

مراقبت های بهداشت باروری دریافت شده طی دوران معلولیت در زنان معلول جسمی حرکتی

سارا عابدی*^۱ افتخار السادات حاجی کاظمی^۲ فرشته جهدی^۲ فاطمه حسینی^۳

چکیده

مراقبت های بهداشت باروری در زنان معلول جسمی حرکتی مانند زنان سالم حائز اهمیت است. با توجه به این که زنان مبتلا به معلولیت های جسمی حرکتی برای دریافت مراقبت های بهداشت باروری دچار موانع گوناگونی می باشند این پژوهش با هدف تعیین مراقبت های بهداشت باروری دریافت شده طی دوران معلولیت در زنان معلول جسمی حرکتی انجام شده است. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که به صورت خود گزارش دهی تکمیل گردید. در این پژوهش ۲۴۱ زن معلول جسمی حرکتی ۱۵_۴۹ ساله متأهل عضو جامعه معلولین ایران که به روش سرشماری انتخاب شده بودند، نمونه پژوهش را تشکیل داده اند. نتایج بیانگر آن بود که ۳/۱ درصد از مجموع نمونه ها (۲۲۳ نفر) که در دوران معلولیت ازدواج کرده بودند، مشاوره جنسی دریافت کرده اند. و ۲/۹ درصد از کل نمونه ها (۲۴۱ نفر) مشاوره جنسی بعد از ازدواج دریافت کرده اند. مراقبت های تنظیم خانواده (به جز اندازه گیری وزن و معاینه دستگاه تناسلی در اولین مراجعه) در کمتر از ۵۰ درصد از نمونه ها انجام شده بود. همچنین معاینه در اولین مراجعه بارداری (به جز آزمایش خون و ادرار) در کمتر از ۳۷ درصد انجام گردیده بود. آموزش های دوران بارداری (به جز آموزش تغذیه و شیردهی) توسط کمتر از ۳۵ درصد از زنان مورد مطالعه دریافت شده بود. تمامی مراقبت های دوره ای بارداری (به جز ویزیت دندانپزشکی) در ۶۰_۷۵ درصد از نمونه ها انجام شده بود. انجام آزمایش پاپ اسمیر در ۱۴/۹ درصد و آموزش خودآزمایی در ۴/۶ درصد و معاینه پستان توسط کارکنان بهداشتی در ۶/۲ درصد نمونه ها انجام شده بود و هیچ کدام از زنان دارای سن بیش از ۴۰ سال جهت ماموگرافی ارجاع نشده بودند. طبق یافته های این پژوهش، درصد پائینی از زنان معلول جسمی حرکتی مراقبت های بهداشت باروری را دریافت کرده بودند. لذا توصیه می شود این مسئله مورد توجه سیستم بهداشتی و درمانی و سازمان بهداشتی کشور قرار گیرد و تسهیلات لازم برای انجام این مهم فراهم شود. همچنین بررسی موانع دسترسی زنان معلول جسمی حرکتی به مراقبت های بهداشت باروری ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: مراقبت های بهداشت باروری، توسعه بهداشت باروری، زنان معلول جسمی حرکتی

^۱ کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

در سراسر دنیا، به نیازهای بهداشت باروری زنان معلول جسمی حرکتی کم توجهی شده یا به طور کلی نادیده گرفته شده است که علت آن، شاید این تصور واهی باشد که زنان معلول از لحاظ جنسی فعال نبوده و نیاز به مراقبت‌های بهداشت باروری ندارند (Becker, Stuifbergen و Tinkle, ۱۹۹۷). در حالی که کشورهای شرکت کننده در کنفرانس جمعیت و توسعه، بهداشت باروری را در زمره حقوق بشر قلمداد کرده اند و هدف خود را دسترسی همگان به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام نموده اند (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۹۹۵). به طور کلی اعتقاد بر این است که بی توجهی به حقوق جنسی و باروری زیان‌های فراوانی برای جوامع انسانی به بار آورده است. آمارهای ذکر شده در زیر قسمتی از این زیان‌ها را نشان می‌دهند:

در سال ۱۹۹۶ طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی در سطح جهان، سالیانه حدود ۶۰۰/۰۰۰ زن به دلیل عوارض حاملگی و ۷۰/۰۰۰ زن در اثر سقط‌های غیر ایمن جان خود را از دست می‌دهند، و از ۱۷۵ میلیون مورد حاملگی در دنیا، ۷۵ میلیون مورد آن ناخواسته می‌باشد (فروتن، ۱۳۷۷). همچنین سالیانه ۵۰۰/۰۰۰ زن در دنیا به سرطان پیشرفته دهانه رحم مبتلا می‌شوند (نشریه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). بنابر این تا زمانی که حقوق باروری و جنسی انسان‌ها مورد فراموشی قرار گیرد، هر سال میلیون‌ها زن از بیماری، بی‌عدالتی و صدمات رنج خواهند برد و مرگ‌های زیادی به وقوع خواهند پیوست که

