

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

بررسی مراقبتهای دریافت شده بهداشت باروری طی دوران معلولیت
در زنان معلول جسمی حرکتی عضو جامعه معلولین ایران،
شهر تهران، سال ۱۳۸۲

استاد راهنما: افتخار السادات حاجی کاظمی

دانشجو: سارا عابدی

۱۳۸۴ / ۱۱ / ۱۵

استاد مشاور: فرشته جهدی

استاد مشاور آمار: سیده فاطمه حسینی

سازمان اطلاعات و آرکایو ملی ایران
مستندسازی و آرکایو

پایان نامه برای پایان رساندن برنامه آموزشی
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی
گرایش بهداشت مادر و کودک

اردیبهشت ۱۳۸۳

۶۴۱۳۹

ن و القلم و ما يسطرون

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پرستاری و مامائی


تصویب پایان نامه

خانم سارا عابدی دانشجوی دوره کارشناسی ارشد در تاریخ ۸۳/۲/۲۳ از پایان نامه خود تحت عنوان:

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

عضو جامعه معلولین ایران، شهر تهران، سال ۱۳۸۲

جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد در رشته مامائی (بهداشت مادر و کودک) دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی (نمره = ۱۸/۸۰) به تصویب رسید.


امضاء: 

استاد راهنما: افتخارالسادات حاجی کاظمی

امضاء:



استاد مشاور: فرشته جهدی

امضاء: 

استاد مشاور آمار: فاطمه حسینی

امضاء: 


استاد ناظر: اکرم نجف یارندی

امضاء: 

معاون پژوهشی: فرنگیس شاهپوریان

امضاء: 

استاد داور: مه لقا علامی

امضاء: 

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: اقدس ملکزادگان

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه / نیست (شماره: - مورخ: -)



دکتر سیده فاطمه اسکویی

رئیس دانشکده

خدایا: به من "تقوای ستیز" بیاموز، تا در انبوه
مسئولیت نلغزم، و امر "تقوای پرهیز" مصونم
دامر تا در خلوت عزلت، نبوسم.

خدایا: اندیشه و احساس مرا در سطحی پایین میاور
که زرننگی های حقیر و پستی های
نکبت بامر و پلید "شبه آدمهای اندک" مرا
متوجه شوم، چه، دوست تر میدارم
بزرگواری گولخور باشم تا، همچون
اینان "کوچکواری گول نزن".

دکتر سرسری

در هر حرفه ای که هستید اجازت ندهید که به بد بینی های بی حاصل
الوده شوید، و نگذارید که بعضی لحظات تاسف بار، که برای هر ملتی
پیش می آید شما را به یاس و ناامیدی بکشاند. در آرامش حاکم بر
آزمایشگاهها و کتابخانه هایتان زندگی کنید، نخست امر خود
بپرسید: من برای کشورم چه کرده ام؟ و این پرسش مرا آندم ادامه
دهید تا به این احساس شادی بخش و هیجان انگیز برسید که شاید نقش
مهم و کوچکی در پیشرفت و اعتلای بشریت داشته اید. اما هر پاداشی
که زندگی به تلاشهایمان بدهد یا ندهد هنگامی که به پایان تلاشهایمان
نزدیک می شویم هر کدامان باید حق انرا داشته باشیم که با صدای بلند
بگوئیم من آنچه را در توان داشته ام انجام داده ام.

