

روش‌ها: به منظور تعیین میزان اثربخشی خدمات حمایت روانی- اجتماعی به آسیب‌دیدگان، وضعیت سایکوپاتولوژی اختلالات روانی و اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا، ۳۸۹ کودک و بزرگسال شرکت‌کننده در جلسات حمایت روانی- اجتماعی قبل از شروع مداخلات و یکسال بعد از ارایه خدمات توسط ۱۰ نفر روانشناس بالینی شاغل در استان قزوین مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه کنترل نیز از مناطق آسیب‌ن دیده شهرستان قزوین انتخاب گردید. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر و پرسشنامه بررسی علائم اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زای واتسون و یول بود.

یافته‌ها: میزان سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در افراد دارای ۱۵ سال سن و بیشتر در گروه تجربی از ۴۵ درصد قبل از مداخله به ۳۳/۵ درصد بعد از دریافت خدمات و در کودکان زیر ۱۵ سال از ۳۴/۱ درصد قبل از مداخله به ۲۳/۱ درصد بعد از دریافت خدمات رسید. خدمات حمایت روانی همچنین توانست به‌طور معنی‌داری شدت علائم اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا را در دو گروه کاهش دهد.

نتیجه‌گیری: خدمات حمایت روانی- اجتماعی به آسیب‌دیدگان سوانح طبیعی می‌تواند تا حد زیادی از علائم اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا و همچنین سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در بازماندگان بکاهد و از بروز و شیوع مشکلات اجتماعی در آنها جلوگیری نماید. **کلمات کلیدی:** حمایت روانی، سوانح طبیعی، سایکوپاتولوژی اختلالات روانی، اختلال استرس.

اثربخشی مداخلات حمایت روانی - اجتماعی در بازماندگان زلزله قزوین

دکتر محمدتقی یاسمی*، سیدعباس باقری یزدی**، لیلا خواصی***، اقدس کافی****
*روانپزشک، مشاور ارشد سازمان جهانی بهداشت، ژنو، سوییس
** نویسنده مسئول کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، ایران
E:sabagheri@yahoo.com
***روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
****کارشناس روانشناسی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

وصول مقاله: ۸۹/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۱۳

چکیده

مقدمه: پیامدها و اثرات روانی- اجتماعی سوانح طبیعی موضوعی است که از اهمیت خاصی برخوردار بوده، لیکن در کشور ما کمتر به آن توجه شده است. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی مداخلات حمایت روانی- اجتماعی در بازماندگان زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ می‌باشد.

جامعه هم ایفای نقش می‌کنند. نظام حمایت روانی - اجتماعی نقش فوق‌العاده مهمی در محافظت از افراد در مقابل بلایا و به‌طور کلی اثرات آن دارد. آشفتگی و اختلال روانی - اجتماعی، آثار سوئی بر خانواده و اجتماع دارد و خود یک منبع عظیم فشار بر افرادی می‌شود که خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهند. تخریب خانواده و اجتماع از نظر روانشناختی ممکن است در کوتاه مدت و به ویژه دراز مدت از خود سوانح مخرب‌تر باشد (۲).

در سال ۱۳۷۷ کمیته فرعی تخصصی کاهش اثرات سوانح طبیعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیازهای برآورده نشده روانی - اجتماعی مردم در دو زلزله بیرجند و اردبیل را بررسی کرد. این پژوهش نشان داد که یک‌سال پس از زلزله، بالغین سه برابر و کودکان دو برابر بیشتر از جمعیت آسیب‌نیده از اختلالات روانی رنج می‌برند و به نیازهای روانی - اجتماعی آنها توجه نشده بود. همچنین در این پژوهش‌ها مشخص شد که امدادگران در زمینه ارائه حمایت‌های روانی - اجتماعی به آسیب‌دیدگان، نیاز به آموزش دارند (۱).

در مطالعه‌ای که در مرکز ملی اختلال استرس پس از حادثه^۱ به دنبال زلزله آگوست ۱۹۹۹ ترکیه انجام شد، مشخص گردید PTSD در ۳۲٪ تا ۶۰٪ بالغین و ۲۶٪ تا ۹۵٪ کودکان بازمانده بعد از زلزله دیده می‌شود. اکثر کسانی که در معرض استرس بوده‌اند، عوارض کوتاه‌مدت استرس‌های آسیب‌زا همچون شوک، ترس شدید، خشم، درماندگی، کرحتی، خاطرات آزاردهنده، کاهش تمرکز و... را تجربه می‌کنند. پیامدهای طولانی مدت استرس‌های شدید از

از بین حوادثی که هرچندگاه در سرزمین ایران روی می‌دهد، سوانح طبیعی جایگاه ویژه‌ای دارند. این اتفاقات ناخواسته با توجه به موقعیت جغرافیایی ایران و این واقعیت غیرقابل تردید که کشور ما در زمره ده کشور آسیب‌پذیر دنیا از نظر سوانح طبیعی است، از اهمیت خاصی برخوردار است. وقوع سوانحی مانند زلزله شرایط ویژه‌ای را در جامعه به وجود می‌آورد، نیازهای جدیدی را بنا می‌نهد، الگوهای متعارف زندگی را بر هم می‌ریزد و انسان‌ها را در شرایط روحی روانی خاصی فرو می‌برد.

سوانح طبیعی در سطح جهانی هر سال منجر به مرگ و معلولیت جسمی و روانی میلیون‌ها نفر و صدمات مالی بسیار می‌گردد. بلافاصله بعد از وقوع سوانح، سیل کمک‌ها و امداد به مناطق فاجعه‌زده ارسال می‌گردد. یعنی بیشتر کشورها در برخورد با وقایع مصیبت‌زا معطوف به پیامدهای جسمی و مالی این عوارض بوده‌اند و به عوارض روانی - اجتماعی فجایع کمتر توجه شده است.

در جریان سوانح طبیعی، آسیب به افراد مانند کوه یخ عظیمی است که قسمت اعظم آن در زیر آب قرار دارد و دیده نمی‌شود. مرگ در قله آن و مجروحیت و معلولیت جسمانی در بخش‌های بیرونی آب قرار دارند، ولی مجروحیت و معلولیت روانی که گاهی تا پایان عمر باقی می‌مانند بدنه اصلی این کوه را تشکیل می‌دهند (۱).

سوانح بر افراد، خانواده‌ها و جوامع اثرات متفاوتی دارند. این اثرات متمایز و قابل جداسازی نیستند. اثرات مخرب سوانح بر افراد تشکیل‌دهنده یک جامعه، در آثار آن در کل

^۱ Post traumatic disorder (PTSD)

قبیل PTSD، افسردگی و سوء مصرف مواد و الکل باعث تغییرات شدید در روابط بین فردی آنها شده است. ارائه خدمات بهداشت روان و حمایت‌های اجتماعی مناسب به بازماندگان موجب کاهش نشانه‌ها و بهبود کیفیت زندگی آنها گردید (۳).

صلیب سرخ السالوادور در گزارش خود پیرامون اثرات زلزله در این کشور ذکر می‌کند که فقدان و از دست دادن افراد مورد علاقه و خویشاوندان در طی بلایا، احتمالاً بیشترین صدمه عاطفی را ایجاد می‌کند، به‌خصوص زمانی که این اتفاق در اثر یک حادثه طبیعی غیرقابل پیش‌بینی ایجاد شود. زلزله السالوادور باعث شد که افراد زیادی جان خود را از دست بدهند و خرابی‌های زیادی به بار آید و این بازماندگان هستند که باید با عوارض آن مقابله کنند. زلزله یکی از انواع بلایای طبیعی است و خیلی سریع اتفاق می‌افتد ولی عوارض روانشناختی و عاطفی طولانی مدتی برجای می‌گذارد. صلیب سرخ السالوادور تلاش خود را بر کاهش اختلالات روانی مردم آسیب‌دیده متمرکز کرد و برنامه‌های بهداشت روان شامل حمایت‌های روانی - اجتماعی برای بازماندگان آسیب‌پذیر را ارائه نمود که نتایج آن نشان‌دهنده توان بازگشت مردم به زندگی روزانه خود بوده است (۴).

در گزارش هیروشی کاتو از زلزله هانشین ژاپن آمده است که در سوانح طبیعی با وجود این که تروما افراد زیادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد ولی اکثر بازماندگان کمک‌های روانشناختی و روانپزشکی دریافت نمی‌کنند، بنابراین باید برنامه‌هایی برای بهبود سلامت روان آنها در نظر گرفت که در آنها از سیستم سیاری فعال خدمات، ادغام با سایر خدمات و

فراهم نمودن خدمات مستمر به بازماندگان آسیب‌پذیر استفاده کرد. برنامه‌های خدمات حمایت روانی - اجتماعی زلزله ۱۹۹۵ هانشین ژاپن، بر اساس مطالعات نیازسنجی افراد بازمانده صورت گرفت و نتایج نشان دهنده کاهش عوارض و علائم اختلال پس از استرس ضربه‌ای در آنها بود (۵).