متأسفانه زنان کشورهای در حال توسعه بیش از دیگران، طعمه این محرومیت می‌باشند (ملک افضلی، ۱۳۷۸). اما در این بین، زنان معلول بیشتر مورد غفلت واقع شده اند این گروه به دلیل جنسیت و معلولیتشان دچار محرومیت مضاعفی می‌باشند. در حالی که جهان‌فر و مولای نژاد (۱۳۸۰) می‌نویسند منشا بسیاری از مشکلات جنسی، فقدان اطلاعات مورد نیاز در زمینه فیزیولوژی و پاسخ‌های جنسی انسان است. مراقب بهداشتی با ارائه آموزش و مشاوره به افرادی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند می‌تواند کمک موثری در جهت حل مشکلات آن‌ها باشد. لذا این آگاهی‌ها، بسیاری از زنان معلول را قادر می‌سازد تا قدم‌های موثر و موفق در مواجهه با مشکلات جنسی و حتی اختلافات زناشویی خود بردارند. همچنین با توجه به اینکه علی‌رغم معلولیت، توانایی باروری در زنان معلول حفظ می‌شود. بدیهی است که به مراقبت‌های تنظیم خانواده آن‌ها مانند زنان سالم و حتی بیش از آن باید توجه شود و روش‌های پیشگیری از بارداری با مشاوره لازم و با ذکر فواید، مضرات و طرز استفاده از آن‌ها به زن معلول و همسرش آموزش داده شود (Best, ۱۹۹۹). هنگام توصیه یک روش تنظیم خانواده، باید باورهای اخلاقی، شخصیت، سبک زندگی، مشخصات رفتاری و نهایتاً تمایل مددجو جهت استفاده از روش پیشنهادی، در نظر گرفته شود. (Rieve, ۱۹۸۹) و Becker و همکاران (۱۹۹۷) در این مورد می‌نویسند یک بارداری برنامه‌ریزی نشده می‌تواند زندگی زنان معلول را تهدید نماید و از نظر اجتماعی و خانوادگی آن‌ها را تحت فشار قرار

می دهند و برقراری سلامت باروری در آن ها بر سلامت خانواده و جامعه تاثیر دارد. بنابر این پژوهش حاضر با هدف تعیین مراقبت های بهداشتی باروری دریافت شده طی دوران معلولیت در زنان معلول جسمی حرکتی انجام گرفت و پاسخگویی به چهار سوال مد نظر بوده است: ۱) چند درصد از زنان معلول جسمی حرکتی، طی دوران معلولیت (هنگام و بعد از ازدواج) مشاوره جنسی دریافت کرده اند؟ ۲) چند درصد از زنان معلول جسمی حرکتی، طی دوران معلولیت مراقبت های تنظیم خانواده (مشاوره، آموزش، معاینه های فیزیکی اولیه و دوره ای) را دریافت کرده اند؟ ۳) چند درصد از زنان معلول جسمی حرکتی، طی دوران معلولیت، مراقبت های دوران بارداری (بررسی اولیه مادر، معاینات دوره ای مادر و جنین، آموزش، انجام واکسیناسیون کزاز و دیفتیری) را دریافت کرده اند؟ و ۴) چند درصد از زنان معلول جسمی حرکتی، طی دوران معلولیت مراقبت های غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم (پاپ اسمیر، آموزش خودآزمایی پستان، معاینه پستان توسط کارکنان بهداشتی، ارجاع برای ماموگرافی) را دریافت کرده اند؟

نظر به این که طبق بررسی های به عمل آمده توسط پژوهشگر تاکنون مطالعه ای در مورد مراقبت های بهداشتی باروری دریافت شده توسط زنان معلول جسمی حرکتی انجام نشده، امید است این تحقیق توصیفی زیر بنایی برای بررسی های آتی باشد و با بهره گیری از یافته های آن گامی در جهت شناخت نیازهای بهداشتی باروری زنان معلول ایران برداشته شود

دهد. این به معنای آن نیست که زنان معلول نباید باردار شوند بلکه این افراد باید توسط یک تیم بهداشتی که نسبت به معلولیت آن ها آگاهی دارند به دقت کنترل شوند. بدین ترتیب که پزشک و مامای عهده دار مراقبت از معلولان باردار، باید به خوبی از تغییرات طبیعی که در طول زایمان به وقوع می پیوندد آگاهی داشته باشد و برنامه ریزی مراقبت ها بر اساس نیازهای جسمی و روانی و با در نظر گرفتن نوع و علت معلولیت صورت پذیرد و معاینات دوران بارداری و آموزش ها متناسب با شرایط آن ها انجام شوند (Carty, ۱۹۹۸). زیرا دریافت مراقبت های بهداشتی باروری به همان اندازه که برای زنان سالم ضروری است برای زنان معلول نیز حائز اهمیت است. در غیر این صورت مادر و جنین می توانند دچار خطرات ناشی از اثر معلولیت بر بارداری و بالعکس شوند (Hoeman, ۲۰۰۲).

Foley, Welner و Nosek (۱۹۹۹) می نویسند ضرورت و اهمیت معاینه لگن برای زنان سالم و معلول یکسان است زیرا معلولیت موجب مصونیت زنان از ابتلا به سرطان های پستان و دهانه رحم نمی شود. در تائید این مطلب، نتایج تحقیقات Jackson و Wadley (۱۹۹۹) بر روی زنان دارای ضایعه نخاعی نشان داد که در زنان معلول مورد مطالعه آن ها، ۴/۰ درصد سرطان تخمدان، ۴/۰ درصد سرطان پستان، ۴/۰ درصد سرطان دهانه رحم، ۴/۰ درصد سرطان رحم و ۶/۱ درصد بیماری های فیبروکیستیک پستان وجود داشت.

با توجه به این که زنان معلول جسمی حرکتی حدود ۴/۰ درصد از کل جمعیت ایران را تشکیل

سوادی خود قادر به تکمیل آن نبودند، عین اظهارات آن ها توسط پژوهشگر ثبت گردید. برای اطمینان از تناسب ابزار پژوهش از روش اعتبار محتوی بهره گرفته شد و با نظر خواهی فردی از ده نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران، اعتبار ابزار تعیین گردید. همچنین برای اطمینان از ثبات ابزار پژوهش، از روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ زن معلول جسمی حرکتی که عضو جامعه معلولین ایران نبودند استفاده شد.

روش انجام کار به این صورت بود که پس از ارائه معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به مسئولین جامعه معلولین ایران و جلب موافقت آنان برای انجام پژوهش، ابتدا لیستی از زنان عضو حائز شرایط شرکت در پژوهش تهیه شد. سپس پژوهشگر در محل جامعه و یا در محل تشکیل جلسه های گردهمایی و در صورت نیاز در منازل نمونه ها حضور یافت و پس از شرح هدف پژوهش و اطمینان دادن به اعضای واجد شرایط در مورد محرمانه بودن اطلاعات، چنانچه آنان موافق شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه در اختیار آن ها قرار می گرفت و در صورتی که در مورد تکمیل پرسشنامه با سوالی مواجه می شدند پژوهشگر به سوال آن ها پاسخ می داد. در ضمن به آن ها تذکر داده می شد چنانچه در طی دوران معلولیت از روش های تنظیم خانواده استفاده ننموده اند به سوالات مربوط به تنظیم خانواده و اگر بارداری نداشته اند به سوالات مربوط به مراقبت های دوران بارداری پاسخ ندهند. در صورتی که نمونه ای به یکی از این دو بخش پاسخ

و توجه مسئولین و دست اندرکاران امور بهداشتی، دانشگاه ها و مراکز آموزشی و سازمان بهزیستی کشور را به نیازهای بهداشت باروری زنان معلول جلب نماید.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود که در آن یک گروه از زنان معلول جسمی حرکتی از نظر مراقبت های دریافت شده بهداشت باروری (مشاوره جنسی، مراقبت های تنظیم خانواده، مراقبت های دوران بارداری، غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم) بررسی و توصیف گردیدند. نمونه ها، ۲۴۱ زن با میانگین سنی ۳۴/۴۹ سال بودند. ۶۳/۱ درصد آن ها دارای تحصیلات متوسطه و بیش از نیمی از آن ها (۵۹/۸ درصد) در بیرون از منزل شاغل بودند. همچنین ۸۱/۷ درصد آن ها از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند و ۷۷ درصد آن ها در دوران معلولیت بارداری داشته اند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بود. این پرسشنامه شامل ۲ بخش بود. بخش اول حاوی سوالات مربوط به متغیرهای زمینه ای (سن، شغل، تحصیلات و ۰۰۰) و بخش دوم شامل سوالات مربوط به بهداشت باروری (مشاوره جنسی، مراقبت های تنظیم خانواده، مراقبت های دوران بارداری و غربالگری سرطان های پستان و دهانه رحم) بوده است. پاسخ سوالات بخش دوم به صورت "بلی یا خیر" بود. تکمیل پرسشنامه از طریق خود گزارش دهی صورت پذیرفت و در نمونه هایی که به علت معلولیت، بی سوادی یا کم

به مراکز مختلف خصوصی و دولتی مراجعه کرده بودند که ۱۰/۵ درصد آن ها برای انتخاب روش مناسب مورد مشاوره قرار گرفته بودند. همچنین ۱۱/۱ درصد از نمونه ها در مورد روش تنظیم خانواده انتخابی آموزش دریافت کرده بودند. معاینات فیزیکی اولیه و دوره ای تنظیم خانواده (به جز اندازه گیری وزن و معاینه دستگاه تناسلی) در کمتر از ۵۰ درصد نمونه ها انجام شده بود (جدول شماره ۲ و ۳).

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت معاینات فیزیکی اولیه تنظیم خانواده

معاینات فیزیکی اولیه تنظیم خانواده	بلی	خیر	جمع
تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
اندازه گیری وزن	۷۱ (۴۶/۴)	۸۲ (۵۳/۶)	۱۵۳ (۱۰۰)
اندازه گیری فشارخون	۱۴۴ (۹۴/۱)	۹ (۵/۹)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه پستان	۱۴ (۹/۲)	۱۳۹ (۹۰/۸)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه تیروئید	۴۰ (۲۶/۱)	۱۱۳ (۷۳/۹)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه قلب و ریه	۱۰ (۶/۵)	۱۴۳ (۹۳/۵)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه دستگاه تناسلی	۹۶ (۶۲/۷)	۵۷ (۳۷/۳)	۱۵۳ (۱۰۰)