لویی پاستور

تقدیم

به مادر

یگانه سایه سار زندگی ام

سیاس

سیاس یزدان پاک را که با لطف و عنایت او توفیق قدم نهادن در عرصه «پژوهش»، نصیب من گردید. اینک که با مدد او موفق به انجام و نگارش این پایان نامه شدم، بر خود لائمه میدانم. انرا خانواده عزیزم که در تمامی طول تحصیل و انجام این پژوهش مرا یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمایم. همچنین انرا مسئولین محترم جامعه معلولین ایران: آقای سید محسن میری لواسانی رئیس سازمان، آقای مهندس سید هاشم شهیدی مدیرعامل اعضای محترم هیئت مدیره: خانم ناهید کوشانی، خانم بهجت لبانان، آقای عبدالعلی مآبی، آقای محمد رحیم کونزه گر، آقای رحیم امید بخش. کارمندان محترم جامعه: خانم صفیه علی قورچی و آقای بهمن مرجی. اعضای محترم جامعه: خانم رسولی و خانم سوسن مرادی که در امر نمونه گیری با من همکاری داشتند متشکرم. انرا نرحمات دوست خوبم خانم دکتر محبوبه خلوک مسئول محترم انجمن ضایعات نخاعی تشکر و سپاس بعمل می آورم. انرا سرکار خانم دکتر اسکویی ریاست محترم دانشکده که در تمام مراحل پژوهش مرا حمایت نمودند سپاسگزارم. انرا نرحمات دلسوزانه و امرزشمند استاد بنرگوار آقای دکتر محمد تقی جغتایی ریاست محترم دانشگاه علوم بهزیستی کمال تشکر مرا دارم. همچنین انرا سرکار خانم امامقلی ریاست محترم اداره آموزش دانشکده که در طول دوران تحصیل خالصانه یاور من بودند بینهایت سپاسگزارم. انرا استاد امرجمتد سرکار خانم حسینی مشاور آمر این پژوهش تشکر و قدردانی می نمایم. انرا اساتید محترم دانشگاه تربیت مدرس جناب آقای دکتر فقیه نراده، جناب آقای دکتر کاظم نراد و جناب آقای دکتر بابایی که صبر و بردباری در راه کسب علم و دانش مرا به من آموختند بسیار متشکرم. و نیز مراتب سپاس خود مرا انرا اعضای محترم کمیته مشاوره پژوهشی دانشکده به عمل می آورم. انرا کارکنان محترم کتابخانه و سرکار خانم فزنوش مرهنمایی متصدی مرکز کامپیوتر و کلیه کارکنان اداره محترم آموزش دانشکده سپاسگزارم. انرا کارکنان محترم کتابخانه های دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران سپاس به عمل می آورم. همچنین انرا استاد مرهنمای محترم خانم حاجی کاظمی و استاد مشاور پژوهش سپاس بعمل می آید. در پایان انرا تمامی عزیزانی که وظیفه نداشتند اما مرا انرا همکاری، حمایت، همدلی و همراهی صمیمانه شان برخوردار نمودند سپاسگزارم نموده و برایشان آرزوی سلامتی و خوشبختی دارم. و انرا کسانی که وظیفه داشتند، اما قصور نمودند نیز سپاسگزارم می نمایم.

چکیده:

مقدمه: مراقبتهای بهداشتی باروری در زنان معلول جسمی حرکتی مانند زنان سالم حائز اهمیت است. با توجه به اینکه زنان دچار معلولیت‌های جسمی حرکتی برای دریافت مراقبتهای بهداشتی باروری دچار موانع گوناگونی می‌باشند. بررسی دریافت مراقبتهای بهداشتی باروری در این زنان ضروری بنظر می‌رسد.

هدف کلی: تعیین مراقبتهای بهداشتی باروری دریافت شده طی دوران معلولیت در زنان معلول جسمی حرکتی عضو جامعه معلولین ایران.

نمونه: شامل ۲۴۱ زن معلول جسمی حرکتی ۴۹_۱۵ ساله و ازدواج کرده عضو جامعه معلولین ایران بود که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند و از طریق سرشماری وارد مطالعه شدند.

نوع پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که به صورت خودگزارش دهی تکمیل گردید.

