

مطالعه کیفی نقش های جنسیتی زنان در زلزله

دکتر فریده بهمن جنبه^{1*}
مریم اردیبهشتی خیابان²
دکتر شهناز کهن³

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی نیازها، مشکلات و چالشهای وابسته به جنسیت در زنان آسیب دیده از زلزله منطقه ارسباران استان آذربایجان شرقی با رویکرد تحلیل محتوای کیفی و با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختاریافته انفرادی پرداخته است. مشارکت کنندگان از بین زنان 15-49 ساله زلزله زده و مدیران، مسئولان و ارائه دهندگان مستقیم خدمت استان آذربایجان شرقی و شهرستانهای اهر، هریس، ورزقان و روستاهای حادثه دیده آنها با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف و در طی یک دوره شش ماهه انتخاب و اطلاعات گردآوری شده با روش تحلیل محتوای مرسوم گرانهایم، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از کدگذاری و آنالیز اظهارات مشارکت کنندگان در طی مصاحبه ها، دوطبقه اصلی شامل "مسئولیت های جنسیتی زنان" و "تابوهای فرهنگی منطقه و آسیب پذیری زنان" شکل گرفت. نتایج مطالعه نشان داد اگرچه زمین لرزه، کل جمعیت منطقه را دچار مشکلات متعددی نمود ولی در این میان، زنان سنین باروری گروه هدف مطالعه، چالش ها و نیازهای منحصر به فردی داشته و وقوع حادثه باعث تشدید درگیری های روزمره زندگی و بار سنگین مسئولیتی بر دوش آنان شده و حادثه اخیر، اثرات مخربی بر روی برخی جنبه های سلامت باروری زنان بخصوص زنان باردار، در حال زایمان و شیرده داشته است. زنان بدلیل شرایط خاص خود و تابوها و موانع فرهنگی حاکم بر جامعه، متفاوت از مردان از حادثه متأثر شده و لذا توجه به فشارهای ایجاد شده برای زنان بدلیل نقشهای جنسیتی آنها باید از سوی ارائه دهندگان خدمات، سیاستگذاران و برنامه ریزان حوزه سلامت بعنوان اولویت مهم در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: زنان، جنسیت، بلایای طبیعی، زلزله، مطالعه کیفی

1- دکتری بهداشت باروری، استادیار، گروه مامایی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، (نویسنده مسؤول) fbjanbeh@iaut.ac.ir

2- عضو هیات علمی، گروه مامایی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

3- استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده

پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بلایای طبیعی یک نگرانی جهانی است که به کرات در تمام دنیا روی داده و انسانهای زیادی را متأثر نموده (نای و همکاران¹، 2015) و همراه با احتمال جابجایی، مرگ و آسیب تعداد زیادی از افراد، گسیختگی سیستمهای بهداشتی، نابودی غذا، آب و ذخایر انرژی و تهدید سلامتی می باشند (گردین و همکاران²، 2014).

سرزمین ما ایران نیز کشوری بلاخیز است و تاریخ نشان می دهد که هر چند وقت یکبار بخشی از کشور به خاطر بلایای طبیعی دچار خسارت شده است (صمدی میارکلایی و همکاران، 1391). زمین لرزه، خشکسالی و سیل، مشکل سازترین بلایای طبیعی در طی 100 سال گذشته در این کشور بوده است³ (عباسی و صالح نیا، 2013). با توجه به جغرافیای کشور و آسیب پذیری آن در مقابل بلایای طبیعی بخصوص زمین لرزه، تأثیرات مخرب این بحرانهای طبیعی در نقاط مختلف کشور، دور از ذهن نیست. ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا بوده و بعد از کشورهای هند، بنگلادش و چین مقام چهارم آسیا را دارد (صمدی میارکلایی و همکاران، 1391). استان آذربایجان شرقی یکی از مناطق مستعد کشور از نظر مخاطرات طبیعی بوده و از 41 نوع بالای طبیعی، 10 نوع آن در استان اتفاق می افتد و روند وقوع مخاطرات طبیعی در آن رو به افزایش است (بابایی و همکاران، 1392).

درصد قابل توجهی از آوارگان و آسیب دیدگان را در هر حادثه‌ای، زنان و مردان سنین باروری تشکیل می دهند. شناسایی جمعیت آسیب دیده و آسیب پذیری آنان با تعیین گروههای سنی و جنسی که آسیب پذیری بیشتری دارند و تعیین نیازهای آنان اولین قدمی است که موفقیت پاسخ به حادثه را تعیین می کند. در میان گروههای آسیب پذیر در حادثه، زنان قرار دارند که این درجه آسیب پذیری آنان ارتباط چندانی با نوع حادثه نداشته و در هر حادثه‌ای که جامعه را متأثر می سازد زنان همیشه از گروههای آسیب پذیر محسوب شده (صفاریه و همکاران، 1386) و طبق گزارش صلیب سرخ کانادا، زنان یکی از ده گروه جمعیتی در معرض خطر در زمان موقعیت‌های اضطراری می باشند. زنان و مردان، دختران و پسران درگیر یک بلا احتمالاً تجارب مختلفی داشته و در

1. Ni et al, 2015

2. Gerdin et al, 2014

3. Abbasi and Salehnia, 2013

معرض خطرات بهداشتی متفاوتی قرار دارند (انارسون و چاکرابارتی¹، 2009). در طول بلایا، سلامت زنان بیشتر از مردان در معرض خطر است و زنان به عنوان یک گروه آسیب پذیر به دلیل عوامل فردی، اجتماعی و عوامل مربوط به خدمات بهداشتی از آسیب های شدیدتری رنج می برند و آسیب پذیری سلامت آنها بهنگام موقعیت های اضطراری مانند بلایای طبیعی به دلیل نابرابری در مواجهه و حساسیت به خطر و نابرابری در دسترسی شان به منابع، قابلیت ها و فرصت ها آشکارتر می شود. بنابراین تحقیق در مورد سلامت زنان، یک زمینه مهم مطالعه است (لیانگ و کائو²، 2014).

بدون در نظر گرفتن نیازهای خاص زنان به عنوان نیمی از جمعیت جوامع آسیب دیده، آسیب پذیری جوامع رو به فزونی خواهد گذاشت (شریفی فر و همکاران، 1392). زنان در مواجهه با شرایط اضطراری و بلایا مانند بسیاری از جنبه های سلامت و بهداشت عمومی، نگرانی ها و مسائل خاصی متفاوت از مردان دارند (انارسون و چاکرابارتی، 2009). بعنوان مثال، زنان باردار و شیرخواران، نگرانی های بهداشتی منحصر به فردی بدنبال بلایای طبیعی را تجربه می کنند (کالاگان و همکاران³، 2007). زنان باردار ممکن است در رابطه با جنین و یا رفاه حال خود به اطلاعات ضروری دسترسی نداشته و یا برخی زنان باردار ممکن است مجبور به زایمان کودک بدون بهره گیری از مراقبتهای بیمارستانی باشند (هافمن⁴، 2009). همچنین زنان باردار معمولاً سنگین تر شده و نیازمند انتقال خاص یا سایر حمایت ها در طول شرایط بحرانی می باشند (انارسون و کرابرتی، 2009). زنان و دختران معمولاً قربانیان اصلی بلایای طبیعی بوده و به دلایل متعدد در معرض مرگ و میر بالاتر، افزایش حاملگی های ناخواسته و پرخطر و تجاوز جنسی می باشند (آنیار و گوین، 2010). زنان بطور نامتناسبی از گسیختگی وابسته به بلایای سرویس های عمومی، افزایش خشونت وابسته به جنسیت، ناامنی غذایی و فقدان سرپناه و احساس عدم امنیت و گسیختگی شبکه های اجتماعی رنج می برند (هیرث و همکاران⁵، 2013). نسبت بزرگی از قربانیان بلایا ناشی از درگیریهای داخلی و بحرانیهای غذا و اکثریت کشته شدگان، زخمی ها و دچار ناتوانی دائمی، زنان و کودکان هستند و در اکثر شرایط اضطراری، آنها استفاده کنندگان اصلی خدمات بهداشتی هستند (رامشت، 1381).

1. Enarson and Chakrabarti, 2009
2. Liang and Cao, 2014
3. Callaghan et al., 2007
4. Haffman, 2009
5. Hirth et al., 2013

زنان بنیان خانواده‌ها و جوامع را تشکیل می‌دهند و بهنگام وقوع موقعیت‌های اضطراری، سهم مشارکت‌های مهم آنها حتی حیاتی‌تر (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد¹، 2013) و در مقابل خانواده خود مسئولیت‌پذیرتر می‌شوند (گل محمدی و همکاران، 1392). اما در هنگام بحران‌ها، اغلب نقاط قوت و آسیب‌پذیری زنان نادیده گرفته می‌شود (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، 2013). عدم دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر به خدمات به دلایل شرایط سنی، فیزیکی و فیزیولوژیکی و روانشناختی می‌تواند آنها را در معرض صدمات جبران‌ناپذیر قرار دهد و لذا هر گونه ناکارآمدی در عرضه خدمات ممکن است نسل‌های آینده را نیز به خطر اندازد (اردلان و همکاران، 1394).

بهداشت باروری و جنسی یک نیاز مهم بهداشت جامعه در تمامی جوامع از جمله در موارد مواجهه با شرایط اضطراری است. همانگونه که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه + 210 ذکر شده، دسترسی همگانی به بهداشت باروری شامل تنظیم خانواده و بهداشت جنسی مورد نیاز بوده و باید در راهکارها و برنامه‌های ملی ادغام شود (انارسون و کرابتری، 2009) و (گالشی، 1392). بهداشت باروری و 5 محور اصلی آن شامل زنان باردار، تنظیم خانواده، عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی و ایدز، خشونت‌های جنسیتی و نوجوانان از بنیادی‌ترین عناصری هستند که در جریان بلایا دچار آسیب شده و عوارض متعدد کوتاه‌مدت و بلندمدت به همراه دارد (اردلان و همکاران، 1394).

خدمات سلامت باروری با کیفیت باید براساس نیازهای جمعیت آسیب‌دیده خصوصاً نیازهای زنان و کودکان پایه‌گذاری گردد. این خدمات باید اعتقادات مذهبی، اخلاقیات و ارزشهای فرهنگی یک جامعه را در نظر گرفته و در عین حال به استانداردهای بین‌المللی تعریف شده حقوق بشر پای‌بند باشند. خدمات سلامت باروری، گستره وسیعی از خدمات شامل انجام مشاوره تنظیم خانواده، اطلاع‌رسانی، آموزش، ارتباطات اجتماعی و ارائه خدمات، آموزش ارائه خدمات درمانی به والدین، انجام زایمان ایمن و خدمات مراقبت‌های پس از زایمان و نوزاد و خدمات بهداشتی درمانی زنان، پیشگیری و درمان مناسب ناباروری، پیشگیری از سقط و درمان عواقب سقط، درمان عفونت‌های مجاری تناسلی و بیماری‌های منتقله از راه جنسی از جمله ویروس نقص سیستم ایمنی³، پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان سرطانهای سینه و دستگاه تناسلی و سایر مشکلات سلامت

1. UNFPA, 2013

2. ICPD+ 10

3. HIV

باروری و تلاش در از بین بردن عاداتها و اعمال سنتی خطرناک و آسیبزا مانند ختنه زنان می‌باشد (صندوق جمعیت طازمان ملل متحد، 2009).

مطالعات مختلف، نشان دهنده ارتباط میان بلایا و سلامت باروری بوده و نیاز به مطالعات بیشتر برای آشکار ساختن این اطلاعات را برجسته می‌کند (زوتی و همکاران¹، 2013). به عنوان مثال، انور و همکاران در مطالعه مقطعی خود بر روی 387 زن پاکستانی زلزله‌زده سنین باروری، به ارتباط میان افسردگی یا اضطراب با متغیرهای فردی - اجتماعی، تجارب زلزله و بهداشت باروری اشاره کردند. در این مطالعه مشخص شد زنان زلزله‌زده دارای مشکلات متعدد بهداشت باروری، در معرض خطر چشمگیر افسردگی و اضطراب بودند (انور و همکاران²، 2011). همچنین اوپارزو و همکاران (2009-2010) گزارش کردند که کاهش 9 درصدی در میزان تولد، افزایش در میزان زایمانهای زودرس کمتر از 34 هفته، پارگی زودرس پرده‌ها، تأخیر رشد داخل رحمی و کوچک برای سن حاملگی در زایمانهای بعد از زمین‌لرزه در زنان باردار زلزله‌زده شیلیایی در مقایسه با سال قبل در منطقه رخ داده است (اوپارزو و همکاران³، 2012). یوروتیاو همکاران (2009) نیز در مطالعه کیفی خود بر روی 52 زن بالغ زلزله‌زده در کشور هائیتی، مهمترین نیازهای بهداشتی زنان را دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، آب تمیز، غذای کافی و آموزش گزارش کردند (یوروتیا و همکاران⁴، 2012). در مجموع، مطالعات بسیار محدودی در حوزه سلامت باروری زنان در بلایا در سایر کشورها انجام شده و این در حالی است که در کشور ما، تحقیقات حوزه سلامت و بلایا سهم ناچیز کمتر از 0/1% از مطالعات را به خود اختصاص داده و مسلماً تحقیقات سلامت باروری حتی محدودتر نیز می‌باشد (تیرگر و همکاران، 1392) و نیاز به انجام مطالعات جهت فهم کامل شرایط بعد از بلایای زنان در هر فرهنگی احساس شده (خانکه، 1392) و مورد تأکید دست اندرکاران حوزه سلامت می‌باشد.

درسالهای اخیر، مقابله با بلایای طبیعی و اداره امور بحرانها توجه گروهی از نویسندگان را جلب کرده (بامداد، 1384) و چگونگی مقابله با بحران ها بعنوان یکی از اولویتهای برجسته و مهم سیاستگذاران و رهبران اجتماعی و فرهنگی کشورهای مختلف

1. Zotti et al., 2013
2. Anwar et al., 2011
3. Oyarzo et al., 2012
4. Urrutia et al., 2012

جهان مطرح است (کاویانی، 1388). در ششمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلايا، معاون صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در ایران، صراحتاً به اهمیت موضوع سلامت باروری و توجه به زنان و دختران در بلایای طبیعی تأکید ویژه داشته و از پژوهشگران درخواست نمودند که به تحقیق در این حوزه بپردازند (احمدزاده، 1392). چون کشور ما بعنوان یکی از کشورهای در حال توسعه و از همه مهمتر زلزله خیز و در معرض بلایای طبیعی، دوره‌ای بسیار پرهیاهو و سخت را پشت سر گذاشته (فرجی و همکاران، 1389) و از طرفی تحقیقات بسیار ناچیزی عمدتاً بصورت کمی در زمینه بلایای طبیعی و آن هم نه در حوزه سلامت باروری، در سایر کشورها انجام گرفته و تحقیقات در زمینه سلامت زنان (بسته اولویتهای پژوهشی مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، 1389) و سلامت در بلايا (اولویتهای پژوهشی جمعیت هلال احمر، 1392) جزو اولویتهای پژوهشی کشور می‌باشد و نظر به اهمیت موضوع، سلامت باروری در حوادث و بلايا بعنوان یک واحد در سرفصل دروس کارشناسی مامایی مصوب تیرماه 1391 گنجانده شده (کوری کولوم رشته مامایی، 1391) و آمادگی مقابله با بلایای طبیعی بعنوان یک جزء جدید به اجزای مراقبتهای بهداشتی اولیه¹ در کشور افزوده شده است (کهن و همکاران، 1394) انجام پژوهشی در این زمینه ضروری بنظر می‌رسد. چنانکه بدنیاال وقوع دو زلزله به بزرگی $6/4$ و $6/3$ ریشتر در ساعت 16:53 مورخه 21 مرداد سال 1391 مناطق اهر، هریس و ورزقان استان آذربایجان شرقی که جمعیتی بالغ بر 264 هزار نفر را متأثر نمود (واحد آمار مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، 1392) و پژوهشگر شاهد برخی آسیب‌دیدگان این حادثه از جمله ما در انبار دارو کودکان در بیمارستان 29 بهمن تبریز بوده لذا بر آن شدیم تا پژوهشی در زمینه شناسایی نیازها و چالشهای سلامت باروری زنان در بلایای طبیعی انجام دهیم چرا که معتقدیم پایان هر بحرانی باید آغاز مرحله آمادگی برای بحرانهای بعدی تلقی گردد.

این مطالعه درصدد شناسایی و تبیین نیازها، مشکلات و چالشهای مرتبط با جنسیت زنان در بلایای طبیعی همچون زلزله با استفاده از رویکرد تحقیق کیفی است. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند گامی در راستای ارتقای سلامت باروری زنان جامعه باشد.

1. Primary Health Care (PHC)

ابزار و روش

این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم¹، با چارچوب نظری (پارادایم) مبتنی بر مفهوم سلامت در حوادث و بلایا و چرخه مدیریت بحران و حدود 2 سال بعد از وقوع زلزله و در فاصله زمانی مرداد تا اسفندماه سال 1393 انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی است که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم به شناسایی درون مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان می‌پردازد و هدف از تحلیل محتوای مرسوم، شرح پدیده و بیان واکنش‌های احساسی مشارکت‌کنندگان می‌باشد (هاسه و همکاران²، 2005).

محیط این پژوهش، مراکز بهداشت شهرستانهای اهر، هریس و ورزقان همراه با مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه، بیمارستان امام خمینی شهرستان اهر، مرکز بهداشت و معاونت درمان سازمان هلال احمر استان آذربایجان شرقی، بیمارستانهای زنان مامایی 29 بهمن و الزهرای تبریز و در برخی موارد، خانه‌های خود مشارکت‌کنندگان بود.

قبل از جمع‌آوری اطلاعات، طرح پژوهشی به تایید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی رسید و اصول اخلاقی در پژوهش مانند اخذ رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار شرکت‌کنندگان برای ترک مطالعه رعایت شد. ابتدا مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب می‌شدند. در واقع، محقق با مراجعه به مراکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و شهرستان‌های حادثه دیده، برخی از مدیران و ارائه دهندگان خدمت درگیر در حادثه را به عنوان شرکت‌کنندگان اولیه وارد مطالعه نمود. سپس، با راهنمایی ارائه دهندگان خدمت بومی، برخی زنان آسیب دیده از زلزله واجد شرایط شرکت در مطالعه شناسایی شده و با آنها تماس گرفته شد. ملاک انتخاب ارائه دهندگان خدمت، برنامه‌ریزی و یا ارائه خدمات مرتبط با بهداشت باروری در زمان حادثه و ملاک انتخاب زنان، داشتن سن در محدوده باروری یعنی 15-49 سال و داشتن مشکلات مرتبط با بهداشت باروری در زمان حادثه مانند بارداری، زایمان، استفاده از روش پیشگیری از بارداری و شیردهی بود. سعی شد تا در نمونه‌گیری از زنان و ارائه دهندگان خدمت از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع بر اساس مشخصات مهم مشارکت-

1. Conventional

2. Hsieh et al. 2005

کنندگان نیز استفاده شود تا انتقال پذیری داده‌ها افزایش یابد. در نهایت، 16 زن زلزله‌زده و 14 ارائه‌دهنده خدمت از سه شهرستان زلزله‌زده و روستاهای تابعه، مرکز بهداشت و معاونت درمان سازمان هلال احمر استان انتخاب شدند و تحت مصاحبه عمیق قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه، راهنمایی برای مصاحبه بعدی بوده و بدین ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه در سه مصاحبه آخر کد جدیدی حاصل نشده و این مساله به عنوان ملاک اشباع داده‌ها در نظر گرفته شد.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه خصوصی نیمه ساختار یافته عمیق و متعامل بود. پیش از هر مصاحبه در مورد زمان به صورت تلفنی با مشارکت‌کننده مورد نظر، توافق می‌شد و محل انجام مصاحبه نیز توسط مشارکت‌کننده، در منزل مشارکت‌کننده، مراکز بهداشتی و یا محل کار مصاحبه‌گر، انتخاب می‌شد. در ابتدای هر مصاحبه با یکی دو سوال کلی از مشارکت‌کننده آغاز می‌شد که هدف آن ایجاد حس آرامش و صمیمیت در مصاحبه‌شونده بود. سپس، سوالات اولیه پرسیده می‌شد مانند: در مورد حادثه زلزله توضیح دهید؟ بعد از زلزله چه مشکلاتی از نظر بهداشت باروری برای شما ایجاد شد؟ زنان زلزله‌زده، بیشتر با چه مشکلاتی در رابطه با زنان-مامایی به شما مراجعه می‌کردند؟ به عنوان یک زن چه مشکلاتی بعد از زلزله داشتید؟ در ادامه، با توجه به پاسخ‌هایی که هر مشارکت‌کننده می‌داد سوالات بعدی مطرح می‌شد. برای مثال، در این مورد چکار کردید؟ می‌توانید در این زمینه مثالی ذکر کنید؟ مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط می‌شد. مدت زمان مصاحبه‌ها از 30 تا 60 دقیقه متغیر بود. 27 مشارکت‌کننده فقط یکبار و 3 مشارکت‌کننده دوبار مورد مصاحبه قرار گرفتند. همچنین، 4 مصاحبه با زنان زلزله‌زده و 14 مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمت به زبان فارسی و 12 مصاحبه با زنان آسیب‌دیده به زبان ترکی انجام شد که هنگام پیاده شدن به زبان فارسی ترجمه و آنالیز شدند.

برای تحلیل یافته‌ها، ابتدا جهت ایجاد یک درک کلی، هر مصاحبه ضبط شده چندبار گوش داده می‌شد و در ادامه کلمه به کلمه بر روی نرم افزار میکروسافت ورد تایپ می‌شد. روش آنالیز محتوا در این مطالعه، روش تحلیل محتوای مرسوم بود. تحلیل محتوای مرسوم در این مطالعه بر اساس الگوی گرانهایم ولاندمن¹ و در این مراحل

1. Granhrim et al. 2004

انجام شد: آماده کردن داده‌ها (بیاوردن مصاحبه‌ها)، تعیین واحدهای معنایی (مشخص کردن کلمات، جملات یا پاراگراف‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان که حاوی نکات مهم در مورد موضوع پژوهش باشد)، کدگذاری متن (تبدیل واحدهای معنایی به کدهایی که بیانگر معنای واحد معنایی باشد)؛ دسته‌بندی و توسعه طبقات و زیرطبقات براساس تشابه و تناسب، بازنگری طبقات فرعی و زیرطبقات و مقایسه مجدد با داده‌ها برای اطمینان از استحکام داده‌ها، شناسایی طبقات اصلی با تامل دقیق، مقایسه طبقات با یکدیگر و گزارش یافته‌ها. لازم به ذکر است که تجزیه و تحلیل داده‌ها بطور مستمر و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام می‌گرفت.

جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای اعتبار، اعتماد، تاییدپذیری و قابلیت انتقال استفاده شد (هالووی و همکاران¹، 2007 و پولیت و همکاران²، 2012). برای اعتبار از روش‌های درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق، کنترل کدهای اولیه توسط برخی مشارکت‌کنندگان و مصاحبه با زنان زلزله‌زده و ارائه دهندگان خدمت و برای حفظ اعتماد در داده‌ها از روش‌های نمونه‌گیری با حداکثر تنوع استفاده شد. جهت رعایت تاییدپذیری داده‌ها، دو نفر ناظر خارجی یافته‌های مطالعه را بررسی و تایید نمودند (استروبرت و همکاران³، 2007). جهت حفظ انتقال‌پذیری یافته‌ها مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان با جزئیات بیان گردید (جدول شماره 1)

1. Halloway et al. 2007

2 . Polit et al. 2012

3. Strubert at al. 2007

جدول شماره 1. برخی مشخصات مشارکت کنندگان

ارائه دهندگان خدمت : تعداد (درصد)	زنان آسیب دیده : تعداد (درصد)
تعداد: 14 نفر (46% مشارکت کنندگان)	تعداد: 16 نفر (حدود 53% مشارکت کنندگان)
گروه سنی: 30-34 سال 4 نفر (13%)، 35-39 سال 1 نفر (3%)، 40-44 سال 5 نفر (17%)، 45-49 سال 4 نفر (13%)	گروه سنی: 19-15 سال 1 نفر (3%)، 20-24 سال 1 نفر (3%)، 25-29 سال 5 نفر (17%)، 30-34 سال 3 نفر (10%)، 35-39 سال 2 نفر (7%)، 40-44 سال 3 نفر (10%)، 45-49 سال 1 نفر (0/03%)
جنسیت: زن 12 نفر (40%)، مرد 2 نفر (7%)	وضعیت تاهل: مجرد 3 نفر (10%)، متأهل 13 نفر (43%)
وضعیت تاهل: مجرد 4 نفر (13%)، متأهل 10 نفر (33%)	سطح تحصیلات: بی سواد 3 نفر (10%)، ابتدایی 4 نفر (13%)، سیکل 5 نفر (17%)، دیپلم 2 نفر (7%)، بالاتر از دیپلم 2 نفر (7%)
سطح تحصیلات: فوق دیپلم 1 نفر (3%)، لیسانس 7 نفر (23%)، فوق لیسانس 2 نفر (7%)، دکترا 1 نفر (3%)، متخصص 3 نفر (10%)	وضعیت بهداشت باروری: باردار 4 نفر (13%)، زایمان کرده 2 نفر (7%)، استفاده کننده از روش پیشگیری از بارداری 4 نفر (13%)، شیرده 3 نفر (10%)، سایر شرایط 3 نفر (10%)
محل خدمت: بهداشت و درمان 11 نفر (37%)، هلال احمر 3 نفر (10%)	نوع شغل: مدیر 2 نفر (7%)، مسئول 3 نفر (10%)، ارائه دهنده مستقیم خدمت 9 نفر (30%)
محل سکونت: منطقه اهر 3 نفر (10%)، منطقه هریس 8 نفر (27%)، منطقه ورزقان 5 نفر (17%)	زبان مصاحبه: ترکی 12 نفر (40%)، فارسی 4 نفر (13%)

یافته ها

اگر چه رخداد زلزله، کل جمعیت زلزله زده را دچار مشکلات متعدد مرتبط با سلامت نمود ولی در این میان، زنان زلزله زده سنین باروری گروه هدف مطالعه، مسائل و نیازهای منحصر به فردی داشته و وقوع حادثه باعث تشدید درگیریهای روزمره زندگی و بار سنگین مسئولیتی بر دوش آنان شد. این طبقه خودداری دو طبقه فرعی "مسئولیت‌های جنسیتی زنان" و "تابوهای فرهنگی منطقه و آسیب پذیری زنان" می باشد.

جدول شماره 2: مراحل شکل گیری زیر طبقات و طبقه اصلی براساس نمونه هایی از متن مصاحبه ها

نمونه ای از متن مصاحبه ها	واحد های معنایی	کدهای استنباطی	زیر طبقات	طبقه اصلی
باز مردا سر کار بودن ... ولی اکثر خانوما مجبور بودن تو چادر بمونن و خونه داری کنن ... (مشارکت کننده 13)	سر کار بودن مردان و مجبور بودن زنان به ماندن در چادر و انجام وظایف خانه داری	الزام انجام وظایف زنانگی در چادر	مسئولیت های جنسیتی زنان	فشار ناشی از نقشهای جنسیتی زنان
...از بهداشت مکملارو میدانم ... وقتی یادم می افتاد استفاده می کردم ... اون قدر فکرم مشغول بود... حواسم بیشتر پیش بچه ها بود... (مشارکت کننده 16)	ارائه مکمل ها توسط بهداشت و مصرف نامرتب آنها بدلیل مشغول بودن فکر زنان در مورد بچه ها توسط زنان زلزله زده	مصرف نامرتب مکمل ها ناشی از درگیری ذهنی مادرانه		
...یکی هم زنای روستایی خجالت می کشیدن تو روز دستشویی برن و نگه می داشتن تاهوا تاریخ بشه و مردا اونارو نبینن ...	دستشویی نرفتن زنان روستایی در طول روز و نگهداری آن تا تاریک شدن هوا برای خودداری از دیده شدن توسط مردان	شرم از دیده شدن زن روستایی توسط مردان به هنگام مراجعه به دستشویی در روستایی		
" ... دیگه تو بیرون اینا اونجوری راحت نبودیم ... مجبور بودیم غذا بخوریم بیرون. کارگرم زیاد بود. از همه جا که اومده بودن ... راحت نبودیم و می ترسیدیم" (مشارکت کننده 19)	راحت نبودن و ترس زنان زلزله زده در بیرون از چادر به دلیل حضور کارگران زیاد	عدم احساس امنیت توسط زنان زلزله زده روستایی		

مسئولیت های جنسیتی زنان

کلیه مشکلات و نیازهایی که مربوط به جنسیت زنانگی بوده و مختص جنس مونث تلقی می شود در این طبقه جای می گیرند. زنان زلزله زده به دلایلی چون مسئولیت نگهداری و حمایت از فرزندان، دلداری سایر بازماندگان حادثه، الزام حضور در محل زندگی در اغلب ساعات روز، داشتن وظایف روزمره زنانه چون پخت و پز و نظافت، استرس بیشتری در مقایسه با مردان داشته و شرایط سخت تری را در اسکان موقت، بخصوص در چادر تجربه کردند. یک زن زلزله زده روستایی در مورد نقش روحیه دهی و حمایت روانی خود از همسرش چنین می گفت:

"...دیگه آقا رو می دیدی حسابی ناراحت بود... می گفت چرا اینجوری شد؟ اونجوری شد؟ بعدش مثلاً یه روز دو روز نبود می گم طوری می شد که من به شوهرم

می‌گفتم که چیکار کنیم ناراحت نباش. هی بهش روحیه می‌دادم. اگه این کارارو نمی‌کردیم نمی‌تونستیم زندگی مونو ادامه بدیم..." (زن زلزله‌زده، مشارکت کننده 17).

دختر جوان زلزله زده‌ای در یکی از شهرستان های زلزله‌زده با تخریب زیاد در مورد بیشتر بودن ترس و استرس وابسته به جنسیت در زنان، اینگونه اظهار می‌داشت:

"...باز مردا روزا سرکار بودن و خودشونو یه جورى مشغول می‌کردن ولی اکثر خانوما مجبور بودن تو چادر بمونن و خانه‌داری کنن و مراقب بچه‌ها باشن. زنا نسبت به مردا استرس و ترس بیشتری داشتن و بیشتر شاهد حادثه و وقایع بعد از اون بودن و مشکلات ناشی از زلزله بیشتر اونارو اذیت می‌کرد..." (زن زلزله‌زده، مشارکت کننده 13).

از طرفی، زنان و دختران در استفاده از سرویس‌های بهداشتی بیرون از منازل در طول روز و بخصوص شب‌ها با مشکل مواجه بوده و با تاریک شدن هوا، مجبور به مراجعه دسته جمعی با سایر زنان و یا با همراهی مردان خانواده برای استفاده از دستشویی‌های سیار بودند. برخی از زنان از عدم امکان مراجعه به دستشویی بخصوص در نیمه‌های شب صحبت کردند و دلیل این موضوع را ترس از احتمال وجود حیوانات وحشی و یا حضور افراد غریبه مطرح نمودند.

سختی استفاده از دستشویی‌های موقت باعث شد برخی زنان روستایی به شیوه‌های غیربهداشتی اجابت مزاج و دفع ادرار مانند استفاده از گودالهای کنده شده و یا مراجعه به دره به دلیل شرم و حیا از دیده شدن توسط مردان و نیز ترس از مراجعه شبانه متوسل شوند.

"...نصفه شب‌ها هم که می‌خواستیم بریم دستشویی تو این نزدیکی همسایه‌مون یه چاله‌ای کنده بود. دورش چادر مشکی کشیده بودن. هه هه هه... می‌رفتیم اونجا. نصف شب می‌ترسیدیم. خجالت می‌کشیدیم. توکانکسا نمی‌رفتیم. می‌رفتیم اینجا. تا شب کانکس می‌رفتیم. از شب به او نور می‌رفتیم اون سمت گودال. نزدیک بود. همسایه‌مون بود. می‌رفتیم دیگه..." (زن زلزله‌زده، مشارکت کننده 17).

از طرفی برخی زنان زلزله‌زده، در دستشویی‌های کانکسی احساس ناامنی می‌کردند که از جمله دلایل این احساس را عدم وجود قفل بر روی آنها ذکر کردند.

"...خوب می‌رفتیم ولی هیچ وقت یکیش مثلاً خود من تنها نمی‌تونستیم بریم. چون همه اونجا، یکی از کجا می‌دونه من رفتم تو؟ قفل نداره ببندم. من هر وقت می‌رفتم بچه خودم و یا جاری، خواهرشوهرم که در یک چادر بودیم همیشه باهم

می‌رفتیم. اون وایمی ستاد من می‌رفتم. نه من ها ... همه اونجوری می‌کردن. هرکس می‌رفت پیش خودش یه همراه می‌برد که کسی که از دور میاد بدونه که اینجا آدم هست ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 16).

در پاره‌ای از زنان زلزله‌زده، افزایش بار کاری و مشغله‌های روزمره بعد از زلزله مانند افزایش نیاز به حمایت از کودکان و نظارت دقیق بر فرزندان خانواده، پیامدهایی چون عدم توجه به تغذیه سالم خود و یا مصرف نامرتب مکمل‌ها بخصوص در زنان باردار و تازه زایمان کرده را به همراه داشت.

"... می‌دادن از بهداشت (مکمل‌ها رو). خیلی هم تاکید می‌کردن که استفاده کنین. خودم نمی‌تونستم استفاده کنم. وقتی یادم می‌افتاد استفاده می‌کردم. یادم نمی‌افتادنه. اونقدر فکرم مشغول بود که به خودم فکر نمی‌کردم. حواسم بیشتر پیش بچه‌ها بود ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 16).

عده‌ای دیگر از زنان آسیب‌دیده از زلزله نیز به دلیل مشغله‌های زیاد در طول روز از توجه به خود غافل شده و حتی فرصت مراجعه به مراکز ارائه خدمت برای دریافت خدمات مختص بهداشت باروری را نداشتند.

"... کنترل (آب‌ودی) رو هیچ کس وقت نمی‌کرد بره... تو فصل تابستون اتفاق افتادها، هی مریض می‌شدن. بچه، بزرگ. کلاً بیماری پوستی می‌گرفتن. یکیش پسر 6 ساله خود من. چون گرد و خاک بود... بچه رو هر دقیقه می‌بردم یه دونه شیر داشتیم. یه دونه فقط شیر کشیده بودن کنار زمین... می‌بردم هر دقیقه دستاشو، صورتشو می‌شستم... اصلاً فک کنم از نظر مامایی به یاد کسی نمی‌افتاد. که برم برای خودم علاج بکنم ... " (زن زلزله زده، مشارکت‌کننده 16).

اگر چه زندگی در شرایط اسکان موقت بخصوص در چادر برای کل جمعیت زلزله-زده، وضعیت سخت و طاقت‌فرسایی را ایجاد نمود ولی این نوع اسکان برای زنان، سختی‌های خاصی را بدنبال داشت. زنان به دلیل ترس و اضطراب بیشتر، قادر به ماندن به تنهایی در چادر نبوده و به دلیل ضعیف‌تر بودن آنها در جامعه در مقایسه با مردان، احساس امنیت کمتری در چادرها داشتند.

"... خیلی از ما زنا نمی‌تونستیم تو چادرا تنها بمونیم. می‌ترسیدیم. باز مردا نسبت به ما از نظر امنیتی راحت‌ترن. بالاخره ما زن هستیم و تو جامعه، ضعیف‌تریم. بخاطر همین تو چادرا کمتر احساس امنیت می‌کردیم ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 14).

زنان و دختران زلزله‌زده پریود، برای تعویض نوار بهداشتی در چادر و یا دستشویی‌های صحرائی در تنگنا بوده و برای اطمینان از عدم ورود سایرین بخصوص مردان خانواده به درون چادر، نیازمند حضور فردی در بیرون از چادر به منظور نگهداری در لحظه تعویض پد خود بودند.

"...اگه یکی می‌خواست تو چادر، لباس کثیف شده عوض کنه باید می‌گفتی یه نفر وایسته دم در چادر که هیچ کس رو نذاره بیاد تا من لباس عوض کنم یا نوار بهداشتیم و بذارم ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 26).

تابوهای فرهنگی منطقه و آسیب‌پذیری زنان

برخی از نیازها و معضلات مختص زنان، ریشه در عوامل فرهنگی داشت که در پاره‌ای از موارد منحصراً در مناطق روستایی بوده و با بافت فرهنگی خاص منطقه زلزله-زده، رابطه‌ای تنگاتنگ داشت. زنان روستایی در مقایسه با زنان شهری، حتی در شرایط غیربحران نیز نقش بیشتر و متفاوت‌تری در اداره امور زندگی داشته و فرهنگ روستایی، زنان را مجبور به قبول نقش‌های خاص متفاوت از زنان شهری می‌نماید. پرواضح است که زلزله باعث برجسته‌تر شدن نقش زنان و ایجاد فشار کاری و سخت‌تر شدن شرایط زندگی برای این زنان روستایی شد. از جمله مشکلات مطرح شده در این زمینه، محدودیت فضای فیزیکی برای پهن کردن لباسهای زیر شسته شده و شرمساری از دیده شدن لباسهای زیر توسط مردان منطقه بود. برخی از زنان روستایی به خشک کردن لباسهای زیر شسته شده در زیر سایر لباسها و پهن کردن آن در زیر لباسهای کودکان به دلیل شرم و حیا از دیده شدن این لباسها توسط مردان منطقه اشاره داشتند.

"... لباس زیرامونو که می‌شستیم نمی‌دونستیم کجا پهن کنیم؟ خجالت می‌کشیدیم مردامون اونارو بینن. پهن می‌کردیم زیر لباسای دیگه. زیر لباس بچه‌هامون. از این که مردا موقع رفت و آمد اونارو ببینن شرم داشتیم " (زن زلزله‌زده، مشارکت-کننده 14).

پوشش اضافی زنان در مقایسه با مردان و الزام رعایت پوشش مناسب برای آنان، زندگی در چادر را برای زنان و دختران زلزله‌زده به دلیل تحمل گرمای درون چادرها سخت‌تر نمود.

"...ولی هی باید چادر رو درشو می‌بستی که یه کسی نبیندت. چون تو خونه راحتی دیگه. باید تو چادرا هم آدم احساس راحتی کنه روسری ایناشو باز کنه. ولی هی باید خفه

می‌شدی از گرما... چادرتو می‌بستی که یه کسی نبینه ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 13).

در پاره‌ای موارد، شرم و حیای زنان روستایی مانع مراجعه آنان به دستشویی حتی در طول روز می‌شد. این زنان به دلیل خجالت از دیده شدن توسط مردان، ترجیح می‌دادند که مراجعه شب هنگام و در تاریکی به دستشویی‌ها داشته باشند.

" ... یکی هم زنای روستایی خجالت می کشیدن تو روز دستشویی برن و نگه می‌داشتن تا هوا تاریک بشه و مردا اونا رو نبینن ... " (ارائه‌دهنده مستقیم خدمت هلال احمر، مشارکت‌کننده 3).

برخی دیگر از زنان آسیب‌دیده از زلزله روستایی، همراهی همسران و سایر مردان خانواده به هنگام مراجعه به دستشویی‌های سیار را به عنوان ریخته شدن شرم و حیای زنان در مقابل مردان خانواده بعد از زلزله ذکر کردند که قبل از وقوع حادثه بی‌سابقه بوده است.

" ... آقاهامون می‌اومدن وای میستاندن بیرون کنار ما. ما هم می‌رفتیم. دیگه خجالت این ان بود. دیگه دختر رو پدر می‌برد. خواهر رو برادر می‌برد توالت... دیگه قبلاً که خجالت می‌کشیدیم... قبلاً و الله من عذرخواهی می‌کنم من پیش شوهرم چی بگم دیگه... من هنوز پیش شوهرم پیش محرم خودم والله وقتی اون تو حیاط بود به حیاط نمی‌تونستم برم. دستشویی نمی‌تونستم برم. اما زلزله یه کاری کرد که به آقا می‌گفتیم تو وایسا اینجا ما بریم دستشویی. یامثالاً بچه دخترمون رو او نمی‌برد ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 27).

در پاره‌ای از موارد، دختران زلزله‌زده روستایی که با رخداد حادثه دچار مشکلات مرتبط با بهداشت باروری مانند خونریزی غیرطبیعی رحمی شده بودند به دلیل قید و بندهای فرهنگی حاکم بر مناطق محل سکونت خود در روستا حاضر به مراجعه به پزشک نشده و مشکلات خود را برای نزدیکان و اقوام خود نظیر خواهر بزرگتر مطرح نمودند. یک دختر نوجوان زلزله‌زده روستایی در این رابطه اظهار می‌داشت:

" ... می‌دیدم یه روز قاعده نمی‌شم. 2 روز 3-2 روز پشت سر هم خونریزی داشتم. بعدش شش ماه قاعده نشدم. بعد 6 ماه دوباره قاعده شدم. چون من خودم آدم خیلی مقیدی بودم اون جور چیزا رو اینارو خودم رضایت ندادم دکتر اینارم. ولی بعداً بعد

از اینکه این جوری شدم به خواهرم گفتم. اون مگفت می‌ریم دکتر... گفتم دیگه شاید مشکل خاصی نبوده ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 26).

حتی پاره ای از زنان زلزله‌زده روستایی به دلیل شرم و حیا از مراجعه به محل های ارائه خدمت مانند چادر بهداشت سر باز زده و یا قادر به بیان کردن ابتلاء به عفونت‌های تناسلی به ارائه‌دهندگان خدمت نبودند.

"... توی مشکلات بودیم دیگه. والله بهداشت می‌اومد. خجالت می‌کشیدیم بگیم عفونت داریم. چرک میاد از من ... ناراحتیم ... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 24).

عامل فرهنگی، پیامدهایی چون عدم استفاده از نوار بهداشتی و جایگزینی پارچه‌های کهنه با آن و علیرغم دسترسی به نوار بهداشتی و حتی وفور آن، عدم طرح مشکلات عملکرد جنسی در زنان زلزله‌زده به دلیل تابو بودن در جامعه، بخصوص در مناطق روستایی و غفلت از اعلام نیاز به اقلام خصوصی بهداشتی در رسانه‌های ارتباط جمعی به دلیل موانع فرهنگی را بدنبال داشت. یکی از مدیران سلامت خانواده در این زمینه می‌گفت:

"... خیلی چیز جالبی بود و من فرداش از بچه‌های صدا و سیما آقای ... اینا توی مراسمی هم دیگه و دیدیم تشکر کردم که با اون حجب و حیایی که داشتن تو اخبار ساعت 11 من خودمم به وضوح شنیدم که این مسئله رو یادآوری کردن ... دستمال مرطوب و از این جور چیزایی که به هر حال معمولاً فراموش شده بود ... " (مدیر وزارت بهداشت، مشارکت‌کننده 4).

در این میان، بسیاری از زنان زلزله زده روستایی به دلیل بالابودن شدت آسیب در مناطق روستایی و استقرار طولانی مدت‌تر روستائیان در چادرها و کانکسها، دغدغه‌های بیشتری در مقایسه با زنان شهری داشتند. زنان روستایی علاوه بر وظایف روتین زنانگی خود، مجبور به همکاری با همسران و دوشادوش آنان برای بازسازی و تعمیرخانه‌های خود بوده و یا باید از حیوانات اهلی سرگردان خود در اثر حادثه مراقبت نموده و درگیر تدارک غذا و مکان برای آنها می‌شدند. لذا، زنان روستایی زلزله‌زده، ملزم به ایفای نقش پررنگ‌تری نسبت به قبل از حادثه بودند.

حتی در پاره‌ای از موارد، زنان باردار عارضه‌دار شده و ملزم به استراحت در بستر برای ادامه بارداری نیز به دلیل احساس حجم بالای کار و مشاهده درگیری شدید سایر اعضای خانواده در اداره امور بوجود آمده بعد از حادثه در مناطق تخریب شده روستایی،

به فعالیتهایی نظیر کارهای ساختمانی، مراقبت از حیوانات و یا تمیز کردن خانه بازسازی شده اشتغال داشتند. این مادران، گاهی به دلیل تحرک و فعالیت زیاد بخصوص در طول روز حتی قادر به احساس حرکات جنین درون رحم خود نبودند.

زنان تازه زایمان کرده نیز در مورد اشتغال به پخت و پز در بیرون از چادرها و تهیه غذا برای مردان خانواده و کارگران ساختمانی که مشغول بازسازی منازل تخریب شده آنها بودند خبر دادند.

" ... دیگه تو بیرون اینا اونجوری راحت نبودیم. غذا اینارو روآتیش می‌داشتیم بیرون. کارگر اینا داشتیم. مجبور بودیم غذا بذاریم بیرون. کارگر هم زیاد بود. از همه جا که اومده بودن کار می‌کردن. یکی بابیل کار می‌کرد. یکیش ... مهندسی بود... " (زن زلزله‌زده، مشارکت‌کننده 19).

بافت فرهنگی خاص منطقه و تعصب شدید نواحی درگیر حادثه به عنوان عامل بازدارنده برای رویداد سوء رفتار جنسی از جمله خشونت جنسی و تجاوز مطرح شد. " ... خوشبختانه تو منطقه آذربایجان خودمون اینجا ما مشکلی به اون صورت مشاهده نکردیم. این برمی‌گرده به مقدار به فرهنگ و شرایط. چرا تو زلزله بم دیدیم دیگه زلزله بم به سری حالت قومیتی دارن. اونجا در حالت معمولیم احتمال داره به سری تضادها و درگیریهای قومی وجود داشته باشه. خوشبختانه تو آذربایجان به چنین مشکلی نداشتیم ما اصلاً. یعنی حتی انصافم صحبت کنیم بحث دزدی و اینا موجود نداشت چه رسد به مسایل دیگه ... " (مدیر هلال احمر، مشارکت‌کننده 2).

از طرفی، مسکوت ماندن و عدم گزارش برخی موارد نادر سوء رفتارهای جنسی و روابط خارج زناشویی منطقه نیز ریشه در عوامل فرهنگی داشت. بطوریکه برخی ارائه‌دهندگان خدمت به احتمال مخفی ماندن خشونت‌های جنسی در محیط‌های کوچک و یا روستایی به دلیل ترس از آبروریزی اشاره داشتند.

" ... شاید هم باشه. چون زنا می‌دونین دیگه اصلاً نمیان بگن یکی به من تجاوز کرده. هیچوقت نمی‌گن. همیشه حتی مریضایی که تو مطب هم میان دیگه چه چوری باشه که بیان بگن. حالا چه برسه که اونجا تو زلزله، مناطق محرومه دیگه هیچوقت نمی‌خواد آبروشو ببره. بخاطر همون مخفی نگرمی دارن اگر باشه. ولی موردی من ندیدم. یعنی به احتمال قوی باید باشه چون تو اون شلوغی‌ها به هر حال مردا تو اون وضعیتی که هستن یعنی این یه چیز روانیه که می‌خوان خودشونو مثلاً ارضا کنن.

دوروبرشون که مرده دارن و خیلی ناراحتن این جوری خودشونو ارضا می‌کنن ... " (ارائه-دهنده مستقیم خدمت هلال احمر، مشارکت‌کننده 5).

بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده‌های کیفی نشان داد دسته‌ای از نیازهای سلامت باروری زنان آسیب‌دیده از زلزله، منبعث از اثرات حادثه بر ابعاد مختلف سلامت باروری می‌باشد. یکی از اثرات مهم زلزله بر زنان شرکت‌کننده در مطالعه، آسیب‌های جسمی مرتبط با سلامت باروری از جمله اختلالات قاعدگی و عفونت‌های ادراری- تناسلی بود. در همین راستا، نتایج مطالعه لیو و همکاران (سال 2008) بر روی زنان زلزله زده چینی، نشان‌دهنده افزایش شیوع عفونت دستگاه تناسلی و اختلالات قاعدگی بدنبال زلزله بود (لیو و همکاران، 2010). صرف نظر از وقوع خونریزیهای غیرطبیعی رحم به اشکال مختلف بدنبال استرس ناشی از زلزله، یکی از نیازهای ویژه زنان آسیب‌دیده، قاعدگی و مشکلات بهداشتی پیرامون آن از جمله دسترسی محدود به پدهای بهداشتی و مشکلات تعبیه و تعویض آن در شرایط اسکان موقت در چادرها بود. برخورداری از یک محیط منطبق با فرهنگ، دارای محرمانگی و امن برای اداره بهداشتی قاعدگی و با حفظ شأن و منزلت از حقوق تک‌تک زنان است. اما دستیابی به این حق در اغلب موارد، دور از واقعیت جلوه می‌کند. یکی از دلایل این ادعا، نادیده گرفته شدن مدیریت بهداشت قاعدگی در دستور کار بهداشت عمومی در شرایط بحرانی می‌باشد. اکثر مراکز تسکین موقت، دوستدار زنان نبوده و امنیت، حریم خصوصی و نیازهای زنان، مورد غفلت قرار می‌گیرد. بخصوص در کشورهای در حال توسعه، موضوع قاعدگی زنان، اغلب پنهان نگه داشته می‌شود. در شرایط اضطراری، سبک زندگی طبیعی قربانیان تغییر نموده و افزایش فشارهای روانی، باعث تشدید مشکلات می‌شود. تأمین نیازهای اولیه چون غذا و دارو در اولویت قرار می‌گیرد در حالی که نیاز مبرم به تأمین امنیت بهداشت قاعدگی، اغلب به دست فراموشی سپرده می‌شود. لذا یک برنامه عمل تسکینی با طراحی مطلوب باید ملاحظات خاصی برای نیازهای زنان داشته و تیمی از کارکنان مراقبت بهداشتی زن و مدیران تسکینی برای بررسی مشکلات خاص جنسیتی شکل گیرد. چرا که زمان آن رسیده که تابوها در هم شکسته و گامهای لازم برای نشان دادن عوامل موثر بر بهداشت قاعدگی در بحران و بلايا برداشته شود زیرا درد و رنج خاموش زنان باید متوقف شود

(ویجراماسینگل¹، 2012). یافته‌های مطالعه کیفی رحمانی بیلندی و همکاران نیز موید تشدید نیازهای بهداشت قاعدگی زنان در مناطق زلزله‌زده بدلیل باورهای بومی و ضعف مهارت‌های خودمراقبتی و دامن زدن فقدان خدمات بهداشتی مناسب و سیستم مدیریتی ناکافی بر این مشکلات می‌باشد. لذا شناسایی نیازهای بهداشت قاعدگی زنان در بحرانها ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد (بیلندی و همکاران²، 2015).

یکی دیگر از یافته‌های پر اهمیت پژوهش اخیر، این بود که زنان زلزله‌زده، به ویژه در مناطق روستایی، احساس امنیت بالایی داشتند و در مصاحبه‌های انجام شده، موارد بسیار کمی از بروز خشونت‌های جنسی و روابط جنسی غیراخلاقی گزارش شد که با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی منطقه و همچنین، تجمع مردم حادثه دیده در چادرهای کنار هم قابل تصور است. برخلاف این یافته‌ها، ارزیابی انجام شده توسط کمیسیون زنان پناهنده نشان داد که خطرات سلامت باروری و به ویژه بروز خشونت‌های جنسی در دختران جوان در مواردی مانند زمین لرزه هائی تی افزایش یافته بود (تانابه و همکاران³، 2011). همچنین، در مطالعه دیگری گزارش شد که بدنبال طوفان کاترینا، زنان در معرض خشونت‌های جنسی قرار داشتند (الینگتون و همکاران⁴، 2013). برخی از ارائه‌دهندگان خدمت، به نبود آمار دقیق و عدم گزارش موارد احتمالی خشونت جنسی علیه زنان به دلیل خجالت و ترس اشاره نمودند. البته نبود سیستم گزارش‌دهی خشونت‌های جنسی، منحصراً مربوط به کشور ایران نبوده و در بسیاری از کشورها مطرح است (آدام و همکاران⁵، 2014) و هنجارهای فرهنگی و تابوهای مرتبط با آن از موانع مهم گزارش موارد خشونت جنسی بر علیه زنان به ویژه در شهرهای کوچک و بخصوص در جوامع روستایی است (عبید و همکاران⁶، 2014).

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر این بود که بسیاری از زنان زلزله‌زده به دلیل یأس و ناامیدی و شرایط نامناسب زندگی، هیچ تمایلی به بارداری مجدد نداشتند. در همین راستا، نتایج مطالعه هی و همکاران (2008) نشان دادند که میزان بارداری در طول 12 هفته اول بعد از زلزله ونچوان کاهش یافت ولی بعد از 12 هفته میزان حاملگی افزایش

1. Wichramasingle, 2012

2. Bilandi et al., 2015

3. Tanabe et al., 2011

4. Ellington et al., 2013

5. Adam et al., 2014

6. Abeid et al., 2014

مجدد پیدا نمود (هی و همکاران¹، 2008). طبق یافته‌های بخش کیفی مطالعه حاضر، اکثر زنان زلزله‌زده، کاهش و حتی قطع موقت روابط جنسی بدنبال حادثه را گزارش نمودند که مطالعات قبلی نیز موید آن است به گونه‌ای که در مطالعه لئو و همکاران، رضایت زنان زلزله‌زده از زندگی جنسی‌شان بطور فاحشی کاهش یافته بود (لیو و همکاران²، 2010).

نقش‌ها و مسئولیت‌های خاص جنسیتی، نیازهای منحصر به فردی را برای زنان آسیب‌دیده از زلزله این مطالعه بدنبال داشت که برخی از آنها ریشه در فرهنگ و باورهای خاص حاکم بر جامعه دارد. زمانی که بلایا، کشورهای ضعیف و توسعه نیافته را درگیر می‌کند زنان، اغلب در زمره تأثیرپذیرترین افراد بوده و از بیشترین میزان سوء تغذیه و ضعف آموزش رنج برده و 75% افراد جابجا شده را به خود اختصاص می‌دهند. وظایف خانوادگی قبل از بلایای زنان برجسته‌تر و گسترده‌تر شده و حمایت و منابع کمتری قبل از حادثه دارند. بعلاوه، زنان بعد از بلایا مسئولیت مراقبت از کودکان، سالمندان، افراد آسیب‌دیده و بیمار را نیز عهده‌دار می‌شوند. در کنار اثرات بلایا، زنان نسبت به مسائل سلامت باروری و جنسی آسیب‌پذیرتر شده، هم قربانیان و هم گیرندگان اصلی مراقبت می‌باشند. متخصصین سلامت، اغلب به هنگام تدارک مراقبت‌های اورژانسی، از این موضوعات آگاه نیستند. تشکیل یک تیم تسکینی با تخصص‌های سلامت مادران برای بهبود پیامدهای سلامت زنان، ضروری بنظر می‌رسد (نور و همکاران³، 2011). توجه به حقوق بشر در موقعیت‌های اضطراری و کمک‌رسانی در این بحرانها و برآوردن مسئولیت‌های آنها، شناسایی وقایع و مشکلات زندگی زنان ضروری است. شناسایی تجارب زنان بلا‌دیده، به فهم نحوه پاسخ‌دهی به آنان کمکی فراوانی می‌نماید. مشاهدات متعدد در مناطق بلا‌دیده نشان می‌دهد که زنان و مردان به واسطه فرصت‌های نابرابر، بطور یکسانی از بلایا متأثر نمی‌شوند. به علاوه در چنین شرایطی، زنان وابستگی‌ها و مسئولیت‌های خانه‌داری بیشتری از جمله مراقبت از کودکان و پخت و پز غذا دارند که برگرفته از نقش‌های مادرانه آنهاست. لذا توجه به رویکرد جنسیتی در مدیریت بلایا ضروری بنظر می‌رسد. در کنفرانس جهانی زنان با نام "زنان 2000" بر لزوم غلبه بر محدودیت‌های جوامع درباره بلایای طبیعی و اهمیت تقویت زنان در تمامی فازهای

1. He et al., 2008

2. Lio et al., 2010

3. Nour et al., 2011

مدیریت بلا تأکید شد. زنان به دلایل ژنتیکی، روانشناختی، فیزیولوژیکی، قانونی، اجتماعی و تفاوت در سطح سواد و آموزش، بیشتر از مردان از بلایا آسیب می بینند و این تفاوت های جنسیتی باید در تمامی فازهای بلایا یعنی پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازتوانی مدنظر قرار گیرد. در سراسر جهان، کمبود مطالعات متمرکز بر جنسیت وجود دارد که این مسئله، نیاز به ارتقای دانش جنسیتی را برجسته می کند (ایسیک و همکاران¹، 2015). در مطالعه مروری پریت و همکاران، تأکید شده که سلامت جامعه، هدف اولیه توسعه پایدار بوده و کنفرانس های بین المللی مانند "برنامه عمل پکن"²، نقش کلیدی زنان در توسعه پایدار را پررنگ کرده اند ولی علیرغم آسیب پذیرتر بودن زنان نسبت به مردان در حوادث و بلایا، تقریباً هیچ مقاله ای در زمینه رویکرد جنسیتی در حوادث و بلایا، یافت نشد. به عنوان نمونه، مستندات سازمان بهداشت جهانی، حاکی از فقدان رویکرد جنسیتی و توصیه های بیشتر در سیاست های آب و هوایی است و در زمینه مستندات تحقیق و سیاست تغییر آب و هوا، مطالعه ای وجود ندارد (پریت و همکاران³، 2010).

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه و معاونت محترم بهداشتی استان آذربایجان شرقی و شهرستان های زلزله زده اعلام می دارند.

1. Isik et al., 2015
2. Beijing Platform for Action
3. Preet et al., 2010

References

- Ahmadzadeh.S (2013), United Nations Population Fund's deputy message. 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters. Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 4. [In Persian]
- Ardalan,A;Moradian,M J;Goya,M M;Nadafi,K;Motlagh,M E;Nassehi, A A;et al(2015), National Public Health: Disaster & Emergency Operational Plan.2nded.Publications Department of Disaster Health School of Public Health, Tehran, University of Medical Sciences, pp: 131-209.[In Persian]
- Research priorities for (2013), Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran, p: 1.[In Persian]
- Babaei,J; Moradian, MJ; Sadeghei,F; Ghasemie, M H(2013), Epidemiology of natural hazards in East Azerbaijan province. Proceedings of the 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters.Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 292.[In Persian]
- Bahdad,N(2005),Understanding and managing the crisis.Management and development process.62, pp: 48-56.[In Persian]
- Package of Graduate Research PrioritiesManagement.School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences. (2010), p: 2.[In Persian]
- Tirgar,A;Aghalarei,Z(2013),Take scientific publications on disasters in Iranian medical journals.Proceedings of the 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters. Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 101.[In Persian]
- Khankeh,H M(2013),Evaluation of reproductive health services provided in East Azerbaijan and Boshehr earthquake and presentation of solutions based on experiences and perceptions of

- those involved and standard tools. Proceedings of the 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters. Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 70.[In Persian]
- Ramesht,M H(2002),Humanitarian charter and minimum standards in disaster.1st ed.Iran Crescent Institute of Applied Sciences and Technology Pub, p: 23.[In Persian]
- Saffareieh,H;Farsad,H;Azarnoosh,Z(2007),Operating Instructions in Disaster for Teams of ReproductiveHealth. Red Crescent Society. Department of Health, Treatment and Rehabilitation, p:5.[In Persian]
- Samadi Miarkolaei, H;Samadi Miarkolaei,H;Babaei, A(2012),The importance of the role of Islamic Republic of Iran Red Crescent society in deal with natural disasters & events in crisis management. Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief (CAIMJ).3,PP:93-106.Retrieved from:http://jorar.ir/browse.php?a_id=133&sid=1&slc_lang=en
- Faraji, A; Ghorkhloo, M(2010), Earthquake and City Disaster Management. Journal of Iran Geographical Association.8 (25), pp: 143-164.[In Persian]
- Kavianeii,A(2009). A New Approach in crisis typology. Security and Social Order Strategic Studies Journal.2:161-194.[In Persian]
- Kohan,Sh;Salehei,K;Baghersad,Z;Taherei,S;SavabeiEsfahanei, M; Toabei, F(2015), Maternal, child and Reproductive Health. Kankash Pub.1st ed.Isfahan University of Medical Sciences, pp: 16-17.[In Persian]
- Midwifery curriculum, Approved by the Ministry of Culture and Higher Education, (2012), p: 23.[In Persian]
- Galeshei,M(2013), Review of sexual and reproductive health management and provide guidelines for disaster recovery.

- Proceedings of the 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters. Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 317. [In Persian]
- Golmohammadei, Z.; Sadegh, R. (2013), Gender differences in natural disasters with emphasis on women. Proceedings of the 6th International Congress on Health in Emergencies and Disasters. Razi International Conference Center of Iran University of Medical Sciences, p: 242. [In Persian]
- Unit of Statistics and Information, Health Assistance of Tabriz University of Medical Sciences. [In Persian]
- ABBASI, M. & SALEHNIA, M. H. (2013), Disaster medical assistance teams after earthquakes in Iran: propose a localized model. Iranian Red Crescent Medical Journal, 15, 829-35.
- Abeid, M., Muganyizi, P., Olsson, P., Darje, e., Axemo, P. (2014 August), Community Perceptions of Rape and Child Sexual Abuse: A Qualitative Study in Rural Tanzania. BMC International Health and Human Rights, 14 -23
- Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Leonard Rubenstein, J.D., Glass, N. and Singh, S., (2014), The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis, 11-19
- ANEAR, M. & GWYNN, J. (2010), A practical Guide to Gender-Sensitive Approaches for Disaster Management. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 7-13
- ANWAR, J., MPOFU, E., MATTHEWS, L. R., SHADOU, A. F. & BROCK, K. E. (2011), Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. BMC public health, 11, 1, 523
- Bilandi, R.R., Farahani, F.K., Ahmadi, F., Kazemnejad, A. and Mohamadi, R. (2015), Exploring the Perception of Women about

- Menstrual Health in Earthquake Stricken Areas. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 125, 49-60.
- CALLAGHAN, W. M., RASMUSSEN, S. A., JAMIESON, D. J., VENTURA, S. J., FARR, S. L., SUTTON, P. D., MATHEWS, T. J., HAMILTON, B. E., SHEALY, K. R. & BRANTLEY, D. (2007), Health concerns of women and infants in times of natural disasters: lessons learned from Hurricane Katrina. *Maternal and child health journal*, 11, 307-311.
- ELLINGTON, S. R., KOURTIS, A. P., CURTIS, K. M., TEPPER, N., GORMAN, S., JAMIESON, D. J., ZOTTI, M. & BARFIELD, W. (2013), Contraceptive Availability during an Emergency Response in the United States. *Journal of Women's Health*, 22, 189-193.
- ENARSON, E. & CHAKRABARTI, P. D. (2009), Women, gender and disaster: global issues and initiatives, SAGE Publications India, 104-107
- GERDIN, M., CLARKE, M., ALLEN, C., KAYABU, B., SUMMERSKILL, W., DEVANE, D., MACLACHLAN, M., SPIEGEL, P., GHOSH, A. & ZACHARIAH, R. 2014. Optimal evidence in difficult settings: improving health interventions and decision making in disasters. *PLoS Med*, 11, e1001632, 32, 1-5
- HAFFMAN, S. (2009), Preparing for disaster: protecting the most vulnerable in emergencies, University of California, Davis, vol. 42, 1491
- HE, H., CHEN, F., ZHANG, Q., TIAN, D., QU, Z. & ZHANG, X. (2015), The Wenchuan Earthquake and government policies: impact on pregnancy rates complications and outcomes. *ARROWs for Change*, 14, 4-5
- HIRTH, J. M., LEYSER-WHALEN, O. & BERENSON, A. B. (2013), Effects of a major US Hurricane on mental health disorder

- symptoms among adolescent and young adult females. *Journal of Adolescent Health*, 52, 765-772.
- HOLLOWAY, I. & WHEELER, S.(2013), *Qualitative research in nursing and healthcare*, John Wiley & Sons, 65
- Hsieh HF, Shannon SE.(2005), Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 15(9). Pp. 1277-88.
- Işık, Ö. Özer, N., Sayın, N., Mishal, A., Gündoğdu, O. and Özçep, F., (2015), Are women in Turkey both risks and resources in disaster management? *International journal of environmental research and public health*, 12(6), pp.5758-5774.
- IANG, Y. & CAO, R.(2014), Is the health status of female victims poorer than males in the post-disaster reconstruction in China: a comparative study of data on male victims in the first survey and double tracking survey data? *BMC women's health*, 14, 1, 14- 18
- LIU, S., HAN, J., XIAO, D., MA, C. & CHEN, B. 2010. A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 108, 161-164.
- NI, C., CHOW, M. C. M., JIANG, X., LI, S. & PANG, S.M.C.(2015), Factors associated with resilience of adult survivors five years after the 2008 Sichuan earthquake in China. *PloS one*, 10, e0121033, 137-144
- NOUR, N. N.(2011), Maternal health considerations during disaster relief. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 4, 22- 27
- OYARZO, C., BERTOGLIA, P., AVENDAÑO, R., BACIGALUPO, F., ESCUDERO, A., ACURIO, J. & ESCUDERO, C.(2012), Adverse perinatal outcomes after the February 27th 2010 Chilean earthquake. *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 25, 1868-1873.

- POLIT, D. F. & BECK, C. T.(2013), Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice, Lippincott Williams & Wilkins, 134
- Preet, R., Nilsson, M., Schumann, B. and Evengård, B.,(2010), The gender perspective in climate change and global health. Global Health Action, 3,101-112
- STREUBERT SPEZIALE, H. J. & CARPENTER, R. D.(2011), Qualitative Research in Nursing, Lippincott Williams, Wilkins, 87
- Tanabe, M., Schlecht, J. and Manohar, S.,(2011), Adolescent sexual and reproductive health programs in humanitarian settings: An in-depth look at family planning services, 4- 11
- UNFPA(2009), Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings, 25-29
- UNFPA(2013), Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health in Disasters: ppiv, 7- 24
- URRUTIA, R. P., MERISIER, D., SMALL, M., URRUTIA, E., TINFO, N. & WALMER, D. K.(2012), Unmet health needs identified by Haitian women as priorities for attention: a qualitative study. Reproductive health matters, 20, 93-103.
- Wickramasinghe, D.,(2012), Managing menstrual hygiene in emergency situations: How far from reality? Bangladesh Development Journal, 9(2), 31-56.
- ZOTTI, M. E., WILLIAMS, A. M., ROBERTSON, M., HORNEY, J. & HSIA, J.(2013), Post-disaster reproductive health outcomes. Maternal and child health journal, 17, 783-796.