در پاسخ به سوال سوم پژوهش یافته ها نشان داد که تمام معاینات در اولین مراجعه بارداری به جز آزمایش خون (۸۱/۳ درصد) و ادرار (۸۹/۱ درصد) در کمتر از ۳۷ درصد انجام گردیده بود. آموزش های دوران بارداری به جز آموزش تغذیه (۵۳/۱ درصد)، نحوه شیردهی (۵۲/۲ درصد) و فواید شیر مادر (۷۴/۵ درصد) در بقیه موارد توسط کمتر از ۳۵ درصد از زنان مورد مطالعه دریافت شده بود. تمامی مراقبت های دوره ای بارداری به جز ویزیت

نمی داد در تجزیه و تحلیل داده های همان بخش جز ۲۴۱ نفر نمونه محسوب نمی گردید. همچنین در بخش مربوط به مشاوره جنسی چنانچه نمونه ها قبل از معلولیت ازدواج کرده بودند مشمول پاسخگویی به سوال مربوط به انجام مشاوره جنسی هنگام ازدواج نمی شدند و در نتیجه در تجزیه و تحلیل داده های آن سوال جز ۲۴۱ نفر نمونه محسوب نمی گردیدند. جمع آوری اطلاعات پنج ماه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شد و از روش های آمار توصیفی استفاده گردید.

نتایج

در رابطه با هدف ویژه اول "تعیین درصد زنان معلول جسمی حرکتی که در طی دوران معلولیت (هنگام و بعد از ازدواج) مشاوره جنسی دریافت کرده اند" یافته ها در جدول شماره (۱) نمایش داده شده اند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت مشاوره جنسی

مشاوره جنسی	بلی	خیر	جمع
تعداد(درصد)	تعداد (درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
هنگام ازدواج	۷ (۳/۱)	۲۱۶ (۹۶/۹)	۲۲۳ (۱۰۰)
بعد از ازدواج	۷ (۲/۹)	۲۳۴ (۹۷/۱)	۲۴۱ (۱۰۰)

بررسی یافته های پژوهش در رابطه با دومین هدف نشان داد که ۸۱/۷ درصد (۱۵۳ نفر) از واحدهای پژوهش از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کردند از مجموع آن ها ۶۲/۵ درصد جهت دریافت مراقبت های تنظیم خانواده

دندانپزشک (۶/۸ درصد) در ۶۰ تا ۷۵ درصد نمونه ها انجام شده بود (جداول شماره ۴، ۵ و ۶).

زنان دارای سن بیش از ۴۰ سال جهت ماموگرافی ارجاع نشده بودند.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت معاینات فیزیکی دوره ای تنظیم خانواده

معاينات فیزیکی اولیه	بلی	خیر	جمع
تنظیم خانواده	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)
اندازه گیری وزن	۳۳ (۲۱/۵)	۱۲۰ (۷۴/۴)	۱۵۳ (۱۰۰)
اندازه گیری فشارخون	۴۵ (۲۹/۴)	۱۰۸ (۷۰/۶)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه پستان	۹ (۳/۷)	۱۴۴ (۹۴/۱)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه تیروئید	۱۱ (۷/۲)	۱۴۲ (۹۲/۸)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه قلب و ریه	۶ (۳/۹)	۱۴۷ (۹۶/۱)	۱۵۳ (۱۰۰)
معاینه دستگاه تناسلی	۵۱ (۳۳/۳)	۱۰۲ (۶۶/۷)	۱۵۳ (۱۰۰)

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت مراقبت های اولیه دوران بارداری

مراقبت های اولیه بارداری	بلی	خیر	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
معاینه قلب	۸۷ (۳۶/۱)	۱۰۵ (۶۳/۶)	۱۹۲ (۱۰۰)
معاینه ریه	۳۳ (۱۷/۲)	۱۵۹ (۸۲/۸)	۱۹۲ (۱۰۰)
معاینه تیروئید	۴۵ (۲۳/۴)	۱۴۷ (۷۶/۶)	۱۹۲ (۱۰۰)
آزمایش خون	۱۵۶ (۸۱/۳)	۳۶ (۱۸/۷)	۱۹۲ (۱۰۰)
آزمایش ادرار	۱۷۱ (۸۹/۱)	۲۱ (۱۰/۵)	۱۹۲ (۱۰۰)

در رابطه با سوال چهارم پژوهش نتایج حاکی از آن بود که انجام آزمایش پاپ اسمیر در ۱۴/۹ درصد، آموزش خودآزمایی پستان در ۴/۶ درصد و معاینه پستان توسط کارکنان بهداشتی در ۶/۲ درصد نمونه ها انجام شده بود. به علاوه هیچ کدام از

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت مراقبت های دوره ای مادر و جنین در دوران بارداری

مراقبت های دوره ای بارداری	بلی	خیر	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
اندازه گیری وزن	۹۸ (۵۱)	۹۴ (۴۹)	۱۹۲ (۱۰۰)
اندازه گیری فشارخون	۱۴۳ (۷۴/۵)	۴۹ (۲۵/۵)	۱۹۲ (۱۰۰)
بررسی ادم بارداری	۱۱۳ (۵۸/۹)	۷۹ (۴۱/۱)	۱۹۲ (۱۰۰)
گوش دادن به صدای قلب جنین	۱۵۱ (۷۸/۶)	۴۱ (۲۱/۴)	۱۹۲ (۱۰۰)
معاینه جنین از روی شکم	۱۵۱ (۷۸/۶)	۴۱ (۲۱/۴)	۱۹۲ (۱۰۰)
تجویز اسید فولیک و آهن	۱۲۵ (۶۵/۱)	۶۷ (۳۴/۹)	۱۹۲ (۱۰۰)
انجام واکسیناسیون	۱۱۹ (۶۲)	۷۳ (۳۸)	۱۹۲ (۱۰۰)
ویزیت دندانپزشک	۱۳ (۶/۸)	۱۷۹ (۹۳/۲)	۱۹۲ (۱۰۰)