به دنبال زلزله شدید قجارات هند، ۱۴ تا ۲۰ هزار نفر جان خود را از دست دادند و به بیش از ۱/۲ میلیون منزل مسکونی آسیب رسید. بررسی انجام گرفته در منطقه آنجا که در ۳۰ مایلی شرقی مرکز زلزله قرار دارد، نشان داد که اکثریت دانش‌آموزان مدارس منطقه و ۷۵٪ معلمان آنها از مشکلات روانشناختی خود شکایت داشتند. نشانه‌های اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب، اجتناب از تماس با دنیای خارج و تمایل به خودکشی بعضی از تظاهرات روانشناختی در آنها بوده است. در این مطالعه ۵۹ درصد افراد بزرگسال نیز از اختلالات روانی رنج می‌بردند که از این میزان ۲۳ درصد مبتلا به اختلال پس از استرس ضربه‌ای و ۲۱ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند (۶).

در یک پژوهش طولی که روی آسیب‌دیدگان گردباد سری لانکا در سال ۱۹۷۸ انجام شد میزان استرس وارده به افراد بعد از بازگشت به محل سکونت خود مورد مطالعه قرار گرفت. انسجام و هم‌نوایی عاطفی افراد جامعه مانع بروز علائم و به تأخیر انداختن واکنش افراد نسبت به واقعه بود. تداوم اقامت در منازل آسیب‌دیده به عنوان یادآور و تشدیدکننده وضعیت روانی افراد عمل می‌کرد. بیش از نیمی از افراد تا یکسال بعد دچار اختلالات روانی بودند. پژوهشگران ارائه خدمات

حمایت روانی - اجتماعی زود هنگام را پس از وقوع چنین سوانحی، مؤثر ارزیابی کردند(۷).

در پژوهش احمدی (۱۳۶۹) تحت عنوان «بررسی اثرات استرس پس از ضربه در اثر زلزله رودبار در دختران و پسران کمتر از ۱۵ سال» نشان داد که تقریباً همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات خواب بودند و ترس از تاریکی، ترس از تنهایی، افکار مزاحم هنگام استراحت و کابوس در آنها وجود داشته است. بیشتر آنها افکار تکرار شونده نسبت به حادثه داشتند و نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند(۲).

عابدی (۱۳۷۰)، در مطالعه خود بر روی کودکان بی‌سرپرست منطقه رحمت‌آباد رودبار نشان داد که افت تحصیلی در دانش‌آموزان کلاس چهارم و پنجم بیشتر از سایر کودکان آسیب‌دیده می‌باشد و کسانی که زیر آوار مانده بودند علائم اختلال پس از استرس آسیب‌زا و رفتار ضداجتماعی بیشتری را از خود نشان داده بودند(۲).

در بررسی انجام‌گرفته توسط یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) در دو منطقه زلزله‌زده اردبیل و جنوب خراسان (بیرجند و قاینات)، که تحت‌عنوان «شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشتی درمانی به آسیب‌دیدگان سوانح طبیعی» انجام‌گرفت نشان داد که نیاز به حمایت روانی و اجتماعی دره‌مه بازماندگان و امدادگران درگیر عملیات وجود دارد(۱).

در اول تیر ماه سال ۱۳۸۱، زلزله‌ای به شدت ۶ در مقیاس ریشتر در منطقه آبگرم و آوج در فاصله ۱۲۵ کیلومتری قزوین به وقوع پیوست که بر اثر آن دو روستا کاملاً ویران، ۷ روستا ۸۰ درصد و ۱۰ روستا نیز ۵۰ درصد

آسیب‌دیدند. به دنبال این زلزله ۲۳۵ نفر از جمعیت ۳۵۰۰۰ نفری روستایی این مناطق کشته شدند. دو روز پس از وقوع فاجعه تیم حمایت روانی اداره سلامت روان وزارت بهداشت به منظور ارائه خدمات حمایت روانی - اجتماعی به آسیب‌دیدگان مناطق آسیب‌دیده به استان عزیمت نمودند و با کمک جمعیت هلال‌احمر و معاونت بهداشتی استان اقدام به فعالیت‌های زیر نمودند:

۱. تشکیل کمیته بهداشت روان استان در حوادث غیرمترقبه در مرکز بهداشت استان.
 ۲. برگزاری کارگاه آموزشی حمایت روانی برای ۳۵ نفر از امدادگران استان.
 ۳. بررسی نیازسنجی اولیه و تعیین خط پایه در طول هفته پس از وقوع زلزله.
 ۴. ارائه هفته‌ای یک روز خدمات حمایت روانی توسط یک روانپزشک و چهار روانشناس بالینی و یک مددکار اجتماعی.
 ۵. برپا نمودن چادر حمایت روانی در روستای حصار.
- مداخلات انجام گرفته در طول مدت یک سال پس از وقوع زلزله به‌قرار زیر بود:
۱. برگزاری ۱۰۸ جلسه گروهی حمایت روانی برای کودکان.
 ۲. ارائه خدمات روانی به ۹۶۰ کودک.
 ۳. شرکت ۷۴۲ نفر از افراد بزرگسال در جلسات بازگویی روانشناختی، تکنیک‌های کنترل افکار مزاحم، آرمیدگی، تجسم هدایت شده و حساسیت‌زدایی(۸).
- باتوجه به تدوین برنامه مداخلات حمایت روانی - اجتماعی براساس نتایج کسب

شده در دو زلزله اردبیل و قاین، این مداخلات بر روی بازماندگان زلزله قزوین تجربه گردید تا با ارزیابی اثربخشی این مداخلات بتوان راهکارهای مناسب برخورد منطقی و صحیح از نظر بهداشت روانی با بازماندگان بلایای طبیعی را در کشور فراهم آورد.

روش‌ها

به منظور تعیین میزان اثربخشی خدمات حمایت روانی- اجتماعی به آسیب‌دیدگان، وضعیت سایکوپاتولوژی اختلالات روانی و اختلال پس از استرس ضربه‌ای، ۳۸۹ کودک و بزرگسال شرکت‌کننده در جلسات حمایت روانی اجتماعی قبل از شروع مداخلات و یک سال بعد از ارائه خدمات توسط ۱۰ نفر روانشناس بالینی شاغل در استان مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه کنترل نیز از مناطق آسیب ندیده شهرستان قزوین انتخاب شدند. در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده گردید:

۱. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی برای سنجش سایکوپاتولوژی افراد ۱۵ سال و بالاتر؛ این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۳ برای ارزیابی سایکوپاتولوژی اختلالات روانی و اثربخشی مداخلات در موقعیت‌های مختلف ساخته شده است. سؤالات این پرسشنامه چهارگزینه‌ای و به هر سؤال با توجه به شیوه نمره‌گذاری سنتی ۱ نمره تعلق می‌گیرد؛ در نتیجه نمره هر فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود (۹).

۲. پرسشنامه راتر برای سنجش سایکوپاتولوژی کودکان زیر ۱۵ سال؛ این پرسشنامه که وضعیت سلامت رفتاری و روانی کودکان را مورد سنجش قرار می‌دهد توسط راتر در سال ۱۹۷۲

ساخته و سؤالات آن دربرگیرنده شکایات جسمی (۷ سؤال)، عادات (۵ سؤال) و حالات رفتاری (۱۸ سؤال) می‌باشد که هر سؤال دارای سه گزینه خیر، تاحدی درست و کاملاً درست است و نمره افراد از صفر تا ۶۰ متغیر می‌باشد (۱۰).

۳. پرسشنامه واتسون برای سنجش اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا در افراد ۱۵ سال و بالاتر؛ این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال پیرامون اختلال پس از استرس ضربه‌ای است و سؤالات آن ۶ گزینه‌ای و نمره هر فرد از صفر تا ۱۰۵ متغیر می‌باشد (۱).

۴. پرسشنامه یول برای سنجش اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا در کودکان زیر ۱۵ سال؛ این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال چهارگزینه‌ای است و نمره هر فرد از صفر تا ۷۵ متغیر خواهد بود (۱). این پرسشنامه‌ها در بررسی انجام گرفته توسط یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) در زلزله اردبیل و بیرجند و قاینات به‌کاربرده شده و اعتبار محتوی و سازه آنها در بررسی مذکور نشان‌دهنده روایی و پایایی آزمون‌ها در ایران بوده است.

برای سنجش سایکوپاتولوژی افراد ۱۵ سال و بالاتر، از نمره برش ۷ در پرسشنامه سلامت عمومی و برای تعیین میزان سایکوپاتولوژی افراد زیر ۱۵ سال از نمره برش ۱۳ در آزمون راتر استفاده شده است.

یافته‌ها

میزان سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در افراد دارای ۱۵ سال سن و بیشتر در گروه

تفاوت موجود بین دو مرحله در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار بوده است.

یافته‌های جدول شماره ۲، نشان دهنده این است که میزان اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا در کودکان زیر ۱۵ سال، در گروه تجربی که یکسال خدمات حمایت روانی - اجتماعی را دریافت کرده بودند از ۲/۳ درصد در حد شدید قبل از مداخله به ۰/۵ درصد بعد از دریافت خدمات رسیده و از ۱۲/۱ درصد در حد متوسط قبل از مداخله به ۶/۲ درصد بعد از مداخله رسیده است که تفاوت موجود بین دو مرحله در سطح اطمینان ۹۹/۹ درصد معنی دار بوده است.

تجربی که یکسال خدمات حمایت روانی - اجتماعی را دریافت کرده بودند از ۴۵ درصد قبل از مداخله به ۳۳/۵ درصد بعد از دریافت خدمات رسیده که تفاوت موجود بین دو مرحله در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار بوده است؛ همچنین نشان‌دهنده این است که میزان سایکوپاتولوژی در گروه کنترل که هیچگونه خدماتی دریافت نکرده بودند قبل از شروع طرح ۲۵/۶ درصد بوده است که به ۲۴/۴ درصد رسیده و تفاوت موجود بین دو مرحله معنی‌دار نبوده است.

میزان سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در کودکان زیر ۱۵ سال سن در گروه تجربی که یک سال خدمات حمایت روانی - اجتماعی را دریافت کرده بودند از ۳۴/۱ درصد قبل از مداخله به ۲۳/۱ درصد بعد از دریافت خدمات رسیده که تفاوت موجود بین دو مرحله در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار بوده است. میزان سایکوپاتولوژی در کودکان گروه کنترل که هیچگونه خدماتی دریافت نکرده بودند قبل از شروع طرح ۲۰/۳ درصد بوده که به ۱۹/۹ درصد رسیده و تفاوت موجود بین دو مرحله معنی‌دار نبوده است.

اطلاعات مربوط به بررسی وضعیت اختلال پس از استرس ضربه‌ای در جداول ۱ و ۲ آورده شده است. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میزان اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا در افراد بالغ (دارای ۱۵ سال سن و بیشتر)، در گروه تجربی که یکسال خدمات حمایت روانی - اجتماعی را دریافت کرده بودند از ۱۳/۱ درصد در حد شدید قبل از مداخله به ۹/۳ درصد بعد از دریافت خدمات رسیده و از ۲۹/۸ درصد در حد متوسط قبل از مداخله به ۱۸/۸ درصد بعد از مداخله رسیده است که

جدول شماره ۱- اطلاعات مربوط به بررسی وضعیت اختلال پس از استرس ضربه‌ای در بزرگسالان

تشخیص	قبل از مداخله	بعد از مداخله
شدید	۱۳/۱	۹/۳
متوسط	۲۹/۸	۱۸/۸
خفیف	۳۳/۴	۴۱/۹
بدون اختلال	۲۳/۷	۳۰/۱

جدول شماره ۲- اطلاعات مربوط به بررسی وضعیت اختلال پس از استرس ضربه‌ای در کودکان

تشخیص	قبل از مداخله	بعد از مداخله
شدید	۳/۳	۰/۵
متوسط	۱۲/۱	۶/۲
خفیف	۲۱/۴	۳۰/۰
بدون اختلال	۶۳/۲	۶۳/۳

