QUALITATIVE RESEARCH

Exploring Midwives' Perspectives, Preferences, and Needs for Improving the Quality of Intrapartum Midwifery Care: A Qualitative Study

Zeinab Hamzehgardeshi[1]
Mansoureh Hasanzadeh [2]
Shayesteh Jahanfar[3]
Fatemeh Yari[4]
Roya Nikbakht[5]

[1] Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] PhD Candidate in Midwifery, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Professor, Tufts University School of Medicine, Department of Public Health and Community Medicine, Boston, Massachusetts
[4] Associate Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Rahimi Hospital, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 15, 2025; Accepted July 19, 2026)

Abstract

Background and purpose: Considering the importance of high-quality midwifery care in reducing maternal and neonatal mortality, this qualitative study aimed to explore midwives' perspectives, preferences, and needs regarding improving the quality of care during labour. Although the quality of midwifery education in Iran is high, studies indicate some deficiencies in the quality of care provided. In addition, existing quantitative studies have not explored midwives' experiences in depth.

Materials and methods: This study was conducted using a conventional content analysis approach based on 13 semi-structured interviews with midwives working at Shahid Rahimi Hospital in Khorramabad, who had between 4 and 20 years of work experience. The participants varied in age, marital status, and educational level. Through purposive sampling with maximum variation, data saturation was reached. Data were collected through in-depth interviews from December 2025 to May 2026. Interviews were audio-recorded, transcribed, and managed using MAXQDA software, version 22.

Results: Data analysis identified three main themes: (1) systemic and managerial challenges (including insufficient resources, unfavourable shift patterns, and lack of motivation), (2) education, communication, and collaboration (covering gaps in evidence-based practice, interaction with colleagues, and communication with patients), and (3) rights and dignity of stakeholders (addressing disrespectful care and the lack of recognition of professional views). Each theme encompassed multiple subthemes reflecting key barriers and needs in intrapartum midwifery care.

Conclusion: Improving the quality of midwifery care requires addressing systemic challenges, enhancing education, and protecting stakeholders' rights. The involvement of midwives in developing educational programmes and redefining professional job descriptions by health policymakers is essential. As primary providers of care, empowering midwives and addressing structural barriers can significantly improve maternal and neonatal health outcomes.

Keywords: midwife, midwifery care, quality of care, intrapartum care, labour and delivery, qualitative study

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (259): 136-150 (Persian).

Corresponding Author: Mansoureh Hasanzadeh - Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: hasanzadeh.mansoureh@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۹ مرداد سال ۱۴۰۵ (۱۵۰-۱۳۶)

تبیین دیدگاه، ترجیحات و نیازهای ماماها در زمینه بهبود کیفیت مراقبت های مامایی حین زایمان: یک مطالعه کیفی

زینب حمزه گردشی[۱]
منصوره حسن زاده[۲]
شایسته جهانفر[۳]
فاطمه یاری[۴]
رویا نیکبخت[۵]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت مراقبت‌های مامایی باکیفیت در کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، این مطالعه کیفی با هدف تبیین دیدگاه‌ها، ترجیحات و نیازهای ماماها درباره بهبود کیفیت مراقبت‌های حین زایمان، انجام پذیرفت. با وجود سطح بالای آموزش مامایی در ایران، مطالعات انجام شده نشان دهنده کمبودهایی در کیفیت مراقبت بوده و پژوهش‌های کمی موجود نیز از واکاوی عمیق تجارب ماماها ناتوان بوده‌اند.

مواد و روش ها: این مطالعه کیفی، با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم از طریق ۱۳ مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ماماهای شاغل در بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد که ۴ تا ۲۰ سال سابقه کاری داشتند، انجام گردید. شرکت‌کنندگان از نظر سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات متنوع بودند. نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. داده‌ها در بازه زمانی آذر ۱۴۰۴ تا اردیبهشت ۱۴۰۵ با استفاده از مصاحبه‌های عمیق جمع‌آوری شدند. مصاحبه‌ها ضبط، رونویسی و با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۲ مدیریت شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها سه مضمون اصلی به‌عنوان چالش‌های کلیدی، اول، چالش‌های سیستمی و مدیریتی شامل کمبود منابع، شیفت‌های نامناسب و عدم انگیزه کافی، دوم، آموزش، ارتباط و همکاری شامل شکاف‌های موجود در آموزش مبتنی بر شواهد، تعامل با همکاران و ارتباط با بیماران، و سوم، حقوق و کرامت ذی‌نفعان شامل مراقبت غیرمحترمانه و ندیده گرفته شدن دیدگاه‌های حرفه‌ای، شناسایی کرد. هر مضمون شامل چندین زیرطبقه بود که بازتاب دهنده موانع و نیازهای کلیدی در مراقبت های مامایی حین زایمان است

استنتاج: ارتقای کیفیت مراقبت‌های مامایی نیازمند رفع چالش‌های سیستمی، ارتقای آموزش و صیانت از حقوق ذینفعان است. مشارکت ماماها در تدوین برنامه‌های آموزشی و باز تعریف شرح وظایف توسط سیاست‌گذاران سلامت ضروری است. ماماها به عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت، توانمندسازی آن‌ها و رفع موانع ساختاری می‌تواند به بهبود چشمگیر پیامدهای سلامت مادر و نوزاد منجر شود.

واژه های کلیدی: ماما، مراقبت های مامایی، کیفیت مراقبت، مراقبت‌های حین زایمان، لیبر و زایمان، مطالعه کیفی

مولف مسئول: منصوره حسن زاده- ساری: خیابان وصل، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری **Email:** hasanzadeh.mansoureh@yahoo.com

۱. استاد، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی دکترای مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استاد، گروه بهداشت عمومی و پزشکی اجتماعی، دانشگاه تافتس، بوستون، ماساچوست، ایالات متحده
۴. دانشیار، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۵. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۱۱/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۱۲/۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۴/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

مقدمه

کیفیت مراقبت‌های مامایی نقشی کلیدی در ارتقای سلامت زنان، نوزادان و خانواده‌ها دارد و از اولویت‌های اصلی سازمان جهانی بهداشت برای کاهش مرگ‌ومیر مادری و نوزادی به شمار می‌رود(۱). شواهد نشان داده اند که ارائه صحیح و به موقع مراقبت های مامایی به‌خصوص در دوران بارداری تضمین کننده سلامت مادران و نوزادان است(۲). از طرفی بر اساس تجربیات موجود، بهبود و ارتقای کیفیت خدمات مامایی می تواند مرگ و میر مادران و نوزادان را کاهش دهد(۳). بر اساس گزارشی که در تاریخ ۲۳ فوریه ۲۰۲۳ توسط سازمان بهداشت جهانی به نمایندگی از آژانس‌های سازمان ملل منتشر شد، به طور متوسط هر ۲ دقیقه یک زن در بارداری یا زایمان جان خود را از دست می‌دهد(۴). از طرفی بر اساس گزارشی در سال ۲۰۲۰ در ایران، میزان مرگ و میر مادران ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده، میزان مرگ و میر نوزادان ۸/۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده و مرگ و میر شیرخواران ۱۰/۹ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است(۵).

قسمت عمده ایی از مرگ‌های مادری به دلیل عوارض بارداری و زایمان مانند، خونریزی، اختلالات فشار خون، سپسیس و سقط جنین رخ می دهند(۶). همچنین عوارض زایمان زودرس، خفگی، مرگ حین زایمان و عفونت‌های نوزادی، بیش از ۸۵ درصد از مرگ‌های نوزادان را شامل می‌شوند(۴). اهمیت سلامت مادر و کودک به قدری بالاست که سازمان بهداشت جهانی به‌طور خاص بر توسعه سلامت مادر و نوزاد در گزارش ۲۰۲۰ خود تأکید کرده است(۷). در کشور ایران با وجود دسترسی زنان به مراقبت‌های مامایی، در برخی مراکز کیفیت خدمات مطلوب نیست و مطالعات پس از ۲۰۱۵ نشان دادند ضعف در استانداردها، انگیزه پایین شغلی و نظام ارزیابی عملکرد، کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد، بهبود این مؤلفه‌ها نیز برای ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش مرگ‌ومیر مادران اهمیت دارد(۷، ۸). از طرفی نتایج مطالعه ایی در ایران نشان داد مراقبت مامایی به‌اندازه سایر کشورها ارزش‌گذاری نمی‌شود و با وجود آموزش بالا، کاستی‌هایی دارد(۹). ماماها به عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، ظرفیت بالایی برای تضمین ایمنی و کیفیت این خدمات دارند(۱۰، ۱۱).

تجربه کشورهای توسعه یافته همچون آمریکا نشان می‌دهد دسترسی همگانی به مراقبت‌های مامایی با کیفیت، همراه با نقش محوری ماماها، منجر به کاهش چشمگیر مرگ‌ومیر مادری شده است(۱۲). در حالی که کشورهای توسعه یافته با رعایت استانداردها، انگیزه و منابع کافی، مرگ‌ومیر مادران را کاهش داده‌اند، اما در ایران با وجود دسترسی به مراقبت، در بسیاری زایشگاه‌ها استانداردها رعایت نشده و کمبود انگیزه و منابع، کیفیت را پایین‌تر از حد انتظار برده است و این مسئله منجر به عواقب منفی همچون افزایش مرگ‌و میر مادران و نوزادان می‌شود(۱۳). علاوه بر این، با وجود سطح بالای آموزش در حوزه مامایی در ایران، هنوز زنان به خدمات مامایی مناسب دسترسی ندارند(۹). مطالعه‌ای در ایران عوامل مؤثر بر کیفیت مامایی را شامل مهارت و روان‌پزشکی پرسنل، ارزش‌های حرفه‌ای و ویژگی‌های فردی ماما و بیمار، چالش‌های فرهنگی‌آموزشی، دلبستگی حرفه‌ای و نظارت سیستم دانسته است. تغییر نگرش ماماها، بهبود مهارت‌ها، ارتقای آموزش بیماران و ارائه خدمات ایمن، می توانند کیفیت مراقبت را افزایش دهند(۱۴). نتایج مطالعه‌ای نشان داد مراقبت‌های زن محور توسط ماماها در بارداری و زایمان، نسبت به مراقبت‌های پزشکی متعارف، زایمان را خوشایندتر کرده و عوارض آن را کاهش می‌دهد(۱۵).

مطالعات پیشین غالباً کمی و مقطعی بوده و تنها به شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت مراقبت پرداخته‌اند، بدون آن که بتوانند دیدگاه‌ها و تجربیات ذی‌نفعان را به‌درستی واکاوی کنند. در نتیجه، درک روشنی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت‌های مامایی از نگاه خود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

ماماها وجود ندارد. با وجود نقش کلیدی ماماها در زایمان و با توجه به چالش‌های ساختاری و فرهنگی ایران، تاکنون مطالعه‌ای که به تبیین دیدگاه‌ها، ترجیحات و نیازهای آن‌ها در این بافت پرداخته باشد، انجام نشده است. این شکاف، ضرورت انجام مطالعه‌ی کیفی حاضر را آشکار می‌کند.

مطالعات پیشین در ایران عمدتاً به روش توصیفی-مقطعی انجام شده‌اند که با استفاده از پرسشنامه، نگرش ماماها و موانع اجرای عمل مبتنی بر شواهد را بررسی کرده‌اند(۱۶). این مطالعات کمی، توانایی واکاوی عمیق دیدگاه‌ها، تجربیات و نیازهای ماماها را نداشته‌اند. در ایران، یک مطالعه کیفی به تبیین مفهوم و ابعاد مراقبت مستمر در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان پرداخته است(۱۷). در سطح جهانی نیز مطالعات کیفی انجام شده است، از جمله مطالعه دی لئو و همکاران (۲۰۲۱) در استرالیا که به بررسی نیازهای ماماها برای اجرای تغییرات مبتنی بر شواهد پرداخته است و مطالعه ایج و همکاران (۲۰۲۲) در نیجریه که موانع ارائه مراقبت‌های محترمانه مادرانه را بررسی کرده است(۱۸، ۱۹). اما این مطالعات در بافت فرهنگی و ساختاری ایران انجام نشده‌اند و یافته‌های آن ها بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های موجود، قابل تعمیم کامل به ایران نیست. بنابراین، با توجه به خلأ تحقیقاتی یاد شده و محدودیت مطالعات کمی پیشین (که عمدتاً مقطعی و سطحی‌نگر بوده‌اند)، این مطالعه با رویکرد کیفی تحلیل محتوا و با هدف تبیین دیدگاه‌ها، ترجیحات و نیازهای ماماها درباره بهبود کیفیت مراقبت‌های مامایی حین زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم، با هدف تبیین دیدگاه، ترجیحات و نیازهای ماماها درباره عوامل مؤثر بر ارتقای کیفیت مراقبت مامایی در زایشگاه شهید رحیمی خرم‌آباد (آذر ۱۴۰۴ تا اردیبهشت ۱۴۰۵) انجام شد. ۱۳ ماما از بخش‌های لیبر، زایشگاه و زنان با ۲۰-۴ سال سابقه، مدرک کارشناسی، حداقل شش ماه سابقه، تمایل و توانایی بیان تجربیات وارد شدند. معیارهای خروج شامل انصراف، مشکلات روانی، جابجایی یا غیبت طولانی بودند. شرکت‌کنندگان از نظر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه کار متنوع بودند (جدول شماره ۱).

در این مطالعه، نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه کار) تا اشباع نظری (پس از ۱۳ مصاحبه) ادامه یافت. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته عمیق (۴۵-۶۰ دقیقه) در محیطی آرام (مانند اتاق‌های خصوصی در بیمارستان یا کلینیک مامایی) و در زمان توافقی جمع‌آوری شدند. دو مصاحبه آزمایشی (که در نمونه نهایی وارد نشدند) برای اصلاح راهنما انجام شد. سؤالات راهنما شامل، "کیفیت مطلوب مراقبت مامایی حین زایمان از نظر شما چه ویژگی‌هایی دارد؟ "، "چه موانع و چالش‌هایی بر سر راه ارائه مراقبت با کیفیت توسط ماماها وجود دارد؟ "، "چه عواملی به بهبود کیفیت مراقبت‌های مامایی کمک می‌کند؟ "، "نیازها و انتظارات شما به عنوان یک ماما از سیستم سلامت چیست؟ " و "در چه زمینه‌هایی احساس می‌کنید دیدگاه‌های حرفه‌ای شما دیده نمی‌شود؟ "، بوده است. مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه ضبط و کلمه به کلمه رونویسی شدند و یادداشت‌های میدانی برای نشانه‌های غیرکلامی تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مرسوم و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. ابتدا هر مصاحبه کلمه به کلمه رونویسی شد و چندین بار خوانده شد تا درک کلی از محتوا حاصل گردد. سپس واحدهای معنایی (meaning units) شناسایی، تقطیر (condensed) و کدگذاری شدند. کدهای مشابه بر اساس تشابه مفهومی در طبقات (categories) دسته‌بندی شدند و در نهایت مضامین (themes) انتزاعی‌تر از ترکیب طبقات استخراج گردیدند. در این مطالعه، ۶۴۲ کد اولیه استخراج شد که در نهایت به ۱۴ طبقه و ۳ مضمون اصلی تقلیل یافت. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA (نسخه ۲۲) استفاده شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

جدول شماره ۱: ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی شرکت‌کنندگان

	شماره ۱	شماره ۲	شماره ۳	شماره ۴	شماره ۵	شماره ۶	شماره ۷	شماره ۸	شماره ۹	شماره ۱۰	شماره ۱۱	شماره ۱۲	شماره ۱۳
سطح درآمد	متوسط	خوب	خوب	خوب	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	متوسط	متوسط	خوب
سطح تحصیلات	ارشد	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس	ارشد	لیسانس	لیسانس	ارشد
سن (سال)	۳۲	۲۹	۳۷	۳۴	۲۸	۴۸	۴۳	۳۳	۳۸	۳۲	۴۲	۳۲	۲۸
سابقه کار (سال)	۶	۴	۹	۹	۵	۱۶	۲۰	۹	۱۴	۶	۱۷	۶	۴

رشته تحصیلی تمامی مشارکت کنندگان مامایی بود.

برای افزایش اعتبار، دو کدگذار مستقل (محقق اول و یک همکار آشنا با روش‌های کیفی) به‌طور جداگانه ۳ مصاحبه را کدگذاری کردند و اختلافات با مشورت نفر سوم (محقق راهنما) حل شد. همچنین از بازبینی توسط مشارکت کنندگان و خودبازبینی محقق برای افزایش اعتمادپذیری استفاده گردید. پس از تأیید اخلاق (IR.MAZUMS.REC.1404.376)، رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. محرمانگی اطلاعات، عدم افشای هویت و امکان انصراف در هر مرحله بدون عواقب برای شرکت‌کنندگان تضمین گردید.

داده‌ها همزمان با جمع‌آوری، با تحلیل محتوای مرسوم گرانهایم و لوندمن (Graneheim & Lundman) تحلیل شدند(۲۰). فرآیند شامل رونویسی مصاحبه ها، خوانش مکرر، شناسایی واحدهای معنایی و کدگذاری بود. کدها بر اساس تشابه مفهومی در دسته‌ها و مضامین سازماندهی شدند. تحلیل به‌صورت بازتابی و رفت و برگشتی بین داده‌ها و تفاسیر انجام شد. اعتبار یافته‌ها با رعایت چهار معیار لینکلن و گوبا (Lincoln and Guba) تضمین شد(۲۱). چهار معیار لینکلن و گوبا شامل، اعتبار(Credibility): با مشارکت طولانی‌مدت و بررسی اعضا، انتقال‌پذیری (Transferability): با تنوع نمونه، قابلیت اطمینان (Dependability): با مستندسازی کامل و قابلیت تأیید (Confirmability): با کدگذاری مستقل دو محقق، می باشد.

یافته‌ها

فرایند نمونه‌گیری تا اشباع نظری ادامه یافت و پس از مصاحبه‌ی سیزدهم، داده‌ی جدیدی به مضامین افزوده نشد. ۱۳ مامای شاغل در زایشگاه شهید رحیمی خرم‌آباد شرکت کردند. محدوده‌ی سنی ۴۸ - ۲۸ سال (میانگین ۳۵)، سابقه‌ی کار ۲۰-۴ سال (میانگین ۱۰)، ۱۰ نفر لیسانس و ۳ نفر ارشد، همگی زن و دارای رشته‌ی مامایی بودند (جدول شماره ۱).

تحلیل مصاحبه‌ها با ۱۳ مامای ارائه خدمات مامایی در زایشگاه، سه مضمون اصلی، ۱۴ طبقه و ۶۴۲ کد اولیه را آشکار کرد (جدول شماره ۲). سه مضمون اصلی شامل، چالش‌های سیستمی و مدیریتی، آموزش، ارتباط و همکاری و حقوق و کرامت ذی‌نفعان، می باشد.

جدول شماره ۲: تحلیل مضمون کدهای اولیه تا مضامین نهایی از دیدگاه ماماها

تم	طبقه	زیر طبقه (مثال هایی از کد های اولیه)
	مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو	کمبود نیرو، شلوغی بیمارستان
	مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان	نظارت ضعیف، وظایف نامشخص پرسنل، وظایف غیرمرتبط پرسنل
	فشار روانی محیط کار و استرس شغلی	فشار روانی ناشی از شلوغی، تبعیض جنسیتی
	سیاست‌گذاری و حمایت مدیریتی	واگذاری وظایف غیر مامایی به ماماها، نبود حمایت و پاداش برای ماماهای متعهد
چالش‌های سیستمی و مدیریتی	فضای فیزیکی و ایمنی محیط	تعداد کم اتاق های ال دی آر، تهویه نامناسب زایشگاه و بخش پس از زایمان، تعداد کم سرویس های بهداشتی در هر اتاق
	کیفیت مراقبت‌ها و استانداردها	استفاده از تجهیزات کهنه و قدیمی، عدم رعایت استانداردهای جهانی و پروتکل‌های به‌روز در ارائه خدمات
	سیاست‌های نادرست دولتی و تأثیر آن‌ها	حذف غربالگری، قوانین ناهماهنگ، عدم حمایت از پرسنل
	مشکلات مربوط به آگاهی و آموزش	آموزش ناکافی ماماها، عدم دسترسی به پروتکل های به روز
	ارتباط با مادران و مشارکت در مراقبت	عدم برقراری ارتباط مؤثر و حمایتی با مادران، آموزش ناکافی مادران
آموزش، ارتباط و همکاری	روابط تیمی و همکاری بین پزشک و ماما	همکاری ضعیف با پزشکان، تعارضات در تیم‌های پزشکی
	آموزش و دانش ماماها	مشکلات در مهارت‌ها و آموزش، کمبود آگاهی و منابع آموزشی برای مادران در خصوص مراقبت‌های بارداری
حقوق و کرامت ذی‌نفعان	انگیزش شغلی و عدالت در محیط کار	حقوق ناعادلانه ماماها، تبعیض، نارضایتی شغلی، عدم توجه به نیازهای رفاهی ماماها و عدم توازن بار کاری
	حقوق مادر و نوزاد	عدم رعایت حقوق و کرامت مادر و نوزاد، انتخاب آگاهانه برای مادر
	تجربیات شخصی ماماها	عدم استفاده از تجربیات و مهارت‌های تخصصی ماماها در فرآیند مراقبت، اجرای ماتورهای غیراصولی توسط پزشکان کم‌تجربه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

تم اول، چالش های سیستمی و مدیریتی

این تم شامل ۷ طبقه و ۲۰۹ کد اولیه بود و نشان داد که کیفیت مراقبت‌های مامایی در زایشگاه عمدتاً تحت تأثیر هفت عامل کلیدی چون، مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو، مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان، فشار روانی محیط کار و استرس شغلی، سیاست‌گذاری و حمایت مدیریتی، فضای فیزیکی و ایمنی محیط، کیفیت مراقبت‌ها و استانداردها و سیاست‌های نادرست دولتی و تأثیر آن‌ها، می باشد.

این عوامل به طور مستقیم و غیرمستقیم کیفیت مراقبت‌ها را تحت تاثیر قرار می دهند و به وضوح در تجربیات شرکت‌کنندگان منعکس شده است.

مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو

یکی از طبقات برجسته در تجربیات شرکت‌کنندگان، کمبود منابع انسانی و نیروی کافی بود. این مسئله در ابعاد مختلف مراقبت خود را نشان می‌داد. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: «مدیریتی واسه رفت و آمد از طرف نگهبانی وجود نداره، چون تعدادشون کمه... » (شرکت کننده ۵).

همچنین شرکت‌کننده دیگری بر اثرات این کمبود در کیفیت مراقبت تأکید داشت: «کیفیت مراقبتا با توجه به اون چیزایی که ما تو کتاب هم خوندیم که باید باشه یه مقداری بعضی وقتا به خاطر تعداد نیرو ها کم‌تر از اون استانداردایی هست که در واقع باید باشه ... » (شرکت‌کننده ۱).

مشکلات مرتبط با مدیریت بیمارستان

در تجارب شرکت‌کنندگان، مشکلات مدیریتی نیز به‌عنوان یک چالش سیستمی مطرح شد. یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه بدون اشاره به جزییات بیش‌تر توضیح داد: «ما یه مشکل بزرگ داریم: اونم عدم مشخص بودن شرح وظایف تو محل کار مونه... ». (شرکت کننده ۲).

فشار روانی محیط کار و استرس شغلی

فشار روانی محیط کار و استرس شغلی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سیستمی در اظهارات ماماها تبیین شد. شرکت‌کنندگان تجربه خود را در قالب محدودیت‌های محیطی و مدیریتی بازگو کردند. به‌طوری که شرکت کننده ۳ اظهار داشت: « ببین ما یه مشکل دیگه ایی داریم، تک بعدی بودن جنسیت محل کارمونه، طبق تحقیقاتی که انجام شده کلا تک بعدی بودن کیفیت کار محیط رو پایین می‌آره...))

سیاست‌گذاری و حمایت مدیریتی

در این زمینه ماماها به جابجایی‌های غیرمنطقی نیروی انسانی و نبود حمایت مدیریتی اشاره داشتند. به‌گفته شرکت‌کننده ۸: « مثلاً این که واقعاً تو داری کارتو تو اون جایگاهی که هستی درست انجام می‌دی بعد میان جابجات میکنن. وقتی یک نفر داره تو جایگاهی که هست کارشو درست انجام می‌ده بهش می‌گن بیا برو ی بخش دیگه، اصلا حمایتت نمیکن ... ».

سایر عوامل

سه عامل کلیدی دیگر شامل فضای فیزیکی و ایمنی محیط، کیفیت مراقبت‌ها و استانداردها و سیاست‌های نادرست دولتی و تأثیر آن‌ها نیز در اظهارات شرکت‌کنندگان منعکس شده است. شرکت کننده ۱۱ بیان داشت: « محیطمون نسبت به این که بیمارستان سطح سه هست خیلی کوچیکه همراهم بیاد داخل باهاشون، دیگه اصلا جا نیست. مثلا خوبه یه فضایی داشته باشیم اتاقا کامل مستقل باشن، جدا از هم باشن... ». شرکت‌کننده ۱۲ گفت: « خوبه ولی جا داره آموزشای بیش‌تری داشته باشیم چون پروتکلای قدیمی اجرا می شه... ». همچنین شرکت کننده ۹ اظهار داشت: « یکی از نقاط ضعفی که بگم ما الان خیلی باهاش مشکل داریم اینه که وزارتخونه اعلام کرده بودن غربالگری خصوصا ان تی رو می خوان حذف کنن. واقعا این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

باعث می شه که خیلی از مریضای ما چون وضع مالی خوبی هم ندارن، مشکل پیدا کنن... ».

یافته‌های این تم نشان می‌دهد که چالش‌های سیستمی و مدیریتی نه‌تنها کیفیت مراقبت‌های مامایی را تضعیف می‌کند، بلکه پیامدهایی مانند افزایش فرسودگی و نارضایتی شغلی در میان ماماها، کاهش اعتماد مادران به خدمات بیمارستان‌های دولتی و تحمیل هزینه‌های مضاعف بر نظام سلامت را به همراه دارد. بنابراین ضروری است سیاست‌گذاران سلامت، به بهبود ساختار نظام سلامت و رفع این چالش‌ها در برنامه‌های خود توجه بیش‌تری داشته باشند.

تم دوم: آموزش، ارتباط و همکاری

این تم شامل ۴ طبقه و ۲۲۹ کد اولیه بود و چهار عامل کلیدی مؤثر بر کیفیت مراقبت‌های مامایی، مشکلات مربوط به آگاهی و آموزش، ارتباط با مادران و مشارکت در مراقبت، روابط تیمی و همکاری بین پزشک و ماما و آموزش و دانش ماماها، را شناسایی کرد. این عوامل به وضوح در تجربیات شرکت‌کنندگان بازتاب یافته است.

مشکلات مربوط به آگاهی و آموزش

یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: « این آموزش هایی که می ذارن مهمه. اما واقعا بی کیفیته یعنی با فواصل کم فقط سمبل کاری می شه. مثلا این امتحاناتی که می گیرن اصلا از خود محتوایی نیست که آموزش دادن یعنی واقعا آدم رغبت نمی کنه بره سمت اینا.... » (شرکت‌کننده ۱) و یا مشارکت کننده ۲ اظهار داشت: « به‌نظرم آموزش عملی ماماها ضعیفه. همون چیزایی رو انجام می دیم که خودمون بلدیم و اطلاعات به روزیم بهمون نمیدن... ».

ارتباط با مادران و مشارکت در مراقبت

در این زمینه شرکت‌کننده ۵ بیان داشت: «تا وقتی آستانه صبر هر نفری تموم نشده، کنترل داریم. مگر این که بیماری همه رو عصبی کرده باشه و جون خودش و نوزادش به خطر بیافته، اونجاست که همه واکنش نشون می‌دن... ». شرکت‌کننده ۸ نیز تاکید کرد: «به نظر من خیلی از مادران از زایمان فیزیولوژیک هیچ آگاهی ندارن. حالا بعضی موقع آموزشایی دیدن ولی به نظرم خیلی آموزشای سطحی بوده... ».

روابط تیمی و همکاری بین پزشک و ماما بود

یکی از شرکت‌کنندگان تأکید کرد: «بعضیا پستی گرفتن، تو ستاد پست دارن، الان یه پست تو زایشگاه هم دارن. مثلا یکی یه پست شیردهی رو گرفته، داره اصلاً کار دیگه ایی می‌کنه. مثلاً کسی پست واکسیناسیون رو گرفته ولی اون که داره واقعاً واکسیناسیون انجام می‌ده نه از پول اون پست چیزی می‌بره نه از حقوق و مزایای اون پست، هیچ گیرش نمیاد، فقط زحمت رو می‌کشه، پاداش هم مال کسایی دیگه‌ست...» (شرکت کننده ۶).

آموزش و دانش ماماها

شرکت کننده ۷ گفت: « حقیقتا خیلی دسترسی به آموزشای روز دنیا نداریم فقط امید ما به همین کلاسا و آموزشای ضمن خدمته که متاسفانه اونام خیلی کیفیت ندارن... ». همچنین شرکت کننده ۱۰ اظهار داشت: «الان حتی سیستم آموزش دانشجوهامون هم درست نیست. درست و حسابی دوره‌ها یا کارگاه‌های مامایی رو نمیرن... ما می‌تونیم کارگاه‌های خوبی برای آموزش زایمان بریچ داشته باشیم... ».

یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش، ارتباط و همکاری هم بر کیفیت مراقبت تأثیر مستقیم دارند و هم در تعامل با هم، تجربه مادر از زایمان و محیط حمایتگر کادر را شکل می‌دهند. لذا بازنگری آموزش مامایی، تقویت مهارت‌های ارتباطی و تعریف نقش روشن برای ماماها در تیم درمان بهتر است توسط مسئولین آموزشی و مدیریت بیمارستان‌ها مورد توجه قرار گیرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

تم سوم: حقوق و کرامت ذی‌نفعان

این تم شامل ۳ طبقه و ۲۰۴ کد اولیه بود. یافته‌ها نشان داد که «حقوق و کرامت ذی‌نفعان » تحت تأثیر سه چالش، انگیزش شغلی و عدالت در محیط کار، حقوق مادر و نوزاد و تجربیات شخصی ماماها، قرار دارد.

روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌روشنی بیانگر وجود نابرابری‌های شغلی و دستمزدی است که انگیزه و انرژی ماماها را تضعیف کرده و موجب احساس فرسودگی در آنان می‌شود.

انگیزش شغلی و عدالت در محیط کار

شرکت کننده ۱۲ اظهار داشت: « عدالت شغلی وجود نداره. اختلاف حقوق بین زن و مرد بالا رفته. هم سابقه من که مرده حقوق بیش‌تری داره می گیره و این انگیزه کار رو پایین میاره ... ». شرکت کننده ۱۳ نیز تاکید داشت: « مامایی شغل بسیار سختیه... شما وقتی به‌عنوان ی ماما احساس می کنی یک دهم از اون تلاشی که داری میکنی و اون کاری که میکنی، حقوق میگیری، همین باعث می شه که انگیزه کار کردن واقعا نداشته باشی... » و شرکت کننده ۳ گفت: « میزان دستمزدی که ی ماما می گیره با میزان دستمزدی که ی پرستار می گیره بستگی به بخش‌های مختلف داره، ولی اون چیزی که من اطلاع دارم، اینه که همکارای پرستاری بیش‌تر بهشون تعلق می‌گیره... ».

حقوق مادر و نوزاد

شرکت کننده ۱۰ اظهار داشت: «... با سیستم جدید ال دیار، حریم خصوصی مریض، تا حدودی نسبت به قبل خیلی رعایت کردنش بهتر شده، ولی بعضی وقتا تنش زیاده تو بخش، شلوغیا زیاده، شاید به اون صورت نتونی حقوق مادرارو رو رعایت بکنی ... ». شرکت‌کننده ۸ نیز بیان کرد: «... بعضیا واقعاً خوبن با مادرا، بعضیا واقعاً بدن. بعضیا واقعاً ذات‌شونه، آدمای آرومی ان. بعضیام سخت گیرن. بعضی از کارمندا مهربونن... ».

تجربیات شخصی ماماها

شرکت کننده ۳ تاکید کرد: « ...به‌نظر من انتخابایی که می‌شه از رده‌های پایین مسئولیت، از مسئولیت بلوک گرفته تا مراتب بالاتر، بر اساس لیاقت فردی و جایگاه علمیش باید باشه و از ماماهای متبحر استفاده کنن که با چالشای کار آشنا هستش و مشکلات رو میدونن و از طرفی پزشکامونم از نظرات این ماماها استفاده کنن... » و شرکت کننده ۴ بیان کرد: «... بعضی وقتا مراقبتا اصولی انجام نمیشه. مثلا بعضی پزشکا کم تجربه ان و از مانورایی واسه زایمان استفاده می کنن که غیر اصولیه و ما مجبوریم رو مریضا اجرا کنیم و بهشونم می گیم بهشون برمیخوره... ».

یافته های این تم حاکی از آن است که توجه به حقوق و کرامت ذی‌نفعان، کیفیت مراقبت مامایی را ارتقا می‌دهد، اعتماد به ماماها را افزایش، رویکرد مامامحور را تقویت، زایمان طبیعی را بالا برده و سزارین غیرضروری را کاهش می‌دهد. از این رو، توجه به معیشت ماماها، بازنگری در سیستم پرداخت و تدوین منشور حقوق مادر، الزاماتی است که سیاست‌گذاران باید پیگیری کنند (جدول شماره ۲).

بحث

تحلیل داده‌ها نشان داد کیفیت مراقبت مامایی در لیبر و زایشگاه تحت تأثیر سه محور، چالش‌های سیستمی و مدیریتی، آموزش و ارتباط و همکاری و حقوق و کرامت ذی‌نفعان، است. این یافته‌ها تصویری چند بعدی از عواملی ارائه می‌دهد که هم تجربه ماما و مادر و هم پیامدهای نظام سلامت را شکل می‌دهند.

تم اول "چالش‌های سیستمی و مدیریتی"

مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو

یافته‌ها نشان می‌دهد کمبود منابع انسانی و ضعف حمایت مدیریتی از موانع اصلی کیفیت مراقبت است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

شرکت کنندگان کمبود نیرو را دلیل فرسودگی شغلی و افت خدمات گزارش کردند. Louise H. Hall و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه سیستماتیک ریویو (Systematic Review) خود تاکید کردند که بهزیستی شغلی و فرسودگی شغلی کارکنان سلامت به طور جدایی ناپذیری با ایمنی بیمار مرتبط است؛ سلامت روانی ضعیف در ماماها احتمالاً مراقبت با کیفیت، محترمانه و ایمن برای زنان و نوزادان آنان را به خطر می‌اندازد(۲۲).

مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان و سیاست گذاری و حمایت مدیریتی

مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان، سیاست گذاری و حمایت مدیریتی از دیگر چالش‌های مطرح شده در کیفیت مراقبت‌های مامایی از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه حاضر بود. در راستای این یافته، در مطالعه ایی نقشه برداری سیستماتیک (Systematic Mapping) که توسط Filby و همکاران (۲۰۱۶) با هدف بررسی موانع مراقبت های با کیفیت مامایی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات انجام شد، نتایج بدین شرح بود که سومین مانع مهم ارائه مراقبت‌های با کیفیت مامایی، مسائل حرفه‌ای در میان کارکنان بود. مسائلی از قبیل ضعف مدیریتی مراکز درمانی، عدم وجود مقررات مناسب کاری و عدم حمایت مدیریتی از سرمایه گذاری حرفه مامایی مانع از ارائه مراقبت های مامایی با کیفیت شده بود(۲۳).

فشار روانی محیط کار و استرس شغلی

ماماهای این مطالعه فشار روانی محیط کار و استرس شغلی را از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت دانستند. در راستای این یافته، مطالعه فضلی در همدان نشان داد رابطه‌ای مستقیم بین مدیریت استرس و کیفیت خدمات (بتا: ۰,۵۶) و رابطه‌ای معکوس بین استرس ادراک شده و کیفیت خدمات (بتا: ۰/۲۵-) وجود دارد. بنابراین، توانایی کنترل تنش‌های شغلی کیفیت خدمات مامایی را بهبود می‌بخشد (۲۴).

فضای فیزیکی و ایمنی محیط

از نظر ماماهای شرکت کننده، ویژگی‌های فیزیکی و ایمنی محیط بر ارائه خدمات مؤثر است. این یافته با مطالعه Setola و همکاران (۲۰۱۹) هم‌راستاست که نشان داد شکل و سایز اتاق زایمان، نوع میز کار و سالن اجتماعات بر رفتار، تجربه و عملکرد ماماها و پیامدهای سلامت تأثیر می گذارند(۲۵).

سیاست های نادرست دولتی و تاثیر آن ها

شرکت‌کنندگان تأثیر سیاست‌های نادرست دولتی بر کیفیت مامایی را تأیید کردند. هم‌سو با مطالعه بایرامی (۲۰۱۸)، دو چالش اصلی، حرفه‌ای (محدودیت استقلال، ابهام نقش، تعهد حرفه‌ای) و درونی (کم‌انگیزگی، فشار روانی) که تحت تأثیر محیط کار، ساختار سازمانی و احساس مفید بودن شکل می گیرند(۲۶).

تم دوم "آموزش، ارتباط و همکاری"

آموزش، ارتباط و همکاری به‌عنوان یکی از ابعاد بنیادین کیفیت مراقبت آشکار شد. ماماها بارها به کیفیت پایین آموزش‌های ضمن خدمت، ضعف در انتقال دانش به‌روز و ناکارآمدی آموزش عملی اشاره داشتند.

آموزش و دانش ماماها

ماماها در این مطالعه، سطح آموزش و دانش را عاملی کلیدی در کیفیت مراقبت‌های مامایی دانستند. در همین راستا یک پژوهش در بریتانیا نیز نشان داد نقص‌های موجود در آموزش مامایی می‌تواند شایستگی، هویت حرفه‌ای و اعتماد به نفس ماماها را تحت تأثیر قرار دهد و تضعیف این مؤلفه‌ها سبب به خطر افتادن کیفیت مراقبت‌های مامایی شود(۲۷). در مقابل نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

Zaman و همکاران (۲۰۲۰) که با هدف گزارش تجربیات ماماهای تازه کار در بنگلادش انجام شد، حاکی از رضایت ماماها از میزان آموزش دریافت شده و تمایل برای ادامه کار در بیمارستان دولتی است، غیر هم سو می باشد(۲۸). به نظر می‌رسد دلیل اصلی غیرهمسویی با مطالعه Zaman و همکاران، تفاوت در طراحی مطالعه، بافت پژوهش و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان باشد. مطالعه Zaman به روش کیفی-کمی (ترکیبی) و بر روی ماماهای تازه‌کار در کشور بنگلادش انجام شده است، در حالی که مطالعه حاضر به روش کیفی (تحلیل محتوا) و بر روی ماماهایی با میانگین سابقه کاری حدود ۱۰ سال در کشور ایران انجام شده است. تفاوت در سیستم بهداشتی دو کشور (بنگلادش با سطح درآمد پایین‌تر و ساختار متفاوت ارائه خدمات مامایی) و همچنین تفاوت در تجربه بالینی مشارکت کنندگان (تازه‌کار در مقابل با سابقه) می‌تواند توجیه‌گر تفاوت در یافته‌ها باشد. ماماهای تازه‌کار ممکن است به دلیل عدم مواجهه طولانی با چالش‌های سیستمی، هنوز نارضایتی عمیقی از وضعیت موجود پیدا نکرده باشند، در حالی که ماماهای باتجربه‌تر در مطالعه حاضر، چالش‌های ساختاری و مدیریتی را به وضوح درک کرده و بیان نموده‌اند.

مشکلات مربوط به آموزش و آگاهی

از دیدگاه شرکت کنندگان، چالش ها و مشکلات مربوط به اموزش و اگاهی بر کیفیت خدمات مامایی مؤثر است. Bogren و همکاران (۲۰۲۲) در آسیای جنوب شرقی نیز موانعی چون عدم انطباق با استانداردهای جهانی، ضعف همکاری بین‌سازمانی، درک ناکافی از حرفه، کمبود امکانات و تجربه عملی، و نقص تضمین کیفیت آموزش را از عوامل کاهش کیفیت آموزش مامایی معرفی کردند (۲۹).

ارتباط با مادران و مشارکت در مراقبت ها

ماماهای این مطالعه معتقد بودند ارتباط مؤثر و مشارکت مادران، کیفیت مراقبت‌ها را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج تحقیق Lazzerini و همکاران (۲۰۲۰) هم‌سو است، که نشان داد کیفیت تعامل مادر با ارائه دهنده خدمات (گوش‌دادن به نیازها، ارتباط مؤثر و مراقبت محترمانه) پیش‌بینی کننده اصلی رضایت مادر و دریافت مراقبت با کیفیت است. ویژگی‌های مادر ارتباط کمی با رضایت داشت، اما عواملی مانند احساس کنترل مادر در زایمان، کیفیت ارتباط با کادر درمان، مشارکت در مراقبت و حمایت عاطفی، رضایت از مراقبت‌های مامایی را افزایش داد(۳۰).

روابط تیمی بین پزشک و ماما

ماماهای این مطالعه بر اهمیت روابط تیمی بین پزشک و ماما در بهبود کیفیت خدمات تأکید کردند. این یافته با مطالعه Watkins و همکاران (۲۰۲۵) در استرالیا هم‌سو است، که همکاری مؤثر را کلید دستیابی به نتایج بهتر می‌داند. در آن مطالعه، دو عامل اصلی سازماندهی مراقبت (همکاری سیستمی) و مشارکت در مراقبت (ارتباط با بیمار) مطرح شد. مهم‌ترین مانع همکاری مؤثر از دید ارائه دهندگان، مشکلات سیستمی و مدیریتی، همراه با منابع مالی ناکافی و حمایت ضعیف بود(۳۱).

در مقابل نتایج مطالعه Hansson و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف بررسی نحوه کار کردن ماماها از دیدگاه سایر حرفه ها در همان بخش در سوئد انجام شد، با نتایج مطالعه حاضر غیر هم سو می باشد. هنسون در مطالعه خود نشان داد که ماماها فاقد توانمند سازی کاری هستند و از اصطلاح مامای منزوی (Veiled) جهت توصیف نحوه همکاری ماماها با سایر حرفه ها استفاده کرد. این اصطلاح برچسب داده شده به ماماها منجر به بروز مشکلاتی در روابط تیمی آن ها، کنترل گری رشته مامایی و ساده تلقی شدن این حرفه شده بود. محققان همچنین اظهار کردند ماماها سایر حرف را به‌عنوان حرفه هایی که بر طبل خود می کوبند، در نظر می گیرند(۳۲). به نظر می‌رسد دلیل اصلی غیرهمسویی با مطالعه Hansson و همکاران، تفاوت در بافت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

فرهنگی و ساختاری نظام سلامت سوئد و ایران باشد. در مطالعه Hansson، ماماها به عنوان منزوی (Veiled) توصیف شده‌اند که نشان دهنده ضعف توانمندی ماماها و عدم انجام کار تیمی موثر (از نظر سایر حرف) توسط آن‌ها است. در مقابل، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ماماهای ایرانی با وجود ادراک ضعف در روابط تیمی با پزشکان (همان‌طور که در تم «روابط تیمی بین پزشک و ماما » اشاره شد)، همچنان خود را توانمند می‌دانند و دیدگاه‌ها، ترجیحات و نیازهای خود را به وضوح بیان می‌کنند. ممکن است این تفاوت ناشی از سطح بالای آموزش مامایی در ایران، تجربه بالینی ماماهای شرکت‌کننده (با توجه به میانگین سابقه حدود ۱۰ سال) و هم‌چنین ماهیت کیفی مطالعه حاضر باشد که امکان ابراز دیدگاه‌ها را برای ماماها فراهم کرده است. با این حال، ادراک ضعف در همکاری تیمی با پزشکان یکی از چالش‌های اصلی شناسایی شده در مطالعه حاضر بود که نشان می‌دهد علی‌رغم توانمندی فردی ماماها، ساختار روابط حرفه‌ای نیازمند بهبود است.

تم سوم "حقوق و کرامت ذی نفعان"

انگیزش شغلی و عدالت در محیط کار

داشتن انگیزه شغلی و عدالت در محیط کار از دیگر مفاهیم استخراج شده از گفته های مشارکت‌کنندگان بود. در همین جهت در مطالعه ایی که توسط Muluneh و همکاران (۲۰۲۲) با هدف بررسی نارضایت شغلی ماماها و میزان تمایل برای ترک شغل در اتیوپی انجام شد، نتایج نشان داد که بیش‌ترین علت نارضایتی شغلی ماماها به مسائل مالی و حقوقی مرتبط بود و میزان تمایل آن ها به ترک شغلی با میزان رضایت شغلی آن ها رابطه معکوسی داشت(۳۳).

حقوق مادر و نوزاد

یکی از مضامین اصلی مصاحبه‌ها، حقوق مادر و نوزاد بود که با یافته‌های پازنده (۲۰۲۰) در تهران هم سو است. در آن پژوهش، مراقبت محترمانه به‌عنوان مراقبت ایمن همراه با مشارکت مادر در تصمیم‌گیری تعریف شد و سه تم اصلی شامل «همدلی »، «مراقبت زن‌محور» و «حمایت از حقوق » به‌دست آمد که خود شامل زیرمقوله‌هایی چون حفظ کرامت، مشارکت در تصمیم‌گیری و ارائه مراقبت برابر بودند. برخی ماماها نیز بر حفظ کرامت مادر برای پیشگیری از سوء رفتار در زایمان تأکید داشتند(۳۴).

یک مطالعه نقشه‌برداری نظام‌مند توسط Filby نشان داد که در کشورهای کم‌درآمد، دومین مانع اصلی کیفیت مراقبت‌های مامایی، مسائل اقتصادی مانند حقوق پایین، پرداخت‌های غیررسمی و کم‌توجهی مالی دولت است. این مشکلات سبب کاهش جایگاه اجتماعی و ارزش حرفه مامایی شده‌اند(۲۳).

تجربیات شخصی ماماها

مطالعه حاضر نشان داد ماماها تجارب شخصی خود را به‌عنوان راهکارهای بهبود کیفیت مراقبت مطرح می‌کنند. یافته‌های مطالعه Bogren در بنگلادش نیز حاکی از آن است که موانع اجتماعی مانند تعصبات فرهنگی، جنسیتی و مذهبی، کیفیت مراقبت را مختل می‌کنند. بر اساس این گزارش، نگرانی خانواده‌ها از نبود امنیت در بیمارستان‌ها باعث می‌شود حضور زنان در شیفت‌های شب را نادرست بدانند، که این موضوع ماماها را در معرض اتهامات اجتماعی قرار می‌دهد و بر عملکرد آن ها تأثیر می‌گذارد. همچنین، مداخله اعضای خانواده مانند شوهر و مادرشوهر باعث می‌شود زنان ترجیح دهند در خانه زایمان کنند و از دریافت مراقبت‌های مامایی با کیفیت محروم شوند(۳۵).

در نتیجه ارتقای کیفیت مراقبت‌های مامایی، ضرورتی حرفه‌ای، اجتماعی و اقتصادی برای بهبود سلامت مادر و نوزاد است که مستلزم رفع چالش‌های ساختاری و مدیریتی، ارتقای آموزش ماماها و حفظ حقوق ذی‌نفعان می‌باشد؛ از این رو سیاست‌گذاران باید

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

با مشارکت فعال ماماها، برنامه‌های آموزشی و شرح وظایف را باز تعریف کنند تا مراقبتی ایمن، مؤثر و محترمانه فراهم آید. این مطالعه با بهره‌گیری از رویکرد کیفی تحلیل محتوا، درک عمیقی از دیدگاه ماماها ارائه داده و با نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (از نظر سن، سابقه و تحصیلات) و اشباع نظری پس از ۱۳ مصاحبه، داده‌هایی کافی و منسجم به‌دست آورده است. اعتبار یافته‌ها با دو کدگذار مستقل و حل اختلاف توسط نفر سوم افزایش یافته و این مطالعه جزو اولین پژوهش هایی است که در بافت فرهنگی و ساختاری ایران به تبیین دیدگاه ماماها درباره بهبود کیفیت مراقبت زایمان پرداخته است.

محدودیت های پژوهش

این مطالعه دارای محدودیت‌های زیر است.

۱. مطالعات کیفی ذاتاً تعمیم‌پذیری محدودی دارند. یافته‌های این پژوهش به بافت فرهنگی و ساختاری بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد وابسته است و تعمیم آن به سایر مراکز با احتیاط ممکن است.

۲. با وجود نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (سن، سابقه، تحصیلات)، همه مشارکت‌کنندگان از بیمارستان‌های دولتی بودند و ماماهای بخش خصوصی وارد نشدند، زیرا تمرکز پژوهش بر مراکز دولتی با حجم بالای زایمان و چالش‌های ساختاری بیش‌تر بود. انجام مطالعات تکمیلی در بخش خصوصی، تصویر جامع‌تری از کیفیت مراقبت مامایی در ایران ارائه خواهد داد.

۳. تمرکز بر دیدگاه ماماها متناسب با هدف مطالعه بود و نیازی به تبیین نظرات سایر اعضا در محدودیت‌ها نیست. با این حال، پژوهش‌های آینده با مشارکت پزشکان، مدیران و مادران، درک جامع‌تری از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت فراهم می‌کنند.

در تفسیر یافته‌های این مطالعه در مقایسه با سایر پژوهش‌های ذکر شده، لازم است به محدودیت‌های روش‌شناختی آن مطالعات نیز توجه شود که در زیر به آن اشاره شده است.

۱. مطالعه Filby و همکاران (۲۰۱۶) (۱) یک مطالعه نقشه‌برداری سیستماتیک است که عمدتاً به مرور مطالعات قبلی پرداخته و ممکن است برخی از جزئیات بومی هر کشور در آن مورد بررسی قرار نگرفته شده باشد.

۲. مطالعه Zaman و همکاران (۲۰۲۰) (۲) صرفا بر روی ماماهای تازه‌کار متمرکز بوده و تجربیات ماماهای با سابقه را پوشش نداده است که این امر در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت ایجاد می کند.

۳ .مطالعه Hansson و همکاران (۲۰۱۹) (۳)در سوئد انجام شده است، کشوری با نظام سلامت پیشرفته و استقلال حرفه‌ای بالای ماماها، بنابراین ممکن است یافته‌های آن به سادگی به کشورهایی با ساختار متمرکز مانند ایران قابل تعمیم نباشد.

۴. بیش‌تر مطالعات مقایسه شده دارای طراحی مقطعی بوده‌اند که توانایی نتیجه‌گیری درباره روابط علی را ندارند.

بر اساس محدودیت‌ها، دو پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده، اول، مطالعات کیفی تطبیقی بین کشورهای با بافت فرهنگی متفاوت (مثلاً ایران و سوئد) برای شناسایی دقیق‌تر تفاوت‌های ساختاری مؤثر بر کیفیت مراقبت مامایی و دوم، مطالعات طولی (کوهورت) به‌جای مقطعی برای بررسی روابط علّی بین عوامل سیستمی و کیفیت مراقبت، مطرح می شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی مازندران (اخذ کد اخلاق و حمایت علمی)، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان (همکاری در اجرا) و همه ماماها، مدیران و صاحب نظران بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد که در این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاری می گردد. قابل ذکر است که هیچ تعارض منافعی در این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

References

1- Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. PloS one. 2016; 11(5): e0153391

2- Zaman RU, Khaled A, Sabur MA, Islam S, Ahmed S, Varghese J, et al. Experiences of a new cadre of midwives in Bangladesh: findings from a mixed method study. Human Resources for Health. 2020;18(1):73.Peet ED, Okeke EN. Utilization and quality: How the quality of care influences demand for obstetric care in Nigeria. PloS One 2019;14(2):e0211500.

3- Hansson M, Lundgren I, Hensing G, Carlsson M. Veiled midwifery in the baby factory—a grounded theory study. Women and Birth. 2019;32(1):80-6.

4- Word Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division: World Health Organization; 2023.

5- Neal S, Mahendra S, Bose K, Camacho AV, Mathai M, Nove A, etal. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16(1):352 PMID: 27836005.

6- Khosravi S, Babaey F, Abedi P, Kalahroodi ZM, Hajimirzaie SS. Strategies to improve the quality of midwifery care and developing midwife-centered care in Iran: analyzing the attitudes of midwifery experts. BMC Pregnancy and Childbirth 2022;22(1):40 PMID: 35034625.

7- Mirghafourvand M, Khosravi S, Tabrizi JS, Mohammadi A, Abedi P. Two decades of Iranian midwives' activities as a health care provider under supervision in a multidisciplinary team in reducing maternal mortality. Reprod Health 2021;18(1):37 PMID: 33579287.

8- Rad MK, Ehsani Chimeh E, Mosadeghrad AM, Khosravi S, Mirmolei ST. The role of midwives in implementing reproductive health services in Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2023;29(3):186-194 PMID: 36987624.

9- Nove A, Moyo NT, Bokosi M, Garg S. The midwifery services framework: the process of implementation. Midwifery 2018;58:96-101 PMID: 29329025.

10- Sandwell R, Bonser D, Hebert E, Kilroy K, Leshabari S, Mwanga F, etal. Stronger together: midwifery twinning between Tanzania and Canada. Globalization and Health 2018;14(123).

11- Bradford H. The essential role of nurse practitioners and Midwives on Maternal Mortality Review Committees. Nurs Women's Health 2021;25(2):107-111 PMID: 33651984.

12- Lotfi Pur Rafsanjani M, Tork Zahrani S, Ahmadi M, Alavi Majd H. Assessing the Educational Inquiries of Midwifes in before, during and post partum care1389. Journal of Community Health 2017;5(1):25-31.(persian)

13- Khakbazan Z, Ebadi A, Geranmayeh M, Momenimovahed Z. Factors in the provision of high quality midwifery care: a qualitative content analysis. J Caring Sci 2022;12(1):50-56 PMID: 37124406.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

14- Fontein-Kuipers Y, De Groot R, Van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. Eur J Midwifery 2018;2:5 PMID: 33537566.
15- Azmoude E, Aradmehr M, Dehghani F. Midwives' attitude and barriers of evidence based practice in maternity care. Malays J Med Sci 2017;25(3):120-128 PMID: 30899193.
16- Bagheri A, Simbar M,Samimi M, Nahidi F, Alavi H. Exploring the concept of continuous midwifery-led care and its dimensions in prenatal, perinatal, and postnatal periods. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2017;25(1):24-34.(persian)
17- De Leo A, Bayes S, Butt J, Bloxsome D, Geraghty S. Midwifery leaders' views on the factors considered crucial to implementing evidence-based practice in clinical areas. Women and Birth 2021;34(1):22-29 PMID: 33129744.
18- Ige WB, Cele WB. Barriers to the provision of respectful maternity care during childbirth by midwives in South-West, Nigeria: Findings from semi-structured interviews with midwives. International Journal of Africa Nursing Sciences 2022;17:100449.
19- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-112 PMID: 14769454
20- Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry: Sage Publications; 1985: 416.
21- Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. PloS One 2016;11(7):e0159015 PMID: 27391946
22- Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. PloS One 2016;11(5):e0153391.
23- khakbazan Z,Rahimi Kian F, Abasszadeh F, Kazemi F, Fazli S. Determining the Relationship between Stress Management and the Level of Perceived Job Stress and the Quality of Services Provided by Midwives Working in the Maternity Department of Hospitals in Hamedan Province in 2022. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2023;31(2):134-143.(persian)
24- Setola N, Naldi E, Cocina GG, Eide LB, Iannuzzi L, Daly D. The impact of the physical environment on intrapartum maternity care: identification of eight crucial building spaces. Health Environments Research & Design Journal 2019;12(4):67-98 PMID: 30767614.
25- Bayrami R, Ebrahimipour H, Najar AV. Voices of midwives working in family physician program regarding their challenges and blessings: A qualitative study. J Midwifery Reprod Health 2018;6(1): 1170-1178.
26- McLuckie C, Kuipers Y. Discursive constructions of student midwives' professional identities: A discourse analysis. Nurse Educ Pract 2024;74:103847 PMID: 38007848.
27- Zaman RU, Khaled A, Sabur MA, Islam S, Ahmed S, Varghese J, et al. Experiences of a new cadre of midwives in Bangladesh:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]

findings from a mixed method study. Human Resources for Health 2020;18(73).

28- Bogren M, Alesö A, Teklemariam M, Sjöblom H, Hammarbäck L, Erlandsson K. Facilitators of and barriers to providing high-quality midwifery education in South-East Asia—An integrative review. Women Birth 2022;35(3):e199-e210 PMID: 34217676.

29- Lazzerini M, Mariani I, Semenzato C, Valente EP. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. BMJ Open 2020;10(9):e037063 PMID: 32928854.

30- Watkins V, Nagle C, Kent B, Street M, Hutchinson AM. Labouring Together: Clinicians' experiences of working together to get the best outcomes in maternity care. J Interprof Care 2025;39(4): 663-677 PMID: 40059592.

31- Hansson M, Lundgren I, Hensing G, Carlsson M. Veiled midwifery in the baby factory—a grounded theory study. Women Birth 2019;32(1):80-86 PMID: 29709432.

32- Muluneh MD, Moges G, Abebe S, Hailu Y, Makonnen M, Stulz V. Midwives' job satisfaction and intention to leave their current position in developing regions of Ethiopia. Women Birth 2022;35(1):38-47 PMID: 33640298.

33- Moridi M, Pazandeh F, Hajian S, Potrata B. Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. PloS One 2020;15(3):e0229941.

34- Bogren M, Erlandsson K, Byrskog U. What prevents midwifery quality care in Bangladesh? A focus group enquiry with midwifery students. BMC Health Serv Res 2018;18(1):639 PMID: 30111324.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-25]