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی برحسب دریافت آموزشهای دوران بارداری

آموزش های دوران بارداری	بلی	خیر	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بهداشت دهان و دندان	۱۴ (۷/۳)	۱۷۸ (۹۲/۷)	۱۹۲ (۱۰۰)
تغذیه	۱۰۲ (۵۳/۱)	۹۰ (۴۶/۹)	۱۹۲ (۱۰۰)
پیشگیری از بیوست	۸۴ (۳۴/۹)	۱۰۶ (۵۶/۳)	۱۹۲ (۱۰۰)
ویار	۶۱ (۳۱/۸)	۱۳۱ (۶۸/۲)	۱۹۲ (۱۰۰)
مقاربت	۴۴ (۲۲/۹)	۱۴۸ (۷۷/۱)	۱۹۲ (۱۰۰)
پوشش مناسب	۱۹ (۹/۹)	۱۳۷ (۷۱/۱)	۱۹۲ (۱۰۰)
استراحت و خواب	۳۱ (۱۲/۹)	۱۶۱ (۸۳/۹)	۱۹۲ (۱۰۰)
امادگی برای زایمان	۵۶ (۲۹/۲)	۱۳۶ (۷۰/۸)	۱۹۲ (۱۰۰)
مراقبت از نوزاد	۵۸ (۳۰/۲)	۱۳۴ (۶۹/۸)	۱۹۲ (۱۰۰)
نحوه شیردهی	۱۲۱ (۵۰/۲)	۷۱ (۳۷)	۱۹۲ (۱۰۰)
فواید شیر مادر	۱۴۳ (۷۴/۵)	۴۹ (۲۵/۵)	۱۹۲ (۱۰۰)
پیشگیری از بارداری بعد از زایمان	۳۶ (۱۸/۸)	۱۵۶ (۸۱/۳)	۱۹۲ (۱۰۰)
بهداشت بعد از زایمان	۳۲ (۱۶/۷)	۱۶۰ (۸۳/۳)	۱۹۲ (۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مشخص گردید که تنها ۶ درصد از کل نمونه ها در هنگام ازدواج و بعد از ازدواج مشاوره جنسی دریافت کرده بودند. در حالی که در مطالعه Tardif, Stewart, Branigan و Veltman (۲۰۰۱) مشاوره در مورد موضوعات جنسی در افراد معلول ۲۴/۸ درصد گزارش شده است. Becker و همکاران (۱۹۹۷) علت عدم مراجعه معلولین برای دریافت اطلاعات مربوط به مشاوره جنسی را ناشی از برخورد نامناسب ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نسبت به وجود عملکرد جنسی معلولین و همچنین عدم دسترسی معلولین به مشاوران متخصص و آگاه در زمینه معلولیت ها و مسائل جنسی گزارش نموده اند.

یافته های پژوهش نشان داد که ۸۱/۷ درصد (۱۵۳ نفر) از واحدهای پژوهش از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کردند که از مجموع آن ها، ۶۲/۵ درصد جهت دریافت مراقبت های تنظیم خانواده به مراکز مختلف خصوصی و دولتی مراجعه کرده بودند. از این تعداد ۱۰/۵ درصد برای انتخاب روش مناسب مورد مشاوره قرار گرفته بودند. همچنین ۱۱/۱ درصد از نمونه ها در مورد روش تنظیم خانواده انتخاب شده آموزش دریافت کرده بودند. این نتایج نشان می دهد که درصد زنان دریافت کننده مشاوره و آموزش تنظیم خانواده پایین بوده است در مطالعه Branigan نیز تعداد کمی از نمونه ها (۱۷/۹ درصد) این مشاوره ها را طی آخرین مراجعه خود به پزشک دریافت کرده بودند. با توجه به این که در پژوهش حاضر ۸۹/۵ درصد از

نمونه ها مشاوره تنظیم خانواده دریافت نکرده بودند، این احتمال وجود دارد که با مشکلات بیشتری در این زمینه روبرو شده باشند. همچنین در پژوهش حاضر ۸۸/۹ درصد از نمونه ها آموزشی درباره روش استفاده دریافت نکرده بودند. ابتکار (۱۳۸۱) به نقل از Potter می نویسد اغلب ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده در مورد اقدام های مناسب و ضروری به هنگام فراموشی مصرف قرص های ضد بارداری آموزشی را ارائه نمی دهند. به علاوه اغلب این زنان به علت عوارض جانبی احتمالی (تبوع و استفراغ) در چند سیکل اول، مصرف قرص ها را قطع می کنند که علت آن عدم توضیح کافی در این زمینه می باشد.

