

بازتوانی در حوادث طبیعی: اصول و رویکردها



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مؤسسه ملی تحقیقات سلامت



معاونت بهداشت
دفتر مدیریت خطر بلایا



سازمان مدیریت بحران کشور
معاونت بازسازی و بازتوانی



مرکز مدیریت حوادث
و فوریت های پزشکی

تألیف و گردآوری:

علی اردلان، محمد فرید لطیفی
ساناز سهرابی زاده، محمد حسین رجایی

با همکاری:

امین صابری نیا، شبنم میریگی، حسین رحیم لو، محمدرضا شایگان فر، حمیدرضا خانکه
علی اسدی، هما یوسفی، نرگس روحی، علی محمدی، احمد شیرزاد، جواد دهپور
خورشید وسکویی، سید علی آذین، مرجان فتحی، وحید ذنوبی



بازتوانی در حوادث طبیعی: اصول و رویکردها

تألیف و گردآوری :

علی اردلان، محمد فرید لطیفی
ساناز سهرابی زاده، محمد حسین رجایی

با همکاری:

حمیدرضا خانکه، رضا محمدی، شبنم میربیگی، حسین رحیم لو، محمدرضا شایگان فر،
علی اسدی، هما یوسفی، نرگس روحی، علی محمدی، احمد شیرزاد، جواد دهپور
خورشید وسکویی، سید علی آذین، مرجان فتحی، وحید ذنوبی

با همکاری:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی کشور)
کمیته امداد حضرت امام (ره)
جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

شابک ۹۷۸-۶۰۰-۶۹۳-۷۷۰-۰
شماره کتابشناسی ملی ۳۷۴۲۲۱۳
عنوان و نام پدیدآور بازتوانی در حوادث طبیعی: اصول و رویکردها / علی اردلان، با همکاری حمیدرضا خانکه ... {و دیگران}
مشخصات نشر تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، ۱۳۹۳
مشخصات ظاهری ۲۰۰ ص، مصور، جدول، نمودار
موضوع قربانیان فاجعه -- توانبخشی
موضوع قربانیان فاجعه -- ایران -- توانبخشی
موضوع قربانیان حوادث -- ایران -- توانبخشی
رده بندی دیویی ۳۶۳/۳۴۸۱
رده بندی کنگره H ۷۵۵۳ / ۱۵ ۱۳۹۳
سرشناسه اردلان، علی، ۱۳۴۹
شناسه افزوده خانکه، حمیدرضا، ۱۳۴۶
شناسه افزوده موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
شناسه افزوده ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی
وضعیت فهرست نویسی فیپا

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت
عنوان کتاب: بازتوانی در حوادث طبیعی: اصول و رویکردها
طراحی جلد و صفحه آرایی: آرش درمیانی
چاپ و صحافی: فرشپوه، نوبت چاپ: اول
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۹۳-۷۷۰-۰ * شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
سال چاپ: ۱۳۹۳

صفحه	عنوان
۶	پیشگفتار
۸	معرفی ساختار کتاب
۱۱	فصل اول : مقدمه
۱۹	فصل دوم : تعاریف بازتوانی و انواع آن
۲۹	فصل سوم : بازتوانی جسمی
۵۳	فصل چهارم : بازتوانی روانی
۷۹	فصل پنجم : بازتوانی اقتصادی
۱۰۹	فصل ششم : بازتوانی اجتماعی
۱۴۷	فصل هفتم : بازتوانی معنوی
۱۵۷	فصل هشتم : نقش بازتوانی در توسعه پایدار جوامع
۱۷۳	فصل نهم : نتیجه گیری
۱۷۹	اختصارات و تعاریف واژه‌های تخصصی
۱۸۵	فهرست منابع

پیشگفتار مولفین

حوادث طبیعی، در سراسر جهان، آسیب‌ها و خسارات متفاوتی را در جوامع تحت تأثیر خود، بر جای می‌گذارند؛ وسعت و دامنه چنین پیامدهایی نیز می‌تواند موجب نابودی زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی و همچنین مرگ و میر انسان‌ها گردد. کشور ما، همانند بسیاری از کشورهای جهان، طی سالیان متمادی، متأثر از انواع رخدادهای طبیعی شامل خشکسالی، سیل و زمین لرزه و ... بوده است. متأسفانه عمده این حوادث، تاکنون، تأثیرات مخربی را بر جامعه ما تحمیل نموده و با ایجاد هزینه‌های سنگین اقتصادی، اجتماعی و نیز انسانی، روند رو به رشد توسعه را در کشور، با تأخیر مواجه ساخته‌اند. اما، یکی از مهمترین آثار این حوادث، به چالش کشیدن جامعه برای جبران خسارت‌ها و ترمیم آلام انسانی است که می‌توانند بهترین فرصت را برای پی‌ریزی و ساخت جامعه‌ای پایدار و توسعه یافته نیز فراهم نمایند. بنابراین، تنها راهکاری که این فرصت بالقوه را در جهت کاهش آثار ناشی از حوادث منجر به آسیب، بالفعل می‌نماید، رویکرد بازتوانی است.

فرآیند بازتوانی، نه تنها، جامعه را به حالت پیشین خود باز می‌گرداند بلکه پتانسیل ایجاد جامعه‌ای بهتر و پیشرفته‌تر از قبل را نیز دارا می‌باشد؛ جامعه‌ای که هر روز به سمت ارتقای شاخص‌های توسعه یافتگی و افزایش کیفیت زندگی اعضای خود، با شتاب بیشتری گام برخواهد داشت. از طرفی، این فرآیند، در هر کشوری از جمله کشور ما با موانع بسیاری مواجه است که برطرف نمودن آن‌ها می‌تواند مسیر حرکت جامعه متأثر از حادثه را به سمت پیشرفت و تاب‌آوری، هموار نماید.

حادثه خیز بودن کشور جمهوری اسلامی ایران و سابقه آسیب‌ها و پیامدهای فاجعه بار پس از رخداد ناگهانی حوادث، چشم‌پوشی از اجرای عملیات بازتوانی را غیرممکن ساخته و بالعکس لزوم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب، قبل از وقوع هر حادثه و ضرورت بکارگیری مهارت‌های متخصصین امر بازتوانی جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی و معنوی را در تمامی برنامه‌ها، فعالیت‌ها و ارزیابی‌ها، آشکار می‌سازد و تدوین طرح جامع ملی بازتوانی کشور، گامی مهم در این راستا بوده است. این طرح به سفارش معاونت بازسازی و بازتوانی سازمان مدیریت بحران کشور و توسط دپارتمان سلامت در بلایا و فوریت‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت ایران و با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی کشور)، کمیته امداد حضرت امام (ره) و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و نیز دستگاه‌های اجرایی مرتبط با موضوع بازتوانی تدوین گردید، که از جمله اهداف مهم آن پاسخگویی به نیاز به‌وجود آمده با همکاری، هماهنگی و تعامل مؤثر متصدیان امر بازتوانی و افراد ذینفع در این فرآیند می‌باشد. در کتاب حاضر، رویکردهای بازتوانی پس از حوادث طبیعی مورد مطالعه قرار گرفته است و ضمن ارائه تعریفی ساده و علمی از بازتوانی، ابعاد مختلف آن بررسی و به‌طور کامل معرفی و تشریح گردیده‌اند، تا ضمن یکسان سازی مفاهیم، اختلافات ناشی از درک متفاوت تعاریف و اصول بازتوانی بین سازمان‌های مسئول،

همکار، مداخله گر و همچنین ذینفعان آن، کاهش یابد. لازم به ذکر است که در این کتاب منظور از حادثه طبیعی، وقوع مخاطره‌ای در طبیعت با چنان شدتی است که شرایطی فاجعه بار ایجاد نموده و علاوه بر از هم گسیختن زندگی روزمره مردم، آن‌ها را دچار رنج و درماندگی نموده و به غذا، پوشاک، سرپناه، مراقبت‌های سلامت و سایر ضروریات زندگی محتاج نماید.

از طرفی، گردآوری تجربیات و درس‌آموخته‌های بازتوانی، در سطح جهان و ایران با هدف بهره‌گیری از این تجارب و نیز توجه و تمرکز بر اهمیت مشارکت مردم در فرآیند بازتوانی (از برنامه ریزی تا اجرا) در راستای اثربخشی و کارایی بیشتر این اقدامات، بر غنای مطالب و محتویات کتاب، افزوده است. امید است که مجموعه حاضر، با فراهم نمودن اطلاعات و منابع علمی مورد نیاز، پاسخگوی ذینفعان، مسئولین و علاقه‌مندان به امر بازتوانی پس از حوادث طبیعی بوده و از این طریق بتواند همگام با ارتقای فرآیند بازتوانی موجبات کاهش اثرات ناشی از مخاطرات طبیعی را فراهم نماید.

معرفی ساختار کتاب

حوادث طبیعی در سراسر جهان می‌توانند با پیامدها و آثار مخربی در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی همراه باشند که بازتوانی هر یک، جزء وظایف مهم مدیران مرتبط و همچنین کل جامعه متأثر از حادثه می‌باشد. در این راستا، کتاب حاضر، با هدف ارائه رهنمودها و رویکردهای کلی به تمامی دست‌اندرکاران و علاقه‌مندان امر بازتوانی، تدوین گردیده است. در ادامه، برای آشنایی مقدماتی خوانندگان محترم با چارچوب و محتوای کتاب، ساختار آن به اختصار توصیف می‌گردد:

مجموعه حاضر، شامل نه بخش است که به تشریح جزئیات مربوط به بازتوانی پس از حوادث طبیعی می‌پردازند؛ علاوه بر آن، در قسمت پایانی کتاب، واژه‌ها و اصطلاحات تخصصی مرتبط با امر بازتوانی و نیز اختصارات، ارائه گردیده است تا علاوه بر دسترسی خوانندگان کتاب به مفاهیم اختصاصی بازتوانی، شناسایی معادل فارسی و انگلیسی اختصارات موجود در متن کتاب، تسهیل گردد.

- در فصل اول کتاب، به موضوعات مهمی همانند سابقه مخاطرات طبیعی در ایران و جهان و نیز آثار و تبعات بعدی آن (اقتصادی، اجتماعی و ...) پرداخته شده تا از این طریق بر اهمیت مدیریت مؤثر در اینگونه موارد و خصوصاً به نقش بازتوانی و اقدامات کاهش آثار سوء خطر، در جوامع متأثر، تأکید شود.

- فصل دوم کتاب، به تعاریف مختلف بازتوانی پرداخته که پس از بررسی گسترده فرهنگ لغات و متون تخصصی موجود، جمع‌بندی و ارائه گردیده است. در ادامه، به مطالعه و بررسی تمامی تعاریف مرتبط با بازتوانی و نیز تعریف نهایی از بازتوانی و انواع آن، اشاره شده است. تعاریف مفهومی ابعاد بازتوانی شامل جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی و معنوی، نیز در این فصل ذکر گردید و در فصول بعدی به ذکر جزئیات آن‌ها پرداخته شد.

- تشریح جزئیات مربوط به ابعاد بازتوانی از فصل سوم و با موضوع بازتوانی جسمی، آغاز گردیده است. در این فصل، ابتدا، به اهمیت بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی اشاره شده و پس از بیان اصول و رویکردهای مرتبط با آن، درس‌آموخته‌های مربوط به مداخلات بازتوانی جسمی در ایران و جهان، مطرح گردیده است.

- فصل چهارم کتاب که مربوط به بازتوانی روانی در حوادث طبیعی است، دارای ساختاری مشابه با فصل سوم بوده و در بیان مطالب آن، ترتیب فوق، به کار رفته است.

- فصل پنجم، با بررسی پیامدهای اقتصادی حوادث طبیعی آغاز گردیده و سپس به بیان اهمیت بازتوانی اقتصادی و اصول و رویکردهای آن پرداخته شده و در ادامه نیز درس‌آموخته‌های بازتوانی اقتصادی در جهان و ایران مطرح گردید که در مورد ایران، بدلیل محدودیت مستندات

- موجود، تنها به مداخلات بازتوانی اقتصادی پس از زلزله بهم، اشاره شد.
- فصل ششم کتاب مربوط به بازتوانی اجتماعی پس از حوادث طبیعی بوده و دارای ساختاری متفاوت با فصول پیشین می باشد؛ بدین صورت که پس از بیان اهمیت بازتوانی اجتماعی، اصول و رویکردهای آن به سه قسمت عمده سرمایه اجتماعی، مددکاری اجتماعی و مداخلات اجتماع محور، تقسیم شده و درس آموخته های مربوط به هر رویکرد پس از پایان توضیحات مرتبط با آن، ذکر گردیده است.
 - فصل هفتم کتاب نیز به توصیف بازتوانی معنوی از حوادث طبیعی پرداخته است که پس از بیان آموزه های دین مبین اسلام و اهمیت و نقش بسیار مؤثر آن در زمینه بازتوانی معنوی، کلیات این رویکرد، در سایر ادیان الهی نیز مورد بررسی قرار گرفته و علاوه بر آن، سلامت معنوی نیز در ابتدای همان فصل، تشریح گردیده است.
 - فصل هشتم، به توصیف توسعه پایدار که یکی از مهمترین رویکردهای پیشرفت و ثبات جامعه بشری است پرداخته و نقش بازتوانی را در دستیابی به اهداف توسعه پایدار، ذکر می نماید. در این فصل، به بیان مفاهیم توسعه پایدار، فقر و عدالت در جوامع اشاره شده و پس از تشریح ارتباط بازتوانی با توسعه پایدار، چندین تجربه بین المللی مرتبط نیز، ذکر می گردد.
 - آخرین فصل کتاب نیز به نتیجه گیری از تمامی مطالب ذکر شده پرداخته و بر اهمیت روزافزون مداخلات بازتوانی در جوامع متأثر از حوادث طبیعی تأکید نموده، و ضمن بیان خلاصه ای از گزارش طرح جامع ملی بازتوانی حوادث طبیعی، به چالش ها و موانع اجرای برنامه های آن در کشور، اشاره می نماید.

فصل اول

مقدمه

حوادث طبیعی در تمام طول تاریخ با شدت و ضعف‌های متفاوت، همراه انسان بوده و هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان از آن‌ها مصون دانست (۱). عمده این مخاطرات، از دیرباز به عنوان مخرب ترین عوامل آسیب‌رسان به انسان، جامعه و زیست گاهش مطرح بوده‌اند (۲). برخی از این حوادث طبیعی، غیر مترقبه و ناگهانی بوده که می‌توانند موجبات نابودی منابع اقتصادی، انسانی و اجتماعی، را فراهم آورده، و با آسیب‌های فیزیکی نیز توأم می‌باشند (۳). در ایجاد این حوادث، سه منشاء زیر دخالت دارند:

- منشاء زمینی: مانند زلزله، آتشفشان، سونامی
- منشاء آب و هوایی: مانند سیل، طوفان، خشکسالی، سرما و گرمای شدید
- منشاء زیستی: مانند اپیدمی گسترده بیماری‌ها (۴)

البته لازم به ذکر است که حوادث طبیعی، حاصل روش‌های مقابله افراد و جوامع با مخاطرات طبیعی نیز می‌باشد و مقادیر آسیب‌پذیری و نیز اقدامات جامعه در راستای پیشگیری، کاهش اثرات و آمادگی در مقابل حوادث را نباید از نظر دور داشت. بنابراین، آنچه در رخداد یک حادثه ناشی از مخاطرات طبیعی ایفای نقش می‌نماید، فعالیت‌هایی است که توسط انسان‌ها انجام می‌گیرد یا انجام نمی‌گیرد (۵، ۶).

یک چهارم جمعیت جهان در حال حاضر در معرض خطرات ناشی از حوادث طبیعی قرار دارند (۷). شهرهای پرجمعیت جهان با احتمال زیاد وقوع زلزله عبارتند از: لوس آنجلس، توکیو، تایپه، آتن، استانبول، تهران، اسلام‌آباد، کلکته، جاکارتا و مانیل. از سوی دیگر جمعیت جهان روز به روز در حال افزایش است که این رشد قابل توجه جمعیت، به نوبه خود نوعی خطر محسوب شده و عدم کنترل آن موجب آسیب‌پذیری در برابر حوادث طبیعی می‌گردد (۲).

کشورهای اسلامی جنوب شرق و مرکزی آسیا مانند افغانستان، آذربایجان، ایران، قزاقستان، قرقیزستان، ازبکستان، پاکستان، تاجیکستان، ترکیه و ترکمنستان نیز در برابر حوادث طبیعی بسیار آسیب‌پذیر هستند. این کشورها که در ردیف کشورهای در حال توسعه قرار می‌گیرند، در برابر حوادث طبیعی مانند زمین لرزه، سیلاب و خشکسالی آسیب‌پذیرترند (۸). از طرفی توجه به توسعه یافتگی کشورها نیز مهم می‌باشد زیرا مطابق با گزارشات منتشره، میزان تلفات و آسیب‌پذیری کشورهای در حال توسعه از چهار حادثه طبیعی مانند زلزله، سیل، خشکسالی و طوفان‌ها به مراتب بیشتر از کشورهای توسعه یافته بوده است (۹).

جمهوری اسلامی ایران نیز به دلیل دارا بودن خصوصیات جغرافیایی، توپوگرافی و اقلیمی، در معرض انواع حوادث ناشی از مخاطرات طبیعی قرار دارد (۴). به طور کلی ایران جزء ۱۰ کشور حادثه‌خیز جهان بوده و ۹۷ درصد سرزمین آن با خطرات ناشی از زلزله و سیل و ... مواجه می‌باشند (۱، ۱۰، ۱۱).

پیامدهای حوادث طبیعی

از بین حوادثی که در ایران روی می‌دهد، حوادث طبیعی جایگاه ویژه‌ای دارند (۱۲). برخی از پیامدهای حوادث طبیعی، مستقیماً قابل سنجش می‌باشد مانند خسارت‌های مالی یا جانی و ...؛ اما سایر تأثیرات، معمولاً غیرمستقیم بوده و اندازه‌گیری آن‌ها، مشکل است همانند میزان افزایش استرس یا از دست رفتن پیوستگی اجتماعی (۱۳). این حوادث، عامل کشته شدن میلیون‌ها نفر و علت به‌وجود آمدن خسارت‌های اقتصادی و اجتماعی در سراسر جهان می‌باشند (۱۴). همچنین در صورت افزایش تعداد و شدت آن‌ها، کاهش قدرت انعطاف‌پذیری مردم و در نتیجه افزایش فقر در بین جوامع آسیب‌پذیر را موجب می‌شود (۱۵). به عنوان مثال، وقوع فجایی مثل زلزله، شرایط ویژه‌ای را در جامعه به وجود می‌آورد، نیازهای جدیدی را بنا می‌نهد، الگوهای مرسوم و متعارف زندگی را بر هم می‌ریزد و انسان‌ها را در شرایط روانی خاصی فرو می‌برد و سرانجام تصویر دردناکی را از بازیگردانی طبیعت در مقابل دیدگان ترسیم می‌نماید (۱۲). از طرفی، وسعت و اهمیت اثرات منفی ناشی از این حوادث در همه افراد متأثر یکسان نیست بطوریکه بر اساس شواهد و تجربه‌های پیشین، این تأثیرات در افراد متمکن، خفیف‌تر و در افراد فقیر جامعه شدیدتر از سایر افراد جامعه می‌باشد (۱۶).

پیامدهای ناشی از حوادث طبیعی را می‌توان به انواع تأثیرات جسمی، اقتصادی و معیشتی، روانی و اجتماعی تقسیم نمود:

۱- پیامدهای جسمی

یکی از شاخص‌های سنجش پیامدهای ناگوار حوادث طبیعی، شمار افرادی است که تحت تأثیر این حوادث قرار گرفته‌اند (۶). در این زمینه نیز آمار و ارقام قابل توجهی وجود دارد که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهیم نمود:

گزارش‌هایی که در سطح جهان منتشر می‌شوند بیانگر روند فزاینده رخداد حوادث طبیعی است؛ چراکه فراوانی آن‌ها بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۲، ۴/۱ برابر گردیده و نسبت جان باختگان، آسیب دیدگان به ترتیب ۶/۹ و ۵/۲ برابر شده است (۲). علاوه بر آن، مرور وقایع ۲۰ سال گذشته نیز نشان می‌دهد که وقوع انواع حوادث طبیعی بین سالهای ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۶ میلادی، مرگ و میر بیش از سه میلیون انسان را در پی داشته و زندگی ۸۰۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده است (۹، ۱۰).

در میان قاره‌های مختلف جهان، آسیا و اقیانوسیه جزء مناطقی هستند که شدیداً تحت تأثیر حوادث طبیعی قرار گرفته‌اند به‌طوری‌که حدود ۷۴ درصد از مجموع فوت شدگان حوادث طبیعی در قاره کهن آسیا

می زیسته‌اند (۱۷). در مورد ایران نیز با توجه به آمار ISDR، طی سال‌های گذشته، حدود ۷۸۰۰۰ نفر به دنبال رویداد مخاطرات طبیعی جان خود را از دست داده و حدود ۹/۲۸ درصد از جمعیت کشور تحت تأثیر پیامدهای این مخاطرات قرار گرفته‌اند (۱۸).

در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که عمده تلفات ناشی از مخاطرات طبیعی به دلیل بروز زلزله می باشد (بطور متوسط سالانه حدود سه تا چهار هزار نفر). بنا بر گزارش وزارت جهاد کشاورزی، مخاطرات آب و هوایی به خصوص سیل و خشکسالی، طی دهه های اخیر روند رو به افزایشی داشته و علاوه بر اینکه، کسر قابل توجهی از جمعیت کشور را در معرض خطر قرار داده، موجبات زیان‌های مالی شدیدی گردیده‌اند (۴).

یکی از فاجعه بار ترین زلزله‌های ایران، مربوط به زلزله گیلان و زنجان (تیر ماه ۱۳۶۹)، است که حدود ۴۰۰۰۰ نفر از هموطنانمان در این زلزله جان خود را از دست دادند. همچنین آمارها نشان می‌دهد در قرن ۲۰ میلادی، حدود ۲۰ زلزله بزرگ در ایران روی داده است که منجر به مرگ حدود ۱۴۰۰۰۰ نفر، شده است (۱۹).

۲- پیامدهای اقتصادی و معیشتی

یکی دیگر از شاخص‌های مهم سنجش تأثیرات حوادث، میزان خسارات اقتصادی است که به جامعه متأثر، تحمیل می‌گردد. این خسارات مستقیماً از آسیب به زیرساخت‌ها و دارایی‌های افراد و جامعه ناشی می‌شوند. مطابق با گزارش‌های جهانی، خسارات اقتصادی در سطح جهان طی سال‌های گذشته (۲۰۰۲ - ۱۹۹۲) ۷/۳ بار بیشتر از دهه ۱۹۶۰ بوده است. گزارش‌ها، حاکی از ۲۳ میلیارد دلار خسارت اقتصادی وارده به قاره‌های آسیا و اقیانوسیه در سال ۱۹۹۸ می باشد (۱۷). خسارات مالی این حوادث در کشورهای در حال توسعه نیز از حدود ۴۰ میلیارد دلار در اواسط دهه ۶۰ به ۱۲۰ میلیارد دلار در اواخر دهه ۸۰ تا ۹۰ برآورد شده است که به طور متوسط، سالیانه ۸۷ میلیارد دلار خسارت به این کشورها وارد شده است (۱۰).

جمهوری اسلامی ایران نیز از خسارات اقتصادی مصون نبوده و مطابق با آمار ISDR، طی دهه‌های اخیر، خسارات مالی کشور ایران به واسطه رخداد حوادث طبیعی ۲۱/۳۷۴/۶۹۶/۰۰۰ میلیارد دلار برآورد شده است (۱۸).

از جمله مثال‌های بارز در زمینه پیامدهای اقتصادی، زلزله و سونامی سال ۲۰۱۱ ژاپن می‌باشد که منجر به نابودی و تخریب سرمایه‌های انسانی و فیزیکی قابل ملاحظه‌ای در این کشور گردید. این حادثه، بین ۲۵۰ تا ۳۰۹ میلیارد دلار زیان اقتصادی به کشور ژاپن تحمیل نمود و علاوه بر آن، بیش از ۱۴۶۰۰۰ مجتبع مسکونی نیز بطور کامل یا جزئی، آسیب دیدند (۲۰). ارزیابی پس از سیل سال ۲۰۰۴ بنگلادش نشان می‌دهد که پیش‌بینی بودجه ناکافی، عدم انجام مداخلات ضروری و نبود هماهنگی لازم، توجه ناکافی به

مناطق حساس اسکان مردم و وضعیت معیشتی آن‌ها، چالش‌های کلیدی مدیریت پس از حادثه بوده‌اند که باید مورد توجه ویژه قرارگیرند (۲۱).

۳- پیامدهای روانی و اجتماعی

علاوه بر خسارات فیزیکی و اقتصادی ناشی از حوادث طبیعی، آسیب‌های روانی و اجتماعی پس از حوادث نیز مهم و قابل توجه می‌باشند. ضربه‌های روانی ناشی از حوادث در افراد، مشکلات و عوارض روان‌شناختی ایجاد نموده و با طیفی از واکنش‌ها، پاسخ‌ها و اختلالات هیجانی - عاطفی، روان تنی و رفتاری همراه هستند (۲۲). از طرفی، پیامدهای روانی و اجتماعی، به صورت کوتاه مدت و نیز بلند مدت، جامعه متأثر را با مشکلات جدی رو به رو می‌سازد (۱۳) که از آن جمله می‌توان به از هم گسستگی نظام‌های اجتماعی، عدم تعادل و ناهماهنگی اجتماعی و افزایش بیماری‌های روانی مانند PTSD، افسردگی و ... اشاره نمود (۲۳) در ادامه، به گزارش‌های مربوط به پیامدهای روانی و اجتماعی خواهیم پرداخت:

در زلزله سال ۱۹۹۲ ترکیه، تعداد مبتلایان به PTSD و افسردگی به ترتیب ۴۳ درصد و ۳۰ درصد گزارش گردید. پس از زلزله سپتامبر ۱۹۹۹ تایوان نیز، در ۸۰ درصد آسیب دیدگان، اختلال روان‌شناختی (اکثراً افسردگی و PTSD) مشاهده شد. در ایران، طی پنج پژوهش موازی در سال ۷۶-۷۷ نیازهای برآورد نشده روانی و اجتماعی مردم در دو زلزله بیرجند و اردبیل بررسی گردید. نتایج نشان داد که یک سال پس از زلزله، بالغین سه برابر و کودکان دو برابر بیشتر از گروه کنترل از اختلالات روانی رنج می‌بردند. در این پژوهش‌ها میزان شیوع PTSD در بزرگسالان ۷۶/۵ درصد و در کودکان ۴۷/۳ درصد با درجات شدید و متوسط گزارش شد (۱۱).

البته، مطالعه زلزله‌های گذشته ایران و بروز فاجعه‌های انسانی و مسائل اجتماعی ناشی از آن گویای این حقیقت تلخ است که تجارب هیچ یک از زلزله‌های دلخراش گذشته راهگشای برنامه‌ریزی منسجم برای کاهش عوارض اجتماعی بعدی نبوده است و هر بار به هنگام حادثه‌ای مهیب، جامعه دچار هیاهویی توأم با اقدامات شتاب زده و کم حاصل می‌شود، گویی نخستین بار است که با فاجعه مواجه می‌گردد (۲۴).

مدیریت حوادث طبیعی

مطالعاتی که طی ۳۰ سال گذشته در زمینه مخاطرات انجام شده، مبتنی بر چگونگی انطباق افراد و گروه‌ها با مخاطرات موجود در محیط‌های طبیعی یا ساخته دست بشر، بوده‌اند. این پارادایم، از یک مدل تصمیم‌گیری منطقی استفاده نمود که بیانگر تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر دانش محدود افراد و موانع موجود در سیستم‌های اجتماعی بوده و علاوه بر امکان پذیر ساختن تطابق‌های قابل قبول، از پنج استراتژی برای

مدیریت نمودن مخاطرات استفاده نموده که عبارتند از :

- ۱- ارزیابی آسیب‌پذیری و مخاطرات
 - ۲- بررسی تطابق‌ها و سازگاری‌های امکان‌پذیر
 - ۳- شناسایی درک و دریافت انسان از مخاطرات و ارزیابی آنان
 - ۴- تحلیل فرآیند تصمیم‌گیری
 - ۵- تعیین بهترین تطابق‌ها با در نظر گرفتن موانع اجتماعی و ارزیابی اثربخشی آن‌ها
- سیاست‌های اختصاصی و همگانی که بر اساس این پارادایم ایجاد شدند، استراتژی مدیریتی را با هدف کاهش آسیب‌های ناشی از مخاطرات و نیز خسارت‌های اقتصادی و از هم گسیختگی اجتماعی، توسعه دادند. این استراتژی در یک چرخه چهار مرحله‌ای سازماندهی گردید که عبارتند از : ۱- پیشگیری و کاهش آسیب، ۲- آمادگی، ۳- مقابله (پاسخ)، و ۴- بازیابی (بازسازی و بازتوانی). این چرخه، که برای بسیاری از خوانندگان این کتاب، آشناست مبتنی بر اجرای سیاست‌های کاهش خطر در هر چهار مرحله می باشد (۱۳). به عبارت دیگر، تمامی مراحل این چرخه، به جوامع مختلف کمک می کنند تا چگونگی متأثر شدن از حوادث طبیعی را شناخته و برای کاهش خطرات ناشی از آن‌ها، برنامه‌ریزی و اقدام نمایند. لازم به ذکر است که استراتژی‌ها و منابعی که دولت‌ها برای اجرای این چرخه مدیریتی به کار می بندند، در مورد تمامی مراحل آن یکسان نبوده و هر مرحله با مرحله دیگر متفاوت می باشد (۲۵). با توجه به اینکه کتاب حاضر، اختصاصاً برای پرداختن به مباحث مرتبط با مرحله بازیابی، برنامه‌ریزی شده است، لذا از افزودن جزئیات مربوط به سایر مراحل شامل پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی و پاسخ صرف‌نظر نموده (تعریف واژه‌ها در بخش پایانی کتاب را ببینید) و در ادامه، با ارائه مطالب مرتبط با مرحله بازیابی، در راستای شناخت و درک بیشتر این مرحله، با خوانندگان علاقه مند به این موضوع، همراه خواهیم بود:

• **بازیابی:** فرآیند بازیابی، بیانگر انتقال تمرکزها از نجات زندگی افراد متأثر از حوادث، به بازگرداندن معیشت آن‌ها، افزایش تاب آوری و کاهش آسیب‌پذیری این افراد می باشد. تجربیات مختلف نشان می دهند که کاهش شکاف بین توسعه جامعه و پاسخ به حوادث و نیز تبدیل آن‌ها به فرصت‌های توسعه پایدار، با حمایت از فرآیندهای بازیابی در سطوح ملی و محلی، امکان‌پذیر می‌باشد. بنابراین، توجه کافی به تلاش‌های بازیابی می‌بایست تا حد ممکن، زودهنگام آغاز شود. بنابراین، مهمترین چالش بازیابی، کمک به جمعیت متأثر از حادثه برای بازگشت سریع به خودکفایی همراه با فراهم نمودن فرصت‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی آن‌هاست (۵). با در نظر گرفتن نکات فوق، تعریف ISDR از بازیابی، در کتاب واژه شناسی کاهش خطر بلایا، عبارت است از (۲۶): "تصمیمات و اقداماتی که پس از یک بلا، برای بازگرداندن یا بهبود شرایط جامعه آسیب‌دیده به وضعیت قبل از بلا انجام می گیرد ضمن اینکه تطبیق‌های لازم برای کاهش خطر

بلا نیز تشویق و تسهیل می گردند." بنابراین، اقدامات کاهش خطر جزء جدایی ناپذیر و مهم فرآیند بازیابی است که در ادامه، به توضیح آن خواهیم پرداخت.

• گنجاندن اقدامات کاهش خطر در بازیابی: در طول دوره بازیابی، فرصت مهمی برای

توأم نمودن اقدامات کاهش خطر با برنامه های بازیابی وجود دارد. البته، در اغلب موارد جوامعی که با حادثه ای بزرگ مواجه می شوند، بدون در نظر گرفتن تاب آوری بیشتر و راه حل های پایداری که دقیقاً علل حادثه را مورد توجه قرار می دهند، برای بازگرداندن جامعه به وضعیت نرمال، به دنبال برنامه ها و فعالیت های مشهود و سریع هستند. این اقدام معمولاً مانعی است برای پاسخگویی به نیازهای متفاوت بخش های خاصی از جمعیت متأثر و علاوه بر آن احتمال بهره برداری از فرصت های تغییر را کاهش داده و اقدامات کاهش خطر و توسعه پایدار را نابود می سازد. می بایست به این نکته توجه نمود که تلاش های بازیابی به مفهوم بازسازی خطرات پیش از حادثه که در ایجاد آن نقش داشته اند، نیست بلکه هدف آن، ایجاد معیشت پایدارتر می باشد (۵). یکی از راه های دستیابی به این هدف، انجام اقدامات کاهش خطر در دوران پس از حادثه، است. اجرای سیاست های کاهش خطر، چالش های بزرگی را در زمینه نیاز به ابزارهای خاص و رویکردهایی جهت اطمینان از مدیریت صحیح و چگونگی تخصیص منابع، ایجاد می کند (۶). اما در عین حال، منافع بسیاری برای جامعه متأثر از حادثه، در پی خواهد داشت که مهمترین آن ها عبارتند از :

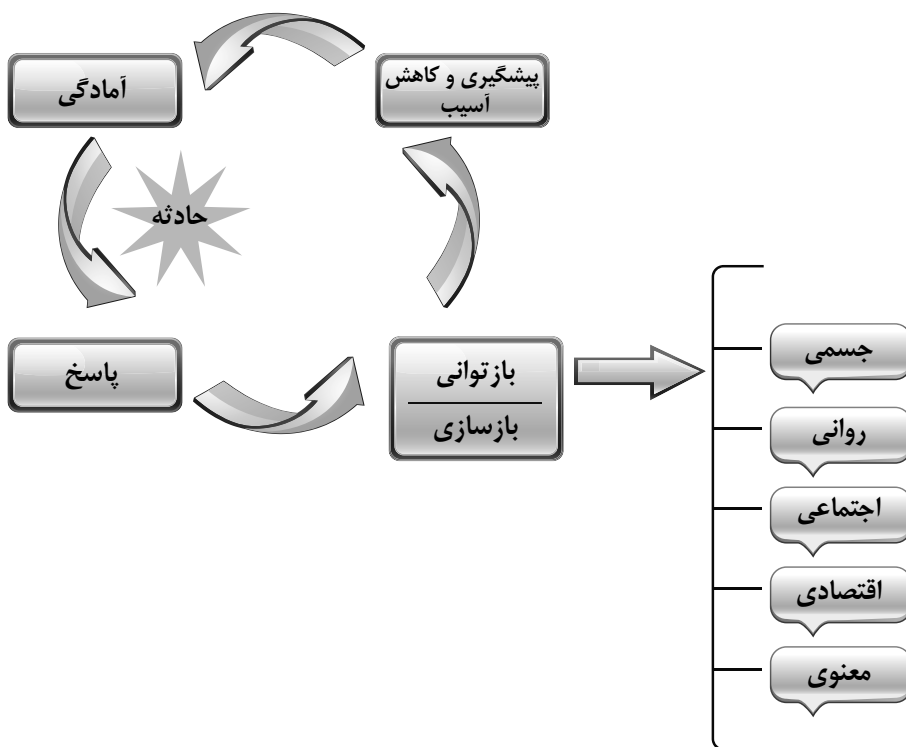
- ۱- کمک به مقامات مسئول در راستای اثربخش تر نمودن مدیریت بازیابی
- ۲- بهبود توانایی پیش بینی مشکلاتی که یک جامعه در بازیابی پس از یک حادثه بزرگ، تجربه خواهد نمود.
- ۳- افزایش درک و شناخت چگونگی و چرایی انتخاب و اجرای مراحل کاهش اثر پس از یک حادثه (۲۷).

نهایتاً اینکه، مطابق با مفاهیم بیان شده توسط ISDR، "بازیابی، فرصت توسعه و بکارگیری اقدامات کاهش خطر حادثه را فراهم می نماید." (۲۶)

فصل دوم

تعاریف بازتوانی و انواع آن

بازسازی و بازتوانی در کنار یکدیگر، دو جزء مهم گام بازیابی را تشکیل می‌دهند شکل (۱). البته، با توجه به اینکه، تمرکز و توجه کتاب حاضر، معطوف به رویکردها و ابعاد بازتوانی می باشد، بنابراین، از ذکر مفاهیم مرتبط با بازسازی صرفنظر نموده و در ادامه به تعاریف بازتوانی و تشریح انواع آن خواهیم پرداخت.



شکل (۱) چرخه مدیریت حوادث طبیعی با تأکید بر گام بازیابی و اجزای آن

تعاریف بازتوانی

تعاریف بازتوانی در متون مختلف، به روش‌های متفاوتی صورت گرفته است. تعاریف زیر حاصل بررسی منابع کتابخانه‌ای می‌باشد:

- در فرهنگ لغات آکسفورد بازتوانی به صورت زیر توصیف شده است (۲۸):
 - 0 بازگشت به سلامت یا زندگی نرمال پس از بیماری، جراحات، اعتیاد و حبس در زندان از طریق آموزش و درمان
 - 0 بازگرداندن مقام و اعتبار افراد پس از یک دوره بی اعتباری
 - 0 بازگرداندن ساختمان و یا شرایط محیطی به وضعیت قبلی
- مشابه با فرهنگ لغات آکسفورد، سایر فرهنگ لغات نیز بازتوانی را به اشکال مختلف توصیف نموده‌اند (۲۹):
 - 0 بازگشت به وضعیت سلامت یا زندگی مفید از طریق درمان و آموزش
 - 0 بازگشت به شرایط، عملکرد یا ظرفیت مناسب
 - 0 بازگرداندن مقام، امتیاز و حقوق افراد به آن‌ها
- فرهنگ لغات کولین نیز بازتوانی را، به عنوان درمان ناتوانی‌های فیزیکی با استفاده از ماساژ، الکتروتراپی و تمرینات جسمی معرفی و توصیف می‌نماید (۳۰).
- انتشارات دانشگاه پرینستون بازتوانی را به سه شکل زیر تعریف نموده است (۳۱):
 - 0 بازگرداندن افراد به یک جایگاه مطلوب در جامعه
 - 0 دفاع از شخصیت یک فرد و بازگرداندن اعتبار از دست رفته او
 - 0 تبدیل یک زمین غیرقابل استفاده به زمین حاصلخیز یا سکونت‌گاه افراد
- مطابق با تعریف فرهنگ لغات پزشکی، بازتوانی عبارت است از درمان یا درمان‌هایی که برای تسهیل فرآیند بهبود جراحات، بیماری یا ناخوشی افراد همراه با بازگشت آن‌ها به وضعیت نرمال، تا حد ممکن، اجرا می‌شود (۳۲).
- فرهنگ لغات پزشکی دورلند بازتوانی را به دو شکل زیر تعریف نموده است که عبارتند از (۳۳):
 - 0 بازگرداندن فرم یا عملکرد نرمال فرد بیمار یا آسیب دیده
 - 0 بازگرداندن فرد بیمار یا آسیب دیده به سطحی از عملکرد بهینه که دربردارنده تمامی حیطه‌های فعالیت او می‌باشد.
- فرهنگ لغات پزشکی موزبی، بازتوانی را بازگرداندن فرد یا عضوی از بدن او به عملکرد نرمال یا نزدیک به نرمال پس از ناتوانی در اثر بیماری، جراحات، اعتیاد یا حبس در زندان توصیف می‌نماید (۳۴).

- از دیدگاه فرهنگ لغات سلامت، بازتوانی عبارت است از فرآیند بازگرداندن توان یک فرد بیمار یا آسیب‌دیده به حالت نرمال در جهت زندگی و امرار معاش او، با هدف دستیابی به حداکثر عملکرد فیزیکی یا روانشناختی و رسیدن به عدم وابستگی یا استقلال (۳۵).
- بازگرداندن عملکرد نرمال به افراد ناخوش یا زخمی که اغلب با کمک متخصصین مربوطه انجام می‌شود نیز توصیفی است که یکی از فرهنگ لغات پزشکی از بازتوانی نموده است (۳۶).

سایر تعاریف موجود در فرهنگ لغات پزشکی و غیر پزشکی عبارتند از :

- تأمین حداکثری استقلال در افراد ناتوان از طریق بهبود و ارتقای پتانسیل باقیمانده در آن‌ها و متناسب با محدودیت‌هایشان (۳۷).
- کمک به بازگرداندن سلامت یا توان شغلی افراد دارای محدودیت‌های فیزیکی و روان‌شناختی ناشی از بیماری یا آسیب (۳۸).
- فرآیند یا اقدامات بازتوانی عبارتند از بازگشت یک فرد بیمار یا آسیب‌دیده به شرایط نرمال با استفاده از اقدامات درمانی و آموزش مجدد او به منظور مشارکت در فعالیت‌های رایج زندگی با توجه به محدودیت‌های فیزیکی فرد (۳۹).
- بازگرداندن یک موجودیت مستقل به قابلیت‌های عملکردی نرمال یا نزدیک به نرمال پس از یک رویداد منجر به ناتوانی (۴۰).
- بازگشت به وضعیت نرمال، بهینه سلامت یا فعالیت‌های سازنده با استفاده از معالجه پزشکی و درمان فیزیکی یا روان‌شناختی و نیز مشاوره و آموزش یک فرد ناتوان به منظور آماده نمودن او جهت استخدام و ورود موفقیت آمیز به جامعه (۴۱).
- ریشه لاتین واژه بازتوانی «rehabilitare» به معنی ترمیم نمودن مجدد می‌باشد. بازتوانی عبارت است از فرآیند بازگرداندن مهارت‌های یک فرد بیمار یا آسیب‌دیده به هدف کسب مجدد خودکفایی و عملکرد نرمال یا نزدیک به نرمال او تا حد ممکن (۴۱).
- خدمات و یا آموزش‌های ارائه شده به کارکنان آسیب‌دیده از بیماری یا حادثه شغلی که نمی‌توانند وظایف کاری معمول خود را ایفا نمایند (۴۲).

بازتوانی در فرهنگ لغات حوادث به اشکال متفاوتی تشریح گردیده است که عبارتند از :

- برنامه‌های توسعه بلند مدت پس از یک حادثه یا فوریت که زیر ساختارهای اجتماعی را تا رسیدن به وضعیت پیشین، بازسازی نموده و اغلب فرصت ارتقاء و توسعه جامعه را فراهم می‌نماید (۴۳).
- اقدامات میان مدت با هدف کمک به جامعه متأثر از حادثه برای بازگشت به شرایط قابل زیست

که اولویت دوم پس از اقدامات امداد و نجات می باشد (۴۴).

- مطابق با تعریف کتاب ارزیابی اثرات اقتصادی- اجتماعی و زیست محیطی حوادث، بازتوانی عبارت است از اقداماتی که برای بازگرداندن وضعیت نرمال به مناطق و جوامع متأثر از حادثه صورت می گیرد که علاوه بر تعمیرات موقت منازل، سکونتگاه‌ها و زیرساخت‌ها، ایجاد شغل و استقلال مالی و نیز مسائل عاطفی و روان‌شناختی مربوط به ساکنین مناطق آسیب‌دیده را نیز در بر می‌گیرد (۴۵).

علاوه بر تعاریف فرهنگ لغات از بازتوانی، پژوهشگران، متخصصین و سازمان‌های مرتبط با بازتوانی نیز تعاریف گسترده‌ای از بازتوانی ارائه نموده‌اند که عبارتند از :

- سازمان جهانی بهداشت بازتوانی را به صورت زیر توصیف نموده است: بازتوانی فرآیندی پیشرونده، فعال، هدفمند و اغلب با محدودیت زمانی است که به افراد ناتوان کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی، جسمی و روان‌شناختی خود را تقویت نموده و ارتقاء بخشند (۴۶).
- کل فرآیند توانمندسازی و تسهیل بازگرداندن یک فرد ناتوان به عملکرد و مهارت‌های مطلوب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی بطوریکه قادر به انجام فعالیت بوده یا انگیزه لازم برای انجام آن را داشته باشد (۴۷).
- فرآیند توانمندسازی که گاهی اوقات، در آن جوامع، سازمان‌ها و متخصصین، نیازهای اجتماعی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد ناتوان را برطرف می‌نمایند (۴۸).
- یک فرآیند آموزشی برطرف کننده مشکلات که به کاهش ناتوانی و معلولیت کمک می‌نماید (۴۹).
- با در نظر گرفتن ارزش ذاتی و شأن افراد، بازتوانی فرآیند بازگرداندن افراد ناتوان به زندگی هدفمند و خوشایند است که به آن‌ها فرصت ایفای نقش به عنوان عضوی از یک خانواده و اجتماع، همراه با توانمندی لازم برای پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی را اعطا می‌نماید (۵۰).
- فرآیند هدفمند بازگرداندن خودکفایی و استقلال به افراد در تمامی جنبه‌های زندگی روزمره آن‌ها به منظور استفاده از خدمات و مراقبت از اعضای خانواده (۵۱).
- بازتوانی عبارت است از علم ارزیابی عواقب بیماری یا آسیب‌های وارد شده به افراد و انجام اقداماتی در جهت بازگرداندن آن‌ها به حداکثر خودکفایی و استقلال (۵۲).
- بازتوانی عبارت است از سازماندهی خدماتی که به افراد ناتوان امکان بهبود توانایی‌های فیزیکی و روان‌شناختی و نیز خودکفایی اجتماعی را می‌دهد (۵۳).
- برای افراد ناتوان و آسیب‌دیده و خانواده‌های آن‌ها، بازتوانی عبارت است از فرآیند یادگیری و توانمندسازی که در حین آن نقشه زندگی فرد برای دستیابی به مشارکت اجتماعی بهینه و

مطلوب، فراهم می گردد (۵۲).

- بازتوانی عبارت است از مجموعه‌ای از اصول خدمت رسانی و دامنه‌ای از خدمات خاص که بر ارزیابی جامع نیازهای افراد بیمار یا آسیب‌دیده با در نظر گرفتن اجتماع و محیط معنوی و فرهنگی آن‌ها، تمرکز نموده و امکان‌پذیرترین پیامدهای بالینی و اجتماعی را برای افراد فراهم می‌نماید (۵۳).
- مراقبت‌های سلامت با هدف بازگشت، حفظ یا بهبود مهارت‌های روزانه زندگی افرادی که پس از بیماری، حادثه یا جراحی دچار ناتوانی شده‌اند. این خدمات می‌تواند در مکان‌های مختلف مانند بیمارستان یا خانه بر اساس نیازهای افراد فراهم شود و دامنه‌ای وسیع از خدمات مختلف شامل فیزیوتراپی، سلامت روان، کاردرمانی و سایر مراقبت‌های موردنیاز را شامل می‌گردد (۵۴).
- بازتوانی عبارت است از اقدامات پزشکی یا درمانی که توسط متخصصین با صلاحیت و مرتبط، تجویز و پیشنهاد گردیده تا ناتوانی فیزیکی و روان‌شناختی افراد را تا حد اکثر ممکن کاهش داده و بهترین سطح عملکرد را به گیرنده خدمت باز گرداند (۵۵).
- بازتوانی عبارت است از فرآیند فعال، نو آور و مبتنی بر فرد که انطباق با تغییرات محیط زندگی افراد را در نظر گرفته و فعالیت‌های مشترک فرد ناتوان با نزدیکان، خانواده و نیز با تیم درمانی دارای تخصص چنگانه را شامل می‌شود (۵۶).

تعریف بازتوانی در این کتاب

تعریف پیشنهادی نویسندگان این کتاب برای بازتوانی (Rehabilitation) بصورت ذیل می‌باشد: "بازتوانی در حوادث طبیعی عبارت است از فرآیندها و اقداماتی که پس از یک حادثه، با هدف توانمند نمودن جمعیت آسیب‌دیده، از سرگیری فعالیت‌های رایج و بازگرداندن الگوهای زندگی آنان به شرایط پیش از حادثه، انجام گرفته و همزمان، فرصت توسعه پایدار را برای جامعه فراهم می‌نماید. بازتوانی، دربرگیرنده ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی افراد در دوره‌های کوتاه مدت و بلندمدت است. این ابعاد در ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر بوده و بازتوانی جامع را رقم می‌زنند." لازم به ذکر است که تعریف فوق، در راستای تعریف قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور از بازتوانی می‌باشد که عبارت است از "مجموعه اقداماتی که برای بازگرداندن شرایط جسمی، روحی و روانی و اجتماعی آسیب‌دیدگان به حالت طبیعی به انجام می‌رسد."

تعاریف مربوط به انواع بازتوانی

علاوه بر تعریف فوق، در این قسمت از کتاب، به بیان تعاریف مفهومی از انواع بازتوانی شامل جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی خواهیم پرداخت که پس از مرور متون جامع، با تلاش نویسندگان کتاب، جمع‌بندی گردیده و در ادامه، در اختیار خوانندگان علاقه‌مند، قرار خواهد گرفت:

- **تعریف مفهومی بازتوانی جسمی:** مطابق با بررسی‌های صورت گرفته در منابع علمی مختلف، بازتوانی جسمی عبارت است از: «اقدامات حمایتی که پس از حوادث به افراد ناتوان متأثر از حادثه ارائه می‌گردد تا علاوه بر پشت سر گذاشتن شرایط بحرانی، به عنوان فردی مولد در جامعه خود به فعالیت بپردازند و هدف از آن، به حداکثر رساندن عملکرد فردی و مشارکت‌های اجتماعی و نیز کاهش محدودیت‌های افراد ناتوان به دنبال یک حادثه یا بیماری زمینه‌ای است که در قالب کار تیمی و با مشارکت فرد معلول یا ناتوان و نیز تأمین تسهیلات فیزیوتراپی، کاردرمانی، اعضای مصنوعی و سایر خدمات بازتوانی، میسر خواهد شد. اقدامات مهمی که در راستای بازتوانی مصدومین حوادث طبیعی می‌بایست انجام گیرد عبارتند از سطح بندی خدمات بازتوانی همراه با برقراری نظام ارجاع، استمرار مراقبت‌های بازتوانی جسمی پس از درمان و ترخیص آن‌ها از مراکز درمانی و تبیین دستورالعمل‌های مناسب جهت مدیریت بازتوانی. علاوه بر این، فراهم آوردن حمایت‌های مداوم و بلند مدت از آسیب‌دیدگان و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها، با افزایش آگاهی جامعه در مورد معلولیت، اطلاع رسانی همگانی و وارد نمودن این ملاحظات به برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه، حاصل می‌گردد.»
- **تعریف مفهومی بازتوانی روانی:** تعریف جامع زیر، پس از مرور متون مرتبط با بازتوانی روانی، به دست آمد، که عبارت است از: «حمایت‌های روان‌شناختی که پس از ضربه‌های روانی ناشی از مرگ نزدیکان و شوک حادثه، درمورد آسیب‌دیدگان و نیز امدادگران و مسئولان، اعمال می‌گردد. به منظور دستیابی به اهداف فوق، بازتوانی روان‌شناختی در سه دوره کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت و طی سه مرحله انجام می‌شود که عبارتند از: احساس امنیت، یادبود و سوگواری، و اتصال مجدد. حمایت‌های بازتوانی روانی در راستای دستیابی به چندین هدف اعمال می‌گردند که عبارتند از تشویق فرایندهای حل و فصل روان‌شناختی با توجه به ساز و کارهای مقابله سازگار؛ کمک به آسیب دیدگان در راستای کسب مجدد احساس مهارت، تسلط و کنترل خویش و کاهش احساس درماندگی؛ ارزیابی و تشخیص افراد در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی؛ و تسهیل مشارکت و اتحاد آسیب‌دیدگان در چارچوب و بافت اجتماعی خویش.»
- **تعریف مفهومی بازتوانی اقتصادی:** با بررسی مطالعات مرتبط، تعریفی جامع از بازتوانی

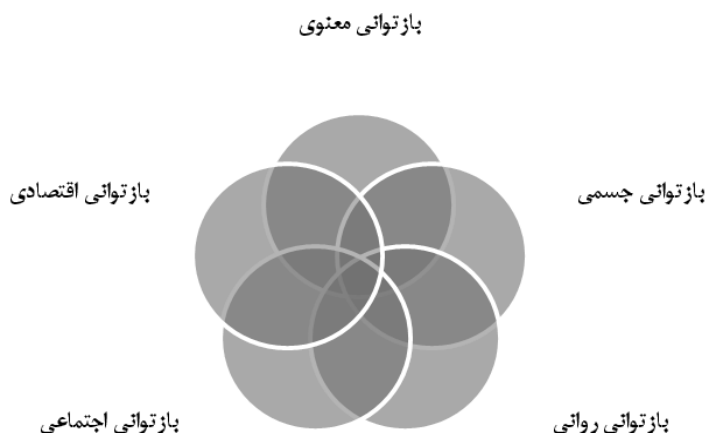
اقتصادی، به دست آمد که عبارت است از: «پشتیبانی از وضعیت اقتصادی منطقه و محیط آسیب‌دیده که همراه با تخصیص و بکارگیری منابع در سطح گسترده می‌باشد. بازتوانی اقتصادی در مراحل کوتاه و بلندمدت و در راستای کاهش تأثیرات اقتصادی حوادث شامل آثار ملموس و غیرملموس، اجرا می‌گردد. حمایت از کسب و کارها، مشارکت سایر اعضای جامعه در اقدامات بازتوانی و نیز ارتقای ساختار اقتصادی موجود، از مهمترین اصول بازتوانی است که همراه با سه گروه از راهبردهای حمایتی شامل راهبردهای ادراکی، مدیریتی و ارائه خدمات، چارچوب اقدامات بازتوانی اقتصادی مؤثر را فراهم می‌آورد. در این راستا، به طیفی از امکانات مالی نیاز است که منبع نقدینگی مورد نیاز برای کسب و کارها، دولت، خانوارها و جامعه به شمار می‌روند که عبارتند از بیمه حوادث، کمک‌های مالی بلاعوض و تسهیلات بانکی و ...»

• **تعریف مفهومی بازتوانی اجتماعی:** با مرور منابع متعدد علمی، تعریف نهایی زیر از بازتوانی اجتماعی ارائه گردید که عبارت است از:

• ”حمایت‌های اجتماعی خاص که به بازماندگان و افراد آسیب‌پذیر و خانواده‌های بی‌سرپرست یا آواره، با هدف سازگاری با تأثیرات سوء حادثه ارائه می‌گردد و بازسازی و تقویت سرمایه اجتماعی شامل انسجام اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را بدنبال دارد. فعالیت‌هایی که در این راستا درون جامعه متأثر از حادثه انجام می‌گیرند عبارتند از: پیشگیری از فروپاشی خانواده‌ها، سازمان‌ها و اجتماعات؛ مداخله در راستای تغییر سیستم‌های خرد و کلان و با هدف رفاه مددجویان؛ ایجاد تناسب بین منابع و نیازهای افراد و کمک به مددجویان در جهت دسترسی آن‌ها به منابع؛ حمایت‌های فردی و خانوادگی؛ پیشگیری از ایجاد مشکلات جسمی و روان‌شناختی. این فعالیت‌ها، همراه با سرمایه‌های اجتماعی، مددکاری اجتماعی و اقدامات اجتماع محور، نقشی تعیین‌کننده در توانمند نمودن جامعه متأثر از حادثه خواهند داشت.“

• **تعریف مفهومی بازتوانی معنوی:** مطابق با بررسی‌های مختلفی که در متون علمی انجام گردید، بازتوانی معنوی عبارتست از: «هر اقدامی که به افراد، خانواده‌ها یا جوامع کمک می‌کند تا از اعتقادات معنوی خود، به عنوان منبع قدرت، امید و درمان استفاده نمایند، بازتوانی معنوی نام دارد که همراه با فراهم نمودن مشاوره برای افراد دارای مشکلات جدی همانند بی‌ایمانی، عدم انگیزه و نیز ارائه حمایت با برقراری ارتباط، مراقبت و درک می‌باشد. در این راستا، ارزیابی و فراهم نمودن نیازهای معنوی افراد، خانواده‌ها و جوامع، در دو دوره کوتاه و بلندمدت، امیدواری و تاب آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد. سازمان‌ها و افراد ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی معنوی می‌بایست استانداردهای رفتاری مشخصی را آموزش دیده و رعایت نمایند، این استانداردها، عبارتند از مهمان نوازی و حضور در کنار فرد؛ ملاقات، پذیرش و احترام به افراد، همان‌گونه که

هستند؛ احترام به سنت‌ها و آیین‌های متفاوت اعتقادی؛ رازداری؛ اجتناب از تبلیغ مذهبی به منظور وارد نمودن افراد به آیین جدید؛ و احترام به تنوع اجتماعی». لازم به ذکر است که تعاریف فوق تنها برای درک بهتر خوانندگان از مفاهیم بازتوانی ارائه گردیده‌اند؛ اما در عمل، هیچگاه نمی‌توان مرز مشخصی را برای مجزا نمودن این ابعاد در نظر گرفت؛ زیرا، اجزای بازتوانی دارای ارتباطی تنگاتنگ بوده و مکمل هم می‌باشند. شکل زیر به خوبی بیانگر این موضوع است:



شکل ۲) ارتباط اجزای مختلف بازتوانی پس از حوادث طبیعی

با توجه به اهمیت ابعاد بازتوانی پس از حوادث طبیعی، شامل جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی، در فصول بعدی کتاب، به تفصیل، آن‌ها را بررسی خواهیم نمود.

فصل سوم

بازتوانی جسمی

مقدمه

در کتاب Kelley که یکی از مراجع مهم در طب داخلی است، هدف از بازتوانی جسمی به حداکثر رساندن عملکرد فردی و حداقل نمودن محدودیت در انجام فعالیت‌ها و مشارکت‌های اجتماعی به دنبال یک ناتوانی و یا بیماری زمینه‌ای است. بازتوانی جسمی نه تنها شامل ممارست فرد ناتوان است، بلکه مداخلات عمومی در نظام‌های اجتماعی، انطباق‌پذیری محیطی و حفاظت از حقوق انسانی را نیز در بر می‌گیرد. این بازتوانی، می‌بایست هرچه سریعتر آغاز شده و در کل مدت زمان بیماری چه به شکل سرپایی یا بستری شدن در بیمارستان ادامه یابد. برنامه‌های بازتوانی جسمی علاوه بر درمان‌های تخصصی ارائه شده توسط درمان‌گر فیزیکی یا دیگر کارکنان بخش سلامت، آموزش، تمرینات داخل منزل و مداخلات محیطی را نیز شامل می‌گردد و برای نیل به نتایج مطلوب نیز، باید با محوریت بیمار صورت پذیرد. به جز ماهیت ناتوانی، تجربه فرد آسیب‌دیده در مورد معلولیت خود نیز باید در نظر گرفته شده و اهداف بازتوانی فیزیکی با مشارکت فرد در قالب یک کار تیمی تبیین شود، چراکه دستیابی به این اهداف، تنها با مشارکت بیمار میسر خواهد بود (۵۷).

بازتوانی جسمی افراد معلول از نگاه WHO، «فرآیندی است که بر توانمند ساختن افراد آسیب‌دیده در تمامی حیطه‌های جسمی، حسی، ادراکی، روانی و اجتماعی تأکید دارد، بطوریکه، شرایط مناسب رسیدن به استقلال و خودکفایی برایشان مهیا گردد.» (۵۸).

اصول و رویکردهای بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی

گزارشی که در مجله Disability Rehabilitation منتشر گردید، به ذکر سه نکته مهم قابل توجه در راستای دستیابی به آمادگی کامل برای بازتوانی جسمی مصدومین ناشی از حوادث، پرداخت که موارد زیر را شامل گردید:

- **آماده بودن مراکز توانبخشی:** با در نظر داشتن این مهم که در زمان وقوع حوادث، نیاز به خدمات بازتوانی جسمی همواره از امکانات موجود پیشی می‌گیرد، ارائه این نوع خدمات در سه سطح ضروری به نظر می‌رسد؛ بطوریکه دریافت خدمات پیشرفته بازتوانی جسمی مختص افرادی باشد که آسیب‌دیدگی شدید دارند، و افراد با آسیب‌های جزئی نیز در سطوح پایین‌تر درمان شوند. سطوح ارائه خدمات بازتوانی جسمی در این روش به قرار ذیل می‌باشد:
- 0 سطح A: فعالیت‌های بازتوانی جسمی ساده‌ای که در بیمارستان‌های سطح یک ارائه می‌شود. مصدومین تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند و تا زمان مرخص شدن و یا انتقال به سطح دو یا سه بستری می‌گردند.

0 سطح B: شامل خدمات بازتوانی جسمی عمومی می‌شود که در مراکز توانبخشی و مراکزی

که بدین منظور تغییر کاربری داده‌اند، ارائه می‌گردد. دریافت کنندگان این خدمات عبارتند از: مصدومین با صدمات شدید و عارضه‌دار حرکتی، کسانی که به تنهایی قادر به اداره زندگی خود می‌باشند و افرادی که خدمات با هدف کاهش وابستگی به آن‌ها ارائه می‌شود.

0 سطح C: شامل خدمات بازتوانی جسمی ویژه‌ای است که به مصدومینی که به تنهایی قادر

به اداره زندگی خود نیستند ارائه می‌شود. این افراد نیازمند دریافت خدمات جامع پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی بوده و ارزیابی و مراقبت‌های نوروفیزیولوژیک، پروتزها و خدمات مهندسی پزشکی از ملزومات مداخلات مناسب این گروه است. این سطح از خدمات تنها در مراکزی که خدمات بازتوانی جسمی جهت آسیب‌دیدگان نخاعی و معلولین قطع عضو ارائه می‌دهند و هم‌چنین در مراکزی که بدین منظور ساخته شده‌اند، میسر خواهد بود. خدمات بازتوانی جسمی در سوختگی‌های شدید و آسیب‌های اعصاب محیطی تنها در مراکزی که دارای تسهیلات جراحی می‌باشد، مقدور است. هم‌چنین برقراری نظام ارجاع برای اقدامات بازتوانی جسمی نیز می‌تواند به ارائه خدمات هدفمند کمک نماید.

• **تداوم مراقبت‌ها در جامعه:** معلولینی که از بیمارستان مرخص شده‌اند، نیازمند تداوم دریافت

خدمات بازتوانی جسمی هستند تا علاوه بر حفظ توانایی‌های به دست آمده در بیمارستان، قادر به بهینه سازی قابلیت‌های خود در راستای ادغام مجدد در ساختارهای خانوادگی و جامعه باشند. برای تداوم یافتن خدمات بازتوانی جسمی بعد از ترخیص معلولین، باید به نکات ذیل توجه نمود:

0 تسهیلات ارائه خدمات بازتوانی فیزیکی: در صورت کمبود چنین تسهیلاتی، می‌توان از

بیمارستان‌های مناطق روستایی و یا تغییر کاربری مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت و مدارس سود برد. تغییرات ساختاری جزئی و فراهم ساختن آب و گرما و هم‌چنین گردآوری دیگر منابع از اقدامات مهم در این راستا خواهد بود.

0 تجهیزات: تجهیزات پیش پا افتاده‌ای لازم است، چراکه خدمات سرپایی بازتوانی جسمی با

هدف افزایش استقلال و متمرکز بر ورزش‌ها و فعالیت‌های عملکردی است.

0 تیم‌های ارائه‌دهنده خدمات اولیه سلامت: در صورت آموزش مناسب این نیروها می‌توان از

آن‌ها به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی استفاده کرد.

0 متخصصین امر بازتوانی جسمی: ممکن است به دنبال حوادث، جامعه آسیب‌دیده در این

زمینه احساس کمبود کند. می‌توان از نیروهای بازنشسته و متخصصین دیگر نقاط کشور استفاده نمود و یا به پرستاران و تکنسین‌های بهداشت، اصول اولیه و پایه بازتوانی جسمی را آموزش داد.

- 0 وسایل کمک حرکتی: مانند صندلی چرخ‌دار، وسایل کمکی در راه رفتن، وسایل تسهیل کننده نشستن، دستگیره‌ها، و ابزار مراقبت‌های شخصی، که می‌توان آن‌ها را از مواد اولیه ارزان قیمت در جامعه تهیه کرد.
- 0 ایجاد تغییرات انطباقی در ساختمان‌ها: با ایجاد تغییراتی در خانه، مدرسه و محل کار مانند ساختن رمپ و فراخ کردن درگاه‌ها، می‌توان دسترسی معلولین به این مکان‌ها را افزایش داد.
- 0 آموزش بیمار و خانواده: به عنوان جزئی مهم در تداوم خدمات بازتوانی جسمی خارج از بیمارستان محسوب می‌گردد. الزامی است تا اعضای خانواده فرد آسیب‌دیده و دیگر مراقبان به منظور ارائه خدمات اولیه بازتوانی جسمی در منزل آموزش ببینند. همچنین آموزش خود-بازتوانی به فرد آسیب‌دیده نیز از ضروریات است.
- 0 بازآموزی و کاردرمانی: باید به منظور بازگرداندن فرد آسیب‌دیده به محیط کاری صورت گیرد.
- 0 پیگیری: باید توسط مرکزی که فرد آسیب‌دیده در آن، خدمات بازتوانی جسمی داخل بیمارستانی را دریافت نموده است، به فاصله شش ماه پس از ترخیص و سپس به صورت سالیانه صورت پذیرد.

• **تبیین دستورالعمل‌های مناسب جهت مدیریت بازتوانی جسمی:** در ساختاری که موارد

قبل به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی رعایت شده‌اند، وجود دستورالعمل‌هایی که بر اساس آن‌ها ارائه دهندگان خدمات بازتوانی جسمی و بیماران در شرایط گوناگون، قادر به اتخاذ تصمیمات درست در مورد مراقبت مناسب باشند، الزامی به نظر می‌رسد.

کشورهای در معرض مخاطرات طبیعی باید پیشاپیش به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی آمادگی لازم را داشته باشند (۵۹)؛ البته، میزان اهمیت این برنامه‌ها و اقدامات در کشورهای مختلف، از نقشه راه بازتوانی پس از حوادث طبیعی، که در این کشورها تدوین و نیز اجرا شده است، مشخص می‌گردد. به عنوان مثال، اهمیت برنامه‌ها و اقدامات بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی در نقشه بازتوانی از حوادث وزارت بهداشت آمریکا یا NDRF، این کشور را به عنوان سازمان هماهنگ کننده در امر بازتوانی سلامت و خدمات اجتماعی برگزیده است. در این سند مأموریت اصلی سازمان‌های اجتماعی و ارائه دهنده خدمات سلامت ایالات متحده در سطح دولت فدرال، کمک کردن به مقامات دولت محلی، جهت برقراری مجدد شبکه ارائه خدمات سلامت، بهداشت عمومی و خدمات اجتماعی است تا باعث ارتقای سطح تاب آوری، سلامت و تندرستی افراد متأثر از حادثه و جوامع آسیب‌دیده گردد.

در بخش دیگر از این سند، نتایج مورد انتظار بازتوانی سلامت جامعه به شکل ذیل تبیین گردیده است (۶۰):

- بازسازی ظرفیت‌ها و تاب‌آوری ارائه دهندگان خدمات سلامت و امور اجتماعی به شکلی که

نیازهای فوری جسمی را پاسخگو باشند.

- تداوم سلامت و تندرستی افراد آسیب‌دیده و ارتقای خودکفایی آن‌ها در این راستا با توجه ویژه به کودکان، سالمندان و افراد معلول که دارای نیازهای عملکردی بیشتری هستند، افراد با فرهنگ مختلف، کسانی که زبان انگلیسی نمی‌دانند و جوامع محروم
- محافظت از سلامت جوامع و کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی در برابر اثرات طولانی مدت شرایط پس از حادثه
- باز پیوند دادن افراد آواره با خدمات اجتماعی و سلامت

در گزارشی که در مورد معلولیت و با همکاری WHO و بانک جهانی، در وب سایت WHO منتشر گردیده، به جنبه‌های مختلف موضوعات سلامت، معلولیت و زندگی افراد معلول پرداخته شده است. در بخشی از این گزارش که در باره تخصیص اعتبارات به بازتوانی فیزیکی معلولین سخن به میان آمده، تسهیلات بازتوانی فیزیکی به عنوان بخشی از کمک‌های بشردوستانه در زمان حوادث محسوب شده است. حوادث طبیعی و بحران‌ها باعث ایجاد صدمات و معلولیت‌ها شده و افراد معلول را آسیب‌پذیرتر می‌سازند. به عنوان مثال به دنبال وقوع زلزله، جابجایی در مناطق آسیب‌دیده به دلیل وجود آوار ناشی از تخریب ساختمان‌ها و از بین رفتن وسایل حمل و نقل عمومی بسیار مشکل تر خواهد بود. در خدمات بشر دوستانه پس از رخداد حوادث، علاوه بر اعزام متخصصین بازتوانی جسمی می‌بایست مراقبت‌های تروما و ارائه خدمات مرتبط را نیز در نظر گرفت (۶۱).

