

## تبیین مفهوم و ابعاد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان: تحلیل محتوای کیفی

مهتاب عطارها<sup>۱</sup>، زهره کشاورز<sup>۲</sup>، مریم بختیاری<sup>۳</sup>، مهری جمیلیان<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** رابطه‌ای که بین ماما و مراجع شکل می‌گیرد، هسته اصلی مراقبت انسانی است، اما دانش اندکی در مورد ویژگی‌های ارتباطی ماما-مادر در موقعیت‌ها و محیط‌های مختلف در دسترس است. در این راستا، تجارب ماماها و مادران در اتاق زایمان می‌تواند معنای زیربنایی و دانش عملی موجود در کار آن‌ها را روشن نماید و درک واضح، جامع و دقیق‌تری از مفهوم و ابعاد پدیده ارتباط ماما-مادر، با توجه به زمینه فرهنگی-اجتماعی موجود ارائه دهد.

**روش:** مطالعه حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی، بر روی ۳۲ مشارکت‌کننده که به شیوه هدفمند انتخاب شده بودند، انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۶ مامای شاغل در اتاق زایمان و ۱۶ مادر بستری در بخش بعد از زایمان طبیعی یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۳ بودند. داده‌ها کلمه به کلمه تایپ و به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی تجزیه و تحلیل گردید. نمونه‌گیری با اشباع داده‌ها و طبقات پایان یافت.

**یافته‌ها:** فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به پیدایش دو درون‌مایه انتزاعی شد که در برگیرنده مفهوم و ابعاد ارتباط ماما-مادر بود. این دو درون‌مایه تحت عناوین «ارتباط جوهره مراقبت مامایی و بازتاب ارتباط» معرفی شد. هر کدام از این درون‌مایه‌ها از طبقات و کدهای اولیه تشکیل گردید.

**نتیجه‌گیری:** بر طبق نتایج، ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان از لحاظ مفهومی معادل اتحاد درمانی تشخیص داده شد. مطالعه حاضر با کشف مفهوم واقعی این ارتباط، درک بهتر و شواهد مستندی را از معنی و ابعاد این پدیده، فراتر از معانی رایج فراهم نمود. ممکن است نتایج به دست آمده از بعضی جهات به سمت ایجاد یک بدنه نوشته شده دانش مامایی پیش رود، اما می‌تواند ماماها را در ارائه مراقبت با کیفیت جامع به مادران یاری کند و زمینه را برای ایجاد و تقویت پیامدهای مثبت لیبر و زایمان طبیعی فراهم نماید.

**کلیدواژه‌ها:** ارتباط ماما-مادر، اتاق زایمان، تحلیل محتوای کیفی، مفهوم ارتباط ماما-مادر، مفهوم

**ارجاع:** عطارها مهتاب، کشاورز زهره، بختیاری مریم، جمیلیان مهری. تبیین مفهوم و ابعاد ارتباط ماما-مادر در اتاق زایمان: تحلیل محتوای کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۱): ۱۶-۱.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۵

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

Email: z.keshavarz@sbmu.ac.ir

نویسنده مسئول: زهره کشاورز

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های علوم پزشکی، جنبه اجتماعی-روانی آن است و مهارت‌های بالینی به عنوان یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های عمومی مورد توجه قرار گرفته است. از میان مهارت‌های بالینی، مهارت برقراری ارتباط، شاخص و دارای اهمیت مضاعفی می‌باشد (۱). مهارت‌های ارتباطی به عنوان یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های لازم برای افراد شاغل در بخش ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه توصیف شده است. ارایه مراقبت‌های سلامت بدون ارتباط مدبرانه و دوراندیشانه که از مسؤولیت‌های اصلی کارکنان حرفه سلامت می‌باشد، امکان‌پذیر نخواهد بود (۲).

مطالعات نشان داده‌اند، هنگامی که دست‌اندرکاران امور بهداشتی دارای مهارت برقراری ارتباط باشند، نتایج بی‌شمار مثبتی مانند کاهش درد، علایم بیماری، اضطراب، احساس گناه، افزایش رضایت خاطر، پذیرش و تطابق با بیماری، مشارکت و همکاری با تیم درمانی، بهبود میزان فشار خون و گلوکز خون (۳)، افزایش اثربخشی آموزش‌ها و پیشگیری از خطاهای پزشکی را می‌توان مشاهده نمود (۴) سازمان‌های متعددی ارتباطات اثربخش را به عنوان عنصر ضروری برای سلامت جامعه و جزیی از کیفیت مراقبت سلامت تعیین نموده‌اند. برای مثال پروژه مردم سالم، ارتباط در حوزه سلامت را به عنوان یکی از حوزه‌های مهم معرفی کرد و نشان داد که ارتباط بر تمام شاخص‌های بهداشتی اثرگذار است (۵). در این میان، مراقبت‌های مادران، حوزه‌ای از مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد که در آن به اهمیت ارتباط بهینه توجه خاصی شده است.

در سال ۱۹۹۲ به سفارش وزارت بهداشت، Changing Childbirth به بررسی مراقبت مادران در انگلیس و ولز پرداخت که در آن اهمیت ارتباطات بهینه تأکید و به رسمیت شناخته شد، اما در بسیاری از موارد ارتباط به خوبی که باید باشد، نبود (۶). این در حالی است که ماما وظایف مهمی در امر مشاوره و آموزش بهداشت نه تنها برای زنان، بلکه برای خانواده و جامعه به عهده دارد. همچنین، مسؤول حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، ارایه مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مددجو است. مامای

مجبرب در راستای نیل به اهداف مذکور، باید قادر به برقراری ارتباط مؤثر با مددجویان و خانواده آن‌ها، همکاران و کارکنان شاغل در سایر بخش‌ها باشد (۷). از طریق تعامل، ماماها از نیازهای مراجعان خود آگاه می‌شوند و می‌توانند به آن‌ها در رفع این نیازها کمک کنند. ماماها زنانی هستند که به زنان دیگر در طول فرایند تولد کمک می‌کنند و در واقع، حامی، پرورش و دلگرمی دهنده و احترام گذارنده به مادر حین فرایند تولد است. (۸).

رابطه‌ای که بین ماما و مراجع شکل می‌گیرد، هسته اصلی مراقبت انسانی است. در یک مطالعه متاآنالیز، ۳۱ مقاله به منظور بررسی «چه چیزی یک مامای خوب را می‌سازد؟» مورد ارزیابی قرار گرفت که بیشترین امتیاز متعلق به داشتن مهارت‌های ارتباطی بود. مامای خوب می‌تواند ضعف مدیریت سیستم را جبران کند (۹). رویکرد ارتباط، باعث تقویت خودتوانمندی زنان می‌شود و به آنان اجازه می‌دهد تا با اطلاع کامل، در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود تصمیم بگیرند (۱۰). ارتباطی که ماما با مادر برقرار می‌کند، اغلب یک کاتالیزور رشد معنوی، عاطفی، توانمندی و تحول در مادر است (۱۱). ارتباط ماما و مادر چیزی فراتر از به اشتراک گذاشتن دانش و مهارت حرفه‌ای و برتر از آشنایی با یکدیگر است (۱۲)؛ به طوری که زنان کم‌خطری (Low risk) که با کمک ماما زایمان می‌کنند، نتایج مثبت بی‌شماری همچون افزایش درک مفهوم از خود (۱۳)، کاهش میزان سزارین، مدت بستری در بیمارستان، تولد نوزاد کم‌وزن و کاهش مداخلات در طی لیبر و زایمان را تجربه می‌نمایند (۱۴، ۱۵).

نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که در پایه و اساس مراقبت، باید این فرصت به ماماها داده شود که همراه مطمئنی برای مادران باشند و این هدف با تأکید بر مضامین گوش دادن، فرصت مشارکت و مسؤولیت‌پذیری، برقراری رابطه اعتمادآمیز، توجه به زبان بدن و همراه مادر بودن حین فرایند وضع حمل، حاصل می‌شود (۱۴). رابطه ماما-مادر متفاوت از سایر ارتباطات در دیگر حوزه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. ماما شاهد تحولی است که بر ابعاد جسمی، فکری، معنوی و اجتماعی زن اثر می‌گذارد (۱۶). متأسفانه

موقعیت‌ها و محیط‌های مختلف، جایی که ماما از سطوح متفاوت مسؤلیت در شرایط بارداری طبیعی و پرخطر برخوردار است، در دسترس می‌باشد. بدیهی است که زنان در حال وضع حمل نیازهای اساسی دارند که ماماها با برقراری ارتباط مؤثر، قادر به برآوردن و پاسخگویی به آن‌ها می‌باشند (۲۲). بنابراین، با توجه به سیاست‌های اخیر جمعیت و فرزندآوری، تأکید بر ترویج زایمان طبیعی در کشور و تبدیل آن به یک تجربه خوشایند، انجام چنین تحقیقاتی بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، تجارب ماماها و مادران در اتاق زایمان می‌تواند معنای زیربنایی و دانش عملی موجود در کار آن‌ها را روشن سازد و درک واضح، جامع و دقیق‌تری از مفهوم پدیده ارتباط ماما- مادر، با توجه به زمینه فرهنگی- اجتماعی موجود ارائه دهد.

مرور تحقیقات مختلف در زمینه ارتباط ماما- مادر نشان داد که این تحقیقات اغلب به صورت کمی انجام گرفته‌اند و امکان پنهان ماندن حقیقت وجود دارد. تحقیقات کمی به صورت محقق محور و تنها منعکس کننده بخشی از واقعیت هستند؛ در حالی که درک ذهنی و تجربه‌های واقعی افراد درگیر به طور مستقیم در پدیده و مطالعه دنیای واقعی از زوایای گوناگون، معیار دقیق‌تری از مفهوم ارتباط می‌باشد که این امر نیز با رویکرد کیفی میسر است (۲۳). با توجه به ذهنی بودن موضوع، دانش اندک و نیاز به نگاه عمیق به این مقوله، تحقیقات کمی انجام شده با الگوی اثبات‌گرایی، جهت روشن نمودن مفهوم و ابعاد ارتباط ماما- مادر، پاسخگو نمی‌باشد. بنابراین، استفاده از روش‌های تحقیق کیفی با الگوی طبیعت‌گرایی ضرورت دارد. مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم و ابعاد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان انجام شد.

### روش

این مطالعه بخشی از مطالعه کیفی بود که یافته‌های آن حاصل تحلیل محتوا و مقایسه مداوم داده‌ها می‌باشد. به منظور دستیابی به هدف مطالعه، انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش مبتنی بر هدف آغاز شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. افراد شرکت‌کننده در مطالعه، ماماها و شاعل در

طی دهه‌های اخیر، گزارش‌ها حاکی از نقص فرایند ارتباط در حوزه ارایه مراقبت به مادران بوده است. اکثر شکایات عمومی و به کارگیری نادرست دستورات توسط بیماران، نتیجه بی‌کفایتی کارکنان بهداشتی- درمانی نیست، بلکه ناشی از مشکلات ارتباطی می‌باشد (۱۷، ۲). این شکاف در ارتباط، منجر به کاهش کیفیت، تخریب پیامدهای سلامتی و نارضایتی از مراقبان در سیستم سلامت می‌شود. بنابراین، یکی از راه‌های بهبود پیامدها و کاهش نارضایتی، پاسخ به نیازهای ارتباطی بیماران می‌باشد.

با وجود اهمیت ارزیابی مهارت‌های ارتباطی ماما در مراکز ارایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مطالعات اندکی در ایران انجام شده است. خدیوزاده و همکاران در مطالعه ارزیابی مهارت‌های ارتباطی ماماها در بخش زایمان بیمارستان‌های آموزشی مشهد، نشان دادند که سطح مهارت‌های ارتباطی در میان ماماها مطلوب نیست (۱۸). در پژوهش‌های دیگری نیز مهارت‌های ارتباطی ماماها (کلامی و غیر کلامی) نامطلوب گزارش شد (۱۹، ۷). بعضی مطالعات تنها به ارزیابی رضایت بیماران در این محیط‌ها پرداخته و اشاره‌ای جزئی به رفتارهای ارتباطی ماماها از دیدگاه مراجعان داشته‌اند که وضعیت ارتباط نیز نامناسب گزارش شده است (۲۰). در تحقیق مهارت ارتباطی ماماها به عنوان بخشی از روند مشاوره بررسی گردید که در آن عملکرد مشاوره‌ای تمام کارکنان مامایی در ارایه خدمات تنظیم خانواده، در مراکز بهداشتی ضعیف بود (۲۱). هیچ مطالعه مستقلی ارتباط ماما- مادر در مراکز بهداشتی- درمانی را مورد نقد قرار نداده است. از طرف دیگر، سیستم سلامت در ایران بیشتر بر مدل زیست پزشکی متمرکز می‌باشد و برقراری ارتباط و مهارت‌های ارتباطی به عنوان واحد درسی رشته‌های علوم پزشکی (که مامائی هم از این قاعده مستثنی نیست)، در هیچ مقطعی از کاردانی تا دکتری در دانشگاه‌های دولتی و آزاد در کشور ما تدریس نشده است و تنها به آموزش واحدهای تخصصی این رشته‌ها به دانشجویان بسنده می‌شود و از این لحاظ در برنامه آموزش مامایی در کشور ما خلأ وجود دارد (۱۹). دانش اندکی در مورد ویژگی‌های ارتباطی ماما- مادر در

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

مشخصات	شرکت کنندگان	
	مادر	ماما
سن (سال) [محدوده (میانگین)]	۱۹-۳۶ (۲۸)	۲۳-۴۵ (۳۲)
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]	-	۸ (۵۰/۰)
متاهل	-	۸ (۵۰/۰)
شغل [تعداد (درصد)]	-	-
خانه‌دار	۱۲ (۷۵/۰)	-
شاغل	۴ (۲۵/۰)	-
محل سکونت [تعداد (درصد)]	-	-
شهر	۱۱ (۶۸/۸)	-
روستا	۵ (۳۱/۲)	-
سطح تحصیلات [تعداد (درصد)]	-	-
زیر دیپلم و دیپلم	۱۴ (۸۷/۵)	-
کارشناس	۲ (۱۲/۵)	۱۵ (۹۳/۸)
کارشناس ارشد	-	۱ (۹۶/۲)
وضعیت استخدامی [تعداد (درصد)]	-	-
رسمی	-	۸ (۵۰/۰)
قراردادی	-	۳ (۱۸/۸)
طرحی	-	۵ (۳۱/۲)
تعداد بارداری [محدوده (میانگین)]	۱-۵ (۲/۴)	-
تعداد زایمان [محدوده (میانگین)]	۱-۴ (۱/۹)	-
سابقه کار [محدوده (میانگین)]	-	۲۱ سال-۲ ماه (۹)

به منظور تحلیل داده‌ها، بعد از انجام هر مصاحبه، فایل صوتی به دقت دست‌نویسی و متن حاصل از مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد. واحدهای معنی‌دار (Meaning unit) مشخص و خلاصه‌سازی (Condensed) واحدهای معنی‌دار با توصیفی نزدیک به متن انجام شد. سپس فهرستی از کدها تهیه و با بازبینی، مرور معنایی، تعیین شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در معنی، کدهای مشابه به روش کاهش (Reduction) و استقرایی در سطحی انتزاعی‌تر، جای داده شد. با مقایسه مداوم، زیرطبقات و طبقات قابل قبول حاصل گردید. فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهاد شده Granhiem و Landman انجام گرفت؛ بدین صورت که محقق مصاحبه‌ها را به متون کتبی تبدیل نمود و چندین بار آن‌ها را از ابتدا تا انتها می‌خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع شناخت کسب کند. کل مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به عنوان واحد تحلیل لحاظ گردیدند. کلمات، جملات و یا

اتاق زایمان و مادران زایمان کرده مقیم در بخش بعد از زایمان طبیعی یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اراک بودند. این بیمارستان به دلیل این که در آن ماماها خود به انجام زایمان پرداخته بودند و نسبت ماماها به متخصصان زنان حدود ۲/۵ به ۱ بود، انتخاب گردید. مرجعیت این بیمارستان به عنوان مرکز آموزشی و درمانی، پذیرش فراگیر بیماران از مناطق غرب کشور و حضور بیمارانی با فرهنگ‌ها و دیدگاه‌های متفاوت از ویژگی‌های دیگر این محیط بود.

مشارکت کنندگان پژوهش را ۱۶ ماما (دارای سابقه خدمتی بین ۲ ماه تا ۲۰ سال) و ۱۶ مادر تشکیل دادند. مادران مشارکت کننده در مطالعه در رده سنی ۱۹ تا ۳۶ بودند (جدول ۱). ماماها از بین شاغلان در بخش لیبر و زایمان انتخاب شدند و به دلیل این که اصلی‌ترین افراد در ارائه خدمات مادری در بخش مذکور و در تیم زایمان بودند، انتخاب گردیدند. معیارهای شرکت در مطالعه شامل، ماماهای شاغل در اتاق زایمان، شیفت کاری در نوبت‌های مختلف (شب و روز) و نیز مادرانی که وضع حمل طبیعی کرده بودند، دارای قدرت برقراری ارتباط، فقدان سابقه ابتلا به اختلالات روانی شدید مانند افسردگی و اضطراب که باعث اختلال در روند مصاحبه بین محقق و مشارکت کننده شود، توانایی صحبت به زبان فارسی بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های باز نیمه ساختار یافته استفاده گردید. مکان مصاحبه با ماماها در اتاق مسؤول بخش و با مادران در کنار تخت آن‌ها بود. زمان انجام پژوهش نیز از مرداد ماه تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ به طول انجامید. طول مدت مصاحبه‌ها بر اساس تمایل و آمادگی شرکت کننده بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود که با دستگاه ضبط دیجیتال ضبط می‌شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از سؤالات عمومی فردی اولیه و سؤال باز در راستای هدف پژوهش استفاده گردید. سؤالاتی مانند «تجربه یا حس خودتان را در مورد زایمان طبیعی برای من بیان کنید»، «در مورد ارتباط خود با ماماها/مادران در اتاق زایمان توضیح دهید» و «به نظر شما چنین رابطه‌ای لازم است؟ چرا؟» به تدریج جهت روشن شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه پرسیده شد و بر اساس داده‌های ارائه شده توسط شرکت کنندگان، سؤالات پیگیری کننده و اکتشافی طرح گردید.

انجام شد. از تحلیل داده‌ها دو درون‌مایه تحت عناوین «ارتباط جوهره مراقبت مامایی و بازتاب ارتباط» پدیدار شد که در برگیرنده ماهیت و ابعاد ارتباط ماما- مادر بود. در زیر هر یک از این درون‌مایه‌ها همراه با طبقات مربوط توضیح داده شده‌اند (جدول ۲).

### ارتباط جوهره مراقبت مامایی

با توجه به موضوع، ماماها ارتباط با بیمار را به عنوان یک جنبه از مراقبت‌های مامایی در نظر گرفتند و نهایت تلاش خود را در این زمینه به انجام می‌دادند. همه ماماها معتقد بودند که ارتباط ماما- مادر از جنبه‌های مهم مامایی است و آن‌ها مادران در حال وضع حمل را به عنوان افرادی که نیاز به مراقبت و توجه دارند، پذیرفته بودند و حداکثر تلاش خود را برای پاسخگویی به نیازها و حمایت از آنان به عمل می‌آوردند. «هنگامی که زائویی در لیبر پذیرش می‌شود، من به او به عنوان فردی که نیازمند توجه است، نگاه می‌کنم» (ماما، ۴۲ ساله، ۲۱ سال سابقه کار).

### اتحاد درمانی (Therapeutic alliance): مشارکت

کنندگان ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان را به عنوان حمایت عاطفی و مشارکت فعال درک کردند که در طبقه اصلی اتحاد درمانی جای گرفت. آن‌ها بدین منظور از رویکرد ثابت و مشخصی استفاده نمی‌کردند. ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان پیچیده و متغیر است و مطابق با شرایط و زمان مواجهه می‌تواند در برگیرنده رویکردهای متفاوتی باشد. به نظر بیشتر مشارکت کنندگان، ماهیت این ارتباط از یک سو حمایت عاطفی بود (جدول ۲) با اتخاذ این رویکرد، ماما اولویت را به مادر و پیشتابانی از زائو می‌دهد و در آن صورت پیش گرفتن چنین رفتاری می‌تواند به تحمل بهتر درد، پیشرفت زایمان و کاهش استرس وی منجر گردد. مامایی اظهار کرد: «به نظر من در کنار مادر بودن و به وی دلداری دادن، مفهوم ارتباط است وقتی توضیح می‌دهیم از توضیحات ما خیلی آروم می‌شوند، وقتی تشویقشان می‌کنیم که خیلی خوبه داری پیشرفت می‌کنی، خیلی رویشان تأثیر می‌گذاره، می‌تونه کمک کنه تا استرس و جیغ کشیدن‌هاشون بهتر بشود» (ماما، ۲۶ ساله، ۱۶ ماه سابقه کار). مادری می‌گفت: «مهربان بودن

پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شد. سپس، واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسید و توسط کدها نام‌گذاری شد. کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی گردیدند (۱۶). برای اطمینان از درستی و موثق بودن (Trustworthiness) یافته‌ها، از روش‌های اعتبار (Credibility)، وابستگی (Dependability)، قابلیت انتقال (Transferability) و تأییدپذیری (Conformability) استفاده شد.

برای اطمینان به یافته‌ها سعی شد با صرف وقت کافی جهت جمع‌آوری و بررسی مکرر داده‌ها، استفاده از تنوع در نمونه‌گیری (انتخاب مشارکت کنندگان با ویژگی‌های متفاوت دموگرافیک)، بازخورد مصاحبه‌ها به مشارکت کنندگان و تأیید طبقات حاصل شده از متن مصاحبه توسط آنان، به داده‌ها اعتبار بیشتری داده شود. جهت دستیابی به استحکام، از روش وابستگی یافته‌ها استفاده شد؛ به طوری که مصاحبه‌های دست‌نویس شده جهت تحلیل و بازبینی به اعضای هیأت علمی آشنا به تحقیق کیفی ارایه شد تا از وابستگی محتوا و نتایج، اطمینان حاصل شود. قابلیت انتقال‌پذیری در شرایط مشابه به خوانندگان واگذار گردید. جهت تسهیل در روند رفت و برگشت، فهرست، دسته‌بندی، مقایسه مکرر داده‌های مختلف و بازبینی نقل قول‌ها در فرایند تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۱ مورد استفاده قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک (کد اخلاق ۲۰-۱۶۶-۹۳) جهت اجرای تحقیقات تأییدیه کسب گردید. هنگام مصاحبه، توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف تحقیق، محرمانه بودن مشخصات و اطلاعات، اجازه استفاده از ضبط صدا، عدم هرگونه اجبار یا تهدید جهت شرکت و اختیار انصراف در هر مرحله از تحقیق به هر یک از شرکت کنندگان واجد شرایط داده شد. مشارکت کنندگان جهت شرکت در تحقیق فرم رضایت آگاهانه را امضا نمودند.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر از نوع کیفی بود که با رویکرد تحلیل محتوا

نمود: «می‌خواهم چیزهایی که بهش می‌گویم گوش بده، کارهایی که برای پیشرفت زایمانش بهش می‌گویم، توجه کنه... این که موقع دردهایش نفس‌های عمیق بکشه، کارهایی که بهش می‌گویم انجام بده، به نظر من تنها چیزی که ماما می‌خواهد، برای این که هم خودش هم بچاهش سالم باشه» (ماما، ۳۰ ساله، ۵ سال سابقه کار). مادری اظهار نمود: «تلاش دو طرفه، دوتاشون با همدیگر تلاش کنند اگر مثلاً ماما کمک می‌کنه، مادرم هم باید سعی خودش را تمام بکنه، دردها را تحمل کنه تا بچاهش زودتر به دنیا بیاد، مادر هم باید تلاش خودش را بکنه، بیشتر هم باید بخواد» (مادر، ۳۵ ساله).

ماما و دلداری دادن به مادر... به مادر دلداری بده که زایمان خوبی داشته باشه، مهربان باشه، آدم را نا امید نکنه، بگویند خوب خانم ترسید، دیگه این همه آدم آمدند و رفتند، درد زایمان دیگه... تشویق کنه اگه یه کم دیگه تحمل کنی بچه‌ات به دنیا می‌آید» (مادر، ۲۶ ساله).

ماهیت استخراج شده دیگر، مشارکت فعال مادر در روند زایمان بود. اغلب شرکت کنندگان ارتباط را مشارکت فعال تعبیر کردند؛ چرا که بر این باور بودند که همکاری مادر و عمل به آموزش و توصیه‌های ماما، در برقراری ارتباط، تسهیل زایمان و سلامت مادر و فرزند نقش بسزایی دارد. مامایی بیان

جدول ۲. ابعاد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان

درون‌مایه	طبقات اصلی	زیر طبقات	کدهای استخراج شده
ارتباط جوهره مراقبت مامایی	اتحاد درمانی	حمایت عاطفی	پشتیبانی روحی و روانی دلداری رابطه دوستانه و صمیمانه مشارکت در روند زایمان تبعیت از دستورات ماما اعتماد به ماما در کنار مادر بودن درک شرایط و نیازهای مادر تأمین و حفظ سلامت مادر و نوزاد آموزش مراحل زایمان آموزش مراقبت از اپی‌زیاتومی آموزش نحوه شیردهی
	انتظارات	حضور مداوم ماما توجه به نیازهای جسمی آموزش و راهنمایی	خطاب کردن مادر با اسم کوچک لمس کردن آهنگ کلام ماما حالات چهره پیشرفت لیبر تسکین درد خاطره خوب تمایل به بارداری در آینده جلب اعتماد انتخاب آگاهانه روش زایمان کاهش استرس و ایجاد آرامش ایجاد ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد ارتباط با همسر پیشگیری از افسردگی توجه به تغذیه و مراقبت از نوزاد اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
بازتاب ارتباط	مزایای ارتباط	مهارت‌های ارتباطی ارتباط کلامی ارتباط غیر کلامی تسهیل زایمان تجربه مثبت	
		ارتقای سلامت روان	
		بهبود کیفیت زندگی	

می‌کشند به دانشون برسه. ماما واسه زایمان مادر نقش مهمی داره، کمکشان می‌کنه... برای سلامتی بچه هم داره، نوار قلب بگیره، فشار بگیره یه وقت واسه سلامتی بچه خطر نداشته باشه» (مادر، ۲۹ ساله).

نگرانی‌های مادران در مورد وضعیت سلامت خود و جنین‌شان، از جمله عوامل دیگری بود که منجر به برقراری ارتباط بین ماما و مادر شد. بسیاری از آنان مشتاق دریافت اطلاعات، آموزش و راهنمایی در مورد مراحل زایمان، مراقبت از اپیزاتومی و آموزش شیردهی بودند که می‌توانست در تحمل درد، کاهش ترس و نگرانی، وابستگی به ماما و مراقبت‌های بعد از زایمان، سودمند و تأثیرگذار باشد. تأثیر این آموزش‌ها به خصوص در مادرانی که کلاس‌های آمادگی زایمان را گذرانده بودند، به خوبی مشهود بود. مامایی اظهار کرد: «در صورتی یک مادر احتیاج داره که یه آگاهی کاملی از سیر لیرش داشته باشه، نتیجه این انقباضات چیه؟ مادرانی که آگاهی ندارن اکثراً نگران این هستند که ممکنه ما بمیریم، مادرانی که کلاس‌های آموزشی دوران بارداری را گذرانند، خیلی درد را راحت‌تر می‌توانند تحمل کنند. علاوه بر این، وابستگی‌شون به ماما کمتره» (ماما، ۳۶ ساله، ۹ سال سابقه کار). مادری در این باره گفت: «ماماها خودشون می‌گن چه کار کن، چه جوری شیرت بیاد. همه این‌ها را تو اتاق زایمان بهت می‌گن و راهنمایی مون می‌کنند. بعد زایمان همه این‌ها را می‌گن، بخیه‌هاتون را چه کار کنید که عفونت نداشته باشه، پارگی نداشته باشه» (مادر، ۲۶ ساله).

بیان کلامی و غیر کلامی نیازها از جانب مادران، منجر به برقراری ارتباط با ماما و سعی وی در حل مشکلاتشان می‌باشد. بیشتر مشارکت کنندگان بر این باور بودند که برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی مانند شرح روند لیر و زایمان، صحبت با لحن ملایم، دلداری دادن، با لبخند و روی خوش برخورد کردن، لمس و ماساژ و برقراری ارتباط چشمی، باعث ایجاد رابطه محبت‌آمیز، همکاری و آرامش مادر می‌شود. مامایی اظهار کرد: «یکی دیگه این که دوست دارند باهاشون صحبت کنی، مخصوصاً این که توضیح بدهی چه اتفاقاتی قراره براشون بیفته... وقتی توضیح می‌دهی، خیلی آرامش

انتظارات (درخواست‌ها): این طبقه مربوط به درخواست‌ها و نیازها و عامل اصلی تعیین کننده آن، مادر بود (جدول ۲). انتظارات و درخواست‌های مادران هنگام شروع فرایند لیر و ضرورت برآورده ساختن آن‌ها، از الزامات برقراری ارتباط بود. به بیان دیگر، نیاز مادران، عامل تسهیل کننده ارتباط ماما-مادر بود. تمام مشارکت کنندگان معتقد بودند که حضور مداوم ماما بر بالین مادر حین فرایند زایمان در نبود اعضای خانواده، یک نیاز روانی می‌باشد که تأمین کننده نیازهای عاطفی، کاهش درد و تسهیل زایمان، احساس آرامش، ایجاد حس اعتماد و علاقه بیشتر مادر به نوزاد می‌گردد. مادری بیان کرد: «به ماماها آموزش‌های لازم داده بشه که بدانند این مادر الان از لحاظ عاطفی بهشان نیاز داره. فقط این نباشد که ۲-۳ دقیقه نیابند فشاری یا نبضی بگیرند، در کنارش باشند. در آن لحظه مادر احساس تنهایی می‌کنه، هیچ حامی نداره، خانواده که کنارش نیستند، بالاخره این رابطه را ماما می‌تونه برقرار کنه... من اون لحظه‌ای که ماما کنارم بود، خیلی احساس آرامش داشتم، انتظار داشتم ماما هر لحظه کنارم باشه. من اگر یک ماما کنارم بود، درد را کمتر احساس می‌کردم. اگر ماما کنارم بود، احساس آرامش می‌کردم، موقع در آغوش گرفتن کودکم یه شیر آرامبخش تری بهش می‌دادم، احساس علاقه بیشتری بهش می‌کردم» (مادر، ۳۴ ساله). مامایی ابراز نمود: «از لحاظ روان‌شناسی خیلی نیاز دارند که یک نفر در کنارشان باشه... مادرها دوست دارند مدام یک ماما کنارشان باشه، بهشان آگاهی بده و حمایتشان بکنه. همش دوست دارند ما کنارشان باشیم، صدا می‌کنند خانم... بیا» (ماما، ۳۵ ساله، ۱۵ سال سابقه کار).

مادران انتظار داشتند که ماماها با درک شرایط و نیازها جسمی، به آن‌ها یاری رسانند و مشکلاتشان را بهتر حل کنند. توجه ماما به سلامتی مادر و جنین، با انجام مراقبت‌های به موقع مانند معاینات دقیق، کنترل صدای قلب، داشتن یک زایمان بدون عارضه با کمترین آسیب، از جمله انتظارات مورد تأکید اکثریت مشارکت کنندگان بود. مادری انتظارش را این‌گونه بیان کرد: «ماما باید به سلامتی مادر و بچه توجه کنه. حواسش به سلامتی باشه دیگه، وقتی جیغ و داد

دل زده نشه، به شما کمک می‌کنه که راحت زایمان کنید، بهش بگه چی کار کنه که درد کمتری بکشه و زودتر زایمان کنه» (مادر، ۲۷ ساله).

درک مراجع، اطمینان‌دهی، دادن فرصت بیان نگرانی و دغدغه، در ایجاد آرامش و کاهش افسردگی بعد از زایمان بی‌تاثیر نیست و در مجموع منجر به کسب تجربه مثبت مادران خواهد شد. مادری بیان کرد: «خوب وقتی که مادر بینه ماما با خوبی باهاش برخورد می‌کنه، با آرامش زایمان می‌کنه، اون مرحله زایمانش را به خوبی طی می‌کنه و یه خاطره خوبی از زایمانش داره». مادر دیگری اضافه کرد: «خوب آدم جرأت می‌کنه دفعه دیگه هم حمله بشود. خوب راحت‌ترم... یک احساس بهتری دارم از این که سرم داد بکشند بگه چرا نمی‌تونم، سعی خودت را بکن» (مادر، ۱۹ ساله). در رابطه با جلب اعتماد مددجویان، مامایی ابراز نمود: «وقتی ارتباط برقرار می‌شود، خود مددجو همکاریش خیلی خوب می‌شه، به ما اعتماد داره، شده وقتی چند تا شیفت عوض می‌شود، ماماها خودشان را معرفی می‌کنند، مریض می‌گوید اون مامای فلانی را می‌خواهم یا مریض‌ها دست ما را می‌گیرند، می‌گویند خواهش می‌کنم تو زایمان ما را بگیر. این نشان می‌ده که خیلی رابطه خوبی باهاشون برقرار کردیم» (ماما، ۳۵ ساله، ۹ سال سابقه کار).

از دیگر نتایج برقراری ارتباط، ارتقای سلامت روان بود. مشارکت کنندگان کاهش استرس و ایجاد آرامش را از پیامدهای برقراری ارتباط و اعتماد به ماما برشمردند. مامایی اظهار داشت: «وقتی ماما با مادر ارتباط داشته باشه، باعث می‌شه که مادر آرامش داشته و یک زایمان خیلی خوبی داشته باشه؛ چرا که از لحاظ روحی- روانی خیلی رویش تأثیر می‌گذاره» (ماما، ۴۲ ساله، ۱۸ سال سابقه کار). مادری هم اضافه نمود: «خوب اگر برخوردشان خوب باشه، استرس محیط زایمان کاهش پیدا می‌کنه. اگر بخوان برخورد بدی داشته باشند، استرسی که محیط زایمان هم اضافه بشود، خوب دیگه مسلماً استرس مادر هم بالا می‌رود» (مادر، ۲۸ ساله).

برقراری ارتباط کلامی و صحبت با مددجو از نوزادی که

می‌گیرند؛ مثلاً توضیح بدی تو این مرحله زود پیشرفت می‌کنی و خودت باید کمک کنی، خیلی بهتر همکاری می‌کنند» (ماما، ۲۴ ساله، ۱ سال سابقه کار). مامای دیگری هم بیان نمود: «مادری که با درد زایمان به لیبر مراجعه می‌کنه، احساسی که خیلی درش دیده می‌شه، ترسه و به همین دلیل در اولین برخوردی که با ماما پیدا می‌کنه، ماما باید با یک لبخند، با یک روی خوش باهاش روبه‌رو بشه، کارهایی که توی بخش واسه‌اش انجام می‌شه را توضیح بده، بتونه اعتمادش را جلب کنه تا آن ترس و اضطراب ناشی از محیط جدیدی که بهش وارد شده از بین بره و بتواند با هم یک ارتباط صمیمی برقرار کنند» (ماما، ۳۵ ساله، ۹ سال سابقه کار). مادری گفت: «وقتی دردهایم شدید می‌شد، می‌آمدند دستم را می‌گرفتند و باهام با ملایمت حرف می‌زدند. حس می‌کردم دیگه درد ندارم، خیلی آرامش پیدا می‌کردم. یکی‌شان می‌آمد پیشم، وقتی درد داشتم شکمم را ماساژ می‌داد» (مادر، ۲۶ ساله).

### بازتاب ارتباط

یک امر غیر قابل اجتناب در نتیجه برقراری ارتباط ماما- مادر، دستیابی به پیامدهای مثبت لیبر و زایمان و در نهایت تأمین حفظ و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌باشد.

مزایای ارتباط (پیامدها): با توجه به داده‌ها، زیرطبقات تسهیل زایمان، تجربه مثبت، ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی از این طبقه استخراج شد (جدول ۲). در این رابطه، بیشترین نقل قول در صحبت‌های مشارکت کنندگان، پیشرفت لیبر و تسکین درد زایمان بود. مامایی در این زمینه اظهار نمود: «هرچی این رابطه قوی‌تره، یک چیز غیر قابل انکاریه... مطمئناً ارتباط ماما- مادر توی روند زایمان تأثیر می‌گذاره در نهایت توی زایمانش... آرامشی که ماما به مادر می‌ده، توی سیر پیشرفت لیبرش خیلی تأثیر داره. مادر وقتی می‌بینه که یکی هست که درکش می‌کنه، با آرامشی که می‌گیرند هم دردهاشون قابل تحمل‌تره، هم روی دیلاتاسیون، افاسمان و به خصوص دیلاتاسیون تأثیر داره» (ماما، ۲۹ ساله، ۵ سال سابقه کار). مادری اظهار نمود: «وقتی برامون توضیح بدهند، اخلاقشون خوب باشه که حداقل آدم



اپی‌زیاتومی، نتیجه برقراری ارتباط ماما با مددجویان بود. مادری گفت: «البته شاید یکی هیچی از بچه‌داری ندونه، اطلاعاتش صفر باشه، چه جوری بچه را بزرگش کنه، چه جوری پوشکش کنه، چه جوری دارو و درمانش کنه، مثلاً یکی هم که بزرگتر تو خونه‌اش نباشه، چه جوری بهداشت بخیه‌هایش را رعایت کنه، ماما اطلاعاتی را که داره بهش می‌رسونه» (مادر، ۲۸ ساله). مامایی ابراز کرد: «آموزشی که ما به مادر می‌دهیم، مسلماً تأثیر داشته و توی ذهنش هم می‌مونه، حتی اگر به درمانگاه بره و یکی چیز دیگه‌ای بگن بهش، می‌پرسه خانم فلانی این راکفته، شما این را می‌گویی؟ یعنی آموزشی که ماما می‌ده، بر روی مراقبت مادر از نوزادش اثر می‌گذاره... اگر بچه‌ات زرد شه، اگه نبری دکتر عقب مانده می‌شه، گوش می‌کنه» (ماما، ۳۶ ساله، ۱۵ سال سابقه کار).

### بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین مفهوم (ماهیت) و ابعاد ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان با توجه به تجارب واقعی افراد اصلی این تعامل بود تا بتوان به دانشی غنی با توجه به بستر کشور خودمان دست یافت. با تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی مفهوم‌پردازی و انتزاع گردید که شامل «ارتباط جوهره مراقبت مامایی و بازتاب ارتباط» بود. ماماها نگرش مثبتی به ارتباط ماما- مادر داشتند و معتقد بودند که ارتباط بخش مهمی از وظایف آنان است. مفهوم ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان، به عنوان اتحاد درمانی متشکل از دو زیرطبقه «حمایت عاطفی و مشارکت فعال» تعبیر گردید. ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان به معنی توانمندی ماما در برقراری ارتباط مؤثر با مادر در جهت حمایت عاطفی و کمک به وی در مشارکت فعال در راستای تسهیل روند زایمان، تأمین، حفظ سلامت وی و نوزادش می‌باشد. Doherty اعتقاد دارد که اتحاد درمانی توانایی قابل مشاهده، درمانگر و بیمار است که در یک رابطه مشترک واقع‌بینانه بر اساس احترام متقابل، تمایل، اعتماد و تعهد به کار درمان، با هم کار می‌کنند (۲۴). در مورد این مسأله که کار درمانی بدون اتحاد درمانی مراقب و مراجع نمی‌تواند سازنده باشد، اتفاق نظر وجود دارد و

ظرف ساعات آینده پا به عرصه وجود خواهد گذاشت، منجر به ایجاد وابستگی عاطفی، عشق و علاقه بین مادر و نوزاد و برقراری ارتباط بهتر با همسر می‌شود. مامایی بیان کرد: «وقتی شما از تولد بچه برایش می‌گویی تو مادری باید تحملت بیشتر باشه، الان بچه‌ات به دنیا می‌آید، دیگه الان یک نفر نیستی، دو نفری... این‌ها را برایش توضیح می‌دهی، حمایتش می‌کنی، خیلی بیشتر بهت توجه می‌کنند، همان لحظه اول که بچه را می‌بری پیششان می‌بینند، خیلی‌هاشون واکنش نشان می‌دهند؛ مثلاً وقتی می‌گویی چه کوچولوی خوشگلی، چه موهای قشنگی، خودشان خیلی بیشتر توجه می‌کنند، علاقه بیشتری نشان می‌دهند» (ماما، ۲۹ ساله، ۵ سال سابقه کار).

مادری هم اضافه کرد: «گر باهات مهربان باشند، همدردی کنند، آره دیگه عصبی نمی‌شوی، به بچه تشر نمی‌روی، با شوهرت خوب رفتار می‌کنی» (مادر، ۲۶ ساله). اطمینان‌دهی، درک مادر و دادن فرصت بیان نگرانی و دغدغه، در ایجاد آرامش و کاهش افسردگی بعد از زایمان بی‌تأثیر نیست. مامایی در این باره گفت: «اون اطمینانی که ماما به مادر می‌ده، وقتی مادر می‌بینه که یکی هست که می‌تونه حرف‌هایش را بهش بزنه و اون هم درکش کنه، روی آرامش مادر خیلی تأثیر داره... در مراقبت مادر هم وقتی آرامش داشته باشه، افسردگی بعد از زایمانش کمتر می‌شه، وقتی افسردگی‌اش کمتر باشه می‌تونه با نوزادش بهتر ارتباط برقرار کنه» (ماما، ۳۷ ساله، ۱۲ سال سابقه کار). مادری هم اظهار نمود: «مادری که از زایمانش راضی نباشه، اون رفتار و گفتار پرسنل همیشه تو ذهنش هست، رویش تأثیر می‌گذاره، مادری که ذهنش درگیر باشه، عصبی و افسرده باشه، اگه افسردگی بعد از زایمان هم بگیره خب نمی‌تونه به بچه‌اش هم رسیدگی کنه» (مادر، ۲۴ ساله). آخرین پیامد برقراری ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان، بهبود کیفیت زندگی و اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بود. کسب دانش و آگاهی در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مادر و نوزاد به خصوص در مواقع دوری از خانواده، اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مانند پیشگیری از عفونت ژنیتالیا و ناحیه

هر دوی آن‌ها می‌توانند در تسهیل یا تضعیف این اتحاد نقش داشته باشند (۲۵).

در طول لیبر مادران به حمایت عاطفی و پشتیبانی روحی- روانی مانند نوازش کردن و دلداری نیاز دارند تا بتوانند با تغییرات خود را وقف دهند و اطمینان حاصل کنند که همه چیز به خوبی پیش خواهد رفت. حمایت هنگام زایمان، عامل مهم و مثبتی از تجربه زایمان است. زنان حین زایمان به حمایت نیاز دارند و این حمایت می‌تواند از طرف نزدیکان یا بستگانشان که در لیبر حضور دارند و یا از طرف مراقبان زن که ماماها، پزشکان و پرستاران می‌باشند، ارایه شود (۲۶). Waldenstrom و همکاران گزارش نمودند، آنچه که زنان بعد از تولد فرزند خود به خاطر می‌آورند، حمایت عاطفی است که از جانب ماما دریافت می‌کنند (۲۷) که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. میرمولایی و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که زنان در زمان زایمان، نیاز فراوانی به کسب اطلاعات، همراهی شدن، حمایت عاطفی و مراقبت جسمانی دارند (۲۸). بیشتر زنان انتظار دارند که طی زایمان از طرف ماما مورد حمایت همه جانبه، به ویژه حمایت عاطفی قرار گیرند و این حمایت تأثیر مثبتی بر نتایج زایمان خواهد داشت (۲۹). چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این حمایت‌ها جزء نیازهای اساسی و اولیه همه زنان در طول لیبر می‌باشد که باید به بهترین وجه برآورده گردد.

مشارکت فعال مادر و تحمل درد زایمان و اعتماد و تبعیت از دستورات ماما، مفهوم دیگر برقراری ارتباط و عامل مهمی در عمل به آموزش‌ها و توصیه‌های ماما بود که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، نقش بسزایی در ایجاد ارتباط، پیشرفت لیبر و زایمان داشت. Berg و Lundgren اظهار نمودند که به اشتراک گذاشتن مسؤلیت بین ماما و مادر و مشارکت مادران، ممکن است به عنوان یک ویژگی منحصر به فرد درک شود؛ چرا که با دیگر ملاقات‌ها و رویارویی‌ها در مراقبت متفاوت می‌باشد. در بستر علم مراقبت، ارتباط به عنوان مسؤلیت اصلی مراقب توصیف شده است؛ در حالی که آنان معتقد هستند که مسؤلیت تنها تعهد ماماها نیست و زنان نیز باید سهم خود را به جا آورند و با درد زایمان مواجه شوند

(۲۲). زمانی که تداوم در ارتباط وجود دارد، زنان به تخصص و توصیه‌های ماما اعتماد می‌کنند (۱۶). محققان در پژوهش‌های مختلف دریافته‌اند، در جایی که ارتباط توأم با اعتماد بین مادر و ماما برقرار می‌شود، زنانی که تجارب منفی از زایمان قبلی خود دارند، بهتر برای زایمان آماده می‌شوند. اعتماد در این ارتباط برای جنبه عاطفی زایمان مهم است (۳۰). با انجام برنامه‌ریزی‌ها و فراهم کردن زمینه و امکانات مناسب به منظور تشکیل کلاس‌های آمادگی برای زایمان و شرکت هرچه بیشتر مادران در این کلاس‌ها، می‌توان آنان را بیش از پیش جهت مشارکت فعال در روند زایمان، تحمل درد زایمان، ارتباط و اعتماد به ماما آماده نمود.

انتظارات و درخواست‌های مادران هنگام شروع فرایند لیبر و ضرورت برآورده ساختن آن‌ها، بر الزام برقراری ارتباط تأکید دارند. به عقیده Sengane، به نظر می‌رسد که همه مادران در طی لیبر انتظاراتی داشته باشند، اما این انتظارات با یکدیگر متفاوت است. انتظارات یک زن برخاسته از شرایط اجتماعی وی از جمله آموزش‌های کسب شده دوران بارداری، تجربه تولد و نفوذ اشکال قدرت مانند پزشک می‌باشد. سایر منابع آموزشی شامل داستان‌های نقل شده از جانب بستگان و دوستان، فیلم‌ها، برنامه‌های تلویزیون، کتاب‌ها و مجلات است. مادر انتظار دارد اطلاعاتی که مرتبط با باورهایش دریافت کرده است، هنگام زایمان تحقق پیدا کند (۳۱). این آگاهی در حال رشد وجود دارد که نه تنها باورها، افکار، نگرش، انتظارات و ادراک زن، بر روی احساسات و رفتار وی اثرگذار است، بلکه بر روی واقعیتی که تجربه می‌کند نیز بی‌تأثیر نیست (۳۲). بنابراین، ماماها باید بر اساس یک ارتباط خوب و تعامل دوطرفه، در خلق رابطه‌ای توأم با اعتماد متقابل و جوی که در آن مادران بتوانند انتظارات، امیال، ترس‌ها و اضطراب خود را به مباحثه بگذارند، تلاش کنند (۳۱).

حضور مداوم ماما (بودن با مراجع)، عامل کلیدی و مهمی در برقراری ارتباط است. Lundgren و همکاران بر این باورند که نقش ماما به عنوان یک همراه و همدم، پایه و اساس مراقبت‌های مامایی است. کلمه ماما از انگلیسی قدیم به معنای «با زن (Being with the women)» مشتق شده

فیزیکی و روحی- روانی وی منجر شود، متناسب بودن نسبت ماما به زائو در اتاق زایمان می‌باشد. این مهم میسر نمی‌شود، مگر به همت مسئولان و برنامه‌ریزان حوزه مامایی.

مشارکت کنندگان بر این باور بودند که برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی مانند توضیح روند لیبر و زایمان، صحبت با لحن ملایم، لمس و ماساژ، با لبخند و روی خوش برخورد کردن و برقراری ارتباط چشمی، باعث ایجاد یک رابطه محبت‌آمیز، همکاری و آرامش مادر می‌شود. Sengane در مطالعه خود به این نکته پی برد که یکی از مهم‌ترین جنبه‌های مراقبت مامایی، حضور مداوم در کنار مادر، داشتن مهارت‌های ارتباطی بین فردی و برقراری ارتباط مؤثر با مراجع می‌باشد (۳۱). شنونده فعال بودن، ارائه اطلاعات و توصیه‌های قابل فهم و انطباق رابطه خود با نیازهای مادر، از جمله مهم‌ترین عوامل تعیین کننده صلاحیت بین فردی ماماها می‌باشد (۳۷). به عقیده Adams و Bianchi، لمس کردن، تأکیدی بر نگرش مراقبتی و تشویق به راحتی مراجع است. لمس دست‌ها و ماساژ پشت ممکن است از نظر بعضی قابل قبول و از نظر عده‌ای غیر قابل قبول باشد، اما ماما باید هنگام لمس مادر در لیبر، فاصله فردی و زمینه فرهنگی وی را در نظر بگیرد. گرفتن دست، نوازش کردن موها و اعمالی مشابه آن، منتقل کننده حس مراقبت، راحتی و تأیید در زمان آسیب‌پذیری مادر است. آنان بر این انتظار مادران صحنه گذاشتند؛ به این مفهوم که ماساژ به عنوان شکلی از تماس، با شل کردن عضلات و افزایش جریان خون، ترشح آندروفین را تقویت می‌کند و موجب تقویت آرامش و به دنبال آن کاهش درد می‌شود (۳۸). با توجه به مفهوم و ابعاد این ارتباط، بدون حصول پیش‌نیاز در سازمانی که مراقبت ارائه می‌شود، برآورده کردن نیازهای مادران و برقراری ارتباط توسط ماماها غیر ممکن است. اگر هدف از انجام مراقبت‌های بهداشتی، دستیابی به حداکثر سلامتی مادر و کودک باشد، این ابعاد و نیازهای فردی و زمینه‌سازی برقراری ارتباط ماما-مادر باید در برنامه‌ریزی و سیاست‌های سازمانی گنجانده شود.

تسهیل زایمان، تجربه مثبت، ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی، از جمله زیرطیقات مستخرج از طبقه

است (۳۳). نتایج مطالعه مشابه دیگری نشان داد که مادران انتظار دارند ماما یا پزشک در سراسر فرایند لیبر در کنارشان حضور داشته باشد و به جا آوردن این خواسته در بعضی از محیط‌ها عملی می‌باشد، اما واقعیت آن است که سایر مسئولیت‌های پزشک و یا ماما، مانع حضور مداوم می‌شود (۳۴). وقتی ماما حاضر و نزدیک به زن است، کمک می‌کند تا وی به بدن و توانایی‌های خود اعتماد کند و آن‌ها را به رسمیت شناخته، با ناشناخته‌ها مواجه شود و سیگنال‌هایی (درد) که از بدنش دریافت می‌کند را تفسیر نماید و با درد کنار بیاید. متون بسیاری بر حضور مداوم ماما بر بالین مادر تأکید کرده‌اند (۳۲، ۳۱، ۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. از جمله انتظار دیگر مادران، درک شرایط و نیازهای جسمی آن‌ها می‌باشد تا ماماها بتوانند به موقع آنان را یاری کنند و مشکلاتشان را حل نمایند.

نتایج مطالعه Carolan و Hodnett نشان داد، ارتباط مداوم به ماما این اجازه را می‌دهد تا نیازهای همه جانبه مادر را برآورده کند و منجر به ارتقای سلامت و پتانسیل رشد مادر، همسر و در نتیجه، ارتقای توانمندی تمام اعضای خانواده گردد (۳۵). آموزش و راهنمایی مراحل زایمان، مراقبت از ایپی‌زیاتومی و آموزش شیردهی به عنوان نیازهای مطرح شده از جانب مددجویان بود که در تحمل بهتر دردها، کاهش ترس، نگرانی و استقلال در انجام مراقبت‌های بعد از زایمان، سودمند و تأثیرگذار می‌باشد. Rowe و همکاران در پژوهش خود بیان نمودند که مادران در بدو ورود، به ارائه اطلاعات در مورد مراحل لیبر و زایمان نیاز دارند. ارائه اطلاعات روشن، شفاف و در دسترس به زنان مهم است و اولین قدم برای برقراری یک ارتباط خوب محسوب می‌شود. همچنین، زنان به اهمیت گوش دادن و پاسخ به نیازهای فردی نیز تأکید داشتند (۶). ارائه اطلاعات صحیح و مناسب به مادران در طی لیبر و زایمان، باعث می‌شود که آن‌ها منشأ درد را به خوبی بشناسند و به زایمان به عنوان یک تجربه غیر تهدید کننده زندگی بنگرند و برای پیشبرد آن همکاری و تلاش نمایند (۳۶، ۶). به نظر می‌رسد، از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند به حضور مداوم ماما در کنار مادر و در نتیجه، مرتفع ساختن نیازهای

نقش حیاتی دارد (۴۴). مطالعات دیگری نیز به این نتیجه رسیده‌اند که برقراری ارتباط، در کسب تجربه مثبت تولد نقش بسزایی ایفا می‌کند (۴۳، ۴۵، ۴۶).

به عقیده برخی از شرکت کنندگان، سلامت روان از دیگر تبعات مثبت برقراری ارتباط بود. در پژوهش Rossiter، سلامت روان مادران طبقه فرعی استخراج شده از مضمون اصلی عناصر روانی (Psychological elements) بود که نشان داد یکی از جنبه‌های مهم این ارتباط، افزایش سلامت روان می‌باشد. مادران از افزایش اعتماد به نفس، مسؤلیت‌پذیری، خودارزشی، احساس قدرت و قدردانی از خود به موازات کاهش استرس‌شان صحبت می‌کردند. آنان اظهار نمودند که اعتماد به نفس‌شان در مورد مراقبت‌های پره‌ناتال، نرمال بودن فرایند تولد، تجارب بعد از زایمان و نقش والدی افزایش یافته است. همچنین، از ارتباط با ماماها احساس قدرت کردند و بیان نمودند از زمانی که صرف این ارتباط شده است، درس زندگی آموخته‌اند (۱۲) که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. این نتایج در تأیید پژوهش‌های قبلی بود که نشان دادند، برقراری ارتباط و داشتن مهارت‌های ارتباطی، حمایت عاطفی و بودن با مراجع، از جمله مهم‌ترین جنبه‌های ارایه مراقبت‌های مامایی می‌باشد و تأثیر مثبتی در برقراری رابطه عاطفی با نوزاد و همسر دارد (۳۱، ۴۴).

حسن زهرایی بر این باور است که ماما به واسطه نقش‌های مراقبتی، آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی خویش، از فرصت‌های بی‌مانندی در جهت پیشگیری از عوارض روحی و ارتقای بهداشت روانی مادر، کودک و خانواده بهره‌مند است. تحقیقات نشان داده‌اند که ماماها می‌توانند تأمین‌کننده بهداشت و سلامت تمام افراد خانواده باشند. خانواده‌هایی را که نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر هستند، به موقع تشخیص دهند و درصدد پیشگیری مناسب برآیند (۴۷). آخرین پیامد برقراری ارتباط ماما- مادر در اتاق زایمان، بهبود کیفیت زندگی و اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بود. کسب دانش و آگاهی در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مادر و نوزاد، به خصوص در مواقع دوری از خانواده، اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مانند پیشگیری از عفونت ژنیتالیا و ناحیه

اصلی مزایای برقراری ارتباط ماما- مادر بود. نتایج پژوهش Pascali-Bonaro و Kroeger نشان داد که حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان، منجر به تخفیف شدت درد، کوتاه شدن لیبر، تسهیل زایمان و کسب تجربه مثبت می‌گردد. همچنین، میزان نیاز به تسکین دارویی در گروه حمایت شده ۲۸ درصد کمتر از گروه شاهد بود (۳۹). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که برقراری ارتباط مؤثر و حمایت مداوم ماما از مادر، دارای فواید فراوان فیزیولوژیک و روان‌شناختی است و به علت کاستن از شدت درد، دریافت داروهای ضد درد به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد و باعث بهبود نتایج بارداری و زایمان می‌گردد (۴۳-۴۰). Dahlberg و Aune در پژوهش خود گزارش نمودند که ایجاد رابطه صمیمانه، جلب اعتماد و حمایت مؤثر و مداوم در طی لیبر و زایمان، چرخه ترس- استرس- درد را خاموش می‌نماید و با کاهش ترس و نگرانی و ایجاد آرامش، ترشح کاتکول آمین‌ها نیز کاهش می‌یابد. در نتیجه، از شدت درد کاسته می‌شود و با بهبود قدرت انقباضی رحم، طول مدت لیبر و زایمان کاهش پیدا می‌کند و منجر به تسریع و پیشبرد زایمان فیزیولوژیک می‌گردد (۴۱).

از جمله تکنیک‌هایی که می‌تواند به کسب تجربه مثبت مادر از زایمانش کمک کند، استفاده از ارتباط مناسب با آن‌ها می‌باشد. تداوم رابطه، یکی از مفاهیم کلیدی در زمینه تجربه مثبت و لذت‌بخش از تولد است و به ماما فرصت ارایه مراقبت‌های جامع را می‌دهد. تجربه مثبت زنان از ارتباط مداوم حین بارداری، زایمان و بعد از زایمان، ناشی از ویژگی مشترک دو عامل است؛ عوامل آشکار در مراقبت مامایی همچون پیامدها و تکنولوژی و عوامل پنهانی برقراری ارتباط مؤثر بکه در برگزیده موارد فوق می‌باشد (۴۳). ارتباط مداوم و کیفیت آن، کلید اصلی تجربه مثبت تولد است و مهارت‌های ارتباطی بین فردی ماما، منجر به تقویت احتمال مشارکت و بهبود کیفیت این ارتباط می‌شود. کیفیت خدمات مامایی از جنبه‌های اساسی تجربه زن از زایمان است. Dahlberg و Aune بیان نمودند که مراقبت در خدمات مامایی، بهترین راه داشتن تجربه مثبت از زایمان برای مادران می‌باشد و حضور ماما، مهارت‌های ارتباطی، دانش و درک وی در این زمینه

رخ می‌دهد که در آن تعاملات دیگر، هر دوی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نتایج باید در چشم‌انداز وسیع‌تری دیده شود و در این زمینه به مطالعات بیشتری نیاز است.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با کشف مفهوم واقعی ارتباط ماما-مادر، درک بهتر و شواهد مستندی را از معنی و ابعاد این پدیده فراتر از معانی رایج فراهم نمود. نتایج ممکن است از بعضی جهات به سمت ایجاد یک بدنه نوشته شده دانش مامایی پیش رفته باشد و می‌تواند ماماها را در ارایه مراقبت با کیفیت جامع به مادران یاری نماید و با برآورده ساختن انتظارات مادران و پاسخگویی به نیازهای آنان، زمینه را برای ایجاد و تقویت پیامدهای مثبت لیبر و زایمان طبیعی فراهم کند. با توجه به این که تحقیقات کیفی به دنبال ایجاد یک دانش بنیادی در یک بافت خاص است، بنابراین انجام پژوهش‌های آینده برای آزمون فرضیه‌های به وجود آمده در این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های مذکور می‌تواند کاربرد بالقوه برای آموزش، پژوهش و عمل در حوزه مامایی داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته بهداشت باروری، مصوب جلسه شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۹ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه با کد SBMU2.REC 1394.69 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به جهت حمایت مالی طرح، همکاری بی‌شائبه مدیران و مسؤولان دفتر پرستاری، ماماها و مادران بستری در بیمارستان طالقانی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک) که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

اپی‌زیاتومی، از جمله نتایج برقراری ارتباط، به عقیده برخی از مشارکت‌کنندگان بود.

نتایج مطالعه مشابهی نشان داد که حمایت از طرف کارکنان، تأثیر مثبتی بر بهبود کیفیت زندگی دارد. حمایت طی لیبر، سبب افزایش موفقیت در شیردهی از پستان و ارتباط مثبت و قوی بین مادر و نوزاد می‌شود و نیاز به مداخله را کاهش می‌دهد. این حمایت شامل حضور مداوم، برقراری ارتباط و تشویق بیمار بود (۲۶). پژوهش‌هایی که به درخواست NHS (National Health System) انجام شده بود، نشان داده‌اند که کیفیت تعامل و برقراری ارتباط، بر جنبه‌های مختلفی همچون میزان درک و آگاهی، تبعیت از درمان، رضایتمندی، کیفیت زندگی، وضعیت روحی-روانی و سایر پیامدهای سلامتی بیماران اثرگذار است (۶). با توجه به تأثیرات سودمند ارتباط در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و نوزادان، برنامه‌ریزی و انجام مداخلات مؤثر در جهت تقویت مهارت‌های ارتباطی ماماها، باید در اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. با توجه به این موضوع که در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، در حین دوره‌های تحصیلی دانشجویان به خصوص در رشته‌های بالینی، مباحث مهارت‌های ارتباطی تدریس نمی‌شود، نداشتن توانمندی و انگیزه کافی می‌تواند در این زمینه قابل توجه باشد. از این‌رو، گنجانیدن واحد درسی مهارت‌های ارتباطی در برنامه درسی دانشجویان رشته مامایی، برگزاری دوره‌های آموزشی ضمن ورود و در حین خدمت در ایجاد توانمندی و انگیزه‌های مناسب، در این زمینه می‌تواند راهگشا باشد.

با توجه به ماهیت کیفی بودن مطالعه، عرصه تحت مطالعه محدود به اتاق زایمان و بیمارستان دولتی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سایر مراکز بهداشتی-درمانی در تحقیقات آینده، از نظر تجربه ارتباطی ماما-مادران مورد کاوش قرار گیرند. همان‌طور که تعامل زن با ماما در جهانی

### References

1. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. Iran J Med Ethics Hist Med 2009; 2(3): 9-16. [In Persian].
2. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5(4): 36-50. [In Persian].

3. Brown LD, de Negri B, Hernandez O, Dominguez L, Sanchack JH, Roter D. An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(6): 495-501.
4. Aghabarary M, Mohammadi E, Varvani-Farahani A. Barriers to application of communicative skills by nurses in nurse-patient interaction: nurses and patients' perspective. *Iran J Nurs* 2009; 22(6): 19-31. [In Persian].
5. Healthy People 2010 (Group). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Washington, D.C: United States Government Publishing Office; 2000.
6. Rowe RE, Garcia J, Macfarlane AJ, Davidson LL. Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review. *Health Expect* 2002; 5(1): 63-83.
7. Alimoradi Z, Taghizadeh Z, Rezaypour A, Mehran A. Evaluation of midwives' communication skills. *African Journal of Midwifery and Women's Health* 2013; 7(1): 19-24.
8. Vincent P. *Baby catcher: Chronicles of a modern midwife*. New York, NY: Simon & Schuster; 2002.
9. Nicholls L, Webb C. What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *J Adv Nurs* 2006; 56(4): 414-29.
10. Thachuk A. Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: a relational approach. *Feminism Psychology* 2007; 17(1): 39-56.
11. Sharpe MJD. *Intimate business: woman-midwife relationships in Ontario, Canada* [PhD Thesis]. Ontario, Canada: University of Toronto; 2004.
12. Rossiter L. *The development of a Midwife-Mother Relationship Questionnaire (MMRQ)*. Saskatchewan, Canada: University of Regina; 2008.
13. Parratt J, Fahy K. Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Aust J Midwifery* 2003; 16(1): 15-22.
14. Lundgren I, Dahlberg K. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 2002; 18(2): 155-64.
15. Biro MA, Waldenstrom U, Pannifex JH. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth* 2000; 27(3): 168-73.
16. Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Women's Health* 2010; 55(3): 234-42.
17. Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 2001; 43(1): 61-71.
18. Khadivzadeh T, Katebi MS, Sepehri Shamloo Z, Esmaily H. Assessment of midwives' communication skills at the maternity wards of teaching hospitals in Mashhad in 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2015; 3(3): 394-400.
19. Taghizadeh Z, Rezaiepour A, Mehran A, Alimoradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' satisfaction. *Hayat* 2006; 12(4): 47-56. [In Persian].
20. Pakgohar M, Rahimikian F, Mehran A, Mohammadi T. Quality assessment of family planning counseling in health and treatment centers, affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Hayat* 2002; 8(1-2): 62-71. [In Persian].
21. Moshrefi M. *Assess the performance of midwives in providing family planning services at health centers of Tehran University of Medical Sciences* [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 1996. [In Persian].
22. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(2): 220-8.
23. Newman I, Lim J, Pineda F. Content validity using a mixed methods approach: its application and development through the use of a table of specifications methodology. *Journal of Mixed Methods Research* 2013; 7(3): 243-60.
24. Doherty ME. Therapeutic alliance: a concept for the childbearing season. *J Perinat Educ* 2009; 18(3): 39-47.
25. Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39(4): 397-402.
26. Askari F, Atarodi A, Torabi S, Delshad Noghabi A, Sadegh Moghadam L, Rahmani R. Women's labor experience: a phenomenological study. *Ofoogh-e-Danesh* 2010; 15(4): 39-46. [In Persian].
27. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004; 31(1): 17-27.

28. Mirmawlai T, Mehran A, Rahimi Gasabeh S. Mother's opinions concerning the importance of and their satisfaction with support received in the labor and delivery rooms. *Hayat* 2003; 9(2-1): 41-8. [In Persian].
29. Moslemabadi Farahani SH, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery. *Iran J Nurs* 2005; 18(43): 71-82. [In Persian].
30. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag* 2010; 18(4): 391-9.
31. Sengane M. Mothers' expectations of midwives' care during labour in a public hospital in Gauteng. *Curationis* 2013; 36(1): E1-E9.
32. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* 2005; 21(1): 23-35.
33. Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context - a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2009; 4(2): 115-28.
34. Green J, Amis D, Hotelling B. Care practice #3: Continuous labor support. *J Perinat Educ* 2007; 16(3): 25-8.
35. Carolan M, Hodnett E. 'With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nurs Inq* 2007; 14(2): 140-52.
36. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature): S16-S24.
37. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci* 2011; 25(4): 806-17.
38. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(1): 106-15.
39. Pascali-Bonaro D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(4 Suppl 1): 19-27.
40. Hunter LP. Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(6): 650-7.
41. Ahmadi Z. Evaluation of the effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 9(4): 293-304. [In Persian].
42. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth [Online]. [cited 2013 Jul 15]; Available from: URL: [http://www.cochrane.org/CD003766/PREG\\_continuous-support-for-women-during-childbirth](http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth)
43. Hunter LP. A descriptive study of "being with woman" during labor and birth. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54(2): 111-8.
44. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013; 29(4): 407-15.
45. Hunter B. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 2006; 22(4): 308-22.
46. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; 25(2): e1-e9.
47. Hassan Zahraee R, Fahami F, Yazdani M, Ahmadi Z, Bashardoost N. Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 7(1): 19-24. [In Persian].

## Explanation of the Concept of Midwife-Mother Relationship in Delivery Rooms: A Qualitative Content Analysis

Mahtab Attarha<sup>1</sup>, Zohreh Keshavarz<sup>2</sup>, Maryam Bakhtiari<sup>3</sup>, Mehri Jamilian<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The relationship that develops between the midwife and women is at the core of human care. However, there is a lack of knowledge about the communication features of midwives and mothers in various situations and settings. Thus, their experience in the delivery room can be the basis for the body of knowledge in their profession and provide a clear and comprehensive concept of their relationship based on the prevailing sociocultural context.

**Method:** The present qualitative content analysis was conducted on 32 participants who were selected through purposive sampling. The participants consisted of 16 midwives and 16 mothers hospitalized in the postpartum ward of a hospital affiliated to Arak University of Medical Sciences in 2013. Data were gathered through unstructured and semi-structured interviews. Interviews were transcribed verbatim and analyzed using the conventional content analysis approach. Sampling ceased when data saturation was achieved.

**Results:** The data analysis revealed 2 themes that encompassed the midwife-mother relationship. The 2 themes were communication as the essence of midwifery care and reflection of communication. Each theme consisted of classifications and main codes.

**Conclusion:** According to the results, the concept of the midwife-mother relationship in the delivery room was identified as therapeutic alliance. The findings enhanced understanding of the meaning and dimensions of the midwife-mother relationship beyond the traditional meaning. This study offers evidence of the essence of this relationship and may go some way towards the creation of a written body of midwifery knowledge. The results can assist midwives in providing holistic and high quality care to mothers during labour, and thus, provide positive outcomes in normal child birth.

**Keywords:** Midwife-mother relationship, Qualitative content analysis, Delivery room, Concept.

**Citation:** Attarha M, Keshavarz Z, Bakhtiari M, Jamilian M. **Explanation of the Concept of Midwife-Mother Relationship in Delivery Rooms: A Qualitative Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(1): 1-16.

Received date: 26.12.2015

Accept date: 15.3.2016

1- PhD Candidate, Students Research Committee, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Gynecology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

**Corresponding Author:** Zohreh Keshavarz, Email: z.keshavarz@sbmu.ac.ir