در مورد انجام معاینه های جسمی اولیه تنظیم خانواده مشخص گردید که فقط ۴۶/۴ درصد از نمونه ها در مراجعه اول و ۲۱/۵ درصد در معاینات دوره ای از نظر وزن کنترل شده بودند. افزایش وزن مشکلی است که بعضی از زنان استفاده کننده از روش های هورمونی به آن دچار می شوند. بخشی از این اضافه وزن مربوط به احتباس مایع و بیشتر آن در اثر افزایش اشتهای ناشی از هورمون ها است (Gant, Cunningham, Wenstrom و Hauth, Gilstrap, Leveno ۲۰۰۱). کنترل وزن افراد معلول در زمان استفاده از روش های هورمونی تنظیم خانواده از اهمیت ویژه ای برخوردار است. افزایش وزن در این افراد بر حفظ تعادل، تحرک و قدرت جابجایی آن ها اثر نامطلوب دارد و منجر به شدیدتر شدن محدودیت حرکتی و در نتیجه وابستگی بیشتر

تنظیم خانواده، انجام معاینه لگن و دستگاه تناسلی و تست پاپ اسمیر می باشد. طبق گزارش Nosek (۱۹۹۵) موانع عدم انجام آن در زنان معلول نامناسب بودن تخت معاینه، نبود وسایل کمکی بالابر و تخت های معاینه با ارتفاع قابل تنظیم و نبود کارکنان آموزش دیده جهت انتقال معلولین به تخت معاینه است. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که تعداد کمی از زنان از معاینه های فیزیکی دوره ای برخوردار شده بودند. علت آن احتمالاً مشکلات نقل و انتقال معلولین به مراکز درمانی و یا عدم آگاهی کارکنان بهداشتی از اهمیت انجام معاینه های دوره ای در زنان معلول بوده است. در حالی که Wilson (۱۹۹۱) به انجام معاینات جسمی دوره ای (سالانه) در هنگام استفاده از روش های تنظیم خانواده جهت پیشگیری از عوارض بعدی، تاکید نموده است.

یافته های پژوهش حاضر نمایانگر آن بود که ۱۹۲ نفر از نمونه های پژوهش در دوران معلولیت باردار شده بودند و به سوالات مربوط به مراقبت های دوران بارداری پاسخ گفته بودند. از این افراد تعداد قابل توجهی مورد معاینات اولیه قرار نگرفته بودند. در حالی که Wilson (۱۹۹۱) می نویسد یکی از مهم ترین جنبه های مراقبت های دوران بارداری ارزیابی میزان خطر آفرینی بارداری و نیز تعیین عوارضی است که با رشد و تکامل طبیعی جنین و وضع حمل تداخل می نماید. تمام اختلالاتی که در ابتدای بارداری وجود داشته یا بعداً در طول بارداری عارض گردند میزان خطر را افزایش می دهند. بسیاری از این عوارض را می توان با انجام یک معاینه فیزیکی کامل در اولین

آن ها به وسایل کمک حرکتی خواهد شد. خطر دیگر افزایش وزن در معلولین ایجاد و گسترش زخم های فشاری و نیز افزایش خطر ترومبوز وریدی است. Coyle و Santiago (۲۰۰۲) دریافتند که در ۱۷۵ زن معلول شرکت کننده در مطالعه آن ها، ۹۳ مورد عارضه ناشی از افزایش وزن در طول یک سال گزارش شده بود. با توجه به این که بیش از ۵۰ درصد از نمونه های این پژوهش از قرص ترکیبی پیشگیری از بارداری استفاده می کردند، عدم کنترل وزن در اکثریت آن ها خطرانی را در پی خواهد داشت. همچنین نتایج نشان داد که ۵/۹ درصد از نمونه های مورد پژوهش در مراجعه اول و ۷۰/۶ درصد در مراجعات دوره ای از نظر فشارخون کنترل نشده بودند. Cunningham و همکاران (۲۰۰۱) می نویسند، گزارش های متعدد از زنانی وجود دارد که در حین مصرف قرص های پیشگیری از بارداری دچار پرفشاری آشکارخون شده اند. از این رو Speroff، Glass و Kase (۱۹۹۹) بیان می دارند اندازه گیری فشارخون جهت شناسایی و پیگیری افراد مستعد به طور سالانه اقدام مهم کارکنان بهداشتی می باشد.

براساس نتایج این پژوهش جهت ۶۲/۷ درصد از نمونه ها در مراجعه اول و ۳۳/۳ درصد نمونه ها در مراجعه های دوره ای، معاینه لگن انجام گرفته بود در حالی که Berek (۲۰۰۲) می نویسد، روش پیشگیری از بارداری خوراکی خطر ادنوکارسینوم دهانه رحم را دو برابر می کند و این خطر با افزایش طول مدت استفاده افزایش می یابد. بنابر این از اقدامات مهم مراقبت های

ایجاد مشکلات را در آن ها هشدار می دهد. البته اندازه گیری فشارخون بیشترین اقدامی بود که طی مراجعه های دوره ای انجام پذیرفته بود.

