

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان)





میرماه

عنوان و نام پدیدآور	: حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان)
مشخصات نشر	: تهران : میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۶۰ص: مصور (بخشی رنگی)
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۴-۷
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبای مختصر
یادداشت	: فهرستنویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است.
یادداشت	: تالیف: محبوبه دادفر، هادی کاظمی، پیر حسین کولیوند، مهرداد محمدیان، لیلا صادقی.
شناسه افزوده	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۸۲۸۴۸۳

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان)

تألیف:

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر مهرداد محمدیان

روانپزشک، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

لیلا صادقی

کارشناس دبیری الهیات و معارف اسلامی



میراث

۱۳۹۴ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان)



مرکز
تحقیقات
علوم
اعصاب
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر هادی کاظمی، دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر مهرداد محمدیان، لیلا صادقی
ناشر: میرماه
گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند
صحافی: عطف
نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴
شمارگان: ۵۰۰ نسخه
قیمت: ۸۰۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۴-۷

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

هر سال در مناطق مختلف دنیا سوانح طبیعی باعث به بار آمدن ضایعات جانی، روانی و مالی جبران ناپذیری می شود. این سوانح عمدتاً شامل پدیده هایی مانند سیل، زلزله، طوفان، آتشفشان، خشکسالی و غیره هستند که از نظر وقوع و میزان خسارت‌ها در نقاط مختلف جهان یکسان نیستند. به هر حال، تلاش‌های گسترده‌ای جهت دستیابی به راهکارهای عملی و علمی برای کاهش آثار بلایای طبیعی صورت گرفته است بطوری که سازمان ملل متحد، دهه ۱۹۹۰ میلادی را دهه کاهش اثرات بلایای طبیعی نامگذاری کرده و فعالیت‌های وسیعی در این زمینه صورت گرفته است. از نظر موقعیت مکانی، کشور ما ایران، در یکی از مناطق فعال زلزله خیز کره زمین قرار گرفته است. ایران در مسیر کمربند زلزله خیزی آلپ - هیمالیا (آلپاید) قرار دارد و در فهرست ده کشور برتر زلزله خیز دنیا قرار دارد.

بررسی‌های صورت گرفته از سوی کارشناسان اعزامی حمایت‌های روانی و روانشناختی سازمان امداد و نجات به مناطق زلزله زده استان بوشهر مشخص کرد که پیامدهای این رویداد طبیعی روی دختران بیشتر از پسران این منطقه بوده و تجاربی چون از دست دادن هم کلاسی‌ها، دوستان، برادر و خواهر و مواجه شدن با صحنه‌های دلخراش حادثه و بازماندگانی که شدیداً صدمه دیده اند مشکلات آنان را افزایش داده است. به همین دلیل دختران مناطق زلزله زده نیازمند دریافت خدمات بیشتر حمایت‌های روانی بودند. این گروه‌های تخصصی با انجام روش‌های روانشناختی در سه مرحله سازماندهی، جایگزینی آرامش به جای اضطراب و نیز خاطره خوش به جای خاطرات ناخوشایند افراد متاثر از حوادث یاد شده را درمان کردند. عوارض روانی در کودکان و نوجوانان زلزله زده می‌تواند سه تا پنج سال پس از یک حادثه غیرمترقبه ایجاد شود. گرچه بروز کوتاه مدت علائم و نشانه‌های عاطفی در کودکان نسبت به واکنش‌های شدید و طولانی مدت شایع‌تر است، اما لازم است پس از وقوع حوادث، حمایت روحی و روانی از این افراد به مدت طولانی ادامه یابد زیرا این دوران حساس‌ترین دوران زندگی انسان بوده و برخورداری از سلامت روان در این سن تضمینی برای سلامت روانی در مراحل بعدی زندگی خواهد بود.

حوادث غیر مترقبه چه به طور طبیعی و چه ساخته دست انسان سالانه روی میلیون‌ها فرد در سراسر

جهان و اثراتی مهم روی سلامت روان افراد بر جای می‌گذارد و در درون افراد بویژه کودکان و نوجوانانی که در معرض فاجعه قرار گرفته‌اند استرسی ایجاد می‌کند که می‌تواند بهداشت روان آنها را مختل کند. در این میان گروه‌های متخصص امداد و نجات و حمایت‌های روانی و روانشناختی اعزامی به مناطق زلزله زده می‌توانند نقشی مهم در شناخت نیازهای کودکان و نوجوانان حادثه دیده و پیشگیری از عوارض روانشناختی حاصله داشته باشند. حوادث غیرمترقبه مانند زلزله و سیل، سریع و بدون اخطار قبلی اتفاق می‌افتد و کارشناسان حمایت‌های روانی و روانشناختی حادثه را یک عامل بیماری‌زا برای کودکان می‌دانند، زیرا این حوادث تفکری را که کودک در مورد قدرت والدین برای حفاظت از آنها داشته است، از بین می‌برد. واکنش‌های عاطفی به حادثه از نظر حالت و شدت در کودکان مختلف متفاوت است و به میزان درک او از حادثه، سن، تجارب قبلی، خلق و خو و شخصیت کودک بستگی دارد. کودکان معمولاً پس از حادثه دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شوند که این اختلال یا به سرعت پس از سانحه ایجاد شده و یا ممکن است در چندین سال بعد علایم خود را نشان دهد. واکنش کودکان به بحران در سنین مختلف شامل قبل از مدرسه، مدرسه و نوجوانی با یکدیگر متفاوت است که می‌توان در این زمینه به از دست دادن کنترل و ثبات، ترس، نگرانی، اضطراب، اختلالات خواب، شکایات حسی و نظایر آن اشاره کرد، علاوه بر موارد یاد شده در کودکان، این واکنش‌ها در نوجوانان نیز به طور خاص باعث رفتارهایی مانند خودکشی و سوء مصرف مواد مخدر می‌شود. لذا درک تاثیر بلایا و حوادث غیرمترقبه روی افراد مختلف بویژه کودکان و نوجوانان برای برنامه ریزی خدمات بهداشتی روانی بسیار مهم است.

مولفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

۱۱	مقدمه
۱۳	آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا، بحران و حوادث غیر مترقبه
۱۳	واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر
۱۵	واکنش‌های کودکان پس از وقوع بلایا
۱۹	رفتارها و احساسات رایج
۲۰	علائم و نشانه‌های شناختی
۲۰	علائم و نشانه‌های هیجانی
۲۰	علائم و نشانه‌های رفتاری
۲۱	علائم و نشانه‌های فیزیکی
۲۱	واکنش‌های کودکان پیش دبستانی (۵-۱ سال) پس از وقوع بلایا
۲۱	واکنش‌های کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال) پس از وقوع بلایا
۲۲	واکنش‌های دوره نوجوانی (۱۸-۱۲ سال) پس از وقوع بلایا
۲۲	دستورالعمل‌ها برای مراقبان، کارکنان بهداشت روانی و انسانی
۲۴	نحوه حمایت از کودکان آسیب دیده
۲۶	گام‌های کلی در فرایند یاری رسانی به کودکان
۲۶	۱- برقراری ارتباط
۲۷	۲- شناسایی، تعریف و تمرکز روی مشکل
۲۷	۳- درک احساسات
۲۸	۴- گوش دادن به دقت
۲۸	۵- برقراری ارتباط واضح
۲۸	آموزش والدین در مورد کودکان آسیب دیده
۳۰	از دست دادن عزیزان و خانواده
۳۰	آزارها و تعرضات جنسی به کودکان و نوجوانان
۳۲	شواهد پژوهشی
۳۵	نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان بر اساس شرایط سنی آنها
۳۵	نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان یک تا پنج سال
۳۶	نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان پنج تا یازده سال
۳۶	نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان یازده تا چهارده سال
۳۶	نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان چهارده تا هیجده سال

۳۷ فنون بیانی یا ابزاری
۳۷ بازی درمانی و تفریح درمانی
۳۹ روش های بازی درمانی و تفریح درمانی
۴۹ خنده درمانی
۴۹ نقاشی درمانی و هنردرمانی
۵۰ کتاب خواندن و مطلب نوشتن
۵۱ منابع

مقدمه

سوانح طبیعی و غیرطبیعی تأثیرات همه جانبه و وسیعی به دنبال دارد. بررسی همه جانبه آثار سوانح طبیعی در گذشته نشان می‌دهد که بیش از نیمی ضایعات و خسارت‌ها از پدیده زلزله ناشی می‌شود. بشر با توجه به خرابی‌ها و تلفات زیاد در زلزله‌های شدید و مخرب گذشته، همواره تصور دهشتناکی از این پدیده در ذهن داشته و حتی در تمدن‌های کهن هم روایت‌ها و افسانه‌های متعددی در این مورد وجود دارد و در بسیاری از کتب تاریخی و حتی در برخی از کتاب‌های آسمانی نیز به این پدیده اشاره شده است. جوامع مختلف بشری همواره در پی درک و شناخت کامل این پدیده مخرب در جهت حذف یا حداقل تقلیل آثار مخرب آن بوده‌اند. پیشرفت‌های سریع علمی و فنی در چند دهه اخیر در زمینه‌های مختلف به توفیق‌هایی دست یافته است، ولی هنوز دانش و فناوری بشری آنقدر پیشرفت نکرده است که راه‌های پیشگیری از وقوع زلزله را بشناسند، یا زمان دقیق وقوع آن را پیش‌بینی نماید. از این رو ممکن است راه حل ممکن و منطقی، اندیشیدن به ایجاد چتر حفاظتی مناسب در مقابل این پدیده یعنی مقاوم سازی سازه‌ها و جلوگیری از تخریب آنها در برابر زلزله باشد. همچنین تشکیل گروه‌های امداد و نجات در کنار فرهنگ مقاوم سازی در برخی جوامع میزان ضایعات و آسیب‌های ناشی از زلزله را به مراتب کمتر نموده است. از نظر موقعیت مکانی، کشور ما

ایران، در یکی از مناطق فعال زلزله خیز کره زمین قرار گرفته است. ما در سرزمینی زلزله خیز زندگی می کنیم و باید روش زیستن با زلزله را بیاموزیم (ساکي، ۱۳۸۴).

ایران یکی از ده کشور بلا خیز دنیاست و در یک صد سال اخیر بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در این بلایا که بطور عمده زلزله بوده است کشته شده اند. در طی ۸ سال گذشته ۹۲۴ زلزله ۳ تا ۷/۳ ریشتری اتفاق افتاده که باعث کشته شدن ۱۷۶۷۶ نفر و زخمی شدن ۵۳۳۰۰ نفر و تخریب ۲۷۵۰۰۰ منزل مسکونی و وارد آمدن ۲۵۰۰ میلیارد ریال خسارت مالی شده است. در جریان بلایای طبیعی آسیب بهداشتی به افراد مثل یک کوه عظیم یخ است که قسمت اعظم آن زیر آب قرار دارد و دیده نمی شود. مرگ و مجروحیت جسمانی در بخش بیرونی آب قرار گرفته ولی معلولیت و عواقب روانی حوادث که گاهی تا پایان عمر باقی می ماند بدنه اصلی این کوه یخ را تشکیل می دهد و در اکثر موارد مورد غفلت قرار می گیرد.

از نظر دکتر بهرام عکاشه متخصص زلزله شناسی، در مجموع جهان در معرض ۴۰ حادثه طبیعی است که ۳۰ مورد از آنها ایران را تهدید می کنند. هر چند طی سال های گذشته اقدامات مناسبی در خصوص مقابله با حوادث طبیعی در ایران صورت گرفته است ولی این اقدامات به هیچ وجه کافی نبوده و ایران همچنان جزو کشورهای آسیب پذیر در برابر حوادث طبیعی محسوب می شود. در بین حوادث طبیعی زلزله بیشترین تهدید برای کشور است و زلزله پدیده ای است که در عرض چند ثانیه اثرات تخریبی جبران ناپذیری را به همراه دارد. استان البرز در دامنه های البرز قرار دارد و همین امر زمینه را برای آسیب پذیری آن افزایش داده است. براساس آمار سازمان تحقیقات مسکن، ۸۳ درصد شهرهای کشور در مقابل زلزله آسیب پذیر هستند. براساس مطالعات ویژه ای که بر روی ۶۰۰ شهر کشور صورت گرفته، تهران و کرج از شهرهایی هستند که به نسبت سایر شهرها از آسیب پذیری بالا و بیشتری برخوردار هستند. تهران و کرج در یک وضعیت هستند، زیرا هر دو شهر در دامنه کوه های البرز و هر دو در اثر حادثه فعال شدن گسل شمالی تهران حادثه آفرین خواهند شد. زلزله خیزی ایران جدی است و با تشکیل اولین پایگاه در تهران پیگیری ها شروع شده است. عوامل متعددی در شمار کشته شدگان و خسارات زلزله موثر است که باید به آنها توجه کرد.

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۱۳

ضرورت ارائه خدمات روانی اجتماعی در حوادث و سوانح طبیعی، معرفی گروه‌های آسیب پذیر در زلزله، تاریخچه خدمات روانی اجتماعی در حوادث و سوانح طبیعی در ایران، مستندات قانونی در این حوزه و تجارب آموخته شده در زلزله‌های پیشین کشور در مهاجرپذیر بودن استان البرز، بافت جمعیتی متنوع و بعضاً نامتجانس، پراکندگی از نظر قومیتی و نابرابری در طبقات اقتصادی اجتماعی از جمله مواردی هستند که این استان را در صورت وقوع زلزله احتمالی آسیب پذیر می‌کند. در همین رابطه به قرار گرفتن چهار زندان پرجمعیت کشور در این استان و وجود سکونت گاه‌های غیر رسمی متعدد و پر جمعیت می‌توان اشاره نمود. در رویکردهای پیشنهادی برای ارائه خدمات روانی اجتماعی در حوادث و سوانح طبیعی اقدامات پیشگیرانه قبل از وقوع بلایای طبیعی ضرورت دارد، استفاده از رویکرد اجتماع محور و بهره‌گیری از ظرفیت‌های نهادهای غیردولتی راهگشا می‌باشد. نقش دولت در این بخش به عنوان تسهیل گر مفید است و به ضرورت همکاری سازمان‌ها و نهادهایی مانند سازمان مدیریت بحران، جمعیت هلال احمر و سازمان بهزیستی کشور در کنار سایر نهادهای غیردولتی در تدوین الگوی محلی مناسب برای مداخلات روانی اجتماعی در حوادث و سوانح طبیعی در این استان می‌توان اشاره کرد (جوادی، ۱۳۹۲).

آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا، بحران و حوادث غیر مترقبه

واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر

کودکان در طول و پس از یک فاجعه یکی از آسیب پذیرترین گروه‌ها هستند. فاجعه رویداد عجیب و غریبی است که برای آنها به راحتی قابل فهم نمی‌باشد. فاجعه از نظر هیجانی گیج کننده و تهدیدآمیز است، در نتیجه کودکان نیازمند حمایت کلامی و عاطفی قابل توجهی از بزرگسالان هستند. کودکان پس از فجایع ممکن است در مراقبت توسط افراد غریبه رها شوند و درباره آنچه که واقعاً اتفاق افتاده است توضیحات محدودی به آنها ارائه شود. کودکان، والدین و کل خانواده نیازمند به کمک ممکن است در پناهگاه‌ها، مراکز بهبودی، و سایر نقاط دیگر یافت شوند (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰، آستولند، ۲۰۰۴).

فجایع به طور مسلم رویدادهای همراه با جدایی و از دست دادن هستند. صرف نظر از کیفیت دلبستگی کودک به مراقب ایمن یا نا ایمن، جدایی و اختلال غیر منتظره در محیط فرد ایمن به ترس، اضطراب و بهم ریختگی رفتار فرد منجر می گردد. کودکانی که روابط دلبستگی ایمن با یک مراقب پرورش دهنده را تجربه کرده اند بیشترین انعطاف پذیری را در اختلال و بهبودی در حوادث پس از سانحه دارند. به احتمال زیاد اختلال و از دست دادن تجربه شده برای کودکانی که روابط دلبستگی نا ایمن را تجربه کرده اند، مشکل تر خواهد بود (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰)

هنگامی که یک فاجعه طبیعی یا ساخته دست انسان به دنیای کودک هجوم می آورد، این موضوع تاثیر بهنجاری محیط و عملکرد بهنجار را مختل می کند. خوشبختانه، اکثر کودکان از کودکی های موفق و نرمال احاطه شده توسط بزرگسالان و همسالان که می توانند برای سازگاری با تاثیر فاجعه به آنها کمک کنند، لذت می برند. رویدادهای تروماتیک می توانند به طور موفقیت آمیزی در چارچوب رشد فردی خود با دنیاهای کودکان تلفیق شوند. برای کودکانی که در حال تجربه دوران کودکی به عنوان یک محیط منفی هستند و به طور فعالی در حال ایجاد راهبردهای بقا ناسازگارانه هستند، فرایند بهبودی از رویدادهای تروماتیک، فرایندی پیچیده و وقت گیر خواهد بود. این موضوع می تواند منجر به تغییرات پایدار و قابل توجهی گردد در اینکه کودکان چگونه در جهان خود به طور موفقیت آمیزی عمل می کنند. برای مثال، کودکان ممکن است یک افت در عملکرد تحصیلی در مدرسه و اختلالاتی را در تعاملات اجتماعی شان با دوستان، همشیرها، یا والدین را تجربه کنند. کودکانی که در حال تجربه چنین اختلالات قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و شناختی معمول خود هستند، ممکن است در معرض خطر ایجاد اختلال پس از ضربه استرس (PTSD) و یا نوع دیگری از اختلال عاطفی باشند (دیرگروف، ۱۳۷۶، اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰، دیرگروف، ۲۰۰۴).

واکنش‌های کودکان پس از وقوع بلایا

پاسخ کودکان در بلایا از یک واکنش طبیعی به استرس تا یک اختلال روانی و واضح و مشخص در نوسان و تغییر است و این پاسخ‌ها در اغلب موارد تابعی از عوامل زیر هستند:

۱- میزان مواجهه کودک با موضوع

۲- سطح رشدی کودک

۳- نوع واکنش اطرافیان

۴- شدت و عمق فاجعه

۵- میزان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی

۶- میزان مهارت‌های انطباقی کودکان

۷- شخصیت قبل از مواجهه با بلایا (میرزایی و رادفر، ۱۳۸۳).

در خصوص واکنش و پاسخ کودکان به فجایع به دو نکته اشاره می‌شود:

الف- کودکان و به‌ویژه کودکان کوچکتر اغلب در بیان تجربه‌های خویش با اشکال روبرو هستند.

ب- مهم‌تر اینکه کودک یک ساز و کار رشد یابنده و متحول شونده است. در فرایند رشد بسیاری از مسائل برای کودک معنا پیدا می‌کنند (میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶، قهاری، ۱۳۸۷).

اکثر والدین وقتی که رفتار کودکانشان پریشانی هیجانی نشان می‌دهد، را تشخیص می‌دهند. در طول زمان‌های معمول، غیر بحرانی والدین خود را با نکات دقیق و ظریف رفتار کودکانشان وفق می‌دهند. اکثر مادران اگر پسر جوان یا دختر نوجوان آنها یک روز بد در مدرسه یا جنگ و دعوا با بهترین دوستش خودش داشته است، را بلافاصله می‌توانند مطرح کنند. یک نشانه بسیار معمول نشان دهنده پریشانی، ظهور ناگهانی یک کودک بسیار شلوغ است که فقط به طور ناگهانی تصمیم می‌گیرد تا با والدینش تلویزیون تماشا کند، و حتی برنامه خاصی در مورد آنچه که دارند تماشا می‌کند وجود ندارد. به طور معمول، در نهایت چند

کلمه بین والد و کودک رد و بدل می شود. والد لبخند می زند، کودک به نظر احساس رهایی می کند. تحت شرایط عادی در اکثر خانواده های پرورش دهنده، آنها این صحنه را بیش از پیش بازی می کنند بدون اینکه واقعاً فکر به چیزی از آن فکر کنند. این فقط تکه ای از زندگی روزمره است.

بلایا طبیعی یا معمول نیستند و در نتیجه، اختلال قابل توجهی را در امور روزمره به ما تحمیل می کنند. هر کسی تحت تاثیر قرار می گیرد. روش های معمول تعامل با یکدیگر تیره و مبهم می شوند. همه ما در حال تلاش برای به دست آوردن چیزهایی هستیم و در نتیجه روی حمایت از یکدیگر کمتر متمرکز هستیم که این مفهوم را می دهد که کودکان عواقب بعدی بلایا را تجربه می کنند.

آکادمی آمریکایی روانپزشکی کودک و نوجوان (AACAP) (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (۱۹۹۸) نشان می دهد که واکنش کودک به یک فاجعه مانند طوفان، سیل، آتش سوزی یا زلزله، بستگی دارد به اینکه کودک چه مقدار تخریب را در طی یا پس از این رویداد تجربه می کند. مرگ اعضای خانواده یا دوستان اکثراً تروماتیک است که به دنبال از دست دادن خانه و خانواده، مدرسه، حیوانات خانگی خاص، و میزان آسیب به جامعه به وجود می آید. میزان تاثیر بر کودکان نیز تحت تاثیر تخریب است. آنها از طریق تلویزیون و سایر منابع گزارش دهی رسانه ها تاثیر دست دومی را تجربه می کنند.

به طور کلی، اکثر کودکان از تجارب تهدید آمیز/ترسناک مرتبط با یک فاجعه بدون مداخله تخصصی بهبود پیدا می کنند. اکثراً به سادگی به زمانی برای تجربه کردن جهان خود به عنوان یک محل امن دوباره و والدین به عنوان مراقبان پرورش دهنده ای که دوباره مسئول و مراقب وی هستند، نیاز دارند.

یولی و کانتربری (۱۹۹۴)، به نقل از اسپیر و نوردبوی، (۲۰۰۰) تعدادی از مطالعات مربوط به کودکان در معرض حوادث تروماتیک را بررسی کردند. انواع واکنش های تجربه شده گزارش شده توسط بسیاری از کودکان عبارتند از حس تحریک پذیری، تنهایی و

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۱۷

داشتن اشکال در صحبت کردن با والدینشان. بسیاری احساس گناه را برای عدم وجود آسیب دیده یا از دست دادن خانه هایشان تجربه می کنند. نوجوانان مستعد ابتلا به حملات افسردگی و اضطراب هستند، در حالی که کودکان کوچکتر رفتارهای واپس گرای مرتبط با مراحل اولیه رشد را نشان می دهند. بسیاری از کودکانی که در سازگاری با احساسات خود اشکال دارند، مشغول بازی با موضوع های فاجعه و نقاشی های تکراری از حوادث فاجعه بار خواهند شد. همچنین نشان داده شده است که کودکان نیز مانند جوانان می توانند دو تا سه رویداد مرتبط با بلایا را به یاد بیاورند. سطح کودک از رشد شناختی، تفسیر آنها از وقایع استرس زا را تحت تاثیر قرار خواهد داد. برخی از مطالعات مرور شده توسط یولی و کانتربوری پیشنهاد می کنند که توانایی فکری کودک، جنس، سن، و عوامل خانوادگی بر بهبود آنها تاثیر خواهد گذاشت. دختران واکنش های استرس بیشتری را نسبت به پسران تجربه می کنند، کودکان به وضوح عملکرد قبل از فاجعه خود را در مدرسه با سرعت بیشتری به دست می آورند، و خانواده هایی که در به اشتراک گذاشتن احساسات خود مشکل دارند ناراحتی بیشتری را تجربه می کنند. همانطور که انتظار می رود، همچنین به نظر می رسد یک رابطه مستقیم بین میزان قرار گرفتن در معرض حوادث تهدیدآمیز/ترسناک و اشکال در سازگاری هیجانی و بازگشت به عملکرد قبل از فاجعه وجود دارد.

سایر پژوهشگران تلاش کرده اند تا توضیح دهند که چه عواملی بر واکنش های کودکان نسبت به حوادث تروماتیک یا استرس زا تاثیر می گذارد. لوئیس آپتیکار و جودیت بوری (۱۹۹۰، به نقل از اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰)، در مرور تاثیرات هیجانی فاجعه، گزارش دادند که اعتقاد فرد به اینکه چه چیزی یا چه کسی باعث این فاجعه است و میزان تخریب، از عوامل اصلی تاثیرگذار بر واکنش های کودکان می باشند. این محققین همچنین پنج عامل اضافی را شناسایی کرده اند که بر بهبود از رویداد آسیب زا تاثیر می گذارد:

- سطح رشد کودک

- بهداشت روانی پیش مرضی کودک

- توانایی جامعه برای ارائه حمایت

- حضور یا عدم حضور والدین در طول رویداد

- واکنش قابل توجه بزرگسالان

یک مرور اخیر توسط ووگل و ورنبرگ (۱۹۹۳)، به نقل از اسپیر و نوردبووی، (۲۰۰۰) نیز نشان می دهد تاثیر سطح رشدی کودکان روی توانایی آنها برای درک وقایع تروماتیک، خزانه مقابله ای آنها، و مجادله آنها با سایر گروه های مردم، فراتر از خانواده است.

در یک مطالعه طولی ورنبرگ، لاگریکا، سیلورمن و پرینشتاین (۱۹۹۶)، به نقل از اسپیر و نوردبووی، (۲۰۰۰) محاسبه متفکرانه ای از اینکه چگونه کودکان مدرسه ابتدایی به تاثیر فاجعه آمیز طوفان اندرو در دادی کانتی فلوریدا پاسخ می دهند را ارائه نمودند. این محققان نتیجه گرفتند که بسیاری از علائم تجربه شده توسط این کودکان را می توان با استفاده از یک مدل مفهومی اولیه یکپارچه مورد بحث توسط گرین و همکاران (۱۹۹۱)، به نقل از اسپیر و نوردبووی، (۲۰۰۰) درک نمود. آنها چهار عامل را مورد بررسی قرار دادند:

- قرار گرفتن در معرض حوادث در طول و پس از فاجعه

- ویژگی های کودک قبل از ایجاد حادثه

- محیط بهبودی پس از فاجعه (حمایت اجتماعی)

- مهارت های مقابله ای کودک

مدل پیشنهاد شده توسط ورنبرگ و همکاران (۱۹۹۶)، به نقل از اسپیر و نوردبووی،

(۲۰۰۰) تعدادی از عوامل، چهار تا پنج عامل را پیشنهاد نمود:

- قرار گرفتن در معرض حوادث در طول و پس از فاجعه

- ویژگی های جمعیت شناختی قبل از ایجاد فاجعه

- وقوع عوامل استرس زای مهم زندگی

- در دسترس بودن حمایت اجتماعی

- نوع راهبردهای مقابله ای مورد استفاده برای مدیریت استرس مربوط به فاجعه

درک تعریف (تعاریف) خانواده برای یک کودک، جهت درک پیچیدگی واکنش

احساسی آنها نسبت به فاجعه، ضروری است. خانواده در رایج ترین تعریف آن گروهی از افراد

حمایت های روانی اجتماعی در بلايا (ویژه کودکان) / ۱۹

مشکل از والدین و سایر فرزندان است. با این حال، در وسیع ترین تفسیر می توان آن را به عنوان کلاس یا گروهی از چیزهای مرتبط تعریف نمود. بنابراین با توجه به محیط مناسب، خانواده کودک می تواند به گستردگی همسایه، جامعه، یا مدرسه، یا به باریکی رابطه با والدین آنها باشد. با توجه به تعاریف مختلف از خانواده به هنگام تلاش برای ارزیابی عمق تاثیر یک فاجعه روی کودکان، تعیین مشاوره در بحران مناسب و راهبردهای بهبود بهداشت روانی مهم و ضروری است. در زیر نمونه هایی از برخی روابط بالقوه ارائه می شوند که در حکم مفهوم خانواده برای کودکان می باشند:

- کودکان به پدر و مادر طبیعی، مراقب مستقیم، یا نگهبان
- کودکان برای برادران و خواهران، زندگی در همان خانواده و سایر خانواده ها
- کودکان برای پدر بزرگ و مادر بزرگ ها (مادری و پدری)
- کودکان برای عمو، خاله، و پسرعموهای، درون و بیرون از منطقه نفوذ
- کودکان برای بزرگسالان مهم غیر مرتبط
- کودکان برای دنیای مدرسه شان (معلمان، کارکنان و دانش آموزان)
- کودکان برای دوستان مدرسه و دوستان همسایه - از دایره درونی خود از خواص بسیار نزدیک برای آشنایان سببی
- کودکان برای جامعه عبادت مانند کلیسا، کنیسه و غیره (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰).

