



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران



# سیل و سلامت روان - گزارش بخش کیفی

مرتضی ناصر بخت

پژوهشگر آسیب های اجتماعی

مرکز تحقیقات بهداشت روان - هسته پژوهشی سلامت روان اجتماع

دانشگاه علوم پزشکی ایران



# سوالات مطالعه

بخش کیفی با یک بحث متمرکز گروهی در هر شهرستان با جمعیت خدمت گیرنده (افرادی که به شکل‌های مختلف سیل بر زندگی آنان تأثیر گذاشته) و یک بحث متمرکز گروهی با ارائه دهندگان خدمت (کارشناسان مراکز بهداشتی، هلال‌احمر و بهزیستی) و سه مصاحبه عمیق فردی با ارائه دهندگان خدمت انجام خواهد شد. سوالات این بخش به شرح زیر می باشد:

## سوالات مردم

- ۱- تجربه شما در مورد ارائه خدمات سلامت روان در سیل اخیر چه بود، نکات قوت و ضعف ارائه خدمات چه بود؟
- ۲- بدترین اتفاقی که برای شما در جریان سیل و در رابطه با سیل افتاد چه بود، در برابر این اتفاق چه عکس‌العملی (رفتاری) نشان دادید؟ به چه چیزهایی فکر می کردید؟ چه احساساتی (ترس و نگرانی) داشتید؟
- ۳- آیا زندگی شما به روال معمول برگشته است، چه چیزی به شما کمک کرده که به زندگی به روال معمول خود برگردد؟ و اگر برگشته چه موانعی وجود داشته است؟ (سوال تاب آوری)
- ۴- پیش بینی شما در مورد شرایط زندگیتان در یک سال آینده چیست (امید به آینده)؟

## سوالات مسئولان

- ۱- چه تجربه‌ای از این حادثه در ارائه خدمات بهداشت روان گرفتید؟ چه مشکلاتی در ارائه خدمات داشتید؟ (نقاط قوت و ضعف)
- ۲- پیشنهاد شما برای ارائه بهتر خدمات سلامت روان در حوادث بعدی چیست؟

## سوالات ارائه دهندگان خدمت

- ۱- تجربه شما در مورد ارائه خدمات سلامت روان در سیل اخیر چه بود، نکات قوت و ضعف ارائه خدمات چه بود؟
- ۲- توانمندی خود و همکارانتان را در ارائه خدمت و مدیریت شرایط چگونه ارزیابی می کنید؟
- ۳- اگر شما هدایت کننده تیم مداخلات سلامت روان بودید، چه برنامه‌هایی داشتید؟ (پیشنهادات برای ارائه بهتر خدمات)

# روش مطالعه

- بحث گروهی و مصاحبه عمیق با در ۶ شهرستان تحت مطالعه که بحران سیل در آنها رخ داده است صورت گرفت. مشارکت کنندگان در این مطالعه افرادی بودند که در فروردین سال ۹۸ درگیر بحران سیل در این شهرستانها بوده اند یا در امر خدمت رسانی به مردم سیل زده این شهرها مشارکت داشتند. ابتدا مشارکت کنندگان به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در مرحله بعد با توجه به مضامین خلق شده در مصاحبه ها و تحلیل ها به منظور تکمیل ابعاد آنها افراد جدیدی به پژوهش وارد شدند. این اقدام تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت در هر شهرستان حداقل ۲ بحث گروهی متمرکز با مردم (دریافت کنندگان خدمات) و ارائه کنندگان خدمات سلامت روان (کارکنان مراکز بهداشت، هلال احمر و بهزیستی) انجام شد. به علاوه در هر شهرستان حداقل ۳ مصاحبه عمیق فردی با مسئولان (مانند رییس مرکز بهداشت (یا رییس شبکه) و فرماندار (یا شهردار یا بخشدار)) انجام گرفت. تعداد شرکت کنندگان در هر بحث گروهی حداقل ۷ و حداکثر ۱۰ نفر بود. مصاحبه ها و بحث های گروهی تا به اشباع رسیدن داده ها ادامه یافت. در نهایت تعداد ۱۴ بحث گروهی با مردم سیل زده و ارائه دهندگان خدمات سلامت روان و ۱۹ مصاحبه عمیق فردی با مسئولان ستادی استانی و شهرستانی توسط اعضای کمیته انجام شد. اعضای کمیته همزمان با سفر به مناطق سیل زده برای انجام بخش کیفی، از مناطق سیل زده در هر استان بازدیدهای میدانی به عمل آورده و از نزدیک شاهد مشکلات و آسیب های ایجاد شده بودند.

