

Iranian Mothers' Perspectives about Aspects and Determining Factors of Respectful Maternity Care During Labor and Delivery: A Qualitative Study

Mojgan Mirghafourvand¹ , Maryam Vaezi² , Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi³ ,
Shahla Meedya⁴ , Khadije Hajizadeh^{5*} 

¹ Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Department of Obstetrics and Gynecology, Alzahra Teaching Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ South Asia Infant Feeding Research Network (SAIFRN), School of Nursing, Faculty of Science, Medicine, and Health, University of Wollongong, Wollongong, Australia

⁵ Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:

Received: 16 Mar 2024

Accepted: 14 Aug 2024

ePublished: 18 Aug 2024

Keywords:

Respectful Maternity
Care,
Right to Health,
Patient Rights,
Social Determinants of
Health,
Mothers' Perspectives

Abstract

Background. Respectful maternity care (RMC) is a crucial approach to enhancing the experiences of mothers. This study aimed to explore women's views on the factors contributing to disrespect and abuse (D&A) during childbirth.

Methods. A qualitative study was conducted with 12 postpartum women selected through purposive sampling to ensure maximum diversity. Data were gathered through in-depth semi-structured interviews and analyzed using a conventional content analysis method.

Results. The analysis revealed seven key categories. These categories included respect for women, meeting needs and preferences, involvement of women, continuity of care, empathy, adequate human and non-human resources, and factors that deter D&A.

Conclusion. It is essential to develop effective interventions to enhance RMC across various dimensions. Providing RMC during and after childbirth necessitates the involvement of policymakers and health managers. This can be accomplished by addressing the welfare and environmental needs, showing empathy towards mothers, safeguarding their privacy, alleviating staff workloads, and transforming the attitudes of healthcare workers.

Mirghafourvand M, Vaezi M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, Hajizadeh K. Iranian Mothers' Perspectives about Aspects and Determining Factors of Respectful Maternity Care During Labor and Delivery: A Qualitative Study. *Depiction of Health*. 2024; 15(3): 255-269. doi: 10.34172/doh.2024.20. (Persian)

Extended Abstract

Background

Childbirth is one of the most important, critical, stressful, and at the same time, glorious periods of every woman's life. Usually, in childbirth, the concept of "safe motherhood" is limited to physical safety, while childbirth has deep cultural and personal significance for

the woman and her family. Therefore, the concept of safe motherhood should go beyond the prevention of illness or death, and other concepts, including respect for human rights such as independence, dignity and respect, choices and preferences, and companionship with women, should be considered. In recent years, the use of respectful

* Corresponding author; Khadije Hajizadeh, E-mail: Hajizade_k@yahoo.com



maternity care (RMC) has been promoted by emphasizing the importance of ethics and considering the psychological, social, and cultural aspects of childbirth. RMC) is an important strategy for improving mothers' experiences. This study aimed to explain women's perceptions of aspects and determining factors of disrespect and abuse (D&A) during childbirth.

Methods

Upon sampling in the quantitative stage, the RMC questionnaire was analyzed, and according to the results of the average overall scores of RMC in postpartum women, the women who had 10% of the upper and lower RMC scores (extreme cases) were selected as the target population of this study. The sampling method used was purposive, meaning that women who were included in the final cases and were willing and capable of sharing their views on the elements and influencing factors of their respectful maternity care (RMC) during childbirth were chosen. Informed consent was secured from those women who agreed to take part in the study. Ultimately, 12 postpartum women with a wide range of backgrounds participated in this qualitative research. Data were gathered through in-depth semi-structured interviews and were analyzed concurrently using a conventional content analysis method.

Results

The data analysis revealed seven primary categories. These categories encompassed respect for women, satisfaction of needs and preferences, women's involvement, care maintenance, empathy, suitable human

and non-human resources, and the factors influencing D&A. The importance of maintaining the human dignity of childbirth centers was highlighted as essential for achieving respectful maternity care (RMC). Some participants noted that caregivers were attentive to their physical or physiological requirements, such as access to water, food, and appropriate clothing, and made efforts to address the mother's needs during labor and postpartum.

Conclusion

Given that women's interactions with caregivers can either foster peace and comfort or undermine their self-confidence and self-esteem, the relationship between women and their pregnancy care providers, as well as the overall pregnancy care system, is crucial during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Therefore, based on the study's findings, several recommendations should be made. These include creating conditions that allow women to understand the various aspects of childbirth, ensuring privacy, preventing discriminatory behavior from caregivers and birth attendants, obtaining informed consent, and protecting women from blame, insults, threats, humiliation, mockery, and any form of inappropriate or violent treatment. Additionally, care should be delivered with attention, empathy, and encouraging words. In essence, staff should work to enhance birthing centers by creating a calming physical environment, providing necessary facilities and equipment, allowing women to communicate with their families via phone, and ensuring adequate anesthesia during episiotomies and their repair.

تبیین ادراک زنان زایمانی از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز: یک مطالعه کیفی

مژگان میرغفوروند^۱، مریم واعظی^۲، سکینه محمد علیزاده چرندابی^۳، شهلا میدیا^۴، خدیجه حاجی‌زاده^{۵*}

^۱ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ شبکه تحقیقاتی تغذیه نوزادان آسیای جنوبی (SAIFRN)، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی و بهداشت، دانشگاه ولونگونگ، ولونگونگ، استرالیا

^۵ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. مراقبت مادری احترام‌آمیز، یک استراتژی مهم در بهبود تجارب مادران بعد از زایمان می‌باشد. هدف از این مطالعه تبیین ادراک زنان زایمانی از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز می‌باشد.

روش کار. این مطالعه با رویکرد کیفی از نوع تحلیل محتوا بر روی ۱۲ زن زایمان کرده با حداکثر تنوع و از طریق نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته عمیق جمع‌آوری و به‌طور همزمان، با استفاده از آنالیز محتوای کیفی با رویکرد قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها. پس از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها ۷ طبقه و ۲۲ زیر طبقه که شامل تکریم زانو، نیازها و ترجیحات تأمین شده، مشارکت در تصمیم‌گیری، حفظ مراقبت و رها نشدن زن باردار، همدلی، منابع انسانی و غیر انسانی مناسب و بازدارنده‌های بدرفتاری و بی‌احترامی حاصل شد.

نتیجه‌گیری. طراحی مداخلات مناسب برای ارتقای مراقبت مادری احترام‌آمیز در ابعاد مختلف، حیاتی است. بدین لحاظ باید با تأمین نیازهای رفاهی و محیطی و همدلی با مادر و رعایت حریم شخصی مادران و همچنین کاهش حجم کاری کارکنان و نیز تغییر نگرش کارکنان بهداشتی، مراقبت مادری احترام‌آمیز در زایمان و پس از زایمان را فراهم نمود که این امر نیازمند یاری سیاست‌گذاران و مدیران سلامت می‌باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۵/۲۸

کلیدواژه‌ها:

مراقبت مادری احترام‌آمیز،

حق بر سلامتی،

حقوق بیمار،

عوامل اجتماعی تعیین

کننده سلامت،

ادراک زنان زایمانی

مقدمه

طی سال‌های اخیر، استفاده از مراقبت‌های احترام‌آمیز (RMC) با تأکید بر اهمیت اخلاق و با در نظر گرفتن جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی زایمان ارتقا یافته است.^۲ RMC در هنگام زایمان به عنوان حق اساسی بشر تعریف می‌شود که شامل رعایت اصول اخلاق و احترام به استقلال، احساسات، عزت، انتخابات و ترجیحات زنان برای حق داشتن همراه و یا انجام آیین‌های فرهنگی‌اش می‌باشد.^{۴،۳} بنابراین مفهوم مادری ایمن باید از مواردی مانند پیشگیری از بیماری یا مرگ و میر فراتر رفته و مفاهیم

زایمان یکی از دوره‌های مهم، بحرانی، پراسترس و در عین حال شکوهمند در زندگی هر زن است. معمولاً در زایمان مفهوم "مادری ایمن" محدود به ایمنی جسمی است، در حالی‌که زایمان دارای اهمیت عمیق فرهنگی و شخصی برای زن و خانواده‌اش می‌باشد. بنابراین مفهوم مادری ایمن باید از مواردی مانند پیشگیری از بیماری یا مرگ و میر فراتر رفته و مفاهیم دیگری مانند احترام به حقوق انسانی مانند احترام به استقلال، عزت و احترام، انتخابات و ترجیحات و همراهی با زنان مد نظر قرار بگیرد.^۱

* پدیدآور رابط: خدیجه حاجی‌زاده، آدرس ایمیل: Hajizade_k@yahoo.com

مطالعه‌ای در ایران که به این موضوع بپردازد یافت نشد. در حالی که با توجه به بستر فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و شرایط محیطی متفاوت کشور ما با سایر کشورها ضرورت دارد که چنین مطالعه‌ای در کشور ایران نیز انجام گرفته و بر آن اساس برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، تخصیص منابع، بودجه و اولویت‌های پژوهشی منطقه‌ای تعیین گردند. از آنجایی که تحقیق کیفی رویکردی برای کشف و توصیف تجارب افراد و معنی و مفهوم بخشیدن به آنهاست که منجر به افزایش بینش، درک و آگاهی از تجارب انسانی می‌شود و زمانی که نیاز به توضیح مفاهیم و رابطه بین آنها وجود دارد استفاده می‌گردد، لذا پژوهش کیفی حاضر، با هدف تبیین ادراک زنان زایمانی از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز انجام گردید.

روش کار

پرسش‌نامه مراقبت مادری احترام‌آمیز بعد از اتمام نمونه‌گیری مرحله کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج فاز کمی در زمینه میانگین نمره کلی مراقبت مادری احترام‌آمیز در زنان زایمان کرده، زنانی را که ۱۰ درصد حد بالایی و پائینی نمره مراقبت مادری احترام‌آمیز (موارد انتهایی) را کسب نموده بودند،^{۱۷} به عنوان نمونه‌های این مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود، یعنی زنانی که جزء موارد انتهایی بوده و تمایل و قادر به تبیین ادراکشان از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز خودشان در مورد زایمان بودند، انتخاب شدند. زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، رضایت آگاهانه از آنها اخذ شد.

قبل از اجرای مرحله کیفی، سوالات مورد نظر در راهنمای مصاحبه براساس یافته‌های مطالعه مرحله اول یا کمی و عوامل مرتبط تعیین شده طراحی شد. راه‌های اخذ داده‌های معتبر و چگونگی تمرکز روی سوالات پژوهش با اعضای تیم تحقیق مرور گردید. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته و یادداشت‌برداری در عرصه بود. مصاحبه با سوالات کلی: "روز زایمان بر شما چگونه گذشت؟"، "چه خاطراتی از روز زایمان دارید؟"، "به نظر شما چه عواملی باعث مراقبت مادری احترام‌آمیز زایمان می‌شود؟" و "به نظر شما مراقبت مادری احترام‌آمیز چگونه می‌تواند بر تجربه شما تاثیرگذار باشد؟" شروع شد. در شروع و همچنین در تداوم مصاحبه، سوالات عمق‌دهنده و اکتشافی بر اساس نوع پاسخ به هر سوال

دیگری مانند احترام به حقوق انسانی مانند احترام به استقلال، عزت و احترام، انتخابات و ترجیحات و همراهی با زنان را مد نظر قرار دهد.^{۱۸} هر زنی حق دارد از مراقبت‌های بهداشتی با کیفیتی برخوردار شود که دارای ویژگی‌های احترام، عاری از خشونت و تبعیض و ارائه اطلاعات کافی باشد.^۵ به‌طور کلی در تعریف RMC توافق کلی وجود ندارد؛ این در حالی است که در بسیاری از مواقع، با مراقبت دوستانه از زنان (Friendly Care) و مراقبت زن محور (Woman Center Care) مترادف با آن تلقی می‌شود.^{۵-۳}

شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهد اگر زنان در هنگام مراقبت از زایمان مورد بی‌احترامی و یا بدرفتاری قرار گیرند ممکن است به دنبال انجام زایمان طبیعی نباشند.^{۲،۶} استرس هنگام زایمان می‌تواند شروع شیردهی را نیز به تاخیر بیندازد.^۸ همچنین بدرفتاری و بی‌احترامی می‌تواند سندروم استرس بعد از حادثه را نیز تشدید نماید.^{۱۰،۹} خاطرات زنان از تجارب زایمان، غالباً با سایر زنان به اشتراک گذاشته می‌شود؛ این امر باعث ایجاد کاهش رضایت و اعتماد نامناسب به سیستم بهداشت و درمان می‌شود.^۱

بدرفتاری و بی‌احترامی نسبت به زنان در طول مراحل قبل از زایمان و در حین زایمان در دهه گذشته رو به افزایش است.^{۱۲،۱۱} در مطالعه‌ای که در ایران انجام گرفته است شیوع مراقبت مادری توأم با احترام ۶۲/۵۸ درصد گزارش شده است.^۹ مطالعات کیفی متفاوتی جهت تبیین ادراک زنان زایمانی از بدرفتاری و بی‌احترامی در جهان انجام گرفته است.^{۱۶-۱۳} در یک مطالعه کیفی انجام شده در اتیوپی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، اکثریت موارد D&A را غیرعمدی و ناشی از ضعف سیستم بهداشتی و کمبود تجهیزات ضروری گزارش نمودند.^{۱۱}

سهمداران و نهادهای مربوطه برای دستیابی به هدف توسعه پایدار ۲۰۳۰، بایستی خدمات مراقبت از بارداری و زایمان محترمانه را به عنوان راهکار کلیدی کاهش مرگ و میر مادران در نظر بگیرند. در حال حاضر یکی از سیاست‌های کشور ایران برای مقابله با کاهش و پیر شدن جمعیت، تشویق به فرزندآوری زوجین می‌باشد. یکی از فاکتورهای مهم برای تصمیم‌گیری در مورد حاملگی بعدی، نوع تجربه کسب شده از زایمان قبلی می‌باشد. داشتن تجربه مثبت، مراقبت مادری توأم با احترام و رضایت از زایمان قبلی احتمال تصمیم‌گیری برای داشتن بارداری‌های دیگر را افزایش می‌دهد.

برای تامین اعتبار یافته‌ها، از روش لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba) و از روش‌های مختلف شامل مصاحبه‌های عمیق در زمان‌ها و مکان‌های مختلف و انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع (از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، شغل، سن) استفاده شد.^{۲۰} برای تایید اعتبار محتواهای به دست آمده، متن کدگذاری شده جهت بازبینی در اختیار چهار نفر از مشارکت‌کنندگان (Member Check) جهت تایید صحت تفاسیر و انجام اصلاحات لازم قرار گرفت. همچنین از نظرات ۴ نفر از افراد صاحب‌نظر جهت تطبیق و اطمینان از همخوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان، استفاده گردید. در مطالعه حاضر جهت افزایش انتقال‌پذیری، هم محیط پژوهش و هم مشارکت‌کنندگان مطالعه به‌طور کامل توصیف شدند تا امکان قضاوت در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌ها را برای خوانندگان فراهم آورد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک ۱۲ مشارکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ و پیوست ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

مشخصات	تعداد (درصد)
سن (سال)	
۱۵-۲۴	۲(۲۵)
۲۵-۳۴	۷(۵۸/۳)
≥۳۴	۳(۲۵)
وضعیت شغلی	
خانه دار	۷(۵۸/۳)
کارمند	۲(۱۶/۶)
دانشجو	۳(۲۵)
سطح تحصیلات	
ابتدایی	۱(۸/۳۳)
دیپلستان	۵(۴۱/۶۶)
دانشگاهی	۶(۵۰)
وضعیت اقتصادی	
پایین	۱(۸/۳۳)
متوسط	۷(۵۸/۳۳)
بالا	۴(۳۳/۳۳)
رضایت از زندگی (بله)	۹(۷۵)
تعداد بارداری	
۱	۸(۶۶/۶)
۲	۴(۳۳/۳)

برای پی بردن به عمق ادراک زنان نظیر "منظورتان چیست؟"، "چرا؟"، "بیشتر توضیح دهید"، "ممکن است موردی را مثال بزنید تا من منظورتان را درک کنم" ارائه شد. در طی مصاحبه، محقق داده‌های غیرکلامی را مثل تون صدا، تظاهرات صورت و وضعیت مشارکت‌کنندگان را در یک شیت خاص با ذکر زمان و مکان مصاحبه ثبت می‌نمود.

برای آنالیز داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی استفاده شد. مزیت اصلی تحلیل محتوای کیفی براساس رویکرد قراردادی، به‌دست آوردن اطلاعات مستقیم از مطالعه، بدون تحمیل کردن مقوله یا نظریه‌های از پیش تعیین شده است.^{۱۸} در این پژوهش از روش تحلیل محتوای قراردادی با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهیم و لاندمن (Graneheim & Lundman) استفاده شد. با این روش می‌توان علاوه بر محتوای آشکار متون مصاحبه به محتوای پنهان آن و مفاهیم با سطح انتزاع متفاوت نیز دست یافت.^{۱۹} محقق همزمان با انجام هر مصاحبه و ضبط آن به‌وسیله دستگاه MP4، داده‌ها را به‌طور منظم نسخه‌برداری می‌نمود. سپس مصاحبه‌ها، به صورت مکرر مطالعه می‌گردیدند تا درکی کامل از آنها به‌دست آید. سپس جملات و عبارات کدگذاری شده و پس از شکل‌گیری کدها به شیوه استقرایی، کدهای مشابه در هم ادغام گردیده و آنهایی که مفهوم مشابهی داشتند در یک دسته قرار گرفتند و تشکیل زیر طبقه را دادند. کدهای تشکیل شده توسط کل اعضای تیم تحقیق ارزیابی و توافق نهایی حاصل شد. پس از آن با مقایسه زیر طبقات با یکدیگر، با فرایند استقراء، زیر طبقات مشابه، در یک طبقه اصلی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

مکان انجام مصاحبه‌ها در این پژوهش محیط واقعی و طبیعی بود و هر مکانی که برای مشارکت‌کنندگان مساعدتر بود (مانند منزل شرکت‌کنندگان و یا اتاق آموزش مراکز سلامت)، مصاحبه‌ها انجام می‌گرفت. از هر شرکت‌کننده یکبار مصاحبه صورت گرفت و مصاحبه‌ها به زبان فارسی بودند. حجم نمونه در این مرحله تا اشباع اطلاعات یعنی تا عدم دریافت اطلاعات یا کد جدید که از مصاحبه ۹ به بعد اتفاق افتاد، ادامه داشت. در نهایت تعداد مشارکت‌کنندگان در این مرحله به ۱۲ نفر رسید. مدت زمان مصاحبه از ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود.

همدلی، منابع انسانی و غیر انسانی مناسب و بازدارنده‌های بدرفتاری و بی‌احترامی و همچنین ۲۲ زیر طبقه حاصل شد (جدول ۲).

پس از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها ۷ طبقه که شامل تکریم زائو، نیازها و ترجیحات تأمین شده، مشارکت در تصمیم‌گیری، حفظ مراقبت و رها نشدن زن باردار،

جدول ۲. طبقه‌بندی جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده‌ی مراقبت مادری احترام‌آمیز Respectful Maternity Care

طبقه اصلی	طبقه فرعی
تکریم زائو	رفتار خوب کلامی رفتار احترام‌آمیز کادر
نیازها و ترجیحات تأمین شده	توجه به نیازهای جسمانی و مراقبتی زائو اجازه برای حضور همسر یا همراه در کنار زائو اجازه برای ارتباط زائو با خانواده یا همسر توجه به نیازهای زن در زمینه تسکین درد فراهم‌سازی امکان استفاده از روش‌های آرام‌بخش
مشارکت در تصمیم‌گیری	اجازه به زائو جهت تحرک و تغییر وضعیت اخذ رضایت آگاهانه
حفظ مراقبت و رها نشدن زن باردار	ارائه کافی و مناسب اطلاعات و آموزش مطابق با نیاز زن مراقبت به موقع مراقبت پیگیرانه
همدلی	توجه به نیازهای عاطفی درک کردن زائو القای روحیه مثبت
منابع انسانی و غیرانسانی مناسب	کافی بودن تجهیزات و امکانات رفاهی کافی بودن پرسنل درمانی توجه کافی به نظافت محیطی مناسب بودن فضای فیزیکی
بازدارنده‌های بدرفتاری و بی‌احترامی	گزینش مناسب کادر درمان ارتقای انگیزه کاری در کارکنان آموزش اخلاق حرفه‌ای

❖ رفتار احترام‌آمیز کادر (پزشک، ماما، کمک بهیار)

رفتار احترام‌آمیز هم می‌تواند در رفتارهایی مانند داشتن وقار و طمانینه، صبوری، احترام به شخصیت زائو، خوش‌برخوردی، خوش‌رویی، مهربانی و صمیمیت نمود باید. "در این بیمارستان وقتی وارد شدم در بدو ورود با من خوش برخورد بودند و خوش‌رویی کردند. من را با خونگرمی و خوش‌رویی تحویل گرفتند. من هم گفتم که خدا را شکر که در بدو ورود به من احترام گذاشتند. مثل خواهر و مادرم با من برخورد می‌کردند. آنها خیلی خوب و با گرمی و مهربانی مرا معاینه کردند." (شرکت‌کننده‌ی ۷)

۲- نیازها و ترجیحات تأمین شده

این نیازها می‌توانند نیازهای جسمانی و مراقبتی اعم از آب و غذا و پوشاک بیمار، حضور و ارتباط با همسر یا

۱- تکریم زائو

حفظ شأن انسانی زائو در مراکز زایمانی یک عامل ضروری برای داشتن مراقبت مادری احترام‌آمیز مطرح گردید. این طبقه شامل دو زیر طبقه‌ی "رفتار خوب کلامی" و "رفتار احترام‌آمیز کادر" است.

❖ رفتار خوب کلامی

رفتار خوب کلامی می‌تواند در ملایمت و نرمی سخن، خنده‌رویی و یا شوخی و مزاح نمودن با مادر جلوه یابد. مثلاً شرکت‌کننده‌ای ابراز می‌داشت که: "همون ماما از نوزاد من با شوخی و مهربانی عکس انداخت. در حین بخیه با مهربانی به من گفت وای چه دختر زیبایی داری. این حرف‌ها باعث می‌شد که من درد بخیه را کمتر احساس نمایم." (شرکت‌کننده‌ی ۳)

❖ توجه به نیازهای زن در زمینه تسکین درد

آموزش و به کارگیری روش های تسکین درد دارویی معمول برای کنترل و مدیریت درد لیبر توسط مراقبین، عاملی برای کسب مراقبت مادری احترام آمیز از زایمان مطرح گردید. رضایت از روش های تسکین درد دارویی به کار گرفته شده شامل "رضایت از تسکین دارویی درد زایمان و بعد از زایمان" و "رضایت از داروهای بی حسی مورد استفاده در هنگام ترمیم اپی زیاتومی" بود.

زائویی که در زایمان رمی فنتانیل دریافت کرده بود اظهار نمود:

"رمی فنتانیل بر درد من خیلی خوب اثر کرد. به طوری که فکر کردم بعد از این که دهانه رحم ۴ سانت شد، مدت زایمان خیلی کم طول کشید". (مشارکت کننده ۷)

همچنین تمامی مشارکت کنندگان، استفاده ی کافی و به موقع از داروی بی حسی را حین انجام اپی زیاتومی و ترمیم آن ضروری می دانستند. زائویی ابراز نمود:

"زمانی که بخیه های من رو می دوختند، خیلی خوب بی حس کرده بودند، اصلاً متوجه نشدم". (مشارکت کننده ۱۱)

❖ فراهم سازی امکان استفاده از روش های آرامش بخش

رضایت از روش های تسکین درد غیر دارویی به کار گرفته شده شامل استفاده از آب گرم، ماساژ، توپ های زایمانی، تکنیک های تنفسی و گوش دادن به موسیقی برای تسکین درد بود.

زائویی که در یک مرکز زایمانی آموزشی زایمان کرده بود، اظهار داشت:

"کاش برای همه مریض ها اتاق های ویژه وجود داشته باشه. آن محلی که من زایمان کردم همه امکانات مثل دوش آب گرم وجود داشت یا این که به من اجازه داده می شد که بلند شده و راه بروم". (شرکت کننده ۱۱)

استفاده از موسیقی درمانی یا تغییر وضعیت بر روی توپ های زایمانی موجب آرامش آنان شده بود.

"در مکانی که زایمان کردم، با موسیقی روی توپ تمرین می کردم". (شرکت کننده ۱۲)

۳- مشارکت در تصمیم گیری

از دیدگاه تمامی مشارکت کنندگان، آنان می خواستند در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت خود از قبیل انتخاب

خانواده، تسکین درد و استفاده از روش های آرام بخش باشد. این طبقه شامل "توجه به نیازهای جسمانی و مراقبتی زائو" و "اجازه برای حضور همسر یا همراه در کنار زائو"، "اجازه برای ارتباط زائو با خانواده یا همسر"، "توجه به نیازهای زن در زمینه تسکین درد" و "فراهم سازی امکان استفاده از روش های آرام بخش" بود.

❖ توجه به نیازهای جسمانی و مراقبتی زائو

برخی مشارکت کنندگان احساس می کردند که مراقبین به طور مطلوبی به نیازهای جسمانی یا فیزیولوژیکی شان همچون نیاز به آب، غذا و پوشش مناسب توجه نموده و آنان درصدد برآورده کردن نیازهای مادر در طول لیبر و پس از زایمان بودند.

"اونجایی که من زایمان کردم صبح غذا دادند و حتی بعد از صبحانه هم غذا/های مخصوص زایمان بهمون دادند". (شرکت کننده ۶)

"مادرم در اولین سرویس بهداشتی مرا با زور و ذلت پایین آورد. کمک بهیار آمد و گفت که چرا به ما اطلاع ندادی. کاش به ما می گفتید تا مادرتان را کمک می کردیم". (شرکت کننده ۶)

❖ اجازه برای حضور همسر یا همراه در کنار زائو

برخی از مشارکت کنندگان ابراز می نمودند که امکان حضور مادر و همسر در اتاق زایمان وجود داشت؛ چون حضور همراهان در مرکز زایمانی مایه ی امیدواری، انرژی برای ادامه دادن و دلگرمی بود.

"بهتر بود همسران هم پیش مادران باشد. اینکه اجازه دادند مادرم پیش من باشد خیلی خوب بود. اگر مادرم اونجا نبود من نمی توانستم درد را تحمل کنم. من قطعاً می مردم. چون تنها کسی که به من روحیه داد مامانم بود. و به من می گفت نگران نباش". (شرکت کننده ۱۱)

❖ اجازه برای ارتباط زائو با خانواده یا همسر

تمامی مشارکت کنندگان، امکان مکالمه تلفنی با همسر در طول لیبر را یک ضرورت می دانستند. آنان معتقد بودند که فراهم شدن مکالمه تلفنی با همسر در احساس آرامش خاطر داشتن و رضایت لیبر و زایمان وی تأثیرگذار بود. زائویی می گفت:

"آنجایی که من زایمان کردم، یک گوشی رابطی وجود داشت که می توانستیم با همراهانمان در بیرون بخش تماس بگیریم". (شرکت کننده ۵)

"ارائه کافی و مناسب اطلاعات و آموزش مطابق با نیاز زن"،
"مراقبت به موقع" و "مراقبت پیگیرانه" است.

❖ ارائه کافی و مناسب اطلاعات و آموزش مطابق با نیاز زن

مشارکت‌کنندگان دریافت اطلاعات و آموزش‌های موردنیاز خود در زمینه‌های سیر زایمان در مراحل مختلف لیبر، روش‌های کاهش درد و عوارض احتمالی داروها، علائم خطر مادری و جنینی، مداخلات انجام شده، وضعیت‌های مختلف قرارگیری در لیبر و نحوه‌ی زور دادن را به‌صورت کلامی یا ارائه پمفلت آموزشی را از عوامل اصلی مراقبت مادری احترام‌آمیز می‌دانستند.

زائویی در مورد دریافت اطلاعات حین لیبر چنین می‌گفت:

"مامای شبیت شب در کنارم نشسته بود و تا ساعت ۳ با من صحبت کرد. هر سوالی می‌پرسیدم جواب می‌داد این خیلی برام مهم بود". (شرکت‌کننده‌ی ۱)
زائوی دیگری می‌گفت که اطلاعاتی که به بیمار داده می‌شود باید در اندازه‌ی فهم و درک بیمار باشد.
"آنها طوری با من صحبت می‌کردند که من ملتفت بشوم و به زبان من صحبت می‌کردند". (شرکت‌کننده‌ی ۸)

❖ مراقبت به موقع

مادران اظهار می‌نمودند که مراقبت به موقع و عدم تأخیر در کارهای محوله به مراقبین می‌تواند باعث افزایش احترام در مرکز زایمانی شود.

"پرستار دائم بر بالین من حضور می‌یافت و می‌گفت اگر کاری داشتی می‌توانی مرا صدا بزنی. همچنین داروها را به موقع می‌آوردند. هر وقت می‌گفتم درد دارم، داروی ضد درد را به موقع می‌آوردند". (شرکت‌کننده‌ی ۱۲)
"این که در بخش بعد از زایمان سریعاً آمدند و تخت دو تکه را به هم وصل کردند، خیلی خوب بود. دیگر حس آبی بودن را نداشتم و حس بد از بین رفت. چرا که سریع ملاقه‌های مرا عوض کردند". (شرکت‌کننده‌ی ۱۱)

❖ مراقبت پیگیرانه

شرکت‌کنندگان اظهار می‌نمودند که مراقبت توأم با احترام نباید محدود به داخل اتاق زایمان باشد و باید مراقبت پیوسته بوده و زائو و نوزاد بعد از زایمان رها نشود. همچنین برخی مشارکت‌کنندگان ابراز می‌نمودند که در طول دوره‌ی پس از زایمان توسط ماما یا پزشک همراه و یا

نوع زایمان، محل زایمان، تحرک یا عدم تحرک، فرد همراه، مامای همراه، افراد حاضر در اتاق، انجام اپی‌زیاتومی، بی‌دردی، شیردهی و معاینه واژینال توسط مراقب دخیل شوند. این طبقه شامل دو زیر طبقه‌ی "اجازه به زائو جهت تحرک و تغییر وضعیت" و "اخذ رضایت آگاهانه" است.

❖ اجازه به زائو جهت تحرک و تغییر وضعیت

اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند که حین درد تمایلی به محدود شدن در تخت نداشتند و تمایل داشتند وضعیت‌های مختلف را به منظور کنترل نمودن درد به خود بگیرند.

زائویی ابراز نمود:

"می‌توانستم آزادانه راه برم، یا این که بلند بشوم و یا تغییر موقعیت بدهم". (شرکت‌کننده‌ی ۴)
زائوی دیگری می‌گفت:
"من هر وقت دلم می‌خواست مانیتورهای قلب جنین را از من جدا می‌نمودند و من می‌توانستم به سرویس بهداشتی بروم". (شرکت‌کننده‌ی ۱۲)

❖ اخذ رضایت آگاهانه

برخی شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که قبل از انجام پروسیجرهای درمانی همانند معاینه واژینال و یا انجام زایمان بی‌دردی، از آنها رضایت گرفته شود. این امر باعث می‌شد که مادران احساس نمایند در امور مربوط به خود دخیل هستند و در نهایت این امر باعث کاهش استرس آنان می‌شد.

زائویی در مورد انجام زایمان بی‌دردی، می‌گفت:

"آنها آمدند و از من جهت انجام زایمان بی‌دردی اجازه گرفتند". (مشارکت‌کننده ۳)
یا زائوی دیگری می‌گفت:
"ماما برای انجام معاینه واژینال از من اجازه می‌گرفت و زمانی که دردهایم کم می‌شد مرا معاینه می‌کرد". (شرکت‌کننده‌ی ۱۲)

۴- حفظ مراقبت و رها نشدن زن باردار

شرکت‌کنندگان اظهار می‌نمودند که آنها تنها رها نمی‌شدند و مراقب در هر حال کنار آنها بوده و به سوالات وی با دقت کافی پاسخ می‌داد. این طبقه شامل ۳ زیرطبقه

❖ درک کردن زائو

اغلب مشارکت کنندگان تمایل داشتند که زائو در هنگام دردهای زایمانی، معاینات واژینال و یا بخیه زدن توسط مراقب یا پزشک درک شوند. این درک کردن می‌توانست به صورت گرفتن دست زائو، در کنار زائو بودن، همدردی و یا پرت کردن حواس زائو از طریق صحبت با وی باشد. "حتی به ماما گفتم که در زایمان کنار من باش و دست من را موقع دردهای زایمان بگیر و ماما هم با مهربانی قبول کرد. اون ماما تا ساعت ۳ شب در هنگام معاینه دست منو می‌گرفت تا معاینه من تموم بشه". (شرکت کننده ۱)

❖ القای روحیه مثبت

شرکت کنندگان بر روحیه بخشی توسط اعمالی مانند تشویق زائو جهت زور دادن، زدودن نگرانی از زائو، امیدبخشی، افزودن اعتماد به نفس زائو، دلداری دادن و امیدبخشی تأکید داشتند. اظهارات شرکت کنندگان بدین شرح بود: "اونجا یک ماما بود که به من کمک کرد و روحیه و دلگرمی می‌داد و به من گفت که امیدت را از دست نده. من کمکت می‌کنم نگران نباش. مهم ترین چیز در اتاق زایمان دادن روحیه و همدردی هست". (شرکت کننده ۳) "مثلا می‌گفتند: خانم توکلت به خدا باشه، به کار خیلی مهم می‌کنی، تو به کار خدا پسندانه می‌کنی. کادر درمان می‌تواند حرف‌هایی بزند که اونجا شبیه بهشت باشد. اعتماد به نفس آدم را بالا ببرند". (شرکت کننده ۶)

۶- منابع انسانی و غیر انسانی مناسب

منابع انسانی (ماما، کمک بهیار) و غیر انسانی مناسب (ویلچر، صندلی، تخت، یخچال) در برآورده کردن نیازهای جسمانی، و مراقبتی زائو، تمیز بودن محیط و فضای لیبر از عوامل موثر بر مراقبت مادری احترام آمیز در سیستم مطرح گردید. این طبقه شامل ۴ زیر طبقه "کافی بودن تجهیزات و امکانات رفاهی"، "کافی بودن پرسنل درمانی"، "توجه کافی به نظافت محیطی" و "مناسب بودن فضای فیزیکی" است.

❖ کافی بودن تجهیزات و امکانات رفاهی

اکثریت مشارکت کنندگان اظهار می‌نمودند که امکانات رفاهی مرکز زایمانی از قبیل وجود سرویس بهداشتی،

مراقبین بیمارستان از نظر وجود مشکلات پس از زایمان پیگیری صورت گرفته و مراقبین نسبت به مشکلات پس از زایمان آنان به نحو مطلوبی پاسخگو بودند.

مثلا زائویی در مورد چک کردن شیردهی به نوزاد در بعد از زایمان اشاره نموده و اظهار نمود: "شیر خوردن بچه را خوب چک می‌کردند. نحوه گرفتن سینه مادر را هم کنترل می‌کردند. نزدیک یک و نیم ساعت پرستاری بالاسر من منتظر بود که تا بچه سینه‌ام را دوباره بگیرد". (شرکت کننده ۱۱)

زائوی دیگری در مورد مراقبت پیگیرانه گفت: "مراقب بعد از اتمام زایمان (زمان ترخیص) نیز بر بالین من حضور یافته و وضعیت سلامت جسمانی من و نوزادم را پیگیری نمود". (شرکت کننده ۱۲)

۵- همدلی

مشارکت کنندگان بر این باورند که مراقبین به آنان روحیه، دلگرمی، امیدواری و آرامش خاطر داده و در هنگام خستگی کمک نموده تا انرژی کافی برای ادامه مراحل را داشته باشند. مراقبین سعی می‌نمودند که آنان را برای مقابله با درد در طول لیبر و زور دادن در مرحله آخر تشویق کنند و به آنها روحیه مثبت القا نمایند. همچنین آنان ابراز می‌نمودند که مراقبین در صورت درخواست زائو برای توقف یک اقدام، به آنان توجه کرده و به خواسته وی احترام می‌گذاشتند. این طبقه شامل ۳ زیر طبقه "توجه به نیازهای عاطفی"، "درک کردن زائو" و "القای روحیه مثبت" است.

❖ توجه به نیازهای عاطفی

تمام مشارکت کنندگان توجه به نیازهای عاطفی، وقت گذاشتن برای آنها، همراهی و دلداری تا آخر زایمان و نوازش زائو را جز ملزومات یک مراقبت احترام آمیز می‌دانستند.

"مراقب مرا نوازش می‌کرد و تا ساعت سه و نیم شب خواهرانه با من صحبت می‌کرد و با خودم دائم خدا رو شکر می‌کردم". (شرکت کننده ۱)

"مراقبین می‌توانند خاطرات خیلی شیرینی برای مادران هدیه بدهند. من هر وقت بچه‌ام را در آغوش می‌گیرم تصویر مهربان ماما به یادم می‌افتد. اگر عزیزمی بگویند یا خرمایی به مادر بدهند که بخورد، زائوها خاطرات بهتری خواهد داشت". (شرکت کننده ۲)

اختصاص دهد. این موجب می‌شود تا به‌خاطر مشاهده و شنیدن صدای مادران دیگر در حال درد، به وی استرس وارد نشود و همچنین احساس شرم و خجالت نداشته باشند.

زائویی که در یک مرکز زایمانی سازمانی زایمان کرده بود، ابراز می‌کرد:

"کاش برای همه مریض‌ها این‌جور اتاق‌های ویژه وجود داشته باشه. ولی اون محلی که من زایمان کردم، اتاق خصوصی برای من در نظر گرفته بودند و من صدای بقیه مادران را نمی‌شنیدم و استرس کمتری به من وارد می‌شد." (شرکت‌کننده‌ی ۱۱)

یا زائویی که در یک مرکز خصوصی زایمان کرده بود اظهار نمود:

"اتاق خصوصی داده بودند. از این لحاظ خیلی خوب بود و باعث می‌شد که من خجالت نکشم و راحت باشم." (شرکت‌کننده‌ی ۳)

۷- بازدارنده‌های بدرفتاری و بی‌احترامی

شرکت‌کنندگان برخی عوامل را در کاهش بدرفتاری و بی‌احترامی موثر می‌دانستند. اخلاق خوب، گرم و صمیمی، روابط عمومی بالای مراقبین، سیستم تشویق مالی و به‌موقع و منظم، و نظرخواهی‌های مداوم از مادران می‌تواند از عوامل بازدارنده‌ی بدرفتاری و بی‌احترامی باشد. این طبقه شامل سه زیر طبقه با عناوین "گزینه‌ش مناسب کادر درمان"، "ارتقای انگیزه‌ی کاری در کارکنان" و "آموزش اخلاق حرفه‌ای" می‌باشد.

❖ گزینه‌ش مناسب کادر درمان

از نظر زنان باید مراقبینی انتخاب می‌شدند که اخلاق خوب، علاقه و انگیزه‌ی کافی داشتند و از روابط عمومی بالایی برخوردار بودند.

مثلاً زائویی اظهار نمود:

"گزینه‌ش‌های اخلاقی کادر را در رابطه با مادر زایمان در نظر بگیرند. چون بخش زنان با زایمان فرق دارد. چون اونجا مادران درد شدیدی دارند. ولی کادری که در اتاق زایمان کار می‌کند و مشغول فعالیت است باید یک مرتبه از نظر اخلاقی بهتر باشند. افراد با روابط عمومی بالا انتخاب شوند." (شرکت‌کننده‌ی ۲)

حمام، وان، دوش آب گرم، توپ زایمانی، تخت مخصوص همراه، تلفن و یخچال مناسب باشد. همچنین آنان بتوانند بخاطر وجود امکانات، روش‌های کاهش درد غیرداروئی همچون نشستن در وان و استفاده از دوش آب گرم و روش‌های تسهیل زایمان را با استفاده از توپ زایمانی انجام دهند.

زائویی که در یک مرکز زایمانی سازمانی زایمان کرده بود، ابراز می‌کرد:

"اون محلی که من زایمان کردم همه امکانات مانند دوش آب گرم، توپ زایمانی داشت." (شرکت‌کننده‌ی ۱۲)

❖ کافی بودن پرسنل درمانی

زنان بر کافی بودن تعداد پرسنل درمانی (ماما، پزشک، کمک بهیار) جهت ارایه‌ی یک مراقبت مادری احترام‌آمیز تاکید داشتند.

زائویی که در طول لیبر خود رمی‌فنتانیل دریافت می‌کرد، از کافی بودن کادر بی‌هوشی ابراز خشنودی نموده و اظهار نمود:

"حتی زمان بی‌دردی موقع زایمان هم خیلی جالب بود. خود دکتر بیهوشی بالا سرم بود با دوتا دستگاه ضربان قلب که ضربان قلب من و جنین را چک می‌کردند. حتی اکسیژن را هم چک می‌کردند." (شرکت‌کننده‌ی ۱۱)

زائوی دیگری می‌گفت:

"برای هر زائو یک مامای مراقب بود که باعث می‌شد که به تمام نیازها و سوالات زائو جوابگو باشد." (شرکت‌کننده‌ی ۳)

❖ توجه کافی به نظافت محیط

تمامی مشارکت‌کنندگان ابراز می‌کردند که محیط مرکز زایمانی، اتاق لیبر و اتاق زایمان تمیز و مرتب باشد و در هنگام کثیف شدن ملافه و لباس، بهیار به درخواست‌شان گوش داده و آنها را تعویض نماید.

زائویی که در یک مرکز زایمانی آموزشی زایمان کرده بود از تمیزی ملافه‌ها و اتاق ابراز خشنودی کرد:

"کمک بهیارها ملافه‌ها و اتاق‌ها را تندتند تمیز می‌کردند زمین را تمیز می‌کردند و از نظر بهداشت خیلی خوب بود." (شرکت‌کننده‌ی ۱۱)

❖ مناسب بودن فضای فیزیکی

برخی مشارکت‌کنندگان ابراز می‌کردند که اتاق لیبر از نظر مساحت مناسب باشد و مرکز زایمانی برایشان اتاق ویژه‌ای

❖ ارتقای انگیزه کاری در کارکنان

شرکت کنندگان اظهار می نمودند که با ایجاد انگیزه و عشق در کارکنان توسط اعمالی مانند در نظر گرفتن پاداش و تشویق برای افراد با امتیاز نظرسنجی بالا، شاید بتوان انگیزه‌ی کاری در کارکنان را ارتقا داد.

"پاداش و تشویق را برای بهبود شرایط استفاده کنند. اگر کارکنان اشتیاق و عشق به کار داشته باشند بالطبع خوب خواهد بود. نظرسنجی سوپروایزر که هر روز از بیماران بپرسد که چطور بود؟ و ماما و رزیدنت هم بدانند که همچین نظرسنجی است. نحوه رفتار کارکنان نظرسنجی بشه". (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱)

❖ آموزش اخلاق حرفه‌ای

مادران بر برگزاری کارگاه‌های اخلاق جهت یادآوری به کادر در مورد وظیفه اصلی آنها مبنی بر خدمت‌رسانی و سرحال و شاداب بودن بر بالین بیمار و تحمل کردن سختی‌های کار با آموزش بیشتر تاکید داشتند.

"به نظر من قبل از اینکه ماماها و رزیدنت‌ها وارد این رشته شوند بهتر است یک دوره‌هایی برای کادر اتاق زایمان و مهارت‌های احترام‌آمیز برایشان تدریس شود. اگر کارگاه‌های اخلاقی پزشکی برای کادر مشغول در اتاق زایمان بگذارند به نظر من این کار خیلی مفید واقع می‌شود". (شرکت کننده‌ی ۲)

بحث

این مطالعه با هدف تبیین ادراک زنان زایمانی از جنبه‌ها و عوامل تعیین کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز انجام گرفت. پس از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها ۷ طبقه که شامل تکریم زائو، نیازها و ترجیحات تأمین شده، مشارکت در تصمیم‌گیری، حفظ مراقبت و رها نشدن زن باردار، همدلی، منابع انسانی و غیر انسانی مناسب و بازدارنده‌های بدرفتاری و بی‌احترامی حاصل شد. درک تجربیات و نگرش مشارکت کنندگان مختلف نسبت به موضوع RMC، قدم مهمی جهت ارتقای آن می‌باشد.

از مواردی که از نظرات مادران با تجربه مراقبت مادری احترام‌آمیز استخراج گردید، تکریم زائو بود. مواردی که همچنین در هر دو مطالعه‌ای که در نیجریه و گینه در مورد تجربیات زایمانی زنان در مورد بدرفتاری انجام گرفت، نشان

داد که زنان، بدرفتاری کلامی و فیزیکی را جز در مواردی که جان مادر و نوزادشان به خطر خواهد افتاد نمی‌پذیرند.^{۲۲،۲۳} همچنین در مطالعات کیفی انجام گرفته توسط مک‌مهون (McMahon) و همکارانش،^{۱۴} مسل (Mselle) و همکارانش،^{۱۵} و مایا (Maya) و همکارانش^{۱۶} نیز تم‌هایی مشابه تم‌های استخراج شده از مطالعه‌ی ما حاصل شد. مادران گزارش کردند که بدرفتاری کلامی (زبانی تند یا بی‌ادبانه و اظهارنظرهای قضاوتی یا اتهامی، فریاد زدن، توهین و تحقیر) با تکریم زائو مغایرت دارد.

از مواردی که از نظرات مادران با تجربه مراقبت مادری احترام‌آمیز استخراج گردید، نیازها و ترجیحات تأمین شده بالاخص حضور همراه و همسر در اتاق زایمان بود. علی‌رغم فواید قابل توجه مشارکت مردان در زایمان، مشارکت مردان در زایمان و بارداری در سطح جهان به طور موثری ارتقا نیافته است.^{۲۳} در ایران، برنامه جامعی برای مشارکت همسران وجود ندارد. ولی در طی سال‌های اخیر برای ترغیب زنان به زایمان طبیعی، فقط در تعداد محدودی از مراکز درمانی، کلاس‌های زایمان آسان در ۸ جلسه برگزار می‌شود و مردانی که در ۱ جلسه از این کلاس‌ها شرکت کنند، می‌توانند به صورت محدود در اتاق زایمان (به علت محدودیت‌های جنسیتی و مسئله حجاب و اسلام) در کنار همسرشان باشند.^{۲۴} زنانی که از حمایت همسرشان در بارداری و زایمان برخوردار می‌شوند، راحت‌تر می‌توانند لیبر را تحمل نمایند.^{۲۵}

از مواردی که از نظرات مادران با تجربه مراقبت مادری احترام‌آمیز استخراج گردید، مشارکت در تصمیم‌گیری مادر بود. در مطالعه آسفا و بکل (Asefa & Bekele) نیز توجه به مشارکت، ترجیحات و انتخاب‌های زنان گزارش شد که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد.^{۲۶} در دو مطالعه مروری انجام شده، نتایج نشان داد که درگیر کردن زنان در تصمیم‌گیری‌های زایمانی، می‌تواند مراقبت‌های رضایت‌بخش را در زنان افزایش دهد. پزشکی شدن زایمان، باعث محدودیت در انتخاب نوع وضعیت قرارگیری و یا تحرک در اتاق زایمان شده است؛ چرا که کارکنان سلامت با محدودیت تحرک مادر می‌توانند راحت‌تر قلب جنین را مانیتور کنند و یا بهتر می‌تواند داروهای وریدی مادر را تزریق نمایند.^{۲۸،۲۷}

از طبقات استخراج شده در بخش کیفی با شرکت‌کنندگان دارای تجربه‌ی مراقبت مادری احترام‌آمیز،

آشنایی زنان با بخش‌های مختلف زایمان و عامل زایمان و منشور حقوق بیمار؛ دسترسی به پرده بین زنان از جهت حفظ حجاب در اتاق زایمان؛ اجتناب مراقبین و عاملین زایمان از رفتار تبعیض‌آمیز علیه زائو، اخذ رضایت آگاهانه، اجتناب پرسنل بیمارستان و عاملین زایمان از سرزنش، توهین، تهدید و تحقیر، تمسخر و برخورد نامناسب و رفتار خشونت‌آمیز، فراهم نمودن مراقبت توأم با توجه، همدلی، کلمات دلگرم‌کننده و امیدوارکننده (القای روحیه مثبت) همراه با تماس چشمی برای زائو، تناسب تعداد مراقب یا عامل زایمان نسبت به مادران، ارتقای مهارت کارکنان مرکز زایمانی، ارتقای مراکز زایمانی از نظر فضای فیزیکی آرام‌بخش، فراهم نمودن امکانات و تجهیزات لازم، فراهم نمودن شرایط لازم برای مکالمه تلفنی زنان با خانواده، استفاده از بی‌حسی کافی حین اپی‌زیاتومی و ترمیم آن، بر اساس تجارب زایمانی زنان ایرانی توسط مطالعه حاضر می‌باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه که با هدف تبیین ادراک زنان زایمانی از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده مراقبت مادری احترام‌آمیز انجام شد، نشان داد که با توجه به اینکه تعامل همراه با تکریم زنان با مراقبان می‌تواند موجب آرامش و آسایش و نیز بهبود اعتماد به نفس و عزت نفس زنان شود، بنابراین ارتباط یک زن با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بارداری و سیستم مراقبت از بارداری در دوران بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان از اهمیت حیاتی برخوردار است. با توجه به یافته‌های این مطالعه در خصوص لزوم مشارکت زنان در مراقبت و افزایش آگاهی زنان در مورد مراقبت‌ها و مداخلات ارائه شده ضروری است آنها را در تصمیم‌گیری‌های بالینی (از جمله وضعیت نشستن، ایستادن یا دراز کشیدن) در حین زایمان مشارکت دهیم. مادران باید قادر باشند در مورد آزادانه حرکت کردن یا تغییر وضعیت قرارگیری تصمیم بگیرند و همچنین در مورد تکرار معاینات واژینال نیز باید اجتناب نمود.

پیامدهای عملی پژوهش

طراحی مداخلات مناسب برای ارتقای مراقبت مادری احترام‌آمیز در ابعاد مختلف، حیاتی است. بدین لحاظ باید

همدلی با زائو، درک زائو و القای روحیه مثبت به وی بود. شرکت‌کنندگان بیان نمودند که بایستی مراقبت توأم با توجه، همدلی، کلمات دلگرم‌کننده و امیدوارکننده (القای روحیه مثبت) همراه با تماس چشمی برای زائو فراهم شود. در یک مطالعه کیفی که توسط مریدی و همکارانش انجام گرفت، یکی از عوامل کلیدی بر روی مراقبت مادری احترام‌آمیز، برقراری ارتباط دوستانه و همدردی با زائو گزارش گردید. همچنین آن‌ها در مطالعه خود اظهار نمودند که ایجاد صمیمیت و همدلی با بیمار می‌تواند حس اعتماد را بین زائو و مراقب افزایش دهد.^{۲۹} حمایت به ویژه حمایت عاطفی در مواقع استرس موجب می‌گردد که فرد احساس کند که مورد توجه و مراقبت قرار گرفته و از این رو احساس امنیت‌خاطر خواهد کرد.^{۳۰}

یکی دیگر از طبقات استخراج شده در بخش کیفی با شرکت‌کنندگان تامین منابع انسانی و غیرانسانی مناسب بود. در یک مطالعه کیفی که توسط مریدی و همکارانش انجام گرفت، ماماها باور داشتند که فراهم‌سازی محیط آرام، تمیز، راحت، بی‌سر و صدا با تجهیزات کافی می‌تواند مراقبت مادری احترام‌آمیز را ارتقا دهد. آنها اظهار نمودند که این چنین سرویسی می‌تواند احساس امنیت و راحتی را برای زائو فراهم نماید و استرس آنها را کاهش دهد.^{۲۹} در مطالعه پدیدارشناسی عسکری و همکاران نیز یکی از عوامل تأثیرگذار بر تجربه مثبت از زایمان، فراهم نمودن محیط مناسب و محیط آرام و بی‌سر و صدا می‌باشد.^{۳۱} محیط آرام و بی‌سر و صدا با رنگ‌هایی ملایم و فراهم بودن محیط اختصاصی برای هر بیمار می‌تواند اضطراب او را کاهش دهد. اضطراب سبب افزایش ترشح کاتکول آمین‌ها و این خود سبب کاهش اکسی‌توسین خون می‌شود که می‌تواند در پیشرفت زایمان اختلال ایجاد نماید.^{۳۱} در ایران به دلیل تعداد رزیدنت کم نسبت به بارکاری زیاد در بیمارستان‌های دولتی و خستگی ناشی از شیفت‌های طولانی‌مدت (شیفت‌های ۳۶ ساعته) و بی‌خوابی رزیدنت‌ها با تامین منابع انسانی مناسب جهت ارائه خدمات به مادران منافات دارد. یک مطالعه مروری در ایران نشان داد که در بین رزیدنت‌های زنان، سندروم فرسودگی شغلی بالایی وجود دارد که می‌تواند در نهایت به کاهش رضایت بیماران از درمان منجر شود.^{۳۲}

بنابراین با توجه به نتایج مطالعه باید اظهارداشت، توصیه‌هایی از قبیل فراهم نمودن شرایط لازم جهت

منابع مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه‌ی کیفی، بخشی از یک مطالعه بزرگ ترکیبی متوالی توضیحی می‌باشد که بعد از تصویب طرح و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1398.202) از مهر ۹۸ تا بهمن ۹۸ انجام گرفت. پروتکل این مطالعه قبلاً منتشر شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

با تامین نیازهای رفاهی و محیطی و همدلی با مادر و رعایت حریم شخصی مادران و همچنین کاهش حجم کاری کارکنان و نیز تغییر نگرش کارکنان بهداشتی، مراقبت مادری احترام‌آمیز در زایمان و پس از زایمان را فراهم نمود که این امر نیازمند یاری سیاست‌گذاران و مدیران سلامت می‌باشد.

قدردانی‌ها

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مشارکت ارزشمند زنان حاضر در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت پدیدآوران

خدیجه حاجی‌زاده در طراحی، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ مریم واعظی و مژگان میرغفوروند در طراحی مطالعه، و سکینه محمدعلیزاده و شهلا میدیا در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشتند. فایل نهایی مقاله با همکاری تمام نویسندگان نگارش یافته و مورد تایید همگی می‌باشد.

References

1. Respectful maternity care assets. White Ribbon Alliance. 2024. <https://whiteribbonalliance.org>
2. Windau-Melmer T. A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013.
3. World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA. Women-friendly health services: experiences in maternal care. Mexico City: WHO; 1999.
4. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014; 384(9948): e42-e44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X
5. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health and University Research Corporation, LLC; 2010.
6. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015; 94(5): 508-517. doi: 10.1111/aogs.12593
7. Lukasse M, Vangen S, ØIAN P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(1): 33-40. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01024.x
8. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs*. 2013; 69(4): 828-839. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06067.x
9. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Respectful maternity care and its relationship with childbirth experience in Iranian women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 1-8. doi: 10.1186/s12884-020-03118-0
10. Hajizadeh K, Mirghafourvand M. Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: a prospective study. *Ann Gen Psychiatry*. 2021; 20: 1-8. doi: 10.1186/s12991-021-00331-9
11. Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 1-14. doi: 10.1186/s12884-017-1442-1
12. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Prevalence and predictors of perceived disrespectful

- maternity care in postpartum Iranian women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 1-10. doi: 10.1186/s12884-020-03124-2
13. Orpin J, Puthussery S, Davidson R, Burden B. Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18: 1-9. doi: 10.1186/s12884-018-1847-5
 14. McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14: 1-13. doi: 10.1186/1471-2393-14-268
 15. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 231:1-11. doi: 10.1186/s12884-019-2385-5
 16. Maya ET, Adu-Bonsaffoh K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA, et al. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reprod Health Matters*. 2018; 26(53): 70-87. doi: 10.1080/09688080.2018.1502020
 17. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Respectful maternity care and its related factors in maternal units of public and private hospitals in Tabriz: a sequential explanatory mixed method study protocol. *Reprod Health*. 2020; 17(1): 1-7. doi: 10.1186/s12978-020-0863-x
 18. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
 19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
 20. Altheide DL, Johnson JM. Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. Sage Publication Inc.; 1994.
 21. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health*. 2017; 14(1): 1-13. doi: 10.1186/s12978-016-0262-5
 22. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. *By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria*. *SSM Popul Health*. 2016; 2: 640-655. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.07.003
 23. United Nation Population Fund (UNFPA). International conference on population and Development. 2024.
 24. Firouzan V, Noroozi M, Farajzadegan Z, Mirghafourvand M. A comprehensive interventional program for promoting father's participation in the perinatal care: protocol for a mixed methods study. *Reprod Health*. 2018; 15(1): 1-7. doi: 10.1186/s12978-018-0572-x
 25. Firouzan V, Noroozi M, Farajzadegan Z, Mirghafourvand M. Barriers to men's participation in perinatal care: a qualitative study in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 1-9. doi: 10.1186/s12884-019-2201-2
 26. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*. 2015; 12: 1-9. doi: 10.1186/s12978-015-0024-9
 27. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(5 Suppl Nature): S160-S172. doi: 10.1067/mob.2002.121141
 28. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015; 35(1): 114-131. doi: 10.1177/0272989X14551638
 29. Moridi M, Pazandeh F, Hajian S, Potrata B. Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. *PLoS One*. 2020; 15(3): 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0229941
 30. Sleutel MR. Intrapartum nursing: integrating Rubin's framework with social support theory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(1): 76-82. doi: 10.1177/0884217502239803
 31. Askari F, Atarodi A, Torabi S, Delshad Noghabi A, SadeghMoghadam L, Rahmani R. Women's Labor Experience: A Phenomenological Study. *Internal Medicine Today*. 2010; 15 (4), 39-46. (Persian)
 32. Moradi Y, Baradaran HR, Yazdandoost M, Atrak S, Kashanian M. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29(4): 1-6.

پیوست ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان به تفکیک

تعداد (درصد)	سن	وضعیت شغلی	سطح تحصیلات	تعداد بارداری
شرکت کننده شماره ۱	۲۹	خانه دار	لیسانس	۱
شرکت کننده شماره ۲	۲۵	دانشجو	دانشجوی دکتری	۱
شرکت کننده شماره ۳	۲۷	خانه دار	لیسانس	۲
شرکت کننده شماره ۴	۳۵	خانه دار	لیسانس	۱
شرکت کننده شماره ۵	۳۴	کارمند	دکتری	۱
شرکت کننده شماره ۶	۳۴	خانه دار	لیسانس	۲
شرکت کننده شماره ۷	۳۲	خانه دار	لیسانس	۱
شرکت کننده شماره ۸	۲۰	خانه دار	دیپلم	۱
شرکت کننده شماره ۹	۳۲	خانه دار	دیپلم	۲
شرکت کننده شماره ۱۰	۳۳	کارمند	لیسانس	۲
شرکت کننده شماره ۱۱	۲۴	خانه دار	دانشجو	۱
شرکت کننده شماره ۱۲	۲۵	دانشجو	دانشجوی دکتری	۱