



View of Mental and Social Health of Refugee Women in the Third Millennium: The big National and International Challenge

Katayoun Jahangiri¹, Shahnaz Tabatabaei², Shiva Yousefian¹

1. Dept. of Health in Disasters and Emergencies, School of Health, Safety and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept. of Ergonomics School of Health, Safety and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2017/02/18

Accepted: 2018/02/10

Available online: 2018/06/17

IJHEHP 2018; 6(2): 134-146

DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.134

Corresponding Author:

Shiva Yousefian

Dept. of Health in Disasters and Emergencies, School of Health, Safety and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 021-81452630

Email: shyousefian@sbmu.ac.ir

Use your device to scan
and read the article online



Abstract

Background and Objective: Hundreds of millions of people affected from natural and man-made disasters in the world and about 80 percent of these people are women and children. Women and girls for various social, economic, cultural and health reasons are more vulnerable in times of disaster. This study aimed to investigate the impact of displacement on women's mental and social health.

Methods: This research is an analytical review of articles that was studied by searching articles in Iranian databases: SID, Magiran and Irandoc, and foreign databases: Web of Science, Scopus, PubMed, Google Scholar and by using of keywords such as: Psychological vulnerability, mental health, women in disasters, refugees, disasters and their possible combinations.

Results: According to the different needs of women in disaster such as deprivation in access to health services, prenatal care, specific health concerns, forcing in nutrition of children, the risk of sexual violence, sexually transmitted diseases, emotional and economic dependence and difficulty in social interactions, the vulnerability of this group in terms of displacement can be classified in five dimensions (1) health, (2) self-care, (3) livelihoods, (4) social capital and (5) social support.

Conclusion: In disasters, cultural barriers, physical health problems, communication barriers, language and social and economic problems are the most important struggles of women that lead to mental disorders. Therefore, programs should be designed related to prevention, preparedness and response based on women's needs and challenges with them participating; it is important that sufficient political and economic support from governments and involved organizations in these programs will be allocated.

KeyWords: Mental Health, Social Health, Women, Refugees

Copyright © 2018 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Jahangiri K, Yousefian S, Tabatabae S. View of Mental and Social Health of Refugee Women in the Third Millennium: The big National and International Challenge . Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (2): 134-146

Jahangiri, K., Yousefian, S., Tabatabae, S. (2018).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*; 6 (2): 134-146



سیمای سلامت روانی و اجتماعی زنان آواره در هزاره سوم: چالش بزرگ جامعه ملی و بین المللی

کتایون جهانگیری^۱، شهناز طباطبایی^۲، شیوا یوسفیان^۱

۱. گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

۲. گروه ارگونومی، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: سالانه صدها میلیون نفر از مردم جهان از حوادث و بلاای طبیعی و انسان‌ساخت متأثر می‌شوند و حدود ۸۰ درصد از این افراد را زنان و کودکان تشکیل می‌دهند. زنان و دختران به دلایل مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی در برابر بلایا از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردار هستند. بدین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آوارگی بر سلامت روانی و اجتماعی زنان صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مروری - تحلیلی است که از طریق جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی SID, Magiran و Irandoc و پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی Web of Science, Scopus, Pubmed, Google Scholar و با استفاده از کلیدواژه‌های آسیب‌پذیری روانی، سلامت روان، زنان در بلایا، آوارگان، حوادث و بلایا و ترکیبات احتمالی آنها بررسی شد.

یافته‌ها: باتوجه به نیازهای متفاوت زنان در بلایا از جمله محرومیت‌ها در دسترسی به خدمات سلامت، مراقبت‌های بارداری و نگرانی‌های خاص بهداشتی، اجبار در تغذیه کودکان و احتمال خشونت جنسی و ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی، وابستگی عاطفی و اقتصادی، مشکل در تعاملات اجتماعی زنان، آسیب‌پذیری این گروه در شرایط آوارگی را می‌توان در ابعاد پنج‌گانه (۱) سلامت (۲) خودمراقبتی (۳) وضعیت معیشت (۴) سرمایه اجتماعی و (۵) حمایت اجتماعی طبقه‌بندی کرد.

نتیجه‌گیری: در حوادث و بلایا موانع فرهنگی، مشکلات تهدیدکننده سلامت جسمی و همچنین موانع ارتباطی و تکلم به زبان کشور میزبان و مشکلات اجتماعی و اقتصادی مهم‌ترین چالش‌های زنان هستند که منجر به ایجاد اختلالات روانی می‌شوند. بنابراین بایستی برنامه‌های پیشگیری، آمادگی و پاسخ مبتنی بر نیازها و چالش‌های زنان و با مشارکت آنها طراحی شده و حمایت سیاسی و اقتصادی کافی از جانب دولت‌ها و سازمان‌های درگیر به این برنامه‌ها اختصاص داده شود.

کلمات کلیدی: سلامت روانی، سلامت اجتماعی، زنان، آوارگان

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۷

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۳/۲۶

IJHEHP 2018; 6(2):134-146

نویسنده مسئول:

شیوا یوسفیان

گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۱۴۵۲۶۳۰

پست الکترونیک:

shyousefian@sbmu.ac.ir

برای دانلود این مقاله،
کد زیر را با موبایل خود
اسکن کنید.



مقدمه

و ویرانی‌ها را به‌جا گذاشته و بخش بزرگی از منابع و برنامه‌های دولت‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. در سال ۲۰۱۵، جمعیتی که بر اثر بحران‌ها جابه‌جا شده‌اند به بیش از ۶۰ میلیون نفر رسیده و از این تعداد حدود ۲۰ میلیون نفر مجبور به مهاجرت به سایر کشورها شدند که این آمار

سالانه صدها میلیون نفر از مردم در سراسر جهان از حوادث و بلاای طبیعی و انسان‌ساخت متأثر می‌شوند. به گزارش جهانی جمعیت سال ۲۰۱۵ بلاای طبیعی سالانه ۲۰۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. جنگ، بی‌ثباتی، بیماری‌های مسری و حوادث طبیعی حجم عظیمی از مصائب

این گروه از افراد ضروری است. لذا در این مطالعه سعی بر آن بوده است که ضمن بررسی تأثیر آوارگی بر سلامت روانی و اجتماعی زنان، در خصوص اقداماتی که لازم است در راستای بهبود شرایط زندگی به‌ویژه در زمینه حفظ و ارتقای سلامت آنها از سوی نظام سلامت صورت گیرد، بحث شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مروری - تحلیلی است که در سال ۲۰۱۵ از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی همچون SID, Magiran و Irandoc و پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی Google, pubmed, Scopus, Web of Science و Scholar و با استفاده از کلیدواژه‌های آسیب‌پذیری روانی، سلامت روان، زنان در بلایا، آوارگان، حوادث و بلایا و ترکیبات احتمالی آنها با واژه‌های (و) و (یا) انجام پذیرفته است. معیارهای ورود به مطالعه شامل مقالات مرتبط چاپ‌شده در مجلات معتبر علمی و پژوهش‌های انجام‌شده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، گزارش‌هایی که به مطالعه سلامت روان و آوارگی پرداخته‌اند و معیارهای خروج از مطالعه دسترسی نداشتن به متن کامل مقالات بود. پس از جستجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی با کلیدواژه‌ها و ترکیب مناسب آنها در بازه زمانی مدنظر ۱۳۱ مقاله جمع‌آوری شد. پس از بررسی عنوان و خارج کردن مقالات تکراری تعداد ۴۶ مقاله برای بررسی چکیده انتخاب شد. چکیده این مطالعات از سوی دو نفر به‌طور جداگانه بررسی و در صورت نداشتن توافق، به نفر سوم ارجاع داده شد.