رفتارها و احساسات رایج

اضطراب جدایی، برون ریزی، اضطراب، رفتار ایذایی در مدرسه، پرخاشگری نوجوانان، واکنش سه تا شش ماه پس از فاجعه و واکنش های سالگرد کودکان و خانواده ها را می توان از جمله مواردی برشمرد که کودکان پس از یک رویداد فاجعه آمیز نشان می دهند. کودکان و بزرگسالان بیان علائم و نشانه ها به حوادث استرس زا را در چهار بعد شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمی بیان می کنند. واکنش های شایع توسط کودکان در این چهار بعد شامل موارد زیر هستند (اسپیرو و نوردبووی، ۲۰۰۰):

علائم و نشانه های شناختی

- اشکال در تمرکز
- اشتغال ذهنی با رویداد
- رویاهای تکرار شونده یا کابوس
- زیر سوال بردن اعتقادات معنوی
- عدم توانایی در پردازش اهمیت رویداد

علائم و نشانه های هیجانی

- افسردگی یا غمگینی
- تحریک پذیری، خشم، مخالفت جویی
- یاس، ناامیدی، احساس گناه
- فوبیا، نگرانی های بهداشتی
- اضطراب یا ترس

علائم و نشانه های رفتاری

- انزوا از دیگران
- درگیری فزاینده با خانواده
- مشکلات خواب
- اجتناب از یادآوری
- به سهولت گریه کردن
- تغییر در اشتها
- گوشه گیری اجتماعی
- صحبت کردن مکرر در مورد رویداد
- امتناع از رفتن به مدرسه
- بحث و جدل با خانواده و دوستان

• بازی تکراری

علائم و نشانه‌های فیزیکی

• تشدید مشکلات پزشکی

• سردرد

• خستگی

• شکایات جسمانی بدون هیچ علت فیزیکی (اسپیر و نوردبوی، ۲۰۰۰).

واکنش‌های کودکان پیش دبستانی (۵-۱ سال) پس از وقوع بلایا

واکنش‌های کودکان پیش دبستانی (۵-۱ سال) پس از وقوع بلایا شامل موارد زیر

هستند:

- ترس از جدایی و چسبیدن بیش از حد به والدین

- ترس از بیگانه‌ها و بی اعتمادی به دیگران

- ترس از تاریکی و اشیای خیالی

- مشکل در به خواب رفتن و خودداری از تنها خوابیدن

- دیدن رویاهای ترسناک

- برگشت به رفتارهای اولیه

- شب ادراری

- فعالیت بیش از حد و پرخاشگری

- اختلال در صحبت کردن، سکوت یا لکنت زبان

واکنش‌های کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال) پس از وقوع بلایا

واکنش‌های کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال) پس از وقوع بلایا عبارتند از:

- احساس غمگینی

- مشکلات خواب

- بی اشتهایی

- اضطراب، نگرانی و ترس از تکرار شدن اتفاقی که منجر به از دست دادن نزدیکان

کودک شود.

- مشکلات تحصیلی

- برگشت به مراحل اولیه رشد

- شکایت های بدنی

واکنش های دوره نوجوانی (۱۸-۱۲ سال) پس از وقوع بلایا

واکنش های دوره نوجوانی (۱۸-۱۲ سال) پس از وقوع بلایا عبارتند از:

- علائم بدنی مثل دردهای شکمی و سردرد

- مشکلات خواب و کابوس

- نزاع با دیگران و تحریک پذیری

- افت تحصیلی

- طغیان و سرکشی در خانه و مدرسه

- افسردگی یا غمگینی

- از دست دادن علاقه به تفریح یا فعالیت های گروهی

- رفتارهای ضداجتماعی، مصرف سیگار، مصرف مواد و بی بندوباری

دستورالعمل ها برای مراقبان، کارکنان بهداشت روانی و انسانی

کار با فاجعه (Disaster work) تقریباً همیشه نیاز به آموزش، نظارت و کارکنان

خدمات انسانی دارد، یعنی بسیاری از آنهایی که در موضوعات مرتبط با فاجعه آموزش کمی

دیده اند یا آموزش ندیده هستند. این بخش معطوف به نقش های مختلف متخصصان، والدین و

مراقبان کودکان ممکن است در طول و متعاقب یک رویداد فاجعه بار عمل کند. پهلوی به پهلوی،

متخصصان و فوق متخصصان به طور یکسان می تواند با یکدیگر کار کنند برای استفاده از

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۲۳

مهارت های اساسی در پاسخ دهی به نیازهای ویژه کودکانی که فاجعه را تجربه کرده اند.

دستورالعمل ها برای مراقبان، کارکنان بهداشت روانی و انسانی شامل موارد زیر هستند:

- فراهم سازی خدمات بهداشت روانی فاجعه (Providing disaster mental health services).

کودکان ممکن است یک سیستم حمایتی گسترده ای داشته باشند، اما معمولاً تجربه های زندگی و مهارت های مقابله ای ندارند که به آنها در پاسخ به تغییرات اساسی که در زندگی آنها بواسطه فاجعه ایجاد شده اند، یاری نماید. دانستن اینکه چه نوع کمکی در جامعه موجود است، از طریق دولت، نهادهای مذهبی و خصوصی، در پاسخ به نیازهای کودکان و خانواده ها در بلایا، حیاتی است. اکثر خدمات در دولت محلی و سازمان های خصوصی یافت خواهند شد. متخصصان، فوق متخصصان و مراقبان مانند معلمان نیاز به یادگیری در حد عملی در مورد منابع جامعه به طور خاص ارائه خدمات به کودکان دارند. نمونه ها شامل نهادهای خدماتی خانوادگی، سازمان های راهنمایی کودک، مراکز مهد کودک و برنامه های بعد از مدرسه هستند.

- نظارت بر کارکنان خدمات انسانی (Supervision of human service workers). در این

خصوص می توان به برنامه آموزش و کمک مشاوره در بحران FEMA/CMHS

(FEMA/CMHS Crisis Counseling Assistance and Training Program)

اشاره نمود. نقش های نظارتی متخصصان بهداشت روانی شامل نظارت از طریق آموزش

تعلیمی (Supervision through didactic training)، نظارت گروهی (Group

supervision) و نظارت فردی (Individual supervision) می باشند. نظارت از طریق

آموزش تعلیمی شامل افزایش دانش پایه کارکنان از طریق جلسات درون خدمتی کوتاه،

پایه های رفتار و رشد انسانی را توضیح می دهد، نیازهای بازماندگان را ارزیابی می کند، و

راهنمایی در تعامل را ارائه می دهد. در نظارت گروهی تیم از طریق بررسی هفتگی

رویدادها و فعالیت های جاری کارکنان امداد رسانی ساخته می شود. این شامل بحث در

مورد تعاملات اخیر با بازماندگان فاجعه، موقعیت های منحصر به فرد حل مسئله، و

تحریک تفکر نوآورانه در میان اعضای تیم های امداد رسانی می باشد. در نظارت فردی

- حمایت از هر یک از اعضای تیم فردی با راهبردهایی برای مدیریت حجم کار اجرایی، تعهد هیجانی/تخصصی، شخصی سازی تجارب امداد رسانی، توسعه روابط وابستگی، و موضوعات مربوط به انتقال و ضد انتقال مطرح می‌باشند.
- فراهم سازی آموزش بهداشت روانی (Providing disaster mental health training). برنامه‌های مشاوره در بحران اغلب متخصصان بهداشت روانی را برای ارائه اطلاعات خاص در خصوص کار با جمعیت‌های خاص درگیر می‌کند.
- سیستم‌های مشاوره (Systems consultation). متخصصان مراقبت‌های بهداشتی همچنین نقش مهمی را تحت عنوان مشاوران برای برنامه‌های مشاوره در بحران بازی می‌کنند. برخی از جوامع برنامه کشوری سیستم خدمات کودکان و نوجوانان Child and Adolescent Services System Programs (CASSP) را گسترش داده‌اند.
- کمک به مشاوره در بحران کارکنان برای مدیریت استرس (Assisting crisis counseling staff to manage stress). پاسخ به نیازهای کودکان و خانواده‌هایی که در حال مقابله با پس از فاجعه، از نظر فیزیکی یک کار سخت و طاقت فرسا و یک عمل دارای بار هیجانی عاطفی است.

نحوه حمایت از کودکان آسیب دیده

- مروری بر برخی اصول اساسی نظریه رشد کودک نشان می‌دهد که چگونه مرحله رشد فعلی کودک بر رفتار آنها و بر درک آنها از حوادث تروماتیک همراه با فاجعه، تاثیر می‌گذارد. در زیر فهرستی از اصول اساسی وجود دارند که ممکن است مفید باشند تا امدادگران، به سرعت برای تعیین بهترین راهبرد جهت ارائه کمک به کودکان، هم در مراحل اولیه واکنش به بحران و هم مراحل بعدی بهبودی عاطفی از فاجعه تلاش کنند:
- یک شنونده حمایتگر باشید. نسبت به تجارب فرهنگی، قومی و نژادی کودک حساس باشید.
- به شیوه‌ای به کودک پاسخ دهید که با سطح رشدی وی سازگار باشد.

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۲۵

- از وضعیت عاطفی کودک آگاه باشید. آیا به طور فعالی می ترسد یا گوشه گیر است.
- بررسی کنید که آیا کودک در مورد محیط اطراف فعلی و والدین، و سایر افراد/حیوانات خانگی اش احساس راحتی/ایمنی می کند.
- به کودک در عادی سازی تجربیانش کمک کنید.
- در صورت لزوم از یک متخصص کودکان متخصص بهداشت روان کمک بگیرید. کمک زمانی مورد نیاز است که امدادگر نمی داند چه کاری باید بکند یا چه فکری بکند یا اگر وضعیت کودک بدتر می شود (اسپیر و نوردبوی، ۲۰۰۰).
- کودکان جزء آسیب پذیرترین گروه های انسانی در زمان سوانح هستند، به ویژه اگر والدین خود را از دست داده باشند. در صورت عدم توجه، سلامت جسمانی و روانی آنها با خطر جدی مواجه خواهد شد. برخی از اقدامات توسط امدادگران شامل موارد زیر هستند:
- نیازهای اولیه کودکان از قبیل غذا، آب و مراقبت های پزشکی را برآورد و تامین کنید. به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید.
- علل وقوع سانحه (زلزله) را به زبان ساده برای کودک بیان کنید.
- اگر مادر کودک مجروح است، سعی کنید کودک را همراه او یا پدرش برای درمان اعزام کنید.
- اگر کودک مجروح است، الزاماً باید مادر یا پدر یا یکی از بستگان نزدیک او همراهش اعزام شوند.
- اگر کودک شیرخوار است و مادر فوت کرده است، ابتدا سعی کنید مادر رضاعی یعنی کسی که بتواند به او شیر بدهد را پیدا کنید. سپس بچه را به شخصی از بستگان نزدیک مانند خاله، عمه، مادر بزرگ یا پدر بزرگ بسپارید و سفارش کنید تا حد امکان با او باشد و او را در آغوش بگیرد و نوازش کند. اگر مادر کودک فوت کرده است حتماً پدر و یا سایر بستگان نزدیک باید بطور دائم همراه بچه باشد.
- اگر پدر یا مادر کودک فوت کرده اند، بستگان نزدیک از او حمایت کنند و از متعلقات درگذشتگان مانند روسری، تسبیح و غیره که کودک با آن آشناست در اختیار وی قرار

- گیرد. در صورتی که اشیا یا لباسی از پدر یا مادری که فوت کرده باقی مانده است آن را حتما در اختیار فرزندش قرار دهید.
- حتی الامکان از تغییر مکان مداوم، جابجایی مکرر و بی مورد محل زندگی کودکان به شدت خودداری کنید.
 - امکانات بازی و سرگرمی برای کودک فراهم کنید و سعی کنید او را شاد نگه دارید. بازی باعث انحراف توجه کودک از استرس می شود. بهتر است وسایل بازی را هر چه زودتر در اختیار کودکان بگذارید. می توانید پس از طی مراحل حاد حادثه، یک مرکز بازی برای کودکان در منطقه تاسیس کنید ولی شرکت کودکان در این مراکز باید با رضایت خاطر آنان توأم باشد و والدین یا سایر نزدیکان شان باید در همان نزدیکی ها باشند.
 - نقاشی کردن کودکان علاوه بر کمک به تخلیه هیجانی و تسکین روانی می تواند نشان دهنده مکنونات ذهنی آنان نیز باشد (جوادی، ۱۳۹۲).

گام های کلی در فرایند یاری رسانی به کودکان

گام های کلی در فرایند یاری رسانی به کودکان عبارتند از موارد زیر:

- ۱- برقراری ارتباط
- ۲- شناسایی، تعریف و تمرکز روی مشکل
- ۳- درک احساسات
- ۴- گوش دادن به دقت
- ۵- برقراری ارتباط واضح (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰).

۱- برقراری ارتباط

- اجازه دهید تا کودکان بدانند که شما به آنها علاقه مند هستید و می خواهید به آنها کمک کنید.
- واریسی کنید تا کودکان را مطمئن کنید که آنها آنچه را که شما می گوئید درک می کنند و اینکه شما آنها را درک می کنید.

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۲۷

- میزان احترام واقعی و توجه را به کودکان و خانواده های آنها نشان دهید.
- در ارتباط اعتماد برقرار کنید و تنها به چیزی قول دهید که می توانید انجام دهید.
- کودکان و خانواده های آنها را بپذیرید.
- با کودکان و خانواده های آنها به گونه ای که نشان دهد شما یک شنونده مطلع و آگاه هستید، ارتباط برقرار کنید.

۲- شناسایی، تعریف و تمرکز روی مشکل

- مشکلات خاص را با کودکان، والدین و خانواده شناسایی و اولویت بندی کنید.
- یک مشکل خاص را انتخاب کنید، ویژگی های آن را تعریف کنید و ابتدا روی حل آن تمرکز کنید.
- یک راه حل سریع برای مشکل پیدا کنید به طوری که اعضای خانواده احساس موفقیت و کنترل را تجربه کنند.
- جدی بودن هر یک از مشکلات شناسایی شده و ظرفیت خانواده برای مقابله با آنها را ارزیابی کنید.

۳- درک احساسات

- توانایی خود را برای دیدن و احساس کردن از آنچه دیگران انجام می دهند، نشان دهید.
- در تلاش برای درک احساسات کودکان صبر نشان دهید، زیرا کودکان غالباً قادر به بیان ترس های خود نیستند.
- به داستان های کودکان اغلب با اظهار نظر در مورد حوادث و تایید احساسات آنها پاسخ دهید.
- توجه مثبت پرورش دهنده برای کودکان، جهت انتقال قدردانی برای این نوع توجه و شدت احساسات آنها را بیان کنید.

۴- گوش دادن به دقت

- نگرانی های فاجعه از نقطه نظر کودکان را درک کنید.
- به گزارش و شرح کودکان از فاجعه چندین بار، گوش دهید.
- به منظور کمک به کودکان در "کار از طریق" احساسات آنها مرتبط با فاجعه، از قطع کردن حرف کودکان هنگامی که آنها مطالب خود را بیان می کنند، خودداری کنید.
- احساسات کودکان را با دادن زمان برای بیان خودشان تأیید کنید.