Branigan و همکاران (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافته بودند. بررسی تورم پاها در ۴۱/۱ درصد از نمونه ها انجام پذیرفته بود. Burns و Jackson (۲۰۰۱) اظهار می دارند ترومبوز دوطرفه وریدهای عمقی باعث ادم دوطرفه اندام های انتهایی می شود که افتراق آن از ورم فیزیولوژیک بارداری مشکل است و بررسی دقیق ادم در زنان معلول جسمی حرکتی که خود به علت محدودیت حرکت در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی هستند به طور مداوم در مراجعه های دوره ای جهت تشخیص و انجام اقدام های مقتضی ضروری است. همچنین یافته ها حاکی از آن بود که در ۲۱/۴ درصد نمونه ها، معاینه جنین از روی شکم انجام نشده بود. حال آن که سرعت بزرگ شدن رحم که نمودی از رشد جنین است با معاینه شکم تعیین می شود برای بسیاری از معلولین دارای محدودیت حرکتی انتقال به تخت معاینه مستلزم وجود کارکنان اضافی و صرف وقت بیشتر می باشد فقدان تجهیزات بالابر برای انتقال معلولین و تختهای دارای ارتفاع قابل تنظیم، موانعی برای انجام معاینات شکم در وضعیت خوابیده روی تخت ایجاد می کند (Burns و Jackson ۲۰۰۱).

یافته های پژوهش گویای آن بودند که ۸۵/۱ درصد نمونه ها آزمایش پاپ اسمیر را انجام نداده بودند. در حالی که Ryan، Berkowitz، Barbieri و Dunaif (۱۹۹۹) در این زمینه می نویسند تاثیر

ملاقات دوران بارداری تشخیص داد و مابقی آن را نیز می توان در طول بارداری و طی معاینه های دوره ای مشخص نمود و برای هر زن دارای عوامل خطر برنامه ویژه ای طرح کرد. در رابطه با دریافت آموزش های دوران بارداری یافته های پژوهش نشان داد که درصد زیادی از نمونه ها، آموزش های دوران بارداری را دریافت نکرده بودند. Blackford، Richardson و Grieve (۲۰۰۰) طی مطالعه خود در زنان معلول باردار دریافتند که آن ها آموزش های دوران بارداری را به طور کافی دریافت نکرده اند در حالی که Sweet و Tiran (۱۹۹۷) می نویسند آموزش های دوران بارداری بخش عمده ای از مراقبت ها را تشکیل می دهند. در این دوره مادر به خاطر خود و فرزندش برای پذیرفتن توصیه ها آمادگی بیشتری دارد. نکات آموزشی نه تنها دشواری های خاص بارداری، بلکه مراقبت بهداشتی کودک را نیز شامل می شوند. یکی از اهداف مراقبت های بارداری پیشگیری از افزایش فشارخون و عوارض ناشی از آن است (Cunningham و همکاران ۲۰۰۱).

Baker، Cardena و Diana (۱۹۹۶) می نویسند عدم کنترل فشارخون در زنان باردار سالم و معلول عواقب وخیمی به همراه دارد افزایش فشارخون در زنان معلول دچار ضایعه نخاعی به ویژه در ضمن انجام معاینات فیزیکی می تواند به علت وقوع عارضه خطرناک اتونومیک دیس رفلکسیا باشد که با انجام بررسی دقیق از اکلامپسی افتراق داده می شود. عدم اندازه گیری فشارخون در ۲۵/۵ درصد از نمونه ها در معاینات دوره ای، احتمال

منابع

ابتکار، فریبا، و شاهویی، روناک. (۱۳۸۰). بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، تهران: انتشارات شهرآب، ص ۷۴.

جهانفر، شایسته، مولای نژاد، میترا. (۱۳۸۰). اختلالات جنسی، تهران: انتشارات بیژه، ص ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷.

صندوق جمعیت ملل متحد. (۱۹۹۵). خلاصه ای از برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه، فصل ششم. ناشر: صندوق جمعیت ملل متحد، تهران.

فروتن، یعقوب. ۱۳۷۷، حقوق باروری، بهداشت باروری و تنظیم خانواده تهران: بهداشت خانواده، سال سوم، شماره ۱۲، ص ۴۶-۵۱.

مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی ایران. (۱۳۸۰). بررسی طرح سلامت ملی تهران. ص ۶۵.

ملک افضلی، حسین. (۱۳۷۸). بهداشت باروری و جنسی به عنوان یک حق اجتماعی. تهران: بهداشت خانواده، سال چهارم، شماره ۱۴، ص ۵۱-۱۴.

Baker, E.R., Cardena, S., Diana. D. (1996). "Pregnancy in spinal cord injured women" Arch Phys Med Rehabil. 77, 501- 507.

Becker, H., Stuijbergen, A., Tinkle, M., (1997). "Reproductive health care experiences of women with physical disability" Arch phy med rehabil. 78, 26- 33.

Best, K. (1999). "Disabled have many needs for contraception" Family Health International. 19(2), 16-18.

Berek, S. (2002). "Gynecology/Novaks" (13th ed.). Philadelphia: Lippincott. 227-269.

Branigan, M., Stewart, D.E., Tardif, G.S., Veltman, A. (2001). "Perceptions of primary healthcare services among persons with physical disabilities" Medscape General Medicine. 3(2),19.

انجام پاپ اسمیر کاملاً شناخته شده است، به طوری که مرگ و میر ناشی از سرطان تهاجمی را تا ۹۰ درصد کاهش می دهد. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده عدم مراجعه زنان معلول (۹۲/۱ درصد) به مراکز بهداشتی جهت انجام معاینات پستان بود. اما در مطالعه Cheng و همکاران (۲۰۰۱) آزمایش پاپ اسمیر (۸۵ درصد)، معاینه پستان (۸۰ درصد) و ماموگرافی (۸۶ درصد) در زنان معلول جسمی حرکتی، انجام شده بود. این تفاوت آشکار در انجام مراقبت ها احتمالاً ناشی از وجود امکانات و تجهیزات مناسب با شرایط معلولین در کشور های پیشرفته است. یافته های این پژوهش نشان داد که درصد پایینی از زنان معلول جسمی حرکتی مراقبت های بهداشت باروری را دریافت کرده بودند. لذا توصیه می شود این مسئله مورد توجه نظام بهداشتی و درمانی، سازمان بهزیستی کشور قرار گیرد و به این منظور تسهیلات لازم فراهم شود. همچنین بررسی موانع دسترسی زنان معلول جسمی حرکتی به مراقبت های بهداشت باروری ضروری به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر

در پایان از سرکار خانم Margarat Nosek، رئیس مرکز مطالعات زنان معلول دپارتمان طب فیزیکی و توانی و همچنین از مسئولین محترم جامعه معلولین ایران که یاور ما در انجام این پژوهش بودند قدردانی می شود.

- Sweet, R.N., Tiran, D. (1997). "Mayes Midwifery" (12th ed.). London: Billere Tindall. 208-209-218-219-220-288-289-290-291.
- Welner, S.L., Foley, C.C., Nosek, M.A., (1999). "A practical consideration in the performance of physical examinations on woman with disability". 54(7), 457-462.
- World Health Organization. (1998). "New directions in reproductive health" progress, (47), 1.
- Wilson, R. (1991). "Obstetrics & Gynecology" (9th ed.). St. Louis: Mosby. 247-264.
- Blackford, K.A., Richardson, H., Grieve, S. (2000). "Prenatal education for mothers with disabilities" *Journal Adv Nur* 32(4), 898-904.
- Burns, A., Jackson, A.B. (2001). "Gynecological and reproductive issues in women with spinal cord injury" *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North Americal*. 12(1), 183-199.
- Carty, E.M. (1998). "Disability and Childbirth: Meeting the Challenges" *CMAJ*. 25(159), 362-368.
- Cheng, E., Myers, L., Wolf, S.H., Shatin, D., Cui, X., George, E., Belin, T., Vickrey, B. (2001). "Mobility impairments and use of preventive services in women with multiple sclerosis: observational study" *BMJ*; 323(27), 968-969.
- Coyle, C.P., Santiago, M.C. (2002). "Healthcare utilization among women with disabilities" *medscape women health*. 7(4), 25-20.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.G., Hauth, J.G., Wenstrom, K.D. (2001). "Williams Obstetrics" NewYork: McGraw-Hill (21st ed.). 1412-1415-222-224.
- Hoeman, S.P. (2002). "Rehabilitation Nursing: Process Application & Outcomes St.Louis: Mosby. 526- 566-528.
- Jackson, A.B., & Wadley, V. (1999). "A multicenter study of women, self reported reproductive health after spinal cord injury" *Arch phy med rehabil*, 80, 1420-1428.
- Nosek, M.A. (1995). "Barriers to reproductive health maintenance among women with physical disabilities" *Jornal of Womens Health*, 5(4), 505-17.
- Ryan, K.J., Berkowitz, R.C., Barbleri, R.L., Dunaif, A. (1999). "Kistners Gynecology & Women Health" (7th ed.). Philadelphia: St.Louis, Mosby Co. 195- 196- 197.
- Rieve, J.E. (1989). "Sexuality and the adult with acquired physical disability" *Nursing Clinics of North America*. 24(1), 265-275.
- Speroff, L., Glass, R.H., kase, N.H. (1999). "Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility". Philaselphia: Lippincott. 932.

DISABLED WOMEN AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE SERVICES

*S. Abedi, M.S.*¹ E. Hajikazemi, M.S.² F. Jahdi, M.S.² F. Hosseini, M.S.³*

ABSTRACT

Disabled women as well as those without disability have the right to receive reproductive health care services. Since women with mobility impairment face diverse obstacles in receiving reproductive health care, reviewing these services received by them is of grate importance.

Determining the reproductive health care services received by women with mobility impairment during disability period, we conducted a descriptive study in which questionnaires were used to collect the data, and the investigation was done on 241 handicapped women, ranged in age from 15-49 and all, members of Iranian handicapped society.

The results revealed that 2.9% of the sample group had received sexual counseling before and after marriage, and less than half of them had participated in the family planning care service with all elements (except weight measuring and first visit pelvic exam). All elements of prenatal care (except blood and urine tests) were done for less than 40% and for 35% of the participants prenatal recommendations (except nutrition and breast feeding) were considered, Furthermore, all periodical prenatal care (except dentist visit) were done for about 60% -75% of disabled women and those who had Pap smear tests, breast self exam instructions, and breast physical exam by health staff were respectively 14%, 4.6% and 6.2%, besides, mammography was done for nobody in the group of more than 40 years old. Overall, according to the results it is estimated that only a small percentage of women with mobility impairment received reproductive health care. Therefore, further studies to explore obstacles faced by disabled women are recommended. Also it is suggested that available necessary services for cited citizens to be provided.

Key Words: Reproductive health care, Women, Mobility impairment

¹ *MS in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author)*

² *Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran*

³ *Senior Lecturer, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran*