

Social and Mental Health of Women Exposed to Kerman Earthquake in Relation to Characteristics their Social Person

Mohammad Reza Maracy¹ , Shahin Shoostari² , Masoud Bahrami³ , Mohammad Reza Abedi⁴ 
, Rahele Samouei^{5*} 

1. Environment Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran
5. Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** samouei@mail.mui.ac.ir

Abstract

Background: In recent years, we have witnessed earthquakes with serious negative effects on the health of families. Given the importance of women's role in the family and society, their social and mental health status, especially in times of crisis, was highlighted. This study aimed to determine their average mental health status of exposed women in comparison with the social characteristics of their compatriots in the province of Kerman.

Methods: This is a descriptive survey study of 250 women under an earthquake in Kerman province in 2018 using the standardized questionnaire of women's mental health in an earthquake on sample group ($\alpha = 0.91$), through in-person referral to women resettlement area in Kouhbanan city. The data were analyzed by the covariance test.

Results: According to the results of this study, women who witnessed the earthquake did not have a favorable assessment of their social and mental health status. The results of this study concerning their mental health of women could be useful for policymakers, women's rights, health care providers, therapists and caregivers, managers, planners, specialists, and rescuers in the field of disasters and accidents.

Conclusion: According to the findings of the study, the components of women's mental health in crisis and disaster are varied and widespread. The findings of this study can be applied to empower women both psychologically and manage disaster behavior and emotion.

Keywords: Mental Health, Social Health, Women, Earthquake, Disasters

How to cite this article: Maracy MR, Shoostari SH, Bahrami M, Abedi MR, Samouei R. Social and Mental Health of Women Exposed to Kerman Earthquake in Relation to Characteristics their Social Person. J Saf Promot Inj Prev. 2019; 7(3):166-72.

سلامت روانی اجتماعی زنان مواجهه یافته با زلزله کرمان در ارتباط با ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها

محمدرضا مرآتی^۱، شهین شوشتری^۲، مسعود بهرامی^۳، محمدرضا عابدی^۴، راحله سموعی^{۵*}

۱. مرکز تحقیقات محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. گروه بهداشت، دانشگاه مانیتوبای کانادا، مانیتوبا، کانادا
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر شاهد بروز زلزله‌هایی با آثار منفی جدی بر سلامت خانواده‌ها بوده‌ایم. توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده و جامعه، اهمیت برخورداری آنان از سلامت روانی اجتماعی - به ویژه در شرایط بحران - را نشان می‌دهد. در این راستا مطالعه باهدف تعیین میانگین مولفه‌های سلامت روانی اجتماعی زنان و ارتباط با ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها در زلزله کرمان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه توصیفی پیمایشی روی ۲۵۰ نفر زنان تحت زلزله استان کرمان، در سال ۱۳۹۷ با به‌کارگیری پرسشنامه هنجاریابی شده سلامت روانی اجتماعی زنان در زلزله روی گروه نمونه ($\alpha=0/91$)، از طریق مراجعه حضوری به منطقه اسکان زنان در شهرستان کوه بنان، شهر هجدک و روستاهای منطقه گور انجام و داده‌ها توسط آزمون کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج به‌دست‌آمده از بین شش مولفه موردبررسی در حوزه سلامت روانی اجتماعی زنان مواجهه شده با زلزله، بیش‌ترین میانگین نمره، به مولفه ارتباطات و اخبار (۷۶/۲۵) و کمترین میانگین نمره به مولفه مدیریت فردی و سازمانی در منطقه (۲۴/۹۳) و میانگین کل (۴۸/۶) از ۱۰۰، اختصاص داشت. ضمناً زنان جوان‌تر، مجرد و غیردانشگاهی خانه‌دار از مولفه مدیریت فردی و سازمانی در منطقه، زنان متأهل از مولفه وضعیت روان‌شناختی و همچنین زنان غیردانشگاهی خانه‌دار از مولفه تاب‌آوری فردی اجتماعی ارزیابی بهتری داشتند.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های مطالعه، زنان مواجهه یافته با زلزله، ارزیابی مناسبی از وضعیت سلامت روانی اجتماعی خود نداشتند و سهم مهمی از نارضایتی آن‌ها به نحوه مدیریت و امنیتی که در منطقه انتظار داشتند مربوط بوده است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای توانمندسازی زنان هم از نظر روان‌شناختی و هم مدیریت رفتار و هیجان در شرایط بلایا بکار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، سلامت اجتماعی، زنان، زلزله، بلایا

