Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 36, No. 2, Summer 2026 ORIGINAL ARTICLE

Challenges of empowering educable women with intellectual disability in sexual and reproductive health: qualitative study

Maryam Farmahini Farahani[1], Ladan Fatahmoghadam[2], Keshvar Samadaee Gelehkolaee[3], Fovziye Sanaati[4], Mehrandokht Nekavand[5]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Department of Psychiatric Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Miandoab School of Medical Sciences, Urmia University of Medical Sciences, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Midwifery, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Women with intellectual disabilities often face numerous challenges. Acknowledging the significance of the issue of sexual and reproductive health and the unique complexities faced by this population, this study aimed to identify the challenges in empowering educable women with intellectual disability in the matters of sexual and reproductive health.

Materials and methods: This qualitative study used a content analysis approach in 2024. Data were collected through purposive sampling and individual, in-depth, and semi-structured interviews with 24 participants, including home caregivers, trainers, and experts in the field of reproductive and sexual health of women with intellectual disabilities, and analyzed using a structured content analysis method.

Results: Qualitative data analysis resulted in the extraction of 15 subcategories, 6 main categories, and the formation of 3 themes titled "isolation," "Instability of Independence," and "economic constraints".

Conclusion: Research findings show that most families with children with intellectual disabilities have not adapted to the phenomenon of their children's disabilities. Additionally, the significant societal stigma, prohibitive healthcare costs, and insufficient government support have rendered families feeling powerless in empowering their children, reinforcing their dependency. Therefore, educating parents about recognizing and accepting their emotional, psychological, and reproductive needs, along with government support in providing sexual and reproductive health services and increasing social acceptance, will enhance their capabilities in the area of reproductive and sexual health.

Keywords: *Sexual health, Reproductive health, Intellectual disability, Empowerment.*

Cited as: Farmahini Farahani M, Fatahmoghadam L, Samadaee Gelehkolaee K, Sanaati F, Nekavand M. Challenges of empowering educable women with intellectual disability in sexual and reproductive health: qualitative study. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2026; 36(2): **224-234.**

Correspondence to: Mehrandokht Nekavand
Tel: *+98 9122194316*
E-mail: me.nekavand@iau.ac.ir
ORCID ID: 0000-0002-2297-2893
Received: 15 Jul 2025; **Accepted:** 26 Oct 2025

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۶، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵، صفحات ۲۲۴ تا ۲۳۴

Original Article

چالش‌های توانمندسازی زنان کم توان ذهنی آموزش پذیر، در زمینه سلامت باروری و جنسی: مطالعه کیفی

مریم فرمهینی فراهانی[۱]، لادن فتاح مقدم[۲]، کشورصمدایی گله کلایی[۳]، فوزیه صناعتی[۴]، مهراندخت نکاوند[۵]

[۱] دکتری بهداشت باروری، استادیار، گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، گروه روانپرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] دکتری بهداشت باروری، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دپارتمان مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
[۴] دکتری بهداشت باروری، استادیار،گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی میاندوآب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
[۵] دکتری مدیریت آموزش عالی، استادیار ،گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *زنان کم‌توان ذهنی دارای چالش‌های متعددی هستند. با توجه به اهمیت موضوع سلامت باروری و جنسی و پیچیدگی نیازهای آنان ، این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های توانمندسازی زنان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر، در زمینه سلامت باروری و جنسی انجام شد.*

روش بررسی: *پژوهش حاضر به روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. داده‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند و مصاحبه-های فردی، عمیق و نیمه ساختارمند، با ۲۴ شرکت کننده شامل مراقبین خانگی، مربیان و متخصصین مرتبط با سلامت باروری و جنسی زنان کم توان ذهنی آموزش پذیر جمع آوری شدند و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *تحلیل داده‌های کیفی، در مجموع منجر به استخراج ۱۵ زیر طبقه، ۶ طبقه اصلی و شکل گیری ۳ تم با عناوین "انزوا "، "تزلزل استقلال "و" تنگناهای اقتصادی" شد.*

نتیجه‌گیری: *یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که اغلب خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی، با پدیده کم توانی ذهنی فرزندانشان، تطابق پیدا نکرده، از سوی دیگر، نگاه سنگین جامعه، هزینه‌های گزاف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، در کنار حمایت ناکافی دولت، سبب درماندگی خانواده‌ها در توانمند سازی فرزندان خود شده و زمینه را برای وابستگی آنان فراهم می‌سازند. لذا آموزش والدین در زمینه شناخت و پذیرش نیازهای عاطفی، روانی و باروری آنان، حمایت دولت در زمینه ارائه خدمات باروری و جنسی و افزایش پذیرش اجتماعی آنان، سبب ارتقای توانمندی آنان خواهد شد.*

واژگان کلیدی: *سلامت باروری، سلامت جنسی، کم توانی ذهنی، توانمند سازی.*

مقدمه

کم‌توانی ذهنی به عنوان یکی از اختلالات رشد عصبی تعریف می‌شود که با محدودیت‌های قابل توجه در عملکردهای شناختی و رفتارهای انطباقی مشخص می‌شود. این محدودیت‌ها شامل مهارت‌های اجتماعی، عملی و مفهومی است و معمولاً در دوران رشد و تکامل آشکار می‌شود (۱). کم‌توانان ذهنی ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی جامعه را تشکیل می‌دهند که ۷۵ تا ۹۰ درصد از آنان دارای درجه خفیف کم‌توانی هستند (۲). افراد دارای کم‌توانی ذهنی در انجام وظایف روزمره و برقراری ارتباط اجتماعی با چالش‌های زیادی روبه‌رو هستند که این مسائل، کیفیت زندگی آن‌ها را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی، در معرض

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، گروه مامایی، مهراندخت نکاوند (**email**: me.nekavand@iau.ac.ir)
ORCID ID: 0000-0002-2297-2893
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۴/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۸/۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

محدودیت‌های متعددی در حوزه سلامت باروری و جنسی قرار دارند.

نتایج حاصل از تحقیقات در این زمینه، به وجود مسائلی در رابطه با رعایت بهداشت قاعدگی ، انتخاب نوع روش پیشگیری از بارداری ، تشخیص و درمان بیماریهای مقاربتی ، غربالگری سرطانهای زنان، در این گروه اشاره کرده‌اند (۳). آنان غالباً از دانش و آگاهی کافی در زمینه مراقبت‌های جنسی، باروری و پیشگیری از سوءاستفاده‌های جنسی برخوردار نیستند و به دلیل ناتوانی در بیان نیازها یا تشخیص موقعیت‌های پرخطر، بیش از سایر گروه‌ها در معرض خشونت و سوءاستفاده قرار می‌گیرند، به طوری که تقریبا از هر سه فرد دارای کم توانی ذهنی، یک نفر مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرد (۴). چالش‌هایی که در زندگی جنسی و باروری زنان کم‌توان ذهنی وجود دارد، لزوما، به علت ناتوانی و کم‌توانی آن‌ها نیست، بلکه می‌تواند بازتابی از فقدان توجه و حمایت‌های قانونی و اجتماعی نیز باشد (۶،۵). به ندرت می‌توان زنان کم‌توان ذهنی را پیدا کرد که مورد سوءاستفاده جسمی، عاطفی، جنسی ، ازدواج و یا شریک جنسی اجباری و یا عقیمی اجباری قرار نگرفته باشند (۷).

تأمین نیازهای جنسی و باروری کم‌توانان ذهنی و توانمند سازی آنان در این حوزه ، بستگی زیادی به عملکرد مراقبین و والدین آن‌ها دارد و بی‌شک دیدگاه آنان نسبت به این موضوع، بر کیفیت سرویس‌دهی خدمات بهداشت جنسی و باروری به کم‌توانان ذهنی تأثیر حیاتی خواهد داشت (۸). غفلت و نگرش‌های منفی افراد جامعه، به‌خصوص مراقبین سلامت و والدین آن‌ها نسبت به مسائل جنسی و باروری این گروه، بیشتر از کم‌توانی‌شان، مانع دسترسی آنان به خدمات بهداشت جنسی و باروری می‌شود (۳).

شواهد حاصل از مطالعات، حاکی از این مطلب است که علی‌رغم افزایش پذیرش و درک جوامع، به خصوص مراقبین آنان، از ابعاد جنسینگی کم‌توانان ذهنی، هنوز بعضی از جنبه‌های جنسینگی در آنان، مورد بحث و تعارض است و این مسئله بسته به شرایط فرهنگی، اخلاقی و مذهبی هر جامعه می‌تواند، متفاوت باشد (۱۰،۹). به عنوان مثال، تقی زاده (۲۰۲۰) موانع فرهنگی، عدم آگاهی و عدم حمایت دولت و اجتماع را بعنوان چالش‌های اصلی ازدواج در زنان کم توان ذهنی آموزش پذیر در ایران بیان کرده است (۱۱). همچنین Bhattarai (۲۰۲۳)، زیرساخت‌های نامناسب، نداشتن اطلاعات کافی درباره حقوق خود، نگرش‌های منفی و تبعیض‌آمیز از سوی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و باورهای اجتماعی نادرست درباره توانایی‌های جنسی و باروری این افراد را به عنوان موانع دستیابی افراد کم توان ذهنی به سلامت باروری و جنسی می‌دانند (۱۲). اسناد بین‌المللی همچون کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و اهداف توسعه پایدار، بر حق افراد دارای معلولیت در برخورداری از سلامت باروری و تصمیم‌گیری آزادانه درباره والدگری تأکید دارند (۱۳). در سطح ملی نیز، سازمان بهزیستی کشور در اولویت‌های پژوهشی خود موضوعاتی همچون «توانمندسازی مددجویان» و «ارتقای کیفیت زندگی» را به‌عنوان محورهای راهبردی مطرح کرده است (۱۴).

با وجود این، مرور مطالعات موجود نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی به طور خاص به توانمندسازی زنان کم‌توان ذهنی در حوزه حساس سلامت جنسی و باروری پرداخته‌اند و این خلأ پژوهشی، لزوم توجه علمی و کاربردی به موضوع را برجسته‌تر می‌سازد.

از آنجا که سلامت جنسی و باروری بخشی جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی و کیفیت زندگی محسوب می‌شود، توجه به این حوزه برای زنان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر که در معرض آسیب‌های مضاعف قرار دارند ضرورتی انکارناپذیر است. توانمندسازی این گروه نه‌تنها می‌تواند زمینه ارتقای آگاهی، استقلال و خودتصمیم‌گیری آنان را فراهم سازد، بلکه به پیشگیری از سوءاستفاده‌ها و کاهش آسیب‌های اجتماعی نیز منجر خواهد شد. از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی علمی برای طراحی مداخلات آموزشی و حمایتی متناسب با شرایط فرهنگی ـ اجتماعی ایران باشد و به سازمان بهزیستی و سایر نهادهای ذیربط در تدوین سیاست‌های جامع حمایت از زنان کم‌توان ذهنی یاری رساند. لذا این مطالعه با هدف تبیین چالشهای توانمندسازی زنان کم توان ذهنی، در زمینه سلامت باروری و جنسی انجام شد.

مواد و روشها

مطالعه حاضر به روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوای در سال ۱۴۰۳ انجام شد. تحلیل محتوا روشی مناسب برای به دست آوردن نتایج معتبر از داده‌های متنی است که از طریق فرایندهای طبقه بندی نظام مند، کدبندی و تم سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده به منظور ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد صورت می‌گیرد (۱۵).

محیط پژوهش شامل مراکز روزانه توان‌بخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی و نیز مدارس استثنایی شهر تهران بود که پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق و دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران برای یافتن مشارکت‌کنندگان اولیه، به این مراکز ، مراجعه شد. شرکت کنندگان به روش مبتنی بر هدف و با در نظرگرفتن حداکثر تنوع انتخاب شدند، تا بتوان نظرات متفاوت را از بهترین مطلعین در

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

مورد پدیده موردنظر به دست آورد. از این رو شرکت‌کنندگان شامل دو گروه مراقبین خانگی و مربیان و متخصصین مطلع و مرتبط با حوزه سلامت باروری و جنسی زنان کم توان ذهنی آموزش پذیر بودند که حداقل سابقه سه سال تجربه کاری با این گروه را داشتند. مراقبین خانگی شامل مادرانی بودند که قادر به تکلم به زبان فارسی بودند و مسئولیت نگهداری مستقیم از فرزندان کم توان ذهنی آموزش پذیر را به عهده داشتند و سطح کم توانی ذهنی فرزندانشان به تایید سازمان بهزیستی رسیده بود. مشارکت‌کنندگان بعدی، بر اساس نتایج تحلیل مقایسه‌ای مداوم و سؤال از نمونه‌ها و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع و ویژگی‌های متفاوت (ازنظر سن، تحصیلات، سابقه کار مراقبت از کم‌توانان ذهنی) انتخاب شدند. نمونه گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها، یعنی تا زمانی که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید و داده‌ها تکرار شوند، ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و یادداشت برداری استفاده شد. قبل از مصاحبه، به مشارکت‌کنندگان در مورد اهداف، روش انجام مطالعه و داوطلبانه بودن همکاری آنان توضیح داده شد و مصاحبه به‌صورت رودررو و انفرادی انجام گردید. همچنین، جهت ضبط مصاحبه‌ها، از مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه شفاهی و کتبی گرفته شد. نوع سؤالات راهنمای مصاحبه، بر اساس گروه هدف تعیین و در مصاحبه‌ها به‌تناسب پرسیده شد. مصاحبه‌ها با سؤالات راهنما از قبیل "از نظر شما زنان کم‌توان ذهنی چه مشکلاتی در زمینه سلامت باروری و جنسی دارند؟ چه موانعی برای توانایی این زنان در زمینه تامین سلامت باروری و جنسی آنان وجود دارد؟ تجربه خود را در این زمینه شرح دهید. آغاز شد". سؤالات اکتشافی بیشتر با توجه به پاسخ مشارکت کنندگان بیان شد. از سؤالات کاوشی مانند: "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ آیا منظورتان از... این بود که...؟" نیز استفاده شد. همچنین، در طول زمان و با توجه به تحلیل داده‌های حاصل از انجام مصاحبه‌های شکل گرفته و با نظر اعضای تیم تحقیق، سؤالات مصاحبه های بعدی تنظیم می شد. مدت زمان مصاحبه ها بسته به نحوه پاسخگویی و تمایل مشارکت کنندگان از ۹۰-۳۰ دقیقه متفاوت بود.

لازم به ذکر است که در ابتدا، ضمن بازدیدی از مراکز توان بخشی زنان کم‌توانان ذهنی، دو مصاحبه در ابتدا به صورت پایلوت انجام شد، تا محقق با مسائل احتمالی و پیش‌بینی‌نشده و نحوه شکل‌گیری ترکیب سؤالات مصاحبه، آشنا شود. هم‌زمان با جمع آوری اطلاعات، تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس روش پیشنهادی Wildemuth (۲۰۱۶) و با کمک نرم افزار مکس کیو دیتا ۱۰ (MAXQDA10) انجام شد (۱۶). بدین ترتیب که پس از تایپ متن کلیه مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها، متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد و با توجه به هدف پژوهش، واحدهای معنایی مشخص شده و برای هر واحد معنایی، کدهای مناسبی نوشته شد. سپس، کدهای اولیه بر اساس تشابه مفهومی، دسته بندی و در زیر طبقات قرار گرفت. پس از بازنگری، اصلاح و تأیید توسط تیم تحقیق، روند جمع آوری و تحلیل داده‌ها ادامه یافت. زیرطبقات با هم مقایسه شده و در طبقات اصلی که کلی‌تر بودند، قرار گرفت. سپس ارتباط بین طبقات شناسایی و فهم شد و بر این اساس، الگوهای پنهان آشکار گردید و درون‌مایه‌های عمومی‌تر استخراج شد. در نهایت، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها گزارش و تبیین گردید. جهت صحت و اعتبار یافته‌ها، نمونه‌های پژوهش، با در نظر گرفتن حداکثر تنوع و ویژگی‌های شرکت کنندگان از نظر سن، تحصیلات، سابقه کار انتخاب شدند. همچنین محقق سعی کرد تا در تمام مراحل جمع آوری و تحلیل داده‌ها ، از پیش پنداشت‌های خود پرهیز نماید و با صرف زمان کافی برای انجام مصاحبات عمیق و مشارکت و تعامل نزدیک، دقیق و در صورت نیاز مکرر و مستمر با مشارکت کنندگان، از درک عمیق‌تر و حقیقی‌تر داده‌ها اطمینان حاصل کند. همچنین جهت افزایش اعتبار داده ها، بخشی از رونوشت‌های حاصل از مصاحبه‌ها به شرکت کنندگان برگردانده شد تا با بازبینی توسط آنها، صحت داده‌ها تایید شود و کلیه فرایند تحلیل داده‌ها ، توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق باز بینی وکنترل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، با ۲۴ شرکت کننده، شامل ۸ مادری که دارای دختر کم‌توان ذهنی آموزش پذیر بودند و مسئولیت مراقبت مستقیم ازآنان را داشتند، ۸ مربی و معلم آموزشی که در مراکز روزانه توان‌بخشی و مدارس استثنایی، مسئولیت آموزش دختران کم‌توان ذهنی را بعهده داشتند و نیز ۸ متخصصی که حداقل سابقه ۳ سال کار با زنان کم توان ذهنی داشتند، مصاحبه شد. دامنه سنی مادران شرکت کننده در این پژوهش ۵۶-۴۵ سال و میزان دامنه تحصیلات آنان از ابتدایی تا کارشناسی ارشد بود. بازه سنی مربیان و متخصصین حوزه سلامت باروری و جنسی زنان کم توان ذهنی در مصاحبه ۳۱ تا ۵۶ سال و دامنه سابقه کاری مربیان و متخصصین زنان کم توان ذهنی ۳ تا ۲۵ سال بود. مشخصات کامل شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناسی مشارکت کنندگان در مطالعه کیفی

مشارکت کننده		سن (سال)	میزان تحصیلات	سابقه کار (سال)
مادران				
	۱	۵۳	کارشناسی ارشد	-
	۲	۵۰	دیپلم	-
	۳	۴۷	دیپلم	-
	۴	۴۸	ابتدایی	-
	۵	۴۵	دبیرستان	-
	۶	۵۲	کارشناسی	-
	۷	۴۸	فوق دیپلم	-
	۸	۵۶	بی‌سواد	-
مربیان و معلمان آموزشی				
	۹	۴۰	کارشناسی	۱۵
	۱۰	۴۴	کارشناسی ارشد	۱۰
	۱۱	۴۸	کارشناسی ارشد	۱۲
	۱۲	۴۸	دیپلم	۲۴
	۱۳	۵۳	کارشناسی	۷
	۱۴	۳۳	فوق دیپلم	۳
	۱۵	۴۰	دیپلم	۱۵
	۱۶	۵۱	کارشناسی ارشد	۲۵
متخصصین				
ماما	۱۷	۳۱	کارشناس	۵
ماما	۱۸	۴۰	کارشناس	۱۴
متخصص زنان	۱۹	۵۶	دکتری تخصصی زنان	۴
مربی حرفه آموزی	۲۰	۴۵	کارشناس	۱۷
مسئول مرکز توان بخشی	۲۱	۵۳	دکتری روانشناسی	۲۱
مسئول مرکز توان بخشی	۲۲	۵۲	دکتری روانشناسی	۱۴
روانشناس	۲۳	۴۷	کارشناس ارشد	۱۱
پزشک عمومی	۲۴	۵۶	دکتری	۱۳

تحلیل داده‌های کیفی، در مجموع منجر به ۱۸۶ کد اولیه شد. سپس کدهای مختلف، بر اساس شباهت و تفاوت‌هایشان با یکدیگر و بر اساس تجانس محتوا در زیر طبقات و سپس طبقات اصلی قرار گرفتند. در پایان این مرحله، کدهای اولیه در ۱۵ زیر طبقه و ۶ طبقه اصلی قرار گرفتند و تحلیل دیدگاه‌های مراقبین در مورد چالش‌های توانمندسازی زنان کم‌توان ذهنی در زمینه سلامت باروری، منجر به استخراج ۳ درون مایه با عناوین: "انزوا "، "تزلزل استقلال " و " تنگناهای اقتصادی" شد.

جزییات شکل گیری کدها، زیر طبقات، طبقات و درون مایه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

انزوا:

این درون مایه از ۲ طبقه اصلی "تطابق ناکافی خانواده با کم‌توانی فرزند"، "طردشدگی اجتماعی" و ۶ طبقه فرعی آن، شکل گرفته است. بر اساس نتایج حاصل از تحقیق حاضر، اغلب خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی، با پدیده کم‌توانی ذهنی فرزندانشان، تطابق پیدا نکرده و زنان کم‌توان ذهنی، اغلب از جانب خانواده‌ها، مورد بی‌توجهی و بی‌مهری قرار می‌گیرند. عدم باور قلبی خانواده‌ها به توانایی‌های فرزندانشان، منجر به تعامل ضعیف آنان در زمینه توانمندسازی فرزندانشان می‌گردد. از سوی دیگر، نگاه سنگین جامعه و محدودیت مراکز و انجمن‌های مخصوص کم‌توانان و آموزش‌های ناکافی در زمینه مهارت های اجتماعی، آن‌ها را بیش از پیش به انزوا و طرد شدگی اجتماعی می‌کشاند.

-تطابق ناکافی خانواده باکم توانی فرزند

اغلب خانواده‌های دارای فرزندان کم توان ذهنی، در زمینه تطابق و پذیرش کم توانی فرزند خود، دچار چالش‌های

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

جدول ۲. روند تلفیق طبقات فرعی، طبقات اصلی و ظهور درون مایه ها

زیر طبقه	طبقه اصلی	درون مایه
عدم پذیرش خانواده با کم توانی ذهنی فرزند	تطابق ناکافی خانواده با کم توانی فرزند	**انزوا**
تعامل ضعیف خانواده در جهت توانمند سازی کم توانان ذهنی		
نگاه سنگین جامعه	طرد شدگی اجتماعی	
محدودیت انجمن ها ومراکز خدماتی به کم توانان ذهنی		
عدم حمایت مدرسه		
اموزش های ناکافی در زمینه مهارتهای اجتماعی		
وابستگی برای بهداشت قاعدگی	وابستگی جهت فعالیت های روزانه	**تزلزل استقلال**
حضور مداوم مادر با فرزند کم توان ذهنی برای انجام تمامی فعالیتها		
وابستگی شدید فرزند کم توان به مادر برای حضور در جامعه	وابستگی برای حضور در جامعه	
نگرانی نسبت به حضورمستقل کم توان ذهنی در جامعه		
استقلال فرزند کم توان ذهنی، نهایت آرزوی مادر		
هزینه‌های مادام‌العمر مراقبت‌های درمانی	هزینه های گزاف مراقبتهای بهداشتی و درمانی کم توان ذهنی	**تنگناهای اقتصادی**
عدم توانایی مالی خانواده درتامین هزینه های استقلال بخشی کم توانان ذهنی		
خصوصی بودن اغلب مراکز حرفه آموزی و توان بخشی	عدم حمایت مالی دولت	
پوشش ناکافی بیمه‌ها		

فراوانی هستند. همچنین مربیان و متخصصین، به این نکته اشاره داشتند که اغلب کم توانان ذهنی، مورد بی‌مهری و عدم توجه خانواده قرار گرفته و اغلب دچار کمبود دریافت توجه و محبت هستند.

« مادرمیگه من بیرون میرم و دخترهای هم سن و سال دخترم رو که می‌بینم، میام خونه و دو ساعت گریه می‌کنم. یعنی هنوز فرزند خودشون رو با ناتوانی‌هایش نپذیرفته‌اند و با این مساله کنار نیومده‌اند.» (مربی حرفه آموزی: شرکت کننده شماره۲۰)

« خیلی خانواده‌ها اهمیت به این فرزندانشون نمی‌دهند و یا از داشتن این جور فرزند خجالت می‌کشند. برای همین بچه‌هاشون اجتماعی نیستند.» (مادر: شرکت کننده شماره ۳)

– تعامل ضعیف خانواده جهت توانمند سازی کم توانان ذهنی

بر طبق نظرات مربیان و متخصصین شرکت کننده در این پژوهش، تفکر نادرست و عدم باور قلبی خانواده‌ها به توانایی‌های فرزندان کم توان ذهنی، سبب ایجاد روحیه ناامیدی در خانواده و عدم تمایل برای صرف وقت کافی برای پرورش استعدادها و توانایی‌های آن‌ها شده و این امر خود منجر به انزوا و طرد شدگی اجتماعی آن‌ها خواهد شد.

« آنقدر که با خانواده مشکل داریم، با بچه مشکل نداریم. خانواده خودش همه کارهای فرزندش رو انجام می‌ده و زحمت اینکه به اون آموزش بده رو نمی‌کشه. » (معلم: شرکت کننده شماره ۱۱)

متأسفانه عدم روحیه همکاری در خانواده، جهت انجام مراقبت‌های مربوط به فرزند کم توان ذهنی، خصوصاً عدم حمایت و همکاری پدر و بدوش کشیدن بار مسئولیت تمام امور مربوط به فرزند کم توان ذهنی توسط مادر، در بیشتر مصاحبات مشهود بود. این مسئله خود عاملی مهم در بروز تعاملات ضعیف برای توانمند سازی فرزند کم‌توان به شمار می‌آید.

