتن هیچ مدرکی ادعای مالکیت بر ماشین و یا خانه ای دارند . در این حالت برای گروه مدیریت بحران اولویت با نگاه داشتن آرامش تا ایجاد ثبات است پس از آنکه ثبات اولیه حادث

شد زمان احراز مالکیت با استفاده از شهود مقیم در محل که مالکیت آنها از قبل احراز شده میباشد . برای آنها که خود درگیر زلزله هستند فتوکپی اسناد و برابر اصل کردن آنها و نگهداری در مکانی امن (شهر دیگر) راهکار این مشکل میباشد .

بحران امنیت کودکان:

پس از زلزله ساماندهی کودکان بی سرپرست از اولویتهای عملیاتی است ، فراموش نکنیم که کودکان زیر پنج سال قادر نیستند هویت فردی خود را بیان و یا پس از چند سال یاد آوری کنند ، به راحتی دستور بزرگترها را گوش میکنند و قادر به محافظت از خود نیستند. در پی ورود نیروهای مردمی و بی ثباتی و هرج و مرج ایجاد شده در منطقه ، در بهترین وضعیت کودکان توسط نیروهای داوطلب مردمی دوره ندیده بنا بر سفارش بستگان و دوستان از منطقه خارج شده و برای سرپرستی به خانواده دیگری سپرده میشوند

بحران ورود حاشیه نشینها به داخل شهر:

زلزله نه تنها بنیان ساختمانها را از جا میکند بلکه بنیان فاصله های طبقاتی و تعاریف مربوط به آنها هم جابجا میکند ، از گروهی فقیر که زلزله به آنها امکان برخورداری از برداشت از موقعیتی اینچنینی را فراهم نموده، انتظار

رفتاری معقول ، ابلهانه است. بنا بر یک پند بزرگ که میگوید فقر دشمن هر فضیلتی است شما با مشکلی عظیم رو برو خواهید شد ،سرقت، تجاوز به عنف ، شرارت ،... از امور طبیعی این بحران هستند

بحران امنیت بسیار گسترده و شرح آن نیاز به بازگشایی مطلب دارد چند مورد دیگری را که میتوان به آن توجه نمود را برای مثال ذکر مینماییم شامل موارد زیر میباشد:

1- بحران خودکشی ، خود زنی ، دیگر زنی

2- بحران خروج زندانیان

3- بحران مراکز امنیتی و نظامی

4- بحران مراکز ویژه (موزه ها - بانکها - ...)

بحران دفن اجساد پس از زلزله :

قبل از ورود اولین گروه امدادی دولتی و یا مردمی، ساعتها از بیرون آوردن اولین گروه از اجساد زیر آوار مانده توسط مردم محلی گذشته است . بعلت تعداد زیاد اجساد بعضی از خانواده ها سعی در دفن عزیزانشان قبل از تراکم تعداد اجساد در قبرستان را دارند. اینان معمولا از قبرهای از قبل

آماده شده در قبرستانها استفاده میکنند هرچند با دفن این اجساد بازماندگان از مشکلات عادی دفن اجساد در پس از زلزله رها میگردند ، اما این نکته که ایا این اجساد به واقع دچار مرگ قطعی شده اند یا خیر ، مشکل لاینحلی است که برای بازماندگان برای همیشه باقی می ماند.

گروه دوم اجساد که برای آنها توسط خانواده ها با استفاده از ابزار ساده ای همچون بیل و کلنگ قبر حفر میگردد مشکل اساسی علاوه بر عدم تائید مرگ این عزیزان مشکل عمق دفن و مشکلات بهداشتی آن است. اجساد بعد از چند روز بو می گیرند و بوی تعفن و آلودگی موجب می گردد که در بعضی مواقع مجبور به نبش قبر و تجدید دفن شویم.

برای گروه سوم اجساد بیل مکانیکی حفر قبر میکند، این اجساد با شرایط بهتری در عمق مناسب دفن میگردند و احتمال زنده بودن بسیار پائین و نادر است ، اما مشکلاتی همچون نشانه گذاری برای یافتن خانواده ها از مشکلات اصلی است.

ما در این بخش با بحرانهای زیر روبرو هستیم:

- 1- تائید مرگ قطعی قبل از دفن
- 2- حفر قبر های مناسب برای دفن اجساد
- 3- تشخیص هویت فردی و ثبت اطلاعات
- 4- اجرای مراسم مذهبی (غسل، تیمم، کفن ، نماز میت)

5- جانمایی قبرها

6- لوازم شخصی بازمانده از متوفی

بحران کودکان بی سرپرست

بی گمان آسیب پذیر ترین گروه انسانی در پس از زلزله کودکان میباشند که میبایست بصورت ویژه به آن پرداخت در این قسمت به بحث کودکان بی سرپرست در پس از زلزله میپردازیم، در بحث کودکان بی سرپرست بهتر است برای آشنایی با این بحران، در ابتدا با شرحی از اتفاقاتی که با آن روبرو خواهیم شد آغاز کنیم! کودکانی که پس از زلزله توسط نیروهای محلی و امدادی پیشتاز یافته میشوند آسیب پذیرتر از کودکانی هستند که در روزهای بعدی، حتی مجروح از زیر آوار بیرون آورده می‌شوند، فراموش نکنیم که کودکان زیر پنج سال قادر نیستند هویت فردی خود را بیان و یا پس از چند سال یادآوری کنند، به راحتی دستور بزرگترها را گوش میکنند و قادر به محافظت از خود نیستند. بنابراین در پی ورود نیروهای مردمی و بی ثباتی و هرج و مرج ایجاد شده در منطقه، در بهترین وضعیت کودکان توسط نیروهای داوطلب مردمی دوره ندیده بنا بر سفارش بستگان و دوستان از منطقه خارج شده و برای سرپرستی به خانواده دیگری سپرده می‌شوند. اکنون شما خود را بجای فردی که کودکی را از زیر آوار زنده و سالم بیرون آورده بگذارید آیا حاضرید ریسک تحویل او را به یک بیمارستان بی در پیکر و یا یک اتوبوس

اعزام مجروحان به تهران و یا سربازی که در منطقه در حال بیرون آوردن اجساد است بسپارید، و شب راحت بخوابید، و دغدغه سرانجام آن کودک را نداشته باشید؟

می‌بینید که شما هم همان مسیر نادرست امدادگران غیر حرفه‌ای را خواهید رفت! اما هیچگاه به برادر و خواهر آن کودک که نیم ساعت قبل از زیر آوار در آمده است و یا پدرش که در مأموریت بوده و یا برادرش که سرباز است و اکنون در حال جستجو در بین آوار برای یافتن خواهر کوچکش است، فکر کرده‌اید؟ آنان هیچگاه همدیگر را نخواهند یافت، چرا که نیروهای امدادی، غیر حرفه‌ای عمل کرده‌اند!

ما در بحث کودکان بی سرپرست، تغذیه، بهداشت، امنیت و امکان بازگشت به کانون خانواده را در پیش رو داریم که تغذیه، بهداشت را در مبحث بحران مادران و کودکان مورد بحث قرار می‌دهیم و در بحث امنیت نیز به کودکان باز اشاره خواهیم کرد و در مباحث ذیل به جمع‌آوری و ساماندهی آنان می‌پردازیم

جمع‌آوری کودکان از سطح شهر

1. جمع‌آوری و ساماندهی کودکان به کمک ماشینهای دارای بلندگو و آرم ویژه بهزیستی و یا انتظامی و نصب پارچه نویسی در سطح شهر

جهت هدایت امدادگرانی که کودکی را یافته و قصد تحویل به محل موجهی را دارند.

2. ثبت اطلاعات فردی کودک جهت احراز هویت او پس از گذشت زمان به کمک همین برگه های شناسایی

ساماندهی کودکان بی سرپرست

1- نصب و راه اندازی چادر ویژه کودکان که دارای شرایط خاص (تجهیزات و لوازم) هستند. توجه به امنیت این چادر جزء واجبات کار می باشد و می بایست با نیروهای انتظامی هماهنگ گردد.

2- برقراری خط ارتباطی مابین مراکز مرتبط با یکدیگر در زمینه کودکان همچون اداره بهزیستی، نیروهای انتظامی و امدادگر و مرکز مدیریت بحران

3- تهیه کارتهای مشخصات انفرادی کودکان به همراه عکس. این کارتها برای کودکان در دو نسخه تهیه می گردد که یکی به اداره بهزیستی تحویل و دیگری در نزد امدادگر باقی میماند.

سامانه فرماندهی حادثه

- یکی از مهم ترین وقایعی است که در حیطه خدمات اضطراری در طی 25 سال آخر قرن بیستم رخ داد، جایگزینی گسترده سامانه فرماندهی حادثه¹⁵⁷ به عنوان مدل فرماندهی، نظارت و هماهنگی منابع و نیروی انسانی در موارد اضطراری بوده است.

سامانه فرماندهی حادثه (ICS) در حال حاضر رایج ترین نظام اعمال مدیریت سوانح و حوادث در جهان به شمار می آید که مقبولیت آن باتوجه به نتایج حاصل از بکارگیری آن رو به افزایش است و ICS در ابتدا توسط گروهی مرکب از 7 نهاد آتش نشان و پس از واقعه بحرانی سال 1970 در آتش سوزی وسیع در کالیفرنیا تشکیل شد. این ائتلاف نام فایر اسکوپ¹⁵⁸ را به خود اختصاص داد که مخفف "منابع آتش نشانی کالیفرنیا ی جنوبی سازماندهی شده برای حوادث بالقوه" است.

در حال حاضر در حیطه درون سازمانی، فعالیتهای روزانه مدیریت بحران (CDF) هیچگونه شکی از موثر بودن و قابلیت انطباق ICS در مدیریت شرایط اضطراری وجود ندارد. اکثریت کارکنان CDF سیستم دیگری را برای مدیریت اورژانس نمی شناسند و اگرچه ICS در ابتدا در حوادث بزرگ و عمده کاربرد داشت، اما ثابت شده که این شیوه به حدی قابلیت انطباق دارد که مبانی آن در بسیاری از فعالیتهای روزانه مدیریت بحران جایگزین شده است. ICS همچنین به طور گسترده ای به عنوان سیستم مدیریت برای حوادث غیراضطراری و برنامه ریزی

شده، نظیر مانورهای آموزشی و کنفرانسهای بزرگ و هماهنگ نمودن پروژه های توسعه بلندمدت کاربرد داشته است. سامانه فرماندهی حادثه براساس اصول پایه ای بنا نهاده شده است که ازطرفی موجب اطمینان یافتن از بکارگیری موثر منابع و از سویی دیگر باعث کاستن از اختلالات در سیاستگذاری ها و عملیات سازمانهای پاسخگو می گردد. این اصول بایستی برای هر نوع بحران و در هر سطحی بکار گرفته شود.

اصول سامانه فرماندهی

اصول سامانه فرماندهی حادثه عبارتند از:

زبان مشترک، که موجب می شود تمام سازمانهای پاسخگو از اصطلاحات ثابت و استاندارد استفاده کنند. ساختار مشترک و یکسان، که ساختاری استاندارد به تمام سازمانهای مسئول مقابله با بحران ارائه می کند و ارتباطات بین سازمانی را نیز تسهیل می نماید.

سازماندهی با الگوی مشخص، که اجازه می دهد ساختار سامانه فرماندهی حادثه در موارد نیاز، قابلیت توسعه با یک الگوی مشخص را داشته باشد. سیستم ارتباطی منسجم، که طرح ارتباطی مشترک، عملیات استاندارد، متون ارتباطی منظم، فرکانس های مشترک و زبان مشترک را ایجاد می نماید. طرحهای عملیاتی حادثه به شکل متمرکز، که اهداف مقابله، ایده آلهای عملیاتی و فعالیتهای پشتیبانی را توصیف می کند. حوزه مدیریتی قابل کنترل، که تعداد حوزه های تحت نظارت یک مدیر را به 3 تا

7 حوزه (در شرایط ایده آل، 5 حوزه) محدود می کند. اماکن و پایگاههای مشخص، که شامل مکان فرماندهی حادثه و در مواقع لزوم استقرار پایگاهها در محل حادثه می شود. مدیریت جامع منابع، که موجب بکارگیری صحیح منابع، ایجاد نظارت متمرکز بر منابع، کاهش بار ارتباطی افراد، افزایش اعتماد به سیستم و ایمنی افراد و کاستن از کارهای بی هدف و تک محورانه می شود. سیستم فرماندهی واحد، که هر فرد در سازمان یا مجموعه سازمانی را موظف می کند فقط به یک نفر گزارش دهد.

بحران و ریسک های مدیریتی

امروزه دلیل پیچیده تر شدن تکنولوژیهای سازمانی و نیز پیچیدگی های محیطی، روابط علت و معلولی گسترده شده و در نتیجه به سادگی نمی توان دسته بندی خاصی را از آنها ارائه کرد چرا که کارها به مرور تخصصی تر می شوند. ارتباط میان پیچیدگی تکنولوژیها و فرایندهای تولید ایجاب می کند تا با تمامی فرایندهای سازمانی و تولیدی با دقت بیشتر برخورد شود زیرا اگر آنها ساده پنداشته شوند تاثیرات منفی عمیقی بر سازمان و فرایندهای تولید خواهند گذاشت و احتمال بروز حوادث افزایش می یابد. این می تواند آغاز حرکت یک بحران برای سازمانهای تولیدی باشد.

عناصر تاثیرگذار بر تصمیم گیری مدیران ریسک برای مقابله با بحران

ها- این عناصر می توانند به ترتیب زیر باشند: اهداف سازمانی، این اهداف رسمی

نیستند و به صورت نهفته می باشند. به بیان کلی تر می توان گفت اصولاً سازمانها هدف مشخص و شفافی را دنبال نمی کنند زیرا سازمانها از مجموعه افرادی تشکیل شده اند که هر یک اهدافی را دنبال می کنند و چون افراد در سازمانها به صورت ائتلافی به تشکیل گروه مبادرت می ورزند پس هر گروه به طور مجزا در پی اهداف خود است و به همین جهت است که مدیریت ریسک تاثیرگذاری بر رفتارهای گروهی را در اولویت قرار می دهد. بنابراین گروهی که دارای قدرت بیشتری است، هدف اصلی سازمان را مشخص می سازد. درنهایت می توان نتیجه گرفت که مدیریت ریسک برای کاهش ریسک ها و حل بحران ها به تنهایی اهداف خاصی را دنبال نمی کند بلکه اهداف متنوع و مختلفی را مدنظر قرار می دهد. فرایندی را که مدیریت ریسک پی می گیرد، درجهت کاهش هزینه های ریسک، به حداقل رساندن تمامی هزینه های قابل انتظار، حداکثرسازی بازده ها و رسیدن به رشد و توسعه درارایه خدمات امداد رسانی است. ازسوی دیگر سعی بر این دارد تا ریسک ها را کنترل نماید و پاسخگوی مسئولیتهای اجتماعی خود باشد. بنابراین مدیریت ریسک با کنترل هزینه های خسارتی به بقا و ثبات سازمانهای امدادی در منطقه بحرانی یاری می رساند. اگر اقدامات درون سازمانی را بخواهیم به طور عام عنوان کنیم شامل موارد زیر می شود:

1 - شناخت دقیق فرایند کار از آغاز تا پایان ابتکار با روش MAPPING
WORK PROCESSES به راحتی انجام می شود.

- 2 - شناخت نقاط بحران زا یا مقاطعی که احتیاج به بازرسی و کنترل دارد.
- 3 - توسعه و تکمیل راهکارهای اجرایی تدوین شده برای مدیریت و کنترل بحران
- 4 - ارائه راهکارها به مجریان، مسئولین و کلیه کسانی که با فرایند منشاء بحران آشنایی دارند.
- 5 - مانور یا تمرین عملی چگونگی مدیریت بحران
- 6 - استفاده از قوه تصور و تخیل افراد برای تکمیل هرچه بیشتر برنامه (فیلم هایی چون زلزله در نیویورک، آتش سوزی های بزرگ، آتشفشان، سیل و غیره که با هزینه های هنگفت در سطح جهان ساخته شده است می تواند برای جرعه های ذهنی تدوین برنامه مدیریت بحران مفید باشد).
- 7 - تهیه و نگهداری نسخه های کپی از اسناد و مدارک مهم در خارج از محیط
- 8 - برقراری ارتباط درست و لازم با خارج از محیط به وسیله اخبار صحیح و متناسب.

مدیریت بحران و بخش اورژانس

بیمارستان

آماده سازی و هماهنگی خدمات اورژانس در زمان بحران

همواره یک موضوع مدیریتی سنگین است. سابقاً برنامه های بیمارستانی

در زمان بحران شامل آمادگی بیرونی و درونی بود و این نقش غالباً به فردی در بخش اورژانس سپرده می‌شد که مهارت برجسته‌ای در این زمینه داشت آمادگی درونی تأکید بر وسایل مورد لزوم آب، برق، و... (داشت و آمادگی بیرونی بر وسایل حمل و نقل و انتقال مصدومین در زمان بحران تأکید می‌شود)

فرآیند مدیریت بحران شامل 4 مرحله می‌باشد 1- بررسی خطر (Risk Assessment) 2- تشخیص و آرام سازی (mitigation) 3- عکس العمل (Response) 4- بازگشت (Recovery) در مرحله بررسی خطر بایستی مشخص نمود که وسایل و تجهیزاتی که در اختیار داریم چگونه است و چگونه باید باشد. در این مرحله پرستار بایستی به سئوالاتی از این قبیل پاسخ دهد: احتمال وقوع چه بلایا و حوادثی در منطقه شما وجود دارد؟ آیا سیستم back up communication دارید؟ در صورت غیر قابل استفاده شدن بیمارستان محلی جهت جایگزین کردن آن دارند؟ آیا در صورت تخریب بخشهای تحقیقاتی که می‌تواند برای انسانها مضر باشد (میکروبه‌ها، داروهای تحقیقاتی و یا مواد شیمیایی) برنامه‌ای جهت مقابله در نظر گرفته‌اید؟ و ... در مرحله دوم بر اساس بررسی اولیه شما باید مشکلات منطقه خود را تشخیص داده و مواردی را که نیاز به توجه، بهبود و تصحیح دارد اعلام نماید در این مرحله شما نیاز به حمایت مدیریت از لحاظ بودجه و قدرت تصمیم‌گیری دارید. برقراری ارتباط حساس‌ترین

قسمت در فرآیند برنامه‌ریزی و عکس‌العمل می‌باشد. راه‌های مختلف ارتباطی از قبیل تلفن، رادیو و پیجر را در نظر بگیرید. از قبل مشخص نمایید که چه کسی چه وظیفه‌ای را به عهده دارد البته بهتر است فرد تعیین نشود بلکه وظایف یک نقش یا رل را مشخص نمایید. در مرحله عکس‌العمل برنامه آماده اجرا می‌باشد هر چه برنامه ساده‌تر و به واقعیت نزدیک‌تر باشد موفقیت آن بیشتر است. تهیه موارد زیر به موفقیت برنامه کمک می‌نماید (Role Cards) خلاصه وظایفی که یک رل بایستی انجام دهد این کارت دست هر فردی که باشد نحوه اجرای وظیفه را دقیقاً متوجه می‌شود (Check lists) ابزارهایی که نحوه انجام یک عکس‌العمل خاص را آموزش می‌دهد بطور مثال در مواجهه با مواد خطرناک مشخص می‌نماید که گام به گام بایستی چه اقداماتی انجام شود (Tracking sheets) فرم‌های مخصوص که اطلاعات لازم مربوط به هر بخش را مشخص می‌نماید.

