

بررسی توانمندیها و نیازهای زنان در شرایط بحران، با رویکرد زلزله

"مطالعه موردی زلزله ۵ دی ۱۳۸۲ بم"

فرخ پارسى زاده، عضو هیأت علمی پژوهشکده مدیریت خطرپذیری، پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله
ملیحه اسکندری، کارشناس بخش آموزش همگانی، پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله

چکیده

شناخت تواناییها و نیازهای زنان در شرایط بحران (با رویکرد زلزله) و امکان‌سنجی استفاده از آن توانمندیها در زلزله‌های احتمالی آینده در کشور امری بسیار لازم و ضروری می‌باشد که در این مقاله نیز سعی شده است این موضوع مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر بر اساس روش کتابخانه‌ای و روش برخورد اندیشه‌ها انجام شده است. زنان آسیب‌دیده از زلزله ۵ دی ۱۳۸۲ بم و یا زنانی که به نوعی این زلزله را تجربه کرده‌اند، جامعه آماری این مقاله را تشکیل می‌دهد. بر این اساس، چهار جلسه با حضور جمعی از زنان فعال در یکی از تشکلهای مردمی (مؤسسه خیریه همراهان بم)، مشاور فرماندار بم در امور بانوان و اعضای جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، تشکیل شد. تعداد شرکت‌کنندگان در هر جلسه حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۵ نفر بودند. قبل از شروع جلسه بر چهار خط‌مشی اساسی در جلسات برخورد اندیشه تمرکز بر کمیت، عدم عیب‌جویی، استقبال از اندیشه‌های غیرمعمول و ترکیب و تقویت دیدگاهها توسط گردانندگان جلسات تأکید شد. در آغاز هر جلسه پس از طرح موضوع، اقلام مورد نیاز زنان، بلافاصله بعد از وقوع زلزله، توسط شرکت‌کنندگان مطرح، سپس چگونگی دسترسی به آنها، نحوه رسیدگی و تأمین این موارد توسط مسؤولین بحران در زلزله بم بررسی و در انتها برای هر یک از موارد پیشنهادها و راهکارهایی ارائه شده است. در این تحقیق، به منظور شناخت نیازهای زنان بعد از وقوع زلزله در مورد متغیرهای وضعیت آنان در سوانح طبیعی، توانمندیها، پوشش، بهداشت، شرایط دوران بارداری و شیردهی، نیازهای آرایشی و بهداشتی، (وجه مشترک در میان چهار گروه جلسات برخورد اندیشه‌ها) بحث و با استفاده از روش کتابخانه‌ای به متغیرهای اثرات روحی-روانی، خشونت

خانگی، استرس پس از زلزله، امنیت در اسکان موقت و چگونگی مشارکت زنان پس از وقوع سوانح اشاره شده است.
کلیدواژه‌ها: زلزله بم، نیازهای زنان، امنیت بعد از زلزله

۱- مقدمه

لرزه‌خیزی کشور (وقوع زلزله‌های ویرانگر منجیل، قائن- اردکول و بم در دو دهه اخیر)، توجه به روشهای کاهش آثار ناشی از وقوع سوانح را ایجاب می‌نماید. وقوع زلزله بم در ساعت ۵:۲۶ بامداد روز جمعه مورخ ۸۲/۱۰/۵ در حدود ۱۰ کیلومتری جنوب غرب شهر بم، بخش وسیعی از استان کرمان را به لرزه درآورد. این زمین‌لرزه با بزرگای ۶/۵ و عمق کانونی حدود ۸ کیلومتر موجب تخریب بخش وسیعی از شهرستان بم و روستاهای اطراف گردید و خسارات مالی و تلفات جانی قابل توجهی به بار آورد [۱].

اگرچه بیش از نه سال از این زلزله ویرانگر می‌گذرد، اما تجارب ارزشمندی در اذهان آسیب‌دیدگان نهفته است که تحلیل آنها می‌تواند درسهای آموزنده‌ای برای دست‌اندرکاران مدیریت بحران تلقی گردد. بررسیها و مطالعات انجام شده در بحرانهای گذشته در ایران و به ویژه زلزله ۱۳۸۲ شهر بم، مبین آن است که امدادسانی و مدیریت بحران در منطقه آسیب‌دیده، غالباً بدون توجه به فرهنگ، اعتقادات و نیازهای خاص هر گروه از آسیب‌دیدگان انجام پذیرفته و ارسال خدمات و امکانات بر اساس یک برنامه‌ریزی و الگوی کلی و در راستای اجرای بخشی از چرخه مدیریت بحران مانند نجات جان و تأمین آب و غذا بوده است؛ این در حالی است که مدیریت بحران باید بر اساس شناخت و توجه کامل به تفاوت‌های اجتماعی و جنسیتی برنامه‌ریزی شود.

درصد از زنان باردار با کمبود آهن مواجه می‌باشند. در کشورهای جنوب صحرا، آفریقا، زنان بارهای سنگین‌تر از مردان حمل می‌کنند؛ اما بنا بر قوانین فرهنگی، دریافت غذا ابتدا توسط مردان صورت می‌گیرد در حالی که میزان مصرف کالری مردان نسبت زنان در طول روز کمتر است [۳].

در اغلب حوادث آب و هوایی شدید، شیوع بیماری‌های عفونی، بستری است برای پرورش حشرات و آلوده شدن منابع آب‌های تمیز و ... که در این میان زنان، به خصوص مادران باردار به شدت در معرض خطر بیماری‌هایی که از راه آب، حرارت و سایر رویدادهای شدید منتقل می‌شود، قرار می‌گیرند. با استناد به آمارها و تحقیقات انجام شده، تجربه سیل ۱۹۹۲ بنگلادش نشان می‌دهد که به دلیل وجود سنت‌های حاکم محدودیت‌های فرهنگی و ممنوعیت‌های اجتماعی، زنان در نجات خود با مشکلاتی روبرو شدند که در نتیجه آن، تعداد قربانیان زن به شدت افزایش یافت [۴]. همچنین در سونامی دسامبر ۲۰۰۴ در کشورهای سریلانکا، اندونزی و هند [۵] و یا در سیل جنوب آسیا در آگوست ۲۰۰۷ در کشورهای بنگلادش، هند و نپال، زنان بسیاری به دلیل ناآگاهی کافی جان خود را از دست دادند و افراد بازمانده با سختی به امرار معاش پرداختند و زندگی پس از سانحه را ادامه دادند [۶]. همچنین نتایج مطالعه دیگری در این خصوص نشان می‌دهد که جنسیت به طور مستقیم، آسیب‌پذیری در حوادث و قرار گرفتن در معرض خطرات را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که آسیب‌پذیری زنان به دلیل نقش اجتماعی آنان به عنوان مراقب (نگهداری از فرزندان و دیگر اعضاء خانواده) بیشتر می‌باشد [۴].

به نظر می‌رسد تنها بررسی کمی آسیب‌پذیری در حوادث نباید به عنوان یک عامل تعیین‌کننده و قلمداد شدن زنان به عنوان قشر آسیب‌پذیر در حوادث مورد توجه قرار گیرد، در حالی که نوع سوانح، زمان و محل وقوع آن می‌تواند به عنوان عوامل تأثیرگذار بر نوع جنسیت در میزان مرگ و میر تلقی گردند. شاهد این مدعا، در سال ۱۹۹۴ مرگ و میر مردان در مخاطرات مرتبط با آب و هوا مانند سیل، طوفان زمستانی، رعد و برق دو برابر زنان بوده

وجود تفاوتها در بین گروه‌های مختلف جامعه ضرورت‌هایی را به همراه دارد که کم‌توجهی در رسیدگی به آنها، به ویژه بعد از وقوع یک سانحه طبیعی مسائل و مشکلاتی را برای بازماندگان ایجاد می‌کند که تا سالها با آنها همراه است و زندگی فردی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این میان زنان، به ویژه زنان سرپرست خانوار یا خودسرپرست به عنوان عضوی از جامعه با ویژگیها و نیازهای خاص، از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه‌اند که با مسائل، مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجهند و وقوع یک سانحه طبیعی مانند زلزله می‌تواند بر تعداد این گروه از جامعه بیفزاید [۲]. حمایت‌های اجتماعی مناسب از این گروه و آگاهی از شیوه‌های مناسب مقابله با بحران می‌تواند باعث کاهش آسیب‌های ناشی از وقوع بحران گردد. بر این اساس شناخت نیازها، توانمندیها و تفاوت‌های قشرهای مختلف جامعه باید در برنامه‌ریزیها و تصمیم‌گیری‌های مدیریت بحران مورد توجه خاص قرار گیرد. در این تحقیق از روش برخورد اندیشه‌ها استفاده شده است. برخورد اندیشه‌ها روشی است برای ایجاد خلاقیت گروهی برای به دست آوردن تعداد زیاد نظرات و اندیشه‌ها به منظور حل یک مشکل یا مسأله، و در این راستا با مشارکت دادن حدود ۵۰ نفر از زنان آسیب‌دیده زلزله بم در ۴ گروه ۱۰ تا ۱۵ نفره و تشکیل جلسات ۴ ساعته، نیازها و محدودیت‌های زنان در ساعات اولیه بعد از زلزله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

