

برنامه کشوری

حمایت روانی – اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

(ویرایش چهارم)

ویرایش اول ۱۳۷۷- پس از نیازسنجی در زلزله بیرجند و اردبیل

ویرایش دوم ۱۳۸۱- پس از زلزله قزوین

ویرایش سوم ۱۳۸۲- پس از زلزله بم

ویرایش چهارم- ۱۳۸۸

اداره سلامت روان

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت سلامت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه:

ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. ۱۶۰۰۰۰ نفر طی یک قرن از بلایای طبیعی فوت کرده اند. حوادث غیر مترقبه و طبیعی ۹۶۸۰۸۱ سال DALYs در سال ۱۳۸۲ در ایران ایجاد کرده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله، باوجود جاری شدن هر ساله سیلاب در بخشهایی از کشور ما و... برآورد میشود که بدون زلزلههای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال DALYs که سهم بسیار زیادی از آن را YLL تشکیل میدهد، در کشور ما پدید میآید. در هر صورت این حادثه نیز مثل حوادث ترافیکی در سنین ۵ تا ۱۴ سال و پس از آن ۱۵ تا ۲۹ سال بیشترین میزان بروز DALYs را دارد. از آنجایی که میتوان ادعا کرد که در کشور ما هر چند سال یکبار زلزلههای مانند بم ممکن است اتفاق بیافتد، بار آن نباید به یکسال معین تعمیم داده شود. در جهان نشان داده شده است که DALYs ناشی از بلایا قابلیت کاهش و کنترل دارد. پس ما نیز برای کاهش آن باید آمادگیهای لازم را کسب کنیم. با توجه به بار بیماریها محاسبه شده در سال ۱۳۸۲ میتوان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYs را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است. این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیشتر از پیش مطرح میکند.

بر اساس فعالیتهایی که از طریق کمیته فرعی تخصصی بهداشتی کاهش اثرات بلایای طبیعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو زلزله بیرجند و اردبیل در سال ۱۳۷۶-۱۳۷۷ صورت گرفت نیازهای برآورده نشده مردم طی ۵ پژوهش موازی مورد بررسی قرار گرفت (یاسمی و همکاران ۱۳۷۷). این پژوهشها نشان داد که یکسال پس از زلزله، بالغین سه برابر و کودکان دو برابر بیشتر از جمعیت آسیب ندیده از اختلالات روانی رنج می برند و نیازهای روانی - اجتماعی آنها مورد غفلت واقع شده است. همچنین در این پژوهشها مشخص گردید که امدادگران نیز در زمینه چگونگی حمایت روانی - اجتماعی از آسیب دیدگان نیاز به آموزش دارند. با توجه به این مسئله یک برنامه کشوری برای مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه تهیه گردید و متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و پمفلتهایی برای مردم عادی تهیه شد و متعاقب آن امدادگران هلال احمر با همکاری این نهاد آموزش دیدند.

کلیه روانشناسان و روانپزشکان شبکه بهداشت روان کشور نیز طی دو کارگاه تخصصی «حمایتهای روانی - اجتماعی در شرایط اضطراری» آموزش ویژه دیدند.

سال ۱۳۸۱ در جریان زلزله قزوین مداخله برنامه ریزی شده بر اساس برنامه کشوری انجام گردید. خوشبختانه این مطالعه نشان داد که برنامه کشوری تدوین شده اجرایی می باشد و مداخلات روانی - اجتماعی در کاهش عوارض روانی ناشی از بلایا موثر است.

با بازبینی و تصحیح برنامه متعاقب اجرای آن در زلزله قزوین، در زلزله بم که از نظر وسعت تخریب و تعداد آسیب دیدگان حادثه منحصر به فرد بود، نیاز به بازبینی مجدد مشاهده گردید که به همت همکاران محترم پس از اعمال تجربیات جدید طرح عملیاتی نهایی تدوین و آماده اجرا و بهره برداری در حوادث احتمالی گردید.

