

## ORIGINAL ARTICLE

# ***Exploring the Perception of Women about Menstrual Health in Earthquake Stricken Areas***

Roghayeh Rahmani Bilandi<sup>1</sup>,  
Farideh Khalajabadi Farahani<sup>2</sup>,  
Fazlollah Ahmadi<sup>3</sup>,  
Anoshirvan Kazemnejad<sup>4</sup>,  
Reza Mohamadi<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, National Population Studies and Comprehensive Management Institute, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> General Practitioner, Crisis Management Working Group, Tehran, Iran

(Received February 7, 2015 ; Accepted June 2, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Iran is an earthquake prone country. Women are more affected when earthquakes occur. Understanding and addressing the women's needs for menstrual hygiene is of great importance in improving women's health. This study aimed at clarifying the perception of women about menstrual health needs after earthquake.

**Materials and methods:** The participants in this qualitative content analysis were 14 single and married women aged 18 to 45 years of old and seven health service providers. All individuals were in Zohan, Iran when earthquake occurred there in November 2012. Purposive sampling was conducted until data saturation. Data was collected by deep interviews, and writing fieldnotes. Data analysis was performed using open code. Different categories and classes were formed based on common concepts. The categories were then classified into different themes according to hidden meanings.

**Results:** Five themes were extracted from 288 original code including 1- exacerbation of menstrual problems in earthquake stricken areas, 2 -absence of menstrual health services and counseling, 3- cultural taboos and beliefs in the community 4- modifying poor management attitude, and 5- self-neglect.

**Conclusion:** The findings showed that menstrual hygiene needs of women in affected areas are exacerbated by indigenous beliefs and low self-care skills and remain unchanged due to the lack of appropriate health services and efficient management system. Therefore, identifying women's needs for menstrual hygiene is crucial in crises.

**Keywords:** Women, earthquake, menstrual health, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(125): 49-60 (Persian).

## تبیین درک زنان از بهداشت قاعده‌گی در مناطق زلزله زده

رقیه رحمانی بیلندي<sup>۱</sup>

فریده خلچ آبادی فراهانی<sup>۲</sup>

فضل...احمدی<sup>۳</sup>

انوشیروان کاظم نژاد<sup>۴</sup>

رضا محمدی<sup>۵</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** حوادث طبیعی متعددی در ایران بروز می‌کند که در این میان زلزله بیش از همه شیوع دارد و در زمان بروز آن زنان بیش از سایر گروه‌ها آسیب می‌بینند. بنابراین شناخت و درک نیازها و مشکلات بهداشت قاعده‌گی زنان در زمان زلزله حائز اهمیت می‌باشد. بنابراین این مطالعه با هدف شناخت، درک و تفاسیر زنان از نیازها و مشکلات بهداشت قاعده‌گی در زمان زلزله، انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر با رویکرد نظری، تفسیری و استراتژی با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت کنندگان ۱۴ نفر شامل زنان مجرد و متاهل سنین ۱۸ تا ۴۵ سال و ۷ نفر از افراد ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی که در زمان رخ دادن زلزله آذربایجان غربی (زهان از توابع خراسان جنوبی) مستقر بودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری بر اساس مبتنی بر هدف تا هنگام اشباع داده‌ها ادامه یافت. دادها با استفاده از مصاحبه عمقی و یادداشت برداری در عرصه به دست آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری باز انجام شد و بر اساس اشتراکات مفهومی، دسته‌ها و طبقات شکل گرفته و طبقات نیز بر اساس اشتراکات معانی پنهانی به درون مایه‌ها یا تم‌ها دسته‌بندی شدند.

**یافته‌ها:** از ۲۲۸ کد اولیه به دست آمد، ۵ درونمایه تحت عنوان "تشدید مشکلات قاعده‌گی در زلزله"، "کمبود خدمات بهداشت و مشاوره قاعده‌گی در زلزله"، "تابوهای فرهنگی و باورهای بومی تاثیرگذار"، "نگرش مدیریتی ناکارآمد" و "رها سازی خود مراقبتی زنان در قاعده‌گی" حاصل شد.

**استنتاج:** یافته‌های این مطالعه میان این مساله است که نیازهای بهداشت قاعده‌گی زنان در مناطق زلزله زده در بستری از تشدید مشکلات و باورهای بومی و عدم خود مراقبتی زنان نمایان و به دنبال نبود خدمات بهداشتی و سیستم مدیریتی کارآمد، باقی می‌ماند. بنابراین شناخت این نیازها برای سیاست گذاران بهداشتی برای برنامه ریزی در موقع بحران از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** زنان، زلزله، بهداشت قاعده‌گی، ایران

### مقدمه

است(۱)، به طوری که در دنیا ۶۰ درصد مرگ و میر افراد ناشی از بلایای طبیعی است(۲) و در این میان زلزله

بلایای طبیعی از بد و تاریخ بشر وجود داشته و علی رغم پیشرفت‌های علمی بروز آن کاهش نیافته

E-mail: roghaiehrahmany@yahoo.com

مولف مسئول: فریده خلچ آبادی فراهانی - تهران: دانشگاه تربیت مدرس

۱. دانشجوی دکتری گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استادیار، موسسه مطالعات و مدیریت جام و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران

۳. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵. پژوهش عمومی، دبیر خانه کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیر مطرقب، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۳/۱۲

انجام شده در پاکستان، علی رغم پرداختن به ابعاد مختلف بهداشت باروری در زلزله، اطلاعاتی در زمینه بهداشت قاعده‌گی زنان و نیاز آن‌ها گزارش نگردید(۱۱). بهداشت قاعده‌گی در میان ابعاد بهداشت زنان، از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا تمامی زنان در سنین باروری معمولاً هر ماه یک بار آن را تجربه می‌کنند و در هنگام رخ دادن زلزله به علت قرار گرفتن زنان در دوره طولانی از اضطراب و کشمکش‌های محیطی، بروز اختلالات قاعده‌گی و پیامدهای روحی روانی ناشی از آن افزایش می‌یابد(۱۲). بنابراین علی‌رغم ضرورت پرداختن به این بعد سلامت، مطالعات اندکی به بهداشت قاعده‌گی زنان در زلزله پرداخته است(۳) و این در حالی است که پژوهش به عنوان ابزاری جهت تامین اطلاعات مبنی بر جامعه برای هر گونه تصمیم‌گیری و تهیه دستورالعمل جهت رفع نیازها و تنگناهای سلامتی افراد در بلایا و بهبود وضعیت آن‌ها از جایگاه خاصی برخوردار است(۱۳).

هم‌چنین تاکنون پژوهش کیفی که به بررسی دقیق پدیده بهداشت قاعده‌گی زنان در بلایا پردازد، در مورد وضعیت بهداشت قاعده‌گی در زلزله در ایران نیز انجام نشده است و این در حالی است که مطالعات انجام شده حتی در شرایط عادی ابعاد اجتماعی، فرهنگی بهداشت قاعده‌گی را که به طور حتم بر وضعیت سلامت زنان در تاثیر دارد، را مورد بررسی قرار نداده‌اند. در حال حاضر از چالش‌های مهم در انتقال نتایج تحقیقات و کاربرد آن‌ها، فقدان تحلیل مفهومی و کاربردی نتایج است که رسیدن به آن نیازمند مطالعات کیفی موضوعات می‌باشد، زیرا نبود اطلاعات دقیق و کافی منجر به سیاست‌ها و برنامه‌های ناکارامد در سلامت زنان می‌شود(۱۴). که این امر باعث شده که هنگام رخ دادن بلایا، به علت نبود اطلاعات و برنامه‌های مدون، سلامت زنان از جمله بهداشت قاعده‌گی آنان مورد توجه قرار نمی‌گیرد و همواره این پرسش مطرح می‌شود که آیا موانعی جهت دریافت خدمات بهداشت قاعده‌گی در

بیش از همه شیوع دارد(۱). زلزله به علت این که بدون هشدار قبلی و با حجم وسیع رخ می‌دهد، زیر ساخت‌های اجتماعی و سلامتی زیادی را تخریب می‌کند و به علت نبود پژوهش‌های لازم در این زمینه، هنگام بروز آن ارائه خدمات بهداشتی درمانی با مشکلات عملده‌ای همراه می‌شود(۳). خدمات بهداشتی بر پایه جنسیتی در بلایا از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا زنان علاوه بر محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی که در دریافت خدمات سلامتی دارند، نیازهای خاص بهداشتی مربوط به دوران قاعده‌گی، بارداری و شیردهی را نیز دارا می‌باشند، که این امر باعث می‌شود که در میان گروه‌های آسیب‌پذیر، زنان بیش از همه دچار مشکلات جسمی و روانی در بلایا شوند(۴).

زنان از ارکان مهم سلامت خانواده و جامعه باشند(۵) و پرداختن به ابعاد سلامت آن‌ها از برنامه‌های مهم بهداشت باروری محسوب می‌شود(۶). زنان به علت شرایط فرهنگی، اجتماعی و عهده دار شدن نقش همسر و مادر در زمان بلایا بیش از همه افراد آسیب می‌یابند(۷). هم‌چنین میزان عفونت‌ها، سوزش و مشکلات قاعده‌گی در زمان بلایا در زنان افزایش می‌یابد(۸). در زمان قاعده‌گی به علت باز بودن سرویسکس، احتمال عفونت افزایش می‌یابد، به طوری که مطالعات اخیر نشان می‌دهند که پژوهش در زمینه بهداشت زنان در بلایا لازم و ضروری است(۳). هم‌چنین توجه به ارائه خدمات بهداشتی به زنان در زمان حوادث طبیعی یکی از اولویت‌های مطرح شده از طرف جمیعت سازمان ملل متحده برای کشور ایران در طول سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۱۵ می‌باشد(۹). در حال حاضر پژوهشی که به شناسایی برداشت زنان از بهداشت قاعده‌گی‌شان در ایران در زمان بروز بلایا پردازد، وجود ندارد. تنها در مطالعه اردلان به افزایش بروز اختلالات قاعده‌گی در زلزله اشاره شده است(۳)، در زلزله آذربایجان شرقی علی‌رغم پرداختن به ابعاد سلامت فردی و محیط(۱۰)، بهداشت زنان به طور دقیق مورد بررسی قرار نگرفته است. در یک مطالعه

داشتند. معیارهای ورود شامل سن ۱۸ تا ۴۵ سال، تکلم به زبان فارسی و همچنین علاقمندی برای شرکت در مطالعه بود. مشارکت کنندگان از زنانی که در مناطق زلزله زده زمان خراسان جنوبی زندگی می‌کردند، انتخاب شدند. این زلزله با قدرت ۵/۵ ریشتر در تاریخ ۱۵ آذر ۱۳۹۱ در زمان واقع در استان خراسان جنوبی رخ داد.

همچنین از افراد ارائه دهندهای خدمت نیز مصاحبه شد. مصاحبه‌ها در مکانی آرام (داخل کانکس یا بیرون از خیمه فرد) انجام شد. زمان تقریبی مصاحبه از قبل به افراد گفته شد و به طور میانگین ۴۵ دقیقه طول کشید و در صورت نیاز، مصاحبه‌ها تکرار می‌شد و تا زمان اشباع مفاهیم ادامه یافت. در این مطالعه نمونه‌گیری هدفمند بود. نمونه‌گیری بر اساس مفاهیمی صورت می‌گیرد که در خلال تحلیل ظهور یافتد. نمونه‌گیری و مصاحبه تا زمانی ادامه پیدا کرد که فرایند تجزیه و تحلیل و اکتشاف به اشباع نظری رسید. ضمناً مصاحبه توسط یک خانم که همان پژوهشگر اصلی دانشجوی دکترای بهداشت باروری بوده انجام شده است که از نظر قومیت با افراد مشابه بوده است.

مصاحبه‌ها، با کسب اجازه از افراد، ضبط شده و در غیر این صورت یاداشت‌برداری شد و در اولین فرصت، پیاده شده و توسط محقق چندین بار خوانده شد. در فرایند تحلیل، کد گذاری باز و محوری انجام شد. هر مصاحبه به طور جداگانه و قبل از مصاحبه بعدی مورد تحلیل قرار می‌گرفت. جهت کد گذاری متن مصاحبه چندبار توسط پژوهشگر مطالعه و مفاهیم اصلی به شکل کدنوشته می‌شد. سپس کدھایی که اشتراکات مفهومی داشتند، در یک گروه قرار گرفتند تا بدین ترتیب زیر طبقه و طبقه شکل گرفت. جهت تایید دقت داده‌ها، با استفاده از معیارهای چهار گانه لینکلن و گوبا (۱۹۸۵)، قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تایید و انتقال داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت (۱۷).

برای اطمینان از قابلیت اعتماد داده‌ها، پژوهشگر متن چند مصاحبه را به فاصله چند روز خوانده و دوباره

زمان بروز بلایا وجود دارد که منجر به رفتارهای بهداشتی نامطلوب در زنان گردد؟ مطالعه حاضر، با هدف شناخت ادراکات و تفاسیر زنان از مفهوم بهداشت قاعده‌گی و ابعاد آن در زمان زلزله انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه بارویکرد کیفی نفسی و به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. روش تحقیق کیفی بهترین روش برای کشف تفاسیر افراد از پدیده‌ها و توصیف تجربیات می‌باشد (۱۵) و در این میان تحلیل محتوای کیفی، جهت شرح پدیده و بیان واکنشی احساسی افراد کاربرد دارد (۱۶). در این مطالعه، اطلاعات به طور مستقیم و حقیقی از دیدگاه‌های منحصر به فرد مشارکت کنندگان بدون نیاز و تعهد به طبقات، تئوری‌های موجود و یا از پیش تعیین شده به دست آمد. روش جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق فردی بدون ساختار با ۱۴ خانم با تجربه زندگی در مناطق زلزله زده و ۷ نفر افراد ارائه دهنده کن خدمت (۲ نفر ماما، یک پزشک؛ یک بهورز، یک نفر بهداشت محیط، یک کارشناس روانشناسی یک نفر مدیر مرکز بحران) در طی ۷ ماه در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ابتدا مصاحبه‌ها با یک سوال کلی "آیا در شرایط ایجاد شده پس از زلزله، عادت ماهیانه شدید؟ وضعیت بهداشتی شما چگونه بود؟ لطفاً وضعیت خودتان را توضیح دهید؟ چه خدمات بهداشتی برای شما ارائه شد؟ و در صورت نیاز از سوالات عمق دهنده مثل "می‌شود در این مورد توضیح دهید؟" انجام شد. در ۵ مورد مصاحبه‌ها مجدداً تکرار شد. علت تکرار مصاحبه‌ها نبود شرایط یا زمان مناسب برای مصاحبه‌ها و عدم اطمینان واحدهای پژوهشی در مراحل اولیه بوده است. در مواردی هم که ابهامی در متن بیان شده توسط فرد وجود داشت، مجدداً از فرد مصاحبه شد.

نمونه‌های پژوهش، زنان و دخترانی بودند که در سینین باروری بودند و در منطقه زلزله زده حضور

دروномایه‌ها شامل: "تشدید شکایات قاعده‌گی، کمبود خدمات بهداشت قاعده‌گی و مشاوره"، "تابوهای فرهنگی و باورهای بومی تاثیرگذار بر رفتار بهداشتی"، "نگرش مدیریتی ناکارآمد در بهداشت زنان در زلزله" و "رهاسازی خود مراقبتی قاعده‌گی" بود (جدول شماره ۱).

#### تشدید شکایات قاعده‌گی زنان در بلا

تشدید شکایات قاعده‌گی در این مطالعه شامل طبقه‌های "تشدید ابعاد مشکلات قاعده‌گی زنان" و "بروز مشکلات روحی روانی مرتبط با قاعده‌گی" بود. مشکلات قاعده‌گی اعم از مشکلات اختلالات قاعده‌گی، مشکلات دستگاه تناسلی و مشکلات جسمی بود. شکایات روحی روانی عبارت بودند از واکنش‌های شناختی اعم از آشفتگی روانی، مشغولیت ذهنی و احساس ناکامی و واکنش‌های عاطفی هیجانی شامل ترس و اضطراب، خستگی و درماندگی و احساس تنهایی.

لازم به ذکر است که در مصاحبه‌ها این مشکلات مکرر بیان می‌شد بعنوان نمونه خانم مجرد ۱۹ ساله در این خصوص گفت:

"این قدر درد داشتم که واقعاً نمی‌دونستم چه کار کنم، پاهام درد می‌کرد و حالت تهوع داشتم، قبل این طوری نبودم". "خانم‌ها وقتی زلزله رخ می‌ده، کلا دیر پاک می‌شوند. من خودم لکه بینی ام بیشتر از یک ماه ادامه داشت" (خانم ۳۸ ساله).

#### کمبود خدمات بهداشتی و مشاوره قاعده‌گی

درخواست خدمات بهداشت قاعده‌گی و مشاوره در این مطالعه از طبقه‌های "نیاز به امکانات و خدمات بهداشت قاعده‌گی، "نبود منابع انسانی کارآمد" نیاز به آموزش و مشاوره" بود.

عدم دسترسی به امکانات به گونه‌ای بود که خانم‌ها بیان می‌کردند "همه چیز بود ولی نوار بهداشتی نمی‌آوردند" (خانم ۳۳ ساله و خانم ۱۸ ساله). یکی از ارائه دهنگان خدمت بیان نمود: "تویی انباری مانوار بهداشتی نیست، باید خریداری می‌شد، برای همون شاید تویی

کدگذاری کردند و کدهای به دست آمده با کدهای اولیه مقایسه شد و با به دست آمدن کدهای مشترک، قابلیت اعتماد داده‌ها تایید شد. کدها توسط دو پژوهشگر کیفی دیگر که از اساتید راهنمای پژوهشگر اصلی بودند، نیز بازبینی و بررسی شد. برای اطمینان از قابلیت تایید یافته‌ها، کلیه مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها در اختیار اساتید قرار گرفت تا توافق درباره کدهای به دست آمده مشخص گردد. این عوامل جهت صحت و پایایی داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. بدین ترتیب محقق مدت طولانی و مکرر در منطقه حضور داشت تا درک درستی از محیط و شرایط ایجاد شده برای محقق فراهم گردد و هم‌چنین افراد جهت دادن اطلاعات به او اطمینان نمایند. هم‌چنین متن مصاحبه به شرکت کنندگان بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها اطمینان شود و کدهایی که مطابق با نظر آن‌ها نبود، اصلاح شود. هم‌چنین متن مصاحبه‌ها در اختیار افراد کارشناس در زمینه تحقیق قرار گرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده به چند نفر از اعضاء هیئت علمی داده شد و جهت انتقال‌پذیری داده‌ها دقت کافی به عمل آمد تا نقل قول‌های زنان به‌طور دقیق ارائه گردد. جهت شرکت واحدهای پژوهش از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و ضبط صدا با اجازه افراد صورت گرفت. تمامی اطلاعات مصاحبه محترمانه باقی ماند. این مطالعه بخشی از پایان نامه دکتری است که کمیته اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی تریست مدرس آن را تایید کرده است.

#### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد درک زنان از بهداشت قاعده‌گی در مناطق زلزله زده شهر زهان منجر به ظهور ۲۲۸ کد زمینه‌ای شد که بعد از ادغام کدهای مشابه، کد اولیه و طبقه و درون مایه ایجاد گردید و پژوهشگران و مشارکت کنندگان درباره معنای داده‌ها، درون مایه اصلی، طبقه‌ها، محتوا و نام آن‌ها به توافق رسیدند.

## جدول شماره ۱: درون مایه ها، طبقات، زیر طبقات و کدهای مریوط به بهداشت قاعدگی در بلايا

کد	زیر طبقه	طبقه	درونمایه
تشدید درد قاعدگی ناظم ترشدن قاعدگی در بلايا نسبت به وضعیت عادی افزایش لکه بیتی علم عادت شدن در طی چند ماه بعد از زلزله بروز سوزش و خارش بعد از زلزله دانش ترشحات باوی ناطلوب دستگاه تاسلی بروز نهنج زبان در قاعدگی در منطقه زلزله تشدید کم خونی و ضعف در قاعدگی بروز سرگیجه در زنان زلزله زده	تشدید اختلالات دوره قاعدگی	تشدید اختلالات دوره قاعدگی	تشدید ابعاد مشکلات بهداشتی قاعدگی در زلزله
بروز آشتهنگی روانی بعد از زلزله مشغولیت دهنده داشتن به دنال زلزله تشدید احساس ناکامی بعد از زلزله ترس و اضطراب مدامون پس از زلزله افزایش احساس خستگی و درمانگی داشتن تشدید بروز احساس تهای پس از زلزله در قاعدگی	بروز واکنش های شناختی بروز شکایات روحی روانی مرتب با قاعدگی در منطقه زلزله زده	بروز واکنش های عاطفی هیجانی	تشدید شکایات قاعدگی زنان در بلايا
نیاز به خدمات مشاوره ای نیاز به کاهش عالمی تلقی قبل از عادت ماهیانه نیاز به آگاهی در زمینه بهداشت قاعدگی درخواست اطلاعات بهداشت شخصی در قاعدگی علم اطاع از احکام شرعی در ارتباط با قاعدگی	نیاز به آموزش و مشاوره نیاز به آموزش و آگاهی	نیاز به ارائه امکانات و خدمات بهداشت قاعدگی در دسترس در منطقه	نیاز به خدمات بهداشت قاعدگی و مشاوره در مناطق زلزله زده
مشکلات پوشک بهداشتی زنان در منطقه زلزله زده نیود پوشک مناسب قاعدگی نیود نوار بهداشتی نیاز به حمام مناسب دستوری مخصوص خاتم ها نیود دفع بهداشتی زبان ها در منطقه	مشکلات پوشک بهداشتی زنان در منطقه زلزله زده مشکلات بهداشت محیط منطقه زلزله زده	نیاز به ارائه امکانات و خدمات بهداشت قاعدگی در دسترس در منطقه	نیود خدمات بهداشت قاعدگی و مشاوره در مناطق زلزله زده
نیاز به ارائه ارائه دهنده خدمت در مناطق زلزله زده نیاز به پوشک خاتم نیاز به بیورز خاتم نیاز به کارشناس مامایی نیاز به نیروهای توانسته نیاز به متخصص زنان	نیود نیروهای متخصص در منطقه زلزله زده	نیوزیریو انسانی کارآمد	
سعی در مخفی کردن قاعدگی احساس گاهه داشتن نگران شدن از قاعدگی خشجات کشیدن روود اوایسی با مادر در ارتباط با قاعدگی	احساس و نگرش ناطلوب به قاعدگی ارعات و باورهای بومی نادرست نسبت به قاعدگی باورهای بومی در ارتباط با بهداشت قاعدگی در زلزله	نگرش و رفتار ناطلوب در مورد قاعدگی	تابوهای باورهای فرهنگی بومی تائیر گنار بر رفتارهای بهداشتی قاعدگی در زلزله
شمنه بودن از عدم انجام تکاليف شرعی نایاک داشتن زنان موافق قاعدگی تحمل درد علم مصرف مسکن نزفون به حمام در قاعدگی نزفون در اجتماع موافق قاعدگی غلانی خوب خوردن در زمان قاعدگی استراحت کردن در زمان قاعدگی	عدم نیاز سنتی بهداشتی از زنان در بلايا دیدگاه مردانه در ارائه خدمات در زلزله	نقش منفعل زنان در ارائه و دریافت خدمات بهداشتی در زلزله	نگرش مدیریتی ناکارآمد خدمات بهداشت قاعدگی در زلزله
عدم پیگیری زنان علم پیگیری و سابلی بهداشتی مورد نیاز زنان تکمیل فرم نیاز سنتی فقط توسط مردان در منطقه مرد بودن زنانه بیرون توزیع وسائل توسط مردان نه زنان علم پیگیری و سابلی بهداشتی برای زنان هزینه دار بودن درمان اختلالات قاعدگی نیوزین درمان اختلالات قاعدگی در برنامه های پر جان کشور علم ریشه یابی دقیق اختلالات قاعدگی در منطقه	عدم حمایت زنان در بعد اختلالات قاعدگی	ضعف مدیریتی در ارائه خدمات سلامت در مناطق زلزله زده	
دیر رسیدن خدمات بهداشتی زنان علم رعایت تاریخ و تقدم در ارائه خدمات به زنان عدم هماهنگی در کار گروهی خدمات علم آمادگی نیروهای در ارائه خدمات	نقص در بعد زمانی خدمات بهداشتی نیود کار تیمی مثبت در ارائه خدمات سلامت در زلزله	ضعف مدیریتی در ارائه خدمات سلامت در مناطق زلزله زده	
هزینه دار بودن دریافت خدمات درمانی قاعدگی هزینه بالای خدمات تشخيص اختلالات قاعدگی علم دسترسی آسان به خدمات بهداشتی زیادبودن هزینه حمل و نقل چهت دسترسی به خدمات پژوهشی علم پیگیری اختلالات قاعدگی تا نیزی از ضعف مالی اولویت هزینه های به درمان فرزند و همسر توسط زنان	رها نمودن درمان اختلالات عدم اولویت دادن زنان به هزینه های بهداشتی خود	رها نمودن درمان اختلالات قاعدگی ناشی از نیود هزینه	
علم پیگیری درمان اختلالات قاعدگی علم پیگیری درمان های ارائه شده اختلالات قاعدگی علم فرم بررسی اختلالات قاعدگی زنان در زلزله علم پیگیری یا نیشگی زودرس	عدم پیگیری بهداشت قاعدگی زنان عدم خود مراقبتی بهداشتی زنان در مناطق زلزله	رها سازی درمان و خود مراقبتی زنان در قاعدگی در مناطق زلزله	
مهم ندانستن نامطبی قاعدگی علم اهمیت دادن به مشکلات قاعدگی	عدم اهمیت دادن زنان به سلامت قاعدگی خود		

تابوها و باورهای فرهنگی بومی تاثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی زنان:

تابوها و باورها فرهنگی بومی شامل: نگرش و رفتار نامطلوب و باورهای بومی در ارتباط با بهداشت قاعده‌گی است. که این طبقات بدنی مخفی کردن مشکلات قاعده‌گی، عدم همیاری مادر با دختران به دلیل شرم و حیا، نگرش منفی به قاعده‌گی و باورهای بومی که از عوامل تعیین‌کننده تابوهای فرهنگی بازدارنده دریافت خدمات بهداشت قاعده‌گی زنان در بلایا می‌باشد، ظهور می‌یابد که می‌تواند قبل از رخ دادن زلزله ایجاد شده باشد "موقعی که عادت می‌شدم، دامن می‌پوشم، نوار بهداشتی هم نبود، لباسام که کشیف می‌شده، می‌شستم، کلا پیش پدرم هم خجالت می‌کشم" (دختر ۱۸ ساله). "وقتی عادت می‌شدم، احساس شرمندگی و خجالت داشتم، به همین خاطر دوست دارم عادت نشوم، به خصوص الان که همه با هم در یک خیمه هستیم" (۱۸ ساله مجرد). "من خجالت می‌کشیدم. وقتی عادت می‌شدم، احساس شرمندگی داشتم. مادرم هم خیلی توضیح نمی‌داد" (خانم ۱۸ ساله) و با یک دختر خانم دیگه "میگه ما رومون نمی‌شه از مادرم سوال بپرسم" (دختر ۱۸ ساله). در این رابطه یک مادر بیان نمود "یک کمی به دخترم می‌گویم ولی خیلی روم نمی‌شه، مگم شرمش نریزه" (مادر دختر ۱۸ ساله). دختر خانمی ۱۸ ساله بیان می‌کند "چندین بار تصمیم گرفتم که بپرسم چرا عادت نمی‌شم، چون قبل از مرتب عادت می‌شدم، ولی روم نمی‌شد. این خانم‌ها که برای مشاوره می‌اویندند، بیشتر گروه گروه زنان را جمع می‌کردند و سوال و جواب می‌کردند". بهداشت قاعده‌گی مانند هر رفتار بهداشتی دیگر تحت تاثیر شرایط بومی قرار می‌گیرد.

باورهای بومی نادرست در ارتباط با قاعده‌گی که این گونه بیان می‌شود "درد دارم، ولی قرص نمی‌خورم. میگن آگه درد قاعده‌گی روتتحمل کنی، زایمان راحت‌تری دارم" (خانم ۲۱ ساله). هم‌چنین یک خانم بیان می‌کند "وقتی که همون موقع زلزله عادت شدم، موقع عادت

روزای اول نشنه توزیع کرد" (بهورز مرد ۳۶ ساله). "موقع زلزله به خصوص روزهای اول که کمک‌ها او ملده بود، نوار بهداشتی نبود. زنان خیلی نیاز داشتند هم برای خودشون و هم برای بچه‌هایشون" (۳۵ ساله مرد ارائه‌دهنده خدمت). "ما موقع عادت چند تا شلوار می‌پوشیدیم، نوار بهداشتی و لباس زیر نداشتیم، ولی لباس و شلوار زیاد آورده بودند" (خانم ۴۱ ساله).

در ارتباط با نیاز به آموزش و مشاوره این گونه نیز بیان می‌شود که اکثر آن‌ها به خاطر واکنش‌های شناختی از قبیل آشفتگی روانی، مشغولیت ذهنی داشتن و احساس ناکامی و واکنش‌های عاطفی و هیجانی از قبیل ترس و اضطراب، خستگی و درماندگی، احساس تنایی و احساس گناه، نیازمند خدمات مشاوره ای نیز بودند. یکی از خانم‌ها بیان می‌کند "این قدر به هم ریخته بودم که واقع‌نمی‌دونستم چه کار می‌کنم، هم‌ش مضری بودم، حواسم به تاریخ عادتی یام نبود، خیلی به هم ریخته بودم" (خانم ۲۷ ساله متاهل).

"استرس همه خانم‌ها را گرفته بود، رفتتم دکتر گفت: لکه بینی ات به خاطر استرسه، ولی هر کار می‌کنم نمی‌تونم استرس رو کم کنم" (خانم متاهل ۲۴ ساله). رخ دادن زلزله و ایجاد شرایط استرس زا باعث ایجاد مشکلات روحی روانی برای زنان می‌شود که میزان شدت بروز آن با ارائه خدمات بهداشت باروری ارتباط دارد. یکی از معیارهای مهم خدمات بهداشت باروری در بلایا، حضور نیروهای ارائه‌دهنده خدمت می‌باشد. در ارتباط با نیاز به کارشناس مامایی و پزشک خانم نیز یکی از دخترها این گونه می‌گوید "واقع می‌خواستیم بریم پیش دکتر چون خیلی وقت بود که عادتم عقب افتاده بود، ولی اینایی که او ملده بودند، مرد بودند" (خانم ۱۹ ساله). هم‌چنین به نظر می‌رسد مولفه‌های فرهنگی و بومی نیز تاثیرگذار می‌باشد، تابوهای فرهنگی و باورهای بومی بازدارنده: درون مایه فوق بیان‌گر این است که زنان نیازهای مربوط به قاعده‌گی خود را به خاطر شرم و حیا مخفی نگه می‌دارند.

آنتی بیوتیک و مسکن می آوردند. پزشک هم هر روز می اومد، ولی هر چه پیشنهاد می دادیم که پزشک خانم یا کارشناس مامایی بیاورند که بتونه کارهای بیشتری برای زنان انجام بده، کسی جوابگو نبود" (کاردان مامایی).

رها سازی درمان و خود مراقبتی زنان در منطقه زلزله زده این درونمایه بدنیال رها نمودن درمان اختلالات قاعده‌گی و عدم خود مراقبتی بهداشتی زنان ظهور می‌یابد به طور مکرر خانم‌ها بیان می‌نمودند که به خاطر نداشتن هزینه درمان و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خود را رها نموده بودند یکی خانم ۲۸ ساله می‌گوید: "درآمد ما از کشاورزی است و قبل از زلزله برداشت خوبی نداشتیم اون پولی هم که از کیته امداد به ما کمک شد برای درمان بیماری بچه و شوهرم خرج کردم دیگه نمی‌تونم برای لکه بینی برم بیش دکتر باهاش می‌سازم"

## بحث

این مطالعه با هدف شناخت ادراک و تجربیات زنان از مشکلات بهداشت قاعده‌گی آنان در زمان بلایا صورت گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد زنان در دوران قاعده‌گی در مناطق زلزله زده جهت استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در بسترهای از موانع و باورهای بومی و فرهنگی بازدارنده، نبود خدمات بهداشتی و مشاوره قاعده‌گی، دیدگاه مدیریتی ناکارآمد و رهاسازی خود مراقبتی دوران قاعده‌گی قرار گرفته و تصمیم‌گیری می‌کنند. این چالش‌های بهداشت قاعده‌گی همراه با شرم و حیا و احساس گناه از انجام ندادن تکالیف شرعی و عدم دسترسی به وسایل و پوشاسک بهداشتی، همراه با شرایط بحران، منجر به رفتارهای غیر بهداشتی مانند استفاده از وسایل غیر بهداشتی و افزایش بروز عفونت و آسیب‌های جسمی و هم‌چنین اختلالات روحی روانی همراه با شرایط ایجاد شده می‌شود. به طوری که همواره به علت تعارض بین دستورالعمل‌های قابل اجرا و نیازهای قاعده‌گی زنان، این نیازها بدون پاسخ باقی

این قدر درد دارم که می‌گم ای کاش مرده بودم. مادرم می‌گه قرص نخور، جوشیده می‌ده. می‌گه تحمل کن، داروها بده، ممکنه کیست بیاره" (دختر ۲۳ ساله). "از این که موقع عادت نمی‌تونم تکالیف شرعیم رو انجام بدhem، احساس گناه می‌کنم. جلوی خانواده به نماز می‌ایستم، ولی فقط حرکاتش رو انجام می‌دهم که نفهمند عادت ام" (دختر ۱۹ ساله). هم‌چنین عدم اطلاع آن‌ها در زمینه بهداشت فردی در قاعده‌گی این گونه بود: "وقتی عادت ماهیانه می‌شویم، حمام نمی‌روم" (دختر مجرد ۱۹ ساله).

## نگرش مدیریتی ناکارآمد

این درونمایه شامل: دیدگاه مردانه در بلایا، نبود امکانات بهداشت قاعده‌گی در خانه‌های بهداشت، نقص در بعد زمانی و کار تیمی بهداشت قاعده‌گی بود. آن‌چه که حائز اهمیت است علی‌رغم ارائه خدمات متعدد در مناطق زلزله زده، ولی باز هم مشکلات در ارائه خدمات بهداشتی به زنان وجود داشت. یکی از خانم‌ها بیان می‌کند "فرم نیازها توسط مردا همدون جا پر می‌شد و نوار بهداشتی را نمی‌گفتند" (خانم ۳۸ ساله).

"همه چیز توسط مردان گفته می‌شد، کمتر این مسائل زنان دیده می‌شد" (بهورز خانم ۳۷ ساله). "خانه‌های بهداشت بر اساس فرم باید وسایل مربوط به بهداشت قاعده‌گی رو داشته باشد، ولی نه حالا و نه قبل از زلزله این‌ها در خانه بهداشت نبود" (بهورز مرد ۳۸ ساله). در ارتباط با عدم پیگیری نیازها و نبود کنترل بر اجرائیات، یک خانم بیان نمود "ما به خانومایی که برای صحبت کردن با ما می‌آمدند می‌گفتیم نوار بهداشتی نیاز داریم اما با دفعه بعد یک خانم دیگه می‌آمد و کسی پیگیر نبود" (خانم ۳۸ ساله). هم‌چنین یکی از بهورزهای منطقه این گونه می‌گوید "ما در خواست کارشناس مامایی یا پزشک خانم می‌کردیم. همین نوار بهداشتی هم یک مسئله بود. برای زنان و کودکان هفته‌های اول همه چیز می‌آوردند جزء نوار بهداشتی". یکی از پرسنل ارائه‌دهنده خدمت بیان می‌کند "به مقدار زیادی

در زمان بلایا احتمال لکه بینی و طولانی شدن دوران قاعده‌گی افزایش می‌یابد<sup>(۷)</sup>. هم‌چنین عالیم قاعده‌گی از جمله درد هنگام قاعده‌گی در زلزله ژاپن در زنان افزایش نشان داد<sup>(۲۶)</sup>. هم‌چنین تغیراتی در بی نظمی سیکل قاعده‌گی زنان نسبت به قبل از رخ دادن زلزله گزارش شد<sup>(۲۷)</sup>. بروز این اختلالات در مطالعه حاضر نیز مبنی بر تشدید شدن علائم قاعده‌گی تایید گردید. مجموعه این نتایج نشان می‌دهد که نیاز به خدمات بهداشتی در این دوران افزایش می‌یابد. هم‌چنین وضعیت بهداشت فردی زنان در این دوران بر میزان باروری آنان و حاملگی خارج رحمی و غونت‌های دستگاه تناسلی اثر گذار می‌باشد<sup>(۲۸)</sup>. هم‌چنین رخ دادن بلایای طبیعی، دریافت خدمات بهداشتی گروه آسیب پذیر از جمله زنان را دچار مشکل می‌کند<sup>(۲۹)</sup> و تلاش جهت رفع نیازهای بهداشتی زنان در زمان زلزله، میزان بروز اختلالات روحی روانی را در آنان کاهش می‌دهد<sup>(۱۱)</sup>. زیرا بین اختلالات قاعده‌گی ایجاد شده در زلزله با مشکلات روحی روانی بالاخص در دختران نوجوان ارتباط وجود دارد<sup>(۳۰)</sup> و تمامی این فرایندها جزء حقوق بهداشت باروری زنان محسوب می‌شود<sup>(۳۱)</sup>. آن چه که بر اساس یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعات، قابل تأمل است عدم ارائه خدمات بر پایه نیاز به زنان می‌باشد و این امر را می‌توان در حضور کم‌توان زنان در عرصه‌های مدیریت بحران دید، به‌طوری که این عدم حضور زنان در برنامه‌ریزی‌ها و سازماندهی‌های قبل و حین بلایا باعث شده است که نیازهای زنان درک نشود. هم‌چنین این مطالعه نشان داد که زنان و دختران از بیان نیازهای بهداشت قاعده‌گی خود احساس شرم و حیا دارند و این مسئله منجر به نیازهای برآورده نشده بهداشتی زنان در بلایا شود و باعث می‌شود که آنان در بازگشت به شرایط عادی بیش از سایر گروه‌ها چالش‌هایی را تجربه کنند<sup>(۲۷)</sup>. در این مطالعه، زنان در زمان بلایا انتظار داشتند که علی رغم دریافت نیازهای بهداشتی خود، پوشش بهداشتی و اطلاعاتی آموزش و مشاوره‌ای