- روش اصلی جمع آوری داده ها در این مطالعه، مصاحبه به شیوه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز بود. تعدادی سؤالات کلیدی به صورت باز با تمرکز بر موضوع میزان دستیابی به اهداف طرح در قالب راهنمای مصاحبه طراحی شدو افراد مورد نظر مورد سؤال قرار خ گرفت. توالی سؤالات برای همه مشارکت کنندگان ممکن است لزوما یکسان نبود و پژوهشگر متناسب با شرایط گفتگو و با شکل گیری طبقات ممکن است در راستای اهداف مطالعه سؤالات دیگری را به آن اضافه می نمود. جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده می شود. در پژوهش ابتدا مصاحبه ها ضبط شدند و سپس هر چه سریع تر سخنان مشارکت کنندگان پیاده می شود. برای درک محتوای مصاحبه های نوشته شده در راستای سؤال پژوهش متن ها چندین بار خوانده شده و سپس واحدهای معنی استخراج شد ند. سپس کدها خلاصه شده و بر اساس شباهتشان دسته بندی شدند و طبقات و زیر طبقه ها تشکیل شدند. برای مدیریت و سازماندهی داده ها از نرم افزار MAXQDA 10 استفاده می شود.

# نتایج مطالعه - ۱

(واکنش های روانی پس از سیل)



- خشم و عصبانیت
- ترس و اضطراب و نگرانی
- کم خوابی ، کابوس های شبانه، افکار مزاحم
- احساس ناامیدی ، داشتن افکار خودکشی
- احساس ناامنی به همراه پرخاشگری نزاع و درگیری
- استرس داشتن خود افراد ارائه دهنده خدمات
- وجود نشانه های جسمانی استرس در مردم مانند تپش قلب
- عدم بروز احساسات در آقایان، احساس بی کفایتی، ترس بسیار از بالا آمدن آب
- وحشت زدگی کودکان
- گوش به زنگی مردم و ترس از صدای بلندگوی مساجد
- مصرف مواد مخدر در حضور بچه ها

# نتایج مطالعه - ۲

## عوامل ایجاد کننده فشارروانی برای مردم

- تخریب خانه و زمین‌های کشاورزی
- مشکلات اقتصادی ناشی از دست دادن سرمایه های اولیه زندگی و هر چیزی که برای آن سالها زحمت کشیده بودند
- نگرانی از دست دادن یا آسیب دیدن نزدیکان
- علاوه براین عواملی درحاشیه سیلابها اتفاق افتاده موجب نارضایتی و ناخرسندی مردم شده و در نهایت فشارروانی وارد شده به سیل زدگان را افزایش داده است از این موارد می توان موارد ذیل را برشمرد:
- احساس بی‌عدالتی در توزیع کمک‌ها
- کند بودن ارائه خدمات
- عملی نشدن وعده های مسولان یا عدم تسریع در به وقوع پیوستن آن ها
- نامناسب بودن روش های اعلام هشدار و اطلاع رسانی و یا اطلاع رسانی نادرست
- پنهان کاری در ارائه اطلاعات دقیق و درمیان نگذاشتن اطلاعات صحیح با مردم
- خستگی روانی در اثر طولانی شدن زمان سیل
- وضعیت بد اسکان در اردوگاهها و کمپ ها و بی نظمی در مدیریت آنها



## نتایج مطالعه – ۳

خدمات سلامت روان: قوت ها و چالش ها از دیدگاه مردم

- مردم از ارایه خدمات سلامت روان و توجه به این مقوله اظہار رضایت می کردند، چون با تکنیک ها و مهارتهایی که به آنها آموزش داده می شد
1. توان مقابله آنها را با مشکلات بیشتر می کرد
  2. تاب آوری آنها را افزایش می داد
  3. شناسایی مشکلات روانی به آنها در ارایه خدمات سلامت روان هم برای آنها توسط دستگاہهای مختلف انجام می شد

ولی با اینحال ارایه این از دیدگاه مردم با چالش هایی از قبیل موارد زیروبرو بوده است:

- a. تأخیر در شروع خدمات سلامت روان** به ویژه برای روستاهای دور که عمدتاً به دلیل کمبود نیروی انسانی و کمبود امکانات تردد بوده است.
- b. عدم هماهنگی** گروه‌های ارایه دهنده خدمات سلامت روان
- c. مراجعه تکراری** و خستگی سیل‌زدگان
- d. عدم دسترسی مناسب** به داروهای روان و روانپزشک

## نتایج مطالعه - ۴

خدمات سلامت روان: قوت ها و چالش ها و موانع از دیدگاه مسوولان و دیگر ذینفعان ارایه دهنده خدمت

- فقدان مدیریت و فرماندهی واحد در خدمات حوزه سلامت روان
- عدم توجه به کودکان، مردان و افراد معتاد در برنامه ریزی های خدمات سلامت روان
- مشکل تفاوت فرهنگی و زبانی کارشناسان با سیل زدگان
- موقت بودن نیروهای سلامت روان (نیروهای تعهد خدمت)، کمبود و جابه جایی نیروها
- کمبود مددکار اجتماعی و نیروهای تخصصی سلامت روان
- عدم برنامه ریزی برای آموزش نیروها در برخی سازمانهای ارایه دهنده خدمات سلامت روان در قبل از بحران (مثلا بهزیستی)
- عدم وجود پایگاه اطلاعاتی جامع در مورد خدمات بهداشتی و سلامت روان عمده مناطق سیل زده
- تخریب جاده ها و مسدود شدن راه های ارتباطی و دشواری
- جابه جایی و حضور زیاد مسئولان در جریان سیل