در سال ۱۳۸۷ به دنبال حادثه آتش سوزی مربوط به منطقه صنعتی بازنه اراک و زلزلههای متعدد در سطح استان هرمزگان ضرورت بازنگری مجدد این برنامه از سوی اداره سلامت روان مطرح گردید. بر این اساس تیمی متشکل از افراد ذیصلاح تشکیل گردید. آنچه ملاحظه میگردد، جمعبندی از مجموع نظرات ارزشمند کارشناسان میباشد.

اهداف:

هدف کلی - حفظ و ارتقاء سطح سلامت روان جامعه پس از حوادث غیر مترقبه
- پیشگیری از آسیب های وارده به سلامت روان متعاقب حوادث غیرمترقبه

اهداف اختصاصی

- کاهش بروز عوارض روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- کاهش شیوع و پیشگیری از پیشرفت و تشدید عوارض روانی در حوادث غیرمترقبه
- افزایش توان انطباق و آماده سازی بازماندگان
- تقویت مهارت های اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد، خودیاری و بازسازی جامعه

امکانات موجود:

۱. وجود برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در سیستم PHC
۲. ارائه خدمات بهداشتی از طریق نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) در سراسر کشور
۳. وجود برنامه کشوری مداخله روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
۴. وجود متون آموزشی اولیه در این زمینه
۵. وجود گروه وسیعی از بخشهای دولتی و غیردولتی متعهد و علاقمند از جمله، استانداردی، هلال احمر، سازمان بهزیستی و دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور
۶. وجود شبکه امدادرسانی هلال احمر و امدادگران داوطلب در استانهای سراسر کشور
۷. وجود آموزه های دینی و فرهنگی و اعتقادات مذهبی مردم و حضور روحانیون و نهادهای مذهبی برای انجام مداخلات موثر
۸. وجود مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹. وجود انجمنهای علمی روانشناسی و روانپزشکی، سازمانهای مردم نهاد و...

محدودیتها:

۱. پایین بودن سطح دانش و مهارتهای عملی نیروهای انسانی در نهادهای مختلف ارائه دهنده خدمات
۲. عدم آگاهی کافی برخی از مسئولین نسبت به اهمیت و اولویت خدمات بهداشت روانی
۳. ضعف همکاری بین بخشی در خصوص برنامه های بهداشت روان
۴. عدم آگاهی کافی اقدار جامعه نسبت به اهمیت و اولویت خدمات بهداشت روان و اولویت قائل نشدن برای سلامت روان خود

رویکردهای راهبردی:

۱. ادغام برنامه حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه با برنامه کشوری حوادث غیر مترقبه
۲. توجه به سرعت و فوریت (Urgency) علاوه بر اولویت (Priority)
۳. برگزاری دوره های بازآموزی مستمر در دانشگاههای علوم پزشکی کشور در راستای حفظ و ارتقاء توان علمی و عملی کارشناسان یا حفظ آمادگی دانشگاههای علوم پزشکی از طریق برگزاری دوره های بازآموزی
۴. رویکرد سلامت نگر (Health oriented) بجای رویکرد بیمارنگر (Patient oriented)

۵. توانمندسازی بجای رویکرد حمایتگر صرف
۶. رویکرد مبتنی بر جامعه بهجای رویکرد مبتنی بر کلینیک و بیمارستان
۷. توسعه همکاری بین بخشی (Intersectoral Collaboration) در زمینه حمایت روانی اجتماعی پس از حوادث غیر مترقبه
۸. توجه به جلب همکاری و مشارکت مردمی پس از حوادث غیر مترقبه
۹. توجه به فرهنگ بومی، اعتقادات، آداب و رسوم مذهبی و بافت شهری و روستایی

راهبردهای اجرایی برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

۱- راهبرد اداری:

تشکیل کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در چارچوب تشکیلاتی ستاد حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که شامل موارد ذیل میگردد:

۱-۱ در سطح ستادی:

• اقدامات:

- ✓ تعیین مسئول کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که رابط کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز خواهد بود.

- ✓ تشکیل کمیته علمی - مشورتی کاهش اثرات روانی ناشی از حوادث غیرمترقبه، تحت نظارت و پیگیری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ این کمیته ۵-۷ عضو خواهد داشت، ریاست کمیته به عهده مسئول کشوری حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و دبیر کمیته مسئول کشوری اداره سلامت روان میباشد.
- ✓ سایر اعضاء عبارتند از:
 - یک نفر روانپزشک، یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی، یک کارشناس از اداره اعتیاد دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، یک کارشناس از اداره سلامت اجتماعی دفتر، ، یک نفر روانشناس بالینی (حداقل کارشناس ارشد)، یک نفر مددکار اجتماعی (حداقل کارشناس ارشد) و یک تا دو نفر دیگر به ضرورت و انتخاب رئیس کمیته تعیین می گردد.
- ✓ اعضاء کمیته از بین افرادی انتخاب خواهند شد که واجد صلاحیت علمی و دارای تجربه در زمینه دخالت در حوادث غیرمترقبه باشند.

• شرح وظایف:

- ✓ برنامه ریزی جهت انجام مداخلات در بحران روانی اجتماعی پس از حوادث غیرمترقبه با رعایت ضوابط مندرج در برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی
- ✓ نظارت و ارزشیابی عملکرد کمیته‌های حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ✓ انجام پژوهش‌های کاربردی و نیازسنجی

۲ + - در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• اقدامات:

- ✓ تعیین مسئول دانشگاهی حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی کاهش اثرات روانی حوادث غیرمترقبه
- ✓ تبصره: ریاست این کمیته به عهده معاون بهداشتی دانشگاه و دبیر آن نیز کارشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه می باشد. سایر اعضاء این کمیته یک روانپزشک ، یک نفر روانشناس دیگر ، یک مددکار اجتماعی ، یک نفر روحانی، یک نماینده از استانداری (ستاد حوادث غیرمترقبه)، یک نماینده از سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر و وزارت آموزش و پرورش و یک نفر از NGOهای مرتبط خواهد بود.

• شرح وظایف:

- ✓ مدیریت و نظارت بر اجرای برنامه کشوری حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه و ارائه گزارش به دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ آماده‌سازی ظرفیت های تخصصی مورد نیاز حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه
- ✓ انجام پژوهش‌های کاربردی و نیاز سنجی

۳-۱ در سطح شهرستان:

• اقدامات :

- ✓ تعیین مسئول حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی به ریاست معاون بهداشتی دانشگاه و عضویت ۳-۵ نفر کارشناس صاحب‌نظر در زمینه سلامت روانی-اجتماعی

• شرح وظایف:

- ✓ اجرای کلیه برنامه های حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که در سطوح استان و ستاد برنامه ریزی شده است.

- ۴ - مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)
 ۵-۱ - خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)

۲- راهبردهای آموزشی

برنامه های آموزشی در دو سطح آموزش عمومی و آموزش تخصصی به شرح ذیل می باشد:

۲-۱- آموزش عمومی

- ✓ آموزش عمومی با بسیج آموزشی چند رسانه ای (Multimedia campaign) و با استفاده از رادیو و تلویزیون و اطلاع رسانی در مورد خدمات اداری، آموزش بهداشت، بازیونند خانوادگی، بازسازی اجتماعی و معرفی منابع خدماتی موجود در منطقه.
- ✓ آموزش مراقبتهای روانی بصورت عمومی با تکیه بر مسایلی مانند سوگ، اضطراب، ترس، واکنش حاد به استرس و غیره.
- ✓ طراحی، چاپ و توزیع پمفلت، پوستر و کتابچه در مورد بهداشتی روانی در حوادث غیرمترقبه برای گروههای مختلف شامل: کودکان، نوجوانان، والدین، همسران، سالمندان، معلمان، رهبران دینی جامعه و روحانیون.
- ✓ برگزاری گردهمایی های عمومی و نشستهایی با والدین با تکیه بر آموزش بهداشت روانی در حوادث غیرمترقبه

۲-۲- آموزش تخصصی

- ✓ آموزش مسئولین و دست اندرکاران بهداشتی درمورد ضرورت مداخلات روانی اجتماعی و برنامه های در دست اجرا

تبصره: محتوای آموزشی برای مسئولین و مدیران شامل موارد زیر خواهد بود:

- آشنایی با اهمیت و ابعاد مشکلات روانی در حوادث غیرمترقبه و تبلیغ اثر بخشی مداخلات روانی اجتماعی

- آشنایی با تجربیات قبلی جهانی و داخلی در مورد مداخلات روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

- آموزش چگونگی مقابله با استرس و آموزش تکنیکهای عملی برای کنترل بهتر خود برای مقابله موثر با استرس

✓ آموزش مدون بهداشت روانی به امدادگران هلال احمر

✓ آموزش مدون دوره های بازآموزی برای متخصصین علوم رفتاری که خدمات روانی اجتماعی را ارائه می دهند.

✓ آموزش مدون معلمین، مشاوران مدرسه و کارکنان مراقبت کننده از کودکان

✓ آموزش کارکنان بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و سایر متخصصین پزشکی که با آسیب دیدگان سروکار دارند و نیاز به آگاهی از تکنیکهای اولیه روانی - اجتماعی دارند.

✓ هم فکری و تبادل نظر با رهبران دینی جامعه به دلیل اهمیت و نقش مداخلات آرام سازی در سوانح و برگزاری سمینارهای یک روزه به منظور افزایش آگاهی آنان از نیازها و کمکهای روانی - اجتماعی

✓ آموزش کودکان و نوجوانان تسهیلگر جهت ادامه حمایت های روانی - اجتماعی به همسالان خود

۳- راهبردهای پژوهشی

این راهبردها شامل اقدامات کوتاه مدت ، میان مدت و بلند مدت می باشد.

• اقدامات کوتاه مدت(یک هفته اول):

✓ نیاز سنجی فوری پس از حوادث غیر مترقبه

✓ تشکیل بانک اطلاعاتی و مراکز اطلاع رسانی به بازماندگان

• اقدامات میان مدت (یک ماه اول)

✓ نیاز سنجی تفصیلی (Detailed assessment)

✓ مدیریت و نظارت بر اطلاع رسانی

✓ تهیه نقشه پژوهشی

✓ سفارش انجام طرح پژوهشی مرتبط

• اقدامات بلند مدت (در طول اجرای برنامه):

✓ نیازسنجی مستمر

✓ مدیریت پژوهش های مرتبط

۴- راهبردهای درمانی

• شرح وظایف:

- ✓ تهیه بسته های مداخلات درمان دارویی (مراجعه شود به کتاب راهنمای اختلالات روانپزشکی برای بزرگسالان ویژه پزشک)
- ✓ تهیه بسته های مداخلات درمانهای غیر دارویی
- ✓ تامین نیروی انسانی متخصص

• اقدامات:

- ✓ ایجاد و تامین مراکز درمان (فوری، مستمر)
- ✓ تامین نیازهای درمانی گروههای خاص (کودکان، زنان، سالمندان و معلولین)

۵- راهبردهای بازتوانی

این راهبرد شامل اقدامات کوتاه مدت و بلند مدت با استفاده از حمایهای شغلی - اجتماعی و آموزشهای توانمندسازی می باشد.

- شرح وظایف:
 - ✓ تهیه بسته های مداخلات بازتوانی
 - ✓ جلب مشارکت و همکاری بین بخشی
 - ✓ نظارت و پیگیری ارائه خدمات به ویژه جهت گروه های در معرض خطر
 - اقدامات:
 - ✓ ارجاع و پیگیری موارد جهت دریافت خدمات بازتوانی (شغلی، اجتماعی...)
- کلیه راهبردهای مذکور در مراحل ۴ گانه قابل انطباق خواهد بود.

برنامه اجرایی (Plan of action)

دستورالعملهای اجرایی برای ارائه خدمات بهداشتی روانی در جریان حوادث غیرمترقبه را می توان به ۴ مرحله تقسیم بندی کرد:

مرحله اول (قبل از حادثه)

۱- اجرایی

- ✓ تعیین مسئول کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ تشکیل کمیته علمی مشورتی حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ انجام تدارکات لازم به منظور تامین حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه
- ✓ ایجاد هماهنگی اجرایی برای اعزام سریع تیم به منطقه حادثه دیده
- ✓ انجام حمایت یابی (Advocacy) برای تامین بودجه و نیروی انسانی ضروری

۲- آموزش عمومی:

۲-۱- آموزش عمومی در زمینه حذف انکار بروز حوادث غیرمترقبه و علل بروز این حوادث و راههای به حداقل رساندن آثار مخرب

۲-۲- آموزش در زمینه مقابله با استرس بهخصوص برای دانش آموزان

۲-۳- آموزش عمومی در مورد اقدامات عمومی بعد از حادثه از طریق رسانه ها (صدا و سیما و مطبوعات) این آموزش شامل روشهای مقابله با استرس، خود آرامسازی و غیره خواهد بود.

۳- آموزش تخصصی:

۳-۱- آموزش مسئولین در مورد ضرورت مداخلات روانی - اجتماعی در برنامه های در دست اجرا در این زمینه.

۳-۲- آموزش مدون حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه به روانپزشکان و روانشناسان

مسئول بهداشت روانی کلیه استانها بهعنوان مربی مربیان (TOT)

۳-۳- آموزش امدادگران هلال احمر، اعضاء سازمانهای غیر دولتی و مردم نهاد مرتبط در زمینه حمایت اولیه روانی اجتماعی در زمینه حمایت اولیه روانی - اجتماعی

۳-۴- تهیه جزوات آموزش خاص برای گروههای مختلف (روحانیون، متخصصین، امدادگران و غیره)

۳-۵- گنجاندن واحدهای درسی ویژه در زمینه حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در رشته های مربوطه دانشگاهی بخصوص روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی.

۳-۶- بازآموزی مدون روانپزشکان و روانشناسان در زمینه آموزش تخصصی مداخلات روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه.

۳-۷- آموزش مشاورین مدارس در زمینه حمایت روانی - اجتماعی دانش آموزان در حوادث غیرمترقبه

مرحله دوم (بلافاصله بعد از حادثه):

اقدامات عمومی:

▪ اعزام فوری کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه به منطقه از استان مربوطه و

در صورت نیاز از استانهای معین (مجاور)

▪ برآورد سریع نیازها در ساعات و روزهای اولیه بعد از حادثه

▪ ایجاد مراکز اطلاع رسانی

- جمع آوری کلیه اطلاعات راجع به افراد فوت شده، مجروح و اعزام شده برای درمان و

کودکان در گروههای سنی مختلف که والد یا والدین خود را از دست داده اند.

توضیح: اطلاعات ضروری در کارتهای بهداشتی خانواده (کاغذی یا رایانه ای) ثبت شده و از کلیه

جنازهای مجهول الهویه عکسبرداری می شود.

- دادن اطلاعات فوری به امدادگران و مردم منطقه راجع به وجود این مرکز و نوع خدمات آن

- دادن اطلاعات صحیح به امدادگران و بازماندگان و اقوام دور از محل حادثه (اطلاع دادن خبرمرگ به بستگان به شیوه تخصصی، بهتر است حتی الامکان توسط افراد این کمیته و با حضور یکی از اعضاء خانواده صورت گیرد).
 - اطلاع رسانی در مورد مجروحان و بالعکس.
- توضیح: تبادل اطلاعات با توجه به شرایط موجود در منطقه، با استفاده از امکانات اولیه ای چون پخش با بلندگو یا امکانات پیشرفته تر مثل، رسانه های ارتباط جمعی، تلتکس، سایت اینترنتی صورت می گیرد.
- همراهی کردن بستگانی که برای تشخیص هویت می خواهند جنازه ای را ببینند. (دیدن جنازه توسط بازماندگان اگر هدایت شده و صحیح صورت گیرد، از نظر روانی مفید خواهد بود.
 - توضیح دادن راجع به چگونگی وقوع مرگ به نحو صحیح مفید است.)
 - کمک و همراهی برای بازدید گروهی از محل مرگ در مرحله بعد
 - تشویق و همراهی برای شرکت در مراسم تدفین درگذشتگان
 - انجام سخنرانی فنی توسط روحانی بعد از مراسم تدفین
 - انجام سخنرانی فنی توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی
 - اعزام روانپزشک به بیمارستان محل مداوای مجروحین جهت حمایت روانی آنان و در صورت لزوم کمک به تیمهای پزشکی (از وظایف مهم این روانپزشک فراهم آوردن امکان ملاقات بستگان و بخصوص فرزندان و والدین و نیز آگاهسازی اطرافیان از شرایط جسمانی مجروحین آنها است.)
 - انجام مداخله در بحران (Crisis intervention) و بازگویی روانشناختی (Psychological debriefing) طی جلسات گروهی با داغدیدگان و شروع تکنیکهای شفابخش روانی (Recovery techniques)
 - اقداماتی ویژه برای گروههای خاص:
 - مداخلات روانی- اجتماعی برای بیماران مزمن جسمی -روانی، معتادین، کودکان، سالخوردگان و زنان
 - مداخلات روانی - اجتماعی برای معلمین آسیب دیده
 - مداخلات روانی - اجتماعی از طریق مشاورین مدارس برای دانش آموزان
 - آموزش معلمین بوسیله مشاورین آموزش دیده در زمینه حمایت روانی - اجتماعی دانش آموزان
- توضیح: در مواردی که آموزش قبلی در مورد مشاورین وجود نداشته است، کمیته دانشگاهی این فعالیت را برای مشاورین مدارس انجام خواهد داد.
- پیدا کردن جانشین مادر برای کودکان خردسال که مادر خود را از دست داده اند.
 - در مورد کودکانی که شیر مادر استفاده می کردند برای تغذیه از مادران رضاعی داوطلب کمک گرفته شود. در غیر اینصورت از تغذیه مصنوعی استفاده شود.
 - همکاری در ردیابی و بازپیوند خانوادگی با سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر

مرحله سوم (از هفته دوم تا ۶ ماه بعد از شروع برنامه)

۱- مداخلات گروهی حمایت روانی - اجتماعی آسیب دیدگان:

توضیح: حداقل نیروی انسانی مورد نیاز جهت انجام مداخله شامل یک روانشناس، یک روانپزشک و یک مددکار اجتماعی است. در صورت فراهم بودن همکاری بین بخشی، ترکیبی از نمایندگان وزارت بهداشت، هلال احمر و بهزیستی مطلوب خواهد بود.

توضیح: در مداخلات گروهی اولیه ادامه نیازسنجی و غربالگری موارد شدیدتر صورت می گیرد.

۲- مداخلات تخصصی برای گروههای غربال شده با هدف بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی آسیب دیده بدنبال حادثه، با استفاده از شیوه های تخلیه هیجانی (Ventilation)، چرخش تعاملات گروهی و تسریع حس همدلی در بین افراد گروه و استفاده از تکنیک بازگویی روانشناختی (Psychological debriefing) و سایر تکنیکهای بهبود روانی (Recovery techniques) انجام خواهد شد. توضیح: این گروهها جداگانه برای بزرگسالان و کودکان تشکیل خواهد شد.

۳- مداخلات ویژه کودکان:

کودکان این مناطق علاوه بر شرکت در گروههای تخصصی از امکانات مراکز بازی یا خانه بازی کودک (Play centers) که در منطقه ایجاد می گردد، استفاده خواهند نمود تا از طریق فعالیتهای فیزیکی و بازی بازنمایی تجارب ذهنی در زلزله در آنها کاهش یابد.

۴- مداخلات ویژه داغدیدگان:

تشکیل جلسات گروهی حمایت روانی - اجتماعی داغدیدگان (Grief work) و استفاده از تکنیکهای بازگویی روانشناختی (psychological debriefing) و سایر تکنیکهای بهبود روانی (Recovery techniques)

۵- مداخلات ویژه سندروم استرس پس از حادثه (PTSD)

تشکیل جلسات گروهی حمایت روانی - اجتماعی مبتلایان به PTSD. این جلسات به صورت گروهی حداقل ۴ جلسه به فاصله یک هفته با رویکرد کنترل ۳ دسته علایم ایجاد شده ناشی از استرس شامل تجربه مجدد هیجانانگیز دردناک، بیش برانگیختگی هیجانی و علایم اجتنابی و اضطرابی تشکیل می شود. ۶- تشویق بازماندگان به شرکت در روند بازسازی و مشارکت در فعالیتهای منطقه مانند چادرزدن، لوله کشی آب، نجاری، شستشوی لباس در رختشویخانه صحرایی و ... وجود دارد.

۷- برگزاری جلسات مذهبی به کمک روحانیون و سخنرانی اعضای کمیته در این جلسات

۸- برنامه ریزی برای بازدید مسئولین جهت رسیدگی به مشکلات بازماندگان، تسریع بازسازی و اطمینان بخشی روانی

- ۹- برنامه ریزی مددکاری برای مشکلات اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی بازماندگان و ایجاد ارتباط فعال بین مردم و مسئولین ستادهای معین از طریق مددکاران کمیته
- ۱۰- خدمات مددکاری مستمر به بازماندگان:
- با استفاده از اطلاعات مرکز اطلاع رسانی کمیته و نیز اطلاعات مردمی، خدمات مددکاری به شکل ارتباط مرتب و منظم به بازماندگان نیازمند، مجروح (بستری یا سرپایی) و ارتباط موثر با عوامل و اعضاء ذیربط در کمیته استانی توسط اعضاء مددکاری کمیته خواهد بود.
- ۱۱- شناسایی و غربالگری افرادی که به دنبال حادثه دارای علائم و نشانههای روانشناختی و رفتاری شدهاند. (علامت یابی)
- ۱۲- برنامه ریزی جهت ایجاد اشتغال از طریق مددکاران کمیته
- ۱۳- برنامه ریزی برای سرگرمی، بازی کودکان و بازگشت به تحصیل دانش آموزان
- ۱۴- ارائه خدمات بهداشت روانی برای امدادگران
- ۱۵- تشکیل جلسات جهت Ventilation و debriefing، توسط اعضاء تخصصی کمیته در جهت کاهش تنش، و ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری از فرسودگی شغلی امدادگران

مرحله چهارم (از ماه ۶ به بعد):

- ۱- ادامه برنامه شناسایی افراد واجد علائم مشکلات روانی و رفتاری و مداخلات روانپزشکی و روانشناختی برای مواردی که علائم تداوم دارد.
- ۲- ادامه برنامه های بازدید مسئولین
- ۳- ادامه برنامه های بهداشت روانی ادغام شده در برنامه های مذهبی
- ۴- ادامه برنامه های مددکاری
- ۵- ادامه برنامه های اشتغال زایی
- ۶- مشاوره در جریان سوگ سالگرد
- ۷- سپردن ادامه برنامه خدمات بهداشت روان به سیستم PHC و در صورت لزوم ارجاع به اعضاء کمیته دانشگاهی در استان و شهرستان

پایش و ارزشیابی

✓ اقدامات:

- ارسال گزارش ۳-۶ ماه یکبار درطول وضعیت غیر اضطراری از طرف رئیس محترم کمیته استانی در موقعیتهای بحرانی

- ارسال گزارش هفتگی در شرایط اضطراری از طرف معاون محترم بهداشتی دانشگاه ،
رئیس محترم کمیته استانی در موقعیتهای بحرانی

✓ شاخصها (Indicators):

شاخصهای مرحله اول

- ۱- تعداد دفعات برگزاری کمیته اجرایی کاهش اثرات روانی در بلایا در سطح دانشگاههای علوم پزشکی در شش ماه
- ۲- تعداد/ساعت برگزاری کارگاههای آموزشی(تخصصی)حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه در شش ماه
- ۳- میزان آگاهی افراد شرکت کننده در دورههای آموزشی حمایتها (امدادگران)
- ۴- تعداد/ساعت برنامه های آموزش عمومی در زمینه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه در طی شش ماه
- ۵- تعداد بروشور تکثیر و توزیع شده در یک سال
- ۶- تعداد برنامه های پخش شده از رسانه ها در زمینه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه در یک سال
- ۷- تعداد مانورهای انجام شده در یک سال

شاخصهای مرحله دوم، سوم و چهارم

۱. تعداد/ ساعت افرادی که در جلسات گروهی شرکت کرده اند
۲. تعداد/ ساعت افرادی که تحت پوشش برنامه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه قرار گرفته اند
۳. تعداد کودکانی که بازپیوند خانوادگی شده اند
۴. تفاوت میزان شیوع انواع آسیبهای روانی قبل و بعد از مداخله از طریق انجام پژوهش