نقش مدیریت بیمارستان در رویارویی با حوادث غیر

مترقبه

یافته‌های بررسی‌ها نشان می‌دهد که حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی در هر زمانی و مکانی انتقال افتاده است. این بلایا علاوه بر خسارتهای مالی و جانی باعث اپیدمی بیماریهای واگیر شده است. بیمارستانها در مقابل حوادث غیر مترقبه نقش بسیار با اهمیتی داشته‌اند.

زیرا این شرایط تقاضا برای ارائه مراقبتهای بهداشتی درمانی ناگهان افزایش می‌یابد. در این قبیل موارد، بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی باید پاسخگوی این افزایش تقاضا باشند.

برای مقابله موثر بر شرایط بحرانی ناشی از بلایای طبیعی بیمارستانها باید یک برنامه عملیاتی از قبل تدوین شده در دست داشته باشند. این برنامه عملیاتی شامل برنامه ریزی فعالیتهای قبل از بلایای غیر مترقبه و فعالیتهای زمان وقوع حادثه می‌باشد. نتیجه‌گیری می‌شود مدیریت بیمارستان با توجه به منابع در دسترس و برنامه ریزی عملیاتی باید آمادگی خویش را برای مقابله با شرایط بحرانی در صورت وقوع بلایا حفظ نماید بیمارستان باید همیشه وضعیت بحرانی را تحت نظر داشته باشد و آنچه را که ممکن است اتفاق بیفتد از قبل برنامه‌ریزی نموده و برای مقابله با آن آماده باشد.

بررسی جدول سازمانی و شرح وظایف هر یک از مدیران و مسئولان

در سیستم فرماندهی حوادث غیر مترقبه بیمارستانی (HEICS)

وجود ویژگیهای مهم و کار آمد در سیستم فرماندهی حوادث غیر

مترقبه بیمارستانی (Hospital Emergency Incident Command

Systemy) و بویژه در ویرایش سوم این سیستم آنرا به یکی از شایعترین و

فراگیرترین سیستم‌های مدیریت بحران بیمارستانی تبدیل کرده است که با توجه

به شرایط خاص کشور ما ایران، آشنایی با این سیستم و بکارگیری آن (حتی به شکل‌گرفته برداری) ضروری به نظر می‌رسد.

چارت سازمانی (Organisational Chart) و فرمهای شرح وظایف (Job Action Sheet) 2 مؤلفه اصلی HEICS به شمار می‌روند بطوریکه بدون فهم صحیح این 2 مؤلفه امکان درک کامل HEICS نیز وجود نخواهد داشت. به همین منظور به اجمال به شرح این دو خواهیم پرداخت: جدول سازمانی HEICS شامل 49 موقعیت است که هر یک توسط یک نفر پر می‌شود. روال کلی ترتیب سمت‌ها در این جدول بر اساس جدول زیر است: (1) فرمانده کل بحران (Incident Emergency Commander) رئیس قسمت (Section Chief) سرپرست (Director) ، ناظر (Supervisor) مسئول واحد (Unit Leader) ارشد (Officer) در رأس چارت سازمانی فرمانده اورژانس بحران (Emergency Incident Commander) (EIC) وجود با انتخاب مستقیم رئیس (لجستیک، عملیاتی، برنامه‌ریزی و مالی) مراکز فعالیت فعالیت را اعلام می‌کند 3 مسئول بطور مستقیم زیر نظر فرمانده بحران انتخاب شده و بدون ارتباط با سایر قسمت‌های جدول سازمانی فعالیت می‌کنند این عبارتند از: مسئول هماهنگی، مسئول روابط عمومی و مسئول امنیت و انتظامات 4- رئیس ریز مجموعه مدیریت بحران شامل: 1- رئیس لجستیک 2- رئیس برنامه‌ریزی 3- رئیس قسمت مالی 4- رئیس قسمت عملیاتی در این چارت سازمانی هر یک از 49 نفر موجود، شرح وظیفه مشخص دارند که در برگه‌ای که در آغاز قبول مسئولیت

در اختیار آنها قرار می‌گیرد بطور دقیق و جزء به جزء ثبت شده است و از ویژگیهای مهم آن اولویت بندی شرح وظایف به 2 دسته (Extended , Intermediate , Immediate) و بر اساس زمان انجام آن باشد.

از مزایای مهم این جدول سازمانی آنست که در هر بحران، بنا به نیاز، قسمت‌های خاص از این جدول فعال شده و لازم نیست که کل سازمان در هر بحران راه اندازی شود. همچنین در نظر گرفتن چنین سازمانی در کلیه بیمارستانها و مراکز ارائه مقدمات پزشکی، موجب میشود تا ارتباط بینابین سازمانهای مختلف پزشکی و حتی غیر پزشکی تسهیل شود که خود از ضروریات غیر قابل انکار مدیریت بحران است.

آشنایی با ماهیت سیستم فرماندهی حوادث غیر مترقبه بیمارستانی

ضرورت توجه به بحث مدیریت بحران حوادث طبیعی در کشور ما (ایران) بر کسی سرپوشیده نیست مسلماً در میان مولفه‌های متعدد مدیریت بحران و امداد و نجات در حوادث غیر مترقبه، بیشترین و مهمترین نقش را سیستم‌های بهداشتی درمانی (بویژه بیمارستان بعنوان واحد اصلی ارائه خدمات) ایفا می‌کنند که نیازمند داشتن پروتکل فرماندهی از پیش تعیین شده برای تسریع در عملکرد سازمانی می‌باشند.

یکی از سیستم‌های مشهور و کار آمد در میان سیستم‌های مدیریت اورژانس بیمارستانی در جهان، HEICS و (Hospital Emergency Incident Command System) می‌باشد که با هدف تسهیل در عملکرد

سیستم درمانی در شرایط بحران طراحی و تدوین شده است. در حال حاضر ویرایش سوم این سیستم که حاوی جداول سازمانی کامل تر و برگه‌های شرح وظایف روز آمدتر و نیز دستورالعمل‌های لازم برای آموزش پرسنل بیمارستانی و سایر کارکنان امداد رسان می‌باشد مورد استفاده قرار گیرد.

ویژگیهای خاص در این ویرایش از HEICS نهفته شده است که برخی از آنها عبارتند از: 1) زنجیره فرماندهی بر مسئولیتهای مشخص (2) پذیرش و مقبولیت گسترده بعلت استفاده از بیان ساده و شرح وظایف رایج و قابل درک (2) اولویت بندی وظایف با استفاده از برگه‌های شرح وظایف (bJo Action) (Sheets) قابلیت تطابق با انواع حوادث و بحران‌ها در هر مقیاسی (5) انعطاف پذیری در بکارگیری قسمت‌های مختلف موجود در بیمارستان جدول سازمانی HELCS شامل یک زنجیره فرماندهی دقیق است که در آن 4 قسمت اصلی تحت فرماندهی مستقیم فرمانده اورژانس بحران که (Emergency Incident Commander) EIC نام دارد قرار می‌گیرند: این 4 قسمت شامل: 1- رئیس لجستیک 2- رئیس برنامه ریزی 3- رئیس مالی 4- رئیس عملیاتی می‌باشند و رئیس هر قسمت نیز با انتخاب سرپرست (Director) ، ناظر (Supervisor) و مسئول واحد (Leader Unit) و ارشدهای (Officer) متعدد، وظایف محوله خود را انجام می‌دهند.

با توجه به ویژگیهای خاص HEICS و بویژه انعطاف پذیری و ساختار مدیریتی خاص آن که محدوده وظایف و نظارت هر مدیر را محدود

می‌سازد و ثبت فعالیت‌های انجام شده و قصورهای احتمالی، به نظر می‌رسد جایگزین مناسبی برای سیستم فرماندهی بحران در بخش بهداشتی درمان موجود می‌باشد. همچنین توانایی خاص این سیستم در مکان برقراری ارتباط آسان و سریع با سایر سیستم‌های مدیریت بحران در سایر بخش‌های امداد رسانی و نجات نکته‌ای بسیار حائز اهمیت به نظر می‌رسد.

تقسیم‌بندی عملکردی تیم‌های واکنش سریع (T.A.M.D) در

حوادث غیر مترقبه

بطور کلی یک حادثه می‌تواند جغرافیایی و یا تکنولوژی باشد و هر کدام از این حوادث بر اساس میزان تخریب بر سازمان‌های دولتی و مراکز درمانی به 3 دسته ساده (Simple) و وسیع (Extended) و پیچیده (Complex) تقسیم می‌شوند تیم‌های واکنش سریع، تیم‌های آموزش دیده، مخصوصاً برای حوادث پیچیده و وسیع هستند. در حوادث پیچیده هم ارگانهای دولتی و هم مراکز درمانی و اورژانسی تخریب شده و به معنای واقعی حادثه رخ داده است در حوادث وسیع کلیه مراکز درمانی و اورژانسی تخریب شده اما ساختار مراکز دولتی منطقه پا برجاست این حوادث از اولویت دوم جهت رسیدگی توسط تیم‌های واکنش سریع را برخوردار می‌باشند حوادث ساده عبارتست از حوادثی که ارگانهای دولتی و هم مراکز درمانی و اورژانسه‌های منطقه ناتوان از عملکرد خود نمی‌باشند مانند تصادف چندین دستگاه در یک بزرگراه که در این گونه موارد

نیازی به عملیات تیم‌های واکنش سریع نمی‌باشند بلایا بطور عموم از چرخه زمانی خاصی برخوردارند اگر چه استثناهایی در این زمینه مشاهده می‌شود

تیم‌های واکنش سریع از لحاظ عملکرد نیز به 3 سطح یا Level (مرتب‌ه) تقسیم می‌شوند.

تیم سطح اول: عبارتست از یک تیم کاملاً سازمان یافته و مجهز به خود که در کمتر از 8 ساعت وارد عمل شده و قادر به تریاژ 250 بیمار در روز می‌باشد

تیم سطح دوم: عبارتست از یک تیم واکنش سریع که قادر به تجهیز خود و رسیدن به محل حادثه در کمتر از 8 ساعت نباشد.

تیم سطح سوم: شامل تیم پرسنلی بدون تجهیزات می‌باشد. تیم سطح چهارم: شامل تیمی از متخصصین پزشکی که فقط قادر به اجرای یکسری از عملیات خاص باشند مثل تیم پزشکی قانونی آنچه مسلم است رسیدن به هر کدام از این سطح‌ها نیاز به برنامه‌ریزی در بودجه و هماهنگی ارگانهای مختلف بوده و بدون یک آموزش مدون و ممارست رسیدن به تیمی چون تیم سطح اول غیر ممکن خواهد بود

نقش تیم‌های اضطراری و نقاط قوت و ضعف آنها در حوادث غیر

مترقبه و ارایه پروتکل‌ها و تیم‌های اضطراری مورد نیاز

حضور داشتن تیم‌های مختلف اضطراری قوی در حوادث غیر

مترقبه بخصوص در ساعات اولیه می‌تواند از تلفات و صدمات حادثه دیدگان

بکاهد. وجود تیم‌های اضطراری امداد و نجات بهداشت، درمان حفاظت، امنیت، گروه پشتیبانی و اگر چه در حوادث غیر مترقبه اخیراً از جمله زلزله‌های رودبار و بم وجود داشته ولی بعلت نداشتن پروتکل مشخص برای تیم‌های اضطراری، عدم وجود برنامه‌ریزی از قبل طراحی شده برای نیروهای اعزامی، مشخص نبودن محل دقیق انجام ماموریت در منطقه، انتقال نامناسب درمانگران و نیروهای گروه امداد و نجات و ... به منطقه ناهمگونی تخصص‌های اعزامی با نیازهای منطقه و ... نشان داده هیچ گروه یا سازمانی آمادگی درست و همه جانبه‌ای را در برخورد با بحران‌های اخیر نداشته است هر چند نقاط قوت عوامل دخیل در حوادث اخیر باعث شد نیروهای علاقمند جهت حوادث آینده شناسایی و قابلیت‌ها و توانایی نیروها از جمله نیروهای مسلح در بحران مشخص و سیستم اطلاع رسانی موقعیت‌های مجروحین راه‌انداز گردد. ولی نیاز است برای برخورد اصولی با بحران تیم‌های اضطراری دیگری در این حوادث سازمان دهی گردد از جمله تیم‌های کنترل بازرسی و ارزشیابی تیم‌های بر آورد خسارات، تیم‌های مدیریت و هماهنگی، تیم‌های کاهش مسائل روانی و به منظور دستیابی جهت رسیدن به این تیم‌ها و ارائه خدمات مختلف درمانی، بهداشتی، امدادی و نجات و ... مطابق با آخرین اصول و ضوابط مدیریت بحران نیاز است استانداردی داشته باشیم

همسوسازی نیروی انسانی موازی با کارکنان بهداشت و

درمان در حوادث

از جمله سازمانهایی که در سوانح می‌توانند همراه تیم بهداشت و درمان خدمات رسانی نمایند می‌توان به جمعیت هلال احمر، بسیج نیروهای انتظامی و نظامی، شهرداری اشاره نمود. سازمان دهی این نیروها به شهر مطلوب می‌تواند سبب تامین امنیت، سرعت عمل مناسب در انتقال مجروحین اطلاع رسانی دقیق، دسترسی فوری به تجهیزات، تامین بهداشت همگانی مدیریت در عملیات اورژانسی موفق شود.

برنامه طراحی شده بیمارستانی در حوادث غیر مترقبه وسیع

بحرانهای ناشی از بلایای طبیعی آثار بسیاری بر جامعه خواهد داشت در این مواقع نقش مراکز بهداشت و درمانی بسیار حساس بوده و جایگاه مهمی در مدیریت بحران دارند سازماندهی و مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی به هنگام بروز حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. سهولت جامعیت، عملیاتی بودن، توجه به ساختار اصلی بیمارستان از نکات اولیه ضروری برای دستیابی به برنامه‌ای جامع برای بیمارستان‌ها در هنگام بروز حوادث بزرگ و وسیع است برنامه‌ریزی پذیرش اضطراری، طراحی سیستم ارتباطی بیمارستان بر اساس فن‌آوری اطلاعات، تعریف عملیاتی وظایف افراد در هر گروه، وجود برنامه‌های آموزشی مداوم و تمرین برنامه‌ها، طراحی طرح ترخیص سریع، وجود فضای مناسب فیزیکی جهت غربالگری و تریاژ، حفاظت از پرسنل و بیماران از اصول تهیه برنامه‌های بیمارستانی در برخورد با حوادث است.

اهمیت و کاربرد مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه در

بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی

بحرانهای ناشی از حوادث غیر مترقبه آثار قابل ملاحظه‌ای را بر پیکر جامعه وارد خواهند آورد در این مواقع نقش بیمارستانها و دیگر مراکز بهداشتی و درمانی بسیار حساس بوده و جایگاه بسیار مهمی را در مدیریت و کنترل اینگونه حوادث خواهند داشت باید توجه داشت که امروزه با پیشرفت سریع تکنولوژی بسیاری از حوادث غیر مترقبه طبیعی یا ساخته دست بشر (غیر طبیعی) قابل پیش‌بینی و حتی در بعضی موارد قابل پیشگیری است و حتی با آگاهی مقطعی یا احتمالی از زمان، مکان و زمینه‌های وقوع بحران و در نظر گرفتن تمهیدات مناسب نیروی انسانی، تجهیزات و کسب آمادگی کافی در این موارد می‌توان یا از وقوع این حوادث جلوگیری کرد یا اثرات مخرب آنها بر شالوده بهداشت، اقتصاد و امنیت ملی و ... را کاهش داد. لذا بمنظور کسب تجربیات لازم بایستی از یک طرف به مطالعات مرتبط و متمرکز بر خود حادثه و بررسی علل، زمینه‌ها و مرتالیتی و موربیدیتی حاصله از بحران توجه نموده و از تجربیات حاصل از حوادث گذشته بمنظور مدیریت حوادث مشابه استفاده نماییم و از طرف دیگر بمنظور کاهش اثرات مخرب بحران پس از وقوع آن از شیوه‌های مناسبی استفاده کنیم. در این میان آمادگی بخش بهداشت و درمان کشور، به عنوان نهاد ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در کاهش قابل توجه مرگ و میر و آسیب‌های جسمی از حوادث غیر مترقبه و بروز وضعیت‌های اضطراری یک امر حیاتی و ضروری است و

سازماندهی و اعمال مدیریت کار آمد بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی به هنگام بروز بحران در عملکرد مطلوب و بهینه این نهادها تاثیر بسزایی دارد به طول کلی بیمارستانها در زمان قبل از وقوع بحران بایستی دارای برنامه دقیق و زمان بندی شده‌ای جهت مقابله با شرایط غیر مترقبه و اضطراری باشند و آموزشهای کافی، به صورت نظری و عملی را در این خصوص در نظر گیرند چرا که وجود یک برنامه منظم و مدون در بیمارستان به هنگام رویارویی با بحران به گونه‌ای که وظایف و مسئولیت‌های افراد مختلف را به هنگام وقوع بحران در محیط پیرامون بیمارستان مشخص نماید، الزامی است در ضمن ایجاد یک کمیته بحران برای طراحی و تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های برنامه بلایا و حوادث و اعمال تغییر و اصلاحات در صورت نیاز تشکیل گردد در این کمیته روشهای مقابله با بحران، اعزام گروههای مراقبتی درمانی به محل حادثه برای انتقال سانحه دیدگان به بیمارستان، وظایف و مسئولیت‌های پرسنل بیمارستان و ... در آن به خوبی مشخص گردد در نظر گرفتن ایمنی قابل انعطاف و عملی در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی در زمان وقوع بحران نیز حائز اهمیت ویژه می‌باشد راهکارهای موجود در این زمینه به شرح ذیل دارد: 1- چگونه کسب آمادگی بیمارستان در رویارویی با بحران 2- اصول برنامه ریزی مدون بیمارستان در حوادث غیر مترقبه 3- نقش تیم‌های درمانی و احیاء در مراکز درمانی، بیمارستانی و پیش بیمارستانی در زمان وقوع بحران 4- تعیین ظرفیت واقعی بیمارستانها در حوادث غیر مترقبه 5- ساختار کمیته بحران و حوادث در بیمارستان 6- تدوین و اجرای برنامه‌های

آموزشی همگانی برای پرسنل بیمارستان 7- ضرورت تشکیل کمیته ایمنی در بیمارستان در حوادث غیر مترقبه 8- راهکارهای مناسب جهت ایفای نقش مدیریت بیمارستان در حوادث غیر مترقبه.

