

هفته‌ملی سلامت روان

ACCESS TO SERVICES-MENTAL HEALTH
IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES



معاونت بهداشت
دفتر آموزش
وارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد



دسترس‌ی به خدمات سلامت روان
در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛
یک اولویت همگانی



iec.behdasht.gov.ir



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شعار و روز شمار هفته ملی سلامت روان دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی

ACCESS TO SERVICES - MENTAL HEALTH IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES

۱۹ تا ۲۵ مهر ۱۴۰۴

روز شمار هفته

آمادگی سازمان یافته پیش از بحران، تاب‌آوری پایدار

۱۹ مهر: شنبه

همکاری بین بخشی، کلید مدیریت بحران

۲۰ مهر: یکشنبه

سواد سلامت روان و روایت رسانه در بحران

۲۱ مهر: دوشنبه

با کارشناس سلامت روان، از تجربه بحران تا افق التیام

۲۲ مهر: سه‌شنبه

دسترسی به خدمات سلامت روانی - اجتماعی جامعه نگر در بحران

۲۳ مهر: چهارشنبه

حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران

۲۴ مهر: پنجشنبه

خانواده، پناهگاه امن در بحران

۲۵ مهر: جمعه



معاونت بهداشت
دفتر آموزش
و ارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد

الحمد لله الرحمن الرحيم

جمع آوری و ویرایش:

دکتر محمد رضا شالبافان

(متخصص روانپزشکی، مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر شیما پیشگاهی

(متخصص روانپزشکی، کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر حمیدرضا فتحی

(دکترای حرفه ای و دکترای مطالعات اعتیاد، معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)

معصومه میرگلویات

(کارشناسی ارشد روانشناسی و mph آموزش بهداشت، رییس گروه بهداشت روان محیط و رسانه دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)

مرضیه شعبانی چپی

(کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، کارشناس دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت)

دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی

فهرست مطالب

۷	آمادگی سازمان یافته پیش از بحران تاب آوری پایدار
۱۹	همکاری بین‌بخشی کلید مدیریت بحران
۳۹	سواد سلامت روان و روایت رسانه در بحران
۵۷	با کارشناس سلامت روان، از تجربه بحران تا افق التیام
۷۱	دسترسی به خدمات سلامت روانی-اجتماعی جامعه نگر در بحران
۸۳	حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران
۹۵	خانواده، پناهگاه امن در بحران

به نام خدا

روز و هفته ملی سلامت روان امسال، با تاکید بر موضوع بسیار مهم و حیاتی سلامت روان در بحران‌ها و با شعار "دسترسی به خدمات سلامت در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی" فرارسیده است. موضوع و شعاری که ارتباطی تنگاتنگ با اولویت‌های امروز سلامت روان جامعه ایرانی دارد. از یک سو وقوع شرایط بحرانی در ماه‌های گذشته توجه ویژه به حمایت‌های روانی اجتماعی در این شرایط و پس از آن را برای همگان بیش از پیش نمایان کرده است و از دیگر سو افزایش دسترسی به خدمات با هدف ارتقای عدالت در سلامت، تکمیل روند ارجاع، توجه ویژه به مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، توسعه همکاری بین بخشی و توجه ویژه به گروه‌های در معرض خطر، در قالب الگوی سلامت روانی اجتماعی جامعه نگر (سراج) از اولویت اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مأموریت اصلی دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی به شمار می‌رود.

با نگاه به همین موارد و با مشارکت ارزشمند انجمن‌های علمی مرتبط از جمله انجمن‌های علمی روانپزشکان ایران و روانشناسی ایران، گروه سلامت روان فرهنگستان علوم پزشکی، صاحب‌نظران



این حوزه و پیشکسوتان سلامت روان کشور، روزشمار هفته آماده شد و توسط گروه‌های مختلف سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد محتوای علمی مورد نظر با زحمات فراوان تهیه شد. همکاران گرانقدر ما در دفتر آموزش و ارتقای سلامت نیز زحمات فراوان در تهیه کتابچه پیش‌رو و انتقال محتواهای تهیه شده به کارشناسان و جمعیت عمومی کشیدند. همچنین سایر نهادهایی مانند شهرداری تهران، صدا و سیما، بهزیستی و آموزش و پرورش نیز با نیک‌بینی به یاری ما برای برگزاری هرچه بیشتر هفته شتافتند. از همه عزیزانی که در انجام این مهم یاریگر ما بودند تشکر فراوان دارم و البته سپاس سرشار خود را از همکاران سخت‌کوشم در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نیز ابراز می‌دارم. تشکر ویژه من اما از شما فعالان، کارشناسان و تلاشگران حوزه سلامت روانی-اجتماعی است که همواره با همدلی و انسان دوستی در کنار مردم عزیز ایران دوست داشتنی بودید و بارها در تمام دشواری‌ها، این پیام را به جامعه مخابره کردید که در کنار تک تک مردم هستید در رنج‌ها و آسیب‌ها حتی روزی که خود نیز در بحران باشید.

دکتر محمدرضا شالبافان
مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
مهرماه ۱۴۰۴ خورشیدی



آحادکی سازمان یافته پیش از بحران تاب آوری پایدار



دکتر محمد رضا غفارزاده رزاقی

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، مدیر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی)



آمادگی سازمان یافته پیش از بحران تاب آوری پایدار

در دنیای امروز که سازمان ها و جوامع با انواع بحران از جمله بحران های طبیعی، بحران های اقتصادی، بحران های فناوری و سایر تهدیدات مواجه هستند، تاب آوری به عنوان توانایی مقابله و بازیابی پس از بحران اهمیت ویژه ای یافته است. یکی از مهم ترین پیش نیازهای تحقق تاب آوری پایدار، آمادگی سازمان یافته پیش از بحران است که با فراهم آوردن زیر ساخت ها، منابع و برنامه های در دسترس، امکان پاسخگویی سریع و موثر به بحران را فراهم می کند.

بحران یک واقعیت اجتناب ناپذیر در زندگی فردی و اجتماعی می باشد که خود میزبان تهدیدها و فرصت هایی با شدت، انواع و گستره های متنوعی است.

معمولاً در زمان بحران، نظام های اجتماعی و سیاسی هر کشور تحت تأثیر قرار گرفته و مدیران، مسئولین و افراد جامعه را در شرایط دشوار و پرمخاطره ای قرار می دهد. به همین منظور به نظر می رسد شناخت بحران و شرایطی که در اثر آن به وجود می آید در مدیریت بحران و سازمان دهی پیش از بحران از اهمیت بالایی برخوردار است.

بحران یک شرایط ویژه و حادثه ای است که می تواند بدون اطلاع قبلی و بر اثر وقایع طبیعی و یا عملکرد انسانی به وجود آمده و خسارت شدیدی را به جامعه، خانواده ها و افراد وارد نموده که مداخله و مقابله در این شرایط نیاز به اقدامات خاص، ویژه و همه جانبه در سطوح مختلف دارد.

با توجه به مطالبی که در بالا اشاره شده، با در نظر گرفتن اسناد بالادستی (برنامه ملی بازتوانی روانی، اجتماعی) و پژوهش های متعدد بین المللی و کشوری، مرحله پیش از بحران یکی از مهم ترین مراحل در اقدامات اجرایی و فنی می باشد که با تعیین مسئول کشوری، استانی و منطقه ای، تشکیل کمیته های علمی مشورتی، تامین و تدارک لازم به منظور تأمین حمایت های روانی، اجتماعی در حوادث غیر مترقبه، هماهنگی های اجرایی جهت اعزام سریع تیم های تخصصی به مناطق حادثه دیده، حمایت یابی برای تامین بودجه و نیروی انسانی ضروری، آموزش های عمومی، آموزش های تخصصی برای گروه های مختلف، شرایط و مقتضیات برنامه، تامین و برنامه ریزی های لازم انجام می گردد. در جمع بندی برای تعریف بحران، بحران رویداد یا موقعیتی است که در آن امکانات و منابع معمولی فرد برای تحمل و سازگاری با شرایط کافی نیست و موجب بروز واکنش های عاطفی و رفتاری مختلف می شود. به عبارتی دیگر، بحران واکنش طبیعی به یک حادثه غیر طبیعی می باشد.

مدیریت بحران یک فرایند چهارگانه است که شامل مراحل پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی می باشد که هر کدام در زمان خود فرایند و برنامه های مرتبط را داشته و از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.



در مرحله پیشگیری تلاش می شود با اقداماتی مانند اتخاذ تدابیر قانونی و عملیاتی جلوی وقوع اتفاق یا بحران گرفته شده و آمادگی های لازم تامین می گردد تا با این اقدامات به صورت مستقیم از وقوع مخاطرات، پیشگیری نموده و در صورت وقوع، اثرات و مخاطرات منفی در ابعاد مختلف آن را به حداقل رسانده و مدیریت مطلوب صورت گیرد.

در فاز پیش از بحران ، تمرکز برنامه ها بر پیشگیری بوده که معمولاً بر سه فعالیت تأکید دارد:

۱- شناسایی و ارزیابی مخاطرات: در این وضعیت تلاش برای شناسایی و ارزیابی دقیق مخاطرات احتمالی انجام می گردد.

۲- برنامه ریزی و تدوین برنامه و طرح های متنوع پیشگیری: در این قست معمولاً تدوین و اجرای طرح های آموزش عمومی، مقاوم سازی سازه ها و ایجاد سیستم های هشدار اولیه از مشخصه اصلی فعالیت های این مورد می باشد.

۳- کاهش آسیب پذیری و افزایش تاب آوری: شناسایی نقاط آسیب پذیر و مقاوم سازی آن ها برای کاهش احتمال بروز خسارات و تلفات، آموزش های عمومی و تخصصی، تامین تیم ها و زیر ساخت های فنی، اجرایی و اداری را می توان از فعالیت های شاخص در این عنوان مطرح نمود.

آمادگی سازمان یافته پیش از بحران Organized Preparedness در مجموع، اقدامات و فرایندهایی می باشد که سازمان ها باید قبل از بروز بحران ها یا حوادث غیرمنتظره به منظور کاهش تاثیرات منفی و افزایش توان مقابله با بحران ها انجام دهند. فرایندی سیستماتیک که شامل شناسایی مخاطرات، تحلیل ریسک، برنامه ریزی عملیاتی، آموزش، تمرین و تامین منابع لازم برای مقابله با بحران ها پیش از وقوع آن ها

می باشد. در کل این آمادگی به سازمان اجازه می دهد تا بتواند در مواجهه با بحران، واکنش سریع، موثر و هماهنگ داشته باشند. این برنامه ریزی ها می تواند شامل برنامه ریزی، آموزش، تمرینات و تجهیزاتی باشد که به سازمان کمک می کند تا در مواجهه با شرایط بحرانی عملکرد بهتری داشته باشد. این آمادگی می تواند در سطوح متفاوتی از جمله مدیریت، نیروی انسانی، منابع مالی، ارتباطات و تجهیزات انجام گردد. ارکان اصلی آمادگی سازمان یافته پیش از بحران را می توان به شرح ذیل تقسیم بندی نمود:

۱- برنامه ریزی بحران:

Crisis Management Planning

تدوین و اجرای یک برنامه جامع مدیریت بحران که شامل تهدیدات، نقش ها و مسئولیت ها و شیوه های پاسخگویی به بحران ها باشد.

۲- آموزش و توانمندسازی :

Training and Empowerment

آموزش کارکنان و مدیران برای مواجهه با بحران ها از طریق شبیه سازی های بحران، دوره های آموزشی و کارگاه های تخصصی.

۳- تجهیزات و منابع :

Resources and Equipment

فراهم آوردن منابع و تجهیزات ضروری برای مقابله با بحران مانند سیستم های ارتباطی اضطراری، ابزارهای پزشکی، تاسیسات پشتیبانی.

۴- آزمون ها و تمرینات

Drills and Simulation

برگزاری تمرینات منظم برای تیم های بحران که می تواند شامل

شبه سازی های بلایای طبیعی، حملات سایبری، بحران های انسان ساز و یا بحران های دیگر باشد.

۵- اطلاع رسانی و ارتباطات:

Communication

ایجاد سیستم های موثر برای اطلاع رسانی سریع و موثر در زمان بحران، هم برای کارکنان داخل سازمان و هم برای ارتباط با ذینفعان بیرونی.

۶- پایش و ارزشیابی مستمر:

Continuous Monitoring and Evaluation

بررسی و ارزیابی مستمر تهدیدات بالقوه و به روز نگه داشتن برنامه ها و فرایندها بر اساس تغییرات محیطی و نیازهای سازمان. ایجاد آمادگی در سازمان ها موجب می گردد که سازمان ها نه تنها در مواجهه با بحران ها واکنش سریع تر و استاندارد داشته باشند، بلکه توانایی بازگشت به شرایط عادی را نیز سریع تر و با حداقل آسیب های ممکن داشته باشند.

آمادگی سازمان یافته پیش از بحران به عنوان یکی از عوامل کلیدی و پیش نیازهای تاب آوری پایدار در سازمان ها مطرح می گردد. آمادگی سازمان یافته، زیر بنای تاب آوری پایدار می باشد. بدون آمادگی، سازمان ها در مواجهه با بحران ها دچار سردرگمی، ناکارآمدی و خسارت های گسترده ای می شوند که بازیابی و پایداری بلند مدت را دشوار می کند. آمادگی باعث می شود که تاب آوری، از یک واکنش صرف به بحران، به یک روند مستمر و سیستماتیک تبدیل شود.

شواهد پژوهشی و تحقیقات مختلف نشان می دهند که سازمان هایی که برنامه های آمادگی منظم، آموزش های مداوم و منابع

کافی دارند، نه تنها سریع ترین بحران ها را مدیریت می کنند، بلکه در بلند مدت عملکرد پایداری دارند.

به عنوان نمونه، مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ در حوزه تاب آوری سازمانی انجام شده، نشان می دهد که سطح آمادگی پیش از بحران به طور مستقیم با سرعت بازایی و پایداری عملکرد سازمان در بحران های اقتصادی و زیست محیطی مرتبط می باشد.

یکی از مسائلی که باید در آمادگی سازمان یافته پیش از بحران به آن توجه ویژه داشته باشیم، موضوع تاب آوری پایدار Resilient Sustainability می باشد که در ادامه در این خصوص توضیحاتی خواهیم داشت.

تاب آوری پایدار، مفهومی است که به توانمندی های یک سیستم در حوزه های اجتماعی، اقتصادی و زیستی برای مقابله با بحران ها، تغییرات و چالش ها اشاره دارد، با در نظر گرفتن این موضوع که از توانایی در ارائه خدمات مجموعه کاسته نشده و عملکرد اصلی حفظ گردد. این مفهوم ترکیبی از تاب آوری Resilience و پایداری Sustainability است و به این معناست که سیستم نه تنها در برابر بحران ها مقاوم است بلکه توانایی تطبیق و بهبود پس از آن را نیز دارد، بدون اینکه برای نسل های آینده مشکلات بزرگتری ایجاد کند.

برای درک این مطلب، آشنایی با ویژگی های تاب آوری پایدار می تواند شرایط را تسهیل نماید.

ویژگی های تاب آوری پایدار:

۱- توانایی انطباق با تغییرات:

این ویژگی به سیستم ها این امکانات را می دهد که خود را با



تغییرات محیطی، اقتصادی و اجتماعی هماهنگ کنند و در این حالت سیستم تمایلی به مقاومت صرف ندارد بلکه توانمندی به بهبودی سیستم و یادگیری از چالش های پیش رو را خواهد داشت.

۲- حفظ منابع برای آینده:

تاب آوری پایدار تضمین می کند که منابع و انرژی که برای مواجهه با بحران ها و تغییرات استفاده می شود، به طور موثر و کارآمد مدیریت می شود تا در دراز مدت به نفع نسل های آینده باقی بماند.

۳- تنوع و انعطاف پذیری:

سیستم های پایدار و تاب آور اغلب متنوع هستند و از ساختارهای پیچیده و چندگانه برخوردارند. این تنوع باعث می شود که سیستم در برابر شوک ها و بحران ها مقاوم تر باشد و سریع تر به حالت نرمال برگردد.

۴- توانایی بهبود و یادگیری از بحران ها:

تاب آوری پایدار تنها به معنی مقاومت در برابر بحران ها نیست، بلکه به معنای بهبود پس از بحران و یادگیری از آن است. سیستم های تاب آور می توانند از اشتباهات و بحران های گذشته درس آموخته و به نحوی تغییراتی داشته باشند که در آینده بتوانند عملکرد بهتری داشته باشند.

۵- ادغام پایداری اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی:

این مفهوم فقط به مدیریت بحران ها و مقاومت در برابر چالش ها محدود نمی شود، بلکه شامل ایجاد تعادل بین جنبه های مختلف توسعه پایدار می باشد. این مطلب به این معنی می باشد که سیستم های تاب آور باید در نظر داشته باشند که

نیازهای اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی را به طور همزمان برآورده نمایند.

وقتی که در فاز پیش از بحران سازمان ها برای برنامه ریزی اقداماتی دارند، برای توانمندسازی و استقرار تاب آوری در سازمان ها باید اقداماتی را در برنامه داشته باشند که در مورد تعدادی از این موارد به شرح ذیل توضیحاتی ارائه می نماییم.

۱- مدیریت ریسک:

سازمان ها و جوامع به منظور ایجاد تاب آوری پایدار باید برای مواجهه با تهدیدات و ریسک ها برنامه ریزی لازم را در دستور کار داشته باشند که این موارد شامل پیش بینی بحران ها و آماده سازی برای این مورد می باشد.

