

بررسی میزان سوء رفتار فیزیکی هنگام زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستان قدس شهر پاه

سیده سوما ذکریایی^۱، لیلا هاشمی نسب^۲، ژیلا حسینی تبار^۳، سوما بهمنی^۴، کامیار منصوری^۵

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: خشونت مامائی در دهه گذشته به یک موضوع داغ جهانی تبدیل شده است، ولی در ایران به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است. لذا این مطالعه باهدف تعیین میزان سوء رفتار فیزیکی هنگام زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستان قدس شهر پاه انجام گرفت. **مواد و روش کار:** این مطالعه بصورت مقطعی بر روی زنان زایمان کرده بستری در بیمارستان قدس پاه که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مامائی مادران و چکلیست بی احترامی بدرفتاری حین زایمان بود که توسط ۲۷۶ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه که بصورت در دسترس انتخاب شده بودند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و آزمون های آماری رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۱۷ درصد از شرکت کنندگان سوء رفتار فیزیکی را تجربه کرده بودند. از بین مشخصات بررسی شده، سطح تحصیلات و میزان درآمد خانوار بر بروز سوء رفتار فیزیکی تأثیر قابل توجهی داشت ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: پایین بودن میزان سوء رفتار حین زایمان در زنان دارای سطح اقتصادی ضعیف و تحصیلات بالاتر می تواند منعکس کننده نقش سطح انتظار زنان از حق خود در دریافت مراقبت های محترمانه و آگاهی آن ها نسبت به حقوق خود در گزارش سوء رفتار باشد. بنابراین توجه به افزایش سطح آگاهی زنان نسبت به حقوق خود، بالأخص در اقشار ضعیف، می تواند در بهبود خدمات ارائه شده به آن ها مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: سوء رفتار، زایمان، خشونت مامائی

مجله پرستاری و مامائی، دوره بیست و دوم، شماره سوم، پی در پی ۱۷۶، خرداد ۱۴۰۳، ص ۱۷۹-۱۷۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۹۰۳۶۲۰۱۲۱۷

Email: soma.bahmani25@gmail.com

مقدمه

رفتارهای توهین آمیز و اذیت زنان در طی مراحل زایمان یک نگرانی سلامت عمومی است زیرا کرامت، عزت نفس و ارائه مراقبت بهداشتی توأم با احترام را در مراکز درمانی تهدید می کند (۴). توجه به موضوع بدرفتاری با زنان در حین زایمان، یک دستور کار بین المللی برای حامیان سلامت مادر و کودک است (۵) زیرا این موضوع نوعی نقض حقوق بشر در زنان است (۶). هر زنی حق برخورداری از یک مراقبت بهداشتی با کیفیت که همراه با احترام و ایجاد حس ارزشمندی در زن و عاری از هرگونه تبعیض و خشونت

بهبود کیفیت مراقبت ها یک هدف جهانی برای ارتقا سلامت مادر و نوزاد است (۱). سازمان جهانی بهداشت، جهت کیفیت سلامت مادر و نوزاد، سه بعد کیفیت مراقبت، کرامت و احترام، ارتباط و حمایت عاطفی را حائز اهمیت معرفی کرده است (۲). مراقبت محترمانه مادری عزت و احترام به مراقبتی اشاره می کند که در آن حرمت زنان حفظ، حریم خصوصی و رازداری رعایت می شود در آن هیچ گونه تبعیض و آزار و اذیت فیزیکی و کلامی وجود ندارد (۳).

^۱ مربی آموزش مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ مربی مامائی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۳ کارشناس ارشد مامائی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۴ مربی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)

^۵ دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

باشد، را دارد (۷) در حالیکه بی‌احترامی، آزار و نادیده گرفتن زنان در روند زایمان، به‌عنوان نقض جدی حقوق زنان در سراسر جهان به رسمیت شناخته شده است (۸). اشکال مختلفی از بی‌احترامی و آزار زنان در هنگام زایمان در مطالعات بیان شده است که شامل انجام مراقبت بدون کسب رضایت و اجازه، عدم رعایت حریم خصوصی فرد، بی‌احترامی و توهین، خشونت فیزیکی، تبعیض، عدم ارائه خدمات و مراقبت برای مادر به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه هستند (۹ و ۱۰).

