

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

Maryam Tajvar¹, Elham Shakibazadeh¹, Shohreh Alipor¹, 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 ahead 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

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

مریم تاجور^۱، الهام شکبیا زاده^۱، شهره علیپور^۱، زینب خالدیان^{۱*}

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): 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 می تواند 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 ماماها ی 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 ماماها ی دخیل در ارائه مراقبت های 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 چالش های 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 واژه ها: 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 بحرانی‌ترین مراحل زندگی زن و خانواده و گذرگاهی سرشار از تاثیرات جسمانی، عاطفی و روانی، اجتماعی و فرهنگی است که فرد را به شدت مستعد آسیب‌پذیری می‌نماید. 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 بین‌المللی راهکار کنترل و کاهش مرگ را در گرو افزایش پوشش کمی مراقبت‌های 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 نجات‌بخش 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 توأم با احترام است [۶]. بهره‌مندی از چنین مراقبتی حق هر زن است [۷] و در همین راستا سازمان سلامت جهان منشور مراقبت مادری توأم با احترام را در سال ۲۰۱۶ منتشر نمود [۸] "مراقبت مادری توأم با احترام" به مفهوم سازماندهی و تمهید مراقبت به شیوه محترمانه توأم 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 می‌باشد [۵، ۹، ۱۰]. شکیبازاده و همکاران در یک مطالعه مروری، مفهوم مراقبت توأم با احترام را گسترده‌تر 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].

بی‌احترامی 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 بی‌احترامی و رفتار خشونت‌آمیز از طرف ارائه‌دهندگان خدمات مادران هستند [۵]. براساس مطالعات انجام شده در کشورهای کنیا، تانزانیا، اتیوپی و نیجریه ۹۸-۲۰ درصد زنان بدرفتاری و بی‌احترامی را در زمان زایمان تجربه می‌کنند [۱۱-۱۵]. این رفتارها علاوه بر تنش روانشناختی، منجر به رنج و بی‌میلی زنان به استفاده از خدمات زایمان در مراکز بهداشتی و انجام زایمان توسط فرد ماهر و دوره دیده می‌شود 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 می‌شود 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 توأم 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 توأم 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 توأم 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 توأم با احترام را بر اساس تجارب ارائه‌کنندگان 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 ماماها شاغل در

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 ایجاد و تکامل کدها در هر مصاحبه/ بحث و بین هر جلسه با جلسه بعدی بازبینی و با مقایسه مداوم و جامع کلیه کدهای استخراجی، طبقات اصلی و فرعی و فرایند نهایی سازی انجام شد. الزامات اخلاقی در کلیه مراحل پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۵ سال و اکثریت آنها (۸۷٪) متاهل بودند. ۹۰٪ دارای تحصیلات کارشناسی و ۱۰٪ کارشناسی ارشد بودند و حداقل یک و حداکثر ۲۶ سال سابقه کار در بخش لیبر و زایمان را داشتند. میانگین زمان جلسات بحث ۹۰ دقیقه و مصاحبه ۴۵ دقیقه بود.

پس از تجزیه و تحلیل داده ها و تقلیل های لازم، چالشها و موانع اجرای مراقبت مادری توام با احترام در ۶ مضمون اصلی و ۲۳ زیرطبقه مبتنی بر ۵۷ کد شناسایی شده، استخراج گردید (جدول شماره ۱). نقل قولهای مربوط به شرکت کنندگان با "م عدد" مشخص شده اند.

۱) چالش های حاکمیتی (قانونی): "اجرای ضربتی سیاست افزایش باروری" و "تضاد سیاست زایمان طبیعی با حق انتخاب بیمار" دو چالش شناخته شده در سطح حاکمیتی نظام سلامت بودند. سیاستگذاری نوین جمعیتی در کشور گرچه هدفمند و مبتنی بر جامعه تدوین شده است اما به نظر می رسد بستر سازی مناسبی برای آن انجام نشده است. "با اجرای این سیاست بسیاری از خانواده ها به دلیل عدم دریافت وسایل پیشگیری از بارداری از مراکز سلامت، ناخواسته باردار میشوند که این نوعی تنش و استرس بر خانواده و بخصوص مادر باردار وارد میکند. این حس که او وظیفه دارد باردار بشود و خودش دخالتی در این امر ندارد، انگیزه 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 با سلامت خود و جنین را به درستی نمی شناسد و همین امر منتج به عدم دریافت مراقبت دوران بارداری یا مراقبت ناکافی و عدم شرکت در کلاسهای آموزشی ویژه مادران باردار می شود. "زمانی که خانمی

بخش زایمان در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. این دانشگاه دارای ۱۴ بیمارستان است که از بین آنها ۶ بیمارستان دارای بلوک زایمانی هستند. با توجه به رویکرد مطالعه، بیمارستان هایی که به صورت تمام وقت آموزشی بودند و مداخلات تشخیصی و درمانی به صورت مشترک توسط دانشجوی و کارکنان و یا صرفا توسط دانشجوی با نظارت اساتید بالینی انجام می شد از مطالعه خارج شدند و در نهایت دو بیمارستان که واجد شرایط بودند انتخاب و مطالعه در آنها انجام شد.

داده های پژوهش از طریق بحث گروهی متمرکز (۴ جلسه) و مصاحبه نیمه ساختارمند (۶ مورد) جمع آوری شد. ملاک های انتخاب و ورود افراد به پژوهش شامل؛ دارا بودن تحصیلات در رشته مامایی، اشتغال فعلی در بخش زایمان حداقل به مدت یکسال کار مستمر، رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیار ورود برای مصاحبه های انفرادی نیمه ساختار یافته، علاوه بر موارد فوق، داشتن سابقه حداقل ۱۵ سال کار مستمر در بخش زایمان بود. این افراد از بین ماماها ی ارشد که همکاری و مشارکت خوبی در کارگاهها داشتند انتخاب شدند و جهت انجام مصاحبه در چند روز آتی با آنها هماهنگی انجام شد. مصاحبه های نیمه ساختار یافته بیشتر به منظور پوشش دادن شکاف های اطلاعاتی و احیاناً بررسی تناقضاتی که در بحث های گروهی بوجود می آمد و یا تأیید و تقویت یافته های حاصل از بحث انجام شد.

در زمان گردآوری اطلاعات در جلسات مصاحبه/ بحث گروهی متمرکز علاوه بر ضبط، پس از کسب اجازه از مصاحبه شوندگان، از فنون کمکی از جمله یادداشت در عرصه، توصیف کامل جزئیات و استفاده از عبارات شرکت کنندگان و توجه به صدا و نحوه بیان آن- ها، نیز استفاده شد و محتوی هر مصاحبه / جلسه بحث متعاقباً در نرم افزار WORD پیاده سازی میشد. با تخصیص زمان کافی برای هر مصاحبه و جلسات بحث، انجام مصاحبه آزمایشی، حضور دو پژوهشگر به صورت همزمان در کلیه مراحل جمع آوری، پیاده سازی و تحلیل اطلاعات و مقایسه مداوم اطلاعات، تورش کنترل و بی طرفی پژوهشگران رعایت گردید. با ارسال متن مصاحبه برای شرکت کنندگان، اجرای تکنیک توافق در پایان بحث، یادداشت برداری همزمان، کد گذاری مجزا توسط دو نفر و تبادل نظر با همتایان کیفیت پژوهش و روایی و پایایی پژوهش ارتقا داده شد. همچنین در پایان جلسات بحث گروهی، مطالب برای حضار قرائت و مورد بازبینی قرار گرفت. تحلیل داده ها بر اساس رویکرد تحلیل

۳) چالش‌های 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 چالش‌های 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 حرفه‌ای در کنار بارکاری قابل توجه، فشار روانی زیادی را به صاحبان حرف پزشکی وارد می‌نماید و ترس از بروز خطا و یا داشتن تجربه قبلی ممکن است خطرپذیری افراد در تصمیم‌گیری و اجرای روش‌های بالینی را کاهش داده و به نوعی زمینه را برای نقض حق انتخاب، رضایت آگاهانه، بهره‌مندی 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 نمی‌شود" (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 می‌کند و توان کاری را کم می‌کند. چنین جوی بر رفتار و ارتباط ما هم با مادران تأثیر می‌گذارد (م ۲۵، ۲۰). فضای فیزیکی غیر استاندارد امکان رعایت کامل حریم خصوصی را محدود می‌کند. "بخاطر نداشتن فضای فیزیکی کافی در بخش پست پارتوم نمی‌توانیم حریم خصوصی بیمار را رعایت کنیم و معمولاً مراقبت‌ها به شکل غیر محرمانه انجام می‌شود" (م ۶، ۱۵ و ۳۹). چالش ساختاری دیگر اینست که در بخش زایمان تمرکز قدرت در دست پزشک متخصص زایمان است و این موضوع منجر به عدم استقلال حرفه‌ای ماما در تشخیص و اداره زایمان طبیعی و در پاره‌ای موارد نقض مراقبت توأم با احترام می‌شود. "وقتی پزشک از ما انجام فشار فوندال را می‌خواهد ما چاره‌ای نداریم چون بلافاصله و در صورت مقاومت ما بحث به اینجا می‌رسد که من مسئول هستم پزشک هستم و در صورت انجام ندادن و بروز مشکل

ناخواسته و یا تحت فشار جامعه و یا خانواده باردار می‌شود هیچ انگیزه‌ای 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 بسته‌های 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 جریمه‌های تعیین شده، سیاست انتظار زایمان و تاخیر در تصمیم‌گیری را در پیش گرفتند و این رویکرد در نهایت در برخی شرایط منجر به تضییع حق انتخاب مادران می‌شود. "در شرایط فعلی به خصوص در بیمارستان‌های دولتی، انتخاب زایمان طبیعی با رضایت آگاهانه نیست و کاملاً در مغایرت با آن است" (م ۱۶). "ممکن است خانمی واژینوسوس 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 عارضه‌های زایمانی می‌شوند" (م ۵).

۲) چالش‌های آموزش نیروی انسانی: بخشی از فارغ‌التحصیلان مامایی از دانش نظری خوبی برخوردارند اما در ایفای نقش، توانمندی مناسب حرفه‌ای را کسب ننموده‌اند و این موضوع زمینه ساز فاصله گرفتن از خدمت کیفی می‌شود. "نیروی طرحی که وارد سیستم می‌شود کار بالینی را بلد نیست و تازه ما باید به او آموزش بدهیم. نمی‌تواند پروسیجرها را درست انجام بدهد، دیلاتاسیون را تشخیص نمی‌دهد... چندبار برای گرفتن رگ، بیمار اذیت می‌شود..." (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 نمی‌تواند ماما شود افراد پر تنش و پراسترس نمی‌توانند از عهده شغل مامایی برآیند. چون توانایی مدیریت و تصمیم‌گیری 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. بعضی‌ها به درد مامایی نمی‌خورند یا درست آموزش نمی‌بینند و گاهی خوب با مادر برخورد نمی‌کنند" (م ۲۳).

جهت گردآوری مستندات مرتبط با هر زائو، سبب صرف وقت زیادی می شود و در مدت نوشتن مجبوریم پشت کامپیوتر باشیم و بیمار رها و گاها مورد بی توجهی قرار می گیرد" (م ۳۹). "مستندسازی خیلی وقت گیر است و این فرایندهای طولانی مدت باعث خستگی ما میشه و از طرفی کارایی ما را در رسیدگی به زائو کم می کند" (م ۲۸). همچنین به عنوان بخشی از فرآیند، اخذ رضایت آگاهانه از بیمار قبل از هرگونه مداخله تشخیصی و یا درمانی از اصول اخلاق پزشکی است [۲۷]، اما اجرای آن همواره با چالشهایی از طرف بیمار و یا کارکنان بالینی همراه است. "محتوای فرم های رضایت از بیمار بیشتر جنبه اطلاع رسانی داره تا اخذ رضایت آگاهانه از او، و سبب سلب مسئولیت حقوقی برای ارائه دهنده میشه و به نفع گیرنده خدمت نیست" (م ۱۸، ۲۱، ۳۱ و ۳۳) در مورد برائت های کلی شفاف توضیح دادن در جهت گرفتن رضایت آگاهانه سبب ممانعت در انجام پروسه درمانی می شود. چون زمانی که خانم باردار متوجه می شود حق انتخاب دارد ممکن است از آن اقدام خاص ممانعت 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 رعایت منزلت افراد به عنوان حق، گاها از دامنه عملکرد کارکنان فراتر رفته و به عنوان یک جریان ناخواسته در بطن فرایندهای رایج ممکن است اتفاق افتد. چند نفر از مصاحبه شوندگان فرایند پذیرش رادر شرایط اورژانس مشکل ساز عنوان نمودند. "بارها پیش آمده بیماری با شرایط اورژانسی در تریاژ ویزیت کردم و سریعاً درخواست سونو گرافی و آزمایشات را دادم و بیمار را به بخش فرستادم که همراهش تشکیل پرونده بدهد ولی گفتند تا پذیرش نداشته باشه امکان پارکلینیک اورژانسی وجود ندارد" (م ۱۴).

۵) چالش های مربوط به ارائه دهنده خدمت: از نگاه کارکنان اگر سازمان برای مشارکت آنها ارزش قائل شود این ادراک منجر به رضایت شغلی، بهبود عملکرد شغلی و کاهش رفتارهای سازمان گریز و بار روانی کار می شود [۲۸]. "با توجه به شیفت های طولانی و محیط کار استرس زا جزء مشاغل سخت نیستیم در صورتی که خیلی از اوقات پیش می آید در شیفت های شب به دلیل حجم بالای کار و نبود پرسنل کافی اصلاً نخواهیم. همچنین بسیاری از ما به مشکلات مرتبط با ارگونومی مفاصل و کمر درد و... دچار هستیم. اما با این حال بخشودگی پایان خدمت نداریم. ارزش کار ما درک نمیشه و باور نمیشه، پس به مرور زمان من هم تمام وقت وانرژی ام

شما باید جواب بدهید و گاهی کار به بالاتر هم کشیده میشه و همیشه هم حق با پزشک میشه" (م ۹، ۱۹ و ۲۲) و همچنین در ساختار نامناسب فرایند زایمان یک مراجعه کننده عادی با مراجعه کننده سفارش شده می تواند از نظر کیفیت با هم متفاوت و به نوعی با تبعیض غیرقابل اجتناب همراه باشد. "مراجعه همکاران بخش های مختلف در بیمارستان به بخش زایمان یا افرادی که توسط آنان سفارش می شوند باعث می شود که ما توجه بیش از حد به آنان داشته باشیم و متأسفانه مراقبت های تبعیض آمیز رخ می دهد" (م ۴، ۱۳، ۲۷، ۳۸ و ۴۰).

کمبود پرسنل و نسبت نامتناسب ارائه دهنده مراقبت به بیمار می تواند منجر به افزایش بار کاری و در نتیجه خستگی کارکنان و کاهش کیفیت خدمت میگردد. "تعداد کم پرسنل در شیفت باعث میشد همه اجزای تکریم مادر باردار زیر سوال برود" (م ۳۱). به علاوه ناکافی بودن تعداد پرسنل زمان اختصاص یافته به مراقبت از هر بیمار را کاهش داده و زمینه ساز مراقبت فراموش شده یا مراقبت ناتمام می گردد "خیلی از مواقع زمان کافی برای توضیح پروسیجرها وجود ندارد و مجبوریم جهت رسیدگی به همه مادران بدون دادن توضیحات جامع و کافی و در واقع با عدم آگاهی و رضایت آگاهانه زائو به او خدمت ارائه دهیم" (م ۳). همچنین، پرداخت ناعادلانه و باور فرد به ناکافی بودن دستمزد، انگیزه کاری و مسئولیت پذیری افراد را تحت تاثیر قرار داده و از این گذرگاه بر کیفیت خدمت ارائه شده تاثیرات نامطلوب می گذارد. "تبعیض بین ماما و پزشک متخصص زنان باعث کم شدن ارزش کار ماما شده 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 مقایسه با دکتر صرف کرده ایم" (م ۱). "مهم ترین بعد بهبود بهره وری در هر سازمان وجود نظام پاداش می باشد" [۲۵]. "هیچ تفاوتی در نوع سرویس دهی ما به مادران باردار با شرایط مختلف وجود ندارد و تمامی زائوها پر-کیس ۳۰ هزار تومان محاسبه می شوند در حالیکه مادران پرخطر خدمات، انرژی و توجه بیشتری را می طلبند. بنابراین عدم وجود انگیزه مالی باعث سرد شدن نیرو نسبت به کارش شده" (م ۶، ۱۵).

۴) چالش های فرایندی: پرونده پزشکی بیمار گرچه یک ضرورت و ابزار قدرتمند مدیریتی است اما فرایندی زمانبر است که در شرایط اورژانسی و کمبود پرسنل برای کارکنان چالش برانگیز است [۲۶]. "گزارش نویسی و قوانین مرتبط با حاکمیت بالینی در

را به کار نخواهم گرفت" (م ۱۰). همچنین در این سطح "عدم پذیرش فرهنگ بیمارمحوری" به عنوان یک چالش شناخته شد. تا زمانی که احترام به مادر و ابعاد آن در فرهنگ سازمانی نهادینه نشود و به آرمان و ارزش سازمان و بیمارستان تبدیل نشود رعایت حقوق مادر و تکریم ثبات نخواهد داشت. "پزشکانی داریم که وقتی ملایمت و رفتار با احترام ما را با زانو میبینند، معترض شده و تحت عنوان اینکه شما زائوها را لوس میکنید ما را به عدم تکریم وا میدارند" (م ۱۶).

۶) چالش‌های مربوط به دریافت کننده خدمت: ترس مادر و عدم آمادگی او برای زایمان، زمینه ساز عدم همکاری و مشارکت او شده و منجر به طولانی شدن روند زایمان و عواقب ناشی از آن و گاهی نیاز به مداخلات بیشتر درمانی شود. "مادری داشتیم ۱۵ ساله ساکن... اهل...، بدون کمترین آمادگی برای بارداری، مادر شدن و زایمان و در تمام مدت در لیبر در حال گریه کردن بود و به شدت ترس از زایمان طبیعی داشت. دیدگاه اشتباه او در مورد زایمان طبیعی و عدم همکاری اش نهایتاً بعد از دو روز به اتاق عمل منتقل

شد و سزارین شد" (م ۶). گاهی تجارب قبلی فرد از فرآیندهای درمانی و یا زایمان قبلی، زمینه ساز ترس و واکنش‌های مادر می شود. "بارها دیده ام که مادر مولتی پار به دلیل تجربه بدی که از زایمان قبلی در ذهنش باقی مانده سبب استرس و عدم همکاری اش در طی زایمان و نهایتاً عدم تکریم از سوی پرسنل شده" (م ۸). همچنین، وقتی مادر آموزش لازم و کافی در مورد فرآیند زایمان را دریافت نکرده باشد، زمینه ساز سوء رفتار با او در هنگام لیبر و زایمان فراهم می شود. بعلاوه، بی اطلاعی از حقوق باروری گاهی منجر به تضییع حقوق فرد می شود. "گاهی اوقات پیش میاد که مادر به دلیل عدم همکاری برای تسریع زایمانش مورد سو استفاده کلامی به شکل تهدید شدن یا فریاد کشیدن قرار میگیره بعداً که ازش عذرخواهی میشه، زانو اون رفتار را حق خودش می دانسته و هیچ شکایتی از این برخوردار ندارد" (م ۳۲). همچنین، یکی از مصاحبه شوندگان نگهداشتن اجباری مادر و نوزاد را در بیمارستان، بدلیل عدم توانای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی، به عنوان مصداقی از نقض حقوق افراد و بی احترامی عنوان نمود (م ۲۹، ۴۰).

جدول ۱: چالش‌های ارائه مراقبت مادری توأم با احترام در مضمون‌ها

زیر طبقه	
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

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر چالش‌های متعددی در لایه‌های 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 در چهار 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 دوره‌های آموزشی ضمن خدمت را راهی برای پذیرش و اجرای مراقبت توام با احترام بیان نمودند [۵۲]. هم چنین یافته‌های 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 حرفه‌ای 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 می‌رسد در راستای سیاست‌های حوزه سلامت مادران، اجرای بسته ترویج زایمان طبیعی به تنهایی ضامن دستیابی به هدف نمی‌گردد. شرکت کنندگان مطالعه فعلی براساس تجارب بالینی خود مادران باردار را آماده و پذیرای فرایند مادری نمی‌دانند و بخش عمده بارداری‌ها را ناشی از فشار اجتماعی و یا خانوادگی و به نحوی بارداری ناخواسته می‌دانستند. تبعاً در صورتی 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 می‌نماید. 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 شیف‌ آنها به سمت کاهش سزارین انتخابی شده است [۲]. بدیهی است در چنین شرایطی خودمختاری و استقلال مادر زیرسؤال 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 صرفاً مرتبط با سلامت، منجر به شکست برنامه‌ها 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 می‌رسد برگزاری جلسات مشترک دانشکده و مربیان و بیمارستان محل کارآموزش، نظارت دقیق بر اجرای برنامه‌های آموزشی و تعدیل نظام ارزشیابی به سمت مهارت سنجی می‌تواند 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 حوزه‌های مختلف بیشترین موارد مربوط به حوزه تخصص زنان و مامایی است که عمدتاً ناشی از خطای انسانی بوده است. شکایات بیماران علیه کادر درمان معمولاً دارای تبعات روانشناختی، شغلی، عواقب اجتماعی و اقتصادی برای کارکنان است که خود می‌تواند 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 حرفه‌ای پرسنل را حمایت نموده و انگیزه کاری آنها را تقویت نمایند. بی‌عدالتی، عدم حمایت کارکنان و تضاد منافع پزشکان می‌تواند 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 می‌شود. 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 آموزش‌های دوران بارداری، تبیین مفهوم اذن و گستره اختیار فرد، بازآموزی پرسنل درخصوص فرایند اخذ رضایت می‌تواند به رفع چالش‌ها کمک نماید [۳۴].

دیدگاه سایر ذینقشان از جمله گیرندگان خدمت، متخصصان زایمان، مدیران سطوح میانی و عالی در بیمارستانهای دانشگاهی و غیردانشگاهی و وزارتخانه‌های مرتبط و همچنین مصاحبه با سیاستگذاران استفاده شود.

سهم نویسندگان

مریم تاجور: استاد راهنما، طراحی پژوهش، جمع‌آوری و تحلیل داده، مشارکت در تهیه مقاله
شهره علیپور: جمع‌آوری و تحلیل داده، تنظیم پیش‌نویس مقاله
الهام شکیبازاده: مدیریت مشترک پایان‌نامه، طراحی پژوهش
زینب خالدیان: جمع‌آوری و تحلیل داده، بررسی متون و تنظیم پیش‌نویس و اصلاح مقاله

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، بخشی از پایان‌نامه 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 شرکت‌کننده 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.

علاوه بر این، در مطالعه حاضر تعداد 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 بی‌عدالتی در پرداخت به عنوان مانعی بر سر راه اجرای کامل مراقبت توأم با احترام شناسایی شد. تبعیض در پرداخت و احساس عدم عدالت در نظام پرداختی بین کارکنان بهداشتی و درمانی عامل اصلی کاهش 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. در چنین شرایطی فارغ از پاداش و تنبیه، کارکنان حداقل توان خود را براساس دستیابی به اهداف سازمان بکار می‌بندند [۲۸].

این مطالعه از آن جهت که از اولین مطالعات انجام شده در کشور با موضوع شناسایی موانع مراقبت‌های مادری با احترام است واجد ارزش بوده و میتواند زمینه ارتقای وضعیت تکریم و احترام مادران را فراهم نماید. با این وجود، از آنجا که یافته‌های پژوهش متمرکز بر دیدگاه و تجارب ماماها میباشد پیشنهاد است در مطالعات بعدی از

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 programmes 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

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 affiliated 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*

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. *Community 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]