می‌ماند و این در حالی است که علی رغم وجود برنامه‌های تدوین یافته به خاطر ماهیت خاص بلایا، معمولاً ارائه نیازها دچار اختلال می‌شود و این امر در مورد گروه آسیب پذیر زنان بیش از همه قابل شهود است، زیرا معمولاً به خاطر عدم حضور متعادل زنان در برنامه‌های مدیریتی و اجرایی نیازهای خاص از جمله بهداشت قاعده‌گی آنان درک و اجرا نمی‌شود. هم‌چنین بینش خود زنان نیز که در بستری از شرایط بومی و آگاهی ایجاد می‌شود، رفتارها و نگرش آنان را قبل از بلایا نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد، به طوری که در یک مطالعه ۱۹ درصد زنان قاعده‌گی را عامل دردرس و نگرانی<sup>(۱۸)</sup> و در مطالعه الفت و همکاران<sup>(۲۰۰۸)</sup>، ۸۳ درصد از تغییرات مربوط به قاعده‌گی، احساس تنفس و نگرانی داشتند<sup>(۱۹)</sup>. در مطالعه دیگری ۱۴/۸ درصد زنان نیازمند خدمات آموزشی بهداشتی و مشاوره ای در بلایا بودند<sup>(۲۰)</sup> و این در حالی است که نبود تحصیلات و آگاهی در زنان، کیفیت زندگی آنان را در زلزله دچار مشکل کرده بود<sup>(۲۱)</sup>. هم‌چنین نیروهای ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری نیز کارامدی خود را جهت ارائه خدمات به زنان هنگام زلزله در حد متوسط اعلام نموده‌اند<sup>(۲۲)</sup> و در زلزله زهان بخش عمده ارائه خدمات بهداشت باروری تنها به عهده یک بهورز مرد بود<sup>(۲۳)</sup> که این نتایج می‌توانند مشکلات ایجاد شده در بهداشت قاعده‌گی زنان در بلایا را تایید نمایند، زیرا عدم وجود آگاهی و نبود نیروهای کارامد با رویکرد جنسیتی، می‌تواند زنان را در دریافت خدمات دچار مشکل نماید. در این مطالعه نیز مشارکت کنندگان بر عدم آگاهی و حساسیت‌های فرهنگی تأکید داشتند. سایر مطالعات نشان می‌دهند که عدم آگاهی، عامل موثر بر رفتارهای بهداشتی دختران در دوران قاعده‌گی است<sup>(۲۴)</sup> و زنان به خاطر مسائل فرهنگی و اجتماعی در بلایا جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و ندیدن نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر در بلایا، زنان و کودکان را در برگشت به زندگی عادی دچار مشکل می‌کند<sup>(۲۵)</sup>.

نیازهای واقعی آنان، در زمان بحران ضروری است، تا بتوان بدین ترتیب دسترسی زنان را جهت دریافت خدمات بهداشت باروری در زمان بلایا هموار ساخت. زیرا همواره رفع نیاز بهداشت قاعده‌گی زنان در بلایا جزء اصول منشور حقوق انسانی در بلایا محسوب می‌شود و دولت‌ها موظف به رفع این نیازها می‌باشند. علی‌رغم اجرای کارگاه‌های آموزشی بهداشت باروری در بلایا، مباحثت بهداشت قاعده‌گی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه در شرق ایران به صورت کیفی انجام شد. لذا این مطالعه نیز محدودیت تعیین‌پذیری نتایج را ماند سایر مطالعات کیفی دارد. لذا لازم است مطالعه در مکان‌های دیگر هم انجام گردد و با توجه به این که تدوین و اجرای برنامه‌های کارامد جهت ارائه خدمت به زنان در زمان بلایا، تنها از طریق دسترسی به اطلاعات مبتنی بر انجام پژوهش امکان‌پذیر است، لازم است محققین در این زمینه تحقیقات کاربردی انجام دهند تا اطلاعات ارزشمندی برای سیاستگذاری و ارائه خدمت فراهم شود.

## سپاسگزاری

این مقاله قسمتی از نتایج پایان نامه دکتری بهداشت باروری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس است. از تمامی مسئولین محترم دانشگاه تربیت مدرس تقدیر و تشکر می‌شود همچنین از مسئولین و پرستنل محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان زیر کوه بالاخص جناب آفای برفری جهت همکاری و موافقت با انجام مصاحبه در محیط تشکر به عمل می‌آید محققان سپاس خود را از تمامی واحدهای پژوهش جهت شرکت در مطالعه اعلام می‌نمایند.

## References

- Guha-Sapir D, Hoyois Ph, Below R. Annual Disaster Statistical Review 2012: The numbers and trends. Brussels: CRED; 2013.
- Bartels SA, VanRooyen MJ. Medical complications associated with earthquakes. Lancet 2012; 379(9817): 748-757.
- Ardalan A, Holakouie Naieni K, Aflatounian M, Nekouie M, LaPorte R, Noji E. Experience of a population- based study on needs and health status of affected people in

در این زمینه نیز دریافت نمایند که مبین نیاز و تلاش زنان جهت افزایش آگاهی و بهبود وضعیت سلامتی خود می‌باشد. مطالعات انجام شده درمورد بهداشت زنان در بلایا نیز بر عدم آگاهی افراد جهت دریافت خدمات بهداشتی در بلایا و ضعف خودکارامدی نیروهای ارائه دهنده خدمات در بلایا (۲۲) تاکید دارند و این در حالی است که نبود اطلاعات کافی در زمینه قاعده‌گی، احتمال رفتارهای پر خطر را افزایش می‌دهد (۱۹). عدم برآورده کردن نیازهای زنان در بلایا باعث افزایش مرگ و میر زنان نسبت به مردان و قرار گرفتن آنها در معرض خشونت می‌شود و بنیان خانواده‌ها را دچار آسیب می‌کند (۳۲) و در نهایت جامعه‌ای که به دنبال زلزله یک بحران را تجربه کرده است، بحران بعدی ناشی از آسیب دیدن زنان را نیز تجربه خواهد کرد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پژوهشگران این مطالعه بر این باورند که نتایج این پژوهش مبین شکایات تشیدیه شده قاعده‌گی در زلزله، به دنبال شکایات تشیدیه شده جسمی، روحی و روانی و تابوهای فرهنگی و باورهای بومی بازدارنده، پیامد نگرش منفی به قاعده‌گی، شرم و حیا و باورها و نگرش‌های بومی بازدارنده بود. هم‌چنین نبود امکانات بهداشت قاعده‌گی و مشاوره و رها سازی خود مراقبتی قاعده‌گی زنان در زلزله، یافته تاییدی است بر نیاز به اجرای و برنامه‌ریزی واقع بینانه، برای زنان در زمان بلایا، نسبت به مشکلات بهداشتی آنان که در حال حاضر، زنان در مناطق آسیب دیده با آن مواجهند. لزوم تغییر در نگرش‌های اجتماعی زنان و مردان و حذف رفتارهای غیر بهداشتی زنان از طریق برنامه‌های آموزشی و دستورالعمل‌هایی با دیدن

- Bam earth Quake. IRJE 2005; 1(1,2): 33-45.
4. Ghanbari Zarandi Z, Goodarzi M. The effectiveness of group consultation by meaning therapy on improving general health in earth quick injured women. J of Women Studies 2008; 2(4): 57-66 (Persian).
  5. Richter R, Flowers T. Gendered dimensions of disaster care: critical distinctions in female psychosocial needs, triage, pain assessment, and care. Am J Disaster Med 2008; 3(1): 31-37.
  6. Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. Confl Health 2015; 9(1): 1-14.
  7. Hernandez M, Schneider K, Welle E. Impact of the Tsunami on reproductive health. J R Soc Med 2005; 98(9): 400-403.
  8. Liu S, Han J, Xiao D, Ma C, Chen B. A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. Int J Gynaecol Obstet 2010; 108(2): 161-164.
  9. Ardalan A, SHamsi T. Disaster Management guide the community based on the participation of women. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: NGOs; 2007. (Persian)
  10. Fatemi F, Mohammadi H, Ardalan A, Naddafi K. Assessment of environmental health in the 2012 East Azerbaijan earthquake. IJHE 2013; 6(2): 177-186 (Persian).
  11. Anwar J, Mpofu E, Matthews LR, Shadoul AF, Brock KE. Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. BMC Public Health 2011; 11: 523.
  12. Ahmadi B, Farzadi F, Alimohamadian M. Women's health in Iran: issues and challenges. Payesh 2012; 11(1): 127-137 (Persian).
  13. Cooper GP Jr, Yeager V, Burkle FM Jr, Subbarao I. Twitter as a Potential Disaster Risk Reduction Tool. Part I: Introduction, Terminology, Research and Operational Applications. PLOS Currents Sisasters 2015; June 29.
  14. McGinn T. Reproductive Health of War-Affected Populations: What Do We Know? International Family Planning Perspectives 2000; 26(4): 174-180.
  15. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-1288.
  17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. 1<sup>st</sup> ed. Newbury Park, London, New Delhi: International Educational and Professional Publisher; 1985.
  18. Ahmadi B, Malekafzali H. Survey of health educational needs of adolescent girls (third high school girls) in tehran. Iranian Journal of Public Health 1999; 28(1-4): 27-38 (Persian).
  19. Aligholi S. A study on educationai needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. Jof Qazvin Uni Med Sci 2008; 12(2): 76-82 (Persian).
  20. Simpson ME, Quinones M. Reproductive Health Assessment after Disaster (RHAD) in Four Illinois Counties. Graham: Graham Hospital School of Nursing Canton, Illinois. 2013. p. 1-24.
  21. Valenti M, Masedu F, Mazza M, Tiberti S, Di Giovanni C, Calvarese A, et al. A longitudinal study of quality of life of earthquake survivors in L'Aquila, Italy. BMC Public Health 2013; 13: 1143.
  22. Taghizadeh Z, Kazemnejad A, Koshknaz M, Abdolahi S. Self-efficacy midwives to

- provide reproductive health services, Tehran-1392. Journal of Rescue & Relief 2014; 6(3): 81-90 (Persian).
23. Ardalan A, Babaie J, Azam Shaterzadeh M, Ronaghi M, Mehdizadeh K, Hamidirad H, et al. Response of public health system to 5 december 2012 south khorasan earthquake: a case study. Journal of Rescue & Relief 1014; 6(2):15-20 (Persian).
24. Mobin E, Mirzaei M, Karimi M. Investigating Knowledge, Attitude, and Health Behaviour of High School Female Students Concerning Menstrual Hygiene TB 2014; 12(4): 70-78.
25. Ness RB, Hillier SL, Kip KE, Soper DE, Stamm CA, McGregor JA, et al. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2004; 104(4): 761-769.
26. Takeda T, Tadakawa M, Koga S, Nagase S, Yaegashi N. Relationship between dysmenorrhea and posttraumatic stress disorder in Japanese high school students 9 months after the Great East Japan Earthquake. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26(6): 355-357.
27. Li XH, Qin L, Hu H, Luo S, Li L, Fan W, et al. Influence of the Wenchuan earthquake on self-reported irregular menstrual cycles in surviving women. *Gynecol Endocrinol* 2011; 27(9): 706-710.
28. Swatzyna RJ, Pillai VK. The Effects of Disaster on Women's Reproductive Health in Developing Countries. *GlGlob J Health Sci* 2013; 5(4): 106-113.
29. Alipour F, Khankeh HR, Fekrazad H, Kamali M, Rafiey H, Sarrami Foroushani P, et al. Challenges for Resuming Normal Life After Earthquake: A Qualitative Study on Rural Areas of Iran. *PLoS Currents Disasters* 2014; October 17. Available from: <http://currents.plos.org/disasters/article/challenges-for-resuming-normal-life-after-earthquake-a-qualitative-study-on-rural-areas-of-iran/>. Accessed January 2, 2015
30. Liu X, Yang Y, Yuan P, Zhang X, Han Y, Cao Y, et al. A study of the relationship between mental health and menstrual abnormalities in female middle school students from postearthquake Wenchuan. *Biosci Trends* 2010; 4(1): 4-8.
31. Thom DH, Willard-Grace R, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. The impact of health coaching on medication adherence in patients with poorly controlled diabetes, hypertension, and/or hyperlipidemia: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2015; 28(1): 38-45.
32. Okonkwo JE, Obionu C, Uwakwe R, Okonkwo CV. Sources of sexual information and its relevance to sexual behaviour in Nigeria. *West Afr J Med* 2002; 21(3): 185-187.