PAYESH

Volume 21, Issue 2 (March - April 2022)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Challenges and barriers in moving toward respectful maternity care (RMC) in labor and childbirth: A phenomenology study

Maryam Tajvar[1], Elham Shakibazadeh[1], Shohreh Alipor[1], Zeinab Khaledian[1*]

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 17 August 2021
Accepted for publication: 15 March 2022
[EPub a head of print-13 April 2022]
Payesh: 2022; 21(2): 151 - 161

Abstract

Objective (s): The concept of respectful maternity care is to organize and provide care accompanied with respect and dignity for all women. RMC is an approach based on human rights which improve quality of care and birth experience. Implementation of RMC is unsatisfactory in some hospitals in Tehran. This study aimed to determine the challenges and barriers of respectful maternity care, based on the experiences of midwives.

Methods: This was a qualitative-phenomenological study which conducted in selective hospitals affiliated to Tehran University of Medical Science in 2020. Participants were 40 midwives who administer antenatal care. The data were collected by 4 sessions of focus group discussion and 6 semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis method by MAXQDA 10 software.

Results: Midwives faced with a number of challenges and barriers in providing respectful maternity care. In all six main themes emerged from the analysis: governance, human resource education, structural, processing and provider- related and receiver- related challenges and barriers.

Conclusion: Barriers for providing respectful maternity care are nested in all levels of health system. Developing interventions for each level, coordinated with each other, is essential in provision of a respectful care for mother in labor and during childbirth.

Key Words: Respectful Maternity Care, Challenge, Barriers, Labor and child birth

[*] Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: ze.khaledian@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

تبیین چالش ها و موانع ارائه مراقبت مادری توام با احترام در لیبر و زایمان: یک مطالعه پدیدارشناسی

مریم تاجور[1]، الهام شکیبا زاده[1]، شهره علیپور[1]، زینب خالدیان[1*]

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ فروردین ۱۴۰۱]

نشریه پایش: ۱۶۱- ۱۵۱ :(۲)۲۱؛ ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: مراقبت مادری توام با احترام به مفهوم سازماندهی و تمهید مراقبت برای کلیه زنان به شیوه محترمانه توام با حفظ شان و منزلت آنان بوده و رویکردی مبتنی بر حقوق بشر برای کاهش مرگ و میر و عوارض مادری است که می‌تواند کیفیت مراقبتها و تجربه زنان از لیبر و زایمان را بهبود بخشد. براساس یافته های مطالعات قبلی ارائه "مراقبت مادری توام با احترام" در برخی بیمارستان های تهران نامناسب است. این مطالعه با هدف شناسایی موانع و چالش های ارائه مراقبت مادری توام با احترام از دیدگاه ماماهای شاغل در بخش زایمان انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی که در اواخر سال ۱۳۹۸ در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران که دارای بلوک زایمانی هستند انجام شد. شرکت کنندگان شامل ۴۰ نفر از ماماهای دخیل در ارائه مراقبتهای زایمان بودند. داده ها از طریق ۴ جلسه بحث گروهی متمرکز و ۶ مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شد. تحلیل داده ها بر اساس رویکرد تحلیل محتوی و مبتنی بر تکنیک شش مرحله ای براون و کلارک و در محیط نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

یافته ها: ماماها در ارائه مراقبت مادری با احترام، با چالشها و موانع متعددی روبرو بودند که این موارد پس از تحلیل در قالب ۶ مضمون اصلی و ۲۳ زیر طبقه شدند (چالشهای حاکمیتی، آموزش نیروی انسانی، ساختاری، فرایندی و چالش‌های ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت).

نتیجه گیری: موانع مراقبت توام با احترام در یک نگاه کلی در همه سطوح نظام سلامت مستتر هستند. تدوین مداخلاتی متناسب با موانع و چالشهای شناسایی شده، به صورت متوازن و هماهنگ با هم برای اجرای همه جانبه مراقبت مادری توام با احترام ضروری است.

کلید واژه‌ها: مراقبت مادری توام با احترام، چالش، مانع، لیبر و حین زایمان

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1398.109

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت

E-mail: ze.khaledian@gmail.com

مقدمه

بارداری و زایمان از بحرانی ترین مراحل زندگی زن و خانواده و گذرگاهی سرشار از تاثیرات جسمانی، عاطفی و روانی، اجتماعی و فرهنگی است که فرد را به شدت مستعد آسیب پذیری می نماید. براساس گزارش سازمان سلامت جهان در سال ۲۰۱۷ میلادی ۲۹۵۰۰۰ زن در طی بارداری و زایمان جان خود را از دست دادند که ۹۴٪ موارد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط روی داده است[۱]. مجامع بهداشتی بین المللی راهکار کنترل و کاهش مرگ را در گرو افزایش پوشش کمی مراقبت های بهداشتی و پس از آن بهبود کیفیت خدمات عنوان نمودند[۲] و در همین راستا هدف پنجم توسعه هزاره را بهبود سلامت مادران با دو هدف کاربردی کاهش موارد مرگ مادری و افزایش دسترسی به بهداشت باروری تدوین و منتشر نمودند[۳،۴].در سایه این هدف‌گذاری پیشرفت قابل توجهی در افزایش دسترسی به خدمات نجات بخش به ویژه در بارداری عارضه دار در دنیا روی داد اما در این میان یک عنصر مهم یعنی تقویت همزمان تجارب زایمانی زنان ، به فراموشی سپرده شد[۵].

در پایان عصر توسعه هزاره سیاستگذاران بهداشتی اذعان داشتند که زایمان در مراکز بهداشتی در نوع خود نمیتواند منجر به بهبود عواقب مادری – نوزادی شود و بهبود نتایج در گرو ارائه مراقبتهای مبتنی بر شواهد، با کیفیت و توام با احترام است[۶]. بهره مندی از چنین مراقبتی حق هر زن است[۷] و در همین راستا سازمان سلامت جهان منشور مراقبت مادری توام با احترام را در سال ۲۰۱۶ منتشر نمود[۸] "مراقبت مادری توام با احترام"به مفهوم سازماندهی و تمهید مراقبت به شیوه محترمانه توام با حفظ منزلت و حریم خصوصی برای کلیه زنان است و شامل حذف و پیشگیری از بی‌احترامی و آزار زنان در طی زایمان در مراکز ارائه خدمت بوده و عنصری اساسی در دستیابی به اهداف توسعه پایدار در دنیا می باشد[۵،۹،۱۰]. شکیبازاده و همکاران در یک مطالعه مروری، مفهوم مراقبت توام با احترام را گسترده تر از تنها پیشگیری از بدرفتاری نسبت به زنان در زمان زایمان عنوان نمودند که میتواند در سطوح مختلف خدمات سلامت شامل فردی، مراکز ارائه خدمت و نظام سلامت ترویج و حمایت شود[۱۰].

بی احترامی و بدرفتاری در مراکز ارائه خدمات سلامت و توسط کارکنان سلامت مهم است اما به عنوان عنصر دخیل در مراقبت درک شده با کیفیت پایین کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. شواهد علمی فزاینده حاکی از آن است که زنان در دنیا در معرض بی احترامی و رفتار خشونت آمیز از طرف ارائه دهنگان خدمات مادران هستند[۵]. براساس مطالعات انجام شده در کشورهای کنیا، تانزانیا، اتیوپی و نیجریه ۹۸-۲۰ درصد زنان بدرفتاری و بی احترامی را در زمان زایمان تجربه می کنند[۱۵-۱۱]. این رفتارها علاوه بر تنش روانشناختی، منجر به رنج و بی میلی زنان به استفاده از خدمات زایمان در مراکز بهداشتی و انجام زایمان توسط فرد ماهر و دوره دیده می شود و مشکلاتی را بر سر راه کیفیت مراقبت ایجاد می‌نماید و ضمن آنکه به نوعی تجاوز به حقوق زنان است، در نهایت منجر به مرگ و ناتوانی می شود که قابل اجتناب بوده است[۱۰،۱۴].

ایران در زمینه سلامت مادران از شاخص‌های مناسبی برخوردار است و به هدف پنجم توسعه هزاره مبنی بر بهبود سلامت مادران دست یافته است[۱۶]. درحالی که تکریم مادر در زمان زایمان در گایدلاین ملی زایمان طبیعی ایران بیان شده است، استراتژی و شاخص‌های اجرایی مراقبت مادری توام با احترام به روشنی تعیین نشده است[۲]. از طرفی، به رغم پذیرش لایحه حقوق مادر در ۲۰۰۳ توسط ایران، کیفیت مراقبتهای زایمان شامل گروههای حمایتی، توجه به موقع، تشخیص و پیشگیری سریع، تداوم خدمات، احترام، امنیت و دسترسی به تسهیلات پایه مطلوب نیست[۱۷،۱۸]. بطور کلی مطالعات در زمینه مراقبت توام با احترام مادری در ایران محدود و بیشتر در زمینه ساخت ابزار و درک مفهوم و عوامل موثر از دیدگاه مادر و مراقبت دهنده است[۱۷،۱۹]. در یک مطالعه در سطح بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، کلیه مادران، حداقل یک رفتار نامحترمانه را طی مراقبتهای زایمان تجربه کرده بودند[۲۰]. با توجه به اهمیت این مقوله و برای بهبود وضعیت مراقبت مادری توام با احترام، لازم است کلیه چالشها و موانع ارائه مراقبتهای مادری با احترام در همه سطوح نظام سلامت در ابعاد مختلف سوءرفتار و بی‌احترامی مورد شناسایی قرار گیرند.این مطالعه، موانع و چالشهای ارائه مراقبت مادری توام با احترام را بر اساس تجارب ارائه کنندگان مراقبت حین زایمان (ماماها) مورد شناسایی و تحلیل قرار داده است.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش پدیدارشناسی است که در سال ۱۳۹۸ اجرا شد. جامعه پژوهش شامل کلیه ماماهای شاغل در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

بخش زایمان در بیمارستان‌های وابسته بـه دانشـگاه علـوم پزشـکی تهران بودند. این دانشگاه دارای ۱۴ بیمارستان است که از بین آنهـا ۶ بیمارسـتان دارای بلـوک زایمـانی هسـتند. بـا توجـه بـه رویکـرد مطالعه، بیمارستان‌هایی که به صورت تمام وقـت آموزشـی بودنـد و مداخلات تشخیصی و درمانی به صورت مشـترک توسـط دانشـجو و کارکنان و یا صرفا توسط دانشجو با نظارت اساتید بالینی انجام مـی شد از مطالعـه خـارج شـدند و در نهایـت دو بیمارسـتان کـه واجـد شرایط بودند انتخاب و مطالعه در آنها انجام شد.

داده‌های پـژوهش از طریـق بحـث گروهـی متمرکـز (۴ جلسـه) و مصاحبه نیمه سـاختارمند (۶ مـورد) جمـع آوری شـد. مـلاک‌هـای انتخاب و ورود افراد به پژوهش شامل؛ دارا بودن تحصیلات در رشته مامایی، اشتغال فعلی در بخش زایمان حداقل به مدت یکسـال کـار مستمر، رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شـرکت در پـژوهش بـود. معیار ورود برای مصاحبه های انفرادی نیمه ساختار یافتـه،علاوه بـر موارد فوق، داشتن سابقه حـداقل ۱۵ سـال کـار مسـتمر در بخـش زایمان بود. این افراد از بین ماماهای ارشد که همکـاری و مشـارکت خوبی در کارگاهها داشتند انتخاب شدند و جهت انجام مصـاحبه در چند روز آتی با آنها هماهنگی انجام شد. مصاحبه های نیمه ساختار یافته بیشتر به منظور پوشش دادن شکاف هـای اطلاعـاتی و احیانـا بررسی تناقضاتی که در بحث های گروهی بوجود می آمد و یا تائیـد و تقویت یافته های حاصل از بحث انجام شد.

در زمان گـردآوری اطلاعـات در جلسـات مصـاحبه/ بحـث گروهـی متمرکز علاوه بر ضبط، پس از کسب اجازه از مصاحبه شـوندگان، از فنون کمکی از جمله یادداشت در عرصه، توصیف کامـل جزییـات و استفاده از عبارات شرکت‌کنندگان و توجه به صدا و نحوه بیـان آن-ها، نیز استفاده شد و محتوی هر مصاحبه / جلسه بحـث متعاقبـا در نرم افزارWORD پیاده سازی میشد. با تخصیص زمان کـافی بـرای هر مصاحبه و جلسات بحـث، انجـام مصـاحبه آزمایشـی، حضـور دو پژوهشگر به صـورت همزمـان در کلیـه مراحـل جمـع آوری، پیـاده سازی و تحلیل اطلاعات و مقایسه مداوم اطلاعات، تـورش کنتـرل و بی طرفی پژوهشگران رعایت گردید. با ارسال مـتن مصـاحبه بـرای شرکت کنندگان، اجرای تکنیک توافـق در پایـان بحـث، یادداشـت برداری همزمان، کد گذاری مجـزا توسـط دو نفـر و تبـادل نظـر بـا همتایان کیفیت پژوهش و روایی و پایـایی پـژوهش ارتقـا داده شـد. هم‌چنین در پایان جلسات بحث گروهی، مطالب برای حضار قرائت و مورد بازبینی قرار گرفت. تحلیل داده ها بـر اسـاس رویکـرد تحلیـل مضمون و مبتنی بر تکنیک شش مرحله ای براون و کلارک [۲۱] و به صورت مداوم و در محیط نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام و یافته ها با رویکرد تاکسونومی گزارش شد. در پایان، در یک جلسه مشترک با حضور تیم پژوهش فرآیند ایجـاد و تکامـل کـدها در هـر مصاحبه/ بحث و بین هر جلسه با جلسه بعدی بازبینی و بـا مقایسـه مداوم و جامع کلیه کـدهای اسـتخراجی، طبقـات اصـلی و فرعـی و فرایند نهایی سـازی انجـام شـد. الزامـات اخلاقـی در کلیـه مراحـل پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

میانگین سـنی شـرکت کننـدگان ۳۵ سـال و اکثریـت آنهـا (۸۷٪) متاهل بودند. ۹۰٪ دارای تحصیلات کارشناسـی و ۱۰٪ کارشناسـی ارشد بودند و حداقل یک و حداکثر ۲۶ سـال سـابقه کـار در بخـش لیبر و زایمان را داشتند. میانگین زمان جلسات بحـث ۹۰ دقیقـه و مصاحبه ۴۵ دقیقه بود.

پس از تجزیه و تحلیل داده ها و تقلیل های لازم، چالشـها و موانـع اجرای مراقبت مـادری تـوام بـا احتـرام در ۶ مضـمون اصـلی و ۲۳ زیرطبقه مبتنی بر ۵۷ کد شناسایی شده، اسـتخراج گردید(جـدول شماره ۱). نقل قولهای مربـوط بـه شـرکت کننـدگان بـا " م عـدد" مشخص شده اند.

۱) چالش های حاکمیتی (قانونی): "اجرای ضربتی سیاست افـزایش باروری" و "تضاد سیاست زایمان طبیعی با حق انتخـاب بیمـار" دو چـالش شـناخته شـده در سـطح حـاکمیتی نظـام سـلامت بودنـد. سیاستگذاری نوین جمعیتی در کشور گرچه هدفمنـد و مبتنـی بـر جامعه تدوین شده است اما به نظر مـی رسـد بسترسـازی مناسـبی برای آن انجام نشده است. "با اجرای این سیاست بسیاری از خانواده ها به دلیـل عـدم دریافـت وسـایل پیشـگیری از بـارداری از مراکـز سلامت، ناخواسته باردار میشوند که این نوعی تـنش و اسـترس بـر خانواده و بخصوص مادر باردار وارد میکند. این حـس کـه او وظیفـه دارد باردار بشود و خودش دخالتی در ایـن امـر نـدارد، انگیـزه او را برای شناخت از پروسه بارداری و زایمان کم می کند و بدون آگاهی و آموزش از روند زایمان در بخش زایمان مشکلاتی برایش پیش می آورد"(م ۲۶).در این شرایط مادر اولویتها و منافع مرتبط بـا سـلامت خود و جنین را به درستی نمی شناسد و همین امر منـتج بـه عـدم دریافت مراقبت دوران بارداری یا مراقبت ناکافی و عـدم شـرکت در کلاسهای آموزشی ویژه مادران باردار می شـود."زمـانی کـه خـانمی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

ناخواسته و یا تحت فشار جامعه و یا خانواده باردار می شود هیچ انگیزه ای در او برای افزایش آگاهی از روند بارداری و زایمان وجود ندارد"(م ۱۰). از طرفی، اجرای سیاست ترویج زایمان طبیعی، به عنوان یکی از بسته های طرح تحول نظام سلامت، که از اردیبهشت ۱۳۹۳ اجرا میشود[۲]، منجر به احتیاط در انجام سزارین از سوی متخصصان زایمان شده است. پزشکان به دلیل جریمه های تعیین شده، سیاست انتظاری زایمان و تاخیر در تصمیم گیری را در پیش گرفتند و این رویکرد در نهایت در برخی شرایط منجر به تضییع حق انتخاب مادران می شود."در شرایط فعلی به خصوص در بیمارستان های دولتی، انتخاب زایمان طبیعی با رضایت آگاهانه نیست و کاملا در مغایرت با آن است"(م ۱۶). "ممکن است خانمی واژینسموس داشته باشد و حتی به سختی معاینه واژینال میشود اما مجبور است زایمان طبیعی را انتخاب کند"(م ۳)."حتی گاهی برای آنکه آمار زایمان سزارین افزایش پیدا نکند به دنبال زایمان طبیعی سخت، نوزاد و مادرش متحمل عارضه های زایمانی می شوند"(م ۵).

۲) چالش های آموزش نیروی انسانی: بخشی از فارغ التحصیلان مامایی از دانش نظری خوبی برخوردارند اما در ایفای نقش، توانمندی مناسب حرفه ای را کسب ننموده اند و این موضوع زمینه ساز فاصله گرفتن از خدمت کیفی میشود." نیروی طرحی که وارد سیستم می شود کار بالینی را بلد نیست و تازه ما باید به او آموزش بدهیم. نمی تواند پروسیجرها را درست انجام بدهد، دیلاتاسیون را تشخیص نمیدهد ...چندبار برای گرفتن رگ، بیمار اذیت می شود..."(م ۱۴). بکارگیری منابع آموزشی علمی روز دنیا در قالب بومی شده و مبتنی بر جامعه در فضای آموزشی مناسب زمینه ساز تربیت نیروی کارآمد خواهد شد[۲۲]. نیروی تازه نفس با هر سطحی از توانمندی، بازوی جدید نظام سلامت بوده و عدم توجه به ابعاد ظریف آموزش کیفی و مهارت محور زمینه ساز خطا، قصور و عدم رعایت حقوق بیمار میشود. "یکی از مسائلی که باید نهادینه شود این است که هر کسی نمی تواند ماما شود افراد پر تنش و پراسترس نمی توانند ازعهده شغل مامایی برآیند. چون توانایی مدیریت و تصمیم گیری در شرایط بحران را ندارد و علاوه بر روح و روان مناسب، توان جسمی فرد هم در رشته مامایی بسیار حائز اهمیت است"(م ۸). "برخی از همکاران جوان بیمار و شرایطش را درک نمیکنند. بعضی ها به درد مامایی نمی خورند یا درست آموزش نمی بینند و گاها خوب با مادر برخورد نمی کنند"(م ۲۳).

۳) چالش های ساختاری: در این طبقه، " عدم حمایت حقوقی مناسب از کارکنان"،"فضای فیزیکی محدود و غیراستاندارد"، "ضعف جایگاه شغلی و پزشک سالاری"، "غلبه فرهنگ رابطه مداری بر وظیفه گرایی"،"کمبود نیروی انسانی"،"نظام پرداخت ناعادلانه و پاداش نامتناسب" از جمله چالش های ساختاری بیان شده از طرف شرکت کنندگان بود. در حوزه تخصصی زنان و مامایی خطا و قصور شایع است و با توجه به اداره همزمان دو انسان (مادر و جنین) اندکی تخطی از موازین علمی ممکن است با حوادث مرگباری همراه شود[۲۳]. مسئولیت حرفه ای در کنار بارکاری قابل توجه، فشار روانی زیادی را به صاحبان حرف پزشکی وارد می نماید و ترس از بروز خطا و یا داشتن تجربه قبلی ممکن است خطرپذیری افراد در تصمیم گیری و اجرای روش های بالینی را کاهش داده و به نوعی زمینه را برای نقض حق انتخاب، رضایت آگاهانه، بهره مندی از اطلاعات و بدرفتاری فراهم نماید." اگر در حین زایمان خطایی اتفاق بیفتد دیه ماما و پزشک متخصص زنان یکسان است ولو اینکه به یک اندازه مقصر نباشند حتی گاهی اوقات پیش آمده که دیه پزشک زنان با وجود خطای مشترک با ماما کمتر محاسبه شده است و از ما حمایت قانونی نمی شود"(م ۴، ۱۲ و ۳۲).

رعایت اصول و مبانی فنی و فیزیکی در بیمارستان نه تنها سبب ارتقای کیفیت خدمات درمانی خواهد شد، بلکه مطلوبیت فضا بر کارایی و رضایتمندی پرسنل شاغل نیز تأثیرگذار است[۲۴]."در بخشی که ما مشغول به کار هستیم همیشه در معرض آلودگی صوتی ناشی از فریاد کشیدن زائوها هستیم که به تدریج تحمل را کم و خستگی را دوچندان میکندو توان کاری را کم میکند. چنین جوی بر رفتار و ارتباط ما هم با مادران تاثیر می گذارد"(م ۲،۲۵). فضای فیزیکی غیر استاندارد امکان رعایت کامل حریم خصوصی را محدود می کند." بخاطر نداشتن فضای فیزیکی کافی در بخش پست پارتوم نمی توانیم حریم خصوصی بیمار را رعایت کنیم و معمولا مراقبت ها به شکل غیر محرمانه انجام می شود"(م ۶، ۱۵و ۳۹). چالش ساختاری دیگر اینست که در بخش زایمان تمرکز قدرت در دست پزشک متخصص زایمان است و این موضوع منجر به عدم استقلال حرفه ایی ماما در تشخیص و اداره زایمان طبیعی و در پاره ای موارد نقض مراقبت توام با احترام می شود. "وقتی پزشک از ما انجام فشار فوندال را می خواهد ما چاره ای نداریم چون بلافاصله و درصورت مقاومت ما بحث به اینجا می رسه که من مسئول هستم پزشک هستم و درصورت انجام ندادن و بروز مشکل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

شما باید جواب بدهید و گاهی کار بـه بـالاتر هـم کشـیده میشـه و همیشه هم حق با پزشـک میشـه "(م ۹، ۱۹ و ۲۲) و همچنـین در ساختار نامناسب فرایند زایمان یک مراجعه کننده عادی بـا مراجعـه کننده سفارش شده می تواند از نظر کیفیـت بـا هـم متفـاوت و بـه نوعی با تبعیض غیرقابل اجتنـاب همـراه باشـد."مراجعـه همکـاران بخش های مختلف در بیمارستان به بخـش زایمـان یـا افـرادی کـه توسط آنان سفارش می شوند باعث می شود که مـا توجـه بـیش از حد به آنان داشته باشیم و متاسفانه مراقبت های تبعـیض آمیـز رخ می دهد"(م ۴، ۱۳، ۲۷، ۳۸ و ۴۰)

کمبود پرسنل و نسبت نامتناسب ارائه دهنده مراقبت به بیمـار مـی تواند منجر به افزایش بـار کـاری و در نتیجـه خسـتگی کارکنـان و کاهش کیفیت خدمت میگردد." تعداد کم پرسنل در شـیفت باعـث میشود همه اجزای تکریم مادر باردار زیـر سـوال بـرود"(م ۳۱). بـه علاوه ناکافی بودن تعداد پرسنل زمان اختصاص یافته به مراقبـت از هر بیمار را کـاهش داده و زمینـه سـاز مراقبـت فرامـوش شـده یـا مراقبت ناتمام می گردد"خیلی از مواقع زمـان کـافی بـرای توضـیح پروسیجرها وجود ندارد و مجبوریم جهت رسیدگی به همـه مـادران بدون دادن توضیحات جـامع و کـافی و در واقـع بـا عـدم آگـاهی و رضایت آگاهانه زائـو بـه او خـدمت ارائـه دهـیم"(م ۳). همچنـین، پرداخت ناعادلانه و باور فرد به ناکافی بودن دستمزد، انگیزه کاری و مسئولیت پذیری افراد را تحت تاثیر قـرارداده و از ایـن گـذرگاه بـر کیفیت خدمت ارائه شده تاثیرات نامطلوب می گذارد." تبعیض بـین ماما و پزشک متخصص زنان باعث کم شدن ارزش کار ماما شـده و تفاوت در کای زایمان باعث کاهش انگیزه ما در رسیدگی به بیماران می شود، آنهم در شرایطی که بیشترین وقت و تلاش را در مقایسـه با دکتر صرف کرده ایم"(م۱)." مهم ترین بعـد بهبـود بهـره وری در هر سازمان وجود نظام پاداش می باشد[۲۵]. "هیچ تفـاوتی در نـوع سرویس دهی ما به مادران باردار با شـرایط مختلـف وجـود نـدارد و تمامی زائوها پر-کیس ۳۰ هزار تومن محاسبه می شوند در حالیکه مادران پرخطر خدمات، انرژی و توجه بیشتری را می طلبند.بنابراین عدم وجود انگیزه مالی باعـث سـرد شـدن نیـرو نسـبت بـه کـارش شده"(م ۶ ، ۱۵).

۴) چالش های فرایندی: پرونده پزشکی بیمار گرچه یک ضـرورت و ابزار قدرتمند مدیریتی است اما فرایندی زمانبر است که در شـرایط اورژانسـی و کمبـود پرسـنل بـرای کارکنـان چـالش برانگیـز است[۲۶]."گزارش نویسی و قوانین مرتبط بـا حاکمیـت بـالینی در جهت گردآوری مستندات مرتبط با هر زائو، سبب صرف وقت زیادی می شود و درمدت نوشتن مجبوریم پشت کامپیوتر باشـیم و بیمـار رها و گاها مورد بی توجهی قـرار مـی گیـرد"(م ۳۹)."مستندسـازی خیلی وقت گیر است و این فرایندهای طولانی مدت باعث خسـتگی ما میشه و از طرفی کارایی ما را در رسیدگی به زائو کم می کند"(م ۲۸). همچنین به عنوان بخشی از فرآینـد، اخـذ رضـایت آگاهانـه از بیمار قبل از هرگونه مداخله تشخیصی و یا درمانی از اصـول اخـلاق پزشکی است[۲۷]، اما اجرای آن همواره با چالشهایی از طرف بیمـار و یا کارکنان بالینی همراه است." محتوای فرم های رضایت از بیمـار بیشتر جنبه اطلاع رسانی داره تا اخذ رضایت آگاهانـه از او، و سـبب سلب مسئولیت حقوقی برای ارائه دهنده میشـه و بـه نفـع گیرنـده خدمت نیست"(م ۱۸، ۲۱، ۳۱ و ۳۳)" در مـورد برائـت هـای کلـی شفاف توضیح دادن در جهت گرفتن رضایت آگاهانه سـبب ممانعـت در انجام پروسه درمانی می شود. چون زمانی که خانم باردار متوجـه می شود حق انتخاب دارد ممکن است از آن اقـدام خـاص ممانعـت کرده و اختلال در روند درمانی ایجاد کنه. بنابراین مجبوریم به دلیل نوع محتوای فرم های رضایت نامه خیلی اطلاعات را به شکل شفاف در اختیارش نگذاریم"(م ۵). بعلاوه نقض حقوق افراد و عدم رعایـت منزلت افراد به عنوان حق، گاها از دامنه عملکرد کارکنان فراتر رفته و به عنوان یک جریان ناخواسته در بطـن فراینـدهای رایـج ممکـن است اتفاق افتد. چند نفر از مصاحبه شوندگان فراینـد پـذیرش رادر شرایط اورژانس مشکل ساز عنوان نمودند." بارها پیش امده بیماری با شرایط اورژانسی در تریاژ ویزیت کردم و سـریعا درخواسـت سـونو گرافی وآزمایشات را دادم و بیمار را به بخش فرستادم که همـراهش تشکیل پرونده بدهد ولی گفتنـد تـا پـذیرش نداشـته باشـه امکـان پارکلینیک اورژانسی وجود ندارد"(م۱۴).

۵) چالش های مربوط به ارائه دهنده خدمت: از نگـاه کارکنـان اگـر سازمان برای مشارکت آنها ارزش قائـل شـود ایـن ادراک منجـر بـه رضایت شغلی، بهبود عملکـرد شـغلی و کـاهش رفتارهـای سـازمان گریز و بار روانی کار می شود[۲۸]."با توجه به شیفت های طـولانی و محیط کار استرس زا جزء مشاغل سخت نیسـتیم در صـورتی کـه خیلی از اوقات پیش می آید در شیفت های شـب بـه دلیـل حجـم بالای کار و نبود پرسنل کافی اصلا نخوابیم. همچنین بسیاری از مـا به مشکلات مرتبط با ارگونومی مفاصل و کمر درد و... دچار هستیم. اما با این حال بخشودگی پایان خـدمت نـداریم.ارزش کـار مـا درک نمیشه و باور نمیشه، پس به مرور زمان من هم تمام وقت وانرژی ام

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

را به کـار نخـواهم گرفـت"(م۱۰). همچنـین در ایـن سـطح "عـدم پذیرش فرهنگ بیمارمحوری" به عنوان یک چالش شناخته شد. تـا زمانی که احترام به مـادر و ابعـاد آن در فرهنـگ سـازمانی نهادینـه نشود و به آرمان و ارزش سازمان و بیمارستان تبدیل نشـود رعایـت حقوق مادر و تکریم ثبات نخواهد داشت."پزشکانی داریم کـه وقتـی ملایمت و رفتار با احترام ما را با زائو میبینند، معترض شده و تحـت عنوان اینکه شما زائوهـا را لـوس میکنیـد مـا را بـه عـدم تکـریم وا میدارند"(م ۱۶).

۶)چالش های مربوط به دریافت کننده خدمت: تـرس مـادر و عـدم آمادگی او برای زایمان، زمینه ساز عدم همکاری و مشارکت او شـده و منجر به طولانی شدن روند زایمـان و عواقـب ناشـی از آن و گاهـا نیاز به مداخلات بیشـتر درمـانی شـود. "مـادری داشـتیم ۱۵ سـاله ساکن...اهل.... ، بدون کمترین آمادگی برای بـارداری، مـادر شـدن و زایمان و در تمام مدت در لیبر در حال گریه کردن بود و بـه شـدت ترس از زایمان طبیعی داشـت. دیـدگاه اشـتباه او در مـورد زایمـان طبیعی و عدم همکاری اش نهایتا بعد از دو روز به اتاق عمل منتقـل شد و سزارین شـد"(م ۶). گاهـا تجـارب قبلـی فـرد از فرآینـدهای درمانی و یا زایمان قبلی، زمینه ساز ترس و واکنش هـای مـادر مـی شود."بارها دیده ام که مادر مولتی پار به دلیـل تجربـه بـدی کـه از زایمان قبلی در ذهنش باقی مانده سـبب اسـترس و عـدم همکـاری اش در طی زایمان و نهایتا عدم تکریم از سوی پرسنل شده "(م ۸). همچنین، وقتی مادر آموزش لازم و کافی در مورد فرآیند زایمـان را دریافت نکرده باشد، زمینه ساز سـوء رفتـار بـا او در هنگـام لیبـر و زایمان فراهم می شود.بعلاوه، بـی اطلاعـی از حقـوق بـاروری گاهـا منجر به تضییع حقوق فرد می شود." گاهی اوقات پـیش میـاد کـه مادر به دلیل عدم همکاری برای تسریع زایمانش مورد سو اسـتفاده کلامی به شکل تهدید شدن یا فریاد کشیدن قرار میگیـره بعـدا کـه ازش عذرخواهی میشه، زائو اون رفتار را حق خودش مـی دانسـته و هـیچ شـکایتی از ایـن برخـورد نـدارد"(م ۳۲). همچنـین، یکـی از مصاحبه شوندگان نگهداشتن اجباری مادر و نوزاد را در بیمارسـتان، بدلیل عـدم توانـای پرداخـت هزینـه هـای بیمارسـتانی، بـه عنـوان مصداقی از نقض حقوق افراد و بی احترامی عنوان نمود(م ۲۹، ۴۰).

جدول ۱: چالش های ارائه مراقبت مادری توام با احترام در مضمون ها

	زیرطبقه
۱. چالش حاکمیتی(قانونی)	اجرای ضربتی سیاست افزایش باروری تضاد سیاست زایمان طبیعی با حق انتخاب بیمار
۲. چالش آموزش نیروی انسانی	تاکید بر آموزش تئوری محور فاصله قابل توجه نظریه و عمل
۳. چالش ساختاری	عدم حمایت حقوقی مناسب از کارکنان فضای فیزیکی محدود و غیر استاندارد غلبه فرهنگ رابطه مداری بر وظیفه گرایی ضعف جایگاه شغلی و پزشک سالاری کمبود نیروی انسانی نظام پرداخت ناعادلانه و پاداش نامتناسب
۴. چالش فرایندی	وقت گیر بودن ثبت مستندات مغایرت محتوای فرم رضایت نامه با رضایت آگاهانه فرایند نامناسب پذیرش و ترخیص در شرایط اورژانسی
۵. چالش مربوط به ارائه دهنده خدمت	رضایت شغلی ناکافی عدم پذیرش فرهنگ بیمار محوری غلبه نگرش درمان محور در خدمات
۶. چالش مربوط به دریافت کننده خدمت	ترس از زایمان عدم آمادگی برای زایمان عدم دریافت آموزش موثر مرتبط با زایمان طبیعی نداشتن تجربه مثبت از زایمان قبلی عدم آگاهی و شناخت از حقوق خود وضعیت اجتماعی – اقتصادی- فرهنگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر چالش های متعددی در لایه های مختلف نظام سلامت بر اجرای برنامه مراقبت مادری توام با احترام تاثیرگذار است. عوامل سیاستی در سطح کلان، عوامل اجرایی و ساختاری در سطح میانی و عوامل فردی و فرهنگی و پرسنلی در سطح اول نظام سلامت، در اجرای مراقبت توام با احترام چالش برانگیز هستند. اسمیت و همکاران چالشهای اجرای برنامه در کشور زامبیا را درچهار سطح فردی، بین فردی، سازمانی و جامعه طبقه بندی نمود و مشابه با نتایج پژوهش حاضر عوامل نظیر تجارب قبلی بیمار، عدم تبعیت از دستورات مراقبت دهنده، نظام آموزشی و مراقبت مبتنی بر درمان و وضعیت اجتماعی اقتصادی نامطلوب را در عدم اجرای موفق برنامه عنوان نمودند[۱۱]. محققان در بررسی مراقبت توام با احترام در تانزانیا، تغییر در نگرش و ذهنیت کادر درمانی درباره زایمان و برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت را راهی برای پذیرش و اجرای مراقبت توام با احترام بیان نمودند[۵۲]. هم چنین یافته های ویلسون و همکاران حاکی از اهمیت نقش ارائه دهنده مراقبت مادران در دستیابی به مراقبت محترمانه بود. براین اساس ارائه دهنده خدمت در فرایند مراقبت مادری توام با احترام علاوه بر ارائه خدمت نقش حمایتی و حرفه ای دارد و باید فضای بیرون از بیمارستان و سیاستهای حاکم در جامعه نیز در جهت حمایت و تسهیل این نقشها باشد تا مراقبت توام با احترام برای مادران میسر و امکان پذیر باشد[۱۳،۲۹].

به نظر می رسد در راستای سیاست های حوزه سلامت مادران، اجرای بسته ترویج زایمان طبیعی به تنهایی ضامن دستیابی به هدف نمی گردد. شرکت کنندگان مطالعه فعلی براساس تجارب بالینی خود مادران باردار را آماده و پذیرای فرایند مادری نمی دانند و بخش عمده بارداری ها را ناشی از فشار اجتماعی و یا خانوادگی و به نحوی بارداری ناخواسته می دانستند. تبعا درصورتی که بارداری خوشایند مادر نباشد سطح همکاری و پذیرش زایمان کاهش یافته و زمینه ساز بی احترامی و خشونت شده و ارائه مراقبت مادری عاری از هرگونه آسیب و توام با استقلال را دچار چالش می نماید. مطالعات نشان میدهد که زنان به دلایل مختلفی شامل ترس از درد زایمان، استرس و اضطراب، عدم آگاهی از فرایند زایمان، نظر پزشک،شرایط شغلی، تبلیغات و رسانه، امکان انتخاب تاریخ تولد و تنهایی در مراحل زایمان سزارین را ترجیح می‌دهند[۳۰]. از طرفی الزامات قانونی پزشکان در طرح تحول نظام سلامت در جهت کاهش نرخ سزارین منجر به محدود شدن اختیارات پزشکان و شیفت آنها به سمت کاهش سزارین انتخابی شده است[۲]. بدیهی است در چنین شرایطی خودمختاری و استقلال مادر زیرسئوال رفته و انتخاب و ترجیحات او نادیده گرفته میشود. از آنجایی که باروری فرایندی پیچیده و چندعاملی است و عوامل مختلف نگرشی ، اقتصادی، اجتماعی ، فرهنگی و پزشکی در آن مداخله دارد لذا تابعی از شرایط جامعه است[۲۹]. لذا تفکیک آن به عنوان یک موضوع صرفا مرتبط با سلامت ، منجر به شکست برنامه ها خواهد شد. همچنین در پژوهش حاضر فاصله بین دانش نظری و محیط بالینی به عنوان مانعی در ارائه مراقبتهای محترمانه به مادران عنوان شد. به نظر می رسد برگزاری جلسات مشترک دانشکده و مربیان و بیمارستان محل کارآموزش، نظارت دقیق بر اجرای برنامه های آموزشی و تعدیل نظام ارزشیابی به سمت مهارت سنجی می تواند در بهبود وضعیت و رفع چالشهای مطرح کمک کننده باشد[۲۲].

براساس آمار، خطای پزشکی، شایع ترین دلیل اقامه دعوی علیه کادر پزشکی است و در میان حوزه های مختلف بیشترین موارد مربوط به حوزه تخصص زنان و مامایی است که عمدتا ناشی از خطای انسانی بوده است. شکایات بیماران علیه کادر درمان معمولا دارای تبعات روانشناختی، شغلی، عواقب اجتماعی و اقتصادی برای کارکنان است که خود می تواند منجر به رفتارهای سوء بعدی گردد[۳۱]. لازم است مدیران با تعدیل بار کاری، عدالت در قضاوت و تعیین مجازات و تامین حمایت قانونی از جمله بیمه مسئولیت حرفه ایی پرسنل را حمایت نموده و انگیزه کاری آنها را تقویت نمایند. بی عدالتی، عدم حمایت کارکنان و تضاد منافع پزشکان می تواند زمینه ساز کاهش انگیزه و تاب آوری کارکنان به ویژه در شرایط کاری سخت شده و ضمن تحمیل فشار روانی زمینه را برای مداخلات پزشکی بیش از حد، بجای مراقبت توام با احترام مادر فراهم نماید[۳۲،۳۳]. همچنین عدم آگاهی بیماران از حقوق خود زمینه ساز سوء رفتار علیه آنها می شود. اجرای منشور حقوق بیمار در ایران که در سال ۱۳۸۸ به سازمانهای بهداشتی ابلاغ شده همواره با مشکلاتی از جمله عدم رعایت حقوق بیمار در زمینه آگاهی و شناخت از فرایند بیماری و درمان، انتخاب روش درمان همراه بوده است[۳۱]. آشنا نمودن مادران با مفهوم و فرایند آن در طی آموزش های دوران بارداری، تبیین مفهوم اذن و گستره اختیار فرد، بازآموزی پرسنل درخصوص فرایند اخذ رضایت می تواند به رفع چالش‌ها کمک نماید[۳۴].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

علاوه بر این، در مطالعه حاضرتعداد ناکافی پرسنل زمینه ساز افزایش بار کاری و فرسودگی شغلی و بدنبال آن کاهش کیفیت کاری فرد شناخته شد.مطالعات داخل کشور میزان فرسودگی شغلی ماما را به میزان ۶۰-۲۰ درصد ارزیابی نموده اند[۳۵]. بیمارستان‌ها با جذب نیروی ماهر و صلاحیت دار می‌توانند بارکاری پرسنل را کاهش داده و در زمینه بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان و به تبع آن بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده قدم بردارند. همچنین، احساس تبعیض بین ماما و پزشک و بی عدالتی در پرداخت به عنوان مانعی بر سر راه اجرای کامل مراقبت توام با احترام شناسایی شد. تبعیض در پرداخت و احساس عدم عدالت در نظام پرداختی بین کارکنان بهداشتی و درمانی عامل اصلی کاهنده انگیزه شغلی به ویژه پرستاران در ایران و کشورهای آفریقایی گزارش شده است[۳۶]. اگر سازمانها در پی افزایش انگیزه درونی افراد باشند باید مشاغل آنها را غنی نمایند. درچنین شرایطی فارغ از پاداش و تنبیه،کارکنان حداکثر توان خود را براس دستیابی به اهداف سازمان بکار می بندند[۲۸].

این مطالعه از آن جهت که از اولین مطالعات انجام شده در کشور با موضوع شناسایی موانع مراقبت های مادری با احترام است واجد ارزش بوده و میتواند زمینه ارتقای وضعیت تکریم واحترام مادران را فراهم نماید. با این وجود، از آنجا که یافته های پژوهش متمرکز بر دیدگاه و تجارب ماماها میباشد پیشنهاد است در مطالعات بعدی از دیدگاه سایر ذینقشان ازجمله گیرندگان خدمت، متخصصان زایمان، مدیران سطوح میانی و عالی در بیمارستانهای دانشگاهی و غیردانشگاهی و وزارتخانه های مرتبط و همچنین مصاحبه با سیاستگذاران استفاده شود.

سهم نویسندگان

مریم تاجور: استاد راهنما، طراحی پژوهش، جمع آوری و تحلیل داده، مشارکت در تهیه مقاله

شهره علیپور: جمع آوری و تحلیل داده، تنظیم پیش نویس مقاله

الهام شکیبازاده: مدیریت مشترک پایان نامه، طراحی پژوهش

زینب خالدیان: جمع آوری و تحلیل داده، بررسی متون وتنظیم پیش نویس و اصلاح مقاله

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران است. بدینوسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی و مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان‌های شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

بدینوسیله از داوران محترمی که با ارائه نظرات تخصصی و کارشناسی خود به تقویت کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌شود.

منابع

1. World Health Organization. Maternal mortality: Evidence brief.2019. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/329886

2. Ministry of Health and Medical Education of Iran. National Guidelines for Normal Delivery. Islamic Republic of Iran, Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2018. Available at: http://darman.kaums.ac.ir//UploadedFiles/Library/ Midwife/ 100040.PDF[In Persian]

3. Zalvand R, Yaseri M, Mosadeghrad A M, Tajvar M. Determinants of maternal mortality in Iran 1990-2015: a longitudinal study. Tehran Univ Med J 2019;77: 82-91[In Persian]

4. United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York: United Nations Human Rights Council. 2012. Available at: https://digitallibrary.un.org/record /731068

5. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2011.Available at: http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubI = 46

6. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based respectful maternity care worldwide. Lancet 2016;388: 2176–219

7. Quality of Care Network. Quality, Equity, Dignity. A Network for Improving Quality of Care for

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

Maternal, Newborn, and Child Health World Health Organization; 1th Edition: Ceneva, 2017
8. The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women. White Ribb Alliance Safe Mother [Internet]; 2011. p. 1–6. Available at:http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads /2013/ 10/final_rmc_ charter.pdf
9. Yosef A, Kebede A, Worku N. Respectful Maternity Care and Associated Factors Among Women Who Attended Delivery Services in Referral Hospitals in Northwest Amhara, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2020;13:1965-1973
10. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG 2018;125:932-942
11. Smith J, Banay R, Zimmerman E, Caetano V, Musheke M, Kamanga A. Barriers to provision of respectful maternity care in Zambia: results from a qualitative study through the lens of behavioral science. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20:26. Doi: 10.1186/s12884-019-2579-x.
12. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. Reprod Health 2018:137: 15. Doi: 10.1186/s12978-018-0583-7
13. Wilson-Mitchell K, Marowitz A, Lori J R. Midwives' Perceptions of Barriers to Respectful Maternity Care for Adolescent Mothers in Jamaica: A Qualitative Study. International Journal of Childbirth 2018; 8:18-34
14. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP,et al.The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLOS Med 2015; 12: 6. Doi :10.1371/journal.pmed.1001847
15. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based childbirth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19:185. Doi: /10.1186/s12884-019-2332-5
16. The United Nations Population Fund. Maternal deaths halved in 20 years, but faster progress needed. United Nations, New York: The United Nations Population Fund; 2012. Available at: https://www.unfpa.org/press/maternal-deaths-halved-20-years-faster-progress-needed
17. Moridi M, Pazandeh F, Hajian S, Potrata B. Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. PLoS One 2020; 15:3. Doi : 10.1371/journal.pone.0229941
18. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. Acta Medica Iranica 2014;52: 24–8[In Persian]
19. 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: 9. DOI: 10.1186/s12978-020-0863-x
20. shakibazadeh E, Taherkhani F, Yekaninejad M S, Shojaeizadeh D, Tajvar M. Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors. Journal of Hayat 2021; 27 :262-277[In Persian]
21. .Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a qualitative research approach.Journal of Graduate Medical Education 2015; 7:669-670
22. Azimi N, Bagheri R, Mousavi P, Bakhshandeh-Bavrsad M, Honarjoo M. The Study of Clinical Education Problems and Presenting Solutions for improvement it's Quality in Midwifery. RME 2016; 8 :43-51[In Persian]
23. Cheraghi A, Riazi H, Emamhadi M, Jambarsang S.Comparison of the Viewpoints of Midwives Working in Teaching Hospitals and Health Centers in Tehran City about Management Factors Associated with Midwifery Errors (Iran). Qom Univ Medical Sciences Journal 2018;12:42-50 [In Persian]
24. Nejatizarnaqi B, Mohammad Ebrahimi H, khalilifar O, Shahraki S. An investigation of organizational structure in selected hospitals of Tehran and its relationship with hospital performance indicators. EBNESINA 2016;18:40-47[In Persian]
25. Sayarifard A, Abolhasani F, Ghadirian L, Nazari M, Rajabi F, Haghjou L et al . Effective reward system on hospital staff performance: challenges and solutions (A qualitative study in hospitals affilliated to Tehran University of Medical Sciences). Journal of Hospital 2017;15:9-19 [In Persian]
26. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammed por Y, Rahmani AR, Salehitali SH. Promoting factors and challenges facing e-health. Bimonthly Journal of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]

Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2011;33:9:195-204 [In Persian]

27. Ghaderi A, Malek F. Principles of informed consent in medicine. Koomesh 2014;15:133-137[In Persian]

28. Barati H, Oreyzi H. Relations of leadership empowerment behavior and job enrichment with career satisfaction: The mediating role of intrinsic motivation. Contemporary psychology 2016;11:51-66 [In Persian]

29. Nair M, Yoshida S, Lambrechts T, Boschi-Pinto C, Bose K, Mason E M, Mathai M. Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview. BMJ Open 2014;4.Doi: 10.1136/bmjopen-2013-004749

30. Pakniat H, Akbari R. Effective factors to select cesarean-section. Tehran University Medical Journal 2018; 76 :484-491[In Persian]

31. Ochieng J, Buwembo W, Munabi, I. *et al.* Informed consent in clinical practice: patients' experiences and perspectives following surgery. *BMC Res Notes* 2015; 8:765. Doi : /10.1186/s13104-015-1754-z

32. Kazemi S, Riahi M E. Individual and social impacts of medical malpractice complaints on doctors: A qualitative study. Commonity Health 2018;5:159-170 [In Persian]

33. Kamiab F, Afshari P, Kelikhahi B, Tadayon M, Vahabi Shekarloo T, Haghighizadeh M H. A review of reasons of malpractice of obstetricians, gynecologists and midwives. Iranian Journal of Forensic Medicine 2016;22:165-171[In Persian]

34. Meysami V, Ebrahimnia M, Saberi Isfeedvajani M, Khalagi K. Quality of Receiving Patient's Informed Consent in the Surgical Wards of a Military Hospital in Tehran at 2016 and its Improvement Solutions. Journal of Military Medicine 2018; 19 :513-522 [In Persian]

35. Fallah S, Mirzadeh MS, Ghalandari L, Bajalan Z, Ghelich khani S. The relationship between job satisfaction and performance of midwives in Qazvin deliveries centers. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2018 ;16 :564-574 [In Persian]

36. Valizadeh S, Haririan H R. Nurses Work Motivation: A Big Challenge for Health System; a Review article. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal 2015;5:56-64 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.4.8]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.151]