## نتایج مطالعه - ۶

(نقاط قوت)

آموزش	
واحد‌های معنا	کد
پرخاشگری‌ها خیلی زیاد بود و ما بعد از غربالگری، تمرکز آموزش‌شهامون را روی آموزش مدیریت خشم و مدیریت استرس گذاشتیم (خوزستان)، ارائه آموزش‌های موثر: آرام سازی، کاهش استرس، ارائه مشاوره روانی به مدیران و عوامل اجرایی، برگزاری کارگاه آموزشی قبل از مداخله، آموزش‌های مناسب برای کودکان و مادران	آموزش مبتنی بر نیاز و متناسب برای گروه هدف
ما قبل از حادثه خیلی آمادگی داشتیم چون نیروهایی که در حوزه سلامت روان کار میکردند را آموزش داده بودیم. ما دو دوره برنامه‌ی آموزش PTSD رو برای روانشناسایی که میخواستن در واقع ورود پیدا بکنن به قضیه رو پیدا کردیم (لرستان)	آموزش نیروها در زمان مناسب
مداخلات	
واحد‌های معنا	کد
گروه‌های غربالگری ما پس از سیل هم در محل حاضر است.	انجام غربالگری پس از سیل
قبل از بحران ما آسیب‌های مختلفی در حوزه سلامت روان و بهداشت فردی و روانی خصوصا در مناطق روستاییمون داشتیم	وجود غربالگری قبل از رخداد سیل
مهدکودک‌های سیارمون خیلی به خانواده‌ها و بچه‌هاشون کمک کرد	برپایی مهدکودک در اردوگاه‌ها - طرح محب و سحر بهزیستی
ما بچه‌هامون شب‌ها هم اونجا بودند، نشستند کنار مردم حرف میزنند و خیلی‌ها از این طریق تخلیه هیجانی میکردند و بهشون کمک میشد	تخلیه هیجانی مردم
اینجا ۹۰ درصد جمعیت مناطق سیل زده عرب زبان بودند؛ ما همه کارشناسان روان که مسلط به زبان عربی بودند را سه شیفت مستقر کردیم	تشابه زبان متخصصان با مردم
روز اول کاور و کارت شناسایی برای بچه‌هامون درست کردیم. دیگه کسی کاری به بچه‌های ما نداشت و از این طریق جلوگیری میشد از ورود افراد نامناسب	قانونمند کردن ارائه خدمات پس از سیل



## نتایج مطالعه -۷

### (نقاط قوت)

سیاست ها و برنامه ها	
واحد های معنایی	کد
تمرکز مداخلات بر زنان و کودکان: مداخلات روان شناختی خیلی خوب بود. البته بیشتر مداخلات متمرکز بود روی خانم ها و کودکان	داشتن برنامه و پروتکل برای مداخلات روانشناختی حین بحران
کمک به معیشت روستاییان از طریق کمیته امداد: پرداخت کمک معیشت به روستاهایی که در معرض سیل بودند	واریز کمک کمیته امداد
همکاری خوب بهداشت، بهزیستی و هلال احمر: یک نقطه عطفی که بود همکاری بچه های بهداشت و بهزیستی و هلال احمر بود. این هماهنگی بینمون خیلی خوب بود	همکاری بین سازمان ها
شناخت خوب منطقه و مردم روستاها: تجربه موفق ما در اردوگاهها بود. همین که منطقه و مردم روستا را میشناختیم.	تجربه موفق به واسطه انتخاب نیروهای بومی
جلوگیری از ورود افراد نامناسب با صدور کارت شناسایی برای نیروها: روز اول کاور و کارت شناسایی برای بچه هامون درست کردیم و از این طریق جلوگیری میشد از ورود افراد نامناسب	صدور کارت شناسایی برای نیروها
نگرانی و ترس از توزیع غذای فاسد: برای توزیع غذا ما از بیوتروریسم میترسیدیم باید حواسمان بود که غذای فاسد داده نشود	پیشگیری از بیوتروریسم
نداشتن تلفات جانی به جهت اخطارهای بجا و برنامه ریزی های مناسب: خوشبختانه خسارت جانی در محدوده ما خیلی کم بود و در حد مصدومیت بود	اطلاع رسانی
در شهرهای ما (گلستان) به خاطر وجود سامانه ناب هماهنگی خوبی برای ثبت اطلاعات بهداشتی بین سازمانهای مختلف اتفاق افتاده بود	داشتن سامانه یکپارچه مدیریت اطلاعات