۲- زنان و سوانح طبیعی

مطالعات انجام شده در ارتباط با زنان و سوانح طبیعی در ۱۴۱ کشور جهان توسط اریک پترسون نشان می‌دهد که تفاوت‌های فیزیکی به عنوان یکی از مهمترین عوامل در آسیب‌پذیری زنان در بحران‌های طبیعی در کشورها نقش دارد. به طوری که احتمال سوء تغذیه در زنان در سوانح طبیعی بیشتر است، زیرا زنان با نیازهای خاص تغذیه‌ای در هنگام بارداری یا شیردهی مواجه هستند و یا در برخی از فرهنگها سلسله مراتب توزیع غذا وجود دارد که در نتیجه آن در جنوب و جنوب شرقی آسیا، ۴۵ تا ۶۰ درصد از زنان زنان در سن باروری در زیر وزن طبیعی قرار دارند و ۸۰

به تغییر دیدگاه و توجه خاص به نقش‌پذیری آنان در برهه‌های مختلف زندگی را می‌طلبد. بر این اساس پژوهشگران با توجه به این رویکرد به نتایج قابل‌قبولی دست یافته‌اند. مطالعه پارسی‌زاده و فلاحی [۱۰] بر روی جامعه زنان بعد از زلزله اسفند ۱۳۷۵ نشان می‌دهد زنان در اغلب موارد در نجات جان فرزندان و اطرافیانشان هنگام وقوع زلزله نقش فعالی داشتند، اما در بعضی موارد به دلیل ناآگاهی از اصول ایمنی علیرغم تمایل شدید برای کمک به دیگران نتوانستند چندان مفید واقع شوند. در تحقیق دیگری که پس از زلزله ۱۳ مارس ۱۹۹۲ ترکیه انجام گرفت، مشخص شد که استرس و اضطراب در زنان به مراتب بیش از مردان بوده است [۱۱]. با توجه به مطالعات انجام شده این حالت ناشی از احساس زنان بر عدم امکان کنترل محیط اطراف خود برای نجات جان دیگران بوده است. نتایج حاصل از این تحقیق نیز بر لزوم مشارکت زنان در فعالیتهای آمادگی در برابر حوادث تأکید دارد، که به نظر می‌رسد می‌توان با افزایش سطح آگاهی زنان در جامعه علاوه بر رضایتمندی آنان و کاهش استرسهای ناشی از وقوع زلزله به مقدار قابل‌توجهی صدمات احتمالی را کاهش داد. تحقیقات اجتماعی نشان می‌دهد که درک فرد از خطرات تحت تأثیر عوامل اجتماعی، تعصبات فرهنگی و روابط شبکه‌ای می‌باشد و درک زنان و مردان از خطر متفاوت است و زنان بحران را جدی‌تر از مردان تلقی می‌کنند، به خصوص چنانچه این خطر متوجه اعضای خانواده بوده باشد. شاید یکی از دلایل آن نقش کم‌رنگ آنان در کنترل مسائل جامعه باشد [۸]. میلیتی و همکارانش در شادی‌طلب [۱۲] تأثیر عوامل مربوط به شخص‌گیرنده پیام در واکنش نسبت به هشدار وقوع یک خطر را مورد بررسی قرار دادند؛ یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان بیشتر احتمال دارد تا هشدار را بشنوند، زیرا آنها بخشی از یک شبکه روابط اجتماعی فعالی هستند که خبر یا اطلاعیه هشدار را از طریق کانالهای غیررسمی دریافت می‌کنند، به این ترتیب زنان می‌توانند هم‌گیرنده و هم انتقال‌دهنده خوبی برای پیامهای هشدار و ایمنی در برابر خطرات ناشی از زلزله تلقی شوند. این‌گونه ارتباطات که از آن در ایران به عنوان ارتباطات سنتی یاد می‌شود دارای سابقه دیرینه

است. از طرفی تجربه سال ۱۹۹۳ نشان می‌دهد مردان با احتمال بیشتری در رعد و برق می‌میرند چرا که ممکن است آنها در کار و فعالیتهای اوقات فراغت، بیشتر از زنان در خارج از منزل باشند. در سونامی زلزله ۱۹۴۶ نانکای ژاپن زنان بیشتر از مردان فوت کردند. محققان معتقدند که علت اصلی فوت آنها ناشی از نگهداری از کودکان و افراد مسن بوده است. در دو زمین‌لرزه روسیه نیز میزان مرگ و میر در زنان بیشتر بوده است. بر اساس بررسیهای ریورز در زلزله ۱۹۸۴ عشق‌آباد، ۳۳ هزار نفر فوت کردند که ۴۷ درصد آنها زن، ۱۸ درصد مرد و ۳۵ درصد را کودکان تشکیل می‌دادند، همچنین در زلزله تاشکند زنان ۲۰ درصد بیشتر از مردان کشته شدند. ریورز [۷] علت این امر را ناشی از مسؤلیت نگهداری زنان از کودکان ذکر می‌کند، اگر چه در این تحقیق به صراحت بیان نشده است ولی به نظر می‌رسد علت افزایش میزان آسیب‌پذیری زنان ممکن است ناشی از حضور آنان در ساختمان و مراقبت از کودکان باشد. بررسی چودری و همکاران در سال ۱۹۹۳ نشان می‌دهد که بسیاری از زنان و فرزندان‌شان در طوفان جان خود را از دست دادند، در حالی که آنها منتظر بازگشت شوهران برای تصمیم‌گیری برای تخلیه محل بودند و یا بسیاری از زنان به خاطر نوع پوشش (ساری) که توانایی آنان را برای حرکت (سرعت عمل) محدود می‌کرد، کشته شدند. بررسی پاراسورامان [۸] بیانگر آن است که در زلزله هند، میزان مرگ و میر در مردان به دلیل کار کردن در مزارع در زمان زلزله، (کار خارج از محوطه دهکده و یا حضور در مدرسه) کمتر بود. از طرفی با توجه به معنادار نبودن رابطه بین تعداد جنسیت کشته شدگان زلزله ۵ دی ۱۳۸۲ بم با زمان وقوع زلزله [۹] به نظر می‌رسد ساختارها و نابرابریهای موجود و سنتهای حاکم در بعضی از جوامع را نباید به عنوان عوامل قابل‌قبول در پذیرش بیشترین صدمات از جامعه زنان در زمان وقوع حادثه تلقی نمود، و تواناییهای زنان و ایفای نقش مؤثرشان در جهت کاهش آسیبهای ناشی از زلزله را نادیده گرفت.

۳- توانمندیهای زنان در سوانح طبیعی

بررسی توانمندی زنان به خصوص در شرایط اضطرار نیاز

نشان می‌دهد "بسیاری از زنان در زلزله بم در زمان نجات از زیر آوار درخواست پوششی مانند ملحفه از امدادگران را داشتند که به دلیل عدم پیش‌بینی این نیاز در مرحله امداد و نجات و قرار گرفتن اجباری عده‌ای از زنان در این شرایط و یا مشاهده چنین صحنه‌هایی، ترس و اضطراب در آنها شرطی شده و بعد از گذشت نه سال از زمان زلزله بم، این ترس و اضطراب، به خصوص در زمان رفتن به حمام کماکان در بسیاری از زنان ایجاد می‌شود" [۱۱]. لذا نه تنها توجه به چگونگی و نحوه تأمین این نیاز در زمان بعد از وقوع سانحه باید مورد نظر مسئولین و برنامه‌ریزان قرار گیرد بلکه با ارائه آموزشهای لازم به مردم، در زمان کمک‌رسانی و اهداء اقلام مورد نیاز به زلزله‌زدگان شأن و مرتبه انسانی آنان نیز مورد توجه قرار گرفته و از ارسال لباسهای کهنه و یا عدم تطابق آن با فرهنگ منطقه پرهیز شود. تفکیک و بسته‌بندی پوشش مورد نیاز زلزله‌زدگان بر اساس سایز و سن افراد، نیز از دیگر موارد مورد تأکید آسیب‌دیدگان می‌باشد. از طرفی بیمارستانها نیز علاوه بر ارائه خدمات امدادی به مجروحین باید پیش‌بینی‌های لازم را در این خصوص مد نظر قرار دهند به طوری که طبق نظرات مشترک زنان در جلسه برخورد اندیشه بعد از زلزله بم، بعضی از زنان که به دلیل صدمات وارده به بیمارستانها منتقل شدند و به دلیل استرس ناشی از وقوع زلزله دچار خونریزی زنانگی شدند، نیاز به تعویض لباس برایشان بسیار ضروری بود که این امر پس از دو روز انجام پذیرفت. این مهم مبین عدم آمادگی بیمارستانها برای ارائه چنین خدماتی به مصدومین در شرایط بحرانی است.

