Journal of Counseling and Psychotherapy Culture
Vol. 18, No.71, Fall 2027; P 79-98
qccpc.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/qccpc.2026.94203.3697

ATU PRESS

Original Research
Accepted: 5/9/2026
Revised: 1/9/2026
Received: 11/7/2026
ISSN: 2345-6051
eISSN: 2476-6178

Developing a Model of Psychosocial Interventions in Temporary Accommodation Centers for Victims of the Third Imposed War with an Emphasis on Assessing the Needs of Residents

Somayeh Kazemian *

Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Extended Abstract:

1. Introduction

In the current context of Tehran, temporary accommodation of citizens in 52 hotels has provided an exceptional opportunity for focused access to the affected population, but at the same time, it brings new challenges such as interpersonal conflicts in collective environments. Continuing to stay in these centers without planning to rebuild social networks and strengthen emotion regulation can lead to psychological burnout of residents. Therefore, active identification of people at risk and establishment of specialized referral mechanisms are considered essential elements of psychological response in these critical circumstances.

In light of what has been said, the present study aimed to analyze in depth the psychological and social consequences of temporary accommodation among war victims, seeking to explain the necessity of transitioning from "mere livelihood support" models to "integrated psychosocial support" models. This study attempted to provide practical solutions to reduce harm and promote mental health in displaced populations by drawing on theoretical frameworks and the lived experiences of psychologists in temporary shelters. Since sheltering in collective and temporary environments is associated with characteristics such as environmental insecurity, psychological burnout, and disruption of support networks, designing psychosocial services in such contexts requires a structure that seeks to create stability and promote sustainable resilience beyond simply responding to acute crises.

* Corresponding Author: somaye.kazemian@yahoo.com

How to Cite: Kazemian, S. (2027). Developing a Model of Psychosocial Interventions in Temporary Accommodation Centers for Victims of the Third Imposed War with an Emphasis on Assessing the Needs of Residents, *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 18(71), 79-98. DOI: 10.22054/qccpc.2026.94203.3697

2. Literature Review

International statistics and epidemiological findings show the alarming scale of this crisis. According to reports from the World Health Organization, in war-affected populations, approximately 22% of individuals suffer from moderate to severe mental disorders (including depression, anxiety, PTSD, and bipolar disorder) (World Health Organization, 2022). Recent meta-analyses on displaced populations have also shown that the prevalence of post-traumatic stress disorder among war-affected children and adolescents is estimated at 22.7%, and the prevalence of depression and anxiety is estimated at 13.8% and 15.8%, respectively (Blackmore et al., 2020a). These figures indicate the need to look beyond basic livelihood support.

3. Methodology

This research aimed to design an operational model for psychological management in temporary accommodation centers; it was a developmental-applied study conducted using an analytical-conceptual approach. Research data were collected through 10 focus group sessions with the participation of 20 psychological expert team leaders who had direct experience in temporary accommodation centers for war victims. Participants were selected using the "purposive sampling" method with the criterion of "direct operational experience in a crisis." Each session was held in a structured manner and focused on identifying operational challenges, obstacles, and effective solutions.

4. Results

Considering the developmental-applied nature of this research, the proposed model of psychological intervention in crisis was compiled based on the findings of a systematic review of scientific literature and field data analysis. In the first stage, scientific sources related to psycho-social interventions in crisis situations, mental health management in emergency situations and international models of psycho-social support were examined in order to identify the theoretical frameworks and main components of the intervention. In the next step, these findings were compared and combined with the practical experiences of psychological specialists working in temporary accommodation centers for war victims. The result of this analytical process was a conceptual and operational model for organizing psychological interventions in crisis situations, which is presented below.

This model is a comprehensive framework for managing the psychological and social consequences of crises at the individual, organizational and social levels, which aims to provide a clear, structured, and sustainable path from the

moment of crisis to post-crisis reconstruction and growth. The main approach of this model is the gradual movement from "reducing mental turmoil" to "creating stability" and finally "sustainable empowerment and resilience". Psychologists and mental health professionals are therefore therapists, facilitators, coordinators, analysts, and trainers. This three-level model treats the crisis as a manageable process and even an opportunity for collective growth and learning, rather than only a threat. The path of the model runs from turmoil to stability and from stability to empowerment.

5. Discussion

The findings of the present study showed that psychosocial interventions in temporary shelters for war victims are effective when designed in a phased, multi-layered, needs-based, and socio-culturally sensitive model. The proposed model of this study, emphasizing the three main levels of "crisis reduction," "stabilization," and "empowerment," shows that the psychological response to collective crises should not be limited to short-term and reactive interventions; rather, it should be pursued as a continuous process from containing the initial turmoil to rebuilding individual, family, and social capacities. From a theoretical perspective, this finding is consistent with recent research showing that the psychological consequences of displacement are not simply clinical disorders, but are rooted in the breakdown of support networks and the lack of environmental security (Burgund Isakov & Markovic, 2024; Bangpan et al., 2024). The central core is the combination of two driving forces that ensure the continuity and quality of the committees' work. The success of experience management in crisis situations is a function of the synergy of two key axes at the core of the model: first, "strategic and jihadi competencies" that are embodied in managerial, resourceful psychologists: specialists who play a leading role, with comprehensive knowledge of the dimensions of the crisis and mastery of organizational work skills. Second, "institutional structure and organizational interactions"; meaning that government agencies and upstream institutions must provide the platform for transforming psychological knowledge into operational actions by "giving space" to specialized forces. One of the key points in the findings is the need to move beyond a purely relief approach toward an integrated, human-centered approach. Although providing shelter and food is essential for survival, it alone cannot reduce the anxiety, loss, and sense of rootlessness caused by war. By placing psychosocial interventions alongside primary services, the proposed model emphasizes that psychological safety is an integral part of crisis management. Review studies have shown that in affected areas, interventions that provide a combination of social and psychological support have more sustained

effectiveness in reducing collective trauma (Rabbani et al., 2024; Blackmore et al., 2020b).

At the first level of the model (crisis reduction), the main goal is to reduce psychological arousal and create a sense of immediate safety. This stage is consistent with the principles of psychological first aid, which centers on supportive listening and connecting people to support resources. The importance of this level is that proper crisis management in the early stages prevents trauma reactions from becoming chronic and interpersonal conflicts from escalating in shelters (Bangpan et al., 2024).

The second level of the model (stabilization) is a stage in the transition from turmoil to adaptation. At this stage, restoring routine and access to reliable information helps individuals regain their lost sense of control. The findings of the present study showed that group and cultural activities for children and adolescents worked as a kind of "indirect intervention" and prevented social isolation by restoring the experience of normality. Recent scientific literature also confirms that rebuilding social ties in displaced populations is one of the most important protective factors against post-traumatic mental disorders (Rabbani et al., 2024; Blackmore et al., 2020b). The third level of the model (empowerment) is where this model differs from traditional interventions. At this level, victims change from being passive recipients of services to active actors in the reconstruction process. This approach is in line with "trauma-informed" models, which hold that effective intervention should help restore a sense of individual agency and autonomy (Burgund Isakov & Markovic, 2024). Empowerment here means the gradual restoration of individual and family roles and participation in decision-making related to life in the shelter.

6. Conclusion

The model's emphasis on multi-layered and tiered interventions allows for targeted allocation of resources. Given the limited availability of specialized human resources in wartime conditions, this tiering allows for general services to be provided to all and specialized services to be provided only to high-risk individuals, which improves the efficiency of the health system in a crisis (Rabbani et al., 2024). Adherence to ethical principles such as maintaining dignity and confidentiality is a human necessity and a prerequisite for residents' trust in psychological interventions.

Keywords: Crisis Intervention, Qualitative Research Method, Conceptual Model, Temporary Accommodation, Resilience, Psychosocial Support.

مقاله پژوهشی
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۴/۲۰ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۵/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۴
ISSN: 2345-6051
eISSN: 2476-6178

فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی
سال هجدهم، شمارهٔ ۷۱، پاییز ۱۴۰۶، ص ۷۹ تا ۹۸
www.qccpc.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/qccpc.2026.94203.3697

تدوین الگوی مداخلات روانی-اجتماعی در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان جنگ تحمیلی سوم با تأکید بر نیازسنجی ساکنان

سمیه کاظمیان * دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

این مقاله باهدف تدوین یک مدل جامع مداخله روان‌شناختی در بحران، به‌ویژه در مراکز اسکان موقت خانواده‌های آسیب‌دیده از جنگ، طراحی شده است تا مسیر مداخله از کاهش آشفتگی اولیه تا ایجاد ثبات و درنهایت توانمندسازی و تاب‌آوری پایدار را تبیین کند. پژوهش حاضر از نوع توسعه‌ای-کاربردی و با رویکرد تحلیلی-مفهومی انجام شده است. در این مطالعه، با بهره‌گیری از مرور منابع علمی، تحلیل تجارب میدانی و تلفیق یافته‌های نظری در حوزه مداخله در بحران، مدلی سه‌سطحی برای سازمان‌دهی خدمات روان‌شناختی در بستر اسکان موقت طراحی شد. داده‌های پژوهش از طریق برگزاری ۱۰ جلسه گروه کانونی با مشارکت ۲۰ نفر از سرتیم‌های متخصص روان‌شناسی که سابقه فعالیت مستقیم در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان از جنگ را داشته‌اند، گردآوری شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش «نمونه‌گیری هدفمند» با معیار «تجربه عملیاتی مستقیم در بحران» صورت گرفت. هر جلسه به‌صورت ساختاریافته و با تمرکز بر شناسایی چالش‌های عملیاتی، موانع و راهکارهای اثربخش برگزار گردید. یافته‌ها نشان داد که مداخلات روان‌شناختی در بحران باید به‌صورت پیوسته و مرحله‌بندی‌شده، در سه سطح «کاهش بحران»، «ایجاد ثبات» و «توانمندسازی» اجرا شوند. در هر سطح، کمیته‌های تخصصی شامل اطلاع‌رسانی و ارتباطات، منابع انسانی و ارزیابی، پایش و غربالگری، ارزیابی و کنترل، هماهنگی بین‌بخشی، آموزش و درمان، پژوهش و مستندسازی و مداخلات روان‌شناختی محیط محور و تسهیل گری پویایی‌های جمعی نقش محوری در اثربخشی مداخله دارند. مدل پیشنهادی می‌تواند به‌عنوان چارچوبی جامع برای مدیریت روان‌شناختی بحران در مراکز اسکان موقت به کار رود و با تأکید بر کرامت انسانی، عدالت در دسترسی، مشارکت جامعه و پایش مستمر، زمینه‌ساز بازسازی تاب‌آوری فردی و اجتماعی شود.

کلیدواژه‌ها: مداخله در بحران، روش پژوهش کیفی، مدل مفهومی، اسکان موقت، تاب‌آوری، حمایت روانی-اجتماعی.

* نویسنده مسئول: somaye.kazemian@yahoo.com

مقدمه

بحران‌های ناشی از جنگ و جابه‌جایی اجباری جمعیت، فراتر از ابعاد فیزیکی و معیشتی، تجربه‌ای عمیقاً آسیب‌زا در سطوح روان‌شناختی، هیجانی و هویتی محسوب می‌شوند. در شرایطی که شهروندان ناگزیر از ترک سکونتگاه‌های دائمی خود شده و در محیط‌های موقتی نظیر هتل‌ها یا کمپ‌های شهری اسکان می‌یابند، با وضعیتی مواجه می‌شوند که در ادبیات پژوهشی از آن به‌عنوان «تعلیق زیستی» یاد می‌شود. اگرچه تأمین سرپناه و امنیت فیزیکی در ۵۲ هتل سطح شهر تهران، نخستین گام حیاتی در مدیریت بحران است، اما شواهد گسترده نشان می‌دهد که پیامدهای روان‌شناختی جنگ غالباً در فاز پسا-بحران تشدید شده و در صورت نبود مداخلات تخصصی، به اختلالات پایدار و مزمن منجر می‌گردد سازمان بهداشت جهانی[1]،۲۰۲۲)

از منظر رویکردهای نوین تروما، مواجهه مستمر با تهدید، فقدان ناگهانی عزیزان، احساس «امنیت بنیادی» را مختل کرده و فرآیند تنظیم هیجان و انسجام روانی را با چالش جدی مواجه می‌سازد. پژوهش‌های حوزه «تروما‌ی پیچیده۲» نشان می‌دهند که فشارهای مزمن ناشی از جنگ و آوارگی، صرفاً به بروز علائم استرس پس از سانحه محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند به تخریب پیوندهای دلبستگی، تغییر در خودپنداره و کاهش ظرفیت سازگاری اجتماعی منجر شود (جامعه بین‌المللی مطالعات استرس تروماتیک۳، ۲۰۲۳)

آمارها و یافته‌های اپیدمیولوژیک در سطح بین‌المللی بر ابعاد نگران‌کننده این بحران تأکید دارند. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در جمعیت‌های متأثر از جنگ، حدود ۲۲ درصد از افراد به اختلالات روانی متوسط تا شدید (شامل افسردگی، اضطراب، PTSD و اختلال دوقطبی) مبتلا می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی،۲۰۲۲). همچنین، متاآنالیزهای اخیر بر روی جمعیت‌های جابه‌جاشده نشان داده است که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در میان کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده از جنگ حدود ۲۲٫۷ درصد و شیوع افسردگی و اضطراب به ترتیب ۱۳٫۸ و ۱۵٫۸ درصد برآورد شده است (بلکمور۴ و همکاران،۲۰۲۰). این ارقام ضرورت نگاهی فراتر از حمایت‌های اولیه معیشتی را دوچندان می‌کند.

علاوه بر اختلالات بالینی، بخش قابل‌توجهی از جمعیت اسکان‌یافته دچار «آشفتگی‌های زیرآستانه‌ای» می‌شوند که اگرچه در دسته‌بندی‌های تشخیصی رسمی قرار نمی‌گیرند، اما به‌شدت عملکرد فردی و خانوادگی را مختل می‌کنند. احساس درماندگی آموخته‌شده، سوگ پیچیده ناشی از فقدان خانه و هویت و تحریک‌پذیری

1 World Health Organization [WHO]
2 Complex Trauma
3 International Society for Traumatic Stress Studies
4 Blackmore

هیجانی ازجمله این پیامدهاست که در محیط‌های اسکان موقت نظیر هتل‌ها، به دلیل کاهش حریم خصوصی و تغییر نقش‌های سنتی خانوادگی، تشدید می‌شود. در این میان، گروه‌های آسیب‌پذیر شامل کودکان، سالمندان، زنان سرپرست خانوار و افراد با سابقه بیماری‌های روانی، نیازمند رویکردی هستند که بر بازسازی امنیت، ایجاد شفافیت و تقویت عاملیت فردی تأکید دارد (مورگان[1]،۲۰۱۴). راهنماهای استاندارد بین‌المللی، ازجمله دستورالعمل‌های کمیته دائمی بین‌سازمانی[2] (۲۰۰۷)، بر ضرورت طراحی مداخلات «چندلایه» تأکید دارند. این مدل‌ها پیشنهاد می‌کنند که پاسخ به بحران باید از حمایت‌های پایه و امنیت فیزیکی آغازشده و تا مداخلات تخصصی روان‌پزشکی ادامه یابد. در بستر کنونی شهر تهران، اسکان موقت شهروندان در ۵۲ هتل، فرصتی استثنایی برای دسترسی متمرکز به جمعیت آسیب‌دیده فراهم آورده است، اما درعین‌حال، چالش‌های جدیدی نظیر تعارضات بین‌فردی در محیط‌های جمعی را به همراه دارد. تداوم اقامت در این مراکز بدون برنامه‌ریزی برای بازسازی شبکه‌های اجتماعی و تقویت هارت‌های تنظیم هیجان، می‌تواند منجر به فرسودگی روانی ساکنان شود. لذا، شناسایی فعال افراد در معرض خطر و ایجاد سازوکارهای ارجاع تخصصی، از ارکان اساسی پاسخ روانی در این شرایط بحرانی تلقی می‌شود.

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر باهدف تحلیل عمیق پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی اسکان موقت در میان آسیب‌دیدگان از جنگ، به دنبال تبیین ضرورت انتقال از مدل‌های «حمایت معیشتی صرف» به مدل‌های حمایت روانی-اجتماعی یکپارچه» است. این مطالعه تلاش می‌کند تا با بهره‌گیری از چارچوب‌های نظری و تجارب زیسته روان شناسان در مراکز اسکان موقت، راهکارهای عملیاتی جهت کاهش آسیب و ارتقای سلامت روان در جمعیت‌های اسکان‌یافته ارائه دهد. ازآنجاکه اسکان در محیط‌های جمعی و موقت، با ویژگی‌هایی نظیر ناایمنیِ محیطی، فرسودگی روانی و گسستِ شبکه‌های حمایتی همراه است، طراحی خدمات روانی-اجتماعی در چنین بسترهایی نیازمند ساختاری است که فراتر از پاسخ‌گوییِ صرف به بحران‌های حاد، به دنبال ایجاد ثبات و ارتقای تاب‌آوریِ پایدار باشد. این ضرورتِ اجرایی، ما را بر آن می‌دارد تا با تحلیل دقیقِ تجربه عملیاتیِ استقرار تیم‌های تخصصی در هتل‌های اسکان موقت، به تبیین الگویی نظام‌مند بپردازیم که ضمن انعطاف‌پذیری در برابر شرایط بحرانی، پاسخ‌گوی سطوح متنوع نیازهای مراجعان باشد. بر همین اساس، پرسش اصلی این پژوهش آن است که الگوی استاندارد و کارآمد مداخلات روانی-اجتماعی در مراکز اسکان موقت، چه مؤلفه‌ها و ساختار عملیاتی‌ای را در بر می‌گیرد و چگونه می‌تواند به‌عنوان یک مدل راهبردی در بحران‌های مشابه

1 Mourgan,F
2 Inter- Agency Standing Committee

مورد بهره‌برداری قرار گیرد؟

روش پژوهش

این پژوهش باهدف طراحی یک الگوی عملیاتی برای مدیریت روان‌شناختی در مراکز اسکان موقت، از نوع پژوهش‌های توسعه‌ای-کاربردی است که با بهره‌گیری از رویکرد تحلیلی-مفهومی انجام شده است. فرآیند تدوین مدل در سه مرحله اصلی به شرح زیر صورت پذیرفته است:

۱. مرحله مطالعات کتابخانه‌ای و مرور نظام‌مند: در این مرحله، ابتدا ادبیات نظری موجود در حوزه مداخلات روانی-اجتماعی در بحران‌های بزرگ‌مقیاس (شامل متون سازمان بهداشت جهانی و پروتکل‌های بین‌المللی مداخله در بحران) مورد بازبینی قرار گرفت. هدف از این مرحله، شناسایی مؤلفه‌های استاندارد جهانی و استخراج بهترین تجارب در زمینه ثبات‌بخشی به خانواده‌های آسیب‌دیده از جنگ بود.

۲. مرحله تحلیل تجارب میدانی: به‌منظور بومی‌سازی مدل با مقتضیات محیطی (مانند بستر هتل‌ها)، داده‌های حاصل از مشاهدات میدانی و گزارش‌های اجرایی در مراکز اسکان موقت خانواده‌های آسیب‌دیده از جنگ، مورد تحلیل قرار گرفت. در این مرحله، چالش‌های اختصاصی محیط اسکان موقت از قبیل محدودیت‌های فیزیکی، فشارهای روانی ناشی از جابه‌جایی و نیازهای مبرم به ساختاردهیِ خدمات، شناسایی و به‌عنوان متغیرهای کلیدی در طراحی مدل لحاظ شدند. انتخاب مشارکت‌کنندگان از میان سرتیم‌های میدانی، این امکان را فراهم آورد تا مؤلفه‌های مدل نه‌تنها بر مبنای دانش نظری، بلکه بر اساس چالش‌های واقعی و تجربیات زیسته در محیط‌های بحرانی، بومی‌سازی و اعتبارسنجی شوند.»

۳. مرحله سنتز و تدوین الگوی سه‌سطحی: در مرحله نهایی، یافته‌های حاصل از بخش نظری و تجارب میدانی با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی کدگذاری و مقوله‌بندی شد. این فرآیند منجر به طراحی یک الگوی یکپارچه گردید که در آن، تمامی کنش‌های روان‌شناختی در قالب سه «سطح عملکردی» شامل «کاهش بحران»، «ایجاد ثبات» و «توانمندسازی» سازمان‌دهی شدند. برای تضمین جامعیت مدل، وظایف عملیاتی در قالب ۱۱ «کمیته تخصصی» تعریف شد تا از تداخل وظایف جلوگیری و هم‌افزایی بین‌بخشی تقویت شود. این مدل به‌گونه‌ای طراحی شده است که با اصل «پایش و بهبود مستمر[1]» سازگار بوده و امکان ارزیابیِ عملکرد روان‌شناسان و تیم‌های اجرایی را در هر یک از سطوح عملکردی فراهم می‌آورد. «مدل نهایی پس از طی جلسات خبره‌سنجی با حضور تیم‌های روان‌شناسی درگیر در پروژه، اعتبارسنجی شده است».

1 Continuous Improvement

شرکت‌کنندگان و فرآیند جمع‌آوری داده‌ها: داده‌های پژوهش از طریق برگزاری ۱۰ جلسه گروه کانونی[1] با مشارکت ۲۰ نفر از سرتیم‌های متخصص روان‌شناسی که سابقه فعالیت مستقیم در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان از جنگ را داشته‌اند، گردآوری شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش «نمونه‌گیری هدفمند» با معیار «تجربه عملیاتی مستقیم در بحران» صورت گرفت. هر جلسه به‌صورت ساختاریافته و با تمرکز بر شناسایی چالش‌های عملیاتی، موانع و راهکارهای اثربخش برگزار گردید.

فرآیند تحلیل داده‌ها (کدگذاری و مدل‌سازی): تحلیل داده‌ها در سه سطح متوالی انجام پذیرفت:

۱. کدگذاری باز :بیانات و تجربیات شرکت‌کنندگان در جلسات، به کدهای اولیه (مانند: «شایعات مخرب»، «فرسودگی نیروها»، «موازی‌کاری») شکسته شد.

۲. کدگذاری محوری :کدهای اولیه مشابه، در دسته‌های مفهومی بزرگ‌تر تحت عنوان «مضامین فرعی» (نیازها و چالش‌ها) گروه‌بندی شدند.

۳. کدگذاری انتخابی: مضامین فرعی در قالب ۷ «کمیته تخصصی» جهت سازمان‌دهی مداخلات، مفهوم‌سازی نهایی شدند که منطقِ مداخله‌ای آن‌ها در مدلِ سه‌عملکردی (کاهش بحران، ایجاد ثبات، توانمندسازی) قرار گرفت.

روایی و پایایی (قابلیت اطمینان): برای افزایش اعتبار پژوهش، از راهکارهای زیر استفاده شد:

بررسی توسط اعضا: پس از تدوین مدل اولیه، یافته‌ها مجدداً به ۳ تن از شرکت‌کنندگان ارائه شد تا انطباق مدل با تجربیات آن‌ها تأیید گردد. همچنین کلیه کدهای استخراج‌شده توسط دو پژوهشگرِ مجزا بازبینی شد تا از سوگیری در تفسیر داده‌ها جلوگیری شود.

یافته‌های پژوهش

با توجه به ماهیت توسعه‌ای–کاربردی این پژوهش، الگوی پیشنهادی مداخله روان‌شناختی در بحران بر اساس تلفیق یافته‌های حاصل از مرور نظام‌مند ادبیات علمی و تحلیل داده‌های میدانی تدوین شده است. در مرحله نخست، منابع علمی مرتبط با مداخلات روانی–اجتماعی در شرایط بحران، مدیریت سلامت روان در موقعیت‌های اضطراری و الگوهای بین‌المللی حمایت روانی–اجتماعی موردبررسی قرار گرفت تا چارچوب‌های نظری و مؤلفه‌های اصلی مداخله شناسایی شود. در مرحله بعد، این یافته‌ها با تجربیات عملی متخصصان روان‌شناسی فعال در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان جنگ مقایسه و تلفیق گردید. حاصل این فرایند تحلیلی، طراحی یک مدل

1 Focus Group

مفهومی و عملیاتی برای سامان‌دهی مداخلات روان‌شناختی در شرایط بحران است که در ادامه ارائه می‌شود.

مدل جامع مداخله روان‌شناختی در بحران؛ مسیر پیوسته: کاهش بحران، ایجاد ثبات و توانمندسازی

این مدل، چارچوبی جامع برای مدیریت پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی بحران‌ها در سطح فردی، سازمانی و اجتماعی است که تلاش می‌کند از لحظه وقوع بحران تا بازسازی و رشد پسابحران، مسیر مشخص، ساختاریافته و پایداری را ارائه دهد. رویکرد اصلی این مدل، حرکت تدریجی از «کاهش آشفتگی روانی» به سمت «ایجاد ثبات» و درنهایت «توانمندسازی و تاب‌آوری پایدار» است. در این مسیر، روانشناسان و متخصصان سلامت روان تنها درمانگر نیستند؛ بلکه نقش‌هایی مانند تسهیل‌گر، هماهنگ‌کننده، تحلیل‌گر، آموزش‌دهنده را نیز برعهده دارند. این مدل (سه‌عملکردی) تلاش می‌کند تا بحران را صرفاً یک تهدید نبیند، بلکه آن را فرآیندی قابل مدیریت و حتی فرصتی برای رشد و یادگیری جمعی تلقی کند. مسیر این مدل عبارت است از: از آشفتگی به ثبات و از ثبات به توانمندی

نخستین عملکرد: کاهش بحران

این عملکرد به واکنش فوری به بحران اختصاص دارد و هدف اصلی آن، شناسایی سریع بحران، کاهش شدت آن و جلوگیری از گسترش آسیب‌های روانی است. در این مرحله، روان‌شناس بر غربالگری اولیه، ارجاع سریع افراد در معرض خطر، تشخیص سطح بحران و مدیریت فوری تمرکز می‌کند. خانواده‌ها در این مرحله معمولاً با علائمی چون ترس، سردرگمی، شوک، بی‌خوابی و احساس ناامنی شدید مواجه هستند. مداخلات اولیه بر اصول ثبات‌بخشی، حمایت فوری و کاهش فشار روانی استوار است تا سطح برانگیختگی هیجانی کاهش‌یافته و احساس امنیت حداقلی فراهم شود.

دومین عملکرد: ایجاد ثبات

پس از فروکش کردن شدت اولیه بحران، تمرکز این مرحله بر بازگرداندن نظم، پیش‌بینی‌پذیری و کنترل نسبی به زندگی روزمره خانواده‌ها است. در این مرحله، با هماهنگی تیم‌های اجرایی، تلاش می‌شود تا محیطی قابل‌اعتماد و منظم‌تر ایجاد شود. شفافیت در خصوص دریافت خدمات، زمان‌بندی و مسئولیت‌ها به کاهش اضطراب کمک می‌کند. مداخلاتی مانند حمایت روانی–اجتماعی، آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، شناسایی واکنش‌های طبیعی به

تروما، مداخله در تعارضات و ارجاع موارد پرخطر انجام می‌شود. هدف این است که خانواده‌ها به سطحی از ثبات هیجانی و رفتاری برسند تا بتوانند نیازهای پایه‌ای خود را برآورده سازند.

سومین عملکرد: توانمندسازی

در این مرحله نهایی، تمرکز بر آماده‌سازی خانواده‌ها برای آینده و افزایش تاب‌آوری آن‌هاست. هدف، تبدیل مراجعان از حالت دریافت‌کننده صرف کمک به کنشگران فعال در بازسازی زندگی خود است. این امر از طریق تقویت توانمندی‌های فردی و خانوادگی، شناسایی منابع درونی و بیرونی، افزایش خودکارآمدی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و مشارکت دادن افراد در تصمیم‌گیری‌ها صورت می‌گیرد. در این مرحله، به افراد کمک می‌شود تا تجربه جنگ را نه به‌عنوان یک شکست، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای قابل‌پردازش و عبور ببینند. نهایتاً، این مرحله به آماده‌سازی آنان برای بازگشت به زندگی مستقل‌تر و پایدارتر منجر می‌شود.



جدول ۱: مضامین استخراج‌شده از گروه‌های کانونی: از چالش‌های میدانی تا کمیته‌های عملیاتی

منطق مداخله (هدف غایی)	کد انتخابی (کمیته استخراج‌شده)	کد محوری (نیازها و چالش‌های میدانی)	کد باز (نقل‌قول برگزیده)
شفافیت در اطلاع‌رسانی و آرام‌سازی جمعی	اطلاع‌رسانی و ارتباطات بحران	گسترش شایعات، اضطراب جمعی، بی‌اعتمادی	در لحظات اولیه ورود افراد خیلی سردرگم بودند که باید برای از بین رفتن حتی کارت ملی خود (درنتیجه انفجار ساختمان مسکونی‌شان) که نمی‌تونن حتی دسترسی با بانک و کارت حقوقی خود داشته باشند به کجا مراجعه کنند و یا حتی وعده‌های غذایی کجا سرو می‌شود و...اینکه گاهی شنیده می‌شه که به‌زودی این‌ها باید از هتل‌ها خارج شوند و کف خیابون بخوابند و...

منطق مداخله (هدف غایی)	کد انتخابی (کمیته استخراج‌شده)	کد محوری (نیازها و چالش‌های میدانی)	کد باز (نقل‌قول برگزیده)
سازمان‌دهی و پایداری تیم‌های عملیاتی	منابع انسانی و ارزیابی	کمبود نیروی متخصص، فرسودگی، خطاهای انسانی	حضور هر روز در هفته در هتل‌ها خیلی خسته‌ام می‌کند. گاهی فکر می‌کنم نمی‌کشم این‌همه فشار رو ولی خب احساس نیازی که در هتل‌ها می‌بینم منو وادار میکنه دوباره ادامه دهم
تشخیص زودهنگام و پیشگیری از آسیب ثانویه	پایش و غربالگری و ارجاع	خطر مزمن شدن اختلالات، فقدان غربالگری	بروز اختلال استرس پس از سانحه معمولاً پس از گذشت زمان قابل‌توجهی از بروز بحران است. نگرانم از اینکه به‌زودی این علائم این‌چنین بروز کند.
انسجام عملیاتی و یکپارچگی خدمات	هماهنگی بین بخشی	اتلاف منابع، موازی کاری، تداخل وظایف	بخش‌های زیادی در هتل‌ها در حال خدمت‌رسانی هستند که متأسفانه گاها با ما همکاری خوب ندارند مثلاً گروه نشاط و سرگرمی گاهی سخنرانی‌های آموزشی می‌گذارد که مورد تأیید ما هم نیست؛ و یا فیلم‌هایی پخش می‌کند که محتوای روان‌شناختی درستی ندارد مثلاً تم سوگ را زیاد بالا می‌آورد
مراقبت و رصد و پیگیری مداوم (شکل‌گیری و پیگیری نظام تشکیلاتی)	ارزیابی و کنترل	جلوگیری از تغییر جهت و یا سوگیری در مداخلات حاصل از متغیرهای مداخله کننده‌ای چون خستگی و انتقال متقابل	لازم است همواره بالای سر روانشناسان مستفر در هتل باشم تا بفهمم اگر انتقال متقابل و یا خستگی و... رخ بده، کنترل و مدیریتش کنم
بازگرداندن حس امنیت، کنترل و تاب‌آوری	آموزش و درمان	بی‌ثباتی هیجانی، تروما، نیاز به درمان تخصصی	هر چه زمان پیش میره و مراجعان پیچیده‌تر میشن، احساس نیاز بیشتری برای مطالعات عمیق‌تر می‌کنم
استخراج درس آموخته‌ها و ارتقای دانش	پژوهش و مستندسازی	عدم تبدیل تجربیات به دانش، فقدان بازخورد	بعد این بحران، مطمئناً با بحران‌های دیگر زیادی داریم، مدل کاری که اینجا شد می‌تونه تو بقیه بحران‌ها هم در مدیریت کلانش به کار بره
افزایش بهره‌وری و اثرگذاری مداخلات	مداخلات روان‌شناختی محیط محور	محدودیت فیزیکی محیط، نیاز به راهکارهای خلاقانه محیط	گاهی در کنار بک مراجع بایستی در لابی هتل بشینی و گاهی روی صندلی جلوی درب ورود که (با لبخند): «گاهی احساس نگهبان هتل بودن می‌کنم».
کاهش اضطراب محیطی/عادی‌سازی وضعیت/مدیریت تجربه ورود و آرام‌سازی	تسهیل گری پویایی‌های جمعی (در مرحله کاهش آسیب)	غریبگی محیطی/تضعیف شبکه‌های حمایتی/اضطراب و گسست محیطی	سطح اضطراب و آشفتگی در بدو ورود به هتل از نحوه ارتباط اولیه مشهود است به‌خصوص در کودکان که نمی‌توانند به کادر بازی نزدیک شوند.

منطق مداخله (هدف غایی)	کد انتخابی (کمیته استخراج‌شده)	کد محوری (نیازها و چالش‌های میدانی)	کد باز (نقل‌قول برگزیده)
معنادار کردن زمان/ بازآموزیِ قواعدِ زندگیِ جمعی	تسهیل گری پویایی‌های جمعی (در مرحله ایجاد ثبات)	احساس فقدان کنترل/وقتِ آزادِ زیاد و بی‌معناییِ روزمره/نقش‌های شغلی و اجتماعی مبهم/تعارضات و انزوای اجتماعی	روزها و هفته‌ها با بطالت در هتل‌ها شب را روز کردن و روز را شب کردن برای مهمان‌ها طاقت فرساست.
بازیابی امنیت روانی در زمان تغییر/مدیریت استرس بازگشت/تجربه پایانِ خوش و توأم با حفظِ شأنِ انسانی/احیای عزت‌نفس از طریق نقش‌آفرینی/واگذاری عاملیت و خوداتکایی	تسهیل گری پویایی‌های جمعی (در مرحله توانمندسازی)	نیاز به مؤثر بودن/ترس از آینده، ترس از فضای تخریب‌شده یا تنهایی/ نیاز به تداوم شبکه حمایتی	مهمان‌ها ترک هتل برایشان سخت است. خانمی که می‌گفت من الآن چطور برگردم بخصوص که آشپزی مدت‌هاست نکردم و یادم رفته....؛ و یا برخی که اذعان می‌کردند ما ازاینجا بریم هیچ‌گونه حمایتی دیگر دریافت نخواهیم کرد و دستمون به هیچ جا بند نیست.

مرحله اول: کاهش بحران[1]

هدف کلی: کاهش آشفتگی روانی، کنترل شرایط بحرانی، جلوگیری از تشدید آسیب‌ها و ایجاد پاسخ سریع و سازمان‌یافته. در ساعات و روزهای ابتدایی بحران، افراد معمولاً با احساساتی مانند ترس، سردرگمی، اضطراب، درماندگی، خشم، شوک روانی و بی‌ثباتی هیجانی مواجه می‌شوند. اگر در این مرحله مداخله صحیح انجام نشود، احتمال گسترش آسیب‌های روانی، فرسودگی نیروهای امدادی، آشفتگی اجتماعی و اختلال در تصمیم‌گیری افزایش می‌یابد. این مرحله بر کنترل آشفتگی، ایجاد انسجام عملیاتی و کاهش فشار روانی اولیه تمرکز دارد. هدف آن است که افراد احساس کنند تنها نیستند و ساختار مشخصی برای حمایت از آنان وجود دارد.

۱. کمیته اطلاع‌رسانی و ارتباطات بحران: در بحران‌ها، اطلاعات نادرست می‌تواند به‌اندازه خود بحران آسیب‌زا باشد. شفافیت، سرعت و صداقت در ارتباطات، احساس امنیت روانی ایجاد می‌کند و مانع افزایش اضطراب جمعی می‌شود.

وظایف: طراحی ساختار ارتباطی سریع و قابل‌اعتماد؛ تسهیل ارتباط میان مردم، متخصصان و نهادها؛ مدیریت انتشار اطلاعات رسمی و جلوگیری از شایعات؛ ارائه پیام‌های آرام‌ساز و امیدبخش؛ ایجاد شبکه‌های پاسخگویی روان‌شناختی؛ راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی و آنلاین؛ طراحی سامانه ارجاع تخصصی

۲. کمیته منابع انسانی و ارزیابی: بحران بدون نیروی انسانی آموزش‌دیده قابل مدیریت نیست. وجود نیروهای فاقد

1 Crisis Mitigation

آمادگی می‌تواند باعث افزایش خطاهای مداخله‌ای و آسیب ثانویه شود.

وظایف: شناسایی نیروهای متخصص و داوطلب؛ ارزیابی توانمندی روانشناسان و مددکاران؛ طراحی نظام جذب و سازمان‌دهی نیروها؛ تدوین پروتکل‌های آموزشی فشرده؛ ارزیابی عملکرد نیروها در میدان بحران؛ خودمراقبتی درمانگران

۳. کمیته پایش، غربالگری و ارجاع: تشخیص زودهنگام، از مزمن شدن اختلالات روانی جلوگیری می‌کند.

وظایف: شناسایی افراد در معرض خطر؛ طراحی ابزارهای غربالگری سریع؛ تعیین سطح بحران روانی؛ ارجاع افراد به خدمات تخصصی؛ پایش مستمر وضعیت روانی جامعه

۴- کمیته تسهیل گری پویایی‌های جمعی: هدف کلیدی «بازگرداندن حس عادی بودن، امنیت روانی و انسجام اجتماعی» است. در این مرحله، هدف اصلی، گذار از فضای تنش‌زا به محیطی امن و خانگی است. کمیته تسهیل گری پویایی‌های جمعی یک «تیم توان‌بخشی ارتباطی و بصری» است. اقدامات زیر باعث می‌شود محیط هتل از حالت «بی‌نظمیِ ناشی از بحران» خارج‌شده و به فضایی «تحت کنترل و قابل‌اعتماد» تبدیل شود که حس امنیت را به افراد بازمی‌گرداند.

وظایف: ۱- پیوندسازی اجتماعی:. تسهیل گری پویایی‌های جمعی با محوریت «همدلی و تلطیف فضا»، برنامه‌هایی را طراحی می‌کند که ضمن کاهش اضطراب، پیوندهای میان‌فردی را بازسازی نماید. نوع فعالیت‌ها: برگزاری آیین‌های ملی و مذهبی (تحویل سال، سیزده‌به‌در)، دورهمی‌های غیررسمی، پذیرایی‌های جمعی و فعالیت‌های آیینی ساده. رویکرد: در این مرحله، تمامی برنامه‌ها بر «حضور بی‌واسطه و ایجاد تعلق» متمرکز است و از رویکردهای آموزشی یا دستوری پرهیز می‌شود. ۲- مدیریت محیطی پیام‌محور: بهره‌گیری از ابزارهای بصری و اینفوگرافیک‌های سلامت که در یک نگاه، «چه باید کردها» و «چه نباید کردها» را در دوران بحران نشان می‌دهند. از پیام‌های مثبت: جایگزین کردن هشدارهای ترسناک با جملات تأکیدی و حمایتی برای حفظ روحیه جمعی و کاهش اضطراب محیطی.

مرحله دوم: ایجاد ثبات

هدف کلی: در این مرحله، تمرکز از «واکنش فوری» به «بازسازی پایدار» منتقل می‌شود. هدف، ایجاد ساختارهایی است که بتوانند جامعه و سازمان را به شرایط عملکردی پایدار بازگردانند. پس از فروکش کردن شوک اولیه، جامعه وارد مرحله‌ای می‌شود که نیازمند بازسازی روانی، تثبیت عملکردها و احیای اعتماد است.

۱. کمیته ارزیابی و کنترل ریسک: بحران‌ها پویا هستند و ممکن است موج‌های جدیدی از آسیب ایجاد شود.

پایش مستمر باعث پیشگیری از بحران ثانویه می‌شود. /وظایف: شناسایی تهدیدهای جدید، تحلیل نقاط ضعف سیستم؛ ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده؛ طراحی برنامه‌های پیشگیرانه؛ بازبینی مستمر پروتکل‌ها

۲. کمیته هماهنگی بین‌بخشی: عدم هماهنگی می‌تواند منجر به اتلاف منابع و ایجاد آشفتگی ثانویه شود. نهادهای درگیر عبارت بودند از: بخش‌های مختلف شهرداری ازجمله اداره اسکان و اداره سلامت شهرداری، مراکز درمانی به‌ویژه بیمارستان روزبه، خیریه‌ها و سازمان‌های حمایتی ازجمله بنیاد برکت. /وظایف: هماهنگی میان نهادهای مختلف؛ طراحی نظام ارجاع استاندارد؛ تعیین شرح وظایف شفاف؛ تسهیل تبادل اطلاعات؛ کاهش موازی‌کاری

۳. کمیته تخصصی آموزش و درمان: بازگرداندن احساس امنیت، کنترل و امید. خدمات قابل‌ارائه عبارت بودند از: درمان سوگ، مدیریت اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه، مداخلات خانواده‌محور، حمایت از کودکان و نوجوانان / وظایف: تدوین مداخلات مبتنی بر شواهد؛ بومی‌سازی پروتکل‌های درمانی؛ آموزش تخصصی تیم‌ها؛ ارائه حمایت روانی میان‌مدت و بلندمدت؛ اجرا و طراحی محتوایی جلسات گروهی و فردی

۴- کمیته تسهیل گری پویایی‌های جمعی: وظایف: ۱- پیوندسازی اجتماعی: فروکش کردن بحران، این کمیته تغییر نقش داده و بر «ارتقای آگاهی و نهادینه‌سازی نظم اجتماعی» تمرکز می‌کند. در این مرحله، فعالیت‌ها جنبه هدفمند و جهت‌دار به خود می‌گیرند تا هویت جمعیِ پایداری در ساکنین شکل گیرد. نوع فعالیت‌ها: نشست‌های گفت‌وگومحور، فیلم‌درمانی، کتاب‌خوانی، سخنرانی‌های تخصصی سبک زندگی و برنامه‌های مذهبی با محتوای تربیتی. رویکرد: تبدیلِ «دورهمی‌ها» به «بسترهای رشد»، به‌گونه‌ای که ساکنین از طریق فعالیت‌های فرهنگی، ضمن کسب مهارت‌های رفتاری، در مسیر بازگشت به زندگی اجتماعیِ سامان‌مند قرار گیرند.

مرحله سوم: توانمندسازی[1]

هدف کلی: تبدیل تجربه بحران به فرصتی برای رشد، یادگیری و افزایش تاب‌آوری. این مرحله تنها به بازگشت به وضعیت قبل محدود نمی‌شود، بلکه بر ارتقای ظرفیت‌های فردی و اجتماعی تمرکز دارد. بدون پژوهش، تجربه‌های بحران به دانش پایدار تبدیل نمی‌شوند.

۱- کمیته پژوهش و مستندسازی /وظایف: ارزیابی علمی عملکردها؛ استخراج درس‌آموخته‌ها؛ تحلیل نقاط قوت و ضعف؛ مستندسازی تجربیات؛ انتشاریافته‌ها

۲- کمیته مداخلات روان‌شناختی محیط محور: اقداماتی از قبیل تهیه اپلیکیشن‌های حمایت روانی،

1 Empowerment

گروه‌های حمایتی آنلاین، برنامه‌های هنردرمانی /وظایف: طراحی راهکارهای خلاقانه؛ طراحی برنامه‌های اجتماع‌محور؛ ترویج فرهنگ تاب‌آوری

۳- کمیته تسهیل‌گری پویایی‌های جمعی (مرحله مشارکت فعال و خروج مسئولانه)

در مرحله نهایی، مأموریت کمیته با تغییر پارادایم از «مجری‌گری» به «تسهیل‌گریِ مشارکت»، به دنبال تثبیتِ عاملیتِ ساکنین است. در این فاز، هدف، واگذاریِ مدیریتِ امور فرهنگی و اجتماعی به خودِ ساکنین و تقویت حس تعلق و مالکیت نسبت به محیط است تا آن‌ها از وضعیتِ «دریافت‌کننده خدمات»، به «کنشگران اصلی و تولیدکنندگان محتوا» ارتقا یابند.

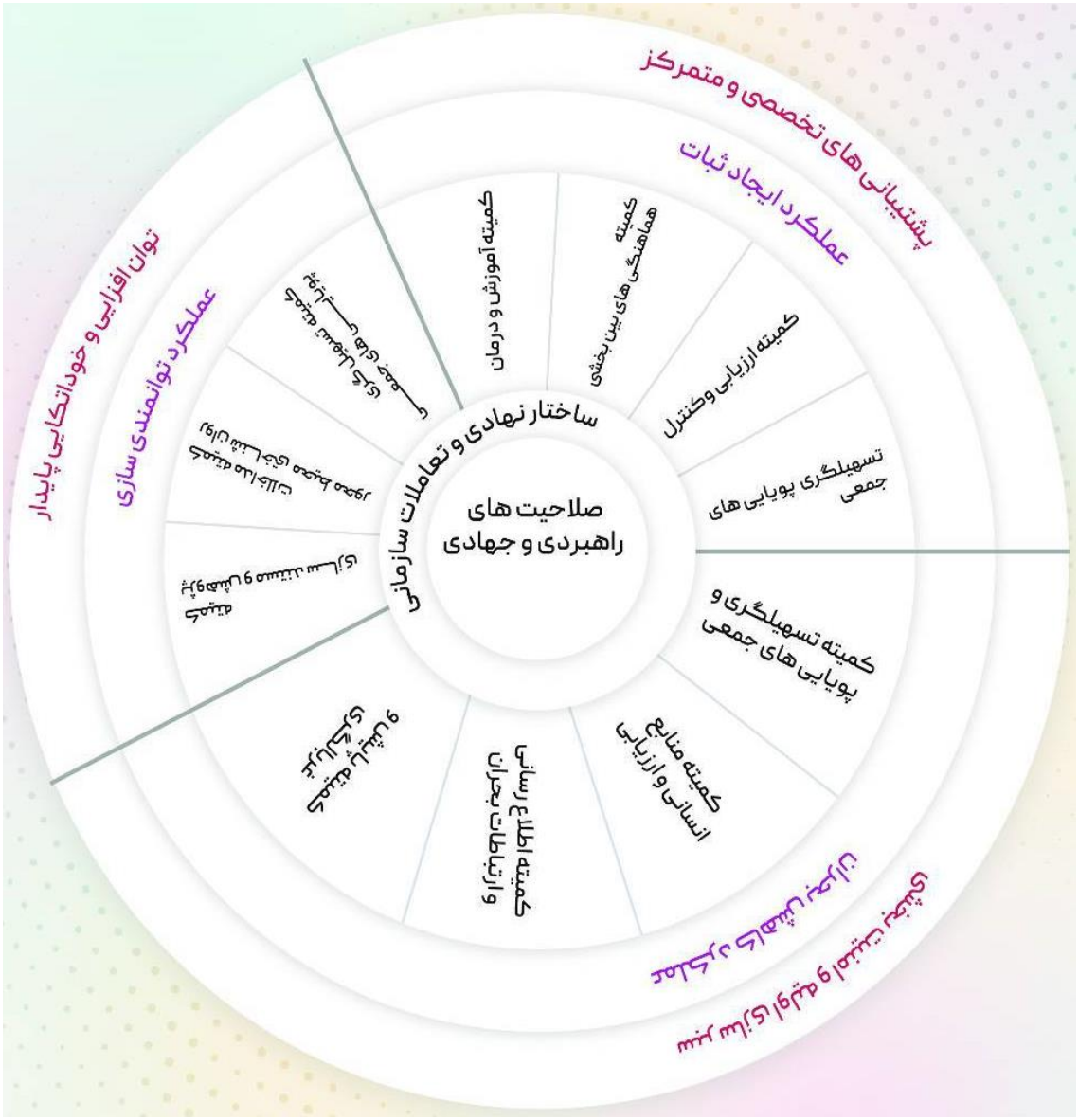
وظایف و رویکردها:

الف- پیوندسازی مشارکتی: کمیته با تمرکز بر بهره‌گیری از ظرفیت‌های فردی و تخصصی ساکنین، از اجرایِ مراسم (جشن‌ها، سفره‌های مذهبی، آیین‌های فرهنگی) توسط خودِ ایشان حمایت می‌کند. رویکردِ حاکم، «مشارکتِ مسئولانه» است؛ به‌گونه‌ای که هر ساکن به‌عنوان عضوی از یک خانواده‌ی بزرگ، در حفظ نشاط و پویایی محیط، نقش مستقیم ایفا می‌نماید.

ب- طراحی پروتکل «بدرقه توانمندساز»: کمیته جهتِ مدیریتِ گذار از اسکان موقت به زندگی مستقل، پروتکلِ حمایتیِ سه‌جلسه‌ای تحت عنوان «طرح بدرقه» تدوین کرده است. هدفِ این جلسات، مدیریت اضطراب‌های ناشی از تغییرِ زیست‌بوم، تسهیلِ بازگشتِ ایمن به منازل و تداومِ انسجامِ خانوادگی پس از خروج از مرکز است.

تحلیل نهایی نشان داد که پایداریِ توانمندسازی، منوط به خروجِ مسئولانه است. «طرح بدرقه» نه یک اقدامِ اجراییِ ساده، بلکه یک مداخلهٔ بالینی-اجتماعی است که با تبدیلِ تجربهٔ اسکان به یک «مقطعِ رشد»، به ساکنین کمک می‌کند تا با اعتمادبه‌نفسِ بیشتر، هویتِ پیش از بحرانِ خود را در بستری جدید بازسازی کنند.»

اصول بنیادین حاکم بر تمام عملکردها: ۱. حفظ کرامت انسانی و محرمانگی: تمام خدمات باید با احترام، همدلی و حفظ حریم خصوصی افراد انجام شود. ۲. عدالت در دسترسی: تمام افراد جامعه، بدون تبعیض، باید امکان دریافت خدمات را داشته باشند. ۳. مشارکت جامعه: جامعه هدف باید در تصمیم‌گیری‌ها و طراحی مداخلات مشارکت داشته باشد. ۴. رویکرد انسان‌محور: تمرکز اصلی بر نیازها، احساسات و تجربه زیسته انسان‌هاست. ۵. احترام به تنوع فرهنگی و اجتماعی: مداخلات باید متناسب با فرهنگ، زبان و شرایط اجتماعی افراد طراحی شوند. ۶. پایش و بهبود مستمر: تمام برنامه‌ها باید به‌صورت مستمر ارزیابی و اصلاح شوند.



بحث و تبیین یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات روانی-اجتماعی در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان جنگ، زمانی اثربخش خواهند بود که در قالب الگویی مرحله‌مند، چندلایه، مبتنی بر نیازسنجی و حساس به بافت اجتماعی-فرهنگی طراحی شوند. مدل پیشنهادی این پژوهش با تأکید بر سه سطح اصلی «کاهش بحران»، «ایجاد ثبات» و «توانمندسازی»، نشان می‌دهد که پاسخ روان‌شناختی به بحران‌های جمعی نباید به مداخله‌های کوتاه‌مدت و واکنشی محدود شود؛ بلکه باید به‌صورت یک فرایند پیوسته از مهار آشفتگی اولیه تا بازسازی ظرفیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دنبال گردد. از منظر نظری، این یافته با نتایج پژوهش‌های جدید همسو است که

تأکید می‌کنند پیامدهای روانی آوارگی صرفاً اختلالات بالینی نیستند، بلکه ریشه در گسست شبکه‌های حمایتی و فقدان امنیت محیطی دارند (بورگوند ایساکوف و همکاران، ۲۰۲۴؛ بنگ‌پان و همکاران، ۲۰۲۴).

هسته مرکزی ترکیبِ دو نیروی پیشران است که تداوم و کیفیتِ کارِ کمیته‌ها را تضمین می‌کند. موفقیتِ مدیریتِ تجربه در شرایط بحران، تابعی از هم‌افزاییِ دو محورِ کلیدی در هسته مرکزی مدل است: نخست، «صلاحیت‌های راهبردی و جهادی» که در روانشناسانِ مدیر و مدبر متبلور می‌شود؛ متخصصانی که با اشرافِ جامع بر ابعادِ بحران و تسلط بر مهارت‌هایِ کارِ تشکیلاتی، نقشِ پیشران را ایفا می‌کنند. دوم، «ساختارِ نهادی و تعاملاتِ سازمانی»؛ به این معنا که دستگاه‌های دولتی و نهادهای بالادستی می‌بایست با «فضا دادن» به نیروهای متخصص، بسترِ تبدیلِ دانشِ روان‌شناختی به کنش‌هایِ عملیاتی را فراهم آورند.

یکی از نکات کلیدی در یافته‌ها، ضرورت عبور از رویکرد صرفاً امدادی و حرکت به‌سوی رویکردی یکپارچه و انسان‌محور است. اگرچه تأمین سرپناه و غذا برای بقا ضروری است، اما به‌تنهایی نمی‌تواند اضطراب، فقدان و احساس بی‌ریشگی ناشی از جنگ را کاهش دهد. مدل پیشنهادی با قرار دادن مداخلات روانی-اجتماعی در کنار خدمات اولیه، تأکید می‌کند که امنیت روانی، بخشی جدایی‌ناپذیر از مدیریت بحران است. پژوهش‌های مروری نشان داده‌اند که در مناطق آسیب‌دیده، مداخلاتی که ترکیبی از حمایت‌های اجتماعی و روانی را ارائه می‌دهند، اثربخشی پایدارتری در کاهش ترومای جمعی دارند (رانی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بلک‌مور و همکاران، ۲۰۲۰).

در سطح نخست مدل (کاهش بحران)، هدف اصلی بر کاهش برانگیختگی روانی و ایجاد احساس امنیت فوری متمرکز است. این مرحله با اصول کمک‌های اولیه روان‌شناختی هم‌خوانی دارد که بر گوش‌دادن حمایت‌گرانه و اتصال افراد به منابع حمایتی تأکید می‌کند. اهمیت این سطح در آن است که مدیریت صحیح بحران در مراحل اولیه، از مزمن شدن واکنش‌های تروما و تشدید تعارضات بین‌فردی در مراکز اسکان پیشگیری می‌کند (بنگ‌پان و همکاران، ۲۰۲۴).

سطح دوم مدل (ایجاد ثبات)، مرحله‌ای کلیدی در گذار از آشفتگی به سازگاری است. در این مرحله، بازسازی نظم روزمره و دسترسی به اطلاعات معتبر، به افراد کمک می‌کند تا حس کنترل ازدست‌رفته خود را بازیابی کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که فعالیت‌های گروهی و فرهنگی برای کودکان و نوجوانان، نقش نوعی «مداخله غیرمستقیم» را ایفا کرده و با بازگرداندن تجربه عادی‌بودن، از انزوای اجتماعی جلوگیری می‌کند. ادبیات علمی اخیر نیز تأیید می‌کند که بازسازی پیوندهای اجتماعی در جمعیت‌های آواره، یکی از

مهم‌ترین عوامل محافظتی در برابر اختلالات روانی پس از حادثه است (رانی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بلک‌مور و همکاران، ۲۰۲۰).

سطح سوم مدل (توانمندسازی)، نقطه تمایز این الگو با مداخلات سنتی است. در این سطح، آسیب‌دیدگان از جایگاه دریافت‌کننده منفعل خدمات به کنشگران فعال در فرایند بازسازی تغییر وضعیت می‌دهند. این رویکرد با مدل‌های «تروما-آگاه» همسو است که معتقدند مداخله مؤثر باید به بازگرداندن حس اختیار و عاملیت فردی کمک کند (بورگوند ایساکوف و همکاران، ۲۰۲۴). توانمندسازی در اینجا به معنای بازیابی تدریجی نقش‌های فردی و خانوادگی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به زندگی در مرکز اسکان است.

درنهایت، تأکید مدل بر مداخلات چندلایه و سطح‌بندی شده، امکان تخصیص هدفمند منابع را فراهم می‌سازد. با توجه به محدودیت منابع انسانی متخصص در شرایط جنگی، این سطح‌بندی باعث می‌شود تا خدمات عمومی برای همه و خدمات تخصصی تنها برای افراد پرخطر اجرا شود که این امر به بهبود بهره‌وری نظام سلامت در بحران منجر می‌گردد (رانی و همکاران، ۲۰۲۴). رعایت اصول اخلاقی نظیر حفظ کرامت و محرمانگی نیز نه‌تنها یک ضرورت انسانی، بلکه شرط اصلی اعتماد ساکنان به مداخلات روان‌شناختی است.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافعی در انجام و نگارش آن ندارند.

ORCID
Somayeh Kazemian **https://orcid.org/0000-0002-8263-9726**

References

Mourgan,F(2014). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration.*

American Psychological Association. (2019). *Mental health of refugees and displaced persons: A guide for health professionals*. https://www.apa.org/pubs/info/reports/refugees-health-professionals.pdf

Blackmore, R., Gray, K. M., Fazel, M., Jennings, G., Roche, E., Fitzgerald, V., … & Gibson Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asy lum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2023). *Trauma and mental health in forcibly displaced populations: Briefing paper*. https://istss.org/public-resources/istss-briefing-papers

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. *HHS Publication* No. (SMA) 14-4884.

World Health Organization (WHO). (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers.* WHO Press.

World Health Organization (WHO). (2022). *Mental health in emergencies: Fact sheet.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies

Bangpan, M., Felix, L., Soliman, F., D'Souza, P., Jieman, A. T., & Dickson, K. (2024). The impact of mental health and psychosocial support programmes on children and young people's mental health in the context of humanitarian emergencies in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*.

Blackmore, R., Gray, K. M., Fazel, M., Meloshe, S., Callander, E. J., Villani, A., & Boyle, J. A. (2020). The relationship between social support and depression/anxiety in refugee and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 273, 506-523.

Burgund Isakov, A., Vujosevic, V, & Milanovic, M. (2024). Systematic review of trauma-informed approaches and trauma-informed care for forced migrant families: Concepts and contexts. *Trauma, Violence, & Abuse.*

Rabbani, F., Zahidie, A., Siddiqui, A., Shah, S., Merali, Z., Saeed, K., & Afifi, M. (2024). A systematic review of mental health of women in fragile and humanitarian settings of the Eastern Mediterranean Region. *International Journal of Mental Health Systems*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. *HHS Publication* No. (SMA) 14-4884.

استناد به این مقاله: کاظمیان، سمیه. (۱۴۰۶). تدوین الگوی مداخلات روانی-اجتماعی در مراکز اسکان موقت آسیب‌دیدگان جنگ تحمیلی سوم با تأکید بر نیازسنجی ساکنان، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۸(۷۱)، ۷۹-۹۸. DOI: 10.22054/qccpc.2026.94203.3697

Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.