درس آموخته‌های بین‌المللی مداخلات بازتوانی جسمی:

با مرور مطالب مربوط به تجربیات بازتوانی پس از حوادث طبیعی، می‌توان به نکات آموزنده و مفیدی در مورد برنامه‌ریزی، اجرا، ارزیابی و سایر حیطه‌های مهم بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی در کشورهای مختلف، پی‌برد و با بهینه‌کاوی آن‌ها، اجرای مداخلات بازتوانی جسمی را در اجتماع بهبود بخشید. لذا، در ادامه، به تعدادی از تجربیات و مطالعات موردی در سطح بین‌المللی، اشاره خواهیم نمود:

در گزارشی که به کوشش دولت بنگلادش و با کمک اتحادیه اروپا و بانک جهانی در مورد ارزیابی اولیه خسارت وارده به دنبال طوفان Sidr و اقدامات بازتوانی متعاقب آن انجام گردید، ارزیابی میزان خسارات فیزیکی به آسیب‌دیدگان، اولین گام در مداخلات بازتوانی به شمار آمده بود. به عنوان مثال در بررسی‌های به عمل آمده پس از طوفان، حدود یک میلیون نفر از کودکان زیر پنج سال به درجاتی از سوء تغذیه مبتلا شده بودند. با توجه به سابقه کمبود ریز مغذی‌ها و افزایش آمار ابتلا به شب کوری در بین کودکان بنگلادشی که

توسط یونیسف پس از سیل سال ۱۹۹۸ گزارش شد، مقامات بهداشتی دولت تصمیم گرفتند که حدود ۲۰ میلیون بسته پودر مکمل غذایی که حاوی ریز مغذی‌های اساسی بودند را به عنوان اقدامی در جهت بازتوانی فیزیکی کودکان زیر ۵ سال، بین آنان و مادران باردار و شیرده تقسیم نمایند (۶۲).

در دستورالعملی که درباره موضوع بازتوانی در بخش سلامت جامعه با همکاری بنیاد بین المللی بازتوانی، UNDP هندوستان و UNISDR تدوین گردید، به اثرات حوادث بر سلامت جسمی افراد اشاره شده است. به عنوان مثال به دنبال سونامی در اقیانوس هند، تعداد زیادی از زنان در سنین باروری جان خود را از دست دادند. این اتفاق، بسیاری از کودکان منطقه آسیب‌دیده را بی سرپرست نمود که این موضوع، آن‌ها را در معرض خطر بیشتر و شانس مرگ بالاتری در مقایسه با هم‌تایان خود قرار داد. در مثالی دیگر، تغذیه شیرخواران به دنبال وقوع حوادث، نامطلوب گردیده و به مقادیر پایین‌تر از حد استاندارد رسیده بود. علل عمده این اتفاق، قطع شیردهی مادر و افزایش مواجه با آسیب‌ها و سوء استفاده‌های جنسی بیان شده است. در مطالعه‌ای مشابه در بوتسوانا، کودکانی که توسط شیر مادر تغذیه نمی شدند، بیشتر در بیمارستان بستری شده و به علت بیماری‌های عفونی فوت نموده‌اند. از دیگر مثال‌های ذکر شده به عنوان آسیب‌های جسمی پس از حوادث و نحوه بازتوانی از آن، آسیب‌های خانواده‌های تک والدی است. در صورتی که والد زنده مانده پس از حادثه، پدر خانواده باشد، شانس اعتیاد و یا خشونت‌های جنسی افزایش می یابد. از جمله اقدامات بازتوانی از این اختلالات رفتاری، پایش و حمایت از این خانواده‌هاست تا اطمینان حاصل نمود که پدر به نقش‌ها و وظایف جدید خود در خانواده آشنایی پیدا کرده است. در سایر موارد، به مشکلات معلولین پس از بروز حادثه توجه شده است، زمانی که قطع منابع انرژی مانند برق، استفاده از تجهیزات ضروری را برای معلولین مشکل می سازد. بدین منظور، در نظر گرفتن کمک رسانی به معلولین، در فازهای کاهش آسیب، آمادگی و بازتوانی، از نکات کلیدی است. در ادامه به این نکته اشاره شده است که اقدامات مرحله کوتاه مدت بازتوانی، باید این اطمینان را فراهم سازد تا گروه‌های آسیب‌پذیر، به مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته و بسته‌های خدمات سلامت در اختیار معلولین و کسانی که دارای اختلالات ارتباطی هستند (مانند سمعک برای کم‌شنوایان و عصا برای نابینایان)، قرار گیرد. جالب توجه است که در تمامی مثال‌هایی که به عنوان مطالعه موردی، گزارش شده، به شدت بر ادغام فعالیت‌های توسعه پایدار و کاهش خطر در فاز بازیابی (بازسازی و بازتوانی) تأکید گردیده است، تا میزان آمادگی برای رویارویی با وقایع محتمل آینده افزایش یابد. همچنین بازتوانی نیروهای ارائه دهنده خدمات سلامت پس از بروز حوادث از جمله نکاتی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. در مورد ظرفیت‌های انسانی در راستای انجام اقدامات بازتوانی در بخش سلامت جامعه، چالش پیش رو، فراهم آوردن نیروی کاری است که قادر به ارائه خدمات مداوم و باکیفیت باشد. همزمان باید از به استخدام در آوردن نیروی کار بیش از استاندارد مورد نیاز، اجتناب نمود تا از تحمیل بار اضافه نیروی انسانی بر بخش دولتی جلوگیری به عمل آید. در این راستا ظرفیت‌های انسانی بخش خصوصی

نیز بهتر است مورد توجه قرار گیرد. در بخش تجهیزات و داروهای مورد نیاز در فاز بازتوانی، WHO، دارو و تجهیزات تکنولوژیک را به عنوان یکی از اجزای مهم مداخلات بازتوانی تعریف کرده و می افزاید: "در زمان بحران‌های طولانی، ساماندهی ذخایر داروها و دیگر لوازم پزشکی به شکل عمده‌ای تغییر یافته و ناپایدار می‌گردد. برپایی مجدد داروخانه مرکزی یا مکانیسمی مشابه پس از بررسی دقیق موانع رسیدن داروها و تجهیزات به تسهیلات بهداشتی، باید در اولویت‌های برنامه‌های بازتوانی قرار گیرد. همچنین مفهوم ضرورت‌های دارویی و پروتکل‌های استاندارد درمان می بایست ارتقا یابد." بنابراین، ساز و کار استمرار زنجیره تأمین یا Supply Chain را به عنوان استراتژی کوتاه مدت و بلند مدت بخش سلامت در زمان بازتوانی می‌توان در نظر داشت (۶۳).

در کنفرانس بین‌المللی "بلایا و معلولیت‌ها" که در ۲۸ و ۲۹ ژانویه سال ۲۰۰۸ در شهر بوبانسور ایالت اوریسا در شرق هندوستان برگزار گردید، "بوسان پانانی" در سخنرانی خود با عنوان "حوادث طبیعی، نقش سازمان‌های بهبودی بخش در معلولیت‌ها" نیازهای افراد دارای معلولیت‌های جسمی پس از زلزله را به چند بخش تقسیم نمود:

۱- اندازه بودن پروتزها و کافی بودن کمک‌های بازتوانی جسمی: تمام معلولین نه تنها نیازمند پروتزهایی هستند که متناسب عضو از دست رفته باشد، بلکه آموزش‌های لازم در مورد نحوه استفاده از آن‌ها نیز بخشی از فرآیند بازتوانی جسمی در این افراد خواهد بود.

۲- فیزیوتراپی: برپایی مراکز فیزیوتراپی در مناطق مناسبی از محدوده حادثه دیده که با کمک سازمان‌های مردم نهاد و مراکز خصوصی محقق می‌شود، به عنوان بخش مهمی از اقدامات بازتوانی جسمی جامعه و افراد قلمداد می‌گردد. راه‌اندازی اینگونه مراکز، درون بیمارستان‌های سیار، توصیه شده است.

۳- مراکز کار درمانی و توانبخشی: افرادی که پس از زلزله آسیب‌دیده یا دچار معلولیت شده‌اند، برخی مواقع به تنهایی نیازمند ادامه حیات اقتصادی و تأمین هزینه‌های زندگی خود می‌باشند. این مراکز، تسهیلاتی را در راستای شناخت توانایی‌های باقی‌مانده افراد آسیب‌دیده فراهم آورده، برنامه‌های فردی برای هر کدام از مراجعین در نظر می‌گیرد و با خوداشتغالی افراد و با کمک گرفتن از بنگاه‌های پولی و سازمان‌های حمایتی به آن‌ها کمک می‌کند تا در تأمین هزینه‌های زندگی خود مستقل باشند.

هم‌چنین وجود مرکزی برای بیماران آسیب نخاعی می‌تواند پاسخگوی نیازهای بلند مدت سلامت و نیازهای بازتوانی جسمی آن‌ها باشد. اکثر بیماران آسیب نخاعی باید به مدت کوتاهی در بیمارستان بستری شده و دستورات مناسب پزشکی دریافت نمایند. بسیار مغتنم خواهد بود که بیمارستانی ۱۰ تخت خوابه برای بیماران نخاعی تأسیس شود تا نیازهای بهداشتی، پزشکی و بازتوانی جسمی آنان را در منازلشان فراهم آورد. به عنوان مثال، ضرورت پیگیری خدمات، تعمیرات و نگهداری عضو مصنوعی برای بیماران که از این اعضا استفاده می‌کنند، و یا نیاز بیماران با آسیب نخاعی به درمان‌های طولانی مدت و خدمات حمایتی

مانند دوره‌های کوتاه مدت بستری در بیمارستان. بنابراین اولویت‌های خدمات بازتوانی جسمی در منطقه آسیب دیده بر فراهم آوری ابزارهای مناسب حمایتی، فیزیوتراپی، و خدمات مشاوره‌ای قرار گرفت. گسترش اقدامات بازتوانی جسمی مذکور در منطقه آسیب دیده نهایتاً باعث ایجاد مرکزی جهت ارائه دائمی خدمات بازتوانی جسمی برای معلولین در هند غربی شد (۶۴).

در ادامه به مطالعه موردی که پس از زلزله ژانویه ۲۰۰۱ در گجرات هندوستان انجام گردید، اشاره می‌گردد. با وجود محدودیت امکانات بازتوانی جسمی در این منطقه، همکاری دولت هندوستان و سازمان‌های ملی و بین‌المللی، مانند سازمان بین‌المللی معلولین و اتحادیه نابینایان که هر دو NGO می‌باشند، باعث شد تا پروژه ظرفیت‌سازی بیشتر برای تسهیلات موجود، به شکل ذیل و به صورت استراتژی‌های سطح بندی شده‌ای انجام پذیرد:

• سطح سوم خدمات:

- 0 توسعه زیرساخت‌ها و تجهیزات فیزیوتراپی و دیگر جنبه‌های بازتوانی جسمی مبتنی بر تسهیلات در بیمارستان CP و در کوتک.
- 0 ارتقای برنامه ترخیص بیماران معلول بستری در بیمارستان CP با آموزش مددکاران اجتماعی
- 0 برپایی نظام ارجاع توسعه یافته از بیمارستان CP به شبکه‌ای اجتماعی که خدمات بازتوانی جسمی را به ۳۹ نوع معلولیت و سازمان‌های حمایتگر این نوع خدمات، ارائه می‌دهد.

• سطح دوم خدمات (استانی):

- 0 ارائه کمک‌های تکنیکی به اتحادیه نابینایان به منظور راه‌اندازی مرکز توانبخشی سطح دو در نزدیکی بیمارستان شهرستان کوتک که خدمات طب فیزیکی را (به وسیله هشت فیزیوتراپیست نابینا) ارائه می‌داد. نزدیک به ۳۰۰ بیمار وسایل ارتوپدیک دریافت نمودند و به ۵۹۸ نفر دیگر بر اساس برنامه‌های حمایتی دولت، ابزار بازتوانی جسمی رایگان اهدا شد. وسایل بازتوانی فیزیکی ۲۰۸ نفر نیز توسط درمانگران طب فیزیکی در منازلشان اصلاح شد.
- 0 برقراری هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بدنه دولت و همچنین بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت دولتی و سازمان‌های غیردولتی به منظور حصول اطمینان از در دسترس بودن و تداوم ارائه خدمات بازتوانی جسمی مانند مکانیزم‌های ارجاع، درمان و پیگیری بیماران.

• سطح جامعه:

- 0 آموزش ۲۷۵ کارمند شاغل در تسهیلات سطح یک ارائه سلامت به منظور شناسایی افراد معلول و ارائه مداخلات و خدمات ارجاع مناسب. ارزشیابی که هشت ماه بعد از این آموزش‌ها

انجام گرفت، این واقعیت را آشکار ساخت که افراد آموزش دیده قادر بودند معلولیت را در کودکان زیر ۱۰ ماه تشخیص دهند.

0 برقراری برنامه‌های فیزیوتراپی در مراکز بهداشت جامعه به منظور ارتقای خدمات بازتوانی جسمی

0 توجه به بیماران معلول در برنامه‌های توسعه اجتماعی با آموزش ۲۴ کارمند توسعه اجتماعی در ۸۴ روستا تا بیماران معلول را شناسایی نموده و پس از ارائه خدمات اولیه، آن‌ها را ارجاع دهند.

0 افزایش آگاهی عمومی درباره پیشگیری و مدیریت معلولیت در میان جامعه، افراد خانواده و صاحبان مشاغل، با انتشار هشت گزارش جدید به زبان محلی

مطالعه‌ای که در راستای پی‌بردن به اثرات پروژه در جامعه صورت گرفت، نشان داد که آمار مرگ و میر بیماران آسیب نخاعی از ۶۰٪ در زمان قبل از به کارگیری استراتژی‌ها به چهار درصد کاهش یافت. با دستیابی به این موفقیت‌های چشمگیر، پروژه مذکور در سرتاسر ایالت گجرات هندوستان گسترش یافت و تمامی انواع معلولیت را دربرگرفت (۶۱).

به دنبال این زلزله، دولت هندوستان اقدام به تدوین نقشه‌ای جهت بازسازی و بازتوانی مناطق آسیب‌دیده نمود. یکی از اهداف عمده این نقشه، فراهم ساختن حمایت‌های مداوم و ضروری برای افراد آسیب‌دیده می‌باشد. در این نقشه ذکر شده است که بازسازی سریع تسهیلات اولیه ارائه خدمات سلامت از مهمترین اولویت‌ها در زمان آسیب‌ها و معلولیت‌های گسترده بعد از زلزله است. تعداد زیادی از مردم به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان نیازمند خدمات پزشکی مداوم می‌باشند. با توجه به تخریب اکثر تسهیلات ارائه دهنده خدمات اولیه سلامت، مقامات دولتی اقدام به ساخت مکان‌هایی با سازه‌های پیش‌ساز جهت ارائه این‌گونه خدمات کردند. این مکان‌ها همچنین محل ارائه خدمات بازتوانی ارتوپدی، به عنوان بخشی از خدمات بازتوانی بودند. در راستای ارائه خدمات بازتوانی، دوره‌های بازآموزی نیز برای پزشکان، پیراپزشکان، تکنسین‌های اعضای مصنوعی، روان‌درمانگران و متخصصین طب اورژانس برگزار گردید (۶۵). پس از سیل سال ۲۰۱۰ در پاکستان، سازمان‌های بین‌المللی متعددی با همراهی دولت پاکستان اقدام به اجرای برنامه‌های بازتوانی در مناطق آسیب‌دیده کردند. یکی از این سازمان‌ها، «Give2Asia» نام داشت که در سال ۲۰۱۱ از اقدامات انجام شده گزارشی منتشر نمود. اقدامات طولانی مدت بازتوانی در منطقه، در قالب خدمات اولیه سلامت توسط گروه‌های سیار پزشکی و یک سال پس از جاری شدن سیل ارائه می‌شد. این گروه‌ها شامل پزشک، پیراپزشک و داروساز بوده و حداقل هفته‌ای یک بار به هر کمپ مراجعه و به ارائه خدمات مشغول می‌گردید. همچنین خطوط تلفن در تمام ساعات شبانه روز و نیز کل روزهای هفته، پاسخگوی سوالات بودند. از طرفی کارگاه‌های آموزشی نیز در راستای افزایش اطلاعات جامعه در

زمینه سلامت، پیشگیری، بهداشت و گندزدایی، مراقبت از کودکان، تغذیه، سلامت مادر و کودک، غربالگری بیماری‌های چشمی و معاینه دندانپزشکی برگزار گردید (۶۶).

در گزارش دیگری که شش ماه پس از زلزله اکتبر سال ۲۰۰۵ پاکستان توسط UNDP منتشر شد، به اقدامات بازتوانی کوتاه مدتی که توسط مقامات دولتی و با همکاری سازمان‌های بین‌المللی صورت پذیرفته بود اشاره گردید. در فاصله زمانی یک ماه بعد از زلزله و پس از برآورد میزان خسارت، نقشه بازسازی و بازیابی کوتاه مدتی با توافق سازمان ملل و دولت محلی طراحی شد. این نقشه، چندین هدف را برگزید، که یکی از آن‌ها، بازتوانی سلامت زنان بود، و در راستای دستیابی به این هدف، کارگاه آموزشی با هدف آموزش ۲۴ ناظر سلامت زنان برگزار گردید تا آن‌ها نیز به نوبه خود، آموزش‌های دریافتی را به سایر کارکنان بخش بهداشت زنان منتقل سازند. همچنین در این گزارش، مداخلات مفید بازتوانی جسمی برای افرادی که پس از زلزله دچار معلولیت شده‌اند نیز، ذکر گردیده است. این اقدامات عبارت بودند از (۶۷):

۱- بررسی و برآورد دقیق افرادی که به دنبال زلزله دچار آسیب نخاعی یا قطع عضو شده‌اند و تدوین استراتژی‌های انطباق با معلولیت برای این افراد

۲- تدوین سیاست‌های مناسب جهت برخورد با معلولیت‌های ناشی از زلزله و بکارگیری مشارکت همه جانبه برای تأسیس سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و برنامه‌های بازتوانی جسمی

۳- برگزاری دوره‌های مهارت آموزی بازتوانی جسمانی برای ۴۵ متخصص سلامت توسط مؤسسه ملی بهداشت و سازمان بهداشت جهانی. این افراد مسئولیت مراقبت از ۷۴۰ بیمار آسیب‌دیده نخاعی ناشی از زلزله را بر عهده داشتند.

در سند مشابهی که در مورد فعالیت‌های بازتوانی سازمان جهانی صلیب سرخ به دنبال زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان منتشر شد، حدود ۳۰ هزار نفر از ساکنین مناطق آسیب‌دیده از اقدامات پیشگیرانه مرتبط با ایدز و هیپاتیت B و C، برخوردار گردیدند. این اقدامات به عنوان بخشی از خدمات بازتوانی جسمی در نظر داشت تا (۶۸):

۱- شرایطی را جهت مشاوره و آزمایش داوطلبانه افراد آسیب‌دیده، به خصوص افراد پر خطر و در مناطق دوردست فراهم آورد.

۲- با تشکیل شبکه‌ای موسوم به "شبکه جوانان هلال احمر پاکستان" و بکارگیری ابزار ارتباطی، آموزشی و اطلاع‌رسانی، اقدام به آموزش جوانان در مورد مهارت‌های زندگی نماید.

۳- برنامه‌ای استراتژیک جهت مقابله با ایدز تدوین نموده و برای تقویت این برنامه، به سازماندهی کمیته‌ای مدیریتی پرداخته و از اقدامات آن حمایت کند.

۴- همکاری‌ها و مشارکت‌های گسترده‌ای را با سازمان‌های فعال در زمینه بیماران مبتلا به ایدز تدارک ببیند تا نیازها و اولویت‌های این بیماران مشخص گردد.

۵- کمپین‌های آگاه‌سازی عمومی را در مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری جهت افزایش اطلاعات

مردم در مورد ایدز، هپاتیت B و C و اهداء داوطلبانه خون به خصوص در روز جهانی ایدز و روز جهانی اهداء خون فعال سازد.

۶- روش‌های کنترل گسترش بیماری‌ها، مانند استرلیزاسیون مناسب تجهیزات پزشکی را در مراکز ارائه خدمات سلامت به کار گرفته و تداوم بخشد.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ منتشر شد و نگاهی دیگر به زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان داشت، معلولیت جسمانی در مقیاسی گسترده و نحوه مدیریت آن مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه اشاره شده بود که پس از یک زلزله ۴۰ ثانیه ای، ۷۳۳۳۸ نفر از بین رفته و ۱۲۸۳۰۹ نفر دچار آسیب‌های جدی گردیدند که از آن میان به ۷۴۱ مورد آسیب نخاعی و ۷۱۳ مورد قطع عضو می‌توان اشاره کرد. با توجه به اینکه مفاهیم طب توانبخشی در اواخر دهه ۹۰ میلادی به پاکستان راه یافت، تعداد بسیار محدودی از مراکز عمومی در زمان حادثه به ارائه این گونه خدمات بازتوانی فیزیکی مبادرت می‌ورزیدند. هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی گستردگی و انواع معلولیت‌های پس از زلزله، مشخص ساختن نیازهای بازتوانی جسمی و تأکید بر تلاش‌های انجام شده به منظور فراهم آوردن خدمات بازتوانی ویژه معلولین بوده است. به منظور جبران نقصان‌های موجود در برنامه‌ها و تسهیلات بازتوانی جسمی، اقدامات ملی و بین‌المللی گسترده‌ای انجام شد. با همکاری NGO بین‌المللی معلولین، کادری متشکل از ۵۷ زن و مرد، دوره آموزشی را در مورد تکنیک‌های پایه و نحوه ارائه خدمات بازتوانی جسمی به معلولین نخاعی و کسانی که تحت عمل ثابت‌سازی ستون مهره‌ها قرار گرفتند، طی دو هفته گذراندند تا از به وجود آمدن عوارض ثانویه در معلولین جلوگیری به عمل آید. وزارت بهداشت دولت فدرال پاکستان با بکار گرفتن ۱۰۰ پزشک، ۱۰۰ فیزیوتراپیست و ۵۰ روانشناس در دسامبر ۲۰۰۵ اقدام به تقویت و به روز رسانی مؤسسه ملی طب توانبخشی یا NIRM، مرکز ماهواره مؤسسه ملی علوم پزشکی پاکستان و بیمارستان عمومی راولپندی نمود. اقدام WHO و UNICEF در زمینه برپایی بخش‌های ۱۰۰ تخت‌خوابی آسیب‌های نخاعی با مصالح پیش ساز در مرکز ماهواره مؤسسه ملی علوم پزشکی پاکستان و NIRM که به ترتیب در دسامبر ۲۰۰۵ و ژانویه ۲۰۰۶ انجام شد، باعث گردید تا تمامی بیماران آسیب نخاعی به طور کامل به این مراکز منتقل شوند. یک برنامه اختصاصی برای هر یک از آسیب دیدگان نخاعی طراحی شد و با توجه به نوع آسیب و میزان ناتوانی فرد آسیب‌دیده، رویکردهای چند رشته‌ای بازتوانی جسمی اتخاذ گردید. مهارت‌های افراد تازه‌کار با برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی با اعطای مدرک در NIRM افزایش یافت. جهت ارتقای مهارت پرسنل نیمه حرفه ای ارائه دهنده خدمات سلامت، دستورالعمل‌هایی در مورد افزایش استقلال فردی به دنبال آسیب‌های نخاعی که توسط WHO تدوین شده بود، ترجمه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. علاوه بر آن دستورالعمل‌هایی نیز به منظور توانمند ساختن بیماران و خانواده‌هایشان برای سازگاری با محدودیت‌های فیزیکی و افزایش استقلال از طریق تقویت پتانسیل‌های موجود، تنظیم و در اختیارشان قرار گرفت. اصولی راهنما نیز در مورد طراحی مناسب صندلی‌های چرخ‌دار

به منظور تردد در ساختمان‌های عمومی و ادغام آن با برنامه‌های بازسازی سازه‌های منطقه آسیب‌دیده گردآوری شد.

مرکز اعضای مصنوعی در بیمارستان بنیاد فوجی در پاکستان نیز تنها بخش عمومی بود که اعضای مصنوعی (مانند دست، پا، چشم و دندان مصنوعی با اهداف کاربردی و زیبایی) و ارتوز (لوازم ارتوپدی یا دستگاه‌های مخصوص حمایت، ردیف کردن و یا بازدارنده تغییر شکل به منظور بهبود عملکرد قسمت‌های متحرک بدن) می‌ساخت. این مرکز پس از زلزله با کاهش ظرفیت پاسخگویی به نیاز افزایش یافته بیماران نقص عضو مواجه شد. در مجموع ۱۱ کارگاه پروتز و ارتوز توسط سازمان‌های مختلف ملی و بین‌المللی به منظور ارائه خدمات پروتز و ارتوز در منطقه آسیب‌دیده برپا گردید.

اما چالش اصلی فراهم آوردن حمایت‌های مداوم و بلند مدت برای معلولین در محل زندگی خودشان و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها با افزایش آگاهی جامعه در مورد معلولیت و گنجاندن آن در برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه بود. تسهیلات جهت تردد در محل زندگی نامناسب بودند. خدمات سلامت پایه و بازتوانی جسمی و موانع نگرشی که از رسیدن معلولین به حداکثر پتانسیل‌های خود جلوگیری می‌نمود، از دیگر مسائل موجود بود. بدین منظور استراتژی‌های نوآورانه‌ای با هدف بازتوانی جسمی مبتنی بر جامعه و نهادهای اجتماعی، توسط WHO و وزارت بهداشت، برای معلولیت قبل و پس از رخداد زلزله تدوین و نهایتاً باعث ایجاد برنامه‌ای به نام CBR گردید.

بخشی از نتایج مداخلات بازتوانی جسمی انجام شده بعد از زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان عبارت بود از:

۱- ۶۲٪ استقلال در فعالیت‌های روزمره افراد با آسیب‌های نخاعی و پنج درصد تأمین معیشت برای این افراد

۲- ۱۰۰٪ پوشش پروتز برای معلولین با نقص عضو در اندام تحتانی

۳- فراهم ساختن خدمات بازتوانی جسمی برای ۳۵۷۸۳ معلول و برگزاری ۵۷۵۰۶ جلسه درمانی (گفتار درمانی، فیزیوتراپی و روان‌شناسی)

۴- فراهم ساختن ۵۴۵۷ عدد وسیله بازتوانی جسمی (صندلی چرخ‌دار، ژاکت‌های ستون مهره‌ها، صندلی، عصا، واکر، سمک و وسایل توانبخشی بینایی) و تأمین معیشت برای ۱۰۱۷ معلول

۵- ساخت چهار مرکز ارائه خدمات اولیه بازتوانی جسمی در مناطق آسیب‌دیده و ساخت دو بخش توانبخشی ۵۰ تخت‌خوابی در خیبر پختون‌خوا و آزاد جامو و کشمیر

کمبود پروتکل‌های برخورد با بیماران ترومایی، از محدودیت‌هایی بود که منجر به تعداد زیادی قطع عضو غیر ضروری و یا نامناسب و همچنین آسیب اعصاب محیطی شد. عدم تدوین قوانین نظارتی برای ساختن و جفت کردن پروتزها، باعث شد تا تهیه‌کنندگان فاقد صلاحیت اقدام به ساختن پروتزهای غیر استاندارد نمایند که این امر منجر به بروز مشکلاتی در برخی از معلولین گردید (۶۹).

بررسی دیگری که درباره همین زلزله در پاکستان انجام گردید و سال ۲۰۰۸ در مجله Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation منتشر شد، عوامل مؤثر در درمان و بازتوانی آسیب‌های نخاعی یا SCI را در چند حوزه مختلف مورد ارزیابی قرار داد. در ابتدا به تأثیرات کمک‌های امدادی مربوط به نجات از زیر آوار اشاره شده بود شامل (۷۰):

- کمبود پروتکل‌های SCI در زمان تخلیه آسیب‌دیدگان از زیر آوار: پس از زلزله دقت و توجه کمی در خصوص حمل و نقل بیماران مشکوک یا موردهای SCI وجود داشت. این بی‌توجهی باعث وخامت آسیب‌های نخاعی و یا تبدیل شدن انواع نیمه کامل آن‌ها به کامل می‌گردید. متأسفانه، حتی اکثر کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت نیز از تکنیک‌های بی‌حرکت ساختن بیماران در زمان حمل و نقل مطلع نبودند.
- حمل و نقل هوایی آسیب‌دیدگان: به دلیل محدودیت‌های موجود در حمل و نقل هوایی و هلیکوپترهای مناسب برای پرواز در شب و تلاش برای نجات بیشتر افراد، قبل از فرا رسیدن شب، انتقال مجروحین به بیمارستان‌های سطح سه، بیش از ظرفیت هلیکوپترها انجام می‌گرفت که خود باعث پیچیده‌تر شدن نجات افراد می‌گردید.
- سپس تأثیرات درمان‌های اولیه بیماران SCI مورد توجه قرار گرفت: عدم وجود نظام ثبت بیماران SCI؛ عدم وجود نظام ثبت بیماران آسیب نخاعی، ارزیابی دقیق آماری این افراد را ناممکن می‌ساخت. تلاش‌هایی که در این زمینه صورت گرفت نیز با اشکالاتی به شرح زیر همراه بود:
 - 0 جمع‌آوری داده‌ها توسط یک اپراتور صورت گرفت نه یک متخصص امور سلامت.
 - 0 به جای ثبت میزان سطح آسیب و کامل یا ناکامل بودن آسیب، تنها داده‌هایی که وارد می‌شدند، عبارت بودند از: آسیب نخاعی، آسیب به پشت و SCI.
 - 0 برخی از بیمارانی که به دلیل شکستگی‌های لگنی یا کوفتگی‌های شدید عضلانی ناحیه پشت قادر به حرکت دادن اندام تحتانی خود نبودند نیز جزء بیماران SCI طبقه‌بندی گردیدند.
 - 0 از آنجایی که جمع‌آوری داده‌ها در روزهای ابتدایی پس از حادثه اتفاق افتاد، این احتمال وجود داشت که برخی از موارد SCI که بعداً مراجعه داشتند یا قبل از مراجعه فوت نموده بودند، از قلم افتاده باشند.
- نبود بخش ستون فقرات و متخصصین این حوزه: این بخش‌ها پس از جنگ جهانی دوم و به منظور ارائه خدمات درمانی و بازتوانی جامع به بیماران SCI راه‌اندازی گردید. در پاکستان بر اقدامات جراحی و به دنبال آن تجویز ورزش‌های مختلف در منزل تأکید بیشتری می‌شد. بنابراین،

در زمان حادثه، صرفاً مؤسسه بازتوانی پزشکی نیروهای ارتش دارای بخش ویژه بازتوانی بود. با اینکه بیمارستان‌های شهرهای پشتیبان دارای بخش جراحی اعصاب بودند، اما بخش ویژه خدمات بازتوانی جسمی وجود نداشت. مرکز بیماران معلول در حیات آباد پیشاور، اقدام به تأسیس چنین بخشی نمود که تنها محدود به فیزیوتراپی شد و هیچ متخصصی در آن فعال نبود. در زمان حادثه، کل پاکستان با جمعیت ۱۶۰ میلیون نفر، کمتر از ۲۰ متخصص طب فیزیکی و توانبخشی داشت. بنابراین، در طول این مدت به ضرورت وجود تخت مخصوص بیماران نخاعی توجه نشده و آن‌ها را بر تخت‌های چوبی بسیار نامناسب بستری می نمودند. هم‌چنین، این بیماران بعد از عمل جراحی تثبیت ستون مهره‌ها، بدون پوشیدن حمایت‌های لازم به حرکت ادامه دادند. بررسی‌های انجام شده نشان داد که اکثر بیماران دارای فلج اندام‌های تحتانی، در مقایسه با سایر افراد متأثر از حوادث، مورد توجه بسیار قرار نگرفتند.

- ارزیابی غیر دقیق و ناکافی: ارزیابی بیماران آسیب نخاعی توسط اتحادیه آسیب‌های نخاعی آمریکا یا ASIA، استاندارد سازی شده است. جهت تشخیص سطح و گستردگی آسیب نخاعی معاینه کامل عصبی، حسی و حرکتی در بیمارستان‌های محل پذیرش بیمار لازم می‌باشد. متأسفانه اکثر پزشکانی که مسئول مراقبت از بیماران SCI بودند از نظام ASIA اطلاعی نداشته و نمی‌دانستند که چگونه می‌بایست فرم‌ها را تکمیل نمایند و این امر باعث عدم متمایز نمودن بیماران با آسیب‌های کامل از بیماران با آسیب‌های ناکامل می‌شد. از آنجایی که ارزیابی عملکرد افراد در پایش نتایج مداخلات بازتوانی جسمی مؤثر است، نظام ارزیابی بیماران آسیب نخاعی بر اساس پروتکل ASIA به پزشکان فعال در مراکز بستری معلولین آموزش داده شد.

در ادامه بحث نیز نکات قابل توجهی در مورد پیگیری بیماران، گزارش گردید که عبارتند از :

- مشاوره و آموزش ناکافی بیماران: آموزش بیماران به عنوان جزئی از مراقبت‌های بیماری در پاکستان شناخته نشده و هیچ سندی به زبان اردو برای آموزش بیماران SCI وجود نداشت تا اینکه این نیاز مهم با تلاش WHO تأمین شد. از مهمترین محدودیت‌های این گونه دستورالعمل‌ها، تخصصی نبودن آن‌ها و هم‌چنین بی سواد یا کم سواد رایج در پاکستان است. از طرفی عدم مشخص کردن پیش آگهی آسیب‌های نخاعی به خصوص در موارد آسیب‌های کامل باعث امیدواری زود هنگام بیماران جهت از سرگیری فعالیت‌های روزمره خود شد. در برخی از موارد، بیماران تا یک سال پس از معلولیت نیز از سرنوشت سلامت خود مطلع نبودند و علاوه بر آن، در مورد ناتوانی‌های جنسی و مسائل شغلی بیماران نخاعی، کمتر سخن به میان می‌آمد.

- حمایت اقتصادی ناکافی: به دنبال زلزله، با وجود سرازیر شدن کمک‌های نقدی داخلی و بین المللی در حمایت از آسیب‌دیدگان، هیچ ساز و کار مناسبی جهت اعطای برخی از این کمک‌ها

به بیماران SCI وجود نداشت. در برخی از مراکز بیماران به دلیل وحشت از هزینه‌های درمان، اصرار بر ترخیص پیش از موعد داشتند که این امر بر وابستگی و عدم استقلال آن‌ها در آینده می‌افزود. برخی از آنان با وجود اینکه از داشتن برق در مناطق کوهپایه‌ای محل زندگی خود محروم بودند، اما وجوه نقدی اعطا شده را صرف خرید گوشی‌های موبایل و تجهیزات صوتی تصویری می‌کردند. در مراحل آخر پاسخگویی به زلزله، دولتمردان تصمیم گرفتند تا به منظور کمک به بیماران SCI، ماهانه حدود ۱۰۰ دلار کمک نمایند. اما این مهم بدون در نظر گرفتن شدت آسیب و میزان ناتوانی افراد بود بطوریکه دریافتی بیمارانی که آسیب کامل داشته و محدود به تخت بودند، با افرادی که می‌توانستند حرکت کنند مساوی در نظر گرفته شد.

- کمبود خدمات بازتوانی فیزیکی اجتماعی و حرفه‌ای: تمرکز اصلی بر روی درمان فیزیکی، کاردرمانی و مشاوره بود. هیچ رویکردی جهت حصول اطمینان از گذار بیماران SCI از بیماری به بطن جامعه وجود نداشت و تنها افرادی که سلامت کامل حرکتی عصبی خود را باز یافته بودند، توانستند به کار قبلی خود بازگردند. تا قبل از زلزله تعداد کمی از مراکز بازتوانی اجتماع محور در پاکستان وجود داشت.

نهایتاً، کل درس آموخته‌های این مطالعه، به روش زیر طبقه بندی گردید:

- ۱- در حوادث طبیعی به خصوص زلزله باید احتمال پذیرش تعداد زیادی بیمار SCI را در نظر گرفت.
- ۲- اگر پروتکل‌های مناسب نجات آسیب‌دیدگان از زیر آوار و برنامه مدیریت حوادث، پیش از حادثه، در دسترس بود، تعداد بیماران SCI به دلیل افزایش آگاهی‌ها نسبت به صدمات نخاعی، کاهش می‌یافت.
- ۳- استفاده از هلیکوپتر در مناطق کوهستانی یا مناطقی که زیرساخت‌های حمل و نقل جاده‌ای به دلیل زلزله از بین رفته‌اند، جایگاه مهمی دارد.
- ۴- درمان بیماران SCI تنها شامل عمل جراحی و آتل‌گذاری نیست. احداث بخش‌های ستون فقرات، ارزیابی دقیق و مدیریت از پیش طراحی شده باعث موفقیت برنامه‌های ادغام در جامعه بیماران SCI خواهد بود.
- ۵- بازتوانی جسمی بیماران SCI تنها زمانی اتفاق می‌افتد که بیماران مجدداً به جامعه باز گردند و به عنوان مستمری بگیریانی وابسته، محدود به خانه‌های خود، نباشند.

WHO، در سندی که در دسامبر سال ۲۰۱۰ در پایگاه اینترنتی خود منتشر کرد، اقدام به تبیین دستورالعملی نمود تا بر اساس آن کشورهایی که متحمل آسیب در بخش سلامت شده اند، قادر باشند میزان خسارت را ارزیابی و بر اساس ارزیابی‌های انجام شده، اقدامات بازتوانی مناسبی را اتخاذ و اجرا نمایند. در این دستورالعمل نوع آسیب و نحوه بازتوانی از آن به تفصیل بیان شده است (۷۱):

- سلامت کودکان: شامل برقراری نظام منظم واکسیناسیون کودکان و برپایی نهضت کرم زدایی کودکان، دو نوبت در سال
 - درمان تلفیقی ناخوشی دوران کودکی یا IMCI با بسته‌های خدمات پایه بیمارستان‌ها
 - تغذیه: شامل پایش رشد و ادغام برنامه‌های تغذیه با IMCI
 - بیماری‌های واگیر: دربرگیرنده آموزش و ارتقای سلامت جامعه و برقراری مجدد برنامه‌های کنترل بیماری‌های سل، مالاریا و ایدز
 - بهداشت جنسی و تولید مثل: شامل برقراری حداقل دسترسی به MISP به خصوص مراقبت‌های پایه مامایی یا BEOC و تقویت برنامه‌های ملی تنظیم خانواده
 - بیماری‌های غیرواگیر: شامل برقراری مجدد نظام اطلاعات بیماران در حال درمان و تقویت نظام مراقبت در منزل برای بیماری‌های مزمن (واگیر و غیر واگیر)
 - آسیب‌های جسمانی: شامل بازتوانی جسمی افراد دارای معلولیت، تقویت ظرفیت‌ها به منظور تهیه پروتورها و انجام برنامه‌های بازتوانی جسمی و توجه به مراقبت از معلولین در نظام سلامت جدید
- در این سند، آموزش بهداشت، افزایش آگاهی عمومی، اطلاع رسانی همگانی و مشارکت‌های اجتماعی به عنوان اصول اساسی در اقدامات بازتوانی از حادثه طبیعی به شمار آمده‌اند.
- در سال ۲۰۱۱ انجمن بین‌المللی طب فیزیکی و توانبخشی، ششمین نشست سالانه خود را با موضوع بازتوانی جسمی در حوادث برگزار نمود و تمامی مقالات و پوسترهای ارسالی بر یافتن پاسخ یک سوال متمرکز شد: “چگونه می‌توان ارائه‌دهندگان خدمات بازتوانی جسمی را در زمان حوادث هماهنگ‌تر ساخت؟”.
- بر اساس مقالات و گزارشاتی که توسط صاحب نظران در این کنگره مطرح گردید، مقاله‌ای در سپتامبر سال ۲۰۱۱ در مجله طب توانبخشی منتشر شد که در انجمن بین‌المللی طب فیزیکی و توانبخشی یا ISPRM به نقش SCRDR یا کمیته فرعی بازتوانی در اقدامات امدادی حوادث در تقویت اقدامات بازتوانی جسمی در حوادث با مقیاس‌های بزرگ اشاره کرده بود. نقش SCRDR برقراری ارتباط با سازمان بهداشت جهانی بوده و یکی از ۵ کمیته ارتباطی ISPRM می‌باشد که سیاست‌های خارج سازمانی انجمن را در رابطه با تعامل با سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های فعال در بازتوانی جسمی مشخص می‌کند.
- در این مقاله ذکر شده است که حوادث با مقیاس بزرگ باعث تعداد زیادی از معلولیت‌ها می‌گردد، مانند: ضایعات نخاعی، ضایعات مغزی، نقص عضو، شکستگی استخوان‌های بلند و آسیب اعصاب محیطی. از سویی دیگر، حوادث، معمولاً در مناطقی رخ می‌دهد که استراتژی‌های بازتوانی جسمی مناسب اتخاذ نشده یا بر افرادی مؤثر است که قبلاً دچار معلولیت شده‌اند. کم بودن منابع و تسهیلات بازتوانی جسمی که طی مدت کوتاهی توسط حجم بالایی از متقاضیان مصرف می‌شود، پاسخ بشردوستانه بین المللی و چند بخشی را ایجاب می‌نماید که با توجه به محدودیت‌های منابع در کشور میزبان، این اقدامات بشردوستانه با چالش

مواجه می‌شوند. با این حال متخصصین امر بازتوانی جسمی در راستای اقدامات بشردوستانه خود قادرند تا با کمک سیستم‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی کشور حادثه دیده و با هماهنگی مقامات بهداشتی و مدیران حوادث، اقدام به برنامه‌ریزی در راستای توسعه زیرساخت‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی بلند مدت نموده و برای رسیدگی به مصدومین محتمل در حوادث آتی تدابیری اتخاذ نمایند. در این میان نقش متخصصین PRM در اقدامات بازتوانی جسمی جامعه حائز اهمیت است. این گروه می‌توانند وظایف اعضای تیم بازتوانی جسمی را مشخص نموده، در تریاژ آسیب‌دیدگان شرکت کنند، قبل و در حین بازتوانی جسمی به سایرین مشاوره دهند، در خدمات سیار بازتوانی جسمی مشارکت، و افراد آسیب‌دیده‌ای را که شناسایی نشده‌اند به تسهیلات بازتوانی جسمی معرفی کرده و درمان نمایند و همچنین، قادرند با تجویز وسایل کمکی و کمک حرکتی و تکنولوژی‌های انطباقی برای بیماران، خانواده‌ها، ارائه‌دهندگان محلی خدمات سلامت و داوطلبان، در برنامه‌های بازتوانی جسمی جامعه شرکت نمایند. دخالت متخصصین PRM در اقدامات بازتوانی جسمی بر اساس تجربه زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان، باعث شد تا افراد آسیب‌دیده در مقایسه با بیمارانی که تحت نظر پزشکان PRM نبودند، مدت زمان کوتاه‌تری در بیمارستان بستری بوده و با نتایج بهتری ترخیص شوند (۷۲).

مقاله دیگری که در همین شماره "مجله طب بازتوانی" منتشر شد، نیازهای افراد آسیب‌دیده نخاعی را به دنبال زلزله هائیتی که در ژانویه سال ۲۰۱۰ اتفاق افتاد، به روش ICF مورد ارزیابی قرار داد تا بر آن اساس اقدامات بازتوانی جسمی ضروری مشخص گردد. قبل از شروع اقدامات بازتوانی لازم است تا در فرآیندی به نام ارزیابی نیازهای بازتوانی، کمبودها در سه حوزه مشخص گردند:

۱- اختلال‌های عملکردی افراد آسیب‌دیده

۲- عوامل محیطی که برای گروه خاصی محدودیت ایجاد می‌کند.

۳- اقدامات و نقصان منابع انسانی و غیر انسانی که باید در ارزیابی نیازها به آن‌ها توجه شود.

در حال حاضر هیچ ابزاری برای ارزیابی نیازهای بازتوانی جسمی به دنبال حوادث طبیعی وجود ندارد. تدوین این ابزار در حالت ایده‌آل می‌بایست بر اساس اجماع تمامی ذینفعان بازتوانی جسمی در مورد مفهوم عملکرد و نقص آن باشد و ICF، چارچوبی نویدبخش در این زمینه فراهم کرده است. به منظور تسهیل استفاده از ICF، حیطه‌های عملکردی هر یک از شرایط خاص سلامت یا محورهای ICF در فرم‌های مخصوص نمره‌دهی ICF مشخص شده است. بعضی از شرایط جسمانی افراد آسیب‌دیده در حوادث مانند ضربه‌های مغزی و یا آسیب‌های نخاعی، برخی از ICF ها را تشکیل می‌دهند.

پس از زلزله‌ای که ۲۲۰ هزار کشته و ۳۰۰ هزار زخمی در هائیتی برجای گذاشت، تعداد بیماران نقص عضو احتمالی بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مورد تخمین زده شد و انتظار می‌رفت ۱۰۰ بیمار SCI برجای مانده باشد. هائیتی به عنوان کشوری در حال توسعه در زمان زلزله دارای هیچگونه تسهیلات بازتوانی دولتی و

متخصصین سلامت آموزش دیده ویژه بازتوانی جسمی نبود. بنابراین یک NGO غیر انتفاعی در آمریکای شمالی به نام "دستان شفا بخش برای هائیتی" اقدام به فراهم آوردن تسهیلات بازتوانی جسمی و ارائه آموزش به نیروهای متخصص نمود. با این وجود، افزایش چشمگیر تعداد معلولین، ظرفیت‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی را اشباع نمود؛ به این علت و با هدف ایجاد خدمات بلند مدت برای معلولین حادثه، "برنامه عملیاتی بازتوانی و توسعه ملی هائیتی" ملزم شد تا با فراهم آوردن تسهیلات بازتوانی جسمی از ارائه خدمات بلند مدت اطمینان حاصل نماید. یکی از سازمان‌هایی که پس از زلزله به ارائه خدمات بازتوانی جسمی پرداخت یک NGO انگلیسی بود. پرستار و دو فیزیوتراپیست این مرکز توانبخشی، توسط پرستاری انگلیسی به صورت منظم تحت آموزش برای مراقبت از بیماران SCI قرار گرفتند و علاوه بر آن، یک پزشک توانبخشی آموزش دیده نیز سه روز در هفته بر مراقبت‌های بازتوانی جسمی نظارت داشت. پنج ماه پس از زلزله، تیمی متشکل از چهار متخصص توانبخشی و یک دانشمند علوم سلامت، چهار هفته را به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی، آموزش پرسنل محلی و طراحی ابزاری جهت ارزیابی نیازهای بازتوانی جسمی، سپری کردند. تمامی افرادی که در طول این مدت برای انجام مداخلات بازتوانی جسمی SCI مراجعه می‌کردند در جریان این مطالعه قرار گرفته و در صورت موافقت نیازهای بازتوانی جسمی آن‌ها بر اساس ICF ارزیابی می‌شد.

نیازهای بازتوانی جسمی عمدتاً بدین شرح بود: مراقبت‌های پرستاری، به خصوص مراقبت از زخم، آموزش کاتتریزاسیون و حمایت در زمان انجام کارهای شخصی و حرکت کردن. علاوه بر آن، بیشترین حیطه‌های نیازمند به درمان‌های فیزیکی و فیزیوتراپی عبارت بودند از: افزایش توان عضلات، فعالیت‌های نیازمند جابجایی مانند استفاده از صندلی چرخدار و یا راه رفتن در افراد با آسیب نخاعی ناقص. تنها افراد دارای فلج دست‌ها و پاها، از کار درمانی (مانند انطباق پذیری با صندلی چرخدار، آتل دست و دیگر ابزارهای کمکی) سود می‌بردند.

در ادامه، اظهار گردید که استفاده از روش ICF برای بررسی میزان عملکرد افراد آسیب‌دیده و ارزیابی نیازهای بازتوانی، روشی سریع، دقیق و مبتنی بر شواهد می‌باشد. بر اساس نتایج به دست آمده حمایت‌های خانوادگی در مراقبت از معلولین جایگاه ویژه‌ای در کشورهای در حال توسعه دارد که این نوع، حمایت پس از وقوع زلزله که به دنبال آن، خانواده‌ها از هم جدا می‌مانند، کاهش می‌یابد. استخدام در شغل‌های دارای دستمزد، نقش مهمی در بازگرداندن افراد به جامعه و حفظ خودکفایی اقتصادی بازی می‌کند و از طرفی نیازمند مداخلات بازتوانی است و علاوه بر آن، فاکتورهای محیطی می‌توانند به عنوان تسهیل‌گر یا مانع فعالیت‌های روزمره افراد باشند؛ البته وسایل بازتوانی جسمی قادرند این محدودیت‌ها را تا حدودی کاهش دهند. توجه ناکافی به ملاحظات ایمنی و سلامت در محیط زندگی معلولین به بهبود عملکرد آن‌ها لطمه وارد می‌سازد؛ از این رو، تأکید بر فاکتورهای محیطی در برنامه‌های بازسازی با توجه به چالش‌های معلولین

بسیار مهم خواهد بود (۷۳).

در مطالعه دیگری که در آمریکا صورت گرفت، شرایط بازتوانی جسمی و مداخلات طب فیزیکی در کلینیک Astrodome ارزیابی شد. پس از طوفان کاترینا در سال ۲۰۰۵ در نیواورلان، کلینیک پزشکی Astrodome طی ۱۲ ساعت در منطقه آسیب‌دیده احداث گردید و در دوره زمانی ۱۹ روز پس از حادثه، ۱۱۲۴۵ بیمار در این کلینیک معاینه شدند. تجهیزات آزمایشگاه پاتولوژی و دستگاه‌های رادیولوژی در پارکینگ کلینیک برپا شد و تعدادی از آمبولانس‌ها، بیماران نیازمند به بستری را به بیمارستان‌ها منتقل می‌کردند. دستبندهای تشخیصی برای ورود به کلینیک لازم بود و محافظان امنیتی با استفاده از فلزیاب‌های موجود، ورودی‌ها و خروجی‌های کلینیک را تحت کنترل خود داشتند. به جز روزهای اول که فعالیت کلینیک، محدود به فوریت‌های پزشکی بود، توجه به تعداد زیادی از موارد PMR حاد که در همان روزهای اول وجود داشت پس از افزایش متخصصین PMR، مورد ملاحظه قرار گرفت؛ که شامل فراهم آوردن وسایل کمک حرکتی، مواد محافظت از زخم، کیت‌های کاتتریزاسیون متناوب، پمپ‌های باکلوفن و ضد درد و نحوه استفاده از صندلی چرخ‌دار بود. پرونده تمامی افرادی که برای آن‌ها درخواست مشاوره توانبخشی عمومی یا توانبخشی تروما شد، توسط تمامی متخصصین، ملاحظه و در صورتی که به عنوان مورد PMR تشخیص داده می‌شدند، وارد مطالعه شده و در یکی از ۱۴ زیر گروه PMR تقسیم می‌شدند. این زیر گروه‌ها عبارت بودند از: پا و ساق متورم، درد و کرامپ ساق، سردرد، درد گردن و پشت، درمان درد و علائم برگشتی، زخم‌های پوستی، شکستگی‌ها، اختلالات استخوانی بازو، نوروپاتی، مشکلات عضلانی استخوانی ساق، اختلالات عضلانی استخوانی دیگر، سکنه‌های مغزی، بورسیت‌ها، آسیب‌های نخاعی، اختلالات عضلانی استخوانی تنه و قطع عضو. در مجموع ۲۳۹ نفر وارد مطالعه شدند که ۷۴٪ از آن‌ها طی یک هفته اول در کلینیک مورد معاینه قرار گرفتند؛ شایعترین موارد PMR عبارت بودند از: پا و ساق متورم، درد و کرامپ ساق، سردرد و درد گردن و پشت. عمده اختلالات عضلانی استخوانی در بازو، ساق پا و تنه، کشیدگی‌های عضلانی و تاندونی بود که علت آن احتمالاً قرار گرفتن در شرایط فیزیکی دشوار پیش از رسیدن نیروهای امدادی به آسیب‌دیدگان بوده است. دلایل موفقیت‌آمیز بودن نتایج اقدامات بازتوانی در این مطالعه عبارت بود از: همکاری قبلی تیم پزشکی کلینیک در بیمارستان منطقه آسیب‌دیده، پشتیبانی از نیروهای پزشکی پیش‌تاز و وارد شدن پزشکان داوطلب از ایالت تگزاس و نیز دریافت کمک از بخش خصوصی. آگاهی از شایعترین موضوعات PMR، می‌تواند در فاز آمادگی، تأمین تسهیلات مورد نیاز و نیز آموزش‌های ضروری به ارائه‌دهندگان خدمات اولیه سلامت و نیز اجرای بازتوانی جسمی مؤثر باشد (۷۴).

درس آموخته‌های داخلی مداخلات بازتوانی جسمی

در ادامه، به تعدادی از مطالعات و گزارش‌های ویژه بازتوانی جسمی در داخل کشور اشاره خواهیم نمود. اهمیت این تجربیات در راستای تدوین برنامه‌ای که پس از حوادث طبیعی، می‌بایست توسط سازمان‌های دخیل در امر بازتوانی اجرا گردد، بسیار آشکار بوده و مورد توجه متصدیان امر قرار گرفته است.

در پژوهشی که توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ایران صورت گرفت، متغیرهایی مانند سن، جنس، تحصیلات، نوع آسیب‌دیدگی، نوع معلولیت، فاصله زمانی ارائه خدمات درمانی پس از وقوع زلزله، فاصله زمانی دریافت خدمات توانبخشی پس از وقوع زلزله، چگونگی روند ارجاع برای دریافت خدمات بازتوانی، نوع خدمات توانبخشی دریافت شده، نیازهای ضروری خدمات توانبخشی و منبع ارائه این خدمات، نحوه آموزش آمادگی در مقابل حوادث و میزان رضایتمندی از ارائه خدمات توانبخشی در آسیب‌دیدگان زلزله‌های فارس (کازرون) و گیلان (رودبار) بررسی و مطالعه شد. جمعیت مورد مطالعه ۶۴ نفر در شهرستان رودبار و ۹۴ نفر در شهرستان کازرون بود. در مورد ۶۴ نفر آسیب‌دیده معلول زلزله شهرستان رودبار می‌توان گفت که:

- از بین ۴۶ نفر زن و ۱۸ نفر مرد، هیچکدام در مورد نحوه برخورد با معلولیت خود آموزشی دریافت نکرده بودند.

- فاصله زمانی وقوع زلزله تا دریافت خدمات درمانی، یک روز برای ۶۱ مورد، دو روز برای دو مورد و در یک مورد، سه روز بود.
- فاصله زمانی زلزله تا دریافت خدمات توانبخشی در ۳۶ مورد یک ماه، در دو مورد، دو ماه و در ۱۱ مورد بین سه ماه تا یک سال بود. در ۱۱ مورد خدمات درمانی و توانبخشی همزمان ارائه گردید.
- فاصله زمانی بین دریافت خدمات درمانی تا دریافت خدمات توانبخشی در ۳۹ مورد بیش از ۴ ماه، در ۱۷ مورد، دو تا چهار ماه، در ۱۲ مورد یک ماه و در شش مورد کمتر از یک ماه بود.
- از نظر دریافت خدمات توانبخشی، ۴۷ نفر خدمات فیزیوتراپی، ۹ نفر خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی بصورت همزمان و یک نفر خدمات ارتوپدی دریافت کردند و به پنج نفر هیچگونه خدمات توانبخشی ارائه نشد.
- از نظر پاسخ به نیازهای توانبخشی ۲۱ نفر وسایل کمک توانبخشی، ۲۲ نفر خدمات مددکاری و ۱۷ نفر وسایل کمکی مددکاری دریافت کردند. به نیاز توانبخشی چهار نفر هیچ پاسخی داده نشد.
- از نظر نحوه مراجعه برای دریافت خدمات توانبخشی، دو مورد پس از ارجاع از مراکز درمانی، ۵۹ مورد به دنبال مراجعه شخصی و یک مورد با مراجعه سازمان ارائه دهنده، خدمات توانبخشی را دریافت کردند. نحوه مراجعه دو نفر برای دریافت خدمات توانبخشی نامشخص ماند.
- در مورد رضایتمندی افراد از خدمات ارائه شده، ۵۹ نفر راضی، سه نفر ناراضی و دو نفر به هیچ

وجه راضی نبودند.

- منابع ارائه دهنده خدمات توانبخشی عبارت بودند از: بهداشت و درمان رودبار سه نفر، سازمان بهزیستی ۴۴ نفر، کمیته امداد یک نفر، بهداشت و درمان با همکاری سازمان بهزیستی شش نفر و سازمان بهزیستی با همکاری کمیته امداد یک نفر. در مورد نه نفر، منابع ارائه خدمات توانبخشی، هیچ یک از سازمان‌های نامبرده نبود.

در جدول (۱) توزیع فراوانی وضعیت آسیب‌دیدگان بر اساس پرونده‌های مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی منطقه رودبار مشخص گردیده است. این مطالعه نشان داد که از نظر ارائه خدمات درمانی مشکل خاصی وجود نداشت، اما با این وجود خدمات توانبخشی مورد نیاز افراد آسیب‌دیده از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده و غالباً با تاخیر شش ماهه همراه بوده و در برخی موارد، ارائه این خدمات تا چند سال پس از وقوع زلزله به تأخیر افتاده است. این مسأله حاکی از نگرش اشتباه به خدمات بلند مدت توانبخشی می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که با فاصله گرفتن از زمان حادثه، نوع درخواست کمک‌های توان بخشی و مددکاری متمایل به درخواست دریافت وسایل کمکی توانبخشی گردیده است. بنابراین رشد خدمات درمانگاهی توانبخشی و همچنین هماهنگ بودن سیستم‌های درمانی و توانبخشی دارای اهمیت ویژه‌ای است (۷۵). متأسفانه، بسیاری از پزشکان و کادر درمانی از خدمات توانبخشی محل سکونت خود آگاه نیستند و در برخی مواقع نیز از نیاز افراد آسیب‌دیده به این خدمات اطلاعی ندارند. این خود بیانگر نیاز کادر درمانی و توانبخشی به دوره‌های آموزشی و بازآموزی است.

مقاله‌ای که در ژورنال Spinal Cord Medicine منتشر گردید، نیازهای بازتوانی جسمی در افراد با ضایعه نخاعی پس از زلزله را بررسی نمود. جمعیت مورد مطالعه این تحقیق ۳۴ بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی بود که در طی سه ماه پس از زلزله بم، در قالب تیمی سیار تحت مشاوره‌های بازتوانی جسمی قرار گرفتند. مهمترین مانع ارائه خدمات بازتوانی جسمی در ماه‌های اولیه بعد از زلزله بخصوص در ماه اول، فقدان اطلاعات دقیق بود. از مهمترین علل این مشکل می‌توان به پراکنده شدن ساکنین بم در دیگر نقاط کشور، کمبود پرسنل ماهر، از دست رفتن اطلاعات قبلی به دلیل زلزله، جابجا ساختن مداوم افراد آسیب‌دیده و از بین رفتن نقشه‌ها و آدرس‌ها به دلیل تخریب شهر اشاره کرد. با وجود تمامی این مسائل، مقامات بهداشتی دولتی به این کار اهتمام نمی‌ورزیدند و هماهنگی‌های لازم با NGO ها به منظور جمع‌آوری اطلاعات دقیق صورت نمی‌گرفت. حدود ۱۰۰ بیمار ضایعه نخاعی در بم و نواحی اطراف شناسایی شد. با این حال، تعدادی از بیماران، توسط مقامات دولتی و NGO ها شناسایی نشده و نحوه دریافت خدمات بازتوانی جسمی را نمی‌دانستند.

بنابراین، اولین قدم در راه اجرای برنامه‌های بازتوانی جسمی پس از حوادث، گردآوری اطلاعات دقیق و کافی است. از طرفی دلیل اینکه بازتوانی جسمی یک پروسه طولانی مدت بوده و کشورهای در حال توسعه در

این امر فاقد پیشرفت می‌باشند، کمک‌های بین‌المللی در صورت سازماندهی مناسب، بسیار مفید خواهند بود. نکته مهم دیگر در اجرای برنامه‌های بازتوانی جسمی، امر آموزش است.

از ۳۴ بیمار ویزیت شده توسط متخصصین، تنها دو نفر در مورد مراقبت‌های مثنه و یک نفر در مورد مراقبت‌های روده‌ای آموزش دیده بودند. علاقه بیماران، به‌خصوص آسیب‌دیدگان زن در خصوص کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت خود، پژوهشگر را تشویق نمود تا با برگزاری کارگاهی سه روزه و انتشار مطالب آموزشی، به این اشتیاق پاسخ دهد و جالب اینکه، نتایج بهبود عملکرد مراقبتی آسیب‌دیدگان، چند ماه پس از انجام مداخلات آموزشی کاملاً مشهود بود. توجه به نیازهای خاص افراد آسیب‌دیده نخاعی در طراحی مداخلات بازتوانی جسمی نقش بسزایی خواهد داشت. تعداد بسیاری از معلولان، با وجود داشتن درد، درمان نمی‌شدند؛ به اختلال تنظیم دما در بیماران آسیب نخاعی در گرمای زیاد تابستان بـم توجه نشده؛ و نه تنها وسایل بازتوانی جسمی اولیه و آموزش‌های مناسب در اختیار این افراد قرار نمی‌گرفت، بلکه برای دریافت وسایل خنک کننده عمومی مانند دستگاه‌های تهویه متبوع نیز اولویت با این افراد نبود.

بازگرداندن سریعتر افراد به جامعه، در راستای ارتقای خدمات بازتوانی جسمی پس از حوادث بسیار حائز اهمیت است. بخشی از این بازگشت وابسته به کیفیت خدمات بازتوانی جسمی و بخشی نیز وابسته به نظام‌های حمایتی از بیماران است. در کشورهای در حال توسعه، معلولین از خانواده و جامعه خود رانده نمی‌شوند، اما از طرفی استقلال نیز جزء اهداف بازتوانی جسمی به حساب نمی‌آید. یکی دیگر از شاخص‌های برنامه‌های بازتوانی جسمی مناسب، در نظر گرفتن ملاحظات اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و اقتصادی است. آشنا نبودن با نقطه نظرات فرهنگی آسیب‌دیدگان و عدم توانایی در برقراری ارتباط با آنان، یکی از مهمترین نقاط ضعف ارائه‌دهندگان خدمات بازتوانی جسمی می‌باشد. بنابراین، آموزش پرسنل محلی و به‌کارگیری آنان در زمان ارائه خدمات بازتوانی جسمی می‌تواند منجر به ارائه خدماتی بهتر، سریعتر، با هزینه کمتر و بلندمدت‌تر شود (۷۶).

جدول (۱) توزیع فراوانی آسیب دیدگان منطقه رودبار (۷۵)

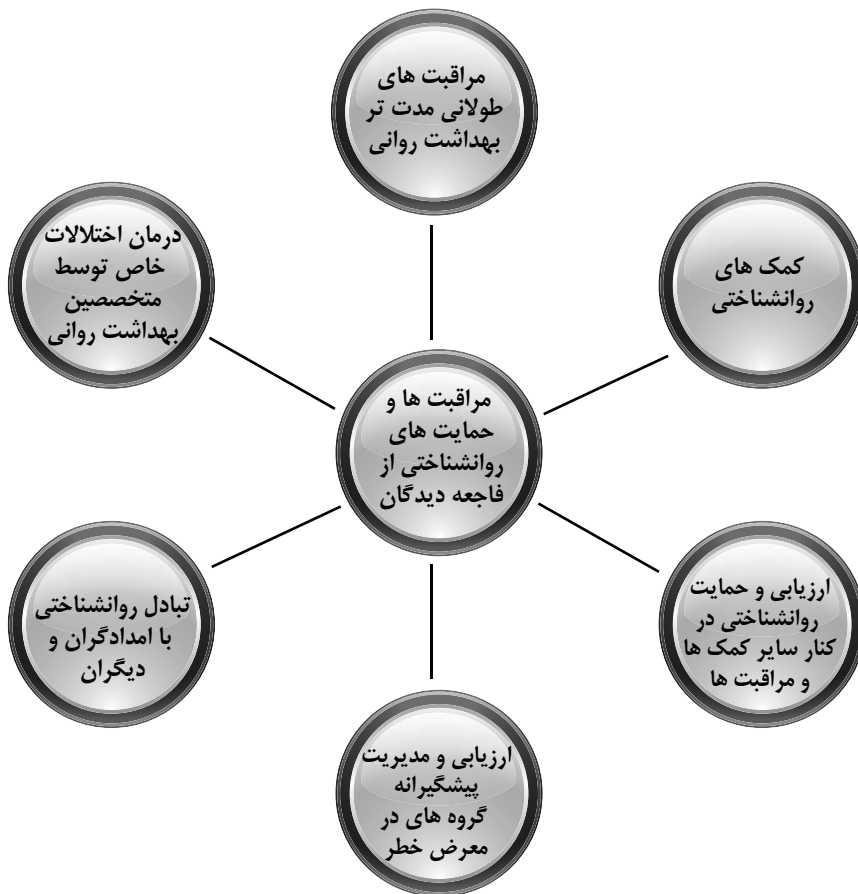
ردیف	متغیر	گزاره	تعداد	درصد
۱	نوع ناتوانی و معلولیت افراد آسیب دیده معلول	فلج اندام تحتانی	۲۲	۳۶/۷
		فلج نیمی از بدن	۱	۱/۷
		نابینا	۱	۱/۷
		نقص اندام فوقانی	۵	۸/۴
		نقص اندام تحتانی	۱۶	۲۶/۶
		قطع اندام فوقانی	۳	۵
		قطع اندام تحتانی	۵	۸/۴
		سایر	۷	۱۱/۷
۲	وقوع زلزله تا اقدامات درمانی	یک روز	۵۹	۹۸/۳
		دو روز	۱	۱/۷
۳	فاصله زمانی درمان و توانبخشی	یک ماه	۱	۱/۷
		دو تا سه ماه	۲۳	۴۰
		چهار تا شش ماه	۲۸	۴۶/۷
		بیش از هفت ماه	۸	۱۳/۴
۴	فاصله درخواست خدمات توانبخشی تا ارائه آن	بدون وقفه	۵۹	۹۸/۳
		با وقفه	۱	۱/۷
۵	انواع خدمات توانبخشی مورد نیاز	وسایل کمک توانبخشی	۱	۱/۷
		کمک مالی	۲۹	۴۸/۳
		وسایل کمک توانبخشی و کمک مالی	۳۰	۵۰

فصل چهارم

بازتوانی روانی

مقدمه

بررسی راهبردها و انواع گوناگون مقابله با شرایط پس از حادثه، در دهه‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. نتایج مطالعات انجام شده مرتبط با انواع شیوه‌های مقابله و سازگاری نشان داده است که کاربرد این راهبردها به فاجعه دیدگان کمک می‌کند تا بر فشار ناشی از وقوع حادثه، بویژه فشارهای روانی، فائق آمده، و با آن سازگار شوند (۷۷). در همین راستا، رافائل مراقبت‌های روانی اجتماعی از قربانیان فاجعه را در قالب یک الگوی مراقبتی به شکل ذیل ارائه کرده است:



شکل ۳) الگوی مراقبت‌های روانی رافائل از آسیب دیدگان حوادث (۷۸)

اهداف حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی از نظر رافائل نیز به این قرار می‌باشد:

- ۱- تشویق فرایندهای حل و فصل روان‌شناختی با توجه به ساز و کارهای انطباق‌پذیری و در صورت امکان، عدم تشویق فرایندهای ناسازگار
 - ۲- کمک به مصیبت دیدگان، برای کسب مجدد احساس مهارت، تسلط و کنترل خویش و کاهش درماندگی آنان، و درک این موضوع که قادر به برخورد و رویارویی با جهان پیرامون، حتی جهان درهم شکسته پس از فاجعه هستند.
 - ۳- ارزیابی و تشخیص افراد در معرض خطر ابتلا به اختلالات و یا مشکلات روان‌شناختی
 - ۴- تسهیل مشارکت و انسجام آسیب‌دیدگان در چارچوب‌ها و بافت‌های اجتماعی خویش
- در ادامه، رافائل، اصول کلی و انواع حمایت‌ها و مشاوره‌های روان‌شناختی را به صورت زیر طبقه بندی نمود (۷۸):

- تشخیص و درک تجربه و احساس قربانیان: چنانچه به شیوه مناسبی رخ دهد، از این طریق می‌توان نوع بیان و احساس افراد آسیب‌دیده را شناخت.
- اعتراف به آگاهی از ترس: از طریق همدردی با رنج و پریشانی آسیب‌دیدگان می‌توان پيامی را به فرد آسیب‌دیده منتقل نمود مبنی بر اینکه احساس او را شناخته، و تجربه و ادراکش از فاجعه، امری عادی و معمولی است.
- ارزیابی فشار روانی و مقابله: میزان فشار روانی که فرد آسیب‌دیده تجربه کرده است و پاسخ‌های هیجانی او به فاجعه و شیوه‌های مقابله فرد بایستی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- تقویت مقابله‌های آسیب دیدگان برای سازگاری: برای رسیدن به این هدف باید فرد آسیب‌دیده را در تصمیم‌گیری‌ها شرکت داد. علاوه بر آن، می‌بایست تعاملات حمایتی و اجتماعی او را با سایر افراد تشویق نموده و فرصت بحث و گفت و گو با دیگران را برای او فراهم نمود؛ زیرا از این طریق فرد احساس می‌کند که تنها شخص آسیب‌دیده از فاجعه نیست.
- ارتقای سازگاری خانوادگی: نخستین گام در راه سازگاری خانوادگی پس از فاجعه، این نکته است که تا حد امکان از جداسازی‌های بی‌مورد و غیر ضروری افراد خانواده از یکدیگر جلوگیری شود و یا حداقل تلاش نمود تا اعضای خانواده با یکدیگر، در ارتباط باشند.

