

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī

i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2023; 17(48): e23

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

A Review of the Dimensions of Women's Dignity during Pregnancy and Childbirth

Farnaz Farnam¹, Rezvan Zarei¹, Elnaz Khayer^{1*}

1. Department of Reproductive Health & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Human dignity serves as the cornerstone of human rights and is fundamental in understanding patient rights. Given the delicate nature of pregnancy, preserving women's dignity during this period is crucial. This study aims to explore the various dimensions of women's dignity throughout pregnancy and childbirth.

Methods: This review-narrative study utilized a method of collecting information by searching for relevant books and articles published in the past two decades (2000-24) from reputable databases such as Magiran, SID, PubMed, Web of Science and Google Scholar.

Ethical Considerations: In this research, ethical aspects were observed in the literature review, including authenticity of texts, honesty and integrity.

Results: Based on the study's findings, the dignity of pregnant women should be addressed in three dimensions: 1- Clinical Environment, which encompasses ensuring the presence of specialized personnel in healthcare centers, pregnant women's comfort provision, comprehensive patient care, access to medications and facilities and an effective complaint handling system; 2- Service Providers, focusing on effective communication, avoiding verbal and physical violence, maintaining positive attitudes and appropriate behavior, safeguarding physical and psychological privacy, avoiding discrimination and labeling pregnant women and paying adequate attention to them; 3- Diagnostic and Treatment Processes, emphasizing the importance of providing information, involving pregnant women in decision-making, respecting their preferences and obtaining informed consent before interventions.

Conclusion: Creating a calm clinical environment, enhancing effective communication, respecting women's choices during diagnosis and treatment, accurate and transparent information dissemination and increasing awareness among pregnant women about treatment processes all contribute to improving maternal health. Human rights and human dignity must be upheld at all stages of healthcare. Continuous training for healthcare personnel, especially midwives as the first point of contact, plays a crucial role in raising awareness about the dimensions of human dignity, women's rights and commitment to improving care practices.

Keywords: Respect; Patient Rights; Women's Health; Pregnancy; Midwifery

Corresponding Author: Elnaz Khayer; **Email:** elnaz.khayer@gmail.com

Received: January 26, 2024; **Accepted:** June 26, 2024; **Published Online:** July 05, 2024

Please cite this article as:

Farnam F, Zarei R, Khayer E. A Review of the Dimensions of Women's Dignity during Pregnancy and Childbirth. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e23.



مجله اخلاق پزشکی

دوره هفدهم، شماره چهل و هشتم، ۱۴۰۲



مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

مروری بر ابعاد کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان

فرناز فرنام^۱ ID، رضوان زارعی^۱ ID، الناز خیر^{۱*} ID

۱. گروه سلامت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کرامت انسانی، مبنای حقوق بشر و اساس درک حقوق بیماران است. با توجه به حساسیت دوران بارداری، حفظ کرامت زنان در این دوران امری ضروری است. هدف از این مطالعه، مروری بر ابعاد کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان می‌باشد.

روش: مطالعه حاضر از نوع مروری - روایتی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات آن به صورت جستجوی کتب و مقالات دو دهه اخیر (۲۴-۲۰۰۰ م.) در پایگاه‌های معتبر SID، Magiran، Web of Science، PubMed و Google Scholar است.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های مطالعه، کرامت زنان باردار باید در سه بعد مورد توجه قرار گیرد: ۱- محیط بالینی: حضور افراد متخصص در مراکز، تأمین آسایش زنان باردار، توجه همه‌جانبه نسبت به بیماران، دسترسی به داروها و تسهیلات و نظام رسیدگی به شکایات؛ ۲- ارائه‌دهندگان خدمات: برقراری ارتباط مؤثر، پرهیز از خشونت کلامی و جسمی، نگرش مثبت و رفتار مناسب، تأمین و حفظ حریم خصوصی فیزیکی و رعایت حریم خصوصی روانی، پرهیز از تبعیض و انگ و توجه کافی به زنان باردار؛ ۳- فرایندهای تشخیصی و درمانی: ارائه اطلاعات و مشارکت‌دادن به زنان باردار، احترام به تصمیم و ترجیحات زنان باردار و اخذ رضایت آگاهانه قبل از هرگونه مداخله.

نتیجه‌گیری: آرامش محیط بالینی، ارتقای ارتباطات مؤثر، احترام به انتخابات زنان در فرآیند تشخیص و درمان، اطلاع‌رسانی دقیق و شفاف و افزایش آگاهی زنان از روندهای درمانی بهبود سلامت مادران باردار را تسهیل می‌کند. حقوق بشر و کرامت انسانی باید در همه مراحل مراقبت‌های بهداشتی رعایت شود. آموزش مداوم کارکنان بهداشتی، به ویژه ماماها به عنوان نخستین سطح مراجعه، نقش مهمی در افزایش آگاهی از ابعاد کرامت انسانی و حقوق زنان و تعهد به بهبود شیوه‌های مراقبتی ایفا می‌کند.

واژگان کلیدی: کرامت انسانی؛ حقوق بیمار؛ سلامت زنان؛ بارداری؛ مامایی

نویسنده مسئول: الناز خیر؛ پست الکترونیک: elnaz.khayer@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۴/۱۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Farnam F, Zarei R, Khayer E. A Review of the Dimensions of Women's Dignity during Pregnancy and Childbirth. Faṣṭnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e23.

مقدمه

کرامت انسانی که مبنای حقوق بشر و اساس درک حقوق بیماران است، توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد (United Nations General Assembly) و سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) مورد تأکید قرار گرفته است. شأن و منزلت زنان باردار ایجاب می‌کند مداخلات پزشکی و درمانی را همراه با احترام دریافت کنند. این امر به معنای دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پزشکی باکیفیت، اطمینان از حفظ حریم خصوصی، محرمانه‌ماندن اطلاعات پزشکی، اطلاع‌رسانی صحیح و اخذ رضایت آگاهانه قبل از ارائه هرگونه اقدامات تشخیصی و درمانی و ایجاد یک محیط بالینی ایمن می‌باشد. با این حال، حقوق زنان باردار ممکن است بسته به فرهنگ و هنجارهای اجتماعی در کشورهای مختلف، متفاوت باشد (۱).

کرامت، مفهومی گسترده و تفسیر آن بسته به فرهنگ و هنجارهای هر جامعه، متفاوت است. از آنجایی که جوامع مختلف دارای دیدگاه‌های متفاوتی هستند، نگرش فرهنگی در شکل‌دهی و تعریف کرامت مؤثر است (۲).

بیانیه WHO نیز در مورد حقوق بیماران بیان می‌کند «بیماران باید مطابق با احترامی که به عنوان یک انسان برای آن‌ها در نظر گرفته شده، خدمات درمانی را دریافت کنند. علاوه بر این، استراتژی‌هایی برای بهبود پاسخگویی سیستم‌های مراقبتی و ارائه‌دهندگان خدمات، مانند اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) (آرمان شماره ۵، هدف ۷)، نسبت تولدهای انجام‌شده با حضور پرسنل آموزش‌دیده و اهداف توسعه پایدار تدبیر شده‌اند. کشورهای مختلف، استراتژی‌های خود را در راستای اعلامیه جهانی و بیانیه سازمان جهانی بهداشت در مورد حقوق زنان باردار توسعه داده‌اند. با این وجود، علیرغم توسعه چنین راهبردهایی، ارائه مراقبت‌های مطلوب با چالش‌هایی مانند چگونگی تأمین ایمنی مادران باردار در مراکز شلوغ و پر ازدحام مواجه می‌شود (۳). علاوه بر پیشگیری از بیماری یا مرگ و میر، رعایت حقوق اولیه انسانی زنان، از جمله رویکردهای مراقبت مادری محترمانه (Respectful Maternal Care) در مراقبت‌های

دوران بارداری و زایمان ضروری است. منظور از مراقبت مادری محترمانه، مراقبت دوستانه و زن‌محور است و به مجموعه رویکردهایی، مانند احترام به استقلال فردی، حیثیت، احساسات، انتخاب‌ها، حفظ حریم خصوصی، امکان انتخاب آگاهانه و توجه به ترجیحات زنان (مثل همراهی همسر در طول زایمان) اشاره دارد (۴). هر زن حق برخورداری از برابری، آزادی از تبعیض، دسترسی به مراقبت‌های عادلانه، حریم خصوصی مربوط به خود، امکان انتخاب آگاهانه روش‌های تشخیصی و درمانی، مراقبت توأم با احترام و بالاترین سطح امکانات و خدمات بهداشتی را دارد (۵). بر اساس گزارش Bowser و همکاران زنان باردار در طول مراقبت‌های زایمان ممکن است با خشونت و آزار فیزیکی، اقدامات تشخیصی و درمانی بدون اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، بی‌احترامی (آزار کلامی) و عدم رازداری، تبعیض و امتناع از ارائه یا ادامه مراقبت‌ها در مراکز مواجه شوند. این موارد ممکن است با هم هم‌پوشانی داشته یا در امتداد طیفی از بی‌احترامی و تحقیر با شدت کم تا خشونت آشکار متغیر باشند (۵). طبق نظرسنجی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) ۲۰ درصد زنان گزارش کردند که در طول بارداری و مراقبت‌های زایمان در ایالات متحده بدرفتاری را تجربه کرده‌اند (۶). نظرسنجی دیگری از زنان دارای معلولیت در بریتانیا و ایرلند نیز نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از زنان از ارائه مراقبت‌ها ابراز نارضایتی کردند. در این میان بیش از یک‌چهارم (۲۷ درصد) افراد احساس می‌کردند که به دلیل ناتوانی‌شان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند، علاوه بر این، بیش از نیمی از زنان (۵۶ درصد) احساس کردند که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زایمانی آگاهی یا نگرش مناسبی نسبت به معلولیت ندارند (۷). مطالعه دیگری در جنوب غربی اتیوپی شیوع نسبتاً بالای ۸۱/۲ درصد مراقبت مادری محترمانه را نشان داد، با این حال شکایت از بی‌احترامی و سوءاستفاده همچنان ادامه داشت (۸). با این وجود شرایط شیوه‌نامه تضمین تکریم زنان باردار هنوز مشخص نشده و هیچ عامل تأییدکننده‌ای نیز وجود ندارد که نشان دهد ارائه‌دهندگان مراقبت به زنان باردار احترام می‌گذارند.

با توجه به اهمیت دوران بارداری و زایمان به عنوان یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی زنان و نیاز به توجه ویژه به حقوق و کرامت مادران در این دوره، اهمیت کرامت انسانی و لزوم حفظ آن در همه ابعاد زندگی زنان، به ویژه در این دوران حیاتی، شیوع نسبتاً بالای نارضایتی مادران از ارائه خدمات، همچنین با توجه به اینکه اکثر مطالعات موجود در این زمینه تنها به بررسی یک یا چند مورد از ابعاد کرامت مادری پرداخته‌اند، ضروری است که ابعاد مختلف کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان مورد بررسی قرار گیرد تا زمینه‌ای برای ارتقای این ابعاد فراهم شود. امید است نتایج حاصل از این مطالعه بتواند راهکارهایی را برای مراقبت بیمارمحور و تدوین رهنمودهایی با هدف حفظ کرامت مادران در دوران بارداری و زایمان ارائه کند. بنابراین هدف این مطالعه بررسی ابعاد کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

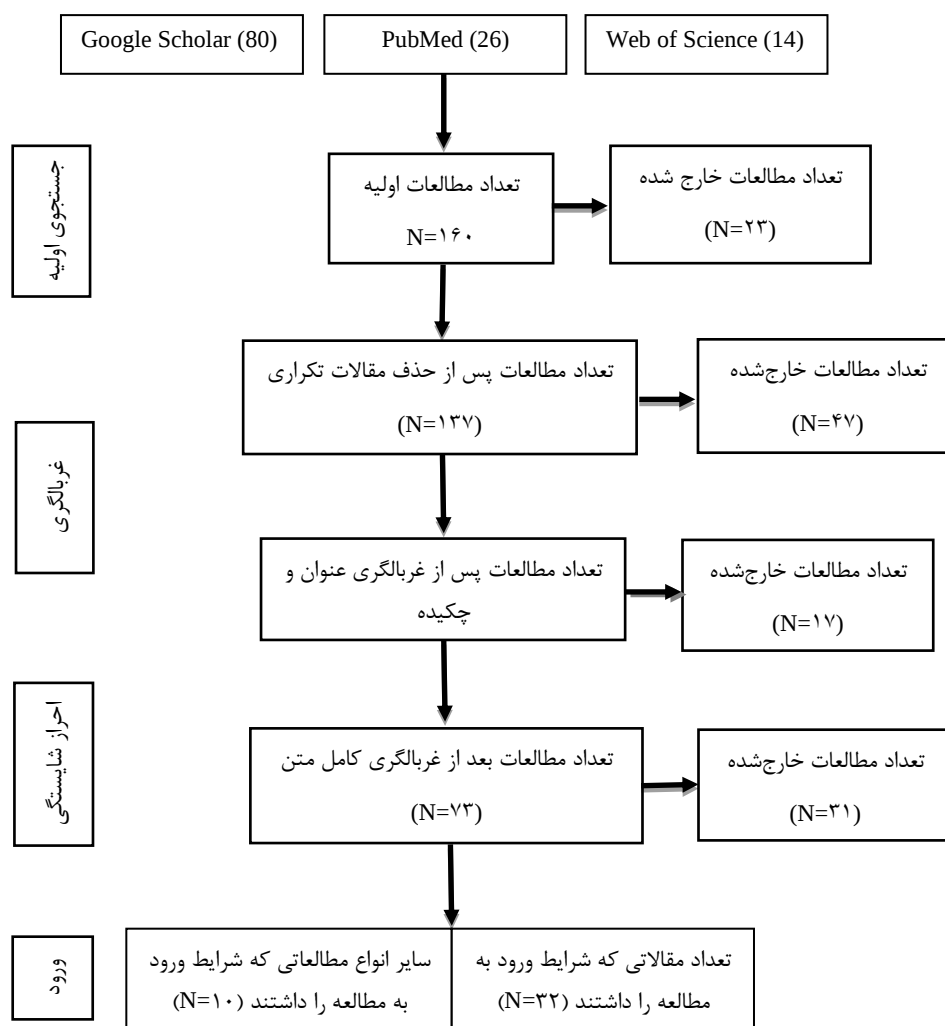
در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

مطالعه مروری روایتی حاضر با بهره‌گیری از پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی اعم از Magiran و SID و بین‌المللی شامل Google Scholar و PubMed، Web of Science گردآوری شده است.

برای جستجوی مقالات و کتب مرتبط، از واژگان کلیدی فارسی حقوق زنان، احترام، رضایت بیمار، حقوق بیمار و مراقبت‌های دوران بارداری و لاتین Patient Satisfaction، Respect، Women's Rights، Patient Rights و Antenatal Care به صورت مجزا یا ترکیبی استفاده گردید. ابتدا مطالعات مرتبط با موضوع که دارای معیارهای ورود بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل مطالعات انجام‌شده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ که به زبان فارسی یا انگلیسی در مجلات پژوهشی و دانشگاهی معتبر منتشر شده و با استفاده از واژگان کلیدی مرتبط با موضوع جمع‌آوری شده بودند. همچنین مقالات مروری و نامه به سردبیر نیز در این بررسی لحاظ شدند. پس از بررسی عنوان و چکیده، مطالعات تکراری حذف شدند، سپس با بررسی متون، مطالعاتی که پیرامون هدف مطالعه نبوده یا دارای معیارهای خروج بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. معیارهای خروج شامل مطالعاتی بود که امکان دسترسی به متن کامل آن‌ها وجود نداشت.

در نهایت از بین ۱۶۰ مطالعه یافت‌شده، ۴۲ مطالعه، شامل ۳۲ مقاله (۶ فارسی و ۲۶ انگلیسی)، فصلی از ۲ کتاب (انگلیسی)، ۱ بیانیه WHO و ۴ بیانیه CDC و ۲ گایدلاین وارد مطالعه شدند (تصویر ۱). برای تسهیل مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار EndNote 21 استفاده شد.



تصویر ۱: مقالات شناسایی شده در مراحل غربالگری، احراز شرایط و ورود به مطالعه

یافته‌ها

کرامت انسان، مفهومی جهانی و تکریم آن نیازی اساسی برای تمامی انسان‌هاست. با توجه به اعلامیه جهانی و بیانیه سازمان جهانی بهداشت در مورد حقوق زنان باردار، احترام به کرامت

انسانی یک حق برای زن باردار و یک وظیفه در قوانین رفتار حرفه‌ای و چارچوب حقوق بشر است (۹). با توجه به بررسی‌های انجام‌شده نتایج به دست‌آمده در مورد ابعاد مختلف کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان بر اساس جدول ۱ بود.

جدول ۱: خلاصه مطالعات انجام شده پیرامون کرامت انسانی، بیماران و کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان در محیط بالینی

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Madula و همکاران، (۲۰۱۸ م.)، (۱۰)	بررسی ارتباط بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و زنان باردار در بخش زایمان، شناسایی تسهیل کننده ها و موانع ارتباط مؤثر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و بیمار و درک چگونگی تأثیر شیوه های ارتباطی بر مراقبت های بهداشتی مادر.	۳۰	مقطعی	شناسایی چندین موضوع مرتبط با ماهیت ارتباط بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران بود. این موضوعات، شامل تعامل خوب ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و بیمار، توهین کلامی و عدم احترام، پاسخ ندادن یا پاسخ ندادن به سوالات توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، موانع زبانی در برقراری ارتباط و عدم شایستگی در ارتباطات غیر کلامی، تبعیض بر اساس موقعیت. این مطالعه نشان داد وجود موانع ارتباطی، مانند بی احترامی، آزار کلامی، محدودیت های زبانی و تبعیض بر ارائه خدمات مادر در برخی از مراکز بهداشتی در مالوای تأثیر می گذارد. همچنین تأکید کرد که زنان بارداری که از نحوه ارتباط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی با آنها راضی بودند، احتمال بیشتری برای زایمان در یک مرکز بهداشتی داشتند.
Serenko و همکاران، (۲۰۱۳ م.)، (۱۱)	بررسی ابزار طراحی برای اندازه گیری درک حریم خصوصی مشتریان مراقبت های بهداشتی و آزمایش مدلی که تأثیر حریم خصوصی بر نتایج مراقبت های بهداشتی را توضیح می دهد.	۱۲۹	کمی از نوع توصیفی - همبستگی	حریم خصوصی به عنوان یک ساختار چندبعدی متشکل از سه بعد نظری مستقل مفهوم سازی می شود: اطلاعاتی، فیزیکی و روانی. حریم خصوصی اطلاعاتی یک جزء کلیدی از برداشت کلی از حریم خصوصی کاربران مراقبت های بهداشتی و به دنبال آن حریم خصوصی فیزیکی است. حریم خصوصی روان شناختی هیچ تأثیری بر ساختار کلی حریم خصوصی ندارد. حریم خصوصی تأثیر قوی بر اعتماد دارد که به نوبه خود بر سطح تعهد، قصد استفاده از خدمات ارائه دهنده در آینده و مشارکت در تبلیغات دهان به دهان مثبت تأثیر می گذارد.
Diaz-Gil و همکاران، (۲۰۲۳ م.)، (۱)	پرداختن به ورود افراد مبتلا به زوال عقل در تحقیقات کیفی، ارائه چارچوب مبتنی بر شواهد برای محققان زوال عقل بر اساس اصول حقوق بشر.	-	کیفی	چک لیستی با سؤالات مربوط به پنج اصل پنل ارائه شده است. این سؤالات مسائل اخلاقی، روش شناختی و قانونی که ممکن است لازم باشد محققان در حین توسعه تحقیقات کیفی برای افراد مبتلا به زوال عقل در نظر بگیرند را پوشش می دهد.
Bowser و همکاران، (۲۰۱۰ م.)، (۵)	بررسی شواهد در مورد بی احترامی و سوء استفاده در زایمان مبتنی بر تسهیلات.	۴۰۰۰	ترکیبی کمی و کیفی	شناسایی هفت دسته از نقض ها و سوء رفتارها در زمان زایمان در مراکز بهداشتی، برجسته کردن تأثیر منفی سوء رفتار بر مراقبت ماهرانه در زمان زایمان، بررسی مداخلات مرتبط با مراقبت احترام آمیز در زمان زایمان.
Balde و همکاران، (۲۰۲۲ م.)، (۹)	کشف ارتباط بین همراهان زایمان و بدرفتاری در هنگام زایمان، بررسی رابطه بین همراهی کار و انواع مختلف بدرفتاری.	۲۶۷۲	ترکیبی کمی و کیفی	همراهی در زمان زایمان به کاهش بدرفتاری در طول زایمان منجر می شود که بسته به شرایط کشورها متفاوت است. زنان بدون همراه در زمان زایمان در کشورهای غنا، گینه و نیجریه، بدرفتاری را به طور متداول تر تجربه می کنند.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Lomazzi و همکاران، (۲۰۱۴ م)، (۱۲)	ارزیابی دستاوردها و چالش‌های اهداف توسعه هزاره.	-	مروری	در کشورهای در حال توسعه، یک‌سوم از زایمان‌ها بدون حضور افراد متخصص و آموزش‌دیده انجام می‌شود. این وضعیت می‌تواند منجر به افزایش نرخ مرگ و میر زنان شود. بنابراین افزایش نرخ حضور افراد متخصص و آموزش‌دیده در زمان زایمان و ارتقای زایمان مبتنی بر تسهیلات یکی از عوامل کلیدی در کاهش عوارض و مرگ و میر زنان است.
Xyrichis و همکاران، (۲۰۱۸ م)، (۱۳)	بررسی تأثیر آلودگی صوتی بر بیماران و کارکنان بیمارستان‌ها.	-	نامه به سردبیر	صداها مزاحم در بیمارستان یک مشکل دائمی است که میزان آن فراتر از سطوح پیشنهادی جهانی می‌رود. تکنولوژی ماسکینگ صدا نشان‌دهنده قابلیت بهبود کیفیت خواب در بیمارستان‌ها است. چالش‌ها شامل مشکلات در اندازه‌گیری قابل اطمینان صدا و شناسایی منابع مختلف صدا می‌شود.
Papastavrou و همکاران، (۲۰۱۶ م)، (۱۴)	بررسی حیثیت بیماران از دیدگاه دانشجویان پرستاری و عواملی را که حیثیت بیماران را حفظ یا به خطر می‌اندازند.	۳۴	کیفی	مربیان پرستاری می‌توانند برنامه‌هایی را برای تأکید بر اهمیت شأن بیمار تنظیم کنند. مدیران بخش پرستاران می‌توانند از یافته‌ها برای متقاعد کردن پرستاران برای تغییر رفتار استفاده کنند. عوامل حفظ یا به خطرانداختن حیثیت بیماران از طریق بحث و گفتگو شناسایی شد. نتایج در مضامینی مانند ترجیحات بیماران، حریم خصوصی و تبعیض گروه‌بندی شدند. دانشجویان بر ارتقای کرامت بیمار به عنوان امری حیاتی در مراقبت‌های پرستاری تأکید کردند.
Sanatkar و همکاران، (۲۰۱۹ م)، (۱۵)	بررسی تأثیر رسیدگی به پرونده‌های قصور پزشکی در کاهش شکایات بیماران.	۸۷	توصیفی	تحصیلات پایین با شکایات کمتر مرتبط است. ایجاد کمیته‌های شکایات بیماران را به مجریان قانون کاهش می‌دهد. سطح تحصیلات پایین با شکایات بسیار کمتر مرتبط است. تنها ۹ درصد از شکایات تأییدشده به پیگرد قانونی منجر شد.
Adu-Bonsaffoh و همکاران، (۲۰۲۱ م)، (۱۶)	بررسی بدرفتاری در طول معاینات واژینال در زایمان در غنا، گینه و نیجریه، بررسی ارتباط بین عدم رعایت حریم خصوصی و بدرفتاری و مراقبت‌های بدون رضایت و به اشتراک‌گذاری اطلاعات خصوصی.	۲۰۱۶	ترکیبی کمی و کیفی	بر نیاز به ارتباط و رضایت بهتر در طول معاینات واژینال تأکید می‌کند. اقدامات حفظ حریم خصوصی مانند پرده‌ها می‌تواند قرار گرفتن در معرض و بدرفتاری زنان را کاهش دهد. مداخلات زمینه‌ای خاص برای دستیابی به مراقبت‌های مادرانه محترمانه در سطح جهانی ضروری است. ۵۸/۹ درصد از زنان تحت معاینات واژینال مراقبت بدون رضایت داشتند.
Lansky و همکاران، (۲۰۱۹ م)، (۱۷)	کشف خشونت مامایی و تأثیر آن بر زنان باردار.	۵۵۵	کیفی - توصیفی	خشونت زایمان توسط ماماها ۱۲٫۶ درصد از زنان گزارش شده است که عمدتاً دارای درآمد پایین و مجرد هستند. ابتکاراتی مانند Senses of Birth می‌تواند آگاهی و شیوه‌های خوب را افزایش دهد. دسته‌بندی‌های اصلی خشونت زایمان: مداخلات پذیرفته‌نشده، مراقبت غیر قابل احترام.
Kruger و همکاران، (۲۰۱۰ م)، (۱۸)	بررسی تجربیات بیمار و پرستار در بخش زایمان آفریقای جنوبی.	-	کیفی	بدرفتاری با بیمار یک موضوع برجسته است. توانمندسازی پرستاران و بیماران برای جلوگیری از سوءاستفاده بسیار مهم است.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Rahmani و همکاران، (۲۰۱۳ م)، (۱۹)	بررسی تجربیات زنان باردار و ارائه‌دهندگان خدمات صحت در افغانستان، شناسایی موانع در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان برای بهبود.	۲۷	کیفی	درک محدود از مراقبت‌های دوران بارداری، عدم حمایت خانواده، مشکلات مالی و حمل و نقل مانع دسترسی به مراقبت به ویژه برای زنان روستایی می‌شود. بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با بی‌احترامی و شرایط کاری بد رو به رو هستند. فساد و رشوه در بیمارستان‌ها مانع از مراقبت عادلانه می‌شود.
Leite و همکاران، (۲۰۲۲ م)، (۲۰)	پرداختن به چالش‌ها در تعریف، اندازه‌گیری و پرداختن به خشونت زایمان، بررسی شکاف‌های موجود در تحقیقات در مورد پیامدهای بی‌احترامی و رفع عدم توافق در مورد اصطلاحات و تعاریف در این زمینه.	-	ترکیبی کمی و کیفی	اولین مشکلی که به آن پرداخته شد، عدم توافق در مورد اصطلاحات و تعریف این سازه بود. این وضعیت باعث ایجاد یک اثر آشکاری می‌شود که بر استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری غیر معتبر تأثیر می‌گذارد و در نتیجه عدم دقت و قابلیت مقایسه بین مطالعات را تحت تأثیر قرار می‌دهد. موضوع دیگری که به آن اشاره شد، نبود مطالعاتی است که پیامدهای آن را بررسی کند. این‌ها بر سلامت زنان و نوزادان تأثیر می‌گذارد که امروزه یکی از خلأهای اصلی این موضوع است. فقدان مطالعات علمی بر تصمیم‌گیری سلامت تأثیر می‌گذارد و در تدوین سیاست‌های عمومی خاص اختلال ایجاد می‌کند.
Irinienikan و همکاران، (۲۰۲۲ م)، (۲۱)	بررسی بدرفتاری در هنگام زایمان در میان نوجوانان و زنان جوان.	۲۶۷۲	مقطعی مبتنی بر جامعه	بدرفتاری با نوجوانان در هنگام زایمان شامل آزار کلامی و عدم رعایت حریم خصوصی است. نوجوانان و زنان جوان با بدرفتاری رضایت کمتری از مراقبت را گزارش کردند.
Tehrani و همکاران، (۲۰۲۰ م)، (۲۲)	بررسی نتایج رعایت حریم خصوصی بیمار در بیمارستان.	۲۰	کیفی	رعایت حریم خصوصی بیمار منجر به حفظ کرامت و رضایت از سلامت می‌شود. آگاهی تیم درمان از انتظارات بیمار، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را افزایش می‌دهد. ۵۶ کد اولیه، ۱۳ زیرمجموعه و ۴ موضوع از مصاحبه‌ها استخراج شده است. موضوعات شامل حفظ کرامت، سازش، توسعه سلامت و رضایت است. رعایت انتظارات بیماران منجر به مراقبت‌های بهداشتی مطلوب و رضایت آن‌ها شد.
Freedman و همکاران، (۲۰۱۴ م)، (۲۳)	بررسی تجارب حفظ حریم خصوصی بیمار را در مدل مراقبت‌های بهداشتی گروهی.	۱۵	کیفی	بر اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری برای سلامت مادر تأکید می‌کند. چهار مفهوم اصلی مرتبط با حریم خصوصی در این مطالعه شناسایی شد. تجربیات زنان از حفظ حریم خصوصی در مرکز بارداری مثبت بود.
Sando و همکاران، (۲۰۱۴ م)، (۲۴)	بررسی بی‌احترامی و سوءاستفاده در هنگام زایمان در میان زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی و تجزیه و تحلیل رابطه بین وضعیت اچ‌آی‌وی و بدرفتاری در هنگام زایمان.	۲۲۷۶	ترکیبی کمی و کیفی	آموزش و نظارت باعث کاهش تخلفات مرتبط با اچ‌آی‌وی در طول زایمان شد. اطمینان از ارائه مراقبت مادرانه محترمانه برای همه زنان مورد نیاز است. ۱۲،۲ درصد زنانی که اچ‌آی‌وی مثبت داشتند و ۱۵ درصد زنان اچ‌آی‌وی منفی بودند، بی‌احترامی را در هنگام زایمان گزارش کردند. ارائه آموزش تخلفات مرتبط با اچ‌آی‌وی را کاهش داد و فرهنگ سازمانی را تغییر داد.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Hassan و همکاران، (۲۰۱۲ م.)، (۲۵)	بررسی احساسات، نظرات، دانش و تجربیات زنان فلسطینی در مورد معاینه واژینال و ارزیابی دفعات و تجربیات معاینات واژینال در هنگام زایمان.	۱۷۶	کیفی	زنان فلسطینی در حین زایمان تحت معاینات غیر ضروری و مکرر واژن قرار می گیرند. ارائه دهندگان باید از حق زنان به اطلاعات، احترام و کرامت دفاع کنند. معاینه واژینال مکرر انجام شد و باعث درد و ناراحتی شد. زنان نخست‌زا تعداد معاینه واژینال را «بیش از حد بالا» توصیف کردند. ارائه دهندگان رویکردهای غیر حساس، فاقد حریم خصوصی و احترام در طول امتحانات نشان دادند.
Mahfuth و همکاران، (۲۰۱۶ م.)، (۲۶)	شناسایی نگرانی‌های امنیتی و حفظ حریم خصوصی در پذیرش پرونده‌های پزشکی الکترونیک توسط سازمان‌های بهداشتی و تجزیه و تحلیل راه حل‌های موجود برای رفع نگرانی‌های امنیتی و حفظ حریم خصوصی.	۱۵ مقاله	مرور سیستماتیک	پشتیبانی فنی و مالی برای غلبه بر مشکلات امنیتی پرونده‌های پزشکی الکترونیک کافی نیست. کشورهای در حال توسعه به دلیل سیاست امنیتی با چالش‌هایی در پذیرش پرونده‌های پزشکی الکترونیک مواجه هستند.
Redshaw و همکاران، (۲۰۱۰ م.)، (۲۷)	بررسی تجربیات و بازتاب‌های اخیر زنان در مورد مراقبت از زایمان سزارین و درک و بازتاب‌های فردی در مورد مراقبت از زایمان سزارین.	۴۸۰۰	کیفی	پاسخ‌های زنان بر اهمیت کارمندان و مؤسسات مراقبتی تأکید داشت. مضامین بر لزوم گوش دادن به حرف‌های زنان توسط متخصصان بهداشت تأکید می کردند. پاسخ‌های زنان موضوعات کلیدی مانند انتظارات، حمایت و واکنش‌های احساسی را برجسته می کرد. مشارکت کارکنان و کیفیت مراقبت پس از زایمان از نگرانی‌های قابل توجه بود.
Bohren و همکاران، (۲۰۱۵ م.)، (۲۸)	بررسی ترکیب شواهد در مورد بدرفتاری با زنان در حین زایمان در مراکز بهداشتی.	۶۵	مرور سیستماتیک	حوزه‌های بدرفتاری شناسایی شده شامل فیزیکی، جنسی، آزار کلامی، انگ، تبعیض، مراقبت ضعیف می باشد، همچنین حوزه‌های بدرفتاری شناسایی شده شامل: سوءاستفاده فیزیکی، انگ، ارتباط ضعیف، محدودیت‌های سیستم بهداشتی می باشد.
Silal و همکاران، (۲۰۱۲ م.)، (۲۹)	بررسی و تجزیه و تحلیل موانع مراقبت‌های زنان و زایمان در آفریقای جنوبی.	۳۰۰	ترکیبی کمی و کیفی	برای بهبود سلامت مادری، مشکلات دسترسی زنان باردار باید مورد توجه قرار گیرد. بهبود ارائه خدمات، به ویژه در مناطق روستایی، برای نتایج بهتر از اهمیت بیشتری برخوردار است. موانع مربوط به قابلیت پرداخت، دسترسی و قابل قبولی باعث محدود شدن دسترسی به خدمات زایمانی می شوند. زنان روستایی به دلیل مسافت، هزینه‌ها و کیفیت خدمات، بیشترین موانع را تجربه می کنند.
Mohammadi و همکاران، (۲۰۲۰ م.)، (۳۰)	بررسی کرامت زنان باردار در اتاق زایمان و دیدگاه‌های مراقبین حرفه‌ای در مورد حفظ کرامت زنان.	۲۰	کیفی	احترام به حریم شخصی و احترام به زنان در اتاق زایمان به حفظ کرامت آنان کمک می کند. ارائه دهندگان مراقبت حرفه‌ای باید مراقبت دقیقی ارائه دهند تا کرامت بیمار حفظ شود. یافته‌ها شامل موضوعاتی مانند «حریم خصوصی»، «رعایت ترجیحات بیمار» و «توجه جامع» است. سه موضوع اصلی و هشت دسته در مطالعه ارائه شده‌اند.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Hajizadeh و همکاران، (۲۰۲۰ م)، (۳۱)	تعیین شیوع و پیش‌بینی‌کننده‌های مراقبت‌های زایمانی درک‌شده با بی‌احترامی در ایران.	۳۳۴	مقطعی	سطوح بالایی از مراقبت احساس‌شده در میان زنان پس از زایمان مشاهده می‌شود. برای اینکه این موضوع را بهبود بخشید، تدابیری نظیر تشویق به حضور همسران و آموزش پرسنل پیشنهاد می‌شود. حضور همسران و پزشکان خصوصی احتمال احساس مراقبت ناپسند را کاهش می‌دهد. زایمان شبانه احتمال بی‌احترامی مراقبت‌های زایمانی را افزایش داد.
Aduqna و همکاران، (۲۰۲۲ م)، (۸)	شیوع مراقبت‌های مادرانه محترمانه و عوامل مرتبط با آن را در بین مادرانی که در سه بیمارستان در جنوب غربی اتیوپی زایمان کردند، ارزیابی کرد.		مقطعی	شیوع کلی مراقبت‌های مادرانه محترمانه ۸۱/۲ درصد بود.
Hall و همکاران، (۲۰۱۸ م)، (۷)	کاوش در تجارب وقار و احترام در زایمان زنان معلول.		کیفی	بیش از نیمی از زنان از ارائه مراقبت ابراز نارضایتی کردند. فقط ۱۹ درصد فکر می‌کردند که مراقبت‌های معقولی برای آن‌ها انجام شده است. در تمام دوران بارداری، بیش از یک‌چهارم زنان احساس می‌کردند که حقوق آن‌ها یا ضعیف یا بسیار ضعیف رعایت شده است. بیش از نیمی از زنان (۵۶ درصد) احساس کردند که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های زایمانی آگاهی یا نگرش مناسبی نسبت به معلولیت ندارند.
Ferdynus، (۲۰۲۳ م)، (۲)	بررسی مفهوم کرامت انسانی در مراقبت‌های بهداشتی.	-	کیفی	این مطالعه چهارگونه از کرامت را مشخص می‌کند که نشان می‌دهد اصطلاح «کرامت» می‌تواند مفاهیم بسیار متفاوتی را با معانی شناختی متفاوت نشان دهد. گونه‌شناسی واحد با پنج دسته کرامت پیشنهاد شده است، شامل ۱- کرامت ذاتی؛ ۲- کرامت مبتنی بر کیفیات متغیر؛ ۳- کرامت اخلاقی؛ ۴- کرامت اعطاشده؛ ۵- کرامت نسبی.
Puthussery و همکاران، (۲۰۲۳ م)، (۴)	ترویج فرهنگ جهانی مراقبت محترمانه مادری	-	نامه به سردبیر	تحلیل بر حیثیت و منزلت ذاتی مبتنی بر کیفیات متغیر متمرکز است و بین کرامت وجودی، کرامت بالفعل و کرامت بالقوه تمایز قائل می‌شود. همه انسان‌ها دارای کرامت هستند و نگرانی‌های مربوط به گونه‌گرایی را مورد توجه قرار می‌دهد. این مطالعه دو راه برای شناخت کرامت را مشخص می‌کند: ۱- «الگوی جهانی کرامت» مبتنی بر روایات و حالات عاطفی؛ ۲- مدلی مربوط به یک تجربه اخلاقی خاص که در درون شخصیت‌گرایی اخلاقی ایجاد شده است. کرامت را می‌توان تعریف کرد و یک مفهوم مهم در مراقبت‌های بهداشتی باقی می‌ماند.
				مراقبت محترمانه مادری یک حق اساسی انسانی برای همه زنان است و استقلال و حقوق زنان باردار و زایمان را در اولویت قرار می‌دهد. علیرغم اهمیت مراقبت محترمانه مادری، زنان اغلب در دوران بارداری و زایمان، به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، رفتارهای بی‌احترامی و توهین‌آمیز را تجربه می‌کنند.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج
Mohammad و همکاران، (۲۰۲۴) م، (۳۲)	بررسی منزلت زنان مبتلا به ناباروری در ایران.	۳۲	کیفی	مراقبت‌های بی‌احترامی و سوءاستفاده‌آمیز با پیامدهای نامطلوب سلامت مادر و نوزاد مرتبط است. نیاز به تدوین دستورالعمل‌های بین‌المللی برای اجرای برنامه‌های مراقبت محترمانه مادری در سطح جهانی وجود دارد. چالش‌های مربوط به کاربرد مراقبت محترمانه مادری شامل کمبود آموزش و منابع ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد در مراقبت محترمانه مادری است که منجر به آگاهی، دانش و پایداری ضعیف می‌شود.
Mema و همکاران، (۲۰۲۴) م، (۳۳)	به دست‌آوردن یک درک جامع از ادراکات بیماران بزرگسال از منزلت در یک محیط بیمارستان.	۲۱ مقاله	مرور سیستماتیک	شش موضوع اصلی از تجزیه و تحلیل داده‌ها پدید آمد: ۱- مفهوم کرامت و ابعاد مختلف آن؛ ۲- اهمیت حفظ حریم خصوصی و محرمانه‌بودن خود؛ ۳- تأثیر محیط بیمارستان بر کرامت بیماران؛ ۴- ویژگی‌ها و رفتارهای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که بر شأن و منزلت تأثیر می‌گذارد؛ ۵- نقش ارتباط و ارتباط با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی؛ ۶- توانایی بیمار برای انتخاب و مشارکت فعال در مراقبت از او.
Mehretie و Adinew و همکاران، (۲۰۲۴) م، (۳۴)	برجسته‌کردن اعمال بی‌احترامی رایجی است که زنان در هنگام زایمان در مرکز با شهادت یک مادر ۲۸ ساله با آن مواجه می‌شوند.	۱	کیفی موردی	محرومیت از مراقبت: ارائه‌دهنده مادر را در یک لحظه بحرانی بدون مراقبت رها کرد و از مراقبتی که برای آن آمده بود، محروم کرد. مراقبت بدون رضایت: مادر به انجام اپیزوتومی رضایت نداد. مراقبت غیر محترمانه: مادر را با پای خود به تخت زایمان بردند و پس از تولد برهنه و در حال خونریزی روی تخت رها کردند. بردن نوزاد بیمار به خانه بدون کمک پزشکی: مادر در حالی که فرزندش مشکلات تنفسی داشت و قادر به مکیدن یا شیردادن نبود، مجبور شد بیمارستان را ترک کند. از دست‌دادن اعتماد به ارائه‌دهندگان مراقبت: برای تولد دوم خود، مادر به یک مرکز که یکی از بستگان در آن کار می‌کند رفت، زیرا او دیگر به ارائه‌دهندگان قبلی اعتماد نداشت.
				این یافته‌ها واقعیت ناگوار بی‌احترامی و آزاری را که برخی از زنان در طول زایمان در مرکز تجربه می‌کنند، نشان می‌دهد که می‌تواند منجر به نتایج بد برای مادر و نوزاد شود و زنان را از مراجعه حرفه‌ای به مراقبت‌های زایمانی در آینده بازدارد.

با توجه به بررسی‌های انجام‌شده، کرامت زنان باردار باید سه بعد مد نظر قرار گیرند (جدول ۲). در ابتدا محیط بالینی که با فراهم کردن فضایی آرام و دلنشین توأم با حفظ حریم خصوصی زنان باردار، نقش مهمی در افزایش رضایت زنان از دریافت خدمات دارد. همچنین این محیط باید مطابق با استانداردهای بهداشتی طراحی شده باشد (۱۱)؛ دوم ارائه‌دهندگان خدمات که می‌توانند با ایجاد یک ارتباط دوستانه به نقطه نظرات و نیازهای زنان توجه نموده و با مشارکت دادن زنان در تصمیم‌گیری و پروسه‌های درمانی به اعتماد به نفس آن‌ها کمک کنند (۲۹). همچنین ارتباط

دوستانه خدمت‌دهنده و خدمت‌گیرنده باعث آرامش و کاهش اضطراب در مادران باردار می‌شود (۱۰) و در آخر فرایندهای تشخیصی و درمانی است که در این بعد اخذ رضایت آگاهانه و ارائه اطلاعات دقیق و شفاف در مورد وضعیت سلامتی امری ضروری است (۲۹) و ارتقای آگاهی زنان از روندهای درمانی به همراهی بیشتر، اضطراب کمتر و خودمراقبتی مطلوب‌تر می‌انجامد. همچنین احترام به انتخاب و ترجیحات زنان در روند تشخیص و درمان نیز حائز اهمیت است، چراکه آن‌ها را به شرکت فعال در مراقبت از خود ترغیب می‌نماید (۳۱).

جدول ۲: ابعاد کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان

بعد اول: محیط بالینی	بعد دوم: ارائه‌دهندگان خدمات	بعد سوم: فرآیندهای تشخیصی و درمانی
حضور افراد متخصص در مراکز	برقراری ارتباط مؤثر	ارائه اطلاعات لازم و مشارکت دادن زنان باردار در فرایندها
تأمین آسایش زنان باردار	پرهیز از خشونت کلامی و جسمی	احترام به تصمیمات و ترجیحات زنان باردار
توجه همه‌جانبه	نگرش مثبت و رفتار مناسب	اخذ رضایت آگاهانه قبل از هرگونه مداخله
دسترسی به تسهیلات و داروها	حفظ حریم خصوصی	
نظام رسیدگی به شکایات	پرهیز از تبعیض و انگ	ارائه اطلاعات لازم و مشارکت دادن زنان باردار در فرایندها
	توجه کافی به زنان باردار	

در این زمینه در ادامه بر اساس هدف مطالعه به بررسی هر سه بعد کرامت زنان در دوران بارداری و زایمان پرداخته می‌شود.

بحث

مطالعه حاضر به بررسی ابعاد مهم تکریم زنان در دوران بارداری و زایمان در محیط بالینی پرداخت. برای ارج نهادن به شخصیت زنان، در نظر گرفتن محیط بالینی، ارائه‌دهندگان خدمات مناسب و فرایندهای تشخیصی و درمانی امری ضروری است.

۱. **تکریم زنان در محیط بالینی:** مادری ایمن (Safe Motherhood) سال‌هاست که توسط WHO در قالب راهنماهای مراقبتی مورد تأکید قرار گرفته است. از نظر WHO، فراهم کردن یک محیط بالینی ایمن یکی از راه‌های

حفظ کرامت و احترام برای زنان باردار است (۳۶-۳۵). محیط بالینی، پتانسیل ایجاد احساس ارزشمندی یا بی‌ارزش بودن را در زنان باردار دارد. در این راستا باید عوامل زیر را در نظر گرفته شود:

۱-۱. **حضور افراد متخصص در مراکز زایمانی:** حضور افراد متخصص و آموزش‌دیده، در حفظ و ارتقای سلامت و کرامت زنان باردار از طریق تشخیص به موقع و ارائه درمان مناسب، کاهش استرس و اضطراب، ارائه آموزش‌های لازم، احترام به حقوق آن‌ها و ارائه مراقبت‌های ویژه در موارد اورژانسی حائز اهمیت است و با ایجاد محیطی ایمن و حرفه‌ای باعث ایجاد تجربه‌ای خوشایند در زنان باردار می‌شود (۳۷). در کشورهای در حال توسعه، یک‌سوم از زایمان‌ها بدون حضور افراد متخصص و آموزش‌دیده انجام می‌شود. این وضعیت می‌تواند

می‌تواند منجر به اصلاح رفتارهای نادرست، بهبود کیفیت مراقبت‌ها و بهبود قابل توجهی در تجربه حضور مراجعان در مراکز بهداشتی و درمانی گردد (۱۵).

۲. تکریم زنان باردار توسط ارائه‌دهندگان خدمات: برخی از عوامل مؤثر بر کرامت زنان باردار، عبارتند از: احترام به فرهنگ، حمایت و پرهیز از آزار جسمی و کلامی و در نهایت حفظ حریم خصوصی زن باردار. بی‌احترامی و سوءاستفاده از زنانی که به دنبال مراقبت‌های زایمانی هستند، در حال تبدیل شدن به یک معضل بهداشتی است و باعث ایجاد نگرانی در زمینه آموزش، تحقیق و کیفیت خدمات بهداشتی شده است (۳۳، ۹).

۲-۱. برقراری ارتباط مؤثر

۲-۱-۱. همدلی: همدلی در ارتباط بین ارائه‌دهندگان خدمات و زنان باردار، به ایجاد یک ارتباط توأم با اعتماد و احترام متقابل اشاره دارد. این ارتباط بر مبنای احترام به حریم خصوصی، فهم و شناخت نیازهای زن باردار، شنیدن فعال و مؤثر او و ترکیبی از اطلاعات تخصصی ارائه‌دهندگان خدمات و تجربیات زنان باردار بنیان‌گذاری شده است (۹).

۲-۱-۲. گوش‌دادن فعال: گوش‌دادن فعال به معنای توجه و تمرکز دقیق برای فهم نیازها، ترجیحات و انتظارات زن باردار است. ارائه‌دهندگان خدمات علاوه بر حضور فیزیکی، با گوش دادن فعال به درک بهتری از وضعیت، نگرانی‌ها و نیازهای زنان باردار می‌رسند (۱۶).

۲-۱-۳. توجه به نیاز زنان باردار: برای تسهیل برقراری ارتباط مؤثر، توجه به نیازهای زنان و شناخت آن‌ها حائز اهمیت است. در این راستا باید از زنان باردار در مورد نیازهایشان سؤال گردد. بر اساس مطالعات، در بیش از ۹۰ درصد موارد، نیاز زنان باردار توسط ارائه‌دهندگان خدمات نادیده گرفته شده است و حتی در برخی موارد، بدون توجه به نظرات زنان باردار و تنها بر اساس ارزیابی خود، اقدامات تشخیصی یا درمانی را انجام داده بودند (۹).

۲-۱-۴. وجود زبان مشترک: Lin و Tsai اظهار داشتند برای برقراری ارتباطی مؤثر، مراجعان و ارائه‌دهندگان خدمات

منجر به افزایش نرخ مرگ و میر زنان شود. بنابراین افزایش نرخ حضور افراد متخصص و آموزش‌دیده در زمان زایمان و ارتقای زایمان مبتنی بر تسهیلات یکی از عوامل کلیدی در کاهش عوارض و مرگ و میر زنان است (۱۲).

۱-۲. تأمین محیط فیزیکی ایمن: در برخی مناطق ازدحام مراکز بهداشتی و درمانی ناشی از تعداد بالای جمعیت تحت پوشش یا کمبود منابع فیزیکی، انسانی و ساختاری است. در این‌گونه مراکز، سر و صدای بیش از حد باعث اختلال در برقراری ارتباط، کاهش سطح درک در ارائه‌دهندگان خدمات و زنان باردار، آزار، تحریک، خستگی، کاهش کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی، بروز یا افزایش استرس، افزایش حساسیت به درد، افزایش فشار خون و تضعیف سلامت روان می‌شود (۱۳).

۱-۳. توجه همه‌جانبه نسبت به زنان باردار: توجه همه‌جانبه به معنی فراهم کردن امکان حضور همسر یا خانواده در کنار زن باردار با هدف حمایت از زنان، رفع نیازهای روانی آن‌ها، ایجاد احساس آرامش و افزایش احتمال زایمان موفقیت‌آمیز، همچنین حضور ارائه‌دهندگان خدمات متخصص و آموزش‌دیده و برقرارشدن پیوند درمانی بین ارائه‌دهندگان مراقبت و زنان و ارائه مراقبت‌های با کیفیت مطلوب با هدف ایجاد حس اطمینان در زنان می‌باشد (۱۴).

۱-۴. دسترسی به داروها و تسهیلات: تسهیلات به معنی تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز، برنامه‌ریزی جهت حضور ارائه‌دهندگان خدمات با تعداد کافی و متناسب با تعداد زنان باردار، تأمین مکمل‌ها و داروهای ضروری، استفاده از رویکردهای بین رشته‌ای در بخش زنان، اجرای برنامه‌های آموزشی و الگوسازی برای ارائه‌دهندگان خدمات در زمینه مهارت‌های بین فردی، همدلی و رعایت حقوق زنان باردار در محیط ارائه خدمات می‌باشد (۳۸).

۱-۵. نظام رسیدگی به شکایات: نظام رسیدگی به شکایات در مراکز بهداشتی و درمانی از طریق تشکیل کمیته‌های رسیدگی به شکایات مرتبط با خدمات درمانی در بیمارستان، با فراهم نمودن فضایی شفاف جهت رسیدگی به شکایات

ادب و احترام، به عنوان بخشی از مراقبت همراه با حفظ کرامت در نظر گرفته می‌شود. بیماران ممکن است دچار درد یا ضعف باشند، بنابراین ارائه‌دهندگان باید با ملاحظه و همدلی با زنان باردار رفتار کنند (۳۳).

۲-۳. پرهیز از خشونت جسمی: خشونت جسمی علیه زنان هنگام زایمان، نقض آشکار حقوق و استقلال آنهاست و تهدیدی جدی برای زنان و نوزادان آنها در این دوران حساس است. آزار و خشونت جسمی در هنگام زایمان عمدتاً به صورت سیلی و ضربه‌زدن با دست یا ابزار، پرخاشگری و آزار فیزیکی گزارش شده است. در برخی موارد زنان ابراز کردند که ارائه‌دهندگان خدمات با نیشگون یا لگد، به بدن آنها آسیب می‌رسانند یا در حین زایمان دهان آنها را می‌بستند. انجام معاینات مکرر و دردناک واژینال در در طول لیبر و زایمان نمودی دیگر از خشونت جسمی است. این‌گونه خشونت‌های جسمی، علاوه بر ایجاد تجربیات ناخوشایند، بر سلامت مادر و نوزاد عواقب سوئی به دنبال خواهند داشت (۱۷).

۲-۴. نگرش مثبت و رفتار مناسب: از آنجایی که بر تجربه زنان از مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد، به عنوان یک عامل مهم و مؤثر بر کیفیت خدمات ارائه‌شده، در نظر گرفته می‌شود (۴۰). در مقابل، نگرش منفی می‌تواند باعث کاهش سطح سلامت مادر و نوزاد شود و به عنوان تهدیدی برای حق زنان در زمینه دریافت مراقبت‌های بهداشتی محترمانه گردد (۴۱).

۲-۵. حفظ حریم خصوصی: در فرهنگ آکسفورد معنای حریم خصوصی شامل تنها و بدون مزاحم‌بودن در یک موقعیت، رهایی از مداخله و نظارت عمومی بیان شده است (۲۲). حریم خصوصی زن باردار بستری سازه‌ای است با چندین بعد، از جمله فیزیکی، اطلاعاتی، روانی - اجتماعی و معنوی - مذهبی و گستره‌ای از پیشایندها و پیامدهاست. حریم خصوصی معانی خاص و ویژه‌ای در سیستم‌های بهداشتی و درمانی دارد. آگاهی از اصول و رعایت حریم شخصی زنان باردار برای ارائه‌دهندگان خدمات الزامی است و یکی از قوانین حرفه‌ای محسوب می‌شود، چراکه زنان باردار از

نیاز به یک زبان مشترک دارند. وجود زبان مشترک به معنای وجود زبانی است که هر دو طرف از آن استفاده می‌کنند و آن را کاملاً متوجه می‌شوند که می‌تواند زبان مادری یا زبان رسمی کشوری باشد که خدمات در آن ارائه می‌گردد. زنان مهاجر و پناهنده اغلب هنگام تلاش برای برقراری ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات، با چالش‌هایی در این زمینه رو به رو هستند. وجود زبان مشترک می‌تواند به ایجاد ارتباط مؤثر و درک بهتر بین ارائه‌دهندگان خدمات و زنان باردار کمک کند. همچنین امکان ابراز نیازها، شکایت‌ها و سؤالات را به صورت مؤثرتری فراهم می‌کند (۱۰).

۲-۲. پرهیز از خشونت کلامی: بی‌احترامی به زنان باردار برخلاف اصول اولیه اخلاقی، حقوق بشر و تعهدات حرفه‌ای است (۳۹). منظور از خشونت کلامی، استفاده از اصطلاحات تند، تهمت‌آمیز و ناپسند، قضاوت زنان باردار و خودداری از ارائه خدمات می‌باشد. خشونت کلامی نسبت به زنان در طول زایمان در همه مناطق و در تمامی سطوح اقتصادی گزارش شده است (۱۷). مورد قضاوت قرارگرفتن زنان از سوی ارائه‌دهندگان منجر به ایجاد احساس شرمندگی در آنها می‌گردد (۱۸). وضعیت نامطلوب اجتماعی و اقتصادی، مهاجربودن و یا متعلق‌بودن به قومیت و نژاد خاص، باعث افزایش خشونت کلامی می‌شود (۱۹). شرایطی مانند ناتوانی در شیردهی، عدم دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و عدم حضور همسر در حین زایمان، می‌تواند زمینه‌ساز مورد تمسخر قرارگرفتن زنان باردار شود. در برخی مراکز، تنها در صورت ساکت‌ماندن زنان در زمان دردهای زایمانی و پیروی کردن از دستورات ارائه‌دهندگان خدمات در طول لیبر، مانند زور زدن قبل از زمان مناسب، خدمات به زنان باردار ارائه می‌شد (۲۰). بدرفتاری در دوران بارداری و زایمان با زنان منجر به ایجاد یک تجربه ناخوشایند در آنها شده و حتی خاطرات این تجربه ناخوشایند می‌تواند تا سال‌ها در ذهن فرد باقی بماند (۱۶-۱۷). همچنین ممکن است فرد این تجربیات را با زنان دیگر به اشتراک بگذارد و باعث ترویج بی‌اعتمادی به ارائه‌دهندگان خدمات و کاهش تعداد زایمان طبیعی گردد (۲۱، ۳۴). رعایت

نظر جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند و قدرت کمتری برای کنترل حریم خصوصی خود دارند (۲۳). همچنین نتایج مطالعه Serenko نشان داد رعایت حریم شخصی زنان باردار در ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد به ارائه‌دهندگان، حفظ آرامش و رضایتمندی زنان باردار مؤثر است (۱۱). با رعایت حریم زنان باردار توسط ارائه‌دهندگان خدمات، زن باردار مراقبت بهتری را دریافت می‌کند و این عامل شاخصی از ارزیابی کیفیت مراقبت است، زیرا احترام به قوانین مربوط به حریم خصوصی یکی از شاخص‌های اصلی کیفیت مراقبت و رضایت است زنان باردار است (۲۲). در این زمینه توجه به سه موضوع بسیار مهم است:

۱-۵-۲. حفظ حریم اطلاعاتی زن باردار (رازداری): حفظ اطلاعات زن باردار به معنی پرهیز از بیان اطلاعات شخصی مانند وضعیت سلامتی، گرایش جنسی، تاریخچه زندگی خصوصی یا شرایط اجتماعی او در جایی که ممکن است دیگران بشنوند یا با صدای خیلی بلند می‌باشد. علاوه بر این، بایستی از پرسیدن سؤالاتی که کمکی به مراقبت از زن باردار نمی‌کند خودداری شود؛ ارائه‌دهندگان خدمات باید اطلاعات زن باردار را محرمانه نگه دارند، مگر اینکه به دلایل قانونی لازم به بیان آن‌ها باشد. اطلاعات زن باردار باید همیشه فقط بر اساس نیاز به دانستن به اشتراک گذاشته شوند. هر فردی دارای دیدگاه متفاوتی است نسبت به آنچه به عنوان فضای شخصی خود در نظر می‌گیرد. باید از طریق صحبت با زنان باردار متوجه شد که ترجیح می‌دهند در موقعیت‌های مختلف، چگونه با آن‌ها رفتار شود و اعضای خانواده یا دوستان تا چه اندازه از وضعیت درمان وی مطلع باشند (۲۴).

۲-۵-۲. تأمین و حفظ حریم خصوصی فیزیکی: عدم پوشش زنان باردار منجر به سلب آسایش آن‌ها می‌گردد. در بسیاری از مطالعات، زنان بیان کردند وقتی بدن آن‌ها به طور مناسب پوشانده می‌شود، احساس آرامش می‌کنند (۱۶). انجام معاینه واژینال در یک محیط غیر خصوصی منجر به عدم موافقت و همراهی زنان برای معاینه می‌شود و استفاده از پرده برای جداکردن تخت‌ها، قراردادن زن باردار در بخش ویژه زنان

یا مردان، می‌توانند در ارتقا و ترویج کرامت زنان باردار مؤثر باشند (۲۵). بنابراین برای تأمین و حفظ حریم خصوصی فیزیکی بهتر است قبل از لمس بدن به هر نحوی از آن‌ها سؤال شود، قبل از ورود به فضا یا اتاق خاصی، در زده یا فرد را صدا کرد، از پاراوان یا پرده جداکننده در زمان انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و یا تعویض لباس زن باردار استفاده شود و قبل از انجام هر روش تشخیصی و یا درمانی از بسته‌بودن در اتاق اطمینان حاصل شود (۲۶).

۳-۵-۲. رعایت حریم خصوصی روانی: زنان ممکن است به دلیل ترس، اضطراب و تنش ناشی از حضور در یک مکان جدید و ناآشنا مانند اتاق زایمان، قادر به کنترل خود نباشند و رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز دهند، این‌گونه رفتارها به ویژه در زنانی که برای اولین بار در بخش زایمان تحت مراقبت قرار می‌گیرند یا زنانی که تجربه منفی از زایمان‌های قبلی خود دارند، بیشتر مشاهده می‌گردد (۳۲).

۶-۲. پرهیز از انگ و تبعیض: سن، قومیت و نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامطلوب و شرایط پزشکی به عنوان عوامل زمینه‌ساز ایجاد انگ و تبعیض در نظر گرفته می‌شوند. برخی از ارائه‌دهندگان خدمات در مقابل زنان متعلق به گروه‌های قومی یا نژادی خاص، رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که باعث ایجاد احساس تبعیض در زنان می‌شود. این‌گونه رفتارها و تبعیض‌ها مانع از برقراری ارتباط مؤثر بین زنان و ارائه‌دهندگان خدمات می‌گردد (۳۹). در برخی موارد زنان به دلیل نامطلوب بودن وضعیت اجتماعی - اقتصادی، قادر به پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی نبودند که این عامل منجر به ارائه خدمات با کیفیت نامطلوب شده بود (۱۹). انگ و تبعیض، کرامت و منزلت زنان را تهدید می‌کنند و پرهیز از آن‌ها به عنوان یک ارزش حرفه‌ای برای ارائه‌دهندگان خدمات در نظر گرفته می‌شود (۱۴).

۷-۲. توجه کافی به زنان باردار: بی‌توجهی و رهاشدن زنان باردار، اغلب به صورت معطلی و تأخیر در ارائه مراقبت و عدم توجه ارائه‌دهندگان خدمات به زنان در هنگام ارائه مراقبت‌های دوران بارداری، حین لیبر و زایمان مشخص می‌شود (۳۴). در

برخی مطالعات زنان اظهار داشتند که در طول مدت بستری در مراکز، احساس سربار بودن، تنهایی و نادیده گرفته شدن داشتند (۲۷). در برخی مواقع عدم توجه ارائه‌دهندگان خدمات به زنان تا اندازه‌ای بود که ارائه‌دهندگان بدون توجه به شرایط زنان در طول لیبر و زایمان، به کارهای مربوط به خود پرداخته بودند و حتی زایمان این زنان بدون وجود افراد متخصص و آموزش‌دیده انجام شده بود. این‌گونه موارد می‌تواند منجر به آسیب به زنان و نوزادان آن‌ها گردد (۲۸).

۳. تکریم زنان در فرایندهای تشخیصی و درمانی: در طراحی و تولید پروتکل‌ها و فرایندهای درمانی استاندارد شده موجود، کرامت انسانی نیز در نظر گرفته می‌شود (۲۰)، اما نحوه اجرای این فرایندها ممکن است در ارتقا یا تقلیل کرامت و شأن زنان باردار نقش داشته باشند. اغلب پروتکل‌های استاندارد دارای دستورالعمل هستند. این فرایندها و دستورالعمل‌ها محتوای فنی خوبی دارند، اما به طور بالقوه، ممکن است شأن و کرامت زنان را در نظر نگیرند (۳۳). در این زمینه عوامل زیر مطرح می‌گردد:

۳-۱. ارائه اطلاعات لازم و مشارکت دادن زنان باردار در فرایندها: بر اساس بیانیه سازمان جهانی بهداشت بر لزوم مشارکت دادن زنان در انتخاب روش‌های تشخیصی و درمانی مشخص شد که عدم ارائه توضیح در مورد نحوه انجام اقدامات و عدم مشارکت زنان در روند تصمیم‌گیری، منجر به ایجاد احساس ترس در زنان شده و ممکن است باعث ایجاد این تفکر در آن‌ها گردد که انجام برخی از اقدامات، غیر ضروری هستند (۴۲). زنان باردار ترجیح می‌دهند که در مورد اقدامات تشخیصی و درمانی و روش‌های جایگزین، اطلاعات کامل و قابل درکی، دریافت کنند و به آن‌ها قدرت انتخاب داده شود. در واقع با دادن حق انتخاب به زنان باردار و مشارکت دادن آن‌ها در فرآیند تصمیم‌گیری می‌توان زمینه برای افزایش همکاری زنان باردار فراهم کرد. به طور مثال در مطالعه‌ای مشخص شد که دلیل امتناع زنان از انجام زایمان به روش سزارین، عدم توضیح کامل و واضح از فواید و مضرات این روش زایمانی بود (۲۹).

۳-۲. احترام به تصمیمات و ترجیحات زنان باردار: «احترام به ترجیحات زنان باردار» به معنی احترام ارائه‌دهندگان خدمات به باورها و اعتقادات مذهبی و تصمیمات زنان باردار می‌باشد. توانایی تصمیم‌گیری زنان در زمینه اقدامات تشخیصی و درمانی، علاوه بر ایجاد احساس ارزشمندی و خودکارآمدی، منجر به ارتقای سلامت روان و ایجاد رابطه مشارکتی بین زنان و ارائه‌دهندگان خدمات می‌شود. بنابراین ضروری است که زنان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی، به ویژه انتخاب روش زایمان، مشارکت داده شوند و به نظرات و خواسته‌های آن‌ها احترام گذاشته شود (۳۰). در مطالعه‌ای، ۷۵ درصد از زنان اظهار کردند که به خواسته‌های آن‌ها مبنی بر تحرک در زمان لیبر و یا انتخاب پوزیشن زایمانی توجه نشده بود (۳۱).

۳-۳. اخذ رضایت آگاهانه قبل از هرگونه مداخله: اخذ رضایت آگاهانه در مراقبت‌های بهداشتی، در حفظ و ارتقای کرامت زنان باردار مؤثر می‌باشد. اخذ رضایت آگاهانه از زنان باردار، یعنی اطمینان حاصل کردن از اینکه آن‌ها از روش‌های زایمانی، فرآیند زایمان و مخاطرات مطلع شده‌اند. ارائه این‌گونه اطلاعات زنان را توانمند می‌کند تا تصمیمات آگاهانه‌تری در مورد سلامت خود و نوزادشان بگیرند. در یک مطالعه عنوان شد که اخذ رضایت آگاهانه، نشانگر احترام به حق هر فرد در تعیین سرنوشت خود بود و از طریق افزایش اعتماد متقابل، تسهیل و ایجاد ارتباط مؤثر منجر به بهبود درمان و مشارکت فعال زنان باردار و زنان باردار در روند تشخیص و درمان شده بود (۱۶، ۳۴).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با برجسته کردن چندین عامل که به احترام به کرامت زنان و ترویج ایجاد تجربیات مثبت در محیط بالینی کمک می‌کند، بر اهمیت تکریم زنان در دوران بارداری و زایمان در محیط بالینی تأکید دارد.

ایجاد فضایی آرام و دلپذیر، حفظ حریم خصوصی و مشارکت زنان در فرایندهای تصمیم‌گیری برای افزایش رضایت از

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

خدمات بهداشتی و درمانی بسیار مهم است. وجود پرسنل متخصص و آموزش‌دیده همراه با دسترسی به داروها و امکانات لازم برای اطمینان از مراقبت ایمن و مؤثر ضروری است. توجه همه‌جانبه به زنان باردار، از جمله حضور اعضای خانواده و ایجاد پیوند بین مراقبین و زنان، می‌تواند به زایمان موفق کمک زیادی کند. علاوه بر این، ارتباط مؤثر، همدلی، گوش دادن فعال و پرهیز از خشونت کلامی و فیزیکی از عناصر کلیدی در احترام به زنان باردار و حفظ کرامت آن‌هاست.

با اجرای این توصیه‌ها، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند یک محیط حمایتی و محترمانه ایجاد کنند که تجارب زنان در دوران بارداری و زایمان را بهبود بخشد. احترام به حقوق زنان، ارزش‌های فرهنگی و ترجیحات فردی باید در رأس هر تعامل مراقبت‌های بهداشتی باشد. اولویت‌دادن به رفاه و منزلت زنان باردار بسیار مهم است، زیرا این امر نه تنها رضایت آن‌ها را بهبود می‌بخشد، بلکه تأثیر مثبتی بر نتایج کلی سلامت آن‌ها دارد. با حمایت از حقوق بشر و استانداردهای حرفه‌ای، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، به خصوص ماماها که خط اول مواجهه با مادران باردار هستند، می‌توانند به مراقبت‌های زایمان ایمن‌تر و محترمانه‌تر کمک کنند و در نهایت به نفع زنان و نوزادانشان باشد.

تجربه زنان در دوران بارداری و زایمان می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و زمینه‌ای قرار گیرد. انجام تحقیقات در زمینه‌های فرهنگی یا منطقه‌ای خاص می‌تواند به روشن کردن چالش‌ها و فرصت‌های منحصربه‌فرد برای حفظ منزلت زنان در محیط‌های مختلف کمک کند.

مشارکت نویسندگان

فرناز فرنام: ارائه ایده، نگارش مقاله و اصلاحات مقاله.

رضوان زارعی: جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و اصلاحات مقاله.

الناز خیر: ارائه ایده، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

References

1. Diaz-Gil A, Brooke J, Kozłowska O, Jackson D, Appleton J, Pendlebury S. A human rights-based framework for qualitative dementia research. *Nursing Ethics*. 2023;30(7-8):1138-55.
2. Ferdynus MP. Is Dignity Still Necessary in Health Care? From Definition to Recognition of Human Dignity. *Journal of Religion and Health*. 2024;63(2):1154-77.
3. Newman J. *Green Ethics and Philosophy: An A-to-Z Guide*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
4. Puthussery S, Bayih WA, Brown H, Aborigo RA. Promoting a global culture of respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):798.
5. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. 2010;3.
6. CDC Newsroom. One in 5 Women Reported Mistreatment While Receiving Maternity Care [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/132241>
7. Hall J, Hundley V, Collins B, Ireland J. Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18:1-13.
8. Adugna A, Kindie K, Abebe GF. Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth in three hospitals of Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:1055898.
9. Balde MD, Nasiri K, Mehrtash H, Soumah AM, Bohren MA, Irinyenikan TA, et al. Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Global Health*. 2022;5(2):e003564.
10. Madula P, Kalembo FW, Yu H, Kaminga AC. Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproductive Health*. 2018;15:1-10.
11. Serenko N, Fan L. Patients' perceptions of privacy and their outcomes in healthcare. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*. 2013;14(2):101-22.
12. Lomazzi M, Borisch B, Laaser U. The Millennium Development Goals: experiences, achievements and what's next. *Global Health Action*. 2014;17(1):23695.
13. Xyrichis A, Wynne J, Mackrill J, Rafferty AM, Carlyle A. Noise pollution in hospitals. *BMJ*. 2018;363.
14. Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou C. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics*. 2016;23(1):92-103.
15. Sanatkar M, Sadrossadat SH, Ghassemi H, EBRAHIM SA, Shaverdi MR, Bagheri H. The impact of a hospital ophthalmologic failures committee on patients' complaints to forensics medical council. *Tehran University Medical Journal*. 2019;77(2):108-14.
16. 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(Suppl2):e006640.
17. Lansky S, Souza KV, Peixoto ER, Oliveira BJ, Diniz CS, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2019;24(8):2811-24.
18. Kruger LM, Schoombee C. The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010;28(1):84-101.
19. Rahmani Z, Brekke M. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research*. 2013;13:1-9.
20. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MD. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2):483-91.
21. Irinyenikan TA, Aderoba AK, Fawole O, Adeyanju O, Mehrtash H, Adu-Bonsaffoh K, et al. Adolescent experiences of mistreatment during childbirth in health facilities: secondary analysis of a community-based survey in four countries. *BMJ Global Health*. 2022;5(2):e007954.
22. Hasan Tehrani T, Seyed Bagher Maddah S, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi Shahbooulaghi F, Ebadi A. Outcomes of observance privacy in hospitalized patients: A qualitative content analysis. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2020;27(6):441-50. [Persian]

23. Friedman LA. Patient Experience of Privacy While Participating in Group Healthcare: A Phenomenographic Description [Doctoral dissertation]. United States: Boston College; 2015 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/c886393663c28053d87e44a84b5ac9df/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
24. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2014;S67:228-34.
25. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. Reproductive Health. 2012;9:1-9.
26. Mahfuth A, Dhillon JS, Mohd Drus S. A systematic review on data security and patient privacy issues in electronic medical records. Journal of Theoretical & Applied Information Technology. 2016;90(2):106-15.
27. Redshaw M, Hockley C. Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. Birth. 2010;37(2):150-9.
28. 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.
29. Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. BMC Health Services Research. 2012;12:1-12.
30. Mohammadi F, Tabatabaei HS, Mozafari F, Gillespie M. Caregivers' perception of women's dignity in the delivery room: a qualitative study. Nursing Ethics. 2020;27(1):116-26.
31. 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 Pregnancy and Childbirth. 2020;20:1-10.
32. Mohammadi F, Javanmardifard S, Bijani M. Women living with infertility in Iran: A qualitative content analysis of perception of dignity. Women's Health. 2024;20.
33. Mema A, Bressan V, Stevanin S, Cadarin L. The perception of dignity in the hospitalized patient: Findings from a meta-synthesis. Nursing Ethics. 2024;9697330241238339.
34. Mehretie Adinew Y, Kelly J, Marshall A, Hall H. "I Would Have Stayed Home if I Could Manage It Alone": A Case Study of Ethiopian Mother Abandoned by Care Providers During Facility-Based Childbirth. International journal of women's health. 2021;13:501-7.
35. World Health Organization. Global stakeholders agree to a new charter on patient safety rights [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. [Cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.who.int/news/item/14-09-2023-global-stakeholders-agree-to-a-new-charter-on-patient-safety-rights>
36. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
37. Jacobson N. Dignity and health. 4th Ed. Nashville: Vanderbilt University Press; 2012.
38. Stanton ME, Gogoi A. Dignity and respect in maternity care. BMJ Global Health. 2022;5(2):e009023.
39. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. The Lancet. 2014;384(9948):e42-e4.
40. World Health Organization. Make every mother and child count: The World Health Report. World Health Organization; 2005.
41. Alliance WR. Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women. 1th Ed. Washington (District of Columbia): White Ribbon Alliance; 2011.
42. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. World Health Organization; 2018. [Cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.