بررسی ابعاد خشونت زایمانی و عوامل مرتبط با آن در بخش‌های زایمان در شهر کاشان در سال ۱۴۰۳

ملوک جعفرپور[۱]، سعیده نصیری[۲،۳]، فاطمه عباس‌زاده[۲،۳*]

۱. دکترای تخصصی سلامت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۳. دکترای تخصصی سلامت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۶/۰۹

خلاصه

مقدمه: خشونت زایمانی به رفتارها و مراقبت‌های نامناسب در فرآیند بارداری و زایمان اطلاق می‌شود که می‌تواند پیامدهای جسمی و روانی متعددی برای مادران داشته باشد. شناسایی ابعاد و عوامل مرتبط با این پدیده، گامی مؤثر در جهت پیشگیری از آن و ارتقای کیفیت مراقبت‌های زایمانی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد خشونت زایمانی و عوامل مرتبط با آن در بخش‌های زایمان شهر کاشان انجام شد.

روش‌کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۴۰۳ بر روی ۳۹۵ مادر بستری شده در بخش پس از زایمان در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر کاشان انجام شد. داده‌های مربوط به خشونت زایمانی با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و مامایی و پرسش‌نامه سنجش خشونت زایمانی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های کای‌دو، دقیق فیشر، تحلیل واریانس و رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیشترین میانگین نمره در بُعد «آزار روانی و جسمی» مربوط به نامناسب‌بودن محیط بود. در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای»، ۹۴ نفر (۲۳/۸٪) از زنان تجربه معاینه خشن را گزارش کردند. در بُعد «تأخیر در مراقبت»، بیشترین فراوانی پاسخ‌ها مربوط به گزینه «هیچ‌وقت» بود. در بُعد «حمایت خانواده»، بیشترین میانگین نمره به احساس خستگی و فرسودگی ناشی از کمبود حمایت خانواده و همسر اختصاص داشت. بر اساس نتایج رگرسیون، میزان تحصیلات، درآمد، تعداد حاملگی و نوع مراقب با برخی از ابعاد خشونت زایمانی ارتباط معنی‌داری داشتند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه، ملیت، تعداد حاملگی و نوع مراقب زایمان با ابعاد مختلف خشونت زایمانی ارتباط معنی‌داری دارند. شناسایی این عوامل می‌تواند در شناسایی گروه‌های در معرض خطر و برنامه‌ریزی مداخلات هدفمند برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های زایمانی و رعایت حقوق مادران مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: بخش زایمان، خشونت زایمانی، مراقبت حین زایمان

* **نویسنده مسئول مکاتبات:** فاطمه عباس‌زاده؛ مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. **تلفن:** ۰۳۱-۵۵۵۴۰۰۲۱؛ **پست الکترونیک:** faabbasadehs@yahoo.com

مقدمه

بارداری و زایمان، از رویدادهای بنیادین زندگی زنان هستند که با پیامدهای گسترده جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و فرهنگی همراه‌اند و آنان را در برابر آسیب‌های احتمالی آسیب‌پذیر می‌سازند (۱). در این فرآیند، برخورداری از همدلی و حمایت، رعایت محرمانگی و حفظ احترام، از الزامات اساسی مراقبت‌های مطلوب محسوب می‌شود (۲). با وجود این، شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از زنان هنگام دریافت خدمات زایمانی با اشکال مختلف آشکار و پنهان بی‌احترامی و سوءاستفاده از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت مواجه می‌شوند (۳)؛ مسئله‌ای که به‌عنوان یکی از چالش‌های جدی نظام سلامت زنان در سطح جهانی شناخته شده است. اصطلاحات گوناگونی برای توصیف این پدیده در متون علمی به کار رفته‌اند؛ از جمله «بی‌احترامی و توهین»[1]، «بدرفتاری»[2] و اخیراً، «خشونت زایمانی»[3]. استفاده از اصطلاح «خشونت زایمانی» در مقایسه با اصطلاحات خنثی‌تر، با هدف برجسته‌سازی ماهیت خشونت‌آمیز این رفتارها و مقابله با شیوه‌های پنهان و نهادینه‌شده نقض حقوق زنان مطرح شده است (۴).

گرچه اصطلاحات «بی‌احترامی و سوءرفتار»، «بدرفتاری در دوران زایمان» و «خشونت زایمانی» در مطالعات مختلف به کار رفته‌اند، از نظر مفهومی تفاوت‌هایی میان آن‌ها وجود دارد. اصطلاح «بی‌احترامی و سوءرفتار» بیشتر بر رفتارهای نامناسب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تمرکز دارد، در حالی که مفهوم «بدرفتاری» دامنه گسترده‌تری از رفتارهای فردی و نارسایی‌های نظام سلامت را در بر می‌گیرد. در سال‌های اخیر، اصطلاح «خشونت زایمانی» با هدف تأکید بر نقض حقوق و کرامت انسانی زنان و نقش ساختارهای قدرت در مراقبت‌های زایمانی مطرح شده است (۵، ۶). در مطالعه حاضر، با توجه به استفاده از پرسش‌نامه استاندارد تجربه خشونت زایمانی (CBVQ)[4]، منظور از خشونت زایمانی، مجموعه‌ای از تجربیات منفی زنان در طول دریافت خدمات زایمانی است که در ابعاد رفتار ارائه‌دهندگان مراقبت، کیفیت مراقبت، تعاملات حمایتی و تجربه محیط زایمان سنجیده می‌شود. بنابراین، تعریف عملیاتی این سازه در پژوهش حاضر بر اساس ابعاد ارزیابی‌شده با استفاده از این ابزار تعیین شده است (۷).

خشونت در فرآیند زایمان می‌تواند پیامدهای گسترده و چندبُعدی بر سلامت جسمی و روانی زنان به دنبال داشته باشد. از منظر جسمی، این نوع خشونت می‌تواند منجر به عوارضی نظیر آسیب‌های فیزیکی، عفونت‌های پس از زایمان، خونریزی شدید و سایر مشکلات پزشکی شود (۵، ۸). شیوع بالای افسردگی پس از زایمان، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[5]، سازگاری نامناسب با نقش مادری، مشکلات شیردهی و کاهش تمایل به داشتن فرزندان بیشتر در میان زنانی که خشونت زایمانی را تجربه می‌کنند، گزارش شده است (۹، ۱۰). هنگامی که ارائه‌دهنده خدمات درمانی، مادر را تحقیر می‌کند، به او توهین می‌کند یا با او بدرفتاری می‌کند، اعتمادبه‌نفس او در مراقبت از نوزاد کاهش می‌یابد؛ بنابراین، این رفتارها می‌توانند تأثیر منفی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان داشته باشند (۱۱). علاوه بر این، خشونت زایمانی می‌تواند موجب کاهش اعتماد زنان به نظام سلامت و اجتناب آنان از مراجعه به مراکز بهداشتی در بارداری‌های بعدی شود که این امر می‌تواند خطرات بیشتری برای سلامت مادر به همراه داشته باشد (۱۲، ۱۳).

خشونت زایمانی به مجموعه‌ای از رفتارها یا مداخلات نامناسب از سوی نظام سلامت یا ارائه‌دهندگان خدمات اطلاق می‌شود که می‌توانند موجب آسیب جسمی یا روانی یا نقض کرامت زنان در دوران زایمان شوند (۵، ۸). برخی مداخلات پزشکی، مانند معاینات مکرر واژینال، اپی‌زیاتومی یا سزارین، در صورت انجام بدون اندیکاسیون پزشکی، بدون کسب رضایت آگاهانه یا بدون رعایت کرامت و حقوق زنان، می‌توانند به‌عنوان مصادیقی از مراقبت غیرمحترمانه یا خشونت زایمانی

[1] Disrespect and abuse
[2] Mistreatment
[3] Obstetric violence
[4] Childbirth Violence Questionnaire
[5] Post-traumatic stress disorder

تجربه شوند (۱۴، ۱۵). تأخیر در ارائه مراقبت یا کوتاهی در درمان، که ممکن است ناشی از کمبود نیروی انسانی، ازدحام بیماران یا تبعیض ساختاری باشد، در برخی مطالعات تا ۶۰٪ از زنان را تحت تأثیر قرار داده و با افزایش خطر عوارض زایمانی و استرس شدید همراه بوده است (۱۶).

از آنجایی که پرسش‌نامه CBVQ علاوه بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمات، برخی ابعاد مرتبط با تجربه حمایتی زنان را نیز ارزیابی می‌کند، مؤلفه «خلأ حمایت خانواده» در این مطالعه به‌عنوان یکی از ابعاد تجربه زایمان مورد بررسی قرار گرفت. این مؤلفه به‌منزله رفتار خشونت‌آمیز ارائه‌دهندگان مراقبت تلقی نمی‌شود، بلکه به‌عنوان عاملی زمینه‌ای و مؤثر بر تجربه زنان از زایمان و احساس امنیت، حمایت و رضایت آنان تفسیر می‌شود. در کنار آن، محدودیت در حضور همراه یا برخورداری از حمایت خانوادگی حین زایمان نیز به‌عنوان یکی از عوامل افزایش‌دهنده احساس آسیب‌پذیری و بی‌پناهی زنان شناسایی شده است (۱۷).

در ایران نیز، همانند بسیاری از کشورهای دیگر، شواهد پژوهشی وجود خشونت زایمانی را تأیید می‌کنند (۱۸، ۱۹). همچنین، در این مطالعات، شایع‌ترین انواع بدرفتاری شامل «اجازه ندادن به زنان برای تحرک، مصرف مایعات و داشتن همراه» (۱۸) و مراقبت بدون رضایت (۱۰۰٪) و غفلت یا رها کردن مادر (۹۲/۴٪) گزارش شده‌اند (۱۹).

در مطالعات انجام‌شده، عوامل مختلفی در ارتباط با بدرفتاری‌های زایمانی گزارش شده‌اند. در برخی مطالعات، طبقه اجتماعی پایین (۲۰)، فقر مالی زنان (۲۱)، سطح پایین تحصیلات (۲۲) و سن کمتر (۲۳) به‌عنوان عوامل مؤثر بر بدرفتاری در بخش زایمان معرفی شده‌اند؛ بااین‌حال، مطالعات دیگری وضعیت اقتصادی بالا (۱۸، ۲۴) و سطح بالای تحصیلات (۲۵) را از عوامل مرتبط با رفتارهای غیرمحترمانه در بخش زایمان دانسته‌اند.

خشونت زایمانی، به‌عنوان یک معضل جهانی، با پیامدهای جسمی و روانی جدی برای مادران همراه است و شیوع قابل‌توجه آن در کشورهای مختلف، ضرورت شناسایی دقیق عوامل خطر و تدوین راهکارهای پیشگیرانه را بیش از پیش برجسته می‌کند (۲۶). همچنین، با توجه به اینکه ابعاد خشونت زایمانی تحت تأثیر شرایط فرهنگی و اجتماعی هر جامعه قرار دارند (۷، ۲۷)، انجام مطالعات بومی در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد خشونت زایمانی و عوامل مرتبط با آن در بخش‌های زایمان شهر کاشان انجام شد.

روش‌کار

این مطالعه توصیفی مقطعی[1] در سال ۱۴۰۳ و با هدف تعیین ابعاد خشونت زایمانی و عوامل مرتبط با آن در بخش‌های زایمان شهر کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس در تمامی بیمارستان‌های دولتی (بیمارستان شهید بهشتی و زایشگاه شبیه‌خوانی) و خصوصی (بیمارستان‌های میلاد و یثربی) شهر کاشان، طی بازه زمانی خرداد تا بهمن ۱۴۰۳ انجام گرفت. از زنان زایمان‌کرده‌ای که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، برای شرکت در پژوهش دعوت شد. اهداف و روش‌های مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنان خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را امضاء کنند. پرسش‌نامه‌ها پیش از ترخیص، توسط مادران بستری‌شده در بخش پس از زایمان تکمیل شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زایمان اخیر در یکی از بیمارستان‌های دولتی یا خصوصی شهر کاشان، زندگی مشترک با همسر، نداشتن اختلالات روانی مانند افسردگی (بر اساس خودگزارش‌دهی و پرونده ثبت شده بیمار)، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، نداشتن سابقه مواجهه با حوادث استرس‌زا نظیر فوت عزیزان، طی ۶ ماه پیش از زایمان، نداشتن بیماری‌های صعب‌العلاج، نداشتن ناهنجاری عمده در نوزاد و تمایل به شرکت در مطالعه بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه نیز به‌عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد یک نسبت در مطالعات مقطعی، با سطح اطمینان ۹۵٪ (Z=۱/۹۶)،

[1] Cross-sectional

خطای مجاز ۵٪ (d=۰/۰۵) و با در نظر گرفتن مقدار p=۰/۵ محاسبه شد. مقدار p=۰/۵ به‌منظور دستیابی به حداکثر حجم نمونه انتخاب شد. بر این اساس، حجم نمونه ۳۸۴ نفر محاسبه شد که با احتساب ۵٪ ریزش، حجم نمونه نهایی ۴۰۰ نفر تعیین گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک (۱۰ سؤال)، فرم اطلاعات حاملگی و عوامل مرتبط با زایمان (۱۵ سؤال) و پرسش‌نامه سنجش خشونت زایمانی (CBVQ) بود. این پرسش‌نامه در مطالعه روان‌سنجی انجام‌شده توسط جعفرپور و همکاران (۲۰۲۵) در زنان ایرانی اعتبارسنجی شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ ابعاد آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰، ضریب همبستگی درون‌خوشه‌ای[1] برابر با ۰/۹۵ و خطای معیار اندازه‌گیری[2] برابر با ۳/۲ گزارش شده است.

پرسش‌نامه خشونت زایمانی شامل ۳۴ سؤال در چهار بُعد آزار روانی و جسمی (۱۴ سؤال)، مراقبت غیرحرفه‌ای (۱۴ سؤال)، تأخیر در مراقبت (۳ سؤال) و خلأ حمایت خانواده (۳ سؤال) است. سؤال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل «هیچ‌وقت» (۱)، «به‌ندرت» (۲)، «بعضی اوقات» (۳)، «اغلب» (۴) و «همیشه» (۵) نمره‌گذاری شدند (۷).

نوع مراقب زایمان: بر اساس گزارش مادر، فردی که بیشترین میزان مراقبت را در طول بستری و فرآیند لیبر ارائه کرده بود، به‌عنوان مراقب زایمان تعیین شد و در یکی از سه گروه ماما، متخصص زنان و زایمان یا دستیار تخصصی زنان و زایمان قرار گرفت. این طبقه‌بندی صرفاً بر اساس فردی انجام شد که مادر بیشترین میزان مراقبت را از وی دریافت کرده بود و به معنای عدم مشارکت سایر اعضای تیم درمان در فرآیند مراقبت نبود.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد.

جهت بررسی ارتباط بین نمره خشونت زایمانی و متغیرهای مستقل از آزمون‌های کای‌دو و دقیق فیشر استفاده شد. سپس، به‌منظور تعیین عوامل مرتبط با هر یک از ابعاد خشونت زایمانی، چهار مدل رگرسیون خطی چندگانه با روش ورود هم‌زمان متغیرها (Enter) اجرا شد. در هر مدل، یکی از ابعاد خشونت زایمانی، شامل آزار روانی و جسمی، مراقبت غیرحرفه‌ای، تأخیر در مراقبت و خلأ حمایت خانواده، به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. متغیرهای مستقل شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه، وضعیت منزل مسکونی، محل سکونت، ملیت، تعداد حاملگی، تعداد سقط، زمان زایمان، بارداری ناخواسته، طول مدت لیبر، محل انجام زایمان، نوع مراقب زایمان (فردی که بیشترین میزان مراقبت را ارائه کرده بود)، عامل زایمان و داشتن مامای همراه بودند که به‌طور هم‌زمان وارد مدل شدند.

با توجه به هم‌پوشانی احتمالی بین متغیرهای «محل انجام زایمان» و «نوع مراقب زایمان»، هم‌خطی این دو متغیر با استفاده از شاخص‌های تحمل[3] و عامل تورم واریانس (VIF)[4] بررسی شد. نتایج نشان داد که هم‌خطی قابل‌توجهی بین این دو متغیر وجود نداشت؛ بنابراین، هر دو متغیر در مدل رگرسیون حفظ شدند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۲۸/۷۸±۶/۳۶ سال و دامنه سنی آنان از ۱۶ تا ۴۵ سال متغیر بود. از نظر سطح تحصیلات، ۱۷۱ نفر (۴۳/۳٪) از زنان دارای تحصیلات در سطح دبیرستان بودند. همچنین ۱۶۶ نفر (۴۲٪) از زنان گزارش کردند که نخستین زایمان خود را تجربه کرده‌اند. در میان شرکت‌کنندگان، ۳۶۱ نفر (۹۰/۳٪) زایمان خود را در بیمارستان دولتی انجام داده بودند (جدول ۱).

[1] Intraclass Correlation Coefficient
[2] Standard Error of Measurement
[3] Tolerance
[4] Variance Inflation Factor

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی مادران بخش زایمان شهر کاشان در سال ۱۴۰۳

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	
سن (سال)	۲۸/۷۸ ± ۶/۳۶	
سن همسر (سال)	۳۲/۶ ± ۹۷/۵۵	
مدت زمان زایمان (ساعت)	۱۱/۷ ± ۰۴/۵۰	
متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	بیشتر از ۲۵	۱۳۷	۳۴/۷
	۲۵-۲۹	۸۷	۲۲
	۳۰-۳۴	۷۶	۱۹/۲
	بیشتر یا مساوی ۳۵	۹۵	۲۴/۱
تحصیلات	دبستان و راهنمایی	۱۱۰	۲۷/۸
	دبیرستان	۱۷۱	۴۳/۳
	دانشگاه	۱۱۴	۲۸/۹
میزان تحصیلات همسر	دبستان و راهنمایی	۱۳۸	۳۴/۹
	دبیرستان	۱۶۲	۴۱
	دانشگاه	۹۵	۲۴/۱
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۳۹۰	۹۸/۷
	شاغل	۵	۱/۳
وضعیت شغلی همسر	شاغل	۳۹۳	۹۹/۵
	بیکار	۲	۰/۵
تعداد حاملگی	۱	۱۲۹	۳۲/۷
	۲	۱۱۹	۳۰/۱
	۳	۱۴۷	۳۷/۲
تعداد زایمان	۱	۱۶۶	۴۲
	۲	۱۲۶	۳۱/۹
	بیشتر یا مساوی ۳	۱۰۳	۲۶/۱
تعداد فرزند زنده	۱	۱۶۹	۴۲
	۲	۱۲۸	۳۲/۴
	بیشتر یا مساوی ۳	۹۸	۲۴/۸
تعداد سقط	۰	۲۹۵	۷۴/۷
	۲	۸۲	۲۰/۸
	بیشتر یا مساوی ۲	۱۸	۴/۵
ملیت	ایرانی	۲۸۳	۷۱/۶
	غیر ایرانی	۱۱۲	۲۸/۴
وضعیت درآمد ماهیانه	نامطلوب	۶۰	۱۵/۳
	متوسط	۳۱۳	۷۹/۳
	مطلوب	۲۲	۵/۴
وضعیت منزل مسکونی	ملکی	۱۹۸	۵۰/۱
	استیجاری	۱۹۷	۴۹/۹
محل سکونت	شهری	۳۵۶	۹۰/۳
	روستایی	۳۹	۹/۷
زمان زایمان	شیفت صبح	۱۶۸	۴۲/۵
	شیفت عصر	۱۰۴	۲۶/۳

	شیفت شب	۱۲۳	۳۱/۲
حاملگی ناخواسته	بله	۹۳	۲۳/۵
	خیر	۳۰۲	۷۶/۵
نوع مراقب زایمان	دستیار متخصص زنان	۹۳	۲۳/۵
	ماما	۲۷۸	۷۰/۴
	دانشجوی مامایی	۲۴	۶/۱
داشتن ماما همراه در بخش زایمان	بله	۵۴	۱۳/۷
	خیر	۳۴۱	۸۶/۳
محل انجام زایمان	بیمارستان دولتی	۳۶۱	۹۰/۳
	بیمارستان خصوصی	۳۹	۹/۷
عامل زایمان	پزشک	۱۵۱	۳۸/۳
	ماما	۲۴۴	۶۱/۷

بیشترین میانگین نمره در بُعد «آزار روانی و جسمی» خشونت زایمانی، مربوط به گزینه «نامناسب بودن محیط بیمارستان (شامل فضا، نظم، سر و صدا، نظافت، دما و ...) برایم عذاب‌آور بود» با میانگین نمره ۱/۴۶ بود. پس از آن، گزینه‌های «در صورت عدم همکاری با پرسنل، با مسائلی مانند رها شدن یا خودداری از ارائه مراقبت تهدید می‌شدم» با میانگین نمره ۱/۱۶ و «نامطلوب بودن وسایل و تخت بستری یا زایمان» با میانگین نمره ۱/۱۵، به‌ترتیب بیشترین نمره‌ها را به خود اختصاص دادند. کمترین میانگین نمره در این بُعد، برابر با ۱/۰۳، مربوط به گزینه «بدون ارائه توضیح، از رفتن به دستشویی یا قدم‌زدن در اتاق زایمان ممانعت می‌شد» بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بُعد «آزار روانی و جسمی» خشونت زایمانی در بخش زایمان در شهر کاشان، ۱۴۰۳

گزینه	همیشه تعداد (درصد)	اغلب اوقات تعداد (درصد)	بعضی اوقات تعداد (درصد)	به‌ندرت تعداد (درصد)	هیچ وقت تعداد (درصد)	میانگین نمره
هنگام بستری در بیمارستان، به حال خود رها می‌شدم.	۲ (۰/۵)	-	۵ (۱/۳)	۳ (۰/۸)	۳۸۵ (۹۷/۵)	۱/۰۵
به‌علت عدم توان پرداخت هزینه بستری، بیمارستان از ارائه مراقبت و ترخیص من ممانعت می‌کرد.	۵۱ (۱۲/۹)	-	-	۲ (۰/۵)	۳۴۲ (۹۶/۶)	۱/۵۳
بدون اینکه از من اجازه‌ای گرفته شود، اقدامات متعددی مانند معاینه، زدن کیسه آب، تزریق آمپول فشار و ... برای من انجام می‌شد.	۳۷ (۹/۴)	۶ (۱/۵)	۲ (۰/۵)	۶ (۱/۵)	۳۴۴ (۸۷/۱)	۱/۴۵
از اینکه به سؤالات من جواب داده نمی‌شد، عصبی می‌شدم.	۱۶ (۴/۱)	۳ (۰/۸)	۷ (۱/۸)	۴ (۱/۰)	۳۶۵ (۹۲/۴)	۱/۲۳
از اینکه در طول بستری در بیمارستان، اجازه حضور همراه به من داده نمی‌شد، رنج می‌کشیدم.	۵ (۱/۳)	-	۱ (۰/۳)	-	۳۸۹ (۹۸/۵)	۱/۰۶
عدم معرفی پرسنل به من و آشنا نبودن با آنان باعث اضطراب من می‌شد.	۹ (۲/۳)	۲ (۰/۵)	۲ (۰/۵)	۴ (۱/۰)	۳۷۸ (۹۵/۷)	۱/۱۳
نسبت به تسکین و کاهش دردهای من (درد زایمان، درد پس از زایمان و ...) بی‌توجه بودند.	۲۶ (۶/۶)	۳ (۰/۸)	۵ (۱/۳)	۶ (۱/۵)	۳۵۵ (۸۹/۹)	۱/۳۳
به شیوه خشن و نامناسبی معاینه می‌شدم.	۶۴ (۱۶/۲)	۸ (۲/۰)	۷ (۱/۸)	۱۵ (۳/۸)	۳۰۱ (۷۶/۲)	۱/۷۹
نسبت به آموزش‌های لازم پس از زایمان (مراقبت از بخیه‌ها، تغذیه و شیرهی نوزاد) بی‌توجه بودند.	۳۳ (۸/۴)	۹ (۲/۳)	۲ (۰/۵)	۱۰ (۲/۵)	۳۴۱ (۸۶/۳)	۱/۴۴
هنگام بستری در بیمارستان، حریم خصوصی من نادیده گرفته می‌شد.	۱۴ (۳/۵)	۲ (۰/۵)	۲ (۰/۵)	۴ (۱/۰)	۳۷۳ (۹۴/۵)	۱/۱۸

با صحبت‌های ناامید کننده در خصوص زایمان و عواقب آن مورد تهدید قرار می‌گرفتم.	۷ (۱/۸)	۲ (۰/۵)	۴ (۱/۰)	۱ (۰/۳)	۳۸۱ (۹۶/۵)	۱/۱۱
نیازها و درخواست‌های من (گرسنگی، تشنگی، استراحت و خواب) نادیده گرفته می‌شد.	۵ (۱/۳)	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۵)	۳ (۰/۸)	۳۸۳ (۹۷/۳)	۱/۲۴
از اینکه احساس می‌کردم تبدیل به ابزاری برای آموزش و تمرین شده‌ام، عذاب می‌کشیدم.	۲۳ (۵/۸)	۳ (۰/۸)	۴ (۱/۰)	۴ (۱/۰)	۳۶۱ (۹۱/۴)	۱/۲۹
بدون اینکه توضیح دهند، داروهای متعددی (مانند آمپول فشار و ...) برای من استفاده می‌شد.	۱۷ (۴/۳)	۴ (۱/۰)	۶ (۱/۵)	۳ (۰/۸)	۳۶۵ (۹۲/۴)	۱/۰۸

در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای»، ۹۴ نفر (۲۳/۸٪) از زنان گزارش کردند که به شیوه‌ای خشن یا نامناسب مورد معاینه قرار گرفته‌اند. همچنین، ۴۱ نفر (۱۲/۹٪) اظهار داشتند که اقداماتی نظیر معاینه داخلی، سوراخ‌کردن کیسه آب یا تزریق آمپول فشار، بدون اخذ رضایت آنان انجام شده است. ۴۰ نفر (۱۰/۱٪) نیز بیان کردند که مراقبان نسبت به تسکین دردهای آنان، از جمله دردهای زایمانی یا دردهای پس از زایمان، بی‌توجه بوده‌اند. علاوه بر این، ۵۴ نفر (۲۳/۷٪) گزارش کردند که در طول لیبر، آموزش‌های لازم درباره مراقبت‌های پس از زایمان، مانند مراقبت از بخیه، تغذیه و شیردهی نوزاد، به آنان ارائه نشده یا در این زمینه با بی‌توجهی مواجه شده‌اند. میانگین نمره این بُعد ۶/۹۳ محاسبه شد که بالاترین میانگین نمره را در میان چهار بُعد خشونت زایمانی به خود اختصاص داد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای» خشونت زایمانی در بخش زایمان در شهر کاشان، ۱۴۰۳

گزینه	همیشه تعداد (درصد)	اغلب اوقات تعداد (درصد)	بعضی اوقات تعداد (درصد)	به‌ندرت تعداد (درصد)	هیچ وقت تعداد (درصد)	میانگین نمره
در صورت عدم همکاری با پرسنل، با مسائلی مانند رها شدن و یا خودداری از ارائه مراقبت به من یا نوزادم تهدید می‌شدم.	۱۰ (۲/۵)	۱ (۰/۳)	۵ (۱/۳)	۱۰ (۲/۵)	۳۶۹ (۹۳/۵)	۱/۱۶
به‌علت خصوصیات ظاهری من (مانند وزن، قسمت‌های خصوصی یا نظافت) به شیوه آزار دهنده‌ای، مورد قضاوت قرار گرفتم.	۴ (۱/۰)	-	-	۳ (۰/۸)	۳۸۸ (۹۸/۲)	۱/۰۵
احساس می‌کردم به دلایل مختلفی (مانند داشتن لهجه یا قومیت خاص، وضعیت اقتصادی پایین، داشتن بیماری عفونی و ...) نسبت به زنان دیگر بستری در بخش، در معرض بی‌توجهی تیم مراقبتی هستم.	۶ (۱/۵)	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۳)	۳ (۰/۸)	۳۸۴ (۹۷/۲)	۱/۰۸
هنگام بستری در بیمارستان، طوری با من رفتار می‌شد که احساس می‌کردم باعث دردسر و زحمت برای آنها هستم.	۷ (۱/۸)	۴ (۱/۰)	۳ (۰/۸)	۵ (۱/۳)	۳۷۶ (۹۵/۲)	۱/۱۳
قوانین بیمارستان با من مانند یک بیمار، سخت‌گیرانه رفتار می‌کرد که من را آزار می‌داد.	۲ (۰/۵)	۱ (۰/۳)	۷ (۱/۸)	۲ (۰/۵)	۳۸۳ (۹۷/۰)	۱/۰۷
بدون اینکه علتش را بگویند، مانع دستشویی رفتن یا قدم زدن من در اتاق زایمان می‌شدند.	۲ (۰/۵)	۱ (۰/۳)	-	-	۳۹۲ (۹۹/۳)	۱/۰۳
شنیدن گفتارهای تحقیرآمیز، تمسخر یا داد و فریاد زدن، باعث بی‌احترامی به جایگاه انسانی و مادری من می‌شد.	۹ (۲/۳)	۳ (۰/۸)	۱ (۰/۳)	-	۳۸۲ (۹۶/۸)	۱/۱۲
در هنگام بستری در بیمارستان، به‌خاطر برخی مشکلات پیش آمده برای من یا نوزادم (مانند خراب شدن سرم یا بد حال متولد شدن نوزاد) مورد سرزنش قرار می‌گرفتم.	۲ (۰/۵)	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۵)	۳ (۰/۸)	۳۸۷ (۹۸/۰)	۱/۰۵
پچ پچ کردن و خندیدن پرسنل، باعث آزار و اذیت من می‌شد.	۴ (۱/۰)	۲ (۰/۵)	۲ (۰/۵)	۱ (۰/۳)	۳۸۶ (۹۷/۸)	۱/۰۷
نامناسب بودن محیط بیمارستان (فضا، نظم، سر و صدا، نظافت،	۳۲ (۸/۱)	۱۱ (۲/۸)	۸ (۲/۰)	۴ (۱/۰)	۳۴۰ (۸۶/۱)	۱/۴۶

دما و ...) برای من عذاب‌آور بود.						
من و همراهانم از پیشرفت زایمان بی‌خبر بودیم.	۱۰ (۲/۵)	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۵)	۲ (۰/۵)	۳۸۰ (۹۶/۲)	۱/۱۲
نامطلوب بودن وسایل و تخت بستری یا زایمان من را آزار می‌داد.	۱۰ (۲/۵)	۴ (۱/۰)	۴ (۱/۰)	۱ (۰/۳)	۳۷۶ (۹۵/۲)	۱/۱۵
به‌دلیل تعداد کم تیم مراقبتی در بخش زایمان، نگران بودم مورد غفلت قرار بگیرم.	۳ (۰/۸)	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۵)	۳ (۰/۸)	۳۸۶ (۹۷/۷)	۱/۰۶
در طول زمان بستری، مورد آزار جسمی مانند هل دادن، کتک زدن و یا سیلی زدن قرار گرفتم.	۴ (۱/۰)	-	-	۲ (۰/۵)	۳۸۹ (۹۸/۵)	۱/۰۵

در بُعد «تأخیر در مراقبت»، بیشترین درصد پاسخ‌ها به گزینه «هیچ‌وقت» اختصاص داشت؛ به‌طوری‌که این گزینه در سه گویه مطرح‌شده، به‌ترتیب ۹۱/۶٪، ۹۲/۹٪ و ۹۷/۰٪ گزارش شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اغلب مادران احساس نکرده‌اند مراقبت‌ها با تأخیر ارائه شده یا فرآیند دریافت مراقبت با معطلی همراه بوده است. بااین‌حال، درصد اندکی از پاسخ‌دهندگان نیز گزینه‌های «همیشه» یا «اغلب اوقات» را انتخاب کرده‌اند؛ به‌ویژه، ۱۶ نفر (۴/۱٪) از آنان به تجربه تأخیر در دریافت مراقبت اشاره کرده‌اند. این نتایج بیانگر آن است که، با وجود پایین بودن فراوانی گزارش تأخیر در مراقبت، برخی مادران همچنان چنین تجربه‌ای را در فرآیند دریافت مراقبت‌های زایمانی داشته‌اند.

در بُعد چهارم، یعنی «خلأ حمایت خانواده»، نتایج نشان داد که کمبود حمایت خانواده و همسر در حین زایمان با تجربیات نامطلوب روانی و جسمی مادران همراه بوده است؛ به‌طوری‌که احساس خستگی و فرسودگی با میانگین نمره ۱/۴۶، نادیده گرفته شدن وضعیت روحی و جسمی مادر با میانگین نمره ۱/۲۷ و تجربه بی‌مهری در بیمارستان با میانگین نمره ۰/۸۹ گزارش شد. این یافته‌ها بر اهمیت حمایت خانواده، به‌ویژه حمایت همسر، در شکل‌گیری تجربه‌ای مثبت از زایمان تأکید می‌کنند (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بعد «مراقبت با تأخیر» و «خلأ حمایت خانوادگی» خشونت زایمانی در شهر کاشان، ۱۴۰۳

بُعد	گزینه	همیشه تعداد (درصد)	اغلب اوقات تعداد (درصد)	بعضی اوقات تعداد (درصد)	به‌ندرت تعداد (درصد)	هیچ وقت تعداد (درصد)	میانگین نمره
مراقبت با تأخیر	احساس می‌کردم مراقبت‌های لازم برای من، با تأخیر انجام می‌شد.	۱۶ (۴/۱)	۵ (۱/۳)	۵ (۱/۳)	۷ (۱/۸)	۳۶۲ (۹۱/۶)	۱/۳۷
	احساس می‌کردم امور مراقبتی و درمانی من به درستی انجام نمی‌شود؛ به‌طوری‌که نمی‌توانستم به آنها اعتماد کنم.	۱۴ (۳/۵)	۱ (۰/۳)	۶ (۱/۵)	۷ (۱/۸)	۳۶۷ (۹۲/۹)	۱/۳۲
	ویزیت پزشک یا ماما برای من با معطلی آزار دهنده‌ای انجام می‌شد.	۶ (۱/۵)	-	۲ (۰/۵)	۴ (۱/۰)	۳۸۳ (۹۷/۰)	۱/۰۸
خلأ حمایت خانوادگی	هنگام زایمان، به‌علت عدم حمایت و همراهی خانواده و همسر، احساس خستگی و فرسودگی می‌کردم.	۲۰ (۵/۱)	۲ (۰/۵)	-	۳ (۰/۸)	۳۷۰ (۹۳/۷)	۱/۴۶
	هنگام زایمان، همسر و خانواده شرایط روحی- روانی و یا جسمی من را نادیده گرفتند.	۲۴ (۶/۱)	۳ (۰/۸)	-	۱ (۰/۳)	۳۶۷ (۹۲/۹)	۱/۲۷
	در بیمارستان به‌علت جنسیت و یا بیماری نوزاد، از طرف همسر یا خانوده مورد بی‌مهری قرار گرفتم.	-	۱۱ (۲/۸)	-	۲ (۰/۵)	۳۸۲ (۹۶/۷)	۰/۸۹

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره برای بُعد «آزار روانی و جسمی» نشان داد که نوع مراقب زایمان و درآمد ماهیانه، اثر منفی و معناداری بر نمره این بُعد داشتند؛ به‌طوری‌که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، مراقبت توسط ماما در مقایسه با پزشک متخصص یا دستیار تخصصی زنان و زایمان، با کاهش حدود ۲/۰۵ واحدی نمره آزار روانی و جسمی همراه بود که نشان‌دهنده تجربه کمتر این نوع خشونت زایمانی است. همچنین، با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای مدل، افزایش سطح درآمد با کاهش حدود ۱/۶۳ واحدی میانگین نمره این بُعد همراه بود.

در بُعد «مراقبت غیرحرفه‌ای»، سطح تحصیلات اثر مثبت و معناداری داشت؛ به‌گونه‌ای که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، زنان دارای تحصیلات بالاتر، نمرات بیشتری در این بُعد گزارش کردند. همچنین، ملّیت نیز اثر مثبت و معناداری نشان داد؛ به‌طوری‌که زنان غیرایرانی، از جمله زنان افغان، در مقایسه با زنان ایرانی، نمرات بالاتری در بُعد مراقبت غیرحرفه‌ای داشتند. افزون بر این، طول مدت لیبر با نمره این بُعد رابطه مثبت و معناداری داشت؛ به این معنا که با افزایش طول مدت لیبر، نمره مراقبت غیرحرفه‌ای نیز افزایش می‌یافت. در مقابل، عامل زایمان و محل انجام زایمان اثر منفی و معناداری نشان دادند؛ به این معنا که این متغیرها، با کنترل سایر عوامل موجود در مدل، با کاهش نمره مراقبت غیرحرفه‌ای همراه بودند.

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در بُعد «تأخیر در مراقبت» نشان داد که دو متغیر «تعداد حاملگی» و «نوع مراقب لیبر» با نمره این بُعد ارتباط معناداری داشتند. با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، افزایش تعداد حاملگی‌ها با افزایش نمره تأخیر در دریافت مراقبت‌های زایمانی همراه بود؛ به‌طوری‌که به‌ازای هر حاملگی بیشتر، نمره این بُعد حدود ۱/۵ واحد افزایش می‌یافت (p=۰/۰۱۲، B=۱/۵۵۲). از سوی دیگر، با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای مدل، تغییر نوع مراقب لیبر از دستیار تخصصی زنان و زایمان به ماما، با کاهش معنادار حدود ۳/۵ واحدی نمره تأخیر در مراقبت همراه بود (p=۰/۰۲۱، B= -۳/۴۹۵). بنابراین، مراقبت توسط ماما در مقایسه با دستیار تخصصی زنان و زایمان، با نمرات پایین‌تر تأخیر در مراقبت همراه بود.

در نهایت، نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه برای بُعد «خلأ حمایت خانواده» نشان داد که درآمد ماهیانه ارتباط منفی و معناداری با نمره این بُعد داشت (p=۰/۰۰۸، B= -۰/۱۴۱)؛ به‌عبارت دیگر، با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، افزایش درآمد ماهیانه با کاهش نمره خلأ حمایت خانواده همراه بود. همچنین، سطح تحصیلات با ضریب رگرسیون B= -۰/۱۰۴ و مقدار p برابر با ۰/۰۵۲، ارتباط منفی داشت، اما این ارتباط از نظر آماری در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که شواهد کافی برای تأیید ارتباط معنادار سطح تحصیلات با نمره خلأ حمایت خانواده در مدل حاضر وجود نداشت، هرچند جهت ارتباط مشاهده شده منفی بود (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه عوامل مؤثر بر ابعاد خشونت در زایمان در بخش زایمان در شهر کاشان، ۱۴۰۳

متغیر مستقل	متغیر وابسته آزار و اذیت روانی و جسمی (Sig.)	متغیر وابسته مراقبت غیرحرفه‌ای (Sig.)	متغیر وابسته تأخیر در مراقبت (Sig.)	متغیر وابسته خلاء حمایت خانواده (Sig.)
	ضریب Beta	ضریب Beta	ضریب Beta	ضریب Beta
سن				
میزان تحصیلات		۰/۲۲۰		۰/۱۷۹
وضعیت اشتغال				
وضعیت درآمد ماهیانه	-۰/۱۷۰	-۰/۱۶۵		۰/۱۴۲
وضعیت منزل مسکونی				
محل سکونت				
ملّیت		۰/۲۳۰		
تعداد حاملگی			۰/۱۲۸	
تعداد سقط				

زمان زایمان			
حاملگی ناخواسته			
طول مدت لیبر (از زمان بستری تا لیبر)			
محل انجام زایمان			
نوع مراقب زایمان	-۰/۱۷۷	-۰/۱۷۴	۰/۱۱۷
عامل زایمان			
داشتن مامای همراه			

B (Unstandardized Coefficient), * p<۰/۰۵, ** p<۰/۰۱, *** p<۰/۰۰۱

بحث

در مطالعه حاضر، با هدف تعیین ابعاد خشونت زایمانی و بررسی عوامل مرتبط با آن در بخش‌های زایمان شهر کاشان، ابتدا چهار بُعد آزار روانی و جسمی، مراقبت غیرحرفه‌ای، تأخیر در مراقبت و خلأ حمایت خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. سپس، با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه، عوامل مرتبط با هر یک از این ابعاد ارزیابی شدند.

نامناسب‌بودن محیط فیزیکی بیمارستان به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه در بُعد آزار روانی و جسمی که زنان در طول لیبر و زایمان تجربه کرده بودند، گزارش شد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین هم‌راستا است (۵، ۲۸). در مطالعات مختلف، فضای فیزیکی نامناسب بیمارستان، از جمله عواملی مانند سر و صدای زیاد، بی‌نظمی، دمای نامطلوب و رعایت‌نشدن بهداشت، به‌عنوان یکی از جلوه‌های خشونت ساختاری در فرآیند زایمان مورد تأکید قرار گرفته است. بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، برخورداری از محیطی امن، آرام، پاکیزه و دارای حریم خصوصی مناسب، بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت باکیفیت در دوران زایمان محسوب می‌شود. فقدان این شرایط می‌تواند تجربه‌ای منفی و استرس‌زا برای مادر ایجاد کند و حتی روند فیزیولوژیک زایمان را مختل سازد (۲۹).

بااین‌حال، این یافته باید با احتیاط تفسیر شود؛ زیرا ارزیابی محیط فیزیکی بر اساس ادراک زنان از تجربه زایمان انجام شده است و ممکن است تحت تأثیر درد، اضطراب و شرایط عاطفی آنان قرار گرفته باشد. همچنین، کاستی‌های گزارش‌شده لزوماً ناشی از عملکرد کارکنان درمانی نیستند، بلکه ممکن است بازتابی از محدودیت‌های ساختاری، کمبود منابع و شرایط محیطی بیمارستان باشند. بنابراین، این یافته بیش از آنکه بیانگر عملکرد فردی ارائه‌دهندگان مراقبت باشد، نشان‌دهنده تجربه زنان از محیط زایمان است. این نتایج با یافته‌های مطالعات بورن و همکاران (۲۰۱۵) و شکیبازاده و همکاران (۲۰۲۱) نیز هم‌راستا هستند (۵، ۲۸).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که خشونت روانی در فرآیند زایمان، از جمله تهدید به رها کردن مادر یا خودداری از ارائه مراقبت در صورت عدم همکاری، تجربه‌ای نگران‌کننده است. سازمان جهانی بهداشت و مطالعات علمی نیز این رفتارها را نقض حقوق زنان و عاملی مؤثر در کاهش اعتماد آنان به نظام سلامت دانسته‌اند (۵، ۳۰، ۳۱). این یافته با نتایج مطالعات حسینی‌تبار و همکاران (۲۰۲۳) و میرزانیا و همکاران (۲۰۲۳) هم‌راستا است؛ در این مطالعات، غفلت و رها کردن مادر از جمله عوامل مرتبط با بی‌احترامی و سوءاستفاده در حین زایمان گزارش شده است (۱۹، ۳۲).

همچنین، در مطالعه حاضر، کمترین میانگین نمره در بُعد «آزار روانی و جسمی» به گویه «ممانعت از رفتن به دستشویی یا قدم زدن در اتاق زایمان بدون ارائه توضیح» اختصاص داشت. این یافته با نتایج مطالعه شکیبازاده و همکاران (۲۰۲۱) هم‌خوانی نداشت (۲۸)؛ به‌طوری‌که در مطالعه آنان، بیشترین شیوع سوءرفتار در زایمان (۹۹/۷٪)، به «اجازه ندادن به مادر برای تحرک» مربوط بود. تفاوت مشاهده شده بین نتایج دو

مطالعه می‌تواند ناشی از تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌های مورد مطالعه، شرایط و سیاست‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات زایمانی، فرهنگ مراقبت از مادران یا ابزارهای مورد استفاده برای سنجش سوءرفتار در زایمان باشد. بااین‌حال، برای تبیین دقیق‌تر این اختلاف، انجام مطالعات مقایسه‌ای با استفاده از ابزارهای یکسان ضروری است.

در مطالعه حاضر، تنها ۶ نفر (۱/۵٪) از زنان، آزار جسمی را گزارش کردند. این میزان با نتایج مطالعه بورن و همکاران (۲۰۱۹) تفاوت داشت؛ در آن مطالعه، بیش از یک‌سوم زنان بدرفتاری فیزیکی و کلامی را تجربه کرده بودند (۳۳). اگرچه این یافته می‌تواند نشان‌دهنده فراوانی پایین گزارش آزار جسمی در مراکز مورد مطالعه باشد، تفسیر آن مستلزم احتیاط است. احتمال کم‌گزارش شدن این تجربه، تفاوت در ابزارهای سنجش، ویژگی‌های جمعیت‌های مورد مطالعه و زمینه‌های فرهنگی و سازمانی می‌توانند در توضیح اختلاف مشاهده‌شده میان نتایج مطالعات نقش داشته باشند.

در مطالعه حاضر در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای»، بیشترین موارد گزارش‌شده مربوط به معاینه واژینال به شیوه‌ای نامناسب، انجام اقدامات تشخیصی و درمانی بدون اخذ رضایت آگاهانه، مانند معاینه داخلی، سوراخ‌کردن کیسه آب و تزریق آمپول فشار، و همچنین بی‌توجهی به تسکین دردهای زایمانی بود. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعات پیشین در کشورهای دیگر هم‌خوانی داشت؛ در این مطالعات، زنان در طول زایمان، مواردی از رعایت‌ن شدن استانداردهای حرفه‌ای مراقبت، مانند معاینات مکرر واژینال (۲۸، ۳۲، ۳۶-۳۴) و بی‌توجهی به تسکین درد (۳۲، ۳۵) را گزارش کرده‌اند.

در این مطالعه، ۱۲/۹٪ از شرکت‌کنندگان گزارش کردند که اقدامات مداخله‌ای، مانند معاینه داخلی، سوراخ‌کردن کیسه آب یا تجویز داروهای محرک زایمان، بدون اخذ رضایت آگاهانه انجام شده است. این یافته بر ضرورت توجه بیشتر به رعایت اصول اخلاق پزشکی و حقوق بیماران در ارائه مراقبت‌های زایمانی تأکید می‌کند و با نتایج مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد (۳، ۳۹-۳۷). برخی مطالعات، عواملی مانند حجم بالای کار، محدودیت منابع و چالش‌های سازمانی را در کاهش کیفیت فرآیند اخذ رضایت آگاهانه مؤثر دانسته‌اند (۴۰). بااین‌حال، از آنجا که این متغیرها در مطالعه حاضر ارزیابی نشده‌اند، نمی‌توان آن‌ها را به‌عنوان علل یافته‌های به‌دست‌آمده در نظر گرفت. ازاین‌رو، انجام مطالعات اختصاصی برای شناسایی عوامل مؤثر بر رعایت رضایت آگاهانه در مراقبت‌های زایمانی ضروری است. همچنین، ۴۰ نفر (۱۰/۱٪) از زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر اظهار داشتند که مراقبان نسبت به تسکین دردهای آنان، از جمله دردهای زایمانی و دردهای پس از زایمان، بی‌توجه بوده‌اند. این یافته نشان‌دهنده بی‌توجهی به ابعاد انسانی و روانی مراقبت از مادر است که می‌تواند بر تجربه کلی زایمان و سلامت روان زنان تأثیر منفی بگذارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش بورن و همکاران (۲۰۱۵) هم‌راستا است؛ در این پژوهش، زنان در کشورهای مختلف از بی‌توجهی کارکنان نسبت به درد و ناراحتی خود شکایت داشتند، به‌ویژه در مواردی که درخواست کمک یا دریافت داروهای مسکن داشتند، اما با واکنش منفی یا بی‌اعتنایی مواجه می‌شدند (۵). بی‌توجهی به مدیریت درد زایمان می‌تواند تجربه زنان از مراقبت را تحت تأثیر قرار دهد و در صورت همراهی با فقدان اطلاع‌رسانی، همدلی و مشارکت در تصمیم‌گیری، به‌عنوان یکی از مصادیق مراقبت غیرمحترمانه تلقی شود. آموزش کارکنان درباره اهمیت همدلی، به‌کارگیری روش‌های دارویی و غیردارویی تسکین درد و طراحی فرآیندهایی برای جلب مشارکت فعال مادران در تصمیم‌گیری می‌تواند در ارتقای کیفیت مراقبت و افزایش رضایت آنان مؤثر باشد.

همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۵۴ نفر (۱۳/۷٪) از شرکت‌کنندگان گزارش کردند که آموزش‌های لازم درباره مراقبت‌های پس از زایمان، از جمله مراقبت از بخیه‌ها، شیردهی و تغذیه نوزاد، در طول دوره بستری از سوی مراقبان به آنان ارائه نشده یا در این زمینه با بی‌توجهی مواجه شده‌اند.

در بُعد «تأخیر در مراقبت»، اگرچه بیشتر زنان شرکت‌کننده در این مطالعه، تجربه تأخیر در دریافت مراقبت‌های زایمانی را گزارش نکردند، وجود حتی درصد اندکی از موارد تأخیر یا بی‌دقتی در ارائه مراقبت‌ها نیز قابل‌توجه است. این مسئله ممکن است ناشی از چالش‌های ساختاری، کمبود نیروی انسانی یا محدودیت منابع در برخی مراکز درمانی باشد که می‌تواند به نارضایتی مادران و کاهش اعتماد آنان به تیم درمان منجر شود. بنابراین، بهبود فرآیندهای مراقبتی و افزایش دقت و سرعت در ارائه خدمات می‌تواند در کاهش تجربیات نامطلوب زایمانی و ارتقای رضایت مادران نقش مهمی داشته باشد.

در بُعد «خلأ حمایت خانواده»، یافته‌های مطالعه حاضر بر اهمیت حمایت خانواده و همسر در بهبود تجربه زایمان تأکید دارند. نتایج نشان داد زنانی که حمایت کمتری از خانواده و همسر دریافت کرده بودند، نمرات بالاتری در این بُعد کسب کردند. از آنجا که این بُعد بر اساس ساختار پرسش‌نامه CBVQ ارزیابی شده است، یافته‌ها باید در چارچوب مفهومی این ابزار تفسیر شوند و لزوماً به معنای قرار گرفتن رفتار اعضای خانواده در تعریف کلاسیک خشونت زایمانی نیستند. نتایج مطالعه ساندری (۲۰۲۴) نشان می‌دهد که حمایت عاطفی خانواده می‌تواند اضطراب مادر را کاهش دهد، احساس امنیت را افزایش دهد و تجربه کلی زایمان را بهبود بخشد (۴۱). بنابراین، تقویت حمایت‌های خانوادگی و آموزش همسران به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های زایمانی می‌تواند در بهبود تجربه زایمان و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها نقش مهمی ایفا کند.

در تحلیل رگرسیون خطی چندگانه با متغیر وابسته «آزار روانی و جسمی»، نتایج نشان داد که در میان متغیرهای مستقل، درآمد ماهیانه و نوع مراقب زایمان اثر منفی و معناداری بر نمره این بُعد داشتند؛ به‌طوری‌که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، افزایش درآمد ماهیانه و مراقبت توسط ماما با کاهش نمره آزار روانی و جسمی همراه بود. شواهد موجود نشان می‌دهند که فقر، نابرابری اقتصادی و محرومیت‌های اجتماعی از جمله عوامل مرتبط با بروز خشونت علیه زنان، به‌ویژه در محیط‌های درمانی، هستند (۴۲، ۴۳). این یافته می‌تواند بیانگر ارتباط وضعیت اقتصادی با تجربه آزار روانی و جسمی در فرآیند زایمان باشد؛ بااین‌حال، با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، نمی‌توان رابطه علّی میان درآمد و کاهش آزار زایمانی را نتیجه‌گیری کرد.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مراقبت توسط ماما با نمرات پایین‌تر در بُعد «آزار روانی و جسمی» همراه بود. این ارتباط پس از کنترل سایر متغیرهای وارد شده به مدل نیز از نظر آماری معنادار باقی ماند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد که نشان داده‌اند مدل‌های مراقبتی مبتنی بر مامایی، به‌ویژه مراقبت مستمر و حمایت‌محور، با تجربه مثبت‌تر زنان از زایمان و کاهش مداخلات غیرضروری همراه هستند (۵، ۴۴، ۴۵). همچنین، ماماها در بسیاری از نظام‌های سلامت، به‌ویژه در مدل‌هایی که بر مراقبت حمایتی و جامع تأکید دارند، آموزش‌های ویژه‌ای در زمینه حمایت روانی و ارتباط مؤثر با مادران دریافت می‌کنند که می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای غیرمحترمانه مؤثر باشد. بااین‌حال، این یافته به معنای اثبات اثر علّی مراقبت مامایی بر کاهش آزار نیست و ممکن است تحت تأثیر تفاوت‌های موجود در نوع مرکز درمانی، ویژگی‌های فرآیند مراقبت و خصوصیات زنان دریافت‌کننده خدمات قرار گرفته باشد.

در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای»، نتایج نشان داد که زنان افغان، زنان دارای تحصیلات بالاتر و زنانی که طول مدت لیبر بیشتری را تجربه کرده بودند، پس از کنترل سایر متغیرهای موجود در مدل، نمرات بالاتری در این بُعد کسب کردند؛ درحالی‌که مراقبت توسط ماما و محل انجام زایمان با نمرات پایین‌تر این بُعد همراه بودند.

در مطالعه حاضر، زنان افغان در مقایسه با زنان ایرانی، نمرات بالاتری در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای» کسب کردند. ازآنجاکه عوامل زمینه‌ای مرتبط با این تفاوت در مطالعه حاضر بررسی نشده‌اند، تبیین علت این یافته با قطعیت امکان‌پذیر نیست. بااین‌حال، در مطالعات پیشین، عواملی مانند موانع زبانی و فرهنگی، تفاوت در وضعیت اجتماعی - اقتصادی، محدودیت دسترسی به

خدمات و تبعیض‌های ساختاری به‌عنوان عوامل احتمالی مؤثر بر تجربه نامطلوب زنان مهاجر از خدمات سلامت مطرح شده‌اند (۴۳، ۴۶). بنابراین، تجربه مراقبت غیرحرفه‌ای در میان زنان افغان ممکن است حاصل تعامل مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و ساختاری باشد. روشن شدن نقش هر یک از این عوامل، مستلزم انجام مطالعات کیفی و تحلیلی بیشتر در این زمینه است.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح تحصیلات بالاتر با نمرات بیشتر در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای» ارتباط دارد. این یافته با نتایج مطالعات انجام‌شده در کنیا (۴۷) و تانزانیا (۴۸) هم‌خوانی داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهند که عوامل اجتماعی - جمعیت‌شناختی، از جمله سطح تحصیلات و ملّیت، در کنار عوامل بالینی و مرتبط با زایمان، به‌طور هم‌زمان با تجربه مراقبت غیرحرفه‌ای ارتباط دارند. بنابراین، برای کاهش این پدیده، توجه به تعامل میان این عوامل ضروری است. به‌منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های زایمانی، به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی و برای زنان افغان، لازم است بر آموزش و حمایت از ماماها، بهبود زیرساخت‌های بیمارستانی و تقویت استانداردهای حرفه‌ای مراقبت تأکید شود تا زمینه ارائه مراقبت‌هایی ایمن‌تر، حرفه‌ای‌تر و محترمانه‌تر فراهم شود.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با مراقبت غیرحرفه‌ای، طول مدت لیبر، از زمان بستری تا تولد نوزاد بود. در مطالعه حاضر، با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، طولانی‌تر بودن مدت لیبر با افزایش نمره مراقبت غیرحرفه‌ای همراه بود. این ارتباط ممکن است با افزایش نیازهای مراقبتی، خستگی مادر و کارکنان و پیچیده‌تر شدن فرآیند تصمیم‌گیری در طول زایمان مرتبط باشد؛ بااین‌حال، از آنجا که این عوامل در مطالعه حاضر اندازه‌گیری نشده‌اند، بررسی سازوکارهای احتمالی این ارتباط به مطالعات آینده نیاز دارد. این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد که نشان داده‌اند طولانی و دردناک بودن فرآیند زایمان می‌تواند با افزایش تنش و بروز رفتارهای نامناسب یا خشونت‌آمیز از سوی کارکنان درمان همراه باشد (۵، ۱۸). چنین شرایطی ممکن است با خستگی جسمی کارکنان درمان یا فشار روانی واردشده بر مادر و همراهان مرتبط باشد.

در بُعد «تأخیر در مراقبت»، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تعداد حاملگی ارتباط مثبت و معناداری با نمره تأخیر در دریافت مراقبت‌های زایمانی دارد؛ به‌طوری‌که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، افزایش تعداد حاملگی‌ها با افزایش نمره تأخیر در مراقبت همراه بود. این ارتباط ممکن است با تفاوت در زمان مراجعه، تجربه‌های قبلی زایمان یا نگرش‌های متفاوت زنان نسبت به نیازهای مراقبتی مرتبط باشد؛ بااین‌حال، از آنجا که این عوامل در مطالعه حاضر بررسی نشده‌اند، نمی‌توان آن‌ها را به‌عنوان علل قطعی این ارتباط در نظر گرفت. این یافته بر ضرورت توجه بیشتر به نیازهای مراقبتی زنان با سابقه حاملگی‌های متعدد در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های سلامت مادران تأکید می‌کند.

علاوه بر این، نوع مراقب لیبر نیز با نمره تأخیر در مراقبت ارتباط معناداری داشت؛ به‌طوری‌که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، مراقبت توسط ماما در مقایسه با گروه مرجع، با کاهش نمره تأخیر در مراقبت همراه بود. این یافته می‌تواند بر اهمیت نقش نوع مراقب در تجربه زنان از فرآیند دریافت مراقبت‌های زایمانی دلالت داشته باشد؛ بااین‌حال، تفسیر آن باید با توجه به گروه مرجع و نحوه کدگذاری متغیر نوع مراقب انجام شود. همچنین، مطالعات انجام‌شده در کشورهای آفریقایی، از جمله بنین، مالاوی، تانزانیا و اوگاندا، نشان داده‌اند که تعداد بالاتر حاملگی و تأخیر در ارجاع به مراکز درمانی می‌توانند با افزایش خطر پیامدهای نامطلوب برای مادر و نوزاد همراه باشند (۴۹).

در نهایت، نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، درآمد ماهیانه با کاهش معنادار نمره «خلأ حمایت خانواده» همراه بود. همچنین، سطح تحصیلات با این بُعد رابطه منفی داشت، اگرچه این ارتباط در سطح معناداری ۰/۰۵ به معناداری آماری نرسید (p=۰/۰۵۲).

این یافته می‌تواند نشان‌دهنده ارتباط برخی عوامل اجتماعی - اقتصادی با ادراک زنان از میزان حمایت خانوادگی باشد؛ بااین‌حال، با توجه به طراحی مقطعی مطالعه، نمی‌توان درباره وجود رابطه علّی میان این عوامل و خلأ حمایت خانواده اظهارنظر کرد.

یکی از نقاط قوت اساسی مطالعه حاضر، تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط مادران پیش از ترخیص از بیمارستان بود که به گردآوری داده‌ها در فاصله زمانی کوتاه پس از زایمان و کاهش احتمال ریزش نمونه کمک کرد. بااین‌حال، مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد که مهم‌ترین آن‌ها به ماهیت مقطعی پژوهش و محدودیت در استنتاج روابط علّی مربوط می‌شود. افزون بر این، تمامی موارد بدرفتاری از طریق خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شدند؛ روشی که ممکن است به بیش‌گویی یا کم‌گویی درباره تجربیات واقعی منجر شود. همچنین، تکمیل پرسش‌نامه در محیط بیمارستان و پیش از ترخیص، اگرچه می‌تواند احتمال سوگیری یادآوری را کاهش دهد، ممکن است به‌دلیل حضور در محیط درمانی و نگرانی از پیامدهای احتمالی گزارش تجربیات منفی، به کم‌گزارش‌دهی برخی موارد خشونت زایمانی منجر شده باشد.

برای کاهش این احتمال، به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند، پاسخ‌هایشان هیچ تأثیری بر روند درمان و مراقبت نخواهد داشت و پرسش‌نامه‌ها به‌صورت ناشناس جمع‌آوری می‌شوند. بااین‌حال، در بستر فرهنگی مطالعه، احتمال بروز «سوگیری حسن نیت» نیز وجود دارد که می‌تواند بر صحت داده‌ها تأثیر بگذارد. در پژوهش‌های مرتبط با مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، ممکن است زنان به دلایلی مانند تمایل نداشتن به زیر سؤال بردن عملکرد کارکنان درمانی یا نگرانی از بی‌احترامی تلقی شدن انتقادهایشان، از بازگو کردن تجربیات منفی یا رفتارهای آزاردهنده خودداری کنند. از سوی دیگر، با توجه به پایان یافتن فرآیند زایمان و وضعیت سلامت مادر و نوزاد، ممکن است تمایل زنان به بازگویی رویدادهای ناخوشایند کاهش یابد؛ حتی اگر چنین تجربه‌هایی واقعاً رخ داده باشند.

همچنین، اگرچه شرکت‌کنندگان از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی وارد مطالعه شدند، تعداد زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های خصوصی به‌مراتب کمتر از بیمارستان‌های دولتی بود. بنابراین، عدم توازن حجم نمونه میان این دو گروه می‌تواند دقت مقایسه‌ها و قابلیت تعمیم نتایج مربوط به نوع بیمارستان را محدود کند. علاوه بر این، با توجه به اینکه زنان دارای سابقه اختلالات روان‌پزشکی شناخته‌شده پیش از بارداری یا در دوران بارداری از مطالعه کنار گذاشته شدند، احتمال بروز سوگیری انتخاب وجود دارد. این محدودیت ممکن است بر توزیع تجربیات گزارش‌شده از خشونت زایمانی تأثیر گذاشته باشد؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به تمامی زنان زایمان‌کرده باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که خشونت زایمانی پدیده‌ای چندبُعدی است که با عوامل اجتماعی، اقتصادی و حرفه‌ای ارتباط دارد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، ارتباط معنادار برخی عوامل را با ابعاد مختلف خشونت زایمانی نشان داد. در بُعد «آزار روانی و جسمی»، درآمد ماهیانه و نوع مراقب زایمان ارتباط منفی و معناداری با نمره این بُعد داشتند؛ به‌طوری‌که با ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل، افزایش درآمد و مراقبت توسط ماما با نمرات پایین‌تر آزار روانی و جسمی همراه بود. در بُعد «مراقبت‌های غیرحرفه‌ای» نیز زنان افغان، زنان دارای تحصیلات بالاتر و زنانی که مدت طولانی‌تری را در لیبر سپری کرده بودند، نمرات بالاتری کسب کردند؛ درحالی‌که زایمان در بیمارستان خصوصی و مراقبت توسط ماما با نمرات پایین‌تر این بُعد همراه بود.

همچنین، افزایش تعداد حاملگی با افزایش معنادار نمره «تأخیر در مراقبت» ارتباط داشت؛ یافته‌ای که بر ضرورت توجه بیشتر به نیازهای مراقبتی زنان با سابقه حاملگی‌های متعدد تأکید می‌کند. از سوی دیگر، نوع مراقب لیبر نیز با میزان تأخیر در دریافت مراقبت ارتباط معناداری داشت؛ به‌طوری‌که مراقبت توسط ماما، در مقایسه با گروه مرجع، با کاهش نمره تأخیر در

مراقبت همراه بود. در بُعد «خلأ حمایت خانواده» نیز درآمد ماهیانه با کاهش معنادار نمره این بُعد ارتباط داشت، درحالی‌که ارتباط سطح تحصیلات با این بُعد به سطح معناداری آماری نرسید.

در مجموع، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تجربه خشونت زایمانی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی، اجتماعی، مامایی و مرتبط با فرآیند ارائه خدمات قرار دارد. بنابراین، کاهش خشونت زایمانی مستلزم اتخاذ رویکردی جامع است که علاوه بر توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی زنان، بر ارتقای کیفیت مراقبت‌های مامایی، آموزش کارکنان سلامت با تأکید بر حساسیت فرهنگی، تقویت ارتباط مؤثر با مادران و استقرار نظام‌های نظارت و پاسخ‌گویی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات زایمانی تمرکز داشته باشد. همچنین، مشارکت دادن زنان در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت باروری، انجام پژوهش‌های بیشتر درباره عوامل فرهنگی و روان‌شناختی مرتبط با خشونت زایمانی و ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی می‌تواند در تدوین راهبردهای مؤثر برای پیشگیری از این پدیده و ارتقای کیفیت مراقبت‌های مادران نقش مهمی ایفا کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی همکاران محترم معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در انجام این مطالعه همکاری داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این مطالعه وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1403.002 به تأیید معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان رسید. اهداف پژوهش به‌طور کامل برای تمامی شرکت‌کنندگان تشریح شد و پیش از ورود به مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. شرکت در این مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله، بدون مواجهه با هیچ‌گونه پیامدی، از ادامه مشارکت در مطالعه انصراف دهند. به‌منظور حفظ محرمانگی اطلاعات در مراحل گردآوری داده‌ها، تحلیل و انتشار نتایج، هیچ‌گونه اطلاعات هویتی و قابل شناسایی از شرکت‌کنندگان گزارش نشد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (شماره تأیید: ۴۰۲۱۹۶) انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

دکتر فاطمه عباس‌زاده در طراحی مطالعه و نظارت بر اجرای پروژه؛ ملوک جعفرپور در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها؛ دکتر فاطمه عباس‌زاده و فاطمه ملوک جعفرپور در تفسیر یافته‌ها و نگارش اولیه مقاله و دکتر سعیده نصیری در ارائه مشاوره در زمینه طراحی مطالعه و تحلیل آماری داده‌ها مشارکت داشتند. تمامی نویسندگان مسئولیت محتوای مقاله را پذیرفته و نسخه نهایی آن را تأیید کردند.

منابع

1. Van der Pijl MS, Verhoeven CJ, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. Reproductive health 2022; 19(1):160.
2. Khakbazan Z, Damghanian M, Zareiyan A, Abbaszadeh F. The concept of maternal care quality for women with low-risk pregnancy in the maternity ward: An integrative review. Nursing and Midwifery Studies 2022; 11(1):1-10.
3. Tabar JH, Shahoie R, Zaheri F, Mansori K, Nasab LH. Prevalence of disrespect and abuse during childbirth and its related factors in women hospitalized in the postpartum ward. Journal of family medicine and primary care 2023; 12(2):246.
4. Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa. SAMJ: South African Medical Journal 2016; 106(5):423-4.

5. 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 medicine 2015; 12(6):e1001847.
6. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. Bulletin of the World Health Organization 2014; 92:915-7.
7. Jaafarpour M, Taghizadeh Z, Ebadi A, Abbaszadeh F, Najafi F, Direkvand-Moghaddam A. The assessment of psychometric properties of childbirth violence questionnaire in Iranian women. Plos one 2025; 20(9):e0328932.
8. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization; 2014.
9. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and behavior 2016; 77:153-66.
10. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. Revista de saude publica 2017; 51:69.
11. Ansari H, Yeravdekar R. Respectful maternity care during childbirth in India: A systematic review and meta-analysis. Journal of Postgraduate Medicine 2020; 66(3):133.
12. Silva-Fernandez CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: a systematic review. Nursing reports 2023; 13(4):1553-76.
13. Taghizadeh Z, Ebadi A, Jaafarpour M. Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women. BMC pregnancy and childbirth 2021; 21(1):572.
14. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. Midwifery 2022; 105:103212.
15. Yalley AA, Abioye D, Appiah SC, Hoeffler A. Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. Frontiers in public health 2023; 11:988961.
16. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. BMC pregnancy and childbirth 2016; 16(1):236.
17. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2015; 128(2):110-3.
18. Shakibazadeh E, Taherkhani F, Yekaninejad MS, Shojaeizadeh D, Tajvar M. Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors. Hayat 2021; 27(3):262-77.
19. Tabar JH, Shahoie R, Zaheri F, Mansori K, Nasab LH. Prevalence of disrespect and abuse during childbirth and its related factors in women hospitalized in the postpartum ward. Journal of family medicine and primary care 2023; 12(2):246.
20. Sudhinaraset M, Treleaven E, Melo J, Singh K, Diamond-Smith N. Women's status and experiences of mistreatment during childbirth in Uttar Pradesh: a mixed methods study using cultural health capital theory. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16(1):332.
21. Igboanugo GM, Martin CH. What are pregnant women in a rural Niger Delta community's perceptions of conventional maternity service provision? An exploratory qualitative study. Afr J Reprod Health 2011; 15(3):59-72.
22. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. PloS one 2017; 12(3):e0174084.
23. Briceño Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: obstetric violence from an interactionist perspective. Qualitative health research 2018; 28(8):1308-19.
24. Sudhinaraset M, Treleaven E, Melo J, Singh K, Diamond-Smith N. Women's status and experiences of mistreatment during childbirth in Uttar Pradesh: a mixed methods study using cultural health capital theory. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16(1):332.
25. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, et al. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. BMC pregnancy and childbirth 2015; 15(1):306.
26. Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, Ozdemir M, Soori H, Turfan EC, et al. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2025; 169(3):1012-24.
27. Guijarro EM. Obstetric violence as epistemic injustice: childbirth trouble. Salud colectiva 2023; 19:e4464.
28. Shakibazadeh E, Taherkhani F, Yekaninejad MS, Shojaeizadeh D, Tajvar M. Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors. Hayat 2021; 27(3):262-277.
29. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline: Summary. World Health Organization; 2023.
30. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. World Health Organization; 2014.

31. Yismaw WS, Teklu TS, Panduragman H. Respectful maternity care during facility-based child birth and associated factors in public health facilities of Ilu AbaBor zone, Southwest Ethiopia. Reproductive health 2022; 19(1):98.
32. Mirzania M, Shakibazadeh E, Bohren MA, Hantoushzadeh S, Babaey F, Khajavi A, et al. Mistreatment of women during childbirth and its influencing factors in public maternity hospitals in Tehran, Iran: a multi-stakeholder qualitative study. Reproductive Health 2023; 20(1):79.
33. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. The Lancet 2019; 394(10210):1750-63.
34. Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Guure C, Maya E, Vogel JP, Irinyenikan TA, et al. Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. BMJ Global Health 2021; 5(Suppl 2).
35. Malatji R, Madiba S. Disrespect and abuse experienced by women during childbirth in midwife-led obstetric units in Tshwane District, South Africa: a qualitative study. International journal of environmental research and public health 2020; 17(10):3667.
36. Matega TH, Katenga GB, Juakali JJ. Frequency and nature of obstetric violence in Kisangani maternity hospitals, Democratic Republic of Congo. Annales Africaines de Medecine 2024; 18(1):e5827-37.
37. Gleason EG, López Ríos JM, Molina Berrío DP, Mejía Merino C. Multistakeholder perspectives on the mistreatment of indigenous women during childbirth in Colombia: drivers and points for intervention. BMC pregnancy and childbirth 2022; 22(1):197.
38. Mehretie Adinew Y, Kelly J, Marshall A, Smith M. Care providers' perspectives on disrespect and abuse of women during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study. International Journal of Women's Health 2021:1181-95.
39. Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K, Filippi V. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. Reproductive health 2019; 16(1):7.
40. Valente EP, Mariani I, Covi B, Lazzerini M. Quality of informed consent practices around the time of childbirth: a cross-sectional study in Italy. International journal of environmental research and public health 2022; 19(12):7166.
41. Sundary S. The Role Of Family Support In Childbirth: Implications For Maternal And Infant Well-Being. Oshada 2024; 1(4):61-72.
42. Aşci Ö, Bal MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. Midwifery 2023; 124:103766.
43. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. The lancet 2015; 385(9978):1685-95.
44. Renfrew MJ, Ross-Davie M. Designing and Implementing High Quality Midwifery Care: Evidence, Policy and Models of Care. Myles' Textbook for Midwives E-Book: Myles' Textbook for Midwives E-Book 2020:162.
45. Sandall J, Hatem M, Devane D, Soltani H, Gates S. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. Midwifery 2009; 25(1):8-13.
46. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M, et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. BMC pregnancy and childbirth 2014; 14(1):152.
47. Lusambili A, Wisofschi S, Shumba C, Obure J, Mulama K, Nyaga L, et al. Health care workers' perspectives of the influences of disrespectful maternity care in rural Kenya. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17(21):8218.
48. Spangler SA. "To Open Oneself Is a Poor Woman's Trouble": Embodied Inequality and Childbirth in South–Central Tanzania. Medical Anthropology Quarterly 2011; 25(4):479-98.
49. Straneo M, Beňová L, van den Akker T, Abeid MS, Ayebare E, Dossou JP, et al. Mixed vulnerabilities: the biological risk of high parity is aggravated by emergency referral in Benin, Malawi, Tanzania and Uganda. International journal for equity in health 2025; 24(1):19.

Dimensions of Obstetric Violence and Its Associated Factors in Maternity Wards in Kashan, Iran, 2024

Molouk Jaafarpour[1], Saeideh Nasiri[2,3], Fatemeh Abbaszadeh[2,3*]

1. PhD in Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
2. Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
3. PhD in Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Received: May 24, 2026 **Accepted:** Aug 31, 2026

Abstract

Introduction: Obstetric violence refers to inappropriate behaviors and inadequate care during pregnancy and childbirth, which may have various physical and psychological consequences for mothers. Identifying the dimensions and associated factors of this phenomenon is an important step toward its prevention and improving the quality of maternity care. This study was conducted with aim to determine the dimensions of birth violence and its associated factors in maternity wards in Kashan, Iran.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2024 on 395 postpartum women hospitalized in the public and private hospitals in Kashan city. Data related to obstetric violence was collected using demographic and obstetric information forms and the Childbirth Violence Questionnaire (CBVQ). Data analysis was conducted using SPSS (version 24) and chi-square, Fisher's exact test, ANOVA, and multiple linear regression. $P<0.05$ was considered statistically significant.

Results: In the dimension of "psychological and physical abuse," the highest mean score was related to an inappropriate environment. Regarding "unprofessional care," 94 women (23.8%) reported experiencing rough examinations. In the dimension of "delay in care," the most frequent response was "never." In the dimension of "family support," the highest mean score was related to feelings of fatigue and exhaustion due to insufficient support from family and spouse. The results of regression analysis showed that education level, income, number of pregnancies, and type of care provider were significantly associated with some dimensions of childbirth violence ($P<0.05$).

Conclusion: Educational level, monthly income, nationality, number of pregnancies, and type of childbirth care provider are significantly associated with different dimensions of obstetric violence. Identifying these factors can help identify at-risk groups and design for targeted interventions to improve the quality of childbirth care and ensure respect for mothers' rights.

Keywords: Maternity Care, Maternity Ward, Obstetric Violence

► **Please cite this article as:**
Jaafarpour M, Nasiri S, Abbaszadeh F. Dimensions of Obstetric Violence and Its Associated Factors in Maternity Wards in Kashan, Iran, 2024. **Iran J Obstet Gynecol Infertil** 2026; 29(6):49-66. **DOI:** 10.22038/ijogi.2026.92099.6580