۲- سرمایه گذاری در نوآوری و تکنولوژی:

استفاده از فناوری های نوین و روش های نوآورانه می تواند تاب آوری را افزایش دهد. به عنوان مثال، سیستم های انرژی تهدیدپذیر و پایدار می توانند به کاهش وابستگی به منابع غیر قابل تجدید و کاهش آسیب پذیری در برابر بحران ها کمک لازم را داشته باشند.

۳- تقویت همبستگی اجتماعی:

تاب آوری اجتماعی بخشی از تاب آوری پایداری است. جوامع تاب آور قادر هستند تا در زمان بحران با یکدیگر همکاری لازم را داشته و از حمایت های متقابل استفاده کنند.

۴- توسعه پایدار منابع:

استفاده بهینه از منابع طبیعی به شیوه ای که به نسل های آینده آسیب نرساند، از ارکان اصلی تاب آوری پایدار می باشد. این امر شامل توجه به مصرف منابع به صورت کارآمد، کاهش پسماندها



و حفاظت از اکوسیستم‌ها می‌باشد. اگر بخواهیم جمع‌بندی در این خصوص داشته باشیم، تاب‌آوری پایدار به معنای ایجاد یک سیستم منعطف و مقاوم است که هم‌زمان به نیازهای امروز و آینده توجه ویژه‌ای دارد و از بحران‌ها به عنوان فرصتی برای رشد و بهبود استفاده می‌نماید. در انتها باید به این نکته توجه داشته باشیم که رابطه بین آمادگی سازمان یافته پیش از بحران و تاب‌آوری پایدار بسیار مهم و مستقیم می‌باشد. به همین جهت ضمن مرور به جمع‌بندی در

این خصوص می‌پردازیم. آمادگی سازمان یافته پیش از بحران به معنای داشتن برنامه ریزی، ساختاردهی، آموزش و تامین تجهیزات لازم برای مواجهه با بحران‌ها پیش از وقوع بحران و حوادث غیرمترقبه می‌باشد. این آمادگی‌ها شامل شناخت ریسک‌ها، تدوین طرح‌های مقابله‌ای، تمرین و مانورهای عملی، ایجاد تیم‌های پاسخ سریع و تولید منابع حمایتی می‌شود.

تاب‌آوری پایدار به معنای توانایی یک سازمان یا سیستم برای ادامه فعالیت‌ها، بازیابی سریع و حتی رشد پس از وقوع بحران‌ها می‌باشد، به گونه‌ای که تأثیرات منفی بحران را به حداقل رسانده و ساز و کارهای مقابله و یادگیری برای آینده در این خصوص فراهم گردد.

رابطه‌ای بین آمادگی سازمان یافته پیش از بحران و تاب‌آوری پایدار وجود دارد که در ذیل جمع‌بندی لازم انجام می‌گردد.

۱- کاهش آسیب‌ها:

آمادگی سازمان یافته باعث می‌گردد که هنگام بحران، سازمان به سرعت واکنش نشان دهد و از شدت آسیب‌ها کاسته شود.



۲- افزایش سرعت بازایی:

سازمانی که برنامه و منابع لازم را از قبل فراهم می نماید، این توانایی را دارد که به سرعت به وضعیت عادی برگشته و یا در بعضی موارد حتی بهتر از شرایط قبل هم عملکرد داشته باشد .

۳- افزایش اعتماد و اطمینان:

آمادگی موجب می گردد تا کارکنان و ذینفعان سازمان اعتماد بیشتری به سازمان داشته باشند که می تواند در شرایط بحرانی عملکرد بهتری داشته باشد.

۴- یادگیری و بهبود مستمر:

سازمان های آماده با ارزیابی بحران ها و تجربه های گذشته، می توانند ساختارهای خود را بهبود داده و تاب آوری پایدار را تضمین نمایند.

۵- پیشگیری از فروپاشی سازمان:

آمادگی سازمان یافته کمک می کند تا در شرایط بحرانی، سازمان



از فروپاشی یا از دست دادن کامل مدیریت حفظ شود و سیستم، کنترل کامل اوضاع را در برنامه‌ها داشته و پایداری مجموعه حفظ و تقویت شود.

نتیجه گیری:

آمادگی سازمان یافته پیش از بحران، پایه و اساس تحقق تاب‌آوری پایدار می‌باشد. سازمان‌هایی که برای بحران‌ها از پیش برنامه‌ریزی می‌کنند و منابع خود را سازمان‌دهی می‌کنند، قابلیت‌های مقابله، تطبیق و رشد در بحران‌ها را افزایش می‌دهند. تاب‌آوری پایدار نتیجه آمادگی مستمر، یادگیری از بحران‌ها و بهبود سیستماتیک می‌باشد.

منابع:

- 1- Smith,j., Brown,l., & Taylor,M. (2020). Organizational Preparedness and Sustainable Resilience in Enviromental Crises . Journal of Disaster Risk Reduction,45, 101456
- 2- Jones,A., & Lee,C(2019) The Impact of Training on Organizational Resilience During Emergencies. International Journal of Emergency Management , 15(2), 123138-
- 3- Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2021). Building Organizational . Resilience Through Preparedness.
- 4- United Nations Office For Disaster Risk Reduction (UNDRR). (2022). Global Assessment Report On Disaster Risk Reduction.



همکاری بین‌بخشی کلید مدیریت بحران



دکتر فاطمه اکبری زاده

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی و MPH مدیریت پیشگیری از اعتیاد، رئیس گروه سلامت روان اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بوشهر)



همکاری بین بخشی^۱ کلید مدیریت بحران

بخش اول: مقدمه و ضرورت

همکاری بین بخشی به معنای مشارکت نظام سلامت، آموزش و پرورش، خدمات اجتماعی، سازمان‌های امدادی، نیروهای انتظامی، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد است تا با هماهنگی و هم‌افزایی، پیامدهای روانی بحران کاهش یابد. به طور کلی همکاری بین بخشی به معنای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های مشترک توسط دو یا چند بخش سازمانی یا اجتماعی برای دستیابی به اهداف مشترک سلامت است. همکاری بین بخشی زمانی که همکاری افقی و هم‌مودی را در بر دارد موفق‌ترین حالت است. به طور کلی این نوع همکاری افقی، افراد یا گروه‌هایی را در بر دارد که در تصمیم‌گیری یا قضاوت یا کارکردن در یک مجموعه از اهداف تعریف شده، در یک سطح سازمانی هستند و همکاری عمودی کار کردن در سرتاسر حاکمیت برای مورد توجه قرار دادن چالش‌های پیش رو است که نیازمند به تصمیم‌گیری توسط بیش از یک

1-Intersectoral Collaboration

سطح حکومت است. چرخه همکاری بین بخشی حد اقل چهار مرحله دارد که شامل اعتمادسازی، توانمند سازی، اجرا و تداوم و استمرار است.

با توجه به ماهیت پیچیده بحران ها، پاسخ های تک بخشی، مانند ارائه خدمات صرفاً توسط نظام سلامت یا سازمان های امدادی، اغلب ناکافی هستند. بحران ها چند بعدی اند و بر حوزه های مختلف زندگی تأثیر می گذارند؛ برای مثال، یک زلزله علاوه بر پیامدهای جسمانی، زندگی خانوادگی، اشتغال، آموزش و روابط اجتماعی را نیز مختل می کند. بنابراین، مدیریت مؤثر بحران های سلامت روان نیازمند یک رویکرد جامع و هماهنگ بین بخشی است که بتواند منابع و ظرفیت های مختلف را به صورت یکپارچه بسیج^۱ کند.

بحران ها، اعم از بلایای طبیعی، بحران های اقتصادی، حوادث غیرمترقبه و پاندمی ها، جوامع را به شکل گسترده ای تحت تأثیر قرار می دهند و تهدیدهای چندبعدی ایجاد می کنند. این بحران ها نه تنها موجب خسارات اقتصادی و اجتماعی می شوند، بلکه سلامت روان افراد و جوامع را نیز به شدت تهدید می کنند. اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات روان معمولاً در پی چنین حوادثی افزایش می یابند و گروه های آسیب پذیر مانند کودکان، سالمندان و افراد دارای بیماری های مزمن بیشتر در معرض خطر هستند.

بنابراین برای رسیدن به الگوی مطلوب خدمات سلامت

1-mobilize



روان، نیاز به هماهنگی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده این خدمات است. برای ایجاد چنین شبکه‌ای، استفاده از خدمات موجود، بار مالی و ساختاری کمی را به سیستم مدیریتی سلامت روان کشور تحمیل خواهد کرد.

همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران در حوزه سلامت روان و ابعاد آن

در حوزه سلامت روان، مفهوم همکاری بین‌بخشی فراتر از ارائه خدمات صرفاً پزشکی است و شامل هماهنگی میان سازمان‌های دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد، مدارس، دانشگاه‌ها، رسانه‌ها و حتی بخش خصوصی نیز می‌شود. هدف اصلی همکاری بین‌بخشی، ایجاد یک شبکه جامع برای حمایت روانی- اجتماعی از افراد درگیر در بحران است که بتواند پاسخ سریع، منسجم و مؤثر ارائه دهد.

یکی از ابعاد مهم همکاری بین‌بخشی در بحران، پیشگیری و آموزش عمومی است. در شرایط بحران، افراد با استرس، اضطراب و ترس مواجه می‌شوند و داشتن مهارت‌های تاب‌آوری و مقابله‌ای می‌تواند به کاهش آسیب‌های روانی کمک کند. به همین دلیل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ارائه کمک‌های اولیه روانی و اطلاع‌رسانی درست به عموم مردم باید به صورت مشترک توسط وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شود. این آموزش‌ها می‌تواند در مدارس، محیط‌های کاری، مراکز بهداشتی و حتی رسانه‌های اجتماعی ارائه شود تا پوشش وسیع‌تری داشته باشند.

بعد از مرحله پیشگیری، مرحله واکنش در بحران اهمیت

ویژه‌ای دارد. تشکیل تیم‌های چند تخصصی شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، نیروهای امدادی و انتظامی و حتی مشارکت داوطلبان سازمان‌های مردم‌نهاد، نمونه‌ای از همکاری بین بخشی در عمل است. این تیم‌ها قادرند خدمات روانی- اجتماعی را در صحنه حادثه یا مراکز امدادی ارائه دهند، بیماران و افراد آسیب‌دیده را ارزیابی کرده و نیازهای فوری آنها را برطرف کنند. تجربه‌ها نشان می‌دهد که چنین تیم‌های هماهنگ نه تنها پاسخ سریع‌تری ارائه می‌دهند، بلکه موجب کاهش اضطراب، پیشگیری از بروز اختلالات روانی شدید و ارتقای تاب‌آوری اجتماعی می‌شوند. یکی دیگر از ابعاد کلیدی همکاری بین بخشی، بازتوانی و بهبودی پس از بحران است. بعد از رفع بحران فوری، افراد نیازمند بازتوانی اجتماعی، اقتصادی و روانی هستند. همکاری بین وزارت بهداشت، وزارت کار، سازمان بهزیستی، هلال احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند متمرکز بر طراحی برنامه‌های بازتوانی جامعه محور شامل حمایت از اشتغال، آموزش مهارت‌های اجتماعی، فعالیت‌های روانی گروهی و حمایت خانواده‌ها باشد. بدون هماهنگی بین بخشی، اقدامات بازتوانی اغلب پراکنده و کوتاه‌مدت خواهند بود و تأثیرات بلندمدت کمی بر سلامت روان جامعه خواهند داشت.

بخش دوم: مزایا و چالش‌های رویکرد بین بخشی در بحران

مزایای رویکرد بین بخشی

۱- مزیت اصلی رویکرد بین بخشی این است که می‌تواند خدمات روانی- اجتماعی را به صورت جامع و عادلانه در دسترس تمامی گروه‌ها، به ویژه آسیب‌پذیرترین اقشار



قرار دهد. علاوه بر این، هماهنگی بین نهادهای موجب کاهش دوباره کاری، صرفه جویی در منابع، افزایش اعتماد عمومی و تقویت تاب آوری اجتماعی می شود. بدون این هماهنگی، برنامه ها اغلب پراکنده و کوتاه مدت خواهند بود و اثرگذاری آن ها محدود خواهد شد.

۲- ایجاد شبکه های همکاری بین بخشی نوعی سازگاری سیستمیک ایجاد می کند که انعطاف پذیری و پاسخ گویی جامعه را افزایش می دهد. همچنین، تاب آوری اجتماعی، که توانایی بازگشت جامعه به شرایط عادی پس از بحران را توصیف می کند، از طریق همکاری بین بخشی تقویت می شود، چرا که منابع پراکنده جمع آوری و به نحو مؤثری مدیریت می شوند.

۳- با توجه به پیچیدگی نیازهای روانی- اجتماعی جمعیت آسیب دیده در بحران ها، نیازها از تأمین خدمات پایه مانند غذا، سرپناه و امنیت تا خدمات تخصصی روان پزشکی و روان شناسی متغیر است. چارچوب های بین المللی مانند سلامت روان در شرایط اضطراری^۱ بر اهمیت هماهنگی میان نهادهای محلی و بین المللی برای پوشش کامل این نیازها تأکید دارند. با همکاری بین بخشی، پاسخ ها غالباً محدود به بخش خاصی از نیازها نخواهند بود و گروه های آسیب پذیر به طور کامل تحت پوشش قرار می گیرند.

۴- در سطح عملیاتی، همکاری بین بخشی شامل طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در مدارس و محیط های کاری، ایجاد تیم های واکنش سریع روانی- اجتماعی، مشارکت

1- Mental Health in Emergencies

سازمان‌های مردم‌نهاد در ارائه خدمات حمایتی و هماهنگی رسانه‌ها برای ارتقای آگاهی عمومی است. چنین ساختاری به کاهش اضطراب، ارتقای مهارت‌های تاب‌آوری و بهبود سلامت روان جمعیت کمک می‌کند و زمینه را برای بازتوانی اجتماعی و اقتصادی فراهم می‌آورد. همچنین همکاری بین‌بخشی با ایجاد کمپین‌های اطلاع‌رسانی مشترک، برگزاری کارگاه‌های آموزشی گروهی و بین‌بخشی، تشکیل تیم‌های واکنش سریع روانی- اجتماعی و ایجاد شبکه‌های داوطلبی و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند به ویژه در مناطق محروم یا دورافتاده نقش کلیدی ایفا کنند و فاصله بین نیاز جامعه و خدمات رسمی را کاهش دهند. ۵- همچنین، همکاری بین‌بخشی می‌تواند زیرساخت‌های اطلاعاتی و داده‌ای مشترک ایجاد کند. این زیرساخت‌ها شامل ثبت و پیگیری وضعیت روانی افراد، ارزیابی اثربخشی مداخلات و شناسایی مناطق و گروه‌های پرخطر است. داشتن پایگاه داده مشترک بین وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال‌احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد باعث می‌شود که تصمیم‌گیری سریع‌تر و مبتنی بر شواهد انجام شود و منابع محدود بهینه مصرف شوند.

چالش‌های همکاری بین بخشی در بحران

با وجود مزایا، چالش‌هایی نیز وجود دارد:

۱. نبود چارچوب قانونی مشخص: در بسیاری از کشورها، وظایف و مسئولیت‌ها به صورت شفاف تعریف نشده و این امر مانع همکاری مؤثر می‌شود.



۲. اختلاف منافع سازمانی و فرهنگ‌های متفاوت: نهادهای مختلف ممکن است اهداف و اولویت‌های متفاوت داشته باشند که هماهنگی را دشوار می‌کند.
۳. کمبود بودجه و منابع انسانی آموزش‌دیده: محدودیت منابع مانع ایجاد تیم‌های چندتخصصی و اجرای برنامه‌های جامع می‌شود.
۴. ضعف نظام پایش و ارزیابی: نبود داده‌های دقیق و سیستم‌های پیگیری، ارزیابی اثربخشی همکاری‌ها را دشوار می‌کند.
۵. احساس برتری افراد یا سازمان‌ها در ارائه خدمات که می‌تواند به موازی کاری ارائه خدمات و یا محروم ماندن عده دیگری که نیازمند دریافت خدمت باشند منجر شود.

بخش سوم: مبانی نظری و چارچوب‌های علمی همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران سلامت روان

برای مدیریت مؤثر بحران‌های سلامت روان، استفاده از مبانی نظری و چارچوب‌های علمی ضروری است. این چارچوب‌ها مسیر سیاست‌گذاری، طراحی برنامه‌ها و ارزیابی اثربخشی مداخلات را روشن می‌کنند. بدون اتکا به نظریه‌ها و مدل‌های علمی، برنامه‌های بین‌بخشی ممکن است پراکنده، کوتاه‌مدت و ناکارآمد شوند.

نظریه تاب آوری اجتماعی^۱

این نظریه بر اهمیت سرمایه اجتماعی، شبکه‌های حمایتی و مشارکت جامعه در فرآیند بازتوانی تاکید دارد.

1- Community Resilience Theory



نظریه سیستم‌های پیچیده^۱

بر اساس نظریه سیستم‌های پیچیده، هیچ سازمان یا نهاد واحدی قادر به کنترل کامل بحران نیست. ایجاد شبکه‌های هماهنگ میان نهادها موجب می‌شود که کل سیستم پاسخ به بحران‌ها کارآمدتر عمل کند و نقاط ضعف هر بخش با همکاری سایر بخش‌ها جبران شود.

