

بررسی آگاهی مادران از منشور حقوق زنان باردار

ناهید خداکرمی^{۱*}، شراره جان نثاری^۲

چکیده

از حقوق زنان باردار و خانواده‌ی آنان است که از حق و حقوق خود آگاهی داشته باشند و با اطلاع کامل از مزایا و معایب هر روش درمانی در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت خود نقش فعال داشته باشند.

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی مادران باردار با منشور حقوق بیمار و زنان باردار و هم‌چنین مداخلات درمانی و مراقبتی طراحی و به اجرا در آمد.

در یک مطالعه‌ی مقطعی و آزمایشی ۶۰ مادر ۳۵-۱۹ ساله که از زمان زایمان آن‌ها ۱ تا ۳ ماه گذشته بود و جهت برخورداری از خدمات تنظیم خانواده یا بهداشت و سلامت کودک خود به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج نشان داد که مادران در زمان خاتمه‌ی بارداری خود از نوع و چگونگی برنامه‌ی بهداشتی قبل و پس از اجرا آگاهی کافی نداشتند. گرچه کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و خانواده‌ی آنان رضایت خود را قبل از بستری اعلام نموده بودند، ۶/۸۳ درصد آنان اظهار نمودند اطلاعات کافی در حین اخذ رضایت در اختیار آنان قرار داده نشده است. ۴۳/۲ درصد زنان در زمان دریافت خدمات مراقبتی، سلامتی و بهداشتی حین و بعد از زایمان، احساس راحتی کامل داشتند. حدود ۸۷ درصد زنان ابراز نمودند که هرگز در مورد مزایا و مضرات نوع زایمان اطلاعاتی دریافت نکرده بودند. ۷۳ درصد زنان در طی بارداری ۱۰ بار یا بیش‌تر سونوگرافی شده بودند و ۹۳ درصد زنان بدون داشتن درد زایمان و در تاریخ تقریبی بستری شده بودند.

بسیاری از زنان باردار نه تنها مراقبت استاندارد و مناسب دریافت ننموده بودند، بلکه در مورد عوارض و مزایای مداخلات انجام شده (دارو، آزمایشات، سونوگرافی، اینداکشن، پروسه‌ی درمان و جراحی و...) در طی بارداری و زایمان خود اطلاعات کافی از تیم درمانی خود (پزشک، ماما، پرستار) دریافت نکرده بودند.

به نظر می‌رسد که زنان باردار ایرانی از حقوق کامل خود در زمینه‌ی درمان و مراقبت‌های ضروری و استاندارد مطلع نبوده و در عملکرد تیم درمان نیز در اجرای پروتکل‌ها و مداخلات درمانی و مراقبتی منطبق با اصول اخلاقی و استاندارد فاصله‌ی معنی‌داری مشاهده می‌شود. مطالعات وسیع‌تر در زمینه‌ی حقوق بهداشت باروری و اخلاق حرفه‌ای زنان و مامایی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: اتونومی، مراقبت زنان باردار، حقوق زنان باردار

^۱ مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات بهداشت باروری

^۲ مربی و کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

* نشانی: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، خیابان شریعتی، تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۷۶۳۱۹، Email: khodakarami@yahoo.com

مقدمه

سران کشورهای مختلف جهان در سال ۱۹۹۹ طی کنفرانس‌هایی که از طرف سازمان ملل متحد برگزار شد، متعهد شدند که احترام به حقوق بهداشت باروری و سلامت افراد را به عنوان محوری جهت استراتژی‌های مختلف توسعه در نظر بگیرند. در این راستا توانمندسازی زنان به عنوان یکی از اجزای مهم آزمونی برای دستیابی به منشور حقوق باروری مد نظر قرار گرفت (۱). سیستم بهداشت و درمان، نظام حقوقی و قضایی هر کشوری باید از دسترسی زنان باردار به بهترین روش‌های درمانی و مراقبتی و اطلاعات صحیح و مبتنی بر شواهد و اصول علمی و منطبق با استانداردهای جهانی و منطقه‌ای اطمینان حاصل کند. پزشکان و ماماها یکی از مهم‌ترین نیازهای اساسی زنان را که حفظ و ارتقای سلامتی مادر باردار است را بر آورده می‌سازند (۲).

با وجود چالش‌هایی که به دلیل جنبه تجاری محیط پزشکی کنونی ایجاد شده است، عمل طبابت تا حدود زیادی به عنوان رسالتی متعالی در نظر گرفته می‌شود و رابطه‌ی بین پزشک و بیمار به گونه‌ای است که هر دو دارای حقوق و مسئولیت‌هایی روشن هستند و رازداری و رضایت آگاهانه دو نمود عینی این اعتماد و رابطه پیمانی است (۳).

کمیته‌ی اخلاق و حقوق بهداشت باروری کنفدراسیون زنان و مامایی (International Federation of Gynecology and Obstetrics) اعلام نموده است که یکی از حقوق زنان باردار و خانواده‌ی آنان داشتن آگاهی و اطلاع کامل از مزایا و معایب روش‌های درمانی مختلف و شرکت در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت است. از دیگر حقوق زنان باردار این است که تیم درمان کلیه‌ی اطلاعات لازم را در زمینه‌ی تصمیم‌گیری‌های منجر به تشخیص و درمان و مزایا و عوارض درمان انتخابی را بوضوح در اختیار وی قرار دهند. زن باردار این حق را دارد که در هر زمان از اجرای پروسه درمانی اطلاعات مورد نظر خود را دریافت نماید و تیم درمان

و مراقبت نیز کلیه‌ی اقدامات درمانی و مراقبتی را بر اساس شواهد علمی موجود طراحی و پس از کسب رضایت آگاهانه اجرا نمایند (۴).

اخذ رضایت در معالجه و درمان به لحاظ تبعات و پیامدهایی که به دنبال دارد، در قلمرو حقوقی جایگاهی ماندگار یافته است و در زمره‌ی یکی از مقولات مهم و به مثابه رویکردی نوین در حقوق پزشکی بر شمرده می‌شود. رضایت آگاهانه در واقع تظاهر عملی به سلیق بیمار است و نباید با امضا کردن متن‌های از پیش تهیه شده اشتباه شود. زنان بارداری که حقوق آنان پایمال شده باشد یا اقدام و مداخله‌ای غیر ضروری در پروسه‌ی بارداری و زایمان آنان ایجاد شده باشد و در مورد مزایا و معایب این مداخلات اطلاعات لازم را کسب نکرده باشند، حق دارند تا در مراجع و منابع حقوقی احقاق حق نمایند (۶-۳).

مطالعات متعددی در مقوله‌های مختلف حقوق زن باردار انجام شده است؛ از جمله مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ توسط Bergholt و همکاران در کشور دانمارک به اجرا در آمد که نگرش متخصصان زنان و مامایی را در زمینه‌ی حق انتخاب روش زایمان توسط مادر مورد بررسی قرار دادند که ۴۰ درصد پزشکان موافق انتخاب روش زایمان توسط مادر بودند و ۶۰ درصد معتقد بودند که به دلیل عوارض متعدد سزارین زایمان واژینال را ترجیح می‌دهند (۷).

Miller و همکاران با مرور و آنالیز چهار مطالعه‌ی کیفی در سال ۲۰۰۷ مشاهده نمودند که مفاهیم رضایت‌نامه‌های اخذ شده از بیماران در طی ۳۵ سال اخیر دستخوش تغییراتی شده است که در نهایت منجر به برداشت‌های متفاوت گردیده است، لذا اعلام نمودند که فرم رضایت‌نامه می‌باید کاملاً واضح بوده و متناسب با فرهنگ هر جامعه‌ای تدوین و قبل از اجرای هر روش درمانی اخذ شود (۸).

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی مادران باردار از منشور حقوق بیمار و زنان باردار و هم‌چنین

نتایج

میانگین سن مادران شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۷/۵ سال و ساکن منطقه‌ی تحت پوشش مرکز بهداشت شرق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند که مشخصات دموگرافیک آنان در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است. جدول شماره‌ی ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای

مورد پژوهش

| متغیر | تعداد (درصد) |
|---------------|--------------|
| میزان تحصیلات | |
| بیسواد | ۳ (۵) |
| ابتدایی | ۱۰ (۶/۱۶) |
| راهنمایی | ۱۷ (۳/۲۸) |
| دیپلم | ۲۴ (۴۰) |
| دانشگاهی | ۶ (۱) |
| شغل | |
| خانه‌دار | ۶۷ |
| کارمند | ۳۳ |

نتایج حاصله (جدول شماره‌ی ۲ و ۳) نشان دهنده اطلاعات بهداشت باروری و چگونگی اجرای اقدامات انجام شده در پروسه پذیرش و زایمان مادران شرکت‌کننده در مطالعه است و همانگونه که مشاهده می‌شود عامل زایمان ۳۵ درصد از مادران ماما و ۶۵ درصد از آنان متخصص زنان بود. نتایج حاصل از این مطالعه دال بر آن بود که مادران در ۹۳ درصد موارد بدون داشتن درد زایمان و در تاریخ احتمالی زایمان و به توصیه‌ی پزشک یا ماما بستری شده و با مداخله (اینداکشن یا سزارین) زایمان نمودند. ۳۵ درصد از مادران از برنامه و نحوه‌ی بستری شدن خود در لیبر آگاهی داشتند و ۸۵ درصد در مورد حقوق خویش در بخش زایمان اطلاعی نداشتند، ۳/۱۸ درصد آگاهی کمی داشتند و ۷/۶ درصد آنان کاملاً آگاه بودند. ۱۰۰ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش برگه‌ی رضایت‌نامه را امضا نموده بودند که از این تعداد

مداخلات درمانی و مراقبتی طراحی و به اجرا در آمد تا نتایج آن جهت طراحی مطالعات آتی راه گشا باشد.

روش کار

در این مطالعه‌ی پایلوت (آزمایشی) که به صورت توصیفی و مقطعی از اردیبهشت‌ماه لغایت آذرماه ۱۳۸۵ انجام شد. پس از معرفی پژوهشگر به مادران واجد شرایط شرکت در پژوهش، اهداف مطالعه بیان شده و از کسانی که مایل به شرکت در این پژوهش بودند دعوت به عمل آمد. به‌طور تصادفی ۸۸ نفر از زنان ۱۹-۳۵ ساله شکم اول که ۱ تا ۳ ماه پس از زایمان به درمانگاه‌های منتخب مراجعه نمودند انتخاب شدند که ۶۷ نفر دارای شرایط شرکت در مطالعه بودند (بارداری سالم و بدون عارضه) و از این تعداد ۶۰ نفر تمایل خود را به شرکت در مطالعه اعلام و فرم اطلاعات و رضایت‌نامه‌ی شرکت در پژوهش را امضا کردند. کلیه‌ی مادران شرکت‌کننده در پژوهش، جهت برخورداری از خدمات تنظیم خانواده یا بهداشت و سلامت کودک خود به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه نموده بودند. چک‌لیست و پرسشنامه‌ی مورد استفاده بر اساس منشور حقوق زنان باردار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شد (۶). به کلیه‌ی واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده محرمانه خواهد بود و در صورت انتشار نتایج نام و نشانی از شرکت‌کنندگان در مقاله نخواهد بود و خودداری از شرکت در مطالعه هیچگونه خللی در روند خدمات دریافتی آنان نخواهد داشت. پرسشنامه دو قسمتی استاندارد (قسمت اول مشخصات دموگرافیک و باروری) و قسمت دوم سوالات مرتبط با اهداف پژوهش که متشکل از ۱۵ سوال بسته و دو سوال باز مرتبط با منشور حقوق بیمار (تدوین منطقه‌ای و جهانی) بود در اختیار کلیه‌ی واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت که پس از تکمیل آن به روش مصاحبه نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱۲/۴ درصد به صورت آگاهانه و ۶/۸۳ درصد به صورت ناآگاهانه اقدام نموده بودند. بیش از ۸۰ درصد آنان اظهار نمودند اطلاعات کافی در حین اخذ رضایت در اختیار آنان قرار داده نشده است. ۱۳ درصد مادران قبل از تولد نوزاد خود آگاهی کافی در زمینه مزایا و معایب نوع زایمان دریافت کرده بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲- مشخصات باروری و بارداری واحدهای

مورد پژوهش

| متغیر | تعداد (درصد) |
|-------------------------------------|--------------|
| شروع خود به خود درد زایمان | ۴ (۷/۶) |
| بستری در زمان تقریبی زایمان | ۵۶ (۳/۹۳) |
| تقاضای بستری شدن از جانب مادر | ۱۱ (۳/۱۸) |
| تصمیم به بستری از جانب پزشک یا ماما | ۴۹ (۴/۸۱) |
| روش زایمان | |
| طبیعی | ۲۷ (۴۵) |
| سزارین | ۳۲ (۴/۵۳) |
| زایمان با دستگاه (فورسپس، واکيوم) | ۱ (۶/۱) |
| عامل زایمان | |
| ماما | ۲۱ (۳۵) |
| پزشک | ۳۹ (۶۵) |
| محل زایمان | |
| بیمارستان دولتی | ۴۱ (۲/۶۸) |
| بیمارستان خصوصی | ۱۴ (۳/۲۳) |
| بیمارستان خیریه | ۵ (۳/۸) |
| میانگین تعداد سونوگرافی در بارداری | |
| ۳-۱ نوبت | ۶ (۱۰) |
| ۴-۶ نوبت | ۱۰ (۶/۱۶) |
| ۷-۱۰ نوبت | ۱۶ (۲۶) |
| بیش از ۱۰ نوبت | ۲۸ (۴۶) |

۲/۴۳ درصد زنان در زمان دریافت خدمات مراقبتی، سلامتی و بهداشتی حین و بعد از زایمان، احساس راحتی کامل داشتند.

جدول شماره ۳- میزان آگاهی از حقوق بارداری و باروری

| متغیر | درصد |
|--|------|
| آگاهی از نحوه برنامه‌ی بستری در زایشگاه | ۳۵ |
| اخذ رضایت آگاهانه | ۱۲ |
| احساس راحتی از خدمات دریافتی | ۵۳ |
| درد پس از زایمان | ۲۸ |
| آگاهی کافی در زمینه مزایا و عوارض نوع زایمان | ۱۳ |

میزان تولد نوزاد به روش سزارین ۴/۵۳ درصد بود و ۲/۹۱ درصد زنانی که سزارین شده بودند از انجام زایمان به روش جراحی راضی بودند و درگروهی نیز که زایمان طبیعی داشتند ۹۸ درصد رضایت خود را از روش زایمان طبیعی ابراز داشتند. حدود ۸۷ درصد زنان شرکت کننده در این پژوهش اظهار نمودند که هرگز در مورد مزایا و مضرات نوع زایمان اطلاعاتی از جانب پزشک خود دریافت نکرده بودند. ۷۳ درصد زنان شرکت کننده در طی بارداری ۱۰ بار یا بیش تر سونوگرافی شده بودند.

بحث

نتایج کلی این پژوهش که به صورت پایلوت انجام شد نشان داد که اغلب مادران در زمان خاتمه‌ی بارداری خود از نوع و چگونگی برنامه‌ی بهداشتی قبل و پس از اجرا آگاهی کافی نداشتند و این در حالی است که اغلب متون حقوق و اخلاق پزشکی علاوه بر تأکید به کسب رضایت آگاهانه از بیمار، به شرکت وی در پروسه‌ی مراقبتی اصرار دارند؛ به طوری که امروزه زنان باردار قبل از زایمان در برنامه‌های آموزشی منظم شرکت و از محل زایمان بازدید نموده و در جریان کلیه‌ی برنامه‌های احتمالی در روند تولد نوزاد خود قرار می‌گیرند (۴). در این مطالعه تنها ۷/۶ درصد مادران به دلیل شروع خود به خود درد زایمان به بیمارستان مراجعه و زایمان نموده بودند و در ۹۳ درصد موارد بدون داشتن درد

مناسب جهت کاهش چالش فوق باشد. گرچه ۲/۹۱ درصد درصد زنانی که سزارین شده بودند از زایمان به روش جراحی خود رضایت داشتند، حدود ۸۷ درصد زنان ابراز نمودند که قبل از زایمان هرگز در مورد مزایا و مضرات نوع زایمان اطلاعاتی از جانب پزشک خود دریافت ننموده‌اند. Durazin و همکاران (۲۰۰۶) اعلام نمودند که گرچه یکی از حقوق زن باردار انتخاب روش زایمان است، باید عوارض و مزایای هر روش برای مادر بازگو و روش زایمان با در نظر گرفتن عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت احتمالی انتخاب شود که با رعایت همه‌ی این موارد میزان زایمان به روش سزارین در کشور ایالات متحده‌ی آمریکا در سال ۲۰۰۴ حدود ۲۹ درصد بوده است (۱۴).

در این مطالعه عامل زایمان ۶۵ درصد از مادران متخصص زنان بود. این در حالی است که در سایر کشورهای پیشرفته‌ی جهان از جمله انگلستان ۶۳ درصد از زایمان‌ها توسط ماما انجام می‌شود (۱۷-۱۵). توصیه می‌شود جهت حفظ حقوق مادی و معنوی مادران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه گزار همچون کشورهای پیشرفته‌ی جهان و منطبق با جدیدترین استانداردهای علمی، هدایت و کنترل مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان طبیعی را به ماماها‌ی تحصیل کرده‌ی کشور واگذار کنند.

۷۳ درصد زنان شرکت‌کننده در طی بارداری ۱۰ بار یا بیش‌تر سونوگرافی شده بودند. در مطالعه‌ی وسیع ملی انگلستان و مطالعات و کتب مرجع، محققین متوسط تعداد سونوگرافی در بارداری را بر حسب ضرورت یک تا سه نوبت گزارش نموده‌اند (۱۹، ۱۸).

سؤال مطرح این است که از نظر علمی، اخلاقی و حقوق پزشکی انجام آزمون‌های سونوگرافیک متعدد و تحمیل هزینه‌ی این آزمون به مادر باردار و خانواده‌ی وی در بالاتر از استانداردهای جهانی چگونه توجیه می‌شود؟

نتایج نشان داد که آگاهی مادران از منشور حقوق خویش در سطح نازلی قرار دارد و ۸۵ درصد در مورد حقوق خویش

زایمان و در تاریخ احتمالی زایمان بستری شده و با مداخله (اینداکشن یا سزارین) زایمان نمودند (جدول شماره‌ی ۲). این در حالی است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند یک‌پنجم زنان، دارای حاملگی طبیعی بیش از ۴۱ هفته هستند و تولد نوزاد در این گونه موارد یک تا دو هفته پس از تاریخ احتمالی زایمان اتفاق می‌افتد، بنابراین اقدام به ختم حاملگی در زمان تاریخ احتمالی زایمان جایز نیست و منابع معتبر پزشکی ختم حاملگی را به‌طور معمول در تاریخ احتمالی زایمان و در غیاب علائم زایمانی توصیه نمی‌کنند (۱۲ - ۹). گرچه کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و خانواده‌ی آنان رضایت خود را قبل از بستری اعلام نموده بودند، ۶/۸۳ درصد آنان اظهار نمودند که اطلاعات کافی در مورد پروسه‌ی مراقبت، درمان و چگونگی زایمان در حین اخذ رضایت در اختیار آنان قرار داده نشده است و با توجه به این‌که کلیه‌ی متون اخلاقی و حقوق پزشکی بر کسب رضایت آگاهانه از بیمار تأکید دارند چنین نتایجی می‌تواند نشان‌دهنده‌ی ضعف حقوقی و اخلاقی سیستم درمانی کشور و عدم آگاهی زنان باردار باشد. توصیه می‌شود با استقرار حداقل یک مامای مشاور در بخش پذیرش کلیه‌ی مراکز زایشگاهی متن رضایت‌نامه و روند مداخلات احتمالی درمان مادر و نوزاد به‌طور واضح، ساده و علمی برای مادر و خانواده‌ی وی بازگو و در هر مرحله و برای هر نوع مداخله، رضایت آگاهانه کسب و ضمیمه‌ی پرونده شود. در این مطالعه میزان تولد نوزاد به روش سزارین ۴/۵۳ درصد بود که در مقام مقایسه میزان سزارین در انگلستان ۲۱ درصد، آمریکا ۲۳/۶ درصد، سوئد ۱۰/۷، اسکاتلند ۱۴/۲ درصد و نروژ ۱۲/۸ درصد گزارش شده است (۹، ۱۱، ۱۳). همان‌گونه که مشاهده می‌شود زایمان به روش سزارین در گروه مورد مطالعه‌ی ما بیش از ۲ تا ۳ برابر سایر کشورهاست که به‌نظر می‌رسد از نظر اخلاقی و حقوقی نیاز به مطالعه و بررسی ویژه دارد. افزایش سطح دانش و آگاهی خانواده‌ها از طریق رسانه‌های دیداری و نوشتاری و همچنین تشکیل کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌تواند روشی

پروتکل‌ها و مداخلات درمانی و مراقبتی منطبق با اصول اخلاقی و استاندارد فاصله‌ای قابل توجه مشاهده می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد که در نحوه اداره بارداری و زایمان در سیستم سلامت کشور موارد ذیل در ابهام قرار دارد: این که آیا اندیکاسیون پزشکی زایمان با مداخله و جراحی بر اساس فرانس‌های بین‌المللی است یا کشوری یا پروتکل‌های بیمارستانی؟ چگونه روش زایمان پیشنهادی اندیکاسیون می‌باشد؟ این انتخاب چه عوارض و مزایایی برای مادر و نوزاد دارد؟ از نظر اقتصادی چه هزینه‌های غیر ضروری را به مادر، خانواده‌ی وی، دولت و سازمان‌های بیمه‌گر تحمیل می‌کند؟ آیا اخلاق پزشکی و حرفه‌ای در ختم انتخابی بارداری و زایمان و اخذ رضایت از مادران رعایت می‌شود؟ استانداردهای تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی در بخش‌های زایمان چگونه است؟ این‌ها سؤالاتی است که پاسخ آن می‌باید با پژوهش‌های اپیدمیولوژیک مقطعی و با متدلوژی دقیق در زمینه‌ی حقوق بهداشت باروری و اخلاق حرفه‌ای زنان و مامایی به صورت ملی و منطقه‌ای استخراج شود.

در بخش زایمان اطلاعی نداشتند و با این که همه‌ی نمونه‌های مورد پژوهش برگه‌ی رضایت‌نامه را امضا نموده بودند، تنها در ۱۲/۴ درصد آنان این امر به صورت آگاهانه صورت گرفته بود و اکثر آنان از متن رضایت‌نامه اخذ شده اطلاعی نداشتند. اغلب مادران قبل از تولد نوزاد خود آگاهی کافی در زمینه‌ی مزایا و معایب نوع زایمان دریافت نکرده بودند و این در حالی است که در کلیه‌ی منشورهای اخلاقی ملی و بین‌المللی به طور واضح ذکر شده است که این حق مادر است که در مورد کلیه‌ی مداخلات در روند زایمان، منشور حقوق خویش و متن رضایت‌نامه و همچنین انواع روش‌های زایمانی اطلاعات کافی و شفاف دریافت نموده و بتواند در برنامه‌ی زایمانی خود نقشی فعال ایفا نماید (۲۱، ۲۰، ۹، ۶، ۳).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر کم بودن حجم نمونه بود و محدودیت دیگر جمع‌آوری اکثر اطلاعات به دست آمده بر مبنای اظهارات مادران و مبتنی بر یادآوری گذشته بود، ولی پژوهشگر امیدوار است تا نتایج حاصل بتواند زمینه‌ساز طراحی و اجرای مطالعات آتی و دستیابی به راهکارهای اجرایی نهادینه نمودن اخلاق، قانون و حقوق باروری باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه‌ی آزمایشی نشان داد که بسیاری از زنان باردار نه تنها مراقبت استاندارد و مناسب دریافت نکرده‌اند، بلکه در مورد عوارض و مزایای مداخلات انجام شده (دارو، آزمایشات، سونوگرافی، اینداکشن، روش زایمان، پروسه درمان و جراحی و ...) در طی بارداری و زایمان خود اطلاعات کافی از تیم درمانی (پزشک، ماما، پرستار) دریافت نکرده و برخی اقدامات و مداخلات انجام شده پایین‌تر از حد جهانی و حتی برخلاف استانداردهای علمی (۲۲-۲۰) بوده است.

هم‌چنین به نظر می‌رسد که زنان باردار ایرانی از حقوق کامل خود در زمینه‌ی درمان و مراقبت‌های ضروری و استاندارد مطلع نبوده و در عملکرد تیم درمان نیز در اجرای

منابع

- 1- Horton R. Reviving reproductive health. *Lancet* 2006; 368(9547): 1549.
- 2- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=194&ck=10218&area=2> (accessed on Jan 2009)
- 3- Jonathan S, et al. *Gynecology*. 2002, 13th edition, p.30-42.
- 4- Anonymous. ACOG committee on ethics maternal decision making, ethics, and the law. *Obstet Gynecol* 2005; 106 (5 Pt 1): 1127-37.
- 5- Annas GJ. A national bill of patients' rights. *N Engl J Med* 1998; 338(10): 695-9.
- ۶- خداکرمی ناهید، اداره و درمان حاملگی های پرخطر و زایمانهای مشکل (راهنمای پزشکان و ماماها براساس استاندارد ای سازمان بهداشت جهانی) انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۷.
- 7- Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(3): 262-6.
- 8- Miller T, Boulton M. Changing constructions of informed consent: qualitative research and complex social worlds. *Soc Sci Med* 2007; 65(11): 2199-211.
- ۹- سیمیر م، خداکرمی ن. ترجمه بارداری و زایمان ویلیامز. تهران: انتشارات سالمی؛ ۱۳۸۵.
- 10- Devane D, Begley CM, Clarke M, Horey D, OBoyle C. Evaluating maternity care: a core set of outcome measures. *Birth* 2007; 34(2): 164-72.
- 11- Cammu H, Martens G, Ruysinck G, Amy JJ. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(2): 240-4111
- 12- Kaufman KE, Bailit JL, Grobman W. Elective induction: an analysis of economic and health consequences. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(4): 858-63.
- 13- Menticoglou SM, Hall PF. Routine induction of labour at 41 weeks gestation: nonsensus consensus. *BJOG* 2002; 109(5): 485-91.
- 14- Druzin ML, El-Sayed YY. Cesarean delivery on maternal request: wise use of finite resources? view from the trenches. *Semin Perinatol* 2006; 30(5): 305-8.
- 15- R. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99(4): 577-80.
- 16- Anonymous. Guidance on provision of midwifery care and delegation of midwifery care, Nursing and Midwifery Council, NMC Circular 01/2004. <https://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=31> (accessed on Jan 2009)
- 17- MacDorman MF, Hoyert DL, Martin JA, Munson ML, Hamilton BE. Fetal and Perinatal Mortality, United States, 2003. *Natl Vital Stat Rep* 2007; 55(6): 1-17.
- 18- Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, Sunshine JH, Kennedy SD, Noether M. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice: a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. *N Engl J Med* 1990; 323: 1604-8.
- 19- Filly RA, Crane JP. Routine obstetric sonography. *J Ultrasound Med* 2002; 21(7): 713-8.
- 20- Anonymous. American Hospital Association. A Patient's Bill of Rights, revised edition approved by the AHA Board of Trustees on October 21, 1992. <http://www.motheringandmore.org/information/rightsofchildbearingwomen.pdf> (accessed on Jan 2009)
- 21- Anonymous. The Mother-Friendly Childbirth Initiative. The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). *Birth Gaz* 1996; 12(4): 41-4.
- 22- Sullivan WJ, Douglas MJ. Maternal autonomy: ethics and the law. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15(2): 95-7