« بقیه سر زندگی خودشون هستند. همه کارهای او به عهده خودمه و پدرش هیچ چیزی رو به عهده نمی‌گیره. از اون بچگیش همه کارها بدوش خودم بوده.» (مادر: شرکت کننده شماره۴)

–طرد شدگی اجتماعی

شرکت کنندگان پژوهش بر این باور بودند که کمبود آگاهی‌های عمومی و وجود نگرش منفی نسبت به معلولیت و ناتوانی، از عمده‌ترین مشکلات برای دستیابی به حقوق انسانی افراد دارای ناتوانی است.

« وقتی اینها رو اردو و یا سینما می‌بریم، مردم طوری به اینها نگاه می‌کنند که انگار یک چیز خیلی عجیب دیده‌اند. حتی بعضی از مردم با دیدن اینها گریه می‌کنند.» (مربی: شرکت کننده شماره ۱۲)

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

« هیچ کس خونه ما نمی‌آید. یک سری مسجد می‌رفت، نمی دونم اونجا چی بهش گفتن که زده شد و دیگه اونجا نمی‌ره. کلا زندگی تنهایی رو می گذرونیم.» (مادر: شرکت کننده شماره ۵)

بنا به اظهارات مشارکت کنندگان، تعداد محدود انجمن‌ها و مراکز خدماتی به کم‌توانان ذهنی و دور از دسترس بودن بعضی از اماکن رفاهی خدماتی و تفریحی ویژه افراد کم توان ذهنی، مانعی برای حضور آنان در جامعه و عاملی در جهت طردشدگی اجتماعی آنان است.

« آنقدر این مراکز کم هستند و نوبت‌های طولانی دارند و یا مسافتشان زیاد است که برای همه قابل استفاده نیست.» (مربی: شرکت کننده شماره۱۴)

همچنین از مصاحبات به عمل آمده با مادران، مربیان و معلمان آموزشی کم‌توانان ذهنی مشخص شد که علاوه بر وجود کاستی‌ها در محتوای آموزشی کتاب‌های درسی کم توان ذهنی، معلمان و کادر آموزشی مدارس استثنایی نیز، توجه و اهمیت لازم و کافی را به آموزش مهارت‌های کاربردی در زمینه توانمند سازی دانش آموزان کم توان قائل نیستند و همکاری و تعامل میان کادر آموزشی مدرسه و خانه بسیار ضعیف است.

«اینها در مقطع دبستان، فقط کتاب و آموزش تئوری دارند و کارهای مهارتی مثل خرید کردن، بهداشت شخصی، انجام کارهای روزمره، در مدرسه تمرین داده نمیشه.» (معلم مدرسه: شرکت کننده شماره۱۶)

«اغلب محرم و نامحرم رو می‌دونن. چون تو کتاب‌های دینیشون گفتند. اما به اونها، غریبه و آشنا رو که در جامعه بیشتر به دردشون می‌خوره رو یاد ندادند.» (روانشناس: شرکت کننده شماره ۲۳)

تزلزل استقلال

این درون مایه از ۲ طبقه اصلی "وابستگی جهت فعالیت-های روزانه"، " وابستگی برای حضور در جامعه" و ۵ طبقه فرعی آن، شکل گرفته است. در تحقیق حاضر، مشارکت کنندگان بر لزوم حمایت دائمی مراقبین از زنان کم‌توان ذهنی اشاره کردند و راجع به نگرانی‌های موجود نسبت به حضور مستقل آنان در جامعه صحبت کردند. این مساله، حضور مستقل آنان را در جامعه را با چالش‌های جدی روبرو کرده و بر تزلزل استقلال آنان می‌افزاید.

- وابستگی برای فعالیت‌های روزانه

بر اساس نظرات شرکت کنندگان پژوهش، زنان کم‌توان ذهنی، بسته به درجه توان ذهنی‌شان، در مسائل مربوط به بهداشت قاعدگی، تعویض نوار بهداشتی و رعایت بهداشت فردی، به مراقبین خود وابسته می‌باشند و این وابستگی و عدم استقلال در خود مراقبتی، بر هویت زنانه آنان اثر مخرب و سویی دارد.

« در مورد پریود شدنش مشکل داره. نمی تونه خودشو خوب جمع و جور کنه یا تمیز خودشو بشوره.» (مادر: شرکت کننده شماره ۲)

«معمولا اینها قادر به رعایت بهداشت قاعدگی خود نیستند و تمیز کردن، حمام بردن و تعویض نواربهداشتی‌هایشان به عهده مادران و مراقبین آنها است.» (پزشک متخصص زنان: شرکت کننده شماره ۱۹)

«از صبح تا شب درگیر کارهای اون هستم، برای همه کارهاش نیاز به کمک داره، از دستشویی رفتن، حمام گرفتن، غذا خوردن تا بیرون بردن.» (مادر: شرکت کننده شماره ۱)

- وابستگی جهت حضور در جامعه

بنا بر اظهارات مشارکت کنندگان، یکی از موانع توانمندسازی زنان کم‌توان ذهنی ، مشکلات حضور مستقل آن‌ها در جامعه است. برخی از آنان معتقدند که امکان حضور مستقل کم توانان ذهنی زن، با هر درجه از کم توانی مقدور نیست و این امر، استقلال آن‌ها را بیش از پیش مخدوش می‌سازد.

«البته به من خیلی وابسته است و هر جایی میریم، با هم دیگه می‌ریم، همه جا با من می‌رود و همه کارهاش با من است. » (مادر: شرکت کننده شماره ۷)

«فکر کن اون تنهایی بره بیرون برای خرید. فکر این که به آقایی سلام کنه. اون هم جواب سلامش رو بده و بعد بخواهد به اون دست بده و وایسه صحبت کنه. و اگه اون منظوری داشته باشه، این فکرا نمی‌گذاره که من اجازه بدم تنهایی جایی بره .» (مادر: شرکت کننده شماره۸)

در این میان، مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، باوجود نگرانی‌های شدیدی که نسبت به حضور مستقل فرزندانشان در جامعه دارند، نهایت آرزوی خود را مستقل شدن فرزند خود در جامعه می‌دانند.

«ما استرس آینده اونا رو داریم. می‌خواهیم کار یاد بگیرند. بتونن زندگی مستقل داشته باشند، من نباشم، بتونه خودش حموم بره، غذا درست کنه، بتونه دستشویی‌اش رو تنهایی بره.» (مادر: شرکت کننده شماره۲)

تنگناهای اقتصادی

این درون مایه از ۲ طبقه اصلی "هزینه‌های گزاف مراقبت-های بهداشتی و درمانی کم‌توان ذهنی"، "عدم حمایت مالی دولت" و ۴ طبقه فرعی آن، شکل گرفته است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

مشارکت کنندگان پژوهش بر این باورند که هزینه‌های گزاف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فرزندان کم توانان ذهنی و عدم توانایی مالی خانواده در تأمین این هزینه‌ها، در کنار حمایت ناکافی دولت جهت استقلال بخشی کم توانان ذهنی و سهم ناچیز دولت در ارائه خدمات توان بخشی و حرفه آموزی به‌صورت رایگان و پوشش ناکافی بیمه‌ها، موجب بروز فشار اقتصادی به خانواده‌ها و درماندگی آن‌ها در توانمند سازی فرزندان کم توان ذهنی خود شده است.

-هزینه‌های گزاف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کم توان ذهنی

در این پژوهش مراقبین، در مورد هزینه‌های کمرشکن درمان و توان بخشی آنان و عدم توانایی مالی جهت تأمین این هزینه‌ها سخن گفتند.

«دخترم مشکلات زنانگی داره. چند روز پیش دوباره بردم دکتر متخصص زنان، براش سونوگرافی نوشت. ولی نمی‌تونم فعلا ببرمش. الان دست و بالم خالیه.» (مادر: شرکت کننده شماره ۴)

« خیلی خانواده‌ها نمی‌توانند به خاطر وضعیت اقتصادیشون، بچه‌ها رو توانمند کنند و از عهده هزینه کلاس‌های آموزشی برآیند. حتی هزینه کلاس‌های این جا که مناسب است را هم، خیلی از خانواده ها نمی‌توانند پرداخت کنند.» (مسئول مرکز توان بخشی: شرکت کننده شماره ۲۱)

-عدم حمایت مالی دولت:

یکی از علل عدم توانایی خانواده‌ها، جهت حرفه آموزی و توان بخشی کم توانان ذهنی، خصوصی بودن این خدمات و عدم حمایت مالی دولت است. این امر منجر به محدودیت استفاده از خدمات توان بخشی و حرفه آموزی برای زنان کم توان ذهنی شده و در نهایت منجر به عدم توانمندسازی آنان می‌شود.

«چیزی رایگان نیست، اگر هم با هزینه کمتر باشد، آنقدر این مراکز کم هستند و نوبت‌های طولانی دارند و یا مسافتشان زیاد است که برای همه قابل استفاده نیست.» (مربی حرفه آموزی: شرکت کننده شماره ۲۰)

همچنین آنان ، به عدم پوشش بیمه‌ای خدمات بهداشتی درمانی و توان بخشی افراد کم توان اشاره داشتند.

«توکشورهای دیگه، همه کار براشون می‌کنند. یعنی معلول ذهنی، از نظر کلیه خدمات، تحت پوشش بیمه کامل قرار دارد. مدد کار ۲۴ ساعته دارند که دایم با خانواده در ارتباط است، سرویس رایگان دارند، تمام خدمات توان بخشی رایگان است. هیچ هزینه‌ای نباید بدهند.» (مسئول مرکزنگهداری: شرکت کننده شماره۲۲)

بحث

این مطالعه با هدف بررسی چالش‌های توانمندسازی زنان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در حوزه سلامت باروری و جنسی، با تأکید بر دیدگاه مراقبین و متخصصان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی، اغلب در پذیرش و تطابق با وضعیت فرزند خود با چالش‌های متعددی مواجه هستند. بسیاری از این خانواده‌ها، به توانایی‌های بالقوه فرزندان خود باور ندارند و در زمینه پرورش و رشد استعدادهای فرزندانشان دچار تردید و حس ناامیدی هستند و این عدم اعتماد به توانمندی‌های آنان، منجر به کاهش انگیزه رشد و یادگیری در آنان می‌شود. همچنین اغلب آنان، مورد بی‌مهری و عدم توجه خانواده قرار گرفته‌اند و اغلب دچار کمبود دریافت توجه و محبت هستند. این مسئله تأثیر ناگواری بر روحیه اعتماد به نفس آن‌ها داشته و سبب از بین رفتن نیروی محرکه و انگیزه برای ارتقای توانایی‌ها و استعدادهای آنان می‌باشد. موناکو و همکارانش (۲۰۱۸) معتقدند که حمایت عاطفی از سوی خانواده نقش مهمی در شکل‌گیری هویت جنسی و اجتماعی این افراد دارد. احساس پذیرش و تعلق در خانواده و جامعه، نه تنها موجب افزایش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود، بلکه مشارکت اجتماعی و سازگاری آنان را نیز تسهیل می‌کند (۱۷). به‌طور کلی معلولیت یکی از فرزندان، بر کل نظام خانواده و کارکردهای مختلف آن اثرات بسیار عمیقی خواهد گذاشت. به طوری‌که بر انسجام و ساختار خانواده آسیب وارد نموده و پیامد آن ایجاد تغییرات در نقش‌ها، عملکرد و سازگاری خانواده است. لذا والدین بایستی تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید اتخاذ نمایند (۱۸). بنابراین آموزش والدین در زمینه شناخت و نحوه برخورد صحیح با نیازهای عاطفی، اجتماعی و باروری این افراد، می‌تواند موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و مشارکت اجتماعی آنان شود.

در این پژوهش مراقبین و متخصصین ، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های زنان کم توان ذهنی را، حضور مستقل آنها در جامعه می‌دانند. این گروه از زنان، برای حضور در اجتماع و شرکت در فعالیتهای اجتماعی ، نیازمند کمک و حمایت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

دایمی از جانب خانواده می باشند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، Stancliffe (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود، به چالش‌های حضور افراد کم‌توان ذهنی در جامعه اشاره کرده است و فقدان مهارت‌های ارتباطی در کم توانان ذهنی را مانعی جهت حضور مستقل آنها در جامعه می‌داند (۱۹). تقی زاده و همکارانش (۲۰۲۴) در مطالعه خود گزارش کردند که آگاهی نامناسب و ناکافی راجع به تعاملات اجتماعی و رفتارهای مناسب اجتماعی، منجر به ناتوانی فرد کم‌توان ذهنی، در تشخیص رابطه با هدف سوء استفاده جنسی شده و احتمال خطر سوئ استفاده جنسی را در آنان افزایش می‌دهد (۲۰). بنابراین یکی از اهداف آموزشی برای افراد کم‌توان ذهنی، آماده ساختن آن‌ها برای زندگی اجتماعی و فراگیری مهارت‌های ضروری برای داشتن یک زندگی مستقل یا با حداقل وابستگی باید باشد. بـدون کسـب مهارت‌های اجتماعی، امکان ارتباط سالم میسـر نیسـت و سلامت زندگی فردی و اجتماعی تهدید و مختل خواهـد شد. والدین این فرزندان، نقش حساسی در یادگیری آن‌ها در ارتباط با مهارت های اجتماعی دارند. آنان می بایست با توجه به میزان توانمندی فرزندشان راهکاری مناسب برای یادگیری مهارت ها به کار بندند (۲۱). دوران مدرسه یکی از بهترین و طلایی‌ترین فرصت‌ها برای یادگیری مهارت‌های خود مراقبتی به فرزندان می‌باشد. متأسفانه این مسئله هم در نظام آموزشی فرزندان سالم و هم فرزندان کم توان ذهنی نادیده انگاشته شده است و آموزش مهارت‌های خود مراقبتی که یکی از نیازهای آموزشی ضروری جامعه امروزی برای نوجوانان می‌باشد، به دست بی‌توجهی و فراموشی سپرده شده است. تدوین برنامه‌های آموزشی هدفمند برای آموزش مهارت‌های اجتماعی، روابط سالم، و مراقبت از خود، به زنان کم‌توان ذهنی، امری ضروری است که باید در نظام آموزشی و مراکز توان‌بخشی مورد توجه قرار گیرد.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش نشان دادند که نگرش منفی و کلیشه‌های اجتماعی نسبت به کم‌توانان ذهنی، موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها شده و حضور مستقل آن‌ها را در جامعه با چالش‌های جدی مواجه می‌سازد. Baker (۲۰۱۵) معتقد است نگرش‌های منفی زیادی در جامعه نسبت به افراد کم توان ذهنی وجود دارد که به وابستگی، گناه، ترحم و ترس آن‌ها منجر می‌شوند. این نگرش‌ها می‌تواند بر عزت نفس کودک کم‌توان و بزرگسالان تأثیر بگذارد (۲۲). بنابراین به نظر می‌رسد برای موفقیت و پیشرفت در فرایند توان‌بخشی و استقلال افراد کم توان ذهنی، نه تنها نیاز داریم که آنان را از نظر جسمی، ذهنی و روانی ارتقا دهیم، بلکه نیازمند آن هستیم که همگام و متناسب با این اقدامات، نگرش عمومی جامعه را جهت تلفیق اجتماعی و سازگاری آن‌ها، مورد توجه ویژه قرار دهیم، تا در این راستا با حرکتی متوازن، راه را برای حصول اهداف نهایی توانمندساری از جمله مشارکت اجتماعی کم توانان و افزایش استقلال آن‌ها هموارتر کنیم. تغییر نگرش‌های اجتماعی از طریق برنامه‌های آموزشی و فرهنگی، می‌تواند به افزایش پذیرش اجتماعی این افراد و کاهش انزوای آنان کمک کند. علاوه بر موانع فردی و اجتماعی، مشکلات اقتصادی نیز به عنوان یکی از چالش‌های اساسی در توانمندسازی این زنان شناسایی شد. هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، کمبود حمایت‌های دولتی، و پوشش ناکافی بیمه‌ها، موجب افزایش وابستگی این افراد به خانواده و کاهش فرصت‌های توانمندسازی آنان شده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد که نشان داده‌اند، حمایت‌های مالی و تسهیلات رفاهی می‌توانند نقش مؤثری در افزایش کیفیت زندگی افراد کم‌توان ذهنی و خانواده‌های آن‌ها ایفا کنند (۲۱). بنابراین لزوم حمایت‌های اقتصادی و تدارک یک شبکه حمایتی مورد نیاز و مورد اعتماد خانواده و تهیه خدمات ویژه‌ای که به نیازهای آنان پاسخ دهد، از جمله مسئولیت‌های دولت در زمینه ارائه خدمات سلامتی به افراد کم توان ذهنی است. در راستای این امر، افزایش سطح پوشش بیمه ها برای خدمات سلامت باروری – جنسی و ارائه خدمات توان بخشی و حرفه آموزی به‌صورت رایگان و افزایش تعداد مراکز توانمند سازی و حرفه آموزی در سطح کشور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین فراهم نمودن امکانات مراقبتـی و تـوان بخشـی در منزل، در راسـتای بهبـود سـلامت کـودک و خانواده می‌تواند گام مؤثری در جهت کاهش مشکلات خانواده‌های دارای کودک کم توان ذهنی باشد (۲۳).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. بعضی از شرکت کنندگان به ویژه والدین آنان، به دلیل حساس بودن موضوع تحقیق و شرم از صحبت کردن درباره مشکلات و چالش‌های فرزندشان در زمینه امور باروری و جنسی، تمایلی به مشارکت در پژوهش نداشتند؛ لذا محقق سعی کرد تا با توضیح اهمیت پژوهش، برقراری ارتباط و تعامل دوستانه با مشارکت‌کنندگان، گذراندن وقت کافی در عرضه و رعایت اصول اخلاقی در جهت جلب اعتماد و اطمینان مشارکت کنندگان در کاهش این محدودیت بکوشد. همچنین، با توجه به ماهیت کیفی پژوهش و تأثیرپذیری آن از عوامل فرهنگی و اجتماعی، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جوامع، نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

از یافته‌های حاصل از پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که زنان کم توان ذهنی، جهت ارتقا هویت زنانه، تحقق استقلال نسبی و رفع انزوا، نیازمند حمایت اجتماعی هستند که این امر با حمایت فعال خانواده از فرزند کم‌توان ذهنی، از طریق پذیرش و تطابق با ناتوانی‌های فرزند و حمایت او جهت حضور در جامعه و ارائه آموزش به کم توانان ذهنی برای پذیرش خود و آموزش مهارت‌های اجتماعی و خودمراقبتی به آنان و حمایت دولت در زمینه ارائه خدمات جنسی و باروری به زنان کم توان ذهنی وافزایش پذیرش اجتماعی آنان از طریق اصلاح دیدگاه جامعه نسبت به کم توانان ذهنی و تلاش برای مشارکت اجتماعی آنان محقق می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین سازمان بهزیستی استان تهران و مدیران مراکز توان بخشی که کمال همکاری را جهت اخذ مجوز ورود به مراکز روزانه توان بخشی فراهم کردند و بی‌شک انجام این پژوهش، بدون مساعدت‌های ایشان میسر نبود ، کمال تشکر را دارم. همچنین، از تمامی شرکت کنندگان، مراقبین عاشق و مادران فداکار کم‌توانان ذهنی که با بیان تجارب ارزشمند خود، انجام این مطالعه را ممکن ساختند، تشکر می‌کنم.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با اخذ مجوز کتبی و تاییدیه جهت انجام پژوهش و مجوز کمیته اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران (با شماره IR.IAU.PS.REC.1403.148) و کسب اجازه از مراجع مسئول و اجازه جهت ورود به محیط پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات آغاز شد. قبل از انجام پژوهش رضایت آگاهانه (شفاهی و کتبی) از شرکت کنندگان از طریق توضیح اهداف پژوهش، نحوه همکاری، روش جمع آوری و ضبط داده‌ها در مرحله کیفی،کسب شد و جهت بازخورد نتایج پژوهش به مراجع ذیصلاح و همچنین مشارکت کنندگان در صورت تمایل، اطمینان داده شد. پژوهشگران در طول مدت مطالعه، اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان و محافظت از مصاحبه های ضبط شده را رعایت کردند. همچنین رعایت صداقت و امانت در استفاده از متون و منابع علمی را ملزم دانستند.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی آزاد اسلامی تهران است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی اولیه پژوهشی: مریم فرمهینی فراهانی و مهراندخت نکاوند؛ جمع آوری داده‌ها: مریم فرمهینی فراهانی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: مریم فرمهینی فراهانی، مهراندخت نکاوند، لادن فتاح، کشور صمدایی گله کلایی و فوزیه صناعتی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: مهراندخت نکاوند؛ نظارت: کشور صمدایی گله کلایی و فوزیه صناعتی

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مطالعه تعارض منافع ندارد.

REFERENCES

1. Hilt RJ, Nussbaum AM, eds. DSM-5-TR® Pocket Guide for Child and Adolescent Mental Health. Washington, D.C., USA: American Psychiatric Pub; 2025.

2. Tromans S, Alexander R, Gangadharan SK, Kapugama C, Bhaumik S, eds. Psychiatry of Intellectual Disability Across Cultures. Oxford, UK: Oxford University Press; 2023.

3. Singh Shrestha P, Ishak A, Maskey U, Neupane P, Sarwar S, Desai S, et al. Challenges in Providing Reproductive and Gynecologic Care to Women With Intellectual Disabilities: A Review of Existing Literature. J Family Reprod Health 2022;16:9-15.

4. Singh G, Mitra P, Narayan S. Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: A Mini Review. Glob J Intellect Dev Disabil 2023; 12: 555828.

5. Frawley P, O'Shea A. Nothing about us without us': sex education by and for people with intellectual disability in Australia. Sex Education 2020;20:413-24.

6. Daniels JN. Already doing it: intellectual disability and sexual agency. Sex Education 2016;16:721-3.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]
[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]

7. Starke M, Larsson A, Punzi E. People with intellectual disability and their risk of exposure to violence: Identification and prevention - a literature review. J Intellect Disabil 2025;29:760-83.

8. Carter A, Strnadová I, Watfern C, Pebdani R, Bateson D, Loblinzk J, et al. The sexual and reproductive health and rights of young people with intellectual disability: A scoping review. Sexuality Research and Social Policy 2021:1-19.

9. Saini R, Ahmad W, Nazli. Awareness among parents of individuals with intellectual disability about sexual health education. Ind Psychiatry J 2021;30:224-29.

10. Goli S, Noroozi M, Salehi M. Sexual Health Challenges of the Iranian Intellectually Disabled Adolescent Girls: a Qualitative Study. Int J Pediatr 2022;10:15630-9.

11. Taghizadeh Z, Ebadi A, Farmahini Farahani MJS, Disability. Marriage challenges of women with intellectual disability in Iran: a qualitative study. Sexuality and Disability 2020;38:31-39.

12. Bhattarai S, Saugat PK, Kakchapati S, Poudel S, Baral SC, Marston CJm. Barriers and facilitators to sexual and reproductive health rights for Persons with Disability in Nepal: a scoping review. medRxiv 2023.04.19.23288803.

13. Frawley P. Access to Sexual Rights for all People with Disabilities: The Need to See and Include the Experiences of People with Intellectual Disability. Arch Sex Behav 2023;52:3271-76.

14. National Welfare Organization. List of Research Priorities of the Welfare Organization. 2022. Available from: https://www.behzisti.ir/news/94375/

15. Gaglio B, Henton M, Barbeau A, Evans E, Hickam D, Newhouse R, et al. Methodological standards for qualitative and mixed methods patient centered outcomes research. BMJ 2020;371:m4435.

16. Wildemuth BM, ed. Applications of social research methods to questions in information and library science: Santa Barbara, California: ABC-CLIO; 2016.

17. Monaco EAH, Gibbon TC, Bateman DF, eds. Talking about sex: sexuality education for learners with disabilities: Lanham, Maryland, U.S: Rowman & Littlefield; 2018.

18. Alaie P, Hokmabadi Goshuni M. The Lived Experience of Mothers with Children Who Have Mental-Motor Disabilities (An Introduction to the Psychological Challenges of Articles 53 and 56 of Family Protection Law and Young Population). Women in development and politics 2024;22:89-113. [In Persian]

۱9. Stancliffe RJ, Hall SA. Social inclusion of adults with intellectual and developmental disabilities: Toward belonging. Int Rev Res Dev Disabil. 2023;64:253-306.

20.Taghizadeh Z, Farmahini Farahani M, Nourollahpour Shiadeh M, Qaderi K. Caregivers' concerns about the sexual and reproductive health of women with intellectual disability in Iran: a qualitative study. Reprod Health 2024;21:35.

21. Matin BK, Ballan M, Darabi F, Karyani AK, Soofi M, Soltani S. Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. BMC Public Health 2021;21:1965.

22. Baker S, The PROUD Consortium, eds. Growing up, sex and relationships: A guide to support parents of young disabled people. Avaiable from: https://contact.org.uk/wp-content/uploads/2021/03/growing_up_parents_new_logo.pdf

33. Rugoho T, Maphosa F. Challenges faced by women with disabilities in accessing sexual and reproductive health in Zimbabwe: The case of Chitungwiza town. Afr J Disabil 2017;6:252.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.2.8.3]

[DOI: 10.66224/iau.36.2.224]