

## شیوع رفتارهای نامحترمانه با مادران در بخش زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و عوامل مرتبط با آن

الهام شکیبازاده<sup>۱</sup>، فهیمه طاهرخانی<sup>۱</sup>، میر سعید یکانی‌نژاد<sup>۲</sup>، داود شجاعی‌زاده<sup>۱</sup>، مریم تاجور<sup>۳\*</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** در سال‌های اخیر، رفتار نامحترمانه مادری به عنوان یک مشکل قابل توجه در جهان مطرح شده است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع رفتارهای نامحترمانه با مادران در لیبر و زایمان و تعیین عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا شده است.

**روش بررسی:** این یک مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ در مورد ۳۵۷ نفر از مادرانی که در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران زایمان طبیعی داشتند، انجام گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای حاوی ویژگی‌های فردی مادران و همچنین پرسشنامه اندازه‌گیری شیوع حیطه‌های مختلف سوء رفتار بود که به روش مصاحبه با مادران تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و آزمون کای‌دو و رگرسیون لجستیک چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

**یافته‌ها:** همه مادران شرکت‌کننده در این مطالعه حداقل یک نوع سوء رفتار را تجربه کرده بودند که بیش‌ترین آن در حیطه «عدم اجازه برای تحرک، مایعات و داشتن همراه» (۹۹/۷٪) و کم‌ترین آن در حیطه «انگ زدن و تبعیض» (۴/۵٪) بود. تحلیل آماری رابطه معناداری بین افزایش سن، اقلیت قومیتی، زایمان بار اول، وضعیت اقتصادی بالاتر، زمان زایمان (شب، روز) و داشتن سابقه بیماری با تجربه بیش‌تری از انواع حیطه‌های مختلف سوء رفتار را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه مؤید شیوع نسبتاً بالای رفتارهای نامحترمانه با مادران در بیمارستان‌ها، براساس استانداردهای جهانی است که توجه جدی و سریع مسئولان را می‌طلبد، تا با انجام مداخلاتی در جهت رفع یا کاهش این نوع رفتارها اقدام کنند.

نویسنده مسؤول: مریم تاجور؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

e-mail: mtajvar@sina.tums.ac.ir

**واژه‌های کلیدی:** محترمانه، مراقبت مادری، بخش زایمان، بیمارستان‌ها

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۰ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۰/۷/۲۷

### مقدمه

در سال‌های اخیر، توجه و تأکید زیادی بر ارتقای کیفیت مراقبت‌های بارداری و زایمان و مخصوصاً ایجاد یک تجربه مثبت از رفتار مناسب و محترمانه با مادران صورت گرفته و رفتار نامناسب در طول زایمان به عنوان یک مشکل قابل توجه گزارش شده است. زنان در

طول زایمان انتظار همدلی، حمایت، رعایت محرمانگی و احترام دارند (۱). با این حال بسیاری از زنان به دنبال خدمات زایمان مخصوصاً در کشورهای کم درآمد، اشکال مختلف آشکار و پنهان بی‌احترامی و سوء رفتار را از ماما‌های خود دریافت می‌کنند که می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت ارایه خدمات و سلامت مادر و نوزاد تأثیر گذارد (۲).

۱- گروه آموزشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۲- گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۳- گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

یکی از علت‌های مرگ و میر مادران، انجام زایمان توسط افراد دوره ندیده و عدم انجام زایمان در مراکز تسهیلات زایمانی است (۳). یک راهبرد کلیدی برای کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان که یکی از اهداف پنجم توسعه هزاره سازمان ملل بوده است، افزایش تعداد زایمان‌هایی است که توسط افراد آموزش دیده (Trained Birth Attendance) انجام می‌گیرد (۴). در بسیاری از مناطق دنیا، با وجود دسترسی زنان به افراد آموزش دیده، بسیاری از زنان برای انجام زایمان به مراکز زایمانی مراجعه نمی‌کنند (۵) و یکی از دلایل عدم مراجعه زنان، برخورد نامناسب کارکنان زایمانی با آنان است. به خصوص، با مادران بسیار فقیر و اقلیت‌ها که نیاز بیشتری به این خدمات دارند و بیش‌ترین بهره را از آن می‌برند، بدرفتاری بیش‌تری می‌شود. همچنین این زنان، به دلیل داشتن تجارب ناخوشایند، زنان دیگر را نیز ترغیب می‌کنند تا از خدمات تسهیلات زایمانی استفاده نکنند (۶). بنابراین سوء رفتار با مادران باردار نه تنها بر کیفیت خدمات ارایه شده تأثیر می‌گذارد، بلکه به طور غیرمستقیم در مرگ و میر مادران نیز مؤثر است.

بیش‌تر تلاش‌های بین‌المللی برای مراقبت سلامت مادران تاکنون تا حد زیادی بر جلوگیری از بیماری و مرگ و میر تمرکز داشته است، اما در سال‌های اخیر تأکید بر کیفیت مراقبت سلامت مادران و نیاز به بررسی روابط میان فردی بین بیماران و ارایه‌دهندگان خدمت و به طور خاص اطمینان زنان از شرایط برخورد محترمانه در طول زایمان به طور روزافزونی افزایش یافته است (۷). مطالعات متعددی در سراسر جهان

حاکی از شایع بودن پدیده بی‌احترامی و بی‌توجهی است (۸). میزان بالای بی‌احترامی و بی‌توجهی و به دنبال آن افزایش زایمان در منزل، بدون حضور فرد آموزش دیده، سؤالاتی را در مورد این که چه مداخلاتی باعث کاهش این بی‌احترامی‌ها می‌گردد، برانگیخته است (۹). تجزیه و تحلیل چشم‌اندازی که توسط آژانس توسعه بین‌المللی ایالات متحده انجام یافته، هفت دسته از انواع سوء رفتار و بی‌احترامی را شناسایی کرده است که شامل موارد زیر است: سوء استفاده بدنی، مراقبت غیرمسئولانه، عدم رعایت محرمانگی، مراقبت غیرانسانی، تبعیض، بی‌توجهی به مراقبت و توقیف امکانات تا زمان پرداخت صورت حساب بیمه (۱). همچنین سازمان جهانی بهداشت براساس شواهدی دال بر تجربه روبه رشد رفتار نامناسب با زنان در دوران بارداری و زایمان در سراسر جهان، بیانیه‌ای در مورد پیشگیری و رفع بی‌احترامی و بی‌توجهی در طول زایمان‌هایی که در مراکز درمانی و تسهیلات زایمانی انجام می‌گیرد ارایه داد. این بیانیه از دولت‌ها و بخش‌های خصوصی برای آغاز چنین اقداماتی حمایت می‌کند و برنامه‌های طراحی شده برای رسیدگی به کیفیت خدمات بهداشتی مادران و نوزادان را با تأکید بر ارایه مراقبت‌های محترمانه در طول زایمان به عنوان یکی از اجزای مهم کیفیت مراقبت، حمایت و تقویت می‌کند (۱۰).

با وجود شواهدی مبتنی بر افزایش خشونت یا بی‌احترامی در مراکز ارایه خدمات زایمانی، پژوهش‌های کمی در خصوص تأثیرات این رفتارها و نحوه رفع آن‌ها در زایمان‌ها انجام یافته است و شواهد محدودی در مورد شیوع مراقبت

طول زایمان طبیعی انجام شد و نشان داد که نیازها و انتظارات زنان به هفت دسته اصلی تقسیم می‌شوند، شامل نیازها و انتظارات فیزیولوژی، روان‌شناختی، اطلاعاتی، اجتماعی و ارتباطی، عزت نفس، امنیت و نیازهای پزشکی. تمام نیازهای کلیدی در این داده‌ها مربوط به یک نیاز اساسی است که به آن «حس کنترل و توانمندسازی در زایمان» می‌گویند (۱۶).

در سال‌های اخیر، رفتار نامحترمانه مادری به عنوان یک مشکل قابل توجه در جهان مطرح شده است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع رفتارهای نامحترمانه با مادران در لیبر و زایمان و تعیین عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا شده است.

### روش بررسی

این مطالعه کمی از نوع مقطعی (Cross-sectional) است. جامعه پژوهش عبارت بود از زنانی که در مراکز زایمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران به تازگی زایمان طبیعی انجام داده و در زمان جمع‌آوری داده‌ها در حال ترخیص از اتاق زایمان بودند. داده‌های این مطالعه در سال ۱۳۹۸ از خرداد تا مهر ماه جمع‌آوری گردید. حجم نمونه برای برآورد شیوع رفتار نامناسب، براساس مطالعه مشابهی که توسط Sheferaw و همکاران در اتیوپی انجام گرفته، محاسبه شده است (۱۰). در مطالعه یاد شده ۲۴۰ زن در ۲۸ مرکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان مشارکت داشتند و در ۳۶٪ از مشاهدات، حداقل یک نوع بدرفتاری با زنان انجام گرفته بود. محاسبه حجم نمونه، با دقت ۵٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ براساس فرمول زیر انجام یافت و تعداد ۳۵۷ نفر

احترام‌آمیز یا بی‌احترامی و بی‌توجهی در طول زایمان وجود دارد که در برخی منابع ارایه شده است (۱۱)، اما تاکنون شیوع این نوع رفتارهای نامحترمانه نسبت به زنان باردار و عوامل مرتبط با آن در ایران بررسی نشده است. نتایج مطالعه Sando و همکاران در تانزانیا که با هدف تعیین شیوع بی‌احترامی و بی‌توجهی در طول زایمان در سال ۲۰۱۳ انجام یافت، نشان داد که ۱۵٪ زنان، حداقل یک مورد بی‌احترامی را پس از زایمان تجربه کرده‌اند که این تعداد در پیگیری‌ها به طور چشمگیری بالاتر بود که در آن ۷۰٪ زنان تجربه بی‌احترامی را گزارش دادند (۱۲). در مطالعه‌ای در کنیا، توسط Warren و همکاران انجام یافت، نشان داده شد که زنان به دلیل ترس از توهین، یا بی‌توجهی و رها شدن، تمایل به استفاده از امکانات زایمانی در مراکز زایمانی را ندارند (۶). مطالعه دیگری که در کنیا انجام گرفت، نشان داد که بی‌احترامی و بی‌توجهی به زنان در طول زایمان و بلافاصله بعد از آن، مانع از حضور زنان در مراکز درمانی می‌شود (۱۳). طبق مطالعه Ayele با هدف تعیین سطح بی‌احترامی و بی‌توجهی در طول زایمان در سال ۲۰۱۶ در اتیوپی (۱۴)، و همچنین مطالعه Okafor و همکاران با هدف تعیین میزان شیوع و الگوی بی‌احترامی در طول زایمان در مراکز ارایه خدمات که در جنوب شرقی نیجریه انجام یافت (۱۵)، عوامل مؤثر بر بی‌احترامی شامل سن مادر، نوع اقامت، مذهب، قومیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، فرد تصمیم‌گیرنده، سابقه زایمان، سابقه زایمان در منزل، تعداد فرزندان زنده گزارش شد. مطالعه‌ای کیفی در اصفهان توسط ایروانی و همکاران با هدف تعیین نیازها و انتظارات زنان در

به عنوان نمونه مطالعه برآورد گردید که این افراد نمونه از چهار بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران که بخش زنان و زایمان داشتند و برای جمع‌آوری داده موافقت کردند، به صورت نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب با حجم طبقه انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times P \times (1-P)}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.36 \times 0.64}{0.05^2} = 357$$

داده‌ها با روش مصاحبه با مادران و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری گردید. پرسشنامه اول شامل مشخصات فردی شرکت‌کنندگان و دارای ۲۱ سؤال بود از جمله مشخصاتی نظیر سن، میزان تحصیلات، تعداد بارداری، زایمان و فرزند زنده، چند قلوبی زایمان فعلی، روش زایمان، وضعیت تأهل، قومیت، وضعیت اقامت، وضعیت شغلی، سابقه بیماری، وضعیت اقتصادی، سرپرست بودن خانوار، سابقه زایمان در منزل، فرد تصمیم‌گیرنده در مورد زایمان، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، ارجاع برای زایمان، نوع ارائه‌دهنده خدمت در طول زایمان و زمان زایمان.

پرسشنامه دوم ابزار مراقبت با احترام مادری بود که توسط Bohren و همکاران در سال ۲۰۱۸ طراحی شده است (۱۷). این پرسشنامه شامل سؤالاتی در خصوص رفتار نامناسب کلامی (۱۴ سؤال) رفتار نامناسب بدنی (۱۰ سؤال)، انگ زدن و تبعیض (۶ سؤال)، معاینات واژن (۶ سؤال)، عدم اجازه برای تحرک، مایعات و داشتن همراه (۸ سؤال)، تقاضاهای غیرمنطقی، دریافت وجه نقدی یا غیرنقدی و بی‌توجهی (۲۱ سؤال)، مراقبت‌های ناکافی از مادر (۱۱ سؤال) بود. پس از ترجمه این

پرسشنامه به فارسی و ترجمه مجدد (Back-translation) آن به انگلیسی توسط دو نفر که به هر دو زبان تسلط کامل داشتند، روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت. برای تعیین روایی صوری و محتوای پرسشنامه طراحی شده، از شش نفر صاحب‌نظر (چهار نفر متخصص آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و یک نفر متخصص زنان و زایمان و یک نفر کارشناس ارشد مامایی) نظرسنجی شد. پس از پی‌گیری و دریافت پاسخ صاحب‌نظران نسبت به روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه شد که CVI (Content Validity Index) ۰/۸۹ و CVR (Content Validity Ratio) آن برای حیطة رفتار نامناسب کلامی ۰/۷۳، حیطة رفتار نامناسب بدنی ۰/۸۱، حیطة انگ زدن و تبعیض ۰/۸۲، حیطة معاینات واژینال ۰/۸۴، عدم اجازه برای حیطة تحرک-مایعات-داشتن همراه ۰/۸۲، حیطة تقاضای غیرمنطقی-دریافت وجه نقدی-بی‌توجهی ۰/۶۷، حیطة مراقبت‌های ناکافی از مادر ۰/۶۳، CVR کلی برای واضح بودن ۰/۸۵، ساده بودن ۰/۸۸، ضروری بودن ۰/۵۲ و CVR کل ۰/۷۵ محاسبه شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه روش‌هایی مثل آزمون-بازآزمون (Test-Retest) به دلیل مرخص شدن مادران و عدم دسترسی به آن‌ها برای آزمون مجدد، مقدور نبود. لذا از روش ارزیابی پایایی با روش توافق بین ارزیاب‌ها استفاده شد. به طوری که همگنی اندازه‌گیری‌ها توسط یک ابزار در مورد ۱۰ نفر از مادران نمونه توسط دو ارزیاب بررسی شد و با توجه به اسمی بودن متغیرهای پژوهش، ضریب کاپای کوهن ۰/۷۲ محاسبه گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۵۷ نفر مادر تازه زایمان کرده شرکت کردند که ۷۴ نفر (۲۰/۷٪) از بیمارستان ولیعصر، ۱۰۲ نفر (۲۸/۵٪) از بیمارستان آرش، ۱۰۱ نفر (۲۸/۱٪) از بیمارستان بهارلو و ۸۰ نفر (۲۲/۷٪) نیز از بیمارستان ضیائیان بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی و سلامتی و سایر متغیرهای زمینه‌ای مادران شرکت‌کننده در این مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. از مادران، ۴۰ نفر سابقه بیماری داشتند: یک نفر دارای آدنوم هیپوفیز، یک نفر افسردگی، دو نفر آسم، دو نفر دیابت، چهار نفر دیابت بارداری، یک نفر دیسک کمر، دو نفر بیماری قلبی، ۱۷ نفر کم کاری تیروئید، یک نفر لوپوس، یک نفر مشکل اعصاب، یک نفر رماتیسم مفصلی، یک نفر سنگ کلیه، دو نفر صرع، دو نفر تالاسمی مینور، یک نفر تیروئید بارداری و یک نفر سابقه تشنج داشت.

جدول شماره ۲ فراوانی هر دسته از رفتارهای نامحرمانه را نشان می‌دهد. چنان که دیده می‌شود، در حیطه «عدم اجازه برای تحرک، مایعات و داشتن همراه»، تقریباً همه مادران شرکت‌کننده (۹۹/۷٪) تجربه چنین سوءرفتاری را داشتند که دارای بیش‌ترین شیوع بود و در حیطه «انگ زدن و تبعیض»، حدود ۱۶ نفر تجربه این رفتار نامناسب را داشتند که با شیوع ۴/۵ درصدی کم‌ترین شیوع را در بین حیطه‌ها داشت. همچنین، تحلیل‌های توصیفی نشان داد که ۹ نفر (۲/۱٪) از افراد نمونه فقط در یک حیطه سوءرفتار را گزارش داده‌اند، ۵۵ نفر (۱۵/۴٪) در دو حیطه، ۸۰ نفر (۴۳/۱٪) در سه حیطه، ۹۰ نفر (۲۵/۲٪) در چهار حیطه و همین تعداد در پنج حیطه، ۳۰ نفر (۸/۴٪) در شش حیطه و سه نفر (۰/۸٪) در

برای جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر در بیمارستان‌های منتخب حضور یافته و ابتدا در خصوص اهداف پژوهش، روش کار و محرمانه ماندن اطلاعات افراد، اطلاعاتی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد. پس از موافقت شرکت‌کنندگان و امضای رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه پژوهش از طریق مصاحبه با این مادران تکمیل شد. برای انجام این پژوهش، کد اخلاق از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره IR.TUMS.SPH.REC.1397.015 اخذ گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه، پس از استفاده از آمارهای توصیفی برای توصیف داده‌ها از طریق جداول، از آزمون‌های آماری کای‌دو و رگرسیون لجستیک چندگانه برای اهداف تحلیلی استفاده شد و هر کجا که آزمون کای‌دو برقرار نبود از آزمون فیشر استفاده شد. همچنین آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. انتخاب متغیرها برای استفاده در مدل‌های رگرسیونی ارایه شده در جدول شماره ۳ بر مبنای یافته‌های حاصل از نتایج آزمون آماری کای‌دو بود، به طوری که ابتدا ارتباط بین تمامی ویژگی‌های مادران (جدول شماره ۱) تک به تک با حیطه‌های هفتگانه سوء رفتارها با این آزمون‌ها بررسی شد و سپس متغیرهایی که در آزمون‌های کای‌دو رابطه معناداری با رفتارها نشان دادند، جهت استفاده در مدل‌های رگرسیونی مورد استفاده قرار گرفتند. سطح معناداری در تحلیل‌های آماری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

تمام هفت حیطة، تجربه‌ای از سوء رفتار را داشتند. تمامی ۳۵۷ نفر نمونه حداقل یک رفتار نامناسب را تجربه کرده بودند.

یافته‌های تحلیلی مطالعه در خصوص عوامل مرتبط با تجربه سوء رفتار با مادران در حیطة‌های مختلف در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. در خصوص بدرفتاری کلامی، مادرانی که زایمان دوم و بیش‌تر را تجربه می‌کردند، شانس آن‌ها برای این که مورد رفتار نامناسب کلامی قرار بگیرند حدود نصف مادرانی بود که زایمان اول‌شان بود ( $p=0/031$ )، اما این مدل رگرسیون چندگانه رابطه آماری معناداری بین تجربه سوء رفتار کلامی و قومیت، وضعیت اقتصادی، زمان زایمان و سن نشان نداد. مدل دوم رگرسیونی رابطه بین ویژگی‌های مادر و سوء رفتار جسمی را تحلیل کرده است. در این مدل، مادران ترک نسبت به مادران فارس (گروه مرجع) ۲/۷۸ برابر رفتار نامناسب جسمی بیش‌تری را تجربه کرده بودند ( $p=0/017$ ) که این یافته با وجود کنترل تأثیر سابقه بیماری، زمان زایمان و سن معنادار شد. در این مدل، همچنین مادرانی که در شب زایمان کرده بودند نسبت به مادرانی که در روز زایمان کرده بودند، به طور معناداری شانس مواجهه کم‌تری با این نوع سوء رفتار به میزان ۰/۳۷ برابر داشتند ( $p=0/004$ ). همچنین مادرانی که دارای سابقه بیماری زمینه‌ای بودند نسبت به مادرانی که چنین سابقه‌ای نداشتند، شانس‌شان برای این که مورد رفتار نامناسب جسمی قرار بگیرند ۲/۲۹ برابر بیش‌تر بود که البته از نظر آماری این یافته در مرز معناداری بود ( $p=0/064$ ). در این مدل، رابطه‌ای بین سن و تجربه سوء رفتار

جسمی دیده نشد. در مدل سوم رگرسیونی، رابطه بین انگ زدن و تبعیض با ویژگی‌های مادران مورد بررسی قرار گرفت. در این مدل یک رابطه آماری بسیار قوی بین داشتن سابقه بیماری زمینه‌ای با تجربه این نوع سوء رفتار دیده شد. به طوری که مادرانی که دارای سابقه بیماری بودند شانس آن‌ها برای این که مورد انگ زدن و تبعیض قرار بگیرند ۶/۳ برابر مادرانی بود که بدون سابقه بیماری بودند ( $p<0/001$ ). در این مدل همچنین یک رابطه نسبتاً ضعیفی با زایمان در شب و تجربه کم‌تر این نوع سوء رفتار به میزان ۰/۳۳ برابر مشاهده شد ( $p=0/070$ )، اما بین سن و این نوع سوء رفتار رابطه‌ای مشاهده نگردید. در مدل بعدی، رابطه بین تجربه سوء رفتار از نوع معاینات واژینال و ویژگی‌های مادران مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که به ازای هر سال افزایش سن مادران، شانس آن‌ها برای این که مورد رفتار نامناسب در حیطة معاینات واژن قرار بگیرند ۱/۰۴ برابر بیش‌تر می‌شود ( $p=0/021$ ). همچنین در این مدل، مادرانی که دارای سابقه بیماری بودند نسبت به مادران بدون سابقه، شانس تجربه کم‌تری از این نوع سوء رفتار را به میزان ۰/۴۶ داشتند ( $p=0/028$ ). در جدول شماره ۳، آخرین مدل مربوط به آزمون رگرسیون چندگانه برای رابطه بین تجربه سوء رفتار مادران از نوع مراقبت‌های مربوط به خودشان و ویژگی‌های آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. این مدل نشان داد که رابطه قوی بین وضعیت اقتصادی مادر با تجربه این نوع سوء رفتار وجود دارد. به طوری که مادرانی که وضعیت اقتصادی خوب و متوسطی داشتند، نسبت به مادران دارای وضعیت اقتصادی ضعیف

بین هیچ یک از ویژگی‌های مادران با دو گروه سوء رفتار دیگر شامل عدم اجازه برای تحرک، مایعات، داشتن همراه و همچنین تقاضاهای غیرمنطقی، دریافت وجه نقدی یا غیرنقدی و بی‌توجهی مشاهده نشد، بنابراین آزمون‌های رگرسیونی برای آن‌ها انجام نگرفت و لذا در جدول شماره ۳ نیز گزارش نشده است.

گروه مرجع)، به ترتیب به میزان ۳/۸۳ و ۳/۱۸ برابر احتمال بیش‌تری برای تجربه رفتار نامناسب در حیطه مراقبت‌های ناکافی از مادر داشتند ( $p=0/023$ ) و ( $p<0/001$ ). در این مدل، افزایش سن رابطه‌ای را با تجربه این نوع سوء رفتار نشان نداد. در این مطالعه با توجه به این که در آزمون‌های اولیه دو متغیره (کای‌دو)، رابطه‌ای

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای مادران در مراکز زایمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸

مشخصات	فراوانی (درصد)	مشخصات	فراوانی (درصد)
سن		تعداد بارداری	
۲۰ سال و کمتر	۵۰ (۱۴/۰)	اولین بارداری	۱۳۲ (۳۷)
۲۱ تا ۳۰ سال	۲۰۳ (۵۶/۹)	۲ و بیش‌تر	۲۲۵ (۶۳)
۳۱ سال و بالاتر	۱۰۴ (۲۹/۱)	تعداد زایمان بعد از ۷ ماه بارداری	
تحصیلات		اولین زایمان	۱۶۹ (۴۷/۳)
ابتدایی و کمتر	۵۱ (۱۴/۳)	۲ و بیش‌تر	۱۸۸ (۵۲/۷)
راهنمایی و بالاتر	۳۰۶ (۸۵/۷)	چند قلوبی زایمان فعلی	
تعداد فرزند زنده		یک نوزاد	۳۵۶ (۹۹/۷)
یک	۱۷۰ (۴۷/۶)	دوقلو	۱ (۰/۳)
دو و بیش‌تر	۱۸۷ (۵۲/۴)	وضعیت اقامت	
قومیت		تهران	۲۵۷ (۷۲)
فارس	۹۷ (۲۷/۲)	اطراف تهران	۱۰۰ (۲۸)
ترک	۱۶۶ (۴۶/۵)	وضعیت اشتغال	
لر و کرد	۵۷ (۱۶)	شاغل	۱۴ (۳/۹)
افاغنه	۳۷ (۱۰/۴)	خانه دار	۳۴۳ (۹۶/۱)
وضعیت اقتصادی گزارش شده		سرپرست خانوار بودن	
خوب	۴۷ (۱۳/۲)	خیر	۳۵۴ (۹۹/۲)
متوسط	۲۷۸ (۷۷/۹)	بله	۳ (۰/۸)
ضعیف	۳۲ (۹)	سابقه زایمان در منزل	
سابقه بیماری		دارد	۱ (۰/۳)
خیر	۳۱۷ (۸۸/۸)	ندارد	۳۵۶ (۹۹/۷)
بله	۴۰ (۱۱/۲)	دریافت مراقبت‌های بارداری	
فرد تصمیم‌گیرنده در مورد زایمان		هیچ	۲ (۰/۶)
خود فرد	۳۳۰ (۹۲/۴)	دوبار	۱ (۰/۳)
همسر	۶ (۱/۷)	سه بار	۱ (۰/۳)
سایر	۲۱ (۵/۹)	۴ بار و بیش‌تر	۳۵۳ (۹۸/۹)
ارجاع برای زایمان			
مراجعه مستقیم	۳۳۵ (۹۳/۸)		
ارجاع از مرکز دیگر	۲۲ (۶/۲)		

**جدول ۲- تعداد و درصد شیوع حیطه‌های سوء رفتار با مادران در اتاق‌های زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی**

تهران (۳۵۷ نفر)، ۱۳۹۸

درصد موارد گزارش شده	تعداد موارد گزارش شده	شیوع حیطه‌های رفتار نامناسب
۵۰/۴	۱۸۰	کلامی
۱۲/۹	۴۶	جسمی
۴/۵	۱۶	انگ زدن و تبعیض
۵۱/۸	۱۸۵	معاینات واژینال
۹۹/۷	۳۵۶	عدم اجازه برای تحرک، مایعات، داشتن همراه
۹۵/۸	۳۴۲	تقاضاهای غیرمنطقی، دریافت وجه نقدی یا غیرنقدی و بی‌توجهی
۷۳/۴	۲۴۵	مراقبت‌های ناکافی از مادر

**جدول ۳- نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک چندگانه برای بررسی عوامل مؤثر بر تجربه حیطه‌های مختلف سوء رفتار با**

مادران در اتاق‌های زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۳۵۷ نفر)، ۱۳۹۸

ویژگی‌های مادران	کلامی	جسمی	انگ زدن و تبعیض	معاینات واژن	مراقبت‌های ناکافی مادر
	OR (95% CI), P	OR (95% CI), P	OR (95% CI), P	OR (95% CI), P	OR (95% CI), P
سن	۱/۰۲۳ (-۰/۹۸-۱/۰۰۹), ۰/۱۵۳	۰/۹۲ (-۰/۸۹-۱/۰۰۸), ۰/۹۲	۱/۰۵ (-۰/۹۶-۱/۱۴), ۰/۲۵۵	۰/۰۲۱, ۱/۰۴ (۱-۱/۰۸)	۱/۰۰۹ (-۰/۹۶-۱/۰۰۵), ۰/۶۸۸
قومیت					
فارس	مرجع	مرجع	-	-	-
ترک	۱/۳۵ (-۰/۷۹-۲/۲۸), ۰/۲۶۱	۲/۷۸ (۱/۲-۶/۴۲), ۰/۰۱۷	-	-	-
کرد و لر	۰/۷ (-۰/۳۵-۱/۳۹), ۰/۳۱۶	۱/۰۴ (-۰/۲۹-۳/۷۱), ۰/۹۵۰	-	-	-
افغانی	۰/۵۸ (-۰/۲۵-۱/۳۴), ۰/۲۱۰	۰/۵۷ (-۰/۱۱-۲/۹), ۰/۵۰۶	-	-	-
تعداد زایمان					
زایمان اول	مرجع	-	-	-	-
۲ و بیشتر	۰/۵۳ (-۰/۳-۰/۹۴), ۰/۰۳۱	-	-	-	-
وضعیت اقتصادی گزارش شده					
ضعیف	مرجع	-	-	-	مرجع
متوسط	۱/۳۹ (-۰/۷۲-۲/۶۸), ۰/۳۱	-	-	-	۳/۸۳ (۱/۷۴-۸/۴۲), ۰/۰۰۱
خوب	۰/۸۱ (-۰/۳-۲/۲), ۰/۶۹	-	-	-	۳/۱۸ (۱/۱۷-۸/۶۸), ۰/۰۳۳
زمان زایمان					
روز	مرجع	مرجع	مرجع	-	-
شب	۱/۴۷ (-۰/۹۵- ۲/۲۷), ۰/۰۸	۰/۳۷ (-۰/۱۸- ۰/۷۳), ۰/۰۰۴	۰/۳۳ (-۰/۱۰- ۱/۰۹), ۰/۰۷۰	-	-
سابقه بیماری					
ندارد	-	مرجع	مرجع	مرجع	-
دارد	-	۲/۹ (-۰/۹۵- ۵/۵۴), ۰/۰۶۴	۶/۳ (۲/۱- ۱۱/۸۴), ۰/۰۰۱	۰/۴۶ (-۰/۲۳- ۰/۹۱), ۰/۰۲۸	-

OR: Odds Ratio, CI: Confidence Interval, p: p-value

**بحث و نتیجه‌گیری**

پژوهش حاضر در مورد ۳۵۷ نفر از مادران تازه زایمان کرده در اتاق‌های زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با هدف تعیین شیوع رفتارهای توأم با بی‌احترامی و حیطه‌های آن در این افراد و عوامل مرتبط با

آن انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع مراقبت‌های توأم با بی‌احترامی در این بیمارستان‌ها بالاست به طوری که تمام افراد مورد مطالعه، حداقل یک مورد از انواع هفت گانه این رفتارها را تجربه کرده بودند. بیش‌ترین شیوع در حیطه «عدم اجازه برای



تحرك، مایعات و داشتن همراه» گزارش شد و در بسیاری از سایر حیطه‌ها از جمله تقاضاهای غیرمنطقی، دریافت وجه نقد یا اقلام غیرنقدی و بی‌توجهی و ... نیز شیوع این نوع سوء رفتارها بسیار قابل ملاحظه بود. یافته‌های مشابهی که حیطه‌های سوء رفتار را در سایر مطالعات اندازه‌گیری کرده باشند به دست نیامد، با وجود این، این یافته لزوم بررسی فوری علل و عوامل شیوع بالای رفتارهای نامحترمانه و یا موانع ارائه خدمات محترمانه را در بیمارستان‌های یاد شده می‌طلبد و در درجه دوم ضرورت اقدام برای حذف این نوع رفتارها و ارائه مراقبت‌های توأم با تکریم و احترام را تبیین می‌کند. زنان انتظار دارند که یک زایمان موفق و مثبت داشته باشند. این مسأله سبب تغییر باورها و انتظارات قبلی شخصی، اجتماعی و فرهنگی آن‌ها شده و نگرش‌های مثبت را راجع به مقوله بارداری و فرزندآوری در آن‌ها تقویت می‌کند. زایمان موفق مستلزم بهره‌مندی مادر از یک محیط سالم از نظر بالینی و روان‌شناختی و تداوم حمایت‌های عملی و عاطفی همراهان و مراقبان بیمارستانی است.

نتایج به دست آمده از تحلیل‌های استنباطی و رگرسیونی داده‌ها نشان داد که متغیرهای سن، قومیت، وضعیت اقتصادی، سابقه زایمان، تعداد فرزند زنده، سابقه بیماری و زمان زایمان با حیطه‌های مختلف سوء رفتار در زمان زایمان ارتباط معناداری داشته‌اند. با توجه به این که این حجم از متغیرها با این ترکیب در هیچ پژوهشی مورد پژوهش قرار نگرفته بود، نتایج این پژوهش با بخشی از نتایج پژوهش‌های Campbell و Graham (۱۸)،

Spector و همکاران (۱۹)، Jewkes و همکاران (۲۰)، D'Ambruso و همکاران (۲۱)، Khayat و Campbell (۲۲)، Miller و همکاران (۲۳)، Okafor و همکاران (۲۴)، Leape و همکاران (۲۵)، Prytherch و همکاران (۲۶)، Bante و همکاران (۲۷)، Sharma و همکاران (۲۸) همخوانی و مطابقت دارد. همچنین نتایج با پژوهش‌های Bohren و همکاران (۱۷) که در آن زنان با سن و تحصیلات پایین تحت بدرفتاری‌های کلامی بیش‌تری در مقایسه با افراد دارای سن و تحصیلات بالا قرار گرفته بودند، ناهمسو بود که تناقض‌ها در این زمینه می‌تواند به دلایل متعدد از جمله حجم نمونه پایین در پژوهش حاضر و یا سطح انتظار بالاتر مادران تحصیل کرده و یا آگاهی بیش‌تر آن‌ها به مصادیق مربوط به بی‌احترامی باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که افزایش سن مادران با تجربه سوء رفتار در حیطه معاینات واژن ارتباط معناداری دارد. در تبیین یافته بالا، باید در نظر داشت که شیوع بدرفتاری در زنان با افزایش سن شاید به این دلیل باشد که میزان بالاتری از بدرفتاری‌های جسمی را در طول سالیان گذشته دریافت کرده‌اند و در حال حاضر به دلیل شکل‌گیری نگرش منفی حاصل از برخوردهای قبلی در ایشان، شکایت از سوء رفتار در مراقبت‌ها نسبت به زنان کم سن و سال بیش‌تر بوده است. همچنین بسیاری از بدرفتاری‌ها در زنان در سنین بالا در هنگام معاینه واژن و اپیزوتومی می‌باشد که در اغلب مواقع بدون اطلاع زنان انجام می‌گیرد.

همچنین نتایج حاکی از آن است که قومیت زنان با حیطه رفتار نامناسب جسمی و تاحدی کلامی در زمان زایمان ارتباط معناداری دارند و زنان ترک زبان نسبت به فارس زبان‌ها نزدیک ۳ برابر سوء رفتار جسمی بیش‌تری دریافت کرده بودند. در تبیین این یافته توجه به این نکته حایز اهمیت است که قومیت‌ها اغلب انتظاراتشان از شرایط بیمارستانی را بر مبنای فرهنگ بومی خودشان سازمان‌دهی می‌کنند که ممکن است در مواردی، با حقوق مراقبت‌شوندگان بیمارستانی فاصله زیادی داشته باشد. همچنین بخشی از تفاوت بین قومیت‌ها از نظر ادراک شرایط ارائه خدمات بیمارستانی، می‌تواند ناشی از نحوه سنجش میزان بدرفتاری‌ها توسط کارکنان باشد. تابوهای فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در قومیت‌های مختلف وجود دارد که ادراک افراد را نسبت به نحوه دریافت خدمات در بیمارستان‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال این احتمال هم وجود دارد که رفتار کارکنان ارائه‌دهنده خدمات زایمانی به اقلیت‌های قومیتی نامناسب‌تر از قومیت غالب که فارس زبان‌ها هستند، باشد.

در بخش دیگری از یافته‌ها، مشاهده شد که وضعیت اقتصادی خوب و متوسط که مادران خودشان گزارش کرده بودند با حیطه مراقبت‌های ناکافی از مادر ارتباط معناداری دارد و کسانی که به گفته خودشان وضعیت اقتصادی خوب و متوسطی دارند بیش از ۳ برابر گزارش بیش‌تری از تجربه سوء رفتار را داشته‌اند. باید توجه داشت که عوامل اصلی فقر مراقبتی در بیمارستان‌ها، نابرابری اطلاعات،

ثروت و قدرت است. مطالعه مقطعی Sharma و همکاران نشان داد که زنان ثروتمندتر و زنان مهاجر، سطح بیش‌تری از بی‌احترامی و بدرفتاری را گزارش نموده‌اند (۲۸). به نظر می‌رسد یکی از دلایل مهم بدرفتاری با زنان دارای وضعیت اقتصادی متوسط و خوب، به انتظارات بالای آن‌ها از سیستم بهداشتی و درمانی برمی‌گردد. به احتمال زیاد سوء رفتار و پرخاشگری با این قشر از مراجعان، تلاشی است از طرف کارکنان بیمارستانی، تا هم با انتظارات بیش از توان و ظرفیت ایشان از بیمارستان مقابله کنند و هم در راستای برقراری عدالت در خدمات‌دهی به بیماران گام بردارند که استنباط زنان زایمان کرده از این رفتارها مصداق سوء رفتار می‌باشد. در کشورهای با درآمد متوسط به پایین، زنان مورد سوء استفاده‌های پزشکی که تحت آزار و اذیت و تبعیض قرار می‌گیرند، تمایل دارند این حوادث را پشت سر گذاشته و زندگی خود را ادامه دهند که این مسأله در افراد دارای وضعیت اقتصادی مناسب مشاهده نشده و آن‌ها تمایل دارند در خصوص وضعیت نامناسب اطراف خود اعتراض نمایند. در بسیاری از کشورها قوانین پزشکی در خصوص سهل‌انگاری‌های مراقبتی بیماران پیش‌بینی‌های لازم را کرده‌اند، اما در مورد مسایلی که مربوط به حقوق بیماران و محرمانگی برخی مراقبت‌ها می‌شود، خلأ وجود دارد. لذا ممکن است افراد با درآمد پایین هم مورد سوء استفاده رفتاری قرار بگیرند اما آن را ابراز نکنند.

همچنین نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که تعداد زایمان با رفتار نامناسب

خدمات در طول روز به زنان زایمان کرده ارایه نشود. در چنین شرایطی افراد با درآمد و تحصیلات پایین نیز ممکن است تحت انگ‌های مختلف توسط کارکنان بیمارستان قرار گیرند. با توجه به موارد یاد شده توانمند کردن کارکنان زایمان بیمارستان‌ها و آموزش به مراجعان در خصوص مصداق‌های انواع بدرفتاری می‌تواند در کاهش گزارش‌های بدرفتاری مؤثر باشد.

همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که سابقه بیماری در زنان با حیطه‌های سوء رفتار در زمان زایمان شامل انگ زدن و تبعیض، سوء رفتار در حیطه معاینات واژن و سوء رفتار جسمی ارتباط دارد. به طوری که داشتن سابقه بیماری زمینه‌ای در مادران، با گزارش بیشتری از سوء رفتار جسمی و انگ زدن همراه است و برعکس سوء رفتار در حیطه معاینات واژن را کم می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان به این مسأله توجه نمود که داشتن بیماری قبلی به عنوان یک رخداد منفی در ذهن مراقبت‌کننده و ارایه‌دهنده خدمات تأثیر گذاشته و می‌تواند نگرش وی را در مورد بیمار تغییر داده و سبب برچسب زدن به وی در حیطه‌های مختلف از جمله سن، ظاهر، مذهب، وضعیت تأهل، تحصیلات و غیره شود. همچنین به نظر می‌رسد ماماها در معاینات واژن با افرادی که سابقه بیماری دارند، دارای حساسیت بیشتری از نظر دقت در بررسی و عدم ارتکاب بدرفتاری می‌باشند. تبیین دیگر یافته بالا این است که ارایه‌دهندگان خدمت با این پیش زمینه ذهنی با افراد دارای سابقه بیماری رفتار می‌کنند که ممکن است بیماری آن‌ها مسری باشد، لذا از

کلامی ارتباط معناداری دارد و زنانی که دو زایمان یا بیشتر داشته‌اند نسبت به شکم اول‌ها تجربه خشونت کلامی کمتری داشته‌اند. مطالعه مشابهی در این خصوص یافت نشد، اما در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که تعداد زایمان هر اندازه در زنان بیشتر باشد، به همان اندازه نشان‌دهنده میزان آشنایی فرد به مراحل و فرآیند مراقبت بوده و زمینه‌ساز تسهیل ارایه خدمات بیمارستانی خواهد بود که همین امر موجب رضایت ارایه‌دهندگان خدمت شده و رفتار نامناسب کمتری در برخورد با ایشان مرتکب می‌شوند. در حالی که در افرادی که برای بار اول زایمان می‌کنند ناآشنا بودن به نحوه ارایه خدمات می‌تواند به عنوان عاملی برای تلقی نادرست از سخنان و صحبت‌های کارشناسان مامایی شود و رفتارهای عادی ایشان را نیز به عنوان بدرفتاری کلامی گزارش نمایند.

تحلیل نتایج مربوط به رابطه زمان زایمان (روز/شب) با حیطه‌های سوء رفتار نشان داد، کسانی که در شب زایمان می‌کنند تجربه خشونت جسمی و انگ زدن و تبعیض بین آن‌ها کمتر از مادرانی است که در روز زایمان می‌کنند. این شاید به این دلیل باشد که شب‌ها عموماً بخش خلوت‌تر است و آرامش بیشتری بر فضا حاکم است و لذا کارکنان زایمان با رفتار بهتری سرویس ارایه می‌دهند. با افزایش زیاد تعداد مراجعان در طول روز، زمینه‌های ارایه خدمات به شکل مناسب فراهم نمی‌شود و بیماران ممکن است تمامی خدمات را در زمان مناسب دریافت نکنند. همچنین محدودیت کارکنان بیمارستان‌ها سبب می‌شود برخی از

تحرك بیش از حد آن‌ها جلوگیری می‌کنند و از راه دادن همراهان بیمار به بخش مراقبت‌ها خودداری می‌نمایند. برای اثبات چنین توجیهاتی و داشتن تفاسیر و تحلیل‌های بیش‌تر از این یافته‌ها، به هر حال نیاز به انجام مطالعات مشابه بیش‌تری است.

در مجموع در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان داشت، با این که بدرفتاری تعریف و اندازه‌گیری ویژه خود را دارد، مفهوم قصد عمد، تلاش‌های انجام گرفته برای اندازه‌گیری دقیق آن را پیچیده می‌سازد. به عنوان مثال اپیزوتومی معمول یا فشار رحم مبتنی بر شواهد نبوده و ممکن است برای فرد مضر باشند (۲۹). اما غالب کارمندان بهداشتی آموزش دیده، آن‌ها را انجام می‌دهند و تصور می‌کنند به نفع زن است که می‌تواند مصداق بدرفتاری باشد. همچنین مسأله پرداخت‌های غیررسمی و خارج از ضوابط به کادر بیمارستانی نیز می‌تواند به عنوان یکی از دلایل بدرفتاری‌های کلامی یا جسمی و تبعیض بین بیماران مطرح باشد که در این پژوهش مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است، هرچند در اظهارات شفاهی برخی از بیماران به آن اشاره شده است. ضمناً این احتمال وجود دارد که بدرفتاری‌ها و سوء استفاده‌های ماماها در ارایه خدمات زایمانی به دلیل تلاش آن‌ها از بدرفتاری به عنوان ابزاری برای نشان داد اختلاف طبقاتی با بیماران و حفظ خیال‌پردازی‌های هویتی و نشان دادن قدرت در محل کار باشد. چرا که ممکن است برخی از ماماها خود را در فضایی تصور نمایند که برای استمرار هویت حرفه‌ای‌شان و نشان دادن

اختلاف طبقاتی ناگزیر از مراقبت‌های نامحترمانه با زنان زایمان کرده هستند (۱۷). همچنین بسیاری از کارمندان بهداشتی با محدودیت‌هایی مانند فشار کاری، درآمد پایین و محدودیت امکانات بیمارستانی و مهارت‌های ارتباطی ضعیف روبه‌رو هستند که می‌تواند بر روابط آن‌ها با مراجعان نیازمند مراقبت ویژه تأثیر بگذارد (۳۰).

یکی از نقاط قوت مطالعه این بود که به دلیل انجام مطالعه در بخش زایمان و بلافاصله پس از زایمان، مخالفت کم‌تری در مورد جمع‌آوری داده‌ها از سوی مراجعان صورت گرفت. ضمن این که تلاش شد یکی از متغیرهای مزاحم که فاصله زمانی بین دریافت خدمت و مصاحبه بود، کنترل شود. همچنین عدم دستیابی متوازن به استانداردهای بهداشتی در بیمارستان‌ها به عنوان یکی از دلایل تناقض در یافته‌ها می‌تواند مطرح شود. به گونه‌ای که در برخی از بیمارستان‌ها، برخی از سوء رفتارها مشاهده اما برخی مشاهده نشد. شرایط و امکانات بیمارستان‌های مورد مطالعه نیز در مواردی تفاوت داشت که یکی از دلایل تفاوت نتایج و فاصله آن‌ها با انتظارات محقق می‌تواند قلمداد گردد. لذا با توجه به تمامی موارد بالا، باید یک سرمایه‌گذاری طولانی مدت و پایدار در سیستم‌های بهداشتی انجام شود تا محیط کار حمایتی و توانمند در اختیار کارکنان خط مقدم بیمارستان‌ها قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد بیمارستان محدود مورد مطالعه اشاره کرد که همگی هم از نوع دولتی و دانشگاهی بودند. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی سطح وسیع‌تری از مراکز

است بسیاری از کارکنان به دلیل ناآگاهی یا از روی عادت بسیاری از این رفتارها را بروز دهند. با توجه به تأکید و توصیه اخیر سازمان جهانی بهداشت بر مراقبت محترمانه در طول زایمان، امید است نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، بتواند در طراحی برنامه مداخله‌ای جهت ارتقای سطح دانش و توانمندی کارکنان برای به حداقل رساندن سوء رفتارها و ارائه مراقبت‌های با کیفیت توأم با تکریم و احترام مادران کمک نماید.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، حاصل نتیجه پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران (شماره پایان‌نامه ۹۵۱۱۱۰۷۰۰۲) می‌باشد. بدین وسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی و مسؤولان محترم بیمارستان‌های شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین مادران شرکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌شود.

زایمانی در شهر تهران یا کشور را مورد مطالعه قرار دهند که قابلیت تعمیم بیش‌تری به وضعیت جامعه ایرانی داشته باشد. همچنین کمبود پیشینه پژوهشی در این زمینه یک محدودیت حایز توجه می‌باشد و دستیابی به نتایج با ضریب اطمینان بالا مستلزم وجود نظرات متخصصان می‌باشد.

پیشنهاد اصلی این پژوهش به پژوهشگران بعدی انجام تحقیقات کیفی در زمینه شناسایی موانع و توسعه مداخلات مؤثر برای ارتقای مراقبت‌های همراه با احترام می‌باشد. همچنین انجام یک مطالعه به شیوه بحث گروهی متمرکز که نظرات همه ذینفعان از جمله بیماران، کارکنان، درمانگران و سیاست‌گذاران را کسب کند و بتواند برای تدوین اقدامات درمانی بهتر استفاده نماید. همچنین پیشنهاد اصلی این پژوهش به مدیران و مسؤولان و سیاست‌گذاران برگزاری دوره‌های آموزشی در بیمارستان‌ها برای ماماها و کادر درمان، برای آشنایی با مصادیق بدرفتاری یا بی‌احترامی می‌باشد، زیرا که ممکن

### References

- 1 - Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 2010. Available at: [https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf).
- 2 - Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30; 368(9542): 1189-200. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69380-X.
- 3 - Zalvand R, Tajvar M, Pourreza A, Asheghi H. Determinants and causes of maternal mortality in Iran based on ICD-MM: a systematic review. *Reprod Health*. 2019 Feb 8; 16(1): 16. doi: 10.1186/s12978-019-0676-y.
- 4 - United Nations. The millennium development goals (MDG) report. Available at: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%2015\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%2015).pdf). 2015.

- 5 - Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30; 260(12): 1743-8. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
- 6 - Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Jan 24; 13: 21. doi: 10.1186/1471-2393-13-21.
- 7 - Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep 22; 15: 224. doi: 10.1186/s12884-015-0645-6.
- 8 - 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 Apr 17; 10(4): e0123606. doi: 10.1371/journal.pone.0123606.
- 9 - Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 'They treat you like you are not a human being': maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. 2014 Feb; 30(2): 262-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.05.006.
- 10 - Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, et al. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health*. 2017 May 16; 14(1): 60. doi: 10.1186/s12978-017-0323-4.
- 11 - 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 Jun 30; 12(6): e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- 12 - Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Aug 19; 16: 236. doi: 10.1186/s12884-016-1019-4.
- 13 - Njuki R, Obare F, Warren C, Abuya T, Okal J, Mukuna W, et al. Community experiences and perceptions of reproductive health vouchers in Kenya. *BMC Public Health*. 2013 Jul 16; 13: 660. doi: 10.1186/1471-2458-13-660.
- 14 - Ayele S. Level of disrespect and abuse in maternity care among facility based maternity care users, Debre Markose University, East Gojjam, Ethiopia. MSc. Thesis, Addis Ababa University, 2016.
- 15 - Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Feb; 128(2): 110-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.08.015.
- 16 - Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015 Feb 23; 4: 6. doi: 10.4103/2277-9531.151885.
- 17 - Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour

- observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019 Nov 9; 394(10210): 1750-1763. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0.
- 18 - Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006 Oct 7; 368(9543): 1284-99. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69381-1.
- 19 - Spector LG, Puumala SE, Carozza SE, Chow EJ, Fox EE, Horel S, et al. Cancer risk among children with very low birth weights. *Pediatrics*. 2009 Jul; 124(1): 96-104. doi: 10.1542/peds.2008-3069.
- 20 - Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998 Dec; 47(11): 1781-95. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00240-8.
- 21 - D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005 Dec 22; 5: 140. doi: 10.1186/1471-2458-5-140.
- 22 - Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy Plan*. 2000 Sep; 15(3): 270-8. doi: 10.1093/heapol/15.3.270.
- 23 - Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 Jul; 82(1): 89-103. doi: 10.1016/s0020-7292(03)00148-6.
- 24 - Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med*. 2012 Jul; 87(7): 845-52. doi: 10.1097/ACM.0b013e318258338d.
- 25 - Prytherch H, Kakoko DC, Leshabari MT, Sauerborn R, Marx M. Maternal and newborn healthcare providers in rural Tanzania: in-depth interviews exploring influences on motivation, performance and job satisfaction. *Rural Remote Health*. 2012; 12: 2072. doi: 22605/RRH2072.
- 26 - Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwigwa C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 2014 Dec 1; 92(12): 915-7. doi: 10.2471/BLT.14.137869.
- 27 - Bante A, Teji K, Seyoum B, Mersha A. Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1): 86. doi: 10.1186/s12884-020-2757-x.
- 28 - Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K, Filippi V. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reprod Health*. 2019 Jan 23; 16(1): 7. doi: 10.1186/s12978-019-0668-y.
- 29 - Parsaie F. [Identifying effects of the use of fundal pressure in causing complication from the time of the woman's entrance into the delivery room to the time of discharging from the hospital (1994)]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 1996; 10(14,15): 43-50. (Persian)
- 30 - Zalvand R, Yaseri M, Mosadeghrad AM, Tajvar M. [Determinants of maternal mortality in Iran 1990-2015: a longitudinal study]. *Tehran University Medical Journal*. 2019; 77(2): 82-91. (Persian)

# Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors

Elham Shakibazadeh<sup>1</sup>, Fahimeh Taherkhani<sup>1</sup>, Mir Saeid Yekaninejad<sup>2</sup>, Davod Shojaeizadeh<sup>1</sup>, Maryam Tajvar<sup>3\*</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: May 2021  
Accepted: Aug. 2021  
e-Published: 19 Oct. 2021

Corresponding author:  
Maryam Tajvar  
e-mail:  
mtajvar@sina.tums.ac.ir

## **Abstract**

**Background & Aim:** In recent years, women's experience of disrespect and misconduct during childbirth has been raised as a significant problem around the world. This study aimed to determine the prevalence of disrespectful maternity care and its associated factors.

**Methods & Materials:** This is a cross-sectional study conducted in 2019 on 357 mothers who gave birth at hospitals affiliated to TUMS. The data collection tool included socio-demographic characteristics form, and the disrespectful maternity care questionnaire, measuring various domains of abuse. The questionnaire was completed by interviewing mothers. Data was analyzed using descriptive tests, Chi-square test and multivariate logistic regression through the SPSS software version 24.

**Results:** All participants reported at least one form of disrespect, of which “not allowing for mobility, fluid and companion” was the most prevalent (99.7%) and “stigma and discrimination” was the least prevalent (4.5%). Statistical analysis showed a significant relationship between older age, ethnic minority, primiparity, higher socioeconomic status, delivery time (night, day) and a history of illness with more experience of different forms of disrespect.

**Conclusion:** This study confirmed a relatively high prevalence of disrespectful maternity care in hospitals based on international standards, which requires serious and prompt attention of top-level managers to take action to eliminate or limit this type of behavior.

**Key words:** respectful, maternity care, maternity ward, hospitals

## **Please cite this article as:**

Shakibazadeh E, Taherkhani F, Yekaninejad MS, Shojaeizadeh D, Tajvar M. [Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 27(3): 262-277. (Persian)

1 - Dept. of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Dept. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

