

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

Zeinab Hamzehgardeshi¹
Mansoureh Hasanzadeh²
Shayesteh Jahanfar³
Fatemeh Yari⁴
Roya Nikbakht⁵

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)

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 مراقبت های مامایی با کیفیت در کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، این مطالعه کیفی با هدف تبیین دیدگاه ها، ترجیحات و نیازهای ماماها درباره بهبود کیفیت مراقبت های حین زایمان، انجام پذیرفت. با وجود سطح بالای آموزش مامایی در ایران، مطالعات انجام شده نشان دهنده کمبودهایی در کیفیت مراقبت بوده و پژوهش های کمی موجود نیز از واکاوی عمیق تجارب ماماها ناتوان بوده اند.

مواد و روش ها: این مطالعه کیفی، با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم از طریق ۱۳ مصاحبه نیمه ساختار یافته با ماماها ی شاغل در بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد که ۴ تا ۲۰ سال سابقه کاری داشتند، انجام گردید. شرکت کنندگان از نظر سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات متنوع بودند. نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. داده ها در بازه زمانی آذر ۱۴۰۴ تا اردیبهشت ۱۴۰۵ با استفاده از مصاحبه های عمیق جمع آوری شدند. مصاحبه ها ضبط، رونویسی و با نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۲ مدیریت شدند.

یافته ها: تحلیل داده ها سه مضمون اصلی به عنوان چالش های کلیدی، اول، چالش های سیستمی و مدیریتی شامل کمبود منابع، شیفت های نامناسب و عدم انگیزه کافی، دوم، آموزش، ارتباط و همکاری شامل شکاف های موجود در آموزش مبتنی بر شواهد، تعامل با همکاران و ارتباط با بیماران، و سوم، حقوق و کرامت ذی نفعان شامل مراقبت غیرمحترمانه و ندیده گرفته شدن دیدگاه های حرفه ای، 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 مراقبت های مامایی نیازمند رفع چالش های سیستمی، ارتقای آموزش و صیانت از حقوق ذینفعان است. مشارکت ماماها در تدوین برنامه های آموزشی و باز تعریف شرح وظایف توسط سیاست گذاران سلامت ضروری است. ماماها به عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت، توانمندسازی آنها و رفع موانع ساختاری می تواند به بهبود چشمگیر پیامدهای سلامت مادر و نوزاد منجر شود.

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

مؤلف مسئول: منصوره حسن زاده - ساری: خیابان وصل، دانشکده پرستاری و مامایی نسبی، 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 تافنس، بوسون، 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

مقدمه

کیفیت مراقبت های مامایی نقشی کلیدی در ارتقای سلامت زنان، نوزادان و خانواده ها دارد و از اولویت های اصلی سازمان جهانی بهداشت برای کاهش مرگ و میر مادری و نوزادی به شمار می رود (۱). شواهد نشان داده اند که ارائه صحیح و به موقع مراقبت های مامایی به خصوص 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 آژانس های سازمان ملل منتشر شد، به طور متوسط هر ۲ دقیقه یک زن در بارداری یا زایمان جان خود را از دست می دهد (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 مرگ های 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 عفونت های نوزادی، بیش از ۸۵ درصد از مرگ های نوزادان را شامل می شوند (۴). اهمیت سلامت مادر و کودک به قدری بالاست که سازمان بهداشت جهانی به طور خاص بر توسعه سلامت مادر و نوزاد در گزارش ۲۰۲۰ خود تأکید کرده است (۷). در کشور ایران با وجود دسترسی زنان به مراقبت های 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 می دهد، بهبود این مؤلفه ها نیز برای ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش مرگ و میر مادران اهمیت

دارد (۷، ۸). از طرفی نتایج مطالعه ایی در ایران نشان داد مراقبت مامایی به اندازه سایر کشورها ارزش گذاری نمی شود و با وجود آموزش بالا، کاستی های دارد (۹). ماماها به عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت های دوران بارداری و زایمان، ظرفیت بالایی برای تضمین ایمنی و کیفیت این خدمات دارند (۱۰، ۱۱).

تجربه کشورهای توسعه یافته همچون آمریکا نشان می دهد دسترسی همگانی به مراقبت های مامایی با کیفیت، همراه با نقش محوری ماماها، منجر به کاهش چشمگیر مرگ و میر مادری شده است (۱۲). در حالی که کشورهای توسعه یافته با رعایت استانداردها، انگیزه و منابع کافی، مرگ و میر مادران را کاهش داده اند، اما در ایران با وجود دسترسی به مراقبت، در بسیاری زایشگاه ها استانداردها رعایت نشده و کمبود انگیزه و منابع، کیفیت را پایین تر از حد انتظار برده است و این مسئله منجر به عواقب منفی همچون افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان می شود (۱۳). علاوه بر این، با وجود سطح بالای آموزش در حوزه مامایی در ایران، هنوز زنان به خدمات مامایی مناسب دسترسی ندارند (۹). مطالعه ای در ایران عوامل مؤثر بر کیفیت مامایی را شامل مهارت و روان پزشکی پرسنل، ارزش های حرفه ای و ویژگی های فردی ماما و بیمار، چالش های فرهنگی آموزشی، دلبستگی حرفه ای و نظارت سیستم دانسته است. تغییر نگرش ماماها، بهبود مهارت ها، ارتقای آموزش بیماران و ارائه خدمات ایمن، می توانند کیفیت مراقبت را افزایش دهند (۱۴). نتایج مطالعه ایی نشان داد مراقبت های زن محور توسط ماماها در بارداری و زایمان، نسبت به مراقبت های پزشکی متعارف، زایمان را خوشایندتر کرده و عوارض آن را کاهش می دهد (۱۵).

مطالعات پیشین غالباً کمی و مقطعی بوده و تنها به شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت مراقبت پرداخته اند، بدون آن که بتوانند دیدگاه ها و تجربیات ذی نفعان را به درستی واکاوی کنند. در نتیجه، درک روشنی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت های مامایی از نگاه خود

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 ایچ 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 آن‌ها 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 نمونه‌نهایی 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 غیر کلامی 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.

جدول شماره ۱: ویژگی های اجتماعی-جمعیتی شرکت کنندگان

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

رشته تحصیلی تمامی مشارکت کنندگان مامایی بود.

نشد. ۱۳ مامای شاغل در زایشگاه شهید رحیمی خرم آباد شرکت کردند. محدوده ی سنی ۴۸ - ۲۸ سال (میانگین ۳۵)، سابقه ی کار ۲۰-۴ سال (میانگین ۱۰)، ۱۰ نفر لیسانس و ۳ نفر ارشد، همگی زن و دارای رشته ی مامایی بودند (جدول شماره ۱).

تحلیل مصاحبه ها 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، چالش های سیستمی و مدیریتی، آموزش، ارتباط و همکاری و حقوق و کرامت ذی نفعان، می باشد.

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

تم	طبقه	زیر طبقه (مثال هایی از کدهای اولیه)
مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو	کمبود نیرو، شلوغی بیمارستان	
مشکلات مربوط به مدیریت	نظارت ضعیف، وظایف نامشخص پرسنل، بیمارستان	
فشار روانی محیط کار و استرس	فشار روانی ناشی از شلوغی، تبعیض جنسیتی	
سیاست گذاری و حمایت	واگذاری وظایف غیر مامایی به ماماها، نبود مدیریت	
چالش های سیستمی و مدیریتی	تعداد کم اتاق های ال دی آر، تهویه نامناسب زایشگاه و بخش پس از زایمان، تعداد کم سرویس های بهداشتی در هر اتاق	
کیفیت مراقبت ها و استانداردها	استفاده از تجهیزات کهنه و قدیمی، عدم رعایت استانداردهای جهانی و پروتکل های بروز در ارائه خدمات	
سیاست های نادرست دولتی و تأثیر آن ها	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	همکاری ضعیف با پزشکان، تعارضات در تیم های پزشکی	
آموزش و دانش ماماها	مشکلات در مهارت ها و آموزش، کمبود آگاهی و منابع آموزشی برای مادران در خصوص مراقبت های بارداری	
حقوق و کرامت ذی نفعان	انگیزش ضعیف 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 مهارت های تخصصی ماماها در فرآیند مراقبت، اجرای مانورهای غیر اصولی توسط پزشکان کم تجربه	

برای افزایش اعتبار، دو کدگذار مستقل (محقق اول و یک همکار آشنا با روش های کیفی) به طور 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 شرکت کنندگان تضمین گردید.

داده ها همزمان با جمع آوری، 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 دسته ها و مضامین سازماندهی شدند. تحلیل به صورت بازتابی و رفت و برگشتی بین داده ها و تفاسیر انجام شد. اعتبار یافته ها با رعایت چهار معیار لینکلن و گوبا (Lincoln and Guba) تضمین شد (۲۱). چهار معیار لینکلن و گوبا شامل، اعتبار (Credibility): با مشارکت طولانی مدت و بررسی اعضا، انتقال پذیری (Transferability): با تنوع نمونه، قابلیت اطمینان (Dependability): با مستندسازی کامل و قابلیت تأیید (Confirmability): با کدگذاری مستقل دو محقق، می باشد.

یافته ها

فرایند نمونه گیری تا اشباع نظری ادامه یافت و پس از مصاحبه ی سیزدهم، داده ی جدیدی به مضامین افزوده

تم اول، چالش های سیستمی و مدیریتی

این تم شامل ۷ طبقه و ۲۰۹ کد اولیه بود و نشان داد که کیفیت مراقبت های 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، سیاست گذاری و حمایت مدیریتی، فضای فیزیکی و ایمنی محیط، کیفیت مراقبت ها و استانداردها و سیاست های نادرست دولتی و تأثیر آن ها، می باشد.

این عوامل به طور مستقیم و غیرمستقیم کیفیت مراقبت ها را تحت تأثیر قرار می دهند و به وضوح در تجربیات شرکت کنندگان منعکس شده است.

مشکلات منابع انسانی و کمبود نیرو

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

همچنین شرکت کننده دیگری بر اثرات این کمبود در کیفیت مراقبت تأکید داشت: «کیفیت مراقبت با توجه به اون چیزایی که ما تو کتاب هم خونديم که باید باشه یه مقداری بعضی وقتا به خاطر تعداد نیروها کم تر از اون استانداردایی هست که در واقع باید باشه...» (شرکت کننده ۱).

مشکلات مرتبط با مدیریت بیمارستان

در تجارب شرکت کنندگان، مشکلات مدیریتی نیز به عنوان یک چالش سیستمی مطرح شد. یکی از شرکت کنندگان در این زمینه بدون اشاره به جزئیات بیش تر 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 به عنوان یکی از مهم ترین چالش های سیستمی در اظهارات ماماها تبیین شد. شرکت کنندگان تجربه خود را در قالب محدودیت های محیطی و مدیریتی بازگو کردند. به طوری که شرکت کننده ۳ اظهار داشت: «بین ما یه مشکل دیگه ایی داریم، تک بعدی بودن جنسیت محل کار مونه، طبق تحقیقاتی که انجام شده کلا تک بعدی بودن کیفیت کار محیط رو پایین می آره...»

سیاست گذاری و حمایت مدیریتی

در این زمینه ماماها به جابجایی های غیرمنطقی نیروی انسانی و نبود حمایت مدیریتی اشاره داشتند. به گفته شرکت کننده ۸: «مثلاً این که واقعاً تو داری کارتو تو اون جایگاهی که هستی درست انجام می دی بعد میان جابجات میکنن. وقتی یک نفر داره تو جایگاهی که هست کارشو درست انجام می ده بهش می گن بیا بروی بخش دیگه، اصلاً حمایت نمیکن...».

سایر عوامل

سه عامل کلیدی دیگر شامل فضای فیزیکی و ایمنی محیط، کیفیت مراقبت ها و استانداردها و سیاست های نادرست دولتی و تأثیر آن ها نیز در اظهارات شرکت کنندگان منعکس شده است. شرکت کننده ۱۱ بیان داشت: «محیطمون نسبت به این که بیمارستان سطح سه هست خیلی کوچیکه همراهم بیاد داخل باهاشون، دیگه اصلاً جا نیست. مثلاً خوبه یه فضایی داشته باشیم اتاقا کامل مستقل باشن، جدا از هم باشن...». شرکت کننده ۱۲ گفت: «خوبه ولی جا داره آموزشای بیش تری 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 خصوصاً ان تی رو می خوان حذف کنن. واقعاً این

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

یافته های این تم نشان می دهد که چالش های سیستمی و مدیریتی نه تنها کیفیت مراقبت های مامایی را تضعیف می کند، بلکه پیامدهایی مانند افزایش فرسودگی و نارضایتی شغلی در میان ماماها، کاهش اعتماد مادران به خدمات بیمارستان های دولتی و تحمیل هزینه های مضاعف بر نظام سلامت را به همراه دارد. بنابراین ضروری است سیاست گذاران سلامت، به بهبود ساختار نظام سلامت و رفع این چالش ها در برنامه های خود توجه بیش تری 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 مراقبت های 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 شرکت کنندگان بازتاب یافته است.

مشکلات مربوط به آگاهی و آموزش

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت: «این آموزش هایی که می دارن مهمه. اما واقعا بی کیفیته یعنی با فواصل کم فقط سمبل کاری می شه. مثلاً این امتحاناتی که می گیرن اصلاً از خود محتوایی نیست که آموزش دادن یعنی واقعا آدم رغبت نمی کنه بره سمت اینا...» (شرکت کننده ۱) و یا مشارکت کننده ۲ اظهار داشت: «به نظرم 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 شرکت کننده 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 می دن...». شرکت کننده ۸ نیز تأکید 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 شرکت کنندگان تأکید کرد: «بعضیا پستی گرفتن، تو ستاد پست دارن، الان یه پست تو زایشگاه هم دارن. مثلاً یکی یه پست شیردهی رو گرفته، داره اصلاً کار دیگه ایی می کنه. مثلاً کسی پست واکسیناسیون رو گرفته ولی اون که داره واقعاً واکسیناسیون انجام می ده نه از پول اون پست چیزی می بره نه از حقوق و مزایای اون پست، هیچ گیرش نیاد، فقط زحمت رو می کشه، پاداش هم مال کسایی دیگه ست...» (شرکت کننده ۶).

آموزش و دانش ماماها

شرکت کننده ۷ گفت: «حقیقتاً خیلی دسترسی به آموزشای روز دنیا نداریم فقط امید ما به همین کلاس و آموزشای ضمن خدمت که متأسفانه اونام خیلی کیفیت ندارن...». همچنین شرکت کننده ۱۰ اظهار داشت: «الان حتی سیستم آموزش دانشجویها مون هم درست نیست. درست و حسابی دوره ها یا کارگاه های مامایی رو نمیرن... ما می تونیم کارگاه های خوبی برای آموزش زایمان بریج داشته باشیم...».

یافته ها نشان می دهد 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 می دهند. لذا بازنگری آموزش مامایی، تقویت مهارت های ارتباطی و تعریف نقش روشن برای ماماها در تیم درمان بهتر است توسط مسئولین آموزشی و مدیریت بیمارستان ها مورد توجه قرار گیرد.

تم سوم: حقوق و کرامت ذی نفعان

این تم شامل ۳ طبقه و ۲۰۴ کد اولیه بود. یافته‌ها نشان داد که «حقوق و کرامت ذی نفعان» تحت تأثیر سه چالش، انگیزش شغلی و عدالت در محیط کار، حقوق مادر و نوزاد و تجربیات شخصی ماماها، قرار دارد. روایت‌های مشارکت کنندگان به روشنی 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 ندارد. اختلاف حقوق بین زن و مرد بالا رفته. هم سابقه من که مرده حقوق بیش‌تری داره می‌گیره و این انگیزه کار رو پایین میاره ...». شرکت کننده ۱۳ نیز تاکید داشت: «مامایی شغل بسیار سختیه... شما وقتی به عنوان ی ماما احساس می‌کنی یک دهم از اون تلاشی که داری میکنی و اون کاری که میکنی، حقوق میگیری، همین باعث می‌شه که انگیزه کار کردن واقعا نداشته باشی ...». و شرکت کننده ۳ گفت: «میزان دستمزدی که ی ماما می‌گیره با میزان دستمزدی که ی پرستار می‌گیره 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 ...». شرکت کننده ۸ نیز بیان کرد: «... بعضیا واقعا خوبن با مادرا، بعضیا واقعا بدن. بعضیا واقعا ذات‌شونه، آدمای آرومی ان. بعضیام سخت گیرن. بعضی از کارمندا مهربونن ...».

تجربیات شخصی ماماها

شرکت کننده ۳ تاکید کرد: «... به نظر 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. مثلاً بعضی پزشکا کم تجربه ان و از مانورایی واسه زایمان استفاده می‌کنن که غیر اصولیه و ما مجبوریم رو مریضا اجرا کنیم و بهشونم می‌گیم بهشون برمیخوره...».

یافته‌های این تم حاکی از آن است که توجه به حقوق و کرامت ذی نفعان، کیفیت مراقبت مامایی را ارتقا می‌دهد، اعتماد به ماماها را افزایش، رویکرد مامامحور را تقویت، زایمان طبیعی را بالا برده و سزارین غیر ضروری 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 ذی نفعان، 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.

بنابراین، توانایی کنترل تنش های شغلی کیفیت خدمات مامایی را بهبود می بخشد (۲۴).

فضای فیزیکی و ایمنی محیط

از نظر ماماهاى شرکت کننده، ویژگی های فیزیکی و ایمنی محیط بر ارائه خدمات مؤثر است. این یافته با مطالعه Setola و همکاران (۲۰۱۹) هم راستاست که نشان داد شکل و سبزه 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

شرکت کنندگان تأثیر سیاست های نادرست دولتی بر کیفیت مامایی را تأیید کردند. هم سو با مطالعه بایرامی (۲۰۱۸)، دو چالش اصلی، حرفه ای (محدودیت استقلال، ابهام نقش، تعهد حرفه ای) و درونی (کم انگیزی، 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 به عنوان یکی از ابعاد بنیادین کیفیت مراقبت آشکار شد. ماماها بارها به کیفیت پایین آموزش های ضمن خدمت، ضعف در انتقال دانش به روز و ناکارآمدی آموزش عملی اشاره داشتند.

آموزش و دانش ماماها

ماماها در این مطالعه، سطح آموزش و دانش را عاملی کلیدی در کیفیت مراقبت های مامایی دانستند. در همین راستا یک پژوهش در بریتانیا نیز نشان داد نقص های موجود در آموزش مامایی می تواند شایستگی، هویت حرفه ای و اعتماد به نفس ماماها را تحت تأثیر قرار دهد و تضعیف این مؤلفه ها سبب به خطر افتادن کیفیت مراقبت های مامایی شود (۲۷). در مقابل نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه

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 تأکید 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 می اندازد (۲۲).

مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان و سیاست گذاری و حمایت مدیریتی

مشکلات مربوط به مدیریت بیمارستان، سیاست گذاری و حمایت مدیریتی از دیگر چالش های مطرح شده در کیفیت مراقبت های مامایی از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه حاضر بود. در راستای این یافته، در مطالعه ای 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 مراقبت های با کیفیت مامایی، مسائل حرفه ای 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

ماماهاى 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 رابطه ای مستقیم بین مدیریت استرس و کیفیت خدمات (بتا: ۰٫۵۶) و رابطه ای معکوس بین استرس ادراک شده و کیفیت خدمات (بتا: -۰٫۲۵) وجود دارد.

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 می رسد دلیل اصلی غیرهمسویی با مطالعه Zaman و همکاران، تفاوت در طراحی مطالعه، بافت پژوهش و ویژگی های مشارکت کنندگان باشد. مطالعه Zaman به روش کیفی- کمی (ترکیبی) و بر روی ماما‌های تازه کار 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 پایین تر و ساختار متفاوت ارائه خدمات مامایی) و همچنین تفاوت در تجربه بالینی مشارکت کنندگان (تازه کار در مقابل با سابقه) می تواند توجیه گر تفاوت در یافته ها باشد. ماما‌های تازه کار ممکن است به دلیل عدم مواجهه طولانی با چالش های سیستمی، هنوز نارضایتی عمیقی از وضعیت موجود پیدا نکرده باشند، در حالی که ماما‌های باتجربه تر در مطالعه حاضر، چالش های ساختاری و مدیریتی را به وضوح درک کرده و بیان نموده اند.

مشکلات مربوط به آموزش و آگاهی

از دیدگاه شرکت کنندگان، چالش ها و مشکلات مربوط به آموزش و آگاهی بر کیفیت خدمات مامایی مؤثر است. Bogren و همکاران (۲۰۲۲) در آسیای جنوب شرقی نیز موانعی چون عدم انطباق با استانداردهای جهانی، ضعف همکاری بین سازمانی، 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 مراقبت ها را بهبود می بخشد.

این یافته با نتایج تحقیق Lazzerini و همکاران (۲۰۲۰) هم سو است، که نشان داد کیفیت تعامل مادر با ارائه دهنده خدمات (گوش دادن به نیازها، ارتباط مؤثر و مراقبت محترمانه) پیش بینی کننده اصلی رضایت مادر و دریافت مراقبت با کیفیت است. ویژگی های 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 مراقبت های 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 هم سو است، که همکاری مؤثر را کلید دستیابی به نتایج بهتر می داند. در آن مطالعه، دو عامل اصلی سازماندهی مراقبت (همکاری سیستمی) و مشارکت در مراقبت (ارتباط با بیمار) مطرح شد. مهم ترین 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 به عنوان حرفه هایی که بر طبل خود می کوبند، در نظر می گیرند (۳۲). به نظر می رسد دلیل اصلی غیرهمسویی با مطالعه Hansson و همکاران، تفاوت در بافت

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 ماماها، شرکت کننده (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 گفته‌های مشارکت کنندگان 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 آن‌ها به ترک شغلی با میزان رضایت شغلی آن‌ها 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 آن‌ها 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

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) صرفاً بر روی ماما‌های تازه کار متمرکز بوده و تجربیات ماما‌های با سابقه را پوشش نداده است که این امر در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت ایجاد می‌کند.

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) به جای مقطعی برای بررسی روابط علی بین عوامل سیستمی و کیفیت مراقبت، مطرح می‌شود.

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 می‌گردد. قابل ذکر است که هیچ تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

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 به دست آورده است. اعتبار یافته‌ها با دو کدگذار مستقل و حل اختلاف توسط نفر سوم افزایش یافته و این مطالعه جزو اولین پژوهش‌هایی است که در بافت فرهنگی و ساختاری ایران به تبیین دیدگاه ماماها درباره بهبود کیفیت مراقبت زایمان پرداخته است.

محدودیت‌های 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 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.

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- World 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, et al. 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, et al. 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 Midwives in before, during and post partum care 1389. *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.

- 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:

- 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.