بحث

نتایج این بررسی مؤید یافته‌های سایر بررسی‌های انجام‌گرفته در سایر کشورهای جهان است که شروع بلافاصله و به موقع خدمات حمایت روانی - اجتماعی به بازماندگان ناشی از سوانح طبیعی می‌تواند تا حد زیادی از فشار روانی شدید در آنها بکاهد و از مزمن شدن و تداوم و تثبیت علائم و واکنش‌های روانی در افراد جلوگیری نماید؛ لیکن اثربخشی مداخلات در مورد کودکان چشمگیر بوده است. نتایج بررسی دلالت بر این دارد که خدمات حمایت روانی - اجتماعی به آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی می‌تواند تا حد زیادی از علائم اختلال پس از استرس ضربه‌ای و همچنین سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در آنها بکاهد و از بروز و شیوع مشکلات اجتماعی در بازماندگان جلوگیری نماید. مصاحبه بالینی از بازماندگان نکات

ارزشمندی را در کار با آسیب‌دیدگان ارائه نموده که استفاده از آنها در مداخلات بعدی به منظور خدمات بهینه ضروری به نظر می‌رسد:

۱- تعداد قابل ملاحظه‌ای از آسیب‌دیدگان از طرف بازماندگان و امداد رسانیان توصیه به عدم تخلیه هیجانات خود شده بودند.

۲- بسیاری از والدین از این که تیم حمایت روانی تعدادی اسباب بازی در اختیار کودکانشان قرار داده بود سپاسگزار بودند. از طرفی هیجانات مثبت کودکان به دنبال دریافت اسباب بازی نیز کاملاً مشهود بود.

۳- در صورت درک مصاحبه‌کننده از واکنش طبیعی روانی افراد در مقابل بلایای طبیعی، امکان تخلیه هیجانات به صورت صحیح فراهم می‌آید.

3. National center for Post Traumatic Stress Disorder, "Turkey Earthquake in 1999 & posttraumatic stress". Department of Veterans Affairs, A national center for PTSD fact sheet, 2000.
4. Morizzo, K, "El Salvador: Mental Health Programs for Earthquake Survivors". International Federation of Red Crescent Societies, 2001
5. Katoh, H. "Mental Health Program for the Victims of the Great Hanshin Earthquake in Japan: The strategies and the activities". Disaster Victim Assistance Program, Hyogo Organization of Mental Health, Hyogo prefecture, Osaka, Japan, 1996.
6. Sharma, R. "Gujarat earthquake causes major metal health problems", 2002. Available on: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7332/259/c>
7. National Center for PTSD. "National mental Health Services: A Guidebook for clinicians and administrators", 2000 Available on: <http://www.ncptsd.org/documents/indet.htm>
8. Patrick, S.; Digrouf, A. and Yule, W. "children and disasters". UNICEF publication, 1999.
9. Goldberg, D. "The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1973.
10. Rutter, M. "The prevalence of child psychiatric disorders". British J. of Psychiatry, 12, 1975: pp493- 508.

۴- وجود آداب و رسوم مربوط به سوگواری‌های جمعی و شرکت در مراسم مذهبی، عامل مهمی در تسهیل تخلیه احساسات و بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی بازماندگان بود.

۵- بسیاری از بازماندگان نگران سلامتی مجروحان خود بودند که با ایجاد یک کانال ارتباطی از طریق تیم حمایت روانی بین بازماندگان و مجروحان آنها در بیمارستان، پیوستگی و علاقمندی به شرکت در جلسات حمایت روانی مهیا گردید. این تجربیات باید در مدیریت بحران کشور مدنظر قرار گیرد تا از پیامدهای روانی - اجتماعی سوانح پیشگیری به عمل آید.

سپاسگزاری

محققین این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از زحمات و حمایت‌های معاونت محترم بهداشتی استان قزوین، ریاست سازمان امداد و نجات کشور، رئیس جمعیت هلال احمر قزوین، روانپزشکان و روانشناسان همکار در پروژه قدردانی نمایند. همچنین از اهالی ساکن در مناطق آبرگم و آوج که با همکاری خود امکان نتایج این مجموعه را فراهم آوردند تشکر نمایند.

فهرست منابع

1. Yasemi M, Bagheri Yazdi A, Layeghi H, Mirabzadeh A, Zojaji A, Shahmohamadi D. "Appropriate Methods of Mental Health Services providing to the Injured of Natural Disasters, Health Deputy of Medical Sciences and Health Services Shahid Beheshti University 1999. [In Persian]
2. Karami S, "Study of Behavioral Disorders, Post Traumatic Stress Disorder in children and adolescent boys and girls aged 16-9 in earthquake areas after three years comparing with non-earthquake areas". MA thesis, Institute of Clinical Psychology psychiatric Tehran, Iran University of Medical Sciences, 1995. [In Persian]