۵- برقراری ارتباط واضح

- با کودکان به زبانی که برای آنها قابل درک باشد، ارتباط برقرار کنید.
- با کودکان در گروه ها یا با هم شیرها یا سایر اعضای خانواده صحبت کنید.
- حضور اعضای خانواده را برای تفسیر رمز کلمات مورد استفاده توسط کودکان جستجو کنید.
- با کودکان با زبان غالب آنها ارتباط برقرار کنید (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰).

آموزش والدین در مورد کودکان آسیب دیده

به طور کلی اکثر والدین قادر به ارزیابی فرزندانشان خود در غلبه بر ترس و اضطراب مربوط به یک رویداد فاجعه آمیز هستند. با این حال، زمانی که موقعیت فراتر از دسترس آنها به نظر می رسد، کمک به راحتی می تواند از طریق متخصصان اطفال، پزشکان خانواده، یا مشاوران بهداشت روانی و مدرسه ارائه شود. مداخله قابل درک و مفید می تواند ترس های کودک را کاهش دهد و از مشکلات جدی تر رشدی جلوگیری کند. شیوه ای که در آن بزرگسالان، مراقبان و متخصصان بهداشت روانی به کودکان کمک می کنند تا بحران عاطفی خود را در زمان های نامشخص حل و فصل کنند ممکن است یک اثر ماندگار روی کودک داشته باشند. دانستن نوع کمکی که در یک جامعه در دسترس است، برای پاسخدهی به

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) ۲۹/

نیازهای کودکان پس از یک فاجعه ضروری است (اسپیر و نوردبووی، ۲۰۰۰). نکات آموزشی به والدین در مورد کودکان آسیب دیده شامل موارد زیر هستند:

۱. برای شناخت ترس کودکان بهتر است با آنها ارتباط برقرار کنید و به آنها اجازه دهید در مورد حادثه حرف بزنند ولی هیچ گاه نباید کودک را وادار به حرف زدن کنید.
۲. به سوالات کودکان باید صادقانه پاسخ دهید.
۳. کودکان نیاز به اطمینان بخشی و آرامش دارند با خونسردی آنان را در آغوش بگیرید. در کنارشان باشید و به آنها بگویید که دوستشان دارید و می دانید چقدر ناراحت هستند.
۴. در کار روزانه و خواب و تغذیه شان تا حد امکان هماهنگی ایجاد کرده و نظم قبل از حادثه را به خانواده بازگردانید.
۵. به نیازهای بهداشتی و تغذیه ای کودکان توجه کنید.
۶. سعی کنید دیدن برنامه های تلویزیونی که دارای صحنه های ترسناک و اخبار ناراحت کننده بوده و باعث افزایش اضطراب کودکان می شود را محدود کنید.
۷. رفتارهایی مثل شب ادراری کودکان را بپذیرید و او را تنبیه و شرمزده نکنید.
۸. کودکان در شرایط بحران بیش از هر زمان دیگری نیاز به بازی و تفریح دارند. مانع بازی آنها نشوید.
۹. کودکان و نوجوانان را به فعالیت های نیکوکارانه، کمک به مردم در بازسازی شهر، کمک در امر کشاورزی و غیره تشویق کنید.
۱۰. اگر مدرسه ها زودتر باز شوند بهتر است انتظارات خود در انجام تکالیف مدرسه را کمتر کنید و درس و مشق کمتر، و فعالیت های تفریحی و بازی بیشتر باشند.
۱۱. در صورت ادامه مشکلات رفتاری از تیم حمایت روانی اجتماعی کمک بگیرید.

والدین واقعیت های ساده زیر را مد نظر قرار دهند:

- والدین باید از بخش هایی از فاجعه که برای آنها و سایر بزرگسالان تهدید آمیز/ترسناک بودند، اذعان داشته باشند.

- والدین نباید به دروغ خطر را حداقل سازی کنند زیرا این کار نگرانی های کودک را پایان نمی دهد.

- سن کودک بر اینکه چگونه به فاجعه پاسخ خواهد داد، تاثیر می گذارد. (یک کودک شش ساله ممکن است نگرانی خود را با امتناع از رفتن به مدرسه بیان کند، در حالی که یک نوجوان ممکن است نگرانی های خود را از طریق بحث و جدل بیشتر با والدین بیان کند).

- شیوه ای که کودک پاسخ به والدین را می بیند و درک می کند، خیلی مهم است.
- پدر و مادر باید نگرانی های خود را بپذیرند و بر توانایی های خود برای مقابله با این وضعیت تاکید کنند.

از دست دادن عزیزان و خانواده

بر اساس مقایسه ای که بین مردم ژاپن و ایران انجام گرفته است، در مقابل این سؤال که در مواجهه با یک بلای طبیعی از چه چیز بیشتر می ترسید، بیش از ۶۰ درصد ژاپنی ها اعلام نمودند از مرگ و همین تعداد از ایرانی ها اعلام کردند که از فقدان خانواده بیشتر می ترسند. این ترس در کودکان بیشتر است چون با از دست دادن خانواده و عزیزان علاوه بر اینکه یک وابستگی شدید عاطفی و احساسی را از دست می دهند، تکیه گاه و حمایت کننده اساسی خود را نیز از دست می دهند لذا بسیاری از آسیب های روانی، عاطفی و اجتماعی بعدی آنها ممکن است از همین آسیب نشأت بگیرد. بنابراین ضرورت دارد هرچه سریع تر کودک به آغوش نزدیک ترین فرد خانواده اش بازگردد و در صورت عدم امکان چنین اقدامی، خانواده و فرد جایگزینی تعیین و کودک به آنها سپرده شود.

آزارها و تعرضات جنسی به کودکان و نوجوانان

یکی از آسیب های جدی که در هنگام بروز حوادث و پس از آن متوجه کودکان و نوجوانان می گردد و ممکن است در باقیمانده عمر آنها نیز تأثیر بگذارد، آزارها، تعرضات و سوء استفاده های جنسی است. این شرایط به دلیل کم توانی جسمی و روانی و تنهایی و بدون

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۳۱

حامی بودن برای این افراد به وجود می آید، معمولاً با تهدید و ارباب همراه بوده و یا در مواقعی که اقدام به مقاومت می نمایند، ضرب و شتم نیز به آن اضافه می گردد. معمولاً کودکان و نوجوانان به دلیل ترس یا شرم و احساس گناهی که از مواجه شدن با این موضوع دارند از بازگویی این حوادث برای دیگران خودداری می نمایند که عملاً این عدم بازگویی به باج دهی مستمر جنسی یا مالی و یا حتی در مواقعی ممکن است منجر به فرار از خانه و یا خودکشی گردد. آمار نشان می دهد که در بسیاری از مواقع والدین یا بستگان و آشنایان این قبیل کودکان پس از اطلاع از موضوع، با واکنش غیر صحیح، نه تنها نتوانسته اند مشکل را حل نمایند بلکه باعث مشکلات جدیدی شده اند.

سازمان بهداشت جهانی در راستای بهداشت روانی کودکان اهداف زیادی دارد که برخی از آنها عبارتند از: کاهش تعداد موارد بیماری های روانی کودکان، کاهش مشکلات اساسی در کودکان، کاهش تعداد موارد خشونت فیزیکی، غفلت و بدرفتاری جنسی نسبت به کودکان و مدیریت این مشکلات (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴، محمودی قرائی، ۱۳۸۶، دادفر، بوالهروی و دادفر، ۲۰۱۲).

آزار و اذیت یا غفلت (یعنی عامل تنش زا) خود می تواند به طور بالقوه موجب آسیب فراوانی شود. بسته به درک افراد از رویدادها، راهبردهای مقابله ای، منابع درونی و بیرونی موجود و سایر خصوصیات موثر آنها در مدیریت کلی تجربه، اشخاص مختلف ممکن است محرک های تنش زا را به گونه های مختلف در نظر بگیرند و امکان دارد پیامدها نیز بسیار متنوع باشد (گیل، ۱۳۹۲).

طبق چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مسایل مربوط به سوء رفتار و مسامحه را طبقاتی توصیف می کند که متخصصین باید برای تمرکز بر "مورد سوء رفتار واقع شدن یک فرد توسط فردی دیگر، از طریق سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی یا مسامحه در مورد کودک" مورد استفاده قرار دهند. چون مسایل مربوط به سوء رفتار و مسامحه کسانی را در بر می گیرد که معمولاً متخصصین بهداشت آنها را مشاهده می کنند،

این طبقات باید بر حسب اینکه فرد تحت درمان، قربانی یا عضو خانوادگی است، کدبندی شوند.

یکی از طبقات خاص توصیف شده در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، سوء رفتار جنسی با کودک است. سوء رفتار جنسی با کودک عبارت است از استفاده از کودک به عنوان وسیله‌ای جهت ارضای جنسی یک فرد بزرگسال. سوء رفتار جنسی با کودک دارای دامنه وسیعی از نظر شدت است که از نوازش ملایم به منظور لذت جنسی تا تجاوز با اعمال زور و خشونت گسترده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۶). در سوء رفتار جنسی با کودک، سن کودک از دوران نوزادی تا ۱۸ سالگی متفاوت است (لوئیس، ۱۹۹۶). سوء رفتار جنسی با کودک از نظر نحوه اعمال و میزان فراوانی متفاوت است. سوء رفتار جنسی با کودک می‌تواند فقط مشاهده یک عمل جنسی یا آلت تناسلی باشد تا ایجاد ارتباط جنسی با خود کودک و همچنین ممکن است فقط یک بار اتفاق بیفتد یا اینکه مکرراً این امر روی دهد. ویژگی‌های ضروری‌ای که باید در تعریف کودک آزاری جنسی مد نظر قرار داد، عبارتند از: ۱) کودکان به طور کلی این چنین رابطه‌ای را دوست ندارند، ۲) ارضای جنسی فرد آزار دهنده، هدف اصلی آزار جنسی کودک است، ۳) در این رابطه یک تفاوت سنی و تفاوت قدرتی بارز در فرد آزار دهنده یا قربانی وجود دارد، ۴) این فعالیت معمولاً پنهانی است و توسط یک فرد قدرتمندتر صورت می‌گیرد و ۵) گاهی اوقات، نیاز کودک برای جلب محبت و توجه و وابستگی به رضایت کودک به شروع یا تداوم رابطه آزار دهنده می‌شود (کار، ۱۹۹۹).

شواهد پژوهشی

یک مطالعه انجام شده، بر روی آسیب دیدگان زلزله در اردبیل و قائن نشان داد که ۷۵/۱ درصد افراد ۱۵ ساله و بالاتر ۴۳/۳ درصد کودکان و نوجوان زیر ۱۵ سال مشکلات روانی داشته‌اند و در این مطالعه بیشتر بازماندگان خود را نیازمند اطلاعات درست، مشاوره و دخالت روانی اجتماعی دانسته‌اند (به نقل از بواله‌ری و چیمه، ۱۳۸۶).

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۳۳

پژوهش کرمی (۱۳۷۳) پس از زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹، نشان داد که همه کودکان در چند هفته اول بر مبنای پرسشنامه دچار علائم اختلال استرس پس از ضربه بودند. میزان شیوع نتایج این اختلال در کودکان ۱۶-۹ ساله مناطق زلزله زده پس از ۳ سال ۵۱/۷ درصد بوده‌اند. میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. پژوهش دژاکام (۱۳۷۰) نشان داد که ۶۸ درصد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شدید بودند. ۳۸ درصد افسردگی شدید، ۳۹ درصد افسردگی متوسط و ۲۳ درصد افسردگی خفیف داشتند (به نقل از انوری، ۱۳۸۸).

در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آنها نسبت به خوابیدن در محل های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال‌ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان بر خوردار است.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۷۶ آسیب شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. آسیب شناسی روانی به طور عموم در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. ۴۷/۳ درصد خردسالان یک سال پس از زلزله دچار اختلال PTSD با شدت متوسط تا شدید بودند.

در بررسی بعمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان (براساس GHQ و پرسشنامه راتر) از مشکلات روانشناختی رنج می بردند. درصد افراد بزرگسالی که براساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند؛ ۶۵ درصد و براساس مقیاس PTSD کودکان، ۷۸ درصد کودکان دچار PTSD بودند.

زلزله بم به عنوان یکی از مخرب ترین و مهلک ترین حوادث در سال ۲۰۰۳ و در یکصد سال اخیر کشور ما محسوب گردیده است، که توجه همه جهانیان را در زمینه مسائل امدادی و از جمله تامین سلامت روان بازماندگان به خود جلب کرد. به همین جهت جمعیت هلال احمر ایران با همکاری جمعیت های صلیب سرخ دانمارک و ایسلند و جامعه اقتصادی اروپا طرح

پژوهشی A بررسی نیازهای بهداشت روان بازماندگان زلزله بم، سه ماه بعد از وقوع زلزله A را به مرحله اجرا درآورد. در این طرح ۴۰۰ نفر از کودکان زیر ۱۸ سال، از بازماندگان زلزله به صورت نمونه گیری خوشه‌ای مورد بررسی و نیازسنجی بهداشت روانی قرار گرفتند. یافته‌های تحقیق نشان داد که ۲/۹۳ درصد افراد زندگی در چادر و ۵/۹۲ درصد از دست دادن عزیزان، ۹۲ درصد وجود افکار مزاحم و خاطرات ناراحت کننده و ۷/۹۱ درصد از کمبود امکانات بهداشتی و ۵/۹۰ درصد نگرانی از وقوع مجدد زلزله و کمبود امکانات بهداشتی را به عنوان عوامل استرس زا بیان کردند و ۹/۸۵ درصد از کودکان، نگرانی از وقوع مجدد زلزله و ۷/۸۴ درصد تکرار صحنه زلزله در ذهن کودک را به عنوان ناراحتی خود بیان نمودند (نوربالا، ۱۳۸۳).

انوری (۱۳۸۸) گزارش داد که ۷۴/۲ درصد از دانش آموزان دبیرستانی شهر بم پس از زلزله سال ۱۳۸۲، دارای درجاتی از افسردگی (خفیف تا شدید) بودند. بین میزان افسردگی و جنس، از دست دادن یکی از افراد خانواده در جریان زلزله، به وجود آمدن مشکل جسمی برای خود و یا یکی از افراد خانواده و رضایت از وضعیت زندگی رابطه معنی داری وجود داشت. اما بین میزان افسردگی، سن و تخریب منزل مسکونی در جریان زلزله رابطه معنی داری وجود نداشت. وی نتیجه گیری نمود که با توجه به بالا بودن میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی شهر بم، برنامه ریزی جامع در خصوص پس از حوادث طبیعی و انسان ساخت لازم و ضروری به نظر می رسد.

