

## Review Paper: Sexual and Reproductive Health Challenges in Women With Physical-Motor Problems and Their Solutions

Marjan Akhavan Amjadi<sup>1,2</sup>,\* Masoumeh Simbar<sup>3,4</sup>, Seyed Ali Hosseini<sup>5</sup>

1. Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, International Branch, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Tehran, Iran.
5. Social Determinants of Health Research Center, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Citation:** Akhavan Amjadi M, Simbar M, Hosseini SA. [Sexual and Reproductive Health Challenges in Women With Physical-Motor Problems and Their Solutions (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2016; 17(3): 260-275.



Received: 12 Nov. 2015

Accepted: 23 Mar. 2016

### ABSTRACT

**Objective** The purpose of this study is to identify the sexual and reproductive health challenges in women with physical-motor problems in five domains of sexual health, screening for common diseases, maternal health, prevention of unwanted pregnancy, and sexually transmitted diseases.

**Materials & Methods** This review study was conducted in 2016. Articles on the related topic were searched in the following databases: Proquest, Scopus, Springer, Cochrane, ScienceDirect, Iranmedex, Magiran-Iran-doc, SID, and Ovid. A total of 61 related research papers, including quantitative and qualitative researches in English and Persian, from the last 15 years papers (from 18 different countries since 2000) were included in this study. Articles with unknown sample size and methodology or those conducted only on mentally handicapped individuals or men were excluded. In addition, articles with no full text access were also excluded.

**Results** It was found that, in the majority of communities, there was a lack of knowledge about disabilities and how to provide health services to women with physical-motor problems. Insurance and financial problems were the most common reasons for inaccessibility to health care. Other problems included the lack of physical access to health centers, negative attitudes of service providers, lack of effective communications, unfriendly physical structure, and lack of equipments. The Pap smear and mammography screening services were very poor; most of these services did not have the necessary approval from doctors. Other causes included lacking necessity of performing the test, physical and cognitive limitations, and lacking access to the facilities. In addition, low knowledge and poor family planning care were also evident. In Iran, people with disabilities had received significantly less care and family planning. Most of these women considered pregnancy and childbirth to be normal. Despite the differences in the provision of services in pregnancy and childbirth, the participants expressed positive experience during this period, although they did face increased complications of pregnancy and delivery. These women are at risk for sexually transmitted diseases and are provided with weak sexual counseling about sexuality because most of the doctors believed that they have no sex.

**Conclusion** Thus, due to the low knowledge and received sexual-reproductive health care in this group, community awareness, particularly for those related to the disabled individuals, is one of the main programs that can lead to the understanding and proper achievement of techniques for family and community adaptation. This will also improve the rehabilitation services. It is important to devise a way to increase the attention of the concerned authorities toward the people with disabilities for better implementation of health policies for such individuals.

#### Keywords:

Physically handicapped, People with disability, Sexual health, Reproductive health

#### \* Corresponding Author:

Masoumeh Simbar, PhD

Address: Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Vali-Asr Av., Cross of Vali-Asr and Neiaiesh Hwy., Opposite to Rajaee Heart Hospital, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 88202516

E-Mail: msimbar@yahoo.com

## مقاله مروری: مسائل بهداشت باروری جنسی در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی و ارائه راهکارها؛ مروری بر متون پژوهشی

مرجان اخوان امجدی<sup>۱</sup>، \*مصومه سیمبر<sup>۲</sup>، سیدعلی حسینی<sup>۳</sup>

- ۱- گروه ملامی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و ملامی، واحد بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی، تهران، ایران.
- ۲- گروه ملامی، دانشکده پرستاری و ملامی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۳- گروه ملامی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و ملامی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی، تهران، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، تهران، ایران.
- ۵- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### حکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ آبان ۱۳۹۴  
تاریخ پذیرش: ۴ فروردین ۱۳۹۵

**هدف:** از این مطالعه شناسایی مسائل بهداشت باروری جنسی زنان با مشکلات جسمی حرکتی در پنج حیطه سلامت جنسی، فریادگری، بیماری‌های شایع زنان، سلامت مادران، پیشگیری از بارداری ناخواسته و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی است.

**روش بررسی:** در این مطالعه مروری که در سال ۱۳۹۵ انجام شده است، از مقالات نمایه‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی پروکویست، اس‌آی‌دی، مگیران، آوند، ایران‌داک، ایران‌مدکس، ساینتس‌داپرکت، کورنس، اشپرینگر، گوگل اسکالر و اسکوپس استفاده شد. مجموعه مقالات بررسی‌شده شامل ۶۱ مقاله (از ۱۸ کشور مختلف) بود که تحقیقات کیفی و کتبی مربوط به ۱۵ سال اخیر (از سال ۲۰۰۰ تاکنون) را به زبان‌های فارسی و انگلیسی دربرداشت. پژوهش‌هایی که حجم نمونه و نحوه اجرای نامشخصی داشتند یا فقط روی معلولان ذهنی یا مردان انجام شده بود، از روند مطالعه حذف شدند. همچنین مقالاتی که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود نیز از مطالعه حذف شدند.

**نتیجه‌ها:** شیوع ۱۰ درصدی زنان ناتوان در ستین باروری و افزایش سالانه ۵/۵ میلیون نفری افراد ناتوان، بر ضرورت تلاش برای یافتن راه‌حل‌هایی برای ارائه هرچه بهتر خدمات تأکید دارد. با این حال در این زمینه تحقیقات، به‌ویژه پژوهش‌های کیفی، بسیار محدود بوده است. نتایج بیانگر آن بود که در بیشتر جوامع، دانش لازم درباره ناتوانی و چگونگی ارائه خدمات بهداشتی به این گروه از افراد کم بوده است. مهم‌ترین علل دسترسی نداشتن این جوامع به مراقبت‌های بهداشتی عبارت بود از: مشکلات بیمه و مالی، نداشتن دسترسی فیزیکی به مراکز بهداشتی، نگرش منفی ارائه‌دهندگان خدمت، نبود ارتباط مؤثر، ساختار فیزیکی غیردوستانه کمبود تجهیزات، نبود نیاز ضروری به انجام آزمون، محدودیت‌های جسمی و شناختی و دسترسی نداشتن به تسهیلات، در جوامع اشاره‌شده ارائه خدمات غربالگری پاپ‌اسمیر و ماموگرافی بسیار ضعیف بود و بیشتر آن‌ها مشاوره لازم را از پزشک مرتبط دریافت نمی‌کردند و آگاهی پایین و مراقبت‌های ضعیف تنظیم خانواده کلاً مشهود بود. در ایران نیز افرادی که دچار معلولیت هستند، به‌طور چشمگیری مراقبت‌های تنظیم خانواده کمتری دریافت کرده بودند. اغلب این زنان بارداری و زایمان را امری طبیعی می‌دانستند و به بچه‌دار شدن تمایل داشتند. این افراد با توجه به متفاوت بودن ارائه خدمات در بارداری و زایمان، تجربه مثبتی از این دوران را بیان می‌کردند اما با افزایش علل بارداری و زایمان مواجه می‌شدند. آنان در معرض ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بودند و در آن‌ها ارائه مشاوره جنسی ضعیف بوده زیرا بیشتر پزشکان تصور می‌کردند که آن‌ها رابطه جنسی ندارند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به پایین بودن آگاهی و دریافت مراقبت‌های بهداشت باروری جنسی در این گروه آگاسازی، جلمه به‌ویژه افرادی که به‌نحوی با معلول ارتباط دارند از مهم‌ترین برنامه‌هایی است که می‌تواند در درجه اول به شناخت و دستیابی مناسب‌تر به شیوه‌های تطبیق خانواده و جلمه با معلول و برعکس منتهی شود و در آینده خدمات توان‌بخشی را نیز بهبود بخشد. همچنین به‌نظر می‌رسد، باید به دنبال ارائه راهکاری برای افزایش توجه مسئولان به این گروه از افراد جلمه بود. برای رسیدن به این مهم باید نیازسنجی مرتبط صورت گیرد تا براساس آن سیاست‌های بهداشتی لازم برای آن‌ها در نظر گرفته شود و از این طریق بتوان به ارتقای سلامت افراد ناتوان جلمه کمک کرد.

### کلیدواژه‌ها:

معلولان جسمی، افراد با ناتوانی، بهداشت جنسی، بهداشت باروری

### \* نویسنده مسئول:

دکتر مصومه سیمبر

نشانی: تهران، خیابان ولی‌عصر (عج)، بالاتر از میرداماد، رویه‌روی بیمارستان قلب شهیدرجایی، دانشگاه شهیدبهبشتی، دانشکده پرستاری و ملامی، گروه بهداشت و باروری.

تلفن: ۰۲۵۱۶-۸۸۲۰۲۱ (۲۱) ۰۹۸

رابطه‌نامه: msimbar@yahoo.com

## مقدمه

پروکوپیست<sup>۱</sup>، اس آی دی<sup>۲</sup>، همگیران<sup>۳</sup>، آوید<sup>۴</sup>، ایران داک<sup>۵</sup>، ایران مدکس<sup>۶</sup>، ساینتس دایرکت<sup>۷</sup>، کورنس<sup>۸</sup>، اشپرنگر<sup>۹</sup>، گوگل اسکالر<sup>۱۰</sup> و اسکوپوس<sup>۱۱</sup> استفاده شده است. در جستجوی مقالات کلمات کلیدی به کار رفته شامل این کلیدواژه‌ها بود:

Physically handicapped, People with disability, Sexual health, Reproductive health

معیارهای انتخاب مقالات عبارت بود از:

۱. مقالات یافت شده در سال ۲۰۱۶ که از نوع کیفی و کمی و به ۱۵ سال اخیر (از سال ۲۰۰۰ تاکنون) مربوط می‌شده

۲. مقالات فارسی و انگلیسی‌زبان چاپ شده در مجلات علمی داخلی و خارجی مربوط به بهداشت باروری جنسی زنان با مشکلات جسمی حرکتی که متن کامل آن‌ها در دسترس بود

۳. با توجه به وسیع بودن حوزه بهداشت باروری جنسی، در این مقاله مروری فقط به حیطه‌های سلامت مادران، غربالگری سرطان‌های شایع زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته، سلامت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی پرداخته شده است.

معیارهای خروج مقالات عبارت بود از: مقالاتی که حجم نمونه نامشخص داشت، مقالاتی که در آن‌ها نحوه اجرا به خوبی مشخص نشده بود، مقالاتی که فقط روی معلولان ذهنی انجام شده بود و مطالعاتی که صرفاً روی مردان معلول جسمی حرکتی انجام شده بود. مراحل انجام کار بدین ترتیب بود یک نفر از محققان در بین مقالات جست‌وجو و معیارهای ورود و حذف مقالات را براساس عنوان و چکیده آن‌ها بررسی کرد. پس از حذف مقالاتی که معیارهای ورود به مطالعه را نداشت، متن کامل تمام مقالاتی بررسی شد که معیارهای ورود به مطالعه را داشت. سپس نتایج آن‌ها با توجه به عامل بررسی شده استخراج شد و به منظور بازبینی و اصلاح در اختیار دو محقق دیگر قرار گرفت. به‌طور کلی در این مطالعه از مجموع ۲۰۳ مقاله، ۶۱ مقاله از ۱۸ کشور بررسی و نتایج آن‌ها استخراج شد.

## بحث

نتایج حاصل از این مطالعه مروری روایتی نشان داد که تحقیقات

1. Proquest
2. Scientific Information Database (SID)
3. Magiran
4. Ovid
5. Iran doc
6. Iranmedex
7. ScienceDirect
8. Cochrane
9. Springer
10. Google Scholar
11. Scopus

امروزه با گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن در سطح ملی و بین‌المللی می‌توان به ارتقای بهداشت و سلامت جامعه کمک کرد. این موضوع یکی از گام‌های اساسی در تأمین سلامت جامعه و خانواده با محوریت سلامت زنان است. بهداشت باروری جنسی حوزه وسیعی دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از: بلوغ، تنظیم خانواده، مشاوره قبل از بارداری، بارداری و مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن، ناباروری، بیماری‌های مقاربتی و مشارکت مردان [۱].

معلولیت یکی از عواملی است که بر بهداشت افراد و سیاست‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد [۱]. افراد معلول به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند: جسمی یا فیزیکی و ذهنی/روانی و اجتماعی. معلول جسمی به فردی گفته می‌شود که دست و پا ندارد یا به معلولیت‌های جسمی دیگر مانند ناشنوایی یا نابینایی دچار باشد [۲]. معلول جسمی حرکتی به فردی گفته می‌شود که به دنبال ناتوانی شدید و دائمی جسمی ناشی از فلج و نقص عضو و قطع اندام، دچار محدودیت حرکتی شده باشد.

قرن بیستم تحولی عظیم در وضع افراد معلول به‌وجود آورد. [۳]. امروزه پیشرفت در تشخیص و درمان و اداره بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها در پزشکی نقش داشته است. پزشکان باید به این افراد کمک کنند تا به‌همند ابتدا به بیماری مزمن یا ناتوانی از فعالیت جنسی و باردارشدن یا ابتدا به بیماری‌های منتقل شده جنسی پیشگیری نمی‌کنند. آن‌ها فعالیت جنسی خود را به‌صورت نمایش محبت، خودارضایی، نوازش کردن، بوسیدن و نزدیکی جنسی بیان می‌کنند؛ بنابراین آگاه‌سازی جامعه به‌ویژه افرادی که به‌نحوی با معلول ارتباط دارند، از مهم‌ترین برنامه‌هایی است که می‌تواند در درجه اول به شناخت و دستیابی مناسب‌تر به شیوه‌های انطباق خانواده و جامعه با معلول و برعکس منتهی شود و در آینده خدمات توان‌بخشی را نیز بهبود بخشد. بنابراین ضروری است به روش‌های مختلف در ارتقای آگاهی جامعه در برابر مشکلات افراد ناتوان همت گماشت [۴، ۷۲].

از یک‌سو باروری و تولد و بهداشت پس از زایمان برای زنان ناتوان بسیار مهم است و از سوی دیگر، به این مسائل اغلب به اندازه کافی در سیستم بهداشتی پرداخته نشده است. هدف از این مطالعه بررسی مروری مقالات مرتبط با مسائل بهداشت باروری جنسی زنان با مشکلات جسمی حرکتی و راهکارهایی در زمینه ارتقای آن است.

## روش بررسی

در این مطالعه مروری روایتی از کتاب‌ها و مقاله‌های مربوط به مطالعات کیفی و کمی نمایه‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی

و به‌ویژه پژوهش‌های کیفی در این زمینه بسیار محدود است. در حوزه بهداشت باروری اطلاعات کفای در این گروه از افراد وجود ندارد؛ به‌طوری‌که در کامرون افراد مصاحبه‌شونده درگ محدودی از بهداشت باروری داشتند و بسیاری از آن‌ها آموزش

جدول ۱. علل دسترسی‌ناداشتن به مراقبت‌های بهداشتی در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی.

پژوهشگر و سال انتشار	جمعیت مورد هدف/حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
توسکا، ۲۰۰۰	۴۷ سال زندگی با ناتوانی	آمریکا	سخنرانی کوتاه	مشکلات مالی و بیمه
ترانی و همکارانش، ۲۰۱۱	۳۲۵ زن و مرد ناتوان و ۲۲۵ زن و مرد بدون ناتوانی	سیرالئون	مطالعه توصیفی مقطعی	ناپایداری‌های اقتصادی-اجتماعی
کیسون و میکشیکه، ۲۰۱۲	۷۴ زن ناتوان شهری و روستایی	کانادا	مطالعه کیفی و بحث گروهی متمرکز	ناکارآمدی سازمان‌های متعدد و مشکلات دسترسی اطلاعات-نگرش منفی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و اجتماعی و ناکافی بودن خدمات سلامت جنسی و حمایت‌های باروری
واتس کالاکر و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۹ متخصص مراقبت بهداشت از مراکز ملایمی	ایرلند	مطالعه کیفی و مصاحبه‌های گروهی	نگرش دوگانه متخصصان، نبود دانش درباره ناتوانی و ارتباط مؤثر و منابع
اموموزا و همکارانش، ۲۰۱۴	۳۰ مرد و زن (۱۸ ساله و بالاتر) با ناتوانی فیزیکی، ۱۰ نماینده افراد ناتوان فیزیکی و کارکنان بهداشتی و مسئول آژانس‌های حمایتی	لوگاندا	مطالعه کیفی و فئوژنولوژی	صف طولانی و دور بودن تسهیلات بهداشتی، قیمت بالای خدمات ساختار فیزیکی غیردوستانه و تصور نادرست افراد سالم جسمی
استیمن و همکارانش، ۲۰۱۴	۱۰۸ مرد و زن (۱۸ ساله و بالاتر) مبتلا به ضایعه نخاعی و وابسته به ویلچر در یک سال اخیر و بیشتر	آمریکا	مطالعه مشاهده‌ای از نوع مقطعی	موانع تسهیلاتی: دسترسی‌ناداشتن به پارکینگ، سطح شیب‌دار و در خروجی خاص، موانع کلینیکی: ساختار نامناسب درگاه ورودی و راهرویی درمانگاه و سرویس بهداشتی، موانع معیشتی: ساختار نامناسب اتاق و میز معاینه کمک‌کردن در انتقال بیمار برای معاینه و دانش ناکافی پزشکان عمومی و متخصص
سیلور و همکارانش، ۲۰۱۲	۶۶ مرد و زن (۱۸ ساله و بالاتر) مبتلا به ضایعه نخاعی	آمریکا	مطالعه کمی و تصادفی کنترل‌شده	کمبود تجهیزات، مشکل بیمه مشکلات حرکتی و کمبود همراهمان در منزل و محیط
باب‌محمدی و همکارانش، ۲۰۱۱	۱۸ مرد و زن (۱۸ ساله و بالاتر) مبتلا به ضایعه نخاعی	ایران	مطالعه کیفی و تحلیل محتوا	کمبود منابع و حمایت مالی در دسترسی به خدمات بازتابی و دستگاه‌های کمکی
برمر و همکارانش، ۲۰۱۰	۸ زن ۲۷ تا ۴۵ ساله یا ناتوانی فیزیکی	کامرون	مطالعه کیفی و فئوژنولوژی	نداشتن دسترسی فیزیکی و مالی به مراکز مراقبت بهداشتی
فار و همکارانش، ۲۰۱۳	۶۳ مدیر مراکز بالینی	آمریکا	مطالعه ترکیبی: پاسخ به پرسش‌های ساختاریافته از طریق اینترنت و تجزیه براساس نمودار گانمن	ناآگاهی مدیران بالینی درباره تجهیزات پزشکی در دسترس متناسب با نیاز افراد در درمانگاه‌ها
اسمیت و همکارانش، ۲۰۰۳	۳۳ زن ناتوان و ۲۵ ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در بخش عمومی مادر و باروری (بمن)	آمریکا	تحلیل محتوا	نگرش منفی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باروری درباره فعالیت جنسی آن‌ها، ارجاع بیش‌ازحد پرستاران و ماساها به‌دلیل آگاهی پایین از زایمان در افراد ناتوان
پورلت و همکارانش، ۲۰۱۲	۷۴ مرد و زن مبتلا به ناتوانی فیزیکی و حسی	اسرائیل	مطالعه توصیفی مقطعی	مشکل در حمل‌ونقل به درمانگاه و وجود خدمات ویژه این افراد
شاه و همکارانش، ۲۰۰۵	۱۳۶ متخصص زنان	آمریکا	مطالعه توصیفی مقطعی	برقراری‌نشدن ارتباط مؤثر پزشک با افراد ناتوان

پژوهشگر و سال انتشار	جمعیت مورد هدف/ حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
لوترس و همکارانش، ۲۰۱۳	۲۰۰ مقاله	آمریکا	مرور نظام‌مند	موانع فیزیکی و حمل‌ونقل، دسترسی محدود به فناوری و تجهیزات کمکی، دسترسی محدود به نوروترمانی و متخصصان و محدودیت در دسترسی به دستیاران مراقبت‌های فردی و مشکلات مالی، دریافت نکردن مراقبت بهداشتی پیشگیری کننده در استفاده متناسب با سن، دریافت نکردن درمان‌های دیگر بیماری‌های تشخیص داده شده زیر درمان، دلتا ناکافی ارائه‌دهندگان درباره درمان‌های مؤثر و مناسب
شرفیان‌نالی و همکارانش، ۱۳۸۵	۲۱۶ دختر و زن در محدوده سنی ۱۵ تا ۶۴ سال با معلولیت جسمی حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	پاسخگویی پایین کیفیت خدمات دریافتی و نیاز به وسایل کمکتوانبخشی، خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی

## نتیجه‌گیری

با سن ارتباط دارد و ۴۰ درصد زنان ۶۵ سال و بالاتر حداقل یک محدودیت عملکردی دارند [۱۱]. افزایش سن سبب شده است که تعداد فزاینده‌ای از مردم آمریکا با معلولیت زندگی کنند. محققان تخمین زده‌اند حدود ۱/۳ درصد از افراد آمریکایی ۴۵ تا ۶۴ ساله، مشکل در راه رفتن را گزارش کرده‌اند [۱۲].

ضایعات نخاعی یکی از موارد معلولیت جسمی حرکتی است که در استرالیا میزان شیوع این آسیب به دنبال تروما، ۴۹۰ تا حداکثر ۸۸۶ نفر در یک میلیون نفر جمعیت گزارش شده است [۱۳] و در آمریکا تقریباً ۵۲ هزار زن مبتلا به ضایعات نخاعی زندگی می‌کنند [۹]. در ایران نیز شیوع نقطه‌ای صدمات طناب نخاعی ۴/۴ در ۱۰ هزار نفر) و میزان بروز آن بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸، ۲/۲ در ۱۰ هزار نفر جمعیت گزارش شده است [۱۴]. از این میزان ۸۲/۲ درصد از ضایعات نخاعی کشور به علت سوانح و حوادث و جنگ رخ داده است [۱۵].

دسترسی زنان ناتوان جسمی حرکتی به مراقبت‌های بهداشتی

دسترسی آسان به ارائه خدمات، یکی از معیارهای اصلی کیفیت ارائه خدمات است [۱۶]. مطالعات نشان داد که ناتوانی نیز با دسترسی به مراقبت بهداشتی ارتباط منفی دارد [۱۰]. بی‌عدالتی‌های واضحی در خدمات مراقبت بهداشتی برای این شرایط وجود دارد؛ مانند حق بهره‌مندی از فناوری مدرن [۳، ۱۷] و حق دسترسی به عدالت و آزادی انتخاب درمان‌های پزشکی که دسترسی به این مراقبت‌ها را مشکل کرده است [۳].

تحقیقات گوناگون عوامل بسیاری را به عنوان علل دسترسی نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی در این گروه از زنان مطرح کرده است. مهم‌ترین مشکلات این گروه عبارت است از: نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی [۷، ۱۷] و ناکارآمدی و پیچیدگی‌های سازمان‌های متعدد [۱۹] و تصور افراد سالم جسمی که آن‌ها را از نظر جنسی غیرفعال می‌دانند [۹، ۲۰]. در کل می‌توان این عوامل را به سه دسته کلی تقسیم کرد [۵]:

اولیه بهداشت باروری دریافت نکرده بودند و حاملگی ناخواسته شایع بود. همچنین اغلب از بارداری می‌ترسیدند و مراکز مراقبت بهداشتی از نظر فیزیکی و مالی در دسترس بود [۵]. با توجه به وضعیت جسمانی فرد، با آموزش اعضای خانواده در به کارگیری او می‌توان در تغییر نگرش فرد به خودش کمک مؤثری کرد [۶]؛ زیرا مطالعات نشان داده حمایت افراد مهم و دوستان و خانواده می‌تواند بر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی حرکتی تأثیر بسزایی داشته باشد [۷]. در این مقاله پس از معرفی شیوع معلولیت در جهان و ایران به مسائل این گروه از زنان در حوزه‌های مختلف بهداشت باروری جنسی، راهکارهایی برای ارتقای آن ارائه شده است:

## شیوع معلولیت

بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیش از یک میلیارد نفر با نوعی از معلولیت در سراسر جهان وجود دارند که اغلب آنان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. این افراد ۱۵ درصد از کل جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و از این میزان ۱۰ درصد آن‌ها زنان در سنین باروری هستند. به‌طور متوسط سالانه ۸/۵ میلیون نفر با معلولیت‌های متوسط تا شدید به جمعیت معلولان جهان اضافه می‌شوند. این مسئله بر ضرورت تلاش برای یافتن راه‌حل‌هایی به‌منظور ارائه هر چه بهتر خدمات تأکید دارد [۲، ۳].

در ایالات متحده آمریکا ۱۲/۷ درصد زنان ناتوانی مزمن فیزیکی را گزارش کرده‌اند [۵، ۸] و شیوع ناتوانی در زنان سنین باروری ۱/۷ درصد است [۹]. در مقایسه با دیگر زنان، آنان با ناتوانی به‌طور مشخصی ویژگی‌هایی از این دست دارند: مسن‌تر، سیاه‌پوسته، کمتر آسیایی یا هیسپانیک<sup>۱۲</sup>، بیشتر مطلقه یا جداشده، تحصیلات کمتر از سطح راهنمایی، به‌ندرت شافل و کمی درآمد [۵]. در کل نزدیک به ۲۰ درصد زنان محدوده سنی ۱۸ تا ۶۴ ساله ایالات متحده ناتوانی دارند [۱۰]. شیوع ناتوانی

12.Hispanic

جدول ۴. وضعیت آزمون‌های غربالگری پاپ‌اسمیر و ماموگرافی در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی.

پژوهشگر و سال انتشار	جمعیت مورد هدف/حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
دروی و همکارانش، ۲۰۱۰	۲۰۹۷۷ زن ۱۸ تا ۶۴ ساله ناتوان	آمریکا	مطالعه توصیفی تحلیلی	ارتباط منفی ناتوانی با دریافت پاپ‌اسمیر، دلایل: هزینه‌های سنگین و بیمه نبودن
نوسکه، ۲۰۰۰	۴۷ سال زندگی با ناتوانی	آمریکا	سخت‌ترای کولتر	موانع انجام آزمون غربالگری: پیشنهاد نکردن پزشکان، خارج از دسترس بودن امکانات، کمبود وقت و دسترسی نداشتن به پزشک مناسب
لزویی و همکارانش، ۲۰۱۰	۲۰ زن با ناتوانی حرکتی مزمن در مراحل اولیه تشخیص سرطان پستان قبل از شروع درمان	آمریکا	مطالعه کیفی: مدل مفهومی	موانع انجام آزمون‌های غربالگری: تبعیضات خارج از دسترس، مشکل در انتقال از ویلچر و نگرانی از صدمه در حین انتقال
یانکاسکاس و همکارانش، ۲۰۱۰	۳۶۷۰ زن ناتوان فیزیکی و نابینا و ناشنوا و ترکیبی ۳۰ تا ۷۹ ساله که آخرین ماموگرافی آن‌ها منفی بود و حداقل در سه سال گذشته برای ارزیابی مجدد مراجعه نکردند	آمریکا	مطالعه توصیفی تحلیلی	موانع انجام آزمون‌های غربالگری: نبود مشکل پستان یا درد و هنگام نبودن هزینه و پیشنهاد نکردن پزشک
استیلمن و همکارانش، ۲۰۱۴	۱۰۸ مرد و زن (۱۸ ساله و بالاتر) مبتلا به ضایعه نخاعی و وابسته به ویلچر در یک سال اخیر و بیشتر	آمریکا	مطالعه مشاهده‌ای از نوع مقطعی	موانع انجام آزمون‌های غربالگری: دسترسی نداشتن به تسهیلات، ضرورت نداشتن انجام آزمون و پیشنهاد نکردن پزشکان
عابدی و همکارانش، ۱۳۸۳	۲۲۱ زن متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله معلول جسمی حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	انجام کم‌تر غربالگری‌ها و پیشنهاد نداشتن ماموگرافی
بارتلمی و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۲۸ زن معلول جسمی	کنگو	مطالعه توصیفی مقطعی	پیشنهاد نداشتن غربالگری سرطان سرویکس و پستان
شریفیان‌نایی و همکارانش، ۱۳۸۵	۲۷۶ دختر و زن ۱۵ تا ۶۳ ساله با معلولیت جسمی حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	انجام نداشتن آزمون پاپ‌اسمیر و ماموگرافی در بیشتر افراد
پتزن و همکارانش، ۲۰۱۳	مرور نظام‌مند	آمریکا	۲۵ مقاله در زمینه غربالگری سرطان‌های پستان، سرویکس، پروستات و کولون‌کتال افراد معلول	موانع انجام آزمون‌های غربالگری: هزینه‌های سنگین، دسترسی نداشتن، ناراحتی ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی و محدودیت‌های جسمی و شناختی
کوپر و یوشینا، ۲۰۰۷	مطالعه توصیفی مقطعی	کانادا	۱۰۹۵ زن ۱۸ تا ۹۳ ساله با ناتوانی فیزیکی	انجام نداشتن آزمون پاپ‌اسمیر و ماموگرافی در بیشتر افراد، موانع انجام غربالگری‌ها: نداشتن فعالیت جنسی، لازم‌نبودن پزشک در انجام غربالگری‌ها برای این افراد و بلند و باریک بودن تخت مطبوعه
لین و همکارانش، ۲۰۱۱	مطالعه توصیفی	تایلند	۵۲۱ زن ۱۵ ساله و بیشتر با ناتوانی فیزیکی	انجام نداشتن آزمون پاپ‌اسمیر در بیشتر افراد و دریافت نکردن مشاوره و شایسته نبودن پرستاران
وی و همکارانش، ۲۰۰۶	مطالعه طولی	آمریکا	۳۱۸۳ زن ۲۵ تا ۶۴ ساله که ۸۲۵ نفر (۲۶٪ درصد) از آنان ناتوان بودند.	پیشنهاد نداشتن آزمون‌های غربالگری با فواصل مناسب، حائل، متعادل مراقبت و بیمه سلامت
وو و همکارانش، ۲۰۱۲	مطالعه توصیفی مقطعی	تایلند	۱۷۳۵۵ زن ناتوان فیزیکی	آگاهی پایین درباره غربالگری سرطان سرویکس
کونگ و همکارانش، ۲۰۱۲	مطالعه توصیفی مقطعی	تایلند	۱۳۶۶۰ زن ۵۰ تا ۶۹ ساله ناتوان	انجام نداشتن ماموگرافی در بیشتر افراد و ارتباط آن با سطح درآمد و تحصیلات و شدت ناتوانی
هونگ و همکارانش، ۲۰۱۲	مطالعه کوهورت گذشته‌نگر	تایلند	۳۶۱۹۴ زنان ناتوان (۲۰ ساله و بالاتر)	انجام نداشتن آزمون پاپ‌اسمیر در بیشتر افراد و ارتباط آن با سن، محل سکونت، درآمد تأهل، سرطان و شدت ناتوانی

توسعه‌یافته

و پزشکانی را که به آن‌ها خدمت ارائه می‌دهند نمی‌دانند [۲۹].

در ایران نیز کمبود دانش، منابع مالی، تسهیلات مناسب و در دسترس و پذیرش و حمایت جامعه به‌عنوان موانع گزارش شده است [۲۸]. مطالعات نشان می‌دهد در ایران سازمان بهزیستی خدمات مختلفی از قبیل ارائه وسایل کمک توان بخشی، خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات رفاهی و مددکاری و مشاوره را به افراد معلول ارائه می‌کند [۱۵]. ۵۲٪ درصد معلولان جسمی حرکتی، کمیت خدمات دریافتی و ۵۰٪ درصد آنان کیفیت خدمات دریافتی را پاسخگوی نیاز خود ندانستند. این زنان نیاز به خدمات توان بخشی مانند نیاز به وسایل کمک توان بخشی و خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی را از عمده‌ترین نیازهای خود می‌دانستند [۳۰]. جدول شماره ۱ بیانگر علل دسترسی نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی است.

آزمون‌های غربالگری پاپاسمیر و ماموگرافی در زنان ناتوان جسمی حرکتی

تحقیقات نشان داد زنان با ناتوانی شدید، آزمایش‌های پاپاسمیر و ماموگرافی روزمره و منظم کمتری دریافت کرده‌اند. همچنین در زنان معلول مراحل دیرتری از سرطان پستان تشخیص داده شده است و آن‌ها بقای پایین‌تری داشته‌اند [۳۳-۳۱، ۸] و در کل ناتوانی با دریافت پاپاسمیر ارتباط منفی داشت [۱۰]. براساس مطالعات، در تایوان ۷۱/۵ درصد [۳۴] و در کانادا ۹۰ درصد [۳۵] این افراد هرگز پاپاسمیر انجام ندهد بودند [۳۴].

طبق نتایج مطالعات دیگر روی زنان ناتوان فیزیکی، شیوع انجام آزمون پاپاسمیر در تایوان تنها ۷/۷۱ درصد [۳۳] و در دو مطالعه در ایران ۱۴/۹ درصد [۳۵] و ۲۴/۶ درصد [۳۰] بوده است. سطح آگاهی زنان ناتوان تایوانی درباره غربالگری سرطان سرویکس بسیار پایین بود (۷۷/۳ درصد). زنان متأهل با تحصیلات بالاتر و کسانی که در خانواده سابقه بیشتری از پاپاسمیر داشتند، به‌طور مشخصی درک بیشتری از غربالگری سرطان سرویکس در مقایسه با زنان ناتوان دیگر داشتند [۳۵].

در ایران بیشتر زنان ۵۰ ساله و بالاتر مبتلا به ضایعات نخاعی، در سال گذشته ماموگرافی و حدود نیمی از این زنان در سه سال گذشته آزمون پاپاسمیر انجام ندهد بودند [۲۱، ۳۸]. با این حال نتایج مطالعاتی در تایوان نشان داد افراد ناتوان در مقایسه با جمعیت عمومی

۱. موانع تسهیلاتی: مانند دسترسی نداشتن به پارکینگ و سطح شیب‌دار و درب خروجی خاص [۲۱]، مشکل در حمل و نقل به درمانگاه [۱۷، ۲۲، ۲۳]، نبود کمک در دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی، محدودیت وجود خدمات ویژه برای این افراد [۲۲]، دور بودن تسهیلات بهداشتی [۲۰]، کمبود همراهان در منزل و محیط [۲۳].

۲. موانع کلینیکی: مانند ساختار فیزیکی غیردوستانه [۲۰] و ساختار نامناسب درگاه ورودی و راهروی درمانگاه و سرویس بهداشتی؛

۳. موانع معاینات: مانند ساختار نامناسب اتاق و میز معاینه، کمک‌نکردن در انتقال بیمار برای معاینه، دانش ناکافی پزشکان عمومی و متخصص درباره سلامت کلی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی [۲۱]، مشکلات دسترسی اطلاعات برای خدمات در دسترس و نگرش منفی برخی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و اجتماعی [۱۹]، ضعف در ارائه خدمات [۲۲]، کمبود تجهیزات پزشکی بادوام و دارو درمانی [۱۹، ۱۷]، نبود مراقبت پیشگیری در دسترس و متناسب با سن، کیفیت پایین مراقبت‌ها [۱۷، ۲۵]، دریافت نکردن درمان‌های دیگر بیماری‌های تشخیص داده شده زیر درمان [۱۷]، مشکل بیمه [۲۳]، صف طولانی در تسهیلات بهداشتی، قیمت بالای خدمات [۲۰]، نگرش دوگانه متخصصان، نبود ارتباط مؤثر، نبود منابع و دانش درباره ناتوانی [۱۷، ۲۵، ۲۶].

نبود دانش می‌تواند در پرستارها و ماماها درباره مشکلات زایمان زنان با ناتوانی‌های فیزیکی ترس به وجود آورد و سبب مراجعه بیش از حد به تسهیلات مادری سطح سوم شود که خارج از محل است و برای زنان با محدودیت‌های حرکتی دستیابی به آن مراکز سخت‌تر است [۲۷]. در کل بیشتر افراد مشکلات مالی [۵، ۱۱، ۱۷، ۲۸] و بیمه را دلایل بیش از سه چهارم این دسترسی نداشتن مطرح کردند [۱۱].

با این حال مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد پوشش مراقبت‌های اولیه در این گروه از افراد خوب است؛ اما اغلب موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تخصصی درباره اتاق معاینه است. در این میان شایع‌ترین موانع، تخت‌های معاینه خارج از دسترس و کمبود وسایل حمل و نقل است [۲۱]. از مشکلات مهم دیگر ضعف مدیریت در سیستم بهداشتی است. مطالعات نشان می‌دهد این افراد نه تنها درباره در دسترس بودن تجهیزات موجود اطلاعات زیادی ندارند؛ بلکه اهمیت تجهیزات در دسترس برای بیماران ناتوان

جدول ۳. وضعیت پیشگیری از بارداری در زنان ناتوان فیزیکی.

پژوهشگر و سال انتشار	جمعیت مورد پژوهش/حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
برمر و همکارانش، ۲۰۱۰	۸ زن ۲۲ تا ۳۵ ساله با ناتوانی فیزیکی	کامرون	مطالعه کیفی و فنونولوژی	ترس از بارداری و افزایش شیوع بارداری ناشی‌ناسته
عابدی و همکارانش، ۱۳۸۴	۲۳۱ زن متأهل ۱۵ تا ۳۹ ساله معلول جسمی حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	مراقبت‌های ضعیف تغذیه خانواده
بارتلمی و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۳۸ زن معلول جسمی	کنگو	مطالعه توصیفی مقطعی	ناآگاهی یا داشتن اطلاعات ضعیف درباره پیشگیری از بارداری

توانبخشی

جدول ۴. پیامد بارداری و زایمان و سلامت مادران مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی.

پژوهشگر و سال	جمعیت مورد هدف، حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
لژونی و همکارانش، ۲۰۱۵	۲۲ زن با مشکلات حرکتی واضح که در ۱۰ سال گذشته زایمان داشتند	آمریکا	مطالعه توصیفی مقطعی	افزایش عوارض بارداری و زایمان و کاهش ایمنی مرتبط با ویلچر
مورتین و همکارانش، ۲۰۱۳	۷۵۵ زن با ناتوانی فیزیکی که به درمانگاه سلامت جنسی و باروری مراجعه نموده بودند که ۳۸ نفر آن‌ها باردار بودند	آمریکا	کوهورت همسان‌شده گذشته‌نگر	افزایش عقولت‌های مادر، افزایش عوارض بارداری، کاهش شیردهی، مادر و برگشت وضعیت عملکردی، مثانه طی دوره نقاس
تیت و کیندی، ۲۰۱۲	۸ زن مبتلا به ضایعه نخاعی یا سابقه زایمان	انگلیس	مطالعه کیفی و فنوتولوژی	تجربه مثبت از بارداری
والش گالاگر و همکارانش، ۲۰۱۲	۱۷ زن باردار با ناتوانی فیزیکی، حسی و ذهنی	ایرلند	مطالعه کیفی و فنوتولوژی	بارداری، یعنی توانایی برای هویت خود و آرزای برای زن و مادر بودن و واکنش‌های متفاوت شرکای جنسی و خانواده
الکساندر و همکارانش، ۲۰۰۲	۸۸ مادر مبتلا به ضایعه نخاعی، ۳۶ همسر، ۳۶ کودک ۸۶ مادر بدون ناتوانی، ۳۳ همسر و ۲۸ کودک	آمریکا	مطالعه تصادفی شاهدندار	وجود تفاوت واضح در عملکرد زوجها یا خانواده
پرمه و همکارانش، ۲۰۱۰	۸ زن ۲۷-۴۵ ساله با ناتوانی فیزیکی	کلمبرین	مطالعه کیفی و فنوتولوژی	درک محدود از سلامت باروری، دریافت نکردن آموزش سلامت باروری، پاسخ‌های مثبت و منفی از خانواده و جامعه و مراقبان بهداشتی درباره سلامت جنسی
عابدی و همکارانش، ۱۳۸۳	۳۳۱ زن متأهل ۳۹-۱۵ ساله معلول جسمی-حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری
بارکلی و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۴۸ زن معلول جسمی	کنگو	مطالعه توصیفی مقطعی	فراوان بودن زایمان واژینال و افزایش سزارین به دلیل تطابق نداشتن لگن با جنین
ردشو و همکارانش، ۲۰۱۳	۲۳۱۵۵ زنان ۱۶ ساله معلول فیزیکی، اختلال حسی، مشکلات سلامت روان، ناتوانی یادگیری که در سه ماه اخیر زایمان داشتند	انگلیس	تجزیه و تحلیل داده‌های ثانویه	فراوان بودن استفاده از خدمات زایمانی، مراقبت نامناسب در شیردهی، افزایش عوارض زایمانی، حق انتخاب پایین در فرایند زایمان و افزایش طول مدت بستری پس از زایمان
لاپار و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۱۴ مقاله در زمینه زنان با ناتوانی فیزیکی و دسترسی به خدمات در طی بارداری، زایمان، ایستای مادر شدن	انگلیس	مرور نظاممند متون	آگاهی پایین و نگرش منفی کلرکتان و والدین و ارائه نامناسب مراقبت و مشکلات حمل و نقل
لی و همکارانش، ۲۰۰۵	۳۱۰ زن متأهل (۵۰-۱۸ ساله) با ناتوانی فیزیکی	کره جنوبی	مطالعه توصیفی مقطعی	تأمین نداشتن به چه‌نارس شدن و مراقبت از کودک با حمایت اجتماعی مناسب
موریسون و همکارانش، ۲۰۱۳	۲۷ زن با ناتوانی شدید و ۵ پرستار عاма	نیبال	مطالعه کیفی: بحث گروهی متمرکز	طنبی دانستن بارداری و زایمان، تمایل به زایمان در منزل، پایین بودن کیفیت مراقبت، چشمگیر بودن هزینه حمایت‌کننده خانواده و ناآگاهی
والش گالاگر و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۹ متخصص مراقبت بهداشتی از بین ماماها، مشاغل اجتماعی و پرستاران بهداشت عمومی	ایرلند	مطالعه کیفی: بحث گروهی متمرکز	نیود صلاحیت و دانش و مهارت مرتبط با ناتوانی در پرستل بهداشتی

نتیجه‌گیری

برای این گروه از افراد بسیار سخت است و به‌علت دور از دسترس بودن این آزمایش‌ها می‌توان آن‌ها را نادیده گرفت [۱۱]. بنابراین بسیاری از این زنان پیشنهاد غربالگری سرطان سرویکس و پستان را دریافت نمی‌کردند [۳۹، ۴۰]. در آمریکا زنان ناتوان، ماموگرافی و پاپ‌اسمیر فعال با فواصل پیشنهاد شده را نداشتند و منبع اصلی مراقبت و بیمه سلامت، عوامل واضح پیشگویی‌کننده دریافت خدمات پیشگیری طبیی بود. این زنان دلیل اصلی مشکل خود را در دسترس نبودن امکانات بیان کرده‌اند [۳۹].

مطالعات عوامل مختلفی را برای انجام‌نشدن آزمون‌های غربالگری در این گروه زنان بیان کرده‌اند که هزینه‌های

از پاپ‌اسمیر بیشتر استفاده کرده بود (۷۴ درصد در مقابل ۶۴ درصد) [۳۴]. در مجموع درصد پاییی از زنان با معلولیت جسمی حرکتی در ایران مراقبت‌های بهداشت باروری را دریافت کرده بودند، انجام غربالگری‌ها ضعیف بود. کارکنان بهداشتی به ۴/۶ درصد از نمونه‌ها خودآزمایی پستان را آموزش داده و در ۶/۲ درصد از آن‌ها پستان را معاینه کرده بودند. هیچ‌یک از زنان ۴۰ ساله و بالاتر، برای ماموگرافی بازگردانیده نشده بودند [۳۶]. براساس مطالعه‌ای دیگر ۹۲/۱ درصد از زنان و دختران این گروه از افراد مراقبت‌های پیشگیری مانند ماموگرافی را انجام نداده بودند [۳۰].

برخی پزشکان تصور می‌کنند انجام معاینه لگن یا ماموگرافی



چندول، وضعیت سلامت جنسی و بیماری‌های منتقل شده جنسی در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی.

پژوهشگر و سال انتشار	جمعیت مورد هدف/حجم نمونه	کشور	روش تحقیق	یافته‌ها
بیرینگ و همکارانش، ۲۰۱۲	۶۶۹ مرد و زن مبتلا به ضایعه نخاعی	دانمارک	مطالعه گذشته‌نگر	علیمی بودن نوبه‌ها، کاسیون واژینال و رضایت از زندگی جنسی
سروش و همکارانش، ۱۳۸۷	۱۳۲۹ مرد و زن جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	نیود ارتباط بین میزان رضایت از رابطه جنسی و سطح آسیب نخاعی جانبازان
طردی و همکارانش، ۱۳۸۳	۱۳۳۱ زن متأهل ۱۵ تا ۳۹ ساله معلول جسمی حرکتی	ایران	مطالعه توصیفی مقطعی	مشاوره جنسی ضعیف
بارتلمی و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۲۸ زن معلول جسمی	کنگو	مطالعه توصیفی مقطعی	شروع رابطه جنسی در ۱۷/۵ سالگی و داشتن تجربه تجاوز و سقط جنین و آگاهی کافی درباره نحوه صحیح انتقال HIV
قیصر و همکارانش، ۲۰۰۲	۴۰ مرد و زن مبتلا به ضایعه نخاعی	آمریکا	مطالعه طولی	۶ ماه اول پس از ضایعه دوره بحرانی برای مداخلات بهداشت جنسی
لی و همکارانش، ۲۰۱۵	۴۵ زن و مرد (۱۸ ساله و بالاتر) مبتلا به اسپینالینیا	آمریکا	مطالعه توصیفی تحلیلی	نیود ارتباط بین بیماران با وضعیت سرهای یا نخاعی یا شاخص‌های عملکرد جنسی زنان
کدیل و همکارانش، ۲۰۱۳	۱۰ زن متأهل با ناتوانی فیزیکی	ترکیه	مطالعه کیفی تحلیل محتوا	تجربه مشکلات جنسی و اختلال عملکرد جنسی
چنگ و لوری، ۲۰۰۲	۱۱۸۳ نوجوان با ناتوانی فیزیکی	آمریکا	مطالعه طولی	فرایند تکامل بلوغ آهسته‌تر در نوجوانان ناتوان، داشتن تجربیات جنسی، جاذبه جنسی کمتر نسبت به جنس مخالف، تمایل بیشتر به جاذبه جنسی به همجنس خود و تجربه خشونت جنسی در دختران نوجوانان
استینی، ۲۰۰۸	۵۰ مرد و زن ناتوان فیزیکی	ایتالیا	مطالعه توصیفی مقطعی	ارتباط بین شدت ناتوانی و تجربه و رضایت جنسی، اعتماد بنفس در رابطه جنسی، اعتماد بنفس از تصویر بدنی خود و اضطراب و افسردگی
کاسا و همکارانش، ۲۰۱۲	۴۲۶ مرد و زن با ناتوانی	انجیری	مطالعه توصیفی مقطعی	تجربه مقاربت جنسی در نیمی از افراد شروع رابطه جنسی در سن پایین، استفاده نکردن بیشتر افراد از روش‌های پیشگیری در اولین رابطه، شرکای جنسی، استفاده نکردن از کاندوم و روابط جنسی پرخطر
ولتر و همکارانش، ۲۰۰۱	۵۰۴ زن با ناتوانی و ۳۴۲ زن بدون ناتوانی	آمریکا	مطالعه توصیفی تحلیلی	آگاهی و یادگیری مقاربت جنسی از طریق کتاب و مطالب چاپ شده ناشن رضایت جنسی، شرکای جنسی و دوستان و معلمان دبستان

#### نتیجه‌گیری

روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان ناتوان جسمی حرکتی

دسترسی به خدمات تنظیم خانواده یکی از حقوق بهداشت باروری محسوب می‌شود [۴۴]. نتایج پژوهشی در ایران نشان داد در کل افرادی که دچار معلولیت هستند، به‌طور درخور توجه‌های مراقبت‌های تنظیم خانواده کمتری دریافت کرده بودند [۲۶]؛ به‌طوری‌که ترس از بارداری و افزایش شیوع بارداری ناخواسته از نگرانی‌های این گروه از زنان بوده است [۵]. در کنگو نیز ۳۷۰ درصد از این افراد درباره پیشگیری از بارداری مطالبی شنیده بودند؛ اما تنها ۵/۴۸ درصد از آن‌ها اطلاعات مناسبی دریافت کرده بودند [۴۰]. جدول شماره ۳ بیانگر وضعیت روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان مبتلا به مشکلات جسمی حرکتی است.

بارداری و زایمان و وضعیت سلامت مادران ناتوان جسمی حرکتی

ارائه خدمات حین فرایند زایمان (لیبر و زایمان) با کیفیت می‌تواند تا حد زیادی از عوارض مرگومیر زمان زایمان بکاهد

نداشتن بیمه درمانی، دلایل اولیه آن‌ها برای انجام نشدن آن بود [۱۰]. عوامل دیگر عبارت بود از: کمبود وقت، دسترسی نداشتن به پزشک مناسب [۱۱]، کمبود مواد آموزشی بهداشتی، احساسات و نگرش‌های منفی و موانع فیزیکی [۴۱]، نبود مشکل پستان یا درد و پیشنهاد نکردن پزشک، نبود ابزار برای توزین، مشکل در انتقال از ویلچر بر تخت ممانه، نگرانی از صدمه در حین انتقال، مشکل در تغییر وضعیت دادن و حرکات کنترل نشدنی در حمل و نقل بیماران [۴۲]، تجهیزات خارج از دسترس مثل دستگاه ماموگرافی و تخت ممانه [۱۲]، هزینه چشمگیر [۴۳، ۴۲]، دردسترس نبودن و راحت نبودن ارائه دهنده مراقبت بهداشتی، محدودیت‌های جسمی و شناختی [۴۳]، نداشتن فعالیت جنسی، لازم ندانستن پزشک در انجام غربالگری‌ها برای این افراد و بلند و باریک بودن تخت ممانه [۲۵]. جدول شماره ۲ بیانگر وضعیت انجام آزمون‌های غربالگری پاپ اسمیر و ماموگرافی در زنان با مشکلات جسمی حرکتی است.

سزارین به علت مطابقت نداشتن لگن با جنین در درگیری یک پا و افزایش چهار برابر آن در درگیری دو پا مشهود بود [۴۰]. پژوهشی در انگلیس نشان داد زنان معلول در مقایسه با زنان بدون معلولیت از خدمات زایمان بیشتر استفاده کرده اند، اغلب نگاه مثبتی به مراقبت خود داشتند؛ اما نسبت کمی از آن‌ها در کلاس‌های قبل از بارداری حضور و انتخاب کمتری در فرایند زایمان داشتند. همچنین زنان با معلولیت فیزیکی پس از زایمان مدت طولانی‌تری در بیمارستان بستری شدند [۵۵]. این در حالی است که نتایج پژوهشی در ایران بیانگر مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری در این گروه از افراد بود. همچنین در اولین مراجعه بارداری کمتر از ۳۷ درصد آن‌ها معاینه شده و کمتر از ۳۵ درصد از آنان آموزش‌های دوران بارداری را دریافت کرده و مراقبت‌های دوره‌ای کامل بارداری را در ۶۰ تا ۷۵ درصد از نمونه‌ها انجام داده بودند [۲۶].

این زنان علل دسترسی نداشتن به خدمات در دوران بارداری و زایمان و پس از آن را ناشی از مکان و نحوه ارائه مراقبت، مشکلات حمل و نقل و حرکت در محیط اطراف، کمبود بهداشت مناسب در محل زندگی، مطابقت نداشتن متخصصان بهداشتی با نیازهای این زنان، کمبود اطلاعات آموزشی والدین [۵۶]، آگاهی پایین و نگرش منفی [۲۶، ۵۶] و بی‌کفایتی و مهارت نداشتن کارکنان بهداشتی عنوان کردند [۲۶]. جدول شماره ۴ بیانگر پیامد بارداری و زایمان و وضعیت سلامت مادران با مشکلات جسمی حرکتی است.

#### خطرهای سلامت جنسی در زنان ناتوان جسمی حرکتی

##### تجاوز به عنف

آمار چشمگیر سوءاستفاده جنسی در این زنان درخور توجه است. ۸۰ درصد زنان ناتوان قربانی خشونت هستند و چهار بار بیشتر از زنان دیگر در معرض خطر سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند [۵۷]. زنان قربانی تجاوز در آمد پایین‌تر و سطوح بالاتری از وابستگی‌های فیزیکی و مسوولیت‌پذیری خانواده را داشتند [۵۸]. در گنگو شروع رابطه جنسی در ۱۷/۵ سالگی است و ۹۴ درصد از آن‌ها تجربه تجاوز و ۲۶/۸ درصد سقط جنین داشتند و ۹۰/۶ درصد افراد نحوه صحیح انتقال HIV را می‌دانستند [۴۰].

##### بیماری‌های منتقل‌شده جنسی و رابطه جنسی

افراد با ناتوانی فیزیکی آموزش‌های جنسی کمتری دریافت می‌کنند [۵۹] که آن‌ها را در برابر خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت‌های منتقل‌شده جنسی قرار می‌دهد [۶۰]. تقریباً یک سوم زنان ناتوان بیان کردند که در این مدت حداقل به یک بیماری منتقل‌شده جنسی مبتلا شده‌اند [۶۱]. نتایج پژوهشی در ایران نشان داد زنان معلول ایرانی در سطح ضعیفی مشاوره جنسی داشتند (۲/۹ درصد) [۲۶]. این در حالی است که نیاز به ارائه خدمات پیشگیری از بیماری‌های منتقل‌شده جنسی به زنان با

[۴۵، ۴۶]. در مطالعه‌ای در انگلیس که تجربه زیست زنان مبتلا به ضایعه نخاعی از زایمان بررسی شده بود، زنان در کل تجربه مثبتی از زایمان را گزارش کردند [۴۷]. در پژوهشی دیگر در ایرلند، زنان از بارداری به‌عنوان تأییدی برای هویت خود و ارزشی برای زن و مادر بودنشان استقبال کردند. به‌طور کلی نتایج نشان داد آن‌ها با واکنش‌های متفاوتی از شرکای جنسی و خانواده خود مواجه شدند؛ در حالی که متخصصان تمایل داشتند آن‌ها دیدگاهی به‌عنوان فرد مسوول در برابر امری پرخطر داشته باشند [۴۸].

در کره جنوبی نیز بیشتر این افراد به بچه‌دار شدن تمایل داشتند و مراقبت از کودک را با حمایت اجتماعی مناسب ممکن می‌دانستند. برخلاف باورهای سنتی و انتظارات جامعه از این زنان برای اجرای نقش مادری، آن‌ها زایمان داشتند و مراقب کودکشان بودند [۴۹]. زنان ناتوان متأهل نیالی، بارداری و زایمان را امری طبیعی می‌دانستند و زایمان در منزل را ترجیح می‌دادند؛ اما مشکلات کیفیت و هزینه و حمایت نکردن خانواده در زنان ناتوان مشهود بود. کارکنان بهداشتی آن کشور معتقد بودند زنان ناتوان ممکن است از خدمات در دسترس یا اهمیت مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری و زایمان آگاهی نداشتند باشند [۵۰]. در مطالعه‌ای که در آمریکا روی مادران مبتلا به ضایعه نخاعی انجام شده، نتایج بیانگر افزایش میزان طلاق، نبود تفاوت از نظر تطابق با والد بودن و ازدواج و خانواده در مقایسه با مادران بدون ناتوانی، نبود تفاوت بین بزرگ‌شدن کودکان آن‌ها در خانواده و نبود تفاوت واضح در عملکرد زوج‌ها یا خانواده بود [۵۱].

پژوهشی در کامرون بیانگر درک محدود این گروه زنان از سلامت باروری، دریافت نکردن آموزش سلامت باروری در بیشتر آن‌ها، پاسخ‌های مثبت و منفی از خانواده و جامعه و مراقبان بهداشتی درباره سلامت جنسی بود [۵]. این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد زنان ناتوان نیز می‌توانند مادر شدن را تجربه کنند؛ اما طی این مسیر ممکن است با مسائلی از قبیل افتادن، مشکلات مثانه و دستگاه ادراری، خطرهای مناسب نبودن و پلچر مانند مستحکم نبودن، کاهش تحرک و امنیت پایین، تنفس کوتاه، افزایش اسپاسم، مشکلات کنترل روده و کل پوست مواجه شوند [۵۲، ۵۳].

در مطالعه کوهورت میزان عفونت ادراری و دیگر عفونت‌های مادری به‌وضوح در افراد ناتوان باردار بیشتر دیده شده است که با افزایش زایمان پره‌ترم و وزن کم زمان تولد ارتباط داشت [۵۴]. [۵۳]. در حالی که تغییرات وضعیت و عملکرد مثانه طی بارداری زنان معلول جسمی در آمریکا درخور توجه بود، این زنان ۶ هفته پس از زایمان به وضعیت عملکردی قبل از بارداری خود برگشتند [۵۴].

در آمریکا افراد ناتوان میزان پایین‌تری از تقویت فرایند زایمان (لبیر) را داشتند [۵۳]. نتایج پژوهشی در ایرلند نشان داد ۷۰/۷ درصد زنان ناتوان زایمان و ژینال داشتند؛ اما افزایش ۱/۵ برابر

داشتند. بنابراین افراد ناتوان نه تنها از نظر جنسی فعال هستند؛ بلکه در معرض روش‌های جنسی پرخطر قرار دارند [۶۹].

زنان آمریکایی با ناتوانی در یک محدوده سنی همانند زنان بدون ناتوانی درباره جوانب فیزیکی مقاربت جنسی آموزش دیدند. بیشترین منبع یادگیری در هر دو گروه، کتاب و دیگر مطالب چاپ‌شده، داشتن رابطه جنسی، شرکای جنسی و دوستان و معلمان دبستان بوده است. بسیاری از زنان ناتوان از زنان ناتوان دیگر یا مشاوران بازتوانی اطلاعات کسب کرده بودند. زنان هر دو گروه بیان کردند مسئله جنسی هرگز یا به ندرت در مکالمات عمومی خانواده مطرح شده است. شروع رابطه جنسی در زنان با ناتوانی فیزیکی (۱۶/۶ درصد) درمقایسه با زنان بدون ناتوانی فیزیکی (۱۴/۹۱ درصد) دیرتر بوده است. زنان ناتوان فیزیکی که اطلاعات جنسی را دیرتر کسب کرده بودند در سن بالاتری (۲۰/۳۷ درصد) درمقایسه با زنان بدون ناتوانی (۱۷/۷۵ درصد) نزدیکی جنسی داشتند. سن دریافت اطلاعات جنسی با دفعات لمس صمیمانه و مقاربت جنسی ارتباط نداشت [۷۰].

دوره نوجوانی نیز دوره‌های بحرانی است که ابتدا به ناتوانی‌های جسمی پُررنگ‌تر می‌شود. نوجوانان ناتوان فرایند تکاملی آهسته‌تری در بلوغ دارند و از نظر اجتماعی منزوی هستند؛ اما آن‌ها همانند هم‌تایان بدون ناتوانی خود تجربیات جنسی دارند. آموزش جنسی در مدرسه برای آن‌ها همانند نوجوانان بدون ناتوانی است. دختران و پسران با ناتوانی شدید چاقه احساسی جنسی کمتری با جنس مخالف خود دارند و اطمینان کمتری از اولویت‌های جنسی خود دارند. نوجوانان با ناتوانی خفیف درمقایسه با نوجوانان بدون ناتوانی به چاقه جنسی به هم‌جنس خود تماایل بیشتری دارند. همواره در نوجوانان دختر با ناتوانی فیزیکی تجربه رابطه جنسی اجباری بیشتر دیده شده است [۵۹]. جدول شماره ۵ بیانگر سلامت جنسی و وضعیت بیماری‌های منتقل‌شده جنسی در زنان با مشکلات جسمی حرکتی است.

راهکارهایی برای ارتقای بهداشت باروری و جنسی زنان ناتوان جسمی حرکتی

با وجود مشکلات موجود، بسیاری از زنان ناتوان جسمی زندگی و بقا و رشد مناسبی دارند [۶۱]. برای اینکه زنان ناتوان به آینده خود امیدوار باشند، چند تغییر اساسی در ابعاد مختلف سیستم بهداشتی باید رخ دهد. این تغییرات عبارت است از:

۱. در نظر گرفتن ناتوانی به‌عنوان ویژگی اقلیت درمان و نه به‌عنوان پاتولوژی در آموزش به پزشکان؛
۲. توسعه برنامه‌هایی برای افزایش فعالیت فیزیکی و روانی و سلامتی اجتماعی از طریق خود زنان؛
۳. برقراری دسترسی کامل و عادلانه در جامعه به‌عنوان حق مدنی افراد معلول؛

نیازهای خاص در سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به شدت احساس و پیشنهاد شده است [۶۲].

مسئله تأسفبار موجود درباره زنان معلول این است که آن‌ها روابط جنسی یا علاقه‌ای به آن ندارند. پس از معلولیت عواقب ناشی از پریشانی و اضطراب، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بی‌کفایتی جنسی روابط صمیمی جنسی را پیچیده می‌کند. با وجود این تغییرات ذکر شده در عملکرد جنسی، مطالعات نشان داده امیال جنسی و بیان آن باقی می‌ماند [۵۴].

بررسی دیگری نشان داد نگرانی درباره میل جنسی خود و شریک جنسی در دوره بعد از بازتوانی پس از زمان بستری و نبود دانش بالاترین نگرانی آن‌ها بود. این افراد نگران جذاب بودن و پاسخ‌های احساسی شریک جنسی خود بودند و ۹۰ درصد آن‌ها انتظار نداشتند ظرفیت آرگاسم در آن‌ها درمقایسه با قبل از آسیب تغییر پیدا کند و ۱۸ درصد آن‌ها در زمان بستری فعالیت جنسی داشتند. پایین‌ترین نگرانی درمقایسه با قبل از ابتلا به ضایعه نخاعی و افزایش لوبریکاسیون و رضایت جنسی در فاصله بین زمان بستری تا ۶ ماه بعد در آن‌ها دیده شد [۶۳]. در آمریکا هیچ ارتباطی بین بیماران با وضعیت سرپایی یا آسیب در سطوح نخاعی با شاخص‌های عملکرد جنسی زنان یا نمرات تماایل آن‌ها دیده نشد [۶۴]. نتایج پژوهشی در دانمارک نشان داد ۹۴ درصد این گروه از زنان مشکلی در لوبریکاسیون و لذت نداشتند و ۲۲ درصد بعد از ایجاد ضایعه زایمان داشتند و ۶۹ درصد از زندگی جنسی‌شان رضایت داشتند [۶۵]. در ترکیه همه زنان تجربه مشکلات و اختلال عملکرد جنسی را گزارش کردند [۶۶].

مطالعه‌ای در ایران نشان داد بین میزان رضایت از رابطه جنسی و سطح آسیب نخاعی جانبازان ایرانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در این بررسی میزان رضایت از روابط زناشویی در ۸ درصد از آن‌ها عالی و تنها در ۱۰ درصد از افراد ناراضی و در ۶۹/۶ درصد ناتوانی جنسی جانبازان متأهل گزارش شده بود [۶۷]. نتایج پژوهشی در ایتالیا نشان داد بین شدت ناتوانی و تجربه و رضایت جنسی، اعتماد به نفس آن‌ها در رابطه جنسی، اعتماد به نفس آن‌ها از تصویر بدنی خود و اضطراب و افسردگی روابط وسیع پیچیده‌ای وجود دارد [۶۸].

بررسی انجام‌شده در اتیوپی نشان داد ۵۲ درصد این افراد مقاربت جنسی داشتند که ۷۵ درصد از آنان رابطه جنسی را بین ۱۵ تا ۱۹ سالگی شروع کردند. با این حال فقط ۳۵ درصد در اولین رابطه جنسی از روش پیشگیری استفاده کردند، ۵۹ درصد در طول زندگی تجربه رابطه جنسی با چند شریک جنسی را داشتند، ۱۹ درصد شریک جنسی غیررسمی و ۲۱ درصد شریک جنسی تجاری داشتند. در این میان تنها ۴۸ درصد همواره در رابطه جنسی با شریک جنسی غیررسمی یا تجاری خود از کاندوم استفاده کردند و ۲۴ درصد از آن‌ها سابقه ابتلا به عفونت منتقل‌شده جنسی را

خانواده و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را باید در نظر گرفت. همچنین ضروری است از تأثیرات زیربنایی نگرش جامعه در برابر تمایلات جنسی و ناتوانی در این شرایط درک بیشتری کسب کرد. علاوه بر این باید بین کارکنان مراقبت بهداشتی و زنان معلول ارتباط گسترده‌تری به وجود آورد. این اقدامات مثبتی در راستای بهبود سلامت مادران است و با کمک آن می‌توان ارائه خدمات بهداشت باروری به زنان معلول را تسهیل کرد. علل مختلفی نیز سبب شده این افراد خدمات مراقبت‌های بهداشتی را دریافت نکنند و به آن دسترسی نداشته باشند سیاست‌گذاری‌های بهداشتی به منظور بهبود این روند مستلزم نیازسنجی در جوامع مختلف است تا از این طریق بتوان به این مهم دست یافت.

با در نظر گرفتن این نکته که پیشرفت در تشخیص و درمان و اداره بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها در پزشکی و در رسیدن به سن بلوغ این افراد نقش داشته است، پزشکان باید به والدین افراد ناتوان کمک کنند تا بفهمند داشتن بیماری مزمن یا ناتوانی از فعالیت جنسی یا بارداری و ابتلا به بیماری منتقل شده جنسی جوانانشان پیشگیری نمی‌کند. بنابراین آگاه‌سازی جامعه، به ویژه افرادی که به نحوی با معلول در ارتباط هستند، از مهم‌ترین برنامه‌هایی است که می‌تواند در درجه اول به شناخت و دستیابی مناسب‌تر به شیوه‌های انطباق خانواده و جامعه با معلول و برعکس منتهی شود و در آینده خدمات توانبخشی را نیز بهبود بخشد. از این رو ضروری است با روش‌های مختلف در ارتقای آگاهی جامعه در برابر مسائل افراد ناتوان همت گماشت.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخش «مروری بر مطالعات پیشین» پایان‌نامه دکترای تخصصی بهداشت باروری در شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تهران است. در پایان پژوهشگران از مسئولان محترم این دانشگاه تشکر و قدردانی می‌کنند.

۴. حذف شدن معلولان از طرح‌های تحقیقاتی به عنوان عامل مخدوش‌کننده [۱۱]؛

۵. افزایش دسترسی به پزشکان با آگاهی درخور توجه درباره افراد ناتوان؛

۶. افزایش کیفیت مراقبت‌ها و کاهش دسترسی به مراقبت با تأخیر؛

۷. توجه به آثار مراقبت مدیریت شده شامل سلامت جسمی و ذهنی و اجتماعی و اقتصادی؛

۸. تعدیل اثر متقابل سازمان حفظ سلامت مانند نبود همکاری بین سازمان حفظ سلامت و ارائه‌دهندگان مراقبت و مشارکت نکردن مصرف‌کننده [۲۵]؛

۹. استخدام پزشکان با طرح قیمت‌گذاری مختلف و ایجاد انگیزه برای انجام پاپ‌اسمیر بر اساس شدت ناتوانی؛

۱۰. تشویق متخصصان زنان و مامایی به انجام پاپ‌اسمیر منظم و مناسب و راحت برای زنان ناتوان؛

۱۱. در نظر گرفتن زنان ناتوان به عنوان گروه هدف و افزایش دانش آن‌ها در زمینه پاپ‌اسمیر [۳۳]؛

۱۲. حمایت از سازمان‌ها و برنامه‌ها و طرح‌هایی که سبب فعال شدن مهارت‌ها و استعدادهاى زنان ناتوان می‌شود؛

۱۳. حمایت و آموزش به منظور توسعه فرصت‌ها و ساختن محیط‌هایی به دور از تبعیض و حمایت از حقوق انسانی آن‌ها؛

۱۴. حمایت با تأکید بر نیازهای سلامت جنسی و باروری زنان ناتوان از قبیل پیشگیری از خشونت جنسی؛

۱۵. تعامل با دولت و جامعه مدنی و بخش خصوصی در سطوح ملی؛

۱۶. آموزش متخصصان روان‌پزشک، بهداشت جامعه، بهداشت باروری، وپروس نقص ایمنی اکتسابی و عفونت‌های منتقل شده جنسی (به ویژه پرستاران و پزشکان) درباره ناتوانی و حقوق افراد ناتوان و غربالگری خشونت و سوءاستفاده و راه‌های ساده بهبود ارتباط زنان ناتوان؛

۱۷. حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد محلی از راه‌اندازی کارگاه‌های فعالیت جنسی برای زنان ناتوان و خانواده و مراقبان آن‌ها و همچنین برای دیگر خدمات بهداشتی، آموزشی و اجتماعی و متخصصان قضایی [۷۱].

#### نتیجه‌گیری

با توجه به کمبود آگاهی و دانش زنان مبتلا به ضایعه نخاعی در زمینه بهداشت باروری جنسی، تأثیر آموزش فرد و اعضای

## References

- [1] Rafee Shirpak Kh, Shariat M, Ramezanzadeh F [Family health (Persian)]. In: Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Panzadeh SM], editors. Text Book of Public Health. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2013, p. 36-54.
- [2] Mizkhan M [Principles of rehabilitation (Persian)]. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011.
- [3] Nodehi Moqadam A. [Principles of rehabilitation (Persian)]. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
- [4] LoPiano J. Contraceptive options for intellectually disabled women. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*. 2010; 30(2):1-5. doi: 10.1097/01.pgo.0000366923.10956.d4
- [5] Bremer K, Cockburn L, Ruth A. Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010; 108(3):211-213. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.10.008
- [6] Karbalaei Esmaeli S, Modirian E, Mousavi B, Parvaneh M [Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational, marriage and leisure outcome study in Iranian victim females after spinal cord injury (Persian)]. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2009; 1(2):65-72.
- [7] Atadokht A, Jokar-Kamalabadi N, Hosseini-Kiasan T, Basharpour S. [The Role of Perceived Social Support in Predicting Psychological Disorders in People with Physical Disability and Its Comparison with Normal Subjects (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2014; 15(3):26-35.
- [8] Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Prevalence of current pregnancy among US women with and without chronic physical disabilities. *Medical Care*. 2013; 51(6):555-62. doi: 10.1097/mlr.0b013e318290218d
- [9] Signore C, Spong CY, Krotoski D, Shinowara NL, Blackwell SC. Pregnancy in women with physical disabilities. *Obstetrics & Gynecology*. 2011; 117(4):935-47. doi: 10.1097/aog.0b013e3182118d59
- [10] Drew JA, Short SE. Disability and pap smear receipt among US women, 2000 and 2005. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010; 42(4):258-66. doi: 10.1363/4225810
- [11] Nosek MA. Overcoming the odds: the health of women with physical disabilities in the United States. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000; 81(2):135-8. doi: 10.1016/s0003-9993(00)90130-8
- [12] Iezzoni LI, Kilbridge K, Park ER. Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. *Oncology Nursing Forum*. 2010; 37(6):711-7. doi: 10.1188/10.onf711-717
- [13] New PW, Epi MC, Baxter D, Farry A, Noonan VK. Estimating the incidence and prevalence of traumatic spinal cord injury in Australia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015; 96(1):76-83. doi: 10.1016/j.apmr.2014.08.013
- [14] Rahimi-Movaghar V, Saadat S, Rasouli MR, Ganji S, Ghahramani M, Zarei MR, et al. Prevalence of spinal cord injury in Iran, Tehran. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 2009; 32(4):428-431.
- [15] Ayoubian M, Abdollahi A, Amin M [Study cause of SCI in client user of rehabilitation services (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 5(4):18-23.
- [16] Simbar M, Nahidi F, Dolatian M, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti Medical Science University Centers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2012; 25(3):166-176. doi: 10.1108/09526861211210394
- [17] Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15(4):287-299. doi: 10.1093/intqhc/mzg048
- [18] Triani JF, Browne J, Kett M, Bah O, Modai T, Bailey N, Groce N. Access to health care, reproductive health and disability: a large scale survey in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*. 2011; 73(10):1477-89. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.040
- [19] Gibson BE, Mykitiuk R. Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the rights of persons with disabilities: a qualitative study. *Women's Health Issues*. 2012; 22(1):111-8. doi: 10.1016/j.whi.2011.07.011
- [20] Ahumaza SE, Matovu JK, Damulira JB, Muhanguzi FK. Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reproductive Health*. 2014; 11:59. doi: 10.1186/1742-4755-11-59
- [21] Stillman MD, Frost KL, Smalley C, Bertocci G, Williams S. Health care utilization and barriers experienced by individuals with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014; 95(6):1114-26. doi: 10.1016/j.apmr.2014.02.005
- [22] Porat O, Heruti R, Navon-Porat H, Hardoff D. Counseling young people with physical disabilities regarding relationships and sexuality issues: Utilization of a novel service. *Sexuality and Disability*. 2012; 30(3):311-7. doi: 10.1007/s11195-011-9241-5
- [23] Silver J, Ljungberg I, Libin A, Groah S. Barriers for individuals with spinal cord injury returning to the community: a preliminary classification. *Disability and Health Journal*. 2012; 5(3):190-96. doi: 10.1016/j.dhjo.2012.03.005
- [24] Shah P, Nordin C, Logsdon V, Samson-Fang L. Gynecological care for adolescents with disability: physician comfort, perceived barriers, and potential solutions. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*. 2005; 18(2):101-4. doi: 10.1016/j.jpog.2005.01.004
- [25] Hitanandani VS. Experiences of middle-aged adults with physical disabilities in Medicaid managed care [PhD dissertation]. Pennsylvania: University of Pennsylvania; 2002.
- [26] Walsh-Gallagher D, McConkey R, Sinclair M, Clarke R. Normalising birth for women with a disability: the challenges facing practitioners. *Midwifery*. 2013; 29(4):294-9. doi: 10.1016/j.midw.2011.10.007
- [27] Smith E, Murray SF, Yousafzai AK, Kasonka L. Barriers to accessing safe motherhood and reproductive health services: the situation of women with disabilities in Lusaka, Zambia. *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26(2):121-7. doi: 10.1080/09638280310001629651

- [28] Babamohamadi H, Negarandeh R, Dehghan-Nayeni N. Barriers to and facilitators of coping with spinal cord injury for Iranian patients: a qualitative study. *Nursing and Health Science*. 2011; 13(2):207-15. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00602.x
- [29] Pharr JR, Chino M. Predicting barriers to primary care for patients with disabilities: a mixed methods study of practice administrators. *Disability & Health Journal*. 2013; 6(2):116-23. doi: 10.1016/j.dhjo.2012.11.003
- [30] Shanfiarsani M, Sajjadi H, Tolouei F, Kazemnezhad A. [Girls and women with physical disabilities: needs and problems (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2006; 7(2):41-48.
- [31] Diab ME, Johnston MV. Relationships between level of disability and receipt of preventive health services. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2004; 85(5):749-57. doi: 10.1016/j.apmr.2003.06.028
- [32] Kung PT, Tsai WC, Chiou SJ. The assessment of the likelihood of mammography usage with relevant factors among women with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2012; 33(1):136-43. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.032
- [33] Huang KH, Tsai WC, Kung PT. The use of pap smear and its influencing factors among women with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*. 2012; 33(2):307-14. doi: 10.1016/j.ridd.2011.09.016
- [34] Lin JD, Chen SF, Lin LP, Sung CL. Self-reports of pap smear screening in women with physical disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(2):456-61. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.002
- [35] Cooper NS, Yoshida KK. Cancer screening behaviors among Canadian women living with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2007; 88(5):597-603. doi: 10.1016/j.apmr.2007.02.014
- [36] Abedi S, Haji Kazemi ES, Jahdi F, Hoseini F. [Disabled women and reproductive health care services (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. 2004; 17(39): 30-40.
- [37] Wu LW, Lin LP, Chen SF, Hsu SW, Loh CH, Wu CL, et al. Knowledge and attitudes regarding cervical cancer screening among women with physical disabilities living in the community. *Research in Developmental Disabilities*. 2012; 33(2):376-81. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.005
- [38] Armour BS, Thierry JM, Wolf LA. State-level differences in breast and cervical cancer screening by disability status: United States, 2008. *Women's Health Issues*. 2009; 19(6):406-14. doi: 10.1016/j.whi.2009.08.006
- [39] Wei W, Findley PA, Sambamoorthi U. Disability and receipt of clinical preventive services among women. *Women's Health Issues*. 2006; 16(6):286-96. doi: 10.1016/j.whi.2006.09.002
- [40] Barthélémy TU, Yves ST. Reproductive health needs of physical handicapped females in Kinshasa, DR Congo. *Open Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013; 3(1):180-183. doi: /10.4236/ojog.2013.31a033
- [41] Taggart L, Truesdale Kennedy M, McIlfatrick S. The role of community nurses and residential staff in supporting women with intellectual disability to access breast screening services. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2011; 55(1):41-52. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01345.x
- [42] Yankaskas BC, Dickens P, Bowling JM, Jarman MP, Luken K, Salisbury K, et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(5):947-53. doi: 10.2105/ajph.2008.150318
- [43] Merten JW, Pomeranz JL, King JL, Moorhouse M, Wynn RD. Barriers to cancer screening for people with disabilities: A literature review. *Disability & Health Journal*. 2015; 8(1):9-16. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.06.004
- [44] Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd H. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University. 2004. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006; 19(5):430-42. doi: 10.1108/09526860610680076
- [45] Simbar M, Ghafari F, Toik Zahrani S, Alavi Majd H. Assessment of quality of midwifery care in labour and delivery wards of selected Kordestan Medical Science University hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2009; 22(3):266-77. doi: 10.1108/09526860910953539
- [46] Changae F, Simbar M, Iraipour A, Akbari S. Quality assessment of peripartum care. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16(6):e9069. doi: 10.5812/ircmj.9069
- [47] Tebbet M, Kennedy P. The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study. *Disability & Rehabilitation*. 2012; 34(9):762-9. doi: 10.3109/09638288.2011.619619
- [48] Walsh-Gallagher D, Sinclair M, McConkey R. The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: a phenomenological understanding. *Midwifery*. 2012; 28(2):156-62. doi: 10.1016/j.midw.2011.01.003
- [49] Lee EK, Oh H. A wise wife and good mother: reproductive health and maternity among women with disability in South Korea. *Sexuality & Disability*. 2005; 23(3):121-44. doi: 10.1007/s11195-005-6728-y
- [50] Morrison J, Basnet M, Budhathoki B, Adhikari D, Tumbahangphe K, Manandhar D, et al. Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: a qualitative study. *Midwifery*. 2014; 30(11):1132-139. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.012
- [51] Alexander CJ, Hwang K, Sipski ML. Mothers with spinal cord injuries: impact on marital, family, and children's adjustment. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2002; 83(1):24-30. doi: 10.1053/apmr.2002.27381
- [52] Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. General health, health conditions, and current pregnancy among US women with and without chronic physical disabilities. *Disability & Health Journal*. 2014; 7(2):181-88. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.12.002
- [53] Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(2):133-40. doi: 10.1111/aogs.12544
- [54] Morton C, Le JT, Shahbandar L, Hammond C, Murphy EA, Kirschner KL. Pregnancy outcomes of women with physical

- disabilities: a matched cohort study. *PM&R*. 2013; 5(2):90-8. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.10.011
- [55] Redshaw M, Malouf R, Gao H, Gray R. Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2013; 13:147. doi: 10.1186/1471-2393-13-174
- [56] Lawler D, Lalor J, Begley C. Access to maternity services for women with a physical disability: a systematic review of the literature. *International Journal of Childbirth*. 2013; 3(4):203-17. doi: 10.1891/2156-5287.3.4.203
- [57] Yousafzai AK, Dlamini PJ, Groce N, Witz S. Knowledge, personal risk and experiences of HIV/AIDS among people with disabilities in Swaziland. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2004; 27(3):247-51. doi: 10.1097/00004356-200409000-00012
- [58] Ferrás ED, Megias JL, Expósito F. Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*. 2013; 25(1):67-72. doi: 10.7334/psicothema2012.83
- [59] Cheng MM, Udry JR. Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31(1):48-58. doi: 10.1016/s1054-139x(01)00400-1
- [60] Biening-Sørensen I, Hansen RB, Biening-Sørensen F. Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2012; 44(11):926-31.
- [61] McRee AL, Haydon AA, Halpern CT. Reproductive health of young adults with physical disabilities in the U.S. *preventive medicine*. 2010; 51(6):502-4. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.09.006
- [62] Rahmanian F, Simbar M, Ramezankhani A, Zayen F. Gender sensitive STIs/HIV/AIDS prevention policies: a qualitative study. *Health*. 2014; 6(1):1246-254. doi: 10.4236/health.2014.611153
- [63] Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG. Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2002; 83(8):1043-51. doi: 10.1053/apmr.2002.33654
- [64] Lee NG, Andrews E, Rosoklija I, Logvinenko T, Johnson EK, Oates RD, Estrada CR. The effect of spinal cord level on sexual function in the spina bifida population. *Journal of Pediatric Urology*. 2015; 11(3):142. doi: 10.1016/j.jpuro.2015.02.010
- [65] Biening-Sørensen I, Hansen RB, Biening-Sørensen F. Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2012; 44(11):926-31. doi: 10.2340/16501977-1057
- [66] Altıntug K, Ege E, Akın B, Kal HE, Sallı A. An investigation of sexual/reproductive health issues in women with a physical disability. *Sexuality & Disability*. 2014; 32(2):221-9. doi: 10.1007/s11195-014-9342-z
- [67] Soroush M, Modirian E, Zamani H, Attari S. [Fertility and sexual function after spinal cord injury (Persian)]. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2008; 1(1):22-35.
- [68] Stettini P. Sexual life and physical disability: an Italian research on neuromuscular disabled subjects. *Sexologies*. 2008; 17:39. doi: 10.1016/s1158-1360(08)72619-7
- [69] Kassa TA, Luck T, Birnı SK, Riedel-Heller SG. Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia. *Sexually Transmitted Diseases*. 2014; 41(10):583-8. doi: 10.1097/olq.0000000000000182
- [70] Walter LJ, Nosek MA, Langdon K. Understanding of sexuality and reproductive health among women with and without physical disabilities. *Sexuality & Disability*. 2001; 19(3):167-76. doi: 10.1023/a:1013100513919
- [71] Arcella S, Curado L, Edwards M, Fingleton M, Kasat V, Lucas CG, et al. A situational analysis of the sexual and reproductive health of women with disabilities. New York: United Nations Publications; 2009.
- [72] Nagata KK. International convention on the rights of persons with disability. Disability inclusive development and international development cooperation. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2007; 5(5-6):47-52.