نتایج: نتایج نشان داد که ۲/۹ درصد از زنان مشاوره جنسی هنگام و بعد از ازدواج دریافت کرده‌اند. تمامی اجزا مراقبتهای تنظیم خانواده (بجز اندازه‌گیری وزن و معاینه دستگاه تناسلی در اولین مراجعه) در کمتر از ۵۰ درصد از نمونه‌ها انجام شده بود. همچنین معاینات در اولین مراجعه بارداری (بجز آزمایش خون و ادرار) در کمتر از ۴۰ درصد انجام گردیده بود. آموزش‌های دوران بارداری (بجز آموزش تغذیه و شیردهی) توسط کمتر از ۳۵٪ از زنان مورد مطالعه دریافت شده بود. تمامی مراقبتهای دوره ای بارداری (بجز ویزیت دندانپزشک ۶/۸ درصد) در ۷۵_۶۰ درصد از نمونه‌ها انجام شده است. انجام آزمایش پاپ اسمیر ۴/۹ درصد و آموزش خودآزمایی ۴/۶ درصد و معاینه پستان توسط کارکنان بهداشتی ۶/۲ درصد انجام شده و هیچکدام از زنان دارای سن بیش از ۴۰ سال جهت ماموگرافی ارجاع نشده بودند.

بحث:

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درصد پایینی از زنان معلول جسمی حرکتی مراقبتهای بهداشتی باروری را دریافت کرده بودند. لذا توصیه می‌شود این مسئله مورد توجه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سازمان بهزیستی کشور و دیگر سازمانهای ذیربط در جامعه قرار گیرد و تسهیلات لازم برای آن فراهم شود. همچنین بررسی علل عدم دریافت مراقبتهای بهداشتی باروری در زنان معلول جسمی حرکتی ضروری بنظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: مراقبتهای بهداشتی باروری، زنان معلول، معلولیت جسمی حرکتی.

فصل اول : معرفی پژوهش

۱	بیان مسئله
۱	اهداف و سوالات پژوهش
۱	هدف کلی
۱	اهداف ویژه
۴	سئوال پژوهش
۴	تعریف واژه ها

فصل دوم : مروری بر متون

۹	چهار چوب پنداشتی
۲۳	گزارش پژوهش های انجام شده

فصل سوم : روش پژوهش

۲۹	نوع پژوهش
۳۱	جامعه پژوهش
۳۱	معیارهای حذف نمونه
۳۱	توصیف نمونه
۳۴	محیط پژوهش
۳۲	ابزار اندازه گیری داده ها و روش به کار گیری آن
۳۲	روش کار
۳۳	اعتبار علمی (روایی ابزار)
۳۳	اعتماد علمی (پایایی ابزار)
۳۳	ملاحظات اخلاقی
۳۳	محدودیت پژوهش

فصل چهارم : نتایج

۳۴	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۳۵	جداول و آزمون آماری

فصل پنجم : بحث

۴۷	بحث و بررسی یافته ها
۵۱	نتیجه گیری نهایی
۵۱	پیشنهاد برای کاربرد یافته ها
۵۴	پیشنهاد برای پژوهش های آینده

فهرست منابع و مأخذ

۵۵	منابع فارسی
۵۶	منابع انگلیسی
۵۶	پیوست ۱
۶۳	پیوست ۲

- جدول شماره ۱: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب سن. ۳۵
- جدول شماره ۲: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب سطح تحصیلات ۳۵
- جدول شماره ۳: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب وضعیت اشتغال ۳۵
- جدول شماره ۴: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب وضعیت تاهل ۳۶
- جدول شماره ۵: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مدت ازدواج ۳۶
- جدول شماره ۶: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب تعداد کل فرزندان. ۳۶
- جدول شماره ۷: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب تعداد فرزندان قبل از معلولیت ۳۷
- جدول شماره ۸: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب تعداد بارداری در دوران معلولیت. ۳۷
- جدول شماره ۹: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مدت سپری شده از آخرین بارداری. ۳۸
- جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب روش مورد استفاده تنظیم خانواده ۳۸
- جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب نوع معلولیت ۳۹
- جدول شماره ۱۲: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب علت معلولیت ۳۹
- جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مدت معلولیت ۳۹
- جدول شماره ۱۴: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب وضعیت تحرک ۴۰
- جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب معلولیت همسر ۴۰
- جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب نوع معلولیت همسر ۴۰
- جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مرکز مورد مراجعه جهت دریافت مشاوره جنسی ۴۱

- جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مرکز مورد مراجعه جهت دریافت مراقبتهای تنظیم خانواده
- ۴۱
- جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مرکز مورد مراجعه جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری.
- ۴۱
- جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مرکز مورد مراجعه جهت انجام پاپ اسمیر
- ۴۲
- جدول شماره ۲۱: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب مرکز مورد مراجعه جهت معاینات پستان
- ۴۲
- جدول شماره ۲۲: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت مشاوره جنسی
- ۴۲
- جدول شماره ۲۳: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت مشاوره تنظیم خانواده
- ۴۳
- جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب آموزش تنظیم خانواده
- ۴۳
- جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت معاینات اولیه تنظیم خانواده
- ۴۳
- جدول شماره ۲۶: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت معاینات دوره ای تنظیم خانواده
- ۴۴
- جدول شماره ۲۷: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت مراقبتهای اولیه دوران بارداری
- ۴۴
- جدول شماره ۲۸: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت آموزشهای دوران بارداری
- ۴۵
- جدول شماره ۲۹: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت مراقبتهای دوره ای مادر و جنین در دوران بارداری
- ۴۶
- جدول شماره ۳۰: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی بر حسب دریافت مراقبتهای غربالگری دهانه رحم و پستان
- ۴۶
- جدول شماره ۳۱: توزیع فراوانی زنان معلول جسمی حرکتی (۴۰-۴۹ سال) بر حسب ارجاع برای ماموگرافی
- ۴۶

فصل اول

معرفی پژوهش

بیان مسئله

در سراسر دنیا، به نیازهای بهداشت باروری زنان معلول جسمی حرکتی توجه کمی 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 (بکر، استیفبرگن، تینکل^۱، ۱۹۹۷). لذا کشورهای شرکت کننده در کنفرانس جمعیت و توسعه^۲ بهداشت باروری را در زمره حقوق بشر قلمداد کرده و هدف خود را دسترسی همگان به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام نمودند (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۹۹۵). به طور کلی اعتقاد بر این است که بی توجهی به حقوق جنسی و باروری زیانهای فراوانی را برای جوامع انسانی به بار آورده است. آمارهای ذکر شده در زیر قسمتی از این زیانها را نشان می دهد:

در سال ۱۹۹۶ سازمان بهداشت جهانی تخمین زد که 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 می باشد (فروتن، ۱۳۷۷). همچنین سالیانه ۵۰۰/۰۰۰ زن در دنیا به سرطان پیشرفته دهانه رحم مبتلا می شوند (نشریه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). بنابراین تا زمانی که حقوق باروری و جنسی انسانها مورد فراموشی قرار گیرد هر سال میلیونها زن از بیماری، بی عدالتی و صدمات رنج خواهند برد و موارد زیادی مرگ به وقوع خواهد 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 میباشند. درحالیکه میرفتاح (۱۳۶۲) که خود نیز یک زن معلول است می نویسد: زن معلول انسانی است که فقط در اثر حادثه ای دچار نقص عضو شده، اما حالات و عواطف انسانی او نه تنها دچار نقصان نگشته، بلکه به مراتب لطیفتر شده است. اساساً به صرف وارد شدن ضربه بر قسمتی از بدن همه ی مکانیسم درونی مختل نمیشود و فقط اختلال موضعی بوجود میآید رابطه ی جنسی برای یک زن معلول صرف نظر از جنبه های عاطفی و غریزی کاهش دردهای موضعی، منظم کردن ضربان قلب و دیگر آسیتهای جسمی را نیز موجب می شود و سبب بهبود سلامت جسمی و روحی او است. هرچند ریو^۳ (۱۹۸۹) و ساوین^۴ (۱۹۹۸) در این ارتباط می