قابلیتها و کارآمدی پرستاران

برای برخورد با بحرانها و بلایای طبیعی و مصنوعی پرستاران در سطح جهان برای پاسخ گویی و مقابله با وقایع ناگوار پس از بحران باید دارای آمادگی های لازم باشند.

در هنگام وقوع بحران هر پرستار باید در موارد زیر دارای قابلیت های مناسب باشد.

1- آگاهی از گذر زمان وقوع بحران

2- آشنایی با صدمات و خسارات جانی و مالی پس از وقوع

بحران

3- حفاظت از خود در نواحی بحران زده

4- آگاهی از روش ارزیابی مراقبت های فوری و ویژه برای

مجروحین و مصدومین

5- اجرای عملیات تریاژ بر طبق زمانبندی و استانداردهای

تعیین شده و با توجه به تسهیلات و منابع مالی موجود در منطقه

6- آگاهی از نقش خود و آگاهی از محدودیتهای منطقه

7- آگاهی از روش کسب اطلاعات مناسب و درست و کنترل

روند اطلاع رسانی

8- توانایی ارائه کمک های اولیه روانپرستاری و شناسایی علایم

ها و روانی بیماران

مهم ترین وظیفه هر پرستار در صحنه نواحی بحران زده

حفاظت از سلامتی خود و دیگر همکاران است چرا که با آسیب رسیدن به هر

پرستار بخش زیادی از مصدومین و بیماران از دستیابی به مراقبتهای اولیه

محروم می مانند و اصولاً سیستم بهداشتی درمانی در مناطق بحران زده بدون

یاری پرستاران سالم و با تجربه قادر به ارائه خدمات خود نمی باشند.

نقش هر پرستار در ارائه وظایف خود ارتباط مستقیمی با میزان

دانش و تجارب حرفه ای او دارد. این نقش ها شامل موارد زیر می باشند.

1- شناسایی کامل مکان وقوع بحران

2- واکنش مناسب برای درخواست حضور در محل بحران

3- کار کردن در بیمارستانهای محلی و یا بخش های اورژانس

بیمارستانهای منطقه

قابلیتهای پرستاران و فعالیتهای امداد رسانی آنها در منطقه

بحران زده محدود به مکان خاصی نمی باشد و پرستاران را باید در محلهای

متفاوت اعم از بخش های اورژانس ، درمانگاه ها، مدارس، خانه ها و سایر اماکن

اجتماعی بر اساس نیازهای موجود فعالیت نمایند. به عبارت دیگر پرستاران در

این لحظات بحرانی باید خود را برای کار در هر محلی آماده نمایند منتهی این کار باید بر اساس اصول استاندارد و تحت نظارت یک سیستم فرماندهی هماهنگ باشد تا به بازدهی و فرآیند هماهنگی کل سیستم خدشه ای وارد ننمایند.

قابلیت های حرفه ای پرستاران در برخورد با بحرانها و

بلاایای گسترده

1- قدرت تفکر در لحظات بحرانی (Critical Thinking)

2- استفاده از یک چهارچوب اخلاقی و ملی و مبتنی بر آگاهی

و دانش حرفه ای برای تصمیم گیری به موقع و تشخیص اولویتها در شرایط بحرانی

3- استفاده از قدرت قضاوت بالینی (Clinical

Judgement) و مهارتهای تصمیم گیری برای ارزیابی مراقبتهای مناسب به موقع در شرایط بحرانی

4- قابلیت ارزیابی مراقبتهای مناسب برای افراد، خانواده ها،

گروههای خاص (کودکان، سالمندان، زنان باردار، کل جامعه

5- قابلیت استفاده از اصول تریاژ در شرایط بحرانی

قابلیت ارزیابی شرایط (Assessment)

الف - اصول کلی

- 1- ارزیابی مسایل و نکات ایمنی برای خود، تیم مراقبت بهداشتی و مجروحین و قربانین حادثه
- 2- تشخیص شاخص احتمالی امکان تکرار حوادث برای قربانیان و دسته بندی افراد بر اساس علائم مشابه
- 3- تشخیص علائم و نشانه های تماس با مواد شیمیایی بیولوژیکی، پرتوز هسته ای انفجاری

این مهارتها تحت عنوان (CBRNE) خلاصه می شوند.

C= chemical

B= Biological

R= Radiological

E= explosive

- 4- شناسایی عوامل ضروری در ارزیابی بحرانهای گسترده
- 5- شناسایی گروههای خاص (کودکان، سالمندان، افراد دارای نفس ایمنی)

ب- اصول تخصصی (این فعالیتها باید در زمان کوتاهی کمتر از 2 دقیقه اجرا شوند.

- 1- تهیه یک شرح حال تخصصی برای موارد (CBRNE)
- 2- انجام ارزیابی های لازم بر اساس سن و شرح حال بیماران

شامل

- ارزیابی مجاری هوایی و تنفسی

- ارزیابی وضعیت قلبی عروقی و نشانه های شوک
- ارزیابی از لحاظ وسعت زخم، سوختگی ها و وجود راش های

پوستی

- ارزیابی درد بیماران
- ارزیابی صدمات ظاهری از فرق سر تا نوک انگشتان
- ارزیابی وضعیت دستگاه گوارش
- ارزیابی وضعیت نرولوژیکی
- ارزیابی سیستم عضلانی اسکلتی
- ارزیابی وضعیت روحی - روانی و خلقی بیماران

نکته: کلیه موارد فوق توسط یک پرستار مجرب و دارای

اطلاعات ویژه بالینی ظرف مدت کوتاهی قابل اجرا می باشند.

3- ارزیابی واکنشهای فوری روانشناختی افراد، خانواده ها و کل

جامعه پس از وقوع بحران و...

4- ارزیابی واکنشهای روانشناختی دیر رس در افراد، خانواده ها

و کل جامعه

5- شناسایی منابع و افراد تیم همکاری شامل مشاهدات،

روانپزشکان

6- شناسایی تاثیرات روانشناختی و آسیبهای احتمالی روحی -

روانی بر روی پرسنل تیم مراقبت بهداشتی

مهارت‌های فنی پرستاران در دوره های پس از وقوع بحران

پرستارانی که در محل حادثه حاضر می شوند باید از لحاظ مهارت‌های زیر کار آمد باشند چون در این لحظات دسترسی به پزشکان بسیار مشکل است.

1- تجویز دقیق و عاری از خطای داروهای و از واکتیو و مسکنها از طریق خوراکی ، زیر جلدی (SQ) داخلی عضلانی (IM)، داخل وریدی (IV)

2- تجویز و تزریق دقیق و عاری از خطای واکسنها و سرم های ایمنی زا

3- آگاهی از عوارض دارویی و تجویز آنتی توکسین ها در موارد لزوم

4- آگاهی کامل از مداخلات درمانی شامل

- مهارت‌های کمک های اولیه
- تجویز اکسیژن و تهویه تنفس مناسب
- کارگزاری سوند ادراری برای مواقع حیاتی
- کارگزاری لوله ناز و گاستر یک
- روش های شستشوی زخم، چشم و ...
- مراقبت‌های اولیه زخم ها

5- آگاهی از اصول جداسازی مصدومین و بیماران بر اساس

موارد (CBRNE)

6- آگاهی از روش حفاظت از خود (سیستم تنفسی - پوستی)

7- آگاهی از روش های علمی درمانی، ارزیابی میزان

هیدراسیون آگاهی از احتمال مسمومیت به الکترولیتها و تجویز آنتی توکسین

در صورت لزوم

8- آگاهی از روش های صحیح نقل و انتقال و در صورت لزوم

اجرای عملیات رلفیت ویژه در حین انتقال

9- آگاهی از موارد ایمنی در حین انتقال بیماران با استفاده از

روش بی حرکت نگه داشتن کلی (immobilization) ، و بی حرکت کردن

اندام ها با وسایل مختلف

برقراری ارتباطات

پرستاران باید از اصول صحیح برقراری ارتباطات و مدیریت

اطلاعات آگاهی کامل داشته باشند. برقراری ارتباطات مناسب و نشر اطلاعات

در سطح جامعه از حساسیت خاصی برخوردار است. این را کاذب و شایعات

سبب حساسیت و اضطراب شدید بیماران خانواده و حتی همکاران خواهد شد.

1- آگاهی از سیستم محلی زنجیره فرماندهی (Command)

و مدیریتی در شرایط بحرانی

2- ثبت کافی، عملیات و مداخلات در محل حادثه برای بررسی

های آینده

3- اعلام نمودن منابع آگاه موثق برای پاسخ گویی به سوالات

مردم

4- توضیح دادن درباره روش مقابله با ترس و تنش و اضطراب

برای بیماران، خانواده ها و سایر فعالیت درمانی در منطقه

5- حفظ اسرار بیماران در برابر مداخلات و دست اندازی های

افراد و سازمانهای متفرقه .

فصل چهارم

ارتباطات و

اطلاع رسانی در بحرانها

بحران اطلاع رسانی

در زمینه اطلاع رسانی، همواره دو گروه مطرح هستند: آنانی که

کار جمع آوری اطلاعات و پردازش و اعلام آن را بر عهده دارند و آنانی که

اطلاعات برای آگاهی آنها جمع آوری میگردد. در حقیقت آنانکه مسئولیت

بخش اطلاع رسانی را بر عهده دارند، بر اساس نیاز و سفارش مخاطب خود اقدام به جمع آوری داده ها نموده و به صورتی که بهتر برای شنونده خود قابل تحلیل باشد به ارائه آن می پردازند. این امر در زلزله با توجه با گستردگی و نیز خاص بودن مخاطبان آن بسیار سنگین و در ضمن بسیار ظریف است. شما با گروه آسیب دیدگان، امداد گران، مردم دیگر نقاط کشور، مدیران اجرایی و حتی رانندگان حمل کننده بارهای هدایای مردمی که برای شهر آسیب دیده در حال فعالیت هستند روبرو هستید که هر کدام به فراخور مسئولیت و نحوه عملکردشان می بایست در جریان اطلاعات مربوط به خود باشند.

بحث بحران اطلاع رسانی پس از زلزله شامل موارد زیر می باشد :

1- اطلاع رسانی به مدیران بحران

1-1 مدیران مستقر در شهر آسیب دیده

2-1 مدیران هماهنگ کننده مدیران اجرایی در منطقه

3-1 مدیران بحران ارشد (سیاست گذاران سیستم)

2- اطلاع رسانی به نیروهای عمل کننده در منطقه حادثه دیده

1-2- نیروهای امدادگر مردمی

2-2- نیروهای امدادگر دولتی

2-3- نیروهای امدادگر خارجی

2-4- نیروهای امدادگر بومی

3- اطلاع رسانی به عموم مردم شهر حادثه دیده

3-1- بازماندگان در شهر آسیب دیده

3-2- مجروحان اعزام شده

3-3- بازماندگان مهجر به شهر های معین

4- اطلاع رسانی به عموم مردم ایران (رسانه ها)

جمع آوری اطلاعات:

تحقیقات زیادی در جهت بهینه نمودن نحوه جمع آوری اطلاعات در زمان بحران انجام شده است. یکی از این چالش‌ها، اختلاف داده‌ها در پایگاه داده‌های مراکز سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی با داده‌ای واقعی در محل حادثه می باشد. به عنوان مثال ممکن است مسئولان بحران به داده های ناقص و منسوخ درباره مصالح خطرناک دسترسی داشته اما فاقد اطلاعات کامل و جزئیات مربوط به مصالح استفاده شده در یک ساختمان به خصوص باشند، هرچند این داده ها در مراکز صنعتی مربوط موجود باشند. بنابراین مدیریتی جدید برای داده ها لازم است تا داده های جغرافیایی بسیار شفاف و کاملی در اختیار باشد .

به وضوح پیشرفت در جهت پیاده سازی سیستمی برای مدیریت جمع آوری داده های ورودی و پاسخ‌ها در زمان بحران(و نه تنها بعد از آن) برای مطلع

ساختن مسولان بحران در زمان بحران امری بسیار لازم است. نکته مهم اینکه تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از بحران می‌تواند کار فرموله کردن پاسخگویی‌های مناسب در بحرانهای بعدی را تسهیل نماید. این کار بوسیله تشخیص نحوه پاسخگویی و مدیریت فعالیتها برای بهینه نمودن آنها صورت می‌گیرد. این مجموعه داده می‌تواند عنصر بسیار گرانبهائی در معتبر ساختن و پیشرفت مدل مدیریت بحران باشد.

یکسان سازی داده ها و همکاری مؤلفه ها :

یکسان نمودن داده هایی که از منابع و سازمانهای مختلف وارد می شوند یکی از چالشهای مسولان بحران می باشد. نیازهای مربوط به جامعیت داده ها یکسان نمی باشند. نیازهای مربوط به سرعت، کامل بودن و کیفیت داده ها بین سازمانها همگی بر اساس نوع و محل بحران تغییر می کنند. در نخستین قدم برای پاسخگویی به بحران، یکسان سازی باید بسرعت اعمال شود. برخی موانع غیر فنی، از پیاده سازی راه حلها جلوگیری می کنند. مانند مقاومت سازمانها در مقابل به اشتراک گذاری اطلاعات و همکاری، عدم وجود معماری کلی برای سیستم، قیود امنیتی که اشتراک داده ها را مشکل می نمایند .

مدل سازی و شبیه سازی:

مدل ها، نمایش فیزیکی و یا ریاضی یک سیستم، رویداد و یا پروسه هستند. شبیه سازی عبارت است از پیاده سازی یک مدل در طول زمان. مدل سازی و شبیه سازی می‌توانند در مورد بسیاری پدیده ها مانند زمینلرزه، آتش فشان و

غیره استفاده شوند و نقش بسیار مهمی در فعالیتهای مدیریت بحران ایفا می کنند. نمونه ای از این نقشها به شرح زیر هستند:

1) برنامه ریزی:

مدلها قبل از حادثه برای برنامه ریزی استفاده می شوند. به عنوان مثال ترافیک شهر تهران پس از یک زلزله می تواند مشکل بسیار بزرگی باشد. با استفاده از مدلها و شبیه سازی می توان مسیر یابی بهینه احتمالی در شهر را برای چنین حادثه ای از قبل پیش بینی نمود.

2) سهولت انجام کار:

مدلی که مثلا در مورد خطر سیل استفاده می شود به ساده تر شدن تلاشها برای معرفی و شناساندن انگیزه های اقتصادی برای پیاده سازی تغییرات و نیز با عمل به صورت ابزاری برای آموزش گروهها در مقابل خطراتی که احتمال دارد برای آنها پیش آید، کمک می کند.

3) پیشگویی خرابیها پیش از رخداد حادثه:

به عنوان مثال، می توان زلزله ای را شبیه سازی نمود که بخشهایی از شهر را ویران کند. با توجه به اطلاعات موجود قبلی، مانند تعداد افراد ساکن در آن مناطق یا تعداد بیمارستانهای موجود، می توان به راحتی نیازهایی را که در زمان حادثه واقعی وجود دارند، تخمین زد.

4) برآورد خرابیهای نخستین:

بعد از یک زمینلرزه، تشخیص سریع و صحیح وسعت خرابیها بسیار مشکل

است. زیرا جمع آوری و هماهنگ کردن اطلاعات خرابیها زمان قابل توجهی را به خود اختصاص می دهد. برآورد خرابیهای نخستین برای هدایت گروههای امداد بسیار لازم هستند. به عنوان مثال می توان از زلزله ای که در Northridge در امریکا بوقوع پیوست نام برد. پس از این زلزله، حدود 3 میلیون ساختمان در معرض خرابی بودند. با وجود خطری اینچنین بزرگ، یافتن مقدار دقیق وسعت خرابی ها زمانبر می باشد. نوعی ابزار تشخیص سریع لرزه وجود دارد که مدلی است برای بیان اینکه چه نوع خاصی از لرزه می تواند باعث خرابی شود. این مدل که شامل اطلاعات مربوط به ساختمان ها(مانند نوع و سن سازه)، امکانات امدادی و موقعیتهای جغرافیایی است، تعداد تلفات و نیز تعداد سرپناه ها و بیمارستانها لازم در هر ناحیه را تخمین می زند.

چالش های مدیریتی استفاده از IT در مدیریت بحران:

- 1) مقاومت در مقابل تغییر:
تحقیقات نشان می دهد که مردم معمولا در مقابل تغییرات مقاومت می کنند و همیشه از تلاشهای صورت گرفته برای ایجاد تکنولوژی های جدید، استقبال نمی کنند. معمولا به عنوان تحمیلی بر سیستمهای مدیریت بحران تلقی می شود و نه ابزاری مفید جهت امور افراد.
- 2) عدم توجه کافی به آموزش:
افراد
- 3) عدم آگاهی:
اگرچه مدیران بحران از امکانات IT در جهت کمک به پیشرفت کارهای

تخصصی شان استقبال می کنند، اما ابزارهای جدید باید ثابت کنند که مؤثرتر هستند و نیز باید امتحان شوند تا مورد پذیرش قرار گیرند.

4) محدودیت منابع:

محدودیت منابع یک نکته اساسی به خصوص در سطح محلی می باشد. اگرچه قیمتها همواره کاهش می یابند، اما Laptopها، دستگاههای سنجش موقعیت جغرافیایی و موارد مشابه، معمولاً مقرون به صرفه نیستند. هزینه ها فقط شامل خرید تجهیزات نمی باشند بلکه هزینه های لازم جهت نگهداری و آموزش نیز وجود دارند. منابع موجود برای مدیریت بحرانها در حال حاضر تنها موارد ضروری عملیاتها مانند حقوق، ابزار و بیمه را شامل می شوند. در مورد تکنولوژیهای جدید، با وجود سرمایه مشخص، ارگانها معمولاً پس از سبک سنگین کردن آنها هم با عناصر دیگر عملیات ضروری و هم با عملیات روزانه، اقدام به سرمایه گذاری می کنند. پیش از آنکه آنها بخواهند بر روی تکنولوژیهای جدید IT سرمایه گذاری کنند، باید از فواید آن مطمئن شوند.

5) سیستمهای برپایه تکنولوژیهای منسوخ:

بسیاری از سازمانها، از IT بسیار کم استفاده می کنند. ادارات ممکن است مجهز به کامپیوتر و یا ابزارهایی نظیر Email نباشند. اگر سازمانی در جهت IT هزینه ای صرف کند، ممکن است قدیمی و منسوخ باشد.