بی‌احترامی و آزار زنان در طی زایمان شامل مواردی مانند خشونت فیزیکی (استفاده از زور و محدود کردن فعالیت مادر)، آزار جنسی، آزار کلامی (صحبت کردن با لحن تند، تهدید و سرزنش)، انگ زدن و تبعیض (تبعیض در مورد ویژگی‌های دموگرافیک و شرایط بالینی افراد)، عدم رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای (عدم اخذ رضایت آگاهانه، بی‌توجهی و نادیده گرفتن، عدم رعایت حریم خصوصی و رازداری)، ارتباط ضعیف بین مادر و مراقب (ارتباط ناقص و غیر مؤثر، عدم حمایت) و شرایط و محدودیت‌های مرتبط با سیستم بهداشتی (کمبود منابع و تسهیلات) است (۱۱). علاوه بر تمامی این موارد، گاهی مراقبین بهداشتی، مادران را مورد خشونت فیزیکی قرار می‌دهند که شامل اعمالی از قبیل مشت و سیلی زدن، هل دادن، نیشگون گرفتن، انجام معاینه با زور و بدون رضایت مادر، مداخلات پزشکی غیرضروری، انجام اپی‌زیاتومی و ترمیم آن بدون استفاده از بی‌حسی است (۱۰).

در مطالعه سیراج^۱ و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی شیوع بی‌احترامی و آزار هنگام زایمان و عوامل مرتبط در جنوب شرقی اتیوپی پرداخته است، شیوع بی‌احترامی و آزار زنان را ۹۱/۷ درصد و شایع‌ترین آزار تجربه‌شده را ارائه مراقبت بدون در نظر گرفتن الگوی فرهنگی فرد (۷۵/۲ درصد)، عدم رعایت حریم خصوصی (۸۱/۷ درصد)، عدم معرفی خود به بیمار توسط مراقب (۸۰ درصد)، انجام مراقبت بدون اخذ رضایت و اجازه از بیمار (۶۳/۸ درصد) گزارش دادند. در این مطالعه مجرد بودن مادر و زن بودن مراقب بهداشتی با کاهش میزان آزار و اذیت در هنگام زایمان همراه بود اما میزان آزار و اذیت گزارش‌شده با افزایش سطح تحصیلات مادر، افزایش پیدا کرده بود (۱۱). در مطالعه افولانی^۲ (۲۰۲۰) در ایالت کالیفرنای آمریکا، به ترتیب ۵۳ و ۳۷ درصد از ارائه‌دهندگان خدمت، انجام خشونت کلامی و فیزیکی را گزارش داده‌اند (۱۲).

محرک‌های انجام بی‌احترامی و آزار از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت متفاوت است. برخی از آن‌ها عنوان می‌کنند که بی‌احترامی و آزار به‌صورت ناخواسته و باهدف کمک به زنان، در انجام زایمانشان

انجام می‌شود (۱۳). در مطالعه رومینسکی^۳ و همکاران (۲۰۱۷) عدم همکاری زنان را علت این امر مطرح کرده‌اند (۱۴). در مطالعه بوهرن^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در حالیکه یکسری از بیماران رفتارهایی مانند سیلی، آزار کلامی و محدودیت فیزیکی را به‌عنوان بی‌احترامی به خود عنوان می‌کنند، یکسری دیگر از بیماران، این رفتارها را ابزاری قابل‌قبول در جهت کسب یک نتیجه خوب از مراقبت می‌دانند (۱۵)، که این موضوع می‌تواند نمایانگر نقش نابرابری اجتماعی و اقتصادی، هنجارهای جنسیتی و اجتماعی در عادی‌سازی این بی‌احترامی‌ها باشد (۱۶). از دیگر عوامل مؤثر می‌توان به ویژگی شخصیتی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت، عوامل محیطی کارکنان مانند حجم کاری زیاد، شرایط کاری نامناسب، فرسودگی شغلی، کمبود امکانات اشاره کرد (۱۲). بارداری و زایمان رویداد مهمی در زندگی زنان و خانواده سراسر جهان است و تجربه مثبت و منفی مادر از زایمانش در تمام طول زندگی در ذهنش باقی می‌ماند (۱۷). بدرفتاری و خشونت با زنان در حین زایمان سلامت روان مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸) و منجر به افزایش عوارضی مانند افسردگی پس از زایمان (۱۹،۲۰) و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (۲۱). علی‌رغم پیشرفت چشمگیر در حیطه سلامت مادر و کودک در دو دهه اخیر، هنوز شاهد موارد زیادی از مرگ‌ومیر نوزادان و مادران در سراسر جهان هستیم. بدرفتاری و خشونت با زنان در حین زایمان، باعث عدم مراجعه مادر در بارداری‌های بعدی، به مراکز درمانی و در نتیجه به خطر افتادن سلامت وی و نوزادش می‌شود (۲۲،۲۳). با توجه به اینکه کاهش نسبت جهانی مرگ‌ومیر مادران به کمتر از ۷۰ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده تا سال ۲۰۳۰ اولین هدف توسعه پایدار است (۲۴). جهت رسیدن به این هدف توسعه پایدار، حضور کارکنان بهداشتی ماهر و ارائه مراقبت با کیفیت و توأم با احترام و حفظ حقوق بیمار ضروری است. همچنین داشتن آگاهی در مورد میزان سوء رفتار حین زایمان و عوامل مرتبط با آن ما را در طراحی مداخلات و اقدامات مناسب جهت کاهش آن یاری می‌دهد. لذا با توجه به اینکه این مسئله در ایران به‌اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است، مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان سوء رفتار فیزیکی هنگام زایمان و عوامل مرتبط در زنان بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستان قدس در شهر پاه انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی از اوایل فروردین تا اواخر شهریور ۱۳۹۹ بر روی زنان زایمان کرده بستری در بیمارستان قدس پاه که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند،

3 Rominski
4 Bohren

1 Siraj
2 Afulani

انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، زایمان در بیمارستان قدس پاوه، عدم انجام زایمان با فورسپس یا واکيوم، عدم انجام سزارین الکتیو، تولد نوزاد زنده و به ظاهر سالم، بستری نبودن نوزاد در بخش نوزادان و معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه آمول^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۹ (۲۵) و با استفاده از فرمول زیر ۲۷۶ نفر برآورد شد که نمونه‌های

$$N = \frac{z^2 \frac{1-\alpha}{2} P(1-P)}{d^2} = (1/96)^2 \times 0.559 \frac{(1-0.559)}{(0.05869)^2} = 276$$

پژوهش بصورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و مامائی شرکت‌کنندگان، مشخصات دموگرافیک عاملین زایمان و چک‌لیست بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان بود. فرم ثبت مشخصات دموگرافیک شامل سؤالات: سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، تحصیلات همسر، شغل همسر، محل سکونت، میزان درآمد ماهانه و مشخصات مامائی شامل: تعداد فرزندان، دریافت مراقبت دوران بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، داشتن همراه، شیفت انجام زایمان، مداخلات داروئی طی زایمان (استفاده از اکسی توسین یا میزوپروستول جهت القا یا تقویت دردهای زایمانی)، استفاده از روش‌های داروئی و غیرداروئی کاهش درد زایمان، تعداد روزهای بستری در بیمارستان، روش زایمان، عامل زایمان و ابتلا به بیماری‌های مقاربتی (مثبت بودن آزمون‌های HIV, VDRL, HBS Ag) بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک عاملین زایمان نیز شامل: سن، میزان تحصیلات، وضعیت سکونت (بومی یا غیربومی)، وضعیت استخدام، سابقه کار، ساعات کار در ماه و میزان رضایت از درآمد (راضی، نسبتاً راضی، ناراضی) بود.

چک‌لیست سوء رفتار فیزیکی حین زایمان شامل سؤالات مربوط به تجربه سیلی زدن، هل دادن، نیشگون گرفتن، محکم گرفتن و محدود کردن دست یا پا حین زایمان بود. پاسخ گزینه‌ها بر مبنای تجربه رفتار موردنظر حین زایمان بصورت دو حالت به مبنای «بلی» یا «خیر» طراحی شده بود. به پاسخ بله امتیاز یک و پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. پاسخ مثبت شرکت‌کنندگان به حداقل یک گزینه به‌عنوان تجربه سوء رفتار فیزیکی حین زایمان در نظر گرفته شد. سؤالات برگرفته از بخش سوء رفتار فیزیکی چک‌لیست بی‌احترامی بدرفتاری حین زایمان بود که در مطالعه سیراج و همکاران (۱۱) مورد استفاده قرار گرفته بود. به‌منظور روایی محتوا نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان جمع‌آوری شد. پایائی چک‌لیست با استفاده از روش کور ریچاردسون ۰/۸۶ بود.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان (IR.MUK.REC.1399.293) و اخذ معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی و اخذ اجازه از رئیس بیمارستان قدس پاوه و مسئول بخش بعد از زایمان، پژوهشگر ضمن توضیح اهداف پژوهش به کارکنان بخش زایمان و کسب رضایت کتبی، از آن‌ها درخواست می‌کرد تا فرم ثبت مشخصات دموگرافیک عاملین زایمان را تکمیل نمایند؛ سپس با مراجعه روزانه به محل پژوهش در نوبت‌های صبح و عصر با استفاده از پرونده‌های بخش، افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه و ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها را مشخص می‌نمود و پس از معرفی خود با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، اهداف پژوهش را برای افراد واجد شرایط توضیح می‌داد و از آن‌ها رضایت آگاهانه کتبی اخذ می‌نمود و با قرار دادن فرم ثبت مشخصات فردی و مامائی و چک‌لیست سوء رفتار فیزیکی حین زایمان در اختیار مادران، نسبت به جمع‌آوری اطلاعات بلافاصله قبل از ترخیص اقدام می‌شد. پژوهشگر با حضور در کنار شرکت‌کنندگان در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها نسبت به پاسخگویی به سؤالات احتمالی آن‌ها اقدام می‌نمود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و آمار استنباطی (آنالیز رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۷/۱۱±۵/۶۱ سال بود. دارای تحصیلات متوسطه (۵۹/۸ درصد)، خانه‌دار (۸۷ درصد)، دارای همسران با تحصیلات دانشگاهی (۵۰ درصد)، با شغل آزاد (۵۱/۱ درصد)، دارای درآمد ماهانه متناسب با مخارج خانوار (۷۸/۳ درصد)، دارای یک فرزند (۵۷/۶ درصد)، فاقد بیماری منتقله از راه جنسی (۹۹/۶ درصد) و دارای مراقبت دوران بارداری (۹۲/۴ درصد) بودند. زایمان بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۳۵/۸ درصد) در شیفت عصر انجام شده بود و مداخلات داروئی (انتونوکس) و غیرداروئی طی زایمان جهت ۸۲/۶ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه انجام شده بود. روش زایمان بیشتر شرکت‌کنندگان (۶۰/۵ درصد) سزارین بود. عامل زایمان ۵۵/۸ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه، ماما بود و جهت ۸۶ درصد از آن‌ها از روش‌های کاهش درد داروئی یا غیر داروئی (پوزیشن، تنفس، ماساژ، تنس، انتونوکس) استفاده شده بود. ۷۱/۴ درصد