یافته‌های پژوهش امیریان (۱۳۸۹) نشان داد که بین آسیب دیدگی روانی و خودکارآمدپنداری در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان زلزله زده بم رابطه معنی دار و منفی وجود دارد. تفاوتی میان دانش آموزان دختر و پسر از نظر میزان آسیب دیدگی روانی وجود ندارد. خودکارآمدپنداری شخصی و جمعی دانش آموزان دختر به طور معنی داری از دانش آموزان پسر بالاتر است. میان خودکارآمدپنداری شخصی و جمعی رابطه معنی دار و مستقیم وجود دارد. آنها نتیجه گرفتند هر چه میزان خودکارآمدپنداری در بین دانش آموزان زلزله زده بم بیشتر باشد، میزان آسیب دیدگی روانی آنان کمتر است.

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۳۵

پارسی زاده، استوار ایزدخواه و حشمتی (۱۳۸۲) نقش آموزش زلزله در مهدهای کودک کشور و لزوم گسترش برنامه آمادگی در برابر زلزله را بررسی کردند. به منظور بررسی و ارزیابی نقش و تأثیر آموزش از کودکان چند مهد کودک آموزش دیده و چند مهد کودک آموزش ندیده در مورد زلزله در چهار منطقه مختلف شمال، جنوب، غرب و شرق شهر تهران سوالهایی پرسیده شد. نتایج این پژوهش نشان دهنده تأثیر آموزش و برنامه‌های مختلف آموزشی زلزله در مهدهای کودک با توجه به نتایج پاسخ‌های ارائه شده توسط کودکان می‌باشد.

نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان بر اساس شرایط سنی آنها

امدادگران حمایت روانی و گروه تخصصی باید بدانند که آنچه در بزرگسالان به عنوان تفاوت‌های فردی، نام برده می‌شود، به دلیل رشد سریع در دوران کودکی، در کودکان بیشتر مشاهده می‌گردد. کودکان به صورت بارزتری از شرایط سنی خود متأثر می‌گردند. بنابراین ضرورت دارد در حمایت روانی از آنها ضمن توجه به شرایط جسمی، روانی، عاطفی، خانوادگی، فرهنگی و غیره، به شرایط سنی آنها نیز توجه گردد. نمونه‌هایی از این تفاوت در نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان در ذیل بیان می‌گردد:

نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان یک تا پنج سال

- ۱- نظم عادی را به زندگی آنها بازگردانید.
- ۲- شرایطی را به وجود آورید تا بتوانند احساسات و افکار خود را به صورت غیرکلامی بیان نمایند.
- ۳- اگر دسترسی به خانواده آنها نیست، بگذارید وسیله‌ای مانند یک دستمال که متعلق به خانواده نزدیک او بوده و آن را بشناسد در هنگام خواب، همراه خود داشته باشد.
- ۴- شرایطی را مانند بازی‌ها برای تخلیه هیجانی آنها فراهم آورید.
- ۵- بگذارید با انجام بازی‌های خیالی، حادثه را بارها بازسازی کرده و برای خانواده خود حتی خانواده خیالی توضیح دهد.

نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان پنج تا یازده سال

- ۱- بدون اجبار به او کمک کنید تا به شرایط عادی زندگی بازگردد.
- ۲- او را تشویق کنید تا به صورت کلامی، صحنه حادثه را بازگویی و بازسازی نماید.
- ۳- با توجه به توان آنها، مسئولیت‌هایی را به آنها واگذار نمایید.
- ۴- آنها را به فعالیت‌های بدنی مانند ورزش ترغیب نمایید.
- ۵- به سئوالات آنها در مورد حادثه پیش آمده با کمال صداقت پاسخ دهید.
- ۶- اگر می‌ترسند به آنها بفهمانید که ترس یک پدیده طبیعی است و مشکلی در ابراز آن نداشته باشند.

نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان یازده تا چهارده سال

- ۱- در این سن با تشویق کودک به شرکت در بحث‌های گروهی با همسالان و یا حتی بزرگسالان به آنها کمک می‌شود تا از انزوا خارج شده و به روابط عادی اجتماعی بازگردند.
- ۲- فعالیت بدنی برای این سن نیز مخصوصاً ورزش‌های گروهی، به منظور ایجاد ارتباطات اجتماعی و کاهش تنش، بسیار مفید است.
- ۳- آنها را به بیان کلامی احساسات خود تشویق نمایید.
- ۴- شرکت کودکان در فعالیت‌های جمعی مربوط به اجتماع یا منزل، مفید است.
- ۵- سطح انتظار خود را از افزایش سطح تحصیلی کودکان به صورت موقت کاهش دهید.

نحوه ارائه خدمات حمایت روانی به کودکان چهارده تا هیجده سال

- ۱- آنها را تشویق کنید تا ارتباط خود را با دوستانشان از سر بگیرند.
- ۲- آنها را تشویق کنید تا فعالیت‌های اجتماعی و ورزشی خود را از سر بگیرند.
- ۳- آنها را تشویق کنید تا با گروه همسالان، دوستان و افراد نزدیک خود به بحث در مورد حادثه و تجربه مربوطه پردازند.

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۳۷

۴- شرایطی را فراهم آورید تا به تخلیه هیجانی خود به صورت سالم پردازند مانند کوبیدن مشت بر یک وزنه در یک مسابقه زورآزمایی.

فنون بیانی یا ابزاری

فنون بیانی یا ابزاری شامل مراحل زیر هستند:

- ۱- فنون هنری شامل طراحی، نقاشی، عروسک و نقش آفرینی با عروسک‌ها و بازآفرینی فاجعه می‌باشند.
- ۲- قصه‌گویی شامل قصه گفتن، قصه خواندن بزرگسال برای کودک، شعرخوانی گروهی و فردی، ایفای نقش با استفاده از قصه‌ها و قهرمانان آنها.
- ۳- فنون آرام‌سازی شامل یادگیری آموزش آرام‌سازی تنفسی تجسمی و فعالیت‌هایی مثل ماساژ دادن، بازی، ورزش کردن و انجام مسابقات می‌باشند.
- ۴- نوشتن شامل خاطره نویسی و بازآفرینی تجربه فردی از واقعه مثلاً زلزله است.
- ۵- شعرگویی، قصه‌نویسی و جمع‌آوری تجربیات مکتوب سایر کودکان از فنون ابزاری هستند.
- ۶- بازی درمانی (میرزایی و رادفر، ۱۳۸۳).

بازی درمانی و تفریح درمانی

جدول ۱ راهنمایی عملی برای آغاز فعالیت‌ها و بازی‌ها را برای کودکان نشان می‌دهد.

جدول ۱- راهنمایی عملی برای آغاز فعالیت‌ها و بازی‌ها را برای کودکان

نوع تحریک	رفتار مطلوب	مثال
تحریک عاطفی مداخلاتی در جهت بهبود تعامل مراقب-کودک جهت تسهیل تکامل کلامی، اجتماعی و عاطفی کودک از اهمیت بالایی برخوردار هستند. این مداخلات را می‌توان با آموزش دادن مراقبین برقرار نمود.	برخورد گرم و عاطفی متناسب با هنجارهای اجتماع	ارتباط چشمی مستقیم با کودک، لبخند زدن مراقب به کودک، در آغوش کشیدن کودک به‌ویژه هنگام شیردهی.
تحریک فیزیکی کودکان نیازمند محیطی سرشار از تحریکات فیزیکی هستند تا تکامل روانی حرکتی، مهارت‌های کلامی و تکامل شناختی آنها تسریع گردد.	تشویق ارتباط کلامی و غیر کلامی بین کودک و مراقب وی	تا حد امکان با کودک ارتباط برقرار کنید. سوال‌های ساده بپرسید و در برابر تلاش وی برای تکلم واکنش نشان دهید، او را بخندانید و کلمات را همراه فعالیت‌ها به او آموزش دهید.
	پاسخگویی و حساسیت به نیازهای کودک	به صداهای کودک پاسخ دهید و بر اساس رفتار وی (خنده یا گریه) واکنش نشان دهید.
	اهمیت دادن به توانایی‌های کودک	تشویق کلامی و غیر کلامی مانند دست زدن و لبخند زدن در برابر فعالیت‌های کودک
	از کفایت میزان تحریکات حسی کودک اطمینان حاصل کنید.	دیدن، شنیدن و حرکت مداوم جزئی از الزامات است. اشیاء رنگی را در اطراف کودک بگذارید و تشویقش کنید تا اطراف آنها حرکت کند. برای کودک شعر و لالایی بخوانید.
	مفاهیم دنیای اطراف طفل را برایش بیان کنید.	نام بردن، شمارش و مقایسه اشیاء. درپوش‌های مختلفی به طفل بدهید و از او بخواهید آنها را روی شیشه مناسب بگذارد.
	اسباب بازی تهیه کنید.	مفهوم "کوتاه" و "بلند"، "بزرگ" و "کوچک" و غیره را عملاً با استفاده از اشیاء با کودک کار کنید. از جعبه‌ها و قوطی‌ها برای ساختن پازل استفاده کنید.
	امکان تمرین در زمینه مهارت‌های مختلف را فراهم کنید.	با هر کودک روزانه ۳۰-۱۵ دقیقه به طور جداگانه بازی کنید. زمینه بازی کودکان را با هم فراهم کنید.

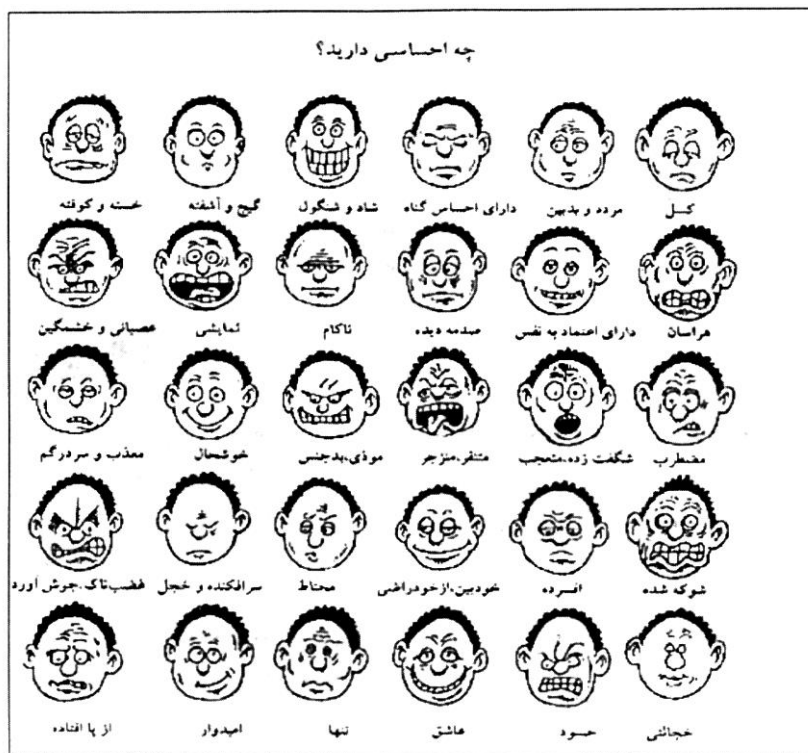
* اقتباس از علیزادگان و همکاران (۱۳۹۱)

بهرتر است امدادگر حمایت روانی در همه بازی هایی که امکانش می باشد، به جای تماشاگر، همبازی بچه ها باشد. بازی ها کثراً به صورت جمعی هستند که در اینجا تعدادی از بازی های ساده شرح داده می شود. امدادگران حمایت روانی می توانند با توانمندی خود و شناخت از اصول روانشناختی، بازی هایی را به این مجموعه اضافه نمایند:

روش های بازی درمانی و تفریح درمانی

بازی "چه احساسی دارید؟"

می توان با بچه ها در یک جمع حداکثر ۱۵ تا ۲۰ نفره این بازی را انجام داد. به هر یک از بچه ها شکل شماره زیر را تحویل دهید و بعد از آنها بخواهید که با اعلام شما، یک به یک تصاویر موجود در شکل را با تغییر میمیک صورت، تقلید نمایند.



تصاویر نشان دهنده احساسات مختلف

بازی "گفتگو"

می توان این بازی را برای کنترل بیشتر با بچه ها در یک جمع حداکثر ۲۰ نفره انجام داد. به آنها گفته می شود، دو به دو با یکدیگر راه بروند و در مورد مسائل عادی مانند اینکه اسم شان چیست، در چه کلاسی درس می خوانند، چه غذایی را دوست دارند و غیره صحبت کنند. در خلال این اقدام، یک موسیقی شاد نواخته می شود و از آنها خواسته می شود به محض قطع موسیقی، گروه های چند نفره (مضربی از تعداد کل کودکان در بازی منهای یک) مدور تشکیل داده و دست یکدیگر را بگیرند. فردی که بدون گروه می ماند از بازی خارج می شود. این بازی برنده ندارد بنابراین دوباره این فعالیت تکرار می شود.

بازی "چشم های بسته و چشم باز"

چشم همه بچه ها را بجز یک نفر می بندیم. بچه ای که چشمش باز است در محلی می ایستد. بچه های دیگر با چشم های بسته او را جستجو می کنند. در این جستجو ممکن است هر بچه ای یکی دیگر بجز بچه با چشم باز را بیابد. به محض یافتن هر بچه ای باید دست او گرفته شود. اگر بچه یافته شده از افراد چشم بسته باشد بگوید: "گرفتی". اما اگر فرد یافته شده، بچه چشم باز باشد، او چیزی نباید بگوید و فردی که دست او را گرفته نیز باید از این پس ساکت باشد. این بازی را می توان به دو گونه ادامه داد: یکی آنکه افرادی که ساکت می شوند دست یکدیگر را رها نکنند، در نتیجه به مرور زنجیره ای از بچه ها درست خواهد شد که بچه ها از لابلای آنها باید گذر کنند و این زنجیره فقط دو دست برای گرفتن دارد. نوع دیگر برای ادامه بازی این است که افرادی که ساکت می شوند، دست هم را رها نمایند که عملاً این روش باعث افزایش تصاعدی دست هایی خواهد شد که موجب سکوت می شوند. همچنین ممکن است از بچه های ساکت خواست که چشم بندهای خود را باز نمایند. دقت کنید که بچه یا بچه های با چشم باز، جستجو نکرده و دست کسی را نمی گیرند.

بازی "اسم و فامیل"

این بازی برای بچه های سنین سوم دبستان به بالا مناسب است. در این بازی به هر بچه ای یک برگ کاغذ داده می شود. عناوینی مانند اسم، فامیل، اسم شهر، اسم خوراکی، اسم حیوان و غیره تعیین شده و خواسته می شود که هر بچه ای در بالای کاغذ خود آنها را در یک ردیف بنویسد. پس از آن شما به عنوان مجری یکی از حروف فارسی را اعلام نموده و از بچه ها خواسته می شود که برای هر عنوان، مصداقی که نامش با حرف اعلام شده شروع می شود تعیین کرده و ذیل آن عنوان بنویسد. هر کس که زودتر تمام عناوین را نوشت اعلام "ایست" می کند. سپس به هر یک از اسامی منحصر به فرد امتیازی که از قبل میزان آن تعیین شده اختصاص یافته و ذیل آنها نوشته می شود. به عناوین تکراری نیز ۵۰ درصد امتیاز تعلق می گیرد. در نهایت و هر زمان که شما احساس کردید، بازی خسته کننده شده اعلام توقف و اتمام بازی نموده و امتیازها جمع می گردد. می توان در هر نوبت یک نفر از بچه ها را به عنوان مجری تعیین نمود و موضوع را با هدایت شما به او سپرد.

بازی "الو، الو، به گوشم"

این بازی را نیز می توان برای کنترل بیشتر با کودکانی در یک جمع حداکثر ۲۰ نفره انجام داد. بچه ها به صورت مدور بر روی زمین می نشینند. از خود به عنوان فرمانده بازی شروع کرده و از سمت راست، هر کس به معرفی خود می پردازد. معرفی با ذکر یک شماره ترتیبی و با عباراتی نظیر "من یک هستم"، "من دو هستم" و غیره انجام می گیرد. وقتی که معرفی تمام شد، شما بازی را به صورت مکالماتی که با دستگاه بی سیم انجام می گیرد، شروع می کنید و مثلاً می گوید: "از یک به هشت". فردی که معرف عدد هشت هست باید بازی را ادامه داده و مثلاً بگوید: "از دو به هشت" و معرف عدد دو نیز به همین ترتیب بازی را ادامه می دهد. بازیکنان نباید برای تعیین مقصد مکالمه، عدد خود و یا عددی را که وجود ندارد بگویند. در این صورت می بازند و شما باید نامی را برای او انتخاب نمایید که از این پس و در ادامه بازی، نام جدید به جای شماره او خوانده خواهد شد. سعی کنید در نامگذاری سایر بچه ها را

مشارکت دهید و همواره نام‌هایی را انتخاب نمایید که پس از بازی باعث تمسخر سایر بچه‌ها شود. چنانچه بچه‌ای که قبلاً باخته، دوباره ببازد، این بار نامی به نام قبلی او اضافه می‌گردد. این بازی تا زمانی که شما احساس خستگی و یا ناتوانی در بچه‌ها ننموده اید، ادامه می‌یابد. توصیه می‌گردد به دلیل ضرورت دقت در نامگذاری بچه‌ها، همواره خودتان مسئولیت اجرا و یا به عبارتی فرماندهی این بازی را بر عهده داشته باشید.

بازی "سلام، من کی هستم؟"

این بازی را زمانی می‌توان اجرا نمود که بچه‌ها با یکدیگر آشنا شده و نام همدیگر را بدانند. در این بازی، چشم بچه‌ها بسته شده و سپس آنها را در یک دایره روی زمین می‌نشانیم. پس از شروع بازی، شما دور آنها گردیده و دست خود را به آرامی روی شانه یکی از آنها می‌گذارید. فرد مذکور باید در این زمان، با صدای بلند بگوید "سلام" و بهتر است که صدای خود را نیز تغییر دهد. سپس بچه‌هایی که گمان می‌نمایند، صاحب صدا را شناخته‌اند، دست خود را بلند می‌کنند. شما یک به یک از آنها می‌خواهید با همان چشمان بسته نام صاحب صدا را بگویند. هر زمان که صاحب صدا شناخته شد، فرد صاحب صدا به جای شما قرار گرفته و بازی ادامه می‌یابد.

بازی "اگر می‌تونی منو بزن"

بچه‌ها به دو گروه مساوی تقسیم می‌شوند. یک گروه دایره‌ای بزرگ را تشکیل می‌دهند و گروه دیگر درون دایره قرار می‌گیرند. بازیکنانی که دایره را تشکیل داده‌اند سعی می‌کنند با یک توپ سبک و نرم به بازیکنان درون دایره بزنند اما در این کار از هدف گیری سر و صورت بازیکنان و یا تند پرتاب کردن توپ، منع می‌گردند. هر بازیکنی که توپ به او برخورد می‌کند، از بازی خارج و به بیرون از دایره می‌رود. این بازی تا زمانی که همه بازیکنان ببازند، ادامه می‌یابد و پس از آن با جابجایی دو گروه بازیکن، بازی ادامه می‌یابد.

بازی "یا من می گیرم یا تو بزنی"

مانند بازی "اگر می تونی منو بزنی" بچه ها را به دو گروه مساوی تقسیم می شوند. دو گروه در دو طرف یک میدان قرار می گیرند و سعی می کنند توپ را به یکدیگر بزنند. توپ به هر بازیکنی اصابت کرد، آن بازیکن از بازی اخراج می گردد و چنانچه هر یک از بازیکنان توپ را در هوا بگیرند، پرتاب کننده از بازی اخراج می شود و این بازی تا باقیماندن نفر آخر از یک گروه، ادامه می یابد.

بازی "دوست من، توپ را بگیر"

بچه ها در یک دایره که قطر آن مناسب پرتاب توپ باشد، می نشینند. توپ را یک به یک برای تمامی آنها پرتاب کرده و هریک پس از دریافت توپ نام خود را به زبان آورده و مجدداً توپ را به شما بر می گرداند. اسامی تکراری را با اضافه نمودن یک عدد، قابل تفکیک نماید. پس از اتمام معرفی بازیکنان، مجدداً توپ را برای هر بازیکنی که نامش را می خوانید، پرت می کنید و او باید توپ را بلافاصله بگیرد. هر بار بچه ها با خواندن نام خود، می خواهند که پرتاب کننده، توپ را برای آنها پرت نماید. چنانچه کسی که توپ برایش پرت می شود، نتواند آن را بگیرد، مجدداً توپ به پرتاب کننده بازگردانده می شود و اگر آنرا بگیرد، خود باید با خواندن نام یک بازیکن، توپ را برای او بفرستد. بازی تا زمانی که شما احساس خستگی و یا ناتوانی در بچه ها نموده اید، ادامه خواهد یافت.

بازی "توپ مال من"

دو گروه مساوی از بچه ها تشکیل می گردند. به هر دو نفر از دو گروه، یک شماره تعلق می گیرد و از آنها خواسته می شود تا شماره خود را حفظ نمایند. توپی در داخل یک دایره نسبتاً بزرگ در وسط بازیکنان قرار می گیرد. هر دو مربی بازی، هر بار با بیان یکی از شماره های بازیکنان (به صورت ساده و یا با ذکر یک معمای ساده مانند $2+3$) هر دو بازیکن هم شماره به طرف توپ هجوم می برند. هر یک از بازیکنان که نتوانست توپ را به دست بیاورد از بازی اخراج خواهد شد.

بازی " بولینگ "

می توان با وسایل ساده ای مانند قوطی های خالی کمپوت و ظروف یکبار مصرف آب معدنی و امثال اینها و با استفاده از یک توپ، در یک زمین نسبتاً مسطح، یک بازی بولینگ راه انداخت و بچه ها را به شرکت در این بازی ترغیب نمود. وسایل مذکور را روی زمین و با فواصل مناسب در دو یا سه ردیف قرار داده تا از فاصله مناسب (مناسب با اندازه توپ و توان بازیکنان) بازیکنان با توپ آنها را بزنند. می توان برای زدن هر نوع شیء (با توجه به میزان سختی زدن آن)، امتیاز خاصی قائل بود.

بازی "دارت تویی"

دایره های متحدالمرکزی در یک زمین مسطح رسم کنید و از بازیکنان بخواهید از فاصله ای معین، توپ را به درون دایره ها بیاندازند. بدیهی است هر چه دایره هدف کوچکتر باشد، امتیاز آن بیشتر خواهد بود. در این بازی باید از تویی استفاده نمود که کم باد بوده و خاصیت واکنشی کمتری داشته باشد.

بازی "گلف تویی"

در این بازی کارتن، جعبه و یا ظرفی مانند حلب روغن را که اندازه ای متناسب با توپ بازی داشته باشد، انتخاب و در محلی نسبتاً دور دست و به پهلو روی زمین قرار می دهید به نحوی که در آن به عنوان دروازه و یا جایگزین سوراخ در بازی گلف شود. سپس از رقیبان بازی خواسته می شود، از نقطه ای معین و با پا، توپ را در زدن های پی در پی، وارد دروازه نمایند. هر بازیکنی که با تعداد کمتری زدن توپ، توانست با گذشتن از فراز و نشیب های زمین بازی، گذشته و آن را وارد دروازه کند، برنده می باشد.

بازی "آفرین توپ"

در شروع این بازی، هر بازیکنی توپ را به هوا پرت کرده و قبل از بازگشتن توپ به زمین و گرفتن آن، یک بار دستان خود را به هم می زند (کف می زند)، این کار را ادامه

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۴۵

می دهد و هر بار، به کف زدن خود اضافه می نماید تا زمانی که نتواند توپ را بگیرد و یا تعداد کف زدن او از دفعه قبل کمتر شود که در این صورت او باخته است و برنده بازی کسی است که تعداد پرتاب توپ او که بیانگر تعداد کف زدن او نیز است، بیشتر باشد.

بازی "بچه ها مواظب باشید"

مربی در این بازی، تمام بچه ها را در یک صف قرار می دهد. پس از آن با ذکر یک ویژگی از آنها مثلاً "کسانی که لباس آبی به تن دارند" یا "کسانی که کلاس دوم هستند" به آنها اعلام می کند تا بگریزند. مربی (یا کسی که او تعیین می کند) سعی می کند آنها را بگیرد. هر یک را موفق به گرفتن شود، از بازی خارج می گردد و بازی همچنان ادامه می یابد تا نفر آخر که برنده بازی می باشد، تعیین و مشخص گردد.

بازی "بدو تو خونه"

بچه ها با تشکیل حلقه های سه نفره، خانه هایی را می سازند. در هر خانه، بازیکنی مستقر می شود. با اعلام شما، دو بازیکن که خارج از حلقه های تشکیل شده قرار دارند در پی یکدیگر می دونند. بازیکن فراری باید سعی نماید تا قبل از زده شدن توسط بازیکن دیگر، خود را به درون یکی از خانه ها بیفکند. اگر قبل از این کار، زده شود خود باید در پی بازیکن دیگر بدود و به محض ورود بازیکن فراری به منطقه امن یک حلقه، بازیکن درون حلقه فراری می شود و بازی تا جایی که خسته کننده نباشد، ادامه می یابد.

بازی "گنج مال ما"

چیزی را (که ممکن است ارزش مادی یا معنوی داشته باشد) در گوشه ای مخفی و با معماها و روش های معما گونه، ردپایی از آن در یک نقشه قرار می دهید. به هر دو یا سه نفر بازیکن یک نقشه گنج داده می شود و از آنها خواسته می شود با استفاده از هوش و فراست خود و در یک محدوده زمانی معین، گنج را بیابند. بازی وقتی تمام خواهد شد که یا گنج پیدا

شود و یا وقت به اتمام برسد. سعی کنید پیچیدگی معماها در سطح شرکت کنندگان در بازی باشد.

بازی "چی مثل چی؟"

برای این بازی که مشابه آن در مسابقات تلویزیونی نیز مشاهده گردیده، باید از مجموعه‌ای کارت بازی (یا مثلاً کارت‌های منظره) که هر دو عدد از آن دارای یک شکل باشند، استفاده نمود. تعداد کارت‌ها بستگی به سطح و سن بازیکنان دارد اما بهرحال نباید زیاد باشد کارت را روی زمین در یک ردیف چیده می‌شود. پس از آن یک به یک آنها را به بازیکن یا بازیکنان نشان داده می‌شود و سپس از آنها خواسته می‌شود که هر دو کارتی که به یکدیگر شباهت دارند، انتخاب نمایند. در صورت انتخاب صحیح، کارت به عنوان امتیاز به بازیکن تعلق می‌گیرد و در غیر اینصورت، کارت‌ها به جای خود بازگردانیده و بازی ادامه می‌یابد. برنده مسابقه کسی خواهد بود که در پایان بیشترین کارت را داشته باشد. این بازی را می‌توان همزمان به صورت فردی یا گروهی انجام داد.

بازی "چی، چی شده؟"

از بازیکنان خواسته می‌شود که دقیقاً به محیط اطراف و مکانی که در آن قرار دارند، نگاه کنند. پس از آن آنها از محل خارج یا چشمان خود را می‌بندند. سپس بعضی از اشیاء موجود را برداشته و یا جابجا می‌نماید. پس از آن بازیکنان باید تغییرات انجام شده (کم شدن یا تغییر مکان اشیاء) را اعلام کنند. برنده بازی کسی است که متوجه بیشترین تغییرات بشود.

بازی "کمی قصه بگو"

در این بازی یک یا چند تصویر در اختیار بازیکنان قرار می‌گیرد و از آنها خواسته می‌شود که قصه‌ای را در رابطه با آنها طراحی و بیان نمایند. پس از بیان قصه‌ها، کل بازیکنان به آنها نمره داده و برنده بازی کسی است که بیشترین نمره را بیاورد.

بازی "بیست سئوالی"

بسیاری از بچه‌ها با این بازی آشنایی دارند. در این بازی مربی، چیزی را در ذهن خود انتخاب می‌کند. بازیکن یا بازیکنان با طرح سئوالاتی دو گزینه‌ای (بلی یا خیر) سعی می‌نمایند، آنچه را مربی تصور کرده است، بیابند. حداکثر سئوالاتی که هر فرد می‌تواند انجام دهد، ۲۰ سوال می‌باشد. چنانچه این بازی با چند بازیکن انجام بگیرد ممکن است جذاب تر گردد و اگر مربی بتواند برای هر نفر (حداکثر ۵ نفر) یک چیز تصور کند، بازی مشکل تر و جذاب تر خواهد گردید. این بازی می‌تواند به این صورت باشد که مربی خود را به جای یکی از شخصیت‌های تاریخی، علمی و یا هنری قرار داده و از بازیکنان بخواهد با طرح سئوالات خود، او را بشناسند. این نوع بازی می‌تواند با سئوالات چند گزینه‌ای و یا سئوالاتی با پاسخ تشریحی انجام گیرد.