6) هزینه های صرف شده در IT معمولاً برای کارهای معمولی

صرف می شوند و نه بحرانی:

سازمانها معمولا سرمایه IT خود را در جهت کارهای تراکنشی روزمره مانند سیستمهای حسابداری، انبارداری و ... صرف می کنند و هیچ هزینه ای صرف امور IT مربوط به مدیریت شرایط بحرانی نمی شود .

7) سازگاری با انواع مختلف استانداردها:

سیستمهای اطلاعاتی بر مبنای استانداردها هستند. تعداد زیادی استاندارد برای تشخیص مقدار خرابی ها پس از یک حادثه وجود دارد. برای یکسان سازی و مقایسه اطلاعات سازمانهای مختلف نیاز به تدوین یک استاندارد جامع احساس می شود که در تمام مراحل قابل استفاده باشد.

پیوست، نمونه ای از لایه های اطلاعاتی مورد نیاز در بانک اطلاعات

مدیریت بحران.

لایه های اطلاعاتی مورد نیاز:

برای شبیه سازی تمام اتفاقاتی که طی یک زلزله اتفاق می افتد، نیاز به لایه های اطلاعاتی زیادی است که با تکیه بر آن بتوان آسیبهای ناشی از زلزله را پیش بینی نمود. این لایه های اطلاعاتی شامل 11 لایه مختلف میباشد که عبارتند از:

1) اطلاعات انسانی.

2) اطلاعات زمین شناسی.

3) اطلاعات پراکندگی سازه ای.

4) اطلاعات پراکندگی کاربری ساختمانها.

5) اطلاعات بخش امداد رسانی (ساختمانهای حیاتی).

- 6) سازه های با پتانسیل آسیب رسانی بالا.
- 7) اطلاعات ساختمانهای آموزشی.
- 8) اطلاعات ساختمانهای اقتصادی.
- 9) اطلاعات ساختمانهای صنعتی.
- 10) اطلاعات اماکن مذهبی.
- 11) اطلاعات شریانهای حیاتی.

در زیر اطلاعات مورد نیاز به همراه جزئیات هر کدام از لایه های اطلاعاتی ارائه

می گردد

انسانی:

اطلاعات

- منبع اطلاعات: مرکز آمار ایران.
- 1-1- تراکم جمعیت.
- 1-2- پراکندگی جمعیت بر اساس سن.
- 1-2-1- سن.
- 1-2-2- جنس.
- 1-2-3- سطح فرهنگ عمومی و سواد.

فصل پنجم

واکنش‌های روانی جوامع

بحران زده نسبت به فاجعه

جمعیت ویژه در بحران

افراد بحران را از راه‌های منحصر به خودشان تجربه می

کنند .

آنچه که در طول آسیبها و پیامدهای بحران بر مردم وارد می

شود از فردی به فردی تغییر می کند و آنچه که آنها می بینند و می شنوند نیز

از شخصی به شخص دیگر متفاوت است . افراد تحت تاثیر دیده ها و شنیده ها

احساسات افکار و ترسهایشان در باره آنچه از دست داده اند (عزیزانشان ،

مالشان ، شغلشان ، سلامتشان و آنچه که محیط بعد از بحران از آنها طلب می

کند) قرار می گیرند . بعلاوه افراد هر جامعه بحران زده از الگوهای اعتقادی

منحصر به فرد شان در خصوص تجربه بحران برخوردارند . برای درک و ارزیابی

واکنش استرسی آنها به بحران باید تعدادی از موضوعات مهم و منحصر بفرد

را در هر بازمانده مورد توجه قرار داد . این موارد که در زیر خلاصه شده اند

تاثیر پذیری روانی گروه‌های سنی پس از وقوع بحران :

از دیدگاه محققان آسیب شناسی اجتماعی بحران بر هر گروه سنی تاثیر خاصی می گذارد که نسبت به گروه های سنی دیگر از شدت با لاتری برخوردار بوده و با مشکلات خاص آن گروه همراه است .

پرستاران و سایر افرادی که در مناطقی بحران زده به امر خطیر کمک رسانی مشغولند نباید به کل جامعه با یک دید بنگرند . آنها باید بدانند که گروه های سنی متفاوت ، در حین مشاهده بلا یا و فجایع بحرانی با واکنشهای مختلفی عمل مینمایند .شنا سایی این واکنشها و آشنا یی قبلی با آنها برای پرسنل امدادی و خصوصا پرستاران از اهمیت حیاتی برخوردار است .

به گفته یکی از دانشمندان "این ظلم است که با کودکان و نوجوانان در بحران همانند افراد بالغ و سالمند برخورد نموده و منابع امدادی یکسانی را در اختیار همه اقشار بحران زده قرار دهیم .بدون شنا سایی نیاز هر گروه سنی نه تنها موفق نخواهیم شد بلکه بسیاری از منابع مادی و معنوی خود را به علت استفاده نادرست برای موارد نامناسب از

¹⁵⁹ Young , Ford , Ruzek , Friedman , & Couzman 1998

دست خواهیم داد."

تاکنون به تاثیر فاز های مختلف بحران بر جامعه آسیب دیده و نقش عوامل درمانی و امدادی خصوصا پرستاران در این مراحل پرداخته ایم. در این بخش به تاثیر بحران و بلایای طبیعی و مصنوعی بر روی گروههای مختلف سنی در جامعه بحران زده خواهیم پرداخت .

در این بخش لازم است با دیدی اجمالی به نیازهای گروههای سنی مختلف در دوره های بحرانی پرداخته و راهکار های مناسب را در این رابطه مطرح نماییم .

مشکلات روانی کودکان و نو جوانان پس از برخورد با بحران

کودکان و نو جوانان بنا به دلایل متعدد برای مبتلا شدن به بیماریهای روانی ناشی از بحران مستعد هستند . دلیل این امر این می تواند باشد که مهارتهای شناختی آنها نسبت به بزرگسالان کمتر رشد کرده و ممکن است برای فهم و پردازش رویدادها محدودیتهایی داشته باشند . همچنین تجارب **کودکان و نو جوانان** برای مواجه شدن با مصیبتها ممکن است محدود باشد و آنها ممکن است از مهارتهای بزرگسالان و مکانیزم های دفاعی لازم برای مدیریت استرس برخوردار نباشند 0

تواناییهای زبانی محدود آنها نیز ممکن است پردازش رویدادها و بیان واکنشها را برایشان مشکل کند . آنها در توانایشان برای انجام عمل بطور مستقل دچار مشکل هستند و در زندگیشان برای استفاده از منابع مادی و حمایت

روانشناختی به بزرگسالان متکی میباشند . مهمتر از همه اینکه در دوران بحرانی روند رشد آنها در معرض خطر است . در صورتیکه آنها با آسیبهای بحران دست به گریبان باشند قادر نیستند که فعالیتهای طبیعی و مراحل رشد و نمو مربوط به دوران کودکی خود را طی نمایند .

نقش اختلاف سنی در درک بحران

نوریس و دیگران (2002) با 20 سال تحقیق روی اثر روانشناختی بحران متوجه شد که میزان ابتلا به ناتوانی های شدید در جوانان نسبت به بزرگسالان بیشتر است . در حین بحران تقریبا 52% از کودکان و نوجوانانی که در سن مدرسه بودند، اثرات شدید یا خیلی شدیدی را در مقایسه با 42% از گروههای بازمانده بزرگسال تجربه کردند

با این وجود این مطالعه تحقیقاتی نشان داد که بچه های پیش دبستانی ممکن است خیلی تحت تاثیر بحران قرار نگیرند . بررسی در خصوص 4 نمونه از بچه های پیش دبستانی نشان داد که آنها بجز ابتلا به اختلالات کوتاه مدت خیلی کمتر تحت تاثیر اختلالات جدی ناشی از مشاهده بحران قرار می گیرند (برومت و همکاران – 2000)

¹⁶⁰گرین و همکاران (Green et al 91) متوجه شدند که بچه های کوچکتر از 8 سال کمتر از بچه های 8 تا 15 سال تحت تاثیر بحران سد بوفالو

¹⁶⁰ (Bromet et al 2000-Cornely & bromet ,1987;Durkin,khan,Davidson,Zaman,& Stein,1993)

گریک¹⁶¹ قرار گرفتند. ولی برعکس در تحقیقات مربوط به توفان هاگو¹⁶² مشاهده مشاهده شد که این بحران طبیعی بیشتر بر روی نوجوانان سن 9 تا 12 سال گذاشته و اثر کمتری روی افراد 13 تا 16 ساله داشته است .

نقش والدین

¹⁶³مرورمطالب مربوط به بحران نشان می دهد که والدین دارای نفوذ بیشتری بر روی پاسخ روانشناسی فرزندان نشان هستند.(نوریس و همکاران - 2002)¹⁶⁴ بعد از ویرانی سد بوفالو گریک¹⁶⁵ آسیبهای روانی در والدین برای بچه ها نتیجه منفی به بار داشت و والدینی که کمتر آزرده شده بودند و بیشتر تحت حمایت بودند، بچه های سالمتری داشتند (گرین و همکاران -1981)¹⁶⁶ خلاصه ای از تحقیقات نشان داد که وجود تنش در والدین به عنوان یک شاخص پیش گویی کننده قوی و شاید قوی ترین شاخص پیش گویی کننده برای احتمال بروز تنش روانی در فرزندان نشان باشد (نوریس و همکاران -

167

پاسخهای عمومی کودکان و نوجوانان نسبت به بحران

همانگونه که گفته شد پرستاران و سایر پرسنل امدادی به

¹⁶¹ (Buffalo Greek Dam Disaster)

¹⁶² Hurricane Hago

¹⁶³ Lonigan Shannon Taylor Finch & Sallee 1994 Shannon Lonigan Finch & Taylor 1994

¹⁶⁴ (Norris et al 2002)

¹⁶⁵ Buffalo Greek

¹⁶⁶ Gleser Green & Winget 1981

¹⁶⁷ Norris et al 2002a

عنوان خط مقدم ارتش امداد رسانی باید از واکنشهای روانی هر گروه سنی در زمان مشاهده یک واقعه گسترده بحرانی اطلاع کافی داشته باشند تا بتوانند بهترین و مناسب ترین خدمات را برای آنها ارائه دهند.

پرستاران و پرسنل امدادی باید این موارد را با دقت در نظر داشته و در جلسات سرکشی به خانواده ها و باز ماندگان حوادث از این اطلاعات برای شنا سایی موارد غیر عادی استفاده نمایند. همچنین آنها باید در جلسات مناسب آموزشی این موارد را به والدین گوشزد نموده و به آنها بگویند که در صورت مشاهده موارد جدی مراتب را به آنها اطلاع دهند. تاخیر در شنا سایی موارد اختلال آمیز و درمان آنها سبب مشکلات عدیده ای در آینده خواهد شد .

پاسخهای روانی عمومی کودکان و نوجوانان نسبت به بحران

در طبقه بندی زیر قرار می گیرند :

۱. تغییر در رفتار : هر تغییر در رفتار کودک که در زمان

بحران یا بعد از آن رخ دهد ممکن است نشان دهنده این باشد که کودک از لحاظ احساسی تحت تاثیر قرار گرفته است. یک کودک که بطور عادی برونگرا است ، ممکن است کاملا از جامعه دور شود. کودکی که رفتار خوبی دارد ممکن است سرکش و نافرمان شود و یا برعکس ممکن است بطور ناگهانی در تلاش برای اجتناب از تحمیل بار اضافی به خانواده ای

که در حین بحران دچار استرس شده است ، رفتار خیلی آرامی را درپیش بگیرد.

۲. ترس و اضطراب : بچه ها ممکن است از وقوع مجدد

بحران هراسناک بوده و از مکانی که موقع بروز بحران در آنجا بودند و از ترس جدا شدن از والدینشان ممکن است بطور کلی هراسان و نگران بشوند. ترسهای ویژه ممکن است مربوط به صدمات بدنی ، مرگ ، جدایی از والدین و اعضای خانواده و از دست دادن دوستان و نزدیکان باشد .

۳. تجربه مجدد بحران : کودکان ممکن است ازافکار

مزاحم یا ازخاطراتی در باره رویدادها در رنج باشند و یا خوابهایی مربوط به بحران یا دیگر خوابهای ترسناک را ببینند . همچنین ممکن است در یک چالش روانی تکراری در مورد بحران و احساساتشان درگیر شوند 0

۴. گیجی : بچه ها ممکن است علت بحران را درک نکرده

و پاسخ خودشان و دیگران را به رویدادها نفهمند و ممکن است گیج شوند و در مورد آینده و آنچه که اتفاق می افتد نگرانی پیدا کنند .

۵. برگشت (عود و سیر قهقرایی) : بیشتر بچه ها و

افراد بالغ میزانی از پرخاشگری را در مراحل اولیه رشدشان تجربه می کنند .افراد جوان ممکن است به مکیدن انگشت ، شب ادراری و دعوا کردن با برادران روی بیاورند و ممکن است ضعفهایی را در اجرای کنونی مسئولیتهای قبلی شان نشان دهند .

۶. مشکلات مدرسه : بچه ها ممکن است از رفتن به

مدرسه خودداری کنند که این امر ممکن است بخاطر ترس جدانشدن از خانواده یا ترس خانواده از جدانشدن از بچه‌هایشان باشد . بچه ها ممکن است بخاطر غیبت ، خستگی یا مشغله ذهنی به خاطر بحران در تکالیفشان عقب بیفتند و ممکن است تنزلی در نمره‌هایشان مشاهده شود . تغییر رفتاری ممکن است منجر به اقدامات انضباطی یا تنبیهی و استرس بیشتر برای بچه شود .

۷. مشکلات خواب : مشکلات خواب یکی از رایج ترین

واکنشها نسبت به بحران برای بچه ها و افراد بالغ است¹⁶⁸ . این رفتارها ممکن است شامل مقاومت برای رفتن به رختخواب و تنها خوابیدن و تمایل به خوابیدن با چراغ روشن ، بیدار ماندن و زود بلند شدن و یا کابوس باشد .

۸. شکایتهای فیزیکی (بدنی) : بچه ها و افراد بالغ

ممکن است از مشکلات فیزیکی متعددی رنج ببرند که سردرد و معده درد شایع ترین آنهاست . پرستار مدرسه یا دیگر پرسنل مدرسه ممکن است الگوئی از علائم فیزیکی را در کودک مشاهده کنند و ممکن است آن را بعنوان علائمی از استرس های ناشی از بحران بدانند .دی ولف (2000)

¹⁶⁸ (Farberow&Gaordon 1981)

و فاربرو (1981)¹⁷⁰ 169 برخی از واکنشهای نمونه را از گروههای سنی

متعدد به همراه ملاحظات مناسب فهرست کرده اند :

مداخلات پرستاران در برخورد با مشکلات کودکان زیر

شش سال :

مداخلات پرستاری : پرستاران با تدوین برنامه های آموزشی

مناسب می توانند به والدین کو دکان بازمانده و یا به مسئولین مراقبت از کودکان بی سرپرست رفتارهای زیر را آموزش دهند . رعایت این اصول به ظاهر ساده به میزان زیادی از مشکلات آتی کودک خواهد کاست و نیاز به درمانهای روانشناسی را در مراحل بعدی زندگی شان تا حد زیادی مرتفع خواهد نمود .

• دادن دلگرمی با صحبت ،توصیه به

استراحت و آرامش فیزیکی

• توجه بیشتر و مکرر به کو دکان و نو

جوانان

• اتخاذ تدابیری برای مراقبت دائمی

• تنظیم برنامه زمانی روتین برای خواب

¹⁶⁹ Farberow&Gordon(1981)

¹⁷⁰Dewolfe (2000)

- اجتناب از جداییهای بی مورد نسبت به سایر اعضای خانواده
- اجازه دادن به کودک برای خوابیدن در کنار پدر و مادر
- تشویق کودک به بیان احساساتش درباره خسارتها (مثلا مرگ ، حیوانات اهلی ، اسباب بازی)
- شفاف سازی و توضیحات مکرر در مواردی که بچه گیج شده است
- توضیح در مورد مرگ در صورت لزوم
- نظارت بر میزان استفاده از رسانه هایی که راجع به بحران صحبت می کنند
- تشویق به ابراز احساسات¹⁷¹ در حین فعالیتهای بازی

مداخلات زیر را برای کودکان شش تا یازده سال می

توان در نظر گرفت

- اعمال توجه بیشتر و مراقبت بیشتر

¹⁷¹- (Expression)

- صبر و تحمل
- حذف فشار برای تکلیف خواستن از بچه در خانه و مدرسه بصورت موقتی .
- اعمال محدودیتهای محکم ولی آمرانه برای رفتارها
- ایجاد یک ساختار بندی مناسب برای فعالیتهای توانبخشی در منزل
-

تشویق لفظی و انجام بازی برای بیان افکار و احساسات

- گوش دادن و درک آنچه که کودک مکرراً راجع به رویدادهای بحران بیان می کند
- فراهم کردن اطلاعات مناسب با سن و واقعی در مورد آنچه که اتفاق افتاده و در آینده اتفاق می افتد
- شناسایی و بحث در مورد محرکها و خاطراتی که احساسات و حافظه فرد را تحریک می کند
- درگیر کردن کودک در تدارک وسایل اضطراری مورد نیاز خانواده ، خانه و تکالیف منزل
- توسعه برنامه های بحران در مدارس

برای حمایت از همسالان ، فعالیتهای ابرازی¹⁷² و آموزش در مورد بحرانها ، برنامه هایی جهت آمادگی ، شناسایی بچه هایی که در معرض خطر هستند

حمایت از کودکان

در بلایای طبیعی

حوادث و بلایا افراد تمام گروه های سنی را اعم از کوچک یا بزرگ از لحاظ فیزیکی و روانی دچار حادثه و بحران می کنند . در این گستره کودکان از هیچ حادثه ای در امان نیستند. تاریخچه حوادث نشان می دهد که تعداد قابل توجهی از قربانیان حوادث کودکان می باشند که حدود 20% قربانیان را تشکیل می دهند . در کودکان بحران زده استرسی ایجاد می شود که می تواند آرامش روانی آنها را برهم زند و اگر برای آن تدبیری اندیشیده نشود سلامت روان آنها را مختل کرده و موجب کاهش فعالیتهایشان می شود. تأمین نیازهای کودکان در

¹⁷² - (expressive activity)

بحران نیازمند یک برنامه ریزی مدون می باشد که در این راستا بایستی شیوه درک کودکان از حادثه و طرز رفتار و عکس العمل آنهاو همچنین خطرات مسائل روان شناختی را در آنها مورد بررسی قرار داده و بر اساس آنها تمهیداتی را در نظر گرفت .

به هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه ، والدین ، مربیان و معلمین و گروه های پرستاران و بخصوص روانپرستاران می توانند در زمینه ارایه حمایت‌های لازم و برنامه ریزی شده در جهت کاهش عوارض روانشناختی ناشی از حوادث غیر مترقبه در کودکان موثر واقع شوند.

بحرانها یا بلایا ، حوادث بوجود آمده بوسیله انسان بوده و یا حوادث طبیعی می باشند که باعث ویرانی ، خرابی و زیانهای شدید مالی و جانی می گردد. در حوادث غیر مترقبه عامل میزبان از جمله عوامل بسیار مهم بوده که خصوصیات فردی نیز در آن نقش مهمی دارد. لذا کودکان به عنوان یک میزبان در زمان بروز حادثه ممکن است از لحاظ خود پنداره¹⁷³ یا سازش با اجتماع مشکلاتی را تجربه نمایند ، زیرا کودکان فاقد امنیت درونی یا عزت نفس ، حس استقلال ، تجربه یا درک لازم برای سازش با محیط می باشند بنابراین وقوع بلایا می تواند اثرات سوئی را در روند طبیعی رشد و تکامل کودکان برجای بگذارد..

¹⁷³ -Self concept

بروز فاجعه مانند زلزله ، تندباد ، گردباد ، آتش سوزی یا سیل برای کودکان همانند بزرگسالان وحشت آور است و مسأله بسیار مهم این است که بایستی به کودکان فرصت داده شود تا ترسهای تجربه شده خود را اذعان نمایند.

نقش پرستاران

مداخلات پرستاری برای کودکان در بحران

به هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه طبیعی روانپرستار می تواند پیشگیری اولیه اختلالات روانی را بوسیله آموزش و مداخله در موقعیتهای بحرانی جهت کمک یا تقویت فرایندهای تطابقی افراد اعمال کند. لذا ضروری است که ایشان قادر باشند موقعیت های بحرانی را شناسایی اولویتها را سنجیده و مداخلات مناسب را طرح ریزی می کنند .

در این راستا پرستاران بایستی عوامل زیر که سازگاری کودک در برابر وقوع بلایا را تحت تأثیر قرار می دهند، بشناسند : 1- شیوه ای که والدین در پاسخ به بحران اتخاذ می نمایند و کودک آن را مشاهده و درک می نماید.

2- وسعت انهدام یا تخریب مشاهده شده توسط کودک در طول بلایا و بعد از آن 3- کشته شدن و یا زخمی شدن شدید دوست یا اعضای خانواده کودک

4- سن کودک

مراقبت از کودکان بی سرپرست به هنگام وقوع بلا

بدنبال بروز بلایای طبیعی، در جابه جایی گروهی افراد، معمولاً فروپاشی خانواده و جدایی آنان از یکدیگر امری اجتناب ناپذیر است. به ویژه اگر موقعیت اردوگاه آوارگان دستخوش تغییر باشد احتمال وقوع این امر بیشتر می شود. مراقبت اضطراری از کودکان بی سرپرست باید نیازهای آنی آنان شامل سرپناه، غذا، مراقبت های پزشکی، محیط آرام و امنیت جسمانی و عاطفی را برآورده سازد.

دستورالعمل برای مداخلات پرستاری برای کودکان¹⁷⁴ بی

سرپرست در بحرانها

- 1- در یک موقعیت اضطراری، ابتدا توجه خاص خود را به کودکان خردسال و نوزادان مبذول دارید .
- 2- ضروری است اطمینان حاصل کنید که نیازهای بهداشتی، تغذیه و رشد آنان برآورده می شود.
- 3-مراقبت مورد نیاز می تواند به شیوه های متعددی فراهم گردد. هر کودکی به یک مراقب واجد شرایط بزرگسال سپرده می شود. از کودکان بی سرپرست ممکن است در خانواده های مناسب و با ثبات مراقبت بعمل آید . اعضاء

¹⁷⁴ - سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۴ -

این خانواده ها و کودکان پذیرفته شده در آنها باید از یک فرهنگ و در صورت امکان از یک جامعه باشند .

4- از مراقبان دوره دیده برای نگهداری کودکان بی سرپرست استفاده کنید . این افراد با توجه به استانداردهای مناسب انتخاب و به منطقه بحرانی اعزام می شوند .

کودکان و استرس ناشی از حوادث غیر مترقبه

بلاای طبیعی بعنوان یک رویداد ویرانگر و مصیبت بار مطرح است که حیات و زندگی بشر را مورد تهدید قرار داده و باعث صدمات جسمی یا بیماری های روحی متفاوتی از قبیل احساس ترس و نگرانی می شود.

نتایج بررسیها نشان می دهد که با مشاهده تغییر در محیط زندگی استرس ایجاد می شود.. استرس یک حادثه نیست اما نتیجه درک و تصور فرد از یک حادثه است. رویارویی با عوامل استرس آور که بدنبال حوادث غیر مترقبه طبیعی تغییراتی در شرایط زندگی ایجاد می شود می تواند فعالیت های روزمره زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. آشکارترین تجربه ای که کودکان در بلاای طبیعی تجربه می کنند هراسان شدن آنان بطور مکرر است . کودکان با روش های گوناگونی نسبت به تنش های وارده عکس العمل نشان می دهند. کودکان از بعد روانی از آسیب پذیر ترین اقشار جامعه هستند که در معرض فجایع طبیعی قرار می گیرند و ایران یکی از مناطقی است که بخصوص در دهه های اخیر بیشترین مواجهه را با این بلایا داشته است.

تأثیر حوادث غیر مترقبه بر سلامت مادر و نوزاد

همه ساله شرایط اضطراری و بلایای طبیعی مناطق بیشماری از کره زمین را تحت تأثیر قرار می دهند و آسیبهای جدی را بر مردم و اقتصاد و محیط زیست وارد می کنند. کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست و دو عامل سیل و زلزله از عمده بلایای طبیعی هستند که کشور ما همه ساله با آنها روبرو است. آسیب دیدگی مردم از حوادث و بلایا مواردی چون مرگ، جراحت، بیماری، سوء تغذیه و فشارهای روانی را شامل می شود که در این میان آسیب پذیرترین قشرها مادران باردار و نوزادان آنها می باشد که نه تنها از عوارض فوری بلکه از عواقب تاخیری بلایا را تجربه می نمایند.. بدنبال اغلب فاجعه ها، مردم بی خانمان می شده و از غذا، پوشاک و سایر ضروریات زندگی محروم می شوند و در نتیجه در معرض آثار نامطلوب شرایط اقلیمی و بیماریها قرار می گیرند. تأثیر عوامل مختلف بر روی سلامت مادر و نوزاد از چند جهت می باشد. 1

(از نظر روحی و هیجانی: مطالعات متعددی نشان داده است که استرسهای عمده در دوران بارداری می تواند سبب افزایش زایمان پره ترم، زایمان نوزاد با وزن تولد کم ، سقط جنین ، اکلامپسی و پره اکلامپسی شود.

(2) فقر تغذیه: رژیم غذایی مادر می تواند تأثیر عمده ای بر روی جنین بگذارد و پاسخ جنین به سوء تغذیه مادربه صورت تغییرات دائمی در فیزیولوژی و متابولیسم و ساختمان بدنی او خواهد بود. فقر تغذیه از مسائل و

مشکلاتی است که در هنگام وقوع بلایا و حوادث غیرمترقبه دامنگیر مادران باردار خواهد شد ..

(3) عفونتها: عدم بهداشت مناسب در زمان وقوع حوادث می تواند

سبب ناهنجاری هایی در نوزادان و مشکلات عمده در مادران آنها می شود .

(4) قرار گرفتن در معرض عوامل تراتوژنیک : تماس عوامل

تراتوژنیک (تشعشعات و مواد شیمیایی و ..) با جنین در حال رشد بخصوص در دوران ارگانوژنز می تواند به ناتوانی روانی شدید، لوسمی و غیره در جنین بینجامد. در شریط اضطراری و بلایای طبیعی به یک مدیریت کارآمد لازم است تا علاوه بر تأمین بهداشت روانی افراد مصیبت دیده و تأمین مایحتاج اولیه با ارایه آموزشها و توصیه های مهم بهداشتی به گروه های آسیب پذیر بالاخص مادران باردار از بروز عوارض بعدی جلوگیری شود.

امداد عاطفی کودکان در هنگام مواجهه با بلایا

کمک به کودکان و نوجوانان جهت پیشگیری یا غلبه بر مشکلات عاطفی در هنگام مواجهه با بلایا یکی از مهمترین دغدغه های والدین و کارکنان بهداشتی است و تحقیقات نشان داده اند که کودکان و بزرگسالان در مواجهه با حوادث بحرانی، طیف وسیعی از واکنشها را از خود بروز می دهند که می تواند بلافاصله یا مدتی بعد از مشاهده حادثه غم انگیز رخ دهد. ترومای روانشناختی یا آسیب هیجانی یک پاسخ طبیعی است که در هر کودک در مواجهه با یک حادثه جدی رخ می دهد. این حالت باعث ایجاد خاطرات هیجانی درباره حادثه گشته و در

ساختارهای عمقی مغز ذخیره می‌گردد و خطر آسیب هیجانی را با خود به دنبال دارد. نکته قابل توجه در این زمینه این است که بروز یک ترومای عاطفی در یک فرد می‌تواند بر افراد دیگر حاضر در آن محدوده جغرافیایی نیز تاثیر بگذارد و واکنش کودکان به حادثه ترومایی بر حسب سن کودک می‌تواند متفاوت باشد اما فقدان اعتماد به نفس در کودکان بزرگتر و ترس از تکرار حادثه در کودکان کوچکتر و واکنشهای شایعی هستند که بعد از بلایا به وضوح مشاهده می‌شوند. در کودکان کمتر از 5 سال ترس از جدایی از والدین، بی‌حرکتی، حرکات بی‌هدف، بازگشت به رفتارهای پیشین و ترس رفتارهایی شایعی هستند که معمولاً در هنگام مواجهه با بلایا دیده می‌شوند. بازگشت به رفتارهای پیشین و ترس رفتارهای شایعی هستند که معمولاً در هنگام مواجهه با بلایا دیده می‌شوند کودکان سن مدرسه با نمایش رفتارهایی چون گوشه‌گیری شدید، ناتوانی در توجه و تمرکز، گسیختگی رفتارها، کابوس شبانه، رفتارهای تهاجمی و یا انزوا طلبی را پشت سر می‌گذارند. اما در کودکان بزرگتر افکار خودکشی، احساس گناه شدید در مورد قصور در پیشگیری از حادثه، رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و پرورش افکار انتقام از جمله رفتارهای غالب محسوب می‌گردند. کمک به کودکانی که دچار ترومای عاطفی گردیده‌اند بایستی از همان صحنه وقوع رویداد شروع گردد و برحسب نوع حادثه و سن کودک بایستی به اقداماتی از قبیل ایجاد یک پناهگاه امن برای وی، دور نمودن کودک از مشاهده رسانه‌های پوشش دهنده خبر، شناسایی کودکان دچار دیسترس حاد و پانیک، استفاده از رفتارهای کلامی و غیر کلامی در آغوش گرفتن)

جهت ایجاد احساس امنیت، کمک به کودک جهت بیان احساسات و ... روی آورد. بایستی در نظر داشت که خط اول کمک به کودک بعد از هر حادثه، اعضای خانواده هستند و انجام حمایت‌های لازم از اعضای خانواده می‌تواند در بهبودی سریع کودک موثر باشد.

کاهش اضطراب کودکان در هنگام بلایای طبیعی

بلایای طبیعی برای کسانی که درگیر آن هستند بسیار ناراحت کننده است، در این بین کودکان، سالمندان و افراد معلول بیشتر در معرض خطر می‌باشند، کودک حس می‌کند محل امن را بصورت دائمی یا موقت از دست داده است و نگران تکرار دوباره حادثه و آسیب به خانواده هستند. ترس و اضطراب کودکان بسیار واقعی و زیاد است این ترس می‌تواند آنها را به رفتارهای دوران کودکی و غیر قابل پیش‌بینی سوق دهد. باید توجه داشت، عکس العمل بچه‌ها در سنین مختلف در برابر حادثه متفاوت می‌باشند پرستارانی که بعد از ایجاد حادثه در محل حضور می‌یابند، باید به این مهم توجه خاصی مبذول دارند، پرستاران بهداشت جامعه و روانپرستاران که در زمینه خانواده دارای تخصص می‌باشند، در ایجاد آگاهی‌های لازم در ارتباط با کودکان چه قبل از بروز حادثه در برنامه‌های آموزشی، چه بعد از حادثه در محل و هنگام کمک به خانواده نقش مهمی دارند. موارد زیر در کمک به کاهش اضطراب کودکان می‌تواند کمک کنند باشد: 1- ادامه امور روز مره در خانواده: کودک در

این وضعیت احساس امنیت می‌کند. 2- زندگی با افرادی که کودک با آنها آشنایی کامل دارد. 3- کنترل بچه‌ها برای اجتناب از دیدن صحنه‌های دلخراش (حتی از رسانه‌های گروهی: دیدن این صحنه‌ها بصورت غیر منتظره در ایجاد فشار روحی شدید بسیار موثر است. 4- توجه به نیازهای عاطفی کودک و رفع آن 5- درک احساسات و عکس‌العمل‌های کودک 6- صحبت در مورد آنچه بوقوع پیوست و جوابگویی به سوالات کودک.

از آنجائیکه کودکان سرمایه‌های ملی هر کشوری می‌باشند، پرستاران با ایجاد آگاهی در خانواده می‌توانند در ایجاد بهداشت روانی کودکان و در نهایت جامعه موثر باشند.

حمایت کودکان برای ادامه زندگی پس از حوادث غیر

مترقبه

حادثه غیر مترقبه برای بزرگسالان به دلیل اساس ناامنی که در زندگی روزانه و دنیای اطرافشان ایجاد می‌شود قابل درک و پذیرش نیست. چه رسد به کودکان که عمیق‌تر تحت تاثیر قرار گرفته و می‌توان گفت که بیشترین قربانیان صدمات حاصل از حوادث غیر مترقبه می‌باشند. البته اگر که بزرگسالان ترس و وحشت زیادی را در اطراف آنان ایجاد کرده و به امنیت و نیازهای آن حساس نباشند این صدمات ناگوارتر خواهد بود. همانگونه که میدانید تغییرات نوروفیزیولوژیکی که در مدت دوره‌های استرس حاد ممکن است اتفاق بیافتد معمولاً بزگشت پذیر است

ولی اگر استرس تداوم یابد، آن تغییرات برگشت پذیر نبوده و در نتیجه اثر مهمی روی تکامل مغز کودک خواهد گذاشت. قابل ذکر است که تحقیقات نشان داده است که برای اینکه کودک عمیقاً بوسیله آن آسیب ببیند نیاز به تجربه مستقیم حادثه نیست، بلکه حتی دیدن مکرر تصاویر وحشتناک حادثه از طریق رسانه‌های گروهی مانند تلویزیون و اینترنت نیز کودکان را تحت تاثیر قرار داده و سلامت روانی و امنیت و ثبات آنان را به خطر می‌اندازد. آنچه لازم است مورد توجه قرار گیرد این است که کودکان از نظر عاطفی به والدین و مراقبان خود وابسته هستند، در نتیجه برای حمایت و سلامت کودکان ضروری است که مراقبان آنها تحت آموزش قرار بگیرد بویژه اگر کودک قبلاً مشکلاتی نظیر مرگ و غیبت والدین را تجربه کرده باشد.

مشکلات رفتاری در دوران بلوغ و حول و حوش آن¹⁷⁵ (18

– 12 سالگی) در زمان پس از وقوع بحران

مشکلات رفتاری در دوران بلوغ و حول و حوش آن در

مراحل پس از وقوع بلا یای گسترده از مهم ترین مشکلات روان

پرستاران و مسئولین بهداشت روان جامعه به شمار می آیند. در این

¹⁷⁵ -pre adolescence and adolescence

مراحل پرستاران بهداشت روان باید با علایم مهم این تاثیرات منفی بحران بر روی این گروه سنی آشنا بوده و با تشخیص بموقع ، موارد مشکل ساز را به مراکز تخصصی ارجاع نمایند . در بسیاری از موارد مثل اقدام به خودکشی و غیره ع تاخیر سبب صدمات جبران ناپذیر خواهد شد . قبل از ارجای بیماران روانپرستاران می توانند مداخلات مربوط به خود را در خصوص این افراد انجام دهند که در موارد زیر به آنها خواهیم پرداخت .

شنا سازی مشکلات رفتاری و روانی در دوران بلوغ شامل

موارد زیر هستند :

مشکلات احساسی و شناختی در دوران بلوغ به صورت

از دست رفتن علاقه به فعالیتهای اجتماعی یا همسالان ، تفریحات و سرگرمی ها ، غمگینی و افسردگی ، احساس نالایقی و ناامیدی ، خجالت و احساس گناه ، احساس گیجی¹⁷⁶ میباشد .

کاهش بازده در تحصیلات ، طغیان در خانه و مدرسه ،

مقاومت در برابر مسئولان ، تنزل در انجام رفتارهای مربوط به

مسئولیتهای قبلی ، اضطراب یا کاهش سطح انرژی ، آپاتی¹⁷⁷ ، رفتار

¹⁷⁶ - confusion

¹⁷⁷ - (apathy)

پرخاشگرانه¹⁷⁸ ، رفتار ضداجتماعی¹⁷⁹ ، دوری از جامعه¹⁸⁰ ، سوء استفاده دارویی، اقدامات تهدید کننده زندگی (خودکشی ، رانندگی بی مهابا ، روابط جنسی نا سالم)، رفتارهای ناپخته مربوط به بزرگسالی (خیلی زود - خیلی دیر) ، عدم مشارکت در فعالیتهای احیاء اجتماعی

مشکلات فیزیکی در دوران بلوغ شامل مواردی از قبیل

تغییرات اشتها، سر درد ، مشکلات روده و معده ، خارش پوست ، شکایت از دردها و ناراحتی های مبهم ، مشکلات خواب ، اختلال در قاعدگی در دختران می باشند .

مداخلات پرستاری برای حمایت روانی افراد 12 تا 18

سال :

پرستاران می توانند بر اساس برنامه ریزی های دراز

مدت موارد زیر را به والدین آموزش دهند تا پس از اسکان در اماکن

مناسب مداخلات زیر را برای فرزندان 12 تا 18 سال خود مورد توجه

قرار دهند .

