

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 پایینی 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 بهزیستی 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:

^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 مراقبت های بهداشت باروری ندارند (Becker, Stuijbergen 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 زیان های فراوانی برای جوامع انسانی به بار آورده است. آمارهای ذکر شده در زیر قسمتی از این زیان ها را نشان می دهند:

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 سقط های غیر ایمن جان خود را از دست می دهند، و از ۱۷۵ میلیون مورد حاملگی در دنیا، ۷۵ میلیون مورد آن ناخواسته می باشد (فروتن، ۱۳۷۷). همچنین سالیانه ۵۰۰/۰۰۰ زن در دنیا به سرطان پیشرفته دهانه رحم مبتلا می شوند (نشریه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). بنابر این تا زمانی که حقوق باروری و جنسی انسان ها مورد فراموشی قرار گیرد، هر سال میلیون ها زن از بیماری، بی عدالتی و صدمات رنج خواهند برد و مرگ های زیادی به وقوع خواهند پیوست که

متأسفانه زنان کشورهای در حال توسعه بیش از دیگران، طعمه این محرومیت می باشند (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 می باشند. در حالی که جهانگر و مولای نژاد (۱۳۸۰) می نویسند منشا بسیاری از مشکلات جنسی، فقدان اطلاعات مورد نیاز در زمینه فیزیولوژی و پاسخ های جنسی انسان است. مراقب بهداشتی با ارائه آموزش و مشاوره به افرادی که از مشکلات جنسی رنج می برند می تواند کمک موثری در جهت حل مشکلات آن ها باشد. لذا این آگاهی ها، بسیاری از زنان معلول را قادر می سازد تا قدم های موثر و موفقی در مواجهه با مشکلات جنسی و حتی اختلالات زناشویی خود بردارند. همچنین با توجه به اینکه علی رغم معلولیت، توانایی باروری در زنان معلول حفظ می شود. بدیهی است که به مراقبت های تنظیم خانواده آن ها مانند زنان سالم و حتی بیش از آن باید توجه شود و روش های پیشگیری از بارداری با مشاوره لازم و با ذکر فواید، مضرات و طرز استفاده از آن ها 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 می نویسند یک بارداری برنامه ریزی نشده می تواند زندگی زنان معلول را تهدید نماید و از نظر اجتماعی و خانوادگی آن ها 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 دیفتری) 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 نیاز های 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, 1998). 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, 2002).

Nosek و Foley, Welner (1999) 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 Wadley و Jackson (1999) بر روی زنان دارای ضایعه نخاعی نشان داد که در زنان معلول مورد مطالعه آن ها، ۰/۴ درصد سرطان تخمدان، ۰/۴ درصد سرطان پستان، ۰/۴ درصد سرطان دهانه رحم، ۰/۴ درصد سرطان رحم و ۱/۶ درصد بیماری های فیبروکیستیک پستان وجود داشت. با توجه به این که زنان معلول جسمی حرکتی حدود ۰/۴ درصد از کل جمعیت ایران را تشکیل

سوادی خود قادر به تکمیل آن نبودند، عین اظهارات آن‌ها 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 اعضاء واجد شرایط در مورد محرمانه بودن اطلاعات، چنانچه آنان موافق شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار می گرفت و در صورتی که در مورد تکمیل پرسشنامه با سوالی مواجه می شدند پژوهشگر به سوال آن‌ها پاسخ می داد. در ضمن به آن‌ها 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 آن‌ها دارای تحصیلات متوسطه و بیش از نیمی از آن‌ها (۵۹/۸ درصد) در بیرون از منزل شاغل بودند. همچنین ۸۱/۷ درصد آن‌ها از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند و ۷۷ درصد آن‌ها 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).

-

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.

-

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

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

تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۷ (۳/۱)	۲۱۶ (۹۶/۹)	۲۲۳ (۱۰۰)
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

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

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

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

تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۲۰ (۷۴/۴)	۳۳ (۲۱/۵)	اندازه گیری وزن
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۰۸ (۷۰/۶)	۴۵ (۲۹/۴)	اندازه گیری فشارخون
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۴۴ (۹۴/۱)	۹ (۳/۷)	معاینه پستان
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۴۲ (۹۲/۸)	۱۱ (۷/۲)	معاینه تیروئید
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۴۷ (۶۱)	۶ (۳/۹)	معاینه قلب و ریه
۱۵۳ (۱۰۰)	۱۰۲ (۶۶/۷)	۵۱ (۳۳/۳)	معاینه دستگاه تناسلی

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

تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۹۲ (۱۰۰)	۱۰۵ (۶۳/۶)	۸۷ (۳۶/۱)	معاینه قلب
۱۹۲ (۱۰۰)	۱۵۹ (۸۲/۸)	۳۳ (۱۷/۲)	معاینه ریه
۱۹۲ (۱۰۰)	۱۴۷ (۶۱)	۴۵ (۲۳/۴)	معاینه تیروئید
۱۹۲ (۱۰۰)	۳۶ (۱۸/۸)	۱۵۶ (۸۱/۳)	آزمایش خون
۱۹۲ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰/۹)	۱۷۱ (۸۹/۱)	آزمایش ادرار

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

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 (تهوع 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 اشتها 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. Santiago و Coyle (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 خطراتی 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 اندوکارسینوم 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 ۱/۱۴ 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 ۴/۲۱ 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 ۱/۸۵ 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 ۵/۲۵ 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 بیژر. 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 افصلی، 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 پائینی 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 نوتوانی 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.