

تبیین تجارب ماماها از ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان

مهتاب عطارها^۱، زهره کشاورز^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۷/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۹/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رابطه بین ماما و مادر ترکیبی از تمامی جنبه‌های خدمات مامایی بوده، این ارتباط برای داشتن تجربه مثبت مادر در طول بارداری، زایمان و بعد از زایمان، ضروری است. لذا هدف این مطالعه تبیین تجارب ماماها از ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان می‌باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام گردید. مشارکت‌کنندگان ۲۰ مامای شاغل در اتاق زایمان یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک بودند، که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند بود. داده‌های حاصل از مطالعه توسط روش تحلیل محتوای کیفی آنالیز شدند.

یافته‌ها: فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت به پیدایش طبقه اصلی عوامل مؤثر بر تیمارداری و زیر طبقات عوامل زمینه‌ای (موانع و عوامل تسهیل‌کننده)، ویژگی‌های حرفه‌ای ماما (مهارت برقراری ارتباط، وظیفه‌شناسی، همدلی صبر و شکیبایی، مجرب بودن، داشتن انگیزه، اصول اخلاقی (احترام به حریم شخصی، رازداری) و احترام به شأن و منزلت (ارزش انسانی قائل شدن، تواضع و فروتنی، احترام به قومیت‌های مختلف) منجر شد. هرکدام از طبقات، زیر طبقات و کدهای اولیه در متن مقاله به تفصیل شرح داده شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: سیاست‌گذاران نیاز به درک فاکتورهای پیچیده‌ای دارند که ارتباط ماما-مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد تا بتوانند موانع ارتباط ماما با مادر را مرتفع سازند. به بیان دیگر لازم است شرایط و زمینه لازم جهت برقراری ارتباط، پرورش و تقویت مهارت‌های ارتباطی و مراقبتی ماماها، در اتاق زایمان را فراهم کنند.

کلیدواژه‌ها: اتاق زایمان، ارتباط ماما-مادر، ماما، زانو

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دهم، پی‌درپی ۸۷، دی ۱۳۹۵، ص ۸۵۸-۸۴۷

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولی‌عصر، تقاطع بزرگراه نیایش، روبروی بیمارستان شهید رجایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۲۰

Email: z.keshavarz@sbmu.ac.ir or keshavarzzohre@yahoo.com

مقدمه

زنان از زایمان تأثیر می‌گذارند. در مجموع محوری‌ترین عامل در تجربه مثبت زایمانی، حمایت و مرکزیت این حمایت ارتباط ماما با مادر می‌باشد (۳).

داشتن مهارت‌های ارتباطی بین فردی و برقراری ارتباط، مهم‌ترین جنبه کیفی مراقبت‌های مامایی است (۴). کیفیت برقراری ارتباط پایه و اساس کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، وضع حمل و بعد از زایمان می‌باشد (۵، ۶) مطالعات اختصاصی در حوزه مامایی نشان داده، کیفیت ارتباط، نگرش کارکنان و محیط مراقبت، تأثیرگذارترین فاکتورهای مؤثر بر درک کیفیت مراقبت می‌باشد (۱). ماماها، مراقبین حرفه‌ای کلیدی مادران در طول پروسه لیبر

از قرن بیستم به بعد که پروسه لیبر دستخوش پزشکی‌شدن (medicalization) شد، زنان تجربه بارداری و زایمان خود را با افراد حرفه‌ای در مراقبت به اشتراک گذاشتند. با این حال هنوز هم حاملگی یک تجربه شخصی، عاطفی و نشان‌دهنده یک رویداد بزرگ در طول زندگی است و زنان می‌بایست فرصت کسب یک تجربه مثبت در چنین محیطی را داشته باشند (۱) تجربه تولد، در سرتاسر دوران زندگی با زن همراه بوده و این تجربه از پیامدهای مهم لیبر می‌باشد (۲). ویژگی‌هایی از قبیل فاکتورهای مربوط به بارداری و عوارض آن، انتظارات، درد، فرم مراقبت سازمانی و حمایت، همه بر روی تجربه

^۱ استادیار مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک، اراک، ایران

^۲ استادیار مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

می‌باشند. از طریق تعامل، از نیازهای مراجعین خودآگاه شده و قادر به کمک به آن‌ها در رفع این نیازها می‌باشند. رابطه‌ای که بین ماما و مراجع شکل می‌گیرد، امتیاز مدل مامایی و هسته اصلی مراقبت است (۷). ارتباط بین ماما و زن، تمام جنبه‌های خدمات مامایی را به هم پیوند می‌زند. اگر همکاری/ارتباط بین ماما و مادر خوب نباشد، تنظیم اهداف، استفاده از روش‌ها، تجهیزات و سیاست‌گذاری‌ها محدود خواهد شد (۶). این ارتباط در تجربه زن از درد زایمان تأثیرگذار است، یک ارتباط خوب بین این دو نفر، باعث تخفیف درد زایمان می‌شود. ماما نقش مهمی در رفاه و نگرش زن نسبت به نوزادش جدید دارد (۸).

مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات ارتباطی، عامل اصلی شکایات در بین زنان باردار می‌باشد و اکثر آن‌ها از کمیت و کیفیت اطلاعات دریافتی ابراز نارضایتی می‌کنند (۹). علاوه بر این، حتی زمانی که شکایت‌های رسمی، ناشی از نارضایتی مربوط به جنبه‌های فنی مراقبت‌های پزشکی ارائه شده است، تجزیه و تحلیل عمیق‌تر نشان می‌دهد که انگیزه واقعی ناشی از حوزه رابطه است. برخی از نویسندگان نیز ذکر کرده‌اند کیفیت ارتباط / مشارکت یک عامل حیاتی در کیفیت خدمات مامایی است، با این حال اغلب نه آن‌طور که باید ارزش‌گذاری شده و نه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های فرآیند تولد، ذکری از آن به میان آمده است (۱۰).

بستر ارتباطات توسط ویژگی‌های فردی- اجتماعی بیمار و ارائه‌دهنده خدمت، هم‌چنین محیطی که در آن ارتباط رخ می‌دهد، شکل می‌گیرد. سن، جنس، قومیت و پس‌زمینه‌های آموزشی دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت، بر روی چگونگی برقراری ارتباط آن‌ها تأثیر می‌گذارد. عوامل دیگری مانند حفظ حریم خصوصی، مدت سپری‌شده از زمان ورود مراجع به محیط بهداشتی درمانی تا وقت ملاقات، زمان اختصاص داده‌شده به ویزیت بیمار، راحتی و پاکیزگی کلینیک، نیز می‌توانند تسهیل‌کننده یا مانع تعامل این دو باشند (۱۱). ارتباط بین فردی مؤثر به نفع نظام سلامت بوده و آن را کارآمدتر و مقرون به‌صرفه‌تر می‌کند. لذا با توجه به اهمیت ارتباط حرفه‌ای در رشته مامایی و نقش محوری آن، ضرورت پرداختن به این پدیده به‌صورت عمیق در زمینه مامایی کشورمان احساس می‌گردد (۹). مطالعات انجام یافته در کشور، حاکی از وجود مشکل در این زمینه بوده و با رویکرد توصیفی و کمی گرایانه به ارزیابی مهارت‌های ارتباطی ماما بدون لحاظ کردن عوامل مؤثر پیرامون آن، پرداخته (۱۲-۱۵) یا انحصاراً به موانع نگریسته‌اند که در اکثر آن‌ها ارتباط در حد ضعیف تا متوسط گزارش شده است (۹). لذا با عنایت به اهمیت زایمان طبیعی به‌عنوان سیاست اصلی سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت و درمان کشور؛ یکی از فاکتورهای اصلی خوشایندسازی زایمان طبیعی و کسب تجربه مثبت برای مادران،

بهبود رابطه ماما-مادر در اتاق زایمان می‌باشد. در این راستا، از آنجاکه نمی‌توان پدیده‌های انسانی را در قالب فرمول‌های ریاضی خلاصه نمود، لازم است برای دستیابی به واقعیات عمیق و درونی انسان‌ها، از راهبردهای تحقیقی مناسب‌تر استفاده نمود، در این میان، پژوهش‌های کیفی می‌تواند نقش مؤثری را در روشن‌سازی حیطه‌های ابهام‌آمیز و ناشناخته داشته باشند (۱۶). لذا، با توجه به جایگاه ارتباط ماما-مادر در کیفیت مراقبت‌های مامایی، سؤال اصلی که در ذهن پژوهشگر نقش می‌بندد این است که تجارب ماماها با توجه به زمینه مامایی کشور در اتاق‌های زایمان چیست؟ و از آنجاکه هر جامعه‌ای بر اساس زمینه فرهنگی- اجتماعی خود می‌تواند سبک‌های ارتباطی متفاوتی داشته باشد، این مطالعه باهدف تبیین تجارب ماماها از ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر، تبیین ارتباط ماما در اتاق زایمان بود که به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است. تحلیل محتوا عبارت از یک رویکرد تحلیلی و روشی علمی بوده که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی در فرایندها می‌باشد (۱۶). واقعیات به طرق مختلف می‌توانند درک و تفسیر شوند که وابسته به برداشت‌های ذهنی افراد است. تحقیقات کیفی به دنبال کشف رفتارهای اجتماعی از طریق کاوش اذهان مردم از زندگی اجتماعی‌اند. (۱۷). مطالعه در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. مشارکت‌کنندگان که ۲۰ مامای شاغل در اتاق زایمان، یکی از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک بودند، به روش مبتنی بر هدف انتخاب و اطلاعات از طریق مصاحبه‌هایی باز و نیم ساختارمند، جمع‌آوری گردید. به‌جز یک ماما با مدرک کارشناس ارشد، مابقی کارشناس بودند. به‌منظور حفظ حداکثر تنوع موارد زیر رعایت گردید: از نظر وضعیت استخدامی همه اشکال استخدام در نظر گرفته شد، به‌طوری‌که ده نفر استخدام رسمی، چهار نفر قراردادی و ۶ نفر در قالب طرح نیروی انسانی مشغول به خدمت بوده و تجربه کاری ایشان نیز از ۲ ماه تا ۲۱ سال متغیر بود. هم‌چنین ۶ نفر مسئول شیفت بوده و ۳ نفر سابقه کار در بیمارستان خصوصی را نیز داشتند. ۸ نفر هم مجرد بودند. سن ماماها بین ۴۳-۲۲ سال بود.

جمع‌آوری داده‌ها با توجه به تجارب شرکت‌کنندگان و زمان محدود آنان برای شرکت در پژوهش، با روش "مصاحبه‌های انفرادی عمیق نیمه ساختاریافته انجام شد. یکی از بهترین و بنیادی‌ترین روش‌های جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه می‌باشد و موجب می‌شود تا

افراد با آزادی نظرات خود را در مورد موضوع مورد پژوهش بیان نمایند (۱۸).

مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول هدایت می‌شد. در ابتدا مصاحبه‌ها (مصاحبه‌های اول و دوم) به صورت بدون ساختار بود که در طی آن فقط از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد که درباره تجارب کاری خود در حین مراقبت از مادران صحبت نمایند. در این راستا محقق اجازه می‌داد که مشارکت‌کننده به راحتی و آزاد در مورد تجارب بالینی خود صحبت کند و هیچ‌گونه سؤال هدایت‌کننده‌ای از آن‌ها نمی‌پرسید؛ اما بعد از تحلیل مصاحبه‌های اول و دوم، با توجه به مفاهیم استخراج‌شده از فرایند تحلیل، مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختارمند، با سؤالات هدایت‌کننده تری پیرامون تجربه ارتباط با مادران، شرایط دخیل، عوامل تسهیل‌کننده و موانع برقراری ارتباط، انجام گرفت. مصاحبه‌ها در اتاق مسئول شیفت انجام می‌شد و هنگام مصاحبه وی در آنجا حضور نداشت. تمام مصاحبه‌ها ضبط می‌گردید و سپس به متن‌های کتبی تبدیل می‌شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰-۴۵ دقیقه بود. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه داشت، به طوری که در دو مصاحبه آخر، مشارکت‌کنندگان همان ایده‌های مشابه با اطلاعات استخراج‌شده از مصاحبه‌های قبلی را تکرار کرده و دیگر مفهوم و طبقه‌ای جدید ایجاد نگردید. پژوهشگر سعی می‌کرد تا آنجا که ممکن است ذهن خود را از پیش‌دوری در زمینه تحلیل داده‌ها دور ساخته و در صورت امکان یک شنونده فعال باشد.

فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Lundman و Graneheim به صورت زیر انجام گرفت:

۱- محقق مصاحبه‌ها و مشاهدات را تبدیل به متون کتبی نموده و چندین بار آن‌ها را از ابتدا تا انتها می‌خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع، شناخت کسب کند.

۲- کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل (Unit of analysis) لحاظ گردید. منظور از واحد تحلیل یادداشت‌هایی است که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرد.

۳- کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی (Meaning units) در نظر گرفته شدند. واحدهای معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات بود که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار می‌گرفتند.

۴- سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کد نام‌گذاری می‌شدند.

۵- کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه می‌شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برجسب مشخص دسته‌بندی می‌گردیدند.

۶- در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی گردید (۱۷).

برای اطمینان از درستی و موثق بودن (Trustworthiness) یافته‌ها، چهار سازه اعتبار (Credibility)، اطمینان یا وابستگی (Dependability)، قابلیت انتقال (Transferability) و تاییدپذیری (Confirmability) استفاده شد. این چهار سازه در کنار یکدیگر اعمال پذیری (Applicability)، ثبات (Consistency) و بی‌طرفی (Neutrality) مطالعه را تضمین نمودند. برای دستیابی به اعتبار، از درگیری بلندمدت محققین با داده‌ها (حدود ۲ سال) و قرار دادن دست‌نوشته‌ها و برداشت‌های محققین، در اختیار مصاحبه‌شوندگان استفاده شد. در کنترل توسط مشارکت‌کنندگان (member check)، بخشی از متن همراه با کدهای اولیه به رؤیت مشارکت‌کننده می‌رسید و میزان تجانس ایده‌های استخراج‌شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت‌کنندگان مقایسه می‌گردید و مواقعی که برداشت محقق متفاوت با مشارکت‌کننده بود، اصلاح می‌شد.

برای افزایش قابلیت اطمینان پژوهش، از روش کنترل توسط همکار (peer check) استفاده شد. به این صورت که تعدادی از مصاحبه‌ها به صورت دست‌نویس و با حفظ محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان، به دو نفر از محققان در زمینه پژوهش‌های کیفی ارائه شد تا کدگذاری و دسته‌بندی گردند؛ و در صورت وجود اختلاف نظر بین آن‌ها و محقق، مجدداً تحلیل و مفهوم‌پردازی داده‌ها توسط محقق صورت گرفته و مجدداً به آن‌ها عودت داده می‌شد تا این‌که مورد تأیید و اجماع نظر قرار می‌گرفت. برای افزایش قابلیت انتقال یافته‌های حاصل از پژوهش به موقعیت‌های دیگر، محققین به بررسی دیدگاه‌های ۱۵ نفر از ماما‌های شاغل در اتاق زایمان پرداختند. هم‌چنین دست‌نوشته‌ها توسط محققین به طور مستقل مورد بررسی قرار گرفته و با یکدیگر مقایسه گردیدند. در ضمن، شرح دقیق پژوهش، روش‌شناسی پژوهش و نتایج حاصل از آن نیز به طور مبسوط ارائه گردید.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا به تمام مشارکت‌کنندگان درباره هدف و نحوه انجام مطالعه توضیح داده می‌شد و بعد از توافق آن‌ها برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه به امضا آن‌ها می‌رسید. در این فرم مواردی هم چون اختیاری بودن مشارکت در مطالعه، داشتن حق انصراف، تأکید بر حفاظت از فایل‌های صوتی و گمنام ماندن هویت مشارکت‌کنندگان درج

حالا چرا این طوری شد؟ این ورق بازیه کم‌تر بشود، به نظر من خیلی بهتره" (۲۵ ساله، مجرد، ۲ سال سابقه کار، قراردادی)

سختی کارمایی، به دلیل انجام وظیفه در یک محیط پر استرس، مسئولیت حفظ جان دو انسان در آن واحد، شب کاری و بالا بودن حجم کار، تأثیر مستقیم بر کیفیت ارائه خدمات مامایی و چگونگی برقراری ارتباط با مراجعین دارد. مامایی بیان می‌کرد: " کار ماما طاقت‌فرساییه، یک تایم محدودی هم در اختیار داریم، طبیعتاً یک شرایط پر استرسی داریم، قلب مریض هم داشته باش که این باعث بد اخلاقی ماما، بی‌توجهی به نیازهای روحی بیمار و برقراری رابطه با وی می‌شود." (۳۵ ساله، متأهل، ۹ سال سابقه کار، رسمی) برنامه‌ریزی فشرده و اضافه کاری‌های اجباری، یکی دیگر از عوامل زمینه‌ای بود که از نظر مشارکت‌کنندگان، موجب ایجاد خستگی، کاهش کیفیت در ارائه مراقبت‌ها می‌شد. مامایی اشاره کرد: "یک اضافه کاری‌هایی هست که ما را مجبور می‌کنند بباییم که این خودش باعث خستگی‌مان می‌شود، خستگی که داری باعث می‌شود شیفت بعدی از کارایی مون کم بشود یا مثلاً بچه‌های تازه وارد کارشان فشرده است، خوب این باعث می‌شود به نوعی روی کارشون تأثیر بگذاره." (۲۴ ساله، مجرد، ۶ ماه سابقه کار، طرحی)

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند استقلال در تصمیم‌گیری به منزله ارزش نهادن و اهمیت دادن به حرفه مامایی می‌باشد در حالی که اهم فعالیت‌های ماما به اجرای وظایف وابسته به دستورات و به اسم پزشک تا استقلال خود ماما خلاصه شده، به طوری که حتی جهت انجام تزریقات ساده، تأییدیه پزشک و رزیدنت لازم بوده که به نوبه خود منجر به صرف وقت زیادی در این رابطه می‌شود. مامایی اظهار می‌کرد: " زایمان می‌گیریم، به اسم دکتر ثبت می‌شود، همه کاره دکتره، برای یک آمپول زدن، دکتر باید همه چیز را تأیید کند، اصلاً نظر و کار ماماها واقعاً هیچ ارزشی در بیمارستان ما ندارد، برای یک مهر باید دنبال دکتر بدویم" (۴۳ ساله، متأهل، ۲۱ سال سابقه، رسمی)

تسهیل‌کننده‌ها: به‌منظور حفظ و تقویت انگیزه ماماها در انجام وظیفه، نیمی از مشارکت‌کنندگان جهت دلگرمی و دیده شدن زحماتشان، به تشویق و توجه مسئولین به ارتباط در ارزشیابی دوره‌ای، تأکید داشتند. " تشویقی‌ها از طرف مسئولین خیلی تأثیر داره که این همه عشق می‌ده یه جایی به چشم بیاد، مثلاً اون مامایی راکه کارش از همه بهتره، بهتر از بقیه با مریض‌ها رفتار می‌کنه را تو جمع معرفی کنیم که همه غبطه بخورند" (۲۹ ساله، متأهل، ۶ سال سابقه کار، قراردادی).

عدالت در پرداخت دستمزد، از دیگر تسهیل‌کننده‌ها بوده که جهت تقویت روحیه و دلگرمی ماماها در محیط کار و تأثیر مثبت آن بر ارتباط مؤثر قلمداد گردید. گذشته از سختی کار و اعمال

گردیده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای متعارف انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۱ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از آنالیز داده‌ها طبقه اصلی عوامل مؤثر بر تیمارداری را آشکار کرد. این طبقه شامل ۴ زیرطبقه عوامل زمینه‌ای (موانع و تسهیل‌کننده‌ها)، ویژگی‌های حرفه‌ای ماما، اصول اخلاقی و احترام به شأن و منزلت بود (جدول ۱). با توجه به طبقه مذکور، ارتباط با مادران یک نتیجه مهم از مراقبت مامایی بوده که ماماها حداکثر تلاش خود را برای دست‌یابی به آن انجام می‌دهند. لیکن ارائه مراقبت‌های مامایی و به تبع آن برقراری ارتباط مؤثر تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد که در زیر به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

عوامل زمینه‌ای (بازدارنده و تسهیل‌کننده):

تبیین تجارب ماماها در رابطه با عوامل مؤثر بر ارتباط نشان داد، عوامل زمینه‌ای نقش بسیار مهمی در این میان دارند، این فاکتورها تحت کنترل آنان نبوده لیکن تأثیر بسیار مهمی در برقراری ارتباط با مراجعین داشته که از دو زیر طبقه موانع و تسهیل‌کننده‌ها تشکیل شده است. (جدول ۱).

موانع:

کمبود نسبت ماما به زائو به‌عنوان یک مانع و از جمله مهم‌ترین عامل زمینه‌ای در برقراری ارتباط و مورد تأیید تمامی مشارکت‌کنندگان بود. تناسب تعداد ماما به زائو، باعث آرامش خاطر ماماها، اختصاص وقت بیشتر به آموزش و برقراری ارتباط با مددجو می‌شود. برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد گفته است: "...اگر تعداد ماما به تعداد مریضا استاندارد باشه بهتر می‌تواند براشون وقت بذاره، مثلاً بدانم من ماما مسئول این دو تا مریضم خیلی بهتر می‌توانم باهاشون کار بکنم، بهشان آموزش بدم تا این که بخوام مسئول ۵ تا مریض باشم" (۲۳ ساله، مجرد، ۱۸ ماه سابقه کار، طرحی)

روتین محوری و تمرکز ماماها بر روی اقدامات روتین بخش نیز به‌عنوان یکی از موانع مهم ذکر شد. بر این اساس عمل کرد آنان متمرکز بر اجرای وظایف محوله و ثبت گزارشات تا لحاظ کردن نظرات بیمار بود. در واقع تلاش جهت انجام وظایف در شیفت و پیشگیری از گرفتن تویخ، اولویت اصلی برای ماما بود. " یکی از مشکلاتی که هستش ما خیلی دچار نوشتن پرونده نویسی، ورق بازی هستیم، حالا من ضرورتش را نمی‌دانم که واقعاً لازمه یا خیر؟ ولی ما بیشتر وقتمان صرف نوشتن می‌شود، شاید وقت کم‌تری داشته باشیم برای توضیح به مریض و این که ارتباط کلامی داشته باشیم که مشکلی پیش نیاید، تویخ نداشته باشیم که یکی نیاید بگوید

بیشترین فشار بر روی ماماها، وجود تبعیض‌هایی هم چون بی‌عدالتی در پرداخت حق‌الزحمه زایمان، یکی دیگر از عواملی بود که منجر به تضعیف انگیزه، روحیه و انرژی در نتیجه مانعی در حمایت از زائو می‌شد. "تبعیض‌هایی که توی کار هست، متخصصین زنان و حق زایمانی که تعلق می‌گیره، آنکالی که ما اصلاً نمی‌بینمش ولی داره ۷۰ درصد حق زایمانش را می‌گیره، ما احساس می‌کنیم فشار کار روی ماست. ولی خوب از اون ور یک جور دیگه دیده می‌شه" (۳۸) ساله، مجرد، ۱۵ سال سابقه، (رسمی)

ویژگی‌های حرفه‌ای ماما:

مهم‌ترین ویژگی این زیرطبقه را مهارت ماما در برقراری ارتباط تشکیل می‌داد. در واقع با تأمین نیازهای اطلاعاتی ماما، در زمینه چگونگی برقراری ارتباط با مراجعین، مراقبت مناسب ارائه شده و ارتباط مؤثر به نحو مطلوبی بین ماما و مادر شکل می‌گیرد.

مامایی اظهار می‌کرد: "خوب کلاً باید توی دانشگاه، یک واحد ارتباط هم گنجانده بشود، از اولین واحدهایی باشه که دانشجو می‌گذراند که وقتی به محیط کار می‌آید نحوه برخورد با مریض، همراهشون را یاد بگیره"

احساس مسئولیت یکی دیگر از ویژگی‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند، آن‌ها معتقد بودند که ماما باید در قبال رفتارها و همچنین پیامدهای خود احساس مسئولیت نموده و بداند که از چه کسی (یک انسان) مراقبت به عمل می‌آورد. یکی از ماماها در این زمینه می‌گفت "یعنی به مریضان آرامش بدهیم، از اتفاق‌هایی که برایش می‌افته آگاه باشم، چند ساعته آمده؟ یا یک کاری کنم دردهایش کم‌تر بشود، به حال خود رهایش نکنیم، سروقت صدای قلب بجهاش را گوش کنیم، داروهایش را بهش بدهیم، معاینه‌اش کنیم."

اظهار همدلی در درک شدت درد زایمان و موقعیت مادر، ویژگی مهم دیگر در حرفه مامایی، به شمار می‌رفت. مامایی در این زمینه می‌گفت "اون چیزی که برای خودمون انتظار داریم باید برای مریض هاهم انتظار داشته باشیم، یعنی هر رفتاری که دوست داریم برای خودمون هنگام درد و ناراحتی انجام بشه، برای مادرها هم همون کار را انجام بدهیم، خودمان را بگذاریم جای مادرها."

اکثریت مشارکت‌کنندگان بر صبر و تحمل ماما در پاسخ به بی‌تابی‌های مادر هنگام درد زایمان، توافق داشتند. "وقتی از شدت درد واکنش نشان می‌ده، یا دستمان را می‌گیره فشار می‌ده، صبوری بخرج بدهیم، الان به کمک ما نیاز داره، ما هم بخواهیم بی‌حوصلگی کنیم و سرش داد بکشیم، درد بیشتری را احساس می‌کنه"

در رابطه با نقش تجربه، مامایی اشاره کرد: "به نظر من تجربه مهم‌تر از تحصیلاته، تحصیلات روی ارتباط اثر نداره، تجربه بیشتر اثر داره، زائوها معمولاً کم سن‌اند، شکم اول، شکم دوم، این‌ها احتیاج

دارند یکی مثل مادرشان بالای سرشان باشه، کسی که سابقه‌اش بالاتره یکی از حسن‌هایی که داره، با مریض‌ها بهتر ارتباط برقرار و صحبت می‌کنه و بیشتر مورد اعتمادشونه"

عده‌ای از مشارکت‌کنندگان شوق کمک به دیگران را، از ویژگی‌های حرفه‌ای مامایی برشمردند به نظر آن‌ها به دلیل سختی‌های خاص این حرفه، داشتن انگیزه کاری خیلی مهم است. مامایی در این زمینه می‌گفت "چه خوب بود قبل از پذیرش در رشته مامایی، یک مصاحبه هم داشت تا کسانی که واقعاً علاقه و انگیزه خدمت به مردم را دارند وارد این رشته بشوند، خیلی‌ها وقتی می‌آیند این مشکلات را می‌بینند جا می‌زنند، علاقه به شغل و تمایلشان را به مراقبت از مریض از دست می‌دهند"

اصول اخلاقی:

مشارکت‌کنندگان در ضمن صحبت‌های خود به احترام به حریم شخصی و رازداری بیماران اشاره کردند که در زیر طبقه سوم یعنی "اصول اخلاقی" قرار گرفتند. ویژگی‌های فوق‌اصولی بودند که در صورت رعایت آن‌ها توسط ماما، در بیمار احساس آرامش و اعتماد بوجود می‌آمد.

دیگر این که اتاق‌ها خصوصی نیست یعنی من هم زمان تو اتاق با چند تا مریض صحبت می‌کنیم که فقط با چند تا پاروان از هم جدا می‌شوند که این حریم خصوص فرد را مشکل دار می‌کنه، در قسمت زایمان هم ممکنه هم زمان چند تا زایمان داشته باشیم که حریم خصوصی بیمار رعایت نمی‌شود. اگر تا حد امکان توی هر اتاق یک مریض باشه، یک ماما هم در کنارش باشه مریض‌ها احساس راحتی و آرامش می‌کنند"

یکی دیگر از ماماها می‌گفت "رزیدنت و پزشک می‌آید همین طوری یک دفعه ملافه را از روی مریض می‌کشه، جلوی آن همه دانشجو، درسته که هم پزشک هم دانشجویان زن‌اند، ولی خوب این دلیل نمی‌شود، برای خودشان عادیه ولی برای بیماران نه"

یکی دیگر از ویژگی‌های زیر طبقه اصول اخلاقی، رازداری بود. پزشکان و ماماها به واسطه حرفه خود به اطلاعات (جسمی، خانوادگی، اجتماعی و ...) در مورد بیمار دست می‌یابند که بازگو نمودن آن‌ها به دیگران، حتی اعضای خانواده بیمار، ممکن است باعث سلب اعتماد بیمار نسبت به کادر درمان گردد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش در رابطه با رازداری چنین می‌گفت: یک مریض داشتیم، دو ماه بعد از فوت همسرش از برادر شوهرش بردار شده بود، ولی خانواده دو طرف فکر می‌کردند، این بچه متعلق به همسر مرحومش است، این مسئله را به من گفت و تأکید کرد اگر افراد خانواده من یا همسر سابقم این قضیه را بفهمند خون به پا می‌شود، من را قسم داد، در مورد این مسئله با کسی صحبت نکنم، من هم نکردم"

درمیان بگذارد. شرکت کننده‌ای در این زمینه می‌گفت: " وقتی باهاشون سلام و احوال پرسی می‌کنی، بهشان احترام می‌گذاری، خیلی راحت‌تر می‌شود ازشان تاریخچه گرفت، خیلی بهتر به سؤالات جواب می‌دهند، اگر ببینند آدم متواضعی هستی، حرف دلشان را بی‌کم و کاست بهت می‌زنند."

تفاوت فرهنگی ماما و مادر هم مانعی مهم در برقراری ارتباط بود. " برخی مادران از فرهنگ‌ها و آداب متفاوت می‌آیند، هر چه طبقه اجتماعی ایشان پایین‌تر باشه، آموزش‌ها و توصیه‌های ماما را مشکل‌تر درک کرده در نتیجه کم‌تر در مراقبت مشارکت می‌کنند، ماما بایستی شرایط اونها را درک کند، بهشون احترام بگذاره "

آخرین زیر طبقه عوامل مؤثر بر تیمارداری، احترام به شان و منزلت، نام‌گذاری شد. مشارکت‌کنندگان به ارزش انسانی قائل شدن برای مراجع، تواضع، فروتنی و احترام به قومیت‌های مختلف اشاره کردند. نگاه انسانی به بیمار، احترام به عقاید، باورها و نگرش مادران، از دیدگاه ماماها کلید برقراری ارتباط بود. مامایی اظهار می‌کرد: "... تا این که به مریضش فقط به‌عنوان یکشی نگاه کنه که بری برایش یه کاری انجام بدی و بیایی، به طرف به‌عنوان یک آدم نگاه کنیم که داره یک مرحله از زندگی‌اش را طی می‌کنه، یا وقتی نظرش را درباره زایمانش به ما می‌گوید بهش نخندیم و مسخرش نکنیم." رفتار توأم با تواضع و فروتنی، إلقاء کننده این حس به مراجع است که می‌تواند به‌راحتی مشکلات، نگرانی‌هایش را با مراقبش

جدول (۱): طبقات و زیر طبقات تبیین تجارب ماماها از ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان

طبقه اصلی	زیرطبقات	کدهای استخراج شده
عوامل مؤثر بر تیمارداری	عوامل زمینه‌ای	کمبود نسبت ماما به زائو
		روتین محوری سختی کار ماما برنامه‌ریزی فشرده عدم استقلال در تصمیم‌گیری
عوامل مؤثر بر تیمارداری	ویژگی‌های حرفه‌ای ماما	کاربرد سیاست‌های تشویقی عدالت در پرداخت دستمزد
		مهارت برقراری ارتباط وظیفه‌شناسی یا احساس مسئولیت همدلی صبر و شکیبایی مجرب بودن انگیزه (شوق کمک به دیگران)
		احترام به حریم شخصی رازداری
عوامل مؤثر بر تیمارداری	احترام به شأن و منزلت	ارزش انسانی قائل شدن تواضع و فروتنی احترام به قومیت‌های مختلف
		اصول اخلاقی

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه مداوم آن‌ها با یکدیگر و انجام کدگذاری‌های در یک طبقه اصلی عوامل مؤثر بر تیمارداری قرار داده شدند. به عقیده ما ارتباط یا عدم ارتباط ماما با مادر در حال وضع حمل حاصل تعامل بین آن‌ها بوده و که در شکل‌گیری آن عوامل زمینه‌ای، ویژگی‌های حرفه‌ای ماما، اصول اخلاقی و احترام به شأن و منزلت افراد (جدول

هدف این مطالعه آشکار شدن تجارب ماماها از برقراری ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان، با توجه به نقش اصلی آن‌ها در این تعامل بوده تا بتوان به دانشی غنی با توجه به بستر کشورمان دست یافت. در این پژوهش، بخشی از داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، پس از

۱) نقش دارند ارتباط فرآیندی است که در طی مدت بستری در بخش زایمان و در جریان دریافت خدمات مامایی ایجاد می‌شود. به عبارتی حاصل تعامل بین ماما و مراجعین می‌باشد. لیکن عوامل متعددی بر کیفیت ارائه مراقبت‌ها و به تبع آن برقراری ارتباط تأثیر می‌گذارد. شرایط گوناگونی که تحت آن کنش‌ها یا برهم‌کنش‌های بین ماما و مادر رخ می‌دهد و نتایج منطقی که از این کنش‌ها یا برهم‌کنش‌ها استنباط می‌شد، منجر به ایجاد یا عدم برقراری ارتباط بین ماما-مادر و در نتیجه چگونگی ارائه مؤثر مراقبت می‌گردد.

در این میان عوامل زمینه‌ای هم چون چتری سنگین، بر روی سایر زیر طبقات گسترده شده بود، به نحوی که شکل‌گیری ارتباط ماما-مادر را تحت تأثیر قرار داده و باعث ایجاد یک رابطه سطحی و متمرکز بر برآوردن نیازهای جسمی و مطابق روتین بخش برای مادران شده بود. از جمله این عوامل، کمبود نسبت ماما به زائو، روتین محوری، سختی کار، برنامه‌ریزی فشرده برخلاف میل ماما و عدم استقلال ماما در تصمیم‌گیری بوده، که مشابه با سایر مطالعات در ایران و سایر کشورها بود.

در مطالعه وفایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز، از مهم‌ترین موانع ارتباطی که ماماها گزارش کردند، کمبود نسبت ماما به زائو بود (۹). در سازمانی که ماما در آن واحد مجبور به مراقبت و یاری‌رساندن چند زائو باهم است، ایجاد جو ارتباط توأم با اعتماد مشکل بوده، دیدگاه غالب در آن سنجش عوارض و مرگ و میر است (۱۹). مطالعه گرین و همکاران (Green, et al) نیز این واقعیت را آشکار ساخت که از اوایل قرن بیستم که وضع حمل به بیمارستان منتقل گردید، زنان حمایت ارزشمند و تشویق دیگر زنان جامعه خود را از دست دادند، آنان قبلاً مورد حمایت ماماها واقع می‌شدند، ولی از آنجائی که ماماها در آن واحد وظیفه مراقبت از چند زن در حال وضع حمل را به عهده داشتند، قادر به حضور مداوم در کنار مددجویان نبودند (۲۰). نسبت تولید ناخالص ملی اختصاص (GNP) داده‌شده به نظام سلامت، بر روی تعداد پرسنل ارائه‌دهنده به زنان در حال وضع حمل تأثیر می‌گذارد. کمبود ماماها آموزش دیده در مراکز زایمانی، رابطه بین ماما و زنان را مختل می‌کند (۲۱). هم‌چنین ارتباط بیمار با مراقبین بهداشتی، تحت تأثیر سیاست‌های بیمارستانی و حجم کاری قرار می‌گیرد (۲۲).

سختی کار و نداشتن انگیزه کاری از موانع مهم ارتباطی دیگری بود که اکثر ماماها در مطالعه وفایی گزارش کردند (۹). طبق مطالعه هانتز و همکاران، حرفه مامایی پرسترس، طاقت‌فرسا بوده که مستقیماً بر آنان تأثیر می‌گذارد. کار کردن با زنان، در حکم تخلیه احساسی برای ماما نبوده، بلکه کار کردن برای مردمی با عقاید متفاوت است. زمانی که ماما با ایدئولوژی‌های مامایی که با انجام وظایف سازگار است کار می‌کند، از لحاظ احساسی، شغلش با ارزش

و پاداش دهنده محسوب می‌شود، در غیر این صورت منجر به احساسات منفی آزرده‌گی، اضطراب و خشم می‌شود (۲۳). سنگین بیان کرد چنانچه مراقبت‌ها سازمان‌یافته و مناسب بوده و ماماها مهارت‌های ارتباط بین فردی، بالینی و دانش کافی داشته باشند، خدمات مفید و مثمر ثمر خواهند بود. ولی اگر مراقبت‌ها تکه‌تکه، فنآوری محور بوده، پروتکل‌ها و استانداردها جایگزین روابط انسانی شده باشند، به طوری که ماماها استقلال حرفه‌ای و فرهنگ مراقبت خود را از دست داده باشند، حتی اگر بهترین مهارت‌ها، نگرش و دانش را داشته باشند، قادر به انجام مراقبت و حمایت بهینه از مادران و خانواده‌هایشان نخواهند بود (۴).

مطالعات چندی در خارج از کشور به عدم استقلال ماما در تصمیم‌گیری اشاره کردند. در عمل، ماماها اغلب با پزشکانی که ایدئولوژی متفاوت دارند کار کرده و اقتدار پزشکان، چنانچه آن‌ها را مکلف به انجام وظیفه با عقایدی متفاوت از شغل و حرفه‌شان بکند، می‌تواند بر روی مهارت‌هایشان تأثیرگذار باشد (۸). این تفاوت در ایدئولوژی‌ها منجر به چالش‌های عظیمی برای ماماها خواهد شد. این مسئله خطر پیروی ماماها از پزشکان، به جای رسیدگی و پاسخ‌گویی به نیازهای مادران در لیبر را خواهد داشت. به‌منظور تسهیل ایجاد یک حاملگی و لیبر نرمال به جای مداخلات پزشکی، لازم است که ماماها، اعتماد به نفس و احساس مسئولیت خود را تقویت کنند (۲۴، ۲۵).

تشویق و توجه مسئولین به ارتباط در ارزشیابی دوره‌ای و دیده شدن تلاش‌های ماما، موجب دلگرمی، حفظ و تقویت انگیزه، در برقراری ارتباط ماما-مادر می‌گردد. پژوهشی همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان داد، اگر مسئولین خدمات بهداشتی می‌خواهند، بیمارانشان، خدمات پرستاری مطلوبی دریافت کنند، لازم است به برقراری ارتباط بیمار محور توجه داشته و بدانند تشویق و حمایت پرستاران برای برقراری چنین ارتباطی لازم و ضروری است (۲۶). مطالعه Heaven و همکاران نیز نشان می‌دهد، نظارت بالینی همراه با حمایت از پرستاران، می‌تواند کارائی مهارت‌های آموزش داده‌شده در بالین را افزایش دهد (۲۷).

بر اساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این پژوهش جهت برقراری ارتباط مؤثر با مادر، ماما باید برخی ویژگی‌های حرفه‌ای را داشته و یا کسب و تقویت کند (جدول ۱)؛ که یکی از مهم‌ترین عوامل ارائه یک مراقبت مطلوب و تسهیل‌کننده برقراری ارتباط، مهارت ماما در برقراری ارتباط بود. از نظر هالدوردوتیر (Halldorsdottir, et al) پنج فاکتور اصلی: مراقبت حرفه‌ای، صلاحیت و دانایی، ارتقاء تعامل و همکاری، همراه با توسعه شخصی و حرفه‌ای، ویژگی‌های یک ماما را تشکیل می‌دهند، از نظر آن‌ها مراقبت حرفه‌ای، قلب مامایی می‌باشد (۸). دریک مطالعه متاآنالیز،

حفظ حریم شخصی و رازداری دو ویژگی زیر طبقه اصول اخلاقی بود که مشارکت‌کنندگان آن را از عوامل مؤثر در جلب همکاری مادر ذکر کردند. حریم خصوصی مادران در طول مدت لیبر می‌بایست رعایت شود (۴). حفظ حریم خصوصی مادر هنگام معاینه و ژینال در لیبر مهم بوده و رعایت این مسئله، فاکتور کلیدی در جلب رضایت مادران است (۳۳).

رعایت و عمل به اصول اخلاقی، مورد توافق اکثریت شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بود. ولی در غالب بیمارستان‌های آموزشی کشور، به دلیل محدودیت و کمبود فضای فیزیکی در لیبر، انجام هم‌زمان چند وضع حمل در یک اتاق زایمان از یک طرف و عدم آموزش واحد اخلاق پزشکی در طی تحصیل در دانشگاه و دوره‌های آموزش ضمن خدمت، امکان عمل به اصول اخلاقی و رعایت حریم خصوصی بیماران را عملاً با مشکل مواجه می‌سازد.

طبقه آخر از عوامل تأثیرگذار در برقراری ارتباط، احترام به شأن و منزلت مراجع بود. پژوهش‌های متعدد نشان دادند، احترام به شأن و منزلت مادران در حال وضع حمل، فاکتور اصلی در کسب تجربه مثبت است. احترام به بیماران، سنگ زیربنای اخلاق پزشکی بوده، مراقبین بهداشتی یک نقش کلیدی در این زمینه دارند (۳۳). دال برگ و آن (Dahlberg, Aune) متذکر شدند؛ چنانچه به حقوق انسان‌ها معتقد بوده و برای مددجو به‌عنوان یک انسان اهمیت و ارزش قائل شویم، آنگاه ضرورت جلب رضایت مددجو از حمایت‌های ارائه شده نیز قابل‌درک خواهد بود (۳۴). تفاوت فرهنگی و زبانی ماما و مادر به‌عنوان مانعی در برقراری ارتباط بود. مطالعات چندی در داخل و خارج از کشور نیز به تأثیر اختلاف فرهنگی و زبانی بر روی ارتباط ماما-مادر اشاره کرده‌اند. مادران انتظار دارند که ماماها به فرهنگ و اعتقادات مذهبی‌شان احترام بگذارند. از آنجایی که مراقبت از بیمارانی که به زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند، گاه ماما را با مشکلاتی مواجه می‌سازد؛ به‌طوری‌که تفاوت زبان محاوره‌ای از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند کیفیت و کمیت ارتباط را به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر قرار دهد. ماماها معمولاً مددجویانی با فرهنگ‌های مختلف خواهد داشت و تفاوت فرهنگی میان ماما و زائو یکی از عواملی است که بر ارتباط تأثیر می‌گذارد. لذا ماما جهت درک بیشتر مددجویان خود باید جهت شناسایی آداب‌ورسومی که در گروه‌های مختلف فرهنگی متداول است، تلاش کند. آگاهی ماما از فرهنگ بیمار باعث می‌شود که ماما از تعصبات خود بکاهد و بیمار را همان‌گونه که هست، بپذیرد (۹).

مامایی حرفه‌ای است که ایفای نقش در آن از طریق ارتباط شکل می‌گیرد، به این معنی که اجرای صحیح مراقبت‌ها و مداخلات مامایی، مستلزم برقراری ارتباط مناسب با مراجعین می‌باشد. از این رو می‌توان گفت مهارت‌های ارتباطی یک اصل مهم در ارائه مراقبت‌های

۳۱ مقاله به‌منظور بررسی "چه چیزی یک مامای خوب را می‌سازد؟" مورد ارزیابی قرار گرفت، بیشترین امتیاز متعلق به داشتن مهارت‌های ارتباطی بوده که می‌تواند شالوده دانش در حرفه‌ای باشد که معرف مامائی است. (۲۸). علی مرادی و همکاران (۲۰۱۳) نیز نتیجه گرفتند برای ایجاد بهترین و مؤثرترین روش رفتارهای ارتباطی در حوزه مامایی، مدل‌های مختلف مهارت‌های ارتباطی باید در برنامه درسی مامایی به‌عنوان یک دوره مجزا، طراحی، اجرا و آموزش داده شود. رفتارهای ارتباطی با کسب تجربه در محیط کار بهبود نمی‌یابند، بنابراین لازم است برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت با توجه به نقاط قوت و ضعف ماماها، به‌طور دوره‌ای برگزار شود (۱۲).

وظیفه‌شناسی و احساس مسئولیت، ماما در برابر کاری که انجام می‌دهد، یکی دیگر از ویژگی‌های حرفه‌ای ایشان بود. از جمله تفاوت‌های بارز مراقبت مامایی نسبت به سایر رشته‌های پزشکی، مراقبت از دو انسان هم‌زمان، وظیفه سنگینی است که بر دوش آنان نهاده شده است و آن‌ها باید در انجام آن با احساس مسئولیت بیشتر عمل نمایند. در مطالعه Irurita نیز معلوم گردید که فقدان مسئولیت‌پذیری به همراه ضعیف بودن ارتباط بین پزشک پرستار بیمار آثار مخربی بر کیفیت مراقبت دارد (۲۹).

همدلی، صبوری، مجرب بودن و شوق کمک به بیماران، از ویژگی‌های حرفه‌ای مهم دیگر از دیدگاه ماماها بود. زن علاوه بر مراقبت بالینی طی زایمان، نیاز به توجه توأم با درک، همدلی و دل‌گرمی، راهنمایی و حمایت دارد؛ اما وابستگی به استفاده از فناوری در مراقبت‌های زایمانی، منجر به نادیده گرفته شدن جوانب انسانی مراقبت شده است (۳۰). ماما می‌بایستی بدون در نظر گرفتن واکنش مادر به لیبر و درد زایمان، نسبت به وی نگرشی بی‌طرفانه داشته و صبر، شکیبایی نشان دهد (۱۹).

خدیو زاده (۲۰۱۵) به نقل از Cortez می‌نویسد: تجربه نقش مهمی در ارتقاء مهارت‌های ارتباطی بازی می‌کند، در مقابل زرایک (Zraick) نشان می‌دهد که افزایش تجربه کاری به‌تنهایی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی مؤثر نیست، درحالی‌که تجربه، به‌علاوه یک مدل و آموزش، با هم می‌توانند در شکل‌گیری مهارت‌های ارتباطی نقش داشته باشند (۳۱).

مهم‌ترین مداخله برای پیشگیری از مرگ‌ومیر و بیماری مادر و نوزاد، ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی در طول زمان بحرانی زایمان و بلافاصله پس‌از آن است. با انجام مراقبت‌های مؤثر در زمان‌های مذکور، می‌توان بیماری‌های موجود را کشف و عوارض اولیه را شناسایی و درمان کرده. اطلاعات و مشاوره لازم در مورد علائم و نشانه‌ها مسائل گوناگون بارداری و زایمان را فراهم ساخت (۳۲).

به بیان دیگر لازم است شرایط و زمینه لازم جهت حمایت و تقویت مهارت‌های ارتباطی و مراقبتی ماماها، در محیطی‌های بالینی فراهم گردد. تغییر فرهنگ بیمارستان آسان نیست، اما شواهد فزاینده نشان می‌دهد که لازم است این فرایند شروع شود. مدیران بخش منابع انسانی می‌بایست با برنامه‌ریزی مدون و برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها و خدمات اقدام کنند. پژوهش‌های آتی می‌بایست در ارزیابی این برنامه‌های آموزشی تمرکز کنند. یک ضرورت بسیار مهم در تقویت توانمندی مراقبین بهداشتی در برخورد با مراجعین، آموزش مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های ارتباط با بیمار و اصول اخلاق پزشکی در قالب واحد درسی در کوریکولوم دانشجویان گروه‌های پزشکی، خصوصاً رشته‌های پزشکی و تمام مقاطعی تحصیلی مامایی و پرستاری می‌باشد. بررسی همبستگی بین ارتباط ماما-مادر با جنبه‌های مختلف مراقبت مامایی، پیامدهای لیبر و زایمان و سلامت روان مادران پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این یافته‌ها می‌تواند در حوزه‌های مختلف رشته مامایی اعم از آموزش، بالین و تحقیقات کاربرد داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری بهداشت باروری مصوب جلسه شورای پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۹، جلسه کمیته اخلاق دانشگاه با کد SBMU2.REC. 1394.69 و کد اخلاق ۲۰-۱۶۶-۹۳ مورخ ۱۳۹۳/۵/۲۰ از دانشگاه علوم پزشکی اراک می‌باشد. نویسندگان، بدین‌وسیله مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، به دلیل حمایت مالی، همکاری بی‌شائبه مدیران، مسئولین دفتر پرستاری، ماماها و مادران بستری در یکی از بیمارستان‌های آموزشی، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک که بدون همکاری آن‌ها انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود و همه کسانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، به عمل می‌آورند.

مامایی محسوب می‌شود. متأسفانه همان‌گونه که اشاره شد در حوزه‌های بهداشتی درمانی، خصوصاً اتاق زایمان، عوامل زمینه‌ای به‌ویژه موانع، همانند چتری بر روی سایر عوامل مؤثر در برقراری ارتباط سایه افکنده و آن‌ها را تحت شعاع خود قرار می‌دهد. تا زمانی که در setting های بالینی مشکلاتی هم چون کمبود نسبت ماما به مراجع، تأکید بر روتین محوری، عدم استقلال ماما در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای، بی‌توجهی به نیازهای روحی روانی ارائه‌دهندگان خدمت، بی‌عدالتی در پرداخت حق‌الزحمه زایمان، برتری سیاست‌های انتقادی و تشویقی نسبت به تشویقی وجود دارد، امکان برقراری ارتباط مؤثر مشکل و چه‌بسا دست نیافتی خواهد بود. در چنین شرایطی آموزش و تعلیم ماماها حرفه‌ای، وظیفه‌شناس و با انگیزه، هزینه اثربخش نخواهد بود.

محققین در جستجوی گسترده خود در شبکه اینترنت و سایر منابع در دسترس، هیچ اطلاعاتی در مورد رابطه بین شوق کمک به دیگران و ایجاد ارتباط با مراجعین به دست نیاوردند؛ به نظر می‌رسد که این موارد نیازمند بررسی‌های بیشتر باشد. احتیاط در تعمیم‌پذیری، از محدودیت‌های نتایج حاصل‌شده از تمام مطالعات کیفی است، لیکن حداکثر تلاش در زمینه ارتقای داده‌های تحقیق انجام گرفت. حجم نمونه یک محدودیت است، ولی نتایج می‌تواند سنگ بنایی برای مطالعات بیشتر در مورد کیفیت ارائه مراقبت‌های مامایی در برقراری ارتباط، با مراجعین باشد.

این پژوهش باهدف درک بیش‌تر فرآیندهایی که می‌توانند به بهبودی ارتباط ماما با مادر در اتاق زایمان کمک کنند، انجام گردید. ارزش نهادن به نقش ماماها، در رشد و توسعه روابط ویژه بین آنان با مراجعین بسیار مهم است. نتایج پژوهش حاضر لزوم توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به ایجاد زمینه‌های برقراری ارتباط مؤثر، بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت که در حوزه‌های بهداشتی درمانی، حلقه مفقوده‌ای می‌باشد را بیش‌ازپیش تأکید و شفاف‌سازی می‌کند. سیاست‌گذاران نیاز به درک فاکتورهای پیچیده‌ای دارند که این وضعیت را تحت تأثیر قرار داده تا به توانند موانع ارتباط ماما با مادر را مرتفع سازند.

References:

1. Andrissi L, Petraglia, F, Giuliani, A, Severi, F M, Angioni, S, Valensise, H, Vannuccini, S, Comoretto, N, Tambone, V. The Influence of Doctor-Patient and Midwife-Patient Relationship in Quality Care Perception of Italian Pregnant Women: An Exploratory Study. PLoS ONE 2015; 10(4): e0124353.
2. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scand J Caring Sci 2007; 21: 220-8.
3. Nahgizadeh S. Assessment and comparison of mother's satisfaction of maternal care givers during hospitalization in Teaching and Non-Teaching Hospitals of Tabriz City. Iran J Obstetrics Gynecol Infertil 2013; 15(33): 24-31.

4. Sengane M. Mothers' expectations of midwives' care during labour in a public hospital in Gauteng. *Curationis* 2013; 36(1): 1-9.
5. Lundgren I. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scan J Caring Sci* 2004; 18: 368-75.
6. Hunter B, Berg, M, Lundgren, I, Olafsdottir, O, Kirkham, M. Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery* 2008; 24: 132-7.
7. Thachuk A. Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: A relational approach. *Fem Psychol* 2007; 17: 39-56.
8. Halldorsdottir S, Karlsdottir S. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 806-17.
9. Vafaei Z, Javadnoori M, Najar N, Latifi SM. Barriers of effective communication between midwives and parturient women in hospitals of Khuzestan Province, Iran, 2012. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertil* 2013; 15(40): 10-5. (Persian)
10. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; 25: e1-e9.
11. De Negri B, Brown D, Hernández O, Rosenbaum J, Roter D. Improving interpersonal communication between health care providers and clients. Bethesda US 1997: 3-59.
12. Alimoradi Z, Taghizadeh Z, Rezaypour A, Mehran A. Evaluation of midwives' communication skills. *African J Midwifery Women's Health* 2013; 7(1): 19-24.
13. Taghizadeh Z, Rezaepour A, Mehran A, Alimoradi Z. Use of communication skills by midwives and its relationship with customer's satisfaction. *Tehran J Nurs Midwifery* 2006; 4(12): 47-55.
14. Pakgohar M, Rahimikian F, Mehran A, Mohammadi T. Quality assessment of family planning counseling in health and treatment centers, affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Hayatt* 2002; 15: 62-71.
15. Khadivzadeh T, Katebi MS, Sepehri Shamloo Z, Esmaily H. Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014. *J Midwifery Reproduc Health* 2015; 3(3): 394-400.
16. Fakhri-Movahedi A, Negharandeh R, Salsali M. Exploring nurse-patient communication strategies. *Hayat* 2012; 18(4): 28-46. (Persian)
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-12.
18. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *J Med Educ* 2003; 3(1): 25-7. (Persian)
19. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience-the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013; 29: 407-15.
20. Grean J, Amis D, Hotelling B. Care Practice #3: continuous labor support. *J Perinatal Educ* 2007; 16(3): 25-8.
21. Bauer S, Kotter C. Midwife-Led Birth Centers: An Alternative to Hospital Child Birth? *Neonatal* 2013; 217: 14-23.
22. Fakhri-Movahedi M A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2011; 58(2): 171-80.
23. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* 2004; 20: 261-72.
24. Gagnon R. Midwifery in a new context: expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery* 2011; 27: 360-7.
25. Bluff R, Holloway I. The efficacy of midwifery role models. *Midwifery* 2008; 24: 301-19.

26. Aghabary M, Mohammadi E, Varvani-Farahani A. Barriers to Application of Communicative Skills by Nurses in Nurse-Patient Interaction: Nurses and Patients' Perspective. *J Nurs Midwifery Iran Univ Med Sci* 2009; 22(61): 19-31.
27. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns* 2006;60(3):313-25.
28. Nicholls L, Webb C. What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *J Adv Nur* 2006; 56: 414-29.
29. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: The patients' perspective. *Int J Nurs Practice* 1999; 5: 86-94.
30. Moslemabadi Farahani S, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery. *Iran J Nurs* 2005; 18(43): 71-82.
31. Khadivzadeh T, Katebi M, S. Sepehri Shamloom Z, Esmaily H. Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014. *J Midwifery Reproduc Health* 2015; 3(3): 394-400.
32. Rabor FM, Taghipour A, Najmabadi KM. Voices of Mother's Interaction with Midwives in Natural Childbirth: A Qualitative Study. *Health* 2015; 7: 153-60.
34. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience-the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013; 29: 407-15.
35. Timothy K. The Millennium Development Goals: Gendered Pathways/Dimensions. *Poverty and Gender: New Perspectives* 2002;7:3-19.

THE MIDWIVES' EXPERIENCE ABOUT MIDWIFE-MOTHER RELATIONSHIP IN DELIVERY ROOM

Attarha M¹, Keshavarz Z^{*2}

Received: 24 Sep, 2016; Accepted: 22 Nov, 2016

Abstract

Background & Aims: The relationship between midwife and mothers can be discussed in all aspects of the midwifery service. This relationship is essential for a positive experience for mothers during pregnancy, childbearing period and the first postpartum phase. This study aimed to explore midwives' experience about midwife-mother relationship in delivery room.

Materials and Methods: The study was performed by qualitative research approach in 2014-15. The participants were 20 midwives who employed in birth room of an educational hospital of Arak University of Medical Sciences in Iran. They were selected by purposive sampling method. The data were gathered by deep interview (unstructured and semi-structured) then they were analyzed by content analysis approach.

Results: Relationship as the nature of midwifery care was core theme that emerged from the data. The data analysis showed four subcategories: contextual factors (deterrent & facilitating factors), midwife's professional characteristics, ethical principles and respect the dignity. These were explained in detail in the main text of article.

Conclusion: To overcome the barriers, policy makers need to understand the complex factors that influence on midwife - mother relationship. In other words, they must provide necessary contexts and facilities to communicate effectively, and to strengthen midwifery care and communication skills in the birth room.

Keywords: Delivery room, midwife, midwife-mother relationship, parturient

Address: School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Valiasr Ave, Neyayesh Highway, Tehran, Iran.

Tel: (+98) 21-88202521

Email: z.keshavarz@sbm.ac.ir, keshavarzzohre@yahoo.com

¹ Assistant Professor, PhD in Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

² Assistant Professor, Department of Reproductive Health & Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)