¹⁷⁸ - aggressive behavior

¹⁷⁹-anti social behavior

¹⁸⁰ - Social withdrawal

- توجه بیشتر و ملاحظات بیشتر به این گروه های سنی

- انتظارات انجام کار در خانه و مدرسه با فراغت بال
- تشویق به بحث درمورد تجارب بحران با همسالان
- تشویق به انجام فعالیتهای فیزیکی
- توجه و بکار بستن اقدامات امنیتی خانواده برای بحرانهای آینده
- حمایت از شروع مجدد فعالیتهای اجتماعی ورزشی کلوپ ها و غیره
- وادار کردن به شرکت در کارهای آبادانی و توانبخشی اجتماعی
- توجه به عقاید مربوط به خودکشی و رفتار بی محابا
- توسعه برنامه های مدرسه برای حمایت همسالان و پرسش کردن و برنامه های آماده سازی و احیاء اجتماعی و داوطلبانه و شناسایی بچه هایی که در خطرند

ارتقای سلامت روان نوجوانان پس از حوادث غیر مترقبه

درک تاثیر بلایا و حوادث غیر مترقبه بر روی افراد مختلف جمعیت خصوصاً نوجوانان برای برنامه‌ریزی خدمات بهداشت روانی بسیار مهم می‌باشد. حوادث غیر مترقبه چه به طور طبیعی و چه ساخته دست انسان سالانه بر روی میلیون‌ها فرد در سراسر جهان تاثیر می‌گذارد و اثرات مهمی را بر روی سلامت روان افراد بر جای می‌گذارد، و در درون افراد به ویژه نوجوانانی که در معرض فاجعه قرار گرفته‌اند استرس ایجاد می‌کند که می‌تواند بهداشت روان آنها را مختل کند. در این میان پرستاران نقش مهمی در شناخت نیازهای نوجوانان حادثه دیده و پیشگیری از عوارض روانشناختی حاصله دارند.

حوادث غیر مترقبه مانند زلزله و سیل سریع و بدون اخطار قبلی اتفاق می‌افتد وینکوت¹⁸¹ حادثه را یک عامل بیماریزا برای نوجوان می‌داند، چرا که این حوادث تفکری را که او در مورد قدرت والدین، جهت حفاظت از آنها داشته، از بین می‌برد. واکنش‌های عاطفی به حادثه از نظر حالت و شدت در آنها مختلف متفاوت است و به میزان درک او از حادثه، سن، تجارب قبلی، خلق و خو، شخصیت و تاثیری که حادثه بر روی زندگی او داشته بستگی دارد. نوجوانان معمولاً پس از حادثه دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شوند، این اختلال یا به سرعت پس از سانحه ایجاد شده و یا ممکن است در چندین سال بعد علائم خود را نشان دهد. واکنش افراد به بحران در سنین، مختلف شامل قبل از مدرسه، مدرسه و نوجوانی با یکدیگر متفاوت می‌باشد. ولی به طور کلی این واکنش‌ها

181 - Wincott

عبارتند از: دست دادن کنترل و ثبات، ترس، نگرانی، اضطراب، اختلالات خواب، شکایات جسمی و ... می‌باشد. علاوه بر این موارد در نوجوانان به طور خاص باعث رفتارهایی مانند خودکشی و سوء مصرف مواد می‌شود. مطالعات نشان داده است که اثرات و پیامدهای این حوادث در دختران بیشتر از پسران می‌باشد همچنین تجاربی چون از دست دادن هم کلاسی‌ها، دوستان، برادر و خواهر و مواجه شدن با مناظر دلخراش حادثه و بازماندگانی که شدیداً صدمه دیده‌اند مشکلات این گروه را افزایش می‌دهد

اگر چه بروز سریع علایم و نشانه‌های عاطفی در نوجوانان نسبت به واکنش‌های شدید و طولانی مدت شایع‌تر است، ولی باید دانست که عوارض روانی می‌تواند 3 تا 5 سال بعد از یک حادثه غیر مترقبه ایجاد شود. لذا لذا حمایت روحی و روانی از این افراد بعد از حوادث لازم است به مدت طولانی ادامه پیدا کند. چرا که این دوران حساس‌ترین دوران زندگی انسان بوده و خودداری از سلامت روان در این سنین، تضمینی برای سلامتی روان در مراحل بعدی زندگی خواهد کرد.

واکنش‌های روانی بزرگسالان در برخورد با بحران :

توجه به خانواده، منزل، کار، تثبیت مالی، روابط اجتماعی و فعالیتهای اجتماعی از جمله مسئولیتهای مهم بزرگسالان در خانواده‌ها به شمار می‌آید. برخی از واحدهای خانواده شامل افراد بزرگسال و کودکان و

نوجوانان بوده و در برخی جوامع، خانواده های گسترده و والدین مسن تر (پدر بزرگ - مادر بزرگ) نیز در واحد خانوادگی زندگی می کنند. دوران زندگی قبل از بحران اغلب در بردارنده تدارکات معمول برای حفظ و ابقای یک تعادل مشروط بین نیازهای رقابتی در خانواده می باشد. بعد از وقوع بحران این تعادل می تواند با نیاز افراد خانواده برای تامین نیازهای معنوی، احساسی، فیزیکی و مالی و صرف زمان زیاد برای فعالیتهای احیا و بهبود از بین برود. تامسون و همکاران¹⁸² بعد از واقعه توفان هو گو خطر فزاینده ای را برای بروز مشکلات روانی بین بزرگسالان میانسال مشاهده کردند که با استرس مزمن بیشتری همراه بوده است (دی ولف - 2000)¹⁸³. آنچه که مهم جلوه می کرد تعادل حمایتیهای دریافت شده واریه شده بود. هر دو گروه بزرگسالان جوانتر و مسن تر تعادل خوبی را بین تعداد حمایتیهای دریافتی و تعداد حمایتیهایی که برای دیگران فراهم کرده بودند ارائه دادند. در دوره بحرانی افراد میانسال حمایت بیشتری را دریافت نموده و در مقابل حمایتیهای بیشتری نیز از خود بروز داده بودند. نوریس و همکاران در طول بیست سال تحقیق راجع به بحران (2002) واکنش 17 نمونه از قربانیان بزرگسال بحران را مورد بررسی قرار دادند. در 88% از نمونه ها، همراه با افزایش سن، اثر روانی بحران تنزل پیدا می کرد. در هر نمونه

¹⁸² - . Thampson, Norris, Hanacek (1993)

¹⁸³ (Dewolfe 2000)

آمریکایی که بزرگسالان میانسال از جوانترها و بزرگسالان مسن تر متمایز شده بودند ، بزرگسالان میانسال بدتر و شدیدتر از دیگران تحت تاثیر پی آمد های بحران قرار گرفته بودند . استرسی که بدنبال بحران می آمد می توانست سبب بروز تعداد زیادی علائم شناختی¹⁸⁴ ، خلقی¹⁸⁵ ، رفتاری و فیزیکی شود .

عوامل خانوادگی در بین بزرگسالان :

نقش تاهل

در این بخش به نکات جالبی در باره نقش عوامل تاهل بر روی روش برخورد با پیامد های ناشی از بحران پرداخته خواهد شد . پرسنل مراقبتی به ویژه پرستاران با توجه به این حقایق تاریخی میتوانند با اطلاعات کاملتری میزان تاثیر پذیری زنان و مردان را نسبت به پیامد های ناشی از بحران شناسایی نموده و پاسخ های مناسب را ارائه نمایند .

در مطالعه 19 مقاله مربوط به عوامل خانوادگی در رابطه با پیامدهای بحران ، نوریس و همکاران¹⁸⁶ به برخی اطلاعات دست یافتند که نشان می دهد که عامل تاهل نیز¹⁸⁷ بویژه برای زنان یک ریسک فاکتور(عامل خطر آفرین) محسوب می شود ولی برای مردان عکس این مطلب صادق است

¹⁸⁴ - (Cognitive)

¹⁸⁵ - (emotional)

¹⁸⁶ Norris et al 2002

¹⁸⁷) Brwks & Mckinlay 1992

(فولر تن و دیگران - 1999)¹⁸⁸

بعد از فروریختن سد بوفالو گریک¹⁸⁹ در سال 1972 زنان متاهل علائم بیشتری را نسبت به زنان مجرد نشان دادند . همچنین علائم مردان هیچ تفاوتی را که مربوط به وضعیت ازدواجی باشد نشان نداد . گلسر و همکاران (1981).

یک مطلب جالب در این مطالعه اینست که در صورتیکه اثرات شدت در معرض قرار گرفتن و دیگر محاسبات آماری کنترل شده باشند ، **شدت بروز علائم در شوهران با میزان شدت بروز علائم همسرانشان رابطه مستقیم دارد** . به هر حال شدت تاثیر گذاری علایم شوهران بر همسرانشان بیشتر شدت تاثیر علایم همسرانشان بر آنها بود . (نوریس و همکاران - 2002)¹⁹⁰ . همچنین مشاهده شده است که استرس تاهل¹⁹¹ بعد از بحران افزایش می یابد . (نوریس و یوهل - 1993)¹⁹²

مسئولیت والد بودن

همانطوریکه گلسر و همکاران اعلام نمودند¹⁹³ ، مسئولیت والد بودن¹⁹⁴ با شدت بروز استرس بعد از بحران هماهنگ است . گلسر مشخص می کند که وجود بچه ها بطور مثبتی با علائم شناسی اختلالات روحی درهمه

¹⁸⁸ (Fullerton Ursano Tzu – Ches & Bhartiya 1999 Ursano)

¹⁸⁹ Buffalo Greek

¹⁹⁰ Norris et al 2002

¹⁹¹ - (marital stress)

¹⁹² (Norris & Uhl 1993)

¹⁹³ - Gleser (81)

¹⁹⁴ - (Parenthood)

بجز زنان مجرد مربوط بود . در بحران آلودگی با دی اکسین در منطقه سنت لوئیس در امریکا ،سولومون و همکاران¹⁹⁵ متوجه شدند که بزرگسالان دارای بچه ، بیشتر از آنهایی که بچه نداشتند با اضطراب و دیگر علائم روبرو بودند(سو لو مون -1993)¹⁹⁶

موقعی که ترس از تهدیدات سلامت در آینده برای بچه ها وجود دارد مادران درمورد سلامت فرزندانشان کاملا نگران می شوند (نوریس و همکاران -2002¹⁹⁷) . بعد از فاجعه هسته ای تری مایل آیلند¹⁹⁸ ، مادرانی که بچه های نوجوان داشتند به خاطر نگرانی درمورد اثرات طولانی مدت بحران در خطر بودند (برومت -1982) .¹⁹⁹

همینطور بعد از فاجعه چرنوبیل²⁰⁰ فقط زنان دارای بچه های زیر 18 سال اثرات بجا مانده روانشناختی را بعد از 6 سال نشان دادند. هاونار و همکاران -1997)²⁰¹ . نوریس (2002) ، دی ولف (2000)، مایرز(1989)،یونگ و همکاران (1998)²⁰² واکنشهای زیر

از قبیل "گریه، عصبانیت ، بیش فعالی و بی قراری ، رفتار شبیه رباط²⁰³ ، افزایش سطح فعالیت در پاسخگویی به شرایط مربوط به

¹⁹⁵ - Solomon et al

¹⁹⁶ (Solomon . Bravo , Bubio – Stipeć & Canino 1993)

¹⁹⁷) Norris et al 2002

¹⁹⁸ Three Mile Island

¹⁹⁹ (Bromet, Parkinson, Schulberg, & Gondek 1982)

²⁰⁰ Chernobyl

²⁰¹ (Havenaar et al 97)

²⁰² Dewolfe (2000) Myers (1989) Norris et al (2002) و Young et al (1998)

²⁰³(Robot like behavior) -

بحران ، کاهش کارایی و موثر بودن فعالیتها ، تحلیل رفتن تواناییهای تحصیلی و شغلی ، غیبت از کار ، افزایش تحریک پذیری ، کشمکش و بیگانه شدن با خانواده، خشونت خانوادگی ، ترس شدید از خطر ، برنامه ریزی زیاد از حد در مورد بحران و فعالیتهای آمادگی، جدایی از جامعه و انزوا طلبی ، تغییر در الگوهای تغذیه ای ، اعتیاد ، اجتناب از بخاطر آوردن بحران، تحریک پذیری در هنگام مشاهده سالگرد بحران در آینده " رادرمیان بزرگسالان توصیف کرده اند..

مشکلات فیزیکی بزرگسالان شامل موارد زیر بودند :

خستگی و فرسودگی، مشکلات خواب و بی خوابی ، کابوس و زود بیدار شدن،برانگیختگی و افزایش پاسخ بصورت از جا پریدن (وحشت زده شدن)، تغییرات اشتها افزایش و کاهش وزن، سردرد ، درد بدن و ناراحتی ع گرفتگی ماهیچه ها، درهم پیچیدگی روده و معده، ضعف پاسخ های ایمنی بدن ، افزایش آلرژی ، بدتر شدن اختلالات مزمن ، افزایش فشار خون ، تغییر در میل جنسی، نامنظمی در قاعدگی

مشکلات احساسی و شناختی بزرگسالان پس از

رویارویی با بحرانها و بلا یا :

شوک ، ناباوری ، بی حسی ، نیاز به کسب اطلاعات ،
افکار ، خاطرات مزاحم یا برگشت به گذشته ، غمگینی و افسردگی ،
حسرت خوردن و اندوه در مورد از دست دادن عزیزان ، خانه ، از
دست دادن حس کنترل روی زندگی، عصبانیت ، آزردهی ، متغیر
بودن خلق و خوی (دمدمی مزاج بودن)²⁰⁴ ، احساس ناامیدی درمورد
تلاشهای امدادی ، نگرانی در مورد آینده، احساس ترس ، بی کسی و
دلزدگی ، تغییر در اعتقادات مذهبی (قویتر شدن یا ضعیف شدن)،
کاهش اعتماد به نفس ، لذت نبردن از فعالیتهای معمولی ، افکار
خودکشی ، احساس گناه و سرزنش خود²⁰⁵ و شک نسبت به خود²⁰⁶
، مشکلات حافظه ، اختلال در درک زمان و مکان²⁰⁷ ، گیجی ، مسخ
شخصیت²⁰⁸ ، خارج شدن از واقعیت ، ضعف در تواناییهای شناختی ،
اختلال در تمرکز توجه، اختلال در درک زمان

مداخلات پرستاران در برخورد با مشکلات بزرگسالان:

مداخلات پرستاری : پرستاران با تدوین برنامه های آموزشی

مناسب می توانند به والدین کو دکان بازمانده و یا به مسئولین مراقبت از
بزرگسالان رفتارهای زیر را آموزش دهند . رعایت این اصول به ظاهر ساده

²⁰⁴ (mood swing)

²⁰⁵ -self-blame

²⁰⁶ - (Self-doubt)

²⁰⁷ - (Disorientation)

²⁰⁸ - (depersonalization)

به میزان زیادی از مشکلات آتی بزرگسالان خواهد کاست و نیاز به درمانهای روانشناسی را در مراحل بعدی زندگی شان تا حد زیادی مرتفع خواهد نمود .

مداخلات مناسب برای بزرگسالان در دوران پس از

بحران به شرح زیر می باشند:

- فراهم آوردن فرصتهایی برای گوش دادن دقیق به تجارب بحران
- دادن فرصتهایی برای حسرت خوردن نسبت به چیزهای از دست رفته
- کمک کردن به مشخص کردن اولویتها و حل مسئله
- ارائه اطلاعاتی در مورد استرس بحران، روش های از عهده برآمدن و مغایله با مشکلات ، واکنش بچه ها و اثر بحران روی خانواده
- ایجاد سهولت در برقراری ارتباط بین اعضاء خانواده
- تشویق به استفاده از حمایتهای اجتماعی
- وادار کردن به استفاده از مراحل عملی

جهت از سرگیری کارهای روزمره برای زندگی

- سهولت در امر از سرگیری نقشهای خانوادگی ، اجتماعی و تحصیلی بطور معمول
- کمک به بازماندگان در برداشتن گامهای عملی جهت حل مشکلات فوری و عاجل که بوسیله بحران ایجاد شده
- آموزش تکنیکهای تمرکز اعصاب
- مقابله با مشکلات سلامت فیزیکی
- ارزیابی و مراجعه در مواقع ضروری
- تدارک اطلاعات بر روی منابع مورد ارجاع

همچنین پیشنهادات مربوط به کمک های شخصی و

تطابق با شرایط موجود برای بازماندگان بزرگسال شامل موارد زیر است (میچل -2001، مایرز-1995، مایرز و زونین-1992)²⁰⁹. لازم است که موارد زیر به بازماندگان بزرگسال گوشزد شوند تا در مواقع مناسب آنها را به بازماندگان بزرگسال آموزش دهند .

- صبور باشید و انتظار تغییرات را با گذر زمان داشته باشید

²⁰⁹ (Mitchell & Everly , 2001 , Myers 1995 , M yers & Zunin 1992)

- به خاطر داشته باشید شما طبیعی هستید و واکنش طبیعی دارید
- بخواهید که در مورد آنچه اتفاق افتاده است صحبت کنید و افکار و احساساتتان را بیان کنید. این امر به شما کمک می کند که احساس بهتری داشته باشید و سریعتر معالجه شوید .
- با اعضاء خانواده خود در مورد تجارب و نیازهایتان صادق باشید
- قابل انعطاف و درستکار باشید .
- سعی کنید که یک برنامه را تا آنجا که می توانید به شکل طبیعی تهیه کنید . این امر شامل اختصاص دادن زمان با خانواده و دوستان و کسانی که از شما حمایت می کنند و به شما آرا می دهند می باشد .
- با خودتان آرام و مؤدب باشید همیشه چیزهایی هست که می شود به شکل دیگر انجام گیرد
- از حمایت‌هایی استفاده کنید که در پرورش شما نقش داشته باشند زمانی را برای دوستان ، مطالعه ، تفریح ، فرایض دینی ، مدیتیشن²¹⁰ و فعالیت‌های بدنی و ورزش

²¹⁰ - (meditation)

اختصاص دهید .

- با بچه هایتان بازی کنید
- از خودتان بطور فیزیکی مراقبت کنید
- رژیم خوب ، خواب و استراحت کافی داشته باشید. ورزش کنید ، حتی اگر تصور می کنید آنرا دوست ندارید .
- در صورتیکه نیاز دارید به خودتان اجازه دهید زمانی را به تنهایی بسر ببرید (با خودتان خلوت کنید ولی کامل از تعامل اجتماعی خارج نشوید .)
- تعامل کنید ، مردم اهمیت می دهند
- جنبه های درمانی لمس کردن را خاطر داشته باشید - بوسیدن ، نوازش پشت ، مالش مختصر گردن یا پشت جنبه های درمانی دارد
- اشکال مختلفی از ابراز احساسات شخصی مانند نوشتن ، پرداختن به موسیقی و هنر را به کار ببرید .
- تا آنجائیکه می توانید بخندید و تا آنجائیکه لازم است گریه کنید
- با آنچه که از دست داده اید خدا حافظی کنید
- مواظب باشید که درد و رنج را با استفاده

زیاد دارو و الکل برطرف نکنید

- از سلامت و آراستگی غافل نشوید
- از حواس پرتی ، بی محابا شدن و مستعد حادثه شدن اجتناب کنید
- گاهگاهی نفس کشیدن عادی را متوقف کنید و چهار یا پنج نفس عمیق بکشید .
- به گروههای اطلاع رسانی ، گروههای حمایت یا برنامه های آموزشی استرس که ممکن است به شما پیشنهاد شود توجه کنید .
- برنامه های بحران را برای خانه ، مکان کاری و مدرسه رشد و توسعه دهید و بکار بندید .
- به خاطر داشته باشید درمان سه عنصر دارد : زمان ، گفتگو و اشک . (time-talk-tears)

تاثیر پذیری روانی سالمندان²¹¹ از بحرانها و بلا یا

برخورد مناسب با سالمندان در مناطق بحران زده‌هاز مهم ترین وظایف پرستاران و پرسنل امدادی به شمار می آید چرا که در تقسیم بندی افراد آسیب پذیر این گروه به عنوان افراد رده اول برای آسیب پذیری به شمار می آیند. در این بخش مهم ترین دستورالعمل ها برای شنا سایی مشکلات

²¹¹ - (Older Adults)

سالمندان و برخورد مناسب با آنها مطرح خواهند شد که پرستاران و پرسنل امدادی باید آنها را همواره مورد توجه قرار دهند .