رویکرد کل دولت، کل جامعه^۲

سازمان جهانی بهداشت^۳ و سایر نهادهای بین‌المللی مدیریت بحران، تاکید دارند که بحران‌ها باید با رویکرد

1- Complex Systems Theory

2- Whole-of-Government and Whole-of-Society

3- WHO



«کل دولت» و «کل جامعه» مدیریت شوند. در این مدل:
● همه دولت: همه وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی، از بهداشت و آموزش تا اقتصاد و کشور باید در مدیریت بحران نقش داشته باشند.

● همه جامعه: مشارکت فعال جامعه مدنی، سازمان‌های مردم‌نهاد، دانشگاه‌ها، رسانه‌ها و بخش خصوصی ضروری است.

این رویکرد نشان می‌دهد که سلامت روان در بحران صرفاً موضوعی پزشکی نیست، بلکه یک مساله چندبعدی است که نیازمند هماهنگی گسترده است. تجربه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهایی که این رویکرد را پیش از بحران عملیاتی کرده‌اند، پاسخ سریع‌تر و اثرگذاری بیشتری داشته‌اند.

رویکرد چارچوب ارائه خدمات سلامت روان در شرایط بحران^۱

کمیته دائمی بین‌سازمانی^۲ چارچوبی برای ارائه خدمات روانی- اجتماعی در شرایط اضطراری ارائه کرده است. این چارچوب بر اهمیت هماهنگی بین‌بخشی تأکید دارد و نشان می‌دهد که بدون همکاری میان سازمان‌ها، ارائه خدمات جامع و مؤثر امکان‌پذیر نیست.

این چارچوب چهار سطح خدمات را تعریف می‌کند:

۱. **خدمات پایه^۳:** تأمین نیازهای اولیه مانند غذا، سرپناه، امنیت و بهداشت.

۲. **حمایت اجتماعی و جامعه‌محور:** شبکه‌سازی با سازمان‌های محلی، مدارس، مراکز اجتماعی و سازمان‌های

مردم نهاد.

۳. خدمات تخصصی: ارائه خدمات روان پزشکی و روان شناسی تخصصی برای افراد با نیازهای شدید.

۴. سیاست گذاری و هماهنگی: هدایت و نظارت کلان دولت ها برای ایجاد هماهنگی بین نهادها

رویکرد آمادگی روانی جامعه قبل از وقوع بحران^۱

این مدل بر آمادگی روانی جامعه قبل از وقوع بحران تاکید می کند. سیاست گذاران موظفاند با همکاری بین بخشی ظرفیت های روانی جامعه را تقویت کنند؛ برای مثال:

● آموزش مهارت های مقابله ای و تاب آوری در مدارس و محیط های کاری.

● استفاده از رسانه ها برای ارتقای سواد سلامت روان و اطلاع رسانی مؤثر.

● آماده سازی تیم های تخصصی مداخله در بحران برای پاسخ سریع و منسجم. (ففرباوم و نورث^۲، ۲۰۲۰).

کاربرد نظریه ها در سیاست گذاری

پیوند نظریه های فوق با سیاست گذاری سلامت روان، چند پیام اصلی دارد:

● بحران ها ذاتاً پیچیده اند و پاسخ های جزیره ای ناکافی اند.

● جامعه باید تاب آور شود و ظرفیت های اجتماعی و روانی آن تقویت گردد.

● دولت باید هماهنگ کننده اصلی همکاری ها باشد.

● مشارکت جامعه و سازمان های مردم نهاد برای اثربخشی پایدار ضروری است.



● خدمات سلامت روان باید در سطوح مختلف، از خدمات پایه تا تخصصی، طراحی و اجرا شوند.

بخش چهارم: تجربه‌های بین‌المللی موفق، مزایا، چالش‌ها و ادارات درگیر در همکاری بین‌بخشی

برزیل یکی از نمونه‌های موفق است. سازمان بهداشت جهانی دفتر منطقه کشورهای آمریکایی^۱ با اجرای پروژه‌های مشترک، شبکه‌ای منسجم برای حمایت روانی- اجتماعی در شرایط اضطراری ایجاد کرده است. در این پروژه‌ها، وزارت بهداشت، سازمان‌های مردم‌نهاد و مراکز آموزشی با هم همکاری کردند تا خدمات روانی و حمایتی به صورت گسترده و هدفمند ارائه شود. این تجربه نشان می‌دهد که طراحی برنامه‌های مشترک آموزشی، پایگاه‌های داده یکپارچه و تیم‌های واکنش سریع بین‌بخشی، پوشش خدمات و اثربخشی مداخلات را افزایش می‌دهد.

تیمور-لسته^۲ یک کشور در جنوب شرق آسیا، نیز تجربه قابل توجهی در همکاری بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارائه مراقبت‌های سلامت روان محور برای مردم دارد. در این کشور، تیم‌های چندبخشی توانستند در مناطق محروم خدمات حمایتی ارائه دهند، تاب‌آوری اجتماعی را تقویت کنند و پس از بحران‌های طبیعی و انسانی، بازتوانی روانی- اجتماعی جامعه را تسریع نمایند. این نمونه بر اهمیت مشارکت سازمان‌های محلی و

1- PAHO

2-Timor-Leste

مردم نهاد در کنار نهادهای دولتی تأکید می‌کند. یکی دیگر از نمونه‌ها، مدل کاهوتس^۱ در ایالات متحده است. در این مدل، به جای آنکه پلیس مسئول مواجهه با بحران‌های روانی شود، تیم‌های بهداشتی و اجتماعی شامل روان‌شناس، مددکار اجتماعی و نیروهای امدادی وارد عمل می‌شوند. این تیم‌ها در تعامل با بیمار، ارائه خدمات فوری و ارجاع به مراکز تخصصی، توانسته‌اند هم پاسخ سریع و مؤثر بدهند و هم از افزایش خشونت و آسیب اجتماعی جلوگیری کنند. تجربه کاهوتس نشان می‌دهد که هماهنگی بین بخشی نه تنها کیفیت خدمات را ارتقا می‌دهد، بلکه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بحران‌ها را نیز کاهش می‌دهد.

ژاپن: پس از زلزله فوکوشیما، دولت ژاپن مراکز مشاوره روانی چندبخشی را ایجاد کرد که شامل متخصصان سلامت، مددکاران اجتماعی و نهادهای محلی بود. این اقدام به کاهش سریع‌تر اختلالات استرس پس از سانحه کمک کرد.

کانادا: در بحران‌های بهداشتی، برنامه‌های مدیریت اضطراری شهری با ادغام خدمات سلامت روان در ساختار مدیریت بحران توانستند سطح اضطراب جمعیت را کاهش دهند.

نروژ: پس از حملات تروریستی ۲۰۱۱، دولت با ایجاد شبکه‌های حمایتی محلی شامل مدارس، خدمات اجتماعی و مراکز سلامت روان، به بازتوانی جامع قربانیان کمک کرد.



بخش پنجم: وضعیت ایران و ضرورت تقویت همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران در حوزه سلامت روان

ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی، جمعیت و تحولات اجتماعی، با بحران‌های متعددی مواجه بوده است که سلامت روان جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که پس از این حوادث، میزان اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات روانی به شدت افزایش یافته و گروه‌های آسیب‌پذیر، به ویژه کودکان، سالمندان و خانواده‌های دارای بیماری‌های مزمن، بیشترین تأثیر را تجربه کرده‌اند. بحران‌های گذشته مانند زلزله بم، زلزله کرمانشاه و سیل‌های گسترده سال‌های گذشته و پاندمی کووید-۱۹ نشان داده‌اند که سلامت روان جامعه آسیب‌پذیر است و مداخلات پراکنده و تک‌بخشی ناکافی‌اند. تجربه ارائه کمک‌های روانی-اجتماعی پس از زلزله بم و سایر بلایای طبیعی نشان داده است که وقتی سازمان‌های دولتی و سمن‌ها با هم هماهنگ عمل می‌کنند، میزان پوشش خدمات و رضایت بیماران افزایش می‌یابد.

همچنین در طرح «سلامت روان شهری» با محوریت پزشک خانواده، سعی شده است بیماران روان‌پزشکی با مشارکت چند بخشی مدیریت شوند.

با وجود تلاش‌های وزارت بهداشت برای ارائه خدمات سلامت روان، تجربه‌ها نشان می‌دهند که پراکندگی وظایف و ضعف هماهنگی بین نهادها موجب کاهش اثربخشی

مداخلات شده است. برای مثال، خدمات ارائه شده توسط مراکز بهداشت، هلال احمر، سازمان های مردم نهاد و مدارس غالباً به صورت جزیره ای عمل کرده و اطلاعات و تجربیات بین این نهادها به اشتراک گذاشته نشده است. این ناکارآمدی ها پیامدهای متعددی داشته اند که شامل هدررفت منابع، کاهش اعتماد عمومی و افزایش اختلالات روانی می شوند.

پیامدهای سیاستی برای ایران

کاربرد این چارچوب ها در کشورمان ایران به معنای ضرورت هماهنگی میان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، بهزیستی، رسانه ها و هلال احمر است. طراحی سیاست هایی که جامعه را درگیر کنند، تقویت سرمایه اجتماعی از طریق سازمان های مردم نهاد، ایجاد پروتکل های مشترک اطلاع رسانی بحران و کاهش اضطراب عمومی، از جمله پیامدهای عملی این چارچوب ها است. همچنین، آموزش بین بخشی برای نیروهای امدادی، روان شناسان، پرستاران و مددکاران اجتماعی، نقش کلیدی در ارتقای اثربخشی مداخلات خواهد داشت.

بنابراین برای رسیدن به یک استراتژی مناسب و همکاری بین بخشی اثر بخش، این نهادها می توانند کمک کننده باشند.

● **وزارت بهداشت و درمان:** مسئولیت سیاست گذاری و هماهنگی کلان و ارائه خدمات تخصصی.

● **وزارت آموزش و پرورش و دانشگاه ها:** آموزش مهارت های تاب آوری، اطلاع رسانی و برنامه های آموزشی



جمعی.

- **بهبیستی، سازمان‌های مردم‌نهاد و داوطلبان:** ارائه خدمات حمایتی، بازتوانی اجتماعی و پوشش مناطق محروم.
- **هلال احمر و سازمان‌های امدادی:** هماهنگی لجستیک، ارائه خدمات فوری و تیم‌های واکنش سریع.
- **رسانه‌ها:** اطلاع‌رسانی صحیح، آموزش عمومی و کاهش اضطراب عمومی.
- **وزارت کار و رفاه اجتماعی:** برنامه‌های بازتوانی اقتصادی و اشتغال پس از بحران.

راهکارهای عملیاتی برای تقویت همکاری بین‌بخشی در ایران

۱. **پایبندی به سند ملی راهبرد مدیریت بحران کشور:** با تعیین دقیق نقش و مسئولیت هر نهاد، چارچوب قانونی مشخص برای هماهنگی با محوریت در حوزه حمایت‌های روانی اجتماعی وجود دارد که نیازمند پایبندی دقیق بین بخشی است.

۲. **مشارکت فعال همه نهادها در ساختارهای هماهنگی رسمی:** تشکیل کمیته‌ها و شبکه‌های ملی و استانی با نمایندگان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، هلال احمر، بهزیستی، سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌ها و سایر نهادها برای هماهنگی اقدامات. در این بین استفاده از قابلیت‌های شوراهایی مانند شورای سلامت و امنیت غذایی در سطوح مختلف می‌تواند راهگشا باشد.

۳. **آموزش بین‌بخشی:** طراحی دوره‌های آموزشی مشترک برای روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، معلمان

و نیروهای امدادی جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و توانمندسازی تیم‌های واکنش سریع.

۴. تقویت زیرساخت‌های داده‌ای مشترک: ایجاد پایگاه

داده یکپارچه برای ثبت وضعیت روانی افراد، ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها و شناسایی گروه‌ها و مناطق پرخطر.

۵. مشارکت فعال جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد:

استفاده از ظرفیت داوطلبان و سازمان‌های محلی برای ارائه خدمات حمایتی و بازتوانی اجتماعی در مناطق محروم.

۶. طراحی برنامه‌های بازتوانی بلندمدت: برنامه‌های

اقتصادی، اجتماعی و روانی برای بازتوانی جامعه، شامل: اشتغال، آموزش مهارت‌های زندگی و حمایت خانواده‌ها.

۷. اطلاع‌رسانی و رسانه‌ها: هماهنگی رسانه‌ها برای ارائه

پیام‌های روان‌شناختی صحیح، کاهش اضطراب عمومی و ارتقای سواد سلامت روان.

با اجرای این راهکارها، ایران می‌تواند از تجارب موفق جهانی بهره‌برد و پاسخگویی جامع، سریع و اثربخش به بحران‌های سلامت روان داشته باشد. بدون این هماهنگی‌ها، مداخلات پراکنده و کوتاه‌مدت باقی می‌مانند و پیامدهای منفی روانی و اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

همکاری بین‌بخشی یک ضرورت حیاتی برای مدیریت بحران‌های سلامت روان است. تجربه‌های جهانی و داخلی



نشان می‌دهند که بدون هماهنگی میان وزارتخانه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌ها و جامعه مدنی، تلاش‌ها پراکنده و اثربخشی پایین خواهد بود. استفاده از مبانی نظری، چارچوب‌های علمی و تجارب موفق بین‌المللی می‌تواند پاسخگویی جامع، سریع و پایدار به بحران‌ها را ممکن سازد. سیاست‌گذاران در ایران با اجرای راهکارهای عملیاتی می‌توانند تاب‌آوری جامعه را افزایش داده و سلامت روان مردم را در شرایط بحران محافظت کنند.

منابع:

- ایرج پور، علیرضا، افشار حمید. مشارکت بین حرفه‌ای: راهکاری موثر در ارائه خدمات سلامت روان. تحقیقات علوم رفتاری دوره نهم ۱۳۹۰ شماره ۵ (پیاپی ۲۱) پرنال جامع علوم انسانی
- صدیقی، حامد و سلمانی تدوشن، ابراهیم، ۱۳۹۸، اختلالات سلامت روان کودکان بعد از زلزله در ایران: مرور سیستماتیک، نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا، تهران، <https://civilica.com/doc/929029>
- دماری بهزاد، المدنی سید حسین، حاجبی احمد، صالحی شهرابی نرگس. رویکردهای ارتقای سلامت روان در محیط‌های کاری کشور ایران، مروری بر وضعیت موجود و ارائه راهکارهایی برای آینده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۸؛ ۲۵ (۲): ۱۲۲-۱۳۵ URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2906-fa.html>
- دماری بهزاد، وثوق مقدم عباس، رستمی گوران نرگس، سالاریان زاده محمدحسین، & ملک افصلی شیدا. (۲۰۲۰). تحلیل همکاری بین بخشی نظام سلامت ایران به منظور پیاده سازی رویکرد سلامت در همه سیاست ها و راه آینده.
- ملکوتی، سید کاظم، کشاورز اخلاقی، امیر عباس، شیرزاد، راشدی، ... & حاجبی. (۲۰۲۱). طرح سلامت روان شهری: توسعه همکاری بین بخشی، نقش محوری پزشک خانواده برای مدیریت بیماران شدید روانپزشکی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷ (۱)، ۱۰۴-۱۱۹.
- عبداله تبار هادی، سجادی حمیرا. (۱۴۰۳). سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران رفاه اجتماعی ۲۴ (۹۴): ۹-۴۸، ۳۲۵۹۸، ۳. refahj/۱۰، ۲۴.۹۴.۲۸۱۰
- بسته آموزشی سلامت روان درمان و آموزش پزشکی، وزارت بهداشت معاونت بهداشت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، به مناسبت هفته سلامت روان

- ۱۳۹۵ مهر ۳۰ الی ۲۴ دانشگاه علوم پزشکی کرمان / سایر نهادها دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- نهمین کنگره بین المللی سلامت در حوادث و بلایا تهران - تهران تاریخ برگزاری: ۲۵ خرداد ۱۳۹۸ تاریخ نمایه سازی: ۳۰ شهریور ۱۳۹۸ تعداد صفحات: ۳۲۳ تعداد مقالات: ۲۷۸ شناسه ملی این کنفرانس ICHED۰۹
- 26-Comfort, L. K., Boin, A., & Demchak, C. C. (Eds.). (2010). Designing Resilience: Preparing for Extreme Events. University of Pittsburgh Press.
- 28-(JSTOR). (کتاب؛ چارچوب های ناظر بر تاب آوری و هماهنگی بین بخشی)-
- 27-CAHOOTS. (2023). Crisis Assistance Helping Out On The Streets. Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/CAHOOTS_\(crisis_response\)](https://en.wikipedia.org/wiki/CAHOOTS_(crisis_response))
- 28-Dyb, G., Jensen, T. K., & Nygaard, E. (2014). Children and adolescents' mental health after the Utøya terror attack. European Journal of Psychotraumatology, 5(1), 23069
- 29-Hall, T., et al. (2019). Intersectoral collaboration for people-centred mental health care in Timor-Leste: a mixed-methods study. International Journal of Mental Health Systems, 13(72). <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-1-0328>. BioMed Central+1
- 30-Hudson, E. (2024). Mental health crisis: An evolutionary concept analysis. International Journal of Mental Health Nursing, 33(2), 245256- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). Basic psychosocial skills: A guide for COVID-19 responders. IASC.
- 31-IASC □ Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. World Health Organization. Retrieved from https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial_0.pdf. hr.un.org+1
- 32-Kirmayer, L. J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S. F., & Isaac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. International Journal of Indigenous Health, 5(1), 62-117
- 33-Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor,