بازی "بیا با هم قصه بگیریم"

بازیکنان به صورت مدور بر روی زمین می‌نشینند. در ابتدای این بازی، مربی از بچه‌ها می‌خواهد نوع داستان را تعیین کنند. پس از آن مربی داستان را با ذکر یک جمله شروع می‌کند (مثلاً یکی بود، یکی نبود). سپس، هر یک از بازیکنان به ترتیب جمله‌ای به این داستان می‌افزایند اما باید همگی جملات قبلی را در ذهن داشته باشند تا تناقضی در داستان به وجود نیاید. هر یک از بازیکنان که جمله یا مطلب متناقضی را بیان کنند و یا نتوانند جمله‌ای را در نوبت خود اضافه نمایند، از بازی خارج خواهند شد. بازی تا اتمام منطقی قصه (بنا به تشخیص مربی) و یا باقیماندن یک نفر (برنده)، ادامه خواهد یافت.

بازی "چیستان"

این بازی را نیز اکثر بچه‌ها با آن آشنایی دارند. در این بازی مربی، چیزی را به صورت معماگونه توصیف می‌کند و بازیکنان باید نام آن چیز را بیان کنند. مثلاً گفته می‌شود: عجایب صنعتی دیدم درین دشت / که بیجان در پی جاندار می‌گشت " و بچه‌ها به پاسخ آن که "تفنگ" می‌باشد، اشاره نمایند.

بازی "چند تا فیل"

در این بازی یا بازی های مشابه آن، مربی سعی می کند با بازی با کلمات معماهایی بسازد که بیش از آنکه یک معمای فکری باشد، یک لطیفه مضحک است که بیشتر به درد انبساط خاطر می خورد. مثلاً پرسیده می شود "اگر یک فیل بالای درخت برود، چه اتفاقی خواهد افتاد؟". پاسخ های متفاوتی می توان به این سؤال داد، مثلاً "یک فیل از فیل های روی زمین کم می شود"، "یک فیل به فیل های روی زمین اضافه می شود"، "مادر فیله می آید و او را دعوا می کند"، "می افتد و دستش می شکند" و... غیره که هر کدام توسط بازیکنان گفته شود، مربی به پاسخی دیگر اشاره خواهد کرد و حتی اگر دوباره همان سؤال مطرح گردد، مربی همان پاسخ قبلی را نمی گوید.

بازی "بخاطر بیاور"

مربی تصاویری را از ساده به مشکل بر روی کاغذ می کشد و پس از آنکه هر یک را به مدت دو تا سه ثانیه به بازیکن نشان داد، از او می خواهد تا آنچه را از تصویر دیده شد در ذهن دارد، بکشد. این بازی را می توان چند نفره نیز انجام داد.

بازی "از ملاقات شما خانم یا آقا، خوشوقتم"

بازیکنان به صورت مدور می نشینند. مربی نام افراد مشهور تاریخی، هنری و علمی را بر روی کاغذهای متفاوت نوشته و به دست بازیکنان می دهد. هر بازیکنی پس از خواندن نام نوشته شده بر روی کاغذ در اختیار خود، با اجازه مربی، سعی می کند با اطلاعاتی که از آن شخصیت دارد که می تواند مختصری از آن روی کاغذهای مربوطه نوشته شده باشد، او را در مدت زمان مشخص و محدودی برای بازیکن سمت راست خود توصیف نماید. مثلاً چنانچه نام شخصیت "سعدی" باشد، بازیکن می تواند او را برای بازیکن سمت راست خود چنین توصیف نماید. "از ملاقات شما شاعر ارجمند شیرازی خوشوقتم. می گویند شما سفر را خیلی دوست داشتید. کتاب های شما بوی گل و سوسن می دهند و غیره. در انتهای بازی، دو بازیکنی برنده هستند (توصیف گر و پاسخگو) که در کوتاه ترین مدت، پاسخ را بیابند و اعلام کنند.

بازی "هوپ، هوپ"

بازیکنان به صورت دایره وار می نشینند. با اعلام شما، بازیکنان شروع به شمارش اعداد از یک می کنند اما در فواصل ۱-۲ - هوپ، ۳-۴ - هوپ، ۵-۶ - هوپ، ۷-۸ - هوپ مشخص تعیین شده مثلاً سه تایی یا چهار تایی به جای عدد مورد نظر، کلمه "هوپ" گفته می شود. هر بازیکنی که از این قاعده پیروی نکرده و اشتباه کند، از بازی اخراج خواهد شد.

بازی "گمشده را پیدا کن"

این بازی بیشتر برای بچه های کوچکتر مورد استفاده دارد. در این بازی تصویری ناقص با یک قطعه گمشده به کودک نشان داده می شود و از او خواسته می شود تا قطعه گمشده را مشخص نماید. چنانچه موفق گردد، برنده بازی است.

خنده درمانی

خندیدن به ویژه خنده عمیق داروی شفابخشی است که علاوه بر حل بخشی از مشکلات روانی مانند افسردگی در کوتاه مدت، در درازمدت باعث شادابی و نشاط فرد می گردد. خنده بدن را آرام می کند و باعث کاهش فشار خون و استرس می گردد و احساس سلامتی را افزایش می دهد. پس از حوادث برای استفاده از این روش درمانی، سعی کنید کمتر لطیفه ذهنی تعریف نمایید و آسیب دیدگان را با رعایت جو موجود، بیشتر به نکات ظریف، خنده دار و مضحک اطراف خود متوجه نمایید. آواز گروهی و حرکات موزون نیز تأثیری مشابه خنده بر جسم و روح افراد برجای خواهد گذاشت.

نقاشی درمانی و هنردرمانی

هنر نوازشگر و نمایشگر درون است. هنر می تواند آرامش بخش بوده و یا توسط آن شرایط تخلیه روانی افراد آسیب دیده را فراهم نمود. نمایش درمانی، موسیقی درمانی و نقاشی درمانی از جمله انواع هنر درمانی هستند.

کتاب خواندن و مطلب نوشتن

در بسیاری از مواقع افراد آسیب دیده توان بازگویی روانشناختی حادثه را ندارند و عملاً این عدم بازگویی باعث می گردد تا حادثه در عمق وجود آنها ریشه بدواند. در چنین مواردی مناسب است امدادگران حمایت روانی آنها را ترغیب نمایند تا اقدام به نگارش حادثه نمایند. این نوشتن می تواند با توجه به مراجع به شکل متن مستقیم در رابطه با حادثه و یا قصه نویسی باشد. می توان از بچه ها (و حتی در مواقعی از بزرگسالان) خواست تا در نامه ای به خداوند یا یک عزیز، سخن دل خود را بگویند. مطالعه کتاب نیز برای منحرف نمودن ذهن و بیرون راندن افکار مزاحم مفید است اما باید توجه داشت که تا مدت ها پس از حادثه نباید توقع انجام مطالعات عمیق و یا مثلاً مطالعات تحقیقاتی و فلسفی داشت. امدادگران حمایت روانی باید در ارائه کتاب به آسیب دیدگان دقت نموده و ملاک انتخاب کتاب توسط آنها فقط داشتن موضوع یا نویسنده خوب نباشد.

منابع

- آستولند، روند (۲۰۰۴). آموزش روان شناختی معلمان در زمینه بلایای طبیعی. یونیسف: آموزش و پرورش کرمان، شهرستان بم.
- آنچی، کتی، نیگارد، سوفیا کاب و همکاران (۱۳۸۴). خدمات روانی اجتماعی در بلایا (خدمات مبتنی بر اجتماع). ترجمه بهمن صدیق و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- اسمیت، پاتریک، دیگروف، آتل، یول، ویلیام (بی تا). کودکان و بلایا- آموزش تکنیک‌های بهبود. مرکز روانشناسی لندن در انگلیس، مرکز روانشناسی بحران برگن در نروژ.
- افتخار اردبیلی، مهرداد، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۲۱-۱۱.
- امیریان، مختار (۱۳۸۹). رابطه بین آسیب‌دیدگی روانی و خودکارآمدپنداری در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان زلزله‌زده بم. دوره ۲، شماره ۳، انوری، سیامند (۱۳۸۸). شیوع افسردگی و ارتباط آن با برخی شاخص‌های دموگرافیک در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بم پس از زلزله سال ۱۳۸۲. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۷-۱.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). تغییر ساختار انستیتو روانپزشکی ایران/ ایجاد روانپزشکی جامعه‌نگر برای اولین بار. خبرگزاری مهر.
- بوالهری، جعفر، احمد خانیها، حمیدرضا، حاجبی، احمد، باقری یزدی، سید عباس، ناصربخت، مرتضی، کریمی کیسمی، عیسی، طهماسبی، سیامک (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان کشور در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۸-۲۷۱.
- بوالهری، جعفر، چیمه، نرگس (۱۳۸۵). نیازهای بهداشت روانی در زلزله. انستیتو روانپزشکی تهران.
- بوالهری، جعفر، چیمه، نرگس (۱۳۸۶). ارزیابی فعالیت‌های بهداشت روانی مداخله در بحران زلزله بم: یک پژوهش کیفی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵، ویژه نامه اول، ۱۳-۷.
- بوالهری، جعفر، دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). مشکلات بهداشت روانی زنان و کودکان پناهنده و آواره. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی کودکان و زنان پناهنده جهان. تهران: ۴ اسفند ماه.

- بیان زاده، سید اکبر، اسلامی، یدالله، سام آرام، عزت الله، فروزان، ستاره؛ اقلیما، مصطفی (۱۳۸۳). وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم. فصلنامه رفاه اجتماعی. سال سوم. شماره ۱۳، ۱۳۱-۱۱۳.
- پارسی زاده، فرخ، استوار ایزدخواه، یاسمین، حشمتی، یدار (۱۳۸۲). لزوم آموزش آمادگی در برابر زلزله در مهدهای کودک کشور. چهارمین کنفرانس بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله. ۲۵-۲۲ اردیبهشت ماه. پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله، تهران.
- پازوکی، عبدالرضا (۱۳۸۲). برنامه ریزی پزشکی مقابله با حوادث غیر مترقبه، مجموعه سخنرانیهای جامع اولین کنگره سراسری بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه. جوادى، سیدمحمدحسین (۱۳۹۲). پرتابل تخصصی مددکاری اجتماعی ایران. خانکه، حمیدرضا، امانت، نصیر، حسینی، محمدعلی، محمدی، فرحناز، صادقی، علی اکبر، عقیقی، علی (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مقابله با زلزله به دانش آموزان پسر دبیرستانی بر میزان آمادگی خانوارها در شهر اشتهارد در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹. امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۳، ۳۹-۲۷.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). رویکرد نوروپسیکولوژیک جامعه نگر. مقاله ارائه شده در ششمین سمپوزیوم نوروپسیکولوژی ایران، تهران ۲۱-۱۹ آذر ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۵). ارزیابی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به کودکان از طریق فرهنگسراها و مراکز فرهنگی منتخب شهر تهران. مقاله ارائه شده در اولین همایش سراسری کودک سالم، تهران، جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی ایران و پژوهشکده رویان، ۵-۴ اسفند ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی در بهبود روابط بین فردی (یکی از حیطه های هوش هیجانی) دختران محروم از زندگی در خانواده. مقاله ارائه شده در کنگره ملی سلامت خانواده جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۲۴-۲۳ دی ماه و اولین کنگره نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، تهران، دانشگاه الزهراء، ۲۵-۲۳ اردیبهشت ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۸). بررسی هم ابتدایی در اختلال های دوره شیر خوارگی، کودکی یا نوجوانی. مقاله ارائه شده در کنگره ملی سلامت خانواده جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۵۳

- بهداشتی درمانی ایران ، تهران، ۲۴-۲۳ دی ماه.
- دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمرادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۸۱). بررسی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی کودکان و نوجوانان، تهران.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیبه، بهرامی، فاضل، صادقی، لیلا، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). اندیشه روان درمانی انسان گرایانه با آموزه های ادبی و عرفانی. تهران، انتشارات میرماه
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۹). بررسی رضایتمندی بیماران سرپایی یک مرکز دولتی از خدمات مشاوره ای / درمانی خود، فصلنامه سلامت روان.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، بیرشک، بهروز، سلطانی، خدیجه (۱۳۸۹). داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی نوجوانان: عوارض جانبی و تداخلات دارویی مقاله ارائه شده در اولین کنگره تداخلات دارویی در بیماری های اعصاب و روان جانبازان، تهران مرکز تحقیقات بیمارستان خاتم النبیا. ۱۱-۱۲ اسفند ماه.
- دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، عبادی زارع، سعید (۱۳۹۴). حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه بزرگسالان). تهران: انتشارات میرماه.

- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، قصابی پور ابرقویی، فرزاد، شیروین زاده، مرضیه (۱۳۹۴). حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه امدادگران). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۳). برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی. تهران: انتشارات میرماه.
- دانش کهن، عباس (۱۳۸۲). نقشها و مسئولیتهای بهداشت عمومی در آمادگی و واکنش در برابر بلایا. کنگره سراسری بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه.
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (۱۳۷۷). شیوه های مناسب ارائه خدمات بهداشتی- روانی به آسیب دیدگان بلایای طبیعی.
- دژکام، محمود (۱۳۷۰). اختلال استرس پس از سانحه در زلزله زدگان شمال کشور. سمینار استرس، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- دفتر منطقه ای یونیسف خاورمیانه و آفریقای شمالی (۱۹۹۵). کمک رسانی به کودکان آسیب دیده خردسال. عمان، اردن.
- دیرگروف، آتل (بی تا). کتابچه راهنمای مدیریت بحران. دفتر منطقه ای یونیسف خاورمیانه و شمال افریقا- رونه استوولند، مرکز روانشناسی بحران نروژ.
- دیرگروف، آتل (۱۳۷۶). سوگ کودکان. مترجمان محمد دهگان پور و حسین حاجی محمدلو. تهران: انتشارات پوینده.
- دیرگروف، آتل (۲۰۰۴). رویارویی با موقعیت های دشوار. نروژ، مرکز روان شناسی بحران، یونیسف: آموزش و پرورش کرمان، شهرستان بم.
- راستی کوشک قاضی، سیاوش (۱۳۸۶). حمایت های روانی و اجتماعی در حوادث غیر مترقبه. مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین المللی مدیریت جامع بحران در حوادث غیر مترقبه طبیعی. قابل دسترس در <http://stipulate.blogfa.com>
- راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.
- رحیمیان بوگر، اسحاق، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.
- رفیعی فیاض بخش، ربابه (۱۳۷۹). موضوعات مورد بررسی در همایش "زنان و کودکان آواره درجهان". مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی زنان و کودکان آواره جهان. تهران، ۴

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۵۵

اسفند ماه.

رمضانی فرانی، عباس، عمادی، سید کمال الدین، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۳۰-۲۷ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری. تهران: انتشارات میر ماه.

رهبر سوره، سعید، زینالپور فتاحی، یحیی (۱۳۸۸). مطالعه موردی زلزله ۶ آوریل ۲۰۰۹ ایتالیا. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۳، ۱۰۰-۹۴.

رهنورد، فرج الله، علمداری، شهرام، صادقی نیک پی، ناهید (۱۳۸۸). شناسایی عوامل مؤثر بر جذب و نگهداری گروه های مردمی داوطلب ارائه خدمات داوطلبانه در جمعیت هلال احمر. ۲، ۲، ۵۳-۳۹.

ساکی، اله کرم (۱۳۸۴). لزوم حمایت روانی از آسیب دیدگان زلزله و تشکیل تیم حمایت روانی از آسیب دیدگان در منطقه. نخستین همایش زلزله در درود - گذشته، حال، آینده.

سمیعی، محمد جواد، صالحی، اسماعیل، مثنوی، محمدرضا (۱۳۹۲). انواع روش های آموزش به نوجوانان در زمینه فرهنگ امداد و تعیین میزان اثربخشی آنها (مطالعه موردی: مدارس راهنمایی مشهد). فصلنامه نوآوری های آموزشی، شماره ۴۷، سال دوازدهم، ۸۱-۶۷.

سهیمی ایزدیان، الهه، رحیمی موقر، آفرین، رادگودرزی، رضا، محمدی، محمدرضا، حسینی، مهدی (۱۳۸۳). علائم محرومیت در دو هفته اول بعد از زلزله در معتادان بم. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۳، ۱۴۰-۱۱۵.

شبکه اجتماعی تبیان (۱۳۹۲). حمایت های روانی. net.tebyan.net/index.aspx?pid=156640&c...2/...

شریفی، ونداد (۱۳۹۰). مروری بر برنامه های آموزش روانپزشکی جامعه نگر برای دستیاران روانپزشکی در کشورهای مختلف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، ۱۰۵-۹۹.

صادقی، نغمه (۱۳۸۶). بررسی نیازهای بهداشتی درمانی در جمعیت آسیب دیده از زلزله. پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه ای در روانشناسی

- بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.
عربگل فریا (۱۳۸۳). سوگ در کودکان و نگرشهای رایج پیرامون آن. خبر نامه انجمن روانپزشکی
کودک و نوجوان، شماره ۲ و ۳. صفحه ۱۸-۱۳.
- علمی زاده، هیوا، هدائی، علی اصغر (۱۳۸۸). مدیریت بحران در ارتباط با خطر گسلش و زمین لرزه
(مطالعه موردی دشت سیلاخور). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.
- علیزادگان، شهرزاد، امیر اسماعیلی، معصومه، حاجبی، احمد، وارث وزیریان، مهدیه، صابری
زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۱). حمایت های روانی- اجتماعی پس از حوادث غیر مترقبه راهنمای
مدیران اجرایی. اصفهان: پارس ایلیا.
- علیزادگان، شهرزاد، یاسمی، محمد تقی، امین اسماعیلی، معصومه، محمودی قرائی، جواد، محسنی فر،
ستاره، سردارپور گودرزی، شاهرخ، بینا، مهدی، میراب زاده، آرش، شمس، جمال (۱۳۸۸).
حمایت های روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیر مترقبه. کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت
روان (روانپزشکان و روانشناسان بالینی). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت
سلامت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و مدارس، اداره سلامت روان.
- قهرای، شهربانو (۱۳۸۷). کودکان و بلایا راه کارهایی برای مقابله. تهران: نشر قطره.
کولیوند، پیر حسین، طیبیه، محبوبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران:
انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). ارتقای بهره وری در بیمارستان ها. تهران: انتشارات میر
ماه.
- کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). باز توانی قلبی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی. تهران: انتشارات میر ماه.
کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی، پرویزی، شهرام (۱۳۹۲). مدیریت بهداشت در بیمارستان. تهران:
انتشارات میر ماه.
- کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی، مختاری، ریحانه، خاکپور، مریم (۱۳۹۲). مدیریت کارآفرینی و
نقش آن در حوزه سلامت. تهران: انتشارات میرماه.
- گیل، الیانا (۱۳۹۲). کمک به کودکان آزار دیده و آسیب دیده تلفیق رویکردهای مستقیم و غیر
مستقیم. ترجمه مهرزاد فراحتی. تهران انتشارات ارجمند.
- لوکی، ص (۱۳۷۳). بررسی وضعیت اختلالات رفتاری، احتلال استرس پس از سانحه در کودکان و
نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۱۶- ۹ سال مناطق زلزله زده پس از ۳ سال در مقایسه با

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان) / ۵۷

- مناطق غیر زلزله زده (پایان نامه)، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین المللی مدیریت جامع بحران در حوادث غیر مترقبه طبیعی. محمودی قرائی، جواد (۱۳۸۶). سوء استفاده جنسی از کودکان: روش های پیشگیری از کودک آزاری جنسی و نحوه مواجهه با آن. تهران: نشر قطره.
- مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۱۳۹۲). آموزش حمایت های روانی اجتماعی در بلایا، بحران و حوادث غیر مترقبه
- معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). گزارش نهایی بررسی چگونگی ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، حمایتی و اطلاع رسانی در منطقه زلزله زده بم.
- منصوری، سعید، افچنگی، محسن (۱۳۸۸). کمک و یاری رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی، مسئولیت افراد، چالش های موجود). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۱۰۶-۸۱
- موسوی، قاسم، مکارم، اصغر، خانکه، حمیدرضا، کریملو، مسعود (۱۳۸۸). بررسی آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیر مترقبه در سال ۱۳۸۸. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.
- میرزایی، جعفر، رادفر، شکوفه (۱۳۸۳). و کنش کودکان به بلایا. مقاله ارائه شده به دومین کنگره بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان. پژوهشکده علوم شناختی، ۱۵.
- میرزایی، جعفر، غلامرضا، کرمی (۱۳۸۶). راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه PTSD راهنمای کاربردی برای متخصصین بهداشت روانی. انتشارات: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- نجاریان، براتی سده، فرید (۱۳۷۹). پیامدهای روانپزشکی بلایا. تهران: انتشارت مسیر.
- نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳). بررسی نیازهای بهداشت روان بازماندگان زلزله بم. خلاصه مقالات همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، ۵-۲ آذرماه.
- نوعی، زهرا، شریفی، نداد، ابوالحسنی، فرید، امین اسماعیلی، معصومه، موسوی نیا، سید جعفر (۱۳۹۲). راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران: تجربه ی مراقبت مشارکتی.
- اصول بهداشت روانی، سال پانزدهم، شماره ۱، پیاپی ۵۷، ۴۲۳-۴۱۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی در بلایای طبیعی. یاسمی، محمد تقی و همکاران (۱۳۷۶-۷۷). گزارش پژوهش. شیوه های مناسب ارائه خدمات بهداشت

روانی به آسیب دیدگان زلزله ی طبیعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.
یاسمی، محمد تقی و همکاران (۷۹-۱۳۷۸). بهداشت روانی در جریان زلزله ی طبیعی - کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات زلزله ی طبیعی.

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). Facts for families: Helping children after a disaster [Fact Sheet No. 36]. Washington, DC: Author. <http://www.aacap.org/web/aacap/facts/factsFam/disaster.htm>
- Amine Esmaeeli, M. (2005). The role of information dissemination in post disaster period. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.
- Amy, M., Vinette Langford, R. N., Roger J, L. (2007). Assessing hospital disaster preparedness: Comparison of an on-site survey, directly observed drill performance, and video analysis of teamwork; *Annals of Emergency Medicine*, 7, 2, 123-154.
- Becker, S. M. (2007). Psychosocial care for adult and child survivors of the tsunami disaster in India. *Journal Child Adolescens Psychiatry Nursing*, 20, 3, 148-155.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child & adolescent clinical psychology*. Routledge, London.
- Choudhury, W. A., Quraishi, F. A., Haque, Z. (2006). Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Bangladesh. *International Review Psychiatry*, 18, 6, 529-535.
- Continuity based psychological support training Red Cross Red Crescent
- Dadfar, M., Bolhari, J., & Dadfar, F. (2012). Integration of prevention of child sexual abuse in Primary Health Care (PHC) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 4, Suppl. Pubmed
- DeWolfe, D., Helping children cope with a traumatic event. American Red Cross. Disaster Mental Health. [nebraska.edu/curriculum/Mod1-psychological support draft](http://nebraska.edu/curriculum/Mod1-psychological%20support%20draft).
- Du, Y. B., Lee, C. T., Christina, D., Belfer, M. L., Betancourt, T. S., O'Rourke, E. J., Palfrey, J. S. (2012). The living environment and children's fears following the Indonesian tsunami. *Disasters*, 36, 3, 495-513. Epub 2011 Nov 21.
- Dyregrov, A., & Perrin, S. (2004). *Children and disaster manual for psychosocial professional*. Center for crisis psychology, Oslo.
- Ehrenreich, J. H. & McQuaide S. (2001). *Coping with disasters. Guide book to psychosocial interventions* <http://www.trauma-pages.com>
- EMA (2001). *Australian emergency manual series, manual 4, Post- Disaster Survey & Assessment, First Edition*. Availabl at: WWW.Ema.gov.au
- Falk, K. (2005). *Preparing for disaster: A community-based approach*. 1st Edition, Philippine National Red Cross: Manila.
- Fredrick. C.G. (1981). *Aircraft accident: Emergency mental health problems*. NIMH. Rockville Ind, USA
- Fritze, J. G., Blashki, G. A., Burke, S., Wiseman, J. (2008). Hope, despair and transformation: Climate change and the promotion of mental health and wellbeing. *International Journal Mental Health System*, 17, 2, 1, 13. Epub 2008 Sep 17.
- Gibbs, M. S. & Montagnino, K. (in press) *Disasters: A psychological perspective*. In McEntire, David A. (ed.) *Disciplines, disasters and emergency management*:

- The convergence and divergence of concepts, issues and trends from the research literature. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Gordon, N. S., Farberow, N. L., & Maida, C.A. (1999). Children and disaster; Brunner/Mazel press.
- Gordon, N. S., Farberow, N. L., Maida, C.A. (1999). Children and disaster; Brunner/Mazel press.
- Gudarzi, M., & Sardarpour, SH.(2005). Research in disasters: To do or not to do. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.
- IFRC. (2005). Guidelines for emergency, assessment, International Federation Red Cross & Red Crescent society, preliminary Version.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Community-based psychological support.
- Kaplan, H., & Sadock, S. (2002). Human development through the life cycle, Synopsis of Psychiatry, 9th edition.
- Khodakarami, R., Ebrahimi Moghadam, H., Babaraeisi, M., Biniaz, S. M., Farshchi, M. (2014). Comparison of post-traumatic syndrome disorder (PTSD) in war-affected and fire-damaged people. International Journal of Psychology and Behavioral Research. Special issue, 1, 3, 644-647.
- Laditka, S.B., Laditka, J. N., Xirasagar, S., Cornman, C.B., Davis, C.B., Richter, J. V E. (2007). Protecting nursing home residents during emergencies or disasters: An exploratory study from South Carolina. Pre hospital and Disaster Medicine, 22, 1-5.
- Lewis, M. (1996). Child & adolescent psychiatry. Williams & Wilkins, USA.
- Malek Mohammadi, M. (2006). Public education and maneuver, In the Red Crescent of Shahrekord. Paper presented at 3rd International Congress of Health and Crisis Management in the Unexpected Events, Shahrekord, Iran.
- Nicolal, S., & Triplehorn, C. (2003). The Role of Education in protecting children in disaster . London: development institute.
- Paton, D. (1989). Disasters and helpers: Psychological dynamics and implications for counseling. Counseling Psychology Quarterly, 2, 3, 303 -321.
- Raphael, B. (1986). When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. New York: Basic Books.
- Reference Centre for Psychosocial Support (PS Centre) (2011). Strategic Operational Framework (SOF) Psychosocial Support 2011-2015 In alignment with the International Federation of the Red Cross and Red Crescent Strategy 2020 (IFRCs) 2020, September 2011, FINAL, 1-12.
- Roa, K. (2006). Psychosocial support in disaster-affected communities. International Review Psychiatry, 18, 6, 501-505.
- Robertson, I. (1986). Learned helplessness. Nursing Times, 17, 24, 28-30.
- Sadock, B., Sadock, B. (2007). Comprehensive textbook of psychiatry. Vol 2, Williams & Wilkins. USA.
- Seligman M. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Silove, D., Steel, Z. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. Journal Postgraduate Medicine, 52, 2, 121-125.

- Somasundaram, D. J., Van De Put, W. A. (2006). Management of trauma in special populations after a disaster. *Journal Clinical Psychiatry*, 67, Suppl 2, 64-73.
- Speier, A. H., Nordboe, D. (2000). Psychosocial issues for children and adolescents in disasters. 2th edition. DHHS Publication.
- Stephenson, R. S. (1994). Disaster, disaster assessment, management training programme, UNDP&DHA.
- Torres, A., & Oosterling, F. (1992). Helping the helpers. How Red Cross- Red Crescent youth leaders can better support volunteers, Institute Henry- Dunant, Geneva.
- UNDAC, (2006). Disaster Assessment, .chapter G, UNDAC.
- Unicef. (2005). Emergency Field Handbook- A Guide for Unicef Staff,
- USAID (1998). Field operations guide. For Disaster assessment and response, Version 3.0, BHR/OFDA.
- Weiwei, D. U., Gerard, J. F. G., Clark, M., et al. (2010). Health impacts of floods. *Pre hospital and Disaster Medicine*, 25, 3, 265-272.
- WHO, Handbook for emergency. Field peration. [WWW.WHO.INT/EHA /resource/disks](http://WWW.WHO.INT/EHA/resource/disks).
- WHO. (2004). Managing child abuse: A handbook for medical officer.
- World Health Organization. (1992). Psychosocial consensus of disasters, prevention and treatment. WHO Geneva.
- www.who.int (2006).
- Yasamy M. T. (2005). Evolution of mental health in disasters, lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.
- Yasamy M. T., Farajpour, M. et al. (2004). Report submitted to UNICEF, First seven months of psychosocial intervention in Bam.