

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

Maryam Farmahini Farahani<sup>1</sup>, Ladan Fatahmoghadam<sup>2</sup>, Keshvar Samadaee Gelehkolaee<sup>3</sup>, Fovziye Sanaati<sup>4</sup>, Mehrandokht Nekavand<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Midwifery, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychiatric Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> Assistant Professor, Miandoab School of Medical Sciences, Urmia University of Medical Sciences, Iran

<sup>5</sup> 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

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

مریم فرمehینی فراهانی<sup>۱</sup>، لادن فتاح مقدم<sup>۲</sup>، کشور صمدایی گله کلایی<sup>۳</sup>، فوزیه صناعتی<sup>۴</sup>، مهراندخت نکاوند<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> دکترای بهداشت باروری، استادیار، گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، گروه روانپرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دکترای بهداشت باروری، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دپارتمان مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
<sup>۴</sup> دکترای بهداشت باروری، استادیار، گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی میانداوب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۵</sup> دکترای مدیریت آموزش عالی، استادیار، گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** زنان کم توان 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 کم توان 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 مصاحبه‌های 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 شکل‌گیری ۳ تم با عناوین "انزوا"، "تزلزل استقلال" و "تنگناهای اقتصادی" شد.  
**نتیجه‌گیری:** یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که اغلب خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی، با پدیده کم توانی ذهنی فرزندان نشان، 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

مهارت‌های اجتماعی، عملی و مفهومی است و معمولاً در دوران رشد و تکامل آشکار می‌شود (۱). کم توانان ذهنی ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی جامعه را تشکیل می‌دهند که ۷۵ تا ۹۰ درصد از آنان دارای درجه خفیف کم توانی هستند (۲). افراد دارای کم توانی 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

کم توانی 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

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

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 تقریباً 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 کم توان ذهنی وجود دارد، لزوماً به علت ناتوانی و کم توانی آن‌ها نیست، بلکه می‌تواند بازتابی از فقدان توجه و حمایت‌های قانونی و اجتماعی نیز باشد (۵، ۶). به ندرت می‌توان زنان کم توان 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 کم توانان 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 کم توانان ذهنی تأثیر حیاتی خواهد داشت (۸). غفلت و نگرش‌های منفی افراد جامعه، به خصوص مراقبین سلامت و والدین آن‌ها نسبت به مسائل جنسی و باروری این گروه، بیشتر از کم توانی‌شان، 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 کم توانان 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 (۹، ۱۰). 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 می‌داند (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 به عنوان محورهای راهبردی مطرح کرده است (۱۴). با وجود این، مرور مطالعات موجود نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی به طور خاص به توانمندسازی زنان کم توان 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 کم توان ذهنی آموزش‌پذیر که در معرض آسیب‌های مضاعف قرار دارند ضرورتی انکارناپذیر است. توانمندسازی این گروه نه تنها 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 - اجتماعی ایران باشد و به سازمان بهزیستی و سایر نهادهای ذیربط در تدوین سیاست‌های جامع حمایت از زنان کم توان 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 توان بخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی و نیز مدارس استثنایی شهر تهران بود که پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق و دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران برای یافتن مشارکت کنندگان اولیه، به این مراکز، مراجعه شد. شرکت کنندگان به روش مبتنی بر هدف و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع انتخاب شدند، تا بتوان نظرات متفاوت را از بهترین مطلعین در

مورد پدیده موردنظر به دست آورد. از این رو شرکت کنندگان 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. مشارکت کنندگان بعدی، بر اساس نتایج تحلیل مقایسه‌ای مداوم و سؤال از نمونه‌ها و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع و ویژگی‌های متفاوت (از نظر سن، تحصیلات، سابقه کار مراقبت از کم توانان 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 مشارکت کنندگان در مورد اهداف، روش انجام مطالعه و داوطلبانه بودن همکاری آنان توضیح داده شد و مصاحبه به صورت رودرو و انفرادی انجام گردید. همچنین، جهت ضبط مصاحبه‌ها، از مشارکت کنندگان رضایت‌نامه شفاهی و کتبی گرفته شد. نوع سؤالات راهنمای مصاحبه، بر اساس گروه هدف تعیین و در مصاحبه‌ها به تناسب پرسیده شد. مصاحبه‌ها با سؤالات راهنما از قبیل "از نظر شما زنان کم توان 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 مصاحبه‌های بعدی تنظیم می شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بسته به نحوه پاسخگویی و تمایل مشارکت کنندگان از ۹۰-۳۰ دقیقه متفاوت بود.

لازم به ذکر است که در ابتدا، ضمن بازدید از مراکز توان بخشی زنان کم توانان ذهنی، دو مصاحبه در ابتدا به صورت پایلوت انجام شد، تا محقق با مسائل احتمالی و پیش‌بینی نشده و نحوه شکل گیری ترکیب سؤالات مصاحبه، آشنا شود. هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها 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 جمع‌آوری 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 عمومی تر 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 جمع‌آوری 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 داده‌ها، 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 بازبینی و کنترل شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، با ۲۴ شرکت کننده، شامل ۸ مادری که دارای دختر کم توان ذهنی آموزش پذیر بودند و مسئولیت مراقبت مستقیم از آنان را داشتند، ۸ مربی و معلم آموزشی که در مراکز روزانه توان بخشی و مدارس استثنایی، مسئولیت آموزش دختران کم توان 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 ۴۵-۵۶ 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.

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       | بی سواد          | -               |
| 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                |          |                  |                 |
| ۱۷                     | ۳۱       | کارشناس          | ۵               |
| ۱۸                     | ۴۰       | کارشناس          | ۱۴              |
| ۱۹                     | ۵۶       | دکتری تخصصی زنان | ۴               |
| ۲۰                     | ۴۵       | کارشناس          | ۱۷              |
| ۲۱                     | ۵۳       | دکتری روانشناسی  | ۲۱              |
| ۲۲                     | ۵۲       | دکتری روانشناسی  | ۱۴              |
| ۲۳                     | ۴۷       | کارشناس ارشد     | ۱۱              |
| 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 کم توان ذهنی در زمینه سلامت باروری، منجر به استخراج ۳ درون مایه با عنوانین: "انزوا"، "تزلزل استقلال" و "تنگناهای اقتصادی" شد.

جزئیات 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 کم توانی فرزند"، "طردشدگی اجتماعی" و ۶ طبقه فرعی

آن، شکل گرفته است. بر اساس نتایج حاصل از تحقیق حاضر، اغلب خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی، با پدیده کم توانی ذهنی فرزندان، تطابق پیدا نکرده و زنان کم توان ذهنی، اغلب از جانب خانواده‌ها، مورد بی توجهی و بی مهری قرار می‌گیرند. عدم باور قلبی خانواده‌ها به توانایی‌های فرزندان، منجر به تعامل ضعیف آنان در زمینه توانمندسازی فرزندان می‌گردد. از سوی دیگر، نگاه سنگین جامعه و محدودیت مراکز و انجمن‌های مخصوص کم توانان و آموزش‌های ناکافی در زمینه مهارت های اجتماعی، آن‌ها را بیش از پیش به انزوا و طرد شدگی اجتماعی می‌کشاند.

-تطابق ناکافی خانواده با کم توانی فرزند

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

## 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                                                         |                                                         |                  |
| آموزش های ناکافی در زمینه مهارت های 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 حضور مستقل کم توان ذهنی در جامعه                         |                                                         |                  |
| استقلال فرزند کم توان ذهنی، نهایت آرزوی مادر                            |                                                         |                  |
| هزینه های مادام العمر مراقبت های درمانی                                 | هزینه های گزاف مراقبت های بهداشتی و درمانی کم توان ذهنی | تنگناهای اقتصادی |
| عدم توانایی مالی خانواده در تامین هزینه های استقلال بخشی کم توانان ذهنی |                                                         |                  |
| خصوصی بودن اغلب مراکز حرفه آموزی و توان بخشی                            | عدم حمایت مالی دولت                                     |                  |
| پوشش ناکافی بیمه ها                                                     |                                                         |                  |

فراوانی هستند. همچنین مربیان و متخصصین، به این نکته اشاره داشتند که اغلب کم توانان ذهنی، مورد بی مهری 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 می بینم، میام خونه و دو ساعت گریه می کنم. یعنی هنوز فرزند خودشون رو با ناتوانی هایش نپذیرفته اند و با این مساله کنار نیومده اند.» (مربی حرفه آموزی: شرکت کننده شماره ۲۰)

« خیلی خانواده ها اهمیت به این فرزندان شون نمی دهند و یا از داشتن این جور فرزند خجالت می کشند. برای همین بچه ها شون 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 خانواده ها به توانایی های فرزندان کم توان ذهنی، سبب ایجاد روحیه ناامیدی در خانواده و عدم تمایل برای صرف وقت کافی برای پرورش استعدادها و توانایی های 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 می ده و

زحمت اینکه به اون آموزش بده رو نمی کشه. » (معلم:

شرکت کننده شماره ۱۱)

متأسفانه عدم روحیه همکاری در خانواده، جهت انجام مراقبت های 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 کم توان به شمار می آید.

« بقیه سر زندگی خودشون هستند. همه کارهای او به عهده خودمه و پدرش هیچ چیزی رو به عهده نمی گیره. از اون بچگی همه کارها بدوش خودم بوده.» (مادر: شرکت کننده شماره ۴)

- طرد شدگی اجتماعی

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

« وقتی اینها رو اردو و یا سینما می بریم، مردم طوری به اینها نگاه می کنند که انگار یک چیز خیلی عجیب دیده اند. حتی بعضی از مردم با دیدن اینها گریه می کنند.» (مربی:

شرکت کننده شماره ۱۲)

« هیچ کس خونه ما نمی‌آید. یک سری مسجد می‌رفت، نمی‌دونم اونجا چی بهش گفتن که زده شد و دیگه اونجا نمی‌ره. کلا زندگی تنهایی رو می‌گذرونیم.» (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 شماره ۱۴)

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 کم‌توانان ذهنی، معلمان و کادر آموزشی مدارس استثنایی نیز، توجه و اهمیت لازم و کافی را به آموزش مهارت‌های کاربردی در زمینه توانمندسازی 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 شماره ۱۶)

«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. نمی‌تونه 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 کم‌توانان 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 فکر نمی‌گذاره که من اجازه بدم تنهایی جایی بره.» (مادر: شرکت کننده شماره ۸)

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 شماره ۲)

### 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.

است، سرویس رایگان دارند، تمام خدمات توان بخشی رایگان است. هیچ هزینه‌ای نباید بدهند.» (مسئول مرکز نگهداری: شرکت کننده شماره ۲۲)

### 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 فرزندان 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 طوری که 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 کم‌توان 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

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

هزینه‌های گزاف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کم‌توان 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 زناگی داره. چند روز پیش دوباره بردم دکتر متخصص زنان، برایش سونوگرافی نوشت. ولی نمی‌تونم فعلاً ببرمش. الان دست و بالم خالیه.» (مادر: شرکت کننده شماره ۴)

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

عدم حمایت مالی دولت:

یکی از علل عدم توانایی خانواده‌ها، جهت حرفه‌آموزی و توان بخشی کم‌توانان ذهنی، خصوصی بودن این خدمات و عدم حمایت مالی دولت است. این امر منجر به محدودیت استفاده از خدمات توان بخشی و حرفه‌آموزی برای زنان کم‌توان 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 حرفه‌آموزی: شرکت کننده شماره ۲۰)

همچنین آنان، به عدم پوشش بیمه‌ای خدمات بهداشتی درمانی و توان بخشی افراد کم‌توان 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 داریم با خانواده در ارتباط

دایمی از جانب خانواده می باشند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، Stancliffe (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود، به چالش‌های حضور افراد کم توان 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 کم توان ذهنی، در تشخیص رابطه با هدف سوء استفاده جنسی شده و احتمال خطر سوء استفاده جنسی را در آنان افزایش می‌دهد (۲۰). بنابراین یکی از اهداف آموزشی برای افراد کم توان ذهنی، آماده ساختن آنها برای زندگی اجتماعی و فراگیری مهارت‌های ضروری برای داشتن یک زندگی مستقل یا با حداقل وابستگی باید باشد. بدون کسب مهارت‌های اجتماعی، امکان ارتباط سالم میسر نیست و سلامت زندگی فردی و اجتماعی تهدید و مختل خواهد 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 طلایی ترین 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 کم توان ذهنی، امری ضروری است که باید در نظام آموزشی و مراکز توان بخشی مورد توجه قرار گیرد.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش نشان دادند که نگرش منفی و کلیشه‌های اجتماعی نسبت به کم توانان 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 کم توان و بزرگسالان تأثیر بگذارد (۲۲). بنابراین به نظر می‌رسد برای موفقیت و پیشرفت در فرایند توان بخشی 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 توانمندسازی 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 کم توان 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 بیمه‌ها برای خدمات سلامت باروری - جنسی و ارائه خدمات توان بخشی و حرفه آموزی به صورت رایگان و افزایش تعداد مراکز توانمند سازی و حرفه آموزی در سطح کشور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین فراهم نمودن امکانات مراقبتی و توان بخشی در منزل، در راستای بهبود سلامت کودک 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 مشارکت کنندگان، 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.

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 کم توان 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 و افزایش پذیرش اجتماعی آنان از طریق اصلاح دیدگاه جامعه نسبت به کم توانان ذهنی و تلاش برای مشارکت اجتماعی آنان محقق می‌گردد.

### حامی مالی

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

### مشارکت نویسندگان

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

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مطالعه تعارض منافع ندارد.

### 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 کم توانان 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

## 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.

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, Loblinz 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. Bhattacharai 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]
19. 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. Available from: [https://contact.org.uk/wp-content/uploads/2021/03/growing\\_up\\_parents\\_new\\_logo.pdf](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.