اصول و رویکردهای بازتوانی روانی پس از حوادث طبیعی

در ادامه، ضمن بررسی دقیق تعدادی از کتاب‌های انتشار یافته مرتبط با بازتوانی و حمایت‌های روانی پس از حادثه، دستورالعمل‌ها و اسناد مربوط به این مفهوم را نیز، در کشورهای ایالات متحده آمریکا، استرالیا و بریتانیا، به تفصیل بررسی خواهیم نمود. پس از مطالعه و بررسی کتابی با موضوع حمایت‌های روان‌شناختی

مبتنی بر اجتماع در بلایا، نکات قابل تأملی، درک و برداشت گردید که موارد زیر را شامل می‌شود: این کتاب که فشارهای روانی پس از حوادث را تشریح می‌نماید، به سازگاری و جهت‌گیری مجدد اشاره نموده است، زمانی که فرد آسیب‌دیده می‌تواند بدون بروز واکنش نسبت به آنچه که در گذشته اتفاق افتاده، اندیشه کند. فرد، در این زمان واقعیت حادثه را پذیرفته است و برای مقابله با یک واکنش فشار آور دیگر، آمادگی دارد. روش‌های مقابله با فشارهای روانی در بلایا به سه دسته کلی تقسیم‌گردیده که عبارتند از:

۱- تغییر منبع تولید فشار روانی، هیجانی و جسمانی (فرد قبل از بروز حادثه بر تغییر موقعیت متمرکز شده و بنابراین از حادثه تهدید کننده اجتناب می‌کند)

۲- تعبیر چشم انداز کلی موقعیت (تعبیر و تعریف مجدد موقعیت و نتیجه‌گیری مبنی بر کم ارزش بودن مسأله یا احتمال اینکه مسأله از این هم می‌توانست بدتر باشد).

۳- تحمل عامل ایجاد فشار تا زمان اتمام آن و یا کاهش مشکلات ناشی از آن

در ادامه، به نکاتی که می‌بایست در اقدامات بازتوانی روانی مورد توجه قرار گیرند، اشاره شده است همانند: مراقبت‌های جسمانی و معنوی همزمان، مداخله فوری، فعال و توأم با خونسردی، تمرکز بر وضعیت کنونی، ارائه اطلاعات صحیح به فرد در مورد شرایط فعلی او، جلوگیری از اطمینان بخشی بیهوده و غلط به فرد آسیب‌دیده، اهمیت دادن به عملکرد افراد، گردآوری اعضای خانواده، تأمین حمایت‌های عاطفی، تأکید بر نقاط قوت و انعطاف ورزشی، خود اتکایی و احترام گذاشتن به احساسات دیگران. در ادامه، به توضیح ارتباط‌های حمایتی با تأکید بیشتر بر اصول و ارزش‌های موجود در برقراری ارتباط امدادگران با دریافت کنندگان خدمات پرداخته شده است. مهارت‌های ارتباطی غیر کلامی، گوش سپردن و پاسخ‌دهی و ارائه بازخورد توسط امدادگران از جمله مهارت‌های ارتباط بین فردی مورد نیاز برای امدادگران است (۷۹).

در کتاب دیگری با عنوان خدمات روانی اجتماعی در بلایا، این مداخلات، به سه فاز (۱) حاد و فوری، (۲) فوری غیرحاد و (۳) مرحله توسعه تقسیم شده است. در فاز توسعه که تأکید بر خدمات بلندمدت بازتوانی می‌باشد، اقدامات ضروری عبارتند از:

- ارزیابی نیازهای روان‌شناختی
- تشویق به مشارکت در گروه‌های پردازش تجربه و توسعه مهارت‌های مقابله
- ایجاد نظام‌های حمایتی با همکاری و مشارکت افراد محلی و با استفاده از شیوه‌های سنتی و فرهنگی و مدیریت فشارهای روانی و پریشانی
- تشویق مصالحه جویی و حل اختلاف، شناسایی افراد مناسب برای صلح و آشتی و در نظر گرفتن محلی مناسب برای ملاقات جناح‌های درگیر و مخالف
- پیشنهاد برنامه‌هایی برای آموزش و پرورش و کسب مهارت‌های عملی به منظور خودکفایی اقتصادی

- افزایش آگاهی عمومی در مورد ایدز، اعتیاد و...
 - حمایت از توسعه اجتماعی و افزایش ظرفیت‌ها و مهارت‌های خودگردانی و تصمیم‌گیری جمعی
- در نهایت، سطوح مداخلات بازتوانی روانی طبقه‌بندی گردیده و در این دسته‌بندی، مداخلات مشورتی، فعالیت‌های خودیاری و حمایت‌های دو جانبه، تقویت شبکه‌ها، فعالیت‌های محلی، حمایت‌های روان‌شناختی و ارجاع، مداخلات مربوط به بقای فیزیکی و فعالیت‌های سیاسی گنجانده شده است. همچنین بر اهمیت تکنیک‌های بازگویی روان‌شناختی و برتری‌های استفاده از گروه‌ها در مداخلات روانی اجتماعی تأکید گردیده است (۸۰).
- کتابی دیگر با عنوان "اصول و فنون مداخله روان‌شناختی در بحران" عوامل مرتبط با میزان آسیب‌پذیری بازماندگان را به صورت ذیل طبقه‌بندی نموده است:
- چگونگی تجربه بحران:
- 0 در معرض آسیب بودن: افرادی که مدت بیشتری در معرض بحران بودند، با احتمال بیشتری دچار آسیب روانی می‌شوند.
 - 0 ارتباط با قربانیان: از دست دادن نزدیکان و عزیزان، احتمال ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهد
 - 0 شدت درماندگی: همان‌طور که پاسخ‌های انطباقی می‌تواند از شدت آسیب روانی بکاهد، در عوض، واکنش‌های درماندگی، هراس و از هم پاشیدگی نیز میزان آسیب را در فرد افزایش می‌دهد.
 - 0 احساس خطر (تهدید): افرادی که بحران را بسیار وحشتناک و فوق‌العاده خطرناک، تصور می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که دچار آسیب روانی شوند. همچنین میزان وحشت کودکان به میزان هراس والدین و مراقبان آنان وابسته است. اگر کودکان والدین خود را آرام ببینند، میزان اطمینان آن‌ها بیشتر خواهد بود.
- آسیب‌پذیری اجتماعی:
- 0 عوامل خانوادگی: اعضای خانواده‌های ناکارآمد و افراد دارای سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری روانی به ویژه PTSD با احتمال بیشتری در شرایط بحرانی، دچار آسیب روانی می‌شوند.
 - 0 عوامل اجتماعی: کسانی که دوستان صمیمی خود را از دست داده‌اند، منابع حمایت‌های اجتماعی ندارند و به دور از خانواده در مؤسسات اجتماعی از قبیل پرورشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها، زندان‌ها و مؤسسات شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، با احتمال بیشتری در بحران‌ها دچار آسیب‌های روانی می‌شوند.
 - 0 وضعیت بهداشت روانی: افراد دارای سابقه اختلال و بیماری روانی، با احتمال بیشتری دچار

ترومای روانی بحران و درماندگی و اختلال ناشی از آن می‌شوند.

۰ سطح رشدی: هرچند ناپختگی در رشد ذهنی و عقلی، ممکن است از ابتلا به اختلال آسیب روانی پس از بحران پیشگیری کند (مانند اتفاقی که در کودکان می‌افتد) ولی باور این ایده که حادثه به عنوان یک مرحله گذار و امتحان زندگی می‌باشد، میزان شدت آسیب را در بین مردم کاهش می‌دهد.

در ادامه، استراتژی‌های مداخله در بحران به تفصیل بیان شده است:

۱- آمادگی: تشکیل گروه بحران و ایجاد آمادگی برای مقابله با بلایا به عنوان اولین قدم برای مقابله با هر بحرانی شناخته می‌شود. این آمادگی می‌تواند شامل آمادگی برای مداخلات روان‌شناختی نیز باشد. بدین منظور باید به نکات ذیل توجه داشت:

- برنامه عملیات روانی شرایط اضطراری بحران باید در راستای اهداف کلی و بهداشت روان جامعه باشد.
- در برنامه‌ها، تمامی مداخله‌گران شامل مشاوران و روان‌شناسان، متخصصان و نیمه حرفه‌ای‌ها دارای جایگاه تعریف شده‌ای باشند.
- مسئولیت‌ها و وظایف تیم مداخله روان‌شناختی در بحران کاملاً تعریف شده و مشخص باشد.
- برنامه‌های مداخله روان‌شناختی در بحران باید با فرهنگ قومی، ارزش‌های فرهنگی منطقه و فرصت‌های بازتوانی جامعه سازگار باشد.

۲- مدیریت زمان: ۲۴ ساعت اول بحران در پیشگیری و کاهش آسیب‌ها، زمانی تعیین کننده است چراکه اذهان عمومی، سبک‌های شناختی و تصورات قالبی درباره حادثه بسیار سریع شکل می‌گیرد و ایجاد اصلاح و تغییر نیز مشکل خواهد بود. بنابراین اتخاذ تصمیم می‌بایست از همان لحظات ابتدایی شروع شود و تصمیمات نیز، از پیش تعیین شده، قاطع، منطقی و بدون تزلزل باشند.

۳- تشخیص و جداسازی: در حوادث و خطرات بزرگ نیاز است تا افراد دارای آسیب روانی، شناسایی، و برای بکارگیری روش‌های مشاوره و درمان بر اساس اولویت جدا شوند.

۴- مشاوره و درمان: مداخله مشاوره‌ای و روان‌درمانی برای تمامی افراد متأثر از بحران، ضروری است. هر قدر فاصله زمانی بین رخداد حادثه و ارائه خدمات درمانی به آسیب‌دیدگان کوتاه‌تر باشد، اثربخشی آن بیشتر خواهد بود. دریافت خدمات بازتوانی روانی را می‌توان به صورت ذیل در نظر گرفت:

- پذیرش افراد دچار حادثه، جداسازی و طبقه‌بندی افراد (غربالگری)، ارزیابی و سنجش میزان، نوع و شدت آسیب
- مشاهده و ارزیابی میزان بهبودی و پیشرفت کار
- ارجاع به مراکز ارائه خدمات حمایتی و اجتماعی برای حمایت‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی

- اتمام درمان و پیگیری
 - برنامه‌های پیگیری در زمان بازتوانی روانی به قرار ذیل تبیین گردیده است:
 - آموزش به بازمانده و خانواده‌اش: شامل آموزش واکنش رایج و بهنجار به تروما، روش‌های بهبود پاسخ‌های انطباقی، افزایش مراقبت از خود، تسهیل در تشخیص مشکلات مهم و ارائه اطلاعات درباره انواع خدمات ارائه شده در منطقه حادثه دیده.
 - غربالگری: به منظور شناسایی اولیه و فوری افرادی که در معرض خطر پیامدهای منفی آسیب‌های روانی می‌باشند، استفاده می‌شود و همچنین برای شناخت عوامل خطر ساز آسیب‌های بعدی نیز ضروری است.
 - ارجاع: اقدامات غربالگری کسانی را که نیازمند ارجاع می‌باشند، شناسایی می‌کند (۸۱).
- بر اساس NDRF ایالت متحده آمریکا که در سال ۲۰۱۰ تدوین شد، بازتوانی روانی از روزهای پس از حادثه آغاز شده و امکان دارد تا سال‌ها بعد از آن نیز ادامه یابد. در این سند، مرحله بازتوانی از حوادث، به سه دوره کوتاه مدت، میان مدت و طولانی مدت تقسیم و برای هر یک از این دوره‌ها نیز سیاست‌هایی جهت بازتوانی روانی در نظر گرفته شده است:
- ۱- دوره کوتاه مدت (روزهای ابتدایی پس از حادثه): که در آن تأکید بر شناسایی بالغین یا کودکانی است که نیازمند دریافت مشاوره و یا خدمات بهداشت روان بوده و آغاز درمان آن‌ها بسیار ضروری است.
 - ۲- دوره میان مدت (هفته‌ها تا ماه‌ها پس از حادثه): در این دوره، بر شرکت دادن آسیب‌دیدگان در شبکه‌های حمایتی تأکید می‌شود تا بدین شکل مراقبت از آنان ادامه یابد.
 - ۳- دوره طولانی مدت (ماه‌ها تا سال‌ها پس از حادثه): پیگیری افراد متأثر از حادثه، در راستای بررسی لزوم ادامه یافتن مشاوره‌های روانی و خدمات بهداشت روان و همچنین ارائه خدمات درمانی موردی برای آسیب‌دیدگان، از خصوصیات این دوره است.
- در بخشی از سند نامبرده که عملکردهای حمایتی سازمان‌های مداخله‌گر در امر بازتوانی تبیین شده است، به اهمیت موضوعات بازتوانی برای سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت و خدمات اجتماعی به خصوص سلامت روان اشاره شده و گروه‌هایی به عنوان گروه‌های خاص در نظر گرفته شده‌اند، مانند: کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی، سالمندان، کودکان، افرادی که دارای معلولیت هستند، افرادی با فرهنگ‌های متفاوت، افرادی که زبان بومی را نمی‌دانند و محرومین جامعه. همچنین، بر تقویت نظام ارائه خدمات سلامت رفتاری به عنوان نتیجه مورد انتظار از اقدامات بازتوانی روانی، تأکید شده است تا حدی که به نیازهای افراد آسیب دیده، کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی و نیز جامعه، به طور کامل پاسخ داده شود (۶۰).
- بازتوانی روانی در برنامه‌های توسعه‌ای پس از حوادث دولت‌ها، نیز دیده شده است. سازمان مدیریت

فوریت‌های استرالیا یا EMA در یکی از چندین گزارشی که درباره مدیریت حوادث در پایگاه اینترنتی خود عرضه نموده، به موضوع "توسعه جامعه در برنامه‌های بازتوانی از حوادث" پرداخته است. در این سند شاخص‌هایی تعریف شده که در صورت تمرکز بر هر یک از این شاخص‌ها، جامعه متأثر از حادثه، نیازمند بکارگیری منابع و امکانات مختلف، در آن حیطه خاص می‌باشد. بدین معنی که تمهیدات موجود قادر به رفع نیازهای ایجاد شده در مرحله بازتوانی نخواهد بود. شاخص‌های روانی-اجتماعی ذکر شده، عبارتند از: ایجاد شکاف اجتماعی، نمود یافتن خسارت‌ها، ظهور رفتارهای ضد اجتماعی، رکود فعالیت‌های اقتصادی، افزایش بزه و جرائم، ترک تحصیل، ظهور احساس بی‌تفاوتی در بین اعضای جامعه، کاهش اشتیاق به فعالیت در محیط‌های کاری، افزایش مصرف الکل، افزایش گزارش‌های خشونت‌های خانگی، سوء استفاده از اطفال و ضرب و شتم، افزایش تعداد تماس‌ها به مراکز ارائه خدمات مشاوره‌ای، افزایش میزان تقاضا برای مشاوره (طولانی مدت)

در سند دیگری به نام "بازتوانی جامعه" که توسط همین سازمان در سال ۲۰۱۱ منتشر شد (۸۳) و نیز دستورالعملی که سال ۲۰۰۳ در مورد سلامت روان تدوین گردید (۸۴) و همچنین گزارش ویژه خدمات روان‌شناسی در زمان حوادث (۸۵)، اقدامات بازتوانی روانی پس از وقوع فوریت‌ها در چندین حیطه زیر مورد توجه قرار گرفته است:

• خانواده‌ها و بالغین: که اقدامات مرتبط با آن‌ها عبارتند از:

- 0 ارائه مشاوره و آموزش: ارائه خدمات مشاوره‌ای در مورد وجود تنش‌های احتمالی در روابط زناشویی و جنسی از جمله مهمترین خدمات بازتوانی روانی است. همچنین آموزش در مورد معانی و مفاهیم علائم کودکان که بیانگر نیازهایشان می‌باشد نیز جایگاه ویژه‌ای در اقدامات بازتوانی روانی دارد.
- 0 تأثیر بر خانواده‌های دارای استراتژی نامناسب انطباق: روش‌های نادرست انطباق عبارتند از کار کردن بیش از حد، استعمال مشروبات الکلی، نوشیدن بی رویه قهوه و سوء استفاده از مواد. بنابراین، می‌بایست از قبل آموزش‌های لازم در مورد نحوه مدیریت استرس‌هایی با پیامدهای دیر هنگام، ارائه شود.
- 0 درمان اختلالات تثبیت شده و عمیق: در این مورد باید به آسیب‌پذیری‌های پیشین (مانند مشکلات زناشویی)، باورها و حالت‌های تدافعی نهادینه شده، سکوت بیش از حد، اجتناب از بروز احساسات و علائم و بیماری‌های بارز دیگر توجه خاصی داشت.
- 0 به خدمت گرفتن توجه و مهارت بیشتر برای اتخاذ تدابیر درمانی
- 0 حمایت‌های فردی: خدماتی که در این بخش ارائه می‌شود، خدمات مشاوره‌ای و سلامت روان نیست، بلکه کارکنان این بخش، افرادی که نیازمند اقدامات سلامت روان هستند را

شناسایی نموده و آن‌ها را به سمت دریافت «کمک‌های اولیه روانی-اجتماعی» هدایت می‌کنند. بنابراین خدمات حمایت فردی به عنوان بخش مکمل سرویس‌های سلامت روان در خدمات بازتوانی شناخته می‌شوند.

0 تدوین برنامه‌های حمایتی روانی-اجتماعی برای افراد و خانواده‌ها

- **کودکان:** به دنبال وقوع حوادث، امکان ایجاد دو حالت متضاد در کودکان وجود دارد؛ برخی از آنان بحران به وجود آمده را به تجربیات خود اضافه کرده و از آن می‌آموزند، اما برخی دیگر، اعتماد به نفس و احساس امنیت خود را از دست می‌دهند. ممکن است کودکان نیاز به تمرکز و توضیح بیشتر درباره حادثه اتفاق افتاده داشته باشند و یا برای سازگاری با روابط، محیط مدرسه، دوستان و روال جدید و همچنین سوگواری و ابراز ترس یا احساساتشان، نیازمند کمک یا درمان نمودن آسیب‌های روانی باشند. این امر مهم، با اصول اولیه‌ای شبیه به بازتوانی بالغین، ولی با روش‌های مخصوص کودکان صورت می‌پذیرد. البته، همکاری والدین و مدرسه نیز، در این خصوص اهمیت دارد. نهایتاً، کودک احساسی واقعی نسبت به تجربه وقوع حادثه پیدا کرده و آن را خلاقانه در زندگی شخصی خود به کار خواهد بست.

- **جوامع:** در این بخش توضیح داده شده است که تمامی فعالیت‌های بازسازی و بازتوانی مربوط به فاز بازیابی، در توسعه جوامع، ارتقای شاخص‌ها و افزایش آمادگی جهت رویارویی با حوادث آتی، دخیل خواهد بود. تعدادی از اقدامات سلامت روان قابل ارائه در فاز بازتوانی جوامع، عبارتند از:

0 ارائه خدمات مشاوره‌ای و آموزش جامعه: این خدمات، پیش از وقوع حوادث شروع می‌شود و تا مدت‌ها پس از آن ادامه می‌یابد. جوامع محلی به عنوان دریافت‌کنندگان اصلی خدمات مشاوره‌ای شناخته می‌شوند.

0 اطلاع رسانی: در مورد سختی‌ها، چالش‌ها و هزینه‌های اقدامات بازتوانی صورت می‌گیرد. پزشکان محلی، مشاوران ازدواج و سازمان‌های مددکاری می‌بایست در مورد احتمال افزایش بار کاری خود پس از وقوع حوادث، مطلع باشند.

0 پیگیری گروه‌های پرخطر از قبل شناخته شده: کسانی که پس از حوادث، دچار از هم گسیختگی روانی شده و یا بیش از حد با خاطرات دوران حادثه، زندگی می‌کنند، نیازمند پیگیری می‌باشند.

0 توجه به مسایل روانی حل نشده: علاوه بر احترام به خودکفایی و استقلال افراد، در مرحله بازتوانی آن‌ها، می‌بایست توجه ویژه‌ای نیز به فشارهای روانی طولانی مدت، ایجاد سرخوردگی، وابستگی، رقابت‌های ناسالم و تفرقه، وجود داشته باشد. همچنین، تشکیل

شبکه‌های اجتماعی که ارتباطات و احترام متقابل را افزایش می‌دهد، مهم می‌باشد.

O ادغام حادثه در تاریخ و فرهنگ جامعه: این کار، با تسهیل واکنش سوگ، مراسم‌های یادبود، تقدیر از قهرمانان و به یاد آوردن درگذشتگان و همچنین تجلیل از پیشرفت‌های به دست آمده در جامعه صورت می‌گیرد.

”اتحاد ملی سلامت روستایی“ در استرالیا، در گزارشی که در راستای بازتوانی در جوامع روستایی منتشر ساخته است، ارائه خدمات زودهنگام سلامت روان به دنبال حوادث طبیعی را به عنوان بخش مهمی از بازتوانی روانی طبقه‌بندی نموده که برای آسیب‌دیدگان فرصت شناخت و انطباق با تأثیرات روانی حوادث را فراهم می‌کند. با توجه به اظهارات این اتحادیه، کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت و امور اجتماعی، که به خوبی آموزش دیده‌اند، قادر به ارائه مشاوره پس از حادثه هستند، و همچنین، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی آموزش دیده، روان‌پرستاران و روان‌درمانان، موظف به مشاوره‌های طولانی مدت و درمان بالینی می‌باشند. در این سند، بازگویی، دارای کاربردی مؤثر جهت بازتوانی آسیب‌دیدگان، کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت و گروه‌های اجتماعی می‌باشد. در برخی از موارد، سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات اورژانس مانند آمبولانس‌ها دارای مشاورانی هستند که بازگویی را توسط پرسنل آموزش دیده خود انجام می‌دهند. به علاوه، برای موفقیت آمیز بودن بازتوانی آسیب‌دیدگان، می‌بایست حمایت‌های روانی و اجتماعی از ابتدای حادثه برای آن‌ها فراهم شده باشد. این گزارش، نشان می‌دهد که تسهیلات ارائه خدمات سلامت روان در مناطق روستایی و دورافتاده، دارای کمبود است که عمدتاً موارد زیر را شامل می‌شوند:

- ۱- ناکافی بودن پرستاران و مددکاران اجتماعی که در زمان حادثه به ارائه مشاوره بپردازند.
- ۲- کمبود روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی آموزش دیده، روان‌پرستاران و روان‌درمانان جهت ارائه خدمات بلند مدت سلامت روان (۸۶).

وزارت بهداشت بریتانیا در دستورالعملی که به منظور بازتوانی روانی پس از وقوع بحران‌های بزرگ در این کشور تدوین نموده است، اقدامات بازتوانی روانی را در چهار بازه زمانی عمده تعریف و برای هر یک از این بخش‌ها شرح اقداماتی را منظور کرده است (۸۷):

۱- هفته اول بعد از حادثه:

- کمک‌ها و حمایت‌های عملی از افراد آسیب‌دیده، که توأم با همدلی و انعطاف‌پذیری باشد.
- اطلاع رسانی در مورد مرگ یا آسیب‌دیدگی نزدیکان به صورت واقع‌گرایانه، در اولین فرصتی که فرد آمادگی شنیدن و پذیرش آن را داشته باشد.
- ارائه مطالب آموزشی که در آن نحوه دریافت خدمات و امدادسانی‌ها به طور مناسب تشریح گردد بطوریکه از لحاظ نوشتاری، توسط گروه‌های سنی مختلف در جامعه آسیب دیده، قابل فهم باشد. البته این نکته را باید در نظر داشت که این روش نباید تنها راه اطلاع‌رسانی و برقراری

ارتباط باشد، چرا که حتی در جوامع پیشرفته نیز مشکلات بی‌سوادى و درک مطالب از طریق خواندن وجود دارد.

- راه‌اندازی خطوط تلفنى که افراد آموزش‌دیده از طریق آن اقدام به ارائه حمایت‌های عاطفى نمایند. ایجاد وب سایت‌های فعال در زمینه خدمات روانى، اجتماعى و بشر دوستانه نیز در صورت به روز نگه داشته شدن و پرداختن به موضوعات در حال تغییر، مفید است.
- احداث مراکز ارائه خدمات بشر دوستانه به شکلى که طیف گسترده‌ای از خدمات پایه به شکلى مناسب در آن‌ها قابل ارائه باشد.
- واکنش‌های روانى- اجتماعى باید پیش‌بینى شده و در مراحل اولیه پاسخ به حوادث، رویدادى عادى تلقى شوند. مردم را نباید از به تفصیل سخن گفتن، منع کرده یا به آن ترغیب نمود و این امر را نیز باید به عهده خودشان گذاشت. تحقیقات نشان داده است که افراد آسیب‌دیده تمایل دارند با کسانی که به خوبی می‌شناسند، صحبت کنند، مانند: اقوام، دوستان و آشنایان.
- افرادى که بر خدمات روانى- اجتماعى نظارت دارند باید رابطه نزدیکی با رسانه‌ها داشته باشند.

۲- یک هفته تا یک ماه پس از حادثه:

- در این مدت، تنها افراد دارای اختلال روانى بیش از حد که دارای مشکلات عملکردى بوده و یا دشواری‌های طولانى‌تری را طی یک ماه پس از حادثه متحمل شده‌اند، نیازمند برقرارى ارتباط مجدد پس از دو هفته می‌باشند.
- بررسی دقیق و ساختارمند در موارد زیر الزامى است :

0 نیازهای سلامت، خدمات بهداشت روان و خدمات اجتماعى که تاکنون تأمین نشده است.

0 تجربه‌های مربوط به مسائل روانى- اجتماعى یا مشکلاتى که علی‌رغم کوشش‌های بشر

دوستانه و حمایت‌های اجتماعى انجام شده، مرتفع نگردیده‌اند.

این کاوش، می‌بایست تمام نیازهای افراد آسیب‌دیده را از ابعاد مختلف عاطفى، اجتماعى، روانى و جسمانى مورد توجه قرار دهد. هر مداخله رسمى روان‌شناسى یا روان‌پزشكى نیز باید پس از ارزیابى فرد آسیب‌دیده و با توافق وی صورت گیرد.

۳- یک ماه تا سه ماه بعد از حادثه:

- ادامه خدمات بهداشت روان برای افرادى که بیش از یک ماه احساس پریشانى (به هر میزان) دارند و یا بعد از گذشت یک ماه از حادثه قادر به صحبت کردن درباره نگرانی‌هایشان نیستند، الزامى خواهد بود.
- اشخاصى که نیازمند خدمات حرفه‌ای سلامت، مددکاری اجتماعى و خدمات اختصاصى هستند عبارتند از :

- 0 افرادی که در طی سه ماه پس از حادثه احساس پریشانی بسیار زیادی داشته باشند.
 - 0 افرادی که به مدت یک ماه، دائماً احساس پریشانی بیش از حد داشته یا دارای مشکلات روانی- اجتماعی باشند.
- ۴- پس از گذشت سه ماه از حادثه:
- افراد دارای اختلالات اساسی روانی- اجتماعی، که بیماری آن‌ها پس از گذشت سه ماه از حادثه ادامه یافته یا شروع می‌شود، می‌بایست توسط متخصصین ارزیابی شوند و این ارزیابی، نیز باید قبل از ارائه هر نوع خدمتی و با توجه به نیازهای عاطفی، اجتماعی، جسمانی و روانی افراد، انجام شود.
 - فرصت‌های شغلی و بازتوانی به منظور توانمند ساختن افراد جهت بازگشتن به زندگی روزمره خود الزامی است.
- در سندی که توسط WHO در وب سایت این سازمان در سال ۲۰۱۰ منتشر شد، دستورالعمل‌های مناسب بخش سلامت در بازتوانی روانی پس از حوادث تدوین شده است. اقدامات مناسب در این راستا عبارتند از (۶۹):
- تدوین نظام پایدار سلامت روانی در جامعه
 - بنیان نهادن خدمات پایه، بلند مدت و پایدار بهداشت روان در جامعه آسیب‌دیده از حوادث
 - توجه به برنامه‌های احداث بیمارستان‌های همگانی، به عنوان بخشی از سرمایه‌گذاری‌های بخش بازتوانی در راستای ارائه مراقبت‌های فوری سلامت روان در بیمارستان که توسط پرسنل آموزش دیده در مناطق فاقد این نوع خدمات، ارائه خواهد شد.
 - در نظر گرفتن مباحث بهداشت روان در برنامه‌های آموزشی و مراقبت‌های اولیه سلامت

درس آموخته‌های بین‌المللی مداخلات بازتوانی روانی

مرور تجربیات سایر کشورها در زمینه بازتوانی روانی، می‌تواند راهگشای اجرای بهترین برنامه‌ها و استراتژی‌های آن‌ها با در نظر گرفتن شرایط بومی، فرهنگی و اجتماعی کشورمان، باشد. بنابراین، آنچه در ادامه مطالعه می‌نمایید، تعدادی از مداخلات بازتوانی است که در سطح بین‌المللی، اجرا گردیده و منتشر شده است.

پس از زلزله سیچوان سال ۲۰۰۸ در چین، قراردادی بین وزارت اقتصاد، شرکت چینی به نام LGOP و UNDP امضا شد که بر اساس آن، هر سه مقام حقوقی به همراه سازمان‌های متعدد دیگری به عنوان همکار، متعهد به اجرای برنامه‌های بازتوانی از سپتامبر ۲۰۰۸ تا اگوست ۲۰۱۰ در این استان شدند. فراهم ساختن حمایت‌های روانی- اجتماعی و قانونی از افرادی که بیشترین آسیب را پس از زلزله متحمل شدند،

یکی از نتایج مورد انتظار این سند بود (به خصوص افراد آسیب‌پذیر) به نحوی که توانایی مشارکت در فرایندهای بازتوانی و بازسازی جامعه را بازیابند (۸۸).

یکی از صاحب‌نظران بازتوانی جسمی، در سخنرانی خود با عنوان «حوادث طبیعی، نقش سازمان‌های بهبودی بخش در معلولیت‌ها» بخشی از اقدامات بازتوانی جسمی افراد معلول را در فعالیت مناسب واحدهای روان‌درمانی و مشاوره پس از حوادث، در نظر می‌گیرد؛ چراکه، حوادث طبیعی اعتماد مردم را نسبت به محیط پیرامون خود و نیز نسبت به یکدیگر کاهش می‌دهد و از طرفی، سازش با شرایط موجود دشوار گردیده و علائمی مانند ترس، سایکوز، سرگیجه، بازده پایین کاری، بی‌خوابی، و ترس با منشأ نامشخص، افزایش می‌یابد. بنابراین، ضروری است تا با برپایی مراکز مشاوره، افراد را به سازگارتر شدن و کنار آمدن با ترس‌ها تشویق نمود، بطوریکه، نحوه بازسازی زندگی خود را در مراکز مذکور بیاموزند (۸۹).

هم‌چنین در نقشه بازتوانی و بازسازی گجرات، پس از زلزله سال ۲۰۰۱، فراهم ساختن تسهیلات مشاوره روان‌شناسی برای آسیب‌دیدگان زلزله از اهداف عمده طرح بود. به‌علاوه جهت ارائه خدمات درمانی و حمایتی بازتوانی، جلسه‌های مشاوره توسط پرسنل آموزش‌دیده و داوطلبان پس از توافق با متخصصین امر صورت پذیرفت. در این راستا، از همکاری مؤسسات تخصصی و NGO ها برای مشاوره‌های سلامت روان بهره گرفته شد (۶۵).

در گزارش UNDP که به اقدامات بازتوانی کوتاه‌مدت ارائه شده پس از زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان اختصاص داشت، به خدمات زیر در راستای بازتوانی روانی در بخش سلامت، اشاره گردید (۶۷):

- در راستای بازتوانی روانی - اجتماعی جمعیت آسیب‌دیده، سازمان بهداشت جهانی نه گروه بهداشت روان را جهت بازدید از تسهیلات ارائه خدمات اولیه سلامت بر اساس برنامه زمان‌بندی مشخصی تعیین کرد که وظیفه آن‌ها برقراری حمایت‌های روانی - اجتماعی برای افراد آسیب‌دیده بود.
- کمیسیون ملی توسعه انسانی، تسهیلاتی جهت ارائه خدمات روان‌درمانی به دنبال تروما را برای جامعه آسیب‌دیده در Mansehra، فراهم نمود. این اتحادیه، روان‌پزشکان پاکستانی - انگلیسی، داوطلبان، مدرسان و کارکنان نظام سلامت را آموزش دادند.
- تا زمان انتشار گزارش، ۱۵۷۸۹ نفر از حمایت‌های روانی - اجتماعی مربوط به این تسهیلات بهره‌مند شدند. در گزارشی که صلیب سرخ جهانی در مورد اقدامات بازتوانی انجام شده در مناطق زلزله‌زده پاکستان در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ منتشر کرده است، ۳۰ هزار نفر از افراد ساکن در مناطق حادثه‌دیده موفق شدند تا بر استرس‌های طولانی‌مدت روانی فائق آمده و در برنامه‌های بازتوانی جامعه خود شرکت نمایند. بخش مهمی از اقدامات بازتوانی که باعث این موفقیت گردید عبارت بودند از (۶۸):
- آموزش و حمایت‌های روانی از جامعه هدف در مناطق آسیب‌دیده، به خصوص در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان، سالمندان و معلولین

- تحریک و انگیزش جوامع متأثر از زلزله در راستای افزایش مشارکت در بازتوانی و بازیابی؛ مانند آموزش نحوه انطباق‌پذیری با شرایط جدید، به دست آوردن مهارت‌های لازم و مشارکت در ارزیابی نیازهای جدید جامعه و برنامه‌ریزی در راستای تأمین این نیازها
 - آموزش کارکنان و داوطلبان هلال احمر پاکستان جهت انجام اقدامات حمایتی مبتنی بر جامعه و فعالیت‌های مشابه
 - فراهم ساختن حمایت‌های روانی برای افرادی که در مناطق آسیب‌دیده به ارائه خدمات مشغول می‌باشند.
 - پیگیری موارد قبلی و مشخص نمودن نیازهای جدید آن افراد پس از بازگشت به جامعه
 - همکاری با دیگر بخش‌های جامعه، مانند عموم مردم، کودکان، معلمان، کارکنان بخش سلامت، NGO ها و دولت به منظور افزایش آگاهی آنان در مورد اهمیت حمایت‌های روانی
- بازتوانی از مشکلات روانی به مفهوم رفع کامل تمامی علائم نیست. بازتوانی، بیش از آنکه رسیدن به بهبودی باشد، فرآیند حرکت به سمت بهبودی است. فاکتورهای مهم مداخله‌گر در روند بازتوانی روانی به شرح زیر می‌باشند (۹۰):
- ۱- روابط مناسب: تأثیرگذارترین عامل در روند بازتوانی است، زیرا وجود افرادی که شنونده واقعی باشند، به فرد آسیب‌دیده نزدیک بوده، به او عشق بورزند و حمایتش کنند، باعث تسریع فرآیند بازتوانی روانی می‌شود. این افراد می‌توانند از اعضای خانواده، آشنایان، دوستان و گروه‌های حمایت‌گر فرد آسیب‌دیده باشند.
 - ۲- روابط مناسب کارکنان ارائه‌دهنده خدمات: افرادی که به صورت داوطلبانه یا از جانب سازمان خود در حال ارائه خدمات هستند نیز مانند بستگان و آشنایان در بازتوانی افراد آسیب‌دیده نقش مؤثری خواهند داشت. برخی از آسیب‌دیدگان از عدم تمایل یا توانایی کارکنان ارائه‌دهنده خدمات در زمینه گوش سپردن به آن‌ها و کمک به بازتوانی افراد آسیب‌دیده، خبر می‌دهند. آسیب‌دیدگان حادثه به افرادی نیاز دارند تا بدون قضاوت نمودن به حرف‌هایشان توجه نموده، و آن‌ها را درک کرده و باور نمایند. نیازهای بلندمدت افراد آسیب‌دیده، ساختن مجدد زندگی اجتماعی آن‌هاست تا اینکه به صورت منزوی، بیمار و وابسته باقی بمانند.
 - ۳- کنترل داشتن بر روش درمان: آگاهی از تصمیم‌گیری در مورد اتخاذ روش درمانی مناسب، فاکتور مهمی در تسریع روند بازتوانی است. اکثر بیماران تمایل دارند تا اطلاعات کاملی در مورد عوارض جانبی داروها، روش‌های درمانی غیردارویی و دیگر روش‌های جایگزین مانند درمان از طریق سخن گفتن یا درمان‌های مکمل اطلاعات کاملی داشته باشند. ۲۵٪ از بیماران اعتقاد داشتند درمان‌های ارائه‌شده توسط پزشک غیر مؤثر بوده است (۹۱). در برخی از مطالعات، افراد،

با قطع دارو احساس بهبودی کردند و برخی معتقد بودند که سخن گفتن درباره مشکلات و شفای معنوی، آن‌ها را درمان نموده است (۹۲) و برخی دیگر نیز گوش دادن به موسیقی، ورزش، پیاده روی و فعالیت‌های خلاقانه را مؤثر دانسته‌اند (۹۱، ۹۲). بنابراین، روش بازتوانی را نمی‌توان به فرد آسیب‌دیده تحمیل نمود.

۴- اشتغال به کار یا تحصیل: فعالیت در محیط‌های کاری به صورت داوطلبانه یا در قبال دریافت حقوق و ارائه آموزش حرفه‌ای، می‌تواند جایگاه مهمی در امر بازتوانی داشته باشد. این احساس که فرد مدیریت زندگی خود را برعهده دارد، باعث افزایش اعتماد به نفس او می‌شود و اعتماد به نفس بالا نیز، احساس سلامت روانی و جسمی را به فرد منتقل می‌کند (۹۳).

در گزارش مربوط به برنامه‌ریزی بلندمدت بازتوانی پس از وقوع حوادث، با اشاره به طوفان کاترینا در نیواورلان آمریکا، تخریب کامل تسهیلات ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان در منطقه آسیب‌دیده و مهاجرت اکثر روان‌پزشکان به مناطق دور دست مورد توجه قرار گرفت. با وجود این شرایط، افرادی که دچار اختلالات روانی شدید بودند، و نیز افکار خودکشی داشتند تا چندین روز منتظر معاینه متخصصین امر باقی ماندند. در ادامه این گزارش، مداخلات مبتنی بر خانواده به عنوان روش برتر افزایش تاب‌آوری خانواده‌ها و جامعه به شمار رفته بود (۹۴).

در مطالعه‌ای که در آمریکا صورت گرفت، نتایج طرح اجرا شده در دو ایالت Minnesota و Vermont بررسی گردید که در حین آن، روش مدیریت خوداتکای بیماری‌های روانی به روش WRAP به مردم آموزش داده شد. آموزش این برنامه از سال ۱۹۹۷ در آمریکا آغاز گردیده و هدف از آن، شناسایی منابع داخلی و خارجی به منظور بازتوانی از مشکلات روانی و ایجاد برنامه شخصی توسط افراد با هدف برخورداری از زندگی سعادتمند است. این روش، با اعمال تغییراتی در این مطالعه به کار گرفته شد. موضوعات آموزش داده شده در دوره‌های WRAP در راستای انجام این پژوهش عبارت بودند از: بازتوانی و اهمیت امیدواری، منابع حمایتی، آموزش و حمایت از خود، مراقبت پزشکی و مدیریت سلامت، تدوین جعبه ابزار تندرستی و برنامه محافظت روزانه، تشخیص و پاسخ به محرک‌های عصبی و علائم هشدارهای اولیه، مدیریت کردن شرایط وخیم، تدوین برنامه مقابله با بحران و شرایط پس از بحران و اداره زندگی با محوریت سلامت روان. نتایج مطالعه حاکی از ایجاد تغییر مثبت در نگرش مربوط به بازتوانی در ۷۶٪ از شرکت‌کنندگان Vermont و ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان Minnesota بود. هر دو گروه شرکت‌کنندگان بهبود قابل توجهی در این موارد نشان دادند: امید به بازتوانی خود، شناسایی علائم هشدار اولیه شخصی مربوط به وخیم شدن شرایط روانی، استفاده از ابزار سلامتی روان در زندگی روزمره، آگاهی از نحوه تریاژ علائم روانی، در اختیار داشتن برنامه مخصوص حادثه و برنامه‌ای جهت رویارویی با علائم روانی، دسترسی به ساختار حمایت اجتماعی و توانایی بر عهده گرفتن مسئولیت سلامت روانی (۹۵).

نتایج به دست آمده حاکی از مؤثر بودن روش‌های خود-بازتوانی در حوادث است، مخصوصاً هنگام کمبود منابع که اقدامات مناسب بازتوانی سلامت با محدودیت روبه‌رو می‌شود.

در مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۰ در مجله Pharmacy and BioAllied Science منتشر شد، تأثیر اتخاذ استراتژی‌های مشاوره گروهی در مداخلات سلامت روان افراد و گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه که در هندوستان انجام شده بود ابتدا به مزایا، روش‌ها و مراحل مشاوره‌های گروهی اشاره نمود و سپس با مرور نتایج دو تجربه مرتبط با حوادث طبیعی (سونامی) و نیز حوادث انسان ساخت (بمب)، اهمیت مشاوره‌های گروهی را آشکار کرد. از طرفی، در مشاوره‌های گروهی همواره به موارد ذیل توجه می‌گردد:

- درخواست‌های جمعی، گروهی و عواملی که زندگی گروهی را بهبود می‌بخشد.
- رفتارهایی که رسیدن به خواسته جمع را تسهیل می‌کند.
- روش‌های رسیدن به گزینه‌های جایگزین مناسب و اتخاذ برنامه‌های مشترک

به‌علاوه در مشاوره‌های گروهی این فرصت فراهم خواهد بود تا افراد با یکدیگر و از همدیگر بیاموزند و از الگوی فکری و رفتاری خود، و دیگران، مطلع شوند. زیرا هنگامیکه درک این الگوها برای خود افراد مشکل می‌باشد، معمولاً ناظرین بیرونی، دقت بیشتری در مورد الگوهای رفتاری و فکری آن‌ها خواهند داشت. مراحل مشاوره گروهی که در این مطالعه، طی سه جلسه مورد استفاده قرار گرفت، به صورت زیر می‌باشد:

۱- جلسه اول (*Ice Breaking*): با تأکید بر عادی بودن بروز واکنش‌های عاطفی و به دنبال آن سخن گفتن از حادثه ایجاد شده، معرفی خود به عنوان یک قهرمان رنج کشیده در حادثه و تلاش جهت برقراری ارتباط و برون ریختن اندوه‌ها و آسیب‌ها. در این جلسه تلاش بر این بود که آسیب‌دیدگان احساسات ابراز نشده خود را به سطوح بالاتر ادراکشان بیاورند تا از تثبیت آن در ضمیر ناخودآگاه فرد، جلوگیری به عمل آید.

۲- جلسه دوم، بازسازی شناختی (*Cognitive Reconstruction*): با تأکید بر مدل سازی شناختی، پذیرفتن واقعیت‌ها، تجدید منابع و امیدواری، رها ساختن مکانیسم‌های تدافعی درونی شده و ایجاد احساس احترام به خود بدون هیچ قید و شرطی. هدف از این جلسه بازتوانی، نگرش فرد آسیب‌دیده به گونه‌ای بود تا بتواند خصوصیات واقعی خود را همانگونه که هست با تمام وجود بپذیرد. همچنین تجدید قوای روانی افراد به منظور دستیابی به زندگی پرامید و معنادار از اهداف دیگر این جلسه محسوب می‌شد.

۳- جلسه سوم، تمدد اعصاب (*Relaxation*): هدف از این جلسه آموزش تکنیک‌های تمدد اعصاب مانند تنفس عمیق، تمدد عضلات، مدیتیشن و تمرینات اتوژنیک بود تا بر این اساس توانایی انطباق‌پذیری روانی افراد شکل گیرد.

این جلسات کمک کرد تا افرادی که آسیب‌دیدگی شدیدتری داشتند شناسایی شده و به صورت فردی درمان

گردند. در مجموع، این روش به منظور بازتوانی روانی افراد و بازگرداندن آن‌ها به ادراک از اجتماع خود، بسیار مؤثر بوده و در ساختن سرمایه‌های اجتماعی ملت‌ها دارای جایگاه ویژه‌ای است. یافته‌ها، نشان می‌دهند که در صورت نادیده گرفتن چنین روش‌های بازتوانی اجتماعی، آسیب‌دیدگان سربار جامعه شده و بنابراین آشوب و هرج و مرج در اجتماع گسترش می‌یابد. از این رو، مشاوره‌های گروهی به عنوان یکی از اقدامات مهم بازتوانی روانی پس از حوادث شناخته شده و باعث تقویت بنیه‌های رشد اجتماعی ملت‌ها می‌گردند (۹۶).

در مطالعه‌ای مشابه که بر اساس تجربه سونامی سال ۲۰۰۴ هندوستان صورت گرفت و در سال ۲۰۰۶ در *American Journal of Public Health* منتشر شد، نتایج مداخلات بازتوانی اجتماع محور جامعه که ارتقای سلامت روان بازماندگان حادثه را دنبال می‌نمود، مورد بررسی قرار گرفت. دوره آموزشی سه روزه در مورد مراقبت‌های روانی- اجتماعی برای کارکنان NGO ها، معلمان و ارائه‌دهندگان محلی خدمات سلامت برگزار شد که موضوع آن، شناخت واکنش‌های طبیعی در برابر واکنش‌های ناشی از سونامی، مانند شوک و ناباوری اولیه و نگرانی در مورد موج‌های بعدی سونامی بود. هم‌چنین شناسایی افراد دارای واکنش‌های شدید مانند ناامیدی، احساس گناه و نیز افرادی که دائماً به مرور خاطرات فاجعه پرداخته و نیز آسیب‌دیدگان نیازمند به خدمات متخصصین، از برنامه‌های آموزشی بود. علاوه مراقبت‌های روانی- اجتماعی از بالغین آسیب‌دیده نیز در طول این سه روز آموزش داده شد، مانند:

- برون ریختن احساسات و طبیعی ساختن آن‌ها در راستای کمک به بازماندگان برای درک صحیح از حادثه و تغییرات ایجاد شده در جسم و روان آن‌ها
- کاهش علائم جسمانی و روانی- اجتماعی با صحبت کردن در مورد تجربیات، تقویت تمدد اعصاب، افزایش برون‌ریزی احساسات و شرکت در گروه‌های تفریحی
- داستان‌سازی با استفاده مناسب از ضرب‌المثل‌ها و استعاره‌ها و توجه به فرهنگ جامعه. آداب و رسوم فرهنگی می‌توانند برداشت جدید جامعه از حادثه و بکارگیری سازوکارهای انطباق توسط اعضای آن را تسهیل نمایند.
- تقویت انسجام اجتماعی به وسیله فعالیت‌های جمعی و ایجاد گروه‌های حمایتی

این گروه، در مرحله بعد، ۱۰۵۰ نفر از مددکاران اجتماعی مناطق آسیب‌دیده را آموزش دادند و این مددکاران نیز وظیفه ارائه خدمات پایه سلامت روان را به بالغین و کودکان بر عهده گرفتند. ایجاد زمین‌های بازی در کمپ‌های اسکان آوارگان توسط مددکاران اجتماعی و در موارد شدیدتر ارجاع به تسهیلات روان‌پزشکی، از خدمات ارائه‌شده به کودکان بود. هم‌چنین معلمان مناطقی با آسیب کمتر که مدارس آن‌ها تخریب نشده بود، در دوره‌های سه روزه، آموزش‌دیده و به ارائه خدمات سلامت روان به کودکان در قالب بازی‌درمانی همت گماردند. مقامات مسئول با برگزاری جلسات گروهی با کودکان در محیط مدرسه تلاش کردند تا

تجربه کودکان را تلطیف نموده و گروه‌های حمایتی مورد نیاز را برای کودکان آسیب‌دیده‌ای که اضطراب خود را در مورد از دست دادن مدارس، معلمان، سوابق آموزشی و آینده تحصیلی خود به زبان می‌آورند، تشکیل دهند (۹۷).

در مطالعه‌ای که در مورد اقدامات درمانی و بازتوانی جسمی بیماران SCI صورت گرفته بود، نقش حمایت‌های روانی در بهبود عملکرد جسمانی آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. بسیاری از بیماران SCI به دنبال تلاش برای نجات افراد خانواده خود دچار آسیب‌های نخاعی شدند و برخی نیز شاهد از بین رفتن عزیزان خود بوده و یا صدای آن‌ها برای دریافت کمک را شنیده بودند. بنابراین، توجه به نیازهای روانی این افراد و رفع ترس‌ها و نگرانی آن‌ها، بسیار پراهمیت می‌باشد. به عنوان مثال، پس از انجام تمامی اقدامات بازتوانی روانی توسط سازمان‌های ملی و بین‌المللی، میزان افسردگی ۱۸۶ بیمار SCI، با گذشت شش ماه از زلزله، تنها شش درصد بود (۶۹).

در مقاله‌ای دیگر که در ژورنال بین‌المللی Group Psychotherapy منتشر گردید، مراحل بازتوانی روانی به سه مرحله احساس امنیت، یادآوری و سوگ، و اتصال مجدد به زندگی طبیعی تقسیم شده است. بازگشت مجدد به زندگی اجتماعی که ساختار و عملکرد روانی را افزایش می‌دهد به عنوان بازتوانی روانی بلندمدت شناخته می‌شود. این مقاله در نظر دارد تا روش‌های درمان گروهی و فردی همزمان یا مجزا را، به صورت تک جلسه، دوره‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تبیین نماید؛ بطوریکه باعث تسهیل بازتوانی روانی افراد گردد (۹۸). در مطالعه دیگری که در این مقاله به آن اشاره شده است، درمان PTSD با همزمان نمودن مشاوره فردی و درمان‌های گروهی، انجام شده است. مشاوره‌های فردی باعث می‌گردد تا آسیب‌های روانی مورد کنکاش قرار گرفته، خاطرات فراموش شده، بازتوانی گردند و علائم PTSD تقلیل یابد و از طرفی مشاوره‌های گروهی نیز باعث کاهش احساس شرمندگی، انزوا و پیوندهای ازمه گسیخته می‌شود (۹۹). از طرفی، در مطالعه‌ای دیگر اینگونه پیشنهاد شده است که درمان PTSD در قالب گروه‌های یکدست برگزار گردد تا دریافت‌کنندگان خدمات، احساس امنیت داشته باشند، حالتی که در مشاوره‌های فردی قابل القا نیست (۱۰۰). در ادامه، مثال‌هایی از سه مرحله بازتوانی بیان خواهد شد:

۱- احساس امنیت: به دنبال حملات ۱۱ سپتامبر مردم به کلیساها، عبادتگاه‌ها و مساجد مراجعه کرده بودند تا احساس امنیت نموده و ناراحتی و ترس خود را تخفیف دهند. نویسنده مقاله به کمک کشیش یکی از کلیساها اقدام به تشکیل گروه‌هایی به نام گروه‌های شنیداری یا (Listening Group) کرد. اعضای گروه دو نوبت در ماه گرد هم آمده و پژوهشگر، به عنوان رهبر گروه مسئولیت هدایت جمع را بر عهده داشت. اهداف جلسات عبارت بودند از: حمایت کردن، گوش‌دادن، ارائه اطلاعاتی در مورد پیامدهای مورد انتظار از تروما، بهبودی علائم، مشخص کردن مهارت‌های انطباق‌پذیری و تقویت شبکه‌های حمایتی موجود. بعلاوه، اطلاعاتی

در مورد منابع پیگیری و ارجاع نیز توسط رهبر گروه در اختیار آسیب‌دیدگان قرار می‌گرفت. از آنجایی که اعضای گروه متجانس بودند (شامل مراجعین به یک کلیسا و آسیب‌دیدگان یک حادثه)، از تخلیه روانی خود و آسیب‌دیدگی مجدد، ترس و نگرانی کمتری داشتند. تأثیر گروه شنیداری که بلافاصله پس از حوادث تشکیل شد، کاهش پریشانی، علائم PTSD، رفتارهای پر خطر و افسردگی بود. بیان احساسات در جمع باعث افزایش احساس امنیت روانی در آسیب‌دیدگان شده و همچنین فرد را برای دریافت درمان‌های آتی آماده می‌سازد.

۲- یادبود و سوگواری: تا مدت سه سال بعد از حادثه ۱۱ سپتامبر، جلسات هفتگی گروهی توسط پژوهشگر، هدایت می‌شد که شرکت‌کنندگان در آن، همسران خود را در حادثه از دست داده بودند. هدف از تشکیل این جلسات به اشتراک‌گذاری حمایت، تشخیص عزاداری، افزایش قدرت انطباق‌پذیری و احساس داشتن یک خلوتگاه برای تجربه نمودن و بروز دردها بود. در سال سوم، گروهی که گروه انعطاف‌پذیر یا Resiliency Group نام گرفت، ملاقات‌هایش را به دو عدد در ماه کاهش داد و به دنبال آن در سال چهارم، هر ماه یک نوبت تشکیل جلسه می‌داد.

۳- اتصال مجدد: هدف، برقراری ارتباط مجدد فرد با دوستان، فامیل، نظام باورهای شخصی و حتی خودش می‌باشد. در صورت عدم موفقیت در این مرحله، فرد ممکن است نسبت به فوت‌شدگان، احساس دین کرده یا برای از دست دادنشان، کماکان احساس گناه داشته باشد. مهمترین اقدام در این بخش از بازتوانی روانی، جلوگیری از بازگشت مجدد احساس ترس و بی‌پناهی است. عدم ایجاد عواطف و اجتناب‌ورزی، هر دو، باعث کند شدن بازگشت مجدد فرد می‌شوند. در تجربه‌ای که نویسنده از آن سخن می‌گوید، کارکنان آتش‌نشانی شهر نیویورک، پس از وقایع سپتامبر و به دنبال از دست دادن همکاران خود دچار اختلال در فاز اتصال مجدد بازتوانی شده و قادر به برقراری ارتباط با همسران خود نبودند و بنابراین تعداد زیادی از آن‌ها، بحران‌های خانوادگی شدیدی را تجربه می‌کردند. برنامه ارتباط زوج‌ها، در نظر داشت تا با حداقل ساختن یا از بین بردن احتمال ایجاد عذاب وجدان، آسیب‌رسانی مجدد و مواجهه با عوامل استرس‌زا، به کارکنان آتش‌نشانی نیویورک کمک نماید تا این فاز از بازتوانی روانی خود را با موفقیت به اتمام رسانند. این برنامه نه تنها برای کارکنان آتش‌نشانی این امکان را فراهم می‌کرد تا به مشکلات خانوادگی خود بپردازند، بلکه نقطه عطفی برای بیان مشکلاتی بود که در جلسات بازگویی داخل سازمان خود قادر به بیان آن‌ها نبودند. سازوکاری نیز برای همسران کارکنان آتش‌نشانی فراهم آمد تا در جلسات گروهی با زنانی همراه باشند که پس از حادثه ۱۱ سپتامبر، اثری از عزیزان از دست رفته‌شان، برای انجام مراسم سوگواری و یادبود باقی نمانده بود. نهایتاً، این اقدامات، کارکنان آتش‌نشانی نیویورک را جهت برقراری اتصال مجدد با زندگی

خانوادگی خود توانمند ساخت (۱۰۱).

درس آموخته‌های داخلی مداخلات بازتوانی روانی

کشور ایران به دلیل بالاتر بودن میزان مخاطرات آن از سطح متوسط جهانی، تجربیات متفاوتی از انواع حوادث طبیعی را به همراه داشته است که می‌بایست به مرور آن‌ها پرداخته و از این تجربیات در راستای بهبود برنامه‌ریزی‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و استراتژی‌های بازتوانی روانی افراد متأثر از حوادث آتی، بهره‌مند شد. در ادامه، به بررسی مطالعات مختلف مرتبط با بازتوانی روانی آسیب‌دیدگان حوادث طبیعی خواهیم پرداخت البته لازم به ذکر است که، غالب تمرکز آن‌ها بر PTSD و مداخلات انجام شده به منظور کاهش فراوانی آن بوده است.

انتشار مجموعه مقالاتی در مورد اثرات گروه‌درمانی بر رده‌های سنی بالغین، نوجوانان و کودکان پس از زلزله بم، بیانگر انجام مطالعاتی گسترده در این زمینه می‌باشد (۱۰۸ - ۱۰۲). در مطالعه‌ای که در مورد اثر بازگویی روان‌شناختی یا Psychological Debriefing و مداخلات رفتار گروهی بر نشانه‌های PTSD صورت گرفت، ۱۷۴ نفر از بازماندگان زلزله بم که علائم PTSD را نشان دادند، ابتدا در جلسه اول به مدت دو ساعت از خاطرات حادثه و احساسات و افکارشان پیرامون آن سخن گفته، سپس هیجان‌ات خود را در یک محیط حمایتی بیرون ریخته و تعدیل نمودند تا نهایتاً به احساساتی یکسان در گروه دست یابند و نحوه مواجهه با نشانگان اختلالات روانی را دریابند. در جلسه دوم، سوم و چهارم با استفاده از روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری (الگوی درمانی یول)، چگونگی مبارزه با افکار مزاحم، آرامش‌بخشی عضلانی و حساسیت‌زدایی تدریجی و روش‌های تجسمی را آموختند. به نظر نویسندگان پس از سه ماه پیگیری نتایج مداخلات، رفتارهای گروهی ممکن است باعث کاهش برخی از نشانه‌های PTSD گردد که بلافاصله بعد از آن (از جمله نشانه‌های اجتنابی) ایجاد می‌شود، ولی بر نشانه‌های برانگیختگی (در کوتاه‌مدت و بلندمدت) و همچنین بر علائم تجربه مجدد واقعه (در بلندمدت) اثری ندارد (۱۰۲). در دو مطالعه دیگر که با همین روش و توسط همین تیم صورت گرفت، ۹۶ نفر از بازماندگان سنین ۱۴ سال به بالا در یک مطالعه و ۷۹ نفر در مطالعه‌ای دیگر پس از زلزله بم، بررسی شدند. هدف از مطالعه تعیین اثر گروه‌درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی رفتاری، در درمان مبتلایان به PTSD بود. چهار جلسه مداخله‌ای همانند مطالعه قبلی انجام گردید و نتایج این دو مطالعه تا حدود زیادی با یکدیگر مشابهت داشت. مداخلات انجام شده بر بهبود نشانه‌های استرس بلافاصله پس از حادثه، مؤثر بوده، و بر نشانه‌های یادآوری و برانگیختگی PTSD در طولانی‌مدت بی‌تأثیر بود (۱۰۶، ۱۰۸). در دو مطالعه مشابه دیگر که در مورد کودکان سه تا شش سال و شش تا ۱۱ سال پس از زلزله بم صورت گرفت، بار دیگر مداخلات گروهی (به ترتیب بازی درمانی گروهی و رفتاردرمانی گروهی) بررسی شد. طبق آنچه که در مقاله اول تأکید شده است، بازی، کارهای هنری و تعریف

کردن داستان، فرصتی را برای برون‌ریزی واقعه توسط کودکان فراهم می‌آورد. از میان ۱۳ نفری که در مطالعه شرکت نمودند، ۱۱ نفر دارای علائم پرخاشگری، هفت نفر ترس، سه نفر بی‌خوابی و سه نفر لجبازی بودند. در مطالعه یاد شده، ۱۲ جلسه گروهی بازی‌درمانی (دو جلسه در هر هفته) برای کودکان مبتلا به PTSD برگزار گردید. پس از ۱۲ جلسه که بر چهار موضوع (۱) بروز و شناسایی هیجانات اصلی، کنترل خشم و اضطراب، (۲) برون‌ریزی تجربه آسیب و هیجانات مرتبط با آن، (۳) بازسازی واقعه و تعریف مرگ و برگزاری مراسم (۴) بیان خاطرات فقدان، متمرکز بود، مشخص گردید که نشانه‌های PTSD، کاهش یافته، اما مداخلات بر نشانه‌های رفتاری، چندان مؤثر نبوده است (۱۰۷-۱۰۰). در مطالعه دیگری که بر روی ۸۰ نفر از کودکان بین شش تا ۱۱ سال انجام پذیرفت، هدف، بررسی اثر رفتاردرمانی گروهی بر نشانه‌های PTSD در جمعیت مورد مطالعه بود. در این تحقیق که به فاصله شش تا هشت ماه پس از زلزله رخ داد، مجموعاً چهار جلسه درمانی برای ۳۸ نفر از افرادی که گروه مداخله را تشکیل می‌دادند، با هدایت یک متخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان برگزار گردید. شرح اقدامات انجام شده در این چهار جلسه عبارت بود از:

۱- جلسه اول: بازگویی روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های عادی سازی پاسخ‌ها، تبادل احساسات در گروه و ایجاد یک محیط حمایتی برای بیان خاطرات زلزله، پاسخ‌ها، واکنش‌ها و احساسات هنگام مواجهه و به اشتراک‌گذاشتن آن با گروه.

۲- جلسه دوم: تکنیک‌های مربوط به افکار مزاحم و یادآوری خاطره شامل تکنیک‌های تصویری هم‌چون جایگزینی افکار و خاطرات مزاحم با افکار یا تصورات ذهنی خوشایند، دور کردن، کوچک کردن تصاویر مزاحم و غیره.

۳- جلسه سوم: تکنیک‌های مربوط به بیش‌برانگیختگی شامل آموزش روش‌های آرامش‌بخشی و هدایت تجسمی از طریق تعریف محیط امن.

۴- جلسه چهارم: تکنیک‌های مربوط به اجتناب از واقعه شامل حساسیت‌زدایی تدریجی و هدایت تجسمی.

پس از انجام مداخلات در گروه مداخله، کاهش نشانه‌های یادآوری در کودکان مبتلا به PTSD، معنی‌دار بود. بر عکس در گروه شاهد پس از گذشت یک ماه از شروع مطالعه، نشانه‌های اجتناب و مجموع نمره نشانگان PTSD (شامل نشانه‌های یادآوری، اجتناب و برانگیختگی) به شکل معنی‌داری افزایش یافت. بنابراین به نظر می‌آید که مداخلات انجام شده در این چهار جلسه، نشانه‌های یادآوری PTSD را کاهش داده و از پیشرفت دیگر نشانگان جلوگیری به عمل آورد (۱۰۴). مطالعه دیگری، اثر مداخلات روانی-اجتماعی بر نشانه‌های PTSD در نوجوانان آسیب‌دیده از زلزله بم را مورد ارزیابی قرار داد. در این مطالعه ۲۲ نفر با میانگین سنی ۱۶/۴ سال بررسی شدند. روش مداخله مانند مطالعه قبل شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و رفتاری شناختی در قالب گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره

بود. جلسات به شکل هفتگی برگزار گردید. تواتر نشانه‌های PTSD، تنها بلافاصله پس از مداخلات، معنی‌دار بود و در طولانی‌مدت، تواتر نشانگان و میانگین شدت آن‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت. در پایان، این نتیجه به دست آمد که مداخلات انجام شده، گرچه در برخی از موارد باعث کاهش شاخص تواتر نشانه‌های PTSD گردیده، اما در درازمدت تأثیر چندانی بر جای نگذاشته است (۱۰۳). در تحقیق دیگری که شبیه مطالعه قبل بود، ۲۰۰ نفر از نوجوانان آسیب‌دیده ۱۱ تا ۱۸ سال، در سه گروه مداخله و یک گروه شاهد تقسیم‌بندی شدند. برای گروه اول فقط مداخلات درمانی، برای گروه دوم مداخلات درمانی روان‌شناختی به همراه مداخلات ورزشی هنری، برای گروه سوم فقط مداخلات هنری ورزشی و برای گروه چهارم هیچگونه مداخله‌ای ارائه نشد. مداخلات درمانی‌شناختی، مانند آنچه که در مطالعات قبل توضیح داده شد، دقیقاً چهار جلسه بود. فعالیت‌های ورزشی نیز شامل فوتبال برای پسران و والیبال برای دختران و هم‌چنین بازی‌های گروهی بومی، می‌گردید. فعالیت‌های هنری مانند نقاشی، گلدوزی، عروسک‌سازی و گل‌سازی توسط مربیان آموزش‌دیده، ارائه می‌شد. پس از انجام مداخلات، مشخص شد که تغییر قبل و بعد میانگین کل علائم PTSD به صورت مجزا در گروه یک (مداخلات روانشناختی) و سه (مداخلات ورزشی هنری) معنی‌دار و در بقیه گروه‌ها معنی‌دار نبود به‌علاوه، پس از مقایسه کل شاخص‌های PTSD، گروه یک و چهار، دارای اختلاف معنی‌داری بودند. در مجموع، با انجام این مطالعه مشخص گردید که یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه درمان رفتاری- شناختی گروهی، می‌تواند موجب کاهش PTSD، بخصوص نشانه‌های اجتنابی آن شوند (۱۰۵).

در مقاله دیگری که در مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به چاپ رسید، نقش آموزش مهارت‌های حل مسأله در بهبود بیماران مبتلا به PTSD بعد از زلزله بم مورد بررسی قرار گرفت. در این مقاله مهارت‌های حل مسأله به راهبردهای ویژه و هدفمندی اطلاق می‌گردد که فرد به وسیله آن‌ها مشکلات را تعریف کرده و تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، و بنابراین، فرد، این راهبردها را انجام داده و بر آن‌ها نظارت دارد. ۱۶۰ نفر از افراد مبتلا به PTSD پس از حادثه بم به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمونی به عمل آمد که در مورد نوع مقابله و شیوه برخورد با استرس‌ها و بحران‌های زندگی بود. پس از برگزاری پیش‌آزمون، گروه مورد به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مهارت‌های حل مسأله قرار گرفتند و پس از پایان دوره آموزشی، مجدداً از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. بر طبق نتایج حاصله، تأثیر آموزش‌های مهارت‌های حل مسأله در کاهش علائم PTSD در زنان و مردان تحت مطالعه، تفاوت معناداری نداشت. در مقابل، میزان استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در زنان، بیشتر از مردان بوده است. از طرف دیگر نتایج نشان داد که از لحاظ کاربرد شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار، تفاوت‌های معنی‌داری وجود ندارد. اما، از طرفی آموزش‌های مهارت‌های حل مسأله موجب شد تا احساس گناه و دیدن خواب‌های آشفتنه و ناخوشایند پیرامون زلزله، در گروه مورد به مراتب از گروه شاهد که این آموزش‌ها را دریافت نکردند، کمتر باشد (۱۰۹).

در تحقیق دیگری که پس از زلزله شهر بروجرد انجام گرفت، تعداد ۱۱۵ نفر از آسیب‌دیدگان بالای ۱۵ سال در قالب ۱۰ گروه به شکل تصادفی انتخاب شده و در یک مطالعه از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت نمودند. مشارکت‌کنندگان در چهار جلسه هفتگی به منظور دریافت مداخلات روانی اجتماعی مشارکت داشتند. اولین جلسه، چهار هفته پس از زلزله برگزار گردید و قبل از آن یک پیش‌آزمون به عمل آمد. آزمون، دارای چهار آزمون کوچک‌تر در مورد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بود. جلسات توسط دو نفر کارشناس روان‌شناسی بالینی هدایت شد. جلسه اول درباره بازگویی روان‌شناختی، جلسه دوم مربوط به تکنیک‌های کنترل افکار مزاحم، جلسه سوم در مورد تکنیک‌های کنترل برانگیختگی مانند روش‌های آرامش‌بخشی و جلسه چهارم در رابطه با تکنیک‌های کنترل اجتناب بود و در پایان هر جلسه، تکالیفی برای تمرین در منزل ارائه می‌شد. میزان شیوع PTSD در زنان نسبت به مردان، در آسیب‌دیدگانی که شاهد ویرانی منازل خود بودند، در افرادی که دارای آسیب جسمانی شدند و در کسانی که فاقد حمایت‌های اجتماعی بودند، بیشتر مشاهده گردید. میانگین نمره‌های پس‌آزمون در تمامی گروه‌ها، تفاوت آماری معناداری را مبنی بر مؤثر بودن مداخلات انجام شده، نشان می‌داد. در مجموع، نتایج این مطالعه، نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی برای آسیب‌دیدگان می‌تواند موجب کاهش اختلالات روانی، افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده و ارتقای سلامت روانی آنان شود (۱۱).

بررسی دیگری که در مورد مداخلات روانی - اجتماعی پس از زلزله قزوین انجام شد، تعداد ۳۸۹ کودک و بزرگسال مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش، میزان شیوع PTSD قبل از شروع مداخلات و یک سال پس از برگزاری جلسات روانی - اجتماعی توسط ۱۰ نفر از روان‌شناسان بالینی شاغل در قزوین ارزیابی شد. میزان سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در افراد بالای ۱۵ سال از ۴۵٪ قبل از مداخلات به ۵/۳۳٪ پس از دریافت خدمات کاهش یافت. این میزان برای افراد زیر ۱۵ سال به ترتیب ۱/۳۴٪ و ۱/۲۳٪ در قبل و بعد از برگزاری جلسات بود. این مطالعه نشان داد که خدمات حمایتی روانی - اجتماعی می‌تواند به شکل معناداری شدت علائم PTSD را کاهش دهد (۱۱۰).

پژوهشی دیگر که در مورد میزان و شدت PTSD در کودکان و نوجوانان یکی از روستاهای استان چهارمحال و بختیاری و نیز بررسی تأثیر مداخلات بهداشت روان انجام گردید، تمامی ۴۱ نفر دانش‌آموز پنج تا ۱۵ ساله پس از آتش‌سوزی مدرسه ابتدایی روستا مورد مطالعه قرار گرفتند. در این حادثه ۱۳ نفر از کودکان و معلم مدرسه جان خود را از دست دادند. پس از تکمیل پرسشنامه و مصاحبه با مادران کودکان آسیب‌دیده، کودکان مبتلا به PTSD به چهار گروه شدید، متوسط، خفیف و بدون علامت تقسیم شدند. میانگین نمره PTSD در افراد ۱۰ تا ۱۵ سال بیشتر از افراد پنج تا ۱۰ سال و کمترین نمره نیز مربوط به سنین پیش از دبستان بود. سپس مداخلات درمانی توسط گروه بهداشت روان، در قالب تشکیل گروه‌های کاری، بازگویی روان‌شناختی و شناخت افکار اجتنابی به مدت دو هفته و طی چهار جلسه صورت پذیرفت.

مرحله دوم سنجش، پنج ماه پس از مداخله گروه بهداشت روان انجام گرفت. در سنجش نوبت اول و دوم به ترتیب، کودکان مبتلا به اختلال شدید ۱۲٪ و ۴/۲٪، کودکان مبتلا به اختلال متوسط ۶۶٪ و ۳۴٪ و کودکان مبتلا به اختلال خفیف ۲۲٪ و ۵/۶۳٪ بودند. همچنین مطالعه نشان داد که ۱۰۰٪ کودکان، به PTSD مبتلا بودند. بعد از گذشت پنج ماه از حادثه نیز، کماکان علائم PTSD در تمامی کودکان وجود داشت با این تفاوت که از شدت آن‌ها، کاسته شده بود. بنابراین می‌توان گفت که مداخلات انجام شده توسط گروه بهداشت روان در کاهش شدت نشانه‌های PTSD مؤثر بوده است (۱۱۱).

مطالعه دیگری که در مورد زنان آسیب‌دیده زلزله زرد صورت گرفت، روش‌های درمان گروهی با رویکرد "معنادرمانی" را مورد بررسی قرار داد. فلسفه معنادرمانی بر این حقیقت استوار است که هر چقدر زندگی انسان بامعنا و دارای هدف مشخص باشد، هر رخدادی در زندگی، حتی اگر طاقت‌فرسا باشد، با آن جهان‌بینی تعبیر می‌گردد. در این مطالعه ابتدا به صورت تصادفی ۲۰ نفر از ساکنین زن یکی از روستاهای آسیب‌دیده از زلزله انتخاب شده و پرسشنامه ۲۸ سوالی را تکمیل نمودند که پیش از این با هدف سنجش ملاک‌های سلامت عمومی شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روانی، استاندارد شده بود. سپس افراد مشارکت‌کننده در مطالعه به دو گروه ۱۰ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. برای گروه مورد، ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته با موضوعات نمادین شامل ساختن تجارب زندگی برای سازگاری پس از فاجعه، افزایش سطح سلامت عمومی زنان آسیب‌دیده از زلزله و فنون درمانی موجود در روش‌های معنادرمانی برگزار گردید. گروه شاهد نیز همزمان با جلسات گروه مورد، در محل حضور یافته و بدون داشتن مشاوره ۲۰ دقیقه به مباحث روزمره می‌پرداختند. پس از اتمام مداخلات مجدداً پرسشنامه ۲۸ سوالی توسط تمام شرکت‌کنندگان در تحقیق در یک زمان و مکان تکمیل و مشخص گردید که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی موجب ارتقای سلامت روانی زنان آسیب‌دیده در ابعاد مختلف جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روان می‌شود. در انتها به این نکته اشاره شده است که آموزش روش‌های علمی معنادرمانی به مداخله‌گران در مراحل پاسخ و بازتوانی پس از حوادث طبیعی می‌تواند در بهبود بازتوانی افراد آسیب‌دیده نقش به‌سزایی داشته باشد (۲۲).

در بررسی دیگری که پس از زلزله بم صورت گرفت، تغییرات مصرف مواد افیونی و مداخلات موجود در طول سال اول بعد از زلزله مطالعه شد. مواد مخدر در مناطق جنوب شرقی ایران به صورت سنتی مصرف می‌گردد و سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که ۸/۳٪ مردم سابقه اعتیاد قبل از زلزله را بیان کرده‌اند، در حالی که ۹/۹٪ به دنبال زلزله دچار اعتیاد گردیدند (۱۱۲). با گذشت دو روز از زلزله، به تدریج علائم محرومیت در معتادان بروز کرده و مصرف مواد از اولویت‌های آن‌ها بوده است (۱۱۳). اما تنها در یک چهارم از آنان این نیاز کنترل شد و بیش از نیمی از آن‌ها، مجبور به مصرف تریاک شدند (۱۱۴). با در نظر گرفتن این احتمال که ممکن است به دنبال تجربه علائم محرومیت، میزان مصرف افزایش یابد، در این مطالعه از پنج روش

مباحثه متمرکز گروهی، مصاحبه عمیق فردی، مشاهدات بوم‌شناختی، نقشه‌برداری و عکس‌برداری استفاده شد. جمعیت مورد بررسی شامل معتادان، مردم، درمان‌گران اعتیاد و سایر افراد کلیدی شامل مسئولان نیروی انتظامی، مسئولان آموزش و پرورش، کارکنان سازمان‌های غیردولتی، مسئولان داروخانه‌ها و فروشگاه‌های لوازم بهداشتی، مددکاران، رابطان بهداشتی، فروشندگان مواد و همسران معتادان بودند که در قالب ۱۰ گروه، با آن‌ها مصاحبه گردید. مجموعاً ۵۴ معتاد بررسی شدند که ۴۸ نفر از آن‌ها مرد و مابقی زن بوده و طبق نظرات درمان‌گران اعتیاد، ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعین، معتادین جدید بودند. مهمترین علت مصرف مواد پس از وقوع زلزله، ایجاد آرامش به دنبال مصرف آن‌ها، بروز انواع مشکلات زندگی، احساس ناامیدی، حضور مهاجران و کاهش انگیزه ترک اعتیاد بود. تریاک و تدخین به ترتیب بیشترین نوع ماده مصرفی و رایج‌ترین روش مصرف گزارش شد. اکثر مصرف‌کنندگان اعتقاد داشتند که مصرف مواد پس از وقوع زلزله افزایش یافته است (به جز مصرف تزریقی مواد که به اعتقاد آن‌ها کاهش یافته بود). همچنین علاوه بر افزایش مصرف جمعی مواد مخدر، مصرف مواد در کودکان و نوجوانان به دنبال رخداد زلزله افزایش یافت. دلایل افراد برای افزایش شیوع اعتیاد در کودکان عبارت بودند از: اعتیاد مادران، دشمنی دیگران، بیکاری و نبود تفریحگاه. بعلاوه اکثراً معتقد بودند که پس از زلزله مصرف مواد در زنان نیز بیشتر شده است که از علل این امر می‌توان به کاهش ناپسند بودن اعتیاد زنان، از دست دادن خانواده، افزایش مصرف در دختران مجرد و شیوع زیاد آن در زنان مهاجر اشاره کرد. مراحل سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده با روش‌های متنوع و به طور رایگان در مراکز دولتی و با هزینه‌ای معادل ۱۰ تا ۸۰ هزار تومان (حین انجام مطالعه) صورت می‌گرفت اما مشکلات موجود عبارت بودند از اینکه: آموزش و تشویق به ترک اعتیاد و خدمات مددکاری تقریباً وجود نداشت، ارتباط بیماران با مرکز، بعد از سم‌زدایی قطع می‌شد، بسیاری از افراد از خدمات سم‌زدایی مطلع نبودند، بین مراکز درمانی ارتباط و ارجاع وجود نداشت، اکثر مراکز دارای پرونده قابل استفاده‌ای در مورد سوابق بیماران نبودند و هیچگونه مداخله فعال برای پیشگیری از ایدز صورت نمی‌گرفت. از جمله مداخلات پیشنهادی این مطالعه برای کاهش مصرف مواد پس از حوادث طبیعی، می‌توان به این موارد اشاره کرد: اطلاع‌رسانی و تغییر نگرش که جامعه هدف آن، تمام اعضای هر واحد از اجتماع باشد، ارائه خدمات مشاوره گروهی و خانوادگی همراه با حمایت‌های مددکاری، دسترسی به روش‌های افزایش انگیزه برای ترک اعتیاد، آگاهی بیشتر و افزایش تحرک مردم برای تغییر وضعیت و انجام تبلیغات، حمایت و کاربرد یارانه برای پیمان‌کارانی که از مشارکت مردم در پروژه‌ها استفاده می‌کنند. همچنین در حین انجام مداخلات باید به نکات ذیل اشاره کرد:

- پس از حوادث طبیعی، به دنبال کشته شدن نسبت قابل توجهی از جمعیت، ساختار تعداد زیادی از خانواده‌ها دچار از هم گسیختگی می‌شود و علاوه بر آن، تفاوت و تضاد نگرش‌ها در خانواده نیز می‌تواند موجب تشدید تنش‌های موجود گردد.

- در هر حال مصرف مواد مخدر می‌تواند به طور مقطعی، آرامشی کاذب ایجاد نماید. از طرفی، حذف این عامل بدون افزایش مهارت‌های انطباق و کنترل استرس در کوتاه‌مدت، ممکن است سبب بروز مشکلاتی جدید شود.

از دیگر نقاط قابل تأمل در این مطالعه، ارائه خدمات سم‌زدایی محض توسط مراکز درمانی و استفاده محدود از داروی نالتروکسن پس از دوره سم‌زدایی است. استفاده از داروی نالتروکسن می‌تواند باعث ابقای بیماران در ترک، ادامه ارتباط با سیستم‌های درمانی و فرصت دریافت درمان‌های غیردارویی گردد. همچنین آموزش درمان‌گران در رابطه با روش‌های آموزش روانی، درمان‌های شناختی- رفتاری، گروه‌درمانی و آموزش خانواده توصیه شده است. با توجه به در اولویت قرار گرفتن شهرها نسبت به روستاها برای اجرای اقدامات بازتوانی، راه‌اندازی سیستم‌های شناسایی و ارجاع در روستاها، حداقل فعالیتی است که می‌بایست انجام گیرد (۱۱۵).

فصل پنجم

بازتوانی اقتصادی

پیامدهای اقتصادی حوادث طبیعی

طیف اثرات و پیامدهای اقتصادی در یک جامعه حادثه‌دیده، بسیار متفاوت است و به سلامت اقتصادی آن جامعه بستگی دارد. همچنین می‌بایست به این حقیقت مهم قائل باشیم که جوامع کاملاً متفاوت هستند. بطوریکه، در پاره‌ای موارد، جوامع حادثه‌دیده نیز خود را ترمیم کرده و توسعه می‌یابند، حال آنکه، در دیگر جوامع آثار منفی اقتصادی همچون مهره‌های بازی دومینو، سراسر جامعه را فرا می‌گیرد.

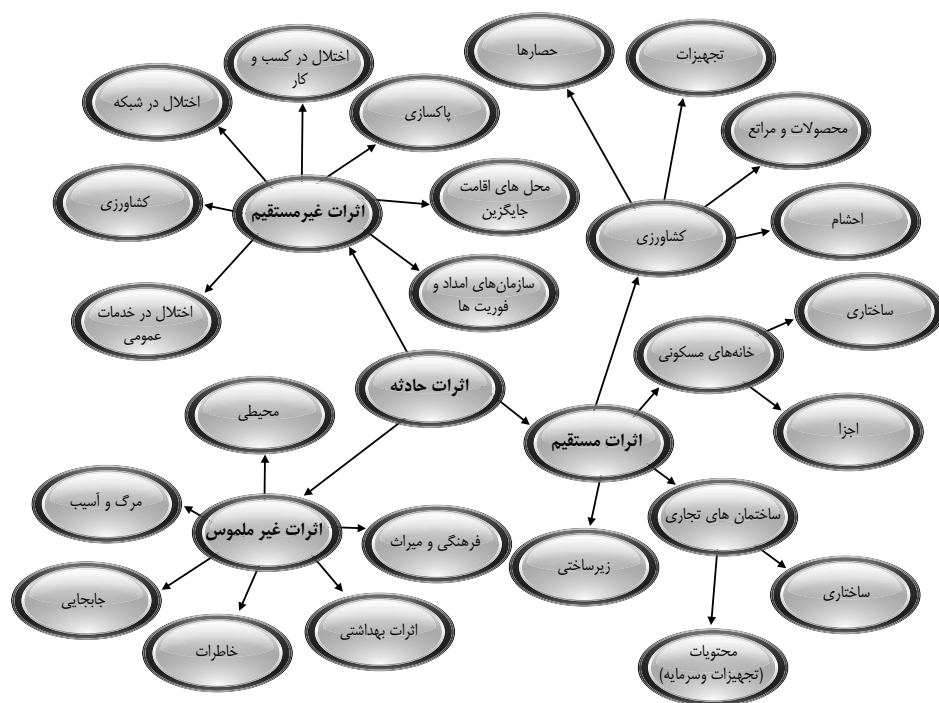
پیامدهای اقتصادی حوادث را می‌توان به طرق گوناگون طبقه‌بندی کرد. اما این نکته را نیز می‌بایست در نظر داشته باشیم که هیچ چارچوب واحدی برای پیامدهای احتمالی یک حادثه، موجود نیست. هر یک از حوادث، خصوصیات منحصر به فردی دارند و در نتیجه هر تلاشی برای طبقه‌بندی دقیق این رویدادها، با شکست مواجه می‌شود؛ زیرا همواره ویژگی‌هایی وجود دارند که در این طبقه‌بندی‌ها جای نمی‌گیرند.

تقریباً همه آثار حوادث از یک بعد اقتصادی برخوردار است، حتی اگر این تأثیر اقتصادی قابل اندازه‌گیری نباشد. آثار اقتصادی معمولاً به دو صورت تقسیم می‌شوند: اثرات ملموس (یعنی آثاری که بتوان ارزش دلاری آن را برآورد کرد) و اثرات غیرملموس (یا آثاری که به سادگی در عبارات و اصطلاحات پولی نمی‌گنجد). اثرات ملموس نیز به نوبه خود در دو گروه قرار می‌گیرند شامل آثار مستقیم و آثار غیرمستقیم. آثار مستقیم از تخریب یا خسارات فیزیکی به ابنیه، زیرساخت‌ها، وسایل نقلیه و محصولات کشاورزی و غیره ناشی می‌شوند. آثار غیرمستقیم پیامد خسارات یا تخریب‌ها هستند (۱۱۶). شکل شماره چهار، آثار مستقیم، غیرمستقیم و غیرملموس حوادث را به اختصار نشان می‌دهد (۱۱۷):

آثار اقتصادی مستقیم

۱- زیرساخت‌های عمومی و امکانات جامعه: شاهراه‌های حیاتی جامعه (ازجمله سیستم‌های آب‌رسانی و بهداشتی، برق، گاز، مخابرات و حمل و نقل) نسبت به هر نوع حادثه طبیعی آسیب‌پذیر هستند. خسارات مستقیم زیرساخت‌های حیاتی عبارت است از آسیب‌های فیزیکی بلادرنگ (مثل جاده‌های ترک‌خورده یا شکسته‌شده، مبدل‌های نابودشده برق و غیره). خسارت مستقیم به ابنیه عمومی مانند مدارس، مراکز مراقبت از کودکان، مهدکودک‌ها، بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، کلیساها، مراکز تفریحی/هنری و فرهنگی، موزه‌ها، باشگاه‌ها و غیره را می‌توان به خسارات ساختاری (مثل خسارت به سقف‌ها، دیوارها و غیره)، خسارات غیرساختاری (مثل خسارت به مبلمان، کفپوش منازل و اqlام تخصصی مثل سیستم‌های صوتی و نقاشی‌ها و غیره)، و خسارت‌های خارجی (مثل زمین بازی، تجهیزات، استخر و غیره) تفکیک نمود.

۲- مؤسسات تجاری: مؤسسات تجاری، انواع بنگاه‌های بازرگانی، صنعتی، خرده‌فروشی، خدماتی و کشاورزی را شامل می‌شوند. با آثار اقتصادی حوادث در کشاورزی اغلب به گونه‌ای متفاوت برخورد می‌شود. آثار حوادث بر مشاغل را می‌توان به سه حوزه اصلی تقسیم نمود:



شکل ۴) آثار مستقیم، غیرمستقیم و غیرملموس حوادث طبیعی (۱۱۷)

- خسارات ساختاری به ساختمان‌ها مثل فروشگاه‌ها، کارخانه‌ها، واحدهای صنعتی، سوله‌ها، انبارها، مخازن، هتل‌ها و غیره که شامل خسارت به زیرساخت‌ها، دیوارها، کف، سقف، درها، مبلمان، پنجره‌ها و غیره می‌شود.
 - خسارات غیرساختاری به تجهیزات و وسایل (مثل فرش‌ها)، مبلمان، وسایل اداری، تجهیزات مزرعه، بايگانی و سوابق، کالاهای انبارشده (محصولات نهایی تولیدی، کالاهای در دست تولید و مواد اولیه)، محصولات کشاورزی، مراتع، احشام، غیره و
 - خسارات خارجی مثل وسایل نقلیه موتوری، حصارها و پرچین‌ها
- ۳- مسکن و خانه‌ها: بخش مسکونی شامل خانه‌ها، آپارتمان‌ها، واحدهای مسکونی، خانه‌های چندطبقه و غیره

آثار اقتصادی غیرمستقیم

آثار غیرمستقیم، مواردی است که به عنوان پیامد یک رخداد صورت می‌پذیرد، اما در تقسیم‌بندی مربوط به آثار مستقیم جای نمی‌گیرد. بسیاری از آثار غیرمستقیم بین بخش‌های عمومی، مغازه‌ها و خانه‌ها مشترک هستند.

۱- اختلال: اختلال ناشی از حوادث در وضعیت جامعه، کسب و کارها و خانه‌ها، امری فراگیر است. آثار اقتصادی، اختلال و پیامدهای آن برای بهبود وضعیت جامعه، اغلب، نادیده گرفته می‌شوند چرا که بهبود اقتصادی می‌تواند بر خسارت‌های فیزیکی مستقیم و کاملاً قابل رویت متمرکز شود. در مقوله‌های ذکر شده در جدول (۲)، اشکال اختلال مربوط به هر حوزه فهرست شده است.

از دست دادن درآمد کشاورزی ناشی از حوادث طبیعی می‌تواند اقتصاد یک کشور را تحت‌تأثیر قرار دهد. برای نمونه، سازمان اقتصاد کشاورزی و منابع استرالیا در سال ۲۰۰۰ تخمین زد که هزینه‌های کشاورزی و دامداری، حداقل یک سوم اقتصاد شهرهای با سکنه کمتر از ۱۰۰۰ نفر را تشکیل می‌دهد. بنابراین حوادثی که درآمدهای کشاورزی و دامداری را کاهش می‌دهد می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر اقتصاد شهرهای کوچک بگذارد.

۲- آواربرداری و پاکسازی: پاکسازی پس از وقوع یک حادثه طبیعی یکی از حوزه‌های آشکار و بدیهی تأثیر مستقیم حوادث است. از جمله تأثیرات حوادث بر زیرساخت‌های عمومی، مغازه‌ها و خانواده‌ها، زمان و هزینه‌ای است که صرف این اقدام می‌شود. این فعالیت‌ها، نوعاً شامل برداشتن خاک و نخاله، گل‌ولای، بازکردن و تمیزکردن ماشین‌آلات و تجهیزات، حمل آوار خانه‌ها، وسایل مغازه‌ها و ... می‌باشد.

۳- هزینه‌های عملیاتی: زمان و میزان خدمات ارائه‌شده و تلاش داوطلبان در واکنش به حوادث، یک اثر غیرمستقیم دیگر است. هزینه‌ها نوعاً مرتبط با نوع حادثه، عملیات نجات، تخلیه و دیگر اقدامات فوری است.

جدول ۲) اختلالات مربوط به آثار اقتصادی غیرمستقیم (۱۱۷)

بخش/حوزه مورد تأثیر	نمونه‌های اختلال
مغازه‌ها	نابودی یا تعویق در فرایند تولید (مثلاً تولید، کشاورزی، خدمات و غیره) درآمد/ تجارت/ فروش/ ارزش افزوده از دست رفته (مثلاً مدیران تورها، تجار خرده فروش و غیره) هزینه‌های فزاینده (مثلاً کرایه حمل کالا، داده‌ها و مواد اولیه)
خدمات و شبکه‌های عمومی	حمل و نقل (تأخیر ترافیکی، هزینه‌های عملیاتی اضافی و غیره) فقدان سیستم‌های رایانه‌ای کنترل شده فقدان زیرساخت‌های حیاتی دیگر (مثل برق) خدمات دولتی (مثل آموزش و پرورش)
خانه‌ها	هزینه‌های اضافی (مثل محل اقامت و حمل و نقل جایگزین، سیستم‌های گرمایشی، هزینه‌های غیر مولد، هزینه‌های درمانی و غیره)

آثار اقتصادی غیرملموس

آثار غیرملموس غالباً شامل آن دسته از هزینه‌هایی است که برآورد آن بسیار دشوار می‌باشد. چرا که هیچ روش مورد توافقی برای تخمین این هزینه‌ها وجود ندارد و هیچ بازاری برای ارائه یک شاخص و میزان ثابت در دسترس نیست. نمونه‌های آثار غیرملموس برای هر سه حوزه اصلی در جدول (۳) فهرست شده است. شواهد حاکی از آن است که هزینه‌های غیرملموس، عمده و قابل توجه هستند و هرچند اکثراً قابل اندازه‌گیری نیستند، اما در بسیاری موارد، خسارات اقتصادی از خود برجای می‌گذارند که نمی‌توان آن‌ها را نادیده گرفت.

جدول ۳) آثار اقتصادی غیر ملموس ناشی از حوادث (۱۱۷)

بخش/حوزه مورد تأثیر	نمونه‌های آثار غیر ملموس
کسب و کار	از دست دادن اعتماد کاهش عقد قراردادها در آینده از بین رفتن کارکنان مجرب
عمومی / جامعه	آثار سلامت (به تأخیر افتادن درمان‌ها، کاهش کیفیت و کمیت مراقبت‌های درمانی و غیره) مرگ و مجروحیت فقدان اقلام حائز اهمیت فرهنگی آثار زیست محیطی خسارات به میراث فرهنگی عدم دسترسی به امکانات آموزشی، درمانی، دفاعی، گالری‌های هنری و موزه‌ها و غیره
افراد و خانواده‌ها	از دست دادن خاطرات شخصی اختلال عملکرد تحصیلی و اجتماعی استرس ناشی از بیماری و مرگ و میر از بین رفتن حیوانات خانگی کاهش کیفیت زندگی جابجایی‌ها

با توجه به پیامدهای اقتصادی که حوادث طبیعی در جوامع، ایجاد می‌نمایند، و در قسمت قبل نیز به تعدادی از آن‌ها اشاره شد؛ لزوم بکارگیری مؤثر راهکارها و فرایندهای بازتوانی اقتصادی، بیش از پیش آشکار گردیده و هر لحظه، بر اهمیت آن افزوده می‌شود. بنابراین، در ادامه به مباحث مهم بازتوانی اقتصادی خواهیم پرداخت.

اصول و رویکردهای بازتوانی اقتصادی پس از حوادث طبیعی

حوادث طبیعی، فقر و محرومیت را افزایش می‌دهند. ابعاد اثرات منفی این امر برای همه خانواده‌های حادثه‌دیده برابر نیست و این خود متأثر از میزان دارایی خانوارهاست زیرا خانواده‌های با درآمد کم، پیامدهای اقتصادی طولانی‌تر و شدیدتری را تجربه می‌نمایند.

فعالیت‌های بازبایی و بالاخص بازتوانی اقتصادی، تنها بازگرداندن افراد و سازمان‌های تحت‌تأثیر به شرایط پیش از رخداد حادثه را دربر نمی‌گیرد. این فعالیت‌ها، می‌بایست در تقویت ظرفیت جوامع و دولت‌ها در راستای کاهش آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به مخاطرات و حوادث آینده و نیز بهبود مهارت‌های مدیریت حوادث طبیعی بویژه در سطح محلی، نقش اساسی ایفا نماید (۱۱۸).

در واقع مدت زمان لازم برای این که یک فعالیت اقتصادی به حالت مشابه وضعیت نرمال اولیه برگردد به مواردی بستگی دارد که عبارتند از: ارزیابی کلی آسیب، پوشش بیمه‌ای و سرعت رسیدگی به مطالبات، دسترسی به سایر کمک‌های دولتی، ارتباطات کارکنان، فروشندگان و عرضه‌کنندگان، ارزیابی وضعیت مالی، برنامه در حال پیشرفت به منظور بازگشایی و رونق دوباره فعالیت اقتصادی (۱۱۶).

بنابراین، مواجهه با یک حادثه طبیعی برای دولت‌ها، ساده نیست. افراد، خانواده‌ها و جامعه به عنوان یک کل در تعیین اینکه چگونه جوامع، سازماندهی شده و در برابر حوادث ایمن و تاب‌آور شوند، نقش دارند. در نتیجه، مسئولیت‌های افراد، خانواده‌ها، جوامع، بیمه‌ها و ذینفعان غیردولتی عبارت است از :

۱- خانواده‌ها و افراد: خانواده‌ها مسئولیت اصلی را در راستای تأمین امنیت دارایی و سرمایه‌شان در مقابل خطرات ناشی از حوادث طبیعی عهده‌دار هستند که این امر مهم، از طریق شناسایی مخاطرات، شاخص‌های کاهش آسیب، دارایی کافی و بیمه (به شکلی که برای مخاطراتی که با آن مواجه هستند در دسترس بوده و بطور منطقی فراهم شده باشد) انجام می‌گردد. نقش و مسئولیت خانواده‌ها و افراد در به دست آوردن بالاترین درجه خودتاب‌آوری مالی و فیزیکی، قبل، حین و بعد از حادثه عبارت است از :

- آگاهی کامل از مخاطرات طبیعی تهدیدکننده مکان زندگی و فعالیت‌های روزانه‌شان
- ترتیب دادن مکانی در دسترس، برای اقامت و بیمه در راستای پوشش خطرات احتمالی تهدیدکننده محل سکونت
- تهیه نقشه آمادگی برای مواجهه با موقعیت حادثه‌آمیز
- به حداقل رساندن عوامل مخاطره‌آمیز درون و بیرون محیط زندگی
- تدوین برنامه‌های محلی مواجهه با حادثه

۲- جوامع: جوامع محلی می‌توانند از دامنه وسیعی از فعالیت‌های تاب‌آوری برخوردار بوده و به طور ویژه می‌بایست آگاهی مقابله با مخاطرات طبیعی را افزایش دهند. بدین منظور اقدامات ذیل ضروری می‌باشد:

- اطلاع‌رسانی و فعالیت‌های جمعی در صورت بروز حادثه
- شناسایی شاخص‌های کاهش آسیب مخاطرات طبیعی
- ایجاد فرهنگ حمایت و به رسمیت شناختن داوطلبان

۳- جوامع صنعتی، کسب و کار حرفه‌ای و پژوهشی: بخش خصوصی، متخصصان و سازمان‌های پژوهشی می‌بایست در مدیریت حوادث مخصوصاً در ارزیابی کاهش مخاطرات ایفای نقش کنند.

۴- صنعت بیمه: صنعت بیمه یکی از مدافعین اصلی نقشه مخاطرات و کاهش آسیب است که برای به دست آوردن سود بیشتر در آسیب‌های تجاری، به دنبال کاهش آسیب‌پذیری می‌باشد. علاوه بر این، سازمان‌های بیمه‌ای، از خدمات پرسنل فوریت‌ها در به حداقل رساندن خسارات ناشی از آتش و سیل در زمان حوادث تأثیر می‌پذیرند. پوشش بیمه‌ای ارائه شده توسط صنعت، بخشی جدایی‌ناپذیر از بازتوانی جامعه متأثر از حادثه است (۱۲۰). بنابراین، با توجه به اهمیت این صنعت در بازتوانی پس از حادثه، در ادامه به بیان نقش‌های مختلف آن، خواهیم پرداخت:

- نقش بیمه در پیش‌گیری از افزایش خسارت‌ها: صنعت بیمه در هیچ شرایطی نمی‌تواند از بروز خطر یا ریسک جلوگیری کند بلکه توانایی آن در انتقال ریسک است. با وجود این، برخی نیز معتقدند که بیمه قادر است بخش اعظمی از خسارت‌های احتمالی را کنترل یا پیش‌گیری کند. برای مثال، شرکت‌های بیمه در بدو ساخت، تأسیس و راه‌اندازی هر مجموعه‌ای (اعم از مسکونی، اداری یا تجاری) می‌توانند یک شبکه مناسب و منطقی تهیه کنند و از این طریق به صورت قانونمند مالکیت هر مجموعه منوط به تهیه بیمه‌نامه مربوط به حوادث طبیعی باشد. این امر پیمانکاران، مهندسان، مشاوران و مجموعه افرادی را که در کار طراحی و ساخت بنا هستند مکلف خواهد ساخت تا از طریق سیستم مناسب با شرایط کنونی و علم امروزی در تهیه و طراحی ساختمان‌ها بیشترین دقت را داشته باشند. به‌علاوه بافت شهری نیز نظم خاصی پیدا می‌کند. این سیستم خود به مدیریت مناسب شهری - بیمه‌ای نیاز دارد تا همکاری این دو طرح را ۱۰۰ درصد علمی کند.

شیوه‌های اجرای آن نیز مسلماً متضمن داشتن تیمی قوی از کارشناسان بیمه، عمران، خاک و زمین‌لرزه است. در صورتی که چنین تیمی برای طراحی استاندارد و اجرای مناسب ساختمان‌ها تعبیه و به همراه آن بیمه‌نامه متضمن مالکیت ساختمان به افراد داده شود (از طریق انتقال یا خرید) دستاوردهای اصلی زیر را به دنبال خواهد داشت:

- 0 دستاوردهای فردی: ایجاد اطمینان خاطر در فرد به هنگام ورود به خانه جدید، داشتن یک سبک علمی و خلاق متناسب با پدیده‌های جدید و به دور از سلیقه‌های شخصی، اطلاع دقیق از قیمت تمام شده خانه برای هر مالک.

0 دستاوردهای اجتماعی: بافت شهری مناسب، تضمین سرمایه‌های ملی از طریق به کار بردن شیوه‌های علمی برای به حداقل رساندن خسارت به بنا، و قانونمند شدن نظام مهندسی کشور.

• نقش بیمه در کنترل حوادث طبیعی: در حال حاضر، بسیاری از بناهایی که در کشور وجود دارند و یا در حال تکمیل هستند، استاندارد ۲۸۰۰ را نداشته و یا در خصوص جلوگیری از افزایش خسارت‌های احتمالی در آن‌ها هیچ تدبیری اندیشیده نشده است. از آنجایی که وارد آمدن خسارت به بناها، امری محتمل است، از این رو توصیه می‌شود که ساختمان‌ها، همان‌طور که در مدیریت ریسک مناطق صنعتی متداول است، بیمه شوند. شرکت‌های بیمه در این زمینه به اندیشه علمی نیاز دارند. برای مثال، تعیین نرخ باید با بررسی مکانیک خاک منطقه، با کمک دستگاه‌های متولی صورت گیرد، نه این که صرفاً با توجه به محل بنا در شهر «الف» یا استان «ب» نرخ بیمه‌نامه تعیین گردد. به ویژه در شهرسازی با بافت قدیمی باید دقت کرد که پوشش بیمه‌نامه‌های حوادث طبیعی تا حد امکان دور از تصور و دست نیافتنی نباشد.

• نقش بیمه در بازسازی خرابی‌ها: شرکت‌های بیمه در صورتی که برای تهیه بیمه‌نامه‌ها طراحی مناسبی داشته باشند می‌توانند از محل وجوه بیمه‌نامه‌ها رقم شایان توجهی را در حساب‌های خود ذخیره نمایند. با توجه به این که تبصره دو ماده ۱۲ قانون تأسیس شرکت‌های بیمه، آن‌ها را مکلف به سرمایه‌گذاری در بخش‌های عمرانی می‌کند، شرکت‌های بیمه باید در مناطقی که به نظر می‌رسد برای شهرسازی بافت مناسبی دارند از محل همین وجوه، انبوه‌سازی و بخشی از نیازهای کشور را تأمین نمایند. بنابراین، در صورتی که بخش اعظمی از ساختمان‌های بیمه‌شده این شرکت‌ها خسارت ببینند می‌توان از این محل‌ها یا پناهگاه‌های دیگر، برای اسکان زلزله‌زدگان استفاده کرد. این کار دو مزیت خواهد داشت: اول، فرصت از دست رفته برای فعالیت‌های بازسازی به حداقل می‌رسد، و دوم، در ایجاد اطمینان و سلامت محیط نهایت تلاش به عمل می‌آید. نقش بیمه در این مرحله باید بیشتر بر ایجاد سیستم حمایتی مناسب در مواقع بروز بحران یا قبل از آن متمرکز باشد (۱۲۱).

علاوه بر موارد فوق، صنعت بیمه در موارد زیر نیز نقش مهمی ایفا می‌کند:

۱- کمک به آژانس‌های مدیریت حوادث در زمینه انجام تحقیقات مورد نیاز و ضروری و سرمایه‌گذاری برای بهبود بخشیدن به فرآیند تعیین مخاطرات، ارزیابی خطر و تلاش‌های کاهش آسیب

۲- در همه جوامع مخصوصاً در مناطقی که اقدامات کاهش آسیب انجام گرفته است، تسهیلات مرتبط با دسترسی به بیمه حوادث طبیعی، شامل سیل و طوفان، و مقرون به صرفه بودن از لحاظ

حق بیمه متناسب با سطح خطر، در نظر گرفته شده است (۱۲۰).

در این مجال اندک شاید تنها بتوان به نقش بیمه در ایجاد اطمینان در حوادث طبیعی اشاره کرد، نقشی که در برگیرنده تأمین، تضمین و حتی سازندگی (قبل، در جریان و بعد از وقوع حوادث طبیعی) است. در این خصوص می‌تواند که شرکت‌های بیمه در راه تخصصی شدن بیش از پیش گام بردارند (۱۲۱).

پیش از پرداختن به اصول بازتوانی اقتصادی، ابتدا به تشریح مفهوم معیشت خواهیم پرداخت تا در ادامه اصول و راهبردهای بازگشت مؤثر افراد حادثه‌دیده به معیشت پایدار را بررسی نماییم:

سازمان توسعه بریتانیا، تعریف نسبتاً جامعی را از مفهوم معیشت ارائه می‌کند که عبارتست از: «معیشت در برگیرنده قابلیت‌ها، سرمایه (مادی و منابع اجتماعی) و فعالیت‌های موردنیاز جهت تأمین معاش زندگی است. معیشت هنگامی پایدار است که بتواند بر شوک‌ها و استرس‌های وارده غلبه کند و قابلیت‌ها و ظرفیت‌ها را حفظ نموده و ارتقاء بخشد. مفهوم معیشت طیف وسیعی از مفاهیم اقتصادی و اجتماعی را شامل می‌شود. اما همواره باید این مهم در نظر گرفته شود که امداد رسانی فوری نقشی حیاتی را در هفته‌ها و ماه‌های اول بعد از حادثه خواهد داشت. فراهم ساختن معیشت در مفهوم عام می‌تواند شامل ارائه حداقل امنیت، ثبات و اطمینان علاوه بر عرضه مواد، تجهیزات و ابزارهای مادی باشد (۱۲۲).»

اصول بازتوانی اقتصادی و راهبردهای حمایتی که ذیل آن اشاره شده است چارچوبی مؤثر برای برنامه‌ریزان، مدیران و کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی در حوادث طبیعی، ارائه می‌دهد. بازتوانی اقتصادی از حوادث طبیعی زمانی بیشترین تأثیر را می‌گذارد که:

- عملیات بازتوانی به طور فعال از بهبود کسب و کارها و صنایع حمایت کند.
- نمایندگان مشاغل و صنایع در روند تصمیم‌گیری بازتوانی اقتصادی مشارکت نمایند.
- مشاغل و صنایع در صورت امکان هر چه سریعتر به فعالیت بازگردند.
- راهبردهای بازتوانی اقتصادی بخش جدایی‌ناپذیر روند کلی مدیریت برون رفت از بحران باشد.
- اقدامات برای کاهش آثار حوادث در آینده بر استمرار کسب و کار تأکید داشته باشد.
- هماهنگی در تمامی برنامه‌های بازتوانی در راستای حمایت و ارتقای ساختار اقتصادی موجود باشد.

راهبردهای بازتوانی اقتصادی نیز در سه گروه ادراکی، مدیریتی و ارائه خدمات دسته‌بندی شده‌اند:

۱- راهبردهای ادراکی عبارتند از:

- اسکان مجدد آسیب‌دیدگان در اولین فرصت ممکن و ترغیب سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی به حمایت از بازتوانی اقتصادی

- حمایت در راستای افزایش کارایی اقتصادی جوامع آسیب‌دیده و تشویق سازمان‌ها به استخدام سکنه محلی و خرید منابع و خدمات از همان محل
 - خرید کالاها و خدمات جایگزین از مغازه‌ها و کسبه محلی در صورت عملی بودن و حفظ انسجام سازمان‌های محلی و توانمندی آنان
 - ارائه کمک‌های بلاعوض دولتی، توزیع درخواست‌ها و پرداخت‌های مالی خیریه به منظور حمایت از بازتوانی اقتصادی و کسب و کار بومی به جای ارائه کمک‌های نقدی
 - صیانت از اطلاعات شخصی و حریم خصوصی افراد
- ۲- راهبردهای مدیریتی موارد زیر را دربرمی‌گیرند:
- شناسایی کلیه بخش‌های محیط کسب و کار که امکان تأثیرپذیری از حوادث را دارند و انجام گفت‌وگو بین نمایندگان مشاغل، صنایع و دولت در سطح جامعه.
 - ایجاد یک گروه مرجع به عنوان نماینده مشاغل، صنایع و گروه‌های کارگری و ارائه اطلاعات به مشاغل در مورد فرآیند برون‌رفت از بحران و منابع موجود از طریق گروه مرجع و دیگر سازوکارهای مناسب.
 - تضمین مشارکت جوامع تجاری در قالب کمیته برون‌رفت از بحران و برگزاری جلسات توجیهی و بازخورد بین سازمانی با موضوع کارایی و پیشرفت برنامه‌های بازتوانی اقتصادی.
 - شناسایی تهدیدکننده‌های استمرار فعالیت مشاغل به منظور ترتیب اثر دادن در فرایندهای مدیریت مخاطرات و انجام ارزیابی‌های مدیریت خطر با هدف به حداقل رساندن خسارات آتی
- ۳- راهبردهای/ارائه خدمات موارد زیر را شامل می‌شوند:
- اطمینان از اینکه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی به طیفی از خدمات موجود و فرآیندهای مناسب ارجاعی آگاهی داشته و نیز از شرایط اقتصادی محل در قبل و بعد از وقوع حادثه اطلاع دارند و نیز واجد مهارت‌ها و درک صحیح فردی از جامعه محلی هستند
 - ارائه کمک‌های مالی به موقع، عادلانه، منصفانه، به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و بر اساس نیاز
 - ارائه خدمات مشاوره و مدیریت مالی و حمایت مؤسسات مالی از سکنه آسیب‌دیده
 - اطمینان از اینکه خدمات و اطلاعات از طرق گوناگونی شامل اینترنت، خبرنامه‌ها، تلفن و فروشگاه‌های عرضه‌کننده تمامی اجناس ارائه می‌شوند
 - اطمینان از قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به بازتوانی اقتصادی (۱۱۷).
- برای دستیابی به اصول و راهبردهای یاد شده، به ابزارهای حمایت اقتصادی نیاز است که متداول‌ترین آن‌ها عبارتند از: انتقال وجه نقد بدون قید و شرط، و پرداخت به ازای کار (۱۲۳)

۱- انتقال وجه نقد

واجد شرایط بودن افراد برای دریافت وجه نقد، می‌تواند فراگیر باشد (شامل تمام خانوارهای منطقه تحت‌تأثیر) یا به افرادی خاص تعلق گیرد. سه معیاری که برای تعیین واجد شرایط بودن افراد جهت دریافت وجه نقد مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: فقر، مرگ یا جراحت یکی از اعضای خانواده، آسیب به دارایی‌ها یا منزل افراد

در طول فرآیند بازبایی، ارائه حمایت مالی به آسیب‌دیدگان تأثیرات مثبتی بر آن‌ها خواهد گذاشت و احساس ایمنی و امنیت را در بازماندگان، تقویت می‌نماید. این اقدام، اولین نشانه حمایت دولت در راستای تأمین نیازهای فوری افراد آسیب‌دیده به شمار می‌رود. بانک جهانی نیز از سال ۱۹۸۴، بیش از ۸۵۰ میلیارد دلار را صرف کمک‌های نقدی، پرداخت در ازای انجام کار و برنامه‌های مشابه در ۱۱ پروژه متفاوت نموده است (۱۲۳).

۲- پرداخت به ازای کار

پرداخت به ازای کار، هدفی دوگانه را دنبال می‌نماید که شامل حمایت از درآمد افراد و نیز اتمام برنامه‌های کاری ضروری مانند آواربرداری، بازسازی جاده‌ها و تسهیلات آب، می‌شود. پرداخت به ازای کار، شأن، منزلت و امید افراد را تقویت نموده و بهترین تناسب را با فاز بازبایی کوتاه‌مدت دارد؛ هنگامیکه نابودی معیشت افراد، بیکاری آن‌ها را موجب شده است و نیز زمانیکه افراد سرگرم بازسازی معیشت خود می‌گردند، التزامات شغلی کمرنگ می‌شوند. بسیاری از آژانس‌های سازمان ملل و سازمان‌های مردم‌نهاد، از این شیوه برای حوادث با مقیاس کوچک یا متوسط، استفاده می‌کنند.

پرداخت به ازای کار، در جنوب آسیا و بویژه مناطق روستایی افغانستان، بنگلادش و هند، در هر دو شرایط بحرانی و عادی، رایج است. هند و بنگلادش، بویژه، تجربه‌ای طولانی در استعمال این روش دارند؛ بطوریکه دولت آن‌ها برنامه‌های موقت پرداخت به ازای کار و نیز غذا به ازای کار را در پاسخ به حوادث ملی و منطقه‌ای، اجرا می‌نماید (۱۲۳).

• سایر ابزارهای حفاظت اجتماعی

حوادث طبیعی، از نظر اجتماعی، منطقه جغرافیایی وسیع و حجم زیادی از افراد را متأثر می‌سازد. بنابراین، کل جامعه، تأثیرات آن را با شدت‌های مختلف، تجربه می‌کنند. پس از حوادث، زیرساخت‌های اجتماعی، تخریب‌شده و اشکال سنتی حمایت اجتماعی در جوامع تحت‌تأثیر، از بین می‌رود. نرخ بیکاری نیز، در نتیجه نابودی منابع معیشتی اولیه و ثانویه ناشی از آسیب به زیرساخت‌ها و منابع اقتصادی جایگزین، افزایش می‌یابد. رویکردهای اجتماعی متنوعی که در ماه‌های پس از حوادث، ایجاد می‌شوند عبارتند از: جابجایی و آوارگی، تغییر در وضعیت تأهل افراد و ساختار خانواده‌ها که شامل افزایش تعداد زنان بی‌سرپرست می‌شود (۱۲۴).

بنابراین، جوامع، پس از رخداد حوادث طبیعی، به ابزارهای حفاظت اجتماعی بیش از پیش نیاز خواهند داشت. نمونه‌هایی از این حفاظت‌ها که گاهی اوقات در حوادث، به کار می‌روند عبارتند از: انتقال وجه نقد با قید و شرط، ابزارهای شبه‌نقدی، صندوق‌های حمایت اجتماعی، و خدمات خاص همانند محافظت از کودکان، پرورشگاه‌ها و بازتوانی افراد معلول و ناتوان.

انتقال وجه نقد مشروط، در کوتاه‌مدت مناسب نیست اما می‌تواند به عنوان تلاش‌های بازیابی بلندمدت، مورد توجه قرار گیرد. پرداخت‌های شبه‌نقدی نیز برای کشورهایی که تأمین هزینه سلامت یا آموزش آن‌ها، توسط خانوارهای آسیب‌دیده، مشکل است، به کار می‌رود تا آن‌ها را از پرداخت این هزینه‌ها معاف نماید. به عنوان مثال، رایگان بودن کتاب‌ها و روپوش مدرسه در جنوب آسیا، ابزار حمایتی دیگر که تاکنون مفید بودن خود را اثبات نموده است، صندوق‌های اجتماعی برای بازتوانی جوامع در بلندمدت می‌باشد.

نهایتاً، برخی از گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر همانند زنان و کودکان بی‌سرپرست و افراد معلول و ناتوان، نیازهای خاصی دارند که تأمین پول، غذا و سرپناه توسط بسیاری از سازمان‌ها را شامل نمی‌شود و فراهم نمودن آن بزرگترین شکافی است که در بسیاری از حوادث وجود دارد. این گروه‌ها، بیشترین خطر ابتلا به فقر و محرومیت طولانی‌مدت ناشی از مواجهه با حوادث طبیعی را دارا می‌باشند. تأمین مداوم معیشت آن‌ها، بویژه در کشورهای کم درآمد، که استخدام و بکارگیری افراد محدود می‌باشد، بسیار چالش برانگیز است و به تعهدی طولانی‌تر از پروژه‌های انسان‌دوستانه موقت نیاز دارد. به عنوان نمونه، در سریلانکا، ۱۰٪ از کل خانوارهای تحت‌تأثیر سونامی در این گروه قرار گرفتند. این گروه‌ها، نیازهای پیچیده و متغیری دارند که علاوه بر تأمین آن‌ها، مدیریت خدمت‌رسانی به این افراد نیز مشکل می‌باشد. بنابراین بهترین راهکار برای تأمین اینگونه خدمات، اجتماع محور نمودن آن‌هاست (نسبت به سازمان محور بودن). در نتیجه، کودکان بی‌سرپرست و معلولین، به جای نگهداری در سازمان‌های مربوطه می‌بایست درون جامعه خود، مراقبت و محافظت شوند (۱۲۳). با توجه به اهمیت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و بویژه زنان و کودکان، در ادامه، به بررسی شرایط زنان و کودکان پس از رخداد حوادث طبیعی خواهیم پرداخت.

• بازتوانی اقتصادی گروه‌های آسیب‌پذیر

افراد، به طور یکسان در معرض خطرات ناشی از حوادث طبیعی، نیستند. بر اساس شواهد به دست آمده از حوادث پیشین، افرادی که منابع بیشتری در اختیار دارند (مالی، اجتماعی، هوشی)، در راستای آمادگی و بازیابی سریع‌تر، نسبت به افراد فاقد این منابع، از توانایی بیشتری برخوردارند. کودکان و سالمندان، افراد معلول و ناتوان، فقرا و افراد بی‌سواد یا کم‌سواد، احتمالاً بیش از سایرین دچار آسیب می‌گردند. افراد فقیر، معمولاً سلامت و توانایی جسمی کمتری دارند. در طوفان کاترینا، اگرچه ۱۶٪ جمعیت بیش از ۶۰ سال داشتند، ۷۵٪ از افرادی که جان خود را از دست دادند، در این گروه سنی بودند.

مطالعات مختلفی که چند سال پس از رخداد یک حادثه انجام شده‌اند، معمولاً پیشرفت جوامع آسیب‌دیده، بازسازی و کاهش بیکاری را در سطح کلان نشان می‌دهند اما موضوع مهمی که اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد، گروه‌های آسیب‌پذیر هستند. این پژوهش‌ها، نشان می‌دهند که پیش از توجه به کل فرآیند بازیابی، می‌بایست بازتوانی گروه‌های مختلف یک حادثه، مورد توجه قرار گیرد و به افرادی که نیازمند توجه بیشتری هستند، اولویت داده شود (۹۴). در ادامه، به دو گروه آسیب‌پذیر که پس از حوادث طبیعی، نیازمند مراقبت و رسیدگی بیشتر می‌باشند، اشاره می‌نماییم:

۱- زنان: (۱۲۵)

زنان، پس از حوادث طبیعی، سه نوع آسیب را به طور غیرمستقیم تجربه می‌نمایند که عبارتند از:

- از دست دادن شغل مولد در خارج از منزل (خانگی، صنعتی، بازرگانی)
 - آسیب به بهره‌وری و درآمد خانوار (از کسب و کار کوچک داخل حیاط منزل تا نوع بزرگ آن)
 - آسیب‌های اقتصادی که در نتیجه بدهی یا وام، خانوارها را گرفتار می‌سازد.
- فرآیندهای امداد و نجات فوری، اختصاصاً برای زنانی که باید به سازماندهی تأمین غذا، سرپناه و مراقبت از کودکان و سایر اعضای خانواده بپردازند، شرایط نامناسبی ایجاد می‌نماید؛ چراکه سیستم‌های ارائه‌دهنده این خدمات، عموماً نامنظم بوده و به ندرت اقدامات یا ایده‌های زنان را مد نظر قرار می‌دهند.
- در دوره بازتوانی نیز، از آنجا که، حوادث، ماهیتاً زنان را از محدوده خانه و همسایه دور می‌نماید، نقش‌های غیرسنجی در راستای تضمین بقا و رفاه خانواده، به آنان واگذار می‌گردد. به عنوان مثال، پس از طوفان Mitch، زنان نیکاراگوئه و هندوراس، سیمان را حمل نموده و به حفر نمودن چاه پرداختند. سایر فعالیت‌های آنان عبارت بود از: کشاورزی، ساخت سرپناه‌های موقت و ساخت سیستم‌های موقت جمع‌آوری آب.
- سایر تجربیات مربوط به دوره بازیابی پس از حوادث طبیعی (هند، جامائیکا و مکزیک) بیانگر نقش فعال زنان در بازیابی اجتماع خود می‌باشد. گزارش‌های مختلف، نقش زنان را در فراخوانی گردهمایی‌های جوامع محلی و سازماندهی ائتلاف‌های پاسخ به حوادث، تأیید نموده‌اند. بطوریکه، تعداد زنان دارای عضویت و جایگاه رهبری گروه‌های اجتماعی محلی در دوره بازتوانی، از مردان بیشتر بوده است.

تحلیل اجتماع Mano در کوبه ژاپن و Mulukutu در نیکاراگوئه، نشان داد جوامعی که قبل از حادثه دارای سازماندهی قدرتمند گروه‌ها و تشکلهای زنان هستند، در عملیات پاسخ سریع، تخصیص اثربخش منابع جامعه و کاهش میزان آسیب‌های ناشی از حوادث طبیعی، توانمندتر بوده‌اند.

در ادامه، به دو مانع مهم فعالیت‌های زنان در دوره بازیابی پس از حادثه اشاره می‌نماییم که عبارتند از:

- ۱- برنامه‌های بازیابی، به تأثیرات فعالیت‌های مبتنی بر جنسیت در حوادث، توجه کافی نشان نمی‌دهند. حوادث، ایفای نقش سرپرستی خانوار و مراقبت از اعضای آن را توسط زنان، طی مدت زمان طولانی بازسازی و بازگشت زیرساخت‌های اجتماعی به حالت قبل، افزایش می‌دهد. جامعه برای مدیریت نمودن خانوارهای

آواره و برقراری معیشت خانواده‌ها به حضور زنان نیازمند است. اما این واقعیت، هم‌چنان در برنامه‌های بازیابی، نادیده گرفته می‌شود و اکثر هدفگذاری‌ها با محوریت مردان به عنوان سرپرست خانوار و اولین مدعیان حمایت‌های دولتی، انجام می‌گیرد. بنابراین، پیشنهاد تدوین پروتکل‌هایی در راستای ارزشگذاری به اولویت‌های زنان و مشارکت مناسب آنان در فعالیت‌های بازتوانی، می‌بایست مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران مربوطه قرار گیرد.

۲- مانع دوم، درک نامناسب از گروه‌های اجتماعی زنان است بطوریکه از آن‌ها معمولاً به عنوان اجتماعات کوچک، غیرفعال و با تکنولوژی سطح پایین، یاد می‌شود؛ در صورتیکه شواهد موجود، خلاف این تصورات را نشان می‌دهند. تلاش‌های اجتماعی زنان، در صورتیکه مورد حمایت واقع شوند، به سرعت انبوهی از افراد فعال و توانمند را هدایت و سازماندهی می‌نمایند. زنان، می‌توانند مهارت‌های غیرستتی را کسب نموده و علاوه بر ایفای نقش ارائه‌دهنده اطلاعات - نقشی که به نظر می‌رسد در اختیار مردان است- در راستای بازتوانی اقتصادی جوامع خود، نقش رهبری فعال را برعهده بگیرند.

۲- کودکان (۱۲۶)

به دنبال رخداد حوادث طبیعی، کودکان آواره و بی‌سرپرست، آسیب‌پذیرترین گروه در معرض خطر را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی، دستورالعمل‌هایی را در راستای مدیریت مراقبت و نگهداری از این کودکان، تهیه و اجرا نموده‌اند. این دستورالعمل‌ها شامل شناسایی و ثبت اسامی کودکان بی‌سرپرست، ردیابی و یافتن اعضای خانواده آن‌ها، ایجاد تمهیداتی برای مراقبت‌های موقت و طولانی‌مدت از کودکان می‌شود.

در مطالعه‌ای که با تمرکز بر وضعیت کودکان بی‌سرپرست آسیب‌دیده از زلزله بم انجام گرفت، نقش سازمان‌های مسئول مراقبت از کودکان و بویژه NGO ها با تأکید بر رخداد‌های پس از زلزله، تبیین گردید. بر این اساس، سازمان‌های مسئول مدیریت نمودن زندگی کودکان بی‌سرپرست و آواره پس از حوادث، در ایران، عبارتند از :

۱- سازمان هلال احمر ایران

۲- کمیته امداد امام خمینی

۳- سازمان بهزیستی

سازمان‌های مردم‌نهاد، به ندرت مسئولیت مراقبت از کودکان بی‌سرپرست را برعهده می‌گیرند اما از طرفی حمایت‌های مفید و ارزنده‌ای را از این گروه به عمل می‌آورند که شامل کمک‌های مالی، فراهم نمودن امکانات آموزشی، اقدامات و برنامه‌های فوق‌العاده و حمایت‌های روانی - اجتماعی می‌شود. پس از آشفتگی ناشی از زلزله بم، دستورالعمل‌های بین‌المللی ویژه کودکان آواره و بی‌سرپرست، به طور وسیعی دنبال شد.

• حمایت‌های بانک جهانی

از طرفی، بانک جهانی، به عنوان یکی از مهمترین سازمان‌های پشتیبان، جوامع متأثر از حادثه را در انجام برنامه‌ها و پروژه‌های بازتوانی اقتصادی، یاری می‌رساند. در ادامه، به نمونه‌هایی از کمک‌های بانک به جوامع حادثه‌دیده که عمدتاً شامل کشورهای در حال توسعه می‌گردند، اشاره می‌نماییم:

این سازمان، مداخلات اقتصادی مرتبط با حمایت‌های درآمدی را به دنبال حوادث طبیعی وسیع در چهار کشور ترکیه (۱۹۹۹)، سریلانکا و مالدیو (۲۰۰۴) و پاکستان (۲۰۰۵) با همکاری دولت آن‌ها، انجام داده است. بانک جهانی، برخلاف روش‌های سنتی امداد رسانی به افراد، بودجه‌های نقدی را در مقیاس وسیع در اختیار خانوارهای تحت‌تأثیر قرار داد (۱۲۳).

بانک جهانی، در پاسخ به زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان نیز، با اعطای سه مورد کمک مالی، اقدام به حمایت از بازتوانی افراد ناتوان نمود؛ سازمان‌های دریافت‌کننده این بودجه‌ها عبارت بودند از:

۱- سازمان معلولین و ناتوانان

۲- NGO بین‌المللی معلولین

۳- صندوق کاهش فقر پاکستان

در مالدیو، تمامی خانوارهای تحت‌تأثیر (یک پنجم جمعیت)، کمک نقدی سونامی را طی یک ماه دریافت کردند. در سریلانکا، بودجه‌های نقدی به ۲۵۰ هزار خانوار (در مرحله اول) اعطا شد که تمامی خانوارهای آسیب‌دیده حتی افرادی که به طور غیرمستقیم تحت‌تأثیر قرار می‌گرفتند را پوشش داد. در مرحله بعد، سایر اجزای کمک مالی، به طور دقیق‌تر بین جمعیت محدودتری تقسیم شد.

در پاکستان، بودجه‌های نقدی در اختیار ۲۵۰ هزار خانوار شامل ۳۰٪ از کل افراد تحت‌تأثیر که از بین گروه‌های آسیب‌پذیر انتخاب شده بودند، قرار گرفت. این پرداخت‌ها برای بازسازی منازل افراد و جبران هزینه‌های مرگ‌ومیر و آسیب‌های جسمی خانوارها و همچنین تأمین معیشت آن‌ها به کار گرفته می‌شد. منابع مالی فوق‌الذکر، به ندرت در این مقیاس برای پاسخ به فوریت‌های کشورهای در حال توسعه، مورد استفاده قرار می‌گرفتند (۱۲۳).

در خشکسالی نیکاراگوئه که از سال ۲۰۰۰ آغاز شد، این کشور برنامه انتقال پول به خانواده‌های فقیر را اجرا نموده است. این انتقال‌ها مشروط به حضور کودکان در مدرسه، بازدیدها و معاینه آن‌ها توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بوده‌اند. ارزیابی‌های کمی و کیفی نیز بیانگر تأثیر مثبت برنامه بر سرمایه انسانی بوده است) تغذیه مناسب، آموزش و سلامت (۱۲۷).

البته باید به این موضوع مهم نیز توجه داشت که نقش سازمان‌های انسان‌دوستانه می‌بایست در فاز بازتوانی متوقف شده و با کمک‌های بازسازی و توسعه‌ای، خدمات حمایتی و انواع کمک هزینه‌های بین‌المللی و داخلی، موجبات توانمندسازی جمعیت‌های آسیب‌دیده را در راستای بازگشت به معیشت قبل از حادثه، در

کوتاه‌ترین زمان ممکن، فراهم آورد. زیرا اهدافی چون خوداتکایی و پایداری فعالیت‌های اقتصادی خرد، منفعت بیشتری از تزریق کمک‌های مالی بین‌المللی و ملی خواهد داشت. بعلاوه، تداوم چنین کمک‌هایی پس از حادثه نه تنها مطلوب نیست بلکه امکان‌پذیر نیز نمی‌باشد؛ زیرا مانعی در راه استفاده از تجهیزات و خدمات بومی بوده و علاوه بر آن با محدود کردن اختیارات پیمانکاران خارجی منجر به عقب‌نشینی آن‌ها می‌گردد. سازمان‌های بشردوستانه هیچ تعهدی در قبال توسعه ندارند، و تبدیل کردن مناطق آسیب‌دیده به منطقه همکاری توسعه‌ای از اولویت‌های آن‌ها نیست (۱۲۲).

در ادامه، به بررسی مداخلات بازتوانی اقتصادی در تعدادی از کشورهای جهان، خواهیم پرداخت و سپس، به برخی از اقدامات بازیابی پس از زلزله بم، اشاره می‌نماییم.

درس آموخته‌های بین‌المللی بازتوانی اقتصادی

۱- استرالیا: برون‌رفت از بحران مالی در حوادث طبیعی (۱۱۷)

سیاست‌ها و برنامه‌های ملی مربوط به بازتوانی اقتصادی پس از حوادث طبیعی در استرالیا نشان می‌دهند که بازتوانی اقتصادی این جامعه از آثار حوادث طبیعی، توسط طیفی از اقدامات مالی امکان‌پذیر است که منبعی از نقدینگی را برای کسب و کارها، دولت، خانوارها و جامعه فراهم می‌سازد. این منابع شامل بیمه حوادث، کمک‌های مالی دریافت‌شده و بودجه عمومی بازتوانی در حوادث می‌شود. در ادامه، به تشریح منابع، برنامه‌ها و فعالیت‌های دولت استرالیا در راستای اجرای بازتوانی اقتصادی در این کشور پرداخته خواهد شد.

۱-۱- بیمه حوادث

حوادث طبیعی و ساخته دست بشر اغلب بدون پیش‌آگهی بر کسب و کارها، منازل و زیرساخت‌های جامعه در هر منطقه‌ای تأثیر می‌گذارد. همانگونه که در ابتدای این بخش بیان شد، بیمه، ابزاری برای جبران خسارات مالی و تأمین هزینه‌های جبران آسیب‌های ناشی از حوادث به شمار می‌رود و انواع اصلی پوشش‌های آن، عبارتند از بیمه‌نامه منزل و اثاثیه، بیمه‌نامه اموال و بیمه‌نامه تعلیق کسب و کار.

بیمه‌نامه‌های منزل و اثاثیه معمولاً بیمه جایگزین و اتکایی ارائه می‌دهند که هزینه‌های تعمیر و جایگزینی اموال و اثاثیه خسارت‌دیده را پوشش می‌دهد. کمترین میزان بیمه‌نامه‌های جبران خسارت عام به قدمت و شرایط اقلام بیمه‌شده مربوط می‌شود؛ اگر ابنیه و اثاثیه تحت پوشش بیمه قرار دارند، در آن صورت مبلغ توافقی از طرف بیمه‌گر کاهش خواهد یافت. همچنین لازم است در مورد بیمه‌نامه‌هایی که برخی از خطرات را پوشش نمی‌دهند آگاهی لازم را کسب نمود.

بیمه بازرگانی برای کمک به جبران بسیاری از خسارات و زیان‌های ناشی از حوادث طراحی شده است که مشاغل با آن مواجه می‌شوند و این موارد را پوشش می‌دهد: ساختمان‌ها، وسایل نقلیه، تجهیزات، موجودی انبارها، کارخانه‌ها، امکانات و وسایل و نیز رکود کسب و کار.

- سازمان بیمه مقابله با حوادث: صنعت بیمه استرالیا با برخورداری از چندین دهه تجربه، به خوبی به این نکته واقف است که دارندگان بیمه‌نامه نیاز به کمک فوری، عملی و حرفه‌ای دارند و سازمان بیمه‌ای مقابله با حوادث به همین منظور تأسیس شده است. سازمان مذکور با هماهنگی نمودن فعالیت‌های صنعت بیمه استرالیا، تجربه برون‌رفت از شرایط بحران دارندگان بیمه‌نامه را بهبود بخشیده و با دولت، مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی و جوامع به طور نزدیک، همکاری می‌کند.

سازمان بیمه مقابله با حوادث با یاری صنعت بیمه، اقدامات هماهنگ مشتری را در واکنش به حوادث، انجام می‌دهند که عبارتند از: تأسیس کانون مرکزی اطلاعات قراردادهای بیمه‌ای، ارزیابی سریعتر و آگاهانه‌تر حوادث، شناسایی بیمه‌شدگان و تسلیم مطالبات، حمایت از حل و فصل مطالبات، ارزیابی خسارات و بازسازی، همکاری مناسب با سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات امدادی، رسانه‌ها و دولت جهت تأمین خدمات بهتر، بررسی‌های پس از وقوع حوادث برای کمک به برآورد هزینه‌ها و زمان برون‌رفت، حمایت از پژوهش در زمینه حوادث و توسعه خدمات برون‌رفت از بحران، افزودن آگاهی عامه مردم و رسانه‌ها از نقش دست‌اندرکاران امر بازتوانی در حوادث.

۲-۱- کمک‌های مالی دریافت شده در حوادث طبیعی

کمک‌های مالی در حوادث طبیعی توسط یکی از وزرای امور مالی و اداری جامعه مشترک‌المنافع در مورد شرایط و ضوابط کمک به کشورها و مناطق آسیب‌دیده تعیین می‌گردد و مربوط به کاهش فشار مالی ناشی از ارائه خدمات امدادی در حوادث طبیعی و ترمیم زیرساخت‌ها می‌باشد. هدف از این کمک‌ها عبارتست از: «کمک به بهبود جوامعی که رفاه اجتماعی، مالی و اقتصادی آنان به شدت دستخوش یک حادثه طبیعی شده است».

- ضوابط کمک‌های مالی کشورهای مشترک‌المنافع: با عنایت به کمک‌های مالی برای حل مشکلات و معضلات، جامعه مشترک‌المنافع نیمی از هزینه‌های یک کشور یا قلمرو آسیب‌دیده را تا سقف ۲۰۰۰۰۰ دلار، به عنوان مبلغ پایه متقبل می‌شود.

در مورد سایر اقدامات مورد نیاز، کمک جامعه مشترک‌المنافع به صورت یک دلار در برابر هر دلار هزینه ناشی از آسیب‌های وارده به یک کشور یا قلمرو محاسبه شده و براساس مرجع درآمدی کشور ارائه می‌شود. در صورت غلبه هزینه‌ها از مبلغ پایه به میزان ۱/۷۵ برابر، بازپرداخت جامعه مشترک‌المنافع ۷۵ سنت برای یک دلار است.

- حوادث طبیعی واجد شرایط کمک‌ها: حوادث طبیعی واجد شرایط دریافت کمک‌های مالی عبارتند از گردبادهای، سیل‌ها، طوفان‌ها، آتش‌سوزی جنگل‌ها، زمین‌لرزه و رانش زمین ناشی از یکی از علل فوق

- شرایط کلی یاری‌رسانی: شرایط کلی امداد‌رسانی به این قرار می‌باشد:
 - 0 هدف از کمک، خودیاری به روش ارائه بیمه بازرگانی یا راهبردهای مناسب جهت کاهش آثار حوادث طبیعی می‌باشد.
 - 0 تا حد امکان، کمک‌ها باید با هدف تخصیص مناسب منابع طراحی شده باشند.
 - 0 به غیر از موارد شخصی، وام‌های اعطایی با بهره عموماً به کمک‌های بلاعوض ارجحیت دارد.
 - 0 همواره بازگرداندن دارایی‌ها به شکلی که قبل از حادثه وجود داشتند، با محدودیت‌هایی رو به رو خواهد بود.
 - 0 تعهدات مالی و داد و ستد عمومی معمولاً از این قاعده مستثنی هستند.
 - 0 اطمینان از وجود پیش نیازهای ضروری به منظور اتخاذ راهبردهای مناسب کاهش حوادث طبیعی تکرار‌شونده و شایع؛ تا بدین ترتیب از تبیین و اجرایی شدن آن راهبردها در زمانی مناسب اطمینان حاصل آید.
- اقدامات مطلوب امدادی در زمان حوادث طبیعی: اقدامات امدادی که تأمین بودجه آن از نظر برنامه اقدامات امدادی در حوادث طبیعی توجیه‌پذیر است، عبارتند از:
 - 0 عملیات مقابله با حوادث: به هزینه‌های مربوط به خدمات فوری و هزینه‌های سازمان‌های دولتی و دولت‌های محلی دست‌اندرکار در عملیات بازتوانی از حوادث اطلاق می‌گردد که به منظور اطمینان از امنیت جانی، سلامت و اموال مردم و کمک به برون‌رفت جامعه از بحران هزینه می‌شود.
 - 0 کمک‌های مالی برای حل مشکلات و پریشانی‌های افراد: برطرف‌کننده نیازهای ایجاد شده در زمان وقوع حوادث برای تعمیر یا جایگزینی اثاثیه و وسایل ضروری خانه و تعمیر مسکن و نیز تأمین هزینه‌های موقت زندگی می‌باشد.
 - 0 حفظ اموال عمومی: هزینه‌های دولت محلی و مرکزی به منظور بازسازی اموال عمومی ضروری را شامل می‌شود.
 - 0 پرداخت وام به تولیدکنندگان اولیه: وام‌های با بهره‌ای است که به تولیدکنندگان به منظور تأمین نیازهای مستمر، جبران موجودی و اعاده دارایی‌های ثابت، اعطا می‌شود.
 - 0 پرداخت وام به کسب و کارهای کوچک: وام‌های با بهره‌ای است که به دارندگان کسب و کارهای کوچک به دنبال خسارات فیزیکی مربوطه پرداخت می‌گردد.
 - 0 پرداخت وام/کمک‌های بلاعوض به سازمان‌های غیرانتفاعی: وام‌های با بهره‌ای است که همراه با کمک‌های بلاعوض به سازمان‌های غیرانتفاعی و به منظور ترمیم دارایی‌های از

دست رفته آن‌ها اعطا می‌شود.

- 0 پرداخت یارانه‌های حمل کالا به تولیدکنندگان: پرداخت‌هایی را شامل می‌شود که به کار جابجایی و حمل اقلام ضروری همچون مواد غذایی، مصالح ساختمانی، موجودی انبار، علوفه و خوراک دام، آب، ماشین‌آلات و سوخت می‌پردازد.
- 0 برخی مشاوره‌های روان‌شناختی خاص: هزینه‌های مربوط به برخی مشاوره‌های روان‌شناسی را شامل می‌شود که به منظور تسکین پریشانی‌ها و آثار روانی اجتماعی ناشی از بروز یک حادثه طبیعی اعطا می‌گردد.

- فعال‌سازی: اقدامات امدادرسانی پس از حوادث طبیعی در صورت برقرار بودن شرایط ذیل، به دستور وزیر کشور عملی می‌گردد:

- 0 برآورد هزینه‌های اقدامات امدادی از سقف ۲۰۰۰۰۰ دلار مربوط به حوادث کوچک بیشتر شود.
- 0 خسارت در پی بروز یک رخداد یا حادثه طبیعی واجد شرایط، ایجاد شود.
- 0 نیازی گسترده و مشهود به یک اقدام امدادی خاص از طرف جامعه درک شود.

فعال شدن اقدامات امدادی توسط نشریات و رسانه‌های دولتی به اطلاع عموم رسانده می‌شود تا بر این اساس معیارهای قابل قبول دریافت و فرآیند درخواست کمک مشخص شود. سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌های دست‌اندرکار خدمات اجتماعی معمولاً در زمان وقوع حوادث، مراکز امدادی را برای پذیرش درخواست متقاضیان دریافت کمک ایجاد می‌کنند.

۳-۱- بودجه عمومی بازتوانی حوادث

جامعه استرالیا همواره با کمک‌های مالی خود در قالب بودجه استیناف پس از حوادث یا DAF، به کمک مردم آسیب‌دیده شتافته است.

رخداد‌های طبیعی، با توجه به میزان اثرگذاری بر افراد، حوزه جغرافیایی و هزینه‌ها، منبع یا منابعی را از محل DAF، به خود اختصاص می‌دهند. عموماً، زمانیکه حادثه مورد نظر به مردم، اماکن کسب و کار و غیره آسیب می‌زند، مقامات محلی، تشکلهای غیردولتی یا رسانه‌ها در محدوده حوزه استحفاظی خود، فراخوانی عمومی را در راستای بودجه استینافی، مطرح می‌کنند.

با این حال، فرمانداران ایالت‌های مختلف و یا شهرداران شهرهای بزرگ با کمک یکدیگر اجرای برنامه‌های استینافی را آغاز کرده‌اند که علاوه بر جنبه‌های ملی و ویژه، فراتر از توانایی‌های یک مقام محلی، بوده است. تجربه نشان داده است که به منظور مدیریت مناسب وجوه استینافی پس از رویدادهای بزرگ، به برنامه‌های از پیش تعیین شده‌ای نیاز می‌باشد. موارد زیر، اصولی است که در مورد DAF، اعمال می‌گردد:

- هدف: دستورالعمل‌هایی به منظور کمک به دست‌اندرکاران مدیریت وجوه استینافی طراحی شده است. این دستورالعمل‌ها طیفی از موضوعات را در زمینه تشکیل و مدیریت وجوه کمکی، تعیین

افرادی که باید از آن وجوه و نقدینگی بهره‌مند شوند و معیار اعطای کمک بلاعوض پوشش می‌دهند. اهمیت تقاضاهای مردم به عنوان نماد برون‌رفت از وضعیت بحران برای یک جامعه، می‌بایست از سوی تمام دست‌اندرکاران مدیریت صندوق‌های کمکی به رسمیت شناخته شود.

- برابری: هدف، تدوین اصولی است که اصل برابری را برای همه دریافت‌کنندگان کمک‌ها تأمین کند. به دلیل تنوع گسترده نیازها از طرف افراد، امکان تأمین همه نیازها میسر نمی‌باشد و تا زمانی که به این موضوع قائل باشیم، می‌بایست به رعایت انصاف بین افراد و گروه‌ها دقت شود.
- انعطاف‌پذیری: نیازهای دریافت‌کنندگان، کمک بسته به ماهیت و شدت حوادث، نوع جامعه و سطح بازتوانی انجام شده، متفاوت می‌باشد؛ مدیران بحران، نیازمند ارزیابی مستمر کمک‌های ارائه‌شده در وضعیت موجود می‌باشند.

- جامعیت دستورالعمل‌ها: دستورالعمل‌های تدوین‌شده به تمامی موضوعاتی که مدیران حوادث با آن مواجهند پاسخ‌گو نخواهد بود و هدف آن تدوین اصول مدیریتی و افزایش میزان آگاهی در مورد موضوعاتی است که مدیران باید در مورد آن‌ها تصمیم‌گیری کنند.

- پیامدهای ناخواسته و پیش‌بینی نشده: همواره باید به نتایج تصمیمات اتخاذشده، توجه ویژه‌ای داشت تا بر این اساس پیامدهای ناخواسته و پیش‌بینی نشده خطیر و مهم کاهش یافته و به حداقل برسد. هنگامیکه تصمیمات بر مبنای دیدگاه‌های محدود و سطحی که شرایط کلی بازتوانی را به حساب نمی‌آورند، اتخاذ می‌گردند، احتمال وقوع پیامدهای ناخواسته و پیش‌بینی نشده وجود خواهد داشت. نمونه بارز این موضوع، اهداء یک وسیله بخصوص مانند یخچال به همه مردمی است که تحت‌تأثیر تبعات ناشی از فاجعه قرار گرفته‌اند. درحالی‌که این همیاری ممکن است برای افراد عادی از اهمیت بسزائی برخوردار باشد، تأثیر چنین هدایایی می‌تواند برای تجارت و کسب و کار داخلی و محلی زیان‌بار باشد. با یک راهکار مناسب می‌توان وجوهی را در اختیار افراد قرار داد تا از این طریق توان و استطاعت خرید لوازم و مایحتاج ضروری خود را پیدا نمایند.

- مدیریت: ممکن است در مواردی، هیئت امانا، مدیریت حوادث را بر اساس اساسنامه‌ای از پیش تعیین شده برعهده داشته باشند. در این صورت به منظور توزیع وجوه استینافی، این افراد می‌بایست توسط کمیته‌های مدیریتی و توزیع بودجه حمایت شوند.

- هیأت امانا: بر مبنای شرایط و ضوابط اساسنامه، انتخاب و منصوب می‌شوند و وجوه اهدایی را به صورت امانت و در راستای توزیع بین واجدین شرایط، نزد خود نگهداری می‌نمایند. هیأت امانا در راس هیأت سیاست‌گذاری قرار گرفته، مدیریت و نحوه رسیدگی به درخواست‌های استیناف و توزیع وجوه اهدایی را برعهده خواهند داشت. مسئولیت نگهداری از سوابق پولی و مالی و جمع‌آوری و توزیع وجوه برعهده معتمدین می‌باشد.

- هیأت مدیره: هیأت مدیره، مسئولیت هدایت و مدیریت اجرایی حادثه را برعهده دارد. عملکرد این گروه براساس سیاستگذاری‌های معتمدین بوده و توزیع بودجه با مشاوره کمیته توزیع و یا مستقیماً به دنبال تشکیل کمیته مستقل توزیع، صورت می‌گیرد.
 - اساسنامه: اساسنامه به سندی اطلاق می‌شود که مشخص می‌کند بودجه موجود از چه محلی به دست آمده و صرف چه مواردی خواهد شد. در واقع سند فوق‌الذکر، شرایط انتصاب افراد مورد اطمینان، هدف بودجه، مدیریت و مقدمات و تمهیدات توزیع بودجه وصولی و جمع‌آوری شده را تعیین می‌نماید. اساسنامه ممکن است ماهیتی پایدار داشته باشد یا تنها برای یک حادثه ویژه تنظیم گردد.
 - کمیته توزیع: کمیته‌های توزیع، مسئولیت پذیرش، درخواست، دریافت و توزیع وجوه استینافی را برعهده داشته و بودجه را براساس سیاست‌های تعیین شده توسط هیأت امان و واجدین شرایط، مدیریت خواهند نمود. کمیته‌های توزیع معمولاً شامل تعداد زیادی از افراد محلی است.
 - سازمان‌های تأمین‌کننده بودجه: سازمان‌های تأمین‌کننده به گونه‌ای طراحی شده‌اند که بتوانند به آسیب‌دیدگان از فجایع و حوادث ناگوار کمک و یاری برسانند. برخی از سازمان‌های مزبور عبارتند از دولت مرکزی و ایالتی، دولت‌های محلی، انجمن‌ها و کانون‌های خدماتی، کلیساها و رسانه‌های گروهی
 - مسئولیت‌پذیری: متولیان وجوه استیناف موظفند تا مقدار پول‌ها و وجوه اهدایی را محاسبه و برآورد نمایند. از این رو توصیه می‌شود که در مورد نحوه استفاده از وجوه استیناف در رسانه‌ها، راهنمایی‌هایی ارائه گردد و از کسانی که این وجوه را اهدا کرده‌اند، قدردانی به عمل آید. ممیزی صندوق وجوه استینافی نیز باید در فواصل زمانی معینی، مخصوصاً هنگام نهایی نمودن صندوق بودجه انجام گیرد. معمولاً، الزامات قانونی مختلفی در مورد هیأت امنای اتحادیه که این اعمال را انجام می‌دهند، به کار برده می‌شود.
 - هزینه‌های اداری و اجرائی: چگونگی تأمین بودجه و سرمایه مورد نیاز هزینه‌های اجرائی وجوه استیناف، بایستی مدنظر قرار گیرد. در رابطه با درخواست‌های استیناف اصلی، این امر می‌تواند با استخدام کارمندان اداری در طول چند ماه صورت پذیرد. همچنین درنظر گرفتن منبعی (مانند سازمان‌های دولتی) که از محل آن هزینه‌های استخدامی این افراد اعطا می‌گردد نیز ضروری است.
- فعالیت‌های استینافی می‌توانند به شکلی جداگانه یا پس از ترکیب‌شدن با برنامه‌های دولتی به اجرا درآیند. هدف از درهم‌آمیختن فعالیت‌های استیناف از حوادث به شرح زیر است:
- ۱- دستیابی به برابری و تساوی حقوق

۲- کاهش دوباره کاری

۳- ممانعت از ایجاد اختلال در مشخص کردن واجدین شرایط و ارائه مزایا

۴- کاهش هزینه‌های اداری و اجرائی

به منظور ادغام و هماهنگی اقدامات استیناف از حوادث، اطلاعاتیه‌های مناسب در راستای ادغام بودجه‌های مدیران حوادث در بخش خصوصی و دولتی می‌بایست منتشر شود.

- دستورالعمل‌ها و رهنمودهای مشروح ذیل در جهت مساعدت و همیاری کمیته‌های مدیریتی

است و به مسائل مربوط به درخواست تجدیدنظر یا استیناف پس از حادثه اشاره می‌نماید:

O معافیت از مالیات: معافیت از مالیات برای مردمی که قصد کمک‌های خیرخواهانه دارند

یک انگیزه و محرک بسیار مهم و قابل توجه به شمار می‌رود. بدین منظور، خیرین، همواره

با اداره مالیات دولت استرالیا تماس می‌گیرند. زمانیکه اساسنامه‌ای موجود باشد، بایستی

جهت بررسی میزان معافیت از مالیات به اداره مالیات استرالیا ارسال گردد. به منظور تنظیم

اساسنامه، همیاری و مساعدت قانونی ضروری است. اداره مالیات استرالیا اذعان داشته

است که به منظور تأیید و پذیرفتن بودجه قابل استفاده برای همگان، بایستی ثابت شود که

سپرده، در اختیار عموم قرار داشته باشد، عامه مردم یا گروهی از آنان در جمع‌آوری پول،

شرکت نموده، و در تقسیم و توزیع سپرده، مشارکت داشته باشند. گذشته از این، برطبق

قانون، شروط و تمهیدات موجود در اساسنامه، مقرر شده است که هر شخص یا هیأتی که

باقیمانده اتحادیه به وی اعطا می‌شود، وضعیتی مشابه در امر معافیت از مالیات داشته باشد.

O منابع اهدا و کمک بلاعوض: غالباً عملیات استیناف توسط دولت محلی یا ایالتی و همراه

با کمکی بلاعوض آغاز می‌شود. اگر حادثه، اثرات قابل توجهی بر بخش بزرگی از جامعه

گذاشته باشد، کمک‌های بلاعوض از طرف صنوف مختلف، ایالت‌ها، کشورهای خارجی و

... نیز گسیل خواهد شد. مؤسسات بازرگانی، شرکت‌های تجاری، پیشه‌وران و کارکنان آن‌ها

نیز، منبع مهمی از اهداء و کمک‌های بلاعوض به شمار می‌روند.

O جمع‌آوری کمک‌های بلاعوض: همواره باید روش‌های آسان نمودن کمک‌های مردمی مورد

توجه قرار گیرد. برخی از این روش‌ها عبارتند از شعبه‌های بانک‌ها، ادارات و دفاتر مرجع

صلاحیت‌دار محلی، دفاتر کلیسا و رابط‌ها و واسطه‌های روزنامه جهت ارسال کمک‌های

بلاعوض

O تأیید و اعلام وصول هدایا: مردم، مؤسسات تجاری و شرکت‌ها از مشاهده نام خود در

فعالیت‌های بشردوستانه، خشنود و راضی می‌شوند؛ بنابراین ضروریست تا از کمک‌های

اهدایی در رسانه‌ها قدردانی گردد. این شیوه باعث ترغیب و تقویت کمک‌های بلاعوض

بیشتری شده و نوعی ملاحظه اخلاقی محسوب می‌شود. چنین قدرانی‌هایی می‌تواند در قالب یک آگهی تبلیغاتی در روزنامه‌ها، رادیو یا تلویزیون و یا در اجتماعات بزرگ نمود یابد؛ روزنامه‌های محلی را نیز می‌توان برای هدف مشابه به کار برد.

0 مشارکت رسانه‌ها: رسانه جمعی، وسیله‌ای قدرتمند برای انواع درخواست‌ها به شمار می‌رود و هر گونه تلاشی باید صورت گیرد تا کمک و همیاری همه بخش‌های رسانه در راستای دستیابی به یک درخواست کمک موفق، فهرست‌بندی و ثبت شود.

0 پرداخت‌ها: دستیابی به برابری و تساوی حقوق در توزیع وجوه مربوط به استیناف بسیار دشوار می‌باشد. نیازها و احتیاجاتی که به واسطه هر حادثه ناگوار پدید می‌آید، برای آن رویداد، منحصر به فرد قلمداد می‌شوند. اتخاذ و بکارگیری اصول و مقررات مدیریت استیناف پس از حادثه که پیشتر به آن اشاره شد، توزیع برابر، یکسان و بر حسب نیاز را ایجاب می‌کند.

۲- تاسمانی (۱۱۷)

صنعت توریسم در اقتصاد تاسمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنای تاریخی بندر آرتور بعنوان یک جاذبه تاریخی، کانون اصلی صنعت جهانگردی در شبه جزیره تاسمانی محسوب می‌شود. از این بنای تاریخی سالانه بیش از ۲۰۰ هزار نفر دیدن می‌کنند، بنابراین حوادث طبیعی می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر بافت اقتصادی تاسمانی بر جای گذاشته و صنعت جهانگردی کل منطقه را به شدت تحت‌الشعاع قرار دهند. به دنبال حادثه پیش‌آمده در بندر آرتور، فرمانداری تاسمانی با ارائه بسته‌ای کمکی به شرح ذیل موافقت نمود:

- کمک نقدی و فوری به حرفه‌هایی که مستقیماً تحت‌الشعاع بحران قرار گرفته‌اند.
- ارائه یارانه به حرفه‌هایی که وام دریافت نموده و قادر به بازپرداخت وام خود نبوده‌اند.
- ارائه وام‌های سرمایه‌ای به منظور افزایش فعالیت‌های اقتصادی (بدون بهره).

به منظور انجام این برنامه، مشاغل در منطقه بندر آرتور به چهار گروه مجزا تقسیم‌بندی شدند:

گروه اول: پیامدهای بحران در بندر آرتور برای این گروه شامل گردانندگان مناطق توریستی، صاحبان قایق‌های تفریحی، تورگردانان و صاحبان قهوه‌خانه‌ها بسیار ملموس و ناگهانی بود. لذا، کارفرمایان می‌بایست تا زمان بازگشت دوباره بازدیدکنندگان، اقداماتی سریع را به منظور کاهش هزینه‌ها اتخاذ می‌نمودند.

گروه دوم: فعالان در بخش دوم نظیر خشکسویی‌ها که به شستشوی البسه مسافران مبادرت می‌نمایند و یا نانوايي‌ها که نان مورد نیاز برای صبحانه را تأمین می‌کنند در مدت زمان نسبتاً طولانی‌تر تحت‌تأثیر بحران قرار گرفتند، اما نهایتاً آن‌ها نیز نیازمند برداشتن گام‌هایی جهت برون‌رفت از بحران بودند.

گروه سوم: گروه سوم شامل فروشگاه‌های مواد غذایی و مغازه‌های محلی بودند که تا حدودی متأثر از کاهش سطح معاملات در بازار و در نتیجه کاهش تعداد پرسنل در دو گروه مذکور شدند. گروه چهارم: بحران با این ابعاد بطور کلی بر صنعت جهانگردی کشور تأثیر گذاشته و وجهه آن را به عنوان یک مکان امن برای گذراندن تفریحات و تعطیلات خدشه‌دار نمود. زمان زیادی لازم است تا جهانگردان قبل از سفر مجدد به این کشور، موضوع را فراموش نمایند.

تجارب تاسمانی در زمینه بازتوانی اقتصادی، موارد زیر را دربرمی‌گیرد:

- ارائه بسته کمکی جهت غلبه بر مشکلات اقتصادی، اقدامی مناسب برای نیازهای مختلف بود.
 - مشاغل پررونق با بدهی ناچیز، لزوماً مستحق دریافت کمک نبودند. در زمان وقوع بحران، شرکت‌هایی که دارایی‌ها را در تملک خود دارند، آنها را اجاره نداده‌اند و یا با وام بانکی و یا به شکل اجاره به شرط تملیک صاحب آن‌ها شده‌اند، می‌توانند سریع‌تر فعالیت خود را آغاز نمایند.
 - هزینه‌های ثابت و بدهی، وام بانکی و اجاره‌بها، این فرصت را در اختیار مشاغل قرار می‌دهد تا هزینه‌های روزمره خود را کاهش داده و با درآمد اندک ناشی از وقوع بحران خود را تطبیق دهند.
 - افتراق میان معضلات مالی گذشته مشاغل و تأثیرات ناشی از وقوع بحران امری دشوار است.
 - برخی از مشاغل در آن منطقه مایل به در میان گذاشتن مشکلات مالی خود با مقامات دولتی نبوده و ترجیح می‌دادند از بسته کمکی دولت استفاده نکنند.
- بطور کلی، بسیاری از مشاغل کوچک با سرمایه اندک، فعالیت می‌کنند لذا بروز یک رکود ناگهانی به دنبال وقوع بحران آن‌ها را ملزم به تطبیق با وضعیت ایجاد شده می‌نماید. راحت‌ترین روش انطباق عبارتست از:

- کاهش و یا اخراج کارکنان
- توقف خرید محصولات برای تولید یا فرآوری بیشتر
- کاهش پرداختی‌ها به طلبکاران

۳- جیمپی (۱۱۷)

رخداد سیل با ارتفاع ۲۲ متر در این کشور (سال ۱۹۹۹) بی‌سابقه بوده است و جمعیتی بین ۱۲۰۰۰-۱۵۱۴۷ در جیمپی و ۳۱۸۶۲ نفر در کولولا شایر را متأثر ساخت. مداخلات بازتوانی اقتصادی در جیمپی عبارت بود از:

- طرح واکنش سریع جهت کاهش آثار سوء ناشی از این حادثه طبیعی
- ترتیب دادن یک مرکز عمرانی با حدود ۱۵۰ حرفه آسیب‌دیده از حادثه در منطقه.
- ارائه مشاوره شغلی توسط یک مشاور ارشد امور شغلی، در جیمپی به مدت هشت هفته که طی این مدت حضوری مستمر در منطقه داشت و بدین ترتیب به ارائه اطلاعات مبادرت می‌نمود (ارائه

اطلاعات حضوری به سازمان‌های داخلی از جمله اتاق بازرگانی و دفتر عمرانی منطقه) در زمینه خدمات کنونی و ارائه کمک مالی جهت بهبود وضعیت مشاغل کوچک در منطقه.

- اتحاد مردم و صاحبان مشاغل همچون زنبورهای کارگر با کمک و همکاری یکدیگر به حل مشکلات ناشی از وقوع طوفان‌های سیل‌آسا پرداختند. روابط و مناسبات میان مشاغل بیش از پیش تقویت شده و به همکاری و تعامل بیشتر در زمینه‌هایی همچون جلب مشتری منجر گشت.
- ارائه طرحی در خصوص سیل که عمدتاً در جهت منافع صاحبان مشاغل تازه تأسیس در مناطقی که متأثر از آثار مخرب سیل نبوده‌اند، در نظر گرفته شده بود.
- توسعه همکاری با تجار به‌منظور گفت‌وگو در خصوص طرح‌های آنان برای آینده و بحث در خصوص نحوه عملیاتی نمودن این طرح‌ها با برنامه‌ریزی و بازاریابی مناسب
- حمایت از افراد نیازمند از طریق مشاورین مخصوص، تلفن و دیگر خدمات اداری و اطلاع‌رسانی
- ارائه اطلاعاتی به سازمان‌ها در ارتباط با موارد ذیل :

- 0 طرح توسعه مهارت‌های مدیریتی
- 0 کارگاه آموزشی مشاغل کوچک در زمینه بازاریابی، برنامه‌ریزی راهبردی، ارائه خدمات به مشتریان به منظور انطباق با حوادث پس از سیل و آثار سوء ناشی از آن بر اقتصاد
- 0 طرح توسعه صنعت
- 0 طرح توسعه بازرگانی منطقه‌ای
- 0 طرح انطباق روستایی به فعالان عرصه تجارت
- 0 هماهنگی پرداخت مجموعه بدهی‌ها و کمک‌های دولتی از طریق برنامه‌های موجود
- 0 ارائه کمک‌های ویژه به‌منظور توسعه صنعت فرآوری گوشت در کارخانه‌های آسیب‌دیده
- 0 ایجاد یک پایگاه اطلاع‌رسانی به‌منظور انجام پیگیری‌های آتی
- 0 پوشش گسترده‌تر مشاغل مختلف اعم از آن‌هایی که از سیل آسیب‌دیده و یا ندیده‌اند، از طریق انتشار خبرنامه‌ها و یا پخش آن‌ها در رادیوهای محلی.
- 0 کل بودجه به استثنای دستمزدها طی یک دوره ۱۲ هفته‌ای به رقمی حدود ۴۰۱۰ دلار استفاده شود رسید.

یکی از مناطق شهری واقع در غرب منطقه، آماج طوفان‌های سیل‌آسا قرار گرفت. مرکز تجاری این منطقه کاملاً توسط سیل نابود شد و سیل به داخل سه چهارم از منازل مسکونی راه یافت. قلب تجاری شهر متحمل خسارات فراوان شد و خانه‌ها و مغازه‌های بسیاری ویران گردید و علاوه بر آسیب رسیدن به امکانات و کالاهای آنان، کسب‌وکار برای مدتی تعطیل شد. این نگرانی وجود داشت که در صورت عدم بهبود اوضاع اقتصادی، شهر هرگز نتواند به حیات خود ادامه دهد.

یکی از مسائل جزئی اما مهم در فاز بازتوانی، تخریب کلی اثاثیه منازل بویژه کالاهایی نظیر یخچال و فریزر که چندان قابل تعمیر نیستند، بود. در برنامه‌های کاهش آثار سیل، مبلغی جهت کمک به شهروندان آسیب‌دیده در نظر گرفته شد تا آنان بتوانند از این طریق یخچال و فریزر مورد نیاز خود را خریداری و تعویض کنند. در ابتدا مقرر شد تا این کالاها به صورت انبوه، از عرضه‌کنندگان داخلی با قیمتی مناسب خریداری شود و میان افرادی که یخچال و فریزر آنها ناقص شده، توزیع گردد. اما، منتقدین تذکر دادند که این اقدام نه تنها حق انتخاب را از شهروندان سلب خواهد کرد و در واقع نوعی بی‌احترامی به آنهاست، بلکه تأثیر بسیار ناگواری نیز می‌تواند بر کسب‌وکار مغازه‌های لوازم منزل برجای بگذارد. از این رو با همکاری عرضه‌کننده داخلی لوازم منزل، قرار شد این لوازم از یک خرده‌فروشی داخلی تهیه شود که خدمت‌رسانی پس از آن را نیز متقبل گردد. اگرچه این اقدام هزینه بیشتری را نسبت به بودجه در نظر گرفته شده تحمیل می‌نمود اما در مجموع احترام شهروندان و موقعیت و ثبات اقتصادی فروشگاه‌های لوازم منزل حفظ می‌شد، ضمن آنکه به احیای اوضاع اقتصادی شهر نیز کمک شایانی می‌کرد.

۴- ایالات متحده آمریکا

انجمن برنامه‌ریزی آمریکا نیز، بازیابی اقتصادی را در رأس برنامه بازتوانی و بازسازی طولانی‌مدت قرار داده است. براساس تجربیات پیشین، نزدیک به ۳۰٪ کسب‌وکارهای کوچک، پس از حوادث، به حالت عادی بازنگشتند. آن‌ها به نکاتی قابل توجه در مورد بازتوانی اقتصادی اشاره نمودند که عبارت بودند از :

- بازیابی اقتصادی و رفاه اجتماعی، به هم مرتبط می‌باشند. کارآفرینی، بازگشت زیرساخت‌های محلی و خدمات حمایتی به حالت قبل برای رفاه کل اعضای جامعه ضروری می‌باشد.
- بازیابی اقتصادی، احتمالاً در بخش‌های فقیرتر جامعه، مدت زمان بیشتری به طول می‌انجامد. زیرا کمبود نسبی منابع جهت از سرگیری فعالیت‌ها و ظرفیت محدود این بخش‌ها، بر سرعت و تمرکز فرآیندهای بازتوانی اقتصادی، تأثیر می‌گذارد.
- فعالیت‌های اقتصادی، معمولاً با سرعتی زیاد اما زمانی کوتاه، از طریق حمایت‌های داخلی دولت و نیز کمک‌های بین‌المللی، آغاز می‌شوند اما در ادامه کاهش یافته و اقتصاد، توازن پیشین خود را بازمی‌یابد.
- دوره بازیابی اقتصادی فرصتی را برای ایجاد اقتصادی قدرتمندتر و جامعه‌ای با آسیب‌پذیری کمتر فراهم می‌نماید (۹۴).

۵- هند و اندونزی

در مطالعه موردی با هدف بررسی بازتوانی معیشتی بعد از حوادث از طریق بازتوانی اقتصادی و ارتقاء فعالیت‌های کارآفرین در سطح خرد به منظور اشتغال و ایجاد درآمد برای افراد حادثه‌دیده در هند (Aceh) و اندونزی (Tamil Nadu)، یافته‌ها حاکی از نامنظم و ناهماهنگ بودن بازتوانی معیشتی بوده است. فقط تعداد

کمی از سازمان‌های توسعه‌ای و NGO ها در صورت بروز حادثه، قادر به ارائه خدمات سریع بازتوانی در سطح خرد و محلی بودند. در این مقاله به ضرورت تغییر دیدگاه از امدادرسانی فوری به بازتوانی توسعه‌ای در دو مورد Aceh و Tamil Nadu پرداخته شد و شرایط بومی بازتوانی با حمایت مؤسسات محلی و فعالیت‌های اقتصادی NGO های سوئیسی و ایتالیایی در سطح خرد، برای افزایش ضمانت بازتوانی شهرهای آسیب‌دیده ساحلی از سونامی مرور گردید. مقاله به این مسأله مهم اشاره نمود که علی‌رغم بررسی‌های انجام گرفته هیچ تعریف استاندارد از بازتوانی معیشتی بعد از حادثه وجود ندارد (۱۲۲).

درس آموخته‌های داخلی بازتوانی اقتصادی

در این بخش، زلزله بم، را به عنوان یکی از مهمترین حوادث طبیعی کشور، مورد بررسی قرار داده و به برخی از اقدامات بازتوانی که پس از آن به انجام رسید، اشاره می‌نماییم. بدیهی است که اطلاعات و مستندات انتشاریافته مربوط به بازتوانی زلزله بم، بیش از سایر حوادث طبیعی که در کشور رخ داده، در دسترس و موجود می‌باشد.

• بم (۱۲۸)

در ۲۶ دسامبر سال ۲۰۰۳، زلزله ای با مقیاس ۶/۵ ریشتر، شهر بم واقع در استان کرمان را لرزاند. این حادثه مخرب، نزدیک به ۳۱۸۵۰ کشته و ۲۵۰۰۰ مجروح بر جای گذاشت و در مجموع، نزدیک به ۱/۵ میلیارد دلار خسارت مالی به بخش‌های اقتصادی مختلف در این منطقه، وارد شد و ۵۰۷۲۲ واحد مسکونی و تجاری، تخریب گردید. پس از ایجاد سکونت‌گاه‌های پیش ساخته به مساحت ۱۸ تا ۲۰ متر مربع، و توأم با امکانات تهویه، سرویس‌های بهداشتی و ...، فرآیند بازیابی با مشارکت مردم آغاز شد؛ طی این فرآیند، نزدیک به ۱/۸ میلیارد دلار اعتبار توسط دولت و خیرین، فراهم گردید، ۵۲ میلیون مترمربع واحد مسکونی تأسیس شد، ۶۲۵ هکتار از زمین‌های کشاورزی، بازیابی گردید، و علاوه بر موارد پیشین، ۱۹۴ واحد آموزشی، ۸۱ واحد دولتی، ۵۲ واحد مذهبی و ۳۵ بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (۲۰۰۰ متر مربع) در این منطقه، ایجاد شده است. در مجموع، ۶۹۸۶۹ عمارت با اهداف مختلف (مسکونی، تجاری و ...) در این شهر، مورد بهره برداری قرار گرفت.

در طول این فرآیند مستمر، نقش‌هایی که برای مردم و دولت، در نظر گرفته شد، عبارت بودند از :

۱- نقش دولت شامل توانمند نمودن مردم با ارائه :

- کمک‌های مالی و تسهیلات وام
- پشتیبانی و هدایت‌های فنی
- برنامه‌های مقتضی

- فراهم نمودن منابع
 - حمایت‌های خاص برای افراد فقیر و ناتوان
- ۲- نقش مردم شامل
- مدیریت نمودن ساخت و سازها
 - نظارت نمودن بر پیشرفت کارها و مشارکت در تهیه برنامه ساخت و ساز خانه‌ها و پذیرش آن

فصل ششم

بازتوانی اجتماعی

مقدمه

پیامدهای اجتماعی و انسانی حوادث طبیعی محدود به مناطق آسیب دیده نمی‌باشد بلکه ممکن است برخی پیامدها و تأثیرات آن حتی سال‌ها بعد پدیدار شود. برای مثال وجود بیش از ۲۰۰۰ کودک بی‌سرپرست و نگهداری آن‌ها در مراکزی هم‌چون بهزیستی بر تعاملات اجتماعی آینده این کودکان تأثیرات بسزایی خواهد داشت. از طرف دیگر شرایط محیطی و انسانی بعد از حوادث، بر دامنه، عمق، وضعیت پایداری و جهت این پیامدها نیز مؤثر است. از این رو رابطه بین حادثه‌ای مانند زلزله و پیامدهای آن از چنین شرایطی تأثیر می‌پذیرد و همانند آنچه در مورد پروژه‌ها و برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی صدق می‌کند، تنها یک ارتباط دوگانه نیست. به عنوان نمونه، وقتی زلزله تبدیل به حادثه می‌گردد، با پیامدهای اجتماعی مهمی همراه می‌شود که عبارتند از (۱۲۰):

- حس تعلق به مکان افزایش می‌یابد.
- مرزهای خصوصی افراد از بین می‌رود.
- آسیب فراوان به شبکه‌های اجتماعی وارد شده و جامعه دچار ازهم‌گسیختگی می‌شود (البته پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از مرگ خویشان و نزدیکان، احساس ناامنی فردی و اجتماعی و از دست دادن اموال و دارایی‌ها نیز بسیار مهم می‌باشند).
- تأمین نیازهای ثانویه به ویژه نیازهای بهداشتی، پزشکی، آموزشی، شغلی و تفریحی به خصوص در روزهای اول بروز فاجعه با وقفه همراه است.
- دسترسی به امکانات رفاهی، ارتباطی و تفریحی و سرگرمی به علت اسکان در مکان‌های حاشیه‌ای کاهش می‌یابد.
- کاهش میزان اشتغال، تغییرات شغلی و افزایش آسیب‌پذیری مشاغل (حاشیه‌ای و اختیاری) و تحول در نقش‌های اقتصادی و تجاری (مانند از رونق افتادن بندر تجاری کوبه بر اثر زلزله ۱۹۹۵ ژاپن) پدیدار می‌شود (۱۶).

بنابراین، بحران‌های اجتماعی ناشی از حوادث، مسائلی هستند که به طور طبیعی و یا بشرساخت، ناگهانی و یا به صورت تدریجی، به وجود می‌آیند و مشکلاتی را به جامعه انسانی تحمیل می‌نمایند که برطرف کردن آن، نیازمند اقدامات اساسی و فوق‌العاده می‌باشد. بحران‌ها موجب آشفتگی در مجموعه فرآیندهای اجتماعی و روابط اجتماعی می‌گردد که برای برطرف کردن آن، فرد یا گروه کوچکی کافی نیست بلکه کل و یا بخش عظیمی از سیستم اجتماعی را درگیر می‌نماید. تعداد افراد در محدوده آسیب دیده، فراوان بوده و در نتیجه تعداد وابستگان متأثر نیز، افزایش می‌یابند. زیربنای اجتماعی و ادامه فعالیت‌های جاری جامعه با مشکلات جدی مواجه می‌شود که این مشکلات، اکثریت مردم حادثه دیده را دربرگرفته و آشفتگی در ساختار و کارکردهای نهادهای اجتماعی را موجب می‌شوند.

علاوه بر موارد فوق، پیامدهایی همچون فوت، آسیب دیدگی، خسارت و از دست رفتن دارایی، نابودی مواد و محصولات غذایی، قطع جریان تولید، قطع روند عادی زندگی، نابودی وضعیت معیشتی، قطع روند عادی ارائه خدمات، آسیب اقتصادی در سطح ملی و آسیب های روانی- اجتماعی نیز بر ازم گسیختگی اجتماعی می افزایند. بحران ها، که وقایع برنامه ریزی نشده، غیرقابل پیش بینی و غیرقابل کنترل می باشند دارای مراحل هستند که از نظر اجتماعی، بسیار با اهمیت بوده و در صورت شناخت آن ها، خدمات بازتوانی، با کیفیت بهتری ارائه خواهد شد. این مراحل عبارتند از :

۱- مقطع اضطراری: که در حدود یک هفته به طول می انجامد و در آن فعالیت های اساسی از قبیل نجات مصدومین، رساندن مجروحان به بیمارستان و مراکز درمانی، بیرون کشیدن و دفع اجساد، تدارک غذا، پوشاک و سرپناه ارائه می گردد.

۲- مقطع انتقالی: از چند ماه تا حداکثر یک سال به طول می انجامد و دوره ای است که فعالیت های امداد اولیه سپری گردیده ولی هنوز روند عادی زندگی آغاز نشده است.

۳- مقطع بازتوانی: این دوره زمان بازگشت زندگی به وضعیت بهنجار دائمی است (۱۲۹). بنابراین، بازتوانی اجتماعی از حوادث طبیعی برای بازگشت وضعیت اجتماعی افراد آسیب دیده، به حالتی بهتر یا مشابه با قبل از حادثه، بسیار مهم می باشد.

اصول و رویکردهای بازتوانی اجتماعی پس از حوادث طبیعی

سه مورد از مهمترین رویکردها یا اصول بازتوانی اجتماعی، که می بایست در تمامی برنامه ها و مداخلات آن، مورد توجه قرار گیرند، عبارتند از: سرمایه اجتماعی، مددکاری اجتماعی و مداخلات اجتماع محور (مبتنی بر مشارکت مردم)

۱- نقش سرمایه اجتماعی در بازتوانی پس از حوادث طبیعی

دانشمندان علوم اجتماعی، ریسمانی که شهروندان را به یکدیگر گره زده و اتحاد و پیوستگی بین آن ها را پس از حوادث حفظ می کند، سرمایه اجتماعی می نامند. حین و پس از یک حادثه، جوامع دارای سرمایه اجتماعی بیشتر، سریع تر، اثربخش تر و با کارایی بهتری می توانند، به وضعیت عادی بازگردند. سه مکانیزمی که پیوستگی جوامع برای بازگشت به حالت قبل را امکانپذیر می سازد عبارتند از :

۱- اطلاعات

۲- فعالیت های دسته جمعی

۳- ارتباطات

اما، چگونه شهروندان و تصمیم سازان دولتی، اشتراک گذاری منابع سرمایه اجتماعی را افزایش می دهند؟ شهروندان، می بایست مدت های طولانی پیش از مخاطرات موجود در منطقه، همانند طوفان های گرمسیری، سونامی، زلزله و ... از طریق فعالیت ها و اقدامات زیر، به سازماندهی خود بپردازند :

۱- آشنایی با همسایگان و افراد محله

۲- تهیه لیستی از افراد سالمند و ناتوان

۳- ملاقات منظم و برقراری ارتباط با افراد فوق به صورت جلسات رسمی و غیر رسمی همانند جشن‌ها و رویدادهای ورزشی

دولت‌ها نیز می‌بایست از تمرکز بر بازیابی زیرساخت‌های فیزیکی کاسته و زیرساخت‌های اجتماعی را شناسایی نموده و حداقل اقدامات مرتبط را پس از حوادث به انجام رسانند زیرا سرمایه‌های اجتماعی در صورتیکه مهم‌تر از ایجاد استحکامات دفاعی، پناه‌گاه و برنامه‌های تخلیه نباشند، به همان میزان اهمیت دارند (۱۳۰).

آنچه به اجتماعات محلی این امکان را می‌دهد تا نقش مؤثر و جدی در بازتوانی جامعه ایفا کنند، وجود سرمایه اجتماعی در بین افراد متعلق به اجتماع محلی است. از خانواده‌هایی که در یک جامعه با سطح بالای سرمایه اجتماعی زندگی می‌کنند، انتظار می‌رود که هنگام بروز شوک‌های پس از رخداد حوادث، به یکدیگر کمک نمایند (۱۶). از طرفی، مشارکت شهروندان نیز در فرآیندهای تصمیم‌گیری مرتبط با بازتوانی، ضروری است؛ بطوریکه سرمایه اجتماعی و سازمان‌های مردمی همراه با رهبری و هدایتی مناسب، نقشی حیاتی در تسریع بخشیدن فاز بازتوانی و فراهم آوردن حداکثر رضایت برای جامعه برعهده دارند (۱۳۱).

• انواع سرمایه اجتماعی: پژوهش‌ها، سه نوع سرمایه اجتماعی را از هم متمایز می‌کنند که عبارتند از:

Bonding یا پیوستگی اجتماعی ۰

Bridging یا اتصالات اجتماعی ۰

Linking یا ارتباطات اجتماعی ۰

پیوستگی اجتماعی، از سازمان‌ها و فعالیت‌های افرادی که اغلب در مجاورت یکدیگر زندگی می‌کنند به وجود می‌آید. این نوع رویکرد اجتماعی، افراد مشابه از نظر نژاد، قوم یا مذهب را به هم پیوند می‌دهد. دانشمندان علوم اجتماعی چنین شرایطی را همگنی یا مشابهت می‌نامند و از آن در توجیه شباهت شبکه‌های اجتماعی غیررسمی در زمینه تفریح و اوقات فراغت، استفاده می‌کنند. علاوه بر آن، تحقیقات مرتبط، به تأیید این موضوع پرداخته است که همگنی، با سطوح بالای سرمایه اجتماعی همراه بوده اما تنوع قومیتی عکس آن عمل می‌کند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای بزرگ در ۴۱ جامعه مختلف آمریکا، نشان داد که اعتماد بیشتر در بین همسایگانی وجود داشت که از نظر قومیتی همگن‌تر بودند، هم‌چنین سطوح بالای تنوع قومیتی سطوح پایین‌تر سرمایه اجتماعی را در پی داشت. محلات هرچه همگن‌تر باشند احتمال این که مشارکت مدنی، اعتماد و پیوستگی اجتماعی در آن‌ها زیاده‌تر باشد، بیشتر است.

در حالیکه پیوستگی یا bonding قرابت‌های آشکار میان ساکنان را تقویت می‌کند، اتصالات یا bridging

می‌تواند افراد مختلف با موقعیت اجتماعی متفاوت را به هم پیوند دهد و ارتباطات یا linking، سرمایه اجتماعی افراد با موقعیت‌های نابرابر را به هم مرتبط می‌سازد. بنابراین، محله‌ها و روستاها به دلایل زیر با تشکیل شبکه‌های اجتماعی وسیع، بازسازی سریع‌تری را پس از یک حادثه به همراه داشتند (۱۳۳):

- ۱- روابط اجتماعی قوی می‌تواند به عنوان بیمه‌ای غیر رسمی عمل نماید به گونه‌ای که به حادثه دیدگان امکان آمادگی و ایجاد شبکه‌های حمایتی مالی، فیزیکی و پشتیبانی را می‌دهد.
- ۲- جوامع سازمان یافته بهتر می‌توانند از طریق کار گروهی بر موانع خود، فائق آیند. به عبارت دیگر اعتماد بین همسایگان باعث می‌شود تا اطلاعاتی را در ارتباط با پروسه‌های معمول فاز بازتوانی در اختیار یکدیگر بگذارند. شهروندانی که روابط اجتماعی کمتری با همسایگان خود دارند به احتمال کمتری درگیر اقدامات غیرقانونی و مخرب، می‌گردند.
- پژوهشگران سرمایه اجتماعی، ایجاد و توسعه این رویکرد را پس از وقوع بحران، به سه مرحله تقسیم می‌کنند که عبارتند از:

۱- برقراری ارتباط درون جوامع

۲- برقراری ارتباط و پل زدن میان جوامع

۳- برقراری ارتباط میان جوامع و مؤسسات مالی و عمومی

گام نخست در ایجاد و توسعه سرمایه اجتماعی، برقراری ارتباط درون جوامع است. ادغام اجتماعی، پیوستگی و همبستگی اجتماعی، شبکه‌سازی، تعامل پایدار بین اعضا، هماهنگی مؤثر میان مداخلات مختلف اجتماعی، همکاری در فعالیتهای اعضا و حمایت از آنها، پرورش توانایی رهبری و کمک‌رسانی به سایر اعضای اجتماع، مؤلفه‌های برقراری ارتباط درون جوامع هستند. امکان تحقق این مؤلفه‌ها نیز از طریق مداخلات خلاقانه، تجمعات مذهبی و معنوی، فعالیتهای نهادی و سیاسی، اقتصادی و تجاری، زیرساخت‌های مادی و ظرفیت‌سازی و حمایت روانی- اجتماعی ممکن می‌باشد. قدم بعدی در شکل‌دهی سرمایه اجتماعی برقراری ارتباط با سایر اجتماعات درون جامعه است، بدین منظور شهروندان و گروه‌های ذینفع می‌توانند ائتلاف‌هایی برای شناسایی نیازها و نیز راه‌های تأمین آن شکل دهند. روابط طولانی مدت بین دولت و نهادهای مختلف مثل نهادهای مالی و مؤسسات داوطلبانه در کاهش عواقب بحران‌های طبیعی مؤثر است (۱۳۳).

توجه به این نکته ضروری است که گروه‌های آسیب پذیر، همواره با مشکلات بیشتری در مرحله بازتوانی، روبه‌رو می‌شوند. کمبود امکانات مالی یکی از مهم‌ترین عوامل بازدارنده است که می‌تواند به دلیل کمبود سرمایه، نقصان در حمایت‌های دولتی و یا فرآیندهای پیچیده سرمایه‌گذاری باشد، به نحوی که روش مورد استفاده در تخصیص کمک‌ها و منابع به جوامع آسیب‌دیده را متأثر سازد. نتایج ناشی از وجود نابرابری درآمد در سطح محلی و متعاقب آن افسردگی در میان افراد با درآمد پایین، در بررسی‌های مختلف گزارش گردیده است زیرا این گروه از لحاظ اقتصادی و اجتماعی، بیشتر در حاشیه قرار داشته و به منابع و کمک‌های محلی

وابسته می‌باشند (۱۳۴).

- پارادوکس سرمایه اجتماعی: این رویکرد در سطوح خیلی بالا می‌تواند به شکل پارادوکس عمل کرده و محققانی که فکر می‌کنند سرمایه اجتماعی به تنهایی منبع مثبتی در جهت تأمین منابع همگانی است، را دچار اشتباه نماید؛ زیرا این منبع می‌تواند غیرخودی‌ها را از ارائه خدمات محروم نماید، و علاوه بر آن، مناسبات مستحکم بین اعضای یک گروه منجر به بیگانه ستیزی، نفرت و اقدامات مخرب خواهد شد. ماهیت دوگانه سرمایه اجتماعی مرتبط با شرایط بعد از حادثه می‌بایست در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد.
- در ادامه به تعدادی از مطالعات مرتبط با سرمایه اجتماعی که در سطح بین‌المللی، انجام گرفته است، اشاره خواهیم نمود:

درس آموخته‌های مرتبط با سرمایه اجتماعی پس از حوادث طبیعی

سرمایه اجتماعی هم پیامدهای مثبت در بخش بهداشت عمومی دارد و هم در سازگاری با تغییرات آب و هوایی مؤثر است. شبکه‌های اجتماعی قوی دربردارنده خلاقیت‌های فردی و گروهی، به حمایت از سازگاری و افزایش تاب‌آوری افراد پرداخته و موجب کاهش آسیب‌پذیری ناشی از مخاطرات آب و هوایی در بخش بهداشت می‌گردد. علاوه بر آن، عوامل بهداشتی که در آسیب‌پذیری ناشی از اثرات گرما نقش دارند، از طریق شرایط اجتماعی تعدیل می‌شوند. این عوامل شامل: سن بالای ۷۵ سال، بیماری‌های مزمن قلبی و ریوی و مصرف دیورتیک‌هاست. به عنوان مثال انزوای اجتماعی به عنوان عاملی مهم در آسیب‌پذیری ناشی از استرس گرما در میان سالمندان شمال آمریکا شناسایی شد (۱۳۵).

- مطالعه‌ای که در بنگلادش با هدف بررسی تأثیر انسجام اجتماعی در بازتوانی حوادث طبیعی، انجام گرفت، نشان داد که انسجام اجتماعی در سطح روستا تأثیر مثبت قابل توجهی در بازتوانی خسارات ناشی از حوادث طبیعی بر عهده داشته است. همچنین نتایج بیانگر این بود که انسجام اجتماعی روستاهای دارای حوادث طبیعی گسترده‌تر، در فاز بازتوانی کمتر بوده و تقریباً تمام خانوارها در روستا از حادثه تأثیر می‌پذیرند. از طرفی، در تحقیقات متعددی نشان داده شده است که اعتماد در سطح جامعه (یکی از شاخص‌های سرمایه اجتماعی) تأثیر مثبتی بر کاهش اثرات مخاطرات آب و هوایی و نیز وضعیت تغذیه‌ای کودکان در آفریقای جنوبی گذاشته است. همچنین شبکه‌های اجتماعی نقش مثبتی را در بازتوانی و رشد سرمایه خانوارها بعد از شوک‌های محیطی در اتیوپی داشته‌اند (۱۶).

- مقاله‌ای با عنوان قومیت، سیاست‌ها و نابرابری که در مورد ارائه کمک‌های انسان دوستانه بعد از سونامی در منطقه‌ای از هندوستان به نام Ampara بود، نشان داد کمک‌های انسان دوستانه

در زمان حادثه در یک جامعه چند قومیتی ممکن است منجر به کشمکش، تنش و حتی افزایش فاصله بین گروه‌های مختلف قومیتی شود. زیرا سازمان‌های امدادگران اغلب توزیع کمک‌های بشردوستانه را برای سرعت بخشیدن به فرآیند بازتوانی به طور مستقیم انجام می‌دهند که این خود در اغلب موارد موجب هرج و مرج و تشدید احساسات قومی می‌گردد. این مقاله توصیه نمود که می‌توان از شبکه‌های محلی در راستای بازتوانی بی‌طرفانه در جوامع چند قومیتی سود جست (۱۳۶).

- در مطالعه‌ای کیفی با عنوان پیامدهای سرمایه اجتماعی مناسب بر بازتوانی بعد از سونامی در جنوب شرقی هند در سال ۲۰۰۴، به این مسأله پرداخته شد که سطوح بالای سرمایه اجتماعی، همزمان منافع و به همان نسبت پیامدهای منفی ایجاد می‌کند؛ مخصوصاً در روستاهای واقع در حاشیه جوامع. بازدید و مصاحبه با ساکنان محلی و NGO ها نشان داد روستاهایی که سرمایه‌های اجتماعی قوی تری دارند کمک‌های بیشتر و با سرعت بالاتری نسبت به جوامعی که سرمایه‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند، دریافت کردند (۱۳۰).
- یکی از نقاط ضعف جدی در مواجهه با طوفان ریتا و کاترینا در سواحل خلیج آمریکا، عدم انجام یک حرکت واقعی به سمت آماده‌سازی اجتماع محلی با هدف ایجاد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است و به همین منظور نیز، سال ۲۰۰۶، در سریلانکا، کنفرانسی با محوریت «کاهش پایدار خطر» برگزار شد که در آن بر ظرفیت‌سازی در سطوح پایه خدمات اجتماعی و تقویت سرمایه اجتماعی در سطح مردمی به عنوان استراتژی‌های کلیدی مواجهه با بحران تأکید شد (۱۳۳).
- پژوهشی که در سال ۱۹۹۹ در رابطه با سیل رودخانه سرخ کانادا انجام شد نشان داد، جوامعی که سرمایه اجتماعی، انسانی و مادی بالاتری دارند در مواجهه با حوادث طبیعی آماده‌تر بوده و مؤثرتر عمل می‌کنند. در عین حال، نقش اجتماع محلی در بهبودی شرایط بسیار تعیین‌کننده است و مطابق با شواهد موجود، سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی، تأثیر مثبتی بر عملکرد دولت محلی می‌گذارد (۱۳۳).

۲- مددکاری اجتماعی

همانگونه که در بخش‌های پیشین ذکر گردید، حوادث طبیعی، به عنوان یکی از انواع مختلف بحران‌ها، جامعه را با مشکلات بسیاری رو به‌رو می‌سازند بطوریکه اکثر اوقات، افراد تحت تأثیر، توانایی و کنترل خود را برای فائق آمدن به این شرایط دشوار از دست می‌دهند و مشکلات این افراد بدون مداخله‌های مؤثر برطرف نمی‌شوند. مددکاران اجتماعی از جمله نیروهای حرفه‌ای هستند که دارای تخصص و تجربیات مؤثر در مدیریت حوادث، خدمات رسانی و مداخله در بحران‌های اجتماعی می‌باشند.

کار مددکاران اجتماعی در بحران‌های ناشی از وقایع، حل بحران و بهبود عملکرد اجتماعی افراد آسیب دیده است. مددکاران اجتماعی برای دستیابی به این هدف در مرحله اضطراری، سعی در تشخیص موقعیت بحرانی دارند و از تمامی منابع خدماتی تخصصی و مالی بهره می‌گیرند تا عملکردی مناسب برای رفع آن داشته باشند. بی شک یکی از مهمترین مسائلی که باید در شرایط بحرانی به آن توجه گردد، افزایش شناخت افرادی است که در شرایط بحرانی قرار دارند و همچنین کسب شناخت در مورد مسائلی که بحران را تسریع می‌کند. برای حل مشکلات روانی - اجتماعی مراجعین، می‌بایست رابطه درمانی مؤثری با آن‌ها برقرار نمود و پاسخگوی نیازهای آن‌ها بود. به این افراد می‌بایست کمک کرد تا واقعیت را همانگونه که هست درک کنند و در مرحله انتقالی افراد آسیب دیده را در راستای به دست آوردن نقش‌های ازدست‌رفته آن‌ها ترغیب کرد و همچنین با هدف افزایش توان سازگاری، انطباق و آماده سازی بازماندگان تلاش نمود (۱۳۹).

در ادامه، به بررسی و تشریح منشور مددکاری اجتماعی در حوادث غیرمترقبه خواهیم پرداخت.

- پیش‌نویس منشور مددکاری اجتماعی برای رویدادهای غیرمترقبه: منشور مددکاری اجتماعی در فاجعه‌های غیرمترقبه نشان می‌دهد که چه اقداماتی، در چه مرحله‌ای و از طرف چه نیروهایی باید صورت پذیرد تا هدف تعیین شده، تحقق یابد. این منشور، به چهار مرحله پیش از حادثه، زمان حادثه، روزهای نخست پس از حادثه و هفته‌های اول پس از حادثه تقسیم گردیده و سرانجام منجر به جلب مشارکت واقعی بازماندگان برای بازسازی منطقه می‌شود.
- ۱- مرحله پیش از حادثه: برنامه‌های پیش از فاجعه، به مراتب مؤثرتر از برنامه‌های پس از فاجعه می‌باشند که عبارتند از :

- 0 آموزش مددکاران اجتماعی با هدف آماده نمودن آن‌ها برای فعالیت در شرایط بحران
 - 0 پیش‌بینی‌های ضروری
 - 0 پیش‌گیری‌های ممکن
 - 0 آموزش کاهش آسیب‌پذیری شامل پیش‌گیری از ضایعات نامناسب پس از حادثه و بسیج همگانی برای مقابله با عوامل بحران‌ساز فیزیکی و رفتاری
- ۲- زمان حادثه :
- 0 اقدام اجتماعی برای برپایی سریع ستادهای خدماتی به منظور اسکان اضطراری و موقت کودکان، زنان، سالمندان و معلولان در منطقه
 - 0 مطالعه سریع نیازمندی‌های اولیه
 - 0 آمارگیری دقیق از بازماندگان
 - 0 شناسایی اقوام و خویشاوندان کودکان بازمانده، استقرار کودکان در منطقه و احتراز از تغییر مکان شتاب‌زده آن‌ها

- 0 ایجاد پل ارتباطی بین بازماندگان و مجروحان ساکن در مراکز مختلف درمانی
- ۳- روزهای نخست پس از حادثه
- 0 پیگیری اقدامات مراحل قبلی
- 0 ارزیابی اسکان‌های اضطراری موقت به منظور اسکان مناسب‌تر
- 0 تأکید بر اسکان موقت به شکل خانواده‌های "تک جنسی" به جز خانواده‌های بدون تلفات، خانواده‌های دارای پدر و یا مادر و فرزندان و ...، این نظام خانواده تک جنسی در گروه‌های سنی مختلف شکل می‌گیرد تا هم شبه خانواده‌ای تداعی شده و هم از احتمال بروز رفتارهای انحرافی جلوگیری شود.
- 0 بهره‌گیری از انرژی‌های خاص افراد بازمانده، به جای دلسوزی‌های محض و به سوگ نشستن‌های طولانی که نتیجه نهایی و کارکرد پنهان چنین بهره‌گیری‌هایی، پیشگیری از بروز خشم در بازماندگان و تقویت مشارکت واقعی آنان به منظور بازسازی منطقه در مراحل بعدی است. زیرا، تجارب حوادث پیشین، گویای این واقعیت است که بازماندگان حوادث، نه تنها افرادی درمانده نیستند بلکه دارای انرژی‌های فراوانی می‌باشند و دگرپاری آن‌ها نیز به شدت افزایش یافته است. مردان به نوعی و زنان به گونه‌ای دیگر، می‌توانند امدادگران را در اخذ تصمیمات منطقی یاری رسانده و در فعالیت‌های روزانه خویش نیز مشارکت نمایند.
- ۴- هفته‌های اول پس از حادثه
- 0 بازنگری برنامه‌ها و اصلاح موردی آن‌ها
- 0 ارائه یافته‌ها و نحوه همکاری با مسئولان محلی
- 0 استقرار وضعیت نسبتاً عادی و اسکان‌های مناسب‌تر
- 0 زمینه کار و تلاش مجدد و پیشگیری از وابستگی مردم
- 0 شناسایی دقیق‌تر افراد نیازمند و بی‌سرپرست و تشکیل هسته‌های خویشاوندی
- ۵- بازتوانی افراد و بازسازی منطقه: پس از گذر از مراحل فوق، تعدادی از مددکاران اجتماعی مجرب در منطقه به کار خود ادامه می‌دهند تا در کنار روان‌شناسان و مشاوران متخصص و در قالب یک کار تیمی، بازتوانی اختلال‌های ناشی از حادثه را سامان بخشند. علاوه بر این، تأکید بر مشارکت واقعی مردم شامل مشارکت در تفکر، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اجرا در راستای بازسازی خانه‌های خویش، حائز اهمیت می‌باشد (۲۴).
- الگوی مددکاری اجتماعی برای مداخله در بحران: این مداخله متأثر از نیازهای مراجعان، منابع در دسترس، نوع حادثه و ضربه‌ای است که به جامعه آسیب دیده وارد شده است. در این راستا، زمان محدود و بسیار بااهمیت بوده و مددکاران اجتماعی می‌بایست نیازهای جامعه هدف را سریعاً

شناسایی نمایند و با شناخت منابع تأمین نیازها، به سازماندهی و بهره‌گیری از آن‌ها بپردازند و با نفوذ در افراد آسیب دیده و بکارگیری مهارت‌های درمانی و ارتباطی، زمینه کنار آمدن و سازگار شدن آن‌ها را با موقعیت ناشی از بحران فراهم نمایند و مانع از اجرای فعالیت‌هایی شوند که به رخداد خطر و عمیق تر شدن بحران می‌انجامد.

بنابراین، ارائه خدمات پس از وقایع آسیب زا به سطح بالایی از مهارت و فعالیت‌های تخصصی مددکاران اجتماعی نیاز دارد؛ این مهارت‌ها در گام اول به توانایی مددکار اجتماعی در بکارگیری ابزارهای کار اختصاصی مددکاری، با هدف شناخت مشکل و برقراری ارتباط با جامعه حادثه دیده، مرتبط است که به ارتباطی رشد یافته و تأثیرگذار بین افراد آسیب دیده و مددکار اجتماعی می‌انجامد. یکی از مهارت‌های مددکار اجتماعی ارزیابی صحیح موقعیت بحرانی در زمان محدود است. افرادی که ضربه‌های روانی شدیدی را در شرایط بحرانی تجربه نموده‌اند، به کمک‌های فوری نیاز دارند و فرآیند کمک رسانی می‌بایست مطابق با نیازهای روانی - اجتماعی آن‌ها باشد تا از کفایت و اثرگذاری لازم در حل مشکل آن‌ها برخوردار بوده و مددکاران اجتماعی نیز با ارزیابی نشانه‌های رفتاری فرد در شرایط بحرانی و منابع در دسترس می‌بایست نقشه مداخله را به سرعت سازماندهی و اجرا نمایند، علاوه، آن‌ها نباید با بکارگیری برخی از ابزارها و تکنیک‌های ارزیابی که نیاز به زمانی طولانی دارند باعث از دست رفتن زمان مؤثر مداخله شوند. مثلاً، استفاده از فرم‌های ارزیابی و یا مصاحبه‌های طولانی که با هدف ارزیابی تاریخچه زندگی فرد انجام مداخله‌ای ناهنگام را موجب می‌گردد. مداخلات مؤثر در بحران‌های ناشی از وقایع بر آگاهی مداخله‌گران از نوع بحران ایجاد شده و ضربه‌ای که به افراد و جامعه تحت تأثیر وارد آمده، متمرکز است. مددکاران اجتماعی، اهداف درمانی را بر اساس شناخت از بحران و موقعیت فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی افراد آسیب‌دیده، طرح‌ریزی می‌نمایند.

مداخله در بحران‌های ناشی از حوادث طبیعی، در مرحله اول بر تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان، متمرکز است همانند تأمین نیازهای فوری همچون محیطی امن، خدمات بهداشتی و درمانی، غذا، لباس و سر پناه. مددکاران اجتماعی برای ارائه این خدمات، با منابع گوناگون خدمت رسانی ارتباط دارند تا شبکه‌ای از خدمات را برای برطرف کردن نیازهای حادثه دیدگان، فراهم آورند، زیرا، بسیاری از این افراد، توانایی ارتباط با منابع دریافت کمک را ندارند؛ که ممکن است به دلیل شرایط سخت روانی و زیستی، انگیزه لازم در پیگیری دریافت خدمات را نداشته و یا فاقد دانش، مهارت و ظرفیت لازم در بهره‌گیری از این خدمات باشند؛ بنابراین، در چنین شرایطی، مددکار اجتماعی، مدیریت دریافت و برخورداری از خدمات را دنبال می‌نماید. از طرفی، توجه به وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افرادی که تحت تأثیر حادثه بوده‌اند نیز، بسیار ضروری است. نقش مددکاران اجتماعی، برقراری ارتباط حمایتی و گوش سپردن فعال به گفته‌های افراد آسیب دیده می‌باشد تا از این طریق به ارائه خدمات مشاوره‌ای پرداخته، احساس‌ها و چگونگی ادراک فرد از واقعه را بررسی نموده و با بررسی بازخوردهای ناشی از فرآیندهای درمانی مرتبط، شرایط کمک رسانی و مداخله‌ای

را بهبود بخشد (۱۲۹).

لازم به ذکر است که سطح مداخلات فردی در مددکاری اجتماعی زمانی انجام می‌پذیرد که فرد مددجو با مشکلی مواجه شده و می‌بایست برای مقابله با مشکل توانمند شود. اگر مشکل مشترکی برای بیش از یک نفر وجود داشته باشد، مددکاران اجتماعی برای توانمندسازی افراد گروه‌های کوچکی را شکل می‌دهند تا از طریق پویایی گروه به هدف توانمندسازی دست یابند. اما اگر مشکل مشترک برای افراد یک جامعه رخ دهد، به مداخلاتی در سطح کلان‌تر نیاز است که به آن مددکاری در سطح جامعه اطلاق می‌شود. بنابراین، در مجموع، فعالیت‌های مددکاران اجتماعی در زمان بحران را می‌توان به پنج دسته اصلی تقسیم نمود:

۱- حمایت‌های فردی و خانوادگی

۲- برقراری ارتباط بین منابع و نیازهای افراد و کمک به مددجویان برای دسترسی به منابع

۳- پیشگیری از ایجاد هرگونه مشکل جسمی و روانی

۴- پیشگیری از فروپاشی افراد، خانواده‌ها، سازمان‌ها و اجتماعات

۵- مداخله برای تغییر سیستم‌های خرد و کلان به منظور رفاه مددجویان

از طرفی، گروه‌های آسیب‌پذیر همانند زنان و کودکان نیز می‌بایست در مداخلات مددکاران اجتماعی، مورد توجه ویژه قرار گیرند؛ بدین صورت که پس از شناسایی توانمندی‌ها و آسیب‌پذیری‌های کالبدی - مادی، باید چگونگی دسترسی به این منابع و کنترل آن‌ها مشخص شود؛ از جمله آن‌که «زنان چه مهارت‌ها و تخصص‌هایی دارند؟» و «مهارت‌هایی که اختصاصاً در مردان وجود دارند، کدامند؟»

در مورد ساختارهای اجتماعی - سازمانی نیز غالباً مشارکت زنان نادیده گرفته می‌شود؛ هم‌چنین، در فعالیت‌های امداد و نجات و توسعه‌ای که بر پایه مشارکت اجتماع طراحی شده و کاملاً به ساختارهای تصمیم‌سازی وابسته‌اند، زنان کنار گذاشته می‌شوند. لازم به ذکر است که در جامعه، احساس توانایی دستیابی به اهداف و یا قدرت ایجاد تغییر نزد زنان و مردان متفاوت است (۱۳۷).

مددکاری در سطح جامعه عمدتاً با هدف رشد و توسعه جوامع، به فعالیت‌های مختلفی دست می‌زند. مطالعات اجتماعی به منظور نیازسنجی و امکان‌سنجی، برنامه‌ریزی اجتماعی با هدف ایجاد تغییر در مسیر رشد و توسعه، و اقدام اجتماعی در راستای دستیابی به اهداف، از جمله مهم‌ترین رویکردهای مددکاری در سطح جامعه می‌باشند (۱۳۳).

درس آموخته‌های مرتبط با مددکاری اجتماعی پس از حوادث طبیعی (۱۳۳)

- مطالعه‌ای که در مورد مداخلات اجتماعی در زلزله تایوان انجام شد، نشان داد که ۲۰ درصد کل مددکاران اجتماعی تایوانی در این مداخلات، مشارکت نمودند. بطوریکه ۶۰ درصد مددکاران تایوانی در ارائه کمک به آسیب‌دیدگان در زلزله مشارکت داشته و تقریباً ۷۰ درصد از آن‌ها در

مراحل اولیه پس از بحران به حادثه‌دیدگان کمک نموده و تعداد کمی از آن‌ها درباره مداخله در شرایط بحرانی دوره آموزشی گذرانده بودند. از طرفی، بررسی‌ها نشان می‌دهند که در اکثر موارد، میزان مداخلات مددکاران اجتماعی در دوره‌های اول پس از بروز حادثه بیشتر و در دوره بازسازی اجتماع آسیب‌دیده، مورد غفلت واقع شده و کمتر می‌باشد.

- پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تعداد کمی از آسیب‌دیدگان سونامی در جزایر آندومان و نیکوبار به خدمات روان‌پزشکی نیاز داشتند. متقابلاً، آن‌ها از مداخلات اجتماع‌محور و مشارکت در گروه‌هایی بهره گرفتند که در منطقه قابل اجرا و در دسترس بود. بنابراین دسترسی به خدمات اجتماع‌محور و سادگی برگزاری گروه‌های محلی و در عین حال مؤثر بودن آن‌ها از مهم‌ترین دلایل استقبال آسیب‌دیدگان از این روش‌ها بوده است. علاوه بر آن، تحقیقی که بین ۲۱۱۶ مددکار فعال پس از زلزله تایوان در سال ۱۹۹۳ انجام گرفت نشان داد که ۸۰/۳ درصد از این مددکاران در دوره امداد فوری پس از زلزله به حمایت‌های مستقیم فردی و خانوادگی پرداختند.

- نگاهی به فعالیت‌های سازمان‌های دولتی و غیردولتی (ملی و بین‌المللی) بعد از زلزله بم نشان می‌دهد که عمده پروژه‌های انجام شده توسط این سازمان‌ها پس از گذشت سه تا شش ماه از وقوع زلزله در چارچوب اقدامات اجتماع‌محور و با تأکید بر توانمندسازی بوده است و مددکاران اجتماعی در اجرای این پروژه‌ها نقش مؤثری بر عهده داشته‌اند.

- در سال ۱۹۸۵، پس از زمین‌لرزه‌ای مخرب در مکزیکوسیتی، که در آن سازمان‌های اجتماعی قدرتمند، از قبل، حضور داشتند، مردم جامعه محلی تلاش‌های امدادی را سازماندهی کردند. مردم محلی قسمت اعظم پاکسازی، توزیع غذا و دیگر مایحتاج را انجام دادند، پناهگاه‌های موقت ایجاد کردند و خانه‌های جدید طراحی نمودند. اقدام امدادی محلی به یک جنبش اجتماعی تبدیل شد و برای یک دوره پنج ساله به مردم کمک نمود. در مطالعاتی که بین سه تا پنج سال پس از زمین‌لرزه انجام شدند، هیچ گزارشی از افزایش شیوع مشکلات مربوط به بهداشت روان وجود نداشت.

- در سال ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ در آنگولا، کودکان در اردوگاه‌های آوارگان داخلی، سرگرمی محدودی داشتند و والدین زمان کوتاهی را با فرزندان خود سپری می‌کردند. با شناسایی افراد بزرگسالی که مردم محلی درباره کودکان خردسال خود از آن‌ها راهنمایی و کمک می‌گرفتند، یک سازمان غیردولتی بین‌المللی، دوره‌ای آموزشی را در زمینه چگونگی سازماندهی فعالیت‌های مناسب با سن و جنس افراد ترتیب داد تا علاوه بر ایجاد انگیزه، تعاملات اجتماعی مثبت را نیز در آن‌ها ارتقا بخشد. اگرچه در این منطقه، مدرسه یا مراکز آموزش دیگری وجود نداشت، فعالان محلی برنامه‌هایی را در زیر سایه درختان اجرا نمودند و ضمن مشارکت دادن مادران در این برنامه‌ها،

کودکان نیازمند به کمک ویژه را ارجاع می‌دادند. لازم به ذکر است که چندین هزار مادر و کودک از این فعالیت‌ها سود بردند.

۳- مداخلات اجتماع محور (مبتنی بر مشارکت مردم)

توان یک جامعه برای تسریع فرآیند بازتوانی با تلاش‌های آن در دوره پیش از حادثه و از طریق فعالیت‌های کاهش آسیب، آمادگی و نیز ظرفیت‌سازی، آغاز می‌گردد. این تلاش‌ها علاوه بر ایجاد اجتماعی مقاوم، منجر به افزایش توانمندی جامعه در تاب‌آوری، پاسخ و بازتوانی پس از حادثه می‌گردد. اخذ تصمیمات بموقع توسط جامعه در پاسخ به تأثیرات حادثه، زمان و هزینه اقدامات بازیابی را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۶۰). فعالیت‌های اجتماع محور، نقشی اساسی در حوادث ایفا می‌نمایند که دلایل آن عبارتند از (۱۳۸):

- بسیاری از آسیب‌دیدگان را در ساعات اولیه پس از حادثه و قبل از رسیدن نیروهای امداد می‌توان توسط مردم نجات داد.
 - یک جامعه آماده، فعال و دارای سازماندهی مناسب، می‌تواند خطرات و تأثیر سوء حوادث را کاهش دهد.
 - جامعه خط مقدم پیشگیری از مواجهه با مخاطرات محلی است.
 - آگاهی از خطرات محلی، نیازهای واقعی جامعه را تبیین می‌نماید.
- اجرای بازتوانی موفق در هر جامعه‌ای، بر اساس محیط، چالش‌ها، اولویت‌ها و چشم‌اندازهای آن جامعه، متفاوت است. تمامی اعضای جامعه، می‌بایست دارای فرصت یکسان مشارکت در اقدامات بازتوانی باشند. یک بازتوانی موفق، توانایی افراد و خانواده‌ها را برای جبران خسارات به گونه‌ای افزایش می‌دهد که نتیجه آن اجتماعی تاب‌آور در ابعاد مختلف فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی خواهد بود (۱۳۹).
- از طرفی، کل چشم‌اندازهای جامعه، در تمامی مراحل مدیریت حوادث و برنامه‌ریزی بازتوانی منعکس می‌شوند. نیازهای جامعه با رویکردهای محلی به صورت جامع و فراگیر تأمین می‌شوند و علاوه بر آن، رویکردهای مردم محور، حداکثر نمودن خدمت رسانی و کاربرد مؤثر منابع مالی و غیرمالی، را موجب می‌شوند. هم‌چنین، اطلاع‌رسانی مستمر در مورد برنامه‌های بازتوانی به اعضای جامعه، اعتماد عموم را نسبت به تعهد در اجرای این برنامه‌ها افزایش می‌دهد (۶۰).