^۱ Amole

شرکت‌کنندگان در مطالعه در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت کرده بودند و ۸۶/۲ درصد هنگام بستری در بیمارستان همراه زایمانی داشتند. میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان $1/68 \pm 0/94$ و طول مدت بستری در بیمارستان شرکت‌کنندگان در مطالعه $1/0 \pm 64/637$ روز بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن عاملین	زایمان $37/15 \pm 5/099$ سال بود. اکثریت آن‌ها بومی (۶۴/۹ درصد)، دارای وضعیت استخدام ثابت (رسمی یا پیمانی) (۵۷/۳۴ درصد) با میانگین و انحراف معیار سابقه کار $7/39 \pm 4/083$ سال و $234/95 \pm 9/3$ ساعت کار در ماه و دارای رضایت نسبی از درآمد خود (۶۹/۲ درصد) بودند (جدول ۱ و ۲)
---	--

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و مامائی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	ابتدایی (۱-۶)	۳۲
	متوسطه (۷-۱۲)	۱۶۵
	دانشگاهی	۷۹
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۲۵۰
	شاغل	۳۶
سطح تحصیلات همسر	بی‌سواد	۴
	ابتدایی (۱-۶)	۱۵
	متوسطه (۷-۱۲)	۱۱۹
	دانشگاهی	۱۳۷
شغل همسر	کارمند	۸۴
	آزاد	۱۴۰
	کارگر	۴۱
	بیکار	۱۰
سطح درآمد خانوار	بیشتر از مخارج	۱۰
	در حد مخارج	۲۱۶
	کمتر از مخارج	۵۰
شیفت زایمان	صبح	۹۴
	عصر	۹۹
	شب	۸۳
روش زایمان	واژینال	۸۳
	سزارین	۱۰۹
حضور همراه در هنگام بستری	بلی	۲۳۸
	خیر	۳۸
استفاده از روش‌های داروئی و غیرداروئی	بلی	۲۴۶
	خیر	۴۰

جدول (۲): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک عاملین زایمان

متغیر	تعداد	درصد
وضعیت سکونت	بومی	۱۷۰
	غیربومی	۱۰۶
وضعیت استخدام	ثابت (رسمی و پیمانی)	۱۶۴
		۵۷/۳۴

متغیر	تعداد	درصد
طرحی	۸	۲/۹
قراردادی	۱۰۴	۳۷/۷
خیلی راضی	۸۵	۳۰/۸
رضایت نسبی	۱۹۱	۶۹/۲

مخدوش کننده، آن‌ها را به‌طور هم‌زمان در رگرسیون لجستیک چند متغیره وارد نموده و مخدوش کننده‌ها و تعدیل یافته‌های معنی‌دار قبلی حذف شد. نتایج حاصل از این مدل نشان داد که از بین متغیرهای مستقل موردبررسی، فقط داشتن تحصیلات دانشگاهی [OR=0.08, CI(0.014-0.457), $P<0.005$] و متوسطه [OR=0.106, CI(0.019-0.578), $P<0.009$] و درآمد ماهیانه متناسب [OR=0.104, CI(0.015-0.691), $P<0.019$] و کمتر از مخارج ماهیانه [OR=0.089, CI(0.01-0.734), $P<0.025$] در پیش‌بینی بروز سوء رفتار فیزیکی مؤثر بودند (جدول ۳).

یافته‌ها همچنین نشان داد که ۱۷ درصد از شرکت کنندگان سوء رفتار فیزیکی را تجربه کرده بودند. به‌منظور شناسایی مهم‌ترین مشخصات دموگرافیک مؤثر بر بروز سوء رفتار فیزیکی حین زایمان، ابتدا آنالیز رگرسیون لجستیک تک متغیره انجام شد و مقادیر دارای $P \leq 0.05$ شناسایی شدند. نتایج این آنالیز نشان داد که از بین مشخصات موردبررسی، سوء رفتار فیزیکی با وضعیت سطح تحصیلات، میزان درآمد خانوار، استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان و وضعیت استخدام عاملین زایمان دارای مقادیر p کمتر از ۰/۲ بودند؛ سپس به‌منظور حذف متغیرهای احتمالی

جدول (۳): عوامل مرتبط با سوء رفتار فیزیکی حین زایمان بر اساس رگرسیون لجستیک چند متغیره

متغیر	OR	P-Value	CI (95%)
ابتدائی	رفرنس		
متوسطه	۰/۱۰۶	۰/۰۰۹	۰/۰-۰۱۹/۵۷۸
دانشگاهی	۰/۰۸	۰/۰۰۵	۰/۰-۰۱۴/۴۵۷
بیشتر از مخارج	رفرنس		
متناسب با مخارج	۰/۱۰۴	۰/۰۱۹	۰/۰-۰۱۵/۶۹۱
کمتر از مخارج	۰/۰۸۹	۰/۰۲۵	۰/۰-۰۱۷/۳۴
بلی	رفرنس		
خیر	۰/۴	۰/۱۵	۰/۱-۱۳۲/۳۷
طرحی	رفرنس		
قراردادی	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۱-۴۴۱/۲
ثابت (رسمی/پیمانی)	۱/۶	۰/۲۶	۰/۳-۶۹۵/۸۴

نظیر سیلی زدن، هل دادن، نیشگون گرفتن، محکم گرفتن و محدود کردن دست یا پا حین زایمان تجربه کرده بودند. این میزان در مطالعات دیگر بین ۲ تا ۲/۷۵ درصد گزارش شده است (۲۷، ۲۶، ۷). در مطالعه آدینو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی بی‌احترامی و آزار در هنگام زایمان در مرکز اتیوپی پرداخته بودند، گزارش شد که کلیه زنان در طی زایمان مورد سوء رفتار فیزیکی قرار گرفته بودند و در این میان ۹۴/۹ درصد مجاز به انتخاب پوزیشن زایمان نبودند، ۸۷/۶ درصد بدون بی‌حسی اپیزوتومی شدند، ۸/۷ درصد مورد

بحث

سوء رفتار ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با زنان در طول فرآیند زایمان که نوعی خشونت فیزیکی تلقی می‌شوند، یک مشکل بین‌المللی است (۲۶) پیشگیری از این بدرفتاری با زنان در حین زایمان، یک دستور کار بین‌المللی برای حامیان سلامت مادر و کودک است. (۵). مراقبت محترمانه زایمان حق جهانی هر زن باردار است. بااین‌حال نتایج این مطالعه نشان داد ۱۷ درصد از شرکت‌کنندگان در طول زایمان، سوء رفتار فیزیکی را به اشکالی

نیشگون، لگد و سیلی قرار گرفتند و در نهایت ۸/۲ درصد با ابزار مورد ضربه قرار گرفتند (۲۷). در مطالعه حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۲۰) در شهر تبریز، از میان ۳۳۴ خانم زایمان کرده، ۲۵۳ نفر (۷۵/۷ درصد) مراقبت توأم با بی‌احترامی را در هنگام زایمان، گزارش دادند. شایع‌ترین نوع بی‌احترامی گزارش شده، محدود کردن مادر در حرکت و تغییر پوزیشن هنگام زایمان، توسط عاملین زایمان بود که از میان فاکتورهای بررسی‌شده توسط محققین، وقوع زایمان در شیفت شب و عدم حضور مراقب و همراه خصوصی، احتمال بروز مراقبت‌های همراه با بی‌احترامی را افزایش می‌داد (۲۸). در مطالعه شکیبازاده و همکاران (۲۰۲۱) در تهران نیز، همه شرکت‌کنندگان حداقل یک شکل از بی‌احترامی را گزارش کردند، که محدود شدن تحرک مادر، شایع‌ترین (۹۹/۷ درصد) بود و انگ و تبعیض کمترین شیوع (۴/۵ درصد) را داشت (۲۹).