اغلب به نظر می رسد که بزرگترها حین بحران در معرض خطر بالاتری قرار دارند . ولی یافته های تحقیقاتی بر اساس این فرضیه نتایج معکوسی را ارایه می دهند نوریس ، فیفر، کانیاستی (1994)²¹² مشاهده کردند که بزرگسالان میانسال (55 تا 64 ساله) با بیشترین مشکلات در مغایله با مشکلات پس از بحران روبرو بودهاند وای یافته با یافته های پیش گفته شده توسط گلسر (1981) مطابقت دارد . علت این است که بر عهده داشتن مسئولیت خانواده و فرزندانشان در این سنین بیشتر است . بعلاوه آنها در حال رسیدن به سن بازنشستگی بوده و از دست دادن مال و دارایی ها ممکن است آرزوهایشان را برای زندگی راحت در سالهای بازنشستگی به مخاطره بیندازد . از سوی دیگر نوریس و همکاران (2002) متوجه شدند که بزرگسالانی که 65 تا 74 سال داشتند به نسبت کمتری تحت تاثیر بحران قرار گرفتند . افراد خیلی پیر (بالای 75 سال) بیشتر از افرادی که سن 65 تا 74 سال داشتند تحت دچار مشکل شدند. این امر احتمالا می تواند بخاطر ضعف سلامت فیزیکی در این گروه سنی باشد. اما این گروه کمتر از قربانیان میانسال تحت تاثیر مشکلات قرار گرفته اند (نوریس و همکاران -2002)

در مطالعه 20 ساله مربوط به تحقیقات در مورد اثرات روانی

²¹² Norris, phifer, Kaniasty, 1994

بحران که بوسیله نوریس و همکاران (2002) انجام شد، فقط دو مورد از 17 نمونه افراد بزرگسال در معرض خطر بالایی نسبت به دیگر افراد بزرگسال قرار داشتند. این مطالعات شامل یک نمونه از بزرگسالانی در زلزله نیوکاسل²¹³ در استرالیا²¹⁴ و یک نمونه از بزرگسالان در سیل لهستان در 1997 بوده است. (نوریس و همکاران -2002).

²¹⁵آیزنگ (1983) اظهار می دارد که در معرض استرس قرار گرفتن، میزان مقاومت را در برابر استرس های بعدی افزایش می دهد و سرانجام می تواند افراد را از آسیب مصون بدارد. سن ارتباط زیادی با این فرضیه؛ (واکنش نسبت به استرس)²¹⁶؛ دارد از این لحاظ که نسبت به بزرگسالان جوانتر، مسن ترها از تاریخچه غنی از تجارب را برای تحمل کردن هر بحران برخوردارند.

²¹⁷میورل و نوریس (1988) پیشنهاد می کند که بزرگسالان مسن تر ممکن است در حقیقت به عنوان یک جمعیت فرعی و بطور ویژه سرسخت تر باشند بدین خاطر که تجارب قبلیشان با مشکلات و بدبختی های زندگی آنها را بهتر از دیگران برای مواجهه با خسارات و خرابی های ناشی از بحران آماده کرده است. باهرسون، کارا و بل (1978)²¹⁸ اظهار می دارند که تجارب آنها در زمینه بحران بود که باعث شد بزرگسالان مسن تر در

²¹³ (new castle

²¹⁴ (1996 Carr & Lewin – Webster , Ticehurst)

²¹⁵Eysench (83)

²¹⁶ (stress inoculation) -

²¹⁷ (1988) Muirell , Norris

²¹⁸ (1978) Baherson , Kara , BELL

برخورد با بحران حالت انعطاف پذیرتری را از خودشان نشان بدهند . مجموعاً این یافته ها با این فرضیات که آیا اشخاص پیرتر در معرض خطر بالاتری بدنبال بحران هستند یا نه را به چالش می طلبد (نوریس و مارل -1998).

219

همچنین نوریس و دیگران(1994) متوجه شدند که سیلی که آنها مطالعه کردند سلامت روانی و فیزیکی قربانیان مسن تر را تحت تاثیر قرار می دهد .

افرادی که از خسارتها و آسیبها در رنج هستند معمولاً در اضطرابها نگرانیها و ترسها خودشان را می بازند و خیلی راحت دچار آشفتگی و تحریک پذیری می شوند ولی به هر حال آنها دچار بیماریهای روانی نمی شوند . همینطور آنها علائم فیزیکی خستگی را احساس می کنند که به صورت احساس کسالت ، مشکلات در خواب و درد و رنج زیاد بروز نموده اما به یک بیماری روانی شدید دچار نمی شوند . نوریس و مارل (1990)²²⁰ در تحقیقاتشان متوجه شدند که تنها حادثه ای که چنین اثر ادامه داری را ایجاد می کند مرگ یکی از زوجین است .

اگرچه بطور کلی بزرگسالان مسن تر بطور ویژه ای در معرض خطر بالایی برای مشکلات احساسی به دنبال بحران نیستند ولی موقعیتهای

²¹⁹ (Norris & Marrell 1998)

²²⁰ - (Norris & Marrell 1990)

فردی آنها شامل درآمد و مسائل سلامت قبل از بحران ، درجه استقلال و مهارت‌های ازعهده برآمدن در زمان ارزیابی باید مورد مطالعه قرار گیرد . بعلاوه اثرات بحران شامل خسارتها ، در معرض آسیب قرار گرفتن نیز باید مورد بررسی قرار بگیرد. ما همچنین از تجارب بحرانی قبلی و تحقیقات کنونی متوجه می شویم که بزرگسالان مسن تر بخاطر محدودیتهای مالی ، تمایل به زندگی در مکانهای با هزینه کمتر دارند و در نتیجه به هنگام بروز بحران و به خاطر فرسودگی خانه ها و ناامن بودن منطقه زندگیشان ، درمقابل خسارات آسیب پذیرتر هستند . درآمد محدود آنها ممکن است باعث شود که نتوانند کارهای تعمیراتی انجام دهند و یا بعد از اینکه صاحبخانه خانه را تعمیر کرد مخارج آنرا بپردازند (مایرز-1990).²²¹)

آنها ممکن است به زندگیشان در شرایط ناامن و خسارت دیده ادامه دهند زیرا پول و قدرت کافی و تواناییهای شناختی برای به عهده گرفتن مسئولیتهای بازسازی و تمیز کردن را ندارند(دی ولف -2000).²²² مشکلات بینایی شنوایی یا حرکتی ممکن است در بدست آوردن منابع و شروع به کار (دست به کار شدن) ایجاد مشکل کند (مایرز-1990) (Myers 1990) و ممکن است جهت ادامه یک زندگی مستقل با چالش روبرو شوند .

همچنین آسیبهای فیزیکی و وخیمر شدن بیماریهای قبلی

²²¹ Myers 1990)

²²² - (Dewolfe 2000)

ممکن است روند بهبودی را برای افراد مسنتر به عقب بیندازد . تحقیقات نشان می دهد که احتمال کمتری وجود دارد که آنها به اخطارها توجه نموده و موقعیتهای خطرناک را درک کنند و بتوانند بموقع محل بحران را تخلیه کنند که در نتیجه متحمل خسارتها و آسیبهایی به هنگام امداد و کمک رسانی می شوند . از طرف دیگر ممکن است توانایی برای استفاده از اتومبیل را نداشته باشند و به وسایل حمل و نقل عمومی و خصوصی دسترسی نداشته باشند که بنابراین فرصتهای آنها برای خرید کردن مایحتاج ، بدست آوردن دارو و آب یا نقل مکان محدود می شود (یونگ و همکاران -1998)²²³

یک مسئله مهم سالمندان از دست رفتن استقلال و رفتن به خانه سالمندان در مواقعی است که چون آسیبهای بدنی، از دست رفتن سلامتی ، مشکلات مالی و دیگر نیازهای مربوط به بحران در زندگی آنها سربرمی آورند . آنها از گزارش کردن مشکلات خود امتناع می کنند تا وسعت مسائل را مخفی نگه دارند و جستجو برای مراقبتهای درمانی را به تعویق بیندازند .

آنها همچنین در مقایسه با گروههای سنی دیگر نمی خواهند مساعدتهای مربوط به بحران را مورد استفاده قرار دهند (مایرز -1990) . آنها دوست ندارند که بار زندگی خویش را بدوش دیگران بیندازند . آنها به موقعیتهای سرعت افراد جوانتر واکنش نمی دهند و ممکن

²²³ - (Young et al 1998)

است وقتیکه از زمان ضرب الاجل لازم برای استفاده از کمکها می گذرد به دنبال کمکهای آژانسها نباشند. (مایرز -1990) ضعف حرکتی یا فقدان امکانات حمل و نقل ممکن است باعث شود که آنها نتوانند به مراکز خدمات درمانی بحران مراجعه کنند. آنها ممکن است تجربه چندانی راجع به کاغذبازی اداری نداشته باشند. این مشکل اغلب در مورد زنان مسنی که همسرانشان مسئولیت موضوعات مالی و کاغذبازی اداری را پذیرفته اند صحت دارد. آنها ممکن است مشکلات بینایی و شناختی داشته باشند که این امر سبب می شود که نتوانند تقاضای اداری خویش را به موقع ارائه داده و پیگیری نمایند..

به خاطر بی میلی سالمندان برای گزارش دادن مشکلاتشان و بدست آوردن کمک های فیزیکی از آژانسهای مربوط به بحران و کارکنان سلامت ذهنی بحران باید روشهای مناسبی برای حل مشکلات این گروه از افراد جامعه مطرح شوند. آنها ممکن است همچنین نیاز داشته باشند که مسنترها را تشویق کنند که به کمکهای دولتی بعنوان یک شکلی از بیمه نگاه کنند که آنها در طول سالها پرداخت مالیات خریدند و متوجه باشند که استفاده از چنین منابعی دیگر قربانیان را از سهم کمکها محروم نخواهد کرد.

مداخلات تشخیصی و درمانی توسط روانپرستاران برای

سالمندان

تشخیص و ارزیابی:

لازم است که کارکنان سلامت جامعه بویژه روانپرستاران کاملاً اثر بحران را بر روی سلامت افراد سالمند ارزیابی کنند. ملاقات خانگی که بوسیله کارگران سلامت ذهنی و پرستاران سلامت عمومی انجام می شود بویژه مؤثر است.

حس بویایی، لامسه، بینایی و شنوایی در مورد این افراد ممکن است ضعیفتر از جمعیت عمومی باشد. از دست دادن شنوایی ممکن است منجر به نشنیدن صدا در محیط شلوغ در بین مسن ترها شود و همینطور یک حس بویایی ضعیف منجر به این می شود که آنها غذاهای فاسد را بخورند. این ضعف در استعدادها و تواناییها می تواند در محافظت از آنها و استفاده آنها از تدارکات مربوط به خدمات بحران در خانه اثر بگذارد. آنها ممکن است نسبت به اثرات سرما و گرما مستعدتر باشند (یونگ و همکاران - 1998) شرایط سلامتی مانند فشارخون و دیابت ممکن است متاثر از استرس شود و دوز دارویی برای آن لازم باشد. وضعیت گیجی و مشکلات حافظه در سالمندان ممکن است بخاطر استرس ناشی بحران وخیمر شوند و رژیمهای پزشکی و سلامتی ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد. ارزیابیهای سلامت ذهنی و سلامتی بطور مداوم ممکن است برای اطمینان از سلامت افراد پیر در طول زمان لازم باشد. این افراد اغلب به کمکهای عملی واقعی برای خانه سازی، ارایه کمک های مالی، جایگزین کردن داراییهای از دست رفته و حمل و نقل

نیاز دارند (مایرز-1990). کمک به بزرگسالان مسن تر برای پذیرش منابع مناسب برای احیاء و سازماندهی ممکن است به آنها اجازه دهد به زندگی مستقلشان ادامه دهند (دی ولف - 2000)

گروهی از محققان²²⁴ واکنشهای مربوط به بحران را که در میان سالمندان رایج است به همراه مداخلات مناسب را به شرح زیر فهرست بندی می کنند :

مشکلات رفتاری سالمندان پس از برخورد با بحران :

جدایی و انزوا ، بی میلی برای ترک خانه ، بی میلی برای گزارش تمام دارایی های از دست رفته خسارتها یا مشکلات سلامتی ، به تعویق انداختن مراجعه برای درمان دارویی ، اجتناب از پذیرش منابع دولتی (کمک اعانه) ، استفاده نکردن از بیمه ، ضعف حرکتی ، اشکال در وفق دادن خود با نقل و انتقال (تغییر مکان) ، بدتر شدن شرایط مزمن ، افزایش برخی علائم ، کاهش قوای سیستم امنیتی که منجر به افزایش مستعد شدن ابتلا به بیماریهای شود ، ضعف فیزیکی فزاینده ، احتمال ابتلا به عارضه افزایش یا کاهش بیش از حد دمای بدن ، محدودیتهای

²²⁴ Farberow , Frederick 78 Myers 90 Dewolfe 2000

حسی ، فیزیکی (بویژه بینایی و شنوایی) که منجر به آسیب ها یا اختلال در بهبودی می شود

مشکلات خلقی²²⁵ و شناختی²²⁶ سالمندان پس از

برخورد با بحران :

افسردگی ، درد و رنج و غصه ، ظن و گمان (مظنونیت) ، گیجی ، اختلال درک زمان و مکان (disorientation) ، مشکلات حافظه ، تحریک پذیری ، بیقراری ، عصبانیت ، آپاتی ، ترس از رفتن به خانه سالمندان ، اضطراب نسبت به محیط ناآشنا ، سرگردانی در مورد دریافت کمک یا اعانه ها

مداخلات پرستاری در رابطه با سالمندان بازمانده از

بحران :

- لازم است که ارزیابی کاملی از اثرات بحران بر سالمندان بدست آید (با مشاهدات مکرر ، سؤالات مربوط به مشکلات پیراپزشکی ، ملاقات در خانه و بحث با خانواده). چونکه مشکلات ممکن است مشکلات خود را گزارش ندهند
- دلگرمی دادن با گفتگو به صورت مکرر
- تسهیلات مناسب را برای اطلاع رسانی به آنها ایجاد نمایید

²²⁵ - emotional

²²⁶ - (cognitive)

- در ازسرگیری فعالیتهای عادی روزانه و اجتماعی شدن تا آنجا که ممکن است به آنها کمک کنید
- توجه مخصوصی را برای محلهای اسکان آنها مناسب بدهید
- به سازماندهی تماسهای اجتماعی و خانوادگی آنها کمک کنید
- تلاش کنید که محیطهای آشنا را مجدداً برای آنها سازماندهی کنید
- در دستیابی به کمکهای مالی برای حفظ سلامتی و خانه سازی به آنها کمک کنید
- در رفع موانع روانی و فیزیکی جهت استفاده منابع مربوط به بحران مساعدت کنید
- با احیاء مایملک آنها در بدست آوردن مجدد داراییها کمک کنید
- آنها را با کسانی که در امر حمل و نقل خدمات عمومی برنامه های غذایی ، سلامت خانواده ، ملاقات خانوادگی ، خدمات مشارکتی فعال هستند در مواقع لزوم مرتبط نمایید .
- حمایتهای همسالان را برای آنها فراهم

نموده و یک سیستم دوستی مناسب را در بین بازمندگان در اجرای فعالیتهای بهبود پس از بحران ایجاد نمایید.

- بحث هایی را در مورد گفتگو در باره تجارب بحران و بیان احساسات آنها را رواج دهید
- مشارکت در تلاشهای احیاء اجتماعی راتشویق کنید (مثلا داشتن یک باغ جدید ، جایگزینی کردن داراییهای از دست رفته یا دادن سرپناه به دیگران)
- فعالیتهای آمادگی برای ایجاد رابطه با افراد فامیل و با همسایگان را تشویق کنید

همچنین کمکهای اجتماعی به همان اندازه مهم هستند . تشویق مسنتر ها برای سازماندهی مجدد برقراری روابط و تماسهای اجتماعی و فامیلی برای بهره مند شدن از حمایتهای همسالان و گروههای حمایتی و یافتن راههایی جهت مشارکت در تلاشهای احیاء اجتماعی مهم است. بزرگسالان مسنتر ممکن است به خاطر از دست دادن یادگارهای غیر قابل جایگزین مثل عکسها (که برخی از آنها در طی نسلها رد و بدل می شده است) ، حیوانات خانگی ، گیاهان ، باغ که نتیجه سالها زحمت و مراقبت بوده و در حقیقت قسمتی از هویت آنها می باشند دچار درد و رنجهای شدیدی شوند.