- theory, set of capacities and strategy for disaster readiness. American Journal of Community Psychology, 41(1150-127, (2-. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157631/>. PubMed+1
- 34- Pinheiro, E., Laranjeira, C., Harmuch, C., Graa, J. M. B., Ali, A. M., Fekih-Romdhane, F., ... & Franco, E. (2025, August). Collaborative Practices in Mental Health Care: A Concept Analysis. In Healthcare (Vol. 13, No. 15, p. 1891). MDPI.
- 35- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine, 383(6), 510512-. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>. New England Journal of Medicine+1
- 36- Sampaio, M. L., et al. (2021). Towards comprehensive mental health care: experiences from Brazil. [PMC article]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8268580/>. PMC
- 37- Shigemura, J., Tanigawa, T., Saito, I., & Nomura, S. (2012). Mental health aspects of the Great East Japan Earthquake and disaster management. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66(6), 505516-. (see related works). Google Scholar+1
- 38- World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO). (2016). Responding to physical and psychological health impacts of disasters: case study of the Iranian disaster rehabilitation plan. Eastern Mediterranean Health Journal, 22(3). <https://www.emro.who.int/emhj-volume-222016-/volume-22-issue-3/responding-to-physical-and-psychological-health-impacts-of-disasters-case-study-of-the-iranian-disaster-rehabilitation-plan.html>. iris.who.int+1
- 39- World Health Organization (WHO). (2022). Strengthening intersectoral collaboration and coordination for mental health and psychosocial support through PHC in Brazil. WHO. who.int
- 40- Yasobant, S., Lekha, K. S., Saxena, D., et al. (2024). Intersectoral collaboration and health system resilience during COVID-19: learnings from Ahmedabad, India. Health Policy and Planning, 39(Suppl_2), i29-i39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39552345>



سواد سلامت روان و روایت رسانه در بحران



دکتر بنت الهدی کلاه کج

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، رئیس گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد،
دانشگاه علوم پزشکی قم)



سواد سلامت روان و روایت رسانه در بحران

مقدمه

بحران‌ها بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها هستند. هر جامعه در طول تاریخ خود با موقعیت‌هایی مواجه می‌شود که نظم عادی زندگی را برهم می‌زند. از زلزله و سیل گرفته تا اپیدمی‌ها و بحران‌های اجتماعی، اقتصادی و حتی جنگ‌ها هر کدام می‌توانند آثار عمیق و طولانی‌مدتی بر روان افراد و جامعه بر جای بگذارند. چنین رویدادهایی نه تنها خسارات مادی و جانی به همراه دارند، بلکه به شدت بر سلامت روان افراد و جامعه اثر می‌گذارند (۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بحران‌ها سطح اضطراب، ترس، خشم و احساس بی‌ثباتی را افزایش می‌دهند. افراد ممکن است واکنش‌هایی مانند بی‌خوابی، ناامیدی، گوشه‌گیری یا حتی پرخاشگری از خود نشان دهند (۲).

در چنین شرایطی دو عامل کلیدی در مدیریت فشار روانی بحران نقش ویژه دارند: یکی سواد سلامت روان و دیگری روایت رسانه‌ها از بحران. سواد سلامت روان

به معنای توانایی شناخت مشکلات روانی، دانستن روش‌های پیشگیری و درمان و استفاده صحیح از منابع کمک حرفه‌ای است. رسانه‌ها نیز با شکل‌دهی به افکار عمومی و انتقال پیام‌ها می‌توانند این سواد را تقویت یا تضعیف کنند (۱). اگر مردم سواد سلامت روان کافی داشته باشند، بهتر می‌توانند بحران‌ها را درک کرده و پیامدهای روانی آن‌ها را مدیریت کنند. همچنین، اگر رسانه‌ها روایت دقیق، علمی و امیدبخش ارائه دهند، می‌توانند نقش حمایتی برای جامعه ایفا کنند. در غیر این صورت، خطر گسترش اضطراب جمعی و تشدید پیامدهای روانی وجود دارد (۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بحران‌ها اگرچه تهدیدی جدی برای سلامت روان هستند، اما در عین حال فرصتی برای ارتقای آگاهی عمومی نیز به شمار می‌روند. به شرطی که روایت رسانه‌ها دقیق، مسئولانه و امیدبخش باشد و مردم نیز از مهارت‌های لازم برای درک و پردازش پیام‌ها برخوردار باشند (۴).

سواد سلامت روان: تعریف و مؤلفه ها

سواد سلامت روان^۱ نخستین بار توسط آنتونی جوړم^۲ در دهه ۱۹۹۰ معرفی شد. این مفهوم شامل مجموعه‌ای از دانش، نگرش و مهارت‌هاست که فرد را قادر می‌سازد، علائم اختلالات روانی (مثل اضطراب یا افسردگی) را

1- Complex Systems Theory

2- Whole-of-Government and Whole-of-Society⁹



بشناسد، عوامل خطر و عوامل محافظتی را درک کند، بداند چه اقداماتی می‌تواند به بهبود کمک کند (مثل تکنیک‌های آرام‌سازی یا مراجعه به روان‌شناس)، از منابع حرفه‌ای کمک بگیرد، نگرش مثبت نسبت به درمان و مراجعه داشته باشد و از انگ‌زدن به دیگران خودداری کند (۱).

بررسی‌ها نشان داده است که افراد دارای سواد سلامت روان بالاتر، زودتر مشکلات خود را تشخیص می‌دهند و برای درمان اقدام می‌کنند. همچنین احتمال انگ‌زدایی و نگرش مثبت به بیماران روانی در این افراد بیشتر است. همچنین، کمتر تحت تأثیر شایعات قرار می‌گیرند و با اعتماد بیشتری از خدمات مشاوره‌ای استفاده می‌کنند (۵).

اهمیت سواد سلامت روان در بحران

بحران‌ها باعث افزایش فشار روانی در جامعه می‌شوند و افراد ممکن است دچار نگرانی‌های افراطی، ناامیدی یا اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و سایر مشکلات روانشناختی قرار گیرند. در این میان سواد سلامت روان به عنوان یک مهارت محافظتی نقش حیاتی دارد (۲). این سواد موارد زیر را سبب می‌شود:

۱. شناسایی زودتر علائم اضطراب و افسردگی

افراد با سواد سلامت روان بالا، می‌توانند نشانه‌های اولیه اضطراب و افسردگی را تشخیص دهند، مثل: (بی‌خوابی یا خواب بیش از حد، کاهش تمرکز یا سردرگمی، تغییر اشتها، احساس خستگی مداوم یا ناامیدی). شناسایی زودهنگام این علائم باعث می‌شود افراد سریع‌تر اقدام

کنند و از تشدید مشکلات جلوگیری شود (۱).

۲. مقابله بهتر با شایعات و اخبار نادرست

در بحران‌ها حجم زیادی از اخبار و اطلاعات منتشر می‌شود که همیشه دقیق یا علمی نیستند. افراد دارای سواد سلامت روان می‌توانند این اطلاعات را تحلیل کنند و از باور به شایعات یا ترس‌های غیرمنطقی جلوگیری کنند (۶).

۳. استفاده به موقع از خدمات روانشناسی و مشاوره

یکی از موانع مراجعه به روانشناس یا روانپزشک، نداشتن اطلاعات کافی درباره خدمات و نگرش منفی به سلامت روان است. سواد سلامت روان باعث می‌شود افراد بدانند چه زمانی نیاز به کمک حرفه‌ای دارند و چگونه می‌توانند به آن دسترسی پیدا کنند (۷).





۴. استفاده از راهکارهای ساده خودیاری

سواد سلامت روان شامل آشنایی با تکنیک‌های مدیریت استرس و آرام‌سازی ذهن است، مثل: تمرینات تنفس عمیق، مدیتیشن یا ذهن‌آگاهی (Mindfulness)، ورزش سبک و فعالیت‌های بدنی، برنامه‌ریزی خواب و تغذیه مناسب. افرادی که این مهارت‌ها را دارند، در بحران‌ها می‌توانند فشار روانی را کاهش دهند و از بروز مشکلات شدید جلوگیری کنند (۸).

۵. حفظ تاب‌آوری روانی و اجتماعی

- سواد سلامت روان باعث می‌شود افراد:
۱. احساس کنترل بیشتری روی زندگی و وضعیت خود داشته باشند.
 ۲. بهتر با فشارهای اجتماعی و اقتصادی مقابله کنند.
 ۳. توانایی حمایت از دیگران (مثل خانواده و دوستان) را داشته باشند.
- تاب‌آوری روانی بالا به جامعه کمک می‌کند که بحران‌ها را سریع‌تر و سالم‌تر پشت سر بگذارد (۹).

۶. تقویت ارتباطات و همبستگی اجتماعی

افراد با سواد سلامت روان بالا، می‌توانند ارتباطات مثبت و حمایتی ایجاد کنند و محیطی بسازند که استرس و اضطراب دیگران را کاهش دهد. در بحران‌ها این مهارت باعث می‌شود جوامع از نظر روانی پایدارتر عمل کنند (۱۰).

روایت رسانه‌ای در بحران

رسانه‌ها در بحران‌ها، تنها منبع خبر نیستند؛ آن‌ها

نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساسات و رفتارهای عمومی دارند. مطالعات نشان داده‌اند که تمرکز بیش از حد بر اخبار منفی، آمار مرگ‌ومیر یا تصاویر تکان‌دهنده می‌تواند اضطراب عمومی را افزایش دهد. از سوی دیگر، رسانه‌هایی که در کنار اطلاع‌رسانی واقعی، پیام‌های امیدبخش و آموزشی ارائه داده‌اند، توانسته‌اند به ارتقای سلامت روان عمومی کمک کنند (۱۱). برای نمونه، در برخی کشورها، رسانه‌ها در دوران بحران کرونا علاوه بر انتشار آمار، آموزش‌های ساده‌ای درباره مدیریت استرس، خواب و روابط خانوادگی منتشر کردند. این اقدامات نقش مهمی در کاهش اضطراب عمومی داشت (۱۲).

ارتباط دوسویه سواد سلامت روان و روایت رسانه

سواد سلامت روان و روایت رسانه‌ای رابطه‌ای پویا و دوسویه دارند که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان جامعه در شرایط بحرانی داشته باشد. این ارتباط به این معناست که هر یک از این دو عامل می‌تواند دیگری را تقویت یا تضعیف کند، و تعامل مثبت آن‌ها به ایجاد جامعه‌ای مقاوم‌تر در برابر بحران‌ها منجر می‌شود. در ادامه، این رابطه دوسویه با جزئیات بیشتری بررسی می‌شود:

۱. تأثیر روایت رسانه‌ای بر سواد سلامت روان

رسانه‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع اطلاع‌رسانی در جامعه، نقش کلیدی در شکل‌دهی دانش و نگرش افراد نسبت به سلامت روان دارند. هنگامی که رسانه‌ها روایتی مسئولانه، علمی و آموزشی ارائه می‌دهند، می‌توانند سواد سلامت روان جامعه را ارتقا دهند (۱). این تأثیر به چند



شکل بروز می‌کند:

آموزش مفاهیم پایه سلامت روان: رسانه‌هایی که اطلاعات علمی درباره علائم اختلالات روانی (مانند اضطراب یا افسردگی)، راهکارهای مدیریت استرس یا منابع کمک حرفه‌ای منتشر می‌کنند، به افراد کمک می‌کنند تا دانش خود را افزایش دهند. برای مثال، در پاندمی کووید-۱۹، برنامه‌های تلویزیونی یا پادکست‌هایی که تکنیک‌های ساده‌ای مانند تنفس عمیق یا مدیتیشن را آموزش می‌دادند، به افزایش آگاهی عمومی کمک کردند (۱۳).
کاهش انگ (استیگما): رسانه‌ها با ارائه داستان‌های واقعی از افرادی که از خدمات روان‌شناختی بهره برده‌اند، می‌توانند نگرش مثبت به درمان را ترویج کنند. این کار باعث می‌شود افراد با اطمینان بیشتری به مشاوران مراجعه کنند و از قضاوت شدن نترسند (۱۴).

ارائه الگوهای مثبت: رسانه‌ها با نمایش داستان‌های موفقیت یا همبستگی اجتماعی (مانند کمک داوطلبان در بحران‌ها) می‌توانند انگیزه افراد را برای یادگیری و استفاده از راهکارهای سلامت روان افزایش دهند. برای نمونه، در زلزله بم (۱۳۸۲)، برخی رسانه‌های محلی که داستان‌های بازسازی زندگی بازماندگان را منتشر کردند، به تقویت حس امید و آگاهی درباره اهمیت خدمات روان‌شناختی کمک کردند (۱۵).

مقابله با اطلاعات نادرست: رسانه‌های معتبر با انتشار اطلاعات علمی، شایعات و اخبار جعلی را که در بحران‌ها شایع‌اند، خنثی می‌کنند. این امر به افراد کمک می‌کند

تا با اطمینان بیشتری به منابع معتبر تکیه کنند و از اضطراب ناشی از شایعات در امان بمانند (۱۶).

۲. تأثیر سواد سلامت روان بر تحلیل روایت رسانه‌ای

افرادی که از سواد سلامت روان بالایی برخوردارند، توانایی بیشتری در تحلیل و تفسیر اخبار رسانه‌ای دارند. این توانایی به آن‌ها کمک می‌کند تا تأثیرات منفی روایت‌های رسانه‌ای را کاهش دهند و از محتوای مثبت و آموزشی بهره بیشتری ببرند. این تأثیر شامل موارد زیر است:

تشخیص اخبار معتبر از غیرمعتبر: افراد با سواد سلامت روان بالا می‌توانند منابع خبری معتبر را از شایعات یا محتوای هیجانی تشخیص دهند. برای مثال، در ابتدای پاندمی کووید-۱۹، این افراد کمتر تحت تأثیر شایعات غیر علمی درباره درمان‌های جعلی قرار گرفتند و به منابع علمی مانند سازمان بهداشت جهانی اعتماد کردند (۱۷).

مدیریت واکنش‌های هیجانی: این افراد می‌دانند که اخبار منفی (مانند آمار مرگ‌ومیر یا تصاویر تکان‌دهنده) می‌توانند استرس را تشدید کنند. بنابراین، با آگاهی از تکنیک‌های مدیریت استرس، مانند محدود کردن زمان مصرف رسانه یا تمرینات آرام‌سازی، تأثیرات منفی این اخبار را کاهش می‌دهند (۱۸).

تقویت رفتارهای مسئولانه: افرادی با آگاهی بالا کمتر اخبار نادرست را بازنشر می‌دهند و در عوض، محتوای آموزشی یا امیدبخش را با دیگران به اشتراک می‌گذارند. این رفتار به کاهش اینفودمیک (انتشار اطلاعات نادرست) کمک می‌کند (۱۷).



تقاضا برای محتوای باکیفیت: وقتی سطح سواد سلامت روان در جامعه بالا باشد، مردم از رسانه‌ها انتظار محتوای دقیق‌تر و آموزشی‌تر دارند. این تقاضا باعث می‌شود رسانه‌ها به سمت تولید محتوای مسئولانه‌تر حرکت کنند (۱۷).

۳. چرخه مثبت تعامل دوسویه

این رابطه دوسویه یک چرخه مثبت ایجاد می‌کند: رسانه‌های مسئولانه با ارائه محتوای علمی و امیدبخش، سواد سلامت روان را افزایش می‌دهند؛ در مقابل، جامعه‌ای با سواد سلامت روان بالا، رسانه‌ها را به تولید محتوای باکیفیت‌تر تشویق می‌کند. این چرخه می‌تواند به نتایج زیر منجر شود:

کاهش اضطراب جمعی: با افزایش آگاهی و کاهش تأثیر شایعات، جامعه در برابر بحران‌ها آرامش بیشتری حفظ می‌کند. **افزایش تاب‌آوری اجتماعی:** جوامعی که از این چرخه مثبت بهره می‌برند، بهتر می‌توانند با پیامدهای روانی بحران‌ها مقابله کنند.

تقویت اعتماد عمومی: وقتی رسانه‌ها اطلاعات معتبر ارائه می‌دهند و مردم توانایی تحلیل آن‌ها را دارند، اعتماد به نهادهای رسانه‌ای و علمی افزایش می‌یابد (۱۸).

۴. چالش‌ها و موانع

با وجود این رابطه مثبت، چالش‌هایی نیز وجود دارد: **انتشار اخبار منفی یا غیرمستند:** برخی رسانه‌ها برای جلب توجه، بر اخبار منفی یا هیجانی تمرکز می‌کنند که می‌تواند اضطراب را افزایش دهد و اثرات سواد سلامت

روان را تضعیف کند.

نابرابری در دسترسی: در جوامعی که دسترسی به آموزش سلامت روان یا رسانه‌های معتبر محدود است، این چرخه دوسویه ممکن است به‌خوبی شکل بگیرد. **تأثیر شبکه‌های اجتماعی:** شبکه‌های اجتماعی می‌توانند شایعات را به سرعت گسترش دهند، به‌ویژه در میان افرادی که سواد سلامت روان پایینی دارند (۱۸). برای غلبه بر این چالش‌ها، همکاری بین رسانه‌ها، نهادهای آموزشی و سازمان‌های سلامت روان ضروری است تا محتوای دقیق و آموزشی در دسترس همگان قرار گیرد. در بحران زلزله بم، رسانه‌ها عمدتاً به پوشش ابعاد فاجعه پرداختند و کمتر به جنبه‌های روانی آن توجه کردند. این مسئله موجب شد که بسیاری از بازماندگان دیرتر به کمک‌های روانشناختی دسترسی پیدا کنند (۱۹). در مقابل، در پاندمی کووید-۱۹، برخی رسانه‌ها به آموزش مدیریت استرس، معرفی خطوط تلفنی مشاوره و ارائه راهکارهای ساده روانی پرداختند. این نوع روایت نشان داد که رسانه می‌تواند نقشی مثبت در کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری عمومی ایفا کند (۲۰).

