

## تکریم مادر باردار و عوامل مرتبط با بستری آن‌ها در بیمارستان بعثت سنندج (۱۳۹۷)

آرزو رضایی<sup>۱</sup>، فرزانه ظاهری<sup>۲</sup>، محمد مرادی<sup>۳</sup>، روناک شاهی<sup>۴\*</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، کردستان، ایران

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، کردستان، ایران

۳- استادیار دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۴- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، کردستان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.1&amp;2, Spring &amp; Summer 2022

## چکیده:

**مقدمه:** تکریم و بزرگداشت مادران، توسط مراقبان سلامت شامل سه بعد کیفیت مراقبت، امنیت و رعایت حقوق مادران است که در نهایت به کسب تجربه مثبت آن‌ها از زایمان منتهی می‌شود. هدف از این پژوهش، تعیین وضعیت تکریم مادر باردار و عوامل مرتبط با بستری آن‌ها در بیمارستان بعثت سنندج (۱۳۹۷) بوده است.

**روش کار:** این پژوهش مقطعی - همبستگی، در بخش بعد از زایمان در بیمارستان بعثت سنندج، از دی ماه ۹۷ تا اردیبهشت ۹۸ انجام گردید. جامعه مورد بررسی، شامل تمام زنان زایمان کرده در بخش بعد از زایمان بوده است که حجم نمونه به صورت تمام شماری و ۳۴۵ نفر برآورد گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای چهار قسمتی شامل: مشخصات ۱- دموگرافیک ۲- مامایی، ۳- زایمانی، ۴- پرسشنامه شاخص ارزیابی تکریم مادر بود. پس از پایان نمونه‌گیری، اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحقیق، از آمار توصیفی و تست‌های آماری تی تست، آنالیز واریانس استفاده گردید (p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد).

**یافته‌ها:** براساس این پژوهش، میانگین نمره تکریم کلی به طور متوسط  $64/4 \pm 9/6$  بود. همچنین میان میزان تکریم مادر با سطح درآمد ( $P < 0/018$ )، نوع بیمه درمانی ( $P < 0/046$ )، روش زایمان ( $P < 0/02$ )، عامل زایمان ( $P < 0/014$ ) و مهارت‌های تنفسی کاهش درد زایمان ( $P < 0/034$ ) ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق نشان داد؛ که با توجه به روش زایمان و آموزش عاملان زایمان، در خصوص اهمیت رعایت تکریم مادر و به کار بردن روش‌های کاهش درد در لیبر و زایمان آن‌ها ضروری است و همچنین جایگاه و نقش ماماها در رعایت اکرام و بزرگداشت حقوق مادر، نشان داده شده است.

**واژگان کلیدی:** تکریم مادر، بارداری، کیفیت مراقبت، امنیت

J Educ Ethics Nurs 2022;11(1&amp;2):19-26

## مقدمه

دیگر تکریم مادر با توجه به نیازهای جسمانی، روانی، معنوی، اجتماعی مشروع و معقولی است که به صورت استانداردها، قوانین و مقررات مشخص شده و گروه مراقبت، موظف به اجرا و رعایت آن می‌باشند [۶]. عدم رعایت احترام مادر می‌تواند شامل هفت حیطة آزار جسمی، مراقبت‌های بدون رضایت، مراقبت‌های غیر مؤثر، آزار کلامی، تبعیض، قطع مراقبت‌ها و تأخیر در ارائه تسهیلات باشد [۷].

در حال حاضر اطلاعات کافی در زمینه میزان عدم تکریم مادر در هنگام زایمان در سراسر جهان وجود ندارد. سازمان بهداشت

بارداری و زایمان، دوران مهمی در زندگی زنان و خانواده‌ها بوده و نیازمند مراقبت و توجه بیشتری می‌باشد [۱،۲]. مراقبت توأم با احترام، به عنوان عنصر حیاتی و یکی از استراتژی‌های مهم کیفیت مراقبت مادران می‌باشد که نیاز به آن در تمامی زنان احساس می‌شود [۳]. تکریم مادر یا مراقبت‌های محترمانه به مراقبتی گفته می‌شود که «در آن فرد احساس ارزشمند بودن و مورد احترام بودن را داشته باشد» [۴]. تکریم مادر توسط مراقبان سلامت شامل سه بعد کیفیت مراقبت، امنیت و رعایت حقوق مادر می‌باشد؛ تا مادر تجربه زایمانی مثبتی را داشته باشد [۵]. به عبارت

\*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، کردستان، ایران.

پست الکترونیک: rshaho@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۸۳۷۱۲۷۵۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۹

و امنیت را تعیین می‌کند [۱۴]. این شاخص برای زنان آمریکا و کانادا (۲۰۱۷)، مورد استفاده قرار گرفت و به عنوان یک معیار معتبر و قابل اطمینان برای سنجش مراقبت‌های مامایی همراه با احترام ذکر شده است [۵].

از آنجایی که آماری از میزان تکریم مادر در زایمان در ایران وجود ندارد و بیشتر مقاله‌های موجود، میزان آگاهی زنان و یا ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از منشور حقوق مادر و یا میزان رضایت‌مندی را سنجیده‌اند، بنابراین این پژوهش، با هدف تعیین میزان تکریم مادر باردار و عوامل مرتبط با بستری آن‌ها در بیمارستان بعثت سنندج (۱۳۹۷) انجام گردید.

### روش کار

این تحقیق، از نوع مقطعی - همبستگی است که در آن میزان تکریم مادر باردار و عوامل مرتبط با بستری آن‌ها در بخش بعد از زایمان در بیمارستان بعثت سنندج از دی ماه (۱۳۹۷) تا اردیبهشت ماه (۱۳۹۸) مورد بررسی قرار گرفته است. در این بررسی، ۳۴۵ نفر خانم زایمان کرده که دارای معیارهای ورود به تحقیق قرار گرفته‌اند. در معیارهای ورود، به خاطر حذف اثر تأثیرات روحی، نگرانی‌ها و مشکلات شناختی مادر، سعی بر آن شد که سنجش معیارهای ورود و خروج از پژوهش شامل موارد ذیل باشند: عدم فوت همسر یا نزدیکان مادر (پدر، مادر، خواهر و برادر) زایمان کرده در طی دو ماه گذشته، مصرف نکردن داروی خاص افسردگی و بیماری‌های روانی (طبق اظهارات مادر)، داشتن نوزاد زنده و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیار خروج، تمایل نداشتن به تکمیل تمامی بندهای پرسشنامه بود که حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر به دست آمد.

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{\alpha/2}^2}{(N-1)B^2 + \sigma^2 z_{\alpha/2}^2}$$

در فرمول بالا، N اندازه جامعه یا همان تعداد زنان در دوره زمانی مورد نظر است که جهت زایمان مراجعه کرده‌اند. نماد  $\sigma^2$  همان واریانس متغیر تکریم است که  $\sigma = 18$  و  $z_{0.25} = 1.96$  است. عدد B کران خطا یا حداکثر تفاوت برآوردگر و پارامتر بوده که برابر ۲ درصد است. اندازه نمونه، با توجه به فرضیات فوق، برابر با ۳۰۱ نفر برآورد گردیده است که با احتساب نیم درصد ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه ۳۴۵ نفر به دست آمد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مشتمل بر پرسشنامه‌ای چهار قسمتی بود که ۱- مشخصات فردی (۷ سؤال)، ۲- مشخصات مامایی (۱۱ سؤال)، ۳- مشخصات زایمانی (۱۴ سؤال) ۴- شاخص ارزیابی تکریم مادر (۱۴ سؤال) بود. مشخصات فردی: سن، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت، میزان درآمد، زبان و نوع بیمه درمانی

جهانی (۲۰۱۴) در بیانیه‌ای از همه مسئولان، درخواست کرد که اقدامات و تحقیقات بیشتری را انجام داده و در جهت اجتناب و رفع بی‌احترامی و سوء استفاده اقدام نمایند و ارائه مراقبت‌های هنگام زایمان، همراه با احترام را گسترش دهند [۸]. در یک بررسی مروری در مراکز بهداشتی در سطح جهانی، میزان مراقبت‌های بدون احترام و همراه با سوء استفاده در بخش زایمان از ۱۵ تا ۹۸ درصد متفاوت بوده است [۹]. در تحقیق دیگری که در کشور تانزانیا انجام گرفته بود، میزان شیوع بی‌احترامی، ۱۹/۵ درصد گزارش شده است [۱۰].

مهم‌ترین عامل کسب تجربیات منفی زایمان، شرایطی است که در آن مراقبان بهداشتی مانند پزشک و ماما به نیازهای عاطفی و ارائه مراقبت‌های توأم با احترام به مادران اعتنایی نمی‌کنند [۱۱]. این نوع تجربه از زایمان می‌تواند بر احساس مادر نسبت به کودک و روابط مادر و کودک تأثیر منفی داشته باشد. بنابراین رعایت نکردن احترام به مادر می‌تواند بر ناسازگاری مادر و نوزاد و مسئولیت والدین اثر جدی و نامطلوب بگذارد [۱۲]. به علاوه احساس بی‌احترامی و عدم تکریم می‌تواند منجر به اختلاف عقیده مادران با مراقبان بهداشتی در مورد نحوه مراقبت از آن‌ها و کودکان‌شان گردد. بنابراین چگونگی ارتباط ارائه‌دهندگان خدمات به مادر در طول حاملگی، زایمان و پس از زایمان اهمیت بسیاری دارد. تجربه برخورد زنان با مراقبان در این دوران می‌تواند منجر به توانمندسازی، آرامش و یا برعکس باعث ایجاد آسیب‌های پایدار و جبران نشدنی عاطفی گشته و سبب افزایش یا کاهش اعتماد به نفس زنان شود [۱].

بدرفتاری و از دست دادن استقلال در طول زایمان می‌تواند منجر به تمایل نداشتن زنان برای دریافت خدمات بهداشتی - درمانی گردد و این بی‌رغبتی، دسترسی زنان به حقوق سلامت را کاهش می‌دهد [۱۳، ۱۴]. تحقیق‌های مختلف، اهمیت و لزوم تکریم مادر را در دوران بارداری و هنگام زایمان نشان داده و عدم وجود تکریم مادر را همراه با عوارض بسیاری برای مادر و نوزاد و سایر افراد خانواده ذکر کرده است [۱۵]. به نظر می‌رسد که ابزارهای ارزیابی کننده معتبر و مبتنی بر شواهدی که قابلیت استفاده در کشورها و شرایط مختلف را داشته باشد، مورد نیاز است. وجود چنین ابزاری این امکان را فراهم می‌کند که بدرفتاری با زنان شناسایی و مورد بررسی قرار گیرد [۳].

اولین بار، در دانشگاه بریتیش کلمبیای کانادا (۲۰۱۷)، توسط ودام و همکارانش شاخص تکریم مادر تدوین گردید. شاخص تکریم مادر دارای سه بعد کیفیت، ایمنی، رعایت حقوق مادر در زایمان است که برای ارزیابی ارتباط و تعامل میان مددجو و مراقبان سلامت و تأثیر آن‌ها بر روی حس احترام مددجویان در طی مراقبت‌های مامایی تدوین شده و میزان اطلاع بیماران از کیفیت

آن‌ها دارای بیمه سلامت (۴۰/۳ درصد) بودند. نتایج حاصل از این پژوهش، ارتباط معناداری میان میزان درآمد ( $P=0/018$ ) و نوع بیمه ( $P=0/046$ ) را با میزان تکریم مادر نشان داد به گونه‌ای که هر چقدر میزان نسبت درآمد به مخارج بیشتر باشد میزان تکریم بیشتر است و همچنین میزان تکریم کلی در مادران با بیمه روستایی، کمتر از بیماران غیرروستایی به دلیل اختلاف سطح درآمد و فرهنگی مادر می‌باشد (جدول ۱).

نتایج در زمینه مشخصات بالینی نشان داد که از نظر وضعیت بستری بیشتر نمونه‌های پژوهش دارای اتاق یک تخته (۸۶/۷ درصد) بوده و سابقه بستری در بارداری (۸۲/۶ درصد) را نداشتند و در طول لیبر و زایمان اجازه خوردن و آشامیدن (۸۹/۹ درصد) داشتند. طول مدت مرحله اول ۱۲ - ۴ ساعت (۴۸/۷ درصد) و طول مرحله دوم زایمان کمتر از ۲۰ دقیقه (۴۵/۲ درصد) بود. سن حاملگی بیشتر افراد مورد بررسی (۹۲/۲ درصد)، ترم (۴۲ - ۳۷ هفته) بود. زایمان بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۶۴/۱ درصد)، توسط ماما انجام شده بود و روش زایمان (۶۵/۲ درصد) به صورت زایمان واژینال با اپیزیاتومی بود. همچنین برای بیشتر افراد مورد تحقیق (۷۵/۹ درصد)، از اکسی‌توسین جهت القا و تقویت لیبر استفاده شده بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش از مهارت‌های تنفسی (۶۹ درصد)، ماساژ (۷۱/۳ درصد)، حرکت کردن در طول لیبر (۶۷ درصد) جهت کاهش درد زایمان استفاده کرده بودند. زایمان بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۴۲ درصد)، در شیفت شب بود و (۸۲ درصد) افراد کمتر از یک روز در بخش زایمان بستری بودند. نوزاد بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۶ درصد)، نوزاد سالم بود که نیازمند بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نبودند.

نتایج به دست آمده، ارتباط آماری معناداری را میان روش زایمان ( $P=0/02$ )، عامل زایمان ( $P=0/014$ )، استفاده از میزوپروستول ( $P=0/011$ ) و مهارت‌های تنفسی ( $P=0/034$ ) با میزان تکریم مادر نشان داد. بیشترین میزان تکریم مادر بین عوامل زایمان مربوط به ماما و کم‌ترین میزان مربوط به متخصصان بود. اما روش زایمان با کم‌ترین میزان تکریم مادر، مربوط به سزارین و بیشترین میزان تکریم مادر، به زایمان واژینال با اپیزیاتومی بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، نمره کلی تکریم مادر ( $9/6 \pm 6/4$ ) بود که نشان دهنده میزان اکرام و بزرگداشت متوسط است. جدول ۳، نمره کلی تکریم و ابعاد آن را نشان می‌دهد.

بود. مشخصات مامایی: تعداد حاملگی، تعداد فرزندان، سن آخرین فرزند، خواسته بودن حاملگی، نازایی، بیماری مادر، رضایت از زندگی زناشویی، جنسیت نوزاد فعلی، رضایت از جنسیت نوزاد توسط پدر و مادر، داشتن رابطه جنسی بدون رضایت است. مشخصات زایمانی: وضعیت اتاق بستری، سابقه بستری در بیمارستان در این حاملگی، اجازه خوردن و آشامیدن در لیبر، وضعیت اعزام، طول مرحله اول و دوم زایمان، سن حاملگی، عامل زایمان، روش زایمان، نوع مداخلات در لیبر و زایمان، استفاده از روش‌های کاهش درد، زمان زایمان، مدت اقامت در بیمارستان و بستری بودن نوزاد در بخش نوزادان بود. پرسشنامه شاخص ارزیابی تکریم مادر اولین بار در دانشگاه بریتیش کلمبیای کانادا توسط ودام و همکارانش (۲۰۱۷) تدوین شده بود و طی مکاتبه‌ای، اجازه استفاده از پرسشنامه از نویسنده آن گرفته شد. پرسشنامه توسط دو نفر از استادان متخصص زبان از انگلیسی به فارسی برگردانده شد. جهت روایی، پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا در اختیار ۱۸ نفر از اعضای هیات علمی مجرب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان قرار داده شد و نظرات استادان اعمال گردید. مجدداً پرسشنامه ترجمه شده، توسط دو نفر از استادان زبان به انگلیسی برگردانده شده و اجازه استفاده با تغییرات اعمال شده در پرسشنامه به صورت کتبی از نویسنده آن گرفته شد. جهت اعتبار پرسشنامه، به ۳۰ نفر از مادران بستری در بخش بعد از زایمان با همان شرایط ورود به تحقیق اجازه داده شد و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه تکریم مادر دارای ۱۴ گویه، در سه حیطه کیفیت (۴ سؤال)، امنیت (۷ سؤال) و حقوق مادر (۳ سؤال) است که با مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (از نمره ۱ یک تا ۶ شش) مورد سنجش قرار می‌دهد. نمرات ۳۱ - ۱۴ به معنی تکریم خیلی کم، نمرات ۴۹ - ۳۲ به معنی تکریم کم، نمرات ۶۶ - ۵۰ تکریم متوسط و نمرات ۸۴ - ۶۷ تکریم زیاد می‌باشند. پس از پایان نمونه‌گیری، اطلاعات با هماهنگی استاد مشاور آماری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و از آمار توصیفی و تست‌های آماری T-test و آنالیز واریانس استفاده گردید.

## یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، بیشتر واحدهای مورد بررسی دارای محدوده سنی ۳۰ - ۲۴ سال (۴۵/۲ درصد)، خانه‌دار (۸۹ درصد)، وضعیت درآمد بیشتر واحدهای مورد پژوهش، کمتر از مخارج ماهیانه (۴۵/۷ درصد)، از لحاظ بیمه درمانی اکثر

جدول ۱. تعیین ارتباط میزان تکریم کلی با مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	طبقه بندی	میانگین و انحراف معیار	مقدار P
مقایسه درآمد با مخارج	بیشتر از مخارج	۶۷/۶۲ ± ۹/۰۴	*۰/۰۱۸
	برابر مخارج	۶۴/۳۰ ± ۱۰/۱۴	
	کمتر از مخارج	۶۳/۳۷ ± ۹/۰۹	
وضعیت شغلی	خانه دار	۶۴/۳۸ ± ۹/۴۳	۰/۱۹
	شاغل در منزل	۶۱ ± ۱۲/۴۹	
	شاغل در خارج از منزل	۶۶/۷۳ ± ۹/۲۷	
محل سکونت	شهر	۶۵/۱۷ ± ۹/۹۶	۰/۴۹
	حاشیه	۶۳/۸۲ ± ۹/۱۸	
	روستا	۶۳/۹۹ ± ۹/۵۱	
زبان و لهجه	کردی (اورامی)	۶۶/۵۰ ± ۹/۳۵	۰/۶۶
	کردی (سورانی)	۶۴/۳۹ ± ۹/۶۵	
	غیره	۶۳/۴۸ ± ۹/۱۶	
سطح تحصیلات	بی سواد	۶۵/۵۳ ± ۷/۳۱	۰/۸۲
	ابتدائی	۶۲/۱۷ ± ۱۱/۱۷	
	سیکل	۴۶/۹۶ ± ۸/۵۰	
	دبیرستان	۶۵/۱۲ ± ۸/۴۸	
	دانشگاهی	۶۶/۲۵ ± ۱۰/۱۳	
نوع بیمه	روستایی	۶۲/۸۷ ± ۱۰/۷۶	*۰/۰۴۶
	غیر روستایی	۶۵/۱۲ ± ۸/۹۷	
سکونت خانواده پدری در سندج	بله	۶۴/۲۶ ± ۹/۳۹	۰/۷۳
	خیر	۶۴/۶۴ ± ۹/۹۹	

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ( $P < ۰/۰۵$ )

جدول ۲. تعیین ارتباط میزان تکریم کلی با مشخصات زایمانی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	طبقه بندی	میانگین و انحراف معیار	مقدار P
روش زایمان	سزارین	۶۰/۷۱ ± ۱۱/۹۸	*۰/۰۲
	زایمان واژینال ایپزیاتومی	۶۵/۶۹ ± ۸/۵۶	
	زایمان واژینال بدون ایپزیاتومی	۶۴/۱۷ ± ۹/۰۲	
	زایمان ابزاری	۶۴ ± ۵/۴۷	
عامل زایمان	متخصص	۶۰/۹۳ ± ۱۲/۰۸	*۰/۰۱۴
	رزیدنت	۶۵/۲۵ ± ۸/۴۱	
	ماما	۶۵/۷۴ ± ۸/۶۸	
	دانشجوی مامایی و مربی	۶۳/۲۰ ± ۷/۲۶	
	خیر	۶۴/۶۸ ± ۹/۵۰	
استفاده از میزوپروستول	بله	۶۵/۴۷ ± ۹/۸۳	*۰/۰۱۱
	خیر	۶۳/۷۷ ± ۹/۳۸	
مهارت های تنفسی	دارد	۶۵/۱۳ ± ۹/۰۸	*۰/۰۳۴
	ندارد	۶۲/۷۶ ± ۱۰/۴۹	

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست ( $P < ۰/۰۵$ )

جدول ۳. میزان تکریم مادر در ابعاد کیفیت، امنیت و رعایت حقوق مادر

میانگین و انحراف معیار	بعد
۳۰/۰۷ ± ۵/۰۲	کیفیت
۲۰/۰۵ ± ۳/۵	امنیت
۱۴/۲۸ ± ۳/۶	رعایت حقوق مادر
۶۴/۴ ± ۹/۶	تکریم کلی

## بحث

این مطالعه به منظور بررسی میزان تکریم مادر باردار و ارتباط آن با عوامل مرتبط (مشخصات دموگرافیک و زایمانی) انجام گرفت. نتایج نشان داد میزان تکریم کلی مادر، در حد متوسط می‌باشد و در خصوص ابعاد تکریم، نتایج به دست آمده بیانگر این مطلب بود که از سه بعد تکریم (کیفیت، امنیت و رعایت حقوق)، بعد کیفیت از میزان بالاتری برخوردار است. محدثی و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که رضایت مددجویان از کیفیت مراقبت‌ها در بخش پس از زایمان در شهر ارومیه در حد متوسط بود که این مطلب با نتایج به دست آمده و میزان کلی تکریم مادر، در این پژوهش همسو می‌باشد [۱۶].

نتایج این تحقیق نشان داد میان میزان درآمد و میزان تکریم مادر ارتباط معناداری وجود دارد به طوری که با افزایش میزان درآمد، تکریم مادر نیز افزایش پیدا می‌کند. همچنین ارتباط معناداری بین نوع بیمه و میزان تکریم نشان داده شد به طوری که افرادی که دارای بیمه روستایی بودند میزان تکریم کمتری را گزارش کرده بودند. در بررسی شاه‌حسینی و همکاران (۲۰۱۷) دیده شد، مددجویانی که میزان درآمد مناسب و بالایی داشتند تنش‌های کمتری را احساس کرده‌اند [۱۷]. دارندگان بیمه روستایی نسبت به افرادی که بیمه غیر روستایی دارند به دلیل ساکن بودن در مناطق روستایی از رفاه اقتصادی کمتری برخوردار می‌باشند. در واقع رفاه اقتصادی مددجو، باعث کم‌تر شدن دغدغه‌های ذهنی وی می‌شود. پس این موارد موجب ایجاد ارتباط بهتر با عوامل بیمارستانی شده و بهره‌گیری بهتری را از آموزش‌های بیمارستانی دربردارد.

تحقیق قبادی و همکاران، ارتباط معناداری بین تکریم و سطح درآمد افراد را نشان نداد [۱۸] که با بررسی ما همخوانی نداشت که می‌تواند به دلیل تفاوت در وضعیت اقتصادی نمونه‌های مورد پژوهش باشد؛ زیرا در مطالعه کنونی بیشتر از ۵۰ درصد نمونه‌های مورد پژوهش، در روستا یا در حاشیه شهر زندگی می‌کردند که از لحاظ درآمد نسبت به افراد ساکن شهر در سطح پایین‌تری قرار داشتند.

در پژوهش حاضر، میزان تکریم مادر با دیگر مشخصات دموگرافیک مادر همچون: سن، تعداد فرزند، سن آخرین فرزند،

شغل، سطح تحصیلات، زبان و لهجه تکلم و محل سکونت خانواده پدری در سنج ارتباط معناداری را نشان نداد. این نتایج با بررسی شاه‌حسینی نیز هماهنگ می‌باشد؛ چرا که مطالعه آن‌ها نیز نشان داد کرامت انسانی با میزان تحصیلات و شغل ارتباط معناداری ندارد [۱۷]. همچنین در پژوهش تقی‌آبادی و همکاران، مشخص گردید که نمره اخلاق حرفه‌ای پرستاران با سن بیماران رابطه معناداری ندارد [۱۹]. در بررسی راعی، میان وضعیت رعایت حریم بیماران بستری که یکی از ابعاد تکریم بیماران است با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، رابطه معناداری وجود نداشته است که با تحقیق کنونی همخوانی دارد [۲۰]. در بررسی‌های رئیسی و همکاران و قبادی و همکاران، عواملی از جمله سن، شغل و میزان تحصیلات ارتباط معناداری را با میزان تکریم و رضایت مادر نداشت که این مطالعات نیز با پژوهش ما هماهنگی دارد [۱۸، ۲۱].

تحقیق حاضر نشان داد که میان مشخصات زایمانی (نوع زایمان، عامل زایمانی، مهارت‌های تنفسی در لیبر و زایمان و استفاده از میزوپروستول) و تکریم مادر ارتباط آماری معناداری وجود دارد. بدین ترتیب که کم‌ترین و بیشترین میزان تکریم مادر، به ترتیب در موارد سزارین و زایمان واژینال با اپی‌زیاتومی مشاهده شد و از لحاظ عامل زایمانی، بیشترین و کم‌ترین میزان تکریم مادر مربوط به ماما و متخصص زنان و زایمان بود. افراد دریافت‌کننده میزوپروستول، میانگین میزان تکریم بیشتری را داشتند. همچنین این بررسی نشان داد که بعضی از روش‌های کاهش درد زایمان مانند روش تنفسی می‌تواند از لحاظ آماری میانگین میزان تکریم بیشتری را نشان دهد.

در پژوهش لشکری‌پور و همکاران، در افراد سزارین، میزان ابتلا به افسردگی بیشتر و میزان رضایت مادر کم‌تر بوده است که احتمالاً به دلیل تنش زیاد ناشی از عوامل، منجر به سزارین و همچنین استرس ناشی از بی‌هوشی و جراحی بوده است [۲۲] که در مقایسه با تحقیق ما نیز افرادی که سزارین شده بودند کم‌ترین میزان تکریم را نشان دادند و میزان تکریم مادران و وضعیت روحی آنان در زایمان واژینال بالاتر بود.

در مطالعه محدثی و همکاران، که به بررسی میزان رضایتمندی مادران بستری در بخش زایمان از نحوه خدمات در مرکز آموزشی-درمانی شهید مطهری ارومیه پرداخته بودند، بیشترین رضایتمندی مادران از نحوه ارائه خدمات توسط گروه ماماها بود که نشان دهنده مراقبت‌های مناسب و با کیفیت و مطلوب توسط پرسنل مامایی بوده است [۱۶] که با پژوهش کنونی هماهنگ می‌باشد که نشان دهنده احساس رعایت احترام و تکریم توسط ماماها می‌باشد. به طور کلی، مراقبت‌های مامایی مناسب و کافی توسط ماماها باعث توانمندی و ارتقای سلامت جسمی و روحی و افزایش تجارب زایمانی و رضایتمندی مادران می‌گردد [۱۸].

عملکرد پایین متخصصان در کسب رضایت و تکریم مددجویان می‌تواند ناشی از عدم ارتباط مناسب با متخصصان به دلیل استرس زیاد مادران از عوامل منجر به سزارین، بی‌هوشی و جراحی باشد که این می‌تواند باعث ایجاد آسیب‌های پایدار و جبران نشدنی عاطفی و همچنین سبب کاهش اعتماد به نفس مادران و کاهش رضایتمندی و میزان تکریم مادر از زایمان به روش سزارین گردد. اما زایمان واژینال با اپیزیاتومی به دلیل احساس حمایت بیشتر از سوی مراقب سلامت و کاهش عوارض زایمان واژینال نسبت به زایمان سزارین باعث افزایش میزان تکریم می‌شود. همچنین مکالمات و همکاران، در یک مطالعه مداخله‌ای با هدف تعیین نقش مراقبت‌های اولیه در تجربه زایمان مادران که گروه‌هایی که مراقبت‌های مامایی اولیه و به صورت مداوم از سوی کارآموز مامایی را دریافت می‌کردند تجربه کلی زایمانی بهتری نسبت به گروه کنترل که مراقبت روتین را دریافت کرده بودند، داشتند [۲۳].

به طور کلی نقش ماماها، نسبت به دیگر کارکنان سیستم بهداشتی (رزیدنت و متخصص)، از اهمیت ویژه‌ای در تکریم مادر برخوردار می‌باشند؛ زیرا ماماها بیشتر به جنبه روانی و عاطفی مراقبتی نسبت به دیگر عوامل زایمانی توجه دارند.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که در میزان تکریم کلی در مادران بستری در بخش بعد از زایمان، بیمارستان بعثت سنندج در سطح متوسط می‌باشد. میان تکریم مادر با برخی مشخصات دموگرافیک (درآمد و نوع بیمه) ارتباط معناداری وجود داشت که با فراهم آوردن شرایط اقتصادی، درآمدی بهتر و بیمه‌هایی که پوشش‌دهی بالاتر دارند احساس میزان تکریم را می‌توان افزایش داد. بر اساس نتایج این تحقیق، روش زایمان (واژینال)، عامل زایمان و مهارت‌های تنفسی در لیبر و زایمان با تکریم ارتباط مستقیم دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد از سزارین فقط در مواردی که اندیکاسیون طبی وجود دارد استفاده شود و بر اهمیت میزان تکریم و رعایت حقوق مادر در آموزش رزیدنت‌های زنان و دانشجویان مامایی تأکید گردد. همچنین زمینه برای آموزش روش‌های کاهش درد غیر دارویی مانند مهارت‌های تنفسی در مراقبت دوران حاملگی مهیا شود. بیشترین میزان تکریم، به دلیل توجه به ابعاد روحی-روانی و احساس مادر در کنار مراقبت فیزیکی در رفتار ماماها گزارش شد. بنابراین نتایج این تحقیق نشان داد؛ که با توجه به روش زایمان و آموزش عاملان زایمان، در خصوص اهمیت رعایت تکریم مادر و به کار بردن روش‌های کاهش درد در لیبر و زایمان آن‌ها ضروری است و همچنین جایگاه و نقش ماماها در رعایت اکرام و بزرگداشت حقوق مادر، نشان داده شده است. یکی از محدودیت‌ها در این بخش، عدم دقت و حوصله در نمونه‌های مورد پژوهش در پاسخگویی بود که محقق سعی کرد در ابتدا، اهمیت کار را کاملاً برای آن‌ها توضیح دهد و در صورت تکمیل نکردن کامل پرسشنامه‌ها، از نمونه حذف و فرد دیگری جایگزین آن‌ها می‌گردید.

هائتر در تحقیق خود نشان داد که ارائه اطلاعات در مورد نحوه پیشرفت زایمان، زور زدن، تکنیک تنفسی هنگام زایمان و نشان دادن نوزاد به مادر باعث تقویت روحی مادر و افزایش رضایتمندی وی می‌شود که در پژوهش کنونی نیز یادگیری مهارت‌های تنفسی در لیبر و زایمان باعث افزایش میزان کرامت مادر شده است که با بررسی‌های نامبرده نیز همخوانی داشت [۲۴]. حال با توجه به اینکه افزایش رضایتمندی مادر، منجر به احساس افزایش میزان تکریم مادر می‌گردد، می‌توان نتیجه گرفت که این یافته‌ها با نتایج این پژوهش همسو است. در مطالعه ترک‌زهرا و همکاران، پیامدهای زایمانی همچون: طول فاز فعال زایمان و مصرف اکسی‌توسین در گروه مداخله که دارای حمایت مداوم و عاطفی همراه با برقراری روابط همدلانه با زائو و خانواده‌اش بود

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، با کد اخلاق IR.MUK.REC.1397/314 و تأیید دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی و همچنین تمامی مادرانی که در انجام این پایان نامه ما را یاری کرده‌اند نهایت تشکر و قدردانی نمایند.

## References:

1. Too-Kong T. The millennium development goals report 2014. United Nations, New York. 2014.
2. Chervenak FA, McCullough LB. An ethical framework for the responsible management of pregnant patients in a medical disaster. *The Journal of Clinical Ethics*. 2011;22(1):20-4.
3. Vogel J, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Gülmezoglu A. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(5):671-4.
4. Albers G, Pasman HRW, Rurup ML, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9(1):45.
5. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, Martin K, Miller-Vedam Z, Hayes-Klein H, et al. The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-Population Health*. 2017;3:201-10.
6. Hadian Jazi Z, Dehghan Nayeri N. Barriers in the performance of patient's rights in Iran and appropriate offered solutions review article. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2014;24(4):69-79.
7. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. 2010.
8. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization, 2014.
9. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(5):508-17.
10. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*. 2014;33(1):26-33.
11. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012;28(3):348-57.
12. Basu R, Chen H, Li D-K, Avalos LA. The impact of maternal factors on the association between temperature and preterm delivery. *Environmental Research*. 2017;154:109-14.
13. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLOS One*. 2015;10(4):e0123606.
14. Jackson M, Dahlen H, Schmied V. Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*. 2012;28(5):561-7.
15. 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 Medicine*. 2015;12(6):e1001847.
16. Mohaddesi h, Behroozi t, saeigharenaz m, Sahebazzaman z, gholamy m. Evaluation of the Maternal Satisfaction in the Delivery Ward from Health Services Provided in Urmia Motahari Hospital in 2011. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2015;13(5):358-66. [Persian]
17. Shahhoseini S, Borhani F, Atashzadeh-Shoorideh F, Kavousi A. Assessment of Human Dignity in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Medical Ethics Journal*. 2017;11(39):7-17. [Persian]
18. Ghobadi M, Ziaee T, Mirhaghjo N, Pazandeh F, Kazemnejad lili E. Evaluation of Satisfaction with Natural Delivery Experience and its Related Factors in Rasht Women. *Journal of Health and Care*. 2018;20(3):215-24. [Persian]
19. Taghiabadi M, Musavi SZ, Aghababaei S, Baharloei O, Tajik MB, Shahriari M. Use of Professional Ethics among Nurses Working in Alzahra Hospital in Isfahan: From Patients' Perspective. *Medical Ethics Journal*. 2019;12(43):1-9. [Persian]
20. Raei Z, Abedi H, Shahriari M. Investigating the situation of respect for the privacy and dignity of patients by nurses in Isfahan hospitals. *Education and Ethics in Nursing*. 2014;3(2):13-22. [Persian]
21. Alidosti M, Tahmasebi M, Raeisi M. Evaluating the women's satisfaction of Hajar hospital services after the delivery. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013;2(1):1-8. [Persian]
22. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh SA. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. 2012 [Persian].
23. McLachlan HL, Forster D, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(3):465-74.
24. Hunter LP. A descriptive study of "being with woman" during labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009;54(2):111-8.
25. Dadshahi S, Torkzahrani S, Janati-Ataie P, Nasiri M. Does continuous labor support by midwife make a difference in delivery outcomes? *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;20(12):67-76. [Persian]

## Respecting the pregnant mother and the factors related to their hospitalization in Besat Hospital in Sanandaj (2019)

Arezo Rezaei<sup>1</sup>, Farzaneh Zaheri<sup>2</sup>, Mohamad Moradi<sup>3</sup>, Roonak Shahoei<sup>4\*</sup>

Received: 2022/02/28

Revised: 2022/05/23

Accepted: 2022/05/28

1. MSc midwifery Kurdiatan University of Medical Sciences, Sanandaj, Kurdistan, Iran
2. Assistant professor Kurdiatan University of Medical Sciences, Sanandaj, Kurdistan, Iran
3. Assistant Professor Razi University, Kermanshah, Iran
4. Associate professor Kurdiatan University of Medical Sciences, Sanandaj, Kurdistan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.1&2, Spring & Summer 2022

J Educ Ethics Nurs 2022;11(1&2):19-26

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

The purpose of this study was to determine the status of respecting pregnant women and factors related to their hospitalization in Besat Hospital in Sanandaj (2019).

Respecting mothers by health care providers includes three dimensions of quality of care, safety, and observance of mothers' rights, which ultimately leads to their positive experience of childbirth. The aim of this study was to determine the status of the respecting pregnant women and the factors related to their hospitalization in Besat Hospital in Sanandaj 2019.

#### **Materials and Methods:**

This cross-sectional, correlational study was performed in the postpartum ward of Besat hospital in Sanandaj from January to May (2018). The study population consisted of all the women who gave birth in the postpartum ward. The sample size was estimated to be 345 individuals. Data were collected using a four-part questionnaire including 1-demographic characteristics (7 questions), 2- midwifery (12 questions), 3- delivery characteristics (15 questions), and 4- the Mothers on Respect (MOR) index (14 questions). After finishing the sampling, the data were analyzed using SPSS 20 software. In this study, Descriptive statistics and T-test, analysis of variance were used ( $P < 0.05$  was considered significant).

#### **Results:**

The results of this study indicated an average total respect score of  $64.4 \pm 9.6$  and it was medium. The results also showed that there was a statistically significant correlation between respectful maternity care with income ( $P < 0.018$ ), type of health insurance ( $P < 0.046$ ), childbirth method ( $P < 0.02$ ), responsible for birth ( $P < 0.014$ ), and breathing techniques for pain relief during childbirth ( $P < 0.034$ ).

#### **Conclusion:**

This study showed that respectful maternity care has a direct relationship in respectful maternity care and childbirth method, responsible for birth, and breathing techniques during labor and childbirth.

**Keywords:** Respecting Mothers, Pregnancy, Quality of Care, Safety

\* Corresponding author Email: rshaho@yahoo.com