در این مرحله روانپرستاران و پرسنل بهداشت روان نیاز دارند که مفهوم این خسارتها را کشف کنند و به آنها دلگرمی دهند که می توانند دوباره فقدانهای خود را جبران نمایند . دیگر بزرگسالان مسنتر می توانند بعنوان مشاوران همسالان خود ویا به عنوان یا همکاران توسعه دهنده خدمات برای جامعه سالمندان کار کنند

سالمندان به داشتن یک حس کنترل و قابل پیش بینی نیاز دارند. سازماندهی مجدد کارهای روزمره و داشتن یک مکان ثابت دائمی تمیز و امن برای زندگی میتواند به افزایش حس امنیت ثبات و کنترل در آنها کمک کند . احساسهای اعتماد به نفس و ارزش شخصی میتواند با صحبت کردن درمورد موقعیتهای گذشته و با تنظیم اهداف قابل دسترسی ارتقاء یابد . از آنجائیکه خسارات وارده زیاد است ، لازم است که افراد پیر ترا حساسات دل بستگی خود را احیاء کنند . بسیاری افراد خاطرات ناچیزی نسبت به گذشته دارند . کمک به آنها برای بخاطر آوردن دوران خوش گذشته و صحبت کردن درمورد زندگیشان می تواند نقطه شروعی باشد که به آنها کمک می کند با دورههای منحصر به فردی از زندگیشان به عنوان قسمتی از تاریخ بشریت پیوستگی مجدد پیدا کنند . (اداره سالمندی امریکا - اداره سالمندان کانزاس 1995- یونگ و همکاران 1998 -)²²⁷

²²⁷ (US . Administration on Aging & Kansas Department On Aging 1995 , Young et al 1998)

آسیب شناسی روانی در

پرسنل امدادی در بحران

به دنبال یک حادثه بحرانی، بسیاری از اقشار مردم همچون آوار برداران، پرستاران، امدادگران بهداشتی و درمانی، پلیس خبرنگاران و سایر داوطلبان کمک و علی‌الخصوص روان شناسان در تماس با بازماندگان حادثه قرار می‌گیرند. آنها هفته‌ها، ماهها و حتی سالها پس از حادثه با چنین بازماندگانی کار می‌کنند. برخی از این افراد با بازماندگانی کار می‌کنند که به وضوح علائم آسیب روانی را از خود نشان می‌دهند. کسانی که مدت زیادی با بازماندگان حادثه کار می‌کنند پس از مدتی احساس می‌کنند که اثرات منفی دریافت کرده‌اند، بخصوص زمانی که بشدت درگیر هستند دچار استرس می‌شوند. در مجموع کار با آسیب دیدگان حادثه، استرس‌زا است. پژوهشهایی که در زمینه آسیب شناسی کارکنان بحران صورت گرفته است جدید است بنابراین اطلاعات محدودی برای توصیف آسیب‌های ناشی از کار با بحران ایجاد شده است، این اطلاعات به نوعی علائم آسیب را بیان می‌کند و چنانچه این موارد در کارکنان بحران مشاهده شود باید اقدامات پیشگیری و درمان آنها پیگیری شود.

مایرز²²⁸ عوامل استرس زای متعددی را که بر کارگران بحران به عنوان یک جمعیت فرعی متاثر از بحران اثر می گذارد مورد بحث قرار می دهد و موارد زیر را اعلام می نماید :

- ۱- فاکتورهایی که مربوط به تک تک کارگران می باشد (سلامتی ، استرسهای قلبی ، تجارب آسیب زای قبلی ، مهارتهای از عهده برآمدن ، تجارب بحران قبلی ، انتظارات شخصی و دریافت و تفسیر رویداد)
 - ۲- عوامل درون شخصی (قدرت حمایت اجتماعی ، استرسهای موجود در گذشته در روابط فرد ، انتظارات و نیازهای دیگران و موقعیت اعضای خانواده در بحران)
 - ۳- عوامل اجتماعی (ابعاد جامعه ، میزان انزوای اجتماعی در گذشته ، تجربه بحران قبلی ، میزان از هم گسیختگی اجتماعی بخاطر بحران)
 - ۴- عواملی که به بحران مربوط هستند (اخطار ، مغایرت صحنه ، نوع بحران ، ماهیت عوامل مخرب ، درجه عدم اطمینان ، زمان زخ دادن ، طول مدت بحران یا تداوم تهدید قلمرو بحران و محل بحران)
- عوامل استرس زایی که اثر روانشناختی را برای کارگران بحران پیش بینی می کنند شامل شدت و مدت تعامل با خانواده های قربانیان ،

228 - Myers

تعیین هویت قربانیان و پیچیدگی نقش می گردد²²⁹

مدت در معرض قرار گرفتن یک عامل خطر برای

کارگرانی که باید اجساد را حمل کنند²³⁰ یا قربانیان

را شناسایی کنند می باشد .

برخی از مهم ترین آسیبهای روانی پرسنل امدادی را میتوان اینگونه

خلاصه نمود

الف- فرسودگی شغلی: به معنای خستگی روانی انباشته شده

ناشی از کار به همراه سایر عوامل استرس زا می باشد. فرسودگی شغلی بتدریج و

بمرور زمان به شکل خستگی و بیزاری بروز پیدا می کند (پیرمن و همکاران،

1995)

ب- استرس آسیب زای ثانوی: برای بیان نشانه های آسیب دیده

در بین کارکنان بکار می رود. اعتقاد بر این است پرستاران و کارکنان امدادی که

استرس تروماتیک را در اطرافیان خود مشاهده می کنند ممکن است علائم مشابه

PTSD از خود بروز دهند

ج- استرس ترحم و دلسوزی: اصطلاحی غیر کلینیکی و غیر

آسیب شناختی است و به عنوان استرس کمک یا خواستار کمک به بازمانده تروما

توصیف می شود. استرس دلسوزی به عنوان نتیجه طبیعی آگاهی فرد نسبت به

²²⁹ - 1989 Ingraham , Wright , Ursano- Bartone و Shepherd 1994 , Itodgkinson

²³⁰ - Jones 1985

ترومای تجربه شده توسط مراجع، دوستان یا اعضای خانواده است تا فرآیند پاتولوژیک

د- **خستگی دلسوزی:** به عنوان نمونه شدیدتری از استرس دلسوزی است. خستگی دلسوزی نتیجه قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس است. این وضع موجب تهی شدن، خستگی دلسوزی نتیجه قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس است. این وضع موجب تهی شدن، تحلیل رفتن و بد کار کردن بیولوژیکی، روانشناختی و عاطفی می‌شود (فیگلی، 1995) **آسیب‌نیایی:** برای توصیف استحاله دائمی و تغییرات اجتناب ناپذیر بکار می‌رود که در نتیجه کار با بازماندگان تروما ایجاد می‌شود

و- **رضایت و خشنودی دلسوزانه:** در کار با بازماندگان حوادث این احتمال وجود دارد که کارکنان بحران یک احساس حاکی از رضایت و خشنودی بدست آورند. رضایت دلسوزانه فرآیندی است که در طول زمان با درگیر شدن فرد در کار با بازماندگان رشد می‌کند. چنین افرادی اغلب زمانی احساس شکست می‌کنند که علائمی از اثرات منفی کار با تروما را در خود مشاهده کنند و آنگاه در جستجوی کمک از دیگران باشند یا خودمراقبتی را افزایش دهند. به هر حال پرستاران کارکنان بحران با استرس مواجه می‌شوند. نکته مهم برای آنها مقاومت در برابر استرس، بکارگیری روشهای موثر مواجهه‌ای و بالاخره پیشگیری از ابتلاء به فرسودگی است.

روشهای مواجهه‌ای موثر موارد زیر است:

- 1- روشهای پرهیز از استرس از قبیل تغییر محیط کار، قطع روابط مشکل‌زا، دنبال کردن موردهای فاقد استرس شدید، کار کردن با مراجع بصورت تیمی، تغییر یا کاهش ساعات کاری، تنوع دادن به نوع کار و روش کار و نوع مراجعان، پرهیز از کار اجرایی پشت سر هم و برنامه‌های پیچیده
- 2- اصلاح رفتارهای کاهش دهنده استرس مانند: کاهش رفتار تیپ A همچون رقابت افراطی، تداوم شتاب کاری، خصومت، کنترل باورها و عقایدی که تعیین کننده میزان استرس پذیری است
- 3- گسترش روشهای انطباقی از قبیل: احساس سلامتی جسمی، افزایش توانمندیهای روانی، افزایش توانمندیهای شناختی و بویژه قابلیت‌های علمی و همچنین برقراری حمایت اجتماعی (کوری، 1998)
- 4- پذیرفتن تغییرات، آگاهی از محدودیت‌های فردی خود در کار با بحران و احساس راحتی برای مشورت با استاد سوپروایزر و یا همکاران (هاوات، 2000)
- 5- طبیعی بودن و گسترش ویژگیهایی همچون کنجکاوی، علاقمندی نسبت به مردم، توانایی همدلی، صلابت و استواری، انعطاف پذیری، واقعیت‌گرایی (وارما، 1997)
- 6- آشنایی با علائم فرسودگی، ارزیابی وجود علائم در خود و در صورت بروز انجام اقدامات پیشگیرانه

7- تغییر نگرش به بحران و توجه به جنبه‌های جالب، جذاب و مثبت کار با بحران و افزایش رفتارهای شوخی و طنز (آندرسون، کریستنس، پترسون، 1991؛ موران، کالس، 1995) چنین نگرشی در کار با بحران، وضعیت‌های سخت مخاطره آمیز و خستگی را خنثی می‌کند و می‌تواند اشکالی از تخلیه و رهایی از تنش را فراهم آورد (کاستلر؛ 1964، مارتین ولفکارت، 1983)

8- آگاهی از ویژگیها، علائم آسیب‌ها و روشهای مداخله‌ای در بحران، آموزشهایی که کارکنان بحران درباره بحران می‌بینند موجب می‌شود تا توان کمکی آنها افزایش یابد، احتمال آسیب پذیری‌شان کاهش یابد و میزان خود مراقبتی کارکنان افزایش یابد، این آگاهیها می‌تواند در قالب آموزشهای دوره‌ای آموزش قبل از شروع کار و جلسات گروهی در طول مدت کار با بحران صورت گیرد.

مدیریت بهداشت روانی فاجعه‌دیدگان و تیم‌های امدادگر در

حوادث غیر مترقبه

۲- (Disaster) بحرانها و فجایع گوناگون باعث برهم زدن نظم روانی و ایجاد اختلال می‌گردد و به دنبال خود فشارهای روانی زیادی را ایجاد می‌نماید مشکلات عاطفی - روانی از جمله اختلالاتی هستند که همواره در هنگام بلایا و بحرانها رخ می‌دهند و با توجه به وجود پاسخهای روانی خاص در قبال رخداد حوادث لزوم رسیدگی به آنها و تامین سلامتی روانی بازماندگان و

انجام برنامه‌ریزیهای بهداشتی - علمی - کاربردی در این زمینه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. در کشور ما ستاد حوادث غیر مترقبه غالباً وظیفه کمک رسانی و امداد به فاجعه‌زدگان را به عهده دارد ولیکن نیازهای روانی آسیب دیدگان بحران چندان مورد توجه نیست. در حالیکه در کشورهای صنعتی و پیشرفته رکن اساسی در عملیات امداد، کمک رسانی و امداد روانی است به بیان دیگر باید توجه داشت که حوادث غیر مترقبه در هر نوع و شکل آن بی‌شک بهداشت روانی افراد و جمعیت‌های درگیر حادثه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در نگاه کلی این جمعیت‌های درگیر حادثه را می‌توان در دو گروه عمده به شرح ذیل مورد بررسی قرار داد، گروهی از افراد که دچار حادثه شده‌اند و گروه دیگر که در متن حادثه نبوده‌اند ولی جهت امداد، کمک‌رسانی، مدیریت بحران و ... به نوعی درگیر حادثه می‌گردند. در گروه اول کاهش اضطراب، استرس و تسکین روحی فاجعه دیدگان کمک می‌کند تا عوارض عواقب مرتبط با بهداشت روانی این گروه کاهش یابد و در گروه دوم آموزش و آشنایی امدادگران با روشهای کاهش استرس فردی، چگونگی رویارویی با فاجعه‌دیدگان، حفظ روحیه و اعتماد به نفس در حین امداد رسانی و ... می‌تواند از اضطرابهای و فشارهای روانی که باعث کاهش عملکرد و کارایی امدادگران شود جلوگیری به عمل آورد. به بیان دیگر می‌توان گفت:

بهداشت روانی سوانح و حوادث غیر مترقبه دانشی است که برای کمک به آسیب دیدگان و مردم در معرض خطر و نیز کمک به امداد گرانی که به یاری فاجعه دیدگان می‌شتابند، شکل گرفته است. همچنین روانپزشکی و بهداشت درمان در حوادث و رویدادها غیر مترقبه، شامل ابعاد وسیعی چون: پیشگیری و آموزش، درمان و توانبخشی از یکسو و آموزش فردی، گروهی و عمومی مردم و همچنین آموزش افرادی که در معرض حادثه قرار گرفته‌اند (Exposure Event)، یا از حادثه آسیب دیده‌اند، از سوی دیگر است. بدون تردید مدیریت کار آمد بهداشت روانی حوادث پی‌آمدهای مثبت آن عامل کلیدی و مهمی در کاهش بحران و عوارض بعدی آن به شمار می‌رود.

پیامدهای روان شناختی و مداخلات پرستاری در حوادث

غیر مترقبه²³¹

بلايا حوادث آسیب زدایی هستند که کلیه افراد جامعه را تحت تأثیر قرار داده و باعث تخریب وسیعی می‌گردند. متأسفانه بلايا موجب ایجاد صدمات فزایندهای در کلیه سطوح افراد جامعه می‌گردد. هر نوع بلايا به عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی و یک تهدید بسیار جدی جسمی و یک استرس روان شناخت است بلايای طبیعی در سطح جهان هر سال منجر به مرگ و معلولیت جسمی و روانی میلیونها نفر و صدمات مالی بسیار می‌گردد. مطالعات و تحقیقات متعددی در

²³¹ نویسندگان: اکرم پرنده، مرتضی خاقانی زاده، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

زمینه اثرات روانی حوادث غیر مترقبه بر جامعه انسانی انجام گرفته است که هر کدام مبین اپیدمیولوژی بسیار وسیع از اختلالات روان شناختی است. دیوید و همکاران (1999) در طی مطالعه خود بر روی بازماندگان گردباد آندرو (جنوب فلوریدا در سال 1992) میزان اختلال استرس پس از سانحه را 36%، افسردگی اساسی 30%، اختلال اضطرابی منتشره 11% و اختلال پانیک 10% در طی 6 تا 12 ماه پس از گردباد برآورد نمودند. در مطالعه دیگر بدنبال یک زلزله مخرب در هندوستان در سال 1996 بازماندگان مبتلا به اختلال روانی را 59% بیان کردند که از این میان 23% مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و 21% دارای اختلال افسردگی اساسی بودند. اگر چه بطور معمول در سال دوم بعد بلایا میزان شیوع بیماری روانی کاهش می یابد اما پس از آن در برخی افراد بصورت مزمن و پایدار باقی می ماند. شایع ترین پیامد روانی بدنبال بلایا اختلال استرس پس از سانحه است اما سایر اختلالات عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی، اختلال پانیک، اختلال شبه جسمی و اختلال خواب می باشد. تجربیات کشورهای پرستاری ارائه شده متعاقب این حوادث به افراد آسیب دیده در کاهش عوارض بعد آنها بسیار ارزنده ای خواهد داشت. بدیهی است درمان اختلالات روانشناختی پس از بلایا یک امر تخصصی است اما همکاری سایر حرف از جمله پرستاران ضرورت خاصی دارد. پرستاران ضمن آگاهی و شناخت از عوارض روان شناختی بلایا می توانند مداخلات متعددی انجام دهند. از جمله مداخلات عبارتند از: شناسایی و ارزیابی و ارجاع بیماران به مراکز تخصصی و ویژه، کمک در کاهش فشار روانی از طریق برخورد صحیح و مناسب، افزایش توانایی فرد در جهت سازگاری بهتر، آموزش مهارت‌های مقابله ای جهت کاهش اضطراب و تنیدگی و غیره.

آمادگی روانی پرستاران در مقابله با حوادث غیر مترقبه

آسیب های جسمی—روانی وحتى مرک نیز از عواقب اجتناب ناپذیر بلایای طبیعی شمرده می شود. اهمیت اینگونه حوادث از لحاظ روانشناختی از آن روست که موجب تحمیل فشارهای روانی بر فرد و جامعه می گردد. بازنگری حوادث غیر مترقبه ای که در گذشته در کشورمان بوقوع پیوسته و بروز فاجعه های اجتماعی اساسی متعاقب آن ، گویای این حقیقت تلخ است که تجارب حاصل از اینحوادث ، نه تنها راه گشای یک برنامه ریزی منسجم برای کاهش عوارض حوادث احتمالی بعدی نبوده بلکه هر بار پس از وقوع ، جامعه دچار هیاهویی کاذب می گردد. این هیاهوی کاذب به نوبه خود سبب اعمال اقدامات شتابزده و بعضاً بی حاصل می شود بطوریکه انگار این نخستین بار است که جمعه دچار چنین وضعیت بحرانی شده است. بنابراین اولین گام در چاره اندیشی عواقب و عوارض چنین فجایع ، درس گرفتن از آنهاست. البته بهترین راه پیشگیری از عوارض یک حادثه ، جلوگیری از به وقوع پیوستن آنهاست. اما با توجه به اینکه جلوگیری کردن از حوادث طبیعی از حیثه قدرت انسان خارج است مناسبترین شیوه در گام نخست ، پیشگیری از بروز بحران پس از فاجعه است. که این امر با آموزش فرایندهای امدادی اثر بخش و هدفمند قبل از بروز بحران پس از فاجعه از مکانیسمهای سازگاری استفاده نماید اما به علت بزرگی بحران ایجاد شده در بلایای طبیعی اغلب نمیتوان با شیوه های معمولی بر بحران فائق آمد و به تعادل رسید. ولی در هر صورت با استفاده و تلفیق راهکارهای مناسب وپروسه های مقابله می توان تا حد زیادی عملکرد فرد و جامعه را در مقابل بحران طاقث فرسایي را

برای آنان ایجاد می کند. کادر درمانی و پرستاران علیرغم تحمل رنج و ناراحتی ومشکلات خود و خانواده شان موظفند اقدامات حمایتی و درمانی را نیز به نحو احسن و با کیفیتی مطلوبتر از همیشه به انجام برسانند و به جای حضور در کنار خانواده به رفع نیازهای جامعه بپردازند. بنابراین با آماده سازی گروه درمانی و پرستاران از نظر روانی و با آموزش پروسه های مقابله می توانیم توانایی گروهها اتخاذ استراتژی مناسب در موقعیت جدید افزایش دهیم. مهارتهای مقابله با موقعیت های بحرانی به دو گروه تقسیم می شود. یکی استراتژیهای روانی (متمرکز بر هیجان) و دیگری ، استراتژیهای عملی (متمرکز در بحران).

در برنامه های آموزشی و آمادگی های پیش از بلایا می بایست به نیازهای روانی درمانگران نیز توجه شود. لذا شایسته است آمادگی روانی با درک آسیب پذیری گروه درمانی در هنگام مصدومیت و پاسخگویی آنان به نیازهای خود و خانواده شان صورت گیرد. در حقیقت با آماده نمودن کادر درمانی برای رویارویی با تنش و بحران، حمایت روانی آسیب دیدگان نیز به بهترین نحو ممکن صورت می پذیرد. در کل با تقویت روشهای مقابله ای مثبت ومنطقی قبل از بلایا در گروه درمانگران میتوان از اقدامات شتابزده و غیر منطقی آنها در زمان بلا و پس از آن جلوگیری کرد که حاصل آن به دست آوردن حداکثر بازدهی از عملکرد کادر درمانی خواهد بود.