پس از بررسی نویسندگان و با توجه به امکان دسترسی به متن کامل مقالات، ۱۰ مقاله که با هدف تحقیق مرتبط بودند کاملاً مطالعه شدند و منابع علمی استنادشده در این مقالات منتخب نیز بررسی و یک مقاله به لیست نهایی اضافه شد. در نهایت ۱۱ مقاله برای بررسی در این مطالعه انتخاب شدند. به‌منظور سهولت دسترسی به منابع و نیز مدیریت آنها تمامی منابع استخراج‌شده از بانک‌های اطلاعاتی در نرم‌افزار منبع‌نویسی Endnote نسخه ۶ ذخیره و در مراحل مختلف غربالگری استفاده شد

یافته‌ها

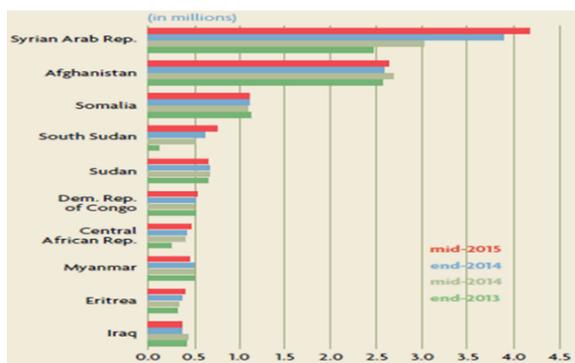
با توجه به بررسی متون انجام‌شده، یافته‌های به‌دست‌آمده در دو بخش "آوارگی و اختلالات روانی" و "آوارگی، نیازها و آسیب‌پذیری زنان" طبقه‌بندی شده‌اند که در ادامه بررسی می‌شوند.

بیش از تعداد آوارگان جنگ جهانی دوم و بی‌سابقه بوده است (۱). در شش ماهه نخست سال ۲۰۱۵ تعداد ۸۳۹۰۰۰ نفر یعنی به‌طور متوسط ۴۶۰۰ نفر در هر روز ناگزیر به ترک کشور خود شدند که این میزان حاکی از رشد ۲۳ درصدی نسبت به سال‌های اخیر بوده است. با در نظر گرفتن این موضوع که ۸۶ درصد آوارگان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و حدود ۸۰ درصد از این آوارگان را زنان و کودکان تشکیل می‌دهند (۲). در این میان زنان و دختران به دلایل متعددی از جمله عوامل فرهنگی، از دست دادن حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی و محروم ماندن از خدمات بهداشتی و درمانی مرتبط با سلامت باروری به‌طور قابل‌توجهی آسیب‌پذیرند (۳)؛ لذا جنسیت به‌عنوان یکی از جنبه‌های کلیدی آسیب‌پذیری در برابر حوادث و بلایا قابل توجه بوده (۴) و در سال ۱۹۸۰ کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل (UNHCR) زنان آواره را به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر با خطر بالا در زمینه مشکلات روانی اعلام کرد (۵). آنها اغلب با زبان کشور میزبان و سیستم خدمات‌رسانی سلامت ناآشنا هستند و نیز ممکن است سطح بالایی از استرس را به‌دلیل بی‌ثباتی یا اعمال خشونت و وضعیت اجتماعی و اقتصادی سختی که در کشور میزبان با آن روبه‌رو هستند، تجربه کنند (۶). چنین استرسی می‌تواند با افزایش اختلالات روانی در این گروه در ارتباط باشد (۷).

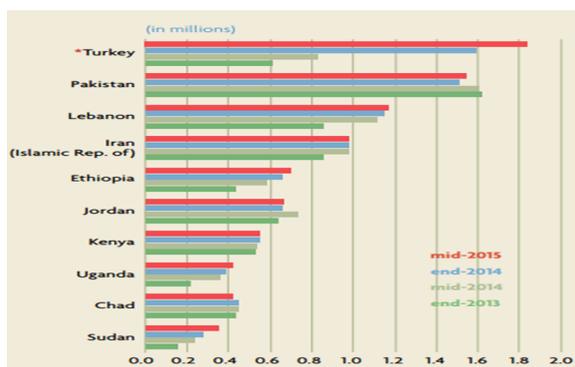
بر اهمیت توجه به سلامت زنان در اهداف توسعه هزاره سوم سازمان ملل (MDG's)² نیز تأکید شده است و در این سند که یک چارچوب بین‌المللی برای سنجش میزان پیشرفت به‌سوی توسعه پایدار و ریشه‌کنی فقر به‌شمار می‌رود، سه هدف ارتقای برابری جنسیتی و توانمند ساختن زنان، بهبود سلامت مادر و مقابله با بیماری‌ها، به‌طور مستقیم به سلامت زنان اختصاص یافته است (۸). همچنین به لزوم پرداختن به سلامت این گروه و مشارکت آنان در طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های کاهش خطر حوادث و بلایا و توانمندسازی آنها برای آمادگی در برابر حوادث و بلایا و تدارک راه‌های جایگزین برای کسب درآمد پس از مواجهه با این شرایط، در سند سن‌دای و برنامه استراتژیک شش‌ساله سازمان جهانی بهداشت نیز توجه شده است (۹). در راستای قوانین حقوق بشر مبنی بر تأمین سلامت جسمی و روانی همه افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر، شناسایی نیازها و چالش‌های زنان آواره و اقدامات جوامع میزبان برای پذیرش

الف) آوارگی و اختلالات روانی

محققین در زمینهٔ بلایا به این نتیجه رسیده‌اند که وقوع بلایا اعم از طبیعی یا انسان‌ساخت وضعیت استرس‌زایی است که زندگی روزمرهٔ افراد را تحت‌تأثیر قرار داده و سیستم‌های اجتماعی را در یک موقعیت جغرافیایی خاص مختل می‌کند (۱۰، ۱۱). با توجه به افزایش تعداد حوادث و بلایا، روند روبه‌رشد آوارگی در جهان (نمودار شماره ۱) به‌عنوان یکی از معضلات جامعهٔ جهانی در سالیان اخیر مطرح شده است (۱۲). براساس آمارهای منتشرشده از سوی کمیساریای عالی امور پناهندگان تا پایان سال ۲۰۱۵، بیشترین تعداد آوارگان مربوط به کشورهای سوریه، افغانستان، سومالی و سودان بوده‌اند (نمودار شماره ۲) و تا نیمهٔ نخست سال ۲۰۱۵، پنج کشور ترکیه، پاکستان، لبنان، ایران و اتیوپی میزبان بالاترین تعداد آوارگان در جهان بوده‌اند (نمودار شماره ۳). ایران با پذیرش ۹۸۱۰۰۰ نفر از آوارگان که ۹۵۱۰۰۰ نفر از اتباع افغان و ۲۸۳۰۰۰ نفر از آوارگان عراقی هستند، جزو پنج کشور اول جهان در پذیرش آوارگان است (۲). به دنبال اختلالات سیاسی در افغانستان، جمهوری اسلامی ایران و پاکستان طی سه دههٔ گذشته تعداد زیادی از آوارگان افغان را پذیرا بوده‌اند. ۹۷ درصد آوارگان افغان در مناطق شهری ایران زندگی می‌کنند؛ در حالی که ۳ درصد در کمپ‌ها و اردوگاه‌های تحت حمایت دولت، کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد و سازمان‌های غیردولتی خارجی ساکن هستند. در سال ۲۰۱۵، کمتر از نیمی از مهاجران بین‌المللی (۴۷٪) در ایران زنان بودند؛ اما به وضعیت سلامت این گروه از افراد در کشورهای میزبان از جمله ایران به‌عنوان یکی از ۵ کشور مطرح جهان در پذیرش آوارگان، هرگز به‌طور جامع توجه نشده است (۱۳).



نمودار ۲. ملیت آوارگان جهان طی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۵
(منبع: سایت کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل به آدرس www.unhcr.org)



نمودار ۳. کشورهای میزبان آوارگان - نیمهٔ سال ۲۰۱۵
(منبع: سایت کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل به آدرس www.unhcr.org)

این واقعیت وجود دارد که جابه‌جایی اجباری و تطابق با یک کشور و زبان جدید همراه با سایر عوامل استرس‌زای ناشی از مشکلات اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی که آوارگان با آن روبه‌رو می‌شوند، می‌تواند بر سلامت روان آنها تأثیرگذار باشد (۱۴). اگرچه تحقیقات مختلف به اهمیت عوامل خطر مرتبط با سلامت روانی پس از بلایا از جمله ویژگی‌های شخصی (از قبیل جنسیت)، عوامل مرتبط با بلایا (از قبیل جراحت و آوارگی) و عوامل محیطی (مثل حمایت اجتماعی) پرداخته‌اند، با این وجود اجماع و اتفاق نظر بر ماهیت، درجه و تداوم اختلالات روانی ناشی از حوادث و بلایا وجود ندارد (۱۵). اما آنچه در این زمینه اهمیت بالایی دارد، توجه به این موضوع است که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و ابعاد تأمین رشد و بهداشت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی را شامل می‌شود و لذا حفظ و ارتقای آن مثل سلامت جسم به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر حائز اهمیت است (۱۶).



نمودار ۱. روند تعداد آوارگان تحت پوشش کمیساریای عالی پناهندگان طی سال‌های ۱۹۹۰ - ۲۰۱۵ (منبع: سایت کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل به آدرس www.unhcr.org)

صحبت می‌شود به نظر می‌رسد که زنان با خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی مواجه هستند. مطالعات نشان می‌دهد که اکثر زنان آواره از اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب و PTSD رنج می‌برند و بسیاری از آنها از کمبود خواب، خستگی، احساس پارانوئید، سیکوز و افکار خودکشی شکایت دارند (۳).

ازهم‌گسیختگی روابط و شبکه‌های اجتماعی متعاقب رخداد بلایا هنگامی که با تغییر در نقش زنان در جامعه و مشکلات قومی و نژادی و فرهنگی و اقتصادی همراه می‌شود باعث تشدید اثرات زیان‌بار بلایا بر سلامت روان زنان می‌شود (۲۳). با توجه به نرخ کم مشارکت نیروی کاری زنان در جامعه به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، زنان به لحاظ اقتصادی آسیب‌پذیرند و در نتیجه برای مواجهه با هزینه‌های آنی بازایی اثرات بلایا، آمادگی کمتری دارند. از آنجا که زنان در جامعه در سطح اجتماعی پایین‌تر نسبت به مردان قرار می‌گیرند، از آسیب‌پذیری اجتماعی بیشتری نیز رنج می‌برند (۲۴). یکی دیگر از جنبه‌های آسیب‌پذیری بالای زنان این است که در مواجهه با بلایا بیشتر در معرض خطرات تهدیدکننده سلامت قرار دارند. به گزارش جهانی جمعیت سال ۲۰۱۵، شصت درصد از مرگ‌ومیر قابل پیشگیری مادران بین زنانی رخ می‌دهد که سعی دارند از منازعات، حوادث طبیعی و نقل مکان اجباری جان سالم به‌در برند. به‌طور کلی هرچه شدت حوادث و بلایا افزایش می‌یابد، سطح سلامت زنان کاهش پیدا می‌کند (۲۵). امروزه برآوردن نیازهای سلامت زنان به‌طور گسترده به‌عنوان یک الزام انسان‌دوستانه و رعایت و احترام به حقوق بشر پذیرفته شده است و تضمین دسترسی به سلامت زنان راهی برای بازایی، کاهش مخاطرات و تاب‌آوری جوامع بحران‌زده محسوب می‌شود؛ زیرا اگر زنان و دختران بتوانند از مراقبت‌های سلامت همراه با مجموعه متنوعی از برنامه‌های انسان‌دوستانه که آگاهانه نابرابری‌ها را هدف گرفته‌اند، برخوردار شوند، تأثیر مثبت آن در تمام وجوه اقدامات انسان‌دوستانه جاری خواهد شد (۱). علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در خصوص ارتقای شاخص‌های سلامت و ایمنی زنان انجام شده، لیکن از موضوع سلامت روان این گروه غفلت شده است (۲۶).

با توجه به اینکه نیازهای زنان آواره متعدد و پیچیده و مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی آنها است (۲۷) و همچنین آسیب‌پذیری زنان در بلایا و چالش‌های

مطالعات انجام‌شده درباره سلامت روان آوارگان متأثر از حوادث انسان‌ساخت به‌ویژه جنگ‌ها، حاکی از آن بوده است که میزان شیوع افسردگی بین ۲/۳ تا ۸۰ درصد، اختلال استرس پس از سانحه (۰/۴/۴-۰/۸۶/۴) و اضطراب (۰/۲۰/۳-۰/۸۸) متغیر بوده است. این ناهمگونی در میزان شیوع علاوه بر متأثر شدن از کیفیت روش پژوهش هر مطالعه، به کشوری که آوارگان از آن آمده‌اند و کشوری که در آن ساکن شدند نیز بستگی دارد (۱۷).

مطالعات انجام‌شده در ایران ضمن آنکه شیوع اختلالات روانی میان آوارگان به‌ویژه گروهی که در کمپ‌ها و اردوگاه‌ها زندگی می‌کنند را نشان داده‌اند، مشکلات اصلی آوارگان را به سه بخش اختلالات روانی، بیماری‌های واگیر و غیرواگیر تقسیم‌بندی کرده (۲۰-۱۸، ۱۳) و عواملی از قبیل سن و جنسیت، میزان سازگاری فرهنگی و اجتماعی با جامعه جدید، نداشتن برنامه برای آینده، پذیرفته نشدن اجتماعی، ناپایداری خانواده، جدایی از بستگان، استرس فرهنگ‌پذیری، نبود حمایت اجتماعی، نداشتن نقش اجتماعی سودمند و پیوندهای معنی‌دار اجتماعی، نداشتن سرپناه، احساس عمیق انزوای اجتماعی، نظام متفاوت فرهنگی - ارزشی، نداشتن مهارت‌های اجتماعی، بیکاری یا اشتغال به کارهای سخت، نداشتن امنیت شغلی، نگرش منفی و آگاهی پایین نسبت به بیماری‌های روانی را از علل مهم اختلالات روانی در آوارگان ایران برشمردند (۱۹).

باتوجه به اینکه زنان، سالمندان، متاهل‌ها و افراد جدادشه، افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، خانه‌دارها و بیکارها از اختلالات روانی بیشتری در رنج هستند (۱۹)، لذا توجه به موضوع آوارگی به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر مثل زنان، هم در کشورهای متأثر از حوادث و بلایا و هم در کشورهای میزبان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

ب) آوارگی، نیازها و آسیب‌پذیری زنان

مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که تفاوت‌های چشمگیری بین زن و مرد در درک مشکلات و اختلالات روانی ناشی از حوادث و بلایا وجود دارد (۲۱، ۲۲). هرچند زنان آواره اغلب تاب‌آوری قابل توجهی در مواجهه با سختی‌ها دارند ولیکن جریان آوارگی فوق‌العاده استرس‌زا است و می‌تواند پیامدهای مهمی بر سلامت جسمی و روانی آنان داشته باشد و از آنجا که زنان نسبت مردان وابسته‌تر و عاطفی‌تر هستند، از این‌رو هنگامی که از بلایا و شرایط استرس‌زای آن

زنانی که زنده می‌مانند، موضوع نگران‌کننده‌ای است. نبود و یا ضعف خدمات سلامت باکیفیت، یک واقعیت شایع برای اکثر زنان آواره است که می‌تواند منجر به میزان بالای مرگ و میر در آنها و افزایش بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی شود (۳۰).

