

وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم

دکتر سیداکبر بیانزاده*، دکتر پدا... اسلامی**، دکتر عزت ا... سام آرام***
دکتر ستاره فروزان****، دکتر مصطفی اقلیما*****

نظر به اهمیت کمک‌رسانی به موقع و مداخله فوری بلافاصله پس از بروز بلاهای طبیعی به‌ویژه حوادثی که با خسارت‌ها و تلفات جانی گسترده همراه هستند؛ و نیز ضرورت اقدامات کوتاه و بلند مدت، در پیش‌گیری از پیامدهای زیان‌بار روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از این‌گونه حوادث، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت زندگی بازماندگان زمین‌لرزه بم و میزان رضایت آن‌ها از اقدامات صورت‌گرفته در چند هفته پس از بروز زمین‌لرزه یاد شده انجام شده است. در این پژوهش که از نوع زمینه‌یابی است به منظور ارزیابی وضعیت زندگی خانواده‌ها و سنجش نیازهای آنان، با ۳۶۳ تن از سرپرست خانوارها (۲۰۳ زن و ۱۶۰ مرد)، مصاحبه‌هایی مکالمه‌گونه به عمل آمد که افراد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای - تصادفی از میان کل بازماندگان ساکن در چادرهای نصب شده در شهرستان بم انتخاب شده بودند. برای گردآوری داده‌ها یک پرسش‌نامه چهار بخش (الف: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ ب: وضعیت محل زندگی؛ ج: وضعیت روانی - اجتماعی؛ د: نظر افراد درباره کمک‌های دریافتی) و پرسش‌نامه‌ای دیگر

* روان‌شناس، دانش‌یار دانشگاه علوم پزشکی ایران، عضو هیأت رئیسه مؤسسه تحقیقات، بازتوانی و بهبود زندگی زنان <info@riwl.org>

** استادیار دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران، عضو هیأت رئیسه مؤسسه تحقیقات بازتوانی و بهبود زندگی زنان

*** مددکار، دانش‌یار دانشگاه علامه طباطبایی

**** روان‌پزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، عضو هیأت رئیسه مؤسسه تحقیقات بازتوانی و بهبود زندگی زنان

***** مددکار، دانش‌یار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

که دارای ۶ پرسش آزاد (در باب بازسازی منطقه آسیب‌دیده، مدیریت افراد محلی و افراد غیربومی، همچنین افراد دولتی) به کار برده شد. داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل و ارائه شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیش‌ترین درصد افراد شرکت‌کننده در این بررسی، در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال قرار داشتند و متأهل، دارای تحصیلات متوسطه و خانه‌دار بودند. درصد بالایی از آن‌ها از نظر دسترسی به امکانات و تسهیلات اولیه نظیر آب سالم بهداشتی، مواد غذایی، وسایل پخت‌وپز، دست‌شویی و توالت، صابون و مواد پاک‌کننده بهداشتی، وسایل خواب و چادر محل اقامت رضایت نداشتند و با رضایتی در حد متوسط داشتند. همچنین بسیاری از افراد این بررسی، از نظر امکانات آموزشی، فرهنگی، شغلی و تفریحی دچار مشکلات و محدودیت‌های جدی بودند به طوری که درصد بالایی از آنان هیچ‌گونه دسترسی به روزنامه، کتاب و دوره‌های آموزشی نداشته و فاقد برنامه‌های مربوط به فعالیت‌هایی بدنی و اجتماعی بوده‌اند.

افزایش مشکلات روانی - رفتاری پس از بروز حادثه یاد شده و میزان سوء‌مصرف مواد از یافته‌های دیگر این بررسی بوده است. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده اهمیت توجه به وضعیت زندگی بازماندگان و فراهم کردن هرچه بیشتر امکانات اولیه زندگی و نیز تسهیلات آموزشی، فرهنگی، تفریحی، خدمات بهداشتی، بهداشت روانی و بالاتر از آن امکانات شغلی و ایجاد کار است.

کلیدواژه‌ها: بلایای طبیعی، بم، زلزله

مقدمه

حوادث غیرمترقبه، رویدادهایی ناگهانی، غیرمنتظره و خطرناک هستند که می‌توانند تهدیدی برای زندگی افراد به شمار روند و گروه بزرگی از ساکنان یک منطقه را تحت‌تأثیر قرار دهند؛ همچنین فشاری روانی، فراتر از توان‌مندی‌ها و ظرفیت‌های سازگاری، به اعضای یک جامعه تحمیل کنند (Robrts, 2002).

از سوی دیگر طی تاریخ، طبیعت با نشان دادن چهره‌ی خشن خود با پدیده‌های ویران‌گری چون سیل، آتشفشان، توفان، گردباد، آتش‌سوزی‌های گسترده و زمین‌لرزه به انسان این نکته را یادآور شده است که این رویدادها بخشی از زندگی وی هستند، پیوسته رخ می‌دهند و نباید پنداشت که می‌توان از بروز همه آن‌ها جلوگیری کرد. اما انسان دریافت که با به‌کارگیری تدابیری می‌توان از زیان‌های مالی و جانی برخی بلایای طبیعی کاست و از بروز برخی از آن‌ها پیش‌گیری کرد. برای نمونه می‌توان با امن‌تر کردن ساختمان‌ها و سازه‌های شهری و روستایی، مقاومت آن‌ها را در برابر لرزش‌های زمین‌لرزه افزایش داد و با بهره‌گیری بخردانه از جنگل‌ها و مراتع و مهار سیلاب‌ها، از جاری شدن سیل‌های ویران‌گر پیش‌گیری کرد (کاربی، ۱۳۷۷). یکی از بلاهای طبیعی بسیار خطرناک زمین‌لرزه است. زمین‌لرزه‌های شدید بیش‌تر از سیل و توفان‌های شدید خسارت و تلفات به بار می‌آورند، زیرا تقریباً بدون اخطارهای روشن قبلی رخ می‌دهند و در زمانی کم‌تر از یک دقیقه می‌توانند فاجعه‌های وسیعی را موجب شوند. زمین‌لرزه‌های زیر دریایی، کوه‌موج‌هایی پدید می‌آورند که فعالیت آن‌ها شعاع زیادی را در بر می‌گیرد. به‌ویژه شهرهایی که نزدیک گسل‌های فعال، زمین‌های سست و ناستوار یا کنار دریا قرار دارند، در برابر زمین‌لرزه‌ها و زمین‌لرزه‌های زیردریایی بسیار آسیب‌پذیرند (هیز، ۱۳۷۷؛ Roberts, 2002). بلاهای طبیعی ویران‌گر، افزون بر آن‌که سبب مرگ و میر و آسیب‌های جسمی می‌شوند، می‌توانند ساخت‌های اجتماعی، تولید، اشتغال و درآمد را در هم بریزند؛ سبب بروز مشکلات روانی - رفتاری دیرپا و آزاردهنده در آسیب‌دیدگان و بازماندگان شوند که تا ماه‌ها و گاهی سال‌ها امکان فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی را از آنان بگیرد (Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J. 2002).

از سوی دیگر با پیش‌بینی راهکاری امروزه بسیاری از کشورهای پیش‌رفته صنعتی و برخی کشورهای روبه‌رشد توانسته‌اند در زمینه کاهش آسیب‌های ناشی از بلایای طبیعی گام‌های بلندی بردارند. با بهره‌گیری از پیشرفت‌های فن‌آوری، سیستم‌های هشدار سریع و ابزارهای سنجش به‌ویژه ابزارهایی که در فیزیک و ژئوفیزیک بکار برده می‌شوند و ابزار

اطلاع‌رسانی همگانی، امروزه تا اندازه‌ای پیش‌بینی بروز طوفان، سیل و گردباد را می‌توان در کوتاه مدت پیش‌بینی کرد و مناطق در معرض خطر را از بروز آن‌ها آگاه کرد. اما در مورد زمین‌لرزه و رانش زمین پیش‌بینی کوتاه مدت بروز آن‌ها امکان‌ناپذیر است (فروچی، ۱۳۷۷).

با توجه به افزایش پیامدهای زیان‌بار بلایای طبیعی به دلیل افزایش جمعیت شهرها و اجتماعات و بی‌ثباتی سیاسی پدید آمده در بسیاری از نقاط جهان (Rahman, 1999) در یک دهه اخیر، سازمان ملل متحد در ۱۹۹۵ کشورها را تشویق کرد تا در صورت امکان تا سال ۲۰۰۵ دست کم ۱۰ درصد از اعتبارات مالی خود را برای مدیریت بحران حوادث غیرمترقبه و اقدامات پیش‌گیرانه در بروز این حوادث اختصاص دهند. به پیشنهاد سازمان ملل متحد، جامعه جهانی باید این موضوع را به عنوان یکی از عوامل توسعه پایدار نه صرفاً به عنوان کمک‌های انسان‌دوستانه، در نظر بگیرد (Disaster Management & Mitigation in Latin American and the Caribbean, 1997).

بیکار جهانی کاهش اثرات بلایای طبیعی در ۱۹۹۷، برنامه سالانه‌ای را در چهارچوب «دهه بین‌المللی کاهش بلایا و خشکسالی‌ها» طراحی کرده است. از سوی دیگر بهداشت روانی آسیب‌دیدگان و بازماندگان بلاهای طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا بود یا نبود بهداشت روانی خود می‌تواند دارایی و سرمایه‌ای بزرگ و یا سدی نیرومند در راه بهبودی مشکلات ناشی از پیامدهای زیان‌بار بلاهای طبیعی در کوتاه مدت و مهم‌تر از آن در بلندمدت باشد (Degrace and ets, 2001,., Rahman, 1999,., Glick & Birnbaum, 1998).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که ارائه خدمات امدادرسانی بلافاصله پس از بروز حوادث غیرمترقبه و رسیدگی به بازماندگان در کوتاه‌ترین زمان ممکن، نقش اساسی در کاهش آسیب‌های بدنی و روان‌شناختی و پیامدهای زیان‌بار روانی این حوادث دارند. بررسی حاضر در این راستا و با هدف ترسیم تصویری کلی از وضعیت بازماندگان زلزله بم در فاصله حدود ۸ تا ۱۰ هفته پس از رخداد این حادثه، بررسی نیازهای آنان، چگونگی برآورده شدن این نیازها، کاستی‌ها و نارسایی‌های موجود در امدادرسانی و امکانات و کمک‌های ارائه شده، انجام شده است. در این بررسی ضمن ارزیابی نیازهای بازماندگان،

نظر ایشان دربارهٔ چگونگی خدمات ارائه شده و راهکارهای مناسب در راستای بازسازی مناطق آسیب‌دیده نیز پرسیده شده است.

(۱) روش

این بررسی از نوع پژوهش‌های زمینه‌یابی است. ۳۶۳ تن از شرکت‌کنندهٔ آن (۲۰۳ زن و ۱۶۰ مرد) از میان بازماندگان زلزله بم به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای - تصادفی انتخاب شده‌اند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان، نخست با مشخص کردن تعداد چادرهای نصب شده در منطقهٔ مورد بررسی و شمار شرکت‌کنندگان، از میان چادرها، به تصادف تعداد شرکت‌کنندگان مورد نظر انتخاب و برای تعیین وقت مصاحبه و جلب رضایت آنان به چادرهای آنان مراجعه شده است. سپس در زمان تعیین شده، هنگامی که سرپرست خانوار در چادر حضور داشته است، با در دست داشتن پرسش‌نامه‌ها به یک‌یک چادرها مراجعه و اطلاعات لازم گردآوری شده است.

پرسش‌گران ۱۰ نفر آقا و خانم بوده‌اند که از میان افراد بومی منطقه آسیب‌دیده انتخاب شده بودند. آن‌ها دارای مدرک کارشناسی و یا دانشجوی مقطع کارشناسی بودند و با زبان بومی مردم آشنایی داشتند. این افراد در دو جلسه ۳ تا ۴ ساعته شرکت کرده، روش گردآوری اطلاعات و انجام مصاحبه مکالمه‌گونه *conversational interviewing* و تکمیل پرسش‌نامه را آموختند. منظور از مصاحبه‌های مکالمه‌گونه، مصاحبهٔ غیرساختار یافته است که در محیط‌های غیررسمی اجرا می‌شود (Bront, 1981). گردآوری اطلاعات و انجام مصاحبه‌ها در هفته دوم اسفند ماه ۱۳۸۲، حدود دو ماه پس از بروز حادثه آغاز شد. برای گردآوری داده‌ها، یک پرسش‌نامه در چهار بخش به شرح زیر تهیه و به کار برده شد:

الف) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، این بخش دارای پرسش‌هایی دربارهٔ سن، جنس، وضعیت تأهل، شمار فرزندان، میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد پیش از حادثه و پس از آن بود.

ب) وضعیت محل زندگی، بهداشت عمومی، خوراک، پوشاک، بهداشت محیط زندگی که با پرسش از پاسخ‌گویان و مشاوره با پرسش‌گر تکمیل شده است؛ مناسب بودن اندازه چادر محل سکونت، دسترسی به آب سالم، غذای سالم و کیفیت آن (غذای گرم، میوه و سبزیجات) دسترسی به توالت و کیفیت آن، دسترسی به مواد شوینده و پاک‌کننده مانند آب و صابون، شامپو و نظایر آن، روشنایی داخل چادر، وضعیت هوای داخل چادر از نظر گرما و سرما، برخورداری از وسایل لازم برای خواب و نیز وسایل پخت و پز و وضعیت بهداشتی اطراف چادرها (دفع زباله، فاضلابف حشرات گرد و غبار و مانند آن).

ج) وضعیت روانی اجتماعی، شامل پرسش‌هایی درباب بیماری یا معلولیت جسمی، وضعیت سلامتی پس از حادثه، از دست دادن عضوی از خانواده، امکانات آموزش، فرهنگی و تفریحی برای کودکان و بزرگسالان، میزان فعالیت زنان، مردان، کودکان و نوجوانان در طی روز همچنین پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب، روابط عاطفی اعضای خانواده با خود و سایر اعضای جامعه، نظر آن‌ها درباره چگونگی کمک‌های ارائه شده و پیشنهادها برای بهبود ارائه خدمات.

د) نظریات افراد و ارزیابی اقدامات انجام شده، علاوه بر برآورد کارها و نظرات درباب کاهش آسیب و نقش سازمان‌های دولتی و غیردولتی در ارائه به موقع خدمات، میزان تغییرات ایجاد شده در دو ماه گذشته همچنین ۶ پرسش آزاد درباره بازسازی خانه‌ها، کیفیت اقدامات انجام گرفته و اقدامات ضروری به‌منظور اجرای به‌موقع، مدیریت و اجرای بومی و محلی، دولتی و غیربومی بوده است.

تحلیل داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی انجام گرفت.

۲) یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش برحسب جنس، گروه سنی، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، شغل، سطح درآمد و تعداد فرزندان

درصد	فراوانی	متغیر	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
۴۴/۱	۱۶۰	مرد	جنس
۵۵/۹	۲۰۳	زن	
۱۶/۳	۵۹	۱۵-۲۰	گروه سنی
۳۲	۱۱۶	۲۱-۳۰	
۱۹	۶۹	۳۱-۴۰	
۱۸/۵	۶۷	۴۱-۵۰	
۱۴/۳	۵۲	۵۱ به بالا	
۲۵/۹	۹۴	مجرد	وضعیت تأهل
۵۵/۴	۲۰۱	متأهل	
۱۸/۷	۶۸	جداشده	
۱۸/۲	۶۶	بی‌سواد	وضعیت تحصیلی
۲۴/۸	۹۰	ابتدایی	
۴۰/۸	۱۴۸	متوسطه	
۱۶/۳	۵۹	عالی	
۱/۱	۴	مهندس و پزشک	شغل
۱۵/۲	۵۵	کارمند	
۱۶	۵۸	آزاد	
۳/۰	۱۱	کشاورز	
۷/۴	۲۷	محصل	
۲/۵	۹	کارگر	
۳۳/۳	۱۲۱	خانه‌دار	

ادامه جدول ۱

۱/۷	۶	بیکار	
۱۹/۸	۷۲	بدون پاسخ	
۳۶/۸	۱۳۳	۱-۳ فرزند	شمار فرزندان
۲۰/۴	۷۴	۴-۶ فرزند	
۵	۱۸	۷ نفر به بالا	
۳۷/۸	۱۳۷	بدون فرزند	
۲۰/۴	۷۴	ضعیف	سطح درآمد پیش از حادثه
۳۳	۱۲۰	متوسط	
۲۰/۴	۷۴	خوب	
۱/۷	۶	عالی	
۲۴/۵	۸۹	بدون درآمد	

یافته‌های پژوهش درباب میزان رضایت شرکت‌کنندگان پژوهش درباره خدمات ارائه شده، در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲: توزیع پراکندگی شرکت‌کنندگان پژوهش بر حسب میزان رضایت پاسخ‌دهندگان، اندازه چادر، دسترسی به آب سالم بهداشتی، کیفیت غذا، توالی، دسترسی به آب و صابون، وسایل خواب، پوشاک، روشنایی و گرمای داخل چادر، وسایل پخت‌پز، وضعیت بهداشتی اطراف چادرها، امکانات پزشکی و دارو

میزان رضایت	مطلوب	متوسط	نامطلوب	بدون پاسخ	جمع
امکانات	۴۸/۸	۲۷/۵	۲۳/۱	۰/۶	۱۰۰
پزشکی و دارو	۱۷۷	۱۰۰	۸۴	۲	۳۶۳
بهداشت اطراف	۳۱/۱	۲۴/۸	۴۳/۵	۰/۶	۱۰۰
چادر	۱۱۳	۹۰	۱۵۸	۲	۳۶۳

ادامه جدول ۲

۱۰۰	۰/۶	۳۶/۹	۳۷/۵	۲۵/۱	درصد	وسایل
۳۶۳	۲	۱۳۴	۱۳۶	۹۱	فراوانی	پخت‌وپز
۱۰۰	۰/۶	۷۶/۶	۱۹	۳/۹	درصد	گرمای داخل
۳۶۳	۲	۲۷۸	۶۹	۱۴	فراوانی	چادر
۱۰۰	۰/۶	۱۱	۳۷/۵	۵۱/۰	درصد	روشنایی داخل
۳۶۳	۲	۴۰	۱۳۶	۱۸۵	فراوانی	چادر
۱۰۰	-	۶۱/۷	۲۸/۷	۹/۱	درصد	پوشاک
۳۶۳	-	۲۲۴	۱۰۴	۳۳	فراوانی	
۱۰۰	-	۳۲/۵	۴۲/۱	۲۵/۳	درصد	وسایل خواب
۳۶۳	-	۱۱۸	۱۵۳	۹۲	فراوانی	
۱۰۰	-	۲۸/۹	۳۵/۵	۳۵/۵	درصد	دسترسی به آب و صابون
۳۶۳	-	۱۰۵	۱۲۹	۱۲۹	فراوانی	
۱۰۰	-	۳۸/۶	۳۱/۱	۳۰/۳	درصد	توالت
۳۶۳	-	۱۴۰	۱۱۳	۱۱۰	فراوانی	
۱۰۰	-	۵۵/۴	۳۶/۹	۷/۷	درصد	کیفیت غذا
۳۶۳	-	۲۰۱	۱۳۴	۲۸	فراوانی	
۱۰۰	-	۱۳۴	۳۹/۴	۲۰/۱	درصد	دسترسی به آب سالم
۳۶۳	-	۱۴۷	۱۴۳	۷۳	فراوانی	
۱۰۰	-	۱۴۳	۲۷/۸	۱۹/۳	درصد	اندازه چادر
۳۶۳	-	۱۹۲	۱۰۱	۷۰	فراوانی	

به طور کلی ۷۲/۲ درصد افراد تحت بررسی میزان خدمات ارائه شده را ضعیف، ۲۲/۶ درصد، متوسط، و فقط ۳ درصد افراد خوب ارزیابی کردند. همچنین ۴۶/۸ درصد، نقش سازمان‌های دولتی را در ارائه به موقع خدمات، ضعیف،

۴۳/۳ درصد متوسط و ۸/۸ درصد خوب دانستند.

جدول ۳: مقایسه نظرات پاسخ‌دهندگان درباره برخی ویژگی‌ها در مرحله پیش از حادثه و پس از آن، برحسب بیماری یا معلولیت جسمی، بیماری روانی، اعتیاد

پس از حادثه		پیش از حادثه		متغیر	
۲۲/۶	۸۱	۱۰/۲	۳۶	داشته	بیماری یا معلولیت جسمی
۷۷/۴	۲۸۱	۸۹/۸	۳۲۶	نداشته	
۳۵	۱۲۷	۵/۸	۲۱	داشته	بیماری روانی
۶۵	۲۳۶	۹۴/۲	۳۴۲	نداشته	
۹/۹	۳۶	۸/۳	۳۰	داشته	اعتیاد
۹۰/۱	۳۲۷	۹۱/۷	۳۳۳	نداشته	

این بررسی نشان داد که ۳۳۵ تن (۹۲/۵ درصد) از افراد تحت بررسی، عضوی از خانواده خود را از دست داده‌اند و تنها ۲۷ تن (۷/۵ درصد) هیچ عضوی از خانواده خود را از دست نداده‌اند.

توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب شمار افراد از دست داده در جدول ۴ نشان داده شده است.

همچنین ۵۲ درصد از پاسخ‌دهندگان بر این باور بوده‌اند که با به‌کار بستن تدابیر پیش‌گیرانه امکان کاهش تلفات جانی وجود داشته است و ۲۲ درصد اظهار کرده‌اند که این امکان در زمینه کاهش آسیب‌های جانی، روانی، اقتصادی و فرهنگی وجود داشته است.

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان برحسب از دست دادن یک یا چند تن از اعضای خانواده

تعداد	فراوانی	درصد
۱-۵	۶۷	۱۸/۵
۶-۱۰	۶۰	۱۶/۵
۱۱-۱۵	۲۱	۵/۸
۱۶-۲۰	۴۵	۱۲/۴
۲۱-۴۰	۵۵	۱۵/۲
۴۱-۶۰	۳۲	۸/۸
۶۱-۱۰۰	۳۲	۸/۶
۱۰۱ نفر به بالا	۲۴	۶/۶
از دست نداده	۲۷	۷/۶
جمع	۳۶۳	۱۰۰

یافته‌های پژوهش درباب دسترسی نمونه پژوهش به امکانات آموزشی و تفریحی، روزنامه و کتاب، کلاس و مدرسه و دوره‌های آموزشی در جدول ۵ ارائه شده است. لازم به ذکر است ۹۴/۸ درصد افراد در هنگام بررسی در هیچ فعالیت اجتماعی شرکت نداشته‌اند. جدول ۵: توزیع فراوانی نمونه پژوهش برحسب دسترسی به امکانات آموزشی و تفریحی

روزنامه و کتاب، کلاس و مدرسه و دوره‌های آموزشی

درصد	فراوانی	نوع امکانات
		امکانات آموزشی و تفریحی
۱/۷	۶	رادیو
۷/۴	۲۷	تلویزیون
۱۳/۲	۴۸	رادیو و تلویزیون
۱/۷	۶	غیره

ادامه جدول ۵

۷۶	۲۷۶	عدم وجود امکانات	
		میزان دسترسی به امکانات تفریحی	
۷۵/۲	۲۷۳	هیچ	
۱۲/۹	۴۷	کم	
۶/۱	۲۲	متوسط	
۵/۸	۲۱	خوب	
		دسترسی به روزنامه و کتاب	
۸/۵	۳۱	روزنامه	
۲/۷	۱۰	کتاب	
۶/۲	۲۲	روزنامه و کتاب	
۸۲/۶	۳۰۰	عدم دسترسی کامل	
		میزان دسترسی به کتاب و روزنامه	
۸۲/۱	۲۹۸	هیچ	
۱۰/۵	۳۸	کم	
۵/۲	۱۹	متوسط	
۲/۲	۸	خوب	
		کلاس و مدرسه	
۱۵/۴	۵۶	وجود دارد	
۶۲/۵	۲۲۷	وجود دارد ولی نامطلوب	
۲۲/۱	۸۰	مطلوب	
		دوره‌های آموزشی رسمی	
۹۱/۲	۳۳۱	وجود ندارد	
۶/۳	۲۳	وجود دارد ولی نامطلوب	
۲/۵	۹	مطلوب	

جدول ۶: توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان برحسب فعالیت زنان، مردان، کودکان، نوجوانان و جوانان در طی روز

درصد	فراوانی	گروه‌ها
		زنان
۵۹/۳	۲۱۶	عدم فعالیت
۳۶/۳	۱۳۲	انجام امور منزل
۱/۱	۴	سوگواری و صحبت با دیگران
۳	۱۱	غیره
		مردان
۱۷/۹	۶۵	عدم فعالیت
۰/۳	۱	صحبت با دیگران و عبادت
۱۳/۲	۴۸	حضور در محل کار
۳/۶	۱۳	آواربرداری
۶۴/۲	۲۳۳	عدم فعالیت مشخص
۰/۰۸/۸	۳	غیره
		کودکان
۳	۱۱	مدرسه
۷/۴	۲۷	بازی در کوچه
۰/۳	۱	غیره
۸۹/۳	۳۲۴	بدون فعالیت
		نوجوانان
۷/۲	۲۶	مدرسه
۶/۳	۲۳	عدم فعالیت
۸۳/۷	۳۰۴	عدم فعالیت مشخص

ادامه جدول ۶

۲/۸	۱۰	غیره	
		جوانان	
۱۲/۹	۴۷	عدم فعالیت	
۵	۱۸	کار و آواربرداری	
۷۹/۳	۲۸۸	بدون فعالیت مشخص	
۲/۸	۱۰	غیره	

جدول ۷: توزیع فراوانی پاسخ شرکت کنندگان در پژوهش برحسب روابط افراد با خانواده و نزدیکان

با سایر افراد		با خانواده و خویشان		چگونگی روابط
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۱/۳	۴۱	۶/۱	۲۲	بی تفاوت
۱۳/۸	۵۰	۲۲/۹	۸۳	عصبی و خشمگین
۴۸/۸	۱۷۷	۵۲/۶	۱۹۱	نزدیک و مهربان
۲۰/۱	۷۳	۱۱/۸	۴۳	کمک کار و حامی
۴/۴	۱۶	۴/۴	۱۶	فاصله دار و بی عاطفه
۱/۴	۵	۱/۷	۶	سایر موارد

این بررسی نشان داد که ۲۲/۳ درصد افراد، خود را نیازمند خدمات روان پزشکی و مشاوره دانستند و ۴/۴ درصد نیز وجود مراکز درمانی و مشاوره را ضروری دانستند. ۶۰/۶ درصد خود را نیازمند خدمات روان پزشکی مشاوره نمی دانستند. یافته های پژوهش درباره مشکلاتی که مردم در حال حاضر با آن روبه رو هستند در جدول ۸ ارائه گردیده است.

جدول ۸: توزیع فراوانی پاسخ افراد درباب مشکلاتی که آسیب دیدگان با آن روبرو هستند

مشکلات	فراوانی	درصد
مسکن	۸۶	۲۳/۳
شغل	۴	۱/۱
امنیت	۱	۰/۳
امکانات	۴۱	۱۱/۳
ترکیبی از موارد بالا	۲۱۳	۵۸/۷
غیره	۵	۱/۴
بی جواب	۱۳	۳/۶

به طور کلی ۷۸/۲ درصد از پاسخ دهندگان در این پژوهش، مشکلات مسکن، امنیت، بهداشت و شغل را از اولویت‌های اساسی برای حل مشکلات خود معرفی کرده‌اند و ۱۴ درصد تنها خواهان حل مشکل مسکن بودند.

۳) بحث و نتیجه گیری

همان‌گونه که گفته شد، بررسی حاضر با هدف به دست آوردن تصویر روشنی از وضعیت اقتصادی و اجتماعی - روانی بازماندگان زلزله بم انجام شده است.

این بررسی نشان داد که شمار زیادی از افراد تحت بررسی از نظر برخی کمک‌های دریافتی به ویژه دسترسی به آب سالم بهداشتی، دسترسی به غذا با کیفیت مطلوب، ابراز نارضایتی کرده‌اند و دسترسی به این خواسته‌ها را در سطح نامطلوب برآورد کرده‌اند. بررسی رابین و همکاران (۲۰۰۰) نیز از نارضایتی بازماندگان یک فاجعه طبیعی از کمک‌های دریافتی و کافی نبودن کمک‌ها در رفع نیازهای اولیه و ضروری ایشان نشان داشته است. شاید بتوان گفت که شرایط غیرعادی روحی - روانی و جسمی بازماندگان از حوادث غیرمترقبه به ویژه زمین‌لرزه و سیل که افراد را یکباره با حجم گسترده‌ای از خسارات‌های مالی و تلفات جانی روبه‌رو می‌کند این امکان را فراهم نکند که برآوردی

دقیق و منطقی از خدمات ارائه شده در اختیار داشته باشند و مشکلات موجود در زمینه فراهم آوردن خدمات و توزیع عادلانه آنها در میان بازماندگان را بشناسند. نکته مهم در یافته‌های این پژوهش، شیوع مشکلات روانی در ۵/۸ درصد افراد تحت بررسی در پیش از این حادثه بوده است. این رقم در مدت ۲ ماه پس از وقوع حادثه به ۳۵ درصد یعنی ۶ برابر، افزایش یافته است. این یافته پژوهش ضمن آن که با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌گران و کارشناسان بلایای طبیعی همسویی دارد (Gersons, 1991)، نشان‌دهنده ضرورت توجه بیشتر به بهداشت روانی بازماندگان، رسیدگی بیشتر به نیازهای مبرم و اساسی آنها و از میان برداشتن موانع موجود در زمینه برآوردن نیازهای مختلف ایشان است.

از دست دادن یک یا چند تن از اعضای خانواده در ۹۲/۵ درصد افراد بررسی شده، گویای آن است که درصد قابل توجهی از آنان یکی از استرس‌های بزرگ روانی را تجربه کرده‌اند. به عبارتی بسیاری از این افراد بیش از یک تن و شماری از آنان بیش از ۴۰ تن از بستگان خود را از دست داده‌اند. روشن است که از دست دادن این شمار از بستگان به معنی وارد آمدن استرس روانی بسیار شدید و از دست دادن حمایت‌های عاطفی، اقتصادی و اجتماعی برای گروه بزرگی از بازماندگان است. از این رو توجه به برآوردن نیازهای اولیه و اساسی بازماندگان و همچنین نیازهای بهداشت روانی ایشان و کوشش در راستای بهبود زخم‌های ناشی از این فاجعه طبیعی، حیاتی به نظر می‌رسد. و در این راستا بر شکل دادن فعالیت‌های اجتماعی و مشارکت بازماندگان در امور اجتماعی خود تأکید بیشتری می‌شود؛ چرا که از این طریق به ایجاد افق‌های نو و امیدهای تازه در زندگی آنان کمک کرده و شبکه‌های اجتماعی لازم نیز به منظور بهبود وضعیت روانی - اجتماعی ایشان تشکیل می‌شود.

به طور کلی این بررسی نشان داد که گروه بزرگی از افراد تحت بررسی ضمن آن که با استرس‌های روانی شدیدی روبه‌رو شده‌اند، از کمک‌های دریافتی، وضعیت بهداشت محیط زندگی، گذران اوقات، امکانات آموزشی، فرهنگی و تفریحی و اوضاع اقتصادی و

اجتماعی خود ناخشنود بوده‌اند. بیش‌تر این افراد ارائه خدمات از طریق سازمان‌های بین‌المللی را مؤثرتر از کمک‌های سازمان‌های دولتی و غیردولتی داخلی دانسته‌اند. ۸۸ درصد آنان نقش نهادهای دولتی را در امداد رسانی ضعیف و متوسط برآورد کرده‌اند. البته شاید بتوان علت این ارزیابی را حضور سریع و ارائه خدمات زودهنگام و با برنامه‌ای دانست که برخی سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی در مرحله اولیه و حاد مشکل در منطقه از خود نشان دادند.

۴) محدودیت‌ها و پیشنهادها

پیشنهاد ما تدوین و تنظیم ابزاری پژوهشی است که بتواند در بلایای مختلف و شرایط متفاوت کاربرد داشته باشد و در عین حال تصویر جامعی از وضعیت روانی - رفتاری و اقتصادی - اجتماعی آنان نشان دهد، تا از طریق آن بتوان به طور منظم ارزیابی‌های دقیقی از نیازها و شرایط بازماندگان با هدف برنامه‌ریزی دقیق و ارائه خدمات انجام داد.

پس از بروز حوادث غیرمترقبه، افراد آسیب‌دیده و بازماندگان که فشارهای روانی شدید را تحمل کرده‌اند، با وجود داشتن مشکلات روانی ممکن است به دلایل زیادی برای دریافت خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی مراجعه نکنند. از این رو وظیفه دست‌اندرکاران بهداشت روانی است که به آن‌ها مراجعه کنند و خدمات را ارائه دهند. مراجعه خانه به خانه، ایجاد ارتباط و ارائه حمایت‌های عاطفی بیش‌تر و تلاش در شکل‌دهی شبکه‌های اجتماعی جدید و جایگزین، و نیز مشارکت دادن افراد در برنامه‌های بازسازی و امور روزمره زندگی، به عنوان کوشش‌های مؤثر در کاهش فشارهای روانی و بلکه اقتصادی بازماندگان پیشنهاد می‌شود.

روشن است که داده‌های پژوهش حاضر، یافته‌های عینی نیستند و صرفاً منعکس‌کننده دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان در این پژوهش بوده است.

- ۱- کاربی، باربارا. (۱۳۷۷)، «بایدها و نبایدها». ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹: ۱۹-۲۲.
- ۲- فروچی فابریسیو. (۱۳۷۷). «هشدار به موقع». همان جا، صص ۲۳-۲۶.
- ۳- هینر، والتر. (۱۳۷۷). «خطرهای طبیعی». همان جا، صص ۱۰-۱۵.
- 4- Brant, R. M. (1981). **Studing behavior in natural settings**. New York: University Press of America.
- 5- DeGrace, M., Ericson, D., Folz, H., Green, W., Ho, K., & Pearce, L. (2001). **Proceedings for 5th Asia-Pacific conference on disaster medicine creating an agenda for action**. Prehospital Disaster Medicine, 16, 18-21.
- 6- Disaster Management & Mitigation in Latin America & the Caribbean (1997). **Disasters: Prevention must be priority**. available on: http://www.un.org/news/press/docs/199908_gaef2889.
- 7- Eastern Mediterranean Region, World Health Organization (2004). **Rebuilding the Mental health of Bam population**. Alexandria: WHO.
- 8- Eknoyan, G. (1992). **Acuterenal failure in the Armenian earthquake**. Remal Failure, 14, 241-244.
- 9- Gersons, B. P. (1991). **Difference between crisis an trauma**. In N, R. Gersons (Ed.) Recent advances in crisis intervention. Huddersfield: World Forum for Mental Health Publications.
- 10- Glick, J., & Birnbaum, M. L. (1998). **Percived preparedness for a mass causality disaster in the United States: A survey**. Prehospital Disaster Medicine, 13, 28-43.
- 11- National, M Geophysical data Center (2001). **Significant earthquake database**. available on: <http://www.ngdc.noaa.gov/seg/hazared/sig>.
- 12- Norris, F.H., Friedman, J., Watson, P.J. (2002). **60000 disaster victims speak: Part II: Summary and implications of the disaster mental health research**. Psychiatry 65, 240-260.
- 13- Rahman, R. (1999). **Natural Disasters affect the mind**. The John Hopkins News Letter, Oct 7. available on: <http://www.jhu.edu/~newslett/10-7-99/>

- 14- Roberts, A. R. (2002). **Assessment, crisis intervention and treatment: The integration ACT intervention model**. Brief treatment and crisis intervention, 2, 1-21.
- 15- Rubin, M., Heuvelmans, J. H., Tomic-Cica, A., Birnbaum, M. L. (2000). **Health, related relief in the former Yugoslavia: needs, demand and supplies**. Prehospital Disaster Medicine, 15, 1-11.
- 16- WHO (1922). **Refugee Mental Health**. Geneva: WHO.