

Social Work in Disaster, a Case Report

Zahra Khanlary: MA in social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Fahimeh Moslemi*: BA in social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran. fahime.moslemi@gmail.com

Abstract

Introduction: Natural disasters cause many problems for society. Children are one of the most vulnerable groups that could face severe mental illness and are often separated from their family members and primary caregivers in this situation. Therefore, professional interventions are necessary to reduce the consequence of such situations for children. The purpose of this article is to report a social work intervention in a natural disaster.

Case Description: Hadi was a three years old boy who was one of the victims of the Kermanshah earthquake. As well as physical injuries, he was severely distressed and separated from his parents caused by the earthquake. His family suffered from the parents' high conflict relationship. Hadi's mother was hospitalized and his father refused to take care of him. Hadi received a social work intervention relying on crisis intervention approach, stress reduction techniques and IDTR. Therefore Hadi recovered his good feeling and reunified with his family.

Conclusions: Using the crisis intervention approach, social workers should provide appropriate services for affected people in the shortest time when disasters occur. Scientific evidence suggested that IDTR could affect children's mental health and child protection in natural disasters.

Keywords

Family Reunification

Child

Crisis

Crisis Intervention

Social Work

*Corresponding Author
Study Type: Case Report
Received: 15 Apr 2019
Accepted: 12 Sep 2019

Please cite this article as follows:

Khanlary Z, and Moslemi F. Social work in disaster, a case report. Quarterly journal of social work. 2019; 8 (2); 13-23

مددکاری اجتماعی در حوادث طبیعی، گزارش مورد

زهرا خانلری: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.
فهیمة مسلمی*: کارشناس مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران. fahime.moslemi@gmail.com

واژگان کلیدی

بازیوند خانواده

کودک

بحران

مداخله در بحران

مددکاری اجتماعی

چکیده

مقدمه: حوادث طبیعی، جامعه را با مشکلات بسیاری روبرو می‌سازد. کودکان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که در چنین مواقعی متحمل صدمات شدید روحی شده و معمولاً از اعضای خانواده و مراقبین اصلی خود جدا می‌شوند. به همین دلیل مداخله‌های حرفه‌ای برای کاهش آثار منفی چنین شرایطی ضروری است. هدف این مقاله گزارش مداخله مددکاری اجتماعی در حادثه طبیعی است.

گزارش مورد: هادی پسر سه ساله، یکی از قربانیان زلزله کرمانشاه است. او بعد از زلزله علاوه بر آسیب جسمی و استرس شدید از والدین خود جدا افتاده بود. مادر در بیمارستان بستری بود و پدر حاضر نبود مسولیت مراقبت از کودک را به عهده بگیرد. هادی مداخله مددکاری اجتماعی را با تکیه بر رویکرد مداخله در بحران، تکنیک‌های کاهش استرس و IDTR^۱ دریافت کرد که دستاوردهای آن وضعیت روحی مناسب هادی و بازیوند او به خانواده‌اش بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در هنگام بروز بلایای طبیعی با استفاده از رویکرد مداخله در بحران، مددکاران اجتماعی می‌بایست در کوتاه‌ترین زمان خدمات مناسبی را به افرادی که تحت تاثیر قرار آن گرفته‌اند، ارائه دهند. شواهد علمی نشان می‌دهد که IDTR می‌تواند بر سلامت روان و حمایت از کودکان در حوادث طبیعی تاثیر داشته باشد.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: گزارش موردی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۱

۱. Identification, Documentation, Tracing, Reunification: شناسایی، مستندنگاری، ردیابی، به هم رساندن

زهرا خانلری و فهیمة مسلمی. مددکاری اجتماعی در حوادث طبیعی، یک گزارش مورد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۲): ۲۳-۱۳

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

جوامع انسانی، همواره با بلایای طبیعی متعددی نظیر سیل، زلزله و خشکسالی و... مواجه بوده است. بلایای طبیعی بار زیادی بر جمعیت تحمیل می‌کنند که موجب مرگ، اختلالات روان‌شناختی و شکستن ساختارهای اجتماعی و فیزیکی می‌شوند. در تعریف بحران ناشی از بلایای طبیعی می‌توان گفت که یک اختلال جدی در عملکرد جامعه است که باعث آسیب گسترده مادی و معنوی به انسان و محیط او می‌شود. به گونه‌ای که جامعه با توجه به منابع موجود توانایی مقابله با آن را ندارد. (۱، ۲ و ۳) شواهد آماری نشان می‌دهد که هر ساله حدود دویست میلیون نفر در سراسر جهان درگیر فاجعه هستند. طی دو دهه گذشته، حدود هشتصد میلیون نفر در اثر فاجعه آسیب دیده و سه میلیون نفر نیز به دلیل بلایای طبیعی جان خود را از دست داده‌اند. (۴ و ۵) براساس یک تخمین کلی ایران در میان کشورهای در حال توسعه، در لیست ده کشور اول دنیا قرار دارد که با بلایا مواجه هستند. (۶) همچنین طبق مطالعات انجام شده در این زمینه در کشورهای آسیایی ایران رتبه چهارم را بعد از کشورهای هند، بنگلادش و چین دارد. (۷) حوادث و بلایا جامعه را تحت تأثیر قرار داده و عملکرد خانواده را مختل می‌کند. خانواده در حوادث طبیعی به دلیل مشکلات ناشی از مرگ عزیزان، از دست دادن زندگی، همه دارایی و اندوخته خویش و... دچار آسیب می‌شود از سوی دیگر رنج و غم حاصل از فاجعه، بار روانی زیادی را به خانواده تحمیل می‌کند. اثراتی که خانواده از بلایای طبیعی می‌پذیرد، به طور کلی می‌شود در دو دسته خلاصه کرد. **پیامدهای سیستمی:** اختلالات روانی در بین اعضای خانواده از جمله افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه و... افزایش مصرف مواد مخدر، تغییرات در نقش‌های خانواده، ازدواج‌های زود هنگام و شتابزده، عدم توانایی خانواده در مراقبت از فرزندان، افزایش خشونت‌های خانگی، اختلالات رفتاری و... **پیامدهای اجتماعی:** از بین رفتن منبع درآمد خانواده، فقر، مهاجرت، بی‌خانمانی، از بین رفتن شبکه‌های حمایتی و اجتماعی به‌ویژه در کودکان که باعث جدایی آن‌ها از والدین و مراقبین اصلی می‌شود. (۸ و ۹) برآورد شده است حدود صد و هفتاد و پنج میلیون کودک در سال تحت تأثیر بلایای طبیعی مرتبط با تغییرات آب و هوایی قرار خواهند گرفت. (۱۰) بلایای طبیعی عواقب روحی جبران‌ناپذیری بر کودکان وارد می‌کند. تخمین زده می‌شود از پنجاه و سه درصد کودکان، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بسیاری از آنان با افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی روبرو هستند. (۱۱) اختلال استرس پس از سانحه نوعی از عارضه‌های بلندمدت است که پس از تجربه عوامل استرس‌زای شدید در انسان‌ها مشاهده می‌شود. تجربه‌های نزدیک به مرگ نظیر تصادف، سانحه، جنگ، زلزله و تجاوز می‌توانند از جمله عوامل استرس‌زای قدرتمندی باشند که اثر خود را در قالب اختلال استرس پس از سانحه بر زندگی افراد باقی می‌گذارند. البته الزاما همه کسانی که فشارهای روانی شدید را تجربه می‌کنند، گرفتار این نوع اختلال نمی‌شوند. تجربه مستقیم سانحه، مشاهده مستقیم سانحه، تجربه سانحه توسط نزدیکان در خانواده یا دوستان بسیار نزدیک، مشاهده دائمی جزئیات سانحه مستقیم و نه از طریق رسانه‌ها و فیلم‌ها؛ می‌توانند از جمله علت‌های به‌وجود آمدن اختلال استرس پس از سانحه باشند. (۱۲) کارولین کوسکی معتقد است که بلایای طبیعی از سه جهت کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. **از نظر جسمی:** در چنین شرایطی دسترسی به مراقبت‌های پزشکی قطع شده و کودکان مبتلا به انواع بیماری‌های جسمی از جمله سوءتغذیه، اسهال و... می‌شوند. کودکان مبتلا به بیماری‌های خاص و یا کودکان دارای معلولیت آسیب‌پذیری بیشتری دارند. **از نظر روانی:** بلایای طبیعی سلامت روانی کودکان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. بلایای طبیعی به خودی خود برای کودکان ترسناک و مهیب است ولی حوادث بعد از آن اثرات روانی شدیدتری بر کودک به‌جا می‌گذارد. از جمله این می‌توان به حوادث از دست دادن خانه، دارایی‌های کودکان، از دست دادن عزیزان، جدا شدن از والدین خود و ندیدن آن‌ها و در نهایت از دست دادن شبکه حمایتی و اجتماعی اشاره کرد. **از نظر آموزشی:** با از بین رفتن مکان‌های آموزشی و آواره شدن خانواده امکان و به‌کار گماردن کودکان برای کمک به معیشت خانواده آموزش آن‌ها مختل می‌شود. (۱۳) به‌منظور پیشگیری از بروز عوارض ناشی از بلایای طبیعی بر گروه‌های آسیب‌پذیر به‌ویژه کودکان لازم است که مداخلات موثر و به‌هنگام صورت پذیرد. مددکاران اجتماعی از جمله متخصصینی هستند که در هنگام وقوع بلایای طبیعی در ارائه خدمات روانی اجتماعی ایفای نقش می‌کنند. بر اساس الگوی مداخلات مددکاران اجتماعی در بحران الیوت مددکاران اجتماعی می‌توانند نقش حرفه‌ای خود را بعد بحران طبق جدول شماره یک ارائه دهند. (۱۴ و ۱۵)

هر چند این الگو به دلیل هم‌پوشانی مراحل آن، مورد انتقاد قرار گرفته است ولی به خوبی به نقش مددکاران در سطح کلان

و خرد اشاره دارد. در این مقاله به نقش مددکاران اجتماعی در بازپیوند خانواده تاکید شده است. همان‌طور که در مطالب فوق اشاره شد تقریباً در تمامی موقعیت‌های اضطراری کودکان از والدین، خانواده‌های خود و سایر بزرگسالانی که مسئولیت مراقبت از آن‌ها را به عهده دارند جدا می‌شوند. کنوانسیون حقوق کودک، کودکانی بی‌سرپرستی را که در موقعیت‌های اضطراری قرار دارند، آسیب‌پذیرترین افراد می‌داند. این‌گونه کودکان به احتمال قوی از توانایی لازم برای بقای خود محرومند و به راحتی به حقوق اولیه آن‌ها تجاوز می‌شود. هنگامی که شرایط دشوارتر می‌شود و کمبود مواد غذایی به میان می‌آید، این کودکان اولین گروهی هستند که از بین می‌روند، به همین دلیل لازم است وضعیت کودکان جدا شده توسط مددکاران اجتماعی بر اساس تکنیک IDTR پیگیری شود. در IDTR هدف این است که کودک به خانواده و یا به سرپرستش بپیوندد. فرآیند جستجوی خانواده و تحویل کودک به آن‌ها روندی پیچیده شامل چندین مرحله مشخص و متمایز است. **شناسایی:** فرآیند مشخص کردن کودکانی است که از خانواده یا سرپرستشان جدا مانده‌اند و این که این کودکان را چگونه و در کجا می‌توان یافت. اطلاعات گردآوری شده در مرحله شناسایی باید جامع باشد تا افرادی که در مرحله بعدی به تهیه مستندات می‌پردازند به راحتی بتوانند کار را دنبال کنند. **تهیه مستندات مربوط به جزییات خانواده و تاریخچه جدایی:** مستندسازی به معنی گردآوری اطلاعات کلیدی شخصی به‌منظور مشخص کردن هویت کودک، حمایت و تسهیل ردیابی خانواده اوست. **جستجوی فعال یا ردیابی:** به فرآیندی گفته می‌شود که طی آن، اعضای خانواده، قیم قانونی یا مراقبین مرسوم کودک جستجو شوند، این اصطلاح همچنین به جستجو برای کودکانی که پدر و مادر دنبالشان هستند گفته می‌شود. هدف ردیابی بازپیوند و بازگشت کودک به والدین یا خویشاوندان نزدیک و برقراری تماس با خانواده است. **بازپیوند خانواده:** فرآیند در کنار هم آوردن کودک و خانواده یا سرپرست قبلی او به‌منظور تثبیت یا تثبیت مجدد مراقبت بلند مدت است. قبل از هرگونه اقدامی لازم است که مرحله تایید با دقت انجام گیرد. هنگامی که موقعیت والدین یا دیگر اعضای خانواده کودک جدا شده مشخص گردید، تایید هویت و رابطه آن‌ها با کودک ضروری است. هدف از این کار جلوگیری از تحویل اشتباهی کودک است، ممکن است این اشتباه تصادفی باشد و یا بنا به دلایل بدخواهانه مانند تمایل به انتقام یا استعمار کودک صورت پذیرد. عمل تایید، ادعای فرد را مبنی بر گرفتن کودک با توجه به هویت اصلی وی بازمینی می‌کند علاوه بر این، عمل تایید مشخص می‌کند که آیا خویشاوندان راغب و قادر به مراقبت از کودک هستند و کودک نیز مایل به بازپیوند به آن‌ها می‌باشد. (۱۶) برای مداخلات موثر در بحران‌ها زمان محدود و بسیار پر اهمیت است و مددکاران اجتماعی می‌بایست بسیار سریع نیازهای جامعه هدف را

شناسایی کنند و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه به افراد برای رفع نیازهایشان کمک کند. مددکاران اجتماعی با تقویت اعتماد به نفس، مهارت‌های مقابله‌ای و حل مساله در افراد آسیب دیده، به آن‌ها در سازگار شدن با شرایط موجود یاری می‌رسانند. هدف مداخله در بحران بازگرداندن ثبات و کیفیت زندگی افراد آسیب دیده از بلایا، با استفاده از راه کارهای عملی است، بی‌شک تخصص و مهارت مددکاران اجتماعی در این راستا از اهمیت بسیاری برخوردار است. (۱۷)

مالکوم پین که مداخله در بحران را به‌عنوان یک الگوی عملی در مددکاری اجتماعی مطرح می‌کند معتقد است، مداخله در بحران شامل توجه اولیه درباره سلامتی و ایمنی مردم، سپس ارزیابی واکنش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری به آن واقعه است. ابتدا به واکنش‌های عاطفی قوی پرداخته می‌شود و آنگاه فعالیت بر بازسازی توانمندی‌های افراد متمرکز می‌گردد. (۱۸) در ایران و دیگر کشورها مداخلات متعددی در وقوع بحران صورت پذیرفته است که بعضی از آن‌ها زمینه پژوهش شده و منتشر گردیده‌اند. برای مثال زیاری و همکاران در مقاله‌ای که درباره زلزله بم منتشر کردند به مدیریت شرایط بحرانی و چهار موضوع برنامه‌ریزی در حوزه اقتصاد، ساخت و ساز و تامین انرژی و شرایط جسمانی و اهمیت آن پرداخته‌اند که این مدیریت باید قبل و بعد از وقوع زلزله اتفاق افتد. (۳) بلیک و نانسی در پژوهشی با عنوان بازپیوند و کنار هم نگه داشتن اعضای خانواده در سال ۲۰۰۹ اذعان کردند که در بررسی‌های صورت گرفته هنگام وقوع طوفان کاترینا یکی از پیامدهای مهم این طوفان جدا شدن کودکان از بزرگسالان و نبود سیستم مرکزی و از پیش تعیین شده برای شناسایی و بازپیوند اعضا بود. (۱۹) آراکی در پژوهشی که درباره نقش مددکاران اجتماعی در زلزله در ژاپن انجام داده است به‌طور کلی به تمرکز

بر روی جوامع و ظرفیت‌های محلی پرداخته است و به توسعه محلی به عنوان یکی از نقش‌های مددکاران اجتماعی پس از وقوع حوادث طبیعی نظیر زلزله در منطقه مانو پرداخته است. (۲۰) همچنین الن و همکاران در پژوهش خود به اهمیت موضوع بازپیوند خانواده در بحران و برنامه‌ریزی برای انجام این موضوع پرداخته‌اند و آن را یکی از مراحل و اقدامات مهم و استانداردهای ارائه خدمت در هنگام وقوع بحران می‌دانند. (۲۱) مطالعات صورت گرفته توسط نویسندگان مقاله حاضر نشان می‌دهد که با توجه به اهمیت کودکان و حفظ امنیت و سلامت روان آن‌ها در شرایط بحرانی، در کشور ایران تا کنون پژوهشی درباره فرآیند شناسایی و بازپیوند کودکان در بلایای طبیعی ثبت نگردیده است و تعداد کمی از مددکاران اجتماعی نسبت به تکنیک IDTR و به کارگیری آن در شرایط بحرانی مطلع هستند لذا ضرورت دارد تا مددکاران اجتماعی به عنوان گروهی که در چنین شرایطی ارائه خدمت می‌کنند با این موضوع آشنا شده و برنامه‌ریزی لازم جهت بهره از این تکنیک را داشته باشند. این گزارش با هدف معرفی IDTR و شیوه استفاده از آن با گزارش یک نمونه واقعی در زلزله کرمانشاه تدوین شده است.

زلزله کرمانشاه: در بیست و یک آبان سال ۱۳۹۶ ساعت ۲۱:۴۸ زمین لرزه‌ای به بزرگی هفت و سه دهم ریشتر استان کرمانشاه در فاصله شهرهای ازگله و سرپل ذهاب را لرزاند. پس از وقوع زلزله، با توجه به شدت زلزله و میزان تخریب آن، مصدومین حاصل از این واقعه به بیمارستان‌های شهرهای کرمانشاه، تهران، البرز و همدان اعزام شدند. بلافاصله پس از این رخداد واحد مددکاری اجتماعی وقت، زیر نظر معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به تشکیل تیمی از مددکاران اجتماعی داوطلب نمود. هدف این تیم اجرای پروتکل

شش‌گانه مداخلات پایه مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها بود. تیم به دو دسته تقسیم شدند گروهی از مددکاران در بیمارستان‌های تهران و البرز ارائه خدمت کرده و گروه دوم در شهر کرمانشاه خدمات خود را ارائه کردند. هر دو گروه فعالیت‌های خود را تحت سرپرستی مددکار اجتماعی حرفه‌ای و با تجربه انجام می‌دادند. با توجه به اینکه اعزام خانواده‌های مصدوم از حادثه به صورت پراکنده اتفاق افتاده بود و اغلب هریک از اعضای خانوار در شهرهای متفاوت بستری شده بودند لذا عدم اطلاع اعضای خانواده از یکدیگر به ویژه در رابطه با کودکان در این حادثه به شدت مشهود بود. برای مثال خانواده‌ای وجود داشت که مادر در بیمارستان همدان، پدر در تهران و دختر نوجوان در بیمارستان کرمانشاه بستری بودند و هیچ کدام از وضعیت یکدیگر اطلاع نداشتند. پراکندگی اعزام‌ها منجر به بی‌اطلاعی اعضای خانواده از هم و نگرانی و بار روانی مضاعف برای آن‌ها شده بود. نحوه اطلاع از مصدومین در شهر کرمانشاه به این صورت بود که بر روی یک بنر در محل در ورودی بیمارستان‌ها نام مصدومین بستری در بیمارستان یادداشت شده بود و اگر مراجعه حضوری به بیمارستان‌ها نمی‌شد امکان اطلاع از حضور یا عدم حضور شخص در بیمارستان حاصل نمی‌گشت. لذا یکی از اقداماتی که صورت پذیرفت تشکیل تیم IDTR بود. به این صورت که ابتدا یک صفحه مجازی در گوگل طراحی شد که در آن نام و مشخصات کلیه بیمارانی که در بیمارستان‌های کرمانشاه و سایر بیمارستان‌های شهرهای معین بستری بودند درج گردید و امکان دسترسی و اصلاح این صفحه به سر تیم مددکاران اجتماعی

جدول (۱) مددکاران اجتماعی و بحران-سیستم‌های مداخله	
نتیجه	سیستم‌های مداخله-///-روش
امنیت و رفاه اقتصادی پایدار برای خانواده و جامعه- عدالت اجتماعی و حقوق انسانی- توانمندسازی افراد و جوامع	سرمایه انسانی-///- پیشگیری: افزایش تاب‌آوری فردی و خانوادگی/ آمادگی: آموزش مدیریت استرس در موقعیت‌های بحرانی/ پاسخگویی: ارزیابی بالینی واکنش‌های افراد- مداخله در بحران و درمان اختلال استرس پس از سانحه- حمایت و آموزش مراقبت‌کنندگان- بازپیوند خانواده IDTR/ بازتوانی: ارزیابی مداخلات
	توانمندی سیاسی-///- پیشگیری: حمایت‌یابی برای گروه‌های آسیب‌پذیر- نشان دادن تبعیض و محرومیت‌های اجتماعی- برقراری تعادل بین نیازهای متنوع گروه هدف/ پاسخگویی: تعریف جایگاه قربانیان و نحوه دسترسی آن‌ها به منابع/ بازتوانی: مشارکت قربانیان در تصمیم‌گیری‌ها- حمایت‌یابی برای کمک‌های موثر دولتی
	مشارکت اقتصادی-///- پیشگیری: برنامه‌های اقتصادی بلند و کوتاه مدت برای پایداری- تعادل برقرار کردن بین ریسک قابل قبول و خطر کاهش ارزش پول/ آماده‌سازی: جذب سرمایه در بلند و کوتاه مدت/ پاسخگویی: مدیریت و توزیع کمک‌های برون مرزی/ بازتوانی: بازگشت مجدد قربانیان به بازار کار و اقتصاد محلی
	سرمایه اجتماعی-///- پیشگیری: کاهش آسیب‌پذیری افراد از طریق تقویت سرمایه‌های اجتماعی/ آماده سازی: حصول اطمینان از تامین نیازهای اساسی مثل آب، سیستم فاضلاب- کمک‌های مادی در کوتاه مدت و طولانی مدت- ثبات و پایداری/ پاسخگویی: برنامه‌های اجتماعی برای گروه‌های آسیب‌پذیر/ بازتوانی: بررسی سیاست گذاری‌ها

خانواده از فوت یکی از بستگان خبر داشته باشد و دیگری بی اطلاع از این موضوع باشد از طرفی ممکن بود اطلاع از این خبر سلامت جسمی فرد را به خطر بیندازد لذا توافق بر این بود که مددکاران اجتماعی با توجه به وضعیت بیماران، امکان مکالمه و ارتباط تلفنی یا حضوری مستقیم را برای آن‌ها فراهم نمایند.

داوطلب در بیمارستان‌های هدف داده شد و به این صورت مددکاران اجتماعی می‌توانستند فرد مورد نظر را در لیست جستجو نمایند، نکته مهم این بود که پس از جستجوی اعضا ابتدا مددکاران اجتماعی دو بیمارستان با یکدیگر ارتباط می‌گرفتند و اطلاعات بیماران را به اشتراک می‌گذاشتند و اخلاقاً و به لحاظ حرفه‌ای اجازه نداشتند که بیماران را بدون اطلاع هم به یکدیگر وصل کنند دلایل بسیاری وجود داشت که از جمله آن می‌توان به این اشاره نمود که ممکن بود یکی از اعضای

گزارش مورد

به دلیل رازداری حرفه‌ای تمامی اسامی موجود در گزارش مورد فرضی است، این تغییر به محتوای گزارش لطمه‌ای وارد نکرده است. هادی احمدی پسر سه ساله کرمانشاهی، جثه ریزی داشت و همین باعث می‌شد کوچکتر از سنش به نظر برسد. صورتی رنگ پریده داشت و یک پایش را گچ گرفته بودند. علت گچ گرفتگی پا، جراحی و قرار دادن پلاتین در آن بود. او با هیچ فردی ارتباط چشمی برقرار نمی‌کرد و با کوچکترین صدایی وحشت زده از جا می‌پرید. به یک نقطه خیره می‌شد، اصلاً صحبت نمی‌کرد و تمامی درخواست‌های خود را با گریه بازگو می‌کرد. عمل پای هادی عمل سنگینی بوده با این حال پزشکان وضعیت جسمی او را مساعد اعلام کرده بودند اما باید به مدت سه هفته در بیمارستان بستری می‌ماند تا تحت نظر پزشک متخصص روند بهبودی پا، مورد ارزیابی قرار بگیرد. همراه هادی پسری بیست ساله به نام امیر احمدی بود که عموی بیمار بود. هادی یکی از بیماران آسیب دیده از زلزله کرمانشاه بود که به بیمارستان‌های معین ارجاع داده شده بود. مددکار اجتماعی مستقر در این بیمارستان سابقه فعالیت در حوزه بیمارستان داشته و با مراحل کار به خوبی آشنا بود و در زلزله اخیر به عنوان نیروی داوطلب در بیمارستان عمومی در حال فعالیت بود. بر اساس پروتکل شش‌گانه مداخلات پایه مددکاران اجتماعی در بیمارستان، مددکار اجتماعی روزانه راند بخش را انجام می‌داد. در ابتدای ورود بیماران آسیب دیده به بیمارستان، ضمن ورود به بخش و استخراج لیست بیماران ارجاع شده از کرمانشاه، گزارش‌های کتبی تیم درمان را مطالعه می‌نمود. در راند روزانه مددکار اجتماعی چند نکته مهم و اساسی را مورد بررسی قرار می‌دهد. وضیت شبکه حمایتی، بررسی وضیت روانی بیمار و همراه، بررسی وضیت قضایی، بررسی مشکلات مالی، بررسی مشکلات ناشی از بستری شدن و گروه‌های پرخطر بر اساس پروتکل شش‌گانه مداخلات پایه مددکاران اجتماعی در بیمارستان گروه‌های پرخطر شامل خشونت‌های خانگی، اختلالات سایکوتیک، مجهول‌الیهویه و بی‌خانمان، بیماری خاص و صعب‌العلاج، اقدام به خودکشی، مادران باردار پرخطر و نزاع و درگیری است. زمان ورود به اتاق هادی برای راند، مددکار اجتماعی متوجه حالت بهت و وحشت کودک شد با عموی بیمار شروع به گفتگو کرد. امیر احمدی علت این رفتار هادی را ترس بعد زلزله اعلام کرد: "وقتی که زلزله اومد ما همگی پریدیم بیرون ولی هادی خواب بود و باباش اون رو فقط با کمک خدا آورد بیرون، پاهاشم از همون جا این‌طوری شده. من فک می‌کنم همون ترسی که تو خواب بهش وارد شده باعث شده این‌طوری بشه الان با کوچکترین صدایی می‌پره و وحشت می‌کنه" عموی هادی از این حالت او بسیار ناراحت بود. هادی اصلاً فارسی متوجه نمی‌شد به همین دلیل برای ارتباط بسیار مشکل بود. اتفاقی که هادی در آن بستری بود اتفاقی کوچک بود که نورگیر خوبی داشت ولی فضای کوچک آنجا و تعداد زیاد ملاقات کنندگان روزانه می‌توانست حالت ترس را در هادی بیشتر کند. عموی هادی پسری جوان بود که با نیازهای کودک آشنا نبود به همین دلیل نیاز کودک با تاخیر پاسخ داده می‌شد. حین گفتگو، هادی بسیار بی‌قرار بود و ناله می‌کرد ولی عمو توجهی به موضوع نشان نمی‌داد و زمانی که مددکار به این موضوع اشاره کرد با گفتن این جمله که "همیشه همین‌طوره" رفتار هادی را عادی قلمداد می‌کرد. بررسی روابط هادی و عمویش قبل از زلزله نشان داد که روابط بین آن‌ها روابط صمیمانه و عاطفی نبود. لازم بود که اطلاعات بیشتری در مورد خانواده هادی به دست آید. مددکار اجتماعی در ارزیابی بعدی بر اساس فرم ارزیابی روانی اجتماعی بیمار در مصاحبه با عموی هادی دریافت که، مادر هادی در زلزله از ناحیه پا آسیب دیده و در بیمارستان بستری بود. اطلاعات به دست آمده از خانواده هادی در جدول شماره دو آورده شده است.

با توجه به شرایط جسمی و روانی هادی لزوم بازپیوند هادی با خانواده مشخص شد. برای این موضوع مددکار اجتماعی مستقر در بیمارستان البرز، با مددکاری اجتماعی مستقر در کرمانشاه در تماس بود. مددکار اجتماعی مستقر در کرمانشاه فارغ التحصیل از همین رشته در مقطع کارشناسی بود که به صورت داوطلب در تیم حضور داشت. وی مسئولیت اجرای IDTR را بر عهده داشت و در حین اجرای کار و دریافت گزارشات مددکاران اجتماعی داوطلب در بیمارستان‌های کرمانشاه متوجه شد که، خانمی سی ساله که از ناحیه پا دچار مصدومیت شده، در بیمارستان بستری بوده که از پسر سه ساله خود اطلاع نداشت به همین دلیل ایشان به شدت نگران وضعیت فرزندش بود و اشاره داشت که به دلیل اختلاف زناشویی با همسرش وی پاسخ تلفن‌های او را نمی‌داد و نمی‌دانست که فرزندش در چه وضعیتی قرار داشته است. مشخصات کودک توسط مددکار اجتماعی از مادر دریافت شد و با بررسی صفحه اطلاعات مصدومین مشخص شد که فرزند او در بیمارستان البرز بستری است. پس از گفتگوی با مددکار اجتماعی بیمارستان البرز، ضرورت حضور والدین در کنار کودک، مشخص شد. با توجه به وضعیت جسمانی مادر، با الویت، پدر

جدول (۲) اطلاعات خانوار

نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	تحصیلات	شغل
رضا احمدی	پدر	۳۲ سال	سیکل	کشاورز
روژین عابدی	مادر	۳۰ سال	دیپلم	خانه‌دار
هادی احمدی	-	۳ سال	-	-
امید احمدی	برادر	۶ ماه	-	-

جدول (۳) مداخلات مددکار اجتماعی

هدف/ شرح اقدامات/ بازه زمانی/ تکنیک
کاهش استرس هادی/ هماهنگی با انتظارات بیمارستان تا برای مدتی ملاقات کنندگان به اتاق هادی نروند/ یک روز/ ارتباط موثر
کاهش استرس هادی/ هماهنگی با خاتم کرد زبان برای پاسخگویی به نیازهای عاطفی هادی/ سه روز/ آموزش نحوه برقراری ارتباط موثر با هادی
بازگرداندن هادی به خانواده/ هماهنگی با همکاران مستقر در سرپل دهب برای گفتگو با خانواده و حضور آن‌ها در کنار کودک/ یک هفته/ IDTR

امکان بیشتری برای حضور نزد هادی را داشت. شماره تماس پدر از مادر گرفته شد. لذا گفتگویی تلفنی توسط یکی از مددکاران اجتماعی گرد زبان با ایشان شکل گرفت. در جریان گفتگو در مورد وضعیت هادی، بر اهمیت حضور ایشان در کنار فرزندش تاکید گردید. متأسفانه آقای احمدی به دلیل اختلافی که با همسرش داشت، از پذیرش مسئولیت سرباز می‌زد و صرفاً مادر را مسؤل می‌دانست. "من خونه زندگیم خرابه، برادرم اونجاهست دیگه، مادرش بی‌کاره چرا اون پا همیشه بره؟ بچه مادر می‌خواد." گفتگوهای صورت گرفته نشان می‌داد که روابط زوجین مخدوش است و پدر حاضر نیست برای صلاح‌دید فرزندش اختلافات را کنار بگذارد لذا این موضوع می‌توانست شرایط روحی هادی را وخیم‌تر کند. مددکار اجتماعی در گفتگوی تلفنی وضعیت روانی هادی را با زبانی ساده به آقای احمدی توضیح داد و اینکه در چنین شرایطی هادی نیازمند حمایت روانی پدر و مادر خود است و برای اینکه پدر متوجه مسئولیت خود شود، مددکار اجتماعی با بیانی قاطع و آمرانه پدر را ملزم به حضور بر بالین کودک کرد. مادر در این بازه تا ملحق شدن به فرزندش، توسط مددکار اجتماعی از وضعیت هادی با خبر بود. مددکار اجتماعی مستقر در بیمارستان البرز در ارزیابی‌های بعدی سعی می‌کرد تا با هادی ارتباط بیشتری بگیرد، هادی با کوچکترین صدایی به شدت می‌ترسید. از شلوغی و غریبه‌ها هراس داشت و شب‌ها خواب خوبی نداشت. اصلاً تمایلی به بیرون آمدن از تخت و بازی کردن نشان نمی‌داد. تجربه زلزله، صدای مهیب و ریختن آوار برای هادی سه ساله تجربه سختی بوده و علاوه بر اینکه او ترس و وحشت را در والدینش هم مشاهده کرده بود. جدایی هادی از والدینش بلافاصله بعد از زلزله به دلیل آسیب وارده به پایش، باعث از دست دادن منبع عاطفی و حمایتی او شده بود، همچنین استرس و اضطرابی شدیدی را برای او ایجاد کرده بود. با توجه به روابط عاطفی هادی و عمویش قبل از زلزله و شناخت ناکافی عمو از نیازهای کودک، هادی مراقب مناسبی نداشت. در چنین شرایطی با استناد به رویکرد مداخله در بحران لازم بود که در فاصله زمانی کوتاه به واکنش‌های عاطفی هادی پاسخی مناسب داده می‌شد زیرا عدم توجه به این موضوع می‌توانست منجر به اختلال استرس پس از حادثه در هادی شود. هدف مددکار اجتماعی کاهش استرس هادی و بهره‌مندی از حمایت و حضور والدینش ظرف مدت حداکثر یک هفته بود. مداخلاتی که برای این منظور انجام شد در جدول شماره سه آمده است.

مصاحبه‌ها و مشاهدات صورت گرفته از واکنش‌های هادی به شلوغی و صداهای اطراف، مددکار اجتماعی را به این نتیجه رساند که اولین موضوع برای کاهش رفتارهای هیستریک در هادی تامین آرامش روانی او در بیمارستان بود بر همین اساس با رئیس بیمارستان گفتگو کرده و ضمن توجیه ضرورت تامین آرامش روانی هادی در بیمارستان از او

مددکار اجتماعی برای باز گرداندن هادی به خانواده با مسول اجرای IDTR در کرمانشاه در ارتباط بود. در حین مصاحبات و گزارشات مددکاران اجتماعی داوطلب بیمارستان کرمانشاه مشخص شده بود که روابط زوجین مخدوش است و علاوه بر ارتباط مددکار اجتماعی مستقر در کرمانشاه، مددکار اجتماعی البرز هم با والدین ارتباط گرفته و ضرورت حضور والدین بر بالین کودک را متذکر شده بود. نتیجه مداخلات و گفتگو با والدین سرانجام باعث شد تا والدین متوجه ضرورت حضور خود در کنار کودکشان بشوند. بلیط هوایی برای والدین توسط تیم IDTR تهیه و بعد از یک هفته والدین در کنار کودک حضور پیدا کردند. خانم نیرومندی همچنان در کنار کودک حضور داشت و سعی می کرد علاوه بر کمک به تقویت روحیه مادر به او در مراقبت از هادی و امید کمک نماید. دو هفته دیگر از مدت زمان بستری شدن هادی باقی مانده بود. رئیس بیمارستان یکی از اتاق های پنج تخته را در اختیار خانواده احمدی قرار داده بود همچنین دسترسی به غذای گرم و حمام به سهولت امکان پذیر بود. مددکار اجتماعی راند روزانه را انجام می داد و شرایط روحی و روانی خانواده احمدی مورد بررسی قرار می گرفت. حضور خیرین، خاله های قصه گوی داوطلب با لباس محلی، خانم نیرومندی و خدمات مشاوره ای روانشناسان و مددکار اجتماعی روابط بین والدین را به طور نسبی بهبود بخشید همچنین شرایط روحی هادی را مساعد کرده بود. بعد از تکمیل دوره بهبودی هادی خانواده باید برای بازگشت به جامعه محلی خود آماده می شد اما یکی از مشکلات عدیده در این زمینه عدم تمایل خانواده برای بازگشت بود زیرا وجود خدمات رفاهی مناسب، کمک های بی وقفه خیرین، حمایت مالی و عاطفی پرسنل بیمارستان به دلیل علاقه مندی شدید به هادی و امید،

خواسته شد تا برای مدتی از حضور ملاقات کنندگان به اتاق بستری هادی جلوگیری شود بعد از این گفتگو رئیس بیمارستان از مسولین انتظامات خواست تا در زمان ملاقات فردی را در کنار اتاق هادی مستقر کند تا ضمن توضیح شرایط هادی به ملاقات کنندگان از بازدید آنها جلوگیری کند. در مرحله بعد در جریان مصاحبه ها و مشاهدات مشخص شده بود که عموی هادی نمی تواند مراقب مناسبی برای هادی به ویژه در چنین شرایطی باشد از طرفی با توجه به آسیب دیدگی مادر هادی امکان حضور او در کنار فرزند به این زودی میسر نبود لذا لازم بود که مراقبی مناسب برای کودک در نظر گرفته شود. مددکار اجتماعی برای انتخاب مداخله مناسب در این زمینه با سرپرست تیم ارتباط گرفته و راهنمایی لازم را گرفت. بعد از مشورت، مددکار اجتماعی برای یافتن مراقب مناسب، شروع به جستجو کرد تا خانم کرد زبان و علاقه مند به کار با کودکان بیابد. در تیم هایی که خدمات روانی اجتماعی به آسیب زدگان زلزله ارائه می کردند افراد کرد زبان وجود داشتند پس اولین گام یافتن فرد مورد نظر از میان این گروه بود. مددکار اجتماعی برای بررسی صلاحیت مراقب موقت کودک با او مصاحبه می کرد. در جریان مصاحبه سوابق کاری در حوزه کودک، علاقه مندی به کار با کودک، مهارت در برقراری ارتباط با کودک، آشنایی به زبان کردی، مهارت در داستان گویی و ظاهری آراسته، مورد بررسی قرار می گرفت. در بین گروه های ارائه کننده خدمات فردی متناسب پیدا نشد و در نهایت فرد مورد نظر توسط یکی از دوستان مددکار اجتماعی معرفی شد و در جریان مصاحبه صلاحیت او مورد تایید قرار گرفت. خانم نیرومندی زنی پنجاه ساله با چهره ای مهربان اصالتا اهل کرمانشاه بود. او سابقه کارهای داوطلبانه در شرایط مختلف با کودکان را داشت و بسیار از این موضع استقبال کرد و مهارت خوبی در برقراری ارتباط با کودکان داشت به نحوی که هادی در برخورد اول با او ارتباط چشمی برقرار کرد. از ایشان خواسته شد تا زمان حضور مادر هادی، در کنارش بماند و با برقراری ارتباط عاطفی مناسب استرس هادی را کاهش دهد. مددکار اجتماعی به اهمیت حضور ایشان اشاره کرده و تاکید کرده بود که هر زمان که امکان حضور در کنار کودک را نداشت از قبل با مددکار اجتماعی هماهنگ کند. به او گفته شده بود که با اسباب بازی هایی که شامل حیوانات جنگل بود با هادی بازی کند و قصه هایی امید بخش که قهرمان داستان کودک بود، برای هادی بگوید. کودکانی که در سنین هادی هستند معمولاً با حیوانات هم ذات پنداری بهتری دارند لذا استفاده از حیوانات جنگل به همکاری بیشتر کودک منجر شده و برقراری ارتباط را تسهیل می کند. از خانم نیرومندی خواسته شده بود زمانی که نزد هادی می آید لباس های شاد بپوشد و برای حرف زدن و فعالیت کردن هادی اجباری به کار نبرد و سعی کند با آغوش گرفتن و نوازش کردن هادی با او ارتباط صمیمانه برقرار کند.

باعث وابستگی خانواده شده و آن‌ها را برای بازگشت بی‌رغبت کرده بود. مددکار اجتماعی تلاش می‌کرد تا پرسنل بیمارستان متوجه عواقب رفتار غیرحرفه‌ایشان بکند و از آن‌ها بخواهد حمایت خود را به نحوی ارائه دهند تا منجر به وابستگی افراد نشود. مساله بعدی خیرین بودند که کمک‌های مادی آن‌ها بدون توجه به کرامت انسانی و استقلال آن‌ها ارائه می‌شد. مددکار اجتماعی برای کاهش اثرات رفتار خیرین در هنگام ملاقات در کنار بازدیدکنندگان حضور داشت و به نکته تاکید داشت که در حین ارائه کمک‌های خود عکس نگیرند و یا قبل از عکس‌برداری از افراد اجازه بگیرند. تمرکز اصلی مددکار اجتماعی توجه خانواده و آماده نمودن آن‌ها برای ورود به محل زندگی‌شان بود. مددکار اجتماعی با پاسخ دادن به نگرانی‌های والدین و تلاش برای جلب خدمات اسکان آن‌ها از طریق تیم مستقر در کرمانشاه سعی می‌کرد که امنیت خاطر نسبی آن‌ها را فراهم کند. تاکید بر پایدار نبودن خدمات خیرین و لزوم استقلال خانواده از محورهای گفتگوی مددکار با خانواده بود و هدف بر این بود تا با

شفاف‌سازی وضعیت، خانواده خود تصمیم بگیرند. پدر هادی در مورد تکمیل دوره درمان فرزندش مطمئن نبوده و نگران نحوه پیگیری بعد از ترخیص او بود. در این خصوص مددکار اجتماعی ضمن گفتگو با پزشک کودک و توجیه او برای مطمئن نمودن خانواده از بهبودی هادی، از ایشان خواست تا در یک جلسه حضوری روند بهبودی و پیگیری‌های بعد از ترخیص را با زبان ساده با والدین در میان گذارد. بالاخره خانواده آمادگی لازم برای بازگشت را پیدا کرده و ضمن هماهنگی با تیم مستقر در کرمانشاه بلیط برگشت برای خانواده تهیه و آن‌ها به محل زندگی خود بازگشتند. بعد از بازگشت خانواده مددکار اجتماعی وضعیت خانواده را از طریق تیم مستقر در کرمانشاه بررسی کرد و مشخص شد که هماهنگی‌های لازم با مرکز درمانی برای کشیدن بخیه‌های هادی انجام شده و شرایط خانواده و کودک به ثبات رسیده است. مددکاران اجتماعی تیم مداخله در بحران در زلزله کرمانشاه سعی داشتند تا با در نظر گرفتن حریم شخصی بیماران، حقوق اولیه آن‌ها را رعایت نمایند به همین منظور تا جای ممکن مانع از تصویربرداری از افراد مجهول‌الهویه و کودکان و انتشار تصاویر آن‌ها با توجه به اصل رضایت آگاهانه در شبکه‌های مجازی شدند، در ارتباط با کادر بیمارستان سعی شد تا بحث حفظ اسرار بیماران تذکر داده شده و مانع از دادن اطلاعات بیمار به اقوام و سایر بستگان وی شوند. نویسندگان مقاله تلاش کردند تا وقایع را آن‌گونه که اتفاق افتاده شرح داده و از بزرگ‌نمایی، خودسانسوری و تحریف وقایع خودداری نمایند. همچنین در نظر گرفته شد تا گمنامی اشخاص شرح داده شده با تغییر نام و هویت اصلی آن‌ها رعایت شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مورد در این مقاله هادی پسر سه ساله‌ای بود که بعد از زلزله کرمانشاه در بیست و یک آبان ۱۳۹۶ به یکی از بیمارستان‌های استان البرز منتقل شده بود. پای او در زلزله آسیب دیده بود. او از والدین خود جدا شده و همراه او در بیمارستان عمومیش، مهارت مراقبت از کودک را به‌خوبی نمی‌دانست. هادی بعد از واقعه به‌شدت مضطرب شده بود به گونه‌ای که اگر مداخله‌ای صورت نمی‌گرفت احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه وجود داشت. مادر از وضعیت هادی بی‌اطلاع بوده و به دلیل مخدوش بودن روابط والدین، پدر از حضور بر بالین کودک خودداری می‌کرد. برای کاهش اضطراب هادی و باز یافتن آرامشش مراقبی گُرد زبان که سابقه کار با کودکان را داشت، برای او در نظر گرفته شد تا زمان غیاب مادر، هادی از مراقبتی مناسب برخوردار باشد. از سوی دیگر پدر در مورد مسوولیت خود در مقابل هادی توجیه شده و والدین در کنار کودک حضور یافتند. هادی با مداخله‌ای به‌هنگام در کنار والدین خود سلامت روحی و جسمی خود را باز یافت. در هنگام بروز حوادث و بلایای طبیعی کودکان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که خدمات بسیاری را متحمل می‌شوند. کودکان از خانواده خود جدا مانده و منبع حمایتی خود را از دست می‌دهند. از طرفی حوادث آسیب روحی شدیدی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند. مددکاران اجتماعی باید در چنین شرایطی با تکیه بر رویکرد مداخله در بحران در سریع‌ترین زمان، بهترین و مناسب‌ترین مداخله را انتخاب می‌کند. مستندات و شواهد علمی در پژوهش‌های ریچاردسون و همکاران ۲۰۱۶، یونیسف ۲۰۱۵، الن و نیگر ۲۰۰۹ نشان می‌دهد تکنیک IDTR یکی از تکنیک‌های موثر در زمینه بازیونند کودکان با خانواده در هنگام وقوع بلایای طبیعی است. (۲۳ و ۲۲) به‌کارگیری تکنیک کاهش استرس و IDTR با تکیه بر رویکرد مداخله در

وابستگی مراجعان ارائه دهند. در نتیجه کار تیمی، ارزیابی‌های دقیق و استفاده از تکنیک‌ها و مداخلات مناسب، هادی سلامت روحی خود را به دست آورد و توانست به خانواده خود بازگردانده شود. نکته حائز اهمیت این است که مددکاران اجتماعی هنگام مداخله در بحران بدون دانش و تجربه کافی و بدون سرپرستی حرفه‌ای می‌توانند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به مراجعان وارد کنند، از طرفی بی‌توجهی مددکاران اجتماعی در مستندسازی فعالیت‌ها منجر به عدم آگاهی سایر مددکاران از نتیجه خدمات انجام شده، می‌شود لذا در این مقاله سعی شد تا با ارائه گزارش از فعالیت‌های انجام شده، شیوه جدید به کار گرفته شده در بحران آموزش داده شود.

بحران در مورد شرایط هادی اثر گذار بوده و باعث شده بود تا در مدت زمان کوتاهی خلق او تنظیم شده و انرژی روانی خود را باز یابد همچنین از حضور موثر والدین خود به عنوان مراقبین اصلی برخوردار شود. استفاده از پروتکل شش‌گانه مداخلات پایه مددکاران اجتماعی در بیمارستان باعث شد که مشکلات هادی از همان ابتدای ورود به بیمارستان به خوبی مورد بررسی قرار بگیرد. مددکار اجتماعی واقف بود که در هر ارزیابی باید به چه نکاتی توجه داشته باشد. از طرفی استفاده از رویکرد تیمی در ارائه خدمات، سرپرستی، گزارش روزانه و ارتباط اعضای تیم با یکدیگر باعث می‌شد که مددکاران اجتماعی با کمترین خطا، خدماتی به مناسب و به هنگام به خانواده هادی ارائه کنند. در مواقعی که بلایای طبیعی باعث آسیب به افراد می‌شود بقیه افراد جامعه و افرادی که در حال ارائه خدمات به آسیب دیدگان هستند معمولاً با تاکید بر عواطف انسانی خود، هیجان‌زده عمل کرده و به گونه‌ای رفتار می‌کنند که کرامت انسانی و استقلال آسیب دیدگان از بلایا زیر سوال می‌رود. درباره هادی و خانواده او متأسفانه خدمات بیش از اندازه خیرین و مسولین بیمارستان آن‌ها را وابسته به بیمارستان کرده و آن‌ها بیم بازگشت به محل زندگی خود را داشتند.

لازم است که حداقل متخصصینی که به آسیب دیدگان ارائه خدمت می‌کنند در مورد اصول اخلاقی کار با مراجعین آموزش ببینند و بیاموزند که خدمات خود را با حفظ شان و کرامت انسانی و توجه به عدم



References:

1. Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponserre S. Annual disaster statistical review 2011: the numbers and trends. Centre for research on the epidemiology of disasters (CRED); 2012.
2. Thywissen K. Components of risk: a comparative glossary: UNU-EHS; 2006.
3. Ziari K, Ziari R, Ziari S. A case study of the Bam earthquake to establish a pattern for earthquake management in Iran. Space ontology international journal. 2015;4(1):63-70.
4. Ahmadi B, Foroushani AR, Tanha N, Abad AMB, Asadi H. Study of functional vulnerability status of Tehran hospitals in dealing with natural disasters. Electronic physician. 2016;8(11):3198.
5. Mastaneh Z, Mouseli L. Capabilities and limitations of crisis management in the teaching hospitals of Hormozgan university of medical sciences, 2010. Scientific research and essays. 2013;8(26):1196-202.
6. Arab M, Zeraati H, Akbari Hfe, Ravangard R. A study on the executive managers' knowledge and performance, and their hospitals preparedness against earthquake events and their relationships at public hospitals (affiliated by Tehran university of medical sciences (Tums); 2005-2006). 2009.
7. Behrooz Shad F. The role of health and emergency management in disaster reduction. 2nd international congress on health, medication and crisis management in disaster; 2004.
8. Schonfeld DJ, Demaria T. Providing psychosocial support to children and families in the aftermath of disasters and crises. Pediatrics. 2015;136(4):e1120-e30.
9. McDermott BM, Cobham VE. Family functioning in the aftermath of a natural disaster. BMC psychiatry. 2012;12(1):55.
10. Codreanu TA, Celenza A, Jacobs I. Does disaster education of teenagers translate into better survival knowledge, knowledge of skills, and adaptive behavioral change? A systematic literature review. Prehospital and disaster medicine. 2014;29(6):629-42.
11. Kar N. Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. World journal of pediatrics. 2009;5(1):5-11.
12. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. Perspectives on

psychological science. 2013;8(6):651-62.

13. Kousky C. Informing climate adaptation: a review of the economic costs of natural disasters. *Energy economics*. 2014;46:576-92.

14. Elliot D. A social development model for infusing disaster planning management and response in the social work curriculum. *Disasters and concepts and issues a guide to social work education and practice*. 2010:89-110.

15. Rapeli M. The role of social work in disaster management in Finland. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*. 2017(596).

16. Maarefvand M, Ali D. Social work with children in emergency situations. Tehran:UNICEF2008. [Persian]

17. Ngozi C, Malachy E, Christy O, Uche O, Agnes O, Prince A. Crisis intervention as a theory and a model in social work: a panacea against militancy in the Niger delta of Nigeria.

18. Payne M. *Modern social work theory*: Oxford university press; 2014.

19. Blake N, Stevenson K. Reunification: keeping families together in crisis. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2009;67(2):S147-S51.

20. Araki C. Earthquake and disaster response in the Japanese community: a strengths and community perspective. *Journal of social work in disability & rehabilitation*. 2013;12(1-2):39-47.

21. Nager AL. Family reunification-concepts and challenges. *Clinical pediatric emergency medicine*. 2009;10(3):195-207.

22. Awotona A. *Planning for community-based disaster resilience worldwide: learning from case studies in six continents*: Taylor & Francis; 2016.

23. Richardson JF, Baker E, Gallagher HC, Gibbs L, Block K, Lusher D, et al. 21 Separation and reunification in disasters. *Planning for community-based disaster resilience worldwide: learning from case studies in six continents*. 2016:357.