در زمان بلایا، زنان باردار به دلیل نیازمندی به مراقبت‌های ویژه، نگرانی‌های بهداشتی منحصربه‌فردی دارند. برخی از این نیازمندی‌ها عبارتند از: نیاز به دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری و تعیین سوابق بارداری برای شناسایی و ارجاع سریع زنانی که نیازمند مراقبت ویژه هستند از جمله زنانی که سابقه دیابت و یا فشارخون مزمن دارند؛ نیاز به زایمان تمیز؛ نیاز به دسترسی به مراقبت‌های پس از زایمان؛ نیاز به واکسیناسیون؛ نیاز به داروهای خاص (۳۱). بدون دسترسی به خدمات اورژانسی مامایی، زنان و نوزادان آنها ممکن است بمیرند یا از عوارض طولانی‌مدت قابل پیشگیری رنج ببرند. جابه‌جایی‌های اجباری و دسترسی نداشتن به خدمات مناسب زنان و مامایی، بار روانی و جسمی سنگینی را به‌ویژه بر زنان باردار تحمیل می‌کند (۳۲).

یکی دیگر از نیازمندی‌های زنان در بلایا نیاز به وسایل بهداشتی است. تجربه بلایای اخیر نشان داده که زنان و دختران برای بهداشت فردی خود نیازهای بیوسوشال ویژه‌ای دارند. تغییر مکان‌های اجباری به‌طور معمول دسترسی به منابع بهداشت فردی را برای زنان از بین می‌برد. تجربه UNFPA در زمینه تهیه بسته‌های بهداشتی که شامل پد بهداشتی، صابون و حوله و همچنین مواد اضافه‌ای که زنان متقاضی آن شده بودند از جمله بلوزهای آستین بلند و روسری، راهکار مهمی برای تأمین بهداشت عمومی و به‌دنبال آن آرامش روانی سلامت زنان بود (۳۲).

آسیب‌پذیری بالای زنان و کودکان در شرایط اورژانسی، موضوع حمایت از تغذیه را بسیار با اهمیت می‌سازد. در پناهگاه‌ها زنان اغلب دسترسی کمتری به منابع دارند و ممکن است به‌طور نامتناسبی از مشکلاتی مثل سوءتغذیه رنج ببرند. مواد غذایی اغلب در بین مردان خانواده توزیع شده و اغلب مردان و پسران قبل از زنان و دختران غذا می‌خورند و عموماً بیش از سهم خود از منابع محدودی که در دسترس است، استفاده می‌کنند (۳۳). این موضوع در زنانی که نوزاد شیرخوار دارند بحرانی‌تر است و علاوه بر خطرات سوءتغذیه، تغذیه مصنوعی نیز مادر و کودک را در

آنها در پاسخ به مشکلات و بهبود شرایط پس از بلایا، خطر بروز اختلالات و بیماری‌های روانی را در زنان افزایش می‌دهد (۲۸). از این‌رو درک نیازهای خاص و ابعاد آسیب‌پذیری این گروه از افراد و چالش‌ها و موانع موجود در پاسخ به نیازهای آنها در خدمات‌رسانی اثربخش ضروری است. چنین درکی شیوه خدمات‌رسانی را بهبود بخشیده و تنظیم شرایط برای زندگی آنها را تسهیل می‌کند (۲۷). در این راستا نیازها و آسیب‌پذیری روانی - اجتماعی این گروه از افراد در ابعاد پنج‌گانه (۱ سلامت ۲ خودمراقبتی ۳ وضعیت معیشت ۴ سرمایه اجتماعی و ۵ حمایت اجتماعی طبقه‌بندی و بررسی می‌شوند (۲۸).

۱. سلامت

وضعیت تغذیه و سلامتی اولیه افراد (اعم از جسمی و روانی) که در زندگی روزمره قبل از تأثیر مخاطرات مطرح است، مشخص‌کننده توانایی افراد در حل مشکلات و بیماری‌ها و انواع آسیب‌های ناشی از حوادث و بلایا است. بنابراین تندرستی و سلامت اولیه نشانه پتانسیل افراد در مواجهه با اختلالات روانی و توانایی آنها در بهبود شرایط ناشی از بلایا است.

صندوق جمعیت سازمان ملل متحد UNFPA در سال ۲۰۱۵ پیش‌بینی کرده بود که یک چهارم از ۱۰۰ میلیون نفری که به کمک‌های بشردوستانه نیازمندند، زنان و دختران نوجوانی هستند که در سنین باروری قرار دارند. بنابراین خدماتی که نتوانند نیازهای این گروه، از جمله نیازهای خاص جنسیتی و سنی و روانی آنان را برآورده سازند، نمی‌توان در ردیف خدمات مؤثر به حساب آورد (۱).

در بحث سلامت اولیه لازم است تا به تفاوت‌های جنسیتی که یکی از ابعاد اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت روان زنان است، توجه شود. این حقیقت وجود دارد که بی‌عدالتی جنسیتی، نوع متفاوتی از آسیب‌پذیری است که در سلامت روانی زنان انعکاس می‌یابد. مشکلات پیش از بلایا نقش مهمی در ایجاد مشکلات روانی زنان بعد از تأثیرپذیری از یک بلایای طبیعی یا انسان‌ساخت دارند. فشارهای روزانه ناشی از سوءتغذیه، عذاب‌ها و زجرها و محرومیت از مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، از عوامل ایجادکننده اضطراب پیش از بلایا هستند (۲۹). پس از بلایا نیز سلامت

معرض خطر قرار می‌دهد. لذا توجه به تأمین غذا و مغذی‌ها برای مادران، کنترل توزیع جایگزین‌های شیر مادر، فراهم‌سازی محیط حمایتگر و کمک تجربی و دارویی به مادران شیرده، به سلامتی جسمی و روانی و رفاه مادر و کودک کمک خواهد کرد (۳۴).

در بلایا، توزیع زودهنگام روش‌های ضدبارداری به‌عنوان یک اولویت در نظر گرفته نمی‌شود و از آنجا که در این شرایط مردم به‌دنبال حمایت احساسی هستند، اغلب وارد روابط جنسی ناگهانی می‌شوند و از طرفی زندگی در کمپ‌های پرجمعیت نیز ممکن است منجر به گسترش بی‌بندوباری شود؛ لذا هم از نظر بارداری ناخواسته و هم از نظر عفونت‌های منتقله جنسی، زنان در موقعیت حساسی هستند. از طرفی در زمان بلایا ممکن است عده‌ای از زنانی که عقیم‌سازی کرده‌اند، فرزندان خود را از دست بدهند. مرگ کودک می‌تواند به معنی از دست دادن موقعیت اجتماعی و اعتمادبه‌نفس مادر و همچنین از دست رفتن امنیت اقتصادی آنها در دوره سالمندی باشد. در این مواقع باید تلاش برای بازگرداندن شرایط باروری فراهم شود (۳۲).

از پیامدهای دیگر جابه‌جایی‌های اجباری، افزایش احتمال خشونت جنسی است و زنان به‌طور ویژه‌ای در معرض خطر هستند. تجاوز و حملات جنسی ممکن است هم از سوی نظامی‌ها و هم غیرنظامی‌ها انجام شود (۳۰) و حتی عده‌ای از زنان برای محافظت یا حمایت مالی، تن به روابط موقت می‌دهند. معمولاً زنان و دخترانی که به آنها تجاوز می‌شود، به‌علت خجالت و ننگ اجتماعی به‌دنبال مراقبت‌های پزشکی و یا حمایت روانی اجتماعی نمی‌روند (۱) به‌طوری که تمایل آنها برای پیوستن به جامعه و در نتیجه توانایی آنها برای یافتن شغل و کسب درآمد، کاهش می‌یابد (۳۲).

لذا به‌منظور اطمینان از برآورده شدن حداقل نیازهای بهداشتی افراد آسیب‌دیده و پیشگیری از اثرات طولانی‌مدت خشونت در بلایا، بسته‌ای از مجموعه‌ای از نیازهای ضروری بهداشت باروری در سال ۱۹۹۵ با عنوان بسته حداقل خدمات اولیه (MISP) تدوین شد. هدف MISP کاهش مرگ‌ومیر و عوارض مرتبط با مشکلات سلامت باروری در زنان و دختران است که تحت تأثیر موقعیت‌های اورژانسی قرار گرفته‌اند. MISP به‌طور مشخص ۵ فعالیت کلیدی شناسایی سازمان‌ها و افراد کلیدی تسهیلگر، جلوگیری از خشونت جنسی و فراهم آوردن مراقبت کلینیکی برای

بازماندگان، جلوگیری از انتقال HIV، جلوگیری از افزایش مرگ‌ومیر و عوارض مادری و نوزادی، برنامه‌ریزی برای خدمات‌رسانی سلامت باروری جامع و ادغام آن با مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دنبال می‌کند تا بستری مناسب برای تأمین سلامت زنان متأثر از حوادث و بلایا را فراهم کند (۳۲).

۲. خودمراقبتی

خودمراقبتی، مهارت فرد یا اعضای خانواده در محافظت و مراقبت کافی از خود و اعضای خانواده یا توانایی اجتناب از زندگی و کار در محل‌های پرخطر است. این موضوع تحت تأثیر سطح آگاهی از توانایی‌های فیزیکی و ظرفیت افراد در اجرای این مسئولیت است. با به رسمیت شناختن توانایی مولد بودن زنان، بسیار شگفت‌آور است که نیازهای آنها برای حفاظت کافی برآورده نشده است. چرا که کمک‌های حمایتی و پشتیبانی کافی و مهارت‌های لازم برای آماده شدن زنان در برابر حوادث و بلایا انجام نشده است (۲۶). ممانعت زنان از دسترسی به آموزش کافی و کسب مهارت‌های لازم و کاهش تعاملات اجتماعی آنها می‌تواند منجر به تشدید فقر و تأثیرپذیری بیشتر از حوادث و بلایا شود (۳۵). علاوه بر آموزش، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، محیط خانواده، سن و سلامت جسمی و روانی اولیه نیز به عنوان عوامل مهم در توان خودمراقبتی افراد و به‌دنبال آن پیشگیری از اضطراب پس از فاجعه مطرح هستند. بدیهی است که سالمندان کم‌درآمد و بی‌سرپناه و کسانی که با معلولیت جسمی و شناختی مواجه هستند، با موانع و مشکلات بیشتری در زمینه تخلیه، جابه‌جایی و اسکان مجدد روبه‌رو هستند (۲۶). وابستگی عاطفی زنان به خانواده و حس مسئولیت در حفظ و نگهداری از اعضای خانواده به‌ویژه فرزندان و همچنین مسائل فرهنگی و مذهبی و اعتقادات و پوشش خاص زنان، خودمراقبتی زنان را در جریان بلایا تحت تأثیر قرار داده و در جابه‌جایی و تخلیه این گروه از افراد تأثیرگذار است (۲۸، ۳۶). زنان آموزش‌دیده و ماهر می‌توانند نقش کلیدی در دستیابی به یک جامعه تاب‌آور و توسعه‌یافته را داشته باشند (۲۶).

۳. وضعیت معیشت

وضعیت معیشتی به معنی ظرفیت و توان فرد در حل پیامدهای ناشی از بلایا و ترمیم و بهبود وضعیت درآمدی و معیشتی است. این موضوع شامل شغل مستمر، سطح

۴. سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی یک واحد ساختاری از شبکه‌ها، زندگی اجتماعی و مشارکتی، روابط اجتماعی و یا یک واحد ادراکی از حمایت دریافتی، پیوستگی اجتماعی و ائتلاف اجتماعی است. عوامل اجتماعی (از قبیل فقر، آموزش ناکافی، زندگی در محیط‌های پرخطر، خشونت و تصادفات)، وقایع و پیشامدهای منفی زندگی افراد (مثل جدایی از خانواده و همسر) و همچنین نبود حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی، به شیوه‌های متفاوت بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار است. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که سرمایه‌های اجتماعی می‌توانند کاهش‌دهنده وقایع و پیش‌آمدهای منفی زندگی (مثل پیشگیری از ضرر و زیان‌های شغلی) و مشکلات بلندمدت (از قبیل وضعیت سلامت جسمی و روانی) باشند (۲۸). موانع ارتباطی در زندگی اجتماعی یکی از نگرانی‌های مهم آوارگان است؛ به‌ویژه برای افرادی که آشنایی و تسلط بر زبان کشور میزبان ندارند (۳). تسلط نداشتن به زبان می‌تواند منجر به محدود کردن توانایی زنان در تعاملات اجتماعی و به‌دست آوردن شغل (۴۲)، مشکلاتی در استفاده از شبکه‌های اجتماعی، ارتباط با همسایگان و رفع نیازهای روزمره شود و به‌طور کلی توانایی زنان در داشتن یک زندگی بهتر را محدود کند (۴۴). همچنین نبود انطباق فرهنگی تأثیر چشمگیری بر آوارگان دارد و ممکن است بر اثر فشارهای فرهنگی، ویژگی‌های جامعه بزرگتر و پیشرفته‌تر را بپذیرند اما با آن همانندسازی نکنند؛ یعنی ویژگی‌های خاص آنان به کلی از بین نرود. وقتی تغییر حاد بوده و مکانیزم‌های انطباقی و حمایت‌های اجتماعی آنها چاره‌ساز نباشد، ممکن است استرس و فشار روانی زیادی وارد آورد و شوک فرهنگی با اضطراب، افسردگی، مسخ واقعیت و مسخ شخصیت ویژه را به‌همراه داشته باشد (۱۹). لذا خطر ابتلا به انزوای اجتماعی در زنان آواره به‌دلیل بی‌مهارتی در انطباق با جامعه جدید، ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی و زبان را مطرح می‌کند (۲۷).

۵. حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به ظرفیت و یا تمایل ساختارهای اجتماعی و سیاسی در سطوح سیاسی و یا اجتماعی بالاتر از فرد یا خانوار، برای محافظت (به‌ویژه ساختاری و آماده‌سازی فنی) در برابر مخاطرات اشاره دارد. حمایت اجتماعی به

پس‌انداز، مزایای رفاهی، توان حمایتی اعضای خانواده است و اختلال در آن فعالیت‌های متداول زندگی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. پس از بلایا و در جریان آوارگی مشکلاتی از قبیل بیکاری، زبان‌های مالی، ضعف معیشتی و مراقبت از خانواده در تطابق با کشور جدید بر بسیاری از زنان آواره بار اضافی تحمیل می‌کند. ظرفیت زنان در اینکه بتوانند از عهده بلایای شدید برآیند و وضعیت معیشتی خانواده را پس از بلایا ترمیم کنند، ناکافی است که این موضوع تأثیر بیشتری بر سلامت روانی آنها دارد و به‌طور چشمگیری خطر ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی را از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس و حتی شکایت‌های بالینی و دردهای جسمی، در این گروه افزایش می‌دهد (۲۹).

اغلب زنان آواره یا بیکارند یا در صنایع کم‌درآمد مشغول به کار هستند (۳۷). تعارض نقش‌ها و فشار خانواده‌ها که موافق کار کردن زنان در خارج از منزل نیستند، می‌تواند مشکلاتی را برای زنان ایجاد کند (۳۸). این وضعیت برای زنان متأهل بدتر است؛ چرا که این گروه از سوی همسرانشان تحت‌فشار قرار می‌گیرند تا فقط به انجام مسئولیت‌های خانه‌داری بپردازند. در نتیجه زنان متأهل کمتر از زنان مجرد به‌دنبال اشتغال هستند (۳۹). نگرانی‌های مالی برای زنان سرپرست خانوار که ممکن است دسترسی به بسیاری از فرصت‌های موجود برای بهبود وضعیت اقتصادی خود را نداشته باشند، بیشتر است. فشار برای به‌دست آوردن فرصت‌های شغلی فوری و بادوام برای تأمین نیازهای زندگی ممکن است منجر به محدودیت توانایی این گروه از زنان در کسب آموزش‌های مناسب برای به‌دست آوردن شغل‌های پردرآمد و وضعیت رفاهی بهتر شود (۴۰). بسیاری از زنان در حالی که نقش تسهیل‌کننده و یا دروازه‌بان را برای خانواده خود در دسترسی به خدمات برعهده دارند عموماً از نیازهای سلامت روانی خود غافل هستند (۴۱). بنابراین کمک به زنان مهاجر برای رفع نیازهای اقتصادی آنها می‌تواند تأثیر چشمگیری بر وضعیت سلامت روان آنها ایفا کند. یک استراتژی برای کمک به زنانی که تمایل یا نیاز به کار در خارج از منزل دارند، این است که به آنها اجازه کمک در ایجاد درآمد خانواده داده شود، در حالی که مسئولیت خانوادگی خود را نیز حفظ می‌کنند (۴۲).

موانع متفاوتی در دریافت خدمات به‌ویژه خدمات سلامت مواجه هستند. لذا خدمات‌رسانی اثربخش باید متناسب با نیازها و در نظر گرفتن آسیب‌ها، چالش‌ها، موانع و مشکلات آنها باشد (۲۷، ۴۵).

به‌طور کلی، عوامل اختلال در سلامت روان زنان پس از بلایا در سه حیطه قابل بررسی است: الف) شدت حوادث و بلایا (به‌عنوان مثال، سطح تخریب و از دست دادن زندگی) ب) آسیب‌پذیری فرد پیش از بلایا و در جریان آن یعنی ضعیف بودن و سوء‌تغذیه، سن، زنان بیوه، زنان سرپرست خانوار، زنان اقلیت‌ها و زنان مجرد و افراد مسن، داشتن سابقه مشکلات روانی و حمایت ناکافی عاطفی ج) اختلالات اجتماعی - اقتصادی و ناملازمات محیطی پس از بلایا مثل نبود کمک و حمایت اجتماعی، نبودن مراقبت‌های پزشکی، مشکلات فرهنگی و تأمین معیشت (۲۸). براساس مطالعات انجام‌شده چالش‌ها و آسیب‌پذیری زنان در بلایا با عواملی از قبیل ارزیابی نشدن نیازهای مرتبط با زنان، ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی و قانونی، حضور ناکافی زنان در سازمان‌های تصمیم‌گیر و عملیاتی در زمینه بلایا و نبود مراکز آموزشی زنان برای مشارکت در امداد و نجات در ارتباط است (۳۶). در بسیاری از مطالعات، مشکلات و موانع فرهنگی و زبان مهم‌ترین مشکل زنان آواره در تعامل اجتماعی با جوامع میزبان هستند. چراکه دسترسی‌های آنها را به منابع و خدمات موجود به‌ویژه خدمات سلامت محدود می‌کند (۴۶-۴۹، ۳). زنان آواره به‌دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب با متخصصین، از دریافت مراقبت‌های پزشکی کافی به‌ویژه در مراقبت‌های تخصصی زنان و زایمان ناامید بودند (۵۰). لذا از آنجا که ارتباط ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات در حوزه سلامت به‌طور چشمگیری در نحوه پیگیری درمان زنان آواره تأثیرگذار است، خدمات‌رسانندگان سلامت باید به‌طور مداوم بر ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای زنان آواره که می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم ایجادکننده موانع در دریافت خدمات باشد، تأمل کنند (۵۱-۵۳، ۴۵، ۴۶). در برخی کشورها برای اطمینان از راحتی و دسترسی آوارگان زن به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اقداماتی مثل استفاده از مترجم و توجه به ملاحظات فرهنگی انجام شده است (۵۴، ۵۵). بنابراین به‌عنوان نخستین گام در غلبه بر موانع در زمینه مشارکت آوارگان زن، درک و شناسایی فرهنگ و امکان دسترسی به فرصت یادگیری زبان و سایر آموزش‌های

موضوع ایمنی افراد به‌ویژه افراد فقیر و گروه‌های آسیب‌پذیر می‌پردازد و بر این موضوع متمرکز است که گروه‌های آسیب‌پذیر را که بیشتر در معرض خطر هستند تحت پوشش قرار دهد و فرصت‌هایی برای آنها مهیا کند تا بتوانند خطرات را پشت سر گذارند.

تحقیقات حاکی از آن است که اغلب زنان از فرایندهای تصمیم‌گیری اجتماعی که نیازهای آنها را مشخص می‌کند و پایه خدمات‌رسانی اجتماعی است، کنار گذاشته می‌شوند. همچنین در تفویض اختیارات و واگذاری نقش‌ها در فرآیندهای آمادگی و بازیابی پس از بلایا نیز دخالت داده نمی‌شوند که بیانگر نابرابری جنسیتی بوده و این خود می‌تواند منشأ بروز اختلالات روانی باشد (۲۹).

یکی از جنبه‌های قابل توجه در زندگی آوارگان، توانایی بهره‌برداری از منابعی است که در جامعه و محیط اطراف آنها وجود دارد. آگاهی و استفاده از این منابع نه فقط بیانگر سطح راحتی و تطابق افراد با محیط جدید است، بلکه توانایی آنها در پیگیری و دستیابی به منابع و خدماتی که تسهیل‌کننده زندگی آنها است را نیز مشخص می‌کند که عموماً زنان با چنین منابعی از قبیل بانکداری، سیستم حمل‌ونقل و سایر خدمات عمومی خیلی راحت نیستند (۲۷، ۲۸). سه سازمان که بیشترین ارتباط را با آوارگان دارند مراکز بهداشتی - درمانی، سازمان‌های امور رفاهی و آژانس‌های اسکان مجدد هستند. سهولت دسترسی به این سازمان‌ها، آرامش و اعتماد به پزشکان در مراکز سلامت و سایر مراکز خدمات‌رسانی و سهولت برقراری ارتباط با آنها با توجه به تفاوت‌های زبانی و فرهنگی، نقش بسزایی در دریافت خدمات و رضایت از نحوه خدمات‌رسانی به‌ویژه برای زنان دارد. بنابراین تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی مبتنی بر جنسیت در درک مشکلات روحی و روانی میان زنان حیاتی است (۲۷).

بحث

اثرات حوادث و بلایا بر سلامت روان از ابعاد مختلفی قابل بررسی است که یکی از آنها جنسیت است. ناتوانی زنان برای تحقق نیازهای خود در جریان بلایا و یا حتی مشکلات آنها در دسترسی به منابع براساس یک روال مشخص پیش از بروز بلایا، منجر به افزایش چشمگیر مشکلات روانی در کوتاه‌مدت و تأثیرات منفی قابل توجه بر سلامت جسمی و روانی این گروه از افراد در دوره‌های بلندمدت می‌شود (۲۸). زنان آواره به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر با چالش‌ها و

مهارتی می‌تواند تأثیر چشمگیری در بهبود وضعیت زندگی زنان داشته باشد؛ زیرا تعاملات اجتماعی می‌تواند دسترسی به شبکه‌های اجتماعی و خدمات حمایتی را افزایش داده و این گروه را در برابر عوامل استرس‌زایی که با آن روبه‌رو هستند، محافظت کند (۲۷).

تحقیقات نشان داده‌اند که نیازهای مالی و اقتصادی نیز تأثیر مهمی در رفاه اجتماعی زنان و خانواده‌های آنها دارد (۵۶، ۵۷). لذا بسیار مهم است که دولت‌ها و سازمان‌های بشردوستانه ملی و بین‌المللی بر رفع نیازهای اقتصادی زنان در جریان آوارگی متمرکز شوند (۵۸). تعامل زنان با سیستم‌های حمایتی می‌تواند تأثیر چشمگیری در بهبود وضعیت اقتصادی آنها داشته باشد. از این رو به‌منظور به حداقل رساندن عواقب منفی وضعیت اقتصادی زنان، وجود یک سیستم حمایتی که به موجب آن زنان بتوانند از کمک‌های رفاهی بهره‌مند شوند، ضروری است (۴۰، ۴۱). از آنجا که آشنایی زنان مجرد و سرپرست خانوار با سیستم‌های حمایتی و رفاهی کمتر از زنان متأهل است و این گروه از افراد وابسته به کمک‌های دولت هستند، مهم است که این گروه از زنان شناسایی شده و با شیوه‌ها و روش‌های حمایتی و نحوه بهره‌برداری از این کمک‌ها آشنا شوند (۱۱).

نتیجه‌گیری

مطالعات انجام‌شده در خصوص آسیب‌پذیری روانی زنان در بلایا حاکی از آن بوده است که ترس و ناآگاهی از موضوعات سلامت روان، بر پیگیری درمان به‌منظور کنترل بیماری‌های روانی تأثیرگذار است. بنابراین اهمیت خدمات‌رسانی آموزشی به زنان آواره که در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روانی هستند، مطرح است. موانع سیستمی و نبود و ضعف خدمات مناسب مربوط به سلامت روان که پاسخگوی نیازهای افراد باشد و همچنین هزینه بالای خدمات روان‌پزشکی در مقابل ضعف حمایت‌های اجتماعی از این نوع خدمات، موانع پیش روی آوارگان در دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان است. نبود اطلاعات درباره مراکز خدمات‌دهنده روان‌درمانی، موضوع اطلاع‌رسانی و تبلیغات مناسب از طریق انتشار بروشور و تهیه لیست تلفن مراکز خدمات‌دهنده سلامت روان را مطرح می‌کند. موانع مذهبی و استفاده از روش‌های خوددرمانی و سیستم‌های حمایتی غیررسمی (مثل خانواده، دوستان و جامعه قومی) در حل اختلالات روانی و مشکلات مرتبط با آن از دیگر موانع

دریافت خدمات مناسب سلامت روان است (۴۶). این موضوع با میزان درآمد و تحصیلات افراد ارتباط دارد؛ به‌گونه‌ای که هرچه افراد سطح درآمد و تحصیلات پایینی داشته‌اند، استفاده از منابع غیررسمی در اولویت بوده و استفاده از منابع رسمی (پزشکان، پرستاران، اینترنت، کتاب، روزنامه، مجلات پزشکی) در آوارگان با درآمد و سطح تحصیلات بالاتر بیشتر مشاهده می‌شود (۵۹). بعد معنوی و اعتقادات مذهبی علاوه بر اینکه به معنی اتصال به یک منبع امید، آشتی و قدرت بوده، می‌تواند منجر به ارتقا و آرامش روانی فرد شود. از سوی دیگر اعتقاد به شفای معنوی و تعیین سرنوشت می‌تواند برخی افراد را از دسترسی به خدمات بهداشت روان و درمان پزشکی باز دارد. تعدادی از مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که در برخی از جوامع آوارگان، تمایل و اعتماد بیشتری به مشورت با رهبران مذهبی و سیستم‌های حمایتی غیررسمی در مقایسه با متخصصان پزشکی و روان‌پزشکی وجود دارد. بنابراین برای خدمات‌دهندگان مراقبت‌های سلامت به رسمیت شناختن قدرت نفوذ مذهب و معنویت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی زنان آواره به‌ویژه برای کسانی که سیستم‌های حمایتی قوی ندارند از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲۷، ۶۰، ۶۱). لذا با توجه به تفاوت‌های جنسیتی و ابعاد مختلف آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی در حوادث و بلایا بایستی برنامه‌های پیشگیری، آمادگی و پاسخ مبتنی بر نیازهای زنان مردان و با مشارکت آنها طراحی و تحت توجه دولت‌ها و سازمان‌های درگیر باشد و حمایت سیاسی و اقتصادی کافی به این برنامه‌ها اختصاص داده شود. بدیهی است برنامه‌های جمعیتی و توسعه‌ای زمانی بیشترین تأثیر را دارند که گام‌هایی در راستای بهبود موقعیت زنان از جمله دسترسی به تأمین معیشت و منابع اقتصادی و مشارکت کامل در زندگی اجتماعی برداشته شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی افرادی که نهایت همکاری را در اجرای این مطالعه داشتند به‌عمل آورند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع گزارش نشده است.

References

1. McGinn T, Bhabha J, Garfield R, Johnson K, Luchsinger G, Oddy L, et al. State of world population 2015. Shelter from the storm. A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world. 2015.
2. UNHCR. report confirms worldwide rise in forced displacement in first half 2015. Geneva, Switzerland: The UN Refugee Agency, 2015.
3. Bulman KH, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Crit Public Health*. 2002;12(4):365-80. <https://doi.org/10.1080/0958159021000029568>
4. Aboobacker NP, Nakray K. Gender mainstreaming in disaster management policies: Indicators to mitigate vulnerability of women. University of Yourk. 2011. PMID:22194185
5. Martin SF. Refugee women (Program in Migration and Refugee Studies). 2nd ed. Lanham, MD: Lexington books; 2004.
6. Crawford E, Swenson F, Serrani A, Cassidy K, Roy B, Porter T. Grant Application: Immigrant And Refugee Family Wellness Engagement Through Yoga And Zumba. 2014.
7. Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7(3):216-22. <https://doi.org/10.1192/apt.7.3.216>
8. Organization WH. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries: practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
9. 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. *IJDRS*. 2015;6(2):164-76. <https://doi.org/10.1007/s13753-015-0050-9>
10. Barton AH. Communities in disaster: A sociological analysis of collective stress situations: Garden City, NY: Doubleday; 1969.
11. Taylor AJW. Disasters and disaster stress. New York: Ams Press; 1989.
12. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The lancet*. 2007;370(9590):859-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
13. Divkolaye NSH, Burkle Jr FM. The Enduring Health Challenges of Afghan Immigrants and Refugees in Iran: A Systematic Review. *PLoS currents*. 2011;9.
14. Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Ment Health J*. 2005;41(5):581-97. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-6363-1> PMID:16142540
15. Perry RW, Lindell MK. The psychological consequences of natural disaster: A review of research on American communities. *Mass Emergencies*. 1978;3(2-3):105-15.
16. Caplan G. An approach to community mental health. London: Tavistock Publications; 1961. PMID:PMC1939472
17. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9> PMID:26510473 PMID:PMC4624599
18. Azizi F, Holakoie Naieni K, Rahimi A, Amiri M, Khosravizadegan F. Prevalence of mental health disorders and its associated demographic factors in resettled Afghan refugees of Dalakee Refugee Camp in Bushehr Province 2005. *ISMJ*. 2006;9(1):85-92.
19. Mohammadian M, Dadfar M, Bolhari J, Karimi Keisami E. Screening for mental disorders among Afghan immigrants residing in Tehran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2005;11(3):270-7.
20. Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;184(1):70-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70> PMID:14702230
21. Hearne B, Peacock WG, Gladwin H. A gendered perspective. Hurricane Andrew: Ethnicity, gender and the sociology of disasters. London: Routledge; 1997.52-74.
22. Fisher S. Violence against women and natural disasters: Findings from post-tsunami Sri Lanka. *Violence against women*. 2010;16(8):902-18. <https://doi.org/10.1177/1077801210377649> PMID:20679186
23. Abolghasemi H, Navidi A, Mohebi H. Health aspects of crisis management in unexpected accidents. *Journal Mil Med*. 2002;4(2):93-8.
24. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(5):173-6. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
25. Swatzyna RJ, Pillai VK. The effects of disaster on women's reproductive health in developing countries. *Glob J Health Sci*. 2013;5(4):106-13. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n4p106> PMID:23777727 PMID:PMC4776806
26. Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Development of a brief screening tool for women's mental health assessment in refugee settings: A psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1202-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.003> PMID:25892280 PMID:PMC4912842
27. Deacon Z, Sullivan C. Responding to the complex and gendered needs of refugee women. *Affilia*. 2009;24(3):272-84. <https://doi.org/10.1177/0886109909337401>
28. Parida PK. Natural Disaster and Women's Mental Health. *Social Change*. 2015;45(2):256-75. <https://doi.org/10.1177/0049085715574189>

30. Cannon T. Vulnerability analysis and disasters. *Floods*. 2000;1:45-55.
31. Chynoweth SK. The need for priority reproductive health services for displaced Iraqi women and girls. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31):93-102. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31348-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31348-2)
32. Callaghan WM, Rasmussen SA, Jamieson DJ, Ventura SJ, Farr SL, Sutton PD, et al. Health concerns of women and infants in times of natural disasters: lessons learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J*. 2007;11(4):307-11. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0177-4> PMID:17253147
33. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Glob J Health Sci*. 2014;6(4):270-77. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n4p270> PMID:24999152 PMCID:PMC4825377
34. Hynes M, Cardozo BL. Observations from the CDC: Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gen Based Med*. 2000;9(8):819-23. <https://doi.org/10.1089/152460900750020847> PMID:11074947
35. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, Lhotska L. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*. 2011;35(4):720-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2011.01239.x> PMID:21913933
36. 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 Curr*. 2017;9. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.2cff3d6e9e0c3a597f873bf29e712370>
37. Jahangiri K, Izadkhan Y, Sadighi J. Women's health in natural disasters: a vulnerability analysis. *Planet@Risk*. 2014;2(2):98-100.
38. Chung RC-Y, Bemak F, Kagawa-Singer M. Gender differences in psychological distress among Southeast Asian refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(2):112-9. <https://doi.org/10.1097/00005053-199802000-00007>
39. Holtzman WH, Bornemann TH. Mental health of immigrants and refugees: Hogg Foundation for Mental Health; 1990. *Health & Social Work*. 1992;17(4).
40. Camino LA, Krulfeld RM. *Reconstructing lives, recapturing meaning: Refugee identity, gender, and culture change*. Abingdon, UK: Taylor & Francis; 1994.
41. Siefert K, Heflin CM, Corcoran ME, Williams DR. Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. *Women Health*. 2001;32(1-2):159-77. https://doi.org/10.1300/J013v32n01_08 PMID:11459368
42. Baughan DM, White-Baughan J, Pickwell S, Bartlome J, Wong S. Primary care needs of Cambodian refugees. *J Fam Pract*. 1990;30(5):565-8. PMID:2332748
43. Ellis BH, Kia-Keating M, Yusuf SA, Lincoln A, Nur A. Ethical research in refugee communities and the use of community participatory methods. *Transcult Psychiatry*. 2007;44(3):459-81. <https://doi.org/10.1177/1363461507081642> PMID:17938156
44. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med*. 2001;53(10):1321-34. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00412-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00412-3)
45. Miller KE, Weine SM, Ramic A, Brkic N, Bjedic ZD, Smajkic A, et al. The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):377-87. <https://doi.org/10.1023/A:1020181124118> PMID:12392225
46. Guruge S, Roche B, Catallo C. Violence against women: an exploration of the physical and mental health trends among immigrant and refugee women in Canada. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:434592. <https://doi.org/10.1155/2012/434592>
47. Donnelly TT, Hwang JJ, Este D, Ewashen C, Adair C, Clinton M. If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(5):279-90. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383> PMID:21574842
48. Allotey P. Travelling with "excess baggage": health problems of refugee women in Western Australia. *Women Health*. 1999;28(1):63-81. https://doi.org/10.1300/J013v28n01_05
49. Bowler I. 'They're not the same as us': midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients. *Sociol Health Illn*. 1993;15(2):157-78. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11346882>
50. Katbanna S. "Race" and Childbirth. London: Open University Press Buckingham; 2000. PMID:11556369
51. Lipson JG, Weinstein HM, Gladstone EA, Sarnoff RH. Bosnian and Soviet refugees' experiences with health care. *West J Nurs Res*. 2003;25(7):854-71. <https://doi.org/10.1177/0193945903256714> PMID:14596183
52. Johnson J, Bottorff J, Hilton B, Browne A, Grewell S. Recognizing discrimination in nursing practice: findings from a study of South Asian women and their health care providers in British Columbia. *Can Nurse*. 2002;98(5):1-6.
53. Anderson JM, Blue C, Holbrook A, Ng M. On chronic illness: immigrant women in Canada's work force--a feminist perspective. *Can J Nurs Res*. 1993;25(2):7-22. PMID:8118765
54. Yakushko O, Chronister KM. Immigrant women and counseling: The invisible others. *J Couns Dev*.

- 2005;83(3):292-8. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00346.x>
55. Barnes DM, Harrison C, Heneghan R. Health risk and promotion behaviors in refugee populations. *J Health Care Poor Underserved*. 2004;15(3):347-56. <https://doi.org/10.1353/hpu.2004.0034> PMID:15453174
56. Shoeb M, Weinstein HM, Halpern J. Living in religious time and space: Iraqi refugees in Dearborn, Michigan. *J Refug Stud*. 2007;20(3):441-60. <https://doi.org/10.1093/jrs/fem003>
57. Belle D, Doucet J. Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among US women. *Psychol Women Q*. 2003;27(2):101-13. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00090>
58. McDonough P, Berglund P. Histories of poverty and self-rated health trajectories. *J Health Soc Behav*. 2003;44(2):198-214. <https://doi.org/10.2307/1519808> PMID:12866390
59. Chung RC-Y. Psychosocial adjustment of Cambodian refugee women: Implications for mental health counseling. *J Ment Health Couns*. 2001;23(2):115-26.
60. Riahi A, Hariri N, Nooshinfard F. Study of Health Information Needs and Barriers to Access Among Afghan and Iraqi Immigrants in Iran. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2016;7(3):597-610. <https://doi.org/10.29252/jnkums.7.3.597>
61. Chiu L, Morrow M, Ganesan S, Clark N. Spirituality and treatment choices by South and East Asian women with serious mental illness. *Transcult Psychiatry*. 2005;42(4):630-56. <https://doi.org/10.1177/1363461505058920> PMID:16570521
62. Sirois FM, Gick ML. An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Soc Sci Med*. 2002;55(6):1025-37. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00229-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00229-5)
- Evans D, Norman P. Predicting adolescent pedestrians' road-crossing intentions: an application and extension of the Theory of Planned Behaviour. *Health Educ Res*. 2003;18(3):267-77. <https://doi.org/10.1093/her/cyf023> PMID:12828229
63. Parker D, Manstead AS, Stradling SG, Reason JT, Baxter JS. Intention to commit driving violations: An application of the theory of planned behavior. *J Appl Psychol*. 1992;77(1):94-101. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.77.1.94>
64. Diaz EM. Theory of planned behavior and pedestrians' intentions to violate traffic regulations. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav*. 2002;5(3):169-75. [https://doi.org/10.1016/S1369-8478\(02\)00015-3](https://doi.org/10.1016/S1369-8478(02)00015-3)
65. Lam LT. Factors associated with parental safe road behaviour as a pedestrian with young children in metropolitan New South Wales, Australia. *Accid Anal Prev*. 2001;33(2):203-10. [https://doi.org/10.1016/S0001-4575\(00\)00033-6](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(00)00033-6)
66. Gilasi H, Moradi A, Gharli ZP, Moazami AG. Knowledge, Attitude and Practice of Pedestrians about Driving Rules in kashan. *sjimu*. 2013;20(5):37-42.