نتیجه‌گیری

جهان امروز، بیش از هر زمان دیگری، در معرض طوفان بحران‌هایی است که نه‌تنها ساختارهای اجتماعی و اقتصادی را متزلزل می‌کنند، بلکه سلامت روان افراد را نیز به چالش می‌کشند (۲۱). سواد سلامت روان و روایت رسانه‌ای، به‌عنوان دو ستون اصلی تاب‌آوری اجتماعی،



نقشی کلیدی در مدیریت این چالش‌ها ایفا می‌کنند. سواد سلامت روان، که شامل دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای شناسایی و مدیریت مسائل روانی است، افراد را قادر می‌سازد تا علائم اولیه اختلالات روانی را تشخیص دهند، از شایعات دوری کنند و در زمان مناسب به منابع حرفه‌ای مراجعه کنند (۲۲). از سوی دیگر، روایت رسانه‌ای، که شیوه ارائه اخبار و اطلاعات توسط رسانه‌ها را شکل می‌دهد، می‌تواند با تمرکز بر محتوای علمی و امیدبخش، جامعه را تقویت کند یا با تأکید بر جنبه‌های منفی و هیجانی، اضطراب جمعی را تشدید نماید (۲۳).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که تعامل دوسویه بین سواد سلامت روان و روایت رسانه‌ای می‌تواند چرخه‌ای مثبت ایجاد کند. رسانه‌هایی که محتوای آموزشی و معتبر ارائه می‌دهند، سطح سواد سلامت روان جامعه را افزایش می‌دهند و به کاهش انگ (استیگما) مرتبط با مسائل روانی کمک می‌کنند. برای مثال، در دوران پاندمی کووید-۱۹، رسانه‌هایی که به آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس پرداختند، توانستند اضطراب ناشی از اطلاعات نادرست را کاهش دهند (۲۴). در مقابل، جوامعی با سواد سلامت روان بالا، اخبار رسانه‌ای را منطقی‌تر تحلیل می‌کنند، کمتر تحت تأثیر شایعات قرار می‌گیرند و حتی رسانه‌ها را به تولید محتوای مسئولانه‌تر ترغیب می‌کنند (۲۵).

این رابطه دوسویه نه تنها به کاهش آسیب‌های روانی در بحران‌ها کمک می‌کند، بلکه به ساخت جوامعی

تاب آورتر منجر می شود. با این حال، چالش هایی مانند انتشار اخبار منفی، نابرابری در دسترسی به منابع آموزشی و تأثیر شبکه های اجتماعی بر گسترش شایعات، نیاز به همکاری بین رسانه ها، نهادهای آموزشی و سیاست گذاران را برجسته می سازد (۲۶).

برای عمیق تر کردن این نگاه، باید به نقش سواد سلامت روان به عنوان یک نیروی توانمندساز جمعی نگریست. این سواد نه تنها افراد را از قربانی شدن در برابر روایت های منفی رسانه ای نجات می دهد، بلکه آن ها را به معماران روایت های خود تبدیل می کند. فرا تحلیل های اخیر نشان می دهند که مداخلات دیجیتال، مانند اپلیکیشن های سلامت روان، می توانند سواد سلامت روان را تقویت کنند، اما این ابزارها تنها در صورتی مؤثرند که با روایت های رسانه ای مسئولانه همراه شوند (۲۷).

بحران سلامت روان در میان جوانان، که اغلب با روایت های هیجانی شبکه های اجتماعی تشدید می شود، نشان دهنده نیاز به مدل های نوین سواد رسانه ای است که فراتر از آموزش فردی، اکوسیستم اطلاعاتی را بازسازی کنند (۲۸).

این مدل ها باید بر ادغام سواد سلامت روان در برنامه های آموزشی جهانی و تدوین دستورالعمل های رسانه ای برای پوشش بحران ها تمرکز کنند، تا رسانه ها از منبعی برای اضطراب به ابزاری برای توانمندسازی تبدیل شوند (۲۹).

از منظر فلسفی و اخلاقی، سواد سلامت روان یک تعهد جمعی به حفظ کرامت انسانی در برابر طوفان اطلاعات



است. رسانه‌ها، به‌عنوان آینه‌های جامعه، باید از روایت‌های ترس‌آلود به سمت داستان‌هایی حرکت کنند که امید، همدلی و همبستگی را تقویت می‌کنند (۳۰). این تغییر نیازمند سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد است که نه‌تنها سواد سلامت روان را در اولویت قرار دهند، بلکه رسانه‌ها را به تولید محتوای مسئولانه ملزم کنند (۳۱، ۳۲). در این مسیر، تکنیک‌های عملی مانند مدیریت زمان مصرف رسانه، انتخاب منابع معتبر، دیجیتال دیتاکس، تمرکز بر محتوای مثبت، تمرینات آرام‌سازی ذهن و گفت‌وگوی سالم با اطرافیان، ابزارهایی هستند که افراد را در برابر تأثیرات منفی اخبار توانمند می‌سازند (۳۳). این راهکارها، همراه با آموزش مداوم و همکاری بین نهادهای آموزشی و رسانه‌ای، می‌توانند سلامت روان را از حاشیه به مرکز سیاست‌های اجتماعی ببرند.

در نهایت، این تعامل دوسویه بین سواد سلامت روان و روایت رسانه‌ای، پارادایمی جدید را پیشنهاد می‌کند: جامعه‌ای که در آن بحران‌ها نه نقطه پایان، بلکه فرصتی برای بازسازی روانی و اجتماعی هستند. با پرورش جوامعی آگاه و رسانه‌هایی مسئول، می‌توانیم آینده‌ای بسازیم که در آن سلامت روان نه‌تنها حفظ شود، بلکه به‌عنوان پایه‌ای برای توسعه پایدار و همبستگی انسانی شکوفا گردد (۳۴). این چشم‌انداز، فراتر از مدیریت بحران، از ما دعوت می‌کند تا جهانی را تصور کنیم که در آن هر فرد، با آگاهی و حمایت، بتواند روایت زندگی خود را با امید و قدرت بازنویسی کند.

منابع:

1. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
2. Zou, J., Zhang, Y., Wang, Y., & Li, X. (2024). The interrelationship between sleep disturbance symptoms and aggression during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among college students. *Frontiers in Public Health*, 12, 1357018.
3. Tam, M. T. (2024). A systematic review of the impacts of media mental health awareness campaigns on young people. *Journal of Health Communication*, 29(5), 453-467.
4. Zhang, H. (2024). What does media say about mental health: A literature review of media coverage on mental health. *Journal of Media and Health*, 5(3), 61-75.
5. Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291.
6. Chou, W.-Y. S., Gaysynsky, A., & Vanderpool, R. C. (2020). The COVID-19 infodemic: Infodemiology and its impact on public health. *American Journal of Public Health*, 110(9), 1323-1325.
7. Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey of mental health literacy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(9), 808-816.
8. Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
9. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
10. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
11. Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel



coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, 39(5), 355-357.

12. Zhang, Y., Ma, Z. F., & Wang, S. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychiatry Research*, 288, 112936.

13. Moss, S. J., Smith, A., Johnson, L., & Lee, R. (2025). Evidence-based consensus statements for digital tools to improve mental health literacy. *Nature Scientific Reports*, 15, 12947.

14. Zhang, J., Li, M., & Li, Y. (2025). Problematic media use, mental health literacy, and their interaction in depression among nursing students. *BMC Nursing*, 24(1), 45.

15. Su, Z., McDonnell, D., Li, X., Shah, A., Lau, A., Abbas, J., ... & Xiang, Y.-T. (2021). Mental health consequences of COVID-19 media coverage: Risk factors and protective strategies. *Global Health*, 17(1), 118.

16. 1. Tommasel, A., Godoy, D., & Rodriguez, J. M. (2020). Tracking the evolution of crisis processes and mental health on social media during the COVID-19 pandemic. *arXiv preprint*.

17. Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D., Till, B., & Gould, M. (2020). Media effects on suicide and self-harm: The role of media reporting in mental health literacy and stigma reduction. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 877-885.

18. Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental health smartphone apps: Review and evidence-based recommendations for future developments. *JMIR Mental Health*, 3(1), e7.

19. . Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental health smartphone apps: Review and evidence-based recommendations for future developments. *JMIR Mental Health*, 3(1), e7.

20. . Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., Skehan, J., & Taylor, B. (2020). Media guidelines and suicide: A critical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1999.

21. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the

community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.

22. . Moss, S. J., Smith, A., Johnson, L., & Lee, R. (2025). Evidence-based consensus statements for digital tools to improve mental health literacy. *Nature*. (Preprint, available at Nature Archive.

23. Zhang, J., Meng, L., & Li, Y. (2025). Problematic media use, mental health literacy, and their interaction in depression among nursing students. *BMC Nursing*, 24(1), 45.

24. Su, Z., McDonnell, D., Li, X., Shah, A., Lau, A., Abbas, J., ... & Xiang, Y.-T. (2021). Mental health consequences of COVID-19 media coverage: Risk factors and protective strategies. *Global Health*, 17(1), 118.

25. Tommasel, A., Godoy, D., & Rodriguez, J. M. (2020). Tracking the evolution of crisis processes and mental health on social media during the COVID-19 pandemic. *arXiv preprint*.

26. Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D., Till, B., & Gould, M. (2020). Media effects on suicide and self-harm: The role of media reporting in mental health literacy and stigma reduction. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 877–885

27. Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental health smartphone apps: Review and evidence-based recommendations for future developments. *JMIR Mental Health*, 3(1), e7.

28. Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., Skehan, J., & Taylor, B. (2020). Media guidelines and suicide: A critical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1999.

29. [Author(s) unknown]. (2025). Impact of media-induced uncertainty on mental health: Narrative ... *JMIR Mental Health*.

30. [Author(s) unknown]. (2025). Access to healthy information: The interaction of media literacy and ... *BMC Public Health*, 25, 24022.

31.[Author(s) unknown]. (2023). Social media and mental health in students: A cross-sectional study during the Covid-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 23, 4859.

32.Author(s) unknown]. (2023). The impact of social media on the mental health of adolescents and young adults: A





systematic review. PMC.

33.[Author(s) unknown]. (2022). Understanding the impact of social media on public mental health and crisis management during the COVID-19 pandemic. Frontiers Research Topic.

. [Author(s) unknown]. (2025). Social media and teens' mental health: What teens and their parents say. Pew Research Center.



با کارشناس سلامت روان از تجربه بحران تا افق التیام



دکتر علی بهرام نژاد

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، مدیرگروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی کرمان)



با کارشناس سلامت روان از تجربه بحران تا افق التیام

هر روز شاهد اتفاقات و حوادثی هستیم که بسیاری از افراد را تحت تأثیر خود قرار می دهند. این اتفاقات شامل سیل، زلزله، جنگ، درگیری های خیابانی و ... می باشد. کودکان، زنان و مردان زیادی تحت تأثیر ناگوار این حوادث قرار می گیرند، مخصوصاً زمانی که منجر به از دست دادن عزیزان و نزدیکان شود یا شاهد مستقیم این حوادث تلخ و ناگوار باشند. پاسخ افراد به این حوادث و بلايا تابع بسیاری مسائل مثل میزان مواجهه، سطح رشدی، نوع واکنش اطرافیان، میزان حمایت خانوادگی و اجتماعی، میزان مهارت های سازگارانه و سطح تاب آوری می باشد. اما هر چه سن پایین تر و سطح تاب آوری کمتر و شدت حادثه بیشتر باشد عوارض روانشناختی بیشتر و طولانی تری بر روی بازماندگان می گذارد.

به دنبال بلايا اغلب افراد هیجان ها و تجارب ناخوشایندی را تجربه می کنند. واکنش ها ممکن است ترکیبی از سردرگمی، ترس، ناامیدی، درماندگی، بی خوابی، دردهای جسمی، اضطراب و خشم، سوگ، شوک، خشونت و

بی‌اعتمادی، احساس گناه و شرم، ازدست دادن اعتماد و اطمینان از خود باشد. نقش یک متخصص سلامت روان (روانپزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی) آن است که با ارائه خدمات حمایت‌های روانی اجتماعی که شامل کمک‌های اولیه روانشناختی و استفاده از تکنیک‌های بهبودی است، یک محیط امن، آسوده، مرتبط با دیگران، خودکارآمد، توانمند و پرامید را فراهم می‌کند. کمک‌های روانشناختی یک کارشناس سلامت روان شامل موارد زیر می‌باشد:

- به افراد کمک می‌کند تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، سرپناه و خدمات پزشکی را تامین کند و اطلاعات درست و آسانی به افراد در مورد چگونگی رفع این نیازها دهد (فراهم کردن امنیت و حمایت).
- به افرادی که تمایل دارند درمورد حادثه اتفاق افتاده و احساساتشان صحبت کنند، گوش دهد (فراهم کردن آسودگی و آرامش).
- با افراد مهربان و دوستانه رفتار کند، حتی اگر آن‌ها او را نپذیرند (فراهم کردن آسودگی).
- اطلاعات درست و دقیقی درمورد حادثه، آسیب و اقداماتی که درحال انجام است ارائه دهد. این کار می‌تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر بفهمند (کمک به آسودگی).
- به افراد کمک کند تا با دوستان و آشنایانشان ارتباط برقرار کنند (ارتباط با دیگران).
- افراد خانواده را دور هم جمع کند. در صورت امکان

- شرایطی فراهم نمایند تا کودکان به والدین و یا عضو نزدیکی از اعضای خانواده‌شان بازگردند (ارتباط با دیگران).
- پیشنهادات عملی و امکان‌پذیر برای اجرای کارهایی که بتواند خودکارآمدی را افزایش دهد ارائه دهد (افزایش خودکارآمدی).
 - به افراد کمک کند تا نیازهایشان را تامین کنند (افزایش خودکارآمدی^۱).
 - مکان‌های ارائه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب‌دیده معرفی کند (امیدواری).



1-Self-efficacy

به منظور رسیدن به اهداف فوق از تکنیک های زیر استفاده می شود و یک متخصص سلامت روان و کارکنان تیم سلامت بایستی در این زمینه ها مهارت لازم را داشته باشند:

۱. همدلی (Empathy)

همدلی سنگ بنای تمام ارتباطات کمک کننده است. این یک مهارت پایه است که هر کارشناس علوم روانشناختی و سلامت و حتی هر داوطلب آموزش دیده باید داشته باشد.

● همدلی چیست؟ همدلی به معنای درک و احساس کردن دنیای درونی فرد آسیب دیده از نگاه خود اوست.

نحوه اجرا:

● گوش دادن فعال: تمرکز کامل بر فرد، بدون قطع کردن صحبت هایش.

● انعکاس احساسات: گفتن جملاتی مانند: «به نظر می رسه که واقعاً ترسیده بودی...» این کار به فرد نشان می دهد که احساساتش دیده و درک می شوند.

● قضاوت نکردن: پذیرش احساسات و افکار فرد، حتی اگر برای ما قابل درک نباشند.

● هدف: ایجاد اعتماد و امنیت است. وقتی فرد احساس کند درک می شود، برای به اشتراک گذاشتن دردها و رنج هایش و دریافت کمک های بعدی آماده تر می شود.

۲. کمک های اولیه روانشناختی (PFA - Psychological First Aid)

این یک رویکرد ساختاریافته و عملی برای کمک به افراد



در روزها یا هفته‌های اولیه پس از یک حادثه تروماتیک است. کمک‌های اولیه روانشناختی یک «روان‌درمانی» محسوب نمی‌شود، بلکه یک مداخله انسانی و حمایتی است.

● کمک‌های اولیه روانشناختی چیست؟ مجموعه‌ای از اقدامات عملی برای کاهش رنج‌های اولیه روانی و فراهم کردن نیازهای اساسی.

نحوه اجرا:

● **برقراری ارتباط و ایجاد امنیت:** نزدیک شدن به شیوه‌ای آرام، محترمانه و غیرمزا‌مح.

● **تثبیت وضعیت (در صورت نیاز):** اگر فرد دچار شوک شدید، گریه‌های کنترل‌ناشدنی یا سردرگمی مفرط است، با صحبت کردن آرام و راهنمایی برای تنفس عمیق به او کمک می‌شود تا آرام‌تر شود.

● **شناسایی نیازهای فوری:** پرسیدن سوالات ساده: «الان بیشتر به چه چیزی نیاز داری؟ آب؟ پتو؟ اطلاع دادن به خانواده؟»

● **ارائه اطلاعات عملی:** دادن اطلاعات دقیق و قابل اعتماد در مورد خدمات موجود، محل دریافت غذا، خدمات پزشکی

● **ارتباط با شبکه‌های حمایتی اجتماعی:** کمک به افراد برای تماس با عزیزانشان.

● **مقابله با شایعات:** ارائه اطلاعات درست برای کاهش ترس و اضطراب ناشی از شایعات.

هدف: کاهش پریشانی حاد، تأمین نیازهای اساسی و

دسترسی افراد به خدمات ضروری کمک های اولیه
روانشناختی
این خدمات برای همه افراد درگیر در حادثه مفید است.

۳. مداخلات روانشناختی (Psychological Interventions)

این خدمات، تخصصی تر و عمیق تر هستند و معمولاً پس
از گذشت مرحله حاد بحران (چند هفته پس از حادثه) و
برای افرادی که علائم پریشانی شدیدتری نشان می دهند،
آغاز می شوند.

● مداخلات روانشناختی چیست؟ مداخلات ساختاریافته ای
که توسط روانشناسان متبحر در حوزه تروما ارائه می شوند
و هدف آن ها مدیریت افکار مزاحم، بیش برانگیختگی،
رفتارهای اجتنابی و سوگ به منظور پیشگیری از اختلالاتی
نظیر PTSD، افسردگی، اضطراب شدید، سوگ پیچیده و....
است.

نحوه اجرا (انواع روش ها):

- فنون کنترل افکار مزاحم مثل فنون تصویری، تمرین
فضای امن، تمرین توجه دوگانه و....
- تکنیک های مدیریت بیش برانگیختگی: آرام سازی
تنفسی و عضلانی، بهداشت خواب، تنظیم فعالیت های
روزانه، مدیریت زمان
- مدیریت رفتارهای اجتنابی
- مدیریت سوگ

خدمات فوق را می توان به شرح زیر توصیف کرد:

۱. همدلی: مانند آب و هوای تازه است که در تمام مراحل



حضور روانشناس باید جریان داشته باشد و پایه و اساس همه چیز است.

۲. کمک‌های اولیه روانشناختی: مانند پانسمان فوری یک زخم عمیق است. هدف آن جلوگیری از عفونت (بدتر شدن وضعیت روانی) و تثبیت بیمار (آسیب‌دیده) است تا برای درمان اصلی آماده شود. این خدمت برای همه لازم است.

۳. مداخلات روانشناختی تخصصی: مانند عمل جراحی و فیزیوتراپی است. برای زخم‌هایی است که به خودی خود بهبود نمی‌یابند و نیاز به مداخله تخصصی‌تر و زمان‌بر دارند. یک کارشناس سلامت روان ماهر می‌داند که چگونه در زمان مناسب، از هر یک از این خدمات استفاده کند تا بیشترین کمک ممکن را به آسیب دیدگان برساند.

یک کارشناس چگونه می‌تواند در یک بحران درد و رنج افراد را کم کند؟

۱. ایجاد ایمنی و آرامش (پایه اصلی کاهش رنج)

قبل از هر چیز، ذهن و بدن فرد باید از حالت «تهدید» خارج شود.

● **اقدام عملی:** کارشناس سلامت روان با لحنی آرام و بدن زبان باز به فرد نزدیک می‌شود. او ممکن است فرد را به یک مکان امن‌تر و ساکت‌تر هدایت کند، یک پتوی گرم یا یک لیوان آب به او بدهد. این اقدامات ساده به سیستم عصبی فرد این پیام را می‌رسانند که «خطر فعلاً تمام شده است».



۲. حضور داشتن و همدلی غیرکلامی

گاهی اوقات، کلمات نمی‌توانند درد را توصیف کنند. حضور آرام و حمایت‌گرانه کارشناس سلامت روان خود به تنهایی تسکین‌بخش است.

● **اقدام عملی:** کارشناس سلامت روان در کنار فرد می‌نشیند، بدون عجله و با صبر به او نگاه می‌کند. ممکن است سکوت را حفظ کند و فقط با تکان دادن سر یا نگاهی توأم با درک، به فرد نشان دهد که در کنار او است. این کار احساس «تنهایی» را کاهش می‌دهد.



۳. عادی‌سازی واکنش‌ها (Normalization)

بازماندگان اغلب فکر می‌کنند که «دچار مشکل شدید سلامت روان» شده‌اند چون واکنش‌های شدیدی مانند لرزش بدن، گیجی یا بی‌حسی احساس می‌کنند.

● **اقدام عملی:** کارشناس سلامت روان به سادگی توضیح می‌دهد: «این واکنش‌هایی که داری، مثل لرزش بدن یا احساس گیجی، واکنش‌های طبیعی یک انسان به یک اتفاق غیرطبیعی هستند. بدن و ذهن تو در حال پردازش این شوک بزرگ هستند.» این جمله ساده، بار عظیم ترس از ابتلا به مشکل شدید سلامت روان را از دوش فرد برمی‌دارد.

۴. کمک به تثبیت هیجانی (Emotional Stabilization)

وقتی فرد دچار حملهٔ پانیک یا غم شدید است، کارشناس سلامت روان از تکنیک‌های ساده برای بازگرداندن او به «اینجا و اکنون» استفاده می‌کند.

● **تکنیک بازگشت به واقعیت (Grounding) از فرد می‌خواهد:**

- چیزی که می‌بیند را نام ببرد.
 - چیزی که لمس می‌کند یا احساس می‌کند (مثلاً باد روی پوست، زبری فرش) را توصیف کند.
 - چیزی که می‌شنود را بشنود.
 - چیزی که بو می‌کند را استشمام کند.
 - چیزی که می‌چشد را بچشد.
- این تمرین ذهن را از فروپاشی و فلش‌بک به گذشته دور

می‌کند و به محیط حاضر متمرکز می‌کند.

● **تکنیک تنفس:** از بیمار می‌خواهد با او هماهنگ نفس بکشد: «بیا با هم یک نفس عمیق بکشیم... نگو داریم... و آرام آرام رهایش کنیم.» این کار می‌تواند سیستم عصبی را آرام کند.

۵. توانمندسازی و بازگرداندن احساس کنترل

فاجعه، احساس کنترل را از افراد می‌گیرد. کارشناس سلامت روان با دادن حق انتخاب‌های کوچک، این احساس را باز می‌گرداند.

● **اقدام عملی:** به جای تحمیل کمک، می‌پرسد: «دوست داری الان در موردش صحبت کنی یا ترجیح می‌دهی کمی سکوت کنیم؟»، «آیا دوست داری به کسی خبر بدهیم؟». این سوالات ساده به فرد می‌فهماند که او همچنان بر بخشی از زندگی خود مسلط است.

۶. گوش دادن بدون قضاوت (Active Listening)

رنج زمانی کاهش می‌یابد که دیده و شنیده شود. کارشناس سلامت روان، یک شنونده فعال است.

● **اقدام عملی:** صحبت‌های فرد را قطع نمی‌کند، راه حل فوری ارائه نمی‌دهد و نمی‌گوید «همه چیز درست می‌شود». فقط گوش می‌دهد و احساساتش را منعکس می‌کند: «به نظر می‌رسه واقعاً ترسیده بودی...»، «طبیعی‌ه که از دست این اتفاق عصبانی باشی.» این کار به فرد اجازه می‌دهد احساساتش را



تخلیه کند.

۷. ارتباط دادن با منابع عملی

درد روانی زمانی تشدید می‌شود که نیازهای اولیه برآورده نشود. روانشناس درد روانی را از درد عملی جدا نمی‌کند.

● **اقدام عملی:** او به فرد کمک می‌کند تا به خدمات ضروری مانند غذا، سرپناه، پزشک یا اطلاع دادن به خانواده‌اش دسترسی پیدا کند. کاهش استرس عملی، به طور مستقیم بار رنج روانی را سبک می‌کند.

۸. پیشگیری از تشدید رنج در آینده

کاهش رنج فقط مربوط به «الان» نیست، بلکه جلوگیری از تبدیل شدن این رنج به یک اختلال مزمن مانند PTSD است.

جمع‌بندی:

کارشناس سلامت روان در بحران مانند یک همراه آگاه و آموزش‌دیده عمل می‌کند که:

- آرامش را جایگزین هراس می‌کند.
- درک شدن را جایگزین تنهایی می‌کند.
- امیدواری واقع‌بینانه را جایگزین نומیدی می‌کند.
- احساس کنترل را جایگزین احساس قربانی بودن می‌کند.
- هدف او حذف کامل درد نیست (چون این کار غیرممکن است)، بلکه کمک به فرد برای تحمل درد و پردازش آن

است. این فرآیند، هسته اصلی التیام بخشی است.

منابع:

- ۱- حمایت های روانی اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه (ویژه روانپزشکان و روانشناسان بالینی) ۱۳۸۸. یاسمی و همکاران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۲- کمک های اولیه روانشناختی: ۱۳۹۲. سازمان جهانی بهداشت. ترجمه رویا فرامرزی. نشر اندیشمند
- ۳- توانمند سازی والدین در بلایا: ۱۴۰۰. علی بهرام نژاد. کتابچه آموزشی
- ۴- مجموعه بروشورهای سلامت روان در جنگ ۱۴۰۴. دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد.

5-Promoting Recovery from Disasters, Pandemics, and Trauma:2023. A Systematic Review of Brief Psychological Interventions to Reduce Distress in Adults, Children, and Adolescents Annett Lotzin; Alicia Franc de Pommereau; Isabelle Laskowsky

6- Building capacity for responding to disaster emotional and spiritual needs: A clergy, academic, and mental health partnership model (CAMP).

JD Aten, DM Boan, JM Hosey, S Topping... - ... , Practice, and Policy, 2013 - psycnet.apa.org

7- The integration of mental health and psychosocial support and disaster risk reduction: A mapping and review

B Gray, F Hanna, L Reifels - ... of environmental research and public health, 2020 - mdpi.com



دسترسی به خدمات سلامت روانی-اجتماعی جامعه نگر در بحران



دکتر مریم چگینی

(دکتری تخصصی روان سنجی، مدیر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی اراک)



دست‌رسی به خدمات سلامت روانی - اجتماعی جامعه نگر در بحران

حوادث و بحران‌های طبیعی و غیرطبیعی هرساله منجر به مرگ و میر و آسیب‌های جسمی و روانی هزاران انسان می‌شوند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر شده و تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد می‌کنند و تاثیری که بر زندگی افراد می‌گذارند طولانی مدت خواهد بود. سلامت روان به طور عام و «سلامت روان در بحران» به طور خاص، متشکل از عوامل متعدد اجتماعی/اقتصادی و فرهنگی است. بنابراین بررسی جامعه نگر سلامت روان و ابعاد آن می‌تواند نقش موثری در بازتوانی روانی اجتماعی پس از بحران‌ها داشته باشد.

سلامت روان و حمایت‌های روانی- اجتماعی در بحران‌ها (MHPSS)، به مجموعه گسترده‌ای از رویکردها و مداخلات اشاره دارد که نه تنها به دنبال درمان پریشانی روانی و طیف وسیعی از اختلالات روانی هستند، بلکه از ایجاد و دستیابی به سلامت روان ناکافی جلوگیری کرده

و بهزیستی روان- اجتماعی گسترده‌تری را برای افراد، خانواده‌ها و جوامع فراهم می‌کند.

در هنگام بحران ها، انواع جدیدی از آسیب‌پذیری ایجاد می‌شوند و آسیب‌پذیری‌های قبلی تشدید می‌گردد که می‌توانند بر تجربیات بهداشتی محلی تأثیر بگذارند. در حالی که بحران ها می‌توانند باعث همبستگی، حمایت همسالان و اقدام جمعی شوند؛ شیوع استرس، ترس، اختلال و بدتر شدن وضعیت سلامت روان را در بین جمعیت‌های مختلف از کودکان گرفته تا مراقبان، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و افراد مبتلا به بیماری روانی شدید افزایش می‌دهند. علاوه بر این، مشکلات و چالش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به وجود آمده متعاقب بروز بحران ها، همگی می‌توانند چالش دسترسی به خدمات سلامت روان را تشدید کنند (از جمله محدودیت‌های مالی، مشکلات ارتباطی و حمل و نقل در مناطق آسیب دیده، اختلالات و شیوع بیماری ها و ...).

دسترسی به خدمات سلامت روانی- اجتماعی جامعه‌نگر در شرایط بحران، یکی از مهم‌ترین راهکارهای حمایت از افراد آسیب‌پذیر و کاهش بار روانی بحران‌هاست. این خدمات با تمرکز بر پیشگیری، درمان، بازتوانی و مراقبت مستمر در سطح محلی طراحی شده‌اند تا افراد بتوانند به راحتی و بدون نیاز به مراجعه به مراکز تخصصی دوردست، از حمایت‌های روانی بهره‌مند شوند.

در چند دهه ی اخیر الگوهایی برای ارائه خدمات سلامت روان جامعه نگر مطرح شده است و یکی از این الگوها،



ارائه خدمات جامع مراکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC^۱) است. ویژگی اصلی این الگو ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران، بدون اتکا به بیمارستان های روانپزشکی است. از حدود ۴۰ سال پیش راهبردهای ارائه خدمات سلامت روان به افراد نیازمند، تحول چشمگیری یافته است چنانکه آن را انقلاب دیگری در روانپزشکی و سلامت روان می دانند. اصول این جنبش عبارتند از: تغییر دیدگاه فردنگری به جامعه نگری، مشارکت و نظارت دریافت کنندگان خدمات در برنامه ریزی و اجرا، ارائه خدمات جامع در محل زندگی افراد، تاکید به پیشگیری علاوه بر درمان، مشارکت بین بخشی و تداوم مراقبت. این رویکرد به تغییراتی بنیادی در سیاست گذاری و برنامه ریزی بسیاری از کشورها منجر شد و اکنون رویکرد غالب سلامت روان در جهان تلقی می شود.

ویژگی‌های خدمات جامعه‌نگر سلامت روانی - اجتماعی ارائه خدمات در سطح محلی برای دسترسی آسان‌تر و کاهش هزینه‌ها

براساس آخرین پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۴۰۰، شیوع یک یا چند اختلال روان‌پزشکی در افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۲۵/۱ درصد گزارش شده است. این رقم در زنان ۲۵/۷ درصد و در مردان ۲۴/۵ درصد است. شایعترین

1-Community Mental Health Centers

گروه اختلالات روانپزشکی، به ترتیب اختلالات خلقی (۱۶ درصد) و اضطرابی (۱۳/۷ درصد) است. بحران‌ها نیز منجر به تشدید اختلالات روانی مثل PTSD، افسردگی، انزوای اجتماعی حتی تا چند سال پس از حادثه می‌شوند. گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، نوجوانان و سالمندان بیش از سایرین دچار علائم اضطراب، افسردگی، پسروی رفتاری، پرخاشگری یا گوشه‌گیری می‌شوند. به منظور پوشش بهتر و افزایش دسترسی، امروزه در راستای اجرای برنامه‌های سلامت روان توسط وزارت بهداشت و طرح پزشک خانواده، غربالگری و شناسایی





اختلالات روانپزشکی در سطح مراکز خدمات جامع سلامت شهر و روستا در سطح کشور انجام شده و افراد نیازمند خدمت توسط پزشک و روانشناس مراقبت های لازم را در نزدیک ترین مرکز محل سکونت خود دریافت می کنند. **افزایش پوشش خدمات سلامت روان برای بیماران روانپزشکی**

بحران‌ها منجر به تشدید اختلالات روانی مثل PTSD، افسردگی و انزوای اجتماعی حتی تا چند سال پس از حادثه می‌شوند. گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، نوجوانان و سالمندان بیش از سایرین دچار علائم اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری، پرخاشگری یا گوشه‌گیری می‌شوند.

به منظور افزایش پوشش خدمات برای بیماران روانپزشکی، استقرار مراکز سلامت روانی اجتماعی جامعه نگر (سراج) از سال ۱۳۹۰ در کشور آغاز شد. سراج واحدهایی در داخل جامعه در یک شهرستان و خارج از بیمارستان های روانپزشکی هستند که مسئول اصلی ارائه خدمات تخصصی سرپایی می باشند. هدف از ارائه خدمات تخصصی در این مراکز ارتقای کمی و کیفی ارائه خدمات به بیماران شدید روانپزشکی و از این طریق ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان و رضایت بیماران و خانواده آنان از خدمات می باشد. در این راستا طیف وسیع تری از بیماران تحت پوشش قرار گرفته و همچنین خدماتی که تا کنون علی رغم ضروری بودن، جای آن ها در نظام ارائه خدمات خالی بود، تعریف شده و تحت پوشش قرار گرفته اند.

تمرکز بر مراقبت پس از ترخیص بیماران روان پزشکی و جلوگیری از بستری مجدد

در برنامه های ارائه خدمات روانپزشکی به بیماران روانی، بررسی نیازهای بیماران و خانواده های آنان از اهمیت بسیاری برخوردار می باشد، زیرا بیماران روانی دارای نیازهای درمانی و مراقبتی متعددی می باشند که در فرایند درمان و کنترل بیماری نقش موثری ایفا می نماید.

هدف نهایی، درمان و مراقبت مبتنی بر جامعه است که این امر مستلزم پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و ادامه درمان و مراقبت در محل زندگی آنان می باشد. برای دستیابی به این هدف، خدمات سلامت روان در جامعه باید گسترش یابد و درمان ها و مراقبت های جامع و محلی را برای بیماران و خانواده های آنان ارائه نمایند، به نحوی که بتوانند طیفی از تسهیلات را برای گروه های خاص بیماران تامین کنند.

الگوی مراقبت بیماران روانپزشکی در مراکز سلامت روانی اجتماعی جامعه نگر (سراج)، خدمات پس از ترخیص شامل پیگیری تلفنی، ویزیت در منزل، آموزش به بیماران و خانواده آن ها را فراهم کرده است. در ویزیت در منزل، ویزیت بیماران واجد شرایط در منزل صورت می گیرد. در پیگیری تلفنی، مدت معینی قبل و بعد از زمان مقرر هر ویزیت با بیمار تماس تلفنی گرفته شده و ضمن یادآوری زمان ویزیت، هر گونه تغییر احتمالی در برنامه ویزیت به بیماران یادآوری می شود. این خدمات توسط تیمی متشکل از روانپزشک، روانشناس، مددکار و روان پرستار



صورت می‌گیرد. مشارکت بین‌بخشی و ساماندهی ظرفیت‌های سایر سازمان‌ها

ماهیت چندوجهی بحران‌ها به مشارکت سایر بخش‌ها و سازمان‌ها نیازمند است. آموزش و پرورش، بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، شهرداری‌ها، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، انجمن‌های روانپزشکی و روانشناسی و... می‌توانند همراه با وزارت بهداشت در بحران‌ها، خدمات اجتماعی مورد نیاز آسیب دیدگان را ارائه نمایند؛ از جمله ارائه خدمات مشاوره حضوری، تلفنی (۱۴۸۰ یا ۴۰۳۰)، مراکز توانبخشی و بازتوانی بیماران مزمن، مراقبت سالمندان، اورژانس اجتماعی، حمایت از کودکان بی‌سرپرست و خیابانی، زنان آسیب‌دیده، معلولین، خدمات خطوط اورژانس روان، اجرای پروتکل‌های سلامت روان دانش‌آموزان در بحران، افزایش پوشش خانواده‌های تک‌سرپرست و بی‌سرپرست و ...

برنامه ملی پاسخ‌نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها و برنامه بازتوانی روانی-اجتماعی؛ بر لزوم همکاری بین‌بخشی در بحران‌ها با تولیت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تاکید کرده است. جلسات هماهنگی برای مسئولین سازمان‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای متخصصین سلامت روان به منظور آمادگی و افزایش ظرفیت مداخلات سلامت روان طراحی و برنامه‌ریزی شده است.

افزایش تاب آوری

اتخاذ رویکرد مبتنی بر اجتماع، آموزش از طریق گروه های همسان، تشکیل شبکه های اجتماعی محلی و توجه به ارزش های حاکم بر جامعه آسیب دیده؛ توانمندسازی، تاب آوری و افزایش مهارت های مقابله ای در بحران را به همراه دارد.





مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی

مشارکت اجتماعی و فعال بازماندگان در امداد و بازسازی پس از بحران‌ها، منجر به داشتن احساس کنترل بر محیط، توانمندشدن افراد، احساس تعلق و مالکیت و تلاش بیشتر برای حل مشکلات می‌شود. افراد از راه مشارکت احساس می‌کنند که بر زندگی خود و اجتماع خود کنترل دارند. فایده دیگر مشارکت افراد، به وجود آوردن یکپارچگی مجدد در افراد و خانواده در اجتماع است و می‌تواند به بازسازی شبکه‌های اجتماعی کمک کند. تمام این فعالیت‌ها عامل مهمی برای بهبودی و موفقیت است.

در نظر گرفتن ابعاد مختلف هر پدیده، عواقب هر مداخله و تلاش در جهت هرچه جامع‌تر دیدن انسان را جامع‌نگری گویند. مسئله جامع‌نگری در حال متحول کردن دانش پزشکی و تغییر در برخوردهای یک سویه با سلامتی و بیماری است. در پزشکی جامعه‌نگر نیازهای جامعه با تازه‌ترین دستاوردهای علمی جهان منطبق می‌گردد. مسئله سلامت روان جامعه‌نگر در بحران‌ها علی‌رغم دستاوردهای مهم سال‌های گذشته متاثر از موانع و چالش‌هایی است. موانع کلیدی همچون انگ اجتماعی، کمبود منابع، نبود پروتکل‌های جامع در زمان بحران، فقدان زیرساخت‌های گسترده روان‌درمانی کودک-محور، دسترسی ضعیف روستایی و ... وجود دارد. راهکارهای عملیاتی ارائه‌شده می‌تواند برای کاهش شکاف‌ها و رفع موانع دسترسی، موثر واقع شود؛ از جمله:



- اجرای کمپین‌های انگ زدایی سلامت روان در مدارس، رسانه‌ها، اماکن مذهبی و اجتماعات محلی؛ با تاکید بر عادی‌سازی مراجعه به روانشناس و مددکار.
- حمایت و توسعه مدل‌های توان بخشی اجتماع محور (تشکیل گروه‌های حمایت هم‌تا، مربیان محلی، گروه‌های معنویت‌محور).
- تشویق و حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در بسیج و مشارکت جامعه هدف در برنامه‌ها.
- ایجاد و حمایت از «فضاهای دوستدار کودک» با مشاوره، بازی‌درمانی و آموزش والدین برای مدیریت بحران فرزندان.
- تشکیل گروه‌های حمایت زنان با محوریت تاب‌آوری، سواد سلامت روان، خودمراقبتی و پیونددهی به خدمات بیماری‌های زنان و مقابله با خشونت
- توسعه برنامه‌های بازدید/ سرکشی، اطلاع‌رسانی مناسب‌سازی‌شده و حمایت تسهیل‌شده برای سالمندان



- دچار ناتوانی جسمانی یا فناوری.
- افزایش بودجه اختصاصی (ملی و استانی) برای خدمات سلامت روان اجتماع‌محور، به‌ویژه در بحران‌ها.
- گسترش تیم‌های سیار بالینی/ مشاورتی و توسعه زیرساخت مشاوره تلفنی/ آنلاین.
- تدوین و بومی‌سازی پروتکل‌های مداخلات سلامت روان بحران‌محور، سن‌محور و مبتنی بر جنسیت.

منابع:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۰-۱۴۰۱). دومین پیمایش ملی سلامت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴). برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴). دستورالعمل حمایت‌های روانی-اجتماعی در بحران و بلایا.

مقدم م، ساعد گ، سهرابی ف، مدرسی س، شمس ن. (۱۴۰۰). اثربخشی مراقبت روان پزشکی در منزل برپیماند درمانی بیماران اسکیزوفرنی تازه ترخیص شده. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، (۲۶)، ۹۷-۱۰۷.

زارعی م، فرح آبادی م، رضایی م، رضایی آ (۱۳۹۶). خدمات سلامت روان جامعه نگر (مرور سیستماتیک). اولین همایش منطقه ای توسعه علوم پرستاری و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه نگر.

چراغی ف، شمسایی ف، ریاضی ه (۱۳۸۹). بررسی نیازهای درمانی و مراقبتی خانواده بیماران روانی پس از ترخیص از مرکز روانپزشکی فرشچیان همدان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، (۲) ۱۸، ۲۱-۱۵.

Sharon Abramowitz a , Emma Louise Backe b, Wilfred Gwaikolo c , Susan Nkengasong d, Dhruvi Banerjee e, Sarah M. Murray (2025). Mental health interventions in public health emergencies: The best and the rest in research, evidence, intervention, and policy responses. SSM - Mental Health 7 (2025) 100375.

Anifat Ajayi a, Akweley Thompson m (2025). Community-based approaches to mental health support in the United States. International Journal of Frontline Research in Pharma and Bio Sciences, 2025, 04(01), 001007-



حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران



راهله علیرضایی (کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، رئیس گروه سلامت روانی،

اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد)

صابر موسایی گله (کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس سلامت روان معاونت

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد)

حمیرا مالکی (کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، کارشناس سلامت اجتماعی معاونت

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد)



حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران

مقدمه

در دنیای امروز، بحران‌ها اعم از همه‌گیری‌ها، بلایای طبیعی، تغییرات آب و هوایی، درگیری‌های اجتماعی و بحران‌های ناشی از جنگ و درگیری‌های مسلحانه، به طور فزاینده‌ای بر جوامع تأثیر می‌گذارند.

گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان، کودکان، افراد معلول، پناهندگان، افراد کم‌درآمد، زنان، کودکان در مناطق جنگی و قربانیان پس از جنگ، اغلب بیشترین آسیب را از این بحران‌ها می‌بینند. این آسیب‌ها نه تنها شامل خسارات فوری مانند از دست دادن جان و مال هستند، بلکه اثرات بلندمدتی مانند ترومای روانی، ناامنی غذایی و جابه‌جایی اجباری را نیز به همراه دارند. حمایت از این گروه‌ها نه تنها یک وظیفه اخلاقی است، بلکه یک مسئولیت همگانی به شمار می‌رود که می‌تواند به تاب‌آوری جمعی جامعه کمک کند.

مفهوم مسئولیت جمعی در حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر

مسئولیت جمعی به معنای احساس مشترک تعهد نسبت به حمایت از دیگران در زمان بحران است. بر اساس تحقیقات، این مفهوم می‌تواند به عنوان یک مکانیسم کلیدی برای مدیریت بحران عمل کند. برای مثال، در مطالعه‌ای بر روی تاب‌آوری جمعی در دوران بحران، تأکید شده که هویت جمعی می‌تواند انگیزه‌ای برای حمایت متقابل ایجاد کند و افراد را به عنوان حاملان مسئولیت‌های اجتماعی ببیند. این رویکرد به ویژه در بحران‌هایی مانند کووید-۱۹ مؤثر بوده، جایی که حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر مانند افراد مسن یا بیماران مزمن، به کاهش نابرابری‌های بهداشتی کمک کرده است. داده‌های این تحقیق نشان می‌دهد که جوامعی با سطح بالای مسئولیت جمعی، نرخ مرگ و میر سالمندان را تا ۲۰-۳۰٪ کاهش داده‌اند.

احساس مسئولیت جامعه در مدیریت بحران، ارزش‌های مدنی و حمایت متقابل، می‌توانند اقدامات جمعی را تقویت کنند و منجر به کاهش آسیب در گروه‌های آسیب‌پذیر شوند.

در زمینه بحران‌های جنگ، مسئولیت جمعی، نقش حیاتی در حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر ایفا می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که درگیری‌های مسلحانه منجر به تخریب، اختلال و کاهش سرمایه انسانی می‌شود و زنان و کودکان بیشترین آسیب را می‌بینند. مسئولیت جمعی شامل حمایت جمعی برای بازسازی پس از



جنگ و کاهش ترومای روانی است که می‌تواند اثرات بلندمدت مانند افسردگی و اختلالات پس از سانحه را تا ۱۵-۲۵٪ کاهش دهد. همچنین، سازمان‌هایی مانند بانک جهانی بر استراتژی ۲۰۲۰-۲۰۲۵ برای شکندگی، درگیری و خشونت تأکید دارند که حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در مناطق جنگی را از طریق پیشگیری و بازسازی جمعی ترویج می‌کند.

چارچوب‌های همکاری مؤثر در بحران

یکی از آخرین تحقیقات (۲۰۲۴) چارچوبی برای همکاری



مؤثر با جوامع آسیب‌دیده از بحران پیشنهاد می‌کند که بر شفافیت، پاسخگویی و حمایت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر تأکید دارد. این چارچوب نشان می‌دهد که تلاش‌های سازمان‌یافته با مشارکت عمومی می‌تواند حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر را افزایش دهد. برای نمونه، در بحران‌های آب و هوایی، مسئولیت جمعی منجر به توزیع بهتر منابع برای اقلیت‌های قومی شده و نرخ تاب‌آوری را تا ۴۰٪ بهبود بخشیده است.

در زمینه بحران کووید-۱۹، مکانیسم‌های تاب‌آوری جمعی مورد بررسی قرار گرفته و مشخص شده که آگاهی از ریسک، اعتماد و استقلال در واحدهای حرفه‌ای، می‌تواند حمایت فردی‌شده از گروه‌های آسیب‌پذیر را فراهم کند. در بحران‌های جنگ، همه نهادها بر مسئولیت مشترک برای حفاظت از غیرنظامیان تأکید دارند. چارچوب‌ها شامل تقویت رعایت قوانین بشردوستانه بین‌المللی و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان پس از جنگ است. همچنین، گزارش‌های کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC) چالش‌های قوانین بشردوستانه در درگیری‌های معاصر را برجسته می‌کند، مانند حفاظت از افراد معلول و غیرنظامیان در جنگ‌های شهری و بر مسئولیت جمعی برای کاهش آسیب تأکید دارد.

اقدامات عملی برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر

برای حمایت مؤثر از گروه‌های آسیب‌پذیر، لازم است اقدامات در دو مرحله تعریف شوند: اقدامات اولیه در مواجهه با بحران



و مداخلات بلندمدت برای بازسازی و تاب‌آوری. جدول زیر، گروه‌های کلیدی آسیب‌پذیر و اقدامات پیشنهادی را ارائه می‌دهد که با ادغام دستورالعمل‌های مدیریت بلایای وزارت بهداشت ایران (مانند برنامه‌های DART برای آمادگی خانوار، سبد غذایی در بحران برای گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای مانند زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال و اقدامات ایمنی سازه‌ای و غیرسازه‌ای) گسترش یافته است.

گروه آسیب‌پذیر	اقدامات اولیه در مواجهه با بحران (کوتاه‌مدت)	مداخلات بعدی و بلندمدت
سالمندان	شناسایی و اولویت‌بندی افراد مسن برای تخلیه ایمن، ارائه مراقبت‌های پزشکی فوری مانند داروهای ضروری و غذا، برقراری ارتباط مناسب برای جلوگیری از ایزوله شدن، تهیه کیف اضطراری شامل آب و غذا برای ۷۲ ساعت.	حمایت روانی برای کاهش افسردگی و اضطراب، ادغام در برنامه‌های بازسازی جامعه، توسعه سیستم‌های حمایتی بلندمدت مانند مراقبت در منزل و دسترسی به خدمات بهداشتی پایدار، آموزش عمومی برای کاهش آسیب‌پذیری.
کودکان	تأمین نیازهای اولیه مانند غذا، آب و سرپناه امن، جداسازی از خطرات فوری مانند خشونت یا بیماری، ارائه حمایت روانی اولیه برای کاهش تروما، توزیع سبد غذایی ویژه کودکان زیر ۵ سال.	آموزش و ادغام در برنامه‌های آموزشی پس از بحران، حمایت از خانواده‌ها برای بازسازی روابط، برنامه‌های بلندمدت برای جلوگیری از سوءتغذیه و بهره‌کشی، مانورهای آموزشی برای آمادگی خانوار.

**دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران ها
و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی
حمایت از گروه های آسیب پذیر در بحران**

افراد معلول	ارزیابی نیازهای خاص مانند تجهیزات کمکی برای تخلیه، دسترسی به خدمات پزشکی فوری، همه‌پندگی با ارائه‌دهندگان خدمات برای تداوم مراقبت، هشدار اولیه برای افراد با محدودیت حرکتی.	ادغام در برنامه‌های کاهش ریسک فاجعه، آموزش جامعه برای حمایت، توسعه زیرساخت‌های قابل دسترسی برای بازسازی بلندمدت، مقاوم‌سازی سازه‌ای بر اساس آیین‌نامه‌های ایمنی.
پناهندگان و آوارگان داخلی	ارائه کمک‌های اولیه مانند غذا، بهداشت و سرپناه موقت، حفاظت از خشونت و بهره‌کشی در کمپ‌ها، بیمه و مراقبت پزشکی.	ادغام در جامعه میزبان، حمایت قانونی برای حقوق، برنامه‌های اقتصادی برای خودکفایی بلندمدت مانند آموزش مهارت‌ها، حمایت مالی و وام‌ها برای بازسازی.
افراد کم‌درآمد و حاشیه‌نشین	توزیع منابع اولیه مانند غذا و آب برای جلوگیری از ناامنی غذایی، اولویت‌بندی در برنامه‌های امدادی فوری، ثبت نیازها در نظام مراقبت DSS	برنامه‌های کاهش فقر، آموزش حرفه‌ای، تقویت تاب‌آوری جامعه از طریق کاهش ریسک‌های اقتصادی و اجتماعی، توسعه زیرساخت‌ها مانند سدسازی.
زنان و کودکان در مناطق جنگی	حفاظت فوری از آسیب های جنسی، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و روانی، جداسازی از مناطق خطرناک، توزیع سبد غذایی برای زنان باردار.	حمایت از بازسازی روانی، برنامه‌های آموزشی برای پیشگیری از آسیب، ادغام در فرآیندهای صلح برای کاهش ترومای پس از جنگ، آموزش مستمر عمومی.



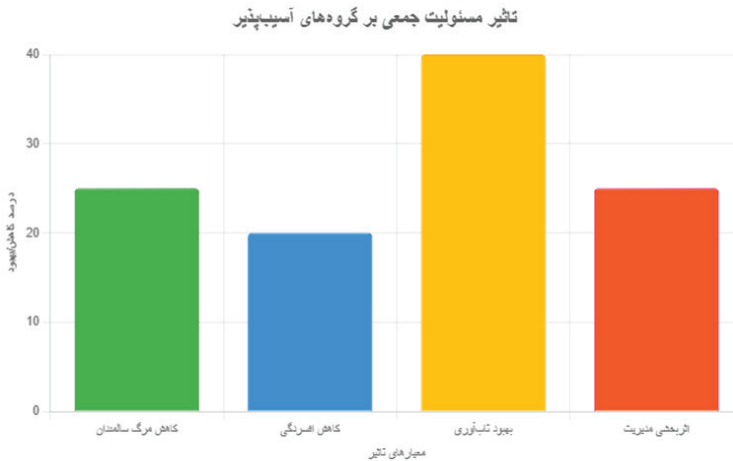
برنامه‌های بلندمدت برای بازسازی اقتصادی، حمایت روانی از تروما، مسئولیت جمعی برای ادغام در جوامع میزبان	ارائه کمک‌های بشردوستانه فوری برای جابه‌جایی و امنیت، حمایت از دسترسی به خدمات پایه، حمایت روانی اولیه.	قربانیان پس از جنگ (مانند پناهندگان جنگی)
برنامه‌های بلندمدت برای کاهش آسیب‌پذیری تغذیه‌ای، آموزش - نیازسنجی، حمایت روانی - اجتماعی برای بازسازی.	ارزیابی تغذیه‌ای فوری، توزیع سبد غذایی مطلوب در بحران، مراقبت‌های پزشکی رایگان.	زنان باردار و افراد با اختلالات مزمن
برنامه‌های توانبخشی و خودکفایی، وام‌های اشتغال و ادغام اجتماعی برای کاهش آسیب‌پذیری بلندمدت.	ارائه حمایت روانی و پزشکی فوری و اولویت در کمپ‌های موقت.	معتادان و افراد منزوی اجتماعی

پیوند بحران‌ها و مسئولیت جمعی

بحران‌هایی مانند کووید-۱۹ با نابرابری‌های بهداشتی، بحران آب و هوایی و ترومای جمعی پیوند خورده‌اند. تحقیقاتی در سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که درک اهمیت بهداشت عمومی می‌تواند حمایت سیاسی برای مقابله با آسیب‌پذیری‌ها ایجاد کند و مسئولیت جمعی را به عنوان کلیدی برای کاهش تروما برجسته می‌کند. داده‌های این مقاله، بر اساس تحلیل جهانی، نشان‌دهنده کاهش ۱۵-۲۵٪ در موارد افسردگی پس از بحران در گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان و زنان در جوامع با مسئولیت جمعی بالا بوده است.

برای نمایش بصری تأثیرات مسئولیت جمعی، نمودار میله‌ای زیر ارائه شده است که درصد کاهش یا بهبود در معیارهای کلیدی را نشان می‌دهد. این نمودار نشان‌دهنده کاهش ۲۵٪ در مرگ سالمندان، کاهش ۲۰٪ در افسردگی، بهبود ۴۰٪ در تاب‌آوری در بحران‌های آب و هوایی، و افزایش ۲۵٪ در اثربخشی مدیریت بحران است.





این نمودار به وضوح نشان می‌دهد که مسئولیت جمعی چگونه می‌تواند به کاهش آسیب‌ها و تقویت تاب‌آوری در بحران‌ها کمک کند.

در بحران‌های جنگ، پیوند با آسیب‌های پس از آن مانند ناامنی غذایی، مهاجرت اجباری و آسیب‌های زیست‌محیطی برجسته است. تحقیقات نشان می‌دهد که درگیری‌ها توسعه انسانی را از طریق تخریب و اختلال کاهش می‌دهند و مسئولیت جمعی برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر ضروری است. همچنین، حفاظت از محیط زیست در درگیری‌ها، مانند اصول پیشنهادی کمیسیون حقوق بین‌الملل، به کاهش آسیب به گروه‌های وابسته به منابع طبیعی کمک می‌کند و مسئولیت جمعی را تقویت می‌نماید.

نتیجه‌گیری

حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران‌ها، به ویژه در جنگ و پس از آن، یک وظیفه همگانی است که از طریق تقویت مسئولیت جمعی، به تاب‌آوری اجتماعی منجر می‌شود. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که رویکردهای مبتنی بر همکاری، شفافیت و حمایت متقابل، نه تنها آسیب‌ها را کاهش می‌دهند بلکه جوامع را قوی‌تر می‌سازند. برای اجرای این مسئولیت، نیاز به سیاست‌گذاری‌های عمومی، آموزش‌های اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های عملی مانند جدول پیش گفت است تا همه افراد جامعه در حمایت از آسیب‌پذیران مشارکت کنند.

منابع:

1. Khankeh HR, Masoumi G, Hosseini MA, et al. Policies on protecting vulnerable people during disasters in Iran: a document analysis. *Trauma Mon.* 2016;21(3):e31341. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5124126/>
2. Iran Ministry of Health. 2021. جزوه مدیریت خطر بلایا. Available from: <https://iranarze.ir/wp-content/uploads/202102/...>
3. Elchereth G, Drury J. Collective resilience in times of crisis: lessons from the literature for socially effective responses to the pandemic. *Br J Soc Psychol.* 2020;59(3):70313-. Available from: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjso.12403>
4. Boyd NM, Martin EC. Sense of community responsibility at the forefront of crisis management. *Adm Theory Prax.* 2022;44(2):91109-. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10841806.2020.1765288/>
5. World Bank Group. Fragility, conflict and violence overview. 20202025-. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview>
6. Independent Evaluation Group (IEG), World Bank. Evaluation of



- the World Bank Group strategy for fragility, conflict, and violence 20202025 .25-. Available from: <https://ieg.worldbankgroup.org/reports/evaluation-world-bank-group-strategy-fragility-conflict-and-violence-202025--approach-paper>
7. Rose J, Adler CM. A framework for effective collaboration with crisis-affected communities. *Challenges*. 2024;15(1):13. Available from: <https://www.mdpi.com/207813/1/15/1547>-
8. Mokline B, Ben Abdallah MA. The mechanisms of collective resilience in a crisis context: the case of the «COVID-19» crisis. *Glob J Flex Syst Manag*. 2022;23(1):87103-. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s401717-00293-021>-
9. International Committee of the Red Cross (ICRC). International humanitarian law and the challenges of contemporary armed conflicts. 2025. Available from: <http://international-review.icrc.org/articles/reports-and-documents-ihl-and-the-challenges-of-contemporary-armed-conflicts-927>
10. Security Council Report. Protection of civilians in armed conflict: annual open debate. 2025. Available from: <https://www.securitycouncilreport.org/whatsinblue/2025104079/05.php>
11. Watchlist on Children and Armed Conflict. Monthly update - May 2025. 2025. Available from: <https://watchlist.org/publications/children-and-armed-conflict-monthly-update-may-2025/>
12. International Crisis Group. Watch list 2025 ♀ spring update. 2025. Available from: <https://www.crisisgroup.org/global/watch-list-2025-spring-update>
13. Watson MF, Bacigalupe G, Daneshpour M, et al. COVID-19 interconnectedness: health inequity, the climate crisis, and collective trauma. *Fam Process*. 2020;59(3):91225-. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12572>
14. The impacts of armed conflict on human development: a review of the literature. *J Dev Econ*. 2024;170:103306. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X24002766>

سلامت روان

ACCESS TO SERVICES-MENTAL HEALTH
IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES

خانواده، پناهگاه امن در بحران



دکتر لادن محمدی زاده

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، مدیر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه
علوم پزشکی قزوین)



خانواده، پناهگاه امن در بحران

مقدمه

خانواده به عنوان نخستین و مهمترین نهاد اجتماعی، نقش محوری در ایجاد حس امنیت و حمایت در برابر بحران‌ها دارد. بحران‌ها، چه طبیعی مانند زلزله، سیل و چه انسانی مانند جنگ و مهاجرت اجباری، تأثیر عمیقی بر روان و ساختار اجتماعی انسان دارند. خانواده به عنوان اولین منبع حمایت اجتماعی فرد، نقشی حیاتی در سازگاری با این شرایط و حفظ سلامت روانی افراد دارد.

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که تاب‌آوری خانوادگی ارتباط مستقیم با کاهش اضطراب و افسردگی دارد. همچنین تحقیقات انجام شده در دوران پاندمی حاکی از آن است که راهبردهای خانواده‌محور مانند ارتباط فعالانه، تنظیم برنامه روزانه و حمایت متقابل باعث بهبود وضعیت روانی کودکان و والدین می‌شود.

در مناطق جنگ‌زده، خانواده نه تنها پناهگاه عاطفی بلکه عامل کلیدی بقاست. مطالعات میدانی نشان داده‌اند که روابط نزدیک والدین و کودکان خطر بروز اختلال استرس

پس از سانحه را کاهش داده و بازتوانی روانی را تسهیل می‌کند. تحقیقات انجام شده بیان می‌کند خانواده بیش از هر نهاد دیگری از طریق حمایت اجتماعی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد حس امنیت می‌تواند نقش پناهگاه امن را برای افراد ایفا کند و با کاهش اضطراب و پیشگیری از مشکلات روانی در کاهش آثار روانی بحران مؤثر است و موجب حفظ انسجام اجتماعی و افزایش تاب‌آوری در سطح جامعه می‌گردد. در نتیجه سیاستگذاران باید با طراحی برنامه‌های آموزش مهارت‌های روانشناختی خانواده‌محور، ظرفیت روانی جامعه را برای مواجهه با بحران‌ها تقویت کنند.

نقش خانواده به عنوان پناهگاه امن در بحران

۱. خانواده به عنوان پناهگاه روانشناختی

خانواده با ایجاد ارتباط باز و صمیمانه، فرصت بیان ترس‌ها و نگرانی‌ها را فراهم می‌کند. حمایت روانی والدین و همسران باعث کاهش احساس تنهایی و پیشگیری از اختلالات اضطرابی می‌شود. وجود یک فرد پاسخ‌گو و قابل اتکا در محیط خانواده به کودک این امکان را می‌دهد که در مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، با اعتماد به وجود آن فرد، اضطراب خود را کاهش دهد. این پایگاه امن، اساس شکل‌گیری تاب‌آوری در برابر فشارهای محیطی است. همچنین خانواده‌هایی که پاسخ‌دهی عاطفی (واکنش سریع و متناسب والدین به نیازهای کودک)، پیشبینی‌پذیری و ثبات (رفتار قابل

پیشبینی والدین، ایجاد حس اعتماد و امنیت)، حمایت عاطفی و پذیرش (پذیرش احساسات کودک بدون قضاوت) و تشویق به استقلال) ایجاد تعادل بین حمایت، آزادی برای کاوش و تجربه) دارند، می‌توانند به عنوان پایگاه امن برای کودکان در شرایط بحران باشند.

۲. خانواده به عنوان پناهگاه عاطفی

در بحران، همدلی و محبت اعضای خانواده باعث تقویت پیوندهای عاطفی می‌شود.

۳. خانواده به عنوان پناهگاه اجتماعی

خانواده با سازماندهی منابع مالی، شبکه‌های ارتباطی و حمایت عملی، فشارهای اجتماعی و اقتصادی بحران را



کاهش می‌دهد. در شرایط بحران اجتماعی مانند جنگ یا مهاجرت، خانواده نقش هویت‌بخش و محافظتی نیز دارد.

۴. تاب‌آوری و انسجام خانوادگی

خانواده‌های منسجم و با ارتباطات سالم، بحران‌ها را به فرصت یادگیری و رشد تبدیل می‌کنند. این تاب‌آوری خانوادگی، ظرفیت بازگشت به تعادل پس از بحران را افزایش می‌دهد.

۵. حفظ انسجام و هویت

در شرایط جنگ که بی‌ثباتی اجتماعی و جابه‌جایی‌های اجباری رخ می‌دهد، خانواده با حفظ ارزش‌ها و هویت فرهنگی، به اعضا احساس تعلق و ثبات می‌بخشد. این نقش در بازسازی روانی کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد.

۶. الگوسازی و تاب‌آوری

نحوه واکنش والدین و سایر اعضای خانواده در شرایط بحران، الگوی رفتاری برای کودکان و نوجوانان است. بیان امید به آینده و مدیریت آرام بحران توسط والدین باعث تقویت تاب‌آوری روانی اعضای خانواده می‌شود.

رفتار والدین در مواجهه با موقعیت‌های پرتنش، از طریق فرایند یادگیری مشاهده‌ای، به طور مستقیم بر سبک‌های مقابله با استرس کودکان اثر می‌گذارد. در خانواده‌هایی که والدین هیجانات خود را به طور واضح و متناسب با موقعیت بیان می‌کنند، توانایی فرزندان در تشخیص و تنظیم هیجان‌های منفی به طور چشم‌گیری بالاتر است.

اقدامات خانواده در شرایط بحران

اقدام	توضیحات
ارتباط صادقانه و حمایت عاطفی	صحبت کردن بین اعضا خانواده به دور از سرزنش، توجه و شنیدن احساسات یکدیگر، ابراز همدلی و محبت اعضای خانواده
تقویت باورها و معنا دادن به بحران	داشتن روایت مشترک در خانواده، تفکر مثبت و معنا دادن به آنچه اتفاق افتاده به خانواده‌ها کمک می‌کند حس بهتری نسبت به کنترل وضعیت داشته باشد.
هماهنگی در حل مسئله و تصمیم‌گیری مشترک	برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات قابل کنترل، تقسیم وظایف و همکاری در یافتن راه حل‌های عملی
استفاده از حمایت اجتماعی	کمک گرفتن از فامیل، دوستان، گروه‌های اجتماعی یا مذهبی، به اشتراک گذاشتن تجربیات و دریافت حمایت بیرونی
پذیرش وابستگی به منابع بیرونی و کنترل ناپذیرها	شناخت این که برخی چیزها خارج از کنترل هستند، پذیرش آن‌ها و تمرکز بر آنچه قابل تغییر است.
پرهیز از استراتژی‌های ناسازگار	نظیر خودسرزنی، بزرگ‌نمایی مشکلات، نگرانی بیش از حد، انکار، قطع ارتباط عاطفی (این استراتژی‌ها ممکن است آسیب روانی را تشدید کنند).
حفظ نگرش مثبت و امیدواری	تمرکز بر نقاط قوت، تشویق یکدیگر، تشکر و قدردانی حتی در شرایط سخت

نقش خانواده در بحران در گروه های سنی

کودکان خردسال

کودکان خردسال به شدت تحت تأثیر استرس والدین قرار می گیرند. پژوهشی در سال ۲۰۲۵ نشان داد که بیش از ۵۳٪ والدین پس از پاندمی دچار استرس متوسط تا شدید هستند و این امر با مشکلات خواب، گریه و مشکلات رفتاری کودکان مرتبط است. حمایت عاطفی والدین، حفظ روال زندگی و کاهش استرس والدین از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از آسیب های روانی کودکان است.

کودکان پیش نوجوان

در سنین ۹ تا ۱۳ سال، احساس امنیت، ارتباط مثبت با والدین و امید به آینده بسیار مهم است. بررسی ها در سال های اخیر نشان می دهد خانواده هایی که مهارت حل مسئله و ارتباط شفاف دارند، فرزندان شان رضایت بیشتری از زندگی و احساسات منفی کمتری تجربه می کنند.

نوجوانان

نوجوانان در بحران ها با چالش های هویتی، فشار تحصیلی و اضطراب مواجه اند. مطالعات نشان داده اند که تاب آوری خانواده، کیفیت رابطه والد - فرزند و قدرت های شخصی نوجوانان به طور معناداری با کاهش علائم افسردگی و اضطراب مرتبط هستند. بنابراین، ارتباط باز، مشارکت نوجوانان در تصمیم گیری و حمایت هیجانی نقش مهمی در ارتقای سلامت روان آنان دارد.



سالمندان

سالمندان در بحران‌ها بیشتر در معرض احساس تنهایی، اضطراب و افت کیفیت زندگی هستند. پژوهشی در سال ۲۰۲۴ نشان داد که زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت اجتماعی، سبک زندگی سالم‌تر و سلامت روان بالاتری را برای سالمندان به همراه دارد. حضور خانواده و مشارکت فعال آنان در مراقبت از سالمندان، عامل مهمی در پیشگیری از افسردگی سالمندان است.

منابع:

- ۱- حمایت‌های روانی اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه (ویژه روانپزشکان)
 - American Psychological Association (2022). Coping with Disasters. APA.
 - Heinrichs, M., von Dawans, B., & Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30(4), 548-557.
 - Masten, A. S., & Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
 - Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
 - Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience*. Guilford Publications.
 - Family Resilience and Adolescent Mental Health in Chinese Families: The Mediating Role of Personal Strengths. (2025). *Applied Research in Quality of Life*.
 - Psychosocial stress in families of young children after the pandemic: no time to rest. (2025). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

- Family Resilience and Children's Subjective Well-Being: A Two-Wave Study. (2024). MDPI Children.
- Family Resilience and Adolescent Mental Health in Chinese Families: The Mediating Role of Personal Strengths. (2025). Applied Research in Quality of Life.
- Parent-Child Relationship, Resilience Beliefs, Relationship Quality and Stress During the Pandemic in American Families. (2024). Child & Family Social Work.
- The association between household and family composition and mental health of the elderly: mediating role of lifestyle. (2024). BMC Public Health.
- Martínez-Montilla, J. M., Amador-Martín, B., & Guerra-Martín, M. D. (2017). Family coping strategies and impacts on family health: A literature review. *Enfermería Global*, 16(47). Available at: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en_1695-6141-eg-1600576-47-.pdf
- Gayatri, M. et al. (2022). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35399750/>
- Vladislav, E. O., Marc, G., Paica, C-I., & Pop, O. (2024). Family resilience in a social-ecological context – emotional difficulties and coping strategies. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2024.1421745/full>
- Froma Walsh (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35(3): 261-281. Available at: https://www.researchgate.net/publication/227959319_The_Concept_of_Family_Resilience_Crisis_and_Challenge
- Bowlby, J.(1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. M. (2007). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شعار هفته ملی سلامت روان

دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی

ACCESS TO SERVICES - MENTAL HEALTH IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES



معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد