

تبیین علل عدم دریافت واکسن کووید-۱۹ در بارداری: یک مطالعه‌ی کیفی

زیبا رئیسی دهکردی^۱، حدیث سوری نژاد^۲، الهام ادیب مقدم^۳، صدیقه جمالی گندمانی^۴اکرم کرمی دهکردی^۴، مریم شیر محمدی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در دوران شیوع بیماری‌های عفونی همچون کووید-۱۹، زنان باردار و جنین آن‌ها جزء گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند و واکسیناسیون یکی از مؤثرترین راه‌های پیشگیری از برخی بیماری‌های عفونی است. با این حال، اطلاعات اندکی در خصوص نگرش زنان باردار و همسرانشان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به آن‌ها در خصوص دریافت ایمن‌سازی کووید-۱۹ وجود دارد. لذا هدف از پژوهش حاضر، تبیین علل عدم دریافت واکسن کووید-۱۹ در بارداری بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر در چارچوب رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوای استقرایی و در سال ۱۴۰۱ انجام شد. با روش هدفمند و با راهبرد انتخاب مشارکت‌کننده با حداکثر تنوع، ۲۹ نفر شامل زنان باردار، همسران آن‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. تحلیل داده‌ها به صورت دستی و با روش گرانهایم و لاندمن انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۳۶۷ کد، ۱۰ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی (کژکاری‌های سیستم بهداشتی، نگرش، عقائد و باورها و ترس‌ها و ابهامات) شد.

نتیجه‌گیری: شناخت موانع تزریق واکسن، به منظور اجرای مداخلات مؤثر در جهت پوشش بهینه ایمن‌سازی کمک‌کننده است. آگاه‌سازی زنان باردار با همکاری و نقش پررنگ ماماها و متخصصین زنان بر مبنای مستندات جدید و علمی و با تأکید بر بی‌خطری، اثربخشی، کارایی و نقش واکسن در کاهش مرگ و میر مادر باردار و حتی نوزاد ممکن خواهد بود تا میزان پذیرش واکسیناسیون در بحران‌های مشابه در بین زنان باردار به عنوان یکی از گروه‌های پرخطر جامعه افزایش یابد.

واژگان کلیدی: بارداری؛ دیدگاه؛ کووید-۱۹؛ مطالعه‌ی کیفی؛ واکسیناسیون جمعی

ارجاع: رئیسی دهکردی زیبا، سوری نژاد حدیث، ادیب مقدم الهام، جمالی گندمانی صدیقه، کرمی دهکردی اکرم، شیر محمدی مریم. تبیین علل عدم دریافت

واکسن کووید-۱۹ در بارداری: یک مطالعه‌ی کیفی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۴۱): ۹۶۴-۹۵۳

عادی بود. در حالیکه هنوز در خصوص دریافت یا عدم دریافت واکسن در بین جوامع مختلف تردید و اختلاف نظر وجود داشت؛ با این حال، تلاش جهانی به منظور پیشگیری از بیماری با واکسیناسیون آغاز شد (۳). پس از تولید واکسن و مجوز تزریق آن، توصیه شد اکثر افراد باید در مقابل بیماری واکسینه شوند. اما در خصوص واکسیناسیون گروه‌های خاصی همچون زنان باردار اطمینان کامل وجود نداشت (۱).

زنان باردار و جنین آن‌ها به عنوان گروهی آسیب‌پذیر در معرض خطر بالای ابتلا در طول اپیدمی‌های عفونی هستند (۴)، چرا که

مقدمه

کرونا ویروس سندرم حاد تنفسی ۲، در دسامبر سال ۲۰۱۹ شناسایی شد و بیماری کووید-۱۹ ناشی از آن به سرعت گسترش یافت (۱)؛ بگونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ آن را به عنوان یک بیماری پاندمیک اعلام کرد (۱). بیماری منجر به مرگ و میر بسیار بالا بخصوص در گروه‌های آسیب‌پذیری همچون زنان باردار شد؛ لذا اجتناب از ابتلا به عفونت مسأله بسیار مهمی بوده و تنها مداخله‌ی غیر دارویی در دسترس، روش‌های کنترل بیماری است (۲). شروع واکسیناسیون کووید-۱۹، چراغ امیدی برای بازگشت به زندگی

۱- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- استادیار، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۴- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: الهام ادیب مقدم: استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Email: adibme921@gmail.com

بود (۱۹). همچنین در پژوهشی که در کشور اردن انجام شد، حدود ۷۰ درصد زنان نسبت به واکسیناسیون کووید-۱۹ نگرش مثبتی داشتند و این نگرش در بین زنان کم در آمد، دنبال‌کننده اخبار سلامتی و متأهل بالاتر بود (۲۰).

شناخت عوامل مؤثر بر پذیرش واکسیناسیون در میان گروه‌های اجتماعی مختلف از جمله زنان باردار ضروری است زیرا درک چالش‌ها و ارتباط با پذیرش واکسن به تسریع تجویز واکسن در این جمعیت‌ها کمک می‌کند (۱۹) و می‌تواند تأثیر قابل توجهی به بازگشت جامعه به وضعیت پیش از همه‌گیری بخصوص در بحران‌های آتی داشته باشد (۹). کمیته‌ی مشورتی اقدامات ایمن‌سازی و کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان توصیه نمود، زنان باردار علیه بیماری کووید-۱۹ واکسینه شوند. همچنین بر نقش ارائه‌دهندگان خدمات مامایی و متخصصان زنان و زایمان در تشویق زنان باردار به واکسیناسیون کرده است (۹). لذا درک عمیق از عوامل تعیین‌کننده منجر شونده به عدم تمایل به دریافت واکسن در جمعیت زنان باردار به منظور اطمینان از اتخاذ اقدام مناسب جهت دستیابی به پوشش کافی واکسیناسیون در بحران‌های مشابه احتمالی آتی بسیار حائز اهمیت است (۲۱).

از آنجایی که در جوامع مختلف دنیا میزان پذیرش واکسن در زنان باردار خیلی بالا نبوده و موانع متفاوتی برای پذیرش واکسن گزارش شده و پژوهشی که علل عدم دریافت واکسن کووید را از دیدگاه زنان باردار، همسران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی تبیین کند یافت نشد؛ بنابراین هدف از این پژوهش، تبیین علل عدم دریافت واکسن کووید-۱۹ در بارداری از دیدگاه زنان باردار، همسران آن‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بود.

روش‌ها

این مطالعه کیفی بر مبنای رویکرد تحلیل محتوای استقرایی انجام شد. معیارهای انتخابی مشارکت‌کنندگان شامل تمایل به شرکت در مطالعه، ایرانی و قادر به درک و صحبت به زبان فارسی، عدم سابقه‌ی ابتلا به بیماری روانی در مادران باردار و همسران‌شان که واکسن کووید-۱۹ را به هر علتی دریافت نکرده بودند و مراقبین بهداشتی در مراکز جامع سلامت که وظیفه مراقبت از مادران باردار را دارا بودند، بود که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. به منظور در نظر داشتن حداکثر تنوع، تلاش شد از مشارکت‌کنندگانی با سطح تحصیلات، رده‌ی سنی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سن بارداری و تعداد بارداری متفاوت استفاده شود و در خصوص ارائه‌دهندگان خدمات نیز از مراقبین بهداشتی درمانی با سوابق گوناگون شغلی استفاده شد. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ذکر شده است.

تغییرات فیزیولوژیک و ایمونولوژیک متعدد که بطور طبیعی در بارداری رخ می‌دهند؛ می‌تواند بدلیل تأثیرات سیستمیکی که بر روی کل بدن می‌گذارد منجر به وخامت عفونت‌های تنفسی شود. از سوی دیگر، بارداری با سرکوب سیستم ایمنی همراه است. در نتیجه این تغییرات، زنان باردار را بیش از هر گروه دیگری مستعد ابتلا به بیماری می‌نماید (۵). یکی از مسایلی مهم دیگر، امکان انتقال عمودی عفونت از مادر به جنین و ایجاد عفونت‌های قابل توجه در جنین و نوزاد است که اهمیت ویژه دارد (۶). تحقیقات بر روی زنان باردار نشان داده خطر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بالاتر از جمعیت عمومی است (۷). ابتلا به کرونا در مادران منجر به زایمان زودرس، مرده‌زایی، اختلال کارکرد ارگان‌های حیاتی، افزایش ضربان قلب و دیسترس جنین، پارگی زودرس کیسه آب، افزایش میزان سزارین و مرگ مادر و جنین شده بود و پس از انجام تحقیقات گسترده پیرامون این موضوع، مشخص شد واکسیناسیون این گروه از زنان منجر به پیشگیری از ابتلا به عفونت بسیار شدید می‌گردد (۸). به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت به زنانی که قصد بارداری داشته، باردار یا شیرده بودند، توصیه کرد واکسن کووید را دریافت کنند (۹). این سازمان حتی قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ عدم تمایل به واکسیناسیون را به عنوان یکی از بزرگترین تهدیدات بهداشتی در جهان اعلام کرد (۱۰).

در تحقیقات اولیه در مورد پذیرش واکسن‌های کووید-۱۹، چالش‌های بی‌سابقه‌ای برای واکسیناسیون در مقیاس جهانی پیش‌بینی شد (۱۱، ۱۲). با وجود پیشرفت‌های حاصله در تولید واکسن، میزان افراد واکسینه شده در مقابل بیماری کافی نبود (۱۳) زیرا تردید در دریافت واکسن، از بزرگترین موانع واکسیناسیون بود (۱۴) و عمدتاً ناشی از عواملی همچون عدم اطلاعات کافی در خصوص کارایی واکسن (۱۵)، احساس ناامنی نسبت به کشور تولیدکننده (۱۶)، باورهای توطئه‌آمیز نسبت به دریافت واکسن (۱۷) و نارضایتی از عدم توضیحات کافی در خصوص واکسن (۱۵) بوده است. حتی برخی افراد غیر باردار و سالم جامعه که شرایط ویژه و نگران‌کننده‌ای نداشته‌اند، نیز مخالف دریافت واکسن بوده‌اند (۱).

مطالعات اندکی در خصوص نگرش زنان باردار نسبت به دریافت واکسن کووید وجود دارد (۱۴) و مطالعات محدودی که وجود دارند دلایل اصلی تردید در دریافت واکسن را عمدتاً ناشی از عدم اعتماد به واکسن‌های موجود، عوارض جانبی احتمالی، شنیدن و خواندن رویدادهای منفی در خصوص واکسن کرونا و نگرانی از آسیب به جنین گزارش کرده‌اند (۱۴، ۱۸). میزان پذیرش واکسن در زنان باردار در مطالعه‌ای که بر روی ۱۶ کشور جهان انجام شد، تنها ۵۲ درصد گزارش شد و پذیرش واکسن عموماً در هند، فیلیپین و آمریکای لاتین در بالاترین میزان در روسیه، ایالات متحده و استرالیا در کمترین حد

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک زنان باردار، همسران آنها و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی

شماره‌ی مشارکت‌کننده	مشارکت‌کننده	تحصیلات	سن بارداری	مرتب‌ی بارداری	سابقه‌ی کار ارائه‌دهندگان خدمت	مدت زمان مصاحبه
P1	مادر باردار	دیپلم	۱۷ هفته	اول	-	۶۵ دقیقه
P2	همسر مادر باردار	لیسانس	۲۹ هفته	اول	-	۵۵ دقیقه
P3	مادر باردار	لیسانس	۳۶ هفته	سوم	-	۹۰ دقیقه
P4	مادر باردار	فوق لیسانس	۱۴ هفته	دوم	-	۶۵ دقیقه
P5	ماما	لیسانس	-	-	۱۶ سال	۱۱۰ دقیقه
P6	پزشک مرکز جامع سلامت	پزشک عمومی	-	-	۲۱ سال	۱۲۰ دقیقه
P7	مادر باردار	سیکل	۲۲ هفته	اول	-	۵۵ دقیقه
P8	ماما	لیسانس	-	-	۲۷ سال	۹۵ دقیقه
P9	ماما	لیسانس	-	-	۱۰ سال	۶۰ دقیقه
P10	ماما	فوق لیسانس	-	-	۲۴ سال	۷۵ دقیقه
P11	ماما	لیسانس	-	-	۱۳ سال	۹۰ دقیقه
P12	مادر باردار با سابقه‌ی ۱۶ سال نازایی	فوق لیسانس	۳۵ هفته	سوم	-	۸۰ دقیقه
P13	ماما	لیسانس	-	-	۱۷ سال	۱۰۰ دقیقه
P14	مادر باردار	دیپلم	۲۸ هفته	اول	-	۵۰ دقیقه
P15	پزشک متخصص زنان	متخصص	-	-	۱۵ سال	۶۰ دقیقه
P16	همسر مادر باردار	دکتری	۳۰ هفته	دوم	-	۴۵ دقیقه
P17	مادر باردار	پزشک عمومی	۳۶ هفته	اول	-	۹۰ دقیقه
P18	پزشک متخصص زنان	متخصص	-	-	۱۴ سال	۶۵ دقیقه
P19	مادر باردار	سیکل	۳۲ هفته	چهارم	-	۷۵ دقیقه
P20	مادر باردار	فوق لیسانس	۲۴ هفته	اول	-	۱۰۰ دقیقه
P21	ماما	لیسانس	-	-	۸ سال	۱۲۰ دقیقه
P22	پزشک مرکز جامع سلامت	پزشک عمومی	-	-	۵ سال	۱۰۰ دقیقه
P23	پزشک متخصص زنان	متخصص	-	-	۱۹ سال	۷۵ دقیقه
P24	همسر مادر باردار	دیپلم	۱۹ هفته	اول	-	۵۵ دقیقه
P25	مادر باردار	دیپلم	۳۸ هفته	دوم	-	۶۰ دقیقه
P26	همسر مادر باردار	فوق دیپلم	۳۱ هفته	اول	-	۹۰ دقیقه
P27	ماما	لیسانس	-	-	۹ سال	۶۵ دقیقه
P28	ماما	فوق لیسانس	-	-	۱۱ سال	۱۲۰ دقیقه
P29	مادر باردار (ماما)	فوق لیسانس	۳۴ هفته	سوم	-	۱۰۰ دقیقه

خدمات بهداشتی به مادران باردار در پاندمی (شامل پزشک و ماما) را معرفی نمایند. بدین ترتیب مشارکت‌کنندگانی که ارائه دهنده‌ی خدمت بودند، انتخاب شده و نمونه‌گیری با ایشان در همان محل مرکز خدمات جامع سلامت در زمان اداری مطابق با راحتی ایشان ادامه یافت. جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان باردار و همسران‌شان، از ارائه‌دهندگان خدمات خواسته شد تا زنان باردار که از دریافت واکسن کرونا امتناع کرده بودند به پژوهشگر معرفی نمایند. بدین

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های اولیه بدون ساختار که دارای یک یا دو سؤال بود استفاده شد و پس از انجام چند مصاحبه این سؤالات دستخوش تغییر قرار گرفت و تکمیل شد و مصاحبه‌ها بصورت نیمه ساختاریافته ادامه یافت. جهت شناسایی و هماهنگی با مشارکت‌کنندگان، ابتدا به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه و با مسئول مراکز صحبت شد تا از اهمیت پژوهش و هدف آن آگاه شوند. سپس از ایشان خواسته شد چندین نفر از ارائه‌دهندگان

مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنان، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوت‌ها، کنترل مجدد یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان، ارائه تحلیل داده‌ها بصورت مبسوط و توصیفات عمیق و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تأمین این معیارها نمود.

جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (IR.SKUMS.REC.1401.003) برای نمونه‌گیری و انجام مصاحبه‌ها اقدام نمود. پیش از آغاز مصاحبه، اطلاعاتی در مورد هدف پژوهش، روش مصاحبه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، حق آن‌ها برای شرکت یا در صورت تمایل خروج از مطالعه و اطمینان از نگه‌داری فایل صدای ضبط شده داده شد و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و ضبط صدا از آن‌ها کسب شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۱ مادر باردار، ۴ همسر مادر باردار، ۹ ماما و ۵ پزشک (متخصص زنان یا پزشک مرکز) مشارکت کردند. قابل ذکر است که یکی از مادران بارداری که با ایشان مصاحبه شد، ماما بود. میانگین سنی زنان باردار مورد بررسی $27/77 \pm 27/49$ سال و میانگین سن بارداری زنان در زمان مصاحبه حدود ۲۸ هفته بود (جدول ۱).
۴ طبقه اصلی و ۱۰ زیرطبقه در خصوص دیدگاه زنان باردار، همسرانشان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نسبت به عدم دریافت واکسن کووید-۱۹ در بارداری حاصل شد (جدول ۲).

۱- کژکاری‌های سیستم بهداشتی

الف: ضرورت دادن رضایت کتبی بدون توجیه پیش از تلقیح واکسن: مادران باردار و ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها اخذ فرم رضایت قبل از دریافت واکسن را به عنوان یکی از موانع و عامل تردید زنان باردار در دریافت واکسن ذکر نمودند. در واقع مشارکت‌کنندگان اخذ رضایت کتبی در خصوص دریافت واکسن را دلیلی بر داشتن عوارض جانبی و ایمن نبودن واکسن تلقی کرده و این مسأله بر تردید بیشتر مادران باردار و خانواده آنان در زمان دریافت واکسن دامن می‌زد. در این خصوص پزشک مرکز جامع سلامت (p6) بیان کرد «یکسری فرم‌های رضایت‌نامه به ماماها و پزشکان مراکز جامع سلامت دادن که مادران باردار باید قبل از تزریق واکسن کووید تکمیل می‌کردن، امضاء و اثر انگشت هم می‌زدن و رضایت کاملشون رو از تزریق واکسن اعلام می‌کردن. مادران و خانواده‌ها وقتی این فرم رو می‌دیدن، می‌گفتن اگه بی‌ضرره چرا تعهد و رضایت می‌گیرید و این خودش بی‌اعتمادی شدید ایجاد می‌کرد و مادران راضی به تزریق واکسن نمی‌شدن».

منظور از ارائه‌دهنده‌ی خدمت خواسته شد تا با این زنان از جانب مرکز بهداشتی تماس گرفته و توضیحات تکمیلی توسط پژوهشگر به صورت تلفنی به ایشان داده می‌شد تا در صورت تمایل خود یا همسرشان، با آنان نیز مصاحبه انجام شود. جهت انجام مصاحبه با زنان باردار و همسرانشان، آرام‌ترین اتاق مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش یا محل کار پژوهشگر (دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد) بر اساس راحتی مشارکت‌کننده در نظر گرفته شد و هماهنگی زمانی نیز از طریق تماس تلفنی با آنان انجام شد. جهت مصاحبه با متخصصین زنان، بر اساس گفته‌های سایر مشارکت‌کنندگان (شامل ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و زنان باردار و همسرانشان) نیز اقدام شد و مصاحبه در محل مطب ایشان در زمان هماهنگ شده انجام شد. محقق روز قبل از زمان مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تماس گرفته و زمان و مکان مصاحبه را به آنان یادآوری می‌نمود. تمامی مصاحبه‌ها پس از توضیح کامل و اطمینان از محرمانگی اطلاعات، با حفظ حریم خصوصی افراد و اخذ رضایت آگاهانه‌ی شفاهی و کتبی انجام شد. به هر مشارکت‌کننده یک کد اختصاصی داده شد تا هویت آن‌ها محرمانه بماند. در آغاز مصاحبه، پژوهشگر اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کننده را یادداشت می‌نمود. پس از کسب اجازه، صدای مصاحبه‌شوندگان بر روی یک دستگاه ضبط صوت ثبت و پس از پایان مصاحبه در طی همان روز یا حداکثر روز بعد بر روی کاغذ پیاده شد. در صورت عدم تمایل برای ضبط صدا، مصاحبه بدون ضبط انجام می‌شد اما یادداشت‌برداری با سرعت بیشتری انجام می‌گرفت. همچنین بر اساس تمایل مشارکت‌کنندگان مبنی بر عدم ضبط قسمتی از مصاحبه، ضبط مصاحبه متوقف می‌گردید و آن قسمت، یادداشت می‌شد. مدت زمان انجام هر مصاحبه از ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متفاوت بود. جمع‌آوری داده‌ها در طی یک دوره‌ی ۹ ماهه انجام شد. اشباع داده‌ها با مصاحبه با ۲۹ مشارکت‌کننده حاصل شد. تحلیل اطلاعات همزمان با جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از روش تحلیلی محتوی قراردادی و با رویکرد Granheim و Lundman انجام شد. در پایان هر مصاحبه، مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده و سپس تحلیل میشد و فایل‌های صوتی و پیاده شده، در یک فایل همراه با پسورد در کامپیوتر محقق نگهداری شد. به منظور غوطه‌ور شدن در داده‌ها، متن مصاحبه‌ها چندین بار مطالعه شده و از متن آن‌ها، کدهای اولیه استخراج شده و بر اساس تشابهات مفهومی و معنایی، در زیر طبقات انتزاعی‌تر دسته‌بندی شده و در نهایت طبقات اصلی شکل گرفتند.
به منظور اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از ۴ عامل مقبولیت، قابلیت اطمینان، قابلیت تأیید و انتقال‌پذیری استفاده شد (۲۲). جهت تأمین معیارهای مذکور، پژوهشگر با تماس طولانی‌مدت با

جدول ۲. طبقات اصلی، زیر طبقات و نمونه کدهای حاصل از پژوهش کیفی حاضر

طبقه‌ی اصلی	زیر طبقه	کد
کژکاری‌های سیستم بهداشتی	ضرورت دادن رضایت کتبی بدون توجه پیش از تلقیح واکسن و آگذاری پذیرش مسئولیت تزریق واکسن به مادر	القای حس تردید نسبت به دریافت واکسن با الزام به امضای فرم رضایت‌نامه متفاوت بودن شرایط دریافت سایر واکسن‌ها با واکسن کرونا عدم پاسخ قطعی ارائه‌دهندگان در خصوص تأیید یا رد ایمنی واکسن مقصر دانستن ارائه‌دهنده‌ی خدمت توصیه‌کننده به واکسیناسیون در صورت بروز عوارض
	اجبار به پوشش کامل واکسیناسیون و عدم حمایت قانونی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی	عدم حمایت و پاسخگویی سیستم بهداشتی در صورت بروز مشکلات احتمالی ناشی از واکسن پس از توصیه‌ی ارائه‌دهنده‌ی خدمت شفاف نبودن اطلاع‌رسانی‌ها در خصوص بروز عوارض تجدید مرتب دستورالعمل‌های بهداشتی نقض مکرر دستورات صادره سابق
نگرش، عقاید و باورها	عدم پیگیری و گزارش عوارض واکسن سردرگمی	ترس از عوارض مختص واکسن‌های ایرانی تأثیر دعا در عدم ابتلا توکل بر خدا در عدم ابتلا مشخص بودن تقدیر و بی‌فایده بودن واکسن کم خطر بودن طب گیاهی نپذیرفتن طب دارویی
	بی‌اعتمادی نسبت به واکسن‌های تولید شده‌ی داخلی باورهای مذهبی	ترس از عوارض فوری واکسن انتساب عوارض مادری ایجاد شده به واکسن ترس از عوارض ناشناخته ترس از دست دادن جنین
ترس‌ها و ابهامات	مقبولیت بیشتر طب سنتی	عدم وجود یکپارچگی اطلاعاتی در صفحات مجازی آموزشی توصیه‌های غیر علمی ارائه‌ی اطلاعات تخصصی توسط افراد غیر متخصص
	ترس از عوارض	
	اطلاعات متناقض و نادرست فضای مجازی	

هست و من در این مورد نمی‌تونم چیزی بگم، چون پزشکم من رو مطمئن نکرد و قطعی بهم نگفت و حتی طوری صحبت کرد که تصمیم‌گیری با خودت و مسئولیت همه چیز با خودت، من و همسرم تصمیم گرفتیم نه در بارداری حتی بعد از زایمان هم واکسن نزنیم». همچنین همسر یکی از مادران باردار (P2) اظهار داشت «برای بقیه‌ی واکسن‌ها مثل واکسن بچه‌ها و حتی واکسن کزاز خانم، بهمون نگفتن تصمیم‌گیری با خودتون و واکسن رو تزریق کردن، ولی برای این واکسن گفتن که مسئولیت با خودتون و باید رضایت بدید».

ا-ج: اجبار به پوشش کامل واکسیناسیون و عدم حمایت قانونی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی: توصیه اکید وزارت بهداشت و درمان و ابلاغ دستورالعمل‌هایی مبنی بر ضرورت پوشش کامل

ا-ب: واگذاری پذیرش مسئولیت تزریق واکسن به مادر: سردرگمی حاصل از اطلاعات ناکامل در خصوص واکسن کرونا در بارداری، منجر به عدم قطعیت ارائه‌دهندگان خدمات در توصیه به دریافت یا عدم دریافت واکسن به مادران باردار شده بود.

در نتیجه ارائه‌دهندگان خدمات مسئولیت تزریق یا عدم تزریق واکسن را به مادر و خانواده وی واگذار می‌کردند. در این خصوص یکی از مادران باردار (P7) بیان کرد «از پزشک متخصص زنان در خصوص تزریق واکسن کرونا مشاوره گرفتیم. ایشون گفتن تصمیم با خودت ما نمی‌تونیم بطور قطع بگیریم واکسن تزریق کنی یا نه، بالاخره اولین تجربه واکسن کرونا هست و هیچی در مورد ایمن بودن این واکسن مشخص نیست، بهش گفتم آگه واکسن نزنم و کرونا گرفتم چی؟ گفت مسئولیت تزریق و عدم تزریق با خودتون

میگیری و کلی مشکل برای خودت و جنینت پیش میاد، متخصصم می گفت عوارض بیماری کرونا کمتر از واکسنش هست و تزریق نکن، پیش متخصص عفونی که می رفتم میگفت بهتره تزریق کنی. اصلاً من نمی دونستم چکار کنم و استرسم بیشتر شده بود».

ارائه دهندگان خدمات به مادران باردار، تناقض اطلاعات مربوط به تزریق واکسن و ناهماهنگی بین دستورالعمل‌های مختلف که توسط رده‌های بالاتر ابلاغ می‌شد را به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل تردید مادران باردار و خانواده‌های آنان نسبت به دریافت واکسن ذکر نمودند. در این خصوص یکی از ماماها (P13) بیان کرد «پزشک مرکز همیشه تأکید می‌کرد کسی رو مجبور به تزریق واکسن کووید نکنید و برای خودتون مسئولیت درست نکنید. مسئولین رده بالا هم نامه اداری و رسمی به تمام مراکز دادن که مادران رو اجبار نکنین و تزریق واکسن کووید اختیاری باشه. اما مجدد یک سری نامه برای پرسنل بهداشتی درمانی ارسال کردن که پوشش واکسن کووید-۱۹ در مادران باردار باید ۱۰۰ درصد باشه وگرنه برخورد قانونی می‌شود؛ والا ما هم بین دوراهی اجباری یا اختیاری بودن این واکسن مونده بودیم».

۲- نگرش، عقائد و باورها

۲-الف: بی‌اعتمادی نسبت به واکسن‌های تولید شده داخلی: ابلاغ دستورالعمل‌های متعدد بهداشتی و تغییر مداوم زمان، میزان و نوع واکسن قابل تجویز برای مادران باردار و عدم اعتماد به تولید واکسن‌های داخل کشور، منجر به بی‌اعتمادی کادر درمانی و حتی مادران باردار و خانواده‌های آنان نسبت به دریافت واکسن کرونا شده بود. همسر یکی از مادران (P16) بیان کرد «اگه واکسن فایزر بود می‌داشتم همسر واکسن رو توی بارداری بزنه اما این واکسن‌های ایرانی معلوم نیست چی هستن و چه عوارضی دارن. چرا کشورهای پیشرفته فایزر می‌زند ولی کشور ما هر واکسن کرونایی باشه بدون توجه به عوارض و اعتبارش تزریق می‌کنن؟».

یکی از مادران باردار (P3) اذعان داشت «کل خانواده ما این واکسن را دریافت نکرده، منم با وجودی که باردار هستم، واکسن نمی‌زنم، ترجیح می‌دم ۹ ماه بارداریم توی خونه بمونم تا مریض نشم ولی به این که واکسن کرونا تولید می‌کنن اعتماد نکنم».

۲-ب: باورهای مذهبی: اعتقادات مذهبی و ایمان به این که مرگ و زندگی و حتی ابتلا به بیماری دست خداست، منجر به توجه برخی زنان نسبت به عدم دریافت واکسن کرونا شد. در این خصوص یکی از مادران باردار (P19) اذعان داشت «همه چیو می‌سپارم به خدا، واکسن کرونا رو نمی‌زنم، خدا خودش نگهدار خودم و بچم هست، مرگ و زندگی دست خداست. هر روز برای بچم قران و دعا می‌خونم و مطمئنم هر دومون بدون واکسن سالم می‌مونیم».

واکسیناسیون مادران باردار به کادر بهداشتی درمانی و در مقابل عدم حمایت و پاسخگویی سیستم در صورت بروز مشکلات احتمالی ناشی از واکسن برای کادر بهداشتی و درمانی آزرده‌کننده بود و منجر به عدم تمایل به توصیه به واکسن توسط آن‌ها در بسیاری از موارد شد. بگونه‌ای که یکی از پزشکان مراکز اظهار داشت (P22) «یه مادر باردار داشتیم که بعد از تزریق این واکسن در بارداری DVT شد. مادر باردار ۳۴ هفته بود که ده روز هم در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شد و آخرش هم جنین مرده به دنیا اومد. خانواده ایشون اولین مقصر رو مامای مرکز می‌دونستن و می‌گفتن ایشون اصرار به تزریق این واکسن در بارداری داشته. خب مسئولین هم حمایتی از ما نکردند بعد از اون هم ماما و هم خود من اصراری به تزریق این واکسن در بارداری نداشتم».

۱-د: عدم پیگیری و گزارش عوارض واکسن: عدم اطلاع‌رسانی در خصوص عوارض احتمالی مهم واکسن به ارائه‌دهندگان خدمات، منجر به ناتوانی در ارائه اطلاعات صحیح و راهنمایی زنان باردار نسبت به تزریق واکسن شده بود. پزشک متخصص زنان (P23) در این خصوص بیان کرد «اگه پیگیری توسط مسئولین بهداشت و درمان در مورد عوارضی که بعد از تزریق این واکسن در بارداری می‌شد و اطلاع‌رسانی شفاف انجام می‌شد، حداقل مراقبین بهداشتی از عوارض یا عدم عوارض این واکسن اطلاع و آگاهی پیدا می‌کردن، بهتر می‌تونستن در مورد واکسن به مادران باردار اطلاعات بدن».

۱-ج: سردرگمی: بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان، تغییر سریع دستورالعمل‌های مربوط به تزریق واکسن توسط وزارت بهداشت؛ بخصوص دستورالعمل‌های مربوط مادران باردار و عدم وجود توجیه صحیح و علمی در زمینه‌ی این تغییرات، منجر به سردرگمی در پرسنل ارائه‌دهنده‌ی خدمات و مادران باردار شد. در این خصوص یکی از ماماها‌ی شاغل در مرکز بهداشتی (P5) بیان کرد «عوض شدن دستورالعمل‌های بهداشتی تزریق واکسن کووید در مدت زمان کوتاه مثلاً ممنوع بودن واکسن توی سه ماهه اول بارداری و بعد با فاصله کمی بیان کردن اشکال نداره و تزریق بشه، یا عدم تزریق واکسن کووید تا ۴ ماه بعد از زایمان، بعد اون دستور جدید اومد با فاصله کمتر از یک ماه بعد از زایمان تزریق بشه و مجدد دستورالعمل دیگه‌ای اومد که تا ۴۲ روز و آخرین دستورالعمل ۱۵ روز بعد از زایمان تزریق بشه، ما خودمان به عنوان کادر درمانی گیج شدیم که بالاخره بزنینم یا نه؟، چه برسه به مادران».

همچنین یکی از مادران باردار (P1) اظهار داشت «هر کسی یک چیزی می‌گفت، ماما میگفت باید تزریق کنی وگرنه کرونا

کردم که پزشک متخصص غدد گفت احتمال داره از واکسن کرونا باشه، منم دوز دوم رو تزریق نکردم». حتی مشاهده برخی اختلالات که بیش از سابق در بین مادران دیده شده بود، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را نیز متاثر ساخته بود. یکی از کارشناسان مامایی (P21) اظهار داشت «مادرا بعد از تزریق واکسن کووید خیلی عوارض رو ذکر می‌کنن مثل مشکلات تیروئید، دیابت، فشارخون بالا و تعدادی هم می‌گن برخی از این مشکلات از جمله دیابت بعد از زایمان همچنان براشون وجود داره».

مشاهده‌ی افزایش موارد سقط جنین و زایمان زودرس در دوران پاندمی و ترس از وقوع مجدد آن بویژه در زنان با بارداری نیازمند مراقبت‌های ویژه‌تر، منجر به عدم تمایل به دریافت واکسن کرونا شده بود. یکی از کارشناسان مامایی (P9) در این خصوص گفت «معمولاً مادرای که سابقه‌ی سقط یا زایمان