تجربیات هلال احمر و صلیب سرخ در اجرای برنامه‌های حمایت روان‌شناختی (و نیز تجربیات کارشناسان سازمان بهزیستی کشور در ایران در ارائه خدمات روانی - اجتماعی به مصیبت‌دیدگان حوادث) نشان داده است که در پیش گرفتن رویکرد مبتنی بر اجتماع، در راستای ایجاد منابع محلی، فراهم نمودن آموزش و نوسازی ساختارها و نهادهای محلی و نیل به موفقیت در این حوزه‌ها، ضروری می‌باشد. این رویکرد امکان می‌دهد تا داوطلبان آموزش‌دیده، دانش خود را با جامعه در میان بگذارند و بدلیل اینکه اکثر هیجان‌ها (مانند ناراحتی و آشفتگی) نیازی به درمان تخصصی ندارند، در اغلب موارد، منابع محلی و بومی، وسیله تسکین

و آرامش محسوب می‌شوند. از طریق کار کردن با گروه‌ها به جای افراد و تمرکز بر نقاط قوت شبکه‌های اجتماعی می‌توان تعداد بیشتری از مصیبت‌دیدگان را یاری نمود. علاوه بر این، درگیر کردن جامعه با دانش، ارزش‌ها و فعالیت‌های خاص خود موجب می‌شود تا احتمال ارائه پاسخ‌های متناسب با فرهنگ اجتماع، بیشتر گردد (۱۴۰).

• مشارکت اجتماعی :

برنامه‌هایی که افراد محلی و بومی تدوین و اجرا کنند توانمندسازی را ارتقا خواهد داد، به احساس تعلق و مالکیت محلی دامن زده و تاب‌آوری را برای حل مسائل تسهیل نموده و تحکیم می‌بخشد. مردم از راه مشارکت احساس می‌کنند که هم زندگی شخصی خود و هم زندگی اجتماعی را تحت کنترل و مهار خویش دارند. مشارکت در تصمیم‌گیری‌های جمعی و در کنار آن، تدوین و اجرای راهکارهای مناسب که مبتنی بر نقاط قوت افراد بومی باشد، تأمین نیازها را میسر خواهد ساخت؛ بنابراین، چنین رویکردی می‌بایست در تمامی مراحل برنامه نمایان باشد. مشارکت اجتماعی وسیله‌ای است برای یکپارچگی مجدد افراد و خانواده‌ها در اجتماعات، و نیز ابزاری است جهت شناسایی و بازسازی شبکه‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای. افرادی که در سطح بین‌المللی جهت یاری رسانی اعزام می‌شوند، نیازمند هدایت و راهنمایی شدن از سوی مردمی هستند که قرار است تحت پوشش خدمات باشند. در صورت عدم تحقق این امر، نتیجه محتمل، انفعال و وابستگی (افراد و جامعه) خواهد بود (۱۴۰). به عنوان مثال، پس از طوفان فلوریدا، فعالیت اجتماع محلی همراه با حمایت سازمانی و کمک اقتصادی سازمان‌های دولتی و غیردولتی مردم نهاد، روشی مؤثر در توسعه و اجرای فعالیت‌های بازتوانی بود (۱۴۱).

شیوه مناسب ارتقای توانمندسازی، تأکید بر شایستگی‌ها و توانایی‌ها به جای پرداختن به کمبودها و نقص‌هاست. در این خصوص، منابع موجود، سازوکارهای دفاعی و انعطاف‌پذیر می‌بایست احیا گردد. بنابراین هدف ارائه مداخلات عبارتند از :

۱- مشارکت فعال آحاد مردم در حل نمودن مشکلات خود

۲- شناخت مهارت‌ها، شایستگی‌ها و تخصص‌های افراد

تلاش‌های بازماندگان در جهت رویارویی با تجربه‌های استرس‌زا و کنار آمدن با آن‌ها، می‌بایست مورد تشویق و حمایت واقع شود؛ زیرا راهکارهای خودیاری که توسط جمعیت‌های حادثه دیده مورد پذیرش قرار گرفته و انجام می‌گردند، یک عامل مهم در موفقیت رویکرد اجتماع محور، محسوب می‌شوند. در برنامه‌ریزی مداخلات، مطرح نمودن پرسش‌های زیر تعیین‌کننده می‌باشد :

۱- برای کمک به مردم تحت فشار و پریشانی، روش‌های متناسب فرهنگی کدامند؟

۲- مردم به طور سنتی برای جلب حمایت و دریافت کمک دست به دامن چه کسانی می‌شوند و به چه

کسانی پناه می‌برند؟

۳- چگونه می‌توان از مردم و ساختارهای مختلف به بهترین نحو حمایت کرد؟

باید در نظر داشت که ساختارهای حمایتی جامعه‌ای که بر اثر فاجعه در هم شکسته است نیازمند بازتوانی می‌باشند. تأکید بر تلاش مثبت آحاد مردم برای مقابله و کنار آمدن با تجارب مذکور می‌بایست اتحاد و پیوستگی آن‌ها را به دنبال داشته و نیازهای مردم آسیب‌دیده را به حداقل کاهش دهد. تجربه هلال احمر و صلیب سرخ نیز نشان داده است که چالش‌ها و سختی‌های کار در محیط‌های متفاوت فرهنگی، با استفاده از رویکرد مبتنی بر اجتماع به بهترین شکل قابل رفع هستند.

یاری دهندگان و داوطلبان ارائه خدمات روانی- اجتماعی در بسط و ارتقای فرآیند خودیاری اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌نمایند. اکثر اوقات، آنان نماینده بخشی از اجتماع حادثه دیده بوده، زبان و زمینه‌های فرهنگی مشترکی با آسیب‌دیدگان داشته و لذا بهتر می‌توانند مردم را حمایت نمایند. موارد زیر عناصر مهمی در تسهیل فرآیند خودیاری اجتماعی محسوب می‌گردند (۱۴۰):

۱- شناسایی و درگیر نمودن رهبران اجتماع یا افراد سرشناس

۲- ایجاد احساس مالکیت اجتماعی در آحاد جامعه

۳- شناسایی منابع اجتماع

۴- بهبود و ارتقای سلامت روان‌شناختی

۵- فعال‌سازی منابع

۶- تصمیم‌گیری مشترک و اجماع عمومی

اساس فعالیت‌های مبتنی بر اجتماع، اعتماد به ظرفیت‌های جامعه بازمانده در راستای اجرای بازتوانی است. بنابراین، بزرگترین چالش متخصصان این حوزه، کمک به بازماندگان و تسهیل کوشش‌های آنان برای بازگشت به وضعیت عادی می‌باشد. اما لازم به ذکر است که چنین فعالیت‌هایی می‌بایست بر رعایت شأن و حقوق انسان‌ها استوار باشند (۸۰). بررسی تجربه‌های جهانی متعدد نیز نشان می‌دهد که انجام اقدامات اجتماع محور پس از وقوع بحران همواره یکی از مؤثرترین و پایدارترین راهکارها برای حل مشکلات اجتماعات بحران‌زده بوده است (۱۴۲). علاوه بر آن، در مشارکت‌های مبتنی بر جامعه، میزان قدرت، علاقه و منابع هر یک از ذینفعان، توانایی آن‌ها را برای مشارکت در برنامه‌ها، تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین به محیطی نیاز است که در آن، تمامی ذینفعان فرصت مشارکت و تعامل یکسان داشته باشند (۱۴۳). شکل (۵) ذینفعان و مشارکت‌کنندگان در برنامه‌های بازتوانی پس از حوادث طبیعی را نشان می‌دهد.

درس آموخته‌های مشارکت‌های اجتماعی:

• ایالات متحده آمریکا:

NDRF آمریکا که توسط FEMA در سال ۲۰۱۰ ارائه گردید، برای فراهم نمودن طیفی از مراقبت‌ها

و تأمین نیازهای جامعه‌ای که آسیب‌های اقتصادی، جسمی و روان‌شناختی را تجربه نموده است و نیز بازگرداندن زیرساخت‌های فیزیکی آن به وضعیت قبل از حادثه، اهمیت یکسانی قائل است. اقدامات بازتوانی، تاب‌آوری جامعه را در مقابل حوادث افزایش داده و از میزان آسیب‌پذیری آن می‌کاهد؛ علاوه بر آن، تقویت سیستم‌های خدمت رسانی شامل سیستم‌های سلامت و مردم محور، ساختار اجتماعی، دوام‌پذیری محیطی و منابع فرهنگی و اقتصادی، در کنار اقدامات بازتوانی برای بهبود تاب‌آوری کلی اجتماع، بکار گرفته می‌شود. در این راستا، ذینفعان اصلی برنامه‌های بازتوانی را می‌توان به صورت زیر تقسیم‌بندی کرد (۶۰):

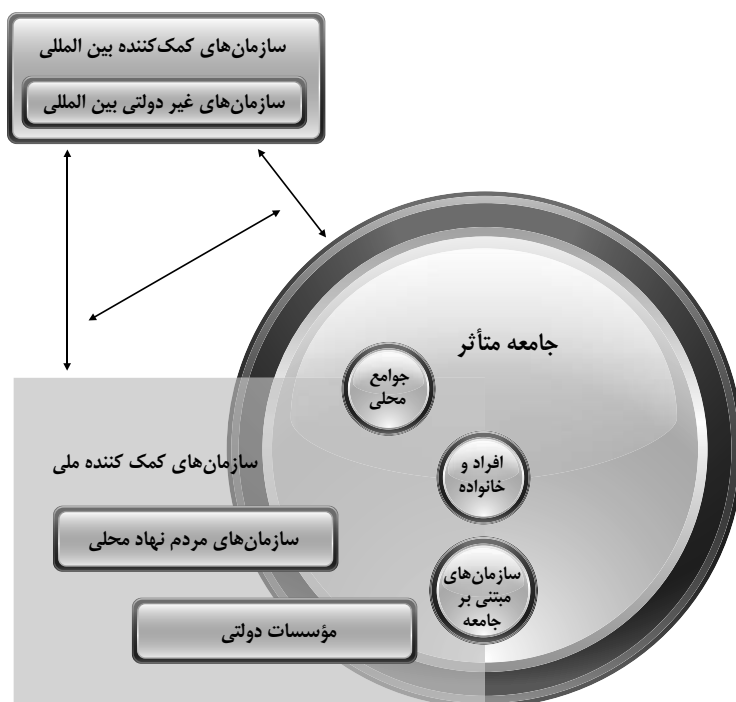
۰ افراد و خانواده‌ها: برنامه‌ریزی و آمادگی با هدف دوام‌پذیری و تاب‌آوری در ماه‌های پس از رخداد یک حادثه طبیعی، از الزامات افراد و خانواده‌های درون جوامع است که شامل پوشش توسط بیمه‌ها و نگهداری مقادیر کافی از منابع ضروری مانند دارو، غذا و آب می‌گردد. اطلاعات لازم در مورد بازتوانی نیز در وب سایت‌ها، رسانه‌ها و سایر منابع اطلاع‌رسانی، در سطوح بین‌المللی، ایالتی، منطقه‌ای و محلی، می‌بایست قابل دسترسی باشد زیرا آگاه نمودن مردم در مورد فرآیند بازتوانی جامعه، ابهام و عدم قطعیت را از بین می‌برد. نقش‌ها و وظایفی که توسط FEMA برای افراد و خانواده‌های ایالات متحده آمریکا در نظر گرفته شده است عبارتند از:

- ۱- اجرای برنامه‌های بازتوانی در سطح افراد و خانوارها
- ۲- پذیرفتن مسئولیت هدایت و مدیریت نمودن افراد و خانوارها توسط خود آنان
- ۳- رسیدگی به افرادی که نیازمند کمک می‌باشند
- ۴- مشارکت در برنامه‌ریزی‌های مربوط به حوادث در صورت امکان
- ۵- ایجاد معیار یا استاندارد برای ارزیابی پیشرفت و دستاوردهای اهداف بازتوانی حادثه برای افراد و جوامع

۰ بخش خصوصی: بخش خصوصی در اعتمادسازی بین مردم متأثر از یک حادثه، نقش مهمی ایفا می‌کند. در جامعه‌ای که بخش خصوصی فعال است، بازتوانی با سرعت بیشتری انجام خواهد شد چراکه طیفی وسیع از زیرساخت‌های حیاتی مانند سیستم‌های الکترونیک، سیستم‌های ارتباط از راه دور و سیستم‌های اقتصادی، طی فرآیند خصوصی‌سازی توسط بخش‌های خصوصی، اداره و مدیریت می‌گردند و از این طریق، در بازتوانی منطقه‌ای یا ملی نقش حیاتی ایفا می‌نمایند. از سازمان‌های خصوصی فعال در این زمینه می‌توان به منابع و توانایی‌های بانک‌ها و شرکت‌های بیمه اشاره نمود. اقدامات بازتوانی بخش خصوصی در ایالات متحده آمریکا، موارد زیر را شامل می‌شود:

- ۱- اجرای برنامه‌های استمرار کسب و کار در بازتوانی

- ۲- در صورت امکان، پشتیبانی و حمایت کارکنان متأثر از حادثه با ارائه اطلاعات ضروری در مورد فرآیند بازتوانی از طریق دسترسی و ارتباطات داخلی چند زبانه
- ۳- تسهیل مشارکت داوطلبان، رهبران، دستیاران فنی و فروشندگان کالاهای مصرفی، توسط بخش خصوصی
- ۴- تشکیل گروه‌ها یا نیروهای کار مرتبط با بازتوانی اقتصادی با هدف کمک و برقراری ارتباط مؤثرتر با رهبران جامعه و دولتمردان
- ۵- جستجوی منابع مالی و انواع تأمین مالی همراه با شناخت فرآیندهای موجود در برنامه‌های کمک رسانی
- ۶- کمک به مؤسسات خصوصی محلی و کوچک برای خدمت‌رسانی



شکل ۵) ذینفعان و مشارکت‌کنندگان در برنامه‌های بازتوانی پس از حوادث طبیعی (۱۴۳)

- ۷- پذیرفتن و ایفای نقشی مهم در سازمان‌های بازتوانی در سطح ایالتی و محلی
- ۸- ایجاد استانداردهای ارزیابی پیشرفت و دستاوردهای مربوط به اهداف بازتوانی در بخش خصوصی (۶۰)

O سازمان‌های مردم نهاد: بخش غیردولتی غیرانتفاعی یا مردم نهاد، در بازتوانی جامعه متأثر از حادثه، نقش اساسی ایفا می‌نماید. این سازمان‌ها شامل سازمان‌های داوطلبانه، تشکلهای معنوی و اجتماعی، نهادهای مذهبی مانند کلیسا، سازمان‌های خیریه بشردوستانه، انجمن‌های تخصصی و دانشگاهی می‌شود. ارزش عمده فعالیت این ذینفعان، در برنامه‌ریزی‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه، مدیریت موردی، هماهنگی داوطلبان، سلامت رفتاری، حمایت‌های روان‌شناختی، عاطفی، فنی و مالی، اسکان افراد و نیز استانداردهای طراحی و اجرای پروژه‌های مبتنی بر جامعه، نمود می‌یابد.

حمایت‌های بخش غیردولتی از بازتوانی، توسط سازمان‌های کوچک محلی و همچنین از طریق سازمان‌های بسیار بزرگ باتجربه در مدیریت بازتوانی پس از حوادث، انجام می‌گردد. سازمان‌های مردم نهاد، به عنوان مکمل عمل نموده و شکاف ناشی از کمبود منابع بخش دولتی را پر می‌نمایند. علاوه بر آن، سازمان‌های مردم نهاد، نقش مهمی در تضمین مشارکت تمامی اعضای جامعه متأثر از حادثه، ایفا می‌نمایند که این مشارکت، تمامی حمایت‌کنندگان، تأمین‌کنندگان مالی و دامنه وسیعی از مردم جامعه شامل گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان، سالمندان، معلولین) را دربرمی‌گیرد. دریافت اطلاعات بهنگام در زمینه بازتوانی، مشارکت در فرآیندهای بازتوانی، شناخت و دسترسی به منابع تخصیص یافته به فعالیت‌های بازتوانی، برای تمامی افراد و خانوارها، بسیار ضروری است (۶۰).

تجربیات بین‌المللی، نشان داده است که جوامع در پایش کیفیت و مناسب بودن اقدامات بازتوانی، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌نمایند. سازمان‌ها یا تشکیلات جامعه محور، توانایی بررسی و کنکاش پیشرفت‌های کاری و فراهم نمودن بازخورد به مسئولین دولتی، اهداکنندگان و مجریان برنامه‌های بازتوانی را دارا می‌باشند. در نظر گرفتن نقش سازمان‌های مردم محور در سیستم‌های تضمین کیفیت، آن‌ها را تشویق به راهنمایی و تدوین استانداردهای لازم جهت ایفای این نقش می‌نماید. علاوه بر آن، آموزش جامعه متأثر را می‌توان به سازمان‌های مردم نهاد واگذار نمود. به عنوان مثال، پروژه‌های بازتوانی سریع پس از وقوع آل‌نینو در اکوادور باعث شد تا سازمان‌های مردم نهاد، وظیفه تعاملات بین ذینفعان را بر عهده گرفته و برنامه‌های آموزشی در زمینه شبکه‌های توسعه پایدار محیطی و اجتماعی را اجرا نمایند (۱۱۸).

در ایالات متحده، تشکیلات خاصی از FEMA به نام RSF از اقدامات حمایتی بازتوانی، پشتیبانی نموده و علاوه بر انجام هماهنگی‌های مربوط به متخصصین و برنامه‌های بازتوانی سازمان‌های دولتی، به سازمان‌های غیردولتی و مؤسسات خصوصی فعال در امر بازتوانی نیز برای مشارکت در فرآیندهای

برنامه‌ریزی و همکاری با بخش دولتی یاری می‌رساند. فعالیت‌ها و نقش‌هایی که FEMA برای NGO ها تعیین نموده است عبارتند از :

- ۱- فراهم نمودن منابع و حمایت از خدمت‌رسانی به افراد، گروه‌ها و جوامع آسیب‌پذیر نیازمند حمایت و پشتیبانی
- ۲- تسهیل نمودن مشارکت رهبران و نمایندگان جمعیت آسیب‌پذیر با سازمان‌های بازتوانی در سطح فدرال، ایالتی و محلی
- ۳- فراهم نمودن مراقبت‌های عاطفی و روان‌شناختی شامل آموزش به ارائه‌دهندگان خدمات
- ۴- برقراری ارتباط و هماهنگی با مسئولان و مدیران سطوح ایالتی و محلی با هدف شناخت نیازها و توانمندی‌های آنان
- ۵- مشارکت در فرآیند برنامه‌ریزی مبتنی بر جامعه پس از حادثه
- ۶- بهبود مشارکت بین تمامی سازمان‌های غیردولتی فعال در اقدامات بازتوانی پس از حوادث
- ۷- بکارگیری تجربیات سازمان‌های غیردولتی در مورد تکنیک‌ها، منابع و داوطلبان برنامه‌های مختلف بازتوانی
- ۸- هماهنگ نمودن برنامه‌ها و خدمات بازتوانی با سایر نهادهای و سازمان‌های فعال شامل سازمان‌های دولتی مدیریت بازتوانی با هدف اطمینان از هم‌راستا بودن این برنامه‌ها با فرآیندهای بازتوانی آن‌ها و حداکثر نمودن اثربخشی تلاش‌های تمام سازمان‌های مرتبط با بازتوانی
- ۹- فراهم نمودن برنامه قبل از حادثه و آموزش مرتبط با فعالیت‌های پس از حادثه که در سازمان‌های غیردولتی قابل اجرا باشد
- ۱۰- ایجاد معیارهای ارزیابی پیشرفت و دستیابی به اهداف سازمان‌های غیردولتی (۶۰)

• نیوزیلند:

0 ماتاتا (۱۴۴):

پس از رخداد سیل در ماتاتا، یکی از شهرهای ساحلی نیوزیلند در سال ۲۰۰۵، آسیب‌های بسیاری به این شهر و مناطق اطراف آن وارد گردید. در طول دو سال پس از این حادثه، فعالیت‌های بازتوانی اجتماع محور در این شهر اجرا گردید؛ و در این راستا نیز مطالعه‌ای توسط سازمان علوم زمین‌شناسی و هسته‌ای در سال ۲۰۰۸، با هدف بررسی فرآیندهای بازتوانی آن‌ها و طی دو مرحله انجام گرفت که عبارتند از:

- ۱- جمع‌آوری گزارش‌های فردی از شهروندانی که حادثه سیل و تأثیرات طولانی آن را تجربه کرده بودند.
- ۲- استفاده از تکنیک‌های همکاری و مشاوره در جامعه و نهایتاً ایجاد یک گروه مرجع بازتوانی

اساسی‌ترین درسی که از این مطالعه آموخته شد عبارت بود از اینکه موفقیت هر رویکرد بازتوانی پس از حادثه، مشروط به برقراری ارتباط با جامعه متأثر و توسعه مداوم دیدگاه‌های مثبت و روش‌های اجتماع محور

می‌باشد. این موارد در ماتاتا، از طریق ایجاد و توسعه برنامه بازتوانی اجرا گردید که در آن شهروندان بر مبنای چشم‌اندازی مشترک و نیز خصوصیات منحصر به فرد اجتماع خود، تشویق می‌شدند تا به ارائه تصویری از آینده این شهر بپردازند.

پس از مصاحبه و بحث با چهار نفر از شهروندان ماتاتا و تعدادی از سازمان‌های دخیل در امر بازتوانی، عوامل موفقیت فرآیند بازتوانی، به صورت زیر تبیین گردید:

۱- اقدامات آغازین که توسط جامعه حمایت می‌شوند و نقش هدایت و رهبری را در اجرای برنامه‌های بازتوانی بر عهده دارند

۲- بکارگیری خدمات اجتماع محور و ساختارهای اجتماعی

۳- درمان پیش فعال افراد آسیب‌دیده در سریع‌ترین زمان ممکن

۴- سرویس‌های پیگیری شش تا نه ماهه اجتماع محور پس از حادثه

۵- برگزاری دیدارها و ملاقات‌های اعضای جامعه برای گفت‌وگو در مورد وقوع حوادث و صدمات پس از رخداد حادثه

۶- ایجاد انسجام و پیوستگی در بین اعضای جامعه، بلافاصله پس از رخداد حادثه، با هدف حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی از یکدیگر.

۷- حمایت‌های اعضای خانواده و دوستان که بیشتر اوقات نقش مشاور، مذاکره کننده و حتی محقق را ایفا می‌نمایند.

۸- علاوه بر عوامل موفق، متقابلاً موانع و عوامل محدودکننده فرآیند بازتوانی اجتماع محور در ماتاتا عبارتند بودند از:

۹- دانش و آگاهی محدود در زمینه حادثه و تأثیرات سوء آن بر اجتماع ماتاتا

۱۰- گستردگی تعداد تروما پس از سیل

۱۱- استفاده ناکافی از سرویس‌های سلامت روانی و/ یا سازمان‌های تخصصی ارائه دهنده خدمات روان‌شناختی

۱۲- عدم تخصیص بودجه لازم برای فعالیت‌های بازتوانی جامعه‌محور و عدم شفاف‌سازی مسئولیت‌های مرتبط با بازتوانی روان‌شناختی در طولانی مدت

۱۳- محدود بودن دستورالعمل‌های کاربردی/ عملیاتی برای بازتوانی فراگیر در جامعه

یکی از رایج‌ترین محرک‌های بازتوانی در سطح محلی، تمایل و علاقه مردم جامعه به اجرای بازتوانی، تا حد امکان می‌باشد؛ البته شناخت جامعه و هدایت تمامی فعالیت‌ها مطابق با دورنمای جامعه، نیز ضروری است. مردمی که در فرآیند بازتوانی مشارکت می‌نمایند، می‌بایست ظرفیت و توان مناسب برای برقراری ارتباط و همکاری را، داشته و علاوه بر سازگاری با شرایط، در اجرای برنامه‌های هماهنگ و پایدار بازتوانی

نیز یاری دهنده باشند.

مشارکت مردم در فعالیت‌های بازتوانی پس از حادثه، بسیار مهم است زیرا آسیب‌دیدگان، در اکثر مواقع از احساس ناخوشایند ناتوانی، رنج می‌برند و مشارکت مستقیم آن‌ها در فعالیت‌ها و برنامه‌های بازتوانی خودشان، احساس کنترل و امیدواری را در آن‌ها ایجاد می‌نماید. ذکر این نکته ضروری است که بازتوانی نه تنها یک فرایند فیزیکی/محیطی است، بلکه یک فرآیند اجتماعی نیز می‌باشد. درس‌هایی که از تجربه ماتاتا آموخته شد را می‌توان برای موفق نمودن تمامی رویکردهای بازتوانی مبتنی بر جامعه به کار بست؛ این نکات آموزنده عبارتند از:

۱- ایجاد یک زیربنا و ساختار قوی بازتوانی اجتماع محور که بر اساس اصول توانمند نمودن و مشارکت جامعه می‌باشد.

۲- حوادث طبیعی در جوامع متأثر، منحصر به فرد می‌باشند و یک رویکرد چند بعدی برای تأمین نیازهای متنوع درون جوامع، لازم است.

۳- تمامی فعالیت‌های مرتبط با بازتوانی، بهتر است پویایی و تحرک جامعه، تاریخچه و زمینه فرهنگی آن را مدنظر قرار دهند.

۴- تشویق نمودن و حمایت از رهبران جامعه جهت مشارکت فعال در برنامه‌های بازتوانی، بسیار مهم می‌باشد، به ویژه حضور آن‌ها در گروه‌های مرجع بازتوانی

۵- رویکردهای مستمر بازتوانی می‌تواند فرصت‌های مؤثری را برای تعامل و بازتوانی افراد جامعه فراهم نماید زیرا تمرکز بیش از حد بر حادثه، به تنهایی منجر به ایجاد استرس‌های مداوم می‌شود.

۶- ورود سریع به جامعه متأثر، بلافاصله پس از حادثه و قبل از ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی جدی، بسیار حائز اهمیت است.

۷- ایجاد یک نقشه جامع با در نظر گرفتن صدمات فوری و تأثیرات احتمالی روان‌شناختی و اجتماعی حادثه بر جامعه، بسیار مؤثر می‌باشد.

۸- تأکید بر نقاط قوت، مهارت‌ها و شایستگی‌ها در جامعه؛ در صورتیکه به تقویت نقاط قوت جامعه پرداخته شود، مشکلات مربوط به مداخله در جامعه با افزایش اعتماد جامعه و قابلیت کنترل آن، کاهش می‌یابند.

0 کریستچرچ (نیوزیلند) (۱۴۵):

زلزله‌های سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ شهر کریستچرچ که بزرگترین شهر در قسمت جنوبی نیوزیلند است، فرصت ارزشمندی را در اختیار مسئولین این شهر قرار داد تا به ارزیابی مجدد روندها و برنامه‌ها پرداخته و پایداری و اثربخشی سیاست‌ها و عملکردهای موجود خود را مورد بررسی قرار دهند. از طرفی به دنبال

مشورت با نمایندگان مردم، استراتژی توسعه شهری کریستچرچ که چشم انداز سه تا پنج ساله این شهر را ترسیم نمود، انتخاب و با استراتژی‌های تدوین شده در زمینه تاب‌آوری و توسعه پایدار جامعه نیز موافقت گردید.

بر مبنای چشم‌انداز توسعه این شهر، دستورالعمل بازتوانی و مدیریت فوریت‌ها و دفاع غیرنظامی شامل مردم و محیط‌های چهارگانه اطراف آن‌ها بود که موارد زیر را دربرمی‌گرفت (شکل ۶):

۱- اجتماعی

۲- اقتصادی

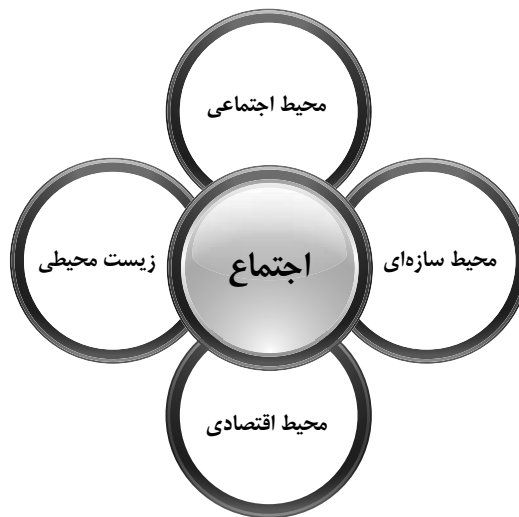
۳- زیست محیطی

۴- سازه‌ای

اصولی که برای فرآیندهای بازتوانی اجتماع محور در شهر کریستچرچ، در نظر گرفته شد، عبارت بودند از:

۱- ایجاد و حفظ کانال‌های ارتباطی مؤثر با جامعه

۲- فعال بودن جوامع و تشویق آن‌ها به مشارکت در تدوین و اجرای برنامه‌های بازتوانی که این امر منجر به ایجاد اجتماعی پایدارتر و توسعه یافته‌تر خواهد شد.



شکل ۶) محیط‌های تأثیرگذار بر فعالیت‌های بازتوانی جامعه محور (۱۴۵)

• استرالیا:

در استرالیا، به منظور بازتوانی جامعه پس از یک حادثه، چهار فاز پیش‌بینی گردیده است که عبارتند از:

۱- اولین مرحله که افراد در آن، قهرمان وار عمل می‌نمایند و تلاش مردم در جهت نجات زندگی و اموال خودشان و سایرین می‌باشد.

۲- در مرحله بعد، پیوستگی و انسجام بازماندگان قویاً مشاهده می‌شود که علت آن به اشتراک گذاشتن تجربیات با یکدیگر و انتظار کمک از یک جامعه وسیع‌تر است. به این فاز "ماه عسل" یا Honey Moon گفته می‌شود.

۳- در این مرحله، بازماندگان، با کاهش رضایتمندی، دچار سرخوردگی می‌شوند. مشکلات بازتوانی پدیدار شده و احساس خشم و ناامیدی را افزایش می‌دهد.

۴- در مرحله آخر، افراد متوجه می‌شوند که باید به هدف بازتوانی خود و جامعه نائل شوند؛ بازگشت جامعه و برنامه‌های همکاری بین مردم، اعتقاد آن‌ها را به خودشان و به جامعه، تصدیق می‌نماید.

سیاست‌های بازتوانی مؤثر، می‌بایست جوامع را برای بازگشت به وضعیت بهتر، توانمند سازد؛ رویکرد مدیریت بازتوانی حادثه استرالیا مبتنی بر مدیریت افراد توسط خودشان و نیز اعطای قدرت به جامعه است. حمایت‌های بیرونی، بهتر است به گونه‌ای باشد که هویت، شأن و خودمختاری جامعه متأثر را حفظ نموده و آن را در جهت بهبود ساختارها و عملکرد خود، توانمند سازد.

دولت استرالیا در برنامه‌های مدیریت خشکسالی، به اهمیت تعاملات اجتماعی و حمایت از افراد و خانوارها برای اداره نمودن این حادثه طبیعی پی‌برد. علاوه بر آن، اظهار نمود که مردم می‌بایست در اجرای تمامی انواع بازتوانی مشارکت فعال داشته و چارچوب‌های اجتماع محور نیز برای حضور آن‌ها تدوین گردد (۸۶). سازمان مدیریت حوادث استرالیا، برای توانمندسازی و قدرت افراد و خانواده‌های استرالیایی موارد زیر را پیشنهاد می‌نماید (۸۲):

۱- جامعه مطلع و آگاه در نتیجه ارائه اطلاعات بموقع و دقیق به آن

۲- دسترسی به خدمات، تسهیلات و منابع

۳- وجود احساس امنیت بین مردم برای تداوم فعالیت‌های روزانه

۴- جامعه سالم همراه با داشتن احساس تعلق اجتماعی بین مردم و انسجام و پیوستگی

وزارت "خانواده‌ها و جوامع" در جنوب استرالیا، یکی از اصول بازتوانی موفق را کاربرد رویکردهای مردم محور با هدف مشارکت دادن و توانمند نمودن جامعه متأثر برای پیشرفت و توسعه معرفی می‌کند. این اصول عبارتند از (۱۴۶):

۱- توانمند نمودن مردم برای مشارکت فعال در بازتوانی خودشان با تمرکز بر فعالیت‌های جامعه

محور

- ۲- تلاش در جهت تأمین نیازهای جوامع متأثر از حادثه
- ۳- توجه به ارزش‌ها، فرهنگ و اولویت‌های تمامی جوامع آسیب‌دیده
- ۴- کاربرد و توسعه دانش، رهبری و تاب‌آوری در جامعه متأثر
- ۵- تشخیص مسیرهای متفاوت جوامع جهت دستیابی به اهداف بازتوانی
- ۶- اطمینان از اینکه نیازهای خاص و متغیر جوامع متأثر با کاربرد سیاست‌ها، برنامه‌ها و خدمات منعطف، تأمین می‌گردد.
- ۷- برقراری مشارکت قوی بین جوامع و سازمان‌هایی که در فرآیندهای بازتوانی، فعال هستند.

• چین (۸۸)

زلزله سال ۲۰۰۸ چین که استان‌های جنوب غربی آن را لرزاند، بیش از ۴۵ میلیون نفر از مردم ساکن در این مناطق را تحت تأثیر قرار داد. پس از حادثه، برنامه توسعه سازمان ملل، با همکاری دولت چین، برنامه‌ای دو ساله را در ۲۰ روستای فقیر چین، با رویکرد بازتوانی و بازسازی جامعه محور اجرا نمود. به طور خاص، اهداف برنامه شامل ارزیابی نیازها و تأثیرات حادثه، بهبود برنامه‌ریزی بازتوانی مردم محور در روستاها، بازگرداندن معیشت و تشویق نمودن اجرای بازتوانی در محیط زندگی، کمک‌های فنی، حمایت از دانش و توسعه ظرفیت‌ها بود.

O فعالیت‌ها:

- ۱- ارزیابی اثر و انجام برنامه‌های مبتنی بر جامعه روستایی با استفاده از بهترین تجارب بین‌المللی
- ۲- فراهم نمودن حمایت‌های روانی- اجتماعی و قانونی برای افراد متأثر، به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و اطمینان از مشارکت یکسان مردم در فرآیند بازتوانی
- ۳- ارتقای دانش از طریق جستجوهای علمی، گردآوری مطالعات موردی، انتشار درس- آموخته‌ها و مستندسازی بهترین عملکردها

O دستاوردهای برنامه:

- ۱- تولید دانش: حمایت از ارزیابی‌ها، مرور متون و مطالعات موردی در زمینه تأثیر زلزله بر فقر، بازگرداندن معیشت و بازتوانی روانی- اجتماعی و ارائه پیشنهاداتی در مورد برنامه‌ریزی و اجرای بازتوانی جامعه محور
- ۲- اقدامات معیشتی برای فقیرترین خانوارها: حمایت سریع از معیشت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها با افزایش درآمد و بازگرداندن معیشت آن‌ها و آموزش مهارت‌های مختلف به ۵۸۳

زن

۳- مراقبت روانی - اجتماعی مردم محور: کمک‌های روان‌شناختی و اجتماعی برای ۲۲۸ نفر از ذینفعان اجرا گردید که تشکیل گروه‌های زنان از ۴۴ روستا را شامل می‌شد.

• هندوستان

0 گجرات

زلزله سال ۲۰۰۱ گجرات هند نیاز به مشارکت، رهبری و مالکیت جوامع در فرآیند بازتوانی خودشان را آشکار ساخت. پس از آن، برنامه بازتوانی با چندین ذینفع و سازمان‌های چندگانه در پاتاناکا، یکی از روستاهای گجرات، انجام شد.

تجربیات مفید و درس آموخته‌های این برنامه اجتماع محور، عبارت بودند از:

- تعامل و اعتمادسازی در بین مردم جامعه
 - اجرای فرآیندهای صحیح برنامه‌ریزی جامعه محور، انعطاف‌پذیری در بودجه‌بندی و دوره‌های زمانی برنامه‌های بازتوانی
 - اجرای برنامه با پیوستن جامعه و مشارکت مردم در آن
 - توانمند نمودن مردم متأثر از حادثه برای تأمین نیازهای آن‌ها توسط خودشان
- لازم به ذکر است که بازتوانی اجتماعی در این روستا، طی سه مرحله انجام شد:
- ۱- در مرحله اول یک برنامه جامع برای تعیین نمودن اصول و اهداف اقدامات بازتوانی تدوین گردید.
 - ۲- این مرحله، به طور مشترک با جامعه روستایی انجام شد که با برقراری ارتباط دوطرفه بین تیم پروژه و افراد خانوار همراه بود.
 - ۳- در مرحله آخر، اعضای تیم پروژه پس از اطمینان از تداوم مداخلات، از فرآیند خارج شده و جامعه، برای طی نمودن مسیر توسعه آماده گردید (شکل ۷) (۱۴۷).
- فرآیند اجرای برنامه بازتوانی در گجرات هندوستان، با توجه به نکات زیر به سمت تضمین بازیابی طولانی مدت و نیز توسعه پایدار، پیش رفت :

- ۱- تمرکز بیشتر بر دانش و آگاهی مردم به جای زیرساخت‌های فیزیکی.
- ۲- ارتقای شرایط معیشتی افراد از طریق وارد نمودن آموزش به جوامع محلی و زیرساخت‌های اجتماعی و ایجاد مهارت‌های کسب و کار در افراد آسیب‌دیده و بازماندگان پس از حادثه
- ۳- استفاده از منابع محلی و تکنولوژی مناسب: در تمامی مراحل برنامه‌ریزی و اجرا، بر استفاده از منابع محلی تأکید شد که با درنظرگرفتن مهارت‌های افراد محلی با هدف کاهش یا محدود نمودن وابستگی به سازمان‌ها و آژانس‌های خارجی بود. انتقال مناسب تکنولوژی با در نظر گرفتن شرایط ساکنین روستایی و ایجاد تطابق با موقعیت فیزیکی و اجتماعی آن‌ها، انجام گرفت.

۴- توانمندسازی افراد: انجام اقدامات بازسازی و بازتوانی توسط افراد و مشارکت آن‌ها در این امور، علاوه بر یادگیری، آگاهی و عملکردهای آن‌ها را (که بر اساس تجربیات پیشین بود) تقویت نمود.

۵- تقویت سازمان‌های محلی: با توجه به نقش اساسی سازمان‌های محلی و رهبران اجتماع در فرآیندهای بازتوانی، اجرای مشترک پروژه‌های بازیابی، اقدامات آتی مرتبط با توسعه پایدار را تسهیل نمود.

۶- گسترش برنامه‌های بازتوانی به تمامی روستاهای تخریب شده در گجرات بر اساس تجربیات پیشین مرتبط با یک روستا

۷- برگزاری کارگاه (workshop) بین‌المللی: برگزاری کارگاه سه روزه در سطح بین‌المللی با محوریت "مدیریت اجتماع محور حوادث طبیعی" با مشارکت هند و شش کشور دیگر در راستای ارتقای مشارکت افراد در اقدامات بازتوانی جامعه محور و استفاده از تجربیات گجرات (۱۴۸).

۵ ماها راشتا (۱۴۳):

پس از زلزله ۱۹۹۳، برنامه بازتوانی سریع از طریق کمک دولت، بانک جهانی و سازمان‌های مردم نهاد، تدوین گردیده و با مشارکت جامعه، آغاز به کار کرد. این برنامه ملزم به مشورت با ذینفعان و بخصوص مردم در تمامی مراحل اجرای آن شد، بطوریکه هر روستا یک کمیته محلی با سرپرستی مشاور روستا و برای هدایت اقدامات بازتوانی، تشکیل داد که یکی از زیر گروه‌های این کمیته زنان و گروه‌های آسیب‌پذیر بودند. کمیته‌های مشورتی در سطوح بالاتر منطقه‌ای برای هدایت چندین روستا در نظر گرفته شد تا مدیریت برنامه‌ها در تمامی روستاها، با تعامل و هماهنگی تمامی ذینفعان، همراه گردد. دولت نیز یک گام خلاق را برای مشارکت دادن سازمان‌های مردم نهاد برداشت و از همکاری دو مؤسسه غیردولتی استفاده نمود: مؤسسه علوم اجتماعی تاتا و تشکل بهبود منابع اصلی.



شکل ۷) مراحل بازتوانی اجتماع محور در گجرات هندوستان (۱۴۷)

• پاکستان

از جولای تا سپتامبر ۲۰۱۰، مردم پاکستان شدیدترین سیل تاریخ این کشور را تجربه نمودند. این حادثه طبیعی بیش از ۱۸ میلیون نفر از مردم این کشور را متأثر ساخت. UNDP، به عنوان اولین سازمان بین‌المللی، برنامه‌ای جامع را برای بازتوانی کوتاه مدت و بازگشت مردم آسیب‌دیده به وضعیت قبل از سیل آغاز نمود. این برنامه دارای سه رویکرد استراتژیک مردم محور بود:

۱- بازگرداندن ظرفیت‌های سازمان‌ها و تشکیلات محلی

۲- بازگرداندن معیشت افراد متأثر از سیل

۳- بازسازی زیرساخت‌های پایه و اساسی جامعه

این برنامه در ۳۹ منطقه جغرافیایی آسیب‌دیده پاکستان و در سه سطح ملی، استانی و محلی در حال اجرا بوده است. برنامه توسعه سازمان ملل، با ۱۷ سازمان غیردولتی مردم نهاد در آسیب‌دیده‌ترین مناطق به صورت آزمایشی و برای حمایت از مشارکت مردم، کار خود را آغاز نمود. آگاهی محلی و رویکردهای پایین به بالا، ظرفیت‌سازی را در سازمان‌های محلی تسهیل نموده و علاوه بر آن، از مالکیت اجتماعی مردم نیز پشتیبانی کرد. این برنامه، با حمایت مستقیم از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه شامل معلولین با معلولیت قبل و بعد از حادثه همراه بود. علاوه، سازمان‌های اجتماعی زنان در شناخت توانایی‌های بالقوه آن‌ها برای جامعه خود، و نیز نیازهای خاص زنان، نقش اساسی ایفا نمودند (۱۴۹).

در پایان، برنامه توسعه سازمان ملل متحد، برنامه‌های آموزشی متفاوتی را برای خودکفایی جامعه متأثر، اجرا نمود که عبارت بودند از (۱۵۰):

۱- آموزش خشک نمودن، آماده‌سازی و بسته‌بندی میوه‌ها به زنان

۲- آموزش پرورش قارچ و فعالیت‌های باغبانی به زنان

۳- آموزش کنترل بیماری‌ها و تکنیک‌های پرستاری به کل جامعه

• ایران

۵. بـم:

نگاهی به فعالیت‌های سازمان‌های دولتی و غیردولتی (ملی و بین‌المللی) بعد از زلزله بم نشان می‌دهد که عمده پروژه‌های انجام شده توسط این سازمان‌ها پس از گذشت سه تا شش ماه از وقوع زلزله در چارچوب اقدامات جامعه‌محور و با تأکید بر توانمندسازی بوده است و مددکاران اجتماعی در اجرای این پروژه‌ها نقش مؤثری ایفا نموده‌اند (۱۴۲).

مدیریت بازسازی بم با ارائه مدلی مبتنی بر حفظ هویت معماری و استحکام بم با محور قرار دادن مشارکت مردم، تلاش نمود تا مدیریت کلان بازسازی را به بهترین شکل انجام دهد. در این راستا می‌توان بازسازی بم را نقطه عطفی در میان بازسازی‌های اخیر دانست چراکه در مدیریت بازسازی آن شیوه‌هایی به کار گرفته

شد که تا آن زمان مورد استفاده قرار نگرفته بود. البته، موضوعاتی چون کشته شدن تعداد زیادی از مردم، پرداختن بیش از حد به اسکان موقت، ضعف در بازتوانی معنوی/ روانی مردم و نیز وجود نظام اطلاع‌رسانی نامناسب در مورد اقدامات صورت گرفته و هزینه‌های انجام شده و ... نیز بر میزان مشارکت مردم در بازسازی این شهر تأثیرگذار بوده است (۱۵۱).

در پژوهشی که در راستای تعیین پیامدهای اجتماعی زلزله بم، ۱۵ ماه پس از رخداد آن، انجام گرفت، پس از ارزیابی مشارکتی مدیریت بحران در تمامی روستاهای آسیب‌دیده از زلزله بم و خانوارهای ساکن این روستاها، به بررسی پیامدها و فرآیندهای مدیریت بحران در روستاهای آسیب‌دیده پرداخته شد. نتایج پژوهش، علاوه بر بطلان تصورات شکل یافته در مورد قربانیان به ویژه ناتوانی‌ها، انتظارات، نقش‌ها، دلوپسی‌ها و انفعال‌گرایی‌ها، نمایانگر کارآمدی و توانمندی شبکه‌های هنجاری روابط اجتماعی بالاخص شبکه خویشاوندی در مدیریت محلی بود. همچنین، نقش فعالانه مردم و شبکه‌های محلی در مواردی همچون امداد، نجات، سامان‌دهی اولیه، آواربرداری، تأمین نیازهای اولیه، هدایت کمک‌ها، کمک‌رسانی به نیازمندان ناتوان، توزیع متناسب و مناسب اقلام، و بخصوص نظارت را نشان داد. البته برخلاف توانایی‌ها و کارآمدی مردم و اجتماعات محلی، میزان مشارکت آن‌ها در مرحله بازسازی خانه‌های روستایی بسیار کم بود؛ و بدین ترتیب، عدم توجه و استفاده بسیار ناچیز از استعدادها و توانمندی‌های انسانی و محیطی به افزایش نجومی هزینه‌ها و رشد برخی آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد، سرقت و قاچاق، انجامید. علاوه بر موارد فوق، این پژوهش دو عامل مهم که در مناطق آسیب‌زا موجب افزایش تلفات و خسارات می‌شوند را تعیین نمود که عبارت بودند از:

۱- مؤلفه‌های اجتماعی و سازمانی: بیانگر اینکه جامعه چگونه نظام یافته است، تعارضات درونی

آن کدامند، و چگونه این تعارضات حل و فصل و کنترل می‌شوند؟

۲- مؤلفه انگیزشی و نگرشی: همانند اینکه در جامعه، مردم چه دیدگاهی در مورد خود و

توانایی‌هایشان برای تأثیرگذاری بر محیط پیرامون دارند؟

این دو مجموعه از توانایی‌ها و یا آسیب‌زایی‌ها، بسیار حائز اهمیت می‌باشند. در برخی از جوامع فقیر، به علت مناسب بودن سازمان یافتگی جامعه و انگیزه‌های نیرومند مردم در کمک و همیاری به همنوعان، درجه آسیب‌پذیری‌ها و به ویژه تلفات انسانی به مراتب کمتر از جوامع فراگراست.

نهایتاً، بر اساس این پژوهش، در تمامی اقدامات مشارکتی و اجتماع محور مربوط به بازتوانی پس از زلزله، نکات زیر می‌بایست مورد توجه قرار گیرد:

۱- جلوگیری از رابطه‌مداری، و ایجاد عدالت اجتماعی: با توجه به مشکلات موجود در توزیع

کمک‌های مردمی و دولتی و حاکمیت رابطه‌مداری به جای در نظر گرفتن احتیاجات مردم

آسیب‌دیده، توصیه می‌شود با تقویت نهادهای مسئول از طریق انتخاب افراد شایسته (مانند

پزشکان)، و آموزش جنبه‌های پیشی، مهارتی و دانشی به آن‌ها، زمینه بروز چنین مشکلاتی در آینده کم شود. تقدیر و تشکر از سازمان‌ها و نهادهای حامی زلزله زدگان و هم‌چنین، بازخواست شدید نهادهایی که در این مهم کوتاهی کرده‌اند، می‌بایست در دستور کار دولت قرار گیرد تا انگیزه حضور بیشتر سازمان‌ها و نهادها در بحران‌های احتمالی آینده فراهم شود.

۲- توجه به نتایج ارزیابی اثرات زلزله: با ارزیابی اثرات زلزله بر ابعاد مختلف زندگی افراد آسیب دیده، مشخص گردیده که زلزله با پیامدهای منفی هم‌چون کاهش امنیت منطقه، افزایش نابهنجاری اخلاقی، برهم خوردن تعادل و روابط اقتصادی - اجتماعی منطقه و امکانات محیطی همراه بوده است. برگرداندن امنیت به منطقه و رونق‌دهی به فعالیت‌های اقتصادی و بازار آن و نیز دور کردن فشارهای روحی و ترس و جابگزین کردن آن‌ها با آرامش و آسایش از وظایف مهم دولت تلقی می‌شود.

۳- اعطای امکانات به زلزله‌زدگان با توجه به میزان خسارت: از آنجا که پس از زلزله، امکانات زندگی زلزله زدگان کاهش می‌یابد، می‌بایست اعطای انواع امکانات مانند لوازم خانگی و ابزار کار به افرادی که در اثر زلزله آسیب بیشتری دیده‌اند، مورد توجه واقع شود (۱۳۷).

0 قاراقان:

پژوهشی دیگر که با هدف بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر مشارکت مردم در بازسازی پس از زلزله قاراقان سال ۱۳۸۱ انجام گرفت، نشان داد که در بین عوامل تأثیرگذار بر مشارکت مردم، عوامل اجتماعی نسبت به عوامل اقتصادی از وزن بیشتری برخوردار بوده‌اند بطوریکه متغیرهای جنسیتی، درآمد خانوار، عضویت در تشکلهای اجتماعی، میزان مصرف رسانه‌ای، تقدیرگرایی، قدرت ناکافی، اعتماد اجتماعی و میزان تحصیلات بر میزان مشارکت در بازسازی تأثیر معناداری داشتند (۱۵۲).

محدودیت‌های مداخلات جامعه محور:

- مردم یا اعضای جامعه چشم‌انداز و ایده‌های متنوعی در مورد بازتوانی دارند و این موضوع برنامه‌ریزان را برای درنظرگرفتن تمامی نظرات متضاد، با مشکل مواجه می‌سازد؛ به عنوان مثال، برخی از افراد تمایل به بازگشت به وضعیت پیش از حادثه را دارند در حالیکه برخی دیگر قصد دارند تا با استفاده از این فرصت، به اهداف جدیدی دست یابند.
- انتظارات فزاینده جامعه که نمی‌تواند تأمین شود یا تأخیر بلند مدت در اجرای برنامه‌ها، شهروندان را ناامید می‌سازد.

برنامه‌ریزی اجتماعی

فعالیت گروه شهروندان و تعهد آن‌ها، عوامل کلیدی تاب‌آوری هستند که به بازتوانی افراد و جوامع کمک قابل توجهی می‌نمایند (۱۳۲). برنامه‌ریزی اجتماعی با تأکید بر حمایت‌های روان‌شناختی جامعه محور و بر حسب گروه‌های کودکان، بزرگسالان، سالمندان و افراد آسیب‌پذیر موارد زیر را شامل می‌شود (۸۰):

- برنامه‌ریزی برای کودکان
 - 0 تشکیل کلوپ‌های کمک‌رسانی همانند جمع‌آوری زباله‌ها یا حمل آب برای سالمندان
 - 0 حمایت از آداب و رسوم محلی
 - 0 ایجاد گروه‌های میانجی از همسالان برای آموزش به کودکان
 - 0 ایجاد گروه‌ها یا تیم‌های بازی که کودکان بی‌سرپرست یا محروم را نیز شامل گردد.
 - 0 حمایت از نگارش نمایشنامه‌ها و اجرای آن‌ها به وسیله هنرمندان متأثر
- برنامه‌ریزی برای بزرگسالان
 - 0 ایجاد محله‌های کوچک در بین جمعیت آواره
 - 0 ایجاد مراکز ارائه اطلاعات در زمینه‌های اجتماعی
 - 0 ایجاد اماکنی برای تجمع مردم مثل قهوه‌خانه‌ها، فروشگاه‌های مواد غذایی و ...
 - 0 تشویق و برانگیختن فعالیت‌های فرهنگی
 - 0 ایجاد ایستگاه رادیویی و پخش برنامه‌هایی که اطلاعات، فعالیت‌های تفریحی و آموزشی ارائه می‌دهند.
 - 0 ایجاد صندوق ذخیره پول (قرض الحسنه) برای حمایت از زنانی که دارایی‌های اندکی دارند.
 - 0 سازماندهی گروه‌های حل مسئله
 - 0 تشویق گروه‌های اجتماعی
- برنامه‌ریزی برای سالمندان
 - 0 انتشار روزنامه محلی
 - 0 ایجاد شبکه‌های رادیویی و پخش برنامه‌هایی که اطلاعات و برنامه‌های تفریحی و آموزشی ارائه می‌دهند.
 - 0 انتخاب فردی مسن‌تر برای ارائه اطلاعات به کسانی که به رادیو دسترسی ندارند.
 - 0 آموزش موسیقی‌های سنتی و محلی و سنن فرهنگی
 - 0 احیاء نظام‌های قضاوت سنتی در جامعه
 - 0 در نظر گرفتن مکانی برای جمع شدن افراد با هدف صحبت کردن، بازی، شطرنج، یا انجام بازی‌های محلی

- برنامه‌ریزی برای افرادی که از نظر روان‌شناختی و پزشکی آسیب‌پذیرند
- 0 در حد امکان، شرکت دادن بازماندگان در فعالیتهای محلی (مثلاً رفتن به سینما)
- 0 قرار دادن افراد بازمانده در خانواده خود یا در گروه‌های باثبات

درس آموخته‌های برنامه‌ریزی بازتوانی توسط جامعه:

• کاترینا

در مطالعه‌ای که با هدف برنامه‌ریزی پس از طوفان کاترینا انجام گردید، پیشنهادهای مبنی بر تشویق شهروندان و همکاری آنان با سازمان‌های رسمی ارائه شد. گروه‌های اجتماعی نمی‌توانند به تنهایی کار کنند و مسئولیت کلی برنامه‌ریزی و هدایت بازتوانی، نهایی نمودن سیاست‌ها و تصمیم‌گیری در شرایط دشوار، بر عهده سازمان‌های رسمی است.

در بازتوانی طوفان کاترینا، به میزان قابل توجهی عدم اعتماد و مقاومت در برابر دولت و متخصصین، وجود داشت. بسیاری از شهروندان تصور می‌نمودند که باید در مقابل برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان از خود محافظت نمایند. آن‌ها احساس می‌کردند که کنترل خود را بر شرایط زندگیشان از دست داده و علاوه بر آن فاقد شبکه حمایتی از اقوام و دوستان بودند. به علاوه از اخذ تصمیمات سیاسی که ثروتمندان را بر شهروندان فقیر، ترجیح می‌داد نیز نگران بودند (۱۳۲).

• هندوستان

جامعه هدف برنامه‌ریزی مشارکتی که برای مردم هندوستان تدوین شد، همانند سایر کشورهای در حال توسعه، جوامع روستایی بود و شهرهای بزرگ و توسعه یافته را شامل نمی‌شد با این حال، پیشنهادهای مناسبی را به منظور برداشتن گام‌های لازم جهت برنامه‌ریزی مشارکتی مردم محور دربرداشت. این برنامه، فرآیند مشارکت مردم را از آغاز در نظر گرفته که شامل تشکیل تیم، شناخت ذینفعان، ایجاد چشم‌اندازی جامعه‌محور، تدوین برنامه و ارائه آن برای مباحثه و بازخورد، با هدف انتخاب و اجرای برنامه بازتوانی می‌شد (۹۴).

بازتوانی اجتماع محور (مبتنی بر جامعه) افراد ناتوان

WHO، بازتوانی اجتماع محور معلولین و افراد ناتوان را بدینصورت تعریف می‌نماید:

«اقدامات و فرآیندهای بازتوانی که با نقش فعال افراد ناتوان، اعضای خانواده آن‌ها و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، شناخته می‌شود. در این فرآیند، دانش، مهارت و آموزش اولیه افراد ناتوان به خود آن‌ها، خانواده‌هایشان و اعضای جامعه، منتقل می‌گردد و اجتماع، برای مشارکت و فعالیت افراد ناتوان در مدرسه و محل کار و در قالب برنامه‌های سیاسی، اجتماعی و تفریحی، فرصت‌های لازم را ایجاد می‌نماید» (۴۶).

علاوه بر WHO، تعاریف دیگری از این مفهوم، ارائه گردیده که عبارت است از: «بازتوانی مبتنی بر جامعه، استراتژی است در راستای ارتقای کیفیت زندگی افراد ناتوان از طریق بهبود ارائه خدمات و با استفاده از فراهم نمودن فرصت‌های برابر و حمایت از حقوق انسانی آن‌ها. در این اقدامات، تمامی سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی جامعه و کل بخش‌های مرتبط با بازتوانی شامل آموزش، سلامت و سازمان‌های حرفه‌ای و اجتماعی، با هدف معرفی و توانمندسازی افراد ناتوان مشارکت می‌کنند. از اهداف بازتوانی مبتنی بر جامعه، بهبود اجرای چنین مداخلاتی در سیستم‌های عمومی اجتماعی و سازگاری با محیط فیزیکی و روان‌شناختی است که منجر به انسجام اجتماعی و خودکوفایی افراد ناتوان می‌شود» (۱۵۳).

گروه‌های اجتماعی، با فراهم نمودن مراقبت‌های لازم برای کودکان یا بزرگسالان ناتوان، حمل و نقل آن‌ها و اعطای وام با هدف شروع فعالیت‌های درآمدزا، اعضای خانواده افراد ناتوان را یاری می‌نمایند. علاوه بر آن، منابع جامعه از طریق خدمات ارجاعی در سلامت، آموزش، کار و سیستم‌های اجتماعی، از افراد ناتوان و آسیب‌دیده حمایت می‌کند. شاید مهمترین علت آن، ماهیت خدمات بازتوانی است بطوریکه انجام آن تنها توسط یک بخش از جامعه امکانپذیر نبوده و هم‌چنین خدمات آن دارای تنوع است و محدود به یک اقدام خاص نمی‌باشد. در این فرآیند، افراد نه تنها به صورت فعال، در بازتوانی خود مشارکت می‌کنند بلکه به سایر افراد ناتوان نیز کمک نموده و برای انجام اقدامات بازتوانی، از آن‌ها حمایت می‌نمایند.

اجرای این فرآیند، در کشورهای مختلف، متفاوت است اما پیش‌شرط‌هایی وجود دارد که می‌بایست برای اجرای برنامه‌های بازتوانی جامعه محور افراد ناتوان، در هر کشور مورد توجه قرار گیرند، این الزامات عبارتند از:

- رهبران و سازمان‌های جامعه که حمایت و مشارکت آن‌ها در برنامه‌ها، بسیار مهم است.
 - کارکنان بازتوانی جامعه که در دسترس خواهند بود.
 - پرسنلی که کارکنان اجتماعی را آموزش داده و از آن‌ها حمایت می‌کنند.
 - متخصصین بازتوانی که از طریق خدمات ارجاعی در دسترس خواهند بود.
 - خدمات ارجاعی که وسایل و تجهیزات لازم را فراهم خواهند نمود.
- این اقدامات را می‌توان در نظام شبکه نیز، ادغام نمود و با همکاری کارکنان ارائه دهنده خدمات اولیه سلامت به انجام رسانید. با تقویت سیستم ارجاع بین نظام شبکه و بیمارستان‌ها و خدمات بازتوانی و پیگیری نمودن افراد در قالب این سیستم، می‌توان از وقوع آسیب‌های جدی یا ناتوان شدن افراد به دنبال وقوع یک حادثه جلوگیری کرد (۴۶).

WHO، در سال ۲۰۱۰، ماتریس بازتوانی اجتماع محور در افراد ناتوان را ارائه نمود (شکل ۹). این ماتریس دارای پنج جزء اصلی می‌باشد که عبارتند از:

۲- آموزش

۳- معیشت

۴- بخش‌های اجتماعی

۵- توانمندسازی

درحالی‌که چهار جزء اول ماتریس، با بخش‌های اصلی توسعه مرتبط هستند، توانمندسازی که آخرین جزء این ماتریس است، بر ضرورت توانمند نمودن افراد ناتوان، خانواده‌های آن‌ها و جوامع تمرکز می‌نماید تا از این طریق جریان اصلی ناتوانی در تمامی بخش‌های اجتماعی تسهیل گردیده و دستیابی افراد ناتوان به حقوق فردی و اجتماعی خود تضمین گردد (۱۵۴).

WHO به صورت مقدماتی، پروژه بازتوانی اجتماع محور افراد ناتوان را در نه کشور بررسی کرد و نتایج حاصل از این بررسی در گردهمایی که در سریلانکا تشکیل شد، مورد ارزشیابی قرار گرفت. بر اساس نتایج، این فرآیند، رویکردی مناسب، امکان‌پذیر و هزینه- اثربخش است که بر اساس آن می‌توان ضروری‌ترین خدمات بازتوانی را در کشورهای در حال توسعه، فراهم نمود. اما لازم است قبل از هر چیز، زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه‌ای که قرار است چنین برنامه‌ای در آن آغاز شود، مورد بررسی و ملاحظه قرار گیرد (۱۵۵).

اگرچه، هیچ بانک اطلاعاتی جامع و فراگیر در مورد اجرای برنامه‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه معلولین در سراسر دنیا، وجود ندارد، اما شبکه‌های جهانی مرتبط با این نوع بازتوانی، در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی، در حال پیدایش می‌باشند. به عنوان نمونه، تعداد ۲۸۰ برنامه ثبت شده بازتوانی جامعه محور افراد ناتوان در ۲۵ کشور آفریقایی، در حال اجراست که نیمی از آن توسط سازمان‌های مردم نهاد (سازمان‌های تخصصی معلولین) و نیمی دیگر توسط دولت (وزارت خدمات اجتماعی، سلامت و ناتوانی) انجام می‌شود.

ارزیابی اثربخشی فعالیت‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه به دلایل زیر مشکل می‌باشد (۱۵۶):

۱- بازتوانی مبتنی بر جامعه نمی‌تواند به عنوان یک مداخله جداگانه در نظر گرفته شود.

۲- پیامدهای مورد انتظار آن، قابل استاندارد شدن نمی‌باشد.

مرور خلاصه‌ای از گزارش‌های منتشره در مورد برنامه‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه، بیانگر اثربخشی زیاد یا بسیار زیاد و نیز مقرون به صرفه بودن آن‌ها می‌باشد. پیامدها و نتایج گزارش شده از اجرای این برنامه‌ها، موارد زیر را شامل می‌شود (۱۵۶):

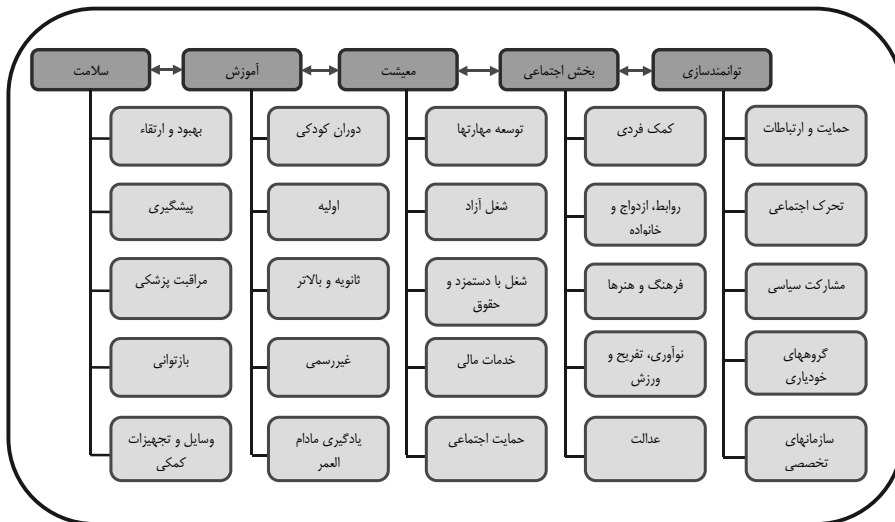
۱- عدم وابستگی

۲- افزایش تحرک و مهارت‌های ارتباطاتی افراد ناتوان

۳- پیامدهای اجتماعی مثبت

۴- افزایش ورود افراد ناتوان به اجتماع

- ۵- انطباق‌پذیری بیشتر افراد ناتوان با جامعه
- ۶- سازگاری و پیوستگی کودکان و بزرگسالان ناتوان با جامعه در نتیجه اجرای آموزه‌های این برنامه
- ۷- افزایش درآمد افراد ناتوان و خانواده‌های آن‌ها پس از ادغام با مداخلات معیشتی
- ۸- بهبود عزت نفس افراد ناتوان و آسیب‌دیده



شکل ۸) ماتریس بازتوانی اجتماع محور افراد ناتوان با تمامی اجزای اصلی و فرعی آن (۱۵۴)

• چالش‌های بازتوانی جامعه محور (۱۵۳)

در طول ۲۰ سال اخیر، تعداد زیادی از کشورهای در حال توسعه، برنامه‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه را با استفاده از رویکردهای سازمان بهداشت جهانی و یا سایر رویکردهای مرتبط، اجرا نموده‌اند. علاوه بر تأثیرات مثبت آن، انتقاداتی که به این رویکرد وارد می‌باشد، عبارت‌اند از:

۰ این بازتوانی، در واقع، افراد ناتوان و جوامع محلی را دخالت نداده است: تمامی تعاریف بازتوانی بر نقش حیاتی جامعه محلی و افراد ناتوان در برنامه‌های بازتوانی تأکید نموده‌اند. اما بسیاری از برنامه‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه با مشارکت اندکی از افراد ناتوان و جامعه آن‌ها، مدیریت شده‌اند و به جای آن، رویکردهای پزشکی پیشین، انتخاب شده و درون جامعه به کار رفته‌اند؛ درحالی‌که فلسفه وجود بازتوانی اجتماع محور، بهبود تصمیم‌گیری جامعه و رویکردهای پایین به بالا بوده است، اما واقعیت موجود آن اغلب رویکرد بالا به

پایین است و متخصصان بازتوانی هم‌چنان تصمیم‌گیرنده هستند.

0 بازتوانی مبتنی بر جامعه متمرکز بر رویکردهای پزشکی و فنی است و نه رویکردهای اجتماعی و سیاسی؛ عامل کلیدی در بسیاری از دیدگاه‌های مرتبط با این نوع از بازتوانی، در نظر گرفتن حقوق انسانی در اجرای این فرآیند است. درحالی که برنامه‌های مبتنی بر سازمان بهداشت جهانی و سایر مدل‌ها، عموماً به حمایت از رویکردهای فنی و پزشکی پرداخته و ابعاد اجتماعی و سیاسی ناتوانی را نادیده گرفته‌اند. خوشبختانه، این رویکرد پزشکی محور، در حال تغییر می‌باشد و بسیاری از برنامه‌های کنونی، استخدام، آموزش و حقوق بشر را نیز دربرمی‌گیرند و سازمان بهداشت جهانی نیز چشم‌انداز خود را وسیع‌تر نموده است.

0 بازتوانی جامعه محور، درک ساده‌ای از جامعه دارد: برنامه‌های بازتوانی مبتنی بر جامعه، جوامع محلی را خیراندیش، یک‌دست، متمایل به مشارکت در تأمین نیازهای اعضای طبقه پائین جامعه و دارای منابع کافی برای اجرای برنامه‌ها می‌داند. اما در بسیاری از کشورهای درحال توسعه، مردم برای بقای خود می‌کوشند؛ علاوه بر آن، نگرش‌های اجتماعی منفی می‌تواند مانع مشارکت مؤثر جامعه باشد.

0 بازتوانی جامعه محور یک انتخاب ارزان نیست: این فرآیند، بعنوان یک استراتژی کم هزینه شناخته شده است اما تاکنون بسیاری از برنامه‌های اجرا شده، پرهزینه بوده و گران تمام شده‌اند. خدمات با کیفیت، تخصیص قابل توجهی از منابع را ایجاد می‌نماید. سازمان بین‌المللی کار، پس از مرور و بررسی تجربیات ۱۰ ساله بازتوانی اجتماع محور در کشورهای مختلف، نتوانست برنامه‌ای را نام ببرد که پس از اتمام کمک‌های خارجی، هم‌چنان پایدار باقی‌مانده باشد.

• پایش و ارزشیابی بازتوانی جامعه محور (۱۵۶)

برای پایش و ارزشیابی بازتوانی اجتماع محور می‌بایست بر معیارهای توسعه تمرکز نمود. چارچوب پیشنهادی، بررسی چهار فاکتور مهم از توسعه در برنامه‌های بازتوانی جامعه محور می‌باشد که عبارتند از:

۱- پیشرفت فردی مردم و ارتقاء عملکرد، رفاه، منزلت و حقوق انسانی آن‌ها: شرایط قبل از

بازتوانی مردم چگونه بوده است؟ یک سال پس از اتمام بازتوانی، وضعیت آن‌ها چگونه است؟

۲- توجه به مشارکت ذینفعان در فرآیندهای تصمیم‌گیری مرتبط با برنامه‌های بازتوانی خود:

چگونه متخصصان بازتوانی از ابتدا، در زمینه اهداف و برنامه‌های بازتوانی با ذینفعان برنامه،

مراوده می‌نمایند؟ و چگونه پس از گذشت سه سال از شروع رویکردهای جدید، برنامه‌های

بازتوانی را به بحث و مذاکره می‌گذارند؟

۳- پیشرفت جامعه براساس تغییراتی که در نگرش و عملکرد مردم جامعه در مورد افراد ناتوان، رخ می‌دهد، و همچنین تغییر اجتماعی براساس تصویب قوانین جدید شامل اینکه عملکردهای فعلی مرتبط با افراد ناتوان چیست و در طول زمان چگونه تغییر نموده است؟

۴- توسعه مشارکت کنندگان نظیر سیستم‌های ارجاع، همکاری بین بخشی، شبکه‌سازی و به اشتراک‌گذاری اطلاعات: چه شبکه‌هایی از ابتدا وجود داشته است و چگونه این شبکه‌ها در طول برنامه بازدهی داشتند؟

برای اندازه‌گیری موارد فوق، پایش و ارزشیابی برنامه‌های بازتوانی جامعه محور، می‌بایست دربرگیرنده ترکیبی از ویژگی‌های زیر باشد:

۱- در صورتیکه رکن اساسی بازتوانی در جامعه، مشارکت اجتماعی باشد، می‌بایست به تفاوت گروه‌های مختلف که اعضای با ایده‌ها، ادراکات و دیدگاه‌های متفاوت را شامل می‌شوند، توجه نمود و در ارزشیابی برنامه‌ها و طرح‌های بازتوانی مردم محور، ملاک را بر فرآیندهای مشارکتی و اجماع افراد گذاشت.

۲- همانگونه که تنها یک روش برای اجرای بازتوانی مبتنی بر جامعه وجود ندارد، ارزشیابی آن نیز تنها با یک روش خاص انجام‌پذیر نیست. ارزشیابی بر اساس سؤالاتی صورت می‌گیرد که توسط مدیران، سیاست‌گذاران، سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و سازمان‌های مصرف‌کننده پرسیده می‌شود.

۳- ارزشیابی برنامه، ترجیحاً می‌بایست با تکنیک‌های کمی و رسمی انجام گیرد؛ علاوه بر آن، روش‌های کیفی همانند مشاهده، روش گروه متمرکز و مصاحبه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۴- ارزشیابی ممکن است بر مرتبط بودن اهداف برنامه با عملکردهای آن و یا بر کیفیت دستاوردهای آن، تمرکز نماید. توجه به کیفیت، مشکل‌تر می‌باشد اما پرسیدن اینکه آیا دستیابی به اهداف با روشی صحیح انجام شده، بسیار مهم است.

درس آموخته‌های پایش و ارزشیابی بازتوانی جامعه محور

• کنیا (۱۵۷):

این مطالعه به بررسی عوامل تأثیرگذار بر بازتوانی مردم محور در اردوگاه آوارگان در کنیا (اردوگاه داداب) پرداخته و عواملی که بر توانایی آنان برای مشارکت در این فرآیند، تأثیرگذار بوده است را تعیین نمود. اطلاعات لازم با روش گروه متمرکز، مصاحبه‌های انفرادی از مشارکت‌کنندگان (ناتوان و سالم) در بخش‌های مختلف درون اردوگاه آوارگان و استفاده از گزارش‌های موجود و کلینیک‌ها، جمع‌آوری گردید. نتایج مطالعه نشان داد که ۹۷/۵٪ از ساکنین اردوگاه، سوماتیلیایی بوده‌اند. در این اردوگاه یک بیمارستان و سه مرکز سلامت

وجود داشته است و اطلاعات موجود نیز بیانگر حضور ۳۷۷۶ فرد ناتوان از سال ۲۰۰۶ تا سال ۲۰۱۰ در این اردوگاه می‌باشد. برنامه‌های مبتنی بر جامعه‌ای که برای آوارگان فراهم گردید شامل درمان اولیه، آموزش و تهیه وسایل کمکی شامل ویلچر و اعضای مصنوعی بود.

موانع و محدودیت‌های اجرای بازتوانی اجتماع محور از دیدگاه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات، عبارت بودند از:

۱- محدودیت‌های سازمانی: از موانع سازمانی عمده و مهمی که کارکنان سازمان‌های مردم نهاد در اردوگاه به آن اشاره نمودند، محدودیت در تخصیص بودجه و امکانات بود. تأمین مالی پرسنلی که برای تأمین نیازهای افراد ناتوان به کار گرفته می‌شدند یکی از چالش‌های مهم بازتوانی مبتنی بر جامعه در این اردوگاه بوده است. از طرفی، عدم مستندسازی بازدیدها، مباحثه‌ها و اخذ تصمیمات در سازمان‌های مردم نهاد غیردولتی منجر به محدودیت سوابق و اسناد سازمانی گردید و سازمان‌های بین‌المللی تأمین کننده بودجه اردوگاه، که هزینه‌ها را بر اساس مستندات و واقعیت‌ها و فعالیت‌های مسئولان اردوگاه پرداخت می‌نمودند، از ادامه پرداخت پول منصرف گشتند.

۲- برچسب‌زنی و تبعیض: تبعیض و برچسب زنی علیه افراد ناتوان و معلول اردوگاه به عنوان مانع اصلی دستیابی به اهداف بازتوانی جامعه محور توسط پرسنل و افراد ناتوان دیگر، گزارش گردید. افراد ناتوان، گروه‌های کوچکی را شامل می‌شدند که در دستیابی به مراقبت سلامت و برقراری ارتباط با پرسنل، مشکلات فراوانی داشتند. عدم احترام و توجه به افراد ناتوان اردوگاه، آن‌ها را به یک گروه منزوی در اجتماع آوارگان تبدیل نموده و فرصت بهبود و پیشرفت را از آنان سلب کرده بود.

۳- محیط اجتماعی: کمبود اعتماد و اطمینان در اردوگاه همراه با تنش‌ها و ستیزه‌های موجود بین طوایف مختلف مشاهده و گزارش گردید. علاوه بر این، افرادی که جزء اقلیت‌های فرهنگی و اجتماعی بودند نیز با رفتارهای تبعیض‌آمیز مواجه گردیده و امنیت ناکافی در کل اردوگاه، به خصوص برای گروه‌های آسیب‌پذیر همانند زنان، قابل توجه بود.

۴- مراقبت سلامت: ارائه خدمات سلامت در اردوگاه توسط دو سازمان مجزا انجام می‌شد. اما چالش مهم، عدم وجود سیستم‌های ثبت مدارک پزشکی برای تداوم و پیگیری مراقبت‌ها بود.

۵- دسترسی به اطلاعات و متخصصان بازتوانی مبتنی بر جامعه: عدم آشنا نمودن افراد با اردوگاه در ابتدای ورود و مطلع نکردن آن‌ها از منابع موجود در اردوگاه، مشکلات بسیاری را ایجاد می‌نمود. اغلب افراد ناتوان از اینکه درخواست‌ها و نظرات آن‌ها توسط رهبران جامعه و همچنین مسئولین اردوگاه نادیده گرفته می‌شد، ناراحت بودند. رهبران جامعه دائماً به اردوگاه دعوت شده و گزارش عملکرد سازمان‌های غیردولتی را دریافت می‌نمودند اما به افراد ناتوان، در مورد حضور آن‌ها اطلاع رسانی نمی‌شد. تعداد بسیار محدود کارکنان ارائه دهنده خدمات بازتوانی، مانع بسیار مهمی در ارائه خدمات بازتوانی مبتنی بر جامعه بودند؛ بطوریکه بسیاری

از افراد ناتوان گزارش نمودند تاکنون هیچ یک از کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی را ملاقات نکرده‌اند. ۶- محیط فیزیکی و دسترسی: وجود زمین‌های ماسه‌ای و گرمای هوا، از موانع مشارکت جامعه برای کمک به افراد ناتوان، تلقی شدند. دسترسی به منابع آب، غذا، سوخت و حتی بیمارستان نیز برای افراد ناتوان مشکل و محدود بود.

با توجه به محدودیت‌های فوق، به نظر می‌رسد آموزش ساکنین اردوگاه با هدف تغییر نگرش عوام نسبت به افراد ناتوان و معلول، بسیار مهم است. ارزیابی مناسب، مراقبت‌های بازتوانی، دسترسی به خدمات، آموزش و توانمند نمودن افراد ناتوان، نیز قابل توجه بوده و دارای اولویت می‌باشد.

• میانمار (۱۵۸)

در سال ۲۰۰۸، گردباد بسیار شدید، میانمار را در بر گرفت و ۲/۴ میلیون نفر از ساکنین آن را متأثر ساخت که ۸۶۵۰۰ نفر از آن‌ها، معلول و ناتوان بودند. تا قبل از حادثه، آگاهی و اطلاعات جامعه در زمینه ناتوانی و معلولیت بسیار محدود بود اما پس از حادثه، با شکل‌گیری و فعالیت گروه‌های بازتوانی جامعه محور در ۷۵ روستا، اطلاعات افراد افزایش یافت. اقدام مفید دیگری که با همکاری UNDP و سازمان‌های غیردولتی انجام گرفت، ساخت ۱۳۸۱ سرپناه مخصوص افراد ناتوان بود. فرآیند اصلی که دنبال گردید، ظرفیت‌سازی و حمایت‌های فنی از افراد ناتوان و معلول بود. اقدامات بازتوانی که برای افراد آسیب‌دیده و ناتوان انجام گرفت عبارت بودند از: فیزیوتراپی (۷۴۰۴ نفر)، فراهم نمودن وسایل کمکی (۵۱۶ نفر)، و کمک‌های معیشتی (۱۲۹۲ نفر).

انتخاب این رویکرد که جزء اولین مداخلات پس از حادثه بود، همراه با تمرکز قوی بر افزایش سطح مشارکت و آگاهی جامعه از ناتوانی، دسترسی به خدمات بازتوانی و ظرفیت‌سازی، منجر به ارتقای نظام شناسایی افراد ناتوان و معلول در مناطق متأثر از گردباد شد.

• ایران (۱۵۹)

مطالعه‌ای که در ایران، با هدف ارزیابی طرح بازتوانی مبتنی بر جامعه در معلولین جسمی حرکتی ۴۵-۱۵ ساله مناطق روستایی شهرستان شبستر انجام گرفت نشان داد که ۵۲ معلول جسمی حرکتی دریافت‌کننده خدمات بازتوانی اجتماع محور در مقایسه با ۸۷ نفر معلول جسمی حرکتی که این خدمات را دریافت نکرده بودند، از نظر تلفیق اجتماعی شامل مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و گذراندن اوقات فراغت، مؤثرتر عمل نمودند.

فصل هفتم

بازتوانی معنوی

با توجه به اهمیت سلامت معنوی در سیستم‌های سلامت جهان و ارتباط آن با بازتوانی معنوی، پیش از آغاز مباحث مرتبط با رویکرد بازتوانی معنوی، توضیحات مختصری در مورد مفاهیم و عناصر سلامت معنوی، ارائه خواهد شد:

سلامت معنوی

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی مطرح گردیده اما هنوز به دلیل عدم اجماع بین‌المللی در تعریف سلامت سازمان بهداشت جهانی وارد نشده است. با اینکه در برخی متون تعاریف معنویت و تدین تفکیک شده اما در مورد همین تعاریف نیز نظرات محققان متفاوت می‌باشد. در ادامه، به دو مورد از تعاریف ارائه شده، اشاره می‌شود:

معنویت: نظرات و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان کند. مذهب: یک سیستم عقیدتی با آیین‌ها و مراسم خاص که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری برسند.

دیدگاه معنوی بر باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها و نیز بیوشیمی و فیزیولوژی، تأثیر عمیق دارد. این دیدگاه، از چهار طریق سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد:

- ۱- رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب افزایش مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای دینی می‌شود که اثرات جسمی و روانی را نیز در پی خواهد داشت.
- ۲- حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی، منجر به افزایش حمایت اجتماعی گردیده که به نوبه خود یکی از شاخص‌های اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیز شناخته شده است. دین، تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را بعنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌نماید.
- ۳- سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپیتیدهای پیام‌رسان، بر سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، سیستم ایمنی و ... تأثیر تقویت‌کننده دارد.

۴- اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است (۱۶۰).

• عناصر تشکیل دهنده سلامت معنوی: ابعاد مختلف سلامت معنوی در مطالعات مختلف، به صورت زیر تبیین گردیده است:

- ۱- جنبه شناختی: جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها
 - ۲- جنبه تجربی: احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت
 - ۳- جنبه رفتاری: روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را آشکار می‌کند (۱۶۰).
- سلامت معنوی در ایران نیز مورد توجه محققین و اندیشمندان قرار گرفته است؛ مطالعات مختلف، ارتباط

سلامت معنوی را با سایر فاکتورهای سلامت اجتماعی در نظر گرفته‌اند که تعدادی از آن‌ها عبارتند از :

- ۱- وجود ارتباط بین خوش‌بینی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز (۱۶۱)
- ۲- تأثیر مثبت سلامت معنوی بر بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی (۱۶۴ - ۱۶۲) و دیالیز (۱۶۶، ۱۶۵)
- ۳- وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که تأکیدی است بر ضرورت تقویت بعد معنوی سلامت به‌عنوان عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران (۱۶۸، ۱۶۷)

در سطح بین‌المللی نیز تحقیقات بسیاری درباره سلامت معنوی انجام گردیده است بطوریکه در ۳۵۰ مطالعه نشان داده شد که افراد مذهبی و دینی از نظر جسمی سالم‌تر هستند و مراجعه آنان به پزشک کمتر بوده است. همچنین ۸۵۰ مطالعه نیز بیانگر ارتباط فعالیت‌های مذهبی با برخی از ابعاد سلامت روانی و مواجهه کمتر افراد با استرس بوده است. خلاصه‌ای از مهمترین یافته‌های مرتبط با سلامت معنوی عبارت است از :

- ۱- دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌آورد و این تعاملات، خصوصاً در مورد بازتوانی اجتماعی و معنوی پس از حوادث طبیعی حائز اهمیت است.

- ۲- اهمیت سلامت معنوی به عنوان یک جزء مکمل سلامت می‌بایست در خدمات مربوط به اوقات فراغت مورد توجه واقع شود چراکه می‌تواند کیفیت زندگی افراد معلول یا محروم را بهبود بخشد.

- ۳- سلامت معنوی ارتباط مثبت با عزت نفس، امیدواری و سازگاری داشته و متقابلاً با استرس و پرخاشگری نسبت معکوس دارد.

- ۴- سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در حیطه‌های قاطعیت، اعتماد به نفس، تمجید و تحسین و درخواست کمک، ارتباط مثبت داشته و با اشکال فیزیکی و انفعالی خشونت، ارتباط عکس دارد.
- ۵- تفریح و فراغت فضایی را ایجاد می‌کنند که رشد و توسعه معنوی افراد را باعث می‌شود؛ تفریح، به طور غیرمستقیم بر سلامتی و شادکامی افراد تأثیر گذاشته و به توانایی فرد برای کنار آمدن با حوادث و تغییرات تنش‌زای زندگی، کمک شایانی می‌نماید. علاوه بر آن، مدیتیشن نیز می‌تواند فرصتی برای در خود فرو رفتن ایجاد کرده و زمینه ایجاد و پیشرفت بعد معنوی را فراهم کند (۱۶۰).

متأسفانه، پزشکی غرب، با وجود تکنولوژی‌های پیشرفته و علاقه به دانستن چگونگی‌ها، در پاسخ به سوال "چرا من؟" که توسط افراد دارای بیماری یا آسیب‌های شدید مطرح می‌شود، کمک اندکی نموده است. در بسیاری از فرهنگ‌ها، فرآیند درمان پس از تجربه تروما، به عنوان راه حل پزشکی مرتبط با مشکلات

روانی - اجتماعی یا اختلالات سلامت روانی، در نظر گرفته نمی‌شود. تجارب تروما، می‌تواند در سیستم‌های اعتقادی افراد، تغییرات بزرگی ایجاد نماید؛ بطوریکه، در مورد برخی از انسان‌ها، به منابع انگیزشی قدرتمندی برای کاهش اقدامات خشونت‌آمیز تبدیل گردیده و برای برخی دیگر، منجر به تفکر دائم در مورد ارتکاب جرم به قصد انتقام‌گیری، می‌گردد.

در بسیاری از فرهنگ‌ها نیز، اعتقاد فراوانی به سرنوشت وجود دارد: مثلاً، تنبیه خداوند به عنوان یک مداخله الهی. اجرای تشریفات مذهبی و حضور در مکان‌های دعا یا مراقبه، ابزارهای قدرتمندی برای ارتقای سلامت معنوی می‌باشند. انسان‌ها برای مفهوم بخشیدن به رویکردهای غیرقابل تصور، غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل توضیح، از معنویت استفاده می‌کنند. معنویت، اغلب از طریق مذهب و ایده‌های فلسفی اظهار شده است که منابعی نیرومند برای تقویت پذیرش تجربه‌های تروما می‌باشند (۱۶۹). بنابراین، معنویت، بخش مهمی از ماهیت انسان است. از طرفی، حوادث طبیعی، علاوه بر جسم، روان، اجتماع و معیشت افراد متأثر، زندگی معنوی آن‌ها را نیز مختل می‌نمایند؛ در نتیجه، تأمین نیازها و همچنین سلامت معنوی آسیب‌دیدگان، نقش بسیار مهمی در درمان و بازتوانی آن‌ها ایفا می‌نماید (۱۷۰).

تأثیر معنوی حادثه

سوالات معنوی که پس از حادثه، پرسیده می‌شوند عبارتند از اینکه: «زندگی من چه مفهومی دارد درحالی‌که حادثه همه چیز را نابود کرده است؟» «هویت من پس از رخداد این حادثه چیست؟» یا «اکنون چه نقشی را می‌بایست ایفا نمایم؟»، «چه سرنوشتی در انتظار من می‌باشد؟»، «معنی این حادثه چیست؟» و نهایتاً اینکه، «زندگی من اکنون چه مفهومی دارد؟»، اولین تلاش‌های مربوط به جستجوی معنی و درک رویدادها، چرایی و تأثیرات آن‌ها، در پاسخ‌دهی به سؤالات مذکور، نمود می‌یابد. علاوه بر سؤالات فوق، واکنش افراد متأثر از حادثه، ممکن است یک یا چندین مورد و یا همه موارد زیر را شامل شود:

- ۱- عصبانیت و خشمگین بودن از خداوند
- ۲- احساس دوری از خداوند
- ۳- کناره‌گیری از عبادتگاه‌ها (کلیسا، مسجد، معبد و کنیسه)
- ۴- اعتقاد به کم‌توان بودن خداوند
- ۵- از دست‌دادن معنی و هدف زندگی
- ۶- احساس انزوا و جدایی (از خداوند، روحانیون، خانواده و دوستان)
- ۷- پرسش در مورد اعتقادات اصلی
- ۸- احساس خشم نسبت به روحانیون

۹- اعتقاد به اینکه خداوند محافظ و مراقب انسان‌ها نیست.

۱۰- اعتقاد به اینکه امور تحت کنترل خداوند نیست (۱۷۱).

آموزه‌های دینی و مذهبی همه ادیان الهی دربردارنده عوامل مختلفی هستند که توجه به آن‌ها موجب تقویت روح و روان انسان‌ها می‌شود؛ زیرا انسان‌ها همواره، رابطه‌ای عمیق و ناگسستنی با دین و مذهب داشته و بنابراین هر آموزه‌ای که از دل معارف دینی برخیزد، تأثیرگذارتر خواهد بود. از این رو، می‌بایست چنین آموزه‌هایی را از دل ادیان خصوصاً دین مبین اسلام استخراج نمود و با بیانی ساده و روان در اختیار دین‌داران و مردم قرار داد تا از این طریق، روح و جان خویش را از یأس و ناامیدی، رخوت و سستی، خصوصاً پس از بروز فجایع طبیعی و غیرطبیعی محفوظ بدارند. زیرا درک این واقعیت که خداوند همیشه و به‌ویژه هنگام بروز حوادث طبیعی آن‌ها را مورد حمایت خویش قرار می‌دهد، از اهمیت بسیاری برخوردار است (۱۷۲). در ادامه، پس از بیان آموزه‌های اسلامی مرتبط با بازتوانی پس از حوادث طبیعی، به اصول کلی مرتبط با بازتوانی معنوی در سایر متون، خواهیم پرداخت.

نقش آموزه‌های دین اسلام در بازتوانی معنوی

اگرچه همه آموزه‌ها و تعالیم حیات‌بخش اسلام برای سلامت و سعادت دنیا و آخرت انسان مفید می‌باشند، اما به طور خاص، آموزه‌های دین مبین اسلام می‌توانند هنگام بروز حوادث طبیعی و غیرطبیعی در تسکین آلام روحی و روانی آسیب‌دیدگان و نیز افراد فعال در امر امدادرسانی موثر باشند. این آموزه‌ها به شرح زیر می‌باشند:

- اعتقاد به قضاء و قدر: چنین اعتقادی، آثار عملی فراوانی دارد که برخی از آن‌ها عبارتند از:
 - 0 کسی که پیدایش حوادث طبیعی را تابع اراده حکیمانه خدای متعال و مستند به تقدیر و قضای الهی می‌داند، از پیامدهای ناگوار این فجایع نمی‌هراسد بلکه با اعتقاد به اینکه چنین حوادثی، جزئی از نظام حکیمانه جهان بوده و مطابق با حکمت‌هایی رخ داده است با آغوش باز از آن‌ها استقبال می‌کند.
 - 0 چنین فردی شیفته خوشی‌ها و شادی‌های زودگذر زندگی نمی‌شود، بلکه تمام امکانات و نعمت‌هایی که اکنون در اختیار دارد را، به‌صورت امانت‌هایی می‌بیند که ممکن است لحظه‌ای بعد، از بین بروند؛ بنابراین، چنین حوادثی را نوعی رحمت الهی می‌بیند که از سوی خدای متعال برای امتحان او فرستاده شده‌اند.
- صبر: انسان در این دنیا، مکلف شده است که راه سعادت و تکامل خویش را با اختیار خود برگزیند؛ در راستای پیمودن این راه مشکل، نیازمند نیروی مقاومت و ایستادگی است که از آن تحت عنوان «صبر» یاد می‌شود. این نیروی شگرف، در سراسر زندگی بشر در جهت رسیدن به کمال و سعادت ابدی، یار و مددکار اوست. انسان مؤمن و صابر، از رویدادهایی همانند مرگ،

فقر، بیماری و سایر حوادث ناخوشایند، نمی‌هراسد؛ و از آنجاییکه مصائب روزگار را آزمایش الهی می‌داند و معتقد به صبر و بردباری در برابر آن‌هاست، از توانایی زیادی برای تحمل نمودن چنین رویدادهایی برخوردار می‌باشد.

از طرفی، صبر از آموزه‌های مهم معصومان و اولیای الهی بوده است. پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) با تحمل بیشترین سختی‌ها و صبر و بردباری در مواجهه با آن‌ها و سایر کینه‌توزی‌ها، دشمنی‌ها و جهالت‌های افراد، از این آموزه مهم الهی و دینی در سیره عملی خویش استفاده می‌نمود؛ در روش پیامبر اکرم، که الگوی مؤمنان می‌باشد، چنین آمده است: پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) به سخن دیگران گوش می‌داد و اگر هم سخن مخاطبی درست نبود، او را سرزنش نمی‌کرد.

۰ آثار صبر: صبر، انسان را نیرومند، قابل اعتماد و اتکا برای خویشتن و دیگران می‌سازد. امیرالمؤمنین (علیه‌السلام) صبر و استقامت را از جمله عوامل سلامت نفس می‌داند و نیز می‌فرماید: بر شما باد به صبر کردن. همانا صبر نسبت به ایمان، مانند سر نسبت به بدن است و خیری نیست در بدنی که سر ندارد؛ همان‌گونه که خیری نیست در ایمان بدون صبر.^۱

از دیگر آثار صبر و شکیبایی، رضایت ناشی از آن است که فرد را از نظر روانی، تسلیم و آماده مواجهه با هر حادثه ناگواری نموده و سختی آن را نیز کاهش می‌دهد. چنانچه، اولیای الهی در بزرگ‌ترین مصیبت‌ها می‌فرمودند: ما جز نیکی و خوبی از خداوند ندیدیم.^۲ حالت رضایت، باعث می‌شود که فرد مصیبت را در نظام تکوین، نیکو تلقی نماید و چنین برداشتی، اندوه و اضطراب ناشی از فاجعه را کاسته و فرد را برای ادامه زندگی آماده می‌کند.

۰ پیامدهای ناگوار بی‌صبری: نداشتن صبر، پیامدهای ناگواری در روند زندگی انسان برجای گذاشته و آسیب‌های جسمی، روحی و روانی را نه تنها برای او، بلکه برای دیگران در پی خواهد داشت. بی‌صبری منجر به درماندگی و تشدید تنیدگی ناشی از یک مصیبت می‌شود؛ در این راستا، امام علی (علیه السلام) نیز می‌فرماید: «بی‌تابی هنگام مصیبت، باعث شدت یافتن آن می‌شود، و پایداری در برابر مصیبت، آن را از بین می‌برد»^۳

بنابراین، فرد باید بپذیرد که در دنیا آسایش و آرامش مطلق و زندگی بدون آسیب و گرفتاری برای هیچ انسانی فراهم نیست و اگر با بینش الهی به سختی‌ها و ناملایمات نگریسته شود، سختی‌های دنیا و آسیب‌های موجود زمینه رشد و کمال آدمی را به همراه دارند؛ زیرا مشکلات سبب می‌شوند که یاد و نام خدا و توجه و توسل به اولیای الهی بیشتر مورد توجه واقع شود؛ و نیز طبیعت انسان چنین است که در گرفتاری‌ها

۱- «وعلیکم بالصبر فان الصبر من الایمان کالرأس من الجسد ولاخیر فی جسد لا رأس معه ولا فی ایمان لا صبر معه»

۲ - «ما رأیت الا جمیلا»

۳ - «الجزع عند المصیبة یزیدها و الصبر علیها یمیدها»

بیشتر متذکر یاد خداوند بوده و علاوه بر تلاش و کوشش برای رفع مشکل و آسیب، متکی به مدد الهی می‌باشد؛ نیروی صبر، هم در مهار و کنترل آسیب‌های روحی و روانی فرد را یاری می‌نماید و هم به فرد قدرت تحمل بالایی می‌بخشد؛ بنابراین، در کاهش و یا به حداقل رساندن آسیب‌ها بسیار مؤثر است؛ صبر، از یک طرف، آدمی را از حالت اضطراب به امنیت و آرامش درونی می‌رساند و از سوی دیگر، زبان را از شکوه و شکایت، و سایر اعضا را از عملکرد غیرمتعارف باز می‌دارد. اگر انسان در مواجهه با تضادهای اجتماعی روزانه، خویشتن‌دار و صبور نباشد، علاوه بر ایجاد مانع در برابر رفع مشکلات، آن‌ها را پیچیده‌تر می‌نماید. با توجه به مطالب فوق، صبر در دوره پس از رخداد حادثه، می‌تواند بسیار راه‌گشا باشد؛ بطوریکه، آسیب‌دیدگان را از ناامیدی دور نموده و ضمن تقویت اعتماد به نفس آن‌ها، مواجهه با مصائب را برای افراد متأثر از حادثه امکانپذیر می‌نماید. در واقع، آموزه صبر یکی از بزرگترین نکات اخلاقی است که در دین اسلام بیان شده و تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها را دربر می‌گیرد. بنابراین، با تبیین صحیح این آموزه میان آسیب‌دیدگان حادثه، می‌توان بسیاری از آسیب‌های روحی و روانی ناشی از فجایع را برطرف نموده و از ایجاد آن‌ها نیز پیشگیری کرد؛ خصوصاً اگر در کنار بیان اهمیت صبر، درس‌آموخته‌هایی از بزرگان دینی و نیز شخصیت‌های مشهوری که با استفاده از نیروی صبر، بر مشکلات فائق آمده و به موفقیت‌های بزرگی نایل شده‌اند، ذکر گردد تا مصیبت‌دیدگان در مقابل پیامدهای ناگوار حادثه، مقاومت و پایداری بیشتری از خویش نشان داده و در برابر آن‌ها ایستادگی نمایند.

- امیدواری: اگر امیدواری وجود نداشت، هیچ انسانی قادر به تلاش و فعالیت نبود. فردی که در پی تلاش‌های متعدد، شکست‌های فراوانی را تجربه کند و کوشش‌های او موفقیتی به دنبال نداشته باشد، به درماندگی و ناامیدی دچار می‌گردد که پیامدهای ناگوار جسمی و روانی را در زندگی فردی و اجتماعی او بر جای خواهد گذاشت.

معمولاً بیماری‌ها، بویژه اگر شدید و مزمن باشند، روحیه بیمار را متزلزل نموده و روزه‌های امید را به روی او می‌بندند. پزشک می‌بایست با امیدوار ساختن بیمار به زندگی، ضمن توانمند نمودن فرد، او را از افسردگی، ترس و اضطراب نجات داده و روند بهبودی را تسریع نماید. زیرا ناامیدی و وابستگی اجباری، واقعیاتی هستند که در مورد بسیاری از بیماری‌ها اتفاق می‌افتند.

بنابراین، امیدواری یکی از بزرگترین موهبت‌های بشری است که به عنوان محرک اصلی انسان شناخته می‌شود؛ و بزرگترین و والاترین نوع امیدواری، امید داشتن به رحمت بیکران الهی است که موجب می‌شود شخص امیدوار، همواره پشتوانه عظیمی را به دنبال خویش احساس نماید. چنین شخصی هیچ‌گاه از تلاش باز نمی‌ماند و دچار سرخوردگی و شکست نمی‌شود به طوریکه با افزایش مشکلات و مصائب، امید او نیز بیشتر جلوه‌گر می‌گردد. افراد دارای نیروی امید، از موقعیت‌های حساس و خطرناکی که همگان در مواجهه با آن‌ها دچار یأس و وحشت می‌شوند، با موفقیت عبور نموده و چه بسا دیگران را نیز با خود همراه نمایند (۱۷۲).

مراقبت معنوی در سایر ادیان الهی

مشابه با آموزه‌های اسلامی، اخیراً، مطالعات مربوط به حوادث، در تلاش هستند تا علت برگشت سریع‌تر برخی از افراد به وضعیت نرمال را در مقایسه با سایرین دریابند. پس از بررسی‌های لازم، سه رویکرد برای توضیح این ظرفیت، مشخص گردید (۱۷۳):

- ۱- فرد، از حمایت والدین، دوستان و سایر بزرگسالان برخوردار است.
 - ۲- فرد، منابع روان‌شناختی و معنوی در اختیار دارد که برای پیشرفت و بهبود به او کمک می‌کنند.
 - ۳- فرد، خواهان پیشرفت و بهبود شرایط خود می‌باشد.
- بنابراین، منابع معنوی نیز به عنوان یکی از رویکردهای بهبود فرد پس از حوادث و تروما در نظر گرفته می‌شوند. تمرکز مراقبت‌های معنوی - عاطفی بر تروما می‌باشد؛ زمانیکه یک حادثه غیر معمول، اضطراب‌آور و مهم بطور سریع، غیر منتظره و ناگهانی، رخ می‌دهد، نظم اجتماعی مختل و ترومای فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی ایجاد می‌گردد. ترومای معنوی، از ارتباطات گسسته و مرگ نزدیکان ناشی می‌شود و اغلب با ناامیدی، از دست دادن ایمان و پرسیدن سوالاتی مانند «چرا این اتفاق برای من رخ داد؟» همراه است. در این تروما، افراد به جستجوی مفاهیمی جدید از زندگی و ارتباط با معنویت و سایر افراد می‌پردازند. علاوه بر این، تقویت ایمان در اثر معجزات درک‌شده توسط سایرین، نیز امکانپذیر است (۱۷۴).
- مراقبت معنوی عبارت است از هر اقدامی که به افراد، خانواده‌ها یا جوامع کمک می‌کند تا از اعتقادات معنوی خود، به عنوان منبع قدرت، امید و درمان استفاده نمایند. در حوادث، هر چیزی که روح انسان را برای مقابله با بحران‌ها تقویت نماید، به عنوان مراقبت معنوی در نظر گرفته می‌شود. مبانی و اصول مراقبت معنوی حوادث عبارتند از (۱۷۵):

- مهمان‌نوازی و حضور در کنار فرد
- ملاقات، پذیرش و احترام به افراد، همانگونه که هستند
- عدم استفاده از تبلیغ دینی و موقعیت آسیب‌پذیر افراد برای بشارت‌دهی و وارد نمودن آن‌ها به

آیین دیگر

تعریف دیگر مراقبت معنوی شامل فراهم نمودن مشاوره برای افراد با مشکلات جدی همانند بی‌ایمانی، عدم انگیزه و ارائه حمایت همراه با برقراری ارتباط، مراقبت و درک می‌گردد (۱۷۶). مراقبت معنوی در مراحل مختلف حادثه از پاسخ کوتاه مدت گرفته تا بازتوانی طولانی‌مدت، نقش اساسی ایفا می‌نماید. بعلاوه، ارزیابی و فراهم نمودن نیازهای معنوی افراد، خانواده‌ها و جوامع، امیدواری و تاب‌آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد. بکارگیری استراتژی‌های مراقبت معنوی نیز در مدیریت حوادث و تقویت ظرفیت‌های بازتوانی پس از آن، مفید می‌باشد (۱۷۷).

مراقبت معنوی، برای آسیب‌دیدگان، بازماندگان و ارائه‌دهندگان خدمات، فرصت بیان احساسات و ایده‌هایشان را با فردی دارای آیین معنوی مشابه، فراهم می‌نماید؛ به عنوان مثال، مسلمان با مسلمان، مسیحی با مسیحی و ... از طرفی، به دلیل ماهیت مشارکت مسجد، کلیسا و سایر عبادتگاه‌ها در امداد و نجات و بازتوانی پس از حوادث، مراقبت معنوی ممکن است توسط کشیش‌ها یا روحانیون آموزش ندیده و نیز داوطلبان غیر حرفه‌ای در حیطه مراقبت‌های معنوی ارائه گردد. بنابراین، هماهنگ نمودن خدمات مراقبت معنوی در راستای ارائه بازتوانی‌های مناسب و دارای کیفیت، بسیار ضروری می‌باشد (۱۷۸).

وظایف گروه‌های بازتوانی معنوی در راستای مراقبت‌های معنوی توأم با امیدواری، احترام و توجه عبارت است از (۱۷۴):

- ۱- راه‌اندازی یا حمایت از خدمات معنوی اختصاصی، مشاوره، مراسم یادبود و سایر رویکردهایی که رفاه معنوی بازماندگان حوادث را تقویت می‌کند.
- ۲- استخدام و آموزش نیروی انسانی سلامت معنوی با تکنیک‌های پیشرفته و تهیه منابع و امکانات برای بازماندگان و جامعه در مقیاس بزرگتر
- ۳- آماده‌سازی و انتشار اطلاعات در مورد واکنش‌های رایج به حوادث، مکانیزم‌های سازش و مکان‌های مناسب جهت دریافت کمک
- ۴- برقراری ارتباط انسانی مناسب و ایمن با بازماندگان، از طریق اطلاعات، برنامه‌ها و ...
- ۵- تثبیت و حمایت از اقدامات و مکان‌های اجتماعی منحصر به فرد و اختصاصی سنی، جنسی و فرهنگی برای گروه‌های عزاداری، تفریح و سرگرمی کودکان و ...
- ۶- تعیین مکان‌هایی برای تجمع گروه‌های بازماندگان و ارائه‌دهندگان خدمات با هدف ارائه خدمات سلامت معنوی مناسب به آن‌ها
- ۷- ارزشیابی نیازهای معنوی یا ذهنی افراد و جامعه
- ۸- پشتیبانی و یاری رساندن به بازماندگان با مشکلات خاص و ملموس مانند مکان اعضای خانواده یا مراقبت از کودکان
- ۹- حمایت از ارائه خدمات مناسب در جایی که مشکلات سلامت معنوی، تشخیص داده شده است.
- ۱۰- استفاده از فرصت تجمع بازماندگان در راستای برقراری ارتباط از طریق اقدامات نمادین و حس مشترک و نه تنها استفاده از کلمات؛ همانند گروه‌های مطالعه، نمایش‌های موزیکال و نشست‌های فرهنگی خاص

ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی

ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی اغلب با متخصصان سلامت روانی در مراقبت و بازتوانی پس از حوادث، مشارکت می‌نمایند. علاوه بر مشابهت برخی از وظایف آن‌ها مانند توجه به رفاه عاطفی / احساسی، تمرین نمودن شود مؤثر به عنوان بخشی از مراقبت و در نظر گرفتن کلیت فرد به عنوان یک انسان، چگونگی

درمان و مراقبت از خانواده‌ها و جوامع پس از حادثه توسط آن‌ها، متفاوت می‌باشد. ارائه دهندگان مراقبت معنوی، می‌توانند در ارجاع افراد آسیب‌دیده و بازماندگان آن‌ها به متخصصان سلامت روان، جهت دریافت مراقبت‌های روان‌شناختی، نقش مهمی را ایفا نمایند.

بررسی که در ایالات متحده آمریکا انجام گردید نشان داد که ۵۹٪ از آسیب دیدگان پس از حوادث ترجیح داده‌اند تا حمایت‌ها را از مشاوران مذهبی / معنوی دریافت نمایند که در مقایسه با جستجوی پزشک (۴۵٪) و نیز متخصصان سلامت روان (۴۰٪) توسط آن‌ها، قابل توجه می‌باشد.

مراقبت معنوی، در بازتوانی طولانی مدت پس از حوادث، نیز نقش مهمی ایفا می‌نماید. ارزیابی و فراهم نمودن نیازهای معنوی افراد، خانواده‌ها و جوامع، و همچنین تقویت نیروها و توانایی‌های معنوی آنان، نور امید و پایداری را در آن‌ها روشن می‌کند. اشکال متفاوت مراقبت معنوی، از گوش سپردن به خاطرات بازماندگان حادثه تا فراهم نمودن منابع معنوی / مذهبی را در راستای هدایت شرایط پس از حوادث، در اجتماع می‌توان اجرا نمود. بنابراین، مراقبت معنوی همانگونه که مفید و مؤثر می‌باشد، در صورت اجرای نامناسب، پتانسیل وارد نمودن صدمات جدی به افراد آسیب پذیر را نیز داراست. به همین علت، سازمان‌ها و افراد ارائه دهنده خدمات بازتوانی معنوی می‌بایست استانداردها و کدهای رفتاری مشخصی را آموزش دیده و رعایت نمایند. این استانداردها عبارتند از:

- احترام به سنت‌ها و آیین‌های متفاوت اعتقادی
- رازداری
- اجتناب از تبلیغ مذهبی یا وارد نمودن افراد به آیین جدید با استفاده از شرایط پس از حادثه
- احترام به تنوع اجتماعی
- تعیین مرزهای تخصصی ارائه دهندگان، برای تضمین امنیت مراقبت گیرندگان
- تعیین مکانیزم‌هایی برای اطمینان از عملکرد مناسب ارائه دهندگان متناسب با پیش زمینه آموزشی و تخصصی آن‌ها

ارائه مراقبت معنوی پس از حوادث، تجربه‌ای سخت و طاقت فرسا می‌باشد، زیرا بار مراقبت از دیگران خستگی توأم با ناراحتی را باعث می‌شود. شناخت و درک مهمترین استراتژی‌های مراقبت از خود، توسط ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی، بسیار ضروری است. سازمان‌های تخصصی حوادث، مسئولیت آموزش و فراهم نمودن عادات مناسب و سلامت کاری را برای کارکنان خود، بر عهده دارند. توجه به نکات زیر در راستای کاهش فرسودگی و خستگی ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی، می‌تواند مفید باشد (۱۷۰):

- ۱- در نظر گرفتن زمان‌های استراحت خاص برای کارکنان
- ۲- کارگروهی و در نظر گرفتن نقاط عطف آن در حین انجام وظایف همراه با انعکاس سالگرد رویدادهای مهم
- ۳- تعهد در ارائه حمایت‌های تخصصی سلامت روان به کارکنان

فصل هشتم

نقش بازتوانی در توسعه پایدار جامعه

مفهوم توسعه پایدار در حوادث طبیعی

توسعه، فرآیندی است که کاهش آسیب پذیری‌ها و افزایش توانمندی‌ها را موجب می‌شود. البته، تأکید بیشتر بر آسیب‌پذیری‌ها و تقدم آن بر توانمندی‌ها، تنها از این‌روست که در زمان وقوع فاجعه، آسیب‌پذیری‌ها بیش از توانمندی‌ها نمایان می‌شود (۲۱). توسعه پایدار به دنبال حوادث طبیعی، طی چند دهه اخیر، به عنوان یک هدف در سیاست‌گذاری‌ها و در مرحله بازتوانی، مطرح شده است (۱۷۹) که به مفهوم پاسخگویی به نیازهای کنونی افراد جامعه بدون تضعیف توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهای خود می‌باشد. توسعه پایدار نتیجه تعادل میان جامعه، محیط زیست و اقتصاد است و تنها بر جنبه‌های زیست محیطی تمرکز نداشته و علاوه بر پایداری منابع طبیعی، پایداری سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را نیز دربرمی‌گیرد (۱۸۰).

واژه توسعه پایدار اولین بار به طور رسمی توسط برانت‌لند در سال ۱۹۸۷ میلادی در گزارش "آینده مشترک ما" یا (Our Common Future) مطرح گردید. هم‌چنین در کنفرانس سال ۱۹۹۲ سازمان ملل، به‌طور جدی طرح شد و بر کاهش یا کنترل عواملی تأکید داشت که سرمایه‌گذاری‌های توسعه‌ای در یک جامعه را مختل و یا در تداوم اهداف توسعه اختلال ایجاد می‌کند. این واژه به مفهوم گسترده آن چنین تعریف می‌شود: "اداره و بهره‌برداری صحیح و مؤثر از منابع طبیعی، منابع مالی و نیروی انسانی برای نیل به الگوی مصرف مطلوب همراه با به‌کارگیری امکانات فنی و ساختار و تشکیلات مناسب برای رفع نیاز نسل‌های امروز و عدم تحمیل آسیب‌های اقتصادی، اجتماعی و یا زیست محیطی به انسان‌های آینده".

توسعه پایدار، تمام جوانب زندگی انسان‌ها را دربرمی‌گیرد. در یک سیستم پویا مانند جامعه بشری، پایداری به معنای ثبات تعادل در طول زمان است. از طرفی، سنجش مفهوم پایداری به دلیل ماهیت متغیر آن، بسیار مشکل می‌باشد. البته، تعریف این مسأله در عمل آسان‌تر است، چون پایداری مفهومی پویاست، بنابراین ویژگی‌های متعددی دارد که می‌توان به آن‌ها توجه نمود؛ مانند سرعت یا میزان تغییرات آن، عوامل متأثر از این تغییرات و میزان تغییراتی که به وضعیت اولیه و نهایی مربوط می‌شوند.

در حقیقت، توسعه پایدار مفهومی است که بیانگر مسئولیت نسل حاضر و نسل‌های آینده می‌باشد. در جهان امروز، دستیابی به توسعه پایدار دربرگیرنده مبانی حفاظت از محیط زیست نبوده و در این میان مفهوم جدیدی از رشد اقتصادی آشکار گردیده است. رشدی که عدالت و امکانات زندگی را برای تمامی مردم دنیا و تمامی نسل‌ها، بدون تخریب منابع محدود جهان به همراه داشته است (۱۸۱، ۲).

حوادث طبیعی و توسعه پایدار

حوادث طبیعی یکی از موانع اصلی توسعه پایدار محسوب می‌گردند و وقوع آن‌ها به عنوان سدی در مقابل توسعه اقتصادی، اجتماعی و عمرانی قرار دارد. در صورتیکه شدت حوادث بیشتر باشد، برنامه‌های توسعه ملی نیز با مشکلات بیشتری همراه خواهد بود، چراکه بسیاری از تمدن‌ها و جوامع بشری در اثر وقوع

حوادث طبیعی از بین رفته‌اند. از طرفی، انسان با بهره‌برداری غیرمنطقی از منابع طبیعی بر تعداد و شدت حوادث افزوده است؛ هم‌چنین، با نگاهی به تاریخچه حوادث طبیعی می‌توان به این مهم پی‌برد که افزایش بی‌رویه جمعیت، یکی از موانع کاربرد صحیح منابع طبیعی بوده است؛ به این ترتیب که افزایش جمعیت ماهیتاً افزایش نیازهای غذایی (توسعه کشاورزی و دامپروری)، سکونتگاه‌ها (توسعه مناطق شهری)، امکانات آموزشی - بهداشتی و تسهیلات رفاهی و ... را به دنبال دارد که افزایش این نیازها نیز، استفاده غیراصولی، نامناسب و بی‌رویه از ثروت‌های طبیعی را در پی خواهد داشت.

در حال حاضر، مدیریت حوادث طبیعی و توسعه پایدار به عنوان موضوعی یکپارچه در نظر گرفته می‌شود، زیرا با توجه به محدودیت منابع، مخصوصاً در کشورهای جهان سوم، توسعه واقعی بدون یکپارچگی برنامه‌های کاهش حوادث طبیعی امکانپذیر نیست. مطابق با رویکرد توسعه پایدار، عدم تخصیص سرمایه به اقدامات پیشگیری از آسیب‌ها، هزینه‌های بازسازی زیادی را به کشورها، تحمیل خواهد نمود. درحالی‌که، متقابلاً سرمایه‌گذاری در راستای کاهش خطر و آمادگی، هزینه‌های بازسازی را به میزان قابل توجهی می‌کاهد و باعث کاهش ضایعات زیست‌محیطی و رسیدن به توسعه پایدار نیز، می‌گردد. از طرفی، کاهش آسیب‌پذیری در سطح جامعه بین‌المللی به عنوان رویکرد جدید توسعه پایدار در قطعنامه‌های مادرید (۱۹۹۵)، بیانیه اوزاکا (۱۹۹۶)، استراتژی یوکوهاما برای جهان ایمن در قرن ۲۱، و قطعنامه هیوگو (۲۰۰۵) نمود داشته است (۱۸۱، ۲).

قطعنامه هیوگو، که در ژانویه سال ۲۰۰۵ در کنفرانسی جهانی با هدف کاهش خطر حوادث طبیعی و حضور ۴۰۰۰ شرکت‌کننده از ۱۶۸ کشور و ۷۸ عضو سازمان ملل و اعضای NGO ۱۶۱ در شهر کوبه کشور ژاپن تدوین شد، چارچوبی ۱۰ ساله به شرح زیر را پیشنهاد نمود (۲۰):

O کاهش شیوع و شدت حوادث طبیعی با اتخاذ رویکردی همه‌جانبه که قابلیت اجرا در چند نوع حادثه را داشته و در جهت توسعه پایدار گام بردارد.

- در اولویت قرار دادن سیاست‌گذاری مرتبط با کاهش خطر حوادث طبیعی
- در نظر داشتن خطر حوادث طبیعی در کلیه برنامه‌های توسعه‌ای
- تقویت ظرفیت کشورهای در معرض خطر حوادث طبیعی به منظور انجام فعالیت‌های کاهش خطر
- تقویت و توسعه برنامه‌های آمادگی در برابر خطر حوادث طبیعی
- کاهش فاصله بین امدادرسانی فوری و در نتیجه کاهش آسیب‌پذیری متعاقب آن
- توانمندسازی حامیان جامعه مدنی و جوامع تحت‌تأثیر به منظور تقویت انعطاف‌پذیری آن‌ها در مقابل حوادث طبیعی
- کاهش فاصله بین آنچه می‌دانیم و آنچه انجام می‌دهیم، با تأکید بر اینکه اجزاء بسیار مهم آن با الزامات سیاست‌گذاری همراه شود.

مدیریت حوادث و توسعه پایدار:

بر اساس رویکرد اقتصادی-سیاسی، آسیب‌پذیری در برابر مخاطرات، از فرآیندهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نشأت می‌گیرد. مطابق با این رویکرد علمی، مردم به دلیل عدم اطلاع از عوامل خطرآفرین، همانند زلزله و یا ساختارهای نامناسب مدیریت و تصمیم‌گیری، در شرایط آسیب‌پذیر زندگی می‌کنند. به عنوان مثال، افراد فقیر، سالمند، کم‌سواد و مهاجران روستایی، چاره‌ای جز سکونت در بافت‌های قدیمی و حاشیه‌ای شهر را ندارند و این امر به علت اطلاع ناکافی آن‌ها از سیستم کاربری اراضی نیست، بلکه مناسبات اجتماعی-اقتصادی حاکم بر شهر و سیستم تخصیص منابع و کنترل قیمت زمین توسط نیروهای بازار و قشر مرفه جامعه است که امکان دسترسی گروه‌های کم‌درآمد، کم‌سواد و فقیر را به محل‌های مناسب شهر، واحدهای مسکونی مقاوم و ایمن، محدود می‌نماید (۱۸۱).

شواهد ناکافی در زمینه رویکرد همه‌جانبه آمادگی و کاهش آسیب وجود دارد و تأکید اغلب تلاش‌ها نیز بر مقاوم‌سازی ساختمان‌ها می‌باشد. در هر حال مقاوم‌سازی ساختمان‌ها تنها یکی از ابزارهای برنامه‌های آمادگی و توسعه به حساب می‌آید و کماکان حوادث طبیعی، شهرها و جوامع را در معرض تهدیدات جدی قرار می‌دهد. دولت‌ها به طور سنتی به تلاش خود در راستای آگاه کردن مردم از وقوع حوادث طبیعی و نیز تأمین خدمات امدادرسانی فوری و کاهش آسیب پس از رخداد حوادث ادامه می‌دهند. اگرچه که این تلاش‌ها به منظور پیشگیری از خسارات احتمالی و ایجاد جوامع باثبات و پایدار کافی نیستند (۱۷۹).

اخیراً در بحث‌های مرتبط با بازتوانی و بازسازی پس از حوادث طبیعی، این موضوع که چه چیزی دوباره ساخته شود؟ چگونه ساخته شود؟ چه کسی آن را ساخته و چطور در این مورد تصمیم گرفته و آن را اجرا می‌کند، مورد چالش قرار گرفته است. خوشبختانه، رویکرد مدیران حیطه حوادث و فوریت‌ها که بر واکنش فوری و بازتوانی کوتاه‌مدت متمرکز بود جای خود را به تلاش برای حفظ و بقاء جوامع و محیط زیست و در نظر داشتن کیفیت و ثبات محیط پیرامونی داده است (۱۸۲). بنابراین، دوره بازتوانی پس از حوادث طبیعی فرصتی را در جهت بازسازی منطقه آسیب‌دیده فراهم می‌نماید و تأکید آن بر بهبود و ارتقاء شرایط پس از حادثه می‌باشد. بعلاوه، با اجرای برنامه‌های بازتوانی مناسب می‌توان خسارات ناشی از حوادث طبیعی را کاهش داد و به فعالیت‌های مهمی مانند توسعه شهری، بهبود کیفیت زندگی و ایجاد جامعه مقاوم در برابر حوادث طبیعی پرداخت (۱۷۹).

اگر چه در بحث پیشگیری از حوادث، بهترین راه، جلوگیری از وقوع آن است اما در مورد حوادثی مانند زلزله که نمی‌توان از آن جلوگیری نمود، مناسب‌ترین شیوه عبارت است از (۲۴):

۱- گام نخست: پیشگیری از بروز بحران پس از فاجعه است.

۲- گام دوم: آمادگی کامل ستادهای کمک‌رسانی و هماهنگی امکانات و منابع از طریق برنامه‌ریزی دقیق و تجهیز نیروهای کارآمد، تمرین نیروها و گوش به زنگ بودن آن‌ها برای

حوادث قابل پیش بینی است.

۳- گام سوم: رویارویی با فاجعه که شرط لازم آن سرعت متناسب با موقعیت حادثه است. در این مرحله، پیشگیری از گسترش ضایعات و محدود ساختن وضعیت بحرانی دارای اهمیت می‌باشد.

۴- گام چهارم: پیشگیری از برجای ماندن وضعیت بحرانی و اثرات ناشی از آن است. به عبارتی، در این مرحله به سرعت باید خسارت‌ها جبران شوند تا موجب گسترش بحران نگردد.

۵- گام پنجم: عادی‌سازی وضعیت فرامی‌رسد تا روال زندگی معمول بر منطقه، حاکم شود.

از طرفی، در فاز بازتوانی اولیه و گذرا، به طور هم‌زمان اسکان موقت و آمادگی جهت بازسازی هر چه سریعتر آغاز می‌شود تا اینکه شرایط «بازتوانی اساسی» و حرکت به سمت شرایط اولیه فراهم شود. به علت وقت‌گیر بودن این فرآیند، «بازتوانی اساسی» به سه سطح تقسیم می‌شود:

۱- ساخت مجدد تسهیلات و ساختمان‌ها با زیر ساخت مناسب و مقاوم

۲- ایجاد ظرفیت‌های گسترده مانند بازتوانی سیستماتیک اقتصادی، اجتماعی و اکولوژیک

۳- دستیابی به توسعه پایدار و متوازن در نقاط شهری و روستایی (۲)

لازم به ذکر است که توسعه پایدار و کاهش خطرات ناشی از حوادث هر کدام پیش نیاز دیگری است. حوادث طبیعی، پیشرفت و دستاوردهای توسعه پایدار را شدیداً به خطر می‌اندازد و بنابراین، برنامه‌ریزی مقابله با حوادث و خطرات محیطی برای همه کشورها از جمله کشورهای کمتر توسعه یافته، مهم تلقی شده و می‌بایست بطور گسترده مورد ملاحظه قرار گیرد. از جمله، تلاش‌های موجود در این زمینه، فرآیند مدیریت بحران جامعه محور، در جوامع حادثه‌خیز بوده است که جامعه و مردم را در تمامی مراحل مدیریت حوادث شامل پیشگیری، آمادگی، مقابله، بازسازی و بازتوانی مشارکت می‌دهد (۲).

متأسفانه، حوادث طبیعی در دهه‌های اخیر نسبت به قرن گذشته با مرگ و میر بیشتری همراه بوده است. اما، هم‌چنان، بازتوانی انجام‌شده به دنبال حوادث طبیعی، در مناطقی که بارها با این حوادث مواجه بوده‌اند، به میزان کمتری با هدف افزایش مقاومت در برابر حوادث بعدی انجام گرفته است. برخی از این مناطق آسیب‌پذیر نیز، از حوادث گذشته و تکرار آن درس نگرفته و نهایتاً در یک چرخه معیوب بروز حوادث مجدد و فقر می‌افتند (۱۴۷).

فقر و محرومیت

بطور کلی، حوادث طبیعی باعث افزایش محرومیت بین مردم متأثر از حادثه می‌شود. اما، شدت و اهمیت این اثرات تخریبی در تمامی ساکنین منطقه یکسان نیست و به سطح سلامت آن‌ها در دوره قبل از وقوع حادثه بستگی دارد؛ بطوریکه، اثرات نامطلوب این حوادث در افراد با سطح سلامت پایین نسبتاً ماندگارتر و شدیدتر است. متأسفانه، پس از حادثه و بر اساس نوع آن، برخی از طبقات پایین اجتماعی، در فقری دائم و ماندگار گرفتار می‌شوند، بدون اینکه امیدی به رهایی از آن داشته باشند (۱۶). زمانی که زندگی، امکانات و

سرمایه‌های جوامع در برابر حوادث طبیعی آسیب‌پذیر باشند، پس از مواجهه با این حوادث، اجتماعات مذکور، کاملاً بدون دفاع بوده و فاقد توانایی و ظرفیت مقابله با آن‌ها می‌باشند (۱۸۳). البته در ایران، این رابطه برعکس است و هر کجا حادثه‌ای طبیعی رخ دهد، دولت با مشارکت مردم سعی در برطرف کردن مشکلات حادثه‌دیدگان داشته بطوریکه مشکلات قبل از حادثه نیز به نوعی برطرف می‌شود.

ریشه «فقر و آسیب‌پذیری» در حوادث، مشترک می‌باشد و عوامل مؤثر بر آن عبارتند از (۱۸۴):

- عدم سیاست‌گذاری در راستای کاهش آسیب‌پذیری
 - در حاشیه قرار داشتن فعالیت‌های کاهش آسیب‌پذیری اجتماعی و اقتصادی در برنامه‌های بازتوانی
- سیاست‌های اتخاذ شده در شرایط اضطراری، اغلب به بررسی بنیادی و اساسی علل آسیب‌پذیری نپرداخته‌اند. که این موضوع، در طولانی‌مدت نیز، ممکن است حتی ضعف‌های اقتصادی / اجتماعی و محیطی که منجر به خسارات جدی ناشی از حوادث طبیعی می‌شوند را باعث شود. از طرفی دیگر، استفاده از سیاست‌های عجولانه پس از حوادث، بدون در نظر داشتن هدف پیشگیری درازمدت، ممکن است موجب کیفیت نامطلوب بازتوانی اقتصادی / اجتماعی و متعاقب آن وضعیت معیشتی و ساختار اجتماعی نامناسب و مشکلات زیست محیطی گردد و در مقابل، این موضوع بسیار مهم است که اجرای یک برنامه مناسب می‌تواند، آسیب‌پذیری در مقابل حوادث آینده را در طولانی مدت کاهش دهد. ضمن اینکه می‌بایست عوامل اجتماعی، فیزیکی، محیطی، اقتصادی و سیاسی منطقه را که باعث تغییر آسیب‌پذیری می‌شوند، در نظر داشت (۱۸۳).
- پس از وقوع یک حادثه طبیعی گسترده، بیشترین عناوین و مباحثی که در رسانه‌ها اعلام می‌شود عبارتند از چگونگی وقوع حادثه، برنامه‌های بازتوانی فوری و اثرات طولانی مدت حادثه نظیر فقر. به نظر می‌رسد فقر، شروع یک چرخه ناقص است که جمع کثیری از مردم را گرفتار می‌کند، بنابراین سرمایه‌گذاری در جهت بازتوانی مناسب، راهی برای جلوگیری از فقری پابرجا و ماندگار همراه با تغییر شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی موجود است (۱۸۵).

عدالت اجتماعی

آنچه ما به عنوان بازتوانی به آن می‌پردازیم به سؤالات متعدد ارزشی در مورد عدالت می‌پردازد. چه کسانی اولویت‌های بازتوانی در اجتماع را تعیین می‌کنند؟ چگونه نیازهای طبقه کم‌درآمد که به علت از دست دادن کسب و کار، تحت فشار هستند، ارزیابی می‌شود؟ چه کسانی تصمیم می‌گیرند که چه چیزی و کجا بازسازی شود؟ چه کسانی پس از ایجاد تسهیلات جدید بازتوانی، در آن مستقر خواهند شد؟ گزارش مربوط به رویکرد عدالت اجتماعی که پس از طوفان کاترینا ارائه گردید، تأکید می‌کند که در برنامه بازتوانی، تمام سطوح دولت می‌بایست در مقابل بازماندگان و پرداخت‌کنندگان مالیات پاسخگو باشند. گام مهمی که در راستای عدالت می‌تواند برداشته شود، در نظر گرفتن تمامی بخش‌های اجتماع آسیب‌دیده در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بازتوانی و بازسازی است که به منظور کاهش آسیب‌های طولانی مدت انجام می‌گیرد. سهم

شدن حداکثری جامعه در برنامه‌های بازتوانی مشخص می‌کند که مشکلات جسمی، اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، روانی و زیرساختی جامعه در جریان توسعه پایدار آن، برطرف خواهد شد (۱۸۲).

نقش بازتوانی در رویکرد توسعه پایدار

راه دستیابی به یک اکوسیستم پایدار و باثبات، ساخت محیط زیست، حفظ اجتماعات انسانی و سرمایه‌های اجتماعی است. در گذشته، مدیریت حوادث طبیعی و فوریت‌ها به میزان زیادی متمرکز بر فاز آمادگی و پاسخ بود، در حالیکه طی ۱۰ تا ۱۵ سال اخیر تأکید بیشتری بر فاز کاهش آسیب و بازتوانی شده است. از طرفی، فعالیت‌های مربوط به این فاز، وقت‌گیر بوده و بالقوه هزینه‌بر هستند که علیرغم نمونه‌هایی از الگوهای مالی مرتبط با پروژه‌های بازتوانی و بازسازی، ساختار مناسب و سیستماتیک برای دستیابی به اهداف بلند مدت در آن‌ها، به ندرت لحاظ شده است (۱۸۲).

دوره بازتوانی، به عنوان فرصتی خاص در نظر گرفته می‌شود که طی آن کاهش آسیب صورت گرفته یا خطرانی که می‌تواند منجر به خسارات ماندگار اقتصادی، جسمانی، اجتماعی و محیطی شوند، مرتفع می‌گردند (۱۷۹). مسئولین دولتی محلی بخصوص گروه‌هایی که در یک جامعه حادثه خیز هستند، معتقدند که مرحله آمادگی، برای فاز بازتوانی طولانی مدت و همچنین فاز بازتوانی کوتاه‌مدت پس از حوادث طبیعی، نیازمند توجه بوده و در هر دو مورد به طور یکسان، حائز اهمیت می‌باشد (۱۸۶).

از طرفی، فعالیت‌های فاز پاسخ و بازتوانی می‌توانند موجب افزایش یا کاهش خطر حوادث طبیعی شوند که این امر، بستگی به چگونگی مدیریت این مراحل دارد. به عنوان مثال، بررسی فازهای پاسخ و بازتوانی در سونامی ۲۰۰۴ جنوب آسیا و تندباد Mitch نشان داد که اجرای نامناسب اقدامات مرتبط با این مراحل، حتی می‌تواند خطر وقوع حوادث بعدی را افزایش دهد. اما، رویکردی دیگر، چگونگی استفاده از این حوادث به شکل فرصت و بکارگیری آن در راستای مدیریت و کاهش خطر حوادث طبیعی آتی و نیز تأمین معیشت و توسعه پایدار است (۱۸۷). بنابراین، سؤالاتی که در فاز بازتوانی می‌بایست پاسخ داده شوند عبارتند از:

۱- آیا می‌توان محتوا و کیفیت کمک‌های انسان دوستانه که ماهیتاً کوتاه‌مدت هستند را به سطح

بالاتری که شامل اقدامات توسعه و بازتوانی طولانی مدت است، تبدیل کرد؟

۲- آیا می‌توان به منظور پایش اقدامات و ایجاد هماهنگی، تشکیلاتی ترتیب داد تا بر عملکرد

مؤسسات مداخله‌گر در امر توسعه و دفاتر کمک‌های بشردوستانه نظارت داشته باشند؟

۳- آیا این نظارت‌ها، هم در سطح بین‌الملل و هم در سطح ملی انجام خواهد شد؟

اگرچه ممکن است دفاتر بین‌المللی معدودی نسبت به بازتوانی طولانی‌مدت متعهد باشند اما برخی از صاحب‌نظران معتقدند که مداخلات نامحدود پس از حوادث، ممکن است ظرفیت‌های توسعه منطقه را تخریب کرده و با رویکرد توسعه پایدار سازگار نباشند (۱۲۲).

بنابراین، دستورالعمل ارائه خدمات بازتوانی، تهیه اطلاعات کاربردی را به شکل ذیل پیشنهاد می‌کند:

- تهیه خروجی‌های مطلوب برای توسعه اجتماعی در زمینه حوادث طبیعی
- تهیه شاخص‌های مورد نیاز برای مشخص کردن کمیت و کیفیت فعالیت‌ها متناسب با منابع و انجام فعالیت‌ها در راستای توسعه اجتماعی
- مشخص ساختن منابع مالی و بکارگیری کارکنان آشنا به برنامه‌های توسعه اجتماعی
- سازماندهی کارکنان بخش مدیریت و حامیان برنامه‌های توسعه اجتماعی
- شناسایی فعالیت‌ها و توانایی‌های خاص که ممکن است در حوادث طبیعی و در راستای توسعه اجتماعی کاربرد داشته باشند.

جمع‌آوری اطلاعات مرتبط نیز با روش‌های مختلف امکانپذیر است اما ترکیبی از دو رویکرد زیر، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات را موفقیت آمیز خواهد نمود:

- ۱- تجزیه و تحلیل آمار مرتبط با خدمات بازتوانی
 - ۲- جمع بندی نظرات کارکنان و افراد با تجربه در زمینه حوادث طبیعی و امر بازتوانی
- علاوه بر موارد فوق، در فرآیند جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با مرحله بازتوانی می‌بایست به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

- ۱- کدام گروه آسیب‌پذیرتر هستند؟
 - ۲- چرا این گروه‌ها آسیب‌پذیرترند؟
 - ۳- آیا این آسیب‌پذیری تحت تأثیر حوادث طبیعی ایجاد شده است؟
- جمع‌بندی و ارزیابی این اطلاعات نیز می‌تواند پیشنهادهایی را برای کمیته‌های منطقه‌ای بازتوانی یا سایر گروه‌های مرتبط، ارائه دهد، مانند (۸۲):
- بکارگیری کارکنان آشنا به مقوله توسعه اجتماعی
 - تخصیص متناسب منابع به منظور ایجاد توسعه پایدار
- نهایتاً، مواردی که می‌بایست هر برنامه بازتوانی در راستای توسعه پایدار، مورد تأکید قرار دهد، عبارتند از (۸۲):

- ۱- ارزیابی نیازهای جامعه به دنبال حوادث طبیعی و رفع آن نیازها
- ۲- ارزیابی انتظارات سیاسی و اجتماعی به دنبال وقوع حوادث طبیعی و فشارهای ناشی از آن
- ۳- تأکید بر اثرات مفید صرف نمودن هزینه در راستای توسعه اجتماعی (به عنوان مثال کاهش هزینه‌ها در حوادث مشابه آینده و استفاده از سیاست پیشگیری مقدم بر درمان)
- ۴- در نظر گرفتن احتمال وجود فعالیت‌ها و کارکنان برنامه‌های توسعه اجتماعی که ممکن است در برنامه‌های بازتوانی به صورت بالقوه جامعه آسیب‌دیده را منتفع سازند.

۵- یادآوری تأثیر مثبت و مزایای برنامه‌های توسعه اجتماعی در حوادث پیشین
 ۶- تأکید بر اهمیت مسئولیت اجتماع در مدیریت برنامه‌های خودبازتوانی و نقش کارکنان توسعه اجتماعی در تسهیل این روند
 همچنین، فعالیت‌های توسعه‌ای موفق در زمینه بازتوانی، می‌بایست به نکات زیر توجه داشته باشند (۸۲)، (۱۴۶):

- تاب‌آوری
 - عدالت اجتماعی
 - توسعه زیست محیطی و اقتصادی/ اجتماعی
 - برابری
 - درک مفهوم بازتوانی: بازتوانی موفق بر اساس درک مفهوم اجتماع محوری است.
 - درک پیچیدگی: موفقیت برنامه بازتوانی بستگی به درک ماهیت پویا و پیچیده حوادث و فوریت‌ها دارد.
 - برقراری ارتباطات مؤثر: بازتوانی موفق بر اساس ارتباطات مؤثر با جامعه و سایر ذینفعان انجام می‌شود.
 - قدردانی و ظرفیت‌سازی: بازتوانی موفق بر اساس اجتماع، فرد و ظرفیت‌های سازمانی ایجاد و حمایت می‌شود.
- ایجاد سرپناه مطمئن، کاهش فقر، کاهش خطر و بازتوانی معیشتی، به آهستگی روی می‌دهند. از سوی دیگر این موارد تعهدات پیچیده‌ای هستند که بارها برای دفاتر بین‌المللی ارائه دهنده کمک‌های بشردوستانه، شرایط غیرقابل‌کنترلی ایجاد کرده‌اند. لازم به ذکر است که هدف سازمان‌های دولتی مداخله‌گر در امر بازتوانی و سازمان‌های غیردولتی مرتبط، بهره‌برداری بهینه از منابع انسانی و مالی بمنظور دستیابی به توسعه پایدار و توانمندسازی طولانی‌مدت جوامع آسیب‌دیده می‌باشد. اما، هم‌زمان، شفاف‌سازی و پاسخگویی با هدف پیشگیری از یأس و ناامیدی ناشی از وعده‌های تحقق‌نیافته و ناکارآمدی اقتصادی برنامه‌های توسعه‌ای بسیار بااهمیت است (۱۴۷). به عنوان مثال، گروه‌های بازتوانی فوری که توسط UNDP تشکیل شده‌اند، تجمع سازمان‌های بین‌المللی و NGOهای مرتبط در امر بازتوانی را پشتیبانی نموده و به حمایت از تلاش کشورها برای جابجایی سریع از مرحله امدادسانی به فاز بازتوانی طولانی‌مدت و توسعه پایدار می‌پردازند (۱۸۴). علاوه بر آن، در بحث بازتوانی، برقراری حمایت مناسب از آسیب‌دیدگان حوادث طبیعی بسیار مهم و یکی از وظایف اصلی مدیران می‌باشد، همچنین، کلیه افراد و کارکنان سازمان‌های مرتبط با برنامه‌های توسعه‌ای پس از حوادث طبیعی می‌بایست در مورد نحوه دستیابی به اهداف و انجام فعالیت‌هایشان آگاه باشند (۸۲).

در نتیجه، بمنظور دستیابی به بازتوانی طولانی‌مدت و توسعه پایدار پس از حوادث طبیعی، می‌بایست به برنامه‌ریزی و پیش‌بینی این امر، از ابتدای فعالیت امدادرسانی سریع پرداخت. اینگونه برنامه‌ها نیز، با درنظرگرفتن ظرفیت‌های قومی در راستای فراهم کردن یک محیط امن، تداوم ارائه خدمت، تأمین معیشت، هماهنگی بین فعالیت‌ها، پیشگیری از تکرار بحران و ایجاد شرایط توسعه، توأم می‌باشند (۱۸۴).

برنامه‌ریزی توسعه نیز یکی از رویکردهای مهم در فاز بازتوانی می‌باشد. FEMA، نقش برنامه‌ریزان در یک توسعه پایدار به دنبال بازتوانی از حوادث طبیعی را اینگونه تعریف می‌کند: برنامه‌ریز، به عنوان یک سازمان‌دهنده و تسهیل‌گر در جهت بازتوانی و ارتقاء دستیابی به توسعه پایدار عمل می‌کند. مطابق با این تعریف، هماهنگی بین برنامه‌ریزی شهری و برنامه‌ریزان حوادث طبیعی می‌تواند به یک بازتوانی موفق و نیز توسعه پایدار منجر شود (۱۷۹).

از آنجایی که اجرای توسعه پایدار در راستای برنامه‌های بازیابی پس از حوادث، هم‌چنان در ابتدای مسیر خود قرار دارد، برای نهادینه شدن توسعه پایدار در کل فرآیند بازیابی، می‌بایست ارتباط مستمر بین برنامه‌ریزی ملی، منطقه‌ای و محلی و متخصصان مدیریت بحران، وجود داشته باشد که این امر از طریق به اشتراک گذاری تجربیات موفق بازیابی و توسعه پایدار پس از حوادث، به دست می‌آید. در راستای ایجاد و توسعه برنامه‌های بازیابی، هر گام یا جزء برنامه‌ریزی، فرصتی برای انتخاب توسعه بیشتر و یا حتی کمتر جامعه، محسوب می‌شود. بنابراین گام‌های برنامه‌ریزی بازتوانی موفقیت‌آمیز که نتیجه آن توسعه پایدار می‌باشد عبارتند از:

- ۱- از فرصت ایجاد شده برای ایجاد و توسعه استراتژی بازیابی کل نگر، به عنوان دریچه ورود به توسعه پایدار استفاده نمایید: بر منابع مالی خارجی و کمک‌های فنی که پس از رخداد حوادث در دسترس می‌باشند، سرمایه‌گذاری کنید.
- ۲- اهداف و مقاصد جامعه را تدوین نمایید: اعضای جامعه را از طریق اهداف و مقاصد مشترک و مورد توافق، متحد و یکپارچه نمایید.
- ۳- فرآیند برنامه‌ریزی و ساختار برنامه‌ها را مورد توجه قرار دهید بطوریکه بر مبنای مشارکت و راستای چارچوب گسترده بازیابی جامعه پس از حادثه باشد.
- ۴- برنامه‌هایی با اهداف چندگانه را بکار بندید: در جستجوی فرصت‌هایی برای دستیابی به منافع چندگانه باشید مخصوصاً هنگامی که اقدامات کاهش خطر و مفاهیم توسعه پایدار با تلاش‌های بازیابی، ادغام می‌شوند.
- ۵- انعطاف پذیر باشید: فعالیت‌ها و گزینه‌های خود را محدود ننمایید و از فرصت‌های غیرمنتظره استفاده کنید.
- ۶- تمامی منابع مالی را درنظر بگیرید: بودجه‌ها و کمک‌های مالی غیرمرتبط با حوادث را

نادیده نگیرید و در صورتیکه، متخصصین در سطح محلی در دسترس نبودند، از سایر منابع مانند سازمان‌های منطقه‌ای یا ملی و نیز بخش خصوصی استفاده کنید.

۷- مشارکت و مداخله ذینفعان جامعه را حداکثر نمایید: از مشارکت‌کنندگان محلی، سازمان‌های مردم نهاد و مؤسسات خیریه جهت شرکت در فرآیند برنامه‌ریزی استفاده کنید.

۸- بکارگیری مشارکت‌کنندگان غیرسنتی را به حداکثر رسانید: گروه‌ها و سازمان‌های اجتماعی که مکمل نقش دولت می‌باشند.

۹- از مختصر بودن برنامه اطمینان حاصل نمایید: به اولویت‌بندی اقدامات فوری، کوتاه و بلندمدت بپردازید (۱۸۸)

ارزیابی برنامه‌های بازتوانی

در راستای ارزیابی برنامه‌های بازتوانی پس از حوادث طبیعی که منتهی به توسعه پایدار می‌شود، چک لیست زیر حاوی نکات ارزنده‌ای است (۸۲):

- ۱- تأثیرگذاری فعالیت‌ها
- ۲- مشتری‌مداری، جامعه‌محوری و بکارگیری کارکنان آشنا به امر توسعه اجتماعی
- ۳- بررسی اثرات مداخله و برنامه‌هایی که برای افراد، گروه‌ها یا اجتماع انجام شده در مقایسه با خدمات و مداخلات قبلی
- ۴- انجام ارزیابی به طریقی که جامعه دریافت‌کننده خدمات بازتوانی، به ارزیابی بپردازد.
- ۵- بررسی چگونگی انجام برنامه و نتایج آن
- ۶- ارزیابی اصول اخلاقی: چه کسی ملزم به رعایت آن است؟ چه زمانی انجام می‌شود؟ چه کسی محدوده آن را تعیین می‌کند؟ چه کسی در این خصوص تصمیم‌گیری می‌کند؟
- ۷- نحوه انجام مطالعات طولی در طولانی‌مدت و با تناوب زمانی
- ۸- نحوه ارائه بازخورد به اجتماع: با در نظر گرفتن زمان، توالی و نوع بازخورد
- ۹- بررسی رویکردهای کمی و کیفی خدمات
- ۱۰- مشخص نمودن ابزار ارزیابی از ابتدای کار (بر اساس چارچوب اطلاعاتی موجود)
- ۱۱- ارزیابی مستمر که تعیین‌کننده مداخلات آتی نیز می‌باشد.
- ۱۲- تأمین ابزار مناسب جهت ارزیابی (انجام پژوهش، تولید پرسشنامه استاندارد، تحلیل اطلاعات و پیمایش‌های گسترده)
- ۱۴- اتخاذ رویکرد عمومی: به صورت رسمی و غیررسمی
- ۱۵- تداوم انعطاف‌پذیری جامعه در برابر تغییرات متأثر از حادثه

- ۱۶- حصول اطمینان از شمولیت برنامه برای تمامی ذینفعان
- ۱۷- رعایت فرآیند ارزیابی مستقل و فاقد وابستگی به گروه خاص

علاوه بر موارد فوق، چک لیست زیر نیز، تداوم باز توانی پس از حوادث طبیعی را طی سه مرحله، ارزیابی نموده و میزان دستیابی به اهداف توسعه پایدار را مشخص می‌نماید (۱۴۷):

چک لیست ارزیابی تداوم باز توانی در راستای توسعه پایدار (۱۴۷)

مرحله اول	مرحله دوم		مرحله سوم
تدوین قوانین	ظرفیت سازی	ارزیابی نیاز	تقویت سازمان‌های محلی
باز توانی مبتنی بر توسعه	آموزش احداث ساختمان / کارگران	گفتگو	ادغام با طرح‌های توسعه دولتی
مشارکت در فعالیت‌های باز توانی	افزایش اعتماد جامعه با انجام مداخلات مقاوم سازی	آموزش و تمرین	تهیه ساز و کارهای امنیتی
پیروی از حداقل استانداردها	تقویت ساختارهای سازمانی در سطوح اجتماعی	بازخورد جامعه	اطمینان از تداوم فرآیندهای ظرفیت سازی
باز توانی به منظور کاهش آسیب پذیری	بکارگیری ملزومات اجتماعی	ارزیابی آسیب	گردآوری فرصت‌های جدید پیشرفت
ارتقاء توانمندسازی	تقویم اجتماعی	تعیین گزینه‌های مناسب	-
انعطاف پذیری	فعالیت‌های متناسب	آماده سازی برنامه‌های محلی	-
هماهنگی بین ذینفعان	مشخص ساختن شرح وظایف	تعیین اولویت‌های اجتماعی	-
بهبود شیوه زندگی	گفتگوی نفر به نفر	تعیین فعالیت‌های متناسب اجتماعی	-
برنامه ریزی راهبردی	اتخاذ رویکردی انعطاف پذیری	تعیین مکان‌های نیازمند ظرفیت سازی	-
مأموریت	راهنمایی و نظارت بر ساخت و ساز در حال اجرا	ملاقات با جوامع دولتی دست اندرکار	-
مقاصد و اهداف	شفاف سازی و مشخص کردن نقش‌ها	بکارگیری دستورالعمل‌های دولتی	-
استقرار تیم	ایجاد زیرساخت‌های محلی بمنظور ذخیره سازی مواد خام	تعیین معیارهای مطمئن ساختمان سازی	-
-	ایجاد سیستم پایش و ارزشیابی عملیات ساخت و ساز	انجام اولین حرکت به سوی جلب اعتماد اجتماع	-

درس آموخته‌های مرتبط با نقش بازتوانی در توسعه پایدار

در کشور بنگلادش سازمان ERF به عنوان یک واحد خودگردان و مستقل، که در راستای مدیریت کاهش خطر حوادث و بازتوانی مبتنی بر توسعه فعالیت می‌کند، توانایی پاسخگویی سریع و انعطاف‌پذیر را دارا می‌باشد. بخشی از وظایف آن نیز، ایجاد عدالت، اتخاذ سیاست‌های ضد تبعیض، دفاع از حقوق مردم سهیم در برنامه‌های بازتوانی و شفاف نمودن وضعیت اجتماعی در طول فرآیند بازتوانی است. از آنجایی که سازمان‌های متعدد بین‌المللی و NGO ها در بخش بازتوانی سابقه ارائه خدمات دارند، ERF تلاش می‌کند تا ظرفیت‌های موجود این سازمان‌ها را به نحو مطلوب مورد استفاده قرار داده و نیازهای اساسی برنامه بازتوانی موفق را شناسایی نماید. همچنین ERF در نظر دارد که در حین بازتوانی، همه افراد نیازمند، از خدمات این سازمان‌ها بهره‌مند شوند، البته تاجائیکه از کلیت اهداف خود فاصله نگیرند. ERF با تلفیق مدیریت منطقه‌ای و ملی در فرآیند برنامه‌ریزی، اجرا و پایش مداخلات بازتوانی طولانی‌مدت، موجبات ارتقاء آن را فراهم نموده و قادر است با حمایت از سیاست‌گذاری‌های توسعه مدار و برنامه‌های بازتوانی فوری و طولانی‌مدت، سازمان‌های بین‌المللی و محلی مداخله‌گر را بهبود بخشد. این مهم، با ارزیابی‌های سیستماتیک ملزومات بازیابی، ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های فعال، تدوین برنامه ارزیابی سریع و تأمین منابع انسانی مورد نیاز انجام می‌گیرد (۱۴۹).

راهبردهای دولت بنگلادش در جهت کاهش فقر پس از حوادث طبیعی تحت تأثیر اهداف توسعه هزاره و بر پنج ستون اصلی استوار بود که عبارتند از (۱۸۹):

- ۱- اقدام در جهت رشد اقتصادی به منظور افزایش درآمد و اشتغال‌زایی برای فقرا
 - ۲- ایجاد توسعه انسانی با آموزش و ارتقای سطح بهداشت، کیفیت تغذیه و انجام مداخلات اجتماعی
 - ۳- فعالیت در جهت پیشرفت زنان و حذف تبعیض جنسیتی
 - ۴- پیشگیری از مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر فقر به ویژه فقر زنان
 - ۵- مشارکت دولت‌مردان و ارتقاء عناصر غیرمادی مانند ایجاد امنیت، توانمندی و بهبود عملکرد مؤسسات مبارزه با فقر و حذف مؤسساتی که مانع پیشرفت جوامع هستند.
- حادثه هسته‌ای چرنوبیل، زلزله چین، یا طوفان کاترینا ثابت کرد که مدیریت اثرات این حوادث جلوتر از پیشرفت‌های علمی و اقتصادی حرکت می‌کند و دو مقوله پیشرفت‌های اقتصادی و علمی، تنها تسهیلاتی در جهت کاهش اثرات حوادث طبیعی فراهم می‌آورند (۱۹۰). کشورهای آمریکا، ژاپن و امارات، در ارزیابی‌ها به دنبال سطح بالاتری از کیفیت زندگی پس از حوادث، هستند. برخی برنامه‌های بازتوانی نیز، موفق شده‌اند با احیاء مناطق شهری، کاهش آسیب‌پذیری و حفظ بناهای تاریخی، شرایط را به وضعیت قبل از حوادث طبیعی بازگردانند (۱۳۱).

بعد از طوفان Mitch، کشورهای آمریکای مرکزی و سازمان ملل این پیش فرض را مطرح کردند که فاز

بازتوانی به عنوان یک فرصت برای ایجاد تحول در نظر گرفته شود. این دیدگاه، موجب افزایش منابع تخصیص یافته به فاز بازتوانی گردید و به ساخت مناطق آسیب دیده از طوفان با کیفیتی بهتر از قبل منجر شد. موافقت نامه‌ای که در بیانیه استکهلم سال ۱۹۹۹ به منظور برقراری ارتباط بین فازهای امدادرسانی فوری، بازتوانی و دست یابی به توسعه تنظیم شد، اهداف زیر را دربرمی گرفت (۱۸۵) :

- ۱- کاهش آسیب پذیری اجتماعی و اکولوژیک منطقه
- ۲- اتخاذ مدیریت شفاف و مناسب جهت انجام بازتوانی مؤثر
- ۳- تلاش در جهت تحکیم دموکراسی و فشار به دولت‌ها در راستای تمرکز زدایی با مشارکت جامعه مدنی
- ۴- ارتقاء قوانین بشری و رعایت تساوی حقوق زنان و مردان
- ۵- توجه به قوانین حمایت از کودکان و موازین اخلاقی در سایر گروه‌ها
- ۶- هماهنگی در جهت سامان دهی کمک‌های داوطلبانه بر اساس اولویت بندی کشورهای دریافت کننده کمک‌ها

۷- تلاش در جهت کاهش بار وام‌های خارجی

از طرفی، در تحلیل انجام شده از ۱۴ زمین لرزه، مهمترین عوامل انسانی دخیل در شدت تخریب‌ها عبارت بودند از مهندسی نامطلوب، آگاهی ناکافی در پیشگیری از حوادث طبیعی، کیفیت نامناسب ساختمان‌ها، نقص سیستم اطلاعاتی در حوادث، معیارهای نامناسب ارزیابی دولت در حوادث، سیستم ناکارآمد پیشگیری از حوادث، استاندارد نبودن معیارهای استحکام در برابر زلزله، ضعف تکنیک‌ها و تجهیزات امداد و نجات، برنامه ریزی نامناسب مدیریت شهری و تراکم بالای جمعیت و آسیب پذیری ساختمان‌ها (۱۹۱). بدیهی است که بهبود و ارتقای هر عامل انسانی مؤثر در تخریب‌های ناشی از زلزله، گامی مهم در راستای دستیابی به توسعه پایدار جوامع آسیب دیده تلقی می گردد.

در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که پوشش بازتوانی پس از سونامی هند و اندونزی، گسترده ترین پاسخ در تاریخچه کمک‌های انسان دوستانه به دنبال حوادث طبیعی بوده است. اما، بازتاب گزارش رسانه‌ها و توجه عمومی، سازمان‌های اهداءکننده کمک‌ها را وادار نمود تا حمایت‌های خود را به صورت اقدامات نمادین ارائه نمایند و این موضوع باعث شد تا اغلب آن‌ها بررسی اطلاعات منطقه‌ای قبل از حادثه و نیازهای پس از آن را در راستای حرکت به سمت توسعه فراموش کنند. درحالیکه، بازتوانی طولانی مدت مهمتر از بازتوانی سریع است، اما اغلب توسط تعدادی از اهداکنندگان کمک‌های بشر دوستانه و NGO ها کم اهمیت تلقی می شود. با این حال، در گزارشی که توسط ائتلاف ارزیابی سونامی در سال ۲۰۰۶ منتشر گردید، بر تغییر جهت از بازتوانی فوری به سمت تأمین معیشت و توسعه پایدار در جمعیت متأثر از حادثه، تأکید شده است (۱۲۲).

بعد از زلزله کشمیر پاکستان در سال ۲۰۰۵، که موجب آسیب دیدن ۷۵۰۰۰ نفر شد، سازمان‌های بین المللی،

امدادرسانی فوری و گسترده ای را آغاز کردند. در مناطق روستایی اطراف مظفرآباد، منطقه‌ای وسیع دچار تخریب خطوط آب رسانی شد و آب آشامیدنی مناطق روستایی قطع گردید. پس از این رویداد، افراد امدادگر با هدف بازیابی و درنظرگرفتن این حادثه به عنوان یک فرصت، عملیات عمرانی را برای تأمین آب آشامیدنی خود، آغاز نموده و در راستای توسعه پایدار جامعه خود گام برداشتند (۱۹۲).

فصل نهم

نتیجه گیری

حوادث طبیعی، سالانه، مرگ و میر بسیاری از انسان‌ها و نابودی زیرساخت‌های اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیک و فرهنگی را در مناطق تحت تأثیر موجب می‌شوند؛ اما، بازگشت به شرایط نرمال پیش از حادثه یا بهتر از آن، در بین جوامع آسیب‌دیده، متفاوت می‌باشد و فرآیندی که در ایجاد چنین تفاوت‌هایی نقش اساسی ایفا نموده و پیشرفت این جوامع را تضمین می‌نماید، بازتوانی است. این فرآیند، معمولاً طولانی می‌باشد، بطوریکه بازگشت اجتماع به شرایط پیشین خود، ممکن است، ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از رخداد حادثه، به طول انجامد. بنابراین، سازمان‌های مسئول و گروه‌های متصدی امر بازتوانی، بر اساس برنامه و شرح وظایفی که از پیش مشخص گردیده است، می‌بایست فعالیت‌های خود را استمرار بخشیده و تا زمان دستیابی به اهداف بازتوانی و اطمینان از پایداری جامعه در برابر حوادث و نیز توانمند نمودن افراد ناتوان، در منطقه آسیب‌دیده حضور داشته و تلاش نمایند.

فرآیند بازتوانی، دارای اجزا و ابعاد مختلفی است که هر کدام از آن‌ها، علاوه بر اینکه نیازمند امکانات، منابع و رویکردهای خاص خود است، در عین حال از سایر حیطه‌ها، مجزا نیست و گاهاً بین فعالیت‌های مربوط به تمامی حیطه‌ها، هم پوشانی نیز مشاهده می‌شود. بنابراین موفقیت‌آمیز بودن فرآیند بازتوانی از حوادث طبیعی، دیدگاهی سیستماتیک و کل‌نگر را همزمان با اجرای برنامه‌های اختصاصی مرتبط با هر حیطه، ایجاد می‌نماید. همانطور که در فصول پیشین مطالعه نمودید، ابعاد اصلی بازتوانی یا عبارتی دیگر، انواع بازتوانی عبارتند از:

۱- بازتوانی جسمی

۲- بازتوانی روانی

۳- بازتوانی اقتصادی

۴- بازتوانی اجتماعی

۵- بازتوانی معنوی

مفاهیم و رویکردهای مربوط به تمامی ابعاد فوق، در کتاب حاضر، به تفصیل مطرح گردید و علاوه بر آن به تجربیات مفید تعدادی از کشورها در اجرای برنامه‌های بازتوانی از حوادث طبیعی نیز، اشاره شد. بنابراین، با در نظر گرفتن اینکه خوانندگان کتاب، ضمن مطالعه فصول پیشین، با مفاهیم تمامی انواع بازتوانی آشنایی لازم را دارند، از ذکر جزئیات مربوط به هر یک از ابعاد فوق، خودداری می‌گردد.

لازم به ذکر است که محافظت اجتماعی از فقیرترین و آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه آسیب‌دیده، از مهمترین اهداف فرآیند بازتوانی است که می‌بایست در تمامی برنامه‌ریزی‌ها و فعالیت‌های مرتبط با ابعاد پنجگانه آن، در اولویت قرار گیرد؛ این امر، بویژه، در مورد فعالیت‌های معیشتی و متنوع نمودن منابع درآمدی این گروه، از اهمیت بسیاری برخوردار است و در تاب آوری آن‌ها برای مواجهه با حوادث آتی، تأثیر بسزایی خواهد داشت. از طرفی دیگر، فقر، به خودی خود، عامل اصلی آسیب‌پذیری بیش از حد افراد و گروه‌های اجتماعی

در برابر حوادث طبیعی می‌باشد زیرا افراد فقیر، حداقل دسترسی به منابع را داشته و اغلب در محیط‌های محروم زندگی می‌کنند.

مداخلات اجتماع محور و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی را نیز نباید از نظر دور داشت؛ بازتوانی مردم محور، می‌تواند ابزاری کارآمد برای ارائه خدمت به گروه‌های هدف باشد که توأم با مشارکت فعال خود آن‌هاست. بنابراین، بهره‌مندی از مشارکت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی در اجرای فرآیند بازتوانی، بسیار کلیدی است و علاوه بر آن، ایجاد توسعه پایدار در منطقه آسیب‌دیده را تسهیل نموده و کاهش وابستگی به کمک‌های سازمان‌های مرتبط را نیز، موجب می‌گردد. از آنجاکه، استخدام و بکارگیری متخصصان مددکاری اجتماعی، در موفق بودن اقدامات بازتوانی اجتماع محور بسیار تأثیرگذار بوده است، لذا متصدیان امر بازتوانی ضمن توجه به این حرفه مهم، می‌بایست تمهیدات و شرایط لازم را برای فعالیت مددکاران اجتماعی در جامعه متأثر، فراهم نمایند.

ابزاری که موفقیت و اثربخشی فعالیت‌های دوران بازتوانی را تضمین می‌نماید، ارزیابی مداوم فعالیت‌های بازتوانی در تمامی ابعاد و حیطه‌های آن است. این ارزیابی، علاوه بر تبیین نقاط ضعف عملکردی و تهدیدهای احتمالی، فرصت شناسایی ظرفیت‌ها و منابع موجود در منطقه را برای رفع نقاط ضعف و بهبود فرآیند بازتوانی، فراهم می‌آورد. علاوه بر آن، با توجه به طولانی بودن این رویکرد، سرعت پیشرفت و کیفیت آن نیز می‌بایست به طور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد و بازخورد لازم به مسئولین و کارکنان فعال در رویکرد بازتوانی، ارائه گردد، تا علاوه بر اطمینان از پیشرفت مؤثر برنامه‌های بازتوانی، میزان موفقیت آن نیز افزایش یابد.

از طرفی، نظام مدیریت حوادث هر کشور، متناسب با شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی آن، اقدام به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های مرتبط می‌نماید. بنابراین، شرط موفقیت‌آمیز بودن عملیات مدیریت حادثه (کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی) هر کشور، متناسب نمودن آن با شرایط و ساختارهای حکومتی خاص و به طور خلاصه، بومی سازی چنین اقداماتی می‌باشد. در این راستا، سازمان مدیریت بحران کشور که مسئولیت اصلی مدیریت و اداره نمودن حوادث طبیعی را، برعهده دارد، تهیه طرح جامع ملی بازتوانی حوادث طبیعی را مدنظر قرار داد. این طرح توسط دپارتمان سلامت در بلایا و فوریت‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر ایران، کمیته امداد امام خمینی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، سازمان تبلیغات اسلامی و انجمن‌های تخصصی هم‌چون انجمن مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی ایران تهیه گردید. طرح در سه بخش مطالعات و مستندات، طرح جامع ملی بازتوانی و آیین نامه اجرایی طرح ملی بازتوانی تنظیم شده است و نقطه عطفی در مدیریت مؤثر حوادث طبیعی، ایجاد تاب‌آوری و دستیابی به توسعه پایدار جامعه محسوب می‌شود. خلاصه‌ای از گزارش تدوین طرح جامع ملی بازتوانی به شرح زیر است:

در طرح مذکور، علاوه بر شناسایی عوامل مؤثر بر طرح ملی بازتوانی از حوادث طبیعی تا سال ۱۴۰۴، ابعاد مختلف بازتوانی نیز به طور کامل مطالعه و تعریف گردید و ضمن مشخص نمودن سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان در اجرای بازتوانی، وظایف آن‌ها بر حسب ابعاد مورد نظر (جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی) در سه دوره زمانی قبل، حین و بعد از حادثه، تعیین شد. شرح وظایف تمامی سازمان‌ها نیز ضمن آن که الزاماً در راستای سیاست‌ها، ارزش‌ها، اهداف و راهبردهای منطبق با سیاست‌های اجرایی سازمان مدیریت بحران در نظر گرفته شد، توسط مسئولین و متخصصین مربوطه پیشنهاد و تدوین گردید. سیاست‌های کلی برنامه و ارزش‌های مورد توجه آن، به شرح زیر می‌باشند:

• سیاست‌های کلی:

- 0 مدیریت یکپارچه و جامع بازتوانی در تمامی سطوح
- 0 مدیریت دانش بازتوانی مبتنی بر شواهد علمی و فناوری روزآمد بومی
- 0 بهره‌مندی از ظرفیت‌های فرهنگی، ملی و مذهبی
- 0 تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر شامل سالمندان، معلولین، کودکان و زنان
- 0 جامعه محور بودن برنامه‌ها و اقدامات بازتوانی به منظور بهره‌مندی از ظرفیت‌های مردمی
- 0 بازتوانی جامع در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و اقتصادی در راستای توسعه پایدار
- 0 ادغام برنامه‌های بازتوانی حوادث طبیعی در برنامه‌های جاری سازمان‌ها و دستگاه‌ها

• ارزش‌ها:

- 0 عمل به مفاهیم و ارزش‌های دینی و قرآنی
- 0 توجه به کرامت و شأن انسانی، استقلال و عزت جمهوری اسلامی
- 0 عدالت محوری

• آیین‌نامه اجرایی:

نهایتاً آیین‌نامه اجرایی این طرح، در هفت ماده مختلف، پیشنهاد و تدوین گردید که عبارتند از :

- 0 ماده یک: تعاریف مفاهیم
- 0 ماده دو: سیاست‌های کلان و ارزش‌ها
- 0 ماده سه: ساختار و روند اجرایی
- 0 ماده چهار: اعضای کمیته‌های تخصصی
- 0 ماده پنج: شرح وظایف کارگروه
- 0 ماده شش: شرح وظایف تخصصی کمیته‌های تخصصی بازتوانی
- 0 ماده هفت: زمانبندی ارایه خدمات کمیته‌های تخصصی

در ادامه، ضمن تشریح چالش‌های موجود در فرآیند بازتوانی، پیشنهادهایی نیز در راستای برطرف نمودن آن‌ها ارائه شده است:

چالش‌های بازتوانی پس از حوادث طبیعی

شناسایی چالش‌ها و مسائلی که ضمن ایجاد محدودیت، مانع اجرای بازتوانی موفق می‌گردند، الزامی است اما مهمتر از آن، اطلاع‌رسانی در مورد این چالش‌ها و آگاه نمودن متخصصین و متصدیان امر بازتوانی از وجود چنین موانعی می‌باشد. کتاب حاضر، با بهره‌گیری از تجربیات مربوط به تدوین طرح جامع ملی بازتوانی و استفاده از نظرات ارزشمند متخصصین، افراد آگاه و دارای تجربه در رویکرد بازتوانی، لیستی از بااهمیت‌ترین چالش‌ها و نقاط ضعف اجرای فرآیند بازتوانی در کشور جمهوری اسلامی ایران را در اختیار مخاطبین خود قرار می‌دهد که عبارتند از:

- حادثه‌خیز بودن کشور (با توجه به فراوانی و تکرار حوادث طبیعی)
- موازی‌کاری و تداخل وظایف سازمان‌های دخیل در امر بازتوانی
- ارتباطات بین بخشی ضعیف بین سازمان‌های دولتی ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی
- ارتباطات بین بخشی و هماهنگی ضعیف بین سازمان‌های دولتی و غیردولتی (مردم نهاد و خصوصی) ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی
- تخصیص ناکافی بودجه به فعالیت‌های بازتوانی در سازمان‌های دولتی مرتبط
- همکاری ناکافی سازمان‌های بیمه‌ای با سازمان‌های دخیل در امر بازتوانی
- ارائه خدمات بازتوانی به صورت غیرفعال (مراجعه افراد صدمه دیده جهت دریافت خدمات)
- ناکافی بودن مستندات و بانک‌های اطلاعاتی بازتوانی در سازمان‌های دولتی و غیردولتی ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی
- فقر، بیکاری، اعتیاد و سایر آسیب‌های اجتماعی موجود در کشور
- توجه ناکافی به بازتوانی گروه‌های آسیب‌پذیر پس از حادثه طبیعی
- توزیع نامناسب نیروهای کارآمد در زمان بازتوانی
- کمبود منابع و تجهیزات تخصصی بازتوانی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات
- عدم وجود کلینیک‌های مشاوره صوتی، مجازی و تصویری در راستای مشارکت‌های بین بخشی
- ناکافی بودن نیروهای متخصص روان‌شناس و مددکاران اجتماعی جهت اجرای برنامه‌های بازتوانی روانی
- ضمانت ناکافی اجرای برنامه‌های بازتوانی
- ناکافی بودن تیم‌های تخصصی سازماندهی شده

- گستردگی و تنوع خدمات بازتوانی همراه با افزایش تقاضا

تا پیش از تدوین برنامه جامع ملی بازتوانی کشور و آیین‌نامه مربوطه، چالش عدم وجود قوانین شفاف و شرح وظایف و دستورالعمل‌های مدون نیز در لیست فوق قرار گرفته بود؛ اما تدوین برنامه جامع ملی، این نقطه ضعف مهم و سایر چالش‌های نشأت گرفته از آن را برطرف نمود. اجرای دقیق دستورالعمل‌ها و تمرکز سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان بر شرح وظایفی که در برنامه جامع ملی بازتوانی اختصاصاً برای هر یک در نظر گرفته شده است نیز، از ضروریات بازتوانی موفق در کشور می‌باشند. البته، نقش مهم سازمان مدیریت بحران در ایجاد هماهنگی و نظارت بر اجرای مؤثر دستورالعمل‌ها و شرح وظایف سازمان‌ها را نباید از نظر دور داشت.

در پایان، استفاده از تمامی پتانسیل‌ها، ظرفیت‌ها و امکانات آموزشی و پژوهشی موجود در کشور و همچنین، بکارگیری توان متخصصین بازتوانی و مشارکت‌پذیری بالقوه مردم، در راستای موفقیت برنامه‌های بازتوانی پس از حوادث طبیعی و دستیابی به توسعه پایدار جامعه، به مدیران و متصدیان امر بازتوانی کشور توصیه می‌گردد.

اختصارات و تعاریف واژه‌ها

اختصارات

Abbreviations	معادل انگلیسی	معادل فارسی
ASIA	American Spinal Injury Association	انجمن آسیب‌های نخاعی آمریکا
BEOC	Basic Emergency Obstetric Care	مراقبت‌های پایه مامایی
CBR	Community Based Rehabilitation	بازتوانی جامعه محور
CP	Civil Paraplegic	فلج شخصی
DAF	Disaster Appeal Fund	بودجه استیناف پس از حوادث
EMA	Emergency Management Australia	مدیریت فوریت‌های استرالیا
ERF	Early Recovery Facilities	تسهیلات بازیابی زود هنگام
FEMA	Federal Emergency Management Agency	آژانس مدیریت بحران دولت فدرال
ICF	International Classification of Functioning	طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	مدیریت تلفیقی ناخوشی دوران کودکی
ISDR	International Strategy for Disaster Reduction	استراتژی بین‌المللی کاهش خطر
ISPRM	International Society of Physical and Rehabilitation Medicine	انجمن بین‌المللی طب فیزیکی و توانبخشی
MISP	Minimum Initial Service Package for Reproductive Health	بسته خدماتی اولیه بهداشت تولید مثل

NDRF	National Disaster Recovery Framework	چارچوب ملی بازیابی از حوادث
NGO	Non – Governmental Organization	سازمان‌های غیر دولتی
NIRM	National Institute of Rehabilitation Medicine	مؤسسه ملی طب توانبخشی
PMCT	Prevention of Mother to Child Transmission	مراقبت‌های پیشگیری از انتقال بیماری از مادر به جنین
PRM	Physical and Rehabilitation Medicine	طب فیزیکی و توانبخشی
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder	اختلال استرس پس از ضربه
RSF	Recovery Support Functions	عملکردهای حمایتی بازیابی
SCI	Spinal Cord Injury	آسیب‌های نخاعی
SCRDR	Liaison Sub-Committee on Rehabilitation Disaster Relief	کمیته فرعی بازتوانی در اقدامات امدادی حوادث
TF- CBT	Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy	درمان به روش رفتاری- شناختی متمرکز بر آسیب
UNDP	United Nation Development Program	برنامه توسعه ملل متحد
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund	صندوق بین‌المللی ملل متحد برای فوریت‌های کودکان
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی
WRAP	Wellness Recovery Action Planning	برنامه عملیاتی بازیابی سلامت

تعریف واژه‌های تخصصی

ردیف	واژه	تعریف
۱	آسیب پذیری (Vulnerability)	شرایطی که توسط عوامل فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی تعیین و باعث افزایش تأثیرپذیری یک جامعه در برابر اثرات مخاطرات می شوند.
۲	آمادگی (Preparedness)	عبارت است از فعالیت‌ها و اقداماتی که پیشاپیش برای اطمینان از پاسخ مؤثر به آثار سوء مخاطرات انجام می گیرند. آموزش و تمرین، اجزای اصلی برنامه‌های آمادگی می باشند.
۳	امداد رسانی (Relief)	دوره‌ای که بلافاصله پس از رخداد یک حادثه ناگهانی آغاز گردیده و اقدامات منحصر بفردی را برای تأمین نیازهای اساسی بازماندگان حادثه (سرپناه، آب، غذا و...) ایجاد می نماید.
۴	بازسازی (Reconstruction)	مجموعه اقدامات لازم برای بازگرداندن حداقل امکانات و استانداردهای زیستی به مردم آسیب دیده از یک حادثه است.
۵	پاسخ (Response)	کمک رسانی و تأمین خدمات فوری، حین یا بلافاصله بعد از یک حادثه به منظور حفظ جان، اطمینان از ایمنی عمومی و رفع نیازهای حداقل و پایه مردم آسیب دیده
۶	تاب آوری (Resilience)	ظرفیت سازگاری یک سامانه یا اجتماع در معرض خطر، برای دستیابی به سطح قابل قبول عملکردی و ساختاری و حفظ آن از طریق مقاومت و تغییر است.
۷	توسعه پایدار (Sustainable Development)	توسعه‌ای که نیازهای فعلی جامعه را بدون به خطر انداختن توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهایشان برآورده نموده و اساس آن توسعه اجتماعی- فرهنگی، ثبات و آداب سیاسی، رشد اقتصادی و محافظت از موجودات زنده می باشد.
۸	جامعه (Community)	شبکه‌ای از افراد و خانواده‌ها، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی و سایر سازمان‌هایی که درون یک مرز جغرافیایی مشترک زندگی و فعالیت می نمایند.

این چرخه از چهار مرحله اصلی تشکیل گردیده است که عبارتند از : (۱) پیشگیری و کاهش آسیب، (۲) آمادگی، (۳) پاسخ، (۴) بازیابی (بازتوانی و بازسازی)	چرخه مدیریت حادثه (Disaster Management Cycle)	۹
رویدادی است که منجر به از هم گسیختگی عملکرد یک جامعه یا اجتماع شده و پاسخ به آن به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد .	حادثه (Disaster)	۱۰
سازمان غیرانتفاعی که بر اساس علائق و انگیزه‌های اعضا، افراد و نهادهای وابسته به آن و بدون در نظر گرفتن سود و منفعت خود، به ارائه خدمات می پردازد. این سازمان‌ها در ساختار وزارت کشور سازمان مردم نهاد نامیده می شوند.	سازمان غیر دولتی (Non-Governmental Organization)	۱۱
تلاش‌هایی که برای توسعه مهارت‌های انسانی یا زیرساختارهای اجتماعی، در یک جامعه یا سازمان، به منظور کاهش سطح خطر مورد نیاز می باشد.	ظرفیت سازی (Capacity Building)	۱۲
به کاهش و محدود ساختن اثرات سوء مخاطرات و حوادث وابسته به آن‌ها اطلاق می شود.	کاهش آسیب (Mitigation)	۱۳
جوهره و اساس زندگی انسان و عقاید و ارزش‌هایی است که به زندگی او معنا بخشیده و ماهیت مقدس خود را حفظ نموده و درک انسان از خود، خدا، دیگران و جهان را شامل می شود.	معنویت (Spirituality)	۱۴
دربگیرنده توانمندی‌ها، دارایی‌ها (مادی و اجتماعی) و فعالیت‌های موردنیاز جهت ادامه زندگی است. معیشت پایدار، تمامی استرس‌ها و شوک‌های ناشی از حادثه را برطرف و دارایی‌ها و قابلیت‌های حال و آینده را حفظ نموده یا ارتقا می بخشد .	معیشت (Livelihood)	۱۵

فهرست منابع

۱. خانکه ح، فلاحتی م، رنجبر م، احمدی ف. مدیریت حوزه سلامت با تأکید بر توانبخشی. فصلنامه توانبخشی. ۱۳۸۷؛ دوره نهم، شماره دوم.
۲. عسکریزاده م، محمدنیا س، ظهور م. مدیریت بلاها و خطرهای محیطی در راستای توسعه پایدار. مجله علوم جغرافیایی. بهار و تابستان ۱۳۸۶؛ شماره پنجم و ششم.
۳. خانی شت. تبیین نقش آموزش و مشارکت در کاهش ریسک زلزله. تهران: دانشگاه تهران؛ شهریور ۱۳۸۵.
4. Ardalan A, Rajaie MH, Masoumi G, Azin A, Zonoobi V, Sarvar A, et al. 2012-2025 Roadmap of I.R.Iran's Health Disaster Management. Tehran: National Institute of Health Research, Academia DaEH; 2011
5. United Nations : General Assembly. International cooperation on humanitarian assistance in the field of natural disasters, from relief to development. 2005.
6. Lloyd-Jones T. Mind the Gap! Post-disaster reconstruction and the transition from humanitarian relief. University of Westminster: Max Lock Centre. June 2006.
۷. صدرممتاز ن، طیبی ج، محمودی م. مطالعه تطبیقی برنامه ریزی مدیریت بلایا در کشورهای منتخب. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۶؛ شماره ۶۵: ۱۹-۱۴.
8. Guidance Note on Recovery: SHELTER India: UNDP.
۹. محبی ر، طیبی ج، آصفزاده س. طراحی الگوی ساختار مدیریت بلایا برای ایران. فصلنامه علمی- پژوهشی مدیریت سلامت. ۱۳۸۷؛ دوره ۱۱، شماره ۳۳: ۴۷-۵۶.
۱۰. خانکه ح، محمدی ر، احمدی ف، مداح ب، رنجبر م، خدایی م. مدیریت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی. مجله توانبخشی. ۱۳۸۵؛ دوره هفتم، شماره دوم.
۱۱. اصلینژاد م، وردی ر، اکرامی ع. تأثیر مداخلات روانی اجتماعی بر سلامت روان آسیب دیدگان بالای ۱۵ سال زلزله شهر بروجرد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۳۸۹؛ دوره ۱۴، شماره دوم: ۱۴۸-۵۵.
۱۲. میرابزاده آ، یاسمی ت، خواصی ل. بهداشت روانی در بلایای طبیعی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه. دوره اول، شماره چهارم.
13. Peek L, Dennis M. History and Future of Disaster Research. Handbook of environmental pschyology. 2006.
۱۴. افضل‌ی حم، فروزان آ، بحرینی ف، مولا ا. ارزیابی سریع ارائه خدمات بهداشت روان به بازماندگان زلزله دی ماه ۱۳۸۲ بم. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت. ۱۳۸۳؛ دوره سوم، شماره چهارم.

15. Children and Disaster Risk Reduction in the Asia Pacific.: Ministry of Women and Children Affairs, Government of the People's Republic of Bangladesh.; 2010.
16. M. Jahangir, Chowdhury A. Social Cohesion and Natural Disaster Loss Recovery of Households: Experience from Bangladesh. Dhaka, Bangladesh Finance Do;2011.
۱۷. سیدموسی زاده ح. بررسی و تبیین اهمیت رویکرد جامعه محور در مدیریت بحران در بلایای طبیعی. تهران: دانشگاه تهران؛ شهریور ۱۳۸۶.
18. Iran, Islamic Rep of - Disaster Statistics. Geneva, Switzerland: Prevention Web, UN International Strategy for Disaster Reduction, Information Management; [cited 2011 5.9.2011]; Available from: <http://www.preventionweb.net/english/countries/statistics/?cid=81>
۱۹. اردلان ع، هولاکوئی ک، افلاطونیان م، نکویی م، لاپورته ر، نوجی ا. تجربه یک مطالعه مبتنی بر جمعیت (بررسی نیازها و وضعیت سلامت در زلزله بم). مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۸۴؛ دوره اول، شماره اول: ۳۳-۴۵.
20. K.Nanto D, H. Cooper W, Donnelly JM. Japan's 2011 Earthquake and Tsunami: Economic Effects and Implications for the United States. Congressional Research Service Report 2011.
21. S.Cox R, Perry K-ME. Like a Fish Out of Water: Reconsidering Disaster Recovery and the Role of Place and Social Capital in Community Disaster Resilience. Am J Community Psychology. 2011;2011(48):395- 411
۲۲. قنبری ز، گودرزی م. اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله علمی پژوهشی تحقیقات زنان. ۱۳۸۷؛ دوره دوم، شماره چهارم: ۵۷-۶۶
۲۳. احمدی خ. اصول و روش های مداخله روانی در بحران حوادث. طب نظامی. ۱۳۸۳؛ دوره ششم، شماره اول: ۴۵-۵۱.
۲۴. آقابخشی ح. منشور مددکاری اجتماعی برای بلایای طبیعی. فصلنامه رفاه اجتماعی. دوره سوم، شماره ۱۱: ۴۵-۱۳۳.
25. Lenzser K. Examining Oregon's Intergovernmental Structures for Natural Disaster Planning: Their Influence on Tsunami Response and Recovery. Bachelor of Arts Thesis: University of Oregon. 2006.

26. Terminology on disaster risk reduction. Geneva, Switzerland: UNISDR 2009.
27. Rubin CB. The Community Recovery Process in the United States after a Major Natural Disaster. International Journal of Mass Emergencies and Disasters. 1985.
28. The Oxford Dictionary. Oxford University Press. 2012
29. Dictionary of the English Language. 4 ed: Houghton Mifflin Company; 2009
30. Collins English Dictionary: HarperCollins Publishers 2003.
31. Farlex clipart collection: Princeton University, Farlex Inc; 2003-2011.
32. Gale Encyclopedia of Medicine: The Gale Group, Inc; 2008.
33. Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers: Saunders, an imprint of Elsevier, Inc; 2007
34. Mosby's Medical Dictionary. 8th edition ed: Elsevier; 2009.
35. Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. 7 ed: Saunders, an imprint of Elsevier, Inc; 2003.
36. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2002.
37. McGraw-Hill Dictionary of Scientific & Technical Terms. 6 ed: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2003.
38. The Great Soviet Encyclopedia. 3 ed: The Gale Group, Inc; 2010.
39. webster dictionary. 11 ed: Merriam-Webster's Collegiate; 2006.
40. online business dictionary: <http://www.businessdictionary.com/definition/rehabilitation.html>
41. online dictionary: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=5288>
42. : <http://www.developmentwork.net/resources/usaids-glossary/USAID-ADS-Glossary-1/R/page,5/>.
43. online Disaster Dictionary SEMP publications, <http://www.semp.us/publi->

cations/disaster_dictionary.php?letter=R

44. Glossary of Terms Used for USAID's Automated Directives System (ADS): <http://www.developmentwork.net/resources/usaids-glossary/US-AID-ADS-Glossary-1/D/Disaster-Rehabilitation--572/>; 2011
45. Handbook for Estimating the Socio-economic and Environmental Effects of Disasters: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC); 2003.
46. Community-Based Rehabilitation and The Health Care Referral Services: WHO; 1994.
47. Waters K. The role of the nurse in rehabilitation. CARE-Science and Practice. 1986;5(3).
48. M Baker JF, B Jones. Disability and Rehabilitation: survey of education needs of health and social services professionals: Disability and Rehabilitation Open Learning Project; 1997.
49. Wade D. Designing district disability services - the Oxford experience. Clinical Rehabilitation. 1996;4.
50. Licht S. Rehabilitation medicine. Baltimore: Waverly Press; 1968.
51. A Sinclair ED. effective practice in rehabilitation: the evidence of systematic reviews. London: Kings Fund; 1998.
52. What is the definition of rehabilitation? [database on the Internet]. TBI INFO <http://www.repar.veille.qc.ca/info-tcc/What-is-the-definition-of>. 2011.
53. Holloway F. The Forgotten Need for Rehabilitation in Contemporary Mental Health Services: Royal College of Psychiatrists .Octobr 2005.
54. J Cunningham AH. Definition of Rehabilitation Services. Washington: American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 2010
55. Somers S. Medicaid Coverage of Habilitation versus Rehabilitation Services, Including Impact of the DRA of 2005: National Health Law Program 2006.
56. Rehabilitating older people : the role of the nurse. London: Royal College

of Nursing2000.

57. Introduction to Physical Medicine and Rehabilitation. Kelley's Textbook of Rheumatology. 8th ed: W. B. Saunders Company; 2008.

58. Health topics, Rehabilitation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [cited2012];Available from: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.

59. Eldar R. Preparedness for Medical Rehabilitation of casualties in disaster situation. Disability Rehabilitation1997.

60. National Disaster Recovery Framework, Strengthening Disaster Recovery for the Nation: FEMA2011.

61. World Report Disability. Geneva, Switzerland: WHO & The World Bank2011.

62. Cyclone Sidr in Bangladesh,Damage, Loss, and Needs Assessment for Disaster Recovery and Reconstruction:Government of Bangladesh Assisted by the International Development Community with Financial Support from the European Commission2008.

63. Guidance Note on Recovery: Health. Kobe, Japan: International Recovery Platform, UNDP- India.

64. Punani B. Natural Disasters Role of Disability Development Organizations. International Conference on Disasters & Disability; 28th & 29th January 2008; Shanta Memorial Rehabilitation Centre, Bhubaneswar, Orissa. p. 62- 4.

65. Gujarat Earthquake Reconstruction and Rehabilitation Policy. Gujarat, India: State Advisory Committee, Gujarat State Disaster Management Authority2001.

66. 2010 Pakistan Flood Relief & Recovery, A Report to Donors on Projects & Impact One Year After the Disaster: Give2Asia August 2011.

67. A Snapshot of Early Recovery Initiatives in Pakistan, Six Months after the South Asia Earthquake: UNDP March 2006

68. Pakistan: Earthquake Revised Emergency & Recovery Appeal 2005 –

- 2008: International Red Cross and Red Crescent Societies 28 March 2006.
69. M. Mallick, J.K. Aurakzai, K.M. Bile, Ahmed N. Large-scale physical disabilities and their management in the aftermath of the 2005 earthquake in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2010;16(Supplement2010):S98-S105.
70. Farooq A. Rathore, Fareeha Farooq, Sohail Muzammil, Peter W.New, Nadeem Ahmad, J.Haig A. Spinal Cord Injury Management and Rehabilitation: Highlights and Short comings From the 2005 Earthquake in Pakistan. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(March 2008):579- 85.
71. Guidance for health sector assessment to support the post disaster recovery process. Geneva, Switzerland: WHO 17 December 2010.
72. James Gosney, Jan D. Reinhardt, Andrew J. Haig, Li J. Developing Post-Disaster Physical Rehabilitation: Role of the World Health Organization Liaison Sub-Committee on Rehabilitation Disaster Relief of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med*.43(2011):965- 8.
73. Alexandra Rauch, Michael Baumberger, Fritz-Gerald Moise, Erik von Elm, Reinhardt JD. Rehabilitation Needs Assessment Persons With Spinal Cord Injury Following the 2010 Earthquake in Haiti: A Pilot Study Using an ICF- Based Tool. *J Rehabil Med*.43(2011):969– 75.
74. Chiou-Tan FY, Bloodworth DM, Kass JS, Li X, Gavagan TF, Mattox K, et al. Physical Medicine and Rehabilitation Conditions in the Astrodome Clinic After Hurricane Katrina. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007;86(9).
۷۵. کمالی م، مرادی م، ارجمندحسابی م. بررسی نحوه ارائه خدمات توانبخشی به آسیب دیدگان زلزله گیلان و فارس. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. ۳(۱۱).
76. Raissi GR. Earthquake and Rehabilitation need. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2007;30(4):369- 72.
۷۷. نجاریان ب، سده فب. پیامدهای روانشناختی فاجعه. تهران نشر مسیر؛ ۱۳۷۹.
78. Raphael B. When disaster strikes. London: Hutchinson, Ltd; 1986.
۷۹. سیمونسن ل، ریز گ. حمایت های روانشناختی مبتنی بر اجتماع در بلایا. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۵.

۸۰. آنجی ک، نیگارد س، لوندبرگ م، سگارد پ، اسکولاند گ، اوکلند ا. خدمات روانی اجتماعی در بلایا (خدمات مبتنی بر اجتماع). تهران: رشد؛ ۱۳۸۴.

۸۱. احمدی خ. اصول و فنون مداخله روانشناختی در بحران. تهران: مؤسسه آموزش علمی کاربردی هلال ایران؛ بهار ۱۳۸۸.

82. Community Development in Recovery from Disaster. Canberra: Emergency Management Australia September 2003.

83. Community Recovery: Australian Emergency Management Institute; 2011.

84. Mental Health Practitioners Guide. Canberra: Emergency Management Australia July. 2003.

85. Psychological Services in the Disaster Context. Canberra: Emergency Management Australia July 2003.

86. Rural Communities and Disaster Recovery: National Rural Health Alliance September. 2004

87. Planning for the psychosocial and mental health care of people affected by major incidents and disasters: Interim national strategic guidance Department of Health, UK Government 30 July 2009.

88. Early Recovery and Disaster Risk Management Program, Sichuan Earthquake, China, July 2008: China Ministry of Commerce, State Council Leading Group Office of Poverty Alleviation and Development, UNDP2008.

89. Busan Punani. Natural Disasters, Role of Disability Development Organizations. International Conference on Disasters & Disability; 28th & 29th January 2008; Shanta Memorial, Rehabilitation Centre, Bhubaneswar, Orissa. p. 62- 4.

90. Wallcraft J. Recovery from Mental Breakdown or Illness. Cambridge Working Together for Recovery.

91. Wallcraft J. Turning Towards Recovery? - A study of personal narratives of mental health crisis and breakdown: South Bank University; 2002.

92. Strategies for Living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress. London: Mental Health Foundation 2000.

93. Campbell J. In Pursuit of Wellness: The Well-Being Project: Mental Health

Clients Speak For Themselves: California Department of Mental Health 1989.

94. Long term planning for recovery after disasters: ensuring health in all policies. Christchurch, New Zealand: Community and Public Health offices 29 March 2011.

95. Cook JA, Copeland ME, Corey L, Buffington E, Jonikas JA, Curtis LC, et al. Developing the Evidence Base for Peer-Led Services: Changes among Participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) Education in Two Statewide Initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2010;34(2):113- 20.

96. N Maheshwari, R Yadav, Singh N. Group counseling: A silver lining in the psychological management of disaster trauma. *J Pharm Bioallied Sci*. July 2010;2(3):267- 74.

97. Becker SM. Psychosocial Care for Adult and Child Survivors of the 2004 Tsunami Disaster in India. *American Journal of Public Health*. 2006(96):1397- 8.

98. Herman J. Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1997.

99. Goodman M, Weiss D. Initiating, screening, and maintaining psychotherapy groups for traumatized patients. *Group psychotherapy for psychological trauma*. New York: Guilford; 2000. p. 47-63.

100. Marmar C, Foy D, Kagan B, Pynoos R. An integrated approach for treating post-traumatic stress. American Psychiatric Association review of psychiatry. washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 239- 72.

101. Phillips SB. The Synergy of Group and Individual Treatment Modalities in the Aftermath of Disaster and Unfolding Trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2009;59(1):85- 107.

۱۰۲. فکور ی، محمدی م، محمودی ج، کریمی م، آذر م. اثر بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری گروهی بر نشانه های استرس پس از سانحه در بازماندگان زلزله بم. تازه های علوم شناختی. ۱۳۸۳؛ دوره ششم، شماره سوم و چهارم: ۸۵-۹۲.

۱۰۳. محمودی ج، محمدی م، فکور ی، ممتازبخش م. اثر مداخلات حمایتی روانی- اجتماعی بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان آسیب دیده از زلزله بم. مجله بیماری های کودکان ایران. ۱۳۸۴؛ دوره ۱۵، شماره سوم: ۲۲۹-۳۶.

۱۰۴. محمودی ج، محمدی م، بینا م، یاسمی م، فکور ی، نادری ف. اثر رفتار درمانی گروهی بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم در کودکان: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده. مجله بیماری های کودکان ایران. ۱۳۸۵؛ دوره ۱۶، شماره اول: ۲۵-۳۳.
۱۰۵. محمودی ج، محمدی م، بینا م، فکور ی. مقایسه اثر گروه درمانی شناختی- رفتاری و مداخلات حمایتی گروهی بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه با گروه شاهد در نوجوانان بازمانده از زلزله بم. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. آبان ۱۳۸۵؛ دوره ۶۴ شماره هشتم: ۵۷-۶۷.
۱۰۶. فکور ی، محمودی ج، محمدی م، کریمی م، آذر م، ممتازبخش م. مقایسه اثر مداخلات حمایتی روانی- اجتماعی بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه بازماندگان بم. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. آذر ۱۳۸۵؛ دوره ۶۴ شماره ۹: ۵۵-۶۴.
۱۰۷. محمودی ج، بینا م، یاسمی م، امامی آ، نادری ف. اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال بم: یک مطالعه قبل و بعد. مجله بیماری های کودکان. تابستان ۱۳۸۵؛ دوره ۱۶، شماره دوم: ۱۳۷-۴۲.
۱۰۸. فکور ی، محمودی ج، محمدی م، ممتازبخش م. اثر گروه درمانی مبتنی بر روش های حمایتی و شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم. مجله پژوهشی حکیم. تابستان ۱۳۸۵؛ دوره ۹، شماره دوم: ۶۳-۹.
۱۰۹. قماشچی ف. بررسی نقش آموزش مهارت های حل مسأله در بهبود بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از صربه ای ناشی از زلزله بم (با تأکید بر جنسیت). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. پائیز ۱۳۸۷؛ دوره هشتم، شماره سوم: ۲۹۴-۳۰۰.
۱۱۰. یاسمی م، باقری ع، خواصی ل، کافی ا. اثربخشی مداخلات حمایت روانی- اجتماعی در بازماندگان زلزله قزوین. امداد و نجات. تابستان ۱۳۸۹؛ دوره دوم، شماره دوم: ۱-۱۰.
۱۱۱. معزی م، شاکری م، خدیوی ر، پورحیدر ب. میزان و شدت اختلال فشار روانی آسیب زاد و تأثیر مداخلات بهداشت روان بر آن، در کودکان و نوجوانان روستای سفیلان استان چهارمحال و بختیاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. بهار ۱۳۸۶؛ دوره ۹، شماره اول: ۶۳-۹.
۱۱۲. بیانزاده ا، اسلامی ی، آرام س. وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۱۳۳: ۱۱۳-۳۱.
۱۱۳. رادگودری ر، رحیمی آ، سهیمی ا. نحوه مواجهه سیستم بهداشتی درمانی با علایم محرومیت مصرف مواد افیونی در ۲ هفته اول پس از زلزله بم مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقاتی بهداشت. ۱۳۸۳. شماره سوم: ۱۴-۱.
۱۱۴. ایزدان اس، رحیمی آ، رادگودری ر. علایم محرومیت در ۲ هفته اول بعد از زلزله در معتادان بم. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۳۸۳. شماره ۱۳۳: ۱۳-۴۳.
۱۱۵. فرهودیان ع، رحیمی آ، رادگودری ر، یونسین م، محمدی م. بررسی تغییرات مصرف مواد افیونی و مداخلات

موجود در طول سال اول پس از زلزله در بم. مجله پژوهشی حکیم. بهار ۸۵؛ دوره ۹، شماره اول: ۵۲-۹.

116. Economic and Financial Aspects of Disaster Recovery. Australia: Emergency Management Australia.2002.

117. Economic Costs of Natural Disasters in Australia, Report 103. Canberra: Bureau of Transport Economics2001.

118. Building Resilient Communities :Risk Management and Response to Natural Disasters through Social Funds and Community-Driven Development Operations2010.

119. Disaster Recovery Toolkit for Business. Melbourne, Victoria: CPA Australia LtdJuly 2009.

120. Natural Disasters in Australia, Reforming mitigation, relief and recovery arrangements: Australian Government Department of Transport and Regional ServicesAugust 2002.

۱۲۱. خواجهی س. حوادث طبیعی و نقش بیمه. فصلنامه صنعت بیمه. ۵۵ (پائیز ۷۸): ۱۳۶-۴۱.

122. Philippe Re'gnier, Bruno Neri, Stefania Scuteri, Miniati S. From emergency relief to livelihood recovery, Lessons learned from post-tsunami experiences in Indonesia and India. Disaster Prevention and Management. 2008;17(3):410- 29.

123. Heltberg R. Helping South Asia Cope Better with Natural Disasters: The Role of Social Protection. Development Policy Review. 2007; 25 (6): 681-698.

124. Psychosocial Care for Survivors of Natural Disasters. National Institute of Mental Health and Neuro Sciences.2000.

125. Yonder A. Women's Participation in Disaster Relief and Recovery. population council. 2005;5.

126. Bazeghi F, Baradaran HR. The role of non-governmental organisations in the management of separated and unaccompanied children, following disasters in Iran.BMC research notes.2010;3:256

127. Vakis R. Complementing Natural Disasters Management:The Role of Social Protection. Human Development Network: World Bank. 2006.

128. Joodi M. A Brief Review on Bam Reconstruction Program. Housing Foundation of Iran.

۱۲۹. راهب غ، اقلیما م. مداخلات مددکاران اجتماعی در بحرانهای ناشی از حوادث و سوانح طبیعی در مراحل اضطراری، انتقالی و بازسازی با جامعه درگیر با بحران نخستین سمپوزیوم مددکاری اجتماعی در بلایای طبیعی؛ اسفند ۱۳۸۹.

130. Aldrich DP. The Power of People: Social Capital and Post-Disaster Recovery. 2010

131. Daniel Brown, Keiko Saito, Spence R, Torwong Chenvidyakarn, Beverly Adams, Anneley Mcmillan, et al. Indicators for Measuring, Monitoring and Evaluating Post-Disaster Recovery. 6th International Workshop on Remote Sensing for Disaster Applications; Pavia, Lombardy: Italy's University of Pavia; September 11-12, 2008.

132. Aldrich DP. The Externalities of Strong Social Capital: Post-Tsunami Recovery in Southeast India. Journal of Civil Society. April 2011.

۱۳۳. علی د، احمدی ز، معارفوند م. مددکاری اجتماعی در دوره بازتوانی پس از بحران های ناشی از بلایای طبیعی. نخستین سمپوزیوم مددکاری اجتماعی در بلایای طبیعی؛ اسفند ۱۳۸۹

134. Jennifer Ahern, Galea S. Social context and depression after a disaster: the role of income inequality. J Epidemiol Community Health. 2006(60):766-70.

135. Johanna Wolf, W.Neil Adger, Irene Lorenzoni, Vanessa Abrahamson, Raine R. Social capital, individual responses to heat waves and climate change adaptation: An empirical study of two UK cities. Global Environmental Change. 20(2010):44- 52.

136. DeSilva MWA. Ethnicity, politics and inequality: post- tsunami humanitarian aid delivery in Ampara District, Sri Lanka. Disasters. 2009;33(2):253- 73.

۱۳۷. ابراهیم پور م. پیامدهای اجتماعی زلزله بم در روستاهای آسیب دیده. فصلنامه روستا و توسعه. ۱۳۸۷؛ دوره ۱۱، شماره چهارم : ۲۰۲ - ۱۷۵.

138. Scaling-up the Community-based Health Workforce for Emergencies and Disasters (Crisis) 2010.

139. Strengthening Disaster Recovery for the Nation :Preliminary Summary of Emerging Themes 2009.

۱۴۰. سیمونسن ل، ریز گ. راهنمای آموزشی حمایت های روان شناختی مبتنی بر اجتماع در بلایا. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۵.

141. Marla Nelson RE, Shirley Laska. Planning, Plans, and People: Professional Expertise, Local Knowledge, and Governmental Action in Post-Hurricane Katrina New Orleans. A Journal of Policy Development and Research. 2007;9(3).

۱۴۲. مقالات ارائه شده در نخستین سمپوزیوم نقش مددکاری اجتماعی در بلایای طبیعی: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۹.

143. Community Organizing and Participation. Safer Homes, Stronger Communities: World Bank; 2010.

144. Spee K. Community recovery after the 2005 Matata disaster: long-term psychological and social impacts. 2008.

145. Integrated Planning Recovery Guide: Canterbury District Health Board. 2011.

146. The National Principals for Disaster Recovery: Department of Families and Communities, Government of South Australia. 2004.

147. Al Se. Community recovery and its sustainability: Lessons from Gujarat earthquake of India. The Australian Journal of Emergency Management. 2003;18(2).

148. Sharma A, Gupta M, Bajaj R, Shaw R. From Disaster to Sustainable Community Recovery: Challenges and Lessons Learned. Research project : Sustainable Environment and Ecological Development Society (SEEDS), India

149. Disaster Risk Reduction and Recovery, Project Facts – Bangladesh, Early Recovery Facility: UNDP. 2011.

150. UNDP Pakistan's Environmental Recovery Programme Undoing Environmental Impacts of the Earthquake .

۱۵۱. ظفری ح. بررسی مدیریت بازسازی شهرزلزله زده بم. تهران: دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۶.

۱۵۲. حیدری ح. بررسی عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر مشارکت در بازسازی زلزله (مورد مطالعه بازسازی زلزله ۸۱ قاراقان. تهران: دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۷.

153. Lang R. Empowerment and CBR? Issues raised by the South Indian experience Disability and Development: Learning from action and research on disability in the majority world: The Disability press; 1999. p. 130-48.

154. community-based rehabilitation: CBR guidelines.2010.

۱۵۵. جان-اتول ب. راهنمای خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه. ترجمه: میکانی ع. تهران: نشر دانه؛ ۱۳۸۰.

156. Cornielje H, HARRY Finkenflu H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. Lepr Rev. 2008;79:36-49.

157. Wee J. Examining Factors Impacting Community- Based Rehabilitation in a Refugee Camp- an Exploratory Case Study. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 2010;21(2):1-27.

158. Griffiths M. From vulnerable groups to empowered right-holders: using Community Based Rehabilitation (CBR) to facilitate inclusive early recovery in the post - disaster setting. Myanmar: Myanmar National Disability Working Group.

۱۵۹. بررسی ارتباط اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه با تلفیق اجتماعی معلولین جسمی-حرکتی ۴۵-۱۵ ساله مناطق روستایی شهرستان شبستر: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۱۶۰. دمازی ب. سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه؛ ۱۳۸۸.

۱۶۱. عسگری پ، روشنی خ، آدریانی م. رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. یافته های نو در روان شناسی. شماره ۲۷-۳۹: ۱۳۸۹.

۱۶۲. رضایی م، سیدفاطمی ن، گیوری ا، حسینی ف. ارتباط تناوب دعا کردن با سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. پرستاری ایران. ۱۳۸۶؛ دوره ۲۰، شماره ۵۲: ۱-۱۱.

۱۶۳. رضایی م، سیدفاطمی ن، حسینی ف. سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. حیات. ۱۳۸۷؛ دوره ۱۴، شماره سوم و چهارم: ۳-۳۹.

۱۶۴. سیدفاطمی ن، رضایی م، گیوری ا، حسینی ف. اثر دعا بر سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش. ۱۳۸۵؛ دوره پنجم، شماره چهارم: ۲۹۵-۳۰۴.

۱۶۵. حجتی ج، همکاران و. ارتباط تداوم دعا با سلامت معنوی در بیماران تحت همدیالیز اصول بهداشت روانی. ۱۳۸۹؛ دوره ۱۲، شماره دوم: ۱۴-۵۲۱.

۱۶۶. بالجانی ا، خشابی ج، امانپور ا، عظیمی ن. بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به

- سرطان. حیات. ۱۳۹۰؛ دوره ۱۷، شماره سوم: ۳۷-۳۲.
۱۶۷. حجتی ح، همکاران و. بررسی ارتباط تناوب دعا با سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان امام رضا شهر آمل در سال ۱۳۸۸. پرستاری مراقبت ویژه. ۱۳۸۸؛ دوره دوم، شماره چهارم: ۵۲-۱۴۹.
۱۶۸. بخشیان ما، جعفرپورعلوی م، پرویزی س، حقانی ح. ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۱۳۸۹؛ دوره ۱۲، شماره سوم: ۲۹-۳۳.
169. Psychosocial and Mental Health Interventions in Areas of Mass Violence: Medecins Sans Frontieres 2005.
170. Massey K. Light Our Way: National Voluntary Organizations Active in Disaster <http://www.nvoad.org/2006>
171. Emotional and Spiritual Care, an introduction on basic concepts: Emotional and Spiritual Care Committee of the National Voluntary Organizations Active in Disaster 2004.
۱۷۲. عبدالاحدی مقدم ع. آموزه‌های دینی در کاهش آسیب‌های روحی و روانی پس از بلایا.
173. Joseph O. Prewitt Diaz RSM, Rashmi Lakshminarayana. Advances in Disaster Mental Health and Psychological Support: Voluntary Health Association of India Press.
174. Managing & Operating A Disaster Long-Term Recovery Organization Church World Service Emergency Response Program 2009.
175. Tennessee Disaster Mental Health Response. 1 ed: Becky Stoll <mailto:Becky.Stoll@centerstone.org>; 2012.
176. Yetta Gurtner AC, David King. PRE & RAPID: Community Impact Assessment for Disaster Recovery Centre for Disaster Studies : James Cook University <http://www.jcu.edu.au/cds/>; 2011.
177. National Voluntary Organizations Active in Disaster Points of Consensus: National Voluntary Organizations Active in Disaster 2009.
178. Emotional, Spiritual and Mental Health Concerns in Long Term Recovery: Emotional and Spiritual Care Committee (ESCC): <http://www.nvoad.org>
179. Ozlem Ozcevik, Sence Turk, Elcin Tas, Yaman H, Beygo C. Flagship

regeneration project as a tool for post-disaster recovery planning: the Zeytinburnu case. *Disasters*. 2009;33(2):180-202.

۱۸۰. نقشه تحول نظام سلامت ایران ۱۴۰۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۰.

۱۸۱. احدنژادروشتی م. ارزیابی آسیب پذیری اجتماعی شهرها در برابر زلزله، نمونه موردی: شهر زنجان. مطالعات و پژوهش های شهری و منطقه ای. ۱۳۸۹؛۲(۷):۷۱-۹۰.

182. Labadie JR. Auditing of post-disaster recovery and reconstruction activities. *Disaster Prevention and Management*. 2008;17(5):575- 86.

183. Jane C.Ingram, Guillermo Franco, Cristina Rumbaitis-delRio, Khazai B. Post- disaster recovery dilemmas: challenges in balancing short-term and long-term needs for vulnerability reduction. *environmental science & policy*. 2006.

184. Early Recovery, Vulnerability Reduction and Disaster Risk Reduction, A Contribution to the 2009 ISDR Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction: Early Recovery Team, Bureau for Crises Prevention and Recovery, United Nations Development Programme February 2009.

185. Ian Christoplos, Tomás Rodríguez, E. Lisa F. Schipper, Alberto E, Narvaez, Karla Maria Bayres Mejia, et al. Learning from recovery after Hurricane Mitch. *Disasters*.34(2) :19 – 202.

186. becker c. disaster recovery: a local government responsibility. Washington, DC: International City/County Management Association.2009.

187. Reducing Risk through Environment in Recovery Operations. Kobe, Japan 26-27 January 2009.

188. Focus on the Community. Rebuilding for a More Sustainable Future: An Operational Framework. Edition 1. 2000.

189. Bangladesh Emergency Livelihood Protection and Rehabilitation Programme Appraisal. ROME: Food and Agriculture Organization of the United Nations. January 2008.

190. N Maheshwari, R Yadav, Singh N. Group counseling: A silver lining in the psychological management of disaster trauma. *J Pharm Bioallied Sci*. July 2010;2(3):267- 74.

191. Xu J, Lu Y. Meta- synthesis pattern of post-disaster recovery and reconstruction: based on actual investigation on 2008 Wenchuan earthquake. Nat Hazards. 15 October 2011;60(2012):199- 222.
192. Micangeli A, Esposto S. Post-earthquake rehabilitation of the rural water systems in Kashmir's Jehlum Valley. Disasters. 2010;34(3):684– 94.

Rehabilitation in Disasters: Principles and Approaches



National Institute of Health Research
Disaster & Emergency Health Academy



Ministry of Health and Medical Education
Department of Public Health
Disaster Risk Management Office



National Disaster Management Organization
Deputy for Rehabilitation and Reconstruction



Ministry of Health and Medical Education
Disaster & Emergency Management Center

Authors:

Ali Ardalan, Mohamad Farid Latifi
Sanaz Sohrabizadeh, Mohamad Hosein Rajaie

Contributors:

Amin Saberinia, Shabnam Mirbeigi, Hasan Rahimlou, Mohamad Reza Shayegan
Hamidreza Khankeh, Ali Asadi, Homa Yusefi, Narges Roohi, Ali Mohamadi
Ahmad Shirzad, Javad Dehpoor, Khorshid Vaskouie, Seyed Ali Azin, Marjan Fathi, Vahid Zonoobi