Strategies for Improving Prenatal Care in Women with Physical and Motor Disabilities: A Qualitative Study

Mehri Seiedzadeh
Master of rehabilitation management, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Mohammad Saeed Khanjani
Associate Professor, Department of Counselling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Maryam Latifian
Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Kianoush Abdi
* Associate Professor, Department of Rehabilitation Management, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author):
k55abdi@yahoo.com

Received: 2023/12/11
Accepted: 2024/04/21

Doi: 10.22034/12.2.4

ABSTRACT

Background and objectives: Women with physical mobility disabilities face many barriers in accessing safe, respectful and acceptable health care. This study was designed and conducted with the aim of providing strategies for improving prenatal care in women with physical disabilities in 1401.

Materials and Methods: This study was conducted using a qualitative method of guided content analysis, and for this purpose, 24 people (12 pregnant women with physical disabilities and 12 pregnancy care providers) were selected using a targeted sampling method with maximum diversity, and in order to collect Data were used from semi-structured interviews with open-ended questions. In this study, the comparative analysis method was used, and Guba and Lincoln criteria were used for the accuracy and robustness of the data.

Results: Data analysis led to the identification of 810 primary codes, 4 main categories and 16 subcategories. The strategies for improving prenatal care in women with physical disabilities were classified in four categories: empowering beneficiaries, creating a systematic support system, modifying the care process and protocol, and promoting intra- and inter-departmental cooperation.

Conclusion: The results of the present study showed that there are many obstacles in the field of providing prenatal care, and in order to improve these cares, solutions were identified that make the policy makers and trustees of this field plan more precisely and through facilitation to The use of these strategies will improve the access of women with physical disabilities to prenatal care.

Keywords: Women, Physical Disability, Prenatal Care, Strategy to Improve Care, Content Analysis

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Seiedzadeh M, Khanjani M, Latifian M, Abdi K. Strategies for Improving Prenatal Care in Women with Physical and Motor Disabilities: A Qualitative Study. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Summer 2024); 12(2): 205-218 .

▶ **Citation (APA):** Seiedzadeh M., Khanjani M., Latifian M., Abdi K. (Summer 2024). Strategies for Improving Prenatal Care in Women with Physical and Motor Disabilities: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 12(2), 205-218 .

راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی: یک مطالعه‌ی کیفی

مهری صیدزاده
کارشناسی‌ارشد مدیریت توانبخشی، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم‌توانبخشی و سلامت‌اجتماعی، تهران، ایران.

محمدسعید خانجانی
دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم‌توانبخشی و سلامت‌اجتماعی، تهران، ایران.

مریم لطیفیان
استادیار، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم‌توانبخشی و سلامت‌اجتماعی، تهران، ایران.

کیانوش عبدی
* دانشیار، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم‌توانبخشی و سلامت‌اجتماعی، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول):
k55abdi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی با موانع متعددی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ایمن، محترمانه و قابل قبول روبرو هستند. این مطالعه با هدف ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در سال ۱۴۰۱ طراحی و انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کیفی از نوع تحلیل محتوای هدایت‌شده انجام گرفته است و بدین‌منظور ۲۴ نفر (۱۲ زن باردار دارای معلولیت جسمی و ۱۲ ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بارداری) با روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند و به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته همراه سوالات باز استفاده گردید. در این مطالعه، روش تجزیه و تحلیل قیاسی مورد استفاده قرار گرفت و برای صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای گوبا و لینکن استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۸۱۰ کد اولیه، ۴ طبقه اصلی و ۱۶ زیرطبقه گردید. راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی در چهار طبقه توانمندسازی ذینفعان، ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند، اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی و ارتقاء همکاری‌های درون و بین‌بخشی طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در زمینه‌ی ارائه مراقبت‌های دوران بارداری موانع متعددی وجود دارد و جهت ارتقاء این مراقبت‌ها، راهکارهایی شناسایی شدند که موجب می‌شود سیاست گذاران و متولیان این حوزه برنامه‌ریزی دقیق‌تر داشته باشند و از طریق تسهیل‌سازی به‌کارگیری این راهکارها، دسترسی زنان دارای معلولیت جسمی را به مراقبت‌های دوران بارداری ارتقاء دهند.

کلیدواژه‌ها: زنان، معلولیت جسمی، مراقبت دوران بارداری، راهکار ارتقاء مراقبت، تحلیل محتوا
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** صیدزاده م، خانجانی م، لطیفیان م، عبدی ک. راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی: یک مطالعه‌ی کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۴۰۳؛۱۲(۲):۲۰۵-۲۱۸.

◄ **استناد (APA):** صیدزاده، مهری؛ خانجانی، محمدسعید؛ لطیفیان، مریم؛ عبدی، کیانوش. (تابستان ۱۴۰۳). راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی: یک مطالعه‌ی کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۲(۲):۲۰۵-۲۱۸.

مقدمه

بارداری، فرآیند آماده‌سازی برای زندگی یک موجود زنده در رحم است و دوره‌ای است که مادر دچار تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی خاصی می‌شود. در واقع، بارداری و زایمان مرحله‌ی تکاملی در زندگی یک زن به شمار می‌آید (۱). اریکسون که در نظریه‌ی رشد روانی اجتماعی، دوره‌هایی از رشد و تکامل را با تجربه‌ی بحران همراه دانسته است، از دوران بارداری به‌عنوان یکی از بحران‌ها نام برده است (۲و۳) دوران بارداری یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان می‌باشد. به‌نحوی که طی سال‌های اخیر، به تلاش جهانی برای دستیابی به مراقبت با کیفیت بارداری و زایمان به‌عنوان بخشی از حقوق زنان تاکید زیادی شده است. ارائه‌دهندگان خدمت به عنوان یکی از اجزای کلیدی سیستم‌های بهداشتی‌درمانی، نقش ارزنده‌ای در مراقبت بارداری دارند و می‌توانند با حمایت همه‌جانبه از زنان باردار، عوارض مادری و جنینی را کاهش دهند (۴). طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های بهداشت باروری باید شامل اقدامات پیشگیرانه و حل مشکلات بهداشت باروری با هدف حفظ سلامتی مادران و نوزادان باشد. مراقبت دوران بارداری ازجمله خدمات سیستم‌های مراقبت بهداشتی جامع و سازمان‌یافته مبتنی بر جامعه می‌باشد (۵و ۶).

دراین میان، گروهی از زنان که دارای معلولیت‌های جسمی هستند شرایط دشوارتری در زمینه‌ی دسترسی به خدمات مراقبتی در دوران بارداری دارند. حدودا یک میلیارد نفر معادل ۱۵ درصد جمعیت جهان، نوعی از معلولیت را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند که این آمار در کشورهای در حال توسعه وخیم‌تر است (۷). افراد دارای معلولیت از زمان تولد و یا از هنگام بروز معلولیت با مسائل و مشکلات گوناگونی در تمام ابعاد زندگی روبه‌رو هستند و موانع ساختاری متعددی را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و فرهنگی تجربه می‌کنند. در بسیاری از پژوهش‌ها بر این نکته تاکید داشته است که زنان دارای معلولیت نسبت به مردان دارای معلولیت از فرصت‌های کمتری برخوردارند و موانع بیشتری را تجربه می‌کنند (۸).

ده درصد از زنان دارای معلولیت در سنین باروری هستند. با این‌حال، اغلب تصور می‌شود که آن‌ها از نظر جنسی فعال نیستند و احتمال بچه‌دار شدن در آن‌ها کمتر است. این تصور منجر به دسترسی محدود زنان دارای معلولیت به خدمات سلامت جنسی و باروری شده است. درحالی‌که شیوع دقیق بارداری در میان زنان دارای ناتوانی جسمی ناشناخته است، اما ناچیز نیست و احتمالا افزایش می‌یابد. با افزایش مشارکت جامعه، پیشرفت‌های پزشکی و به رسمیت‌شناختن حقوق باروری در میان افراد دارای معلولیت، زنان دارای معلولیت فرصت‌های بیشتری برای زایمان دارند (۹). زنان دارای معلولیت جسمی نسبت به سایر زنان دسترسی محدودتری به خدمات مراقبت‌های بارداری دارند و این موضوع در جوامع مختلف علل گوناگونی دارد. اگرچه این زنان بخش قابل‌توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند اما نیازهای بهداشت باروری آن‌ها شناخته نشده و برآورده نمی‌شود. زنان دارای معلولیت برای دریافت مراقبت دوران بارداری با موانع مختلفی مانند موانع محیطی، نگرشی، اقتصادی و کمبود آگاهی مواجه هستند (۱۰و ۱۱).

در یک مطالعه کیفی با عنوان "تجارب پزشکان زنان و زایمان و آمادگی آموزشی برای مراقبت از زنان باردار دارای معلولیت جسمی" به بررسی دیدگاه‌های پزشکان بالینی زنان و زایمان که مراقبت‌های دوران بارداری را به زنان دارای معلولیت ارائه می‌کنند، پرداخته شد و نتایج نشان داد که پدیده معلولیت نیاز به شناخت بیشتری توسط افراد جامعه دارد و گنجاندن مفهوم معلولیت در کتاب‌های درسی آموزش و پرورش و حتی در مقاطع دانشگاهی برای افزایش شناخت عموم نسبت به این موضوع پیشنهاد گردید (۱۲). همچنین نگوین و همکارانش مطالعه‌ای مروری در خصوص موانع مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی انجام دادند و این موانع را در نه دسته اطلاعات بهداشتی نامعتبر، عدم استقلال شرکت‌کنندگان، آموزش محدود مرتبط با باروری، موانع ناشی از ارائه‌دهندگان سلامت، موانع سیستمی برای دسترسی، موانع اجتماعی- اقتصادی، موانع حمل‌ونقل، موانع مربوط به خانواده و موانع فناوری وسایل پیشگیری از بارداری دسته‌بندی کردند (۱۳).

در مطالعه‌ی ورزسینسکا[1] و همکارانش اطلاعات فعلی در مورد تحولات سیاسی، طراحی خدمات و بهترین شیوه‌ها و رویکردهای توانمندسازی کارکنان بهداشتی‌درمانی برای ارائه‌ی مراقبت به افراد داری معلولیت در لهستان بررسی شده و نتایج نشان داد که مقررات کشور لهستان به‌گونه‌ای است که حمایت سیستمی برای همه‌ی افراد دارای معلولیت ارائه شود(۱۴). در مطالعه جانسن‌ون[2] و همکارانش حمایت طبیعی برای کانادایی‌های دارای معلولیت بررسی شد و نتایج نشان داد افراد دارای معلولیت در کانادا دارای امنیت مالی، توانایی تصمیم‌گیری و مشارکت اجتماعی هستند (۱۵).

تاکنون مطالعات محدودی در زمینه‌ی موانع مراقبت بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی و راهکارهای ارتقاء این مراقبت‌ها در سایر کشورها انجام گرفته است، اما متاسفانه این پدیده در مطالعاتی که در حیطه‌ی سلامت زنان ایرانی انجام می‌شود، مغفول مانده است. این درحالی است که بررسی این پدیده در کشور ایران که به‌دلایلی از قبیل شیوع بالای معلولیت در زنان ایرانی که ۱۰/۰۴ نفر در هزار می‌باشد، شرایط فرهنگی حاکم و مشکلاتی از قبیل محرومیت درآمدی، مشخص‌نبودن میزان و نوع اشتغال و مهارت‌های شغلی در خصوص شاخص آموزش و فقدان اعتبارات لازم جهت اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، موجب شده است این گروه در کشور ایران در شمار فقیرترین و مطرودترین افراد جامعه قرار گیرند (۱۶)، ضروری به نظر می‌رسد.

در این میان از بین استان‌های کشور ایران، استان کرمانشاه به‌دلیل این‌که یکی از استان‌های نسبتا محروم از امکانات فرهنگی و از نظر درجه‌ی توسعه‌یافتگی بخش خدمات و رفاه اجتماعی در دسته‌ی استان‌های کمتر توسعه‌یافته می‌باشد و ۲/۵ درصد جمعیت کشور را در خود جای داده است؛ و در این استان بالغ بر ۱۴ هزار زن دارای معلولیت جسمی وجود دارد که نیازمند دریافت خدمات سلامت هستند، برای مطالعه‌ی این پدیده انتخاب شد(۱۷). نظر به این‌که درخصوص ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در ایران تا به‌حال مطالعه‌ای انجام نشده و نظرات هر دو گروه زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها بر اساس درک و تجاربشان مورد بررسی قرار نگرفته است، این مطالعه با هدف ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه

این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوای هدایت‌شده[3] است که در آن به ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در استان کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ می‌پردازد.

جامعه مورد مطالعه و مشارکت‌کنندگان

محیط جغرافیایی زندگی مشارکت‌کنندگان استان کرمانشاه در طول سال ۱۴۰۱ بود. تعداد ۲۴ مشارکت‌کننده که شامل ۱۲ نفر زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی و ۱۲ نفر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری بودند، در این پژوهش حضور داشتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام گرفت و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تا زمان به اشباع رسیدن طبقات ادامه پیدا کرد. پژوهشگران بعد از انجام ۲۰ مصاحبه با مشارکت‌کنندگان و تجزیه و تحلیل داده‌ها که به‌صورت همزمان انجام می‌گرفت، به این نتیجه رسیدند که طبقات به اشباع رسیده است. با این حال جهت اطمینان از اشباع طبقات بدست‌آمده، چهار مصاحبه تکمیلی نیز صورت گرفت.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود برای زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی عبارت بودند از تمایل به شرکت در مطالعه، قرارداشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۵۴ سال، ابتلا به یک نوع معلولیت جسمی‌حرکتی که با تشخیص پزشک متخصص مشخص شده باشد و داشتن تجربه حداقل یک بارداری در ۵ سال اخیر و برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها عبارت بودند از تمایل به شرکت در مطالعه ، داشتن حداقل ۵ سال سابقه‌ی فعالیت

1. Wrzesińska
2. Jansen-van
3. Directed analysis

در زمینه‌ی مراقبت از زنان بارداری که دارای معلولیت جسمی بودند ازجمله متخصص زنان و زایمان، پزشک، ماما و بهورز.

جمع‌آوری اطلاعات

نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها ۱۰ ماه (آبان ۱۴۰۱ تا مرداد ۱۴۰۲) به‌طول انجامید. اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با طرح یک پرسش باز در ابتدا و ادامه با سوالات تعقیبی و جستجوگر که بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان انتخاب می‌شد، جمع‌آوری گردید. محیط پژوهش با توافق بین طرفین (پژوهشگر و شرکت‌کننده) و در نظر گرفتن شرایط زمانی و مکانی مناسب برای آن‌ها انتخاب شد. بدین‌صورت که محل انتخاب‌شده برای ارئه‌دهندگان مراقبت‌ها، مراکز و پایگاه‌های ارائه‌ی مراقبت و برای زنان دارای معلولیت جسمی، در منزل شخص ایشان بود. هر مصاحبه بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه به‌طول انجامید. طبق هماهنگی قبلی و کسب اجازه از شرکت‌کنندگان، تمامی مصاحبه توسط دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط گردید، سپس کلمه به کلمه نوشته شده و تبدیل به متن گردید. سعی شد تا سوالات مصاحبه انتها باز و غیرقضاوتی باشد. اولین سوالی که از زنان دارای معلولیت جسمی پرسیده شد، عبارت بود از این‌که: در مورد تجربه خود از دریافت مراقبت‌های دوران باروری صحبت کنید و اولین سوالی که از ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها پرسیده شد، عبارت بود از این‌که: در مورد تجربه خود از ارائه مراقبت‌های دوران باروری برای زنان دارای معلولین جسمی صحبت کنید. در ادامه از سوالاتی از قبیل در صورت امکان بیشتر توضیح بدهید و یا در این مورد مثال بزنید، برای درک کامل‌تر موضوع و عمق بخشیدن به اطلاعات استفاده شد. پژوهشگر هر مصاحبه ضبط‌شده و یادداشت‌های مرتبط با آن را بلافاصله و حداکثر تا ۵ ساعت بعد از انجام مصاحبه با دقت و سطر به سطر مطالعه کرده و مفاهیمی که به ذهن می‌رسید را یادداشت کرد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

از رویکرد گرانهیم و لاندمن[1] (۱۸) به منظور تجزیه‌وتحلیل اطلاعات استفاده شد. بدین‌ترتیب که بعد از بررسی خط به خط مصاحبه‌های مکتوب شده، نکات کلیدی مشخص و کدگذاری شدند تا کدهای اولیه تعیین شوند. پس از آن به کدهای مشابه یک عنوان مشترک داده شد، سپس عناوین مشابه و مشترک در هم آمیخته شدند و زیرطبقات تشکیل شدند تا سازماندهی شوند و سپس طبقات اصلی ایجاد شدند. کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌های انجام‌شده توسط همکاران محقق مورد بازبینی قرار گرفت و پس از تطبیق با پیشینه نظری و پژوهشی تحقیق و اعمال تغییرات لازم، کدگذاری و طبقه‌بندی نهایی صورت گرفت. فرایند رفت‌وبرگشت میان داده‌ها و تحلیل آن‌ها به‌صورت همزمان با جمع‌آوری اطلاعات، انجام شد و تا زمان اشباع نظری ادامه داشت. در پایان به‌منظور بررسی صحت سنجی اطلاعات به‌دست آمده، کدها و درون‌مایه‌های استخراج‌شده جهت بازبینی به مشارکت‌کنندگان برگردانده شد تا صحت و تناسب کدها با نظرات آن‌ها تایید شود. یک نمونه از فرایند کدگذاری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نمونه فرایند کدگذاری و طبقه‌بندی کدها

طبقه	زیرطبقه	واحد معنایی
اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی	پرهیز از ارجاعات غیرضروری	"سیستم ارجاع از سطوح اولیه به سطوح بالاتر و لزوم رعایت سلسله مراتب برنامه خوب و منطقی است اما گاهی برای این زنان ممکن است مشکلاتی ایجاد کند که با در نظر گرفتن شرایط این زنان می‌توان استثنا قایل شد که مراجعات را برایشان کمتر کند."
	ایجاد پروتکل آسان برای تایید وضعیت زایمان در کمیسیون پزشکی	"راهکار دیگه‌ای که به ذهن من میرسه معافیت این زنان از بررسی‌های جسمی متعدد برای گرفتن تاییدیه سزارین است. وقتی زنی دارای معلولیت جسمی است و از نظر جسمی به‌وضوح مشکل داره و توانایی انجام زایمان طبیعی را نداره چه لزومی دارد که چندین مرحله و متخصصین مختلف مراجعه کند تا تاییدیه کمیسیون را بگیره برای این زنان به‌نظرم فقط معاینه و بررسی لگن ملاک نیست و بهتره با توجه به وضعیت جسمی که دارند خود متخصص زنان و یا ماما بررسی کرده و در صورت لزوم توصیه به انجام سزارین کند."
	ایجاد امکان ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در منزل	"من فکر می‌کنم اگر قانونی وجود داشته باشد که برای مراقبت این زنان پزشک جانشین شهرستان موظف به انجام مراقبت در منزل شود مشکل رفت‌وآمد این زنان حل می‌شود هر شهرستان یک پزشک جانشین دارد و می‌توانند این قانون را در ورژن جدید دستورالعمل پزشک خانواده جا بدهند."

1. Graneheim & Lundman

روایی و پایایی

به منظور بررسی صحت و اعتبار داده‌های پژوهش، از معیارهای ارائه‌شده توسط گوبا و لینکن[1] (۱۹) استفاده شد. بدین‌ترتیب که در طول فرایند تحلیل، یافته‌های مطالعه با اساتید راهنما و مشاور و اساتید آشنا به روش تحقیق کیفی به بحث و بررسی گذاشته شد. در طول پژوهش درگیری طولانی‌مدت با مشارکت‌کنندگان، حضور طولانی مدت در میدان تحقیق (۱۲-۱۰ ماه) و استفاده از روش‌های موثر جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت و تلاش شد که از فرآیندهای تحقیق به‌ویژه جمعیت مورد مطالعه توضیحات روشن و دقیقی داده شوند تا امکان استفاده از این تحقیق برای انجام پژوهش‌های مرتبط آتی فراهم شود. در انتخاب نمونه‌ها سعی بر آن بود که حداکثر تنوع بین آن‌ها در نظر گرفته شود و در نمونه‌های انتخابی حداکثر تمایز در سن، تحصیلات، شغل و تعداد بارداری داشته باشد. برای ارزیابی قابلیت اعتماد داده‌ها، متن مصاحبه‌ها پس از گذشت چند روز دوباره توسط تیم پژوهش مطالعه شد و کدگذاری و نتایج با کدگذاری‌های قبلی مقایسه گردید. همچنین، بخش‌هایی از مصاحبه‌های ضبط‌شده و متن مصاحبه‌ها به‌همراه کدها، زیرطبقه‌ها و طبقه‌های استخراج‌شده توسط همکاران محقق و دو نفر از ناظران خارج از تیم تحقیق و آشنا به‌روش تحقیق کیفی ارزیابی شد و با تایید کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌های انجام‌شده، قابلیت اعتماد داده‌ها مورد قبول قرار گرفت. به‌منظور تصدیق‌پذیری، کوشش شد که در سراسر تحقیق از پیش‌داوری، حذف برخی از موارد غیرقابل انتظار و تصور از داده‌های به‌دست‌آمده جلوگیری شود و صداقت در تمامی مراحل تحقیق رعایت شود.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شامل ارائه کامل و شفاف توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان و حضور داوطلبانه‌ی آن‌ها در مطالعه، رعایت اصل رازداری و حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، احترام به حقوق افراد، کرامت انسان، اجتناب از آسیب‌رساندن و تبعیض، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی توسط پژوهشگران، کسب اجازه از شرکت‌کنندگان انجام شد.

1. Guba & Lincoln

یافته‌ها

این پژوهش با هدف ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی انجام گرفت. ۱۲ نفر از زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی و ۱۲ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات شامل چهار ماما، دو پزشک، چهار بهورز و دو متخصص زنان و زایمان که برخی از آن‌ها در مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های دیگر چون روانشناسی بالینی تحصیل کرده بودند، در این مطالعه مشارکت داشتند. اطلاعات مربوط به مشارکت‌کنندگان (زنان دارای معلولیت جسمی و متخصصان حوزه مراقبت‌های بارداری) به تفصیل در جداول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری

تعداد	جنسیت	سنوات شغلی	تحصیلات	تخصص
۱	زن	۵	تخصص	زنان و زایمان
۲	زن	۱۰	تخصص	زنان و زایمان
۳	زن	۱۲	کارشناس	ماما
۴	زن	۶	دیپلم	بهورز
۵	مرد	۲۵	کارشناس‌ارشد	بهورز
۶	مرد	۵	دیپلم	بهورز
۷	زن	۸	لیسانس	ماما
۸	مرد	۱۲	دیپلم	بهورز
۹	زن	۶	لیسانس	ماما
۱۰	زن	۶	دکترا	پزشک
۱۱	مرد	۴	دکترا	پزشک
۱۲	زن	۱۰	لیسانس	ماما

حاصل تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده، ۸۳۰ کد اولیه یا باز بود. بعد از حذف کدهای نامرتبط و ادغام این کدها بر اساس هم پوشانی، کدهای نهایی به‌دست آمد و با بررسی کدهای باز، کدهای مشابه در یک طبقه کنار هم قرار گرفتند و دسته‌بندی اولیه‌ای از کدها حاصل گردید. مفاهیم و مصادیق به‌دست‌آمده در ۴ طبقه اصلی و ۱۶ زیر طبقه در خصوص راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان معلولیت جسمی‌حرکتی دسته‌بندی شدند که به تفصیل در جدول ۴ بیان شده اند.

جدول ۳. توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی

تعداد	سن	تحصیلات	تعداد فرزندان	شغل	محل زندگی	نوع معلولیت
۱	۴۰	سیکل	۲	خیاط	روستا	دررفتگی لگن مادرازادی
۲	۳۵	دیپلم	۱	خانه‌دار	شهر	قطع عضو
۳	۳۳	لیسانس	۱	کارمند	شهر	دررفتگی لگن مادرزادی
۴	۳۴	دیپلم	۲	خانه‌دار	شهر	MS
۵	۲۸	سیکل	۱	خانه دار	روستا	معلولیت از ناحیه پا مادرزادی
۶	۳۲	سیکل	۳	خانه‌دار	شهر	ضایعه نخاعی
۷	۳۶	لیسانس	۱	خانه‌دار	شهر	دررفتگی لگن مادرزادی
۸	۳۸	سیکل	۲	خانه‌دار	روستا	دررفتگی لگن مادرزادی
۹	۳۳	دیپلم	۲	خانه‌دار	روستا	ضایعه نخاعی
۱۰	۴۰	سیکل	۱	مغازه‌دار	روستا	معلولیت مادرزادی از ناحیه پا
۱۱	۳۸	دیپلم	۳	خانه‌دار	شهر	ضعف عضلات پا
۱۲	۲۷	دیپلم	۱	خانه‌دار	شهر	معلولیت مادرزادی در ناحیه دست و پا

جدول ۴. مضامین، طبقات و زیرطبقات مربوط به راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت‌جسمی

طبقات اصلی	زیرطبقات
توانمندسازی ذینفعان	آگاه‌سازی خانواده آگاه‌سازی جامعه آگاه‌سازی ارائه‌دهندگان آگاه‌سازی زنان دارای معلولیت جسمی حرکتی
ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند	دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل مناسب حمایت مالی از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی تقویت زیر ساخت نوبت‌دهی و ویزیت حمایت بیمه ای از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی تطابق تجهیزات با مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان مناسب‌سازی ساختارجامعه و مراکز بهداشتی درمانی
اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی	پرهیز از ارجاعات غیرضروری ایجاد پروتکل آسان برای تایید وضعیت زایمان در کمیسیون پزشکی ایجاد امکان ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در منزل
ارتقاء همکاری‌های درون و بین‌بخشی	انعقاد تفاهم‌نامه همکاری مشترک ایجاد سامانه مشترک ثبت اطلاعات افراد دارای معلولیت برگزاری دوره‌های مشترک آموزشی با سایر ارگان‌ها

راهکارهای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی به چهار طبقه اصلی توانمندسازی ذینفعان، ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند، اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی و ارتقاء همکاری درون و بین‌بخشی تقسیم شدند که در ادامه به این راهکارها و نقل قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص اشاره می‌شود.

طبقه‌ی اصلی اول: توانمندسازی ذینفعان

ضعف آگاهی و نگرش در ذینفعان ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به زنان دارای معلولیت باعث ایجاد موانعی در ارائه مراقبت‌های مناسب و با کیفیت به این افراد می‌گردد. از این‌رو، یکی از راهکارهای پیشنهادشده توسط مشارکت‌کنندگان توانمندسازی ذینفعان است که شامل چهار زیرطبقه "آگاه‌سازی خانواده، جامعه، ارائه‌دهندگان و زنان دارای معلولیت جسمی" می‌باشد.

طبقه‌ی فرعی اول (آگاه‌سازی خانواده): مشارکت‌کنندگان بر لزوم آگاه‌سازی خانواده زنان دارای معلولیت تاکید کردند. افزایش آگاهی خانواده، به کاهش سردرگمی وی در مراحل ارائه مراقبت بارداری کمک می‌کند. این زیرطبقه به موضوعاتی با عناوین آموزش به خانواده، فرهنگ‌سازی رسانه‌ها، آموزش دانشگاهی و مشاوره ارائه‌دهنده به خانواده می‌پردازد. یک متخصص زنان و زایمان در این خصوص بیان داشت که: "من فکر می‌کنم خانواده‌های زنان معلول باید قبل و حین بارداری حمایت بیشتری از ایشان بکنند و با شرکت در کلاس‌های مشاوره آگاهی خود را در مورد وضعیت زنان معلول بالا ببرند. خانواده زنان معلول که باردار می‌شوند سعی کنند یک نفر که سطح سواد و آگاهی بالاتری دارد را به‌عنوان همراه انتخاب کنند."

طبقه‌ی فرعی دوم (آگاه‌سازی جامعه): از زیرطبقات اساسی که از تحلیل اظهارات مصاحبه‌شوندگان به‌دست آمد، آگاه‌سازی جامعه

بود. افزایش دانش عمومی جامعه، کمک شایانی به زنان باردار دارای معلولیت و همچنین ارائه‌ی مراقبت مورد نیاز آن‌ها خواهد کرد. این زیرطبقه از موضوعاتی از قبیل آموزش همگانی، گسترش شبکه‌های اطلاع‌رسانی تشکیل شده است. یک پزشک با ۴ سال سابقه کار در این مورد چنین می‌گوید: "ایجاد برنامه‌های آموزشی در خصوص معلولیت برای جامعه مثل سریال‌های تلویزیونی یا ساخت تیزرهای آموزشی باعث میشه که مردم دیدگاه بهتری داشته باشن و مادر باردار معلول رو با دیدگاه منفی اذیت نکنن و بار روانی ایجاد نکنن براشون و حتی میشه برنامه‌هایی در نظر گرفت که مردم بتونن این زنان رو حمایت کنند."

طبقه‌ی فرعی سوم (آگاه‌سازی ارائه‌دهندگان): یکی از پرتکرارترین راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان پیشنهاد نمودند، آگاه‌سازی ارائه‌دهندگان درحیطه‌ی معلولیت جهت ارائه‌ی مراقبت به زنان دارای معلولیت جسمی بود. افزایش آگاهی ارائه‌دهندگان از روش‌های مختلفی مانند اضافه‌نمودن واحدهای مرتبط با معلولیت در دانشگاه، ارائه‌ی آموزش در خصوص معلولیت در بدو و ضمن‌خدمت و برگزاری دوره‌ای آموزشی برای ارئه‌دهندگان است. آموزش بیشتر برای ارائه‌دهندگان و توسعه‌ی دستورالعمل‌های بالینی مربوط به معلولیت و بارداری برای ترویج عادلانه مراقبت‌های دوران بارداری برای زنان دارای معلولیت جسمی اهمیت زیادی دارد. بهورز شاغل در یکی از روستاهای شهرستان روانسر با پنج‌سال سابقه کار عنوان کرد: "حتی لازم است برای ماما، بهورز، پزشک و حتی متخصص‌های کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی در مورد معلولیت برگزار کنند."

طبقه‌ی فرعی چهارم (آگاه‌سازی زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی): برخی مشارکت‌کنندگان به آگاه‌سازی زنان دارای معلولیت به عنوان راهکار اشاره کردند که این امر از طریق برگزاری کلاس‌های مشاوره بارداری توسط بهزیستی و شبکه بهداشت، برگزاری جلسات گروهی برای این زنان و ارائه آموزش فردی به ایشان امکان‌پذیر می‌باشد. یک متخصص زنان و زایمان در این رابطه پیشنهاد کرد: "افزایش اگاهی و مشاوره به زنان دارای معلولیت در خصوص بارداری و اهمیت انجام مراقبت‌ها از وظایف سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم‌پزشکی است و باید در این مورد بهتر عمل کنند."

طبقه‌ی اصلی دوم: ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند

از مقتضیات نظام سلامت، پیش‌بینی سیستم‌های حمایتی جامع، هدفمند و نظام‌مند است. بدین‌معنی که حمایت‌ها مکمل و در راستای یکدیگر به‌منظور دستیابی به اهداف که همان حمایت از افراد دچار معلولیت است، باشد. این سیستم مستلزم همکاری نهادهای درگیر در حوزه‌ی توانبخشی است و زمانی این حمایت‌ها نظام‌مند تلقی می‌شود که همکاری و هم‌صدایی تمامی نهادهای ذی‌صالح در این حوزه را به‌همراه داشته باشد. راهکار دیگری که توسط برخی از مشارکت‌کنندگان مطرح شده ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند است که شامل شش زیرطبقه "دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی"، "حمایت مالی از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی"، "تقویت زیرساخت نوبت‌دهی و ویزیت"، "حمایت بیمه‌ای از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی"، "تطابق تجهیزات با مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان"، "مناسب‌سازی ساختار جامعه و مراکز بهداشتی درمان" است.

طبقه‌ی فرعی اول (دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل مناسب): مشارکت‌کنندگان معتقد بودند یکی از راهکارهای مهم جهت رفع موانع مراقبت‌های دوران بارداری دسترسی آسان مادران به سیستم حمل‌ونقل بود.

یک ماما با هشت سال سابقه بر اساس تجربه‌ی خود پیشنهاد نمود: "در خصوص رفت‌وآمد می‌توانستند این خانم را حمایت کنند چون جلسات آمادگی برای زایمان فقط در شهر تازه‌آباد برگزار می‌گردند و این خانم برای وسیله نقلیه مشکل داشت نمی‌توانست در کلاس‌ها شرکت کند."

طبقه‌ی فرعی دوم (حمایت مالی از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی): از میان راهکارهای بیان‌شده در پاسخ به موانعی از قبیل بالا بودن قیمت تمام‌شده‌ی هزینه‌های مراقبت، فشار مضاعف اقتصادی به خانواده و عدم‌حمایت کافی از هزینه مراقبت‌ها و دارو، می‌توان به ارائه‌ی حمایت‌های مالی به زنان باردار معلول اشاره کرد. پزشک شاغل در یکی از مراکز شهرستان صحنه پیشنهاد کرد:

"برای داروها و مراقبت‌های زنان معلول باردار چون معمولا از قشر فقیرتر جامعه هستند و معمولا داروها و مراقبت‌های تخصصی‌تری لازم دارند بهزیستی به این افراد کمک کند و یا آن‌ها را به خیرین معرفی کند تا در هزینه‌ها به آن‌ها کمک شود."

طبقه‌ی فرعی سوم (تقویت زیرساخت نوبت‌دهی و ویزیت): مورد دیگری که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند تقویت زیرساخت نوبت‌دهی و ویزیت می‌باشد که شامل صدور معرفی‌نامه جهت نوبت‌دهی سریع، ایجاد سهمیه برای زنان باردار در مراکز دولتی و خصوصی و... است. زن ۳۳ ساله دارای معلولیت مادرزادی در این خصوص بیان کرد: "برای مادران معلول جسمی اگر شرایطی وجود داشته باشد که در نوبت‌دهی متخصص و انجام غربالگری‌ها در اولویت قرار گیرند که هم از لحاظ جسمی کمتر اذیت شوند و هم در صف نوبت‌دهی معذب نباشند، به آن‌ها کمک بزرگی است."

طبقه‌ی فرعی چهارم (حمایت بیمه‌ای از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی): از مهم‌ترین راهکارهای مطرح‌شده توسط بسیاری از مشارکت‌کنندگان با توجه به موانع مهم نقصان پوشش بیمه‌ای و بالا بودن هزینه‌ی درمان، در نظرگیری پوشش بیمه‌ای ویژه زنان باردار دارای معلولیت جسمی می‌باشد. یک ماما با شش سال سابقه کار اظهار می‌کند: "این زنان معمولا دفترچه بیمه روستایی دارند که خیلی از مراقبت‌ها تحت پوشش قرار نمی‌دهد و با توجه به این که هزینه مراقبت‌های تخصصی‌تر بالا است داشتن بیمه‌ی مخصوص برای این زنان خیلی مفید است."

طبقه‌ی فرعی پنجم (تطابق تجهیزات با مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان): یکی دیگر از موارد پیشنهادشده مناسب‌سازی تجهیزات مراقبت دوران بارداری و زایمان و در نظرگرفتن شرایط زنان باردار بود. یک ماما با ۱۲ سال سابقه‌ی کار عنوان کرد: "تخت‌های معاینه خیلی بلند است و استفاده آن برای این زنان سخت است و یا ترازو و قدسنج برای زنانی که توانایی ایستادن ندارند عملا غیرقابل استفاده است برای همین من فکر می‌کنم اگر این وسایل جوری طراحی شوند که قابل‌تنظیم باشند مثلا تخت‌ها قابلیت تغییر ارتفاع داشته باشند و یا ترازوهایی طراحی شود که زنان با ویلچر و یا به صورت نشسته هم بتوانند از آن استفاده کنند، ارائه‌ی مراقبت‌ها به این زنان آسان‌تر می‌شود."

طبقه‌ی فرعی ششم (مناسب‌سازی ساختارجامعه و مراکز بهداشتی درمان): راهکار دیگری که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند مناسب‌سازی ساختار مراکز و خانه بهداشت با توجه به معلولیت بود. دسترسی آسان به خانه‌های بهداشت و مراکز ارائه‌ی خدمت از مطالبات زنان دارای معلولیت جسمی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری بود.

بهورز یکی از خانه‌های بهداشت پیشنهاد نمود: "زمانی که مرکز یا خانه بهداشتی ساخته می‌شه در نظر بگیرند که همه افراد باید بتونن ازش استفاده کنن حتی افراد معلول هم بتونن دسترسی داشته باشن ساخت مراکز و خانه‌های بهداشت توی ارتفاع و داشتن پله‌های غیراستاندارد و باعث میشه این زنان نتونن برای مراقبت‌ها مراجعه کنن و باید زمان احداث مورد توجه قرار بگیرند."

طبقه‌ی اصلی سوم: اصلاح فرآیند و پروتکل مراقبتی

یکی دیگر از راهکارها اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی است که این طبقه شامل سه زیرطبقه "پرهیز از ارجاعات غیرضروری"، "ایجاد پروتکل آسان برای تایید وضعیت زایمان زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در کمیسیون‌پزشکی" و "ایجاد امکان ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری در منزل" می‌باشد.

طبقه‌ی فرعی اول (پرهیز از ارجاعات و مراجعات غیرضروری): برخی مشارکت‌کنندگان برای پرهیز از ارجاعات غیرضروری ایجاد قوانین اصلاحی در نظام ارجاع برای زنان باردار را پیشنهاد کردند. یک زن چهل ساله ساکن روستا که دارای معلولیت از ناحیه پا بود پیشنهاد کرد: "برای این که یک‌بار پیش متخصص بروی باید حتما اول به ماما و بعد به پزشک درمانگاه و مراجعه می‌کردم و چون من در روستا هستم برایم سخت بود و بعضی وقت‌ها که به جوانرود می‌رفتم و خانه خواهرم می‌ماندم باید برمی‌گشتم و دفترچه را مهر می‌کردم بعد می‌توانستم پیش متخصص بروم که این خیلی سخت بود به‌نظرم اگر برای رفتن پیش متخصص این همه رفت‌وآمد لازم نبود و قوانینی وجود داشت که به‌صورت تلفنی این کارها انجام می‌شد خیلی برایم راحت‌تر بود."

طبقه‌ی فرعی دوم (ایجاد پروتکل آسان برای تایید وضعیت زایمان در کمیسیون‌پزشکی): بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، ایجاد و تدوین پروتکل آسان به‌عنوان یکی از راهکارهای قابل توجه، قادر به تحت‌تاثیر قرار دادن ارائه‌ی مراقبت به زنان باردار دارای معلولیت می‌باشد. ایجاد پروتکل‌ها از سرگردانی زنان باردار کاسته و سبب کاهش رفت‌وآمد و مراجعات غیرضروری می‌شود. زن سی‌وشش ساله‌ای دارای معلولیت در این خصوص بیان کرد: "برای زنان معلول خیلی سخت است برای تایید سزارین بارها به متخصص مراجعه کنند و خیلی خوب می‌شود اگر برای آن‌ها نامه تاییدیه سزارین در شهرستان نوشته شود و با انجام سزارین آن‌ها موافقت کنند."

طبقه‌ی فرعی سوم (ایجاد امکان ارائه مراقبت‌های دوران بارداری در منزل): تشویق پزشک و ماما برای ویزیت و مراقبت در منزل از زنان باردار از مواردی بود که برخی از مشارکت‌کنندگان اشاره کردند. زن بیست‌وهفت ساله‌ای در این رابطه اظهار داشت که: "اگر بعضی مراقبت‌ها مثل فشار و گوش‌دادن صدای قلب و مراقبت‌های ساده در خانه برایم انجام می‌شد خیلی خوب بود و خیلی از رفت‌وآمدهای من را کم می‌کرد و امیدوارم در آینده این قانون برای زنان معلول در نظر گرفته شود."

طبقه‌ی اصلی چهارم: ارتقاء همکاری‌های درون و بین‌بخشی

ارتقاء همکاری درون بخشی و بین‌بخشی، به‌عنوان یکی دیگر از طبقات شناسایی شد که شامل سه زیرطبقه "انعقاد تفاهم‌نامه‌ی همکاری مشترک"، "ایجاد سامانه‌ی مشترک ثبت اطلاعات" و "برگزاری دوره‌های مشترک آموزشی با سایر ارگان‌ها" می‌باشد.

طبقه‌ی فرعی اول (انعقاد تفاهم‌نامه‌ی همکاری مشترک): مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که وجود تفاهم‌نامه مشترک بین سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت می‌تواند زمینه برنامه‌ریزی برای همکاری لازم در خصوص رفع مشکلات و حمایت این زنان را فراهم سازد. یکی از بهورزان در این خصوص می‌گوید: "متولیان این برنامه مثلا بهزیستی می‌توانست با شبکه بهداشت تعامل داشته باشد و یک سری برنامه‌ریزی برای این خانم انجام می‌داد یا با خود بنده ارتباط برقرار می‌کردند و به من آموزش‌هایی ارائه می‌کردند و شرح حال این خانم را دقیقا به من و یا ماما مرکز اعلام می‌کردند و از ما بازخورد می‌خواستند می‌توانست وضعیت بهتر شود."

طبقه‌ی فرعی دوم (ایجاد سامانه‌ی مشترک ثبت اطلاعات افراد دارای معلولیت): وجود سامانه‌ی مشترک ثبت اطلاعات زنان دارای معلولیت یکی دیگر از راهکارهایی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. آن‌ها معتقد بودند اگر داده‌ها و اطلاعات مربوط به معلولیت هر زن در زمان بارداری در اختیار ارائه‌دهندگان باشد می‌تواند در ارائه‌ی مراقبت‌های با کیفیت و مناسب به آن‌ها کمک کند. یک پزشک در این رابطه پیشنهاد می‌کند: "به نظر من این زنان باید قبل از بارداری از طرف سازمان بهزیستی آمادگی لازم رو پیدا کنند مثلا این‌ها هر کدام پرونده‌های پزشکی در سازمان بهزیستی دارند و اگر ندارند باید تهیه کنند تا زمان بارداری که زمان شروع مشکلات زن است مجبور به رفت‌وآمدهای زیاد نشوند و داده‌ها و اطلاعات پرونده‌ی پزشکی این افراد باید در زمان بارداری در اختیار ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها قرار گیرد که نیاز به ارجاعات و بررسی‌های غیرضروری نباشد."

طبقه‌ی فرعی سوم (برگزاری دوره‌های مشترک آموزشی با سایر ارگان‌ها): برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های مشترک در خصوص بارداری و معلولیت و ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به زنان دارای معلولیت می‌تواند راهکاری برای بالا بردن آگاهی و سطح حساسیت ارائه‌دهندگان و همچنین بالا بردن سطح همکاری‌های بین‌بخشی باشد. مامایی با هشت‌سال سابقه‌ی کار اظهار کرد: "برگزاری سمینارها و دوره‌های آموزشی مشترک با موضوع معلولیت و نیازهای زنان معلول باردار راهکار خوبیه و باعث میشه هم پرسنل بهداشت و درمان و هم کارکنان اداره بهزیستی در این مورد حساسیت بیشتری داشته باشند."

بحث

هدف این مطالعه ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء مراقبت‌ها در زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی بود. راهکارهای شناسایی‌شده در این مطالعه شامل چهار طبقه‌ی توانمندسازی ذینفعان، ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند، اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی و ارتقاء همکاری‌های

درون‌بخشی بود. توانمندسازی ذینفعان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهکارها شناسایی شد که شامل آگاه‌سازی خانواده، جامعه، ارائه‌دهندگان و زنان دارای معلولیت جسمی بود. نتایج این قسمت با مطالعات بکر (۲۰)، میترا (۱۲) و بلتران[1] (۲۱) همسو می‌باشد. چراکه در این مطالعات نیز افزایش آگاهی و بهبود نگرش ذینفعان به عنوان راهکاری مهم در جهت ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری به این زنان شناسایی شد. از سویی، در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز به برگزاری دوره‌های آموزشی حضوری و آنلاین برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها و زنان دارای معلولیت جسمی اشاره شده است (۲۲).

ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند یکی از پرتکرارترین راهکارهایی بود که زنان دارای معلولیت جسمی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس درک و تجربه خود ارائه کردند که خود شامل دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل، حمایت مالی، تقویت زیرساخت نوبت‌دهی و ویزیت، حمایت بیمه‌ای، تطابق تجهیزات با مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان و مناسب‌سازی ساختار جامعه و مراکز بهداشتی‌درمانی بود. نتایج این قسمت با مطالعات گانله[2] و همکاران (۲۳)، الهوسن[3] (۱۱) و کیسبولت[4] (۲۴) هم‌سو بود. چرا که در همه‌ی این مطالعات به‌مواردی از قبیل تاثیر کاهش هزینه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری جهت افزایش دسترسی زنان دارای معلولیت به این مراقبت‌ها و ارائه تسهیلات و خدمات حمل‌ونقل به‌عنوان راهکارهایی جهت ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری به زنان دارای معلولیت جسمی اشاره شده است. مقوله مناسب‌سازی ساختار جامعه و مراکز بهداشتی‌درمانی که از زیرطبقات طبقه ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند می‌باشد، با نتایج مطالعه بکر[5] (۲۰) و اهوموزا[6] (۲۵) هم‌سو بود. چراکه در این مطالعات نیز به مناسب‌سازی مراکز ارائه‌ی خدمات و جامعه به‌عنوان راهکار ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری برای زنان دارای معلولیت جسمی اشاره شده است.

1. Beltran
2. Ganle
3. Alhusen
4. Casebolt
5. Becker
6. Ahumuza

یکی دیگر از راهکارهای شناسایی‌شده در این مطالعه، اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی بود که شامل پرهیز از ارجاعات غیرضروری، ایجاد پروتکل آسان برای تایید وضعیت زایمان زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در کمیسیون‌پزشکی و ایجاد امکان ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری در منزل می‌شد. یافته‌های این قسمت با مطالعات بلر[7] (۲۶) و هورنرجانسون[8] (۲۷) هم‌خوانی داشت. چراکه در این مطالعات نیز پیشنهاد گردید که برای افزایش بیشتر دسترسی زنان و تجارب مثبت مراقبت‌های دوران بارداری، باید امکان برنامه‌ریزی منعطف و قرار ملاقات و ویزیت‌های خانگی فراهم شود و شرایط مراقبت خانگی از این افراد فراهم گردد. زیرا این امر به نوبه‌ی خود می‌تواند موجب حفظ، ارتقا و بازیابی استقلال این افراد در چارچوب زندگی و خانواده‌ی او شده و با حمایت از پیشرفت خودمختاری فرد و رفع موانعی که ناتوانی وی را تشدید می‌کنند، شرایط دریافت مراقبت‌های بهتر را فراهم می‌آورد.

ارتقاء همکاری درون و بین‌بخشی، به‌عنوان آخرین راهکار به‌منظور ارتقاء خدمات مراقبت از زنان باردار دارای معلولیت شناسایی شد که خود شامل انعقاد تفاهم‌نامه همکاری مشترک، ایجاد سامانه‌ی مشترک ثبت اطلاعات و برگزاری دوره‌های مشترک آموزشی با سایر ارگان‌ها می‌باشد. نتایج این بخش از مطالعه‌ی حاضر نیز با پژوهش نگوین[9] (۱۳) هم‌سو بود زیرا در این مطالعه نیز بر اهمیت ایجاد یک سیستم یکپارچه ثبت اطلاعات مراقبت تاکید گردید و مشخص شد که سیستم‌های اطلاعات سلامت تمایل به بهره‌وری و مدیریت داده‌ها دارند تا به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی‌درمانی در تصمیم‌گیری‌های بالینی کمک کنند. از سویی دیگر، یافته‌های این بخش با گزارش سازمان جهانی بهداشت در مورد معلولیت که بر ایجاد یک پایگاه شواهد به تولید دستورالعمل‌های بالینی برای کمک به مربیان و ارائه‌دهندگان خدمت در دوران بارداری تاکید نموده است، هم‌خوانی داشت (۶). همچنین در این گزارش اشاره شده است که تقویت همکاری بین رشته‌ای بین ارائه‌دهندگان خدمات و

7. Blair
8. Horner-Johnson
9. Nguyen

برگزاری وبینارها و کنفرانس‌ها، به انتقال دانش، ارائه‌ی مراقبت یکپارچه و افزایش تعداد ارجاعات به خدمات مناسب کمک زیادی می‌کند(۶). ارائه‌ی راهکار بر اساس درک و تجربه زنان دارای معلولیت جسمی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری از دست‌آوردهای علمی منحصر به فرد این مطالعه می‌باشد که در سایر مطالعات به آن پرداخته نشده است.

نتیجه‌گیری: یکی از مهم‌ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم‌های نظام سلامت، دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی‌درمانی مورد نیازشان می‌باشد. دسترسی افراد به مراقبت بهداشتی‌درمانی به‌عنوان یک حقوق اساسی و هدف اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است، یعنی تمام افراد مستحق دریافت مراقبت‌های سلامت هستند ولو این‌که آن‌ها احتیاجی به دریافت آن نداشته باشند. افراد دارای معلولیت در سراسر جهان هنگام دسترسی به مراقبت بهداشتی با موانع متعدد روبرو می‌شوند و خدمات بهداشتی ضعیف‌تری نسبت به افراد غیرمعلول دریافت می‌کنند. به‌خصوص زنان دارای معلولیت، وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین‌تری نسبت به همتایان غیرمعلول خود دارند. در زمینه‌ی بهداشت باروری، زنان دارای معلولیت عمدتا در تحقیقات و برنامه‌ریزی بهداشت باروری نادیده گرفته شده‌اند که به‌نظر می‌رسد بخشی از دلیل این غفلت این است که اغلب تصور می‌شود که آن‌ها از نظر جنسی فعال نیستند و کمتر از زنان بدون معلولیت احتمال ازدواج یا بچه‌دارشدن دارند. یافته‌های مطالعه حاضر راهکارهایی از قبیل توانمندسازی ذینفعان، ایجاد سیستم حمایتی نظام‌مند، اصلاح فرایند و پروتکل مراقبتی و ارتقاء همکاری بین و درون‌بخشی برای ارتقاء مراقبت از زنان باردار دارای معلولیت جسمی‌حرکتی ارئه داد. شناسایی این راهکارها موجب می‌شود متولیان برنامه و سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت و توانبخشی، با نگاهی دقیق‌تر به ظرفیت‌های موجود کشور، نسبت به ارائه‌ی این مراقبت‌ها به زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی و خانواده‌هایشان گام‌های موثرتری برداشته و برای رسیدن به وضعیت مطلوب‌تر، سازوکار لازم در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را اتخاذ و اجرا نمایند، تا درنهایت منجر به اقدامات اساسی در زمینه‌ی بهبود وضعیت ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری به زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی باشد. امید است نتایج این پژوهش راه روشنی را فراروی سیاست‌گذاران، مدیران و برنامه‌ریزان کشور در حوزه بهداشت، درمان و توانبخشی زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی قرار داده تا بتوانند با اصلاح ساختارهای اجرایی و تدوین برنامه‌های جامع، زنان دارای معلولیت جسمی‌حرکتی را مانند سایر افراد کشور در دستیابی به حقوق انسانی‌شان در زمینه باروری یاری نمایند.

محدودیت‌های پژوهش: دسترسی و مصاحبه‌ی حضوری با افراد مصاحبه شونده ازجمله محدودیت‌های مطالعه بود. زیرا به‌دلیل گستردگی جامعه‌ی مورد مطالعه که شامل تمامی زنان دارای معلولیت استان کرمانشاه بودند و این افراد در ۱۴ شهرستان و مناطق مرزی و صعب‌العبور سکونت داشتند، دسترسی به ایشان بسیار سخت بود. برای مرتفع‌نمودن این مشکل، قبل از مراجعه به هر شهرستان طی تماس‌تلفنی با یک سری افراد که به‌عنوان هماهنگ‌کننده تعیین شده بودند، هماهنگی‌های لازم به‌عمل می‌آمد و آدرس و مشخصات افراد مشارکت‌کننده ثبت می‌شد. دسترسی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری به‌ویژه متخصصان و پزشکان که حجم کاری بالایی داشتند نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود که به‌منظور غلبه بر این محدودیت، محقق قبل از انجام هر مصاحبه، هماهنگی‌های لازم را به‌صورت تلفنی انجام می‌داد و نوبت ویزیت دریافت می‌نمود.

تشکر و قدردانی: از همگی مشارکت‌کنندگان در پژوهش اعم از زنان دارای معلولیت جسمی و متخصصان حوزه‌ی سلامت تشکر می‌کنیم. همچنین از همکاری همه‌جانبه و بی‌شائبه مسئولین بهزستی استان کرمانشاه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار کردند که هیچ گونه تضادمنافعی وجود ندارند.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر قسمتی از یک پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی‌ارشد با کداخلاق IR.USWR.REC.1401.126 مصوب دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می‌باشد. تمامی مراحل انجام‌شده در مطالعاتی که شامل شرکت‌کنندگان انسانی بود،

مطابق با استانداردهای اخلاقی کمیته‌ی تحقیقات سازمانی و ملی و با اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن یا استانداردهای اخلاقی مشابه بود. این مقاله حاوی هیچ مطالعه‌ای با حیوانات نیست که توسط هیچ‌یک از نویسندگان انجام شده است.

سهم نویسندگان: م.ص، ک.ع و م.خ طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها را انجام دادند. م.ص و م. ل نگارش مقاله را بر عهده داشتند و همه‌ی نویسندگان در بررسی نهایی مقاله و بازنویسی آن مشارکت داشتند.

References

1. Rezaei S, Goudarzi M. Psychometrics of pregnancy psychological needs questionnaire during pregnancy Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility 2023;26(6):24-36.
2. SHOURGASHTI Z, Jafari B, Hosseini H, Emami Moghadam Z. Investigating the Relationship between Stress, Anxiety and Depression with Nausea and Vomiting during Pregnancy (Descriptive study). Navid No. 2022;25(83):39-48.
3. Notman MT, Lester EP. Pregnancy: theoretical considerations. Psychoanalytic Inquiry. 1988;8(2):139-59. https://doi.org/10.1080/07351698809533715
4. Pant S, Koirala S, Subedi M. Access to maternal health services during COVID-19. Europasian Journal of Medical Sciences. 2020;2:46-50. https://doi.org/10.46405/ejms.v2i2.110
5. Hajifoghaha M, Nahidi F, Alizadeh S, Golezar S, Dabiri F, Mokhlesi SS. Professional Needs of Prenatal Care Providers: A Narrative. Journal of Nursing Education (JNE). 2019;8(2).
6. Potter LC, Morris R, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. International journal of epidemiology. 2021;50(2):652-62. https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220 PMid:33326019
7. Salami S, Mazhari M. The Right to Health of Disabled People in the Field of Urban Law (With a Glance at the Ordinances passed by Tehran City Council). 2022.
8. Esmaeilipour M, Naghavi A. Untold stories of people living with a disability: The perspective of girls with a physical disability about sex. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2020;10(1):47-58.
9. Heideveld-Gerritsen M, van Vulpen M, Hollander M, Maatman SO, Ockhuijsen H, van den Hoogen A. Maternity care experiences of women with physical disabilities: A systematic review. Midwifery. 2021;96:102938. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102938 PMid:33636618
10. Abedi S, Hajikazemi E, Jahdi F, Hosseini F. Disabled Women And Reproductive Health Care Services. Iran Journal of Nursing. 2004;17(39):30-40.
11. Alhusen JL, Bloom T, Laughon K, Behan L, Hughes RB. Perceptions of barriers to effective family planning services among women with disabilities. Disability and health journal. 2021;14(3):101055. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101055 PMid:33384277 PMCid:PMC8219807
12. 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;10(3):445-50. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021 PMid:28089188 PMCid:PMC5466834
13. Nguyen A. Challenges for women with disabilities accessing reproductive health care around the world: a scoping review. Sexuality and Disability. 2020;38(3):371-88. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09630-7
14. Wrzesińska MA, Wrona S, Prysak D, Binder-Olibrowska KW. Perspectives on healthcare for people with intellectual disabilities in Poland. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2024;21(1):e12488. https://doi.org/10.1111/jppi.12488
15. Jansen-van Vuuren J, Nelson M, Plyley H, Thomson D, Piccone C, Perry L, et al. Natural support for Canadians with disabilities: A scoping review. Canadian Journal of Disability Studies. 2024;13(1):1-36.
16. Ziyari K. Assess the degree of cultural development in Iran. Social Science of the letter journal. 2000(16).
17. Mowlaei M. The Study and Comparison of Social Welfare and Services Development Degree among Iran's Provinces in 1994 and 2004. Social Welfare. 2007;6(24):241-58.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001 PMid:14769454
19. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research. 1994;2(163-194):105.
20. Becker H, Stuifbergen A, Tinkle M. Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: a qualitative study. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1997;78(12):S26-S33.

https://doi.org/10.1016/S0003-9993(97)90218-5 PMid:9422004

21. Beltran-Arreche M, Fullana Noell J, Pallisera Díaz M. Women with intellectual disabilities and motherhood: barriers, supports and demands. International Journal of Developmental Disabilities. 2024:1-11. https://doi.org/10.1080/20473869.2024.2318865
22. Organization WH. Disability-inclusive health services toolkit: a resource for health facilities in the Western Pacific Region. 2020.
23. Ganle JK, Otupiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R. Challenges women with disability face in accessing and using maternal healthcare services in Ghana: a qualitative study. PloS one. 2016;11(6):e0158361. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158361 PMid:27347880 PMCid:PMC4922658
24. Casebolt MT. Barriers to reproductive health services for women with disability in low-and middle-income countries: a review of the literature. Sexual & Reproductive Healthcare. 2020;24:100485. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100485 PMid:32036280
25. Ahumuza SE, Matovu JK, Ddamulira JB, Muhanguzi FK. Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. Reproductive health. 2014;11:1-9. https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-59 PMid:25086444 PMCid:PMC4131806
26. Blair A, Cao J, Wilson A, Homer C. Access to, and experiences of, maternity care for women with physical disabilities: A scoping review. Midwifery. 2022;107:103273. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103273 PMid:35158123
27. Horner-Johnson W, Biel FM, Caughey AB, Darney BG. Differences in prenatal care by presence and type of maternal disability. American journal of preventive medicine. 2019;56(3):376-82. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.021 PMid:30777157 PMCid:PMC6402767