بنا بر نظرات مشترک زنان بمی شرکت‌کننده در نشستهای برخورد اندیشه‌ها، در خصوص پوشش زنان در زمان زلزله به موارد زیر تأکید شد:

- توجه و بازنگری در برنامه‌های مدیریت بحران به فرهنگ منطقه و اعزام همزمان امدادگران زن برای نجات جان زنان از زیر آوار؛
- پیش‌بینی پوشش ویژه زنان در بسته‌های امدادی؛
- توجه به شأن و مرتبه انسانی زنان در ارائه خدمات به بازماندگان (کهنگی بعضی از لباسهای اهداء شده)؛

می‌باشد، در واقع ارتباط سنتی بهترین شیوه‌ای است که می‌توان از آن برای اهداف توسعه استفاده کرد [۹]. با توجه به مشاهدات جهانی تفاوت زنان و مردان، این است که زنان دارای درک متفاوتی از خطرات می‌باشند. زنان در مورد خطرات دوسوگرا هستند، در حالی که مردان ریسکها و مخاطرات خود را به عنوان بخشی از زندگی می‌دانند [۱۳]. با توجه به این که زنان بیشتر نگران عوامل مخرب‌کننده جنگ هستند و مردان مستعد پذیرش رفتار پرخطرانه و مخاطره‌آمیز، لذا می‌توان استنباط کرد که مردان خطرگو هستند در حالی که زنان از خطر اجتناب می‌کنند [۸]. توجه به حضور مؤثر زنان و ایفای نقشهای مختلف در زمان بعد از وقوع حادثه در زلزله‌های گذشته در ایران و جهان می‌تواند گویای حضور مؤثر زنان در کاهش آسیبهای ناشی از حوادث باشد. بررسی زلزله‌های ۳۱ خرداد ۱۳۶۹ منجیل-رودبار، ۱۹۹۸ ارمنستان، بیانگر این نکته است که زنان می‌توانند در ایجاد فرهنگ ایمنی در جامعه فعالیتهای پیشگیرانه و ضروری پس از بحرانهای طبیعی به ویژه زلزله نقشهای مهمی را ایفا نمایند [۱۱].

۴- نیازها و محدودیتها

در این بخش به بررسی نیازهای ویژه زنان پس از وقوع زلزله شامل نوع پوشش، نیازهای بهداشت عمومی، نیازهای آرایشی و بهداشتی، نیازهای مادران باردار و شیرده و محدودیتهای ناشی از اثرات روحی-روانی، خشونت خانوادگی، اختلال استرس پس از ضربه و امنیت در زمان اسکان موقت پرداخته می‌شود.

۴-۱- پوشش زنان

در تدوین برنامه‌های مدیریت بحران و اجرایی کردن آن یکی از اولویتهای ویژه در تأمین نیازهای اولیه زنانی که از زیر آوار خارج می‌شوند، توجه به عوامل فرهنگی و هنجارهای اجتماعی حاکم در جامعه‌ای است که تحت تأثیر زلزله قرار گرفته است. از آنجا که پوشش زنان به عنوان یک هنجار اجتماعی در کشور ماحسوب می‌گردد در برنامه‌های مدیریت بحران باید به این مهم توجه شود. بررسیهای انجام شده

- وجود یک پنجره کوچک به عنوان هواکش در بالای سرویسها و احساس ناامنی برای زنان (با توجه به عدم وجود حصار)؛
- عدم توجه برنامه مدیریت بحران به بهداشت سرویسهای بهداشتی، به طوری که نظافت آن قبل از هر استحمام، توسط زنان صورت می‌گرفت؛
- تأمین حوله حمام برای بازماندگان بعد از دو ماه؛
- نبود سطلهای زباله داخل توالت برای رفع احتیاجات زنان؛
- در بعضی از زنان به دلیل ترس و تنشهای ناشی از وقوع زلزله که عدم توجه برنامه مدیریت بحران به استانداردهای موجود در این زمینه، مشکلاتی را برای زنان ایجاد نمود.

۴-۳- نیازهای آرایشی و بهداشتی فردی

تفاوتهای بنیادی و فیزیولوژیکی میان زن و مرد بیانگر تفاوت در نوع نیازهای آنها در شرایط مختلف می‌باشد و عدم توجه به آن باعث بروز مشکلات کوتاه مدت و یا درازمدت می‌گردد، با توجه به جمعیت ۶۹ هزار و ۷۴۸ نفری زنان در منطقه (شهر بم، شهر بروات و نقاط روستایی، قبل از وقوع زلزله و قرار گرفتن طیف وسیعی از این جمعیت در سنین بین ۹ تا ۵۰ سالگی، ضرورت توجه به این مشخصه فیزیولوژیکی و نیازهای خاص آن احساس می‌گردد. بسیاری از زنان علاوه بر طی دوران قاعدگی، در شرایطی که به صورت ناگهانی دچار ترس یا استرس بسیار شدید شوند بدون توجه به دوره قاعدگی، ممکن است دچار خونریزی غیرطبیعی گردند. بر اساس نظرات مشترک در جلسات برخورد اندیشه‌ها، در زلزله بم، بسیاری از زنان با چنین واکنشی روبه رو شد که نیازهای خاص خود را می‌طلبید. همچنین بنا بر اظهار شاهد عینی "شوک وارده به اکثر خانمهایی که از زیر آوار خارج می‌شدند آنها را دچار خونریزی شدید می‌کرد، که برای جلوگیری از آلودگی و بیماری زنان می‌بایست لباس و وسایل بهداشتی در اختیار آنها قرار می‌گرفت". به نظر می‌رسد پیش‌بینی این نیازها قبل از وقوع یک بحران توسط سازمانهای مسؤوول باید مد

- توجه به اندازه و جثه افراد در ارائه پوشاک به آنها؛
- توجه در برنامه‌های مدیریت بحران برای اهداء خدمات به زنان با توجه به نوع واکنش فیزیولوژیکی بدن آنان در زمان قرار گرفتن در شرایط بحران؛
- استفاده از زنان در برنامه‌های مدیریت بحران برای ارائه نیازهای خاص.

۴-۲- نیازهای بهداشتی عمومی زنان

وقوع یک بحران و ایجاد شرایط اضطرار در منطقه، مردم را مجبور به ترک محل زندگی و از دست دادن امکانات اولیه و زندگی در مکانهای جمعی می‌نماید که در این شرایط توجه به بهداشت به معنای به وجود آمدن یک سیستم اجتماعی که در آن هر فرد بتواند از وسایل و امکانات لازم برای سالم ماندن برخوردار شود [۱۴]، باید در اولویت برنامه‌های مدیریت بحران قرار گیرد، به طوری که ارتقای سطح سلامت جامعه، به عنوان مهمترین هدف نظام سلامت باید مد نظر باشد که در این میان توجه به بهداشت زنان به دلیل تفاوتهای فیزیولوژیکی آنان نسبت به مردان لازم و ضروری می‌باشد. وقوع بحران و در پی آن عدم دسترسی به سرویسهای بهداشتی قبلی چون حمام، توالت و آب مصرفی، ضرورت ساخت و تأمین آن را ایجاب می‌کند. بر اساس گزارش معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ساخت سرویسهای بهداشتی و تأمین آب مصرفی در منطقه زلزله‌زده باید در ۷۲ ساعت اول بعد از وقوع زلزله صورت پذیرد [۱۵]. اما به علت وضعیت نامناسب توالتهای صحرائی شهر بم بعد از وقوع زلزله و علیرغم مشکلات موجود در توالت خانه‌های باقیمانده در زیر آوارها، عده‌ای از زنان غالباً استفاده از آنها را به توالتهای صحرائی ترجیح می‌دادند.

بنا بر نظرات مشترک زنان در کارگاه هم‌اندیشی، عدم توجه به یکسری نکات در تأمین سرویسهای بهداشتی زمینه ایجاد اضطراب و عدم احساس امنیت در زنان بوده که بخشی از آن ارائه می‌گردد:

- تأمین سرویسهای بهداشتی بدون توجه به متغیر جمعیت و جنسیت؛

در بعضی از مناطق بدون توجه به تعداد زنان داخل هر چادر.

۴-۴- نیازهای مادران باردار و شیرده

به هنگام وقوع یک سانحه طبیعی ممکن است بعضی از زنان در دوران بارداری یا شیردهی باشند؛ که در این صورت هم مادر و هم کودک همراه، نیازمند مراقبتهای خاص می‌باشند که در شرایط طبیعی معمولاً این امر توسط خانواده‌ها و کلینیک‌های بهداشتی تأمین می‌گردد. وقوع یک حادثه طبیعی و قرار گرفتن در شرایط اضطراری می‌تواند اختلالهایی را در نظام خانواده ایجاد نماید که در نتیجه آن وضعیت جسمی و روحی زنان، که تا پیش از این وابسته به پشتیبانی همسر و سایر اعضای خانواده بوده‌اند، تضعیف می‌گردد و در بعضی از شرایط کاملاً از بین می‌رود؛ بنابراین توجه به این گروه از جامعه و تأمین حفاظتهای فیزیکی، عاطفی و حقوقی از آنان در موقعیتهای اضطراری، باید از ضروریات برنامه‌های مدیریت بحران باشد [۱۶]. استراحت کامل، کاهش استرس و عدم انجام فعالیتهای سنگین در دوران حاملگی نیز در سلامت مادران باردار می‌تواند بسیار مؤثر باشد. در دوران بارداری مصرف مواد غذایی چون حبوبات، میوه‌های تازه، سبزیجات تازه، سبزیجات با برگ سبز، شیر کم چرب، تخم‌مرغ آب‌پز غنی شده، ماهی و خشکبار برای سلامت مادر و نوزاد بسیار ضروری است و باید در برنامه غذایی مادران قرار گیرد. بی‌توجهی به این مسأله می‌تواند رشد جنین را به خطر اندازد و باعث ضعف جسمانی و کاهش میزان شیر مادر شود و ضربه جبران‌ناپذیری به کودک وارد نماید؛ بنابراین توجه به رژیم غذایی زنان شیرده و کودکان به عنوان توجه اولیتهای برنامه مدیریت بحران قرار گیرد، به طوری که سوء تغذیه و کمبود مواد غذایی در مادران می‌تواند مانع از تغذیه کافی نوزادان از طریق شیر مادر شود. علاوه بر توجه به تغذیه، دوران بارداری باید تحت نظر پزشک سپری شود. از طرفی رعایت بهداشت در دوران بارداری بسیار ضروری است و عدم رعایت بهداشت و نظافت مجاری ادراری می‌تواند عوارض وخیمی را به همراه داشته باشد.

نظر قرار می‌گرفت تا در صورت وقوع سانحه بتوانند بلافاصله نیازهای اولیه (پد بهداشتی، لباس زیر) را در اختیار آسیب-دیدگان قرار دهند. به نظر می‌رسد علاوه بر لوازم بهداشتی، لوازم آرایشی مانند آینه، کلیپس مو، ناخنگیر و کرم مرطوب‌کننده باید جزء وسایل مورد نیاز زنان قرار گیرد به طوری که در زلزله بم بعضی از زنان از آینه‌های شکسته زیر آوار استفاده می‌کردند.

طبق اظهار تعدادی از زنان حاضر در جلسه "با دیدن چهره خود در آینه بعد از حدود یکسال، (تا قبل از یکسال به دلایل عدم توزیع آینه و بعضاً با توجه به شرایط روحی حادث شده و عدم توجه شخص به خودش) احساس پیری و ناامیدی در آنان ایجاد شد". عدم توجه به تفاوت‌های فردی در برنامه‌های مدیریت بحران می‌تواند چنین مشکلات روحی و روانی را برای آسیب‌دیدگان به همراه داشته باشد. نظرات مشترک افراد حاضر در جلسه هم‌اندیشی در ارتباط با مشکلات زنان در این خصوص به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

- عدم دسترسی به وسایل بهداشتی از نخستین ساعات پس از وقوع زلزله؛
- رفع نیاز وسایل بهداشتی از طریق پاره کردن دامن یا پارچه‌های زیر آور توسط تعدادی از زنان؛
- توزیع نامتناسب و ناهمگون لوازم بهداشتی در مناطق مختلف شهر بم؛
- عدم رضایت زنان از نحوه توزیع وسایل بهداشتی:
- توزیع پد بهداشتی از طریق وانت و با پرتاب کردن آن برای زنان بوده و بسیاری از زنان حتی برای رفع نیاز فیزیولوژیکی خود از برداشتن آن در مقابل مردان امتناع می‌کردند و اینگونه مشکلات برای زنان سرپرست خانواده بیشتر تجلی می‌کرد؛
- ارائه وسایل بهداشتی زنان در بعضی از مناطق با ارائه کالا برگ صورت می‌گرفت که تهیه آن در یک مکان مشترک با حضور مردان، مشکلات خاص خود را برای زنان به همراه داشت؛
- توزیع بسته‌های بهداشتی ویژه زنان (قسمتی از آن شامل یک بسته پد بهداشتی بوده است) در چادرها

۴-۵- اثرات روحی-روانی فاجعه

آثار روحی-روانی فاجعه با در نظر گرفتن متغیر جنسیت باید در برنامه‌های مدیریت بحران مد نظر قرار گیرد و پژوهش‌های انجام شده در این خصوص نیز تأییدکننده این نظریه می‌باشند. شانون و همکاران [۱۹] مشکلات سلامتی زنان بر اثر سوانح طبیعی را مواردی از قبیل تنش، افسردگی، اختلال پس از ضربه (PTSD) و اضطراب بیان داشتند. از این رو با شناخت بحران و کاهش آسیب‌های ناشی از آن می‌توان زمینه‌های بروز اختلالات روحی و روانی را در میان آسیب‌دیدگان کاهش داد.

بنا بر اعلام اداره سلامت روان، دفتر سلامت جوانان و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پس از بررسی منطقه بم بلافاصله بعد از وقوع زلزله، نیازها به سه دسته فوری، میان‌مدت و بلندمدت تقسیم شدند که موارد هر یک از آنها به تفکیک عبارتند از:

- نیازهای فوری (در خلال هفته اول) شامل: سرپناه، غذا، آب، گرما، امنیت (برای حدود ۵۵ هزار نفر)، اطلاعات، پیگیری افراد و بازگرداندن آنها نزد هم (برای کودکان و مجروحین، حدود ۲۹ هزار نفر)، حمایت روانی ابتدایی (برای کلیه بازماندگان، حدود ۵۵ هزار نفر)؛

- نیازهای میان‌مدت (دو هفته تا شش ماه) شامل: مداخلات تخصصی برای کودکان، زنان و کلیه آسیب‌دیدگان (حدود ۲۵ هزار نفر)؛

- نیازهای طولانی‌مدت (بیش از شش ماه) شامل: بازتوانی روانی اجتماعی (برای افرادی که کماکان ناتوان مانده‌اند، حدود ۱۰ هزار نفر)، توانمندسازی به منظور بازسازی (برای کلیه بزرگسالان، حدود ۳ هزار نفر)، درمان‌های روانپزشکی (برای بزرگسالان و کودکان، حدود ۲ هزار نفر) [۲۰].

طی بررسی دیگری که توسط مرکز بهداشت روان زلزله-زدگان بم انجام شد نیازهای اولیه و اساسی زلزله‌زدگان به دو دسته فوری شامل نیازهای مادی اولیه (غذا، آب، پوشاک، چادر، حمام، دستشویی بهداشتی، امنیت و ...) و طولانی‌مدت (مسکن، امکانات مناسب برای زندگی، اشتغال و ...) تقسیم شدند [۲۱].

با توجه به اهمیت دوران بارداری با یک برنامه از پیش تدوین شده، می‌توان میزان آسیب‌پذیری زنان باردار را در حوادث کاهش داد. بر اساس دیدگاه‌های مشترک در جلسات برخورد اندیشه‌ها، "در زلزله بم برنامه‌ای برای این گروه خاص از جامعه در نظر گرفته نشده بود"؛ به طوری که بعد از گذشت یک ماه از زلزله، زنان بارداری بودند که علیرغم زندگی در اردوگاه، هنوز مورد معاینه هیچ پزشکی قرار نگرفته بودند [۱۷]. "در برنامه مدیریت بحران زلزله بم برنامه غذایی خاصی برای آنان مد نظر قرار نگرفت و همچون دیگر افراد آسیب‌دیده در برنامه‌های بحران لحاظ شدند".

زیاد بودن فاصله بین چادرها و توالت‌های پیش‌ساخته در بعضی از مناطق، محدود بودن تعداد توالت‌ها و قرار گرفتن در صف‌های طولانی مشکلات بسیاری را برای زنان باردار در پی داشت. علاوه بر این، لباس‌های حاملگی، به خصوص در ماه‌های آخر دوران بارداری بسیار ضروری است که در این زلزله مورد توجه قرار نگرفت.

زلزله بم و تجربیات ناگوار حاصل از آن، نقطه عطفی در توجه ویژه به زنان باردار و نوزادان بوده است. بر اساس اعلام جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران پس از زلزله بم، گروه‌هایی تحت عنوان گروه‌های مراقبت بهداشت باروری ویژه زنان باردار و نوزادان در شرایط اضطراری متشکل از دو ماما و دو امدادگر تشکیل شد که وظیفه مراقبت از زنان و دختران جوان، مادران باردار، زایمان بهداشتی و ارائه خدمات تخصصی زایمان، مراقبت پس از زایمان، مراقبت از نوزادان، تنظیم خانواده و پیشگیری و حمایت از قربانیان خشونت جنسی را در حوادث بر عهده داشتند [۱۸].

دیدگاه‌های مشترک زنان در کارگاه هم‌اندیشی در زمینه مشکلات مادران باردار و شیرده بمی عبارتند از:

- عدم توجه برنامه‌های مدیریت بحران به برنامه غذایی زنان باردار و شیرده در شرایط بحران؛

- عدم توجه به وضعیت روحی و روانی آنان با توجه به قرار گرفتن در یک موقعیت متفاوت از دیگر زنان؛

- عدم توجه برنامه‌های مدیریت بحران به پیش‌بینی نیازهای خاص این زنان در شرایط بحرانی (لباس، سرویس بهداشتی و ...).

قابل توجهی تنش‌های ناشی از حوادث در آنان را افزایش می‌دهد، که این مشکلات می‌تواند برای زنان بی‌سرپرست بیشتر باشد. بنابراین توجه به بهداشت روحی- روانی آسیب‌دیدگان باید جزء اولویتهای برنامه مدیریت بحران سوانح قرار گیرد؛ به طوری که نیاز به متخصصان بهداشت روحی- روانی فاجعه همزمان با حضور اولین نیروهای امدادی به منطقه بحران زده احساس می‌شود؛ زیرا این متخصصان می‌توانند به قربانیان و امدادگرانی که به یاری بازماندگان و آسیب‌دیدگان حادثه شتافتند کمک کنند تا آن افراد بتوانند به شکل مؤثرتری با تنش‌های ناشی از سوانح طبیعی روبرو شده و با سازگاری، از پیامدهای منفی و دیرپای روان‌شناختی سوانح پیشگیری نمایند [۲۴].

افراد با شناخت کامل نسبت به تفاوت‌های فردی و بهداشت روانی می‌توانند نقش بسیار مهمی در کاهش آسیب‌ها، داشته باشند. بنا بر دیدگاه مشترک زنان شرکت‌کننده در نشست برخورد اندیشه‌ها، توجه به نیازهای زنان بعد از زلزله بم در برنامه مدیریت بحران قرار نگرفت، به گونه‌ای که "بعد از وقوع زلزله، زنان برای کنار آمدن با تنش‌های روانی به صحبت کردن با افراد غیر (کسانی که زلزله را تجربه نکرده بودند) درباره تجربه احساسات، مرور وقایع روی داده و راه‌حل مشکلات نیاز داشتند، حضور مشاورین (افراد توانا در مشارکت همدلی با آسیب‌دیدگان) در منطقه یک ماه پس از زلزله انجام شد؛ در حالی که اکثر زنان بخصوص زنان سرپرست خانواده امکان بروز احساساتی چون گریستن را برای کاهش تنش‌های ناشی از زلزله نداشتند". این در حالی است که بررسی‌های انجام شده، مبین تأکید علم روان‌شناسی بر این نیاز می‌باشد [۲۵].

نتایج ارزیابی فعالیت‌های بهداشت روانی مداخله در بحران زلزله بم بیانگر عدم آموزش نیروهای متخصص به علم بهداشت روانی زلزله بم است. برخی از پزشکان و امدادگران به دلیل نداشتن اطلاعات کافی در این خصوص، بر اثر برخورد‌های نامناسب همراهان آسیب‌دیدگان زلزله بم دچار یأس شدند. لازم به ذکر است که خشم بازماندگان با توجه به شرایط، طبیعی بوده و عدم آگاهی از نحوه برخورد با آنها، امدادگران را با مشکلاتی روبرو نموده است [۲۱].

نتایج هر دو پژوهش نشان می‌دهد که نیازهای اولیه زندگی و کسب حمایت‌های روانی بلافاصله بعد از وقوع بحران از اولویتهای نیاز آسیب‌دیدگان است و زنان با توجه به مسؤولیتهایی که بر عهده دارند (مانند: نگهداری از فرزندان، بیماران و یا سالمندان، شستشوی ظروف و پوشاک، پخت و پز و ...) علاوه بر حمایت‌های روانی، نیازهای مادی نیز جزء نیازهای فوری برای آنان محسوب می‌شود؛ به طوری که ایجاد اعتماد در آنان در برآوردن نیازهای ضروری یک قدم بزرگ در جهت کمک به آنها برای مقابله مؤثر با تنش‌های روانی است [۱۶].

بررسی‌های انجام شده در این خصوص نشان می‌دهد اگر چه اقدامات بسیاری در برآورده نمودن نیازهای مادی اولیه و طولانی‌مدت برای آسیب‌دیدگان صورت گرفته است، ولی این موارد، جزئی و ناکافی بوده، حتی در برخی موارد جنبه نمادین داشته و همه آسیب‌دیدگان را پوشش نداده است [۲۱].

در بررسی زلزله بم مشخص شد که ۸۲ درصد بزرگسالان از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌بردند [۲۲] و بررسی شیوع اختلال تنش پس از سانحه و علائم آن در بازماندگان زلزله بم نشان می‌دهد که حدود ۹۸ درصد از پاسخ‌دهندگان حداقل با یک آسیب مواجهه بودند و در ۸۷/۲٪ درصد بدترین آسیب تجربه شده، دیدن جراحات یا جسد دیگران بوده و تفاوت شیوع در زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبوده است [۲۳].

نتایج حاصل از این مطالعات مبین آن است که وجود همسر در شرایط اضطراری علاوه بر تأمین برخی از نیازهای مادی، می‌تواند حمایت‌های روحی و روانی را برای فرد به همراه داشته باشد، در حالی که افراد مجرد و یا زوج‌های متارکه کرده نمی‌توانند از چنین حمایت‌هایی برخوردار گردند. از طرفی میزان تنش در شرایط اضطرار در خانواده‌های دارای فرزند به دلیل مسؤولیتهای سخت‌والدین برای نگهداری و تأمین احتیاجات خاص آنان، نسبت به سایر افراد بیشتر است. در عین حال خانواده‌هایی که مسؤولیت نگهداری و تأمین نیازهای فرزندان متارکه‌ای خود را بر عهده دارند در شرایط بحرانی به مقدار

۴-۶- خشونت خانگی

خشونت‌های خانوادگی یکی از مسائل مهمی است که از دیدگاه‌های مختلف اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی، جمعیت‌شناختی، سیاسی و بهداشتی مورد توجه می‌باشد و به عنوان یک آسیب جدی اجتماعی بعد از بحرانهای طبیعی به شمار می‌آید که به نظر می‌رسد به دلیل مسائل فرهنگی و اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. توجه به پیش-بینی اداره کل بهداشت و درمان اضطراری جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران برای تشکیل گروه مراقبت بهداشت باروری ویژه شرایط اضطرار و با تأکید بر حمایت از "قربانیان خشونت جنسی" در زلزله بم نشانگر نقطه عطفی در جهت توجه بیشتر صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران بهداشت نسبت به این آسیب اجتماعی بوده است. خشونت خانگی، خشونت‌تی است که در محیط خصوصی به وقوع می‌پیوندد و به هر نوع عمل خشونت‌آمیزی که به اختلاف جنسیت مبتنی باشد و به آسیب یا درد جسمی، جنسی یا روانی منتهی شود، اطلاق می‌گردد [۲۸]. وضعیت طبقاتی، ناکامی، تنش و فقر مادی، نبود کار و مسکن مناسب، عوامل و متغیرهای روانشناختی و جامعه‌شناختی، یادگیری در خانواده، اسنادهای منفی و ... از جمله عوامل زمینه ساز بروز و شیوع این سوء رفتار می باشند [۲۹]. این نوع خشونت در تمام مناطق دنیا وجود دارد و زنان بخش عمده ای از آن را متحمل می‌شوند و هر ساله بیش از دو میلیون زن از طرف همسرانشان مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند. اعتقاد بر این است که بیش از ۸۰ درصد موارد آزار و اذیت جنسی گزارش نشده و حتی سوء رفتارهای جسمی و عاطفی نیز کمتر نمود می‌یابد و آمار بروز واقعی آن بالاتر از چیزی است که هم اکنون منعکس می‌شود؛ اما مطالعات اخیر نشان می‌دهد نرخ خشونت خانگی در زمان فاجعه افزایش می‌یابند [۸]. در ایران نیز آمار و اطلاعات شفافی از رواج سوء رفتارهای جسمی و جنسی موجود نبوده و مشخص نیست که افراد به سئوالات پژوهشهای مختلف بنا به مسائل اخلاقی صادقانه پاسخ داده باشند، اما ظاهراً کمتر از دیگر کشورها شیوع دارد. به جهت پیشگیری و کاهش سوء رفتار نسبت به زنان لازم است تا با برنامه‌ریزی همه جانبه، زمینه‌ها و عوامل مستعدکننده آن کاسته شود [۳۰].

بررسی آسیب‌های فردی و اجتماعی بر زنان پس از زلزله بم نیز بیانگر توهین به آسیب‌دیدگان توسط عده‌ای از امدادرسنان بوده است که نیاز به توجه خاص امدادرسانی به زنان را می‌طلبد [۲۶]؛ بنابراین توجه به آموزش بهداشت روان بلافاصله به عموم جامعه و آگاه‌سازی مسؤولان به لزوم ارائه خدمات بهداشت روان به طور همزمان با سایر خدمات بهداشتی و امدادی است [۲۱] و خودکارآمدپنداری در شرایط اضطراری می‌تواند عامل بسیار مهمی در سازماندهی پدیده‌ها و رویدادهای ایجاد شده در نیل به وضعیت مطلوب در ایجاد بهداشت روانی در مواقع بحران تلقی گردد.

بر اساس نتایج پژوهش انجام شده در بررسی رابطه میزان آسیب‌پذیری با خودکارآمدپنداری در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان زلزله‌زده بم، آسیب‌دیدگی روانی و خودکارآمدپنداری از هم تأثیر می‌پذیرند و در میزان آسیب‌دیدگی، دختران و پسران تفاوت معناداری با هم ندارند و در خودکارآمدپنداری، دختران خود را بالاتر از پسران ارزیابی می‌کنند [۲۷]؛ بنابراین علیرغم اینکه زنان واکنشها و علائم روانی بیشتری در مراحل اولیه بعد از وقوع سوانح نسبت به مردان از خود نشان می‌دهند، اما در چگونگی ایجاد انگیزه، احساس، فکر و رفتار در جهت کاهش تنش‌های ناشی از زلزله موفق‌تر از مردان می‌باشند؛ لذا با استفاده از عواملی چون فرهنگ، خانواده، محیط‌های آموزشی، گروه همسالان که از جمله عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدپنداری است، می‌توان خودکارآمدپنداری را برای بهبود روند مناسب در شرایط اضطراری در جامعه تقویت نمود.

خلاصه نتایج این بخش عبارتند از:

- عدم آگاهی اکثر گروه‌های حاضر در منطقه به نحوه صحیح برخورد با آسیب‌دیدگان؛
- عدم توجه برنامه‌های مدیریت بحران به ارزشها و نگرشهای اجتماعی منطقه برای رفع نیازهای اولیه؛
- عدم توجه به تفاوت‌های فردی با توجه به متغیر جنس و سن؛
- عدم توجه برنامه مدیریت بحران برای رفع نیازهای اولیه بر اساس استانداردهای تعریف شده؛
- عدم توجه برنامه مدیریت بحران برای رفع نیازهای اولیه بر اساس استانداردهای تعریف شده.

راهکارهای لازم برای کنترل و کاهش بار آنها کاملاً آشنا باشند.

علاوه بر عوامل خطر ساز روانی- اجتماعی، جنسیت نیز در بروز علائم PTSD مؤثر بوده و زنان بیشتر علائم PTSD را از خود نشان داده‌اند. با توجه به این که بیان احساسات توسط زنان بهتر صورت می‌گیرد بنابراین نشانه‌های آشکار افسردگی در آنان بهتر از مردان قابل تشخیص می‌باشد. مردها کمتر علامتهای ویژه دل افسردگی مانند گریه، اندوه باری و بی‌میلی به کارهای دلنشین قبلی را بیان می‌کنند، در عوض احساسات خود را پنهان داشته و ممکن است تحریک‌پذیرتر و پرخاشگرتر شوند. پریشان حالی اینان اغلب از انتظارات فرهنگی شان سرچشمه می‌گیرد [۳۴]. در عین حال طبق نتایج به دست آمده آموزش مهارتهای حل مسأله در کاهش علائم PTSD در گروه مورد مطالعه مؤثر بوده است و تحقیقات زیادی پیشنهاد می‌کنند که کسب مهارتهای حل مسأله نقش مهمی در بهداشت روانی و جسمانی ایفا می‌کنند، مخصوصاً زمانی که افراد با رویدادهای ناگوار و تنیدگی‌های منفی زندگی مواجه می‌شوند [۳۵]. در تحقیقی دیگر نشان داده شد که شدت PTSD در ۱۳ زن بعد از مداخله به صورت معنی‌داری کاهش یافته بود ولی متغیر فوق‌الذکر در مردان تغییری را نشان نداد. ثابت ماندن این متغیر در گروه مردان در مقایسه با زنان می‌تواند دلیلی بر تأثیر بیشتر آموزش در گروه زنان باشد.

طبق نتایج به دست آمده از لحاظ میزان استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بین زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان معنی است که زنان در برخورد با مشکلات و استرس‌های زندگی روزمره بیشتر از روش مقابله‌ای و هیجان‌مدار و مردان کمتر از این روش استفاده می‌نمایند [۳۵].

۴-۸- امنیت در زمان اسکان موقت

وقوع یک زلزله بزرگ و از بین رفتن حصار بین خانه‌ها می‌تواند باعث احساس عدم امنیت در بازماندگان گردد. در این میان زنان، با توجه به ساختارهای اجتماعی موجود و

در پژوهشی در زمینه خشونت خانگی در مورد مراجعان زن و قربانیان خشونت در مراکز مشاوره خانواده نشان داده شد که ۸۵ درصد زنان بر این باور بودند که بدترین و وحشتناکترین جنبه کتک خوردن از مرد، تنها خشونت فیزیکی نیست، بلکه خشونت روانی، حالت ترس و احساس سرخوردگی است که آنان در حین کتک خوردن تجربه کرده‌اند [۳۱]. بنابراین، با توجه به شیوع این خشونت در دنیا و عوامل مستعدکننده آن، وقوع یک زلزله بزرگ و در پی آن بروز عواملی چون، فقر مادی، نبود کار و مسکن مناسب و ... می‌تواند زمینه بروز آن را برای بازماندگان ایجاد نماید، بنابراین لازم است برنامه‌های مدیریت بحران به‌گونه‌ای تنظیم و عملیاتی شود که علاوه بر کاهش صدمات جانی و خسارات مالی در کشور، زمینه‌های ایجاد چنین مشکلاتی برای بازماندگان به مقدار قابل توجهی کاهش یابد.

۴-۷- اختلال فشار روانی پس آسیمی (PTSD)

اختلال فشار روانی پس آسیمی (با PTSD) واکنش شایعی است که انسانها در مقابل رویدادهای بسیار استرس‌زا یا آسیب‌زا از خود نشان می‌دهند. رویدادهای متفاوتی می‌توانند منجر به PTSD شوند، مانند حوادث اتومبیل، مورد تهاجم قرار گرفتن یا جان در بردن از یک مصیبت مانند سیل یا انفجار یا شاهد مرگ دیگری بودن [۳۲]. به طوری که بر اساس پژوهش انجام شده در این زمینه توسط حاجی پوران و حاجیلو [۳۳] مشخص می‌شود که حدود ۶۱/۶٪ جامعه مورد بررسی دچار اختلالات PTSD شده‌اند که این درصد بسیار بالایی می‌باشد و بیانگر این نکته است که بعد از وقوع یک حادثه طبیعی، چنین اختلالی می‌تواند در جامعه ایجاد شود. مسلماً این اختلال به صورت مستقیم و غیرمستقیم در شرایط بحرانی، بر مشکلات می‌افزاید. به عنوان مثال بازماندگان پس از حادثه بدلیل این اختلال نمی‌توانند عملکرد مناسبی در رفع مشکلات خود و دیگران داشته و چه بسا در شرایط حاد خود نیاز به مراقب داشته باشند که به صورت غیرمستقیم امدادسانی را تحت‌الشعاع قرار خواهد داد. بر اساس این تجربه و تحقیق، می‌توان توصیه کرد که نیروهای امدادگر می‌بایست با این اختلال و

ویژه زنان بی‌سرپرست توجه نشده بود [۳۷]. خلاصه نتایج حاصل دیدگاههای زنان بمی در خصوص این مقوله به شرح زیر است:

- عدم توجه برنامه‌های اسکان موقت به ساختارهای اجتماعی منطقه؛
- عدم توجه به استانداردهای تعریف شده در برنامه اسکان موقت؛
- توزیع چادر برای اسکان موقت بدون توجه به متغیر تعداد و جنسیت.

۵- اهمیت مشارکت زنان پس از وقوع سوانح

مشارکت فرآیندی است که در برگیرنده انواع کنشهای فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر گذاشتن بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی می‌باشد. در دهه‌های اخیر، بسیاری از صاحب‌نظران، برنامه‌ریزان و متخصصان علوم اجتماعی و مسائل زنان از مشارکت زنان به عنوان یکی از عناصر اصلی نام برده‌اند و بعضی مشارکت همه جانبه آنان را با امر توسعه یکی دانسته‌اند [۳۸]. از طرفی مشارکت در هر فعالیتی منوط به میزان آگاهی و تخصص فرد در آن زمینه می‌باشد، افرادی که از دانش و آگاهی بیشتری برخوردار می‌باشند می‌توانند با مشارکت سازنده در فعالیت اجتماعی نقش مهم و تأثیرگذاری را بر گروه‌های اجتماعی داشته باشند. اما یکی از مهمترین اصول برای افزایش مشارکت زنان در فعالیتهای پس از بحران سوانح طبیعی، آن است که زیربنای فکری جامعه در خصوص ضرورت مشارکت این قشر از جامعه تحقق یابد.

زنان غالباً می‌توانند به عنوان هدایتگران پر قدرت در موقعیتهای بحرانی عمل نمایند. برای فراهم ساختن نقش هدایتگرانه زنان در مدیریت بحران، مشارکت آگاهانه آنان در این فرآیند بسیار حائز اهمیت است. مفهوم آگاهی آنها به این معنا است که زنان قبل از پذیرش این نقش، باید بینشی مثبت نسبت به آن داشته باشند. زنان در مواقع بحرانی می‌توانند در حوزه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ... نقش آفرینی نمایند.

بر اساس تحقیقات انجام شده، زنان علاوه بر آمادگی

سپری کردن بیشترین زمان در حریم خانه، آسیب‌پذیری بیشتری در میان قشرهای مختلف جامعه بعد از وقوع یک سانحه طبیعی را دارند. در واقع وجود خانه برای زنان، احساس امنیت و ثبات در زندگی را ایجاد می‌کند [۱۱]. پس از وقوع یک زلزله بزرگ، بسیاری از سازه‌ها و زیرساختهای شهری مانند آب، برق، گاز آسیب خواهند دید که این امر علاوه بر ایجاد تلفات جانی و خسارات مالی ادامه زندگی برای بازماندگان را مختل می‌کند. در چنین شرایطی نیاز به اسکان موقت جزء نیازهای اولیه برای بازماندگان می‌باشد که باید با توجه به خواست بازماندگان و در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی، روانی و اقتصادی آن منطقه، سرپناه موقت ایجاد شود سپس با برنامه‌ریزیهای مناسب ساخت خانه‌های دائمی آغاز گردد [۳۶]. اسکان موقت علاوه بر ایجاد سرپناه، ارائه خدماتی چون آب، برق، تأمین انرژی گرمایشی - سرمایشی و سرویسهای بهداشتی صحرائی برای بازماندگان باید مد نظر مسؤولین قرار گیرد و مدیریت بحران با شناسایی دقیق منطقه و برنامه‌ریزیهای صحیح آمادگی ارائه چنین خدماتی را در زمان وقوع بحران داشته باشد تا بتواند احساس آرامش و امنیت را در بازماندگان ایجاد نماید. در چنین شرایطی، مسؤولین جهت جلوگیری از پراکندگی در منطقه و ارائه خدمات بهتر به بازماندگان، اقدام به برپایی کمپهایی جهت سکونت موقت می‌نمایند که این خود نیز با مشکلات خاصی همراه می‌باشد. اجتماع ایجاد شده در کمپها، به دلیل سکونت افراد از مناطق و محله‌های مختلف شهر در یک مکان و یا ورود افراد غیربومی به داخل آن برای اسکان، ساختار اجتماعی متفاوتی را نسبت به محلات رقم زده که یکی از نشانه‌های آن عدم وابستگی و یکتایی میان ساکنین حاضر در آن به دلیل عدم اشتراکات محله‌ای قبلی با یکدیگر بوده است که می‌توانست مشکلاتی را برای زنان و دختران ساکن در آن ایجاد نماید. بررسی اقدامات انجام یافته در برقراری امنیت در منطقه، نشان داد که اکثریت این اقدامات در راستای راه‌اندازی پاسگاه، استقرار کلانتری، محافظت از مکانهای مهم چون بانکها و سازمانها بوده که بیشتر به منظور ایجاد نظم و امنیت عمومی تلقی می‌شود و در آن به نیازهای زنان به

- اعزام گروه‌های آموزش دیده به منطقه از ساعات اولیه بعد از وقوع زلزله و لزوم توجه بیشتر به آنها به منظور ابراز همدلی با زنان آسیب‌دیده؛
- پیش‌بینی نیازهای فردی زنان بازمانده با توجه به تفاوت‌های فردی آنان (باردار، زنان شیرده، زنان بی‌سرپرست و ...)
- شناسایی توانمندی‌های زنان و مشارکت آنان در افزایش سطح آگاهی جامعه نسبت به زلزله؛
- توجه به رفع نیازهای زنان به داشتن حریم خصوصی همزمان با طراحی و چیدمان اسکان موقت؛
- پیش‌بینی فضایی مناسب برای نگهداری از فرزندان زنان بازمانده از زلزله در مشاغل خاص مانند بهداشت و درمان؛
- جایگزین نمودن بازارچه فروش کالا به جای توزیع مستقیم کالا در منطقه و رفع نیازهای زنان با استفاده از کالا برگ و بر اساس اولویتهای فردی؛
- پیش‌بینی سرویس‌های بهداشتی در منطقه با لحاظ نمودن دو متغیر جمعیت و جنسیت؛
- پیش‌بینی ملحفه‌های مناسب در بسته‌های نجات و امداد برای استفاده از آن برای پوشش بدن و یا جلوگیری از سرما؛
- پیش‌بینی و توزیع کالاهای ویژه زنان همزمان با توزیع اقلام مورد نیاز آسیب‌دیدگان (کرم مرطوب‌کننده، ناخن‌گیر، آینه، شانه، گیره مو، لباس زیر، پد بهداشتی و ...).

۷- مراجع

۱. عشقی، ساسان و همکاران (۱۳۸۲). گزارش مقدماتی شناسایی زلزله ۵ دی‌ماه ۱۳۸۲ بم، پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
۲. مشکلات زنان سرپرست خانوار، سایت آفتاب، قابل دسترسی در: www.aftab.ir.
3. http://cmsdata.iucn.org/downloads/disaster_and_gender_statistics.pdf.
۴. فلاحی، ویدا (۱۳۷۶). مجموعه مقالات اولین همایش

درک خطر بیشتر نسبت به مردان، آمادگی مشارکت در فعالیتهای امداد اضطراری را همانند و همپای مردان دارا می‌باشند. به عنوان مثال، در زلزله منجیل، اغلب خانواده‌هایی که در آن زن خانواده زنده مانده بود به خوبی اداره شده، امور بچه‌ها نظم و ترتیب یافته، خانه‌های موقتی بنا شده و کارها به روال عادی اتداوم داشته است [۱۲]. پس از زلزله لرستان در فروردین ۱۳۸۵ نیز زنان نقش بسیار مهمی در بازسازی پس از سانحه برعهده داشتند، آنها از نظر روحی و احساسی به خانواده‌هایشان کمک کرده و در موارد متعدد از قبیل آماده کردن غذا، جمع‌آوری آب و تهیه سوخت کمک شایانی داشتند و نقش بسیار مؤثر آنان در حفظ و تأمین مایحتاج خانواده حتی بیش از مردان برآورد شده است. اگرچه وقوع سوانح طبیعی در سالهای اخیر در دنیا هزاران کشته و زخمی بر جا گذاشته است و آثار مخرب آن زندگی بسیاری از افراد را تحت الشعاع قرار داد، اما یکی از نتایج قابل توجه آن اهمیت یافتن توانمندسازی زنان هنگام بلایای طبیعی و اتخاذ راهکارهای مناسب با توجه خاص به زنان است [۳۹].

۶- نتیجه‌گیری

تجارب زلزله‌های مختلف، با تمرکز بر رویکرد زلزله پنجم دی ماه ۱۳۸۲ بم، ضرورت توجه و شناخت نیازها و اولویتهای زنان بازمانده در روزهای اول بعد از زلزله را مورد تأکید قرار می‌دهد. نتایج یافته‌های این تحقیق ضرورت موارد زیر را نشان می‌دهد:

- توجه به فرهنگ و قومیت‌های زنان هر منطقه در تدوین برنامه‌های مدیریت بحران؛
- بهره‌گیری از تجارب مشاوران زن در تدوین برنامه‌های مدیریت بحران کشور؛
- ارائه چهره‌ای متناسب با توانمندی‌های زنان در رسانه‌ها با هدف امید به زندگی؛
- افزایش سطح آگاهی نیروهای ذی‌ربط در بحران درباره علم بهداشت روان؛
- پیش‌بینی نیروهای امدادی و پزشکی مورد نیاز در منطقه زلزله‌زده با توجه به متغیر جنسیت؛

۱۴. تبیین استان اردبیل، <http://www.tebyan-ardebil.ir>.
۱۵. صادقی، نغمه (۱۳۸۳). بررسی نیازهای بهداشتی درمانی در جمعیت آسیب‌دیده از زلزله، سومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه.
16. Wiest, R.E., Mocellin, J.S.P., and Motsisi, D.T. (1992). The needs of women and children in Disasters and Emergencies. Winnipeg Manitoba, Canada, 56 University of Manitoba for the United Nations.
۱۷. خالقی، شهره (۱۳۸۵). آوار در آوار، انتشارات ولی.
۱۸. مدیر کل بهداشت و درمان اضطراری جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا)/کد خبر ۳۰۴۰۳۵۷۸.
19. Shannon, Mitsuko P., Christopher J., Lonigan, A.J. Finch Jr., and Charlotte M. Taylor. (1994). Children exposed to a disaster, I, epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 893.
۲۰. خلاصه فعالیتهای اداره سلامت روان، دفتر سلامت جوانان و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص حادثه تأسفبار زلزله بم.
۲۱. بوالهبری، جعفر و چیمه، نرگس (۱۳۸۶). ارزیابی فعالیتهای بهداشت روانی مداخله در بحران زلزله بم، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۳، ویژه‌نامه اول، ۱۳-۷.
۲۲. خان‌پور، محمدرضا، واکنشهای روانی در سوانح، www.stipulate.blogfa.com/page/6.aspx
۲۳. فرهودیان، علی، شریفی، ونداد، رحیمی موقر، آفرین، راد گودرزی، رضا، محمدی، محمدرضا، یونسیان، مسعود و یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۵). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و علایم آن در بازماندگان زلزله بم، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال هشتم، شماره سوم.
- شناخت ابعاد مختلف نقش کلیدی زنان در کاهش خطرات زلزله، مؤسسه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
5. The tsunami's impact on women, Oxfam Briefing Note (2005).
6. Oxfam International Annual Report (2007).
7. Rivers, J.P.W. (1982). Women and children Last: An Essay on Sex Discrimination in Disaster, *Disasters*, 6(4), 256-267.
8. Parasuraman, S. (1995). The Impact of the 1993 Latur -Osmanabad (Maharashtra) Earthquake on Lives, Livelihoods and Property, *Disasters*, 19(2), 156-169.
۹. پارسی‌زاده، فرخ (۱۳۸۲). بررسی روشهای اطلاع‌رسانی در فرایند پاسخ به زلزله‌ها مورد شناسی زلزله ۵ دی ماه ۱۳۸۲.
۱۰. پارسی‌زاده، فرخ و فلاحی، ویدا (۱۳۷۶). زمین‌لرزه ۱۳۷۵/۱۲/۱۰ گلستان، شماره ۱۷۴، اردبیل، مؤسسه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
۱۱. پارسی‌زاده، فرخ و اسکندری، ملیحه (۱۳۹۱). نیازسنجی اولویتهای زنان بعد از وقوع زلزله (مورد شناسی زلزله ۵ دی ماه ۱۳۸۲)، دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت بحران، نقش فناوریهای نوین در کاهش آسیب‌پذیری ناشی از حوادث غیرمترقبه.
۱۲. شادی‌طلب، ژاله (۱۳۷۶). نقش زنان در کاهش آسیبهای زلزله، مجموعه مقالات اولین همایش شناخت ابعاد مختلف نقش کلیدی زنان در برنامه‌های کاهش خطرهای ناشی از زلزله، مؤسسه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
13. Szalay, L.B., Inn, A., Vilov, Sh.K., and Jean, B.S. (1986). Regional and demographic variations in public perceptions related to emergency preparedness, Report for Federal Emergency Management Agency, Bethesda, Maryland: Institute of Comparative Social and Cultural Studies, Inc.

درمانی و مداخلات بالینی برای افسردگی و اختلالات اضطرابی.

۳۳. حاجی‌پوران، ژیلا و حاجیلو، رسول (۱۳۸۳). پیامدهای روان‌شناختی فاجعه‌ها، خلاصه مقالات دومین کنگره بین‌المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه.
۳۴. عباسپور، محمدرضا (۱۳۸۹). تفاوت‌های افسردگی در زنان و مردان و استرس جوانان.

35. <http://mortezaabaspor.persianblog.ir>.

36. Sahu, K. and Misra, N. (1995). Life stress and coping styles in teachers, *Journal of Psychological Studies*, 40(3), 445-456.

۳۷. عزیزی، رامین و بایوردی اقدم، علی (۱۳۹۰). مقایسه فرآیند بازسازی و اسکان پس از زلزله‌های سال ۱۹۹۹ (اردبیل) ایران و (کوجالی) ترکیه، (ارائه راهکار برای بهبود بازسازی)، اولین کنفرانس ملی مدیریت بحران، زلزله و آسیب‌پذیری اماکن و شریانهای حیاتی.

۳۸. کریمی، علی (۱۳۸۳). اقدامات انجام شده و در دست اجرا بعد از زلزله پنجم دی ماه ۱۳۸۲ در شهرستان بم، نشریه شماره ۲۹۸، مجموعه مقالات کارگاه تخصصی مشترک ایران و ژاپن.

۳۹. ملکی، رویا (۱۳۸۸). زنان بیشتر از مردان در بحران می‌میرند، روزنامه هفتم اردیبهشت اعتماد.

۸- پانویس

۱- *Post Traumatic Stress Disorder*

24. Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.I., and Friedman, J. (2000). Disaster mental health services: A guide book, Available on: <http://www.ncptsd.org/documents/indet.htm>.

25. www.psychoalachigh.com.

۲۶. پیشتاز، آذین و وثوقی‌فر، حمیدرضا (۱۳۸۲). بررسی آسیب‌های فردی و اجتماعی بر زنان پس از وقوع زلزله- مطالعه موردی شهر بم، اولین همایش بین‌المللی مقاومت‌سازی لرزه‌ای.

۲۷. امیریان، مختار (۱۳۸۵). بررسی رابطه میزان آسیب-پذیری با خودکارآمد پنداری در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان زلزله‌زده بم، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.

28. The World Health Organization, Violence against Woman, WHO (1993). 465-469.

۲۹. نریمانی، محمد (۱۳۸۴). میزان و علل خشونت مردان علیه زنان در خانواده‌های ساکن شهرستان اردبیل، پنجمین سمینار انجمن مشاوره ایران.

۳۰. میرزایی، جعفر، خدایی، محمدرضا و محمدخانی، پرویز (۱۳۸۵). تأثیر خشونت‌های جنسی در بروز اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، مجله توانبخشی، دوره هفتم، شماره چهارم.

۳۱. خسروی، زهره و خاقانی‌فرد، میترا (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران، مجله مطالعات زنان، سال دوم، شماره ششم.

۳۲. لیهی، رابرت و هولاند، استفن (۲۰۰۰). طرح‌های