در متاآنالیز انجام شده توسط کاسا^۱ و همکاران (۲۰۲۰) شیوع آزار زنان در هنگام زایمان در آفریقا، ۴۴/۰۹ درصد بود. شایع‌ترین آزار زنان سوء رفتار فیزیکی در هنگام زایمان با شیوع ۱۵/۷۷ درصد بود (۷). همچنین در مطالعه مسنتبرگ^۲ و همکاران (۲۰۱۸) که باهدف تعیین شیوع بی‌احترامی و سوءاستفاده از زنان در طول روند زایمان انجام گرفته بود، گزارش شد از مجموع ۴۲۷۵ زن حدود ۵ درصد سوء رفتار فیزیکی در هنگام زایمان را تجربه کرده‌اند (۳۰). در مطالعه باروز^۳ (۲۰۱۷)، تنها ۴/۴ درصد از زنان خشونت فیزیکی حین زایمان را گزارش داده‌اند (۱۳). این در حالی است که در مطالعه افولانی (۲۰۲۰) در کالیفرنیا، شیوع خشونت فیزیکی بالاتر و حدود ۳۷ درصد گزارش شده است (۱۲). در مطالعه مک ماهون^۴ و همکاران (۲۰۱۴) سوء رفتار فیزیکی به‌ندرت گزارش شد (۳۱). نتایج این مطالعات با یکدیگر و همچنین با مطالعه حاضر متفاوت است. در مطالعات مختلف در زمینه شیوع خشونت فیزیکی حین زایمان ارقام و اعداد متفاوتی گزارش شده است که این تنوع نرخ خشونت فیزیکی نه‌تنها به تفاوت سطوح آن بین شرایط و جوامع بستگی دارد، بلکه به تفاوت نظام مدیریت سلامت، انضباط و آموزش کارکنان، روش تحقیق، فن‌های نمونه‌گیری و تفاوت‌های فرهنگی در تمایل پاسخگویان در افشای تجارب خود از خشونت فیزیکی مربوط می‌شود.

از محرک‌ها و توانمندسازهای سوء رفتار فیزیکی زنان حین زایمان می‌توان به عوامل ساختاری و بین فردی اشاره کرد. در مطالعه حاضر از بین مشخصات موردبررسی وضعیت سطح تحصیلات، میزان درآمد خانوار در پیش‌بینی بروز سوء رفتار فیزیکی مؤثر بودند.

بطوریکه شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات متوسطه و دارای درآمد ماهانه متناسب و کمتر از مخارج سوء رفتار فیزیکی کمتری را گزارش نمودند. در مطالعه متیوس^۵ و همکاران (۲۰۲۲) نیز از مهم‌ترین عوامل مرتبط با سوء رفتار فیزیکی زنان به ویژگی‌های زنان و ماماها اشاره شده است. ویژگی‌های مرتبط با زنان شامل سن، جنسیت، ظاهر فیزیکی و تحصیلات بود. همچنین ویژگی‌های مرتبط با ماما شامل جنسیت، حجم کاری، سلسله‌مراتب پزشکی، قلدری و ناتوانی بود (۳۲). در این مطالعه نیز مشابه با مطالعه حاضر مشخصات زنان و ماماها موردبررسی قرار گرفته‌اند و تحصیلات زنان زایمان کرده به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز سوء رفتار فیزیکی حین زایمان زنان معرفی شده است. در واقع در مطالعه متیوس و همکاران (۲۰۲۲) بی‌سوادی را عامل آسیب‌پذیری زنان می‌دانند به‌طوری‌که زنانی که سطح سواد بالاتری دارند به حقوق خود آگاهی بیشتری خواهند داشت و کمتر احتمال دارد مورد سوء رفتار فیزیکی قرار گیرند (۳۲). در مطالعه آدینو^۶ و همکاران (۲۰۲۱) از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سوء رفتار فیزیکی با زنان سکونت در روستا، زایمان در بیمارستان، درآمد ماهیانه کمتر از ۵۷ دلار، حضور ارائه‌دهندگان خدمت زن و ماما اشاره شده است. در این مطالعه مشابه با مطالعه حاضر سطح درآمد ماهیانه با میزان بدرفتاری زنان در حین زایمان ارتباط معناداری داشت. در واقع زنانی که وضعیت اقتصادی پایین‌تری داشتند، بیشتر احتمال داشت مورد بدرفتاری قرار گیرند (۲۷). این در حالی است که نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنانی که دارای درآمد ماهانه متناسب و کمتر از مخارج بودند، سوء رفتار فیزیکی کمتری را تجربه کرده‌اند. شاید دلیل این اختلاف تفاوت در فرهنگ و نگرش‌های اجتماعی غالب نسبت به افراد با پیشینه‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف در دو کشور مختلف باشد. همچنین در یک مطالعه انجام شده در هند سن به‌عنوان عامل زمینه‌ساز، سوء رفتار حین زایمان معرفی شده است و بالاترین شیوع سوء رفتار حین زایمان مربوط به زنان بالای ۳۵ سال است (۳۲). مطالعه دیگری نیز نشان داد که زنان مسن بیشتر احتمال دارد مورد سوء رفتار حین زایمان قرار گیرند (۳۳). این در حالی است که در مطالعه ابویا^۷ و همکاران (۳۴) هیچ ارتباطی بین سوء رفتار حین زایمان با مشخصات سن مادر، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و حضور همراه پیدا نشد. بر اساس نتایج مطالعات مختلف سوء رفتار فیزیکی حین زایمان همواره وجود دارد. محرک‌ها و توانمندسازی‌ها می‌توانند عوامل ساختاری و بین فردی باشند. در مطالعه حاضر نیز از بین مشخصات موردبررسی وضعیت سطح تحصیلات، میزان درآمد

8. Matthews

9. Adinew

10. abuya

4. kassa

5. Mesenburg

3 Burrowes

7. McMahon

نسبت به حقوق خود در گزارش سوء رفتار باشد. بنابراین توجه به افزایش سطح آگاهی زنان نسبت به حقوق خود، بالأخص در اقشار ضعیف، می‌تواند در بهبود خدمات ارائه‌شده به آن‌ها مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه، همکار پژوهشی و همه شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع:

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی:

منابع مالی این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی کردستان تأمین شده است.

ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه با مجوز کمی‌ته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره IR.MUK.REC.1399.293 انجام شده است.

References:

1. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OM, Feigl AB, Graham WJ, Hatt L, Hodgins S, Matthews Z, McDougall L. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet* 2016;388:2307–20.
2. Tunc, alp O, Were W, MacLennan C. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Int J Obstet Gynaecol* 2015;122:1045–9.
3. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
4. WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
5. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters* 2018;26(53):6–18.

خانوار در پیش‌بینی بروز سوء رفتار فیزیکی مؤثر بودند. اما نتایج مطالعات مختلف در زمینه ارتباط بین این عوامل با سوء رفتار فیزیکی حین زایمان متناقض است و نیازمند انجام مطالعات بیشتر در این زمینه است. با شناسایی عوامل فردی و زمینه‌ای مرتبط با سوء رفتار فیزیکی گروه‌های آسیب‌پذیر شناسایی خواهند شد. با شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و حساس کردن مراقبین و مسئولین بهداشتی خواهیم توانست گامی در جهت کاهش شیوع سوء رفتار فیزیکی حین زایمان برداشت. از مهم‌ترین نقاط ضعف این مطالعه این بود که زنان بی‌سواد وارد مطالعه نشده بودند، بنابراین توصیه می‌شود در مطالعات آتی این نکته مدنظر قرار گیرد. همچنین از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که این مطالعه برای اولین بار در کشور ایران انجام گرفت.

نتیجه‌گیری

گزارش کمتر سوء رفتار فیزیکی در زنان دارای سطح اقتصادی ضعیف و تحصیلات بالاتر می‌تواند منعکس‌کننده نقش سطح انتظار زنان از حق خود در دریافت مراقبت‌های محترمانه و آگاهی آن‌ها

6. Alliance WR. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. *BMC Pregn Childbirth* 2014;23:11-18.
7. Kassa Z, Tsegaye B, Abeje A. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Int Health Hum Rights* 2020;20:23. <https://doi.org/10.1186/s12914-020-00242-y>
8. Honikman S, Fawcus S, Meintjes I. Abuse in south African maternity settings is a disgrace: potential solutions to the problem. *S Afr Med J* 2015; 105(4): 284–6.
9. Gebremichael MW, Worku A, Medhanyie AA, Edin K, Berhane Y. Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective. *BMC Pregn Childbirth* 2018;18: 392.
10. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries—

- phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health* 2015;12(1):60.
11. Siraj A, Tekla W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregn Childbirth* 2019;19:185. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>
 12. Afulani PA, Kelly AM, Buback L, Asunka J, Kirumbi L, Lyndon A. Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: a mixed-methods study in Kenya. *Health Policy Plann* 2020;35:577–86.
 13. Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregn Childbirth* 2017;17:263. doi:10.1186/s12884-017-1442-1.
 14. Rominski SD, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer CA. When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out": justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy Plann* 2017; 32: 215–24.
 15. Bohren MA, Vogel JP, Tuncalp O. By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja. *SSM Popul Health* 2016;2:640–55
 16. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters* 2018;26:6–18.
 17. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12(6):e1001847
 18. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC Pregn Childbirth* 2023;23(1):1-8.
 19. Nyirenda H. T, Mubita B, Choka N, Mulenga D, Kapesha R. Postpartum depression among postnatal women as a result of disrespect and abuse during labour and delivery. *J Preg Child Health* 2020;3:109.
 20. Fares KK, Ahmed HM. Effect of respectful maternity care and effective communication during labor on postpartum depression: an interventional study. *Pak J Med Health Sci* 2021;15.
 21. Hajizadeh K, Mirghafourvand M. Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: a prospective study. *Ann Gen Psychiatry* 2021;20(1):1-8.
 22. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health* 2017;14:66.
 23. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* 2017;14(1):127.
 24. World Health Organization. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. 2018; Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272818/WHO-RHR-18.14-eng.pdf?ua=1>
 25. Amole T, Tukur M, Farouk S, Ashimi A. Disrespect and abuse during facility based childbirth: The experience of mothers in Kano, Northern Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol* 2019;36(1):21-7. DOI: 10.4103/TJOG.TJOG_77_18.
 26. Sando D, Ratcliffe H, McDonald M, Spiegelman D, Lyatuu G, Sandoal M. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregn Childbirth* 2016;16:236. DOI 10.1186/s12884-016-1019-4.
 27. Adinew H, Helen H, Marshall A, Kelly J. Care providers' perspectives on disrespect and abuse of women during facility-based childbirth in Africa: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evid Synth* 2020;18(5):1057-63.

28. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Prevalence and predictors of perceived disrespectful maternity care in postpartum Iranian women: a cross-sectional study. *BMC Pregn Childbirth* 2020;20(1):1-10.
29. Shakibazadeh E, TAherkhani F, Tajvar M. Prevalence of disrespectful behavior towards mothers in maternity department of Tehran University of Medical Sciences' hospitals and its associated factors. *Hayat* 2021;27(3):262.
30. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, da Silveira MF. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health* 2018;15:54. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>.
31. McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregn Childbirth* 2014;14:268. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/268>.
32. Matthews Z, Mayra K, Padmadas S. Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India? *Women Birth* 2022;35(1):49-59.
33. Miltenburg A, Pelt SV, Meguid T, Sundby J. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reprod Health Matters* 2018;26(53):88-106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>.
34. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS ONE* 10(4): e0123606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>.

INVESTIGATING THE LEVEL OF PHYSICAL ABUSE DURING CHILDBIRTH AND ITS RELATED FACTORS IN WOMEN HOSPITALIZED IN THE POSTPARTUM WARD OF GHODS HOSPITAL IN PAVEH

Seyedeh Soma Zakriaee¹, Leila Hashemi Nesab², Jila Hosseini Tabar³, Soma Bahmani^{4*}, Kamiyar Mansouri⁵

Received: 07 January, 2023; Accepted: 18 June, 2024

Abstract

Background & Aim: Midwifery violence has become a prominent global issue in the past decade, yet it has not received sufficient attention in Iran. Therefore, this study was conducted to investigate the level of physical abuse during childbirth and its related factors in women hospitalized in the postpartum ward of Ghods Hospital in Paveh.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted on women who gave birth and were hospitalized at Ghods Hospital, Paveh, Iran and met the inclusion criteria. The data collection tool was a questionnaire on mothers' personal and midwifery characteristics, as well as a checklist of disrespect and misbehavior during childbirth. Two hundred and seventy-six participants were selected using convenience sampling. The data was analyzed using SPSS 21 statistical software and univariate and multivariate logistic regression tests. The significance level was considered $p < 0.05$.

Results: The results revealed that 17% of the participants had experienced physical abuse. Among the examined characteristics, the level of education and household income had a significant effect on the incidence of physical abuse ($p < 0.05$).

Conclusion: The low incidence of misbehavior during childbirth among women with low economic income and higher education may indicate the influence of expectations of women of receiving respectful care and their awareness of their rights to report mistreatment. Therefore, increasing awareness of women of their rights, particularly in marginalized communities, can effectively enhance their care.

Keywords: Abuse, Childbirth, Midwifery Violence

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Tel: +989036201217

Email: soma.bahmani25@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Instructor of Midwifery Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² Midwifery instructor, Clinical Care Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³ Master of Midwifery, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author)

⁵ Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran