

حمایت‌های روانی - اجتماعی
در
بلايا و حوادث غیرمترقبه
(متن آموزشی پزشكان عمومی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
اداره سلامت روان
زمستان ۱۳۹۰

عنوان و نام پدیدآور : حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه
(ویژه پزشکان عمومی)

مؤلفین : محمدتقی یاسمی ... (و دیگران).

بازبینی و اصلاح : سمانه کریمان ... (و دیگران)

مشخصات نشر : مشهد: انصار، -۱۳۹۱

مشخصات ظاهری : ۷۸ص : مصور(رنگی).

شابک : ۷-۴۳-۵۴۸۳-۶۰۰-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : ویژه پزشکان عمومی

موضوع : روان پزشکی

شناسه افزوده : یاسمی، محمدتقی

رده بندی کنگره : ۱۹۶۸ ق ۳۷ ح ۹۶۲۸۹

رده بندی دیویی : ۶۱/۰۹

شماره کتابشناسی ملی : ۱۲۵۰۶۰۹



حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و
حوادث غیر مترقبه
(ویژه پزشکان عمومی)

مؤلف : گروه مؤلفین

ناشر : انصار

نوبت چاپ : اول - ۱۳۹۱

شمارگان : ۴۵۰۰ نسخه

چاپ: شرکت چاپ زرفام خراسان

شابک : ۷-۴۳-۵۴۸۳-۶۰۰-۹۷۸

حق چاپ محفوظ است

نویسندگان:

دکتر محمد تقی یاسمی
دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه
دکتر بهزاد قربانی
دکتر کاله کوهی حبیبی
دکتر معصومه امین اسماعیلی
دکتر ستاره محسنی فر

بازبینی و اصلاح:

دکتر مهدیه وارث وزیریان
علی اسدی
دکتر حمید رضا فتاحی
علی بهرام نژاد
محمد رضا غفارزاده

فهرست:

پیشگفتار

اهداف آموزشی

تاریخچه

مقدمه

فصل اول: تعریف مفاهیم

فصل دوم: اصول اساسی حمایت‌های روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل سوم: مراحل پاسخ روانی به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل چهارم: بلایا، واکنش‌ها و نشانه‌های مرتبط با آن

فصل پنجم: اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل ششم: گروه‌های آسیب‌پذیر

فصل هفتم: فقدان و سوگ

فصل هشتم: حمایت‌های اولیه روانی-اجتماعی آسیب‌دیدگان

فصل نهم: درمان‌های دارویی اختلالات شایع پس از بلایا و حوادث غیرمترقبه

ضمیمه اول: خودکشی پس از وقوع بلایا و برنامه پیشگیری از خودکشی

ضمیمه دوم: پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در حوادث غیرمترقبه و بلایا

ضمیمه سوم: فرسودگی شغلی و امدادگران

منابع

پیشگفتار

ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. حوادثی مانند سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی های گسترده از رویدادهایی هستند که هر ساله منجر به مرگ و میر و آسیب های جسمی و روانی هزاران انسان می شوند. این حوادث می توانند تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد کنند و عوارض روانی جدی و دیرپایی را باقی گذارند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر می شوند ولی تأثیری که بر روی زندگی افراد می گذارند طولانی مدت خواهد بود.

حوادث غیر متوقعه و طبیعی به میزان ۹۶۸۰۸۱ سال عمر مفید هر انسان مطالعه بار بیماری ها (DALYs) در سال ۱۳۸۲ از مردم ما ستانده است که از این میان، ۲۵۷۲۸ سال از عمری حدود ۹۶ درصد در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله و با وجود جاری شدن هر ساله سیلاب در بخش هایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ هزار سال با ناتوانی و یا مرگ از دست رفته است، که سهم بسیار زیادی از آن را مرگ (YLL) تشکیل می دهد. توجه به موارد پیش گفت، می توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYs را از بین مجموع بیماری ها و آسیب های شناسایی شده به خود اختصاص داده است که این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیش از پیش مطرح می کند.

تحقیقات نشان داده است که DALYs ناشی از بلایا قابلیت کاهش و کنترل دارد. در این راستا برنامه هایی در وزارت بهداشت برای ایجاد آمادگی های لازم برای کاهش عوارض آن در دستور کار بوده است. براین اساس بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا به عنوان یکی از فعالیت های مربوط به برنامه حمایت های روانی اجتماعی در سال ۱۳۸۷ تعیین گردید. در ابتدا بعد از رایزنی و هماهنگی با کارشناس محترم بهداشت روان و

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - قطب حمایت های روانی اجتماعی در بلایا - افراد ذیصلاح در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا در سطح دانشگاه های علوم پزشکی انتخاب شدند.

متون مذکور جهت مطالعه و اظهار نظر اولیه از طریق پست به افراد منتخب ارسال گردید که از این گروه کمتر از نیمی از افراد نظرات خود را ارسال نمودند. از اینرو به منظور افزایش همکاری و جمع بندی نظرات، مقرر شد با برگزاری کارگاه مشورتی به این کار اقدام شود. کارگاه طبق برنامه ریزی و هماهنگی با تمامی اعضای شرکت کننده در آن، در تاریخ ۴ تیرماه ۱۳۸۸ در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز به کار نمود.

بعد از دو روز تلاش مستمر و بررسی متون توسط چهار گروه تخصصی، نقاط قوت و ضعف متون موجود و تغییرات مورد نظر پیشنهاد گردید. در پایان دو روز کار، گزارشی از نظرات و پیشنهادات اعضا تیم تهیه شد که در این جا لازم می دانم از تمامی شرکت کنندگان (آقای دکتر بوالهروی - آقای دکتر گودرزی - آقای دکتر جهانشاهی - آقای بهرام نژاد - آقای نادری - آقای علی اهدی - آقای زامیاد - آقای دکتر آزاد - آقای محمدی - خانم دکتر غفاری - خانم کویانی - خانم دکتر مهدوی - خانم دکتر امین اسماعیلی - خانم دکتر علیزادگان - خانم باشتی - خانم ده باشی - خانم دکتر وزیریان) تشکر نمایم.

در مرحله بعدی تیم کوچکتری به جمع بندی پیشنهادات ارائه شده در کارگاه و مرور منابع، مستندات و شواهد موجود در دنیا پرداخت. در نهایت کتاب های آموزشی به هفت گروه هدف (گروه متخصصین سلامت روان، پزشکان عمومی، کارکنان بهداشتی، معلمان و مشاوران، بهورزان و رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی و مددکاران) تقطیل یافت. با سیاست مجدد از همه همکاران و اساتید ارجمند متون حاضر تقدیم حضور می گردد تا به یاری خداوند منان مورد بهره گیری قرار گیرد.

پیشاپیش از همه عزیزی که با نقد و راهنمایی ما را در ادامه کار یاری می رسانند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

دکتر عباسعلی ناصحی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف آموزشی

از پزشکان عمومی انتظار می رود پس از مطالعه این متن و طی دوره آموزشی:

- اطلاعات لازم در مورد انواع بلایا و سایر مفاهیم مربوط به آن را داشته باشند.
- اصول حمایت های روانی - اجتماعی از آسیب دیدگان را بشناسند.
- واکنش ها و نشانه های روانی آسیب دیدگان در بحران را بشناسند.
- بتوانند گروه های آسیب پذیر را شناسایی کرده و در موارد لازم ارجاع دهند.
- واکنش های طبیعی سوگ را بشناسند و سوگ پیچیده را تشخیص دهند.
- بتوانند حمایت های روانی - اجتماعی اولیه را هنگام مواجهه با آسیب دیدگان ارائه کنند.
- بتوانند برنامه پیشگیری از خودکشی را در منطقه آسیب دیده پیاده کنند.
- درمان های دارویی در اختلالات شایع پس از بلایا را بشناسند.
- با پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در منطقه آسیب دیده آشنا باشند.
- نحوه اطلاع رسانی صحیح را بدانند.
- با فرسودگی شغلی آشنا گردند.

تاریخچه

اجرا می شد. نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود. امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسایل بهداشت روان داشتند. به خصوص امدادگران جوان، نیازمند آموزش و کسب مهارت بیشتری بودند.

براین اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قاین و بر اساس نیاز سنجی انجام شده توسط آقای دکتر یاسمی و همکاران اولین پیش نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال آموزش متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر به وسیله تیم فوق الذکر و نیز آموزش تعدادی روان پزشکان و روان شناسان آغاز شد. دومین پیش نویس برنامه براساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد. متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و پمفلت هایی برای مردم عادی تهیه شد. کلیه روان پزشکان و روان شناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی «حمایت های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری» آموزش ویژه دریافت کردند. تا قبل از زلزله بم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش های لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند. به منظور ارتقا کمی و کیفی و سرعت بخشی به ارائه خدمات روانی- اجتماعی، ادامه آموزش نیروها و منابع انسانی ضروری می نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی گرفت که پس از آن مداخلات آغاز گشت. نتایج ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش سایکوپاتولوژی در بالغین و کودکان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود.

مطالعات پایلوت در زلزله قزوین نشان داد که برنامه کشوری اجرایی می باشد و مداخلات

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایای طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسفیل زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغاز چنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسوولیت وزرا و یا معاونین آن ها در سازمان های ذیربط تشکیل می شد که یکی از آن ها کمیته فرعی بهداشت روان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می گردید. این کمیته در سال ۱۳۷۶ شروع به برنامه ریزی برای تهیه طرح «نخوه ارائه خدمات به آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی» نمود. ولی از آن جایی که دانش اندکی در این زمینه در سطح بین المللی وجود داشت و از طرفی کار برد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت های فرهنگی و بومی امکان پذیر نبود، برنامه ریزی با رویکرد پژوهش نگر آغاز شد. این وظیفه به عهده اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری تعدادی از اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پزشکی بیرجند و منطقه قاینات و اردبیل به انجام رسید.

نیازهای اعلام شده مردم آسیب دیده اطلاعات جالبی به همراه داشت. از لحظات بعد از حادثه نیاز به دریافت اطلاعات به خصوص در مورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق العاده ای داشت. بیش از ۷۵ درصد از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت سلامت اعضا خانواده خود داشتند و این در حالی بود که هیچ گونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد، امدادگران به غلط رفتار می کردند. پس از حادثه، اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می کردند ولی دوستان و آشنایان مهم ترین منبع در دسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آن ها

لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران، اقدامی بسیار بجا و درخور تمجید بوده است.

به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح، کارگاه بازبینی متون آموزشی در تاریخ ۴ و ۵ تیرماه ۱۳۸۸ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار گردید. در این نشست شرکت کنندگان به بحث و بررسی متون موجود پرداخته، راه کارهایی جهت ارتقا کیفی مطالب موجود ارایه دادند.

جمع بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاه های علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج به دست آمده از کارگاه مذکور و مروری بر مستندات موجود در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در سطح دنیا در طی چندین جلسه مشترک در اداره سلامت روان به پایان رسید.

روانی - اجتماعی عملی و موثر است. برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینی و تصحیح شد. در زلزله بم نیز با توجه به وسعت حادثه و برجای ماندن تعداد زیادی از آسیب دیدگان روانی، این برنامه مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت تا این که منطبق بر شرایط موجود در بسم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد. بازبینی چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و براساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش سوزی منطقه بازنه اراک و زلزله بندر عباس از سوی جمعی از صاحب نظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از اینرو و براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان برآن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمی موجود در سطح دنیا بتوان دانش و مهارت های کافی را در اختیار دانش آموختگان در این حیطه قرار داد.



مقدمه

مقدمه

« یک بلا عبارت است از درهم ریختگی شدید زیست محیطی و روانی - اجتماعی، که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه مبتلا است. »
(سازمان جهانی بهداشت - ۱۹۹۲)

بلایای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند مسیر زندگی میلیون ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولت ها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع بلایا به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد. کمک های بهداشتی یکی از مهم ترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد. هر چند تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب را کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند، طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به موقع به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی بلایا بر متولیان بهداشت، محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد می گردد، از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسایل روانشناختی ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱ درصد تخمین زده شده است. ۳۶ درصد این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلالات اضطرابی

بودند. نتایج یک پژوهش طولی، بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰ درصد بازماندگان تا یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده اند. در مطالعه ای که به دنبال وقوع زلزله ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹ درصد بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان ۲۳ درصد مبتلا به PTSD و ۲۱ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هر چند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می ماند. همراهی چند بیماری روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را افزایش می دهد. مساله مهم دیگر آسیب پذیری خود افراد و احتمال وجود اختلالات قبلی در این افراد است که مسلماً به بروز واکنش های شدیدتر می انجامد.

هر چند پژوهش های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب بلایا در ایران اندک هستند، نتایج آن ها دور نمایی از آسیب های شایع و عوارض بازماندگان به ما می دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار به سال ۱۳۶۹، ۶۸ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می بردند. در پژوهش کرمی به سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد

۷۷-۱۳۷۶ آسیب شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود.

دربرسی به عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان (براساس مقیاس GHQ و Rutter) از مشکلات روان شناختی رنج می بردند. درصد افراد بزرگسالی که براساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد و درصد کودکانی که براساس مقیاس PTSD کودکان، دچار PTSD

بودند ۷۸ درصد بود.

با نگاهی به مطالب فوق، ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین

امیدادهای آرسالی به مناطق فاجعه زده مشخص می گردد. امروزه تشخیص داده شده که کمک های زود هنگام به مردم در جهت این که آن ها بفهمند چگونه با استرس های ناشی از فاجعه کنار بیایند و بر آن ها غلبه کنند، تمرکز بیشتری می باشد و این امر از گسترش مشکلات بعدی در آن ها جلوگیری می کند. حمایت های روان شناختی در بلایا باید در برنامه های کشوری به صورت سطح بندی اعمال شود تا در صورت بروز حوادث با بعد وسیع، امکان استفاده از داوطلبین در سطوح گسترده تر موجود باشد. در این میان پزشکان عمومی به عنوان اولین سطح درمانی در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه، نقشی اساسی در هنگام مواجهه با بازماندگان بلایا در منطقه تحت پوشش خود دارند.

شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. هم چنین ۵۱/۷ درصد این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آن ها نسبت به خوابیدن در محل های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان برخوردار است. در پژوهش یاسمی و همکاران در سال های



فصل اول

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

- ۱ - سلامت و بهداشت روانی را تعریف کنند.
- ۲ - بلایا را بشناسند.
- ۳ - تنش (Stress) و تنش زا (Stressor) را تعریف کنند.
- ۴ - مدارا و روشهای مختلف آن را در مواجهه با بلایا و حوادث غیر مترقبه بیان کنند.
- ۵ - فرد آسیب دیده و تیم حمایت روانی - اجتماعی را بشناسند.

تعریف مفاهیم:

قبل از ورود به متن اصلی لازم است با برخی از واژه ها و مفاهیمی که در این فصل می خوانید آشنا شوید. سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری. سازمان جهانی بهداشت تاکید دارد که هیچ یک از موارد فوق ارجحیتی بر دیگری ندارد.

بهداشت روانی: تامین، حفظ و ارتقا سلامت روان افراد جامعه است به گونه ای که آن ها، نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را به خوبی انجام دهند، از زندگی شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط برقرار نمایند.

به عبارتی دیگر می توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد.

بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری های روانی رنج می برند. بلا: اختلال شدید زیست محیطی و روانی - اجتماعی

است که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات ناشی از آن فراتر باشد. راه های مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد ولی از نقطه نظری و آماجی می توان بلایا را به دو گروه تقسیم کرد:

بلایای طبیعی:

بلایایی که سبب یا منشا وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد و فهرست آن در زیر آمده است.

- زلزله

- سیل

- آتشفشان

- طوفان و گردباد

- سقوط بهمین

- خشکسالی و گرمزدگی

- آتش سوزی جنگل ها

- امواج سهمگین از دریا به خشکی یا پیشروی دریاها

- همه گیری بیماری های عفونی مثل طاعون

- و یا و...

بلایای انسانی ساخته:

بلایایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم منشا وقوع آن در کنترل انسان می باشد. جنگ مهم ترین و بزرگ ترین بلای انسانی ساخته است ولی موارد متعدد دیگری نیز وجود دارد که فهرست برخی از آن ها در زیر آمده است.

- آتش سوزی منزل

- حادثه تصادف مرگبار با اتومبیل

- سقوط هواپیما

- فروریختن مسیر عابرین

- آزاد شدن مواد شیمیایی سمی

- حوادث هسته ای

تنش (Stress): تنش (استرس) واژه ای با مفهوم گسترده است که به تاثیر هر چیز در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد اطلاق می شود.

استرسورهای محیطی یکسان، در افراد مختلف