

تأثیر آموزش منشور حقوق زنان باردار بر میزان عملکرد ماماها و رضایت‌مندی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) کبودرآهنگ، سال ۱۳۹۴

زیبا نیازی^۱، آرزو شایان^۲، رفعت بخت^۳، دکتر قدرت الله روشنایی^۴، سیده زهرا معصومی^{۵*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. مربی گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۵. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۱

خلاصه

مقدمه: رعایت حقوق مددجویان، موضوعی مهم در کیفیت مراقبت سلامت و راهکاری جهت بهبود عملکرد ماماها و رضایت‌مندی مادران می‌باشد. با توجه به مشکلات بی‌شماری که در دوران بارداری و زایمان محتمل است، رعایت حقوق مددجویان، موضوعی مهم در کیفیت مراقبت از مادران و راهکاری جهت دستیابی به رضایت‌مندی بیشتر می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تأثیر آموزش منشور حقوق زنان باردار بر میزان عملکرد ماماها و رضایت‌مندی زنان باردار انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۳۱ زن زایمان کرده و ۱۳ مامای شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) کبودرآهنگ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها برای زنان زایمان کرده، پرسشنامه محقق ساخته، و برای ماماها چک لیست بررسی عملکرد بود. قبل از مداخله آموزشی، ۱۷۶ زن در مورد میزان رعایت حقوقشان رضایت‌سنجی شدند، عملکرد ماماها نیز به وسیله چک لیست ارزیابی شد، سپس کارگاه آموزشی دو روزه برای پرسنل مامایی برگزار و رضایت‌سنجی از ۱۵۵ زن دیگر انجام شد و عملکرد ماماها مجدداً ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های ویلکاکسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و من ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: عملکرد ماماها قبل و بعد از آموزش، در حیطه جسمی، روحی و عملکرد کل، تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، به عبارت دیگر ماماها بعد از مداخله آموزشی، عملکرد بهتری در رعایت حقوق زنان باردار داشتند. رضایت‌مندی مادران از ماماها نیز در حیطه روحی افزایش داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش منشور حقوق بیمار می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد پرسنل مامایی و رضایت‌مندی مراجعین شود، بنابراین اجرایی کردن منشور حقوق زنان باردار در مراکز دولتی و خصوصی گامی مؤثر جهت افزایش هرچه بیشتر رضایت‌مندی در مراجعین خواهد بود.

کلمات کلیدی: آموزش، حقوق بیمار، رضایت بیمار، زنان باردار، ماما

* نویسنده مسئول مکاتبات: سیده زهرا معصومی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۵۰؛ پست الکترونیک: zahramid2001@yahoo.com

مقدمه

همه انسان‌ها دارای حقوق فردی و اجتماعی هستند که به عنوان یک اصل در جوامع مختلف پذیرفته شده می‌باشد (۱)، در این میان سلامت، حق بنیادی برای انسان می‌باشد و بیماران از آسیب‌پذیرترین افرادی هستند که چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار دارند (۲). در واقع حقوق بیمار جزئی از حقوق بشر بوده و حوزه‌ای حساس برای گروه‌های پزشکی و بیماران به شمار می‌آید (۳). منشور حقوق بیمار عبارت است از دفاع از حقوق انسان، برای اطمینان از این که در مواقع بیماری به‌ویژه در فوریت‌های پزشکی بدون تبعیض، از جسم و جان و سلامت او مراقبت کافی به عمل خواهد آمد و این مراقبت در محیطی سرشار از احترام و با کیفیت مطلوب ارائه خواهد شد (۴). حقوق بارداری به حقوق زنان باردار در ارتباط با مراقبت پزشکی و تصمیماتی که آن‌ها می‌توانند هم قبل و هم در طول بارداری بگیرند اشاره دارد. منظور از منشور حقوق زنان باردار در مطالعه حاضر، در واقع منشوری است که از منشور ۵ محوری حقوق بیمار در ایران اقتباس شده است (۵). در واقع بندهایی از منشور کلی حقوق بیمار می‌باشد که در زنان باردار، قابلیت کاربردی و ارزیابی دارد.

همچنین دوران بارداری و زایمان از مواقع حساس برای سلامت زنان هستند که نیاز به مراقبت‌ها را جدی‌تر می‌کنند و یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین مراقبت‌ها در این زمان مراقبت‌های مامایی است (۶،۷). زایمان واقعه‌ای است که کل زندگی فرد و خانواده وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بارداری و زایمان همیشه به عنوان تجربیات عاطفی زن و خانواده او مطرح می‌باشند، در این میان ماماها ایفاگر نقشی مؤثر برای والدین و نوزاد در طول دوره حساسی از زندگی آن‌ها می‌باشند (۸).

ماما یک مفهوم جهانی شناخته شده به عنوان همراه و حامی زن در زمان زایمان می‌باشد، بر اساس تعریف کنفدراسیون بین‌المللی مامایی، ماما شخصی است که به عنوان فردی مسئول و قابل تکیه در ارتباط با زنان در دوره بارداری، زایمان و بعد از زایمان، قادر به ارائه

حمایت و خدمات می‌باشد و می‌تواند مسئولیت زایمان را به عهده بگیرد (۹).

منشور حقوق بیمار در ایران نیز در ابتدا در سال ۱۳۸۱ تدوین شد، با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع‌تر در مورد حقوق بیمار این مهم در دستور کار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و متن پیشنهادی منشور حقوق بیمار در ایران در آبان ماه سال ۱۳۸۸ به تصویب شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید (۱).

بر اساس بیانیه کمیته اخلاق و حقوق بهداشت باروری کنفدراسیون زنان و مامایی، یکی از حقوق زنان باردار آگاهی از معایب و مزایای روش‌های درمانی مختلف و شرکت در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت است. همچنین تمامی اطلاعات لازم در زمینه تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی و مزایا و معایب آن باید در اختیار زنان باردار قرار گیرد. افراد باید در هر زمان، از اجرای روند درمانی خود اطلاعاتی دریافت کنند و تیم درمان و مراقبت باید تمامی اقدامات درمانی را بر اساس شواهد علمی و پس از کسب رضایت آگاهانه انجام دهند (۱۰). رعایت حقوق زنان باردار می‌تواند منجر به افزایش رضایتمندی آن‌ها و افزایش رضایت از زایمان شود که منجر به کاهش میزان سزارین و به‌دنبال آن کاهش عوارض و پیامدهای بارداری و زایمان برای مادر و جنین، ارتقای سلامت مادران و کاهش هزینه‌های سنگین برای فرد و جامعه شود. بر این اساس مادران می‌توانند در روند درمانی خود مشارکت داشته باشند و مداخلات درمانی با کیفیت بیشتری در مورد آن‌ها اجرا خواهد شد (۱۱، ۱۲).

بنابراین ماماها باید بدانند، اگر شخصی حقی بر چیزی دارد، وظیفه مسئولانه سایر افراد، فراهم‌سازی زمینه احقاق حق است (۸). با توجه به نتایج برخی مطالعات، مشاهده می‌شود که در ایران به دلایل متعدد که نیاز به مطالعه و بررسی دارد، حقوق مادران از طرف ماماها به طور کامل رعایت نمی‌شود (۱۳). برای مثال در مطالعه بایرامی و همکاران (۲۰۰۷)، عدم رعایت کامل حقوق مادران توسط ماماها مشاهده شد که به‌دنبال آن کارگاه‌های آموزشی منشور حقوق بیمار برای ماماها اجرا

رضایتمندی زنان باردار از رعایت حقوق بیمار قبل و پس از مداخله بررسی شد که پس از مداخله تأثیر چشمگیری بر افزایش رضایتمندی مادران داشت (۱۳). نتایج مطالعه مروری هادیان و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که ۴ مورد از مهم‌ترین عواملی موانع رعایت حقوق بیمار عبارتند از: عدم آگاهی مناسب کادر درمان از منشور حقوق بیمار، عدم جامعیت ضمانت اجرایی منشور حقوق بیمار در ایران، فشارکاری کادر درمان و کمبود پرسنل و آموزشی بودن بیمارستان‌ها. همچنین از راهکارهای مناسب در این زمینه نیز به آموزش پرسنل در زمینه حقوق بیمار به عنوان فراوان‌ترین راهکار اشاره شده بود (۱۴). سایر مطالعات انجام شده نیز نشان دادند که ارتقاء آگاهی ماماها از منشور حقوق زنان باردار گامی مؤثر در جهت افزایش رعایت این حقوق می‌باشد (۱۴). با توجه به این‌که، علی‌رغم آسیب‌پذیرتر بودن مادران باردار نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی، مطالعات انجام شده در این زمینه اندک می‌باشد و همچنین برای مشخص شدن میزان تأثیر آگاهی ماماها (به عنوان مانعی برای رعایت حقوق زنان باردار) و متعاقباً تأثیر آموزش ماماها (به عنوان راهکاری برای رعایت حقوق زنان باردار)، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش ماماها در رابطه با منشور حقوق زنان باردار، بر بهبود عملکرد ماماها و رضایتمندی زنان باردار در مراجعین بیمارستان امام رضا (ع) کبودرآهنگ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۳۱ زن زایمان کرده و ۱۳ ماما در بیمارستان امام رضا (ع) کبودرآهنگ انجام شد. معیار ورود ماماها به مطالعه، شاغل بودن در بیمارستان امام رضا (ع) کبودرآهنگ و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل برای شرکت در مطالعه و خروج از بیمارستان به دلایلی از جمله انتقالی قبل از پایان طرح پژوهشی بود. در این مطالعه تمامی ماماهای بخش زایمان و پست پارتوم بیمارستان امام رضا (ع) (۱۵ ماما) به شکل سرشماری وارد مطالعه شدند. اما دو نفر از ماماها در طول مطالعه (به دلایلی مانند بارداری و شرکت نکردن در کلاس آموزشی) از مطالعه خارج

شدند و در نهایت ۱۳ ماما مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه مادران باردار نیز به روش در دسترس از آبان ماه سال ۱۳۹۴ تا به حد نصاب رسیدن تعداد نمونه‌ها وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، انجام زایمان طبیعی توسط ماما، دریافت نکردن آموزش رسمی برای زایمان فیزیولوژیک و عدم داشتن بیماری روانی شناخته شده بود. معیارهای خروج مادران از مطالعه شامل افرادی بود که بعد از بستری در بخش زایمان به دلایلی به مرکز مجهزتر اعزام می‌شدند و همچنین مادران بارداری که سرانجام بستری آن‌ها در لیبر به زایمان طبیعی منجر نمی‌شد. نمونه‌های مادران باردار بر اساس این فرمول وارد مطالعه شدند: فرمول میانگین‌ها و اطلاعات مقاله بایرامی و همکاران (۱۳) که در آن $\sigma_1 = 6.54$ و $\sigma_2 = 10.4$ و $d=3$ استفاده شده است و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش نمونه، تعداد نمونه لازم در هر مرحله (قبل و بعد از آموزش) برابر ۱۵۰ نفر به دست آمد، یعنی به طور کل تعداد ۳۰۰ زن زایمان کرده باید نظرسنجی می‌شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات فردی، چک لیست بررسی عملکرد پرسنل ماما و پرسشنامه میزان رضایت از حقوق زنان باردار بود. **چک لیست عملکرد ماماها:** چک لیست شامل ۲۶ سؤال در مقیاس‌های بله و خیر و تا حدودی جهت بررسی مستقیم عملکرد پرسنل مامایی طراحی شده بود. چک لیست‌ها توسط یک مامای آموزش دیده که در مطالعه شرکت داده نشده بود، کامل شد. سؤالات مربوط به حیطه روحی شامل میزان رعایت بندهایی از منشور حقوق بیمار بود که به عواملی مانند برقراری ارتباط مناسب با مددجو و احترام به حریم خصوصی وی مرتبط بود، سؤالات حیطه جسمی نیز به رعایت حقوق و نیازهای جسمی مردان باردار مثل انجام بی‌حسی کافی در زمان بخیه زدن ارتباط داشت. نحوه نمره‌دهی به سؤالاتی که منفی طراحی شده بودند، به شکل معکوس بود. روایی این چک لیست به روش اعتبار محتوا با در نظر گرفتن پیشنهادات ۱۰ نفر از اساتید محترم هیئت

استفاده شد، به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۹ نفر مددجوی واجد شرایط قرار گرفت، سپس با فاصله زمانی ۴ هفته، مجدداً این عمل تکرار شد و $ICC=0/86$ تعیین شد.

پرسشنامه اطلاعات فردی: این پرسشنامه با بازبینی پرسشنامه بایرامی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۳) به منظور هماهنگی بیشتر با سؤالات پرسشنامه رضایت از حقوق زنان باردار مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن نیز به همراه پرسشنامه رضایت از حقوق زنان باردار سنجیده شد.

در گام اول قبل از مداخله آموزشی، زنان باردار مراجعه‌کننده جهت زایمان طبیعی به بخش زایشگاه بیمارستان امام رضا (ع) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش در دسترس وارد مطالعه شدند و پرسشنامه میزان رضایت از حقوق بیمار در اختیار آنها قرار داده شد، اما با توجه به اینکه هر زن باردار از بین ماماها حاضر در شیفت، فقط در مورد مامایی که عامل زایمان او بوده است، نظرسنجی می‌شد (چون میزان رضایت مادران باردار از ماماها مختلف، یکسان نبود برای متناقض نبودن پاسخ‌های مددجویان، مقرر شد هر زن باردار میزان رضایت خود را فقط از مامایی که عامل زایمان او بوده است بیان کند) و ممکن بود بعضی از ماماها با توجه به معیارهای خروج، از مطالعه خارج شوند و متعاقباً نمونه‌های منتسب به آنها نیز از مطالعه کنار گذاشته شود، نمونه‌گیری به خصوص در مرحله قبل از آموزش، بیش از این تعداد انجام شد، تا در صورت حذف برخی پرسشنامه‌ها تعداد نمونه محاسبه شده در فرمول حجم نمونه مهیا باشد. در نتیجه تعداد ۱۸۴ مادر باردار قبل از آموزش ماماها نظرسنجی شدند و هر ماما از دیدگاه حداقل ۷ زن زایمان کرده نظرسنجی شد. در روند مطالعه یکی از ماماها در کارگاه شرکت نکرد و یکی دیگر از آنها نیز به دلیل بارداری از بخش زایمان خارج شد، پرسشنامه‌های منتسب به این دو ماما نیز از مطالعه کنار گذاشته شد و تعداد نمونه زنان زایمان کرده در مرحله قبل از آموزش به ۱۷۶ نفر کاهش یافت و این تعداد نمونه پس از کسب رضایت کتبی از مادران و ماماها در مورد میزان رضایت از عملکرد ماماها در زمینه

علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، به تأیید رسید. جهت بررسی پایایی آنها نیز در مورد چک لیست از روش پایایی بین مشاهده‌کنندگان^۱ استفاده شد و ضریب همبستگی $ICC=0/89$ تعیین شد. چک لیست شامل ۲۶ سؤال در مقیاس‌های بله و خیر و تا حدودی جهت بررسی مستقیم عملکرد پرسنل مامایی طراحی شده بود. پرسشنامه نیز شامل دو قسمت بود، بخش اول حاوی سؤالاتی در مورد اطلاعات فردی و بخش دوم دارای ۱۶ سؤال در مورد میزان رضایت از رعایت حقوق زنان باردار بوده که با مقیاس لیکرت ۵ تایی از کاملاً راضی (نمره ۵) تا کاملاً ناراضی (نمره ۱) طراحی شده بود.

سؤالات چک لیست و پرسشنامه مشتمل بر دو حیطه جسمی و روحی بود، سؤالات مربوط به حیطه روحی شامل میزان رعایت بندهایی از منشور حقوق بیمار بود که به عواملی مانند برقراری ارتباط مناسب با مددجو و احترام به حریم خصوصی وی مرتبط بود، سؤالات حیطه جسمی نیز به رعایت حقوق و نیازهای جسمی مردان باردار مانند انجام بی‌حسی کافی در زمان بخیه زدن ارتباط داشت. نحوه نمره‌دهی به سؤالاتی که منفی طراحی شده بودند، به شکل معکوس بود.

پرسشنامه رضایت از حقوق زنان باردار: این پرسشنامه با بازبینی پرسشنامه بایرامی و همکاران (۱۳) به منظور هماهنگی با بندهای منشور حقوق زنان باردار طراحی شد. شامل دو قسمت بود: بخش اول حاوی سؤالاتی در مورد اطلاعات فردی و بخش دوم دارای ۱۶ سؤال در مورد میزان رضایت از رعایت حقوق زنان باردار بود که با مقیاس لیکرت پنج‌تایی از کاملاً راضی (نمره ۵)، تا کاملاً ناراضی (نمره ۱) طراحی شده بود. ۱۳ سؤال در مورد رضایت در حیطه روانی و ۳ سؤال در مورد رضایت در حیطه جسمی (رعایت حقوق و نیازهای جسمی بیمار مانند انجام بی‌حسی کافی در زمان بخیه زدن و ...) بود. سؤالات حیطه روانی شامل رضایت از رعایت بندهایی از منشور حقوق بیمار بود (برقراری ارتباط مناسب با مددجو، احترام به حریم خصوصی وی) جهت بررسی پایایی پرسشنامه نیز، از روش آزمون مجدد

¹ Inter Observer Reliability

رعایت بندهای منشور حقوق زنان باردار، نظرسنجی شدند. سنجش عملکرد ماماها نیز در این مرحله با تکمیل چک لیست توسط پژوهشگر، به طور همزمان با رضایت‌سنجی از مراجعین انجام شد.

در گام دوم کارگاه آموزشی دو روزه در ۴ ساعت توسط پژوهشگر، در نیمه اردیبهشت ماه ۱۳۹۴، به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ، برای پرسنل مامایی برگزار شد، محتوای جلسات با استفاده از متن پیشنهادی منشور حقوق بیمار در ایران که در آبان ماه سال ۱۳۸۸ به تصویب شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده است و به واحدهای تابعه ابلاغ شده است، ارائه شد، این منشور شامل ۵ محور کلی می‌باشد که هر یک از این محورها به پیوست بندهایی توضیح داده شده‌اند. نحوه ارائه کارگاه به این ترتیب بود که پژوهشگر به عنوان مدرس کارگاه، در جلسه اول و دوم توضیحاتی در مورد مسائل زیر ارائه داد:

جلسه اول:

خوش آمدگویی به حضار و پخش کلیپ در مورد حقوق سلامت

بیان کلیاتی در مورد حقوق بیمار

بیان حق برخورداری از آزادی، استقلال و حق مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها به دور از هرگونه اجبار یا تهدید

بیان حق دریافت مراقبت‌های صحیح و در امان بودن از هرگونه آسیب جسمی و روانی

بیان حق برابری و مساوات در بهره‌مندی از خدمات و دور بودن از هرگونه تبعیض

بیان حق دسترسی مددجو به اطلاعات مناسب

جلسه دوم:

خوش آمدگویی

بیان حق حفظ حریم خصوصی و اسرار و اطلاعات مددجو

بیان حق بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی و دستیابی به بالاترین سطح سلامتی ممکن

بیان حق اخذ رضایت آگاهانه و احترام به ترجیحات و تصمیمات مددجو

بیان حق برخورداری از رفتار محترمانه و حفظ شئون انسانی

اهداء جوایز به ماما‌های شرکت‌کننده و تقدیر از آن‌ها سپس سناریوهایی برای پرسنل طراحی شده و اشتباهات احتمالی به بحث گذاشته شد. در پایان نیز به سؤالات پاسخ داده شد.

طراحی سناریوها به این شکل بود که برخوردهایی که در چند هفته اخیر بین پرسنل و مادران باردار اتفاق افتاده بود و منجر به نارضایتی آن‌ها شده بود، به بحث گذاشته شد، سپس رفتارهای جایگزینی که می‌توانست باعث رعایت بیشتر حقوق زنان باردار و در نتیجه افزایش میزان رضایتمندی آن‌ها شود به پرسنل آموزش داده شد. سپس پرسنل طی دو هفته با ارسال پیامک در مجموع ۷ پیامک در مورد رعایت حقوق زنان باردار پیگیری شدند.

با توجه به اینکه حجم نمونه زنان زایمان کرده در مرحله بعد از آموزش نیز ۱۵۰ نفر محاسبه شده بود، در گام سوم، بعد از گذشت دو هفته از کارگاه آموزشی، رضایت‌سنجی از زنان زایمان کرده آغاز شد و نمونه‌گیری تا نظرسنجی از ۱۶۴ زن زایمان کرده ادامه یافت، در نتیجه با نمونه‌گیری از این تعداد زن زایمان کرده، شرایط مورد نظر در این مطالعه یعنی نظرسنجی از حداقل ۷ زن زایمان کرده برای هر کدام از ماماها و رعایت حد نصاب نمونه‌ها (حداقل ۱۵۰ نفر) محقق شد، البته پس از کنار گذاشتن نمونه‌های رضایت‌سنجی شده از ماما‌هایی که از مطالعه خارج شده بودند، در نهایت نظرات ۱۵۵ زن زایمان کرده در مرحله بعد از آموزش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین عملکرد ماماها نیز در این مرحله مجدداً با چک لیست توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار گرفت.

لازم به توضیح است که سنجش عملکرد ماماها توسط پژوهشگر با مشاهده مستقیم عملکرد آن‌ها در بخش زایمان انجام شد، بدین منظور پژوهشگر در شیفت‌های کاری هر یک از پرسنل در بخش زایمان حضور یافت و چک لیست مورد نظر را برای هر یک از آن‌ها به طور جداگانه تکمیل کرد. با توجه به اینکه ممکن بود یک مامای مشخص در مورد سؤالات چک لیست در هر بار رفتار متفاوتی را نشان دهد، فراوان‌ترین رفتار پرسنل مورد نظر به عنوان گزینه منتخب به سؤالات چک لیست علامت زده شد. مثلاً اگر از چهار مورد معاینه واژینالی که

کمتر از دیپلم و ۵۹ نفر (۱۵/۴٪) نیز دیپلم و بالاتر داشتند. ۲۰۴ نفر (۶۱/۶٪) از زنان باردار در فاز فعال زایمان و ۱۲۷ نفر (۳۷/۲٪) نیز در فاز نهفته بستری شده بودند. زایمان ۱۱۱ نفر (۳۳/۵٪) در شیفت صبح، ۹۷ نفر (۲۹/۳٪) در شیفت عصر و ۱۲۳ نفر (۳۷/۲٪) نیز در شیفت شب انجام شده بود. ۱۱۵ نفر (۳۴/۷٪) از زایمان‌ها بدون عارضه، ۱۲۷ نفر (۳۸/۱٪) با انجام اپی‌زیاتومی و ۸۹ نفر (۲۶/۹٪) با پارگی پرینه همراه بود. ۱۰۰ نفر (۳۰/۲٪) از زایمان‌ها بدون مداخله و ۲۰۱ نفر (۶۰/۵٪) با اینداکشن یا استیمولیشن همراه بود (۱۷).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین سنی ماماها ۲۹/۰۸±۶/۰۳ سال و میانگین سابقه کاری در آن‌ها ۵±۴/۹۵ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۳ نفر (۲۳/۱٪) مجرد و ۱۰ نفر (۷۶/۹٪) تأهل، از لحاظ وضعیت استخدامی ۲ نفر (۱۵/۴٪) استخدام رسمی، ۵ نفر (۳۸/۵٪) استخدام پیمانی و ۶ نفر (۴۲/۹٪) آن‌ها در حال گذراندن طرح بودند. از نظر محل سکونت ۴ نفر بومی (۳۰/۸٪) و ۹ نفر (۶۹/۲٪) غیر بومی بودند.

عملکرد ماماها قبل و بعد از آموزش، در حیطه‌های جسمی ($p=0/002$)، روحی ($p=0/002$) و عملکرد کل ($p=0/001$) تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p<0/05$)، به عبارت دیگر ماماها بعد از مداخله آموزشی، عملکرد بهتری در رعایت حقوق زنان باردار داشتند، به نحوی که نمره عملکرد قبل از آموزش در حیطه‌های جسمی، روحی و عملکرد کل به ترتیب $5/15 \pm 3/39$ ، $13/76 \pm 5/18$ و $18/92 \pm 7/01$ بود، که به مقادیر $10/15 \pm 1/82$ ، $23/30 \pm 3/39$ و $23/46 \pm 5/65$ ارتقاء پیدا کرد (جدول ۱).

توسط ماما انجام شده بود، حداقل سه مورد از آن با حفظ حریم خصوصی مددجو انجام می‌شد، گزینه بلی، اگر دو مورد آن همراه با حفظ حریم خصوصی بود، گزینه تا حدودی و اگر کمتر از آن بود، گزینه خیر انتخاب شد. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها و چک لیست، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های ویلکاکسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و من ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، بررسی میزان سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد سقط زنان باردار نشان‌دهنده آن است که هر چهار متغیر مورد نظر در زنان باردار شرکت‌کننده در دو مرحله آموزشی، اطلاعات یکسانی را ارائه می‌دهند و همگن هستند. همچنین بر اساس آزمون کای اسکوئر، متغیرهای تحصیلات، محل سکونت مادر (شهر یا روستا)، زمان تولد نوزاد (در شیفت صبح، عصر یا شب)، وضعیت مادر در حین بستری (بستری در فاز نهفته یا فعال زایمان)، مداخلات حین زایمان (انجام استیموله یا اینداکشن در حین لیبر) و وجود عوارض بعد از زایمان (اپی‌زیاتومی یا پارگی پرینه) در زنان باردار شرکت‌کننده، در دو مرحله آموزشی اطلاعات یکسانی را ارائه کردند و همگن بودند.

در مطالعه حاضر، میانگین سنی مادران باردار قبل از مداخله آموزشی $25/58 \pm 5/16$ سال و بعد از مداخله آموزشی $26/43 \pm 5/87$ سال بود. میانگین تعداد بارداری قبل از مداخله آموزشی $2/11 \pm 1/18$ و بعد از مداخله آموزشی $2/26 \pm 1/24$ بود و دو متغیر در هر دو گروه همگن بودند. ۲۷۲ نفر (۸۲/۲٪) از زنان باردار تحصیلات

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات عملکرد ماماها قبل و بعد از مداخله آموزشی

| نمره عملکرد حیطه‌ها | قبل از آموزش میانگین ± انحراف معیار | بعد از آموزش میانگین ± انحراف معیار | سطح معنی‌داری* |
|---|--|--|----------------|
| نمره عملکرد در حیطه جسمی | ۵/۱۵±۳/۳۹ | ۱۰/۱۵±۱/۸۲ | ۰/۰۰۲ |
| نمره عملکرد در حیطه روحی | ۱۳/۷۶±۵/۱۸ | ۲۳/۳۰±۳/۳۹ | ۰/۰۰۲ |
| نمره عملکرد کل (حیطه جسمی + حیطه روحی) | ۱۸/۹۲±۷/۰۱ | ۲۳/۴۶±۵/۶۵ | ۰/۰۰۱ |

*آزمون ویلکاکسون

در مورد ارتباط متغیرهای کمی (سن و سابقه کاری) ماماها با عملکرد آن‌ها، قبل از آموزش بین سن ماماها و عملکرد آن‌ها در حیطه روحی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0/035$)، اما بین سن و عملکرد ماماها در حیطه جسمی و عملکرد کل ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($p>0/05$). بعد از ارائه آموزش نیز با توجه به نتایج به دست آمده بین سن و عملکرد ماماها در حیطه روحی

در مورد ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0/026$) و عملکرد کل ($p=0/031$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما بین سن و عملکرد ماماها در حیطه جسمی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/477$). در مورد ارتباط سابقه کاری و عملکرد ماماها نیز، هم قبل و هم بعد از مداخله در هیچ یک از حیطه‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲- ارتباط بین متغیرهای کمی ماماها (سن، سابقه کاری) با عملکرد ماماها قبل و بعد از آموزش با استفاده از همبستگی

| اسپیرمن | | متغیر | حیطه | میانگین \pm انحراف معیار | سطح معنی‌داری |
|------------|--|-------|-----------|----------------------------|---------------|
| | | | حیطه روحی | ۱۳/۷۸ \pm ۵/۱۸ | قبل از آموزش |
| | | | | ۲۳/۳۱ \pm ۴/۳۰ | بعد از آموزش |
| سن | | | حیطه جسمی | ۵/۱۵ \pm ۳/۳۹ | قبل از آموزش |
| | | | | ۱۰/۱۵ \pm ۱/۱۹ | بعد از آموزش |
| | | | عملکرد کل | ۱۸/۹۲ \pm ۷/۰۲ | قبل از آموزش |
| | | | | ۳۳/۴۶ \pm ۵/۶۵ | بعد از آموزش |
| | | | حیطه روحی | ۱۳/۷۸ \pm ۵/۱۸ | قبل از آموزش |
| | | | | ۲۳/۳۱ \pm ۴/۳۰ | بعد از آموزش |
| سابقه کاری | | | حیطه جسمی | ۵/۱۵ \pm ۳/۳۹ | قبل از آموزش |
| | | | | ۱۰/۱۵ \pm ۱/۱۹ | بعد از آموزش |
| | | | عملکرد کل | ۱۸/۹۲ \pm ۷/۰۲ | قبل از آموزش |
| | | | | ۳۳/۴۶ \pm ۵/۶۵ | بعد از آموزش |

به منظور مقایسه میانگین نمرات رضایت زنان زایمان کرده (قبل و بعد از آموزش) به دلیل مستقل و کمی بودن این متغیرها و همچنین نرمال نبودن آن‌ها، از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان رضایت کلی زنان زایمان کرده قبل و بعد از آموزش تفاوت آماری معنی‌داری ندارند ($p>0/05$)، اما وقتی نتایج به تفکیک حیطه‌های جسمی و روحی بررسی شدند، مشخص شد که آموزش ماماها تفاوت معنی‌داری در میزان رضایت زنان زایمان کرده در حیطه روحی ایجاد کرده است ($p<0/05$) (جدول ۳).

در ارتباط با تأثیر متغیرهای کیفی ماماها (وضعیت تأهل، محل سکونت و وضعیت استخدامی) بر عملکرد، قبل از مداخله، بین وضعیت تأهل و استخدامی ماماها با عملکرد آن‌ها در هیچ یک از حیطه‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p>0/05$). اما بین محل سکونت و عملکرد ماماها در حیطه جسمی، قبل از مداخله ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0/034$). همچنین بعد از آموزش بین وضعیت تأهل، محل سکونت و وضعیت استخدامی ماماها با عملکرد آن‌ها در هیچ یک از حیطه‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p>0/05$).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات رضایت زنان باردار از رعایت حقوق توسط ماماها، در زنان زایمان کرده (قبل و بعد از آموزش)

| حیطه | زنان زایمان کرده | میانگین \pm انحراف معیار | سطح معنی‌داری |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| حیطه جسمی | گروه قبل از آموزش | ۱۲/۱۳۸ \pm ۲/۲۵ | ۰/۴۱۷ |
| | گروه بعد از آموزش | ۱۲/۵۸ \pm ۲/۲۰ | |
| حیطه روحی | گروه قبل از آموزش | ۵۸/۳۰ \pm ۶/۷۲ | ۰/۰۴۷ |
| | گروه بعد از آموزش | ۵۹/۳۳ \pm ۸/۴۹ | |
| حیطه کلی رضایت (روحی+جسمی) | گروه قبل از آموزش | ۷۰/۶۸ \pm ۸/۲۹ | ۰/۰۷۱ |
| | گروه بعد از آموزش | ۷۱/۹۰ \pm ۱۰/۰۴ | |

میانگین امتیاز پرسشنامه LSQ پس از آموزش، در گروه مداخله بیشتر بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$).

در مطالعه گرانمایه و همکاران (۲۰۱۱) نیز که تأثیر آموزش بر عملکرد ماماها، در بکارگیری روش‌های کاهش درد زایمان سنجیده شده بود، نتایج آزمون آماری نشانگر افزایش معنی‌دار عملکرد ماماها در مورد روش‌های کاهش درد زایمان به عنوان یکی از مهم‌ترین رفتارهای حمایتی بعد از آموزش بود (۱۷).

در مطالعه حاضر، روش‌های مختلف کاهش درد با تأکید بر به کارگیری روش‌های غیردارویی نظیر ماساژ ملایم، برقراری تماس چشمی با مادر، تشویق زانو به ذکر دعا و روش‌های حمایتی، فیزیولوژیک و جایگزین، در کارگاه یک روزه آموزش داده شد و نتایج نشان‌دهنده افزایش معنی‌داری در به کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماماها بعد از آموزش بود ($p < 0/05$).

در مطالعه بایرامی و همکاران (۲۰۰۷)، که با هدف بررسی تأثیر کارگاه آموزشی حقوق بیمار برای ماماها بر میزان رعایت حقوق از دیدگاه زنان زایمان کرده انجام شد، ۴۰۰ زن باردار وارد مطالعه شدند که ۲۰۰ زن زایمان کرده به عنوان گروه شاهد و ۲۰۰ زانو پس از تشکیل کارگاه آموزشی حقوق بیمار برای ماماها به عنوان گروه مورد انتخاب شدند. کارگاه یک روزه حقوق بیمار برای ماماها برگزار شد و پرسشنامه محقق ساخته توسط افراد تکمیل شد. اختلاف معنی‌داری بین میزان رعایت حقوق جسمی و روانی - اجتماعی از دیدگاه مادران در گروه شاهد وجود داشت و آشناسازی کادر اتاق زایمان با حقوق بیمار، تأثیر مثبتی بر میزان رعایت حقوق زنان زایمان کرده داشت (۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سن و عملکرد ماماها در حیطه روحی ($p = 0/026$) و عملکرد کل ($p = 0/031$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت، ولی ارتباط سابقه کاری، محل سکونت، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی ماماها با عملکرد آن‌ها در هیچ یک از حیطه‌ها معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). وجود ارتباط معنی‌دار بین سن و بهبود عملکرد ماماها پس از مداخله می‌تواند بیانگر این باشد که در این سن صبر و حوصله در محیط کار بیشتر است

همچنین در مطالعه حاضر، ارتباط بین متغیرهای فردی ماماها با رضایت‌مندی مراجعین قبل و بعد از مداخله آموزشی بررسی شد. بر این اساس، بین سن و سابقه کاری ماماها، تأهل و محل سکونت و وضعیت استخدامی ماماها با رضایت‌مندی مادران باردار در هیچ یک از حیطه‌ها (جسمی، روحی و رضایت کل)، قبل و بعد از مداخله آموزشی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث

در مطالعه حاضر، عملکرد ماماها قبل و بعد از مداخله آموزشی، در دو حیطه جسمی و روحی و همچنین عملکرد کل تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$) به عبارت دیگر ماماها بعد از مداخله آموزشی، عملکرد بهتری در رعایت حقوق زنان باردار داشتند.

روتر و همکاران (۱۹۹۸)، تأثیر برنامه آموزشی را بر عملکرد پزشکان و رضایت بیماران در آفریقا مورد بررسی قرار دادند. نمونه‌ها شامل پزشکان و بیماران بودند و آموزش مهارت‌های ارتباطی انجام شد. ارزیابی پزشکان با استفاده از بررسی صوت ضبط شده آن‌ها در طول معاینه و میزان رضایت بیماران با استفاده از پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشانگر تأثیر مثبت آموزش بر عملکرد پزشکان بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت، اما افزایش رضایت بیماران از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p = 0/066$) (۱۵) که دلیل این نتایج می‌تواند متفاوت بودن نوع آموزش به پزشکان، تفاوت‌های فردی و فرهنگی بیماران در پاسخ به سؤالات یا متفاوت بودن برداشت بیماران از سؤالات پرسشنامه باشد.

در مطالعه واثق رحیم پرور و همکاران (۲۰۱۳) نیز که با هدف طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزش حمایت‌های مداوم مامایی طی لیبر به دانشجویان مامایی انجام شده بود، نتایج نشان داد که ارائه آموزش، در بکارگیری رفتارهای حمایتی توسط دانشجویان مامایی آموزش دیده تأثیر مثبت دارد ($p < 0/001$) (۱۶). در مطالعه واثق رحیم پرور و همکاران تجزیه و تحلیل نتایج نشان دهنده آن بود که میانگین امتیاز پرسشنامه LSQ قبل از مداخله در گروه شاهد و مداخله همسان بود، اما

و می‌تواند روی عملکرد آنان تأثیرگذار باشد. در مورد بررسی میزان رضایتمندی بیماران قبل و بعد از مداخله، نتایج نشان داد تنها در حیطه روحی رضایتمندی افراد افزایش یافته بود و تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۶) (۱۸)، با عنوان تأثیر آموزش منشور حقوق زنان باردار به ماماها بر میزان رضایت زنان مراجعه‌کننده به بخش زایمان، نتایج نشان داده که میزان رضایت کلی مادران باردار بعد از آموزش بیشتر از میزان رضایت کلی مادران باردار قبل از آموزش است، در مطالعه حاضر تأثیر آموزش منشور حقوق زنان باردار با بررسی مستقیم عملکرد ماماها سنجیده می‌شد ولی در مقاله معصومی و همکاران تأثیر مداخله آموزشی بر ماماها به شکل غیرمستقیم، با نظرسنجی از زنان باردار مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، که توجیه اختلاف نتایج با مطالعه حاضر این مسئله می‌تواند باشد.

بر اساس نتایج برخی مطالعات، میزان رضایت بیماران با فاکتورهای فردی آن‌ها و گاهی با برخی ویژگی‌های فردی مرتبط با درمانگر آن‌ها متغیر می‌باشد. در پژوهش حاضر، بین سن و سابقه کاری ماماها، تأهل و محل سکونت و وضعیت استخدامی ماماها با رضایتمندی مادران باردار در هیچ یک از حیطه‌ها (جسمی، روحی و رضایت کل)، قبل و بعد از مداخله آموزشی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۸) در مورد فاکتورهای فردی مربوط به پزشک نیز، نشان داد که میزان رضایتمندی بیماران با افزایش سن پزشک کاهش معنی‌داری دارد. میزان رضایت از پزشکان با میزان سابقه کار آن‌ها ارتباطی معکوس داشت، میانگین نمره رضایت از پزشکان مرد به طور معنی‌داری از میانگین رضایت از پزشکان زن بالاتر بود و میزان رضایت بیماران از پزشکان متأهل به طور معنی‌داری بیش از پزشکان مجرد بود (۱۹).

با توجه به این‌که در مطالعه حاضر، کادر درمانی شرکت‌کننده ماماها بودند و همه آن‌ها طبیعتاً، زنان

می‌باشند، تأثیر جنسیت درمانگر در این مطالعه قابل ارزیابی نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده روش‌های مختلف آموزشی با بهره‌گیری از مدل‌های متنوع آموزش بهداشتی برای انتخاب مؤثرترین روش آموزش ماما و مقایسه میزان رعایت هریک از بندهای منشور حقوق زنان باردار در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی، مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به محدود بودن نمونه‌گیری در یک مرکز و عدم تعمیم آن به کل جامعه و عدم پیگیری نمونه‌های پژوهش پس از انجام مداخلات آموزشی اشاره کرد، که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده پیگیری افراد چند ماه پس از مداخله انجام شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش منشور حقوق بیمار می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد پرسنل مامایی و رضایتمندی مراجعین شود که در ارتقای کیفیت خدمات به بیماران و بهبود وضعیت سلامت جامعه مؤثر می‌باشد. اجرایی کردن منشور حقوق زنان باردار در مراکز دولتی و خصوصی گامی مؤثر جهت افزایش هرچه بیشتر رضایتمندی در مراجعین خواهد بود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در تاریخ ۱۳۹۵/۳/۵، به شماره ۹۴۰۳۰۵۱۱۲۴ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین و پرسنل مامایی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان کبودرآهنگ و همچنین از همکاران حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و مادران باردار شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Parsapoor AR, Bagheri AR, Larijani B. Patient rights in Iran. *J Med Ethics Hist* 2009; 27:39-47.
2. Ducinskiene D, Vladickiene J, Kalediene R, Haapala I. Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania. *BMC Int Health Hum Rights* 2006; 6(1):10.
3. Abbasi A, Ziyaie A. Practicing patients' rights in hospitals: Mandatory for clinical governance implementation. Abstract Book of First Regional Congress of Clinical Governance. Golestan University of Medical Sciences, Gorgan Iran; 2010. (Persian).
4. Sedghiani E. Organization and hospital management. 1st ed. Tehran: Jahan Rayane Publication; 1999. (Persian).
5. Laufer-Ukeles P. Reproductive choices and informed consent: fetal interests, women's identity, and relational autonomy. *Am J Law Med* 2011; 37(4):567-623.
6. Bennett V, Brown K. Myles textbook for midwives. 13th ed. Tehran: Churchill Livingstone; 1997. (Persian).
7. Kashanian M, Fekrat M, Masoomi Z, Ansari NS. Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial. *Midwifery*.2010;2(26):241-5.
8. Baniaghil A, Ghahami S. Admittance to the labor and delivery unit. 1th ed. Tehran: Nashr Jameenegar; 2012. (Persian).
9. Freyzea D, Coper M. Myles. 15th ed. Tehran: Entesharat Boshra; 2013. (Persian).
10. Khodakarami N, Jan Nesari S. Evaluating mothers' awareness about pregnant women's rights. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(1):51-8.
11. Alidosti M, Tahmasebi M, Raeisi M. Evaluating the women's satisfaction of Hajar hospital services after the delivery. *J Clin Nurs Midwifery* 2013; 2(1):1-8. (Persian).
12. Ahmadi Z, Azimi H. Satisfaction of mothers with midwifery care in. *Adv Nurs Midwifery* 2009; 19(67):30-5. (Persian).
13. Bayrami R, Pezeshki MZ, Ebrahimi M. A study of the influence of implementing patients'rights workshop for midwives on the womens viewpoint about parturient rights Respect. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2007; 5(3):93-101. (Persian) .
14. Hadianjazi Z, Dehghan Nayeri N. Barriers in the performance of patient's rights in Iran and appropriate offered solutions review article. *Holist Nurs Midwifery* 2013; 24(74):69-79.
15. Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L, Hernandez O. The effects of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. *Med Educ* 1998; 32(2):181-9.
16. Vasegh Rahimparvar F, Nasehi G, Khakbazan Z, Kazemnezhad A. Design, implementation and evaluation of educational program in continuous labor support to midwifery students. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(79):10-7. (Persian).
17. Geranmayeh M, Hadian T, Rezaepur A, Akhondzadeh E, Haghani H. Effect of education on midwives' knowledge, attitude and practice about non-pharmacologic labor pain relieving methods. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 15(2):34-40.
18. Masoumi Z, Niazi Z, Bakht R, Roshanaii GT. The effect of education of pregnant women's Bill of rights to midwives, on satisfaction of the women referred to labor unit of Imam Reza hospital. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2016; 24(1):58-67.
19. Heydari A, Seydi M. Patient satisfaction of general physicians in Qom and its influencing factors. *J Med Council Islam Republic Iran* 2008; 26(4):530-40. (Persian).