

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Reducing Barriers to Prenatal Care Access for Women with Physical Disabilities in Iran: A Policy Brief Based on Qualitative Evidence from Kermanshah Province

Authors: Maryam Hedayati¹, Mohammad Saeed Khanjani², Mehri Seiedzadeh¹, Kianoush Abdi^{3,*}

1. *Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
2. *Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
3. *Department of Rehabilitation Management; Researcher at the Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*

To appear in: **Archives of Rehabilitation**

Received date: 2026/05/30

Accepted date: 2026/08/24

First Online Published: 2026/10/02

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Archives of Rehabilitation provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Hedayati M, Khanjani MS, Seiedzadeh M, Abdi K. [Reducing Barriers to Prenatal Care Access for Women with Physical Disabilities in Iran: A Policy Brief Based on Qualitative Evidence from Kermanshah Province (Persian)]. Archives of Rehabilitation. Forthcoming 2026.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: کاهش موانع دسترسی زنان دارای معلولیت جسمی به مراقبت‌های دوران بارداری در ایران: خلاصه سیاستی مبتنی بر شواهد کیفی استان کرمانشاه

نویسندگان: مریم هدایتی^۱، محمد سعید خانجانی^۲، مهری صید زاده^۱، کیانوش عبدی^{۳*}

۱. گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، محقق در مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نشریه: **ارشیو توانبخشی**

تاریخ دریافت: 1405/3/9

تاریخ پذیرش: 1405/6/2

تاریخ انتشار اولیه: 1405/7/10

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه آرشیو توانبخشی گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرای و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Hedayati M, Khanjani MS, Seiedzadeh M, Abdi K. [Reducing Barriers to Prenatal Care Access for Women with Physical Disabilities in Iran: A Policy Brief Based on Qualitative Evidence from Kermanshah Province (Persian)]. Archives of Rehabilitation. Forthcoming 2026.

Executive Summary

In Iran, the prevalence of disability among women is approximately 10 per 1,000. Women with physical disabilities, particularly those living in underserved provinces, face serious multi-level barriers (individual, social, and structural) in accessing prenatal care. Drawing on international evidence and qualitative findings, these barriers can increase the risk of pregnancy-related complications and adverse maternal outcomes and undermine health equity. The purpose of this policy brief is to provide practical and actionable recommendations for policymakers to improve equitable access to prenatal care services for this population.

This policy brief is based on a qualitative study conducted through semi-structured interviews with 24 participants (12 women with physical disabilities and 12 healthcare providers) in Kermanshah Province. Key barriers were identified at two levels: stakeholders (negative attitudes, lack of knowledge, and insufficient family support) and the organizational/system level (poor physical accessibility, inadequate insurance coverage, and absence of specialized protocols). The primary evidence is drawn from Kermanshah Province, while the policy recommendations are formulated for Iran's national health system.

Proposed solutions include empowering stakeholders through mandatory training for healthcare providers and public awareness campaigns; establishing a structured support system (expanded insurance coverage, facility adaptation, and specialized transportation); reforming care processes and protocols (home visits and reduction of unnecessary referrals); and strengthening intra- and inter-sectoral collaboration (Ministry of Health, State Welfare Organization, and insurance bodies).

Phased implementation of these policies, led by the Ministry of Health and Medical Education with the participation of the State Welfare Organization and insurance organizations, can reduce adverse maternal outcomes, promote health equity, and prevent long-term costs. Failure to act will lead to increased inequality, a greater financial burden on the health system, and violation of the reproductive rights of these women.

Keywords: Women with physical disabilities, prenatal care, health equity, access to maternal services.

Problem Description and Policy Issue

According to the World Health Organization (WHO), approximately 15% of the world's population lives with some form of disability (1), and women with disabilities account for about 10% of the reproductive-age population (2). In Iran, the prevalence of disability among women is approximately 10 per 1,000 (3). In certain provinces, such as Kermanshah—with more than 14,000 women with physical disabilities—the province is considered among the less privileged in terms of welfare and health services (4).

Iran's primary legal framework includes the Comprehensive Law on the Protection of the Rights of Persons with Disabilities (enacted 16 Ordibehesht 1383 / 5 May 2004), the Law on the Ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (enacted 13 Azar 1387 / 4 December 2008), and the Law on the Protection of the Rights of Persons with Disabilities (enacted 20 Esfand 1396 / 11 March 2018 and approved by the Guardian Council in 1397). Article 6 of the Convention explicitly emphasizes the rights of women and girls with disabilities. In addition, the General Policies on Welfare and the Law on the Comprehensive Social Security System provide complementary frameworks. The State Welfare Organization and the Foundation of Martyrs and Veterans Affairs have been designated as national focal points.

Despite these upstream documents, previous implementation strategies (such as general programs for physical adaptation of health facilities based on the executive by-law of Article 3 of the 1396 law and the regulations of the Supreme Council of Urban Planning and Architecture, as well as expansion of basic insurance coverage) have largely remained general in nature and have paid limited attention to the specific reproductive and prenatal care needs of women with physical disabilities. The main responsible institutions have been the Ministry of Health and Medical Education and the State Welfare Organization; however, the absence of specialized protocols, weak inter-sectoral coordination, and lack of prioritization of reproductive health services for this group have prevented these programs from adequately addressing specific needs. National historical trend data and statistical information on the access of these women to standard prenatal care are also lacking, which itself constitutes an important policy gap. Domestic studies indicate that this gap has resulted in insufficient service utilization and increased risk of complications (2). Therefore, this policy brief aims to fill this policy gap by providing evidence-based practical recommendations.

The core policy problem is that women with physical disabilities (particularly mobility impairments) in Iran face multi-level barriers (individual, social, and structural) in accessing standard prenatal care. These barriers include negative societal attitudes, insufficient knowledge and sensitivity among service providers, financial difficulties, poor physical accessibility of facilities, and the absence of specialized protocols (5). As a result, this group does not receive adequate care, which can significantly increase the risk of pregnancy complications, maternal mortality, and fetal adverse outcomes (6).

Neglecting the reproductive needs of these women not only contradicts international conventions such as the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and the Sustainable Development Goals (SDGs), but also leads to violation of reproductive rights, increased costs of treating complications, and a heavy social burden. The qualitative study shows that without supportive policies, these women are marginalized, receive less prenatal care, experience violation of their reproductive rights, and face higher risks (4).

The primary evidence for this policy brief is drawn from the qualitative study conducted in Kermanshah Province; however, the recommendations are presented at the national level, taking into account the structural similarities of the health system across the country. The central question of this policy brief is: How can access to prenatal care for women with physical disabilities be improved within Iran's health system so that health equity is achieved?

Methods

This policy brief is based on a qualitative study (Master's thesis) conducted in Kermanshah Province (4). The aim of the study was to explore barriers to prenatal care among women with physical (mobility) disabilities and to propose solutions for improving care in Kermanshah Province. Purposive sampling with maximum variation was used. Data were collected through face-to-face semi-structured interviews with open-ended questions, supplemented by probing and follow-up questions when necessary. Interviews were conducted with 12 pregnant women with physical disabilities and 12 prenatal care providers (obstetricians/gynecologists, general practitioners, midwives, and community health workers/behvarzan). Data were analyzed using directed content analysis (4). Findings were categorized into two main themes: stakeholder-related barriers and organizational barriers. This categorization and its sub-categories formed the basis for the policy recommendations presented in the subsequent section (4). All stages of the study were conducted in accordance with ethical standards approved by the university ethics committee and the principles of the Declaration of Helsinki. Full details of the qualitative study are reported in the original thesis and the article extracted from it (7).

Policy options were derived from the qualitative findings of the study and from focused group discussions with scientific, executive, and policy experts from relevant sectors. Discussion data were collected in two working groups over two sessions, then coded and analyzed to extract the options. Ranking of the policy options was performed through multi-criteria decision analysis (MCDA) and consensus among the research team. Five evaluation criteria were considered: effectiveness (problem-solving potential and impact on improving access and health equity), cost (financial and resource requirements), feasibility (political, organizational, and cultural acceptability within the Iranian context), equity (fair distribution of benefits), and flexibility (adaptability and capacity for modification). Scoring was qualitative (high, medium, low, and intermediate degrees) and conducted through discussion and group consensus among the research team members. No formal numerical weights were assigned to the criteria, and external stakeholders did not participate in the ranking process.

Study Findings

Stakeholder-related barriers (societal, healthcare providers, service recipients, and their families/caregivers) and organizational barriers (physical accessibility, support systems, and structured care programs) were identified through directed content analysis (7). These barriers formed the foundation for the focused group discussions and the identification of four main policy options. Each policy option and its interventions correspond to one or more subgroups of barriers reported by the participants.

Stakeholder-related barriers include:

- **Societal:** Negative and discriminatory attitudes in society (e.g., the belief that women with disabilities are incapable of reproduction).
- **Providers:** Lack of specialized knowledge and training, unsupportive attitudes, and insufficient sensitivity to the specific needs of women with disabilities.
- **Family and caregivers:** Knowledge gaps, inadequate financial support, and deprivation of the mother's autonomy.
- **Women with disabilities:** Mobility limitations, negative personal attitudes, and lack of awareness of reproductive rights.

Organizational barriers include:

- **Poor physical accessibility:** Lack of facility adaptation (absence of ramps, accessible equipment, and adjustable examination tables) and transportation difficulties.
- **Absence of a support system:** High costs, inadequate insurance coverage, and lack of non-financial support.
- **Lack of structured care programs:** Unnecessary referrals and weak referral systems, absence of disability-specific specialized protocols, and shortage of relevant clinical data.

This categorization of barriers forms the basis of the four main policy options. Each option directly aligns with one or more sub-themes of barriers reported by participants. The findings are consistent with global studies on the challenges faced by women with disabilities in accessing reproductive health care (6), the WHO (2011) report indicating that persons with disabilities are more disadvantaged in accessing health services (1), and domestic studies such as Abedi et al. (2004), which emphasized the lack of access of women with disabilities to reproductive services (2).

Policy Options and Solutions

To improve access to prenatal care for women with physical disabilities, four main policy options are proposed that can be implemented at both national and provincial levels. Specifically, stakeholder-related barriers (negative attitudes, insufficient knowledge, lack of awareness, and

limited autonomy) shaped the “empowering stakeholders” option, while organizational barriers (limited physical accessibility, absence of support systems, and lack of structured care programs) shaped the remaining three options (8).

Option 1 – Empowering stakeholders should be prioritized. This approach includes mandatory, targeted training courses for prenatal care providers (physicians, midwives, community health workers, and obstetricians/gynecologists) that can be integrated into the educational programs of the Ministry of Health and Medical Education. Concurrently, broad public awareness campaigns targeting society, families, and women with disabilities themselves should be implemented through national and local media, social networks, and programs of the State Welfare Organization to reduce negative and discriminatory attitudes toward disability and increase awareness of reproductive rights and the specific needs of this group. International evidence indicates that targeted training of providers increases knowledge and skills for disability-inclusive care (9, 10).

Option 2 – Establishing a structured support system is essential. This option includes expanding insurance coverage for specialized pregnancy and childbirth services for women with physical disabilities; allocating sustainable government budgets for physical and equipment adaptation of health facilities according to universal design standards (e.g., installation of ramps, elevators, adjustable examination tables, and accessible equipment); and facilitating transportation through close collaboration with municipalities and public transport organizations to provide specialized vehicles and accessible routes. These measures directly reduce physical and financial barriers and strengthen women’s autonomy. International evidence shows that physical adaptation of facilities and equipment (such as adjustable examination tables) significantly facilitates access to standard care for women with physical disabilities (11, 12).

Option 3 – Reforming care processes and protocols must be pursued seriously. This includes reducing unnecessary referrals, enabling part of prenatal care to be delivered at home (home visits by midwives or physicians), and developing specific, simplified protocols for confirming the delivery status of women with disabilities in medical commissions so that processes become faster, less costly, and less burdensome. International evidence indicates that structured home visits improve the quality of prenatal care and perinatal outcomes (13, 14).

Option 4 – Strengthening intra- and inter-sectoral collaboration plays a key role. Concluding joint memoranda of understanding among the Ministry of Health, the State Welfare Organization, municipalities, and non-governmental organizations, together with establishing an integrated shared information system for registering persons with disabilities, will enable better service coordination, prevent duplication, and facilitate timely integrated care.

Coordinated implementation of these four policy options can effectively remove existing barriers and ensure equitable, high-quality access to prenatal care for women with physical disabilities. Implementation will be led by the Ministry of Health and Medical Education in collaboration with the State Welfare Organization. Annual monitoring can use indicators such as the

percentage of women with disabilities who receive at least eight standard prenatal visits, the rate of insurance coverage for specialized services, maternal satisfaction scores, and reduction in pregnancy-related complications.

A detailed analysis of the advantages, challenges, and implementation solutions for the proposed policy options is presented in Table 1. Comparison and prioritization of the options in terms of effectiveness, cost, and feasibility are presented in Table 2.

Table 1. Policy options, advantages, challenges, and solutions to address challenges

Policy option	Interventions	Advantages	Challenges	Solutions
1. Empowering stakeholders	- Mandatory provider training - Public awareness campaigns	Increased awareness and improved attitudes leading to better service access, greater program credibility, transparency and accountability, improved care quality, better dissemination and uptake of findings, mutual learning, and shared responsibility.	Lack of time and resources, difficulty identifying and persuading appropriate stakeholders, cultural resistance, and need for continuous training.	Use of co-creation methods and supportive communication, relationship-building and power-sharing, creation of safe spaces and transparency in decision-making, integration of training into Ministry of Health programs, and media campaigns.
2. Establishing a structured support system	- Expansion of insurance coverage - Facility adaptation - Accessible transportation	Reduced risk of pregnancy and childbirth complications, improved physical and financial access to care, support for independence and autonomy of women with disabilities, structural changes toward an inclusive care system, improved provider satisfaction, and reduction or elimination of discriminatory attitudes and prejudices.	Lack of comprehensive and up-to-date data and adequate infrastructure, socio-economic factors including poverty and insufficient insurance coverage, persistence of discriminatory attitudes and prejudices toward persons with disabilities, heavy financial burden of services, and severe weakness in inter-sectoral coordination and collaboration.	Creative resource-sharing, accessibility measures such as facility adaptation with government budgets, coordinated care, expansion of insurance coverage, and collaboration with municipalities for specialized transportation.
3. Reforming care processes and protocols	- Development of specialized guidelines - Reduction of unnecessary referrals - Expansion of home-based care	Prevention of incomplete assessment and irrelevant interventions, improved access to care, development of specific guidelines for the needs of persons with disabilities, generation of concepts for new interventions, and patient empowerment.	Fragmented systems, informational and physical barriers, negative provider attitudes, lack of specialized training and equipment, and inappropriate reimbursement policies.	Development of specific guidelines in collaboration with women with disabilities, provider training, reduction of unnecessary referrals and provision of home care, and integration of disability-related clinical experiences into education.
4. Strengthening	- Inter-institutional	Comprehensive approach to health, cost-	Differing perceptions across sectors, lack of	Facilitative leadership and strong institutional

intra- and inter-sectoral collaboration	memoranda of understanding - Shared information system	effectiveness, improved service coordination, increased effectiveness of chronic disease management, better policies, and higher public health.	political commitment, weak structures, weaknesses in resource allocation and inter-sectoral competition, and individual and organizational challenges.	design, participatory processes, conclusion of memoranda of understanding, creation of shared information registration systems, and increasing awareness and perceived importance through education and systematic reflection.
---	--	---	--	--

Prioritization of the policy options in Table 2 was performed by the research team using a multi-criteria decision analysis approach. Each option was ranked across six dimensions.

Table 2. Prioritization of policy options

Policy option	Effectiveness	Cost	Feasibility	Equity	Flexibility	Priority
1. Empowering stakeholders	High	Low	High	High	High	Very high
2. Establishing a structured support system	Very high	High	Medium	Very high	Medium	High
3. Reforming care processes and protocols	High	Medium	Medium	High	High	High
4. Strengthening intra- and inter-sectoral collaboration	Medium	Medium	Low–medium	Medium	High	Medium

The main stakeholders in this policy analysis are the Ministry of Health, the State Welfare Organization, insurance organizations, healthcare providers, and families. Stakeholder analysis to determine roles, power/influence levels, and positions was conducted using the power–interest framework (15) and is presented in Table 3.

Table 3. Stakeholder analysis

Stakeholder	Role	Level of power	Position	Proposed strategy
Ministry of Health and Medical Education	Main policymaker and service implementer	High	Supportive	Executive leadership and budget allocation
State Welfare Organization	Identification of persons with disabilities and social support	Medium–high	Supportive	Collaboration in identification and non-financial support
Insurance organizations	Financing of services	High	Conditional	Expansion of specialized insurance coverage
Healthcare providers	Direct service delivery	Medium	Relatively resistant	Mandatory training and engagement
Women with physical disabilities	Primary service recipients	Low	Supportive	Participation in protocol design
Families and caregivers	Day-to-day support	Low–medium	Variable	Awareness campaigns and education
Non-governmental organizations (NGOs)	Coalition-building and complementary services	Medium	Supportive	Participation in campaigns and monitoring

Municipalities and transportation organizations	Environmental adaptation and transportation	Medium	Neutral–supportive	Collaboration in adaptation and specialized vehicles
---	---	--------	--------------------	--

Policy Recommendations

The policy recommendations were extracted by integrating participant data with international evidence (e.g., WHO guidelines on disability-inclusive health services, the CRPD, and recent global calls for disability-inclusive maternal and newborn health approaches) and based on the feasibility criterion (political/legal, organizational, and cultural framework in Iran) as follows (9).

Short-term (1–2 years): The Ministry of Health and Medical Education should conduct mandatory, targeted training courses for prenatal care providers (physicians, midwives, and community health workers) and simultaneously launch broad awareness campaigns at the community and family levels through national, local, and social media. In the same period, the State Welfare Organization should develop and update the registration and management information system for persons with disabilities to enable accurate identification and better service coordination.

Medium-term (2–5 years): Allocation of specific and sustainable budgets for physical and equipment adaptation of health facilities (e.g., installation of ramps, accessible equipment, and specialized examination tables) and expansion of insurance coverage for specialized pregnancy and childbirth services for women with physical disabilities is essential. Continuous monitoring and evaluation of policy implementation should be conducted annually using key indicators such as the rate of access of women with disabilities to standard prenatal care, percentage of insurance coverage for pregnancy services, level of maternal satisfaction, and reduction in pregnancy-related complications so that effectiveness can be tracked and adjustments made if necessary.

Long-term (5 years and beyond): In the long term, policymakers should move toward full integration of prenatal care services for women with physical disabilities into an inclusive national health system. This includes developing and implementing a comprehensive national inclusive reproductive health program, creating a unified national information bank of persons with disabilities with a focus on reproductive needs, allocating sustainable structural budgets for adaptation of all health facilities, and developing continuous education within the curricula of medical universities. Continuous monitoring and evaluation using key performance indicators (such as the percentage of women with disabilities who receive at least eight standard visits, maternal satisfaction levels, specialized insurance coverage rates, and reduction in pregnancy-related complications and mortality) should be carried out so that policy progress can be measured and adjusted as needed. Primary responsibility will rest with the Ministry of Health and Medical Education, while the State Welfare Organization, insurance bodies, municipalities, and non-governmental organizations will participate within the framework of long-term

memoranda of understanding. This structural approach will pave the way for an equitable and inclusive health system for all women.

Conclusion

Improving access to prenatal care for women with physical disabilities is an urgent necessity for achieving health equity. Implementing the proposed policies in order of priority can simultaneously improve service quality, health outcomes, and social equity. Timely action will prevent long-term costs. Policymakers should seize this opportunity to create an inclusive health system and initiate immediate actions.

Limitations

This policy brief is derived from a qualitative study conducted in Kermanshah Province, Iran. Although purposive sampling with maximum variation was used, the findings may have limited generalizability to other provinces with different healthcare infrastructures, cultural contexts, or levels of welfare services. The sample size, while sufficient for in-depth exploration and data saturation, does not allow statistical generalization. The absence of national trend data on this group's access to prenatal care is a policy gap that should be addressed in future studies. Feasibility of implementation may vary depending on available resources and political priorities. Future studies should include interviews with reproductive health and disability policymakers and test the proposed strategies in diverse settings.

Ethical Considerations

The underlying qualitative study of this policy brief received ethical approval from the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (code: IR.USWR.REC.1401.126). Prior to the interviews, written informed consent was obtained from all participants. Participants were fully assured regarding confidentiality of information, voluntary participation, the right to withdraw at any time without any negative consequences, and other participant rights. All ethical principles of the Declaration of Helsinki were observed. Since the present manuscript is a policy brief derived from the aforementioned qualitative study, a separate ethical approval for the preparation of this document was not required.

Funding

The authors received no financial support for conducting this research. This policy brief is derived from the Master's thesis of Ms. Mehri Seiedzadeh in the Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Author Contributions

Conceptualization: Maryam Hedayati, Mohammad Saeed Khanjani, Mehri Seiedzadeh, Kianoush Abdi; Methodology: Maryam Hedayati, Kianoush Abdi; Validation: Mohammad Saeed Khanjani, Kianoush Abdi; Analysis: Maryam Hedayati, Kianoush Abdi; Investigation: Mehri

Seiedzadeh, Maryam Hedayati; Resources: Mehri Seiedzadeh, Maryam Hedayati; Writing – original draft: Maryam Hedayati; Writing – review & editing: Mohammad Saeed Khanjani, Kianoush Abdi, Maryam Hedayati; Visualization: Maryam Hedayati; Supervision: Kianoush Abdi, Mohammad Saeed Khanjani; Project administration: Kianoush Abdi.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest (direct financial, indirect financial, professional, or intellectual property) in the preparation of this research.

Statement on the Use of Artificial Intelligence Tools

No artificial intelligence tools were used in the writing, editing, or content analysis of this article.

خلاصه اجرایی

در ایران، شیوع معلولیت در زنان حدود ۱۰ در هزار است. زنان دارای معلولیت جسمی در ایران، به ویژه در استان‌های کم برخوردار، با موانع جدی چندسطحی (فردی، اجتماعی و ساختاری) در دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری مواجه هستند. بر اساس شواهد بین‌المللی و یافته‌های کیفی، این موانع می‌توانند خطر عوارض بارداری و پیامدهای نامطلوب مادری را افزایش دهند و عدالت در سلامت را نقض کنند. هدف این خلاصه سیاستی، ارائه توصیه‌های عملی و قابل اجرا برای سیاست‌گذاران است تا دسترسی عادلانه این زنان به خدمات مراقبت بارداری ارتقا یابد.

این خلاصه سیاستی بر پایه مطالعه کیفی انجام‌شده از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۴ نفر (۱۲ زن دارای معلولیت جسمی و ۱۲ ارائه‌دهنده خدمات سلامت) در استان کرمانشاه تدوین شده است. موانع کلیدی در دو سطح «ذینفعان» (نگرش منفی، کمبود دانش، حمایت ناکافی خانواده) و «سازمان» (دسترسی فیزیکی ضعیف، پوشش بیمه ناکافی، نبود پروتکل‌های تخصصی) شناسایی شدند. شواهد اصلی از استان کرمانشاه استخراج شده‌اند، اما توصیه‌های سیاستی در سطح نظام سلامت ایران ارائه می‌گردند.

راهکارهایی مانند توانمندسازی ذینفعان از طریق آموزش اجباری ارائه‌دهندگان و کمپین‌های آگاهی عمومی، ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند (گسترش بیمه، مناسب‌سازی مراکز، حمل‌ونقل ویژه)، اصلاح فرآیندها و پروتکل‌های مراقبتی (ویزیت خانگی، کاهش ارجاعات غیرضروری) و تقویت همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی (وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمه‌ها) پیشنهاد می‌گردد.

اجرای مرحله‌ای این سیاست‌ها با راهبری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مشارکت سازمان بهزیستی و سازمان‌های بیمه‌گر، می‌تواند پیامدهای نامطلوب مادری را کاهش دهد، عدالت سلامت را تقویت کند و از هزینه‌های بلندمدت جلوگیری نماید. عدم اقدام منجر به افزایش نابرابری، افزایش بار مالی سیستم سلامت و نقض حقوق باروری این زنان خواهد شد.

کلمات کلیدی: زنان دارای معلولیت جسمی، مراقبت دوران بارداری، عدالت در سلامت، دسترسی به خدمات مادران.

توصیف مسئله و مشکل سیاستی

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO)، حدود ۱۵ درصد جمعیت جهان دارای نوعی معلولیت است (۱) و زنان معلول ۱۰ درصد جمعیت سنین باروری را تشکیل می‌دهند (۲). در ایران، شیوع معلولیت در زنان حدود ۱۰ در هزار است (۳) و در برخی از استان‌های کشور مانند استان کرمانشاه با بیش از ۱۴ هزار زن معلول جسمی، از استان‌های کمتر برخوردار در زمینه خدمات رفاهی و بهداشتی محسوب می‌شوند (۴).

چارچوب حقوقی اصلی در ایران شامل قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (مصوب ۱۶ اردیبهشت ۱۳۸۳)، قانون تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (مصوب ۱۳ آذر ۱۳۸۷) و قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت (مصوب ۲۰ اسفند ۱۳۹۶ و تأیید شورای نگهبان در ۱۳۹۷) است. ماده ۶ کنوانسیون به‌طور صریح بر حقوق زنان و دختران دارای معلولیت تأکید دارد. همچنین سیاست‌های کلی رفاه و قانون نظام جامع تأمین اجتماعی چارچوب‌های تکمیلی را فراهم کرده‌اند. سازمان بهزیستی کشور و بنیاد شهید به‌عنوان مراجع ملی تعیین گردیده‌اند.

با این حال، راهبردهای اجرایی گذشته (مانند برنامه‌های عمومی مناسب‌سازی مراکز بهداشتی بر اساس آیین‌نامه اجرایی ماده ۳ قانون ۱۳۹۶ و ضوابط شورای عالی شهرسازی و معماری، و گسترش پوشش بیمه‌ای پایه) بیشتر جنبه کلی داشته و توجه محدودی به نیازهای خاص باروری و مراقبت‌های دوران بارداری زنان دارای معلولیت جسمی کرده‌اند. نهادهای مسئول اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی بوده‌اند، اما فقدان پروتکل‌های تخصصی، ضعف هماهنگی بین‌بخشی، و اولویت‌ندادن به خدمات باروری این گروه باعث شده این برنامه‌ها نیازهای خاص را پوشش ندهند. داده‌های روند تاریخی و آماری ملی در مورد دسترسی این زنان به مراقبت‌های استاندارد بارداری نیز وجود ندارد و این خود یک خلأ سیاستی مهم محسوب می‌شود. مطالعات داخلی نشان می‌دهد که این خلأ منجر به دریافت ناکافی خدمات و افزایش خطر عوارض شده است (۲). بنابراین، این خلاصه سیاستی تلاشی برای پر کردن این شکاف سیاستی با ارائه توصیه‌های عملی مبتنی بر شواهد است.

مسئله سیاستی اصلی این است که زنان دارای معلولیت جسمی (به‌ویژه حرکتی) در ایران با موانع چندسطحی (فردی، اجتماعی و ساختاری) در دسترسی به مراقبت‌های استاندارد دوران بارداری مواجه هستند. این موانع شامل نگرش منفی جامعه، کمبود دانش و حساسیت ارائه‌دهندگان خدمات، مشکلات مالی، ضعف دسترسی فیزیکی به مراکز و نبود پروتکل‌های تخصصی است (۵). در نتیجه، این گروه مراقبت‌های کافی دریافت نمی‌کنند و این امر خطر عوارض بارداری، مرگ‌ومیر مادری و عوارض جنینی را به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌دهد (۶).

عدم توجه به نیازهای باروری این زنان نه تنها خلاف کنوانسیون‌های بین‌المللی مانند کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت^۲ (CRPD) و اهداف توسعه پایدار^۳ (SDGs) است، بلکه منجر به نقض حقوق باروری، افزایش هزینه‌های درمان عوارض و بار اجتماعی سنگین می‌شود. مطالعه کیفی انجام شده نشان می‌دهد که بدون سیاست‌های حمایتی، این گروه از زنان به حاشیه رانده شده، مراقبت‌های پیش از زایمان کمتری دریافت می‌کنند و حقوق باروری‌شان نقض شده و در معرض خطر بالاتری هستند (۴).

¹ World Health Organization

² CRPD: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

³ SDGs: Sustainable Development Goals

شواهد اصلی این خلاصه سیاستی از مطالعه کیفی در استان کرمانشاه استخراج شده، اما توصیه‌ها با توجه به شباهت ساختاری نظام سلامت در سطح ملی ارائه می‌گردند. سؤال اصلی این خلاصه سیاستی این است: چگونه می‌توان دسترسی زنان دارای معلولیت جسمی به مراقبت‌های دوران بارداری را در چارچوب سیستم سلامت ایران ارتقا داد تا عدالت در سلامت محقق شود؟

روش

این خلاصه سیاستی بر پایه یک مطالعه کیفی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد) در استان کرمانشاه تدوین شده است (۴). هدف مطالعه، تبیین موانع مراقبت دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی (حرکتی) و ارائه راهکارهای ارتقای مراقبت‌ها در استان کرمانشاه بوده است. نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حضوری با سؤالات باز گردآوری گردید و در صورت نیاز از سؤالات پیگیری و کاوشگر استفاده شد. مصاحبه با ۱۲ زن باردار دارای معلولیت جسمی و ۱۲ ارائه‌دهنده مراقبت بارداری (متخصص زنان و زایمان، پزشک عمومی، ماما و بهورز) صورت گرفت و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوای جهت دار انجام شد (۴). یافته‌ها در دو مضمون اصلی موانع مربوط به ذینفعان و موانع مربوط به سازمان دسته‌بندی شدند. این دسته‌بندی و جزئیات زیرطبقات آن، مبنای پیشنهاد راهکارهای سیاستی در بخش بعدی قرار گرفته است (۴). تمام مراحل مطالعه مطابق با استانداردهای اخلاقی مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه و مطابق با اصول اعلامیه هلسینکی انجام شده است. جزئیات کامل مطالعه کیفی در گزارش پایان‌نامه اصلی و مقاله استخراج شده از پایان‌نامه گزارش شده است (۷).

گزینه‌های سیاستی از یافته‌های کیفی مطالعه و از روش بحث گروهی متمرکز با صاحب‌نظران علمی، اجرایی، و سیاست‌گذاران از بخش‌های ذیربط استفاده شده است. داده‌های بحث در دو گروه کاری و طی دو نشست جمع‌آوری، سپس کدگذاری و تحلیل گردید و گزینه‌ها استخراج شدند. رتبه‌بندی گزینه‌های سیاستی از طریق امتیازدهی با رویکرد تصمیمگیری چندمعیاره^۴ (MCDA) و اجماع تیم تحقیقاتی انجام شد. پنج معیار ارزیابی شامل اثربخشی (حل مسئله و تأثیر بالقوه بر بهبود دسترسی و عدالت سلامت)، هزینه (الزامات مالی و منابع لازم)، امکان‌پذیری (مقبولیت سیاسی، سازمانی و فرهنگی در چارچوب ایران)، برابری (توزیع عادلانه منافع) و انعطاف‌پذیری (قابلیت اصلاح و تطبیق) در نظر گرفته شد. امتیازدهی به‌صورت کیفی (بالا، متوسط، پایین و درجات میانی) و از طریق بحث و اجماع گروهی اعضای تیم تحقیقاتی صورت گرفت. وزن عددی رسمی به معیارها اختصاص داده نشد و ذی‌نفعان بیرونی در فرآیند رتبه‌بندی مشارکت نداشتند.

یافته‌های مطالعه:

موانع مربوط به ذینفعان (اجتماعی، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، گیرندگان خدمات و خانواده‌ها/مراقبان آنان) و موانع مربوط به سازمان (دسترسی فیزیکی، سیستم‌های حمایتی و برنامه‌های مراقبت ساختاریافته) که از طریق تحلیل محتوای جهت‌دار شناسایی شدند (۷). این موانع پایه و اساس بحث گروهی متمرکز و شناسایی چهار گزینه اصلی سیاستی را تشکیل دادند. هر گزینه سیاستی و مداخلات آن با یک یا چند زیرگروه از موانع گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان مطابقت دارد.

^۴ MCDA: Multi-Criteria Decision Analysis

موانع مربوط به ذینفعان شامل:

- اجتماعی: نگرش منفی و تبعیض آمیز جامعه (مانند باور به عدم توانایی باروری زنان معلول).
- ارائه‌دهندگان: کمبود دانش و آموزش تخصصی، نگرش غیرحمایتی و عدم حساسیت به نیازهای خاص زنان دارای معلولیت.
- خانواده و مراقبان: نقص دانش، حمایت مالی ناکافی و سلب استقلال از مادر.
- زنان دارای معلولیت: محدودیت تحرک، نگرش منفی شخصی و کمبود آگاهی از حقوق باروری.

موانع مربوط به سازمان شامل:

- ضعف دسترسی فیزیکی: عدم مناسب‌سازی مراکز (عدم وجود رمپ، تجهیزات قابل دسترس، میز معاینه مناسب) و مشکلات حمل‌ونقل.
- فقدان سیستم حمایتی: هزینه‌های بالا، پوشش بیمه‌ای ناکافی و عدم حمایت غیرمالی.
- فقدان برنامه مراقبتی: ارجاعات غیرضروری و ضعف نظام ارجاع، فقدان پروتکل‌های تخصصی متناسب با معلولیت و کمبود داده‌های بالینی مرتبط.

این دسته‌بندی موانع، پایه و اساس چهار گزینه سیاستی اصلی را تشکیل داده است. هر گزینه مستقیماً با یک یا چند زیرمضمون از موانع گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان همخوانی دارد. یافته‌ها با مطالعات جهانی در خصوص چالش‌های زنان دارای معلولیت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشت باروری (۶) و گزارش WHO (۲۰۱۱) که افراد معلول را در دسترسی به خدمات بهداشتی محروم‌تر می‌داند (۱)، و مطالعات داخلی مانند پژوهش عابدی (۱۳۸۳) که بر عدم دسترسی زنان معلول به خدمات باروری تأکید دارد (۲)، همخوانی دارد.

گزینه‌های سیاستی و راهکارها

برای ارتقای دسترسی زنان دارای معلولیت جسمی به مراقبت‌های دوران بارداری، چهار گزینه سیاستی اصلی پیشنهاد می‌شود که قابلیت اجرا در سطوح ملی و استانی را دارند. به طور خاص، موانع مربوط به ذینفعان (نگرش‌های منفی، دانش ناکافی، عدم آگاهی و استقلال محدود) گزینه «توانمندسازی ذینفعان» را شکل دادند، در حالی که موانع مربوط به سازمان (دسترسی فیزیکی محدود، فقدان سیستم‌های حمایتی و فقدان برنامه‌های مراقبتی ساختارمند) سه گزینه باقی‌مانده را شکل دادند (۸).

گزینه نخست، توانمندسازی ذینفعان باید در اولویت قرار گیرد؛ این رویکرد شامل برگزاری دوره‌های آموزشی اجباری و هدفمند برای ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بارداری (پزشکان، ماماها، بهورزان و متخصصان زنان) است که می‌تواند در برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ادغام شود. همزمان، کمپین‌های گسترده آگاهی‌بخشی برای جامعه، خانواده‌ها و خود زنان دارای معلولیت از طریق رسانه‌های ملی، محلی، شبکه‌های اجتماعی و برنامه‌های سازمان بهزیستی اجرا گردد تا نگرش‌های منفی و

تبعیض آمیز نسبت به معلولیت کاهش یابد و آگاهی از حقوق باروری و نیازهای ویژه این گروه افزایش پیدا کند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد آموزش هدمند ارائه‌دهندگان دانش و مهارت مراقبت فراگیر معلولیت را افزایش می‌دهد (۹، ۱۰).

گزینه دوم، **ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند** ضروری است. این گزینه شامل گسترش پوشش بیمه‌ای برای خدمات تخصصی بارداری و زایمان زنان دارای معلولیت جسمی، تخصیص بودجه پایدار دولتی برای مناسب‌سازی فیزیکی و تجهیزاتی مراکز بهداشتی-درمانی بر اساس استانداردهای طراحی جهانی (مانند نصب رمپ، آسانسور، میزهای معاینه قابل تنظیم و تجهیزات قابل دسترس) و تسهیل حمل‌ونقل از طریق همکاری نزدیک با شهرداری‌ها و سازمان حمل‌ونقل عمومی برای تأمین وسایل نقلیه ویژه و مسیرهای قابل دسترسی است. این اقدامات به‌طور مستقیم موانع فیزیکی و مالی را کاهش می‌دهد و استقلال زنان را تقویت می‌کند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد مناسب‌سازی فیزیکی مراکز و تجهیزات (مانند میز معاینه قابل تنظیم) دسترسی به مراقبت استاندارد را برای زنان دارای معلولیت جسمی به‌طور معناداری تسهیل می‌کند (۱۱، ۱۲).

گزینه سوم، **اصلاح فرایندها و پروتکل‌های مراقبتی** باید به‌طور جدی پیگیری شود. این شامل کاهش ارجاعات غیرضروری، امکان ارائه بخشی از مراقبت‌های دوران بارداری در منزل (ویزیت‌های خانگی توسط ماما یا پزشک) و تدوین پروتکل‌های اختصاصی و ساده‌سازی شده برای تأیید وضعیت زایمان زنان دارای معلولیت در کمیسیون‌های پزشکی است تا فرآیندها سریع‌تر، کم‌هزینه‌تر و کمتر آزاردهنده شوند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد ویزیت‌های خانگی ساختارمند کیفیت مراقبت دوران بارداری و پیامدهای پریناتال را بهبود می‌بخشد (۱۳، ۱۴).

گزینه چهارم، **ارتقای همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی** نقش کلیدی دارد. انعقاد تفاهم‌نامه‌های همکاری مشترک میان وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، همراه با ایجاد سامانه یکپارچه و مشترک ثبت اطلاعات افراد دارای معلولیت، امکان هماهنگی بهتر خدمات، جلوگیری از دوباره‌کاری و ارائه مراقبت یکپارچه و به‌موقع را فراهم می‌کند.

اجرای هماهنگ این چهار گزینه سیاستی می‌تواند به‌طور مؤثری موانع موجود را برطرف کرده و دسترسی عادلانه و باکیفیت به مراقبت‌های دوران بارداری برای زنان دارای معلولیت جسمی را تضمین نماید. اجرای این گزینه‌های سیاستی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان بهزیستی کشور هدایت خواهد شد. جهت پایش سالانه از شاخص‌هایی مانند: درصد زنان دارای معلولیت که حداقل ۸ ویزیت استاندارد دوران بارداری دریافت می‌کنند، میزان پوشش بیمه برای خدمات تخصصی، نمرات رضایت مادران و کاهش عوارض مرتبط با بارداری می‌توان استفاده کرد.

تحلیل دقیقی از مزایا، چالش‌ها و راهکارهای اجرایی گزینه‌های سیاستی پیشنهادی برای ارتقای مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی در جدول ۱ تدوین شده است. همچنین مقایسه و اولویت‌سنجی گزینه‌های سیاستی از نظر اثربخشی، هزینه، و امکان‌پذیری در جدول ۲ تدوین شده است.

جدول ۱. گزینه‌های سیاستی، مزایا، چالش‌ها و راهکارهای رفع چالش‌ها

گزینه سیاستی	مداخلات	مزایا	چالش‌ها	راهکارها
۱. توانمندسازی ذینفعان	- آموزش اجباری ارائه‌دهندگان - کمپین‌های آگاهی عمومی	افزایش آگاهی و بهبود نگرش‌ها منجر به دسترسی بهتر به خدمات، اعتبار بیشتر برنامه‌ها، شفافیت و پاسخگویی، بهبود کیفیت مراقبت، انتشار و پذیرش بهتر یافته‌ها، یادگیری متقابل و احساس مسئولیت مشترک می‌شود.	کمبود زمان و منابع، یافتن و قانع کردن ذینفعان مناسب، مقاومت فرهنگی و نیاز به آموزش مداوم.	استفاده از روش‌های هم‌آفرینی و ارتباطات حمایتی، ساخت روابط و اشتراک قدرت، ایجاد فضاهای امن و شفافیت در تصمیم‌گیری، ادغام آموزش در برنامه‌های وزارت بهداشت و کمپین‌های رسانه‌ای.
۲. ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند	- گسترش پوشش بیمه‌ای - مناسب‌سازی مراکز - حمل‌ونقل قابل دسترس	کاهش ریسک عوارض بارداری و زایمان، بهبود دسترسی فیزیکی و مالی به خدمات مراقبتی، حمایت از استقلال و خودمختاری زنان دارای معلولیت، ایجاد تغییرات ساختاری برای دستیابی به نظام مراقبتی فراگیر، ارتقای سطح رضایت ارائه‌دهندگان مراقبت و حذف یا کاهش پیش‌داوری‌ها و نگرش‌های تبعیض‌آمیز	فقدان داده‌های جامع و به‌روز و زیرساخت‌های کافی، عوامل اجتماعی-اقتصادی از جمله فقر و پوشش ناکافی بیمه، تداوم نگرش‌های تبعیض‌آمیز و پیش‌داوری نسبت به افراد دارای معلولیت، بار مالی سنگین خدمات و ضعف شدید در هماهنگی و همکاری بین‌بخشی.	اشتراک منابع خلاقانه، اقدامات دسترسی مانند مناسب‌سازی با بودجه دولتی، مراقبت هماهنگ، گسترش پوشش بیمه‌ای و همکاری با شهرداری برای حمل‌ونقل ویژه.
۳. اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی	- تدوین راهنماهای تخصصی - کاهش ارجاعات غیرضروری - توسعه مراقبت در منزل	جلوگیری از ارزیابی ناقص و مداخلات نامربوط، بهبود دسترسی به مراقبت، توسعه راهنماهای خاص برای نیازهای معلولان، ایجاد مفهوم برای	سیستم‌های چندپارچه، موانع اطلاعاتی و فیزیکی، نگرش منفی ارائه‌دهندگان، کمبود آموزش و تجهیزات تخصصی، سیاست‌های بازپرداخت نامناسب.	تدوین راهنماهای خاص با همکاری زنان معلول، آموزش ارائه‌دهندگان، کاهش ارجاعات غیرضروری و ارائه مراقبت در منزل، ادغام تجربیات بالینی مرتبط

با معلولیت در آموزش.		مداخلات جدید، توانمندسازی بیماران.		
رهبری تسهیل‌کننده و طراحی نهادی قوی، فرآیندهای مشارکتی، انعقاد تفاهم‌نامه‌ها، ایجاد سامانه‌های مشترک ثبت اطلاعات، افزایش آگاهی و اهمیت ادراک شده از طریق آموزش و بازتاب سیستماتیک.	تفاوت ادراکی بخش‌ها، کمبود تعهد سیاسی، ساختارهای ضعیف، ضعف در تخصیص منابع و رقابت بین‌بخشی، چالش‌های فردی و سازمانی.	رویکرد جامع برای سلامت، هزینه‌اثربخشی، بهبود هماهنگی خدمات، افزایش مدیریت اثربخشی بیماری‌های مزمن، سیاست‌های بهتر و سلامت عمومی بالاتر.	- تفاهم‌نامه بین نهادها - سامانه اطلاعاتی مشترک	۴. ارتقاء همکاری‌های درون و بین‌بخشی

اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی در جدول ۲ توسط تیم تحقیقاتی و با استفاده از رویکرد تصمیم‌گیری چند معیاره انجام شد. هر گزینه در شش بعد رتبه‌بندی شد.

جدول ۲. اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی

اولویت	انعطاف‌پذیری	برابری	امکان‌پذیری	هزینه	اثربخشی	گزینه سیاستی
بسیار بالا	بالا	بالا	بالا	پایین	بالا	۱. توانمندسازی ذینفعان
بالا	متوسط	بسیار بالا	متوسط	بالا	بسیار بالا	۲. ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند
بالا	بالا	بالا	متوسط	متوسط	بالا	۳. اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی
متوسط	بالا	متوسط	پایین-متوسط	متوسط	متوسط	۴. ارتقاء همکاری‌های درون و بین‌بخشی

ذینفعان اصلی در این تحلیل سیاست، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور، سازمان‌های بیمه‌گر، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و خانواده‌ها می‌باشند. تحلیل ذینفعان به منظور تعیین نقش، میزان قدرت و نفوذ و موضع ذینفعان با استفاده از چارچوب قدرت-منفعت (۱۵) در جدول ۳ انجام شده است.

جدول ۳. تحلیل ذینفعان

ذینفع	نقش	میزان قدرت	موضع	استراتژی پیشنهادی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سیاست‌گذار اصلی و مجری خدمات	بالا	حامی	رهبری اجرایی و تخصیص بودجه
سازمان بهزیستی کشور	شناسایی افراد دارای معلولیت و حمایت اجتماعی	متوسط-بالا	حامی	همکاری در شناسایی و حمایت غیرمالی
سازمان‌های بیمه‌گر	تأمین مالی خدمات	بالا	مشروط	گسترش پوشش بیمه‌ای تخصصی
ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	اجرای مستقیم خدمات	متوسط	مقاوم	آموزش اجباری و جلب

مشارکت	نسبی			
مشارکت در طراحی پروتکل‌ها	حامی	پایین	گیرندگان اصلی خدمات	زنان دارای معلولیت جسمی
کمپین‌های آگاهی و آموزش	متغیر	پایین-متوسط	حمایت روزمره	خانواده‌ها و مراقبان
مشارکت در کمپین‌ها و پایش	حامی	متوسط	ائتلاف و خدمات مکمل	سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)
همکاری در مناسب‌سازی و وسایل ویژه	خنثی-حامی	متوسط	مناسب‌سازی محیط و حمل‌ونقل	شهرداری‌ها و سازمان حمل‌ونقل

توصیه‌های سیاستی

توصیه‌های سیاستی از طریق تلفیق داده‌های شرکت‌کنندگان با شواهد بین‌المللی (به عنوان مثال، دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی در مورد خدمات بهداشتی شامل معلولیت، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و درخواست‌های جهانی اخیر برای رویکردهای سلامت مادران و نوزادان دارای معلولیت) و بر اساس معیار امکان‌پذیری (چارچوب سیاسی/حقوقی، سازمانی و فرهنگی در ایران) به شرح ذیل استخراج شدند (۹).

در کوتاه‌مدت (۱ تا ۲ سال):

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید دوره‌های آموزشی اجباری و هدفمند برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری (پزشکان، ماماها و بهورزان) برگزار کند و همزمان کمپین‌های گسترده آگاهی‌بخشی در سطح جامعه و خانواده‌ها از طریق رسانه‌های ملی، محلی و شبکه‌های اجتماعی راه‌اندازی نماید؛ در همین بازه زمانی، سازمان بهزیستی کشور نیز موظف است سامانه ثبت و مدیریت اطلاعات افراد دارای معلولیت را توسعه داده و به‌روزرسانی کند تا امکان شناسایی دقیق و هماهنگی بهتر خدمات فراهم شود.

در میان‌مدت (۲ تا ۵ سال):

تخصیص بودجه مشخص و پایدار برای مناسب‌سازی فیزیکی و تجهیزاتی مراکز بهداشتی-درمانی (مانند نصب رمپ، تجهیزات قابل دسترس و میزهای معاینه ویژه) و گسترش پوشش بیمه‌ای برای خدمات تخصصی بارداری و زایمان زنان دارای معلولیت جسمی ضروری است. نظارت و ارزیابی مستمر اجرای این سیاست‌ها باید به‌صورت سالانه انجام گیرد و با استفاده از شاخص‌های کلیدی مانند نرخ دسترسی زنان معلول به مراقبت‌های استاندارد دوران بارداری، درصد پوشش بیمه‌ای خدمات بارداری، سطح رضایت‌مندی مادران و کاهش عوارض مرتبط با بارداری سنجیده شود تا اثربخشی اقدامات پیگیری و در صورت لزوم اصلاح گردد.

در بلندمدت (۵ سال به بالا):

در بلندمدت (۵ سال به بالا)، سیاست‌گذاران باید به سمت ادغام کامل خدمات مراقبت بارداری برای زنان دارای معلولیت جسمی در نظام سلامت فراگیر و کشور حرکت کنند. این امر شامل تدوین و اجرای برنامه ملی جامع سلامت باروری فراگیر، ایجاد بانک اطلاعاتی یکپارچه ملی افراد دارای معلولیت با تمرکز بر نیازهای باروری، تخصیص بودجه پایدار و ساختاری برای مناسب‌سازی همه مراکز بهداشتی-درمانی، و توسعه آموزش مداوم در برنامه‌های درسی دانشگاه‌های علوم پزشکی است. پایش و ارزیابی مستمر با استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکرد (مانند درصد زنان دارای معلولیت که حداقل ۸ ویزیت استاندارد دریافت می‌کنند، سطح رضایت مادران، نرخ پوشش بیمه‌ای خدمات تخصصی، و کاهش عوارض و مرگ‌ومیر مرتبط با بارداری) انجام شود تا پیشرفت سیاست‌ها اندازه‌گیری و در صورت نیاز تعدیل گردد. مسئولیت اصلی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و سازمان بهزیستی، بیمه‌ها، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد در چارچوب تفاهم‌نامه‌های بلندمدت مشارکت خواهند داشت. این رویکرد ساختاری، زمینه را برای دستیابی به یک سیستم بهداشتی عادلانه و فراگیر برای همه زنان فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری:

ارتقاء دسترسی زنان دارای معلولیت جسمی به مراقبت‌های دوران بارداری یک ضرورت فوری برای تحقق عدالت در سلامت است. اجرای سیاست‌های پیشنهادی به ترتیب اولویت می‌تواند به‌طور همزمان کیفیت خدمات، پیامدهای سلامت و برابری اجتماعی را بهبود بخشد. اقدام به‌موقع، از هزینه‌های بلندمدت پیشگیری خواهد کرد. سیاست‌گذاران باید این فرصت را برای ایجاد یک سیستم بهداشتی فراگیر غنیمت شمرده و اقدامات فوری را آغاز کنند.

محدودیت‌ها:

این خلاصه سیاستی برگرفته از یک مطالعه کیفی انجام شده در استان کرمانشاه، ایران است. اگرچه از نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع استفاده شده است، اما یافته‌ها ممکن است قابلیت تعمیم محدودی به سایر استان‌ها با زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی، زمینه‌های فرهنگی یا سطوح خدمات رفاهی متفاوت داشته باشند. حجم نمونه، اگرچه برای کاوش عمیق و دستیابی به اشباع داده‌ها کافی است، اما امکان تعمیم آماری را فراهم نمی‌کند. نبود داده‌های روند ملی در مورد دسترسی این گروه به مراقبت بارداری یک خلأ سیاستی است که باید در مطالعات آینده برطرف شود. امکان‌سنجی اجرا بسته به منابع و اولویت‌های سیاسی متفاوت است. مطالعات آینده باید شامل مصاحبه با سیاست‌گذاران سلامت باروری و معلولین باشد و استراتژی‌ها را در محیط‌های متنوع آزمایش کند.

ملاحظات اخلاقی:

مطالعه کیفی زیربنایی این خلاصه سیاستی، تأییدیه اخلاقی را از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با کد (IR.USWR.REC.1401.126) دریافت کرده است. پیش از انجام مصاحبه‌ها، از همه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات، مشارکت داوطلبانه، حق انصراف در هر زمان بدون هیچ‌گونه پیامد منفی، و سایر حقوق مربوط به شرکت‌کنندگان اطمینان کامل داده شد. تمامی اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی رعایت گردیده است. از آنجایی که نسخه حاضر یک خلاصه سیاستی برگرفته از مطالعه کیفی مذکور است، نیازی به دریافت تأییدیه اخلاقی جداگانه برای تهیه این سند نبود.

حمایت مالی:

نویسندگان برای انجام این پژوهش از هیچ حمایت مالی استفاده نکرده‌اند. این خلاصه سیاستی برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سرکار خانم مهری صیدزاده در گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است.

مشارکت نویسندگان:

مفهوم‌سازی: مریم هدایتی، محمد سعید خانجانی، مهری صیدزاده، کیانوش عبدی؛ روش‌شناسی: مریم هدایتی، کیانوش عبدی؛ اعتبارسنجی: محمد سعید خانجانی، کیانوش عبدی؛ تحلیل: مریم هدایتی، کیانوش عبدی؛ تحقیق و بررسی: مهری صیدزاده، مریم هدایتی؛ منابع: مهری صیدزاده، مریم هدایتی؛ نگارش پیش‌نویس: مریم هدایتی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: محمد سعید خانجانی، کیانوش عبدی، مریم هدایتی؛ بصری‌سازی: مریم هدایتی؛ نظارت: کیانوش عبدی، محمد سعید خانجانی؛ مدیریت پروژه: کیانوش عبدی.

تعارض منافع:

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافع (مالی مستقیم، مالی غیرمستقیم، حرفه‌ای یا مالکیت فکری) در نگارش این پژوهش ندارند.

بیانیه استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی

در نگارش، ویرایش و تحلیل محتوای این مقاله از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

1. World Health Organization. World report on disability 2011. World Health Organization; 2011 Dec 31.
2. Abedi SA, Hajikazemi ES, Jahdi F, Hosseini FA. Disabled women and reproductive health care services. *Iran Journal of Nursing*. 2004 Oct;17(39):30-40.
3. Sajadi H, Zanjari N. Disability in Iran: Prevalence, characteristics and socio-economic correlates. *Rehabilitation*. 2015;16(1).
4. Seieadzadeh M, Abdi K, Khanjani MS. Exploring the barriers to prenatal care in women with physical disabilities and providing solutions to improve care in Kermanshah Province in 1401. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2023.
5. Mitra M, Smith LD, Smeltzer SC, Long-Bellil LM, Moring NS, Iezzoni LI. Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners. *Disability and health journal*. 2017 Jul 1;10(3):445-50.
6. Nguyen A. Challenges for women with disabilities accessing reproductive health care around the world: a scoping review. *Sexuality and Disability*. 2020 Sep;38(3):371-88.
7. Seiedzadeh M, Khanjani MS, Abdi K, Latifian M. Content analysis of barriers to delivering maternity care to women with physical disabilities: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2025 Mar 31;25(1):1208.
8. Seiedzadeh M, Khanjani MS, Latifian M, Abdi K. Strategies for Improving Prenatal Care in Women with Physical and Motor Disabilities: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2024 Jun 10;12(2):205-18.
9. Clifford S, Mary M, Kramer B, Minihaue MC, Ratangee B, Gilmer EM, Creanga AA. Learning from the Implementation of Disability-Inclusive Maternity Care: A Scoping Review. *InHealthcare* 2025 Sep 16 (Vol. 13, No. 18, p. 2315). MDPI.
10. Ven C, Marella M, Vaughan C, Slade S, Devine A. Factors influencing the capacity of healthcare providers to deliver disability-inclusive maternity care services: A scoping review. *Midwifery*. 2025 Apr 1;143:104321.
11. Cronin B. Access to Obstetric and Gynecologic Care for Patients With Disabilities. *OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. 2025 May 1;145(5):553-63.
12. Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Physical accessibility of routine prenatal care for women with mobility disability. *Journal of women's health*. 2015 Dec;24(12):1006-12.
13. Demir Yildirim A, Hotun Şahin N. Does Antenatal Care Integrate with Home Visits Effect Perinatal Outcomes? A Randomized Control Trial. *Maternal and Child Health Journal*. 2026 Jan;30(1):105-16.
14. Gupta M, Bansal A, Chakrapani V, Jaiswal N, Kiran T. The effectiveness of prenatal and postnatal home visits by paramedical professionals and women's group meetings in improving maternal and child health outcomes in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2023 Feb 1;215:106-17.
15. Bryson JM. What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques. *Public management review*. 2004 Mar 1;6(1):21-53.