^۱ Becker & stifburgen & Tinkel

^۲ International conferences popular & development

^۳ Rieve

^۴ Savin

نویسند: معلولیت اثر غیرقابل انکاری بر کنشهای جنسی فرد دارد و کاهش اعتماد به نفس، عکس‌العملهای منفی دیگران، وابستگی های فیزیکی به وسایل حرکتی، عدم کنترل مثانه و انقباضات خود به خودی عضلات در برخی معلولین، ممکن است مانعی برای یک زن معلول برای داشتن یک زندگی موفق جنسی باشد. لیکن مراقبین بهداشتی با ارائه اطلاعات مورد نیاز در زمینه فیزیولوژی و پاسخهای جنسی انسان و انجام مشاوره در این زمینه می توانند کمک موثری به افرادی که از مشکلات جنسی رنج می برند، بنمایند (جهانفر ۱۳۸۰). در نتیجه آموزش و مشاوره جنسی بسیاری از زنان معلول را قادر میسازد تا قدمهای مؤثر و موفقی در مواجهه با مشکلات جنسی و حتی اختلافات زناشویی خود بردارند.

همچنین علی رغم بروز معلولیت، قدرت باروری در زنان معلول حفظ میشود و بدیهی است که به مراقبتهای تنظیم خانواده ی آنان نیز مانند زنان سالم باید توجه شود و روشهای پیشگیری از بارداری با تمام فواید و مضرات آنها به زن معلول و همسرش ارائه شود. در هنگام توصیه ی یک روش تنظیم خانواده، باید باورهای اخلاقی، شخصیت، سبک زندگی، مشخصات رفتاری و نهایتاً، تمایل مددجوی معلول جهت استفاده از روش پیشنهادی، در نظر گرفته شود (ریو، ۱۹۸۹) در این رابطه بست^۵ (۱۹۹۹) می نویسد: زنان با معلولیت حرکتی نظیر فلج، فلج مغزی یا اسکروزیس چندگانه، محدودیتهایی برای انتخاب روش پیشگیری از بارداری دارند و برای ارائه و انتخاب روش پیشگیری از بارداری در این افراد، باید معاینات پزشکی لازم نوع معلولیت و وضعیت پزشکی، شامل: کیفیت گردش خون به خصوص در اندامهای انتهایی و همراهی آن با اختلالات انعقادی، درجه ی حساسیت فیزیکی اندامها، عکس‌العمل اندامها در برابر تحریکات و ثبات عکس‌العمل ها، تداخل داروهای مصرفی با روشهای تنظیم خانواده، بررسی اختلالات قاعدگی و میزان خطر ترومبو آمبولی (انسداد عروق ناشی از لخته های خون) مد نظر قرار گیرد. در غیر این صورت زنان معلول در معرض خطرات ناشی از عوارض روشهای پیشگیری از بارداری و یا بارداری ناخواسته قرار خواهند گرفت. بکر (۱۹۹۷) در این مورد می نویسد: یک بارداری برنامه ریزی نشده می‌تواند زندگی زنان معلول را تهدید نموده و از نظر اجتماعی و خانوادگی آنها را تحت فشار قرار دهد. ولی این به معنای آن نیست که زنان معلول نیایستی باردار شوند بلکه این افراد باید توسط یک تیم بهداشتی که نسبت به معلولیت وی آگاهی دارند به دقت کنترل شوند. در این راستا نوسک^۶ (۱۹۹۹) می نویسد برخی پزشکان که تجربه ناچیزی در مورد اداره بارداری و زایمان در افراد معلول دارند به دلیل

⁵ Best

⁶ Nosek