مقدمه

سیاست‌ها و برنامه‌های کاهش خطر حوادث و بلایا و توانمندسازی آن‌ها برای آمادگی در برابر حوادث و بلایا توجه شده است (۳). همچنین گزارش‌هایی حاکی از آن است که بین زنان و مردان تفاوت‌های قابل‌توجهی در درک مشکلات و بیماری‌های روانی ناشی از بلایا وجود دارد (۴، ۵). به طوری که آسیب‌پذیری زنان در بلایا بیشتر بوده و بیشتر در معرض خطرات تهدیدکننده سلامت روان قرار دارند (۶، ۷). زنان در سطح اجتماعی پایین‌تری نسبت به مردان قرار دارند و از آسیب‌پذیری اجتماعی بیشتری نیز رنج می‌برند (۸). در این خصوص همراهی رخدادهای بلایا با مشکلات قومی، نژادی فرهنگی و اقتصادی، موجب شدت یافتن آثار زیان‌بار بلایا بر سلامت زنان می‌شود (۷).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت زنان را به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی مطرح کرده است (۱). اهداف توسعه‌یافته هزاره سوم سازمان ملل نیز بر اهمیت توجه به سلامت زنان تأکید کرده است؛ به طوری که در این سند بین‌المللی، برای بهبود سلامت زنان و سنجش میزان دستیابی به توسعه پایدار، اهدافی چون ارتقای برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان در نظر گرفته شده است (۲). در سند سندی و برنامه استراتژیک شش‌ساله سازمان جهانی بهداشت نیز به لزوم پرداختن به سلامت زنان، مشارکت آنان در طراحی و اجرای

۱. Millennium Development Goals (MDG's)

samouei@mail.mui.ac.ir

*آدرس نویسنده مسئول مکاتبات:

برای تفسیر مناسب تر و قابل تطبیق داده‌های پرسشنامه نمره‌های مربوط به مولفه‌ها به صورت درصد محاسبه شد. کمترین و بیشترین نمره به ترتیب صفر و ۱۰۰ بود. به این ترتیب که عدد ۵۰ میانه نمره در نظر گرفته شد. نمره‌هایی که کمتر از ۵۰ بودند به عنوان ارزیابی نامطلوب، بین ۵۰ تا ۷۵ کمتر مطلوب و نمره‌های بیشتر از ۷۵، مطلوب تلقی شدند؛ بنابراین میانگین نمره بیشتر، نشان‌دهنده نگرش بهتر زنان مواجهه یافته با زلزله نسبت به مولفه‌های گوناگون سلامت روانی اجتماعی بوده است. در پرسشنامه استفاده‌شده در مطالعه ویژگی‌های فردی اجتماعی چون وضعیت تاهل، رشته تحصیلی، سطح تحصیل و وضعیت اشتغال در نظر گرفته شد.

برای اجرا ضمن هماهنگی با هلال‌احمر استان کرمان و بیان هدف مطالعه، پس از دریافت همکاری و راهنمایی برای مراجعه به آدرس‌های موردنظر، به صورت حضوری به منازل افراد مراجعه شد و پس از توضیح هدف مطالعه، از زنان بالغ ۱۸ سال به بالا، شاغل و خانه‌دار، مجرد و متأهل در روستاهایی که تجربه زلزله داشتند برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه دعوت به همکاری گردید. چون مناطق موردنظر برای پرسشگری در وضعیت اسکان موقت قرار داشت و اجرا بایستی نزدیک مکان اسکان زنان انجام می‌شد پاسخگویی در موقعیت موردنظر زنان، بیشتر کنار چادرها یا بیرون از کانکس و با رضایت پاسخگویان انجام شد. افراد باسواد خود سوالات را می‌خواندند و برای سایرین، پرسشگر سوالات را می‌خواند و پاسخ‌ها را یادداشت می‌کرد. پس از آن کلیه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. متغیرهای کیفی برای ورود به نرم‌افزار کدگذاری و متغیرهای کمی، نمره‌گذاری شدند. تحلیل از طریق آزمون کوواریانس چندگانه در نرم‌افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ توزیع فراوانی زنان مواجهه شده با زلزله بر حسب ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها ارائه، همچنین میانگین نمره سلامت روانی اجتماعی ۲۱۹ زن که پاسخگویی کامل داشتند گزارش شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره مولفه‌های سلامت روانی اجتماعی زنان در زلزله به تفکیک ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها بر مبنای عدد ۱۰۰ محاسبه و ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۲ بیشترین میانگین نمره سلامت روانی اجتماعی زنان به مولفه ارتباطات و اخبار (۷۶/۲۵) و کمترین میانگین نمره به مولفه مدیریت فردی و سازمانی در منطقه (۲۴/۹۳) اختصاص داشت.

از طرفی در گزارش‌ها آمده است ناتوانی زنان در دستیابی به نیازهای خود در رخدادهای بلایا و مشکلاتشان در دستیابی به منابع، به‌طور قابل توجهی سلامت روانی آن‌ها را در کوتاه مدت و بلندمدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این خصوص، مطالعاتی بیان داشتند آسیب‌پذیری زنان در بلایا با ارزیابی نشدن نیازهای آنان و مشکلات اجتماعی پیش رویشان مرتبط است (۹-۱۱). بی‌توجهی به نیازهای زنان در موقعیت‌های اضطراری می‌تواند آسیب و بحران‌های گوناگونی را موجب شود. خصوصاً که وابستگی عاطفی زنان به خانواده و مسئولیت‌پذیری در حمایت خانواده، نقش آنان را در مواجهه بهتر با بلایا پررنگ‌تر می‌نماید و لازم است تامین سلامت روانی و وضعیت اجتماعی زنان در مرکز توجه قرار گیرد. با توجه به آنچه بیان شد شناسایی نیازها و دیدگاه‌های زنان در شرایط نابسامان و اضطرار دارای اهمیت و اولویت است. در این راستا این مطالعه باهدف تعیین سلامت روانی اجتماعی از دیدگاه زنان تحت زلزله کرمان، در ارتباط با ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت توصیفی پیمایشی روی ۲۵۰ نفر زنان، شش ماه بعد از این که در تاریخ ۹۶/۹/۱۰ تحت زلزله در استان کرمان قرار گرفتند در شهرستان کوه بنان، شهر هجدک و روستاهای منطقه گور به صورت در دسترس انجام شد. حجم نمونه با توجه به فرمول مطالعه‌های پیمایشی $n = pqz^2/d^2$ با احتساب اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه‌گیری ۰/۰۷ تعداد ۲۰۴ تن محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۵۰ تن انتخاب و ۲۱۹ پرسشنامه قابل استفاده استخراج شد.

برای سنجش از پرسشنامه ۴۹ سوالی محقق ساخته‌ای که بر مبنای مرور پیشینه نظری و مصاحبه با اساتید و صاحب‌نظران حوزه مرتبط در مرحله قبلی مطالعه ساخته شد (۱۲) استفاده گردید. در تعیین روایی سازه پرسشنامه، با استفاده از روش تحلیل عوامل اکتشافی، ۶ مولفه از جمله ارتباطات و اخبار، مدیریت فردی و سازمانی در منطقه، وضعیت روان‌شناختی و خدمات مشاوره‌ای، وضعیت هورمونی جنسی، قابلیت‌های فردی محیطی، و تاب‌آوری فردی اجتماعی شناسایی شد. همچنین انجام تحلیل عامل تاییدی، حاکی از تایید مدل داشته است. در سنجش پایایی ضریب آلفای کرونباخ در روش آزمون- باز آزمون برای پرسشنامه سلامت روانی اجتماعی زنان مواجهه یافته با زلزله ۰/۸۷ و برای مولفه‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۱ و برای مولفه‌های آن در کل پاسخگویان (n= ۳۷۸)، در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شد. پاسخ‌ها در طیف پنج گزینه کاملاً زیاد، زیاد، تاحدی، کم و اصلاً با نمره‌گذاری از ۰ تا ۴ در نظر گرفته شد (۱۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی اجتماعی و میانگین نمره سلامت روانی اجتماعی زنان مواجهه شده با زلزله

ویژگی‌های فردی اجتماعی	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	ویژگی‌های فردی اجتماعی	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
۳۱-۴۰ سال	۹۸ (۴۴/۷۴)	۴۸/۹۲ (۴/۵۸)	غیردانشگاهی	۱۳۹ (۶۳/۴۶)	۴۸/۵۹ (۴/۸۸)
۴۱-۵۰ سال	۵۱ (۲۳/۲۸)	۴۸/۱۷ (۴/۹۹)	دانشگاهی	۸۰ (۳۶/۵۲)	۴۸/۷۶ (۴/۷۷)
۵۱-۶۰ سال	۱۴ (۶/۳۹)	۴۹/۷۸ (۲/۹۷)	خانه‌دار	۱۳۳ (۶۰/۷۳)	۴۸/۵۳ (۴/۸۳)
مجرد	۲۸ (۱۲/۷۸)	۴۷/۹۹ (۵/۳۵)	شاغل	۸۶ (۳۹/۲۶)	۴۸/۸۳ (۴/۸۴)
متاهل	۱۹۱ (۸۷/۲۱)	۴۸/۷۴ (۴/۷۵)			

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره مولفه‌های سلامت روانی اجتماعی زنان مواجهه شده با زلزله

مولفه‌های سلامت روانی اجتماعی	میانگین (انحراف معیار)	مولفه‌های سلامت روانی اجتماعی	میانگین (انحراف معیار)
ارتباطات و اخبار	۷۶/۲۵ (۱۴/۹۱)	قابلیت‌های فردی محیطی	۵۹/۵۱ (۱۰/۳۸)
مدیریت فردی و سازمانی در منطقه	۲۴/۹۳ (۷/۷۸)	تاب آوری فردی اجتماعی	۵۶/۴۱ (۱۴/۲۶)
وضعیت روان‌شناختی و خدمات مشاوره‌ای	۵۱/۹۸ (۹/۴۲)	عوامل مرتبط با سلامت روان	۴۸/۶۵ (۴/۸۳)
وضعیت هورمونی جنسی	۷۴/۵۴ (۱۶/۵۵)		

در آن‌ها ۱۳ درصد کاهش می‌یابد. میانگین نمره زنان مجرد مواجهه یافته با زلزله، نسبت به زنان متأهل ۴ درصد بیشتر گزارش شده است. همچنین میانگین نمره این مولفه در زنان غیردانشگاهی خانه‌دار، نسبت به زنان غیردانشگاهی شاغل، دانشگاهی خانه‌دار، و شاغل ۸ درصد بیشتر گزارش شده است.

بین میانگین نمره «وضعیت روان‌شناختی و خدمات مشاوره‌ای» زنان مواجهه یافته با زلزله بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/002$). بین میانگین این نمره و سایر ویژگی‌های فردی اجتماعی زنان و تعامل بین ویژگی‌ها تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. نتایج معناداری در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری نشان داد بین میانگین نمره «ارتباطات و اخبار»، «وضعیت هورمونی جنسی» و «قابلیت‌های فردی محیطی» در زنان مواجهه یافته با زلزله بر حسب ویژگی‌های فردی اجتماعی آن‌ها (سن، تاهل، تحصیلات و شغل) و تعامل بین ویژگی‌ها تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

بین میانگین نمره «مدیریت فردی و سازمانی در منطقه» در زنان مواجهه یافته با زلزله بر حسب سن ($P=0/044$)، وضعیت تأهل ($P=0/049$)، و وضعیت اشتغال ($P=0/007$) آن‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج معناداری در جدول ۳ ارائه شده است. طبق نتایج جدول ۳ با افزایش هر واحد (یک سال) سن زنان مواجهه یافته با زلزله، میانگین نمره «مدیریت فردی و سازمانی در منطقه»

جدول ۳- تفاوت بین میانگین نمره «مدیریت فردی و سازمانی در منطقه» وارد شده در مدل کوواریانس چندمتغیری بر حسب برخی ویژگی‌های فردی اجتماعی زنان

ویژگی‌های فردی اجتماعی	تفاوت نمره	SD	P-value	Lower	Upper
سن	-۰/۱۲۹	۰/۰۶۴	۰/۰۴۴	-۰/۲۵۶	-۰/۰۰۳
تفاوت میانگین نمره زنان مجرد و متأهل	۴/۱۴	۲/۴۸	۰/۰۹	-۰/۷۴	۹/۰۳
تفاوت میانگین نمره زنان غیردانشگاهی خانه‌دار با زنان غیردانشگاهی شاغل، دانشگاهی خانه‌دار و شاغل	۸/۰۸	۲/۹۸	۰/۰۰۷	۲/۱۹	۱۳/۹۷

جدول ۴- تفاوت بین میانگین نمره «وضعیت روان‌شناختی و خدمات مشاوره‌ای» وارد شده در مدل کوواریانس چندمتغیری بر حسب وضعیت تأهل زنان

ویژگی‌های فردی اجتماعی	تفاوت نمره	SD	P-value	Lower	Upper
تفاوت میانگین نمره زنان مجرد و متأهل	-۵/۲۴	۳/۰۶	۰/۰۸	-۱۱/۲۸	۰/۷۹

در منطقه داشته‌اند. همچنین زنان کم‌سوادتر و خانه‌دار، نسبت به زنان با تحصیلات دانشگاهی و شاغل ممکن است به دلیل آگاهی‌های موقعیتی کمتر، سطح انتظارات پایین‌تری نسبت به خدمت‌رسانی‌ها، ملزومات و نیازمندی‌های منطقه داشته باشند و این امر به سازگاری و پذیرش بیشتری منجر شده باشد. ضمن این‌که با توجه به فاجعه‌بار و خارج از توان بودن شرایط زلزله، تجارب کسب‌شده زنان در شرایط شغل و تحصیل، با توانمندی‌های موردنیاز آنان در موقعیت مصیبت‌بار همخوانی نداشته باشد.

طبق یافته‌های جدول ۴ در تبیین معناداری تفاوت میانگین نمره‌ها در مولفه «وضعیت روان‌شناختی و خدمات مشاوره‌ای»، می‌توان گفت زنان متأهل به دلیل تعاملات اجتماعی بیشتر و احتمالاً امکان مناسب‌تر برای دریافت حمایت‌های روانی اجتماعی، فرصت بیشتری برای تخلیه هیجانات منفی و استرس‌های روزمره یا مهم زندگی در اختیاردارند که به نظر می‌رسد به ارزیابی بهتری از وضعیت روان‌شناختی در منطقه منجر شده باشد.

طبق یافته‌های جدول ۵ در تبیین معناداری تفاوت میانگین نمره‌ها در مولفه «تاب‌آوری فردی اجتماعی» می‌توان بیان کرد زنان بالغ اصولاً نسبت به این‌که هم در وضعیت مجرد باشند و هم غیر شاغل، احساس ارزشمندی و رضایت کمتری دارند. خصوصاً در مناطق با فرهنگ و بافت سنتی، چنین نارضایتی‌های عمومی و قضاوت‌های اجتماعی، می‌تواند به نارضایتی‌های اختصاصی موقعیتی بینجامد و این می‌تواند یکی از فرض‌های مرتبط با ارزیابی پایین‌تر مولفه تاب‌آوری، توسط زنان مجرد خانه‌دار باشد.

به نظر می‌رسد مواجهه مناسب‌تر با شرایط فاجعه‌بار، به آموزش‌ها و مهارت‌های ویژه و اختصاصی‌تر نیاز داشته باشد. آنچه در بلایا و مصیبت‌ها اتفاق می‌افتد با گرفتاری‌ها و مشکلات زندگی روزمره خیلی متفاوت است. در موقعیت بلایا درهم ریختگی و آشفتگی عمومی جدی ایجاد می‌شود. به جز منابع مالی، امنیت، آرامش، سلامتی و خیلی موارد دیگر آسیب جدی می‌بیند. این شرایطی نیست که فرد آمادگی‌هایی در دوران تحصیل برای آن به دست آورده باشد یا آموزش‌های ویژه‌ای دریافت کرده باشد. افراد تحصیل کرده، کم‌سواد، متأهل یا مجرد در هر گروه سنی در شرایط فاجعه، همه در یک شوک بزرگ گرفتارند و دور از انتظار نیست که رفتارهای مشابهی نشان می‌دهند.

نتایج این مطالعه در مجموع برای سیاست‌گذاران مرتبط با مبحث سلامت روان و زنان، قانون‌گذاران برای احقاق حقوق زنان، متولیان حوزه سلامت، درمانگران و خدمت‌رسانان این حوزه، مدیران، برنامه‌ریزان، متخصصان و امدادگران در حوزه بلایا و حوادث، خود زنان و اجتماعی که با آن تعامل دارند می‌تواند قابل‌استفاده و مفید باشد. اظهارنظر زنان در خصوص مولفه‌های مرتبط با سلامت روانی

زنان مواجهه یافته با زلزله، مولفه «مدیریت فردی و سازمانی در منطقه» را نامطلوب ارزیابی کردند. در این مولفه مواردی مدنظر بود که با شرایط مدیریتی محیطی و اجتماعی ایجادشده در موقعیت زلزله ارتباط داشت از جمله نگرانی درباره وضعیت اسکان، ناامنی، حریم شخصی خصوصی، عدم مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌ها، رفت‌وآمدها، چگونگی نظارت بر امنیت، چگونگی رعایت مسائل فرهنگی و آداب و رسوم که زنان نسبت به آن نگران بوده‌اند. در این زمینه، مطالعات متعددی به برخی مصادیق نگرانی زنان اشاره داشتند. از جمله مشکل امنیت زنان (۲۸)، مشارکت کم زنان در تصمیم‌گیری‌ها (۲۹)، تابوهای فرهنگی و مسائل اجتماعی علیه زنان (۱۵، ۱۶، ۳۰)، تبعیض جنسیتی علیه زنان (۲۱، ۳۱) و عدم حمایت اجتماعی زنان در بلایا (۱۷، ۲۴، ۲۶، ۳۲). با توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی هر منطقه، بخشی از این نگرانی‌ها به دنبال قضاوت‌های اجتماعی و فشار فرهنگی و رسوم محلی می‌باشد که از زنان انتظارات خاصی در هر شرایط دارد و محدودیت‌هایی در حضور یا خواسته‌هایشان ایجاد می‌کند. در این زمینه خود زنان اذعان داشتند وقوع زلزله خارج از خواست انسان است ولی آسیب‌هایی که از شرایط محیطی و اجتماع بر آن‌ها وارد می‌شود طبق خواست و تصمیم افراد و جامعه است و برایشان دردناک است که در شرایط نابسامان و آشفتگی، برخی افکار، قضاوت‌ها و قالب‌های فرهنگی، گرفتاری‌های آن‌ها را تشدید می‌کنند. به‌طورکلی زنان مورد مطالعه از وضعیت «سلامت روانی اجتماعی» در مواجهه با زلزله ارزیابی مطلوب و مناسب نداشته‌اند. در این زمینه مطالعه‌ای گزارش کرد زنان در بلایای طبیعی بیشتر در معرض مشکلات سلامت روانی هستند (۳۳). مطالعات دیگری به لزوم بهبود برنامه‌های سلامت روان برای زنان در معرض بلایا (۳۴)، (۳۵) و لزوم توجه و بازنگری دولت و طرح سیاست‌های ملی و جدید برای بهبود سلامت روان در بلایا و سوانح تاکید داشتند (۳۶، ۳۷). طبق بررسی‌های این مطالعه تعداد زیادی از زنان مورد مطالعه و حتی نزدیکانشان در اثر زلزله صدمه جسمی ندیدند ولی گزارش آن‌ها در حوزه‌های مختلف، حاکی از مشکلاتی در زمینه سلامت روانی و آسیب‌های اجتماعی داشته است.

طبق یافته‌های جدول ۳ در تبیین معناداری تفاوت میانگین نمره‌ها در مولفه «مدیریت فردی و سازمانی در منطقه»، به نظر می‌رسد زنان جوان‌تر با برخورداری از توانمندی فیزیکی بیشتر و احتمالاً آمادگی روانی مناسب‌تر، همچنین زنان مجرد شاید به دلیل استقلال فکری بیشتر و محدودیت‌های کمتر زندگی نسبت به زنان متأهل - که لازمه تأهل در فرهنگ‌های سنتی‌تر، فرمان‌برداری از همسر و تعهد بیشتر نسبت به همسر و فرزندان است - در فشار کمتر و آسودگی بیشتری توانسته‌اند به‌طور شخصی، شرایط خود را مدیریت کنند و نگرانی‌های کمتری درباره سامان‌دهی‌های وضعیت موجود

کمتر با شرایط فرهنگی حاکم در منطقه، محدودیت دیگر مطالعه بوده است.

تشکر و قدردانی

از خانم دکتر مینا نظری کمال به خاطر همکاری در اجرای پرسشنامه‌ها سپاسگزاریم. قدردان مشارکت زنان مشارکت‌کننده در مطالعه هستیم.

این مطالعه حاصل رساله دکترا به شماره ۳۹۸۳۸۰ و کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1398.253 با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد

اجتماعی زنان مواجهه یافته با زلزله شناسایی شده جهت برنامه‌ریزی بهتر، استفاده شود. متعاقباً ارتقاء سلامت روان با به‌کارگیری یافته‌های حاصل از سنجش و برنامه‌ریزی‌های مرتبط به دست آید.

از جمله ویژگی مطالعه این بود که پرسشنامه تحقیق، حاصل مطالعه کیفی و بر مبنای دیدگاه صاحب‌نظران و زنان مواجهه یافته با زلزله ساخته شده است. پرسشگری به فاصله کمتر از یک سال از وقوع زلزله و به صورت انفرادی و حضوری به محل اسکان زنان توسط پژوهشگر روان‌شناس انجام شده است.

محدودیت مطالعه با توجه به این‌که مطالعه تنها به هدف زنان مواجهه یافته با زلزله انجام شد مربوط به تعمیم‌پذیر نبودن یافته‌ها به گروه‌های دیگر و سایر بلایای طبیعی است. همچنین وضعیت پرسشگری در مکان بدون امکانات کنار چادرها و کانکس‌ها و آشنایی

References

1. Yousefi A, Baratali M, Erfan A. The Relationship between Mental Health, Employment and Having Higher Education among Female Students of Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;10(5):748-54.
2. World Health Organization. *Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries: practical guide*. World Health Organization; 1996.
3. Aitsi-Selmi A, Egawa S, Sasaki H, Wannous C, Murray V. The Sendai framework for disaster risk reduction: Renewing the global commitment to people's resilience, health, and well-being. *International Journal of Disaster Risk Science*. 2015;6(2):164-76.
4. Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(1):70-3.
5. Peacock WG, Morrow BH, Gladwin H, editors. *Hurricane Andrew: Ethnicity, gender, and the sociology of disasters*. Psychology Press; 1997.
6. Bulman KH, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*. 2002;12(4):365-80.
7. Fisher S. Violence against women and natural disasters: Findings from post-tsunami Sri Lanka. *Violence against women*. 2010;16(8):902-18. [[pubmed](#)]
8. Abolghasemi H, Navidi A, Mohebi H. Health-care aspects of crisis management in disaster. *Military medicine journal*. 2002;4(2):93-8.
9. Deacon Z, Sullivan C. Responding to the complex and gendered needs of refugee women. *Affilia*. 2009;24(3):272-84.
10. Sohrabizadeh S, Jahangiri K, Jazani RK, Babaie J, Moradian MJ, Rastegarfar B. Women's challenges and capabilities in disasters: a case report of the twin earthquakes of Eastern Azerbaijan, Iran. *PLoS currents*. 2017;9. [[pubmed](#)]
11. Jahangiri K, Tabatabaee S, Yousefian S. View of Mental and Social Health of Refugee Women in the Third Millennium: The big National and International Challenge. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):134-46.
12. Samouei R, Shoostari S, Bahrami M, Abedi M, Maracy M. Psychometric evaluation of a questionnaire for measuring factors related to mental health of women in an earthquake. *Journal of Women and Health*. 2019. [In Press].
13. Masedu F, Mazza M, Di Giovanni C, Calvarese A, Tiberti S, Sconci V, et al. Facebook, quality of life,

- and mental health outcomes in post-disaster urban environments: the L'Aquila earthquake experience. *Frontiers in public health*. 2014;2:286. [[pubmed](#)]
14. Siskind D, Parker G, Lie D, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental health implications for older adults after natural disasters-a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49:60-1.
15. Rahmani Bilandi R, Khalajabadi Farahamni F, Ahmadi F, Kazemnejad A, Mohammadi R. Exploring the Perception of Women about Menstrual Health in Earthquake Stricken Areas. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(125):49-60.
16. BahmanJanbe F, Kohan S. A qualitative study of women's gender roles in earthquake. *Journal of Women and Family Studies*. 2017;9(35):7-35.
17. Rodriguez-Llanes JM, Vos F, Guha-Sapir D. Measuring psychological resilience to disasters: are evidence-based indicators an achievable goal? *Environmental Health*. 2013;12(1):115. [[pubmed](#)]
18. Corrarino JE. Disaster-related mental health needs of women and children. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008;33(4):242-8. [[pubmed](#)]
19. Chan KL, Zhang Y. Female victimization and intimate partner violence after the May 12, 2008, Sichuan earthquake. *Violence and victims*. 2011;26(3):364-76. [[pubmed](#)]
20. Bell SA, Folkerth LA. Women's mental health and intimate partner violence following natural disaster: a scoping review. *Prehospital and disaster medicine*. 2016;31(6):648-57. [[pubmed](#)]
21. Fothergill A, Squier E. Women and children in the 2015 earthquake in Nepal. *Living Under the Threat of Earthquakes*: Springer; 2018. p. 253-71.
22. Bista SB, Sharma S. Violence against women and girls with disabilities during and after the 2015 Nepal earthquake: thematic analysis of qualitative data. *The Lancet Global Health*. 2019;7:S45.
23. Parsizade F, Eskandari M. The study of capabilities and needs of women in crisis situations. *J Seismol Earthq Eng*. 2013;16:59-72.
24. Zhang Z, Wang W, Shi Z, Wang L, Zhang J. Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *PLoS One*. 2012;7(10):464. [[pubmed](#)]
25. Qu Z, Tian D, Zhang Q, Wang X, He H, Zhang X, et al. The impact of the catastrophic earthquake in China's Sichuan province on the mental health of pregnant women. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1-2):117-23. [[pubmed](#)]
26. Sato K, Oikawa M, Hiwatashi M, Sato M, Oyamada N. Factors relating to the mental health of women who were pregnant at the time of the Great East Japan earthquake: analysis from month 10 to month 48 after the earthquake. *Biopsychosocial medicine*. 2016;10(1):22. [[pubmed](#)]
27. Becker SM. Psychosocial care for women survivors of the tsunami disaster in India. *American journal of public health*. 2009;99(4):654-8. [[pubmed](#)]
28. Bolhari J, Chime N. Mental health intervention in Bam earthquake crisis: a qualitative study. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2008;65(13):7-13.
29. Jahangiri K, Sedighi G. Analysis of the causes of women's vulnerability in disasters and provide strategies to reduce them: a qualitative study. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief*. 2011;3(1):2.
30. Işık Ö, Özer N, Sayın N, Mishal A, Gündoğdu O, Özçep F. Are women in Turkey both risks and resources in disaster management? *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(6):5758-74. [[pubmed](#)]

31. Rivers J. Women and children last: an essay on sex discrimination in disasters. *Disasters*. 1982;6(4):256-67.
32. Thapa S, Acharya G. Women's health is not in focus in disaster zones: lessons from the Nepal earthquake. *Reproductive Health Care* 2017;43(2):92-3. [[pubmed](#)]
33. Heir T, Weisæth L. Acute disaster exposure and mental health complaints of Norwegian tsunami survivors six months post disaster. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2008;71(3):266-76. [[pubmed](#)]
34. Morrissey SA, Reser JP. Natural disasters, climate change and mental health considerations for rural Australia. *Australian Journal of Rural Health*. 2007;15(2):120-5. [[pubmed](#)]
35. Wickrama K, Kaspar V. Family context of mental health risk in Tsunami-exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Soc Sci Med*. 2007;64(3):713-23. [[pubmed](#)]
36. Mahoney J, Chandra V, Gambheera H, Silva TD, Suveendran T. Responding to the mental health and psychosocial needs of the people of Sri Lanka in disasters. *International Review of Psychiatry*. 2006;18(6):593-7. [[pubmed](#)]
37. Chase LE, Marahatta K, Sidgel K, Shrestha S, Gautam K, Luitel NP, et al. Building back better? Taking stock of the post-earthquake mental health and psychosocial response in Nepal. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(1):44. [[pubmed](#)]