# نتایج-نقاط ضعف-۱

سیاست گذاری ها و مدیریت بحران	
کد	واحد معنا
غافلگیری در مورد شدت حادثه	مراحل مختلف بحران همزمان در مناطق مختلف استان خوزستان و عدم پیش بینی درست:ما در استان خوزستان ۴ مرحله بحران را همزمان داشتیم مثلا در چادگان مرحله ۱ بحران بود ولی در شوش مرحله ۲ و ۳ را داشتیم.
عدم پیش بینی وقوع سیل شدید در سایر مناطق	پیش بینی وقوع سیل و مراحل سیل به درستی صورت نگرفته بود
نبود مرکز هماهنگ کننده نهادهای درگیر	عدم هماهنگی روان شناسان:ما خیلی جلسه گذاشتیم که روان شناس ها هماهنگ کنیم و همه از یک کانال وارد شوند و مردم را خسته نکنند. علی رغم این جلسات اونها جدا جدا میرفتند و مردم را خسته میکردند.
اهمیت دادن به ثبت خدمات و آمار و گزارش	ثبت آمار در کاهش کیفیت خدمات تاثیر داشت:بحث آمار روزانه را اگر حذف میکردند، این روی کیفیت کار ما تاثیر میگذاشت
قول های عمل نشده مسئولین	عمل نکردن به وعده های داده شده توسط مسئولین:بی اعتمادی مردم نسبت به مسئولین زیاد بود چون وعده هایی که داده بودند عملی نشده بود
قدر شناسی مسئولین و بی توجهی به نیروی انسانی	در نظر گرفتن نیازهای انگیزشی مدیران:واقعا نیازه در حوزه سلامت روان، نیازهای انگیزشی ما مدیران هم مدنظر قرار بگیره
عدم آینده نگری برای آموزش نیروها	آموزش بعد از وقوع حادثه:قدرت پیش بینی را ندارند تا اتفاقی میفته بعدش آموزش میدارند
موازی کاری و هدر رفتن سرمایه ها	عدم مشخص بودن مسئولیت ها و موازی کاری:مسئولیت ها مشخص باشه. همه داشتیم موازی کار میکردیم و همه سرمایه ها داشت هدر میرفت
همکاری کم بین بخشی و درون بخشی	همکاری بین بخشی و درون بخشی هم دیده نشد
سردرگمی مردم موقع مراجعه برای کمک	نبود مکان مشخص برای افراد داوطلب برای کمک:اعتماد مردم مهمه و اینکه بعضی ها میخواستند کمک کنند نمیدونستند از چه دریچه ای باید وارد شوند
عدم وجود پروتکل عملیاتی	نداشتن پروتکل عملیاتی برای مراجعه سیل زدگان:پروتکل عملیاتی نداشتیم که اگه کسی مشکلی داشت کجا مراجعه کنه! گاهی پاس میدادن فرد را به معاونت درمان، اونجا پاسش میدادن به هلال احمر، از اونجا دوباره به بخش دیگه
عدم وجود استراتژی مشخص در جلب مشارکت های مردمی	نداشتن استراتژی و علمی عمل نکردن:ما استراتژی خاصی نداشتیم، دقیقا به صورت کاملا عشایری عمل شد. علمی عمل نکردیم
غیربومی بودن مدیریت ها	عدم آشنایی مدیریت ها با فرهنگ مردم منطقه:مدیریت ها غیر بومی بودند که با فرهنگ مردم آشنایی نداشتند. مدیر باید با فرهنگ مردم آشنا بودند.
انجام کار درست در زمان نامناسب	ناهنجار بودن مداخلات انجام شده برای کودکان از نظر مردم:ما آمدم با همکاری کانون پرورش فکری، برنامه های شاد برای بچه ها گذاشتیم که مردم این را ناهنجار میدونستند و میگفتند ما سیل زده ایم و غم داریم شما آمدید برنامه شاد برای بچه ها انجام میدید؟
کم توجهی به مسایل روانی	با اینکه مسایل روانی شاید در مراحل اولیه بحران در اولویت نباشد ولی هماهنگی برای ارایه خدمات سلامت روان در روزهای بعد هم سخت بود،مثلا ماشین نمی دادند
فرستان همه نیروها به یک منطقه	در لرستان همه نیروها رو به دلیل عدم پیش بینی درست به درود فرستاده بودند

## نتایج-نقاط ضعف وچالش-۲

آموزش ها و مداخلات	
کد	واحد معنا
تمرکز مداخله ها بیشتر روی خانم ها و کودکان	بیشتر مداخلات متمرکز بود روی خانم ها و کودکان
علمی نبودن نیازسنجی ها	نیازسنجی ما علمی نیست. یعنی بر اساس نیاز مناطق، نیروها آموزش نمی بینند که بتوانند مداخلات موثر داشته باشند.
عدم کارایی برخی آموزشها بدلیل درگیری ذهنی مردم حادثه دیده	الان به نظر من هیچ مداخله ای به درد نمیخوره. چون کسی نیست که بخواد دریافت کنه یا اهمیت بده. اول همه دنبال این هستند که مساله مسکنشون حل بشه، مسائل معیشتی و زمینهای کشاورزی درست بشه
عدم پذیرش خانواده ها برای دریافت خدمات سلامت روان	اگر بچه هایشان را نمی آوردند به مهدکودک ها، همکاری نمی کردند. بازی با بچه ها و اسباب بازی دادن به اونها و این چیزها باعث شد که کم کم ما را بپذیرند.
منابع انسانی	
کد	واحد معنا
تعدد تیم های سلامت روان و خستگی مردم	پراکندگی نیروها مردم را خسته می کردند و همکاریشان را کاهش میداد
حضور مددکار	تعداد مددکارهامون کمه و مددکار خوب هم بینشون کمه
عدم آشنایی کامل کارشناسان با مهارت های ارتباطی	ما کارشناسهامون آموزش آکادمیک اصولی ندیدند. مهارت های ارتباطی و سایر مهارت ها را به درستی یاد نگرفتند
عدم تعهد برخی نیروها	بعد از یه دوره ای نیروها هم چون تعهدی نداشتند، رها می کردند و میرفتند. مثلا دانشجویهای دانشگاه چمران تعهد نداشتند. ابزار ما را هم نداشتند. ما پروتکل داشتیم و ابزار داشتیم.

## نتایج-نقاط ضعف وچالش-۳

### زیرساخت ها و امکانات

کد	واحد معنا
عدم دسترسی به همه مناطق و دسترسی دیر هنگام	ما در روستاها نتونستیم بریم چون امکان تردد ماشین نبود، نبود کمک در ۲۴ ساعت اول وقوع سیل
عدم امنیت اسکان مردم سیل زده	محل هایی که برای اسکان در نظر گرفته شده بود، خودش محل هایی بود که ممکن بود در معرض سیل قرار بگیرند
عدم آمادگی اردوگاه ها	اردوگاه ها هیچ آمادگی برای پذیرش نداشتند، مثلاً یک اردوگاه روز اول پانصد نفر داشت، روز دوم یهوه میشد دو هزار نفر
کمبود پایگاه سلامت اجتماعی	با اینکه پایگاه سلامت اجتماعی تونستند برای بسیج سازی محلی کمک کنند ولی تعدادشون خیلی کم بود
نداشتن نیروی تخصصی در برخی شهرها ی سیل زده	در شهر معمولان نیروی تخصصی را نتونسته بودیم به کار بگیریم ونداشتیم

## نقاط قوت ارایه خدمات سلامت روان از منظر رفتار سازمان ارایه دهنده خدمت

مدیریتی	ویژگی های رفتاری تیم	ویژگی های کاری تیم
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مدیریت تیم های داوطلب</li> <li>• استفاده از بانک اطلاعاتی همدیگر توسط بهزیستی، هلال احمر و علوم پزشکی با استفاده از سامانه ناب</li> <li>• دریافت کمک از همه جای کشور و احساس خوب، مشارکت و حضور ارگانهای برای بازسازی منازل</li> <li>• جذب روانشناس از طریق بخش خصوصی</li> <li>• برگزاری جلسات روزانه آموزش های روانشناختی</li> <li>• حضور مشاوران آموزش و پرورش در کنار مردم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توجه به خرده فرهنگ ها و کمک از افراد مورد وثوق مردم ( فرهنگ خاص ترکمن و عرب زبان ولر) و استفاده از کارشناسانی که به زبان محلی</li> <li>• وجود هماهنگی لازم به دلیل تفاهیم نامه قبلی و برگزاری اردوها و مانورها، جلسات و کارگاه های مشترک و شناخت افراد سازمان های مختلف از یکدیگر، عدم موازی کاری و تقسیم کارها، تبادل نظر مدیریت و واکنش ها</li> <li>• تشکیل تیم درمان اضطراری توسط معاونت درمان</li> <li>• برگزاری کارگاه آموزشی قبل از مداخله</li> <li>• حمایت روانی از خود کارشناسان سلامت روان</li> <li>• پروتکل سلامت روان در بلایا وزارت بهداشت طرح محب و سحر بهزیستی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• برقراری ارتباط موثر با افراد</li> <li>• توجه افراد با نیازهای خاص</li> <li>• متخصص بودن تیم ها و حضور متخصص های حاذق</li> <li>• هماهنگی بالای تیم سلامت روان - ( اعتمادسازی)</li> <li>• انجام مداخلات بیشتر داخل محل اسکان</li> <li>• حمایت روانی در محل های اسکان و مراکز جمععی</li> <li>• حضور همه جانبه و تمام وقت کارشناسان سلامت روان</li> <li>• گوش دادن به حرف های مردم</li> <li>• انتقال بیماران روانی به بیمارستان</li> <li>• شناسایی بیماران روانی اولویت اول و رساندن داروها به آن ها</li> <li>• رسیدگی خوب روان شناسان</li> <li>• وجدان کاری</li> <li>• تیم سازی و تقسیم مسئولیت</li> </ul>

## نقاط ضعف آرایه خدمات

مدیریتی	دریافت کنندگان خدمات	ارائه دهندگان خدمات	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم شناخت وظایف از سوی ارگان ها و حتی فرمانداری</li> <li>• نارضایتی مردم از توزیع بسته ها</li> <li>• پیش بینی نشدن قایق، تراکتور و آمبولانس های خاص</li> <li>• نداشتن فرمت گزارش گری بحران (کدام شاخص ها مهم است)</li> <li>• نداشتن فرمت غربالگری بیماران (معلوم نبود، نظام پاسخگویی از کجا اداره می شد)</li> <li>• قابل کنترل نبودن ورود و خروج مردم</li> <li>• مشکل در ارتباطات بین بخشی، و نبودن تقسیم وظایف درست بین ادارات</li> <li>• تعریف نشدن نقش و جایگاه ادارات</li> <li>• مایحتاج اولیه مردم از قبل تامین نشده بود (لباس نوزاد، وسایل بهداشتی مورد نظر)</li> <li>• کمبود بودجه</li> <li>• کمبود تجهیزات برای کار با کودکان</li> <li>• عدم هماهنگی در زمان سیل و پس از سیل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• موازی کاری و عدم شفاف سازی وظایف</li> <li>• بی برنامهگی و عدم تشکیل تیمها از قبل</li> <li>• نبود ظرفیت افراد متخصص در مراکز دولتی</li> <li>• دریافت کمک از همه جا</li> <li>• عدم توجه به مسائل روحی و روانی کودکان و دانش آموزان در پروتکلها</li> <li>• مشخص نبودن افراد جهت خدمت</li> <li>• عدم آمار مشخص اطلاع دقیق ارگان ها از جمعیت تحت پوشش خود</li> <li>• عدم آموزش کافی به نیروها</li> <li>• کارگاه و تکنیکهای مطرح شده در کارگاه بیشتر معطوف به زلزله بوده تا سیل</li> <li>• بازنگشتن زندگی به روال عادی بعد از گذشت ۴ ماه</li> <li>• مدیریت نامناسب وام ها و عدم دریافت وام بعضی افراد نیازمند</li> <li>• پیش بینی نشدن مکان کمپ</li> <li>• کم بودن ارجاع به تیم سلامت روان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• پذیرا نبودن مردم نسبت به روان شناسان</li> <li>• عدم پذیرش مردم برای گرفتن خدمات سلامت روان به دلیل عدم همزبانی</li> <li>• اغراق در مشکلاتشون برای گرفتن امکانات بیشتر</li> <li>• آشنایی نداشتن افراد آسیب دیده از علایم مشکلات روانی</li> <li>• اعتیاد خانواده ها و مصرف مواد در حضور کودکان</li> <li>• دعوای خانوادگی در اثر اعتیاد</li> <li>• عدم آشنایی مردم با خدمات روانشناختی</li> <li>• ناامیدی بخاطر شرایط خانواده ( بیکاری همسر، بیماری، تعدد فرزندان)</li> <li>• عدم تمایل مراجعه در افراد در معرض خطر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وارد شدن افراد غیر متخصص</li> <li>• کمبود نیرو</li> <li>• عدم آشنایی ارائه دهندگان خدمت به زبان و فرهنگ ترکمنی</li> <li>• کمبود نیروی داوطلب</li> <li>• تعداد کم کارشناس و کم کردن وقت مداخله برای رسیدن به همه</li> <li>• دیر رفتن به مناطق دورتر</li> <li>• عدم اطلاع رسانی به مردم در خصوص ارائه خدمات سلامت روان</li> <li>• مشاوره ها برای خانم ها بود و جلسات مخصوص آقایان نبود</li> <li>• تخصص کم مشاوران آموزش ( در سطح پیشگیری هستند و نه مداخله و درمان)</li> <li>• تعداد کم مشاوران مدرسه</li> </ul>

# نتایج مطالعه -۵

## درس آموخته‌های سیلاب در حوزه سلامت روان

1. آموزش‌های پیش از وقوع سیل به کارشناسان روان در حوزه دانشگاه‌های علوم پزشکی در مورد مدیریت بلایا و داشتن پروتکل مشخص برای غربالگری و ارائه خدمات از به هدر رفتن زمان و منابع جلوگیری کرد.
2. هماهنگی و همکاری بین ارائه دهندگان خدمات سلامت روان به ویژه اداره سلامت معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، بهزیستی و هلال احمر با وجود نقایصی هم که وجود داشت، تجربه موفق بود ولی حتما باید برای یکپارچه و یکدست شدن ارائه خدمات و آموزشها و شفاف شدن شرح وظایف هر یک از دستگاهها پروتکل مشخصی داشت و همچنین باید در قالب کارگروه سلامت روان مدیریت بحران منطقه تولیت و فرماندهی واحدی داشته باشد.
3. توجه به کودکان و ارائه خدمات سلامت روان و بازی درمانی علاوه بر کاهش فشار روانی بر آنها، خانواده‌ها را در گرفتن آموزشها و خدمات روانشناختی ترغیب می کرد. تجربه موثر را ه اندازی مهد کودکها در اردوگاهها که توسط تیم محب بهزیستی انجام شد، توانست در این راستا موفق عمل کند.
4. پایگاه‌های سلامت اجتماعی و تشکلهای محلی توانستند در زمان بحران سیلاب ایجاد شده ( به خصوص در لرستان ) با ایجاد تحرک بین مردم، مشارکت آنها را در انجام خدمات امداد رسانی افزایش دهند.
5. با توجه به کمبود نیروی ارائه دهنده خدمات سلامت روان ، استفاده از ظرفیت سمن ها و بخش خصوصی توانست این نقیصه را جبران کند.

## ارائه دهندگان خدمات سلامت روان

- تیم های روانشناختی متخصص معاونتهای بهداشتی دانشگاهها، بهزیستی و هلال احمر، کمیته امداد، نیروهای داوطلب و سمن ها
- اورژانس اجتماعی، محب و سحر



## مشخصات دموگرافیک

مجموع فراوانی (درصد)	استان خوزستان فراوانی (درصد)	استان لرستان فراوانی (درصد)	استان گلستان فراوانی (درصد)	متغیر	
293 (17.5)	132 (23.9)	59 (10.6)	102 (18.2)	۱۶ تا ۲۵ سال	گروه سنی
556 (33.3)	210 (38)	158 (28.3)	188 (33.6)	۲۶ تا ۳۵ سال	
477 (28.5)	122 (22.1)	181 (32.4)	174 (31.1)	۳۶ تا ۴۵ سال	
214 (12.8)	52 (9.4)	90 (16.1)	72 (12.9)	۴۶ تا ۵۵ سال	
131 (7.8)	37 (6.7)	70 (12.5)	24 (4.3)	۵۶ سال و بالاتر	
321 (19.2)	174 (31.5)	78 (14)	69 (12.3)	مرد	جنسیت
1350 (80.8)	379 (68.5)	480 (86)	491 (87.7)	زن	
1379 (83.7)	461 (85.4)	444 (80.4)	474 (85.3)	متاهل	وضعیت تاهل
227 (13.8)	74 (13.7)	81 (14.7)	42 (12.9)	مجرد	
42 (2.5)	5 (0.9)	27 (4.9)	10 (1.8)	مطلقه یا بیوه	
789 (47.7)	380 (69.5)	189 (34.2)	220 (39.6)	بی سواد و ابتدایی	تحصیلات
697 (42.1)	154 (28.2)	265 (47.9)	278 (50.1)	راهنمایی تا دیپلم	
169 (10.2)	13 (2.4)	99 (17.9)	57 (10.3)	دانشگاهی	
180 (10.8)	84 (15.2)	42 (7.5)	54 (9.6)	شاغل	وضعیت اشتغال
1183 (70.8)	356 (64.4)	400 (71.7)	427 (76.3)	خانه دار	
182 (10.9)	82 (14.8)	72 (12.9)	28 (5)	بیکار	
126 (7.5)	31 (5.6)	44 (7.9)	51 (9.1)	سایر	
639 (38.2)	0 (0.0)	255 (45.7)	384 (68.6)	شهری	محل سکونت
1032 (61.8)	553 (100)	303 (54.3)	176 (31.4)	روستایی	

توزیع فراوانی محل سکونت (شهری/روستایی) بر حسب جنسیت و استان محل زندگی در افراد مورد مطالعه

استان خوزستان فراوانی (درصد)	استان لرستان فراوانی (درصد)	استان گلستان فراوانی (درصد)	متغیر	
0 (0)	38 (48.7)	55 (79.7)	شهری	مرد
174 (100)	40 (51.3)	14 (20.3)	روستایی	
0 (0)	217 (45.2)	329 (67)	شهری	زن
379 (100)	263 (54.8)	162 (33)	روستایی	

## توزیع فراوانی گروه‌های سنی بر حسب جنسیت و استان محل زندگی در افراد مورد مطالعه

استان خوزستان (درصد فراوانی)	استان لرستان (درصد فراوانی)	استان گلستان (درصد فراوانی)	متغیر	
51 (29.3)	21 (26.9)	21 (30.4)	۱۶ تا ۲۵ سال	مرد
62 (35.6)	22 (28.2)	16 (23.2)	۲۶ تا ۳۵ سال	
36 (20.7)	13 (16.7)	9 (13)	۳۶ تا ۴۵ سال	
10 (5.7)	11 (14.1)	15 (21.7)	۴۶ تا ۵۵ سال	
15 (8.6)	11 (14.1)	8 (11.6)	۵۶ سال و بالاتر	
81 (21.4)	38 (7.9)	81 (16.5)	۱۶ تا ۲۵ سال	زن
148 (39.1)	136 (28.3)	172 (35)	۲۶ تا ۳۵ سال	
86 (22.7)	168 (35)	165 (33.6)	۳۶ تا ۴۵ سال	
42 (11.1)	79 (16.5)	57 (11.6)	۴۶ تا ۵۵ سال	
22 (5.8)	59 (12.3)	16 (3.3)	۵۶ سال و بالاتر	

## توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی بر حسب استان محل زندگی در افراد مورد مطالعه

استان خوزستان (درصد فراوانی)	استان لرستان (درصد فراوانی)	استان گلستان (درصد فراوانی)	متغیر	
<b>287 (51.9)</b>	76 (13.6)	205 (36.6)	ضعیف	وضعیت اقتصادی
225 (40.7)	133 (23.8)	189 (33.8)	متوسط	
41 (7.4)	<b>349 (62.5)</b>	166 (29.6)	قوی	
44 (8)	62 (11.1)	43 (7.7)	بدون خسارت	وضعیت خسارت مالی
72 (13)	52 (9.3)	229 (40.9)	تا سی میلیون تومان	
230 (41.6)	110 (19.7)	184 (32.9)	سی تا صد میلیون تومان	
207 (37.4)	<b>334 (59.9)</b>	104 (18.6)	بیشتر از صد میلیون تومان	
51 (9.2)	54 (9.7)	44 (7.9)	بدون آسیب به دارایی‌ها	وضعیت آسیب به دارایی‌ها
79 (14.3)	18 (3.2)	189 (34)	آسیب کم به دارایی‌ها	
162 (29.3)	86 (15.5)	195 (35.1)	آسیب متوسط به دارایی‌ها	
260 (47.1)	<b>398 (71.6)</b>	128 (23)	آسیب زیاد به دارایی‌ها	

# مالکیت، میزان آب ورودی به خانه ها و استقرار در کمپ

مجموع فراوانی (درصد)	استان خوزستان فراوانی (درصد)	استان لرستان فراوانی (درصد)	استان گلستان فراوانی (درصد)	متغیر	
320 (19.2)	122 (22.1)	109 (19.5)	89 (15.9)	عدم مالکیت مسکن	وضعیت مالکیت مسکن و آسیب به آن
230 (13.8)	90 (16.3)	73 (13.1)	67 (12)	مالک مسکن و بدون آسیب به آن	
518 (31)	188 (34)	50 (9)	280 (50)	مالک مسکن و با آسیب کم به آن	
264 (15.8)	95 (17.2)	110 (19.7)	59 (10.5)	مالک مسکن و با آسیب متوسط به آن	
339 (20.3)	58 (10.5)	<b>216 (38.7)</b>	65 (11.6)	مالک مسکن و با آسیب زیاد به آن	
425 (25.4)	229 (41.4)	33 (5.9)	163 (29.1)	عدم ورود سیلاب به منزل	وضعیت ورود سیلاب به منزل مسکونی
336 (20.1)	118 (21.3)	120 (21.5)	98 (17.5)	ورود سیلاب به منزل تا ۵۰ سانتیمتر	
503 (30.1)	147 (26.6)	115 (20.6)	241 (43.0)	ورود سیلاب به منزل بین ۵۰ تا ۱۵۰ سانتیمتر	
407 (24.4)	59 (10.7)	<b>290 (52.0)</b>	58 (10.4)	ورود سیلاب به منزل بیشتر از ۱۵۰ سانتیمتر	
585 (35)	210 (38)	<b>286 (51.3)</b>	89 (15.9)	حضور در اردوگاه	وضعیت حضور در اردوگاه‌های هنگام سیلاب
1086 (65)	343 (60)	272 (48.7)	471 (84.1)	عدم حضور در اردوگاه	



## بحث و نتیجه گیری-۱

- نبود پروتکل عملیاتی مشترک، عدم هماهنگی و همکاری بین بخشی، عدم فرماندهی واحد: اغتشاش و عدم امنیت
- درس های گذشته به کار می آیند
- تفاوت نیازها، تفاوت مداخلات
- تاب آوری
- عدم اعتماد بین مردم و مسوولین: عدم صداقت، رفتارهای غیز علمی و غیر اخلاقی

## بحث و نتیجه گیری-۲

- قبل از بحران
- خردگرایی در برنامه ریزی
- نحوه جلب مشارکت مردمی
- نیاز سنجی و اولویت بندی
- توانمند سازی و ایجاد اعتماد
- عدم آموزشهای مبتنی بر نیاز، نیروهای موقتی ،عدم جذب نیروها مبتنی بر نیاز
- آمادگی قبل از بحران
- پروتکل ثابت در آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت روان ، مهارتهای ارتباطی
- مطالعات جامع
- پیش بینی های غیر علمی و نامناسب



## بحث و نتیجه گیری-۳

- **حین بحران**
- بهره گیری از سازماندهی محب:نفع دو جانبه
- عدم توجه به مداخله و آموزش برای مردان
- فرماندهی نامناسب:عدم توزیع نامناسب و غیر عادلانه کمک ها،توزیع افراد دوطلب از یک دریچه وحد
- آمار و گزارشهای تکراری وو وقت گیر
- غفلت از خدمات سلامت روان
- انتخاب افراد ارایه دهنده خدمت هم زبان و هم فرهنگ
- تجربه پروتکل مشترک و پایگاه سلامت های اجتماعی،تاسیس NGO مشترک در لرستان،فرماندهی واحد سازمان های غیر دولتی وو داوطلب با یک فرماندهی مشترک
- عملکرد متفاوت یک سازمان در مکان های مختلف



از دست دادن تمام آنچه اندوخته بود

## بحث و نتیجه گیری-۳

پس از بحران

- آموزش ها
- بار مالی و مسایل روانی
- ارزشیابی
- مستند کردن تجربیات
- برنامه ریزی برای آینده حتی شاید خیلی نزدیک



این تمدن به کجا می رود؟

سپاس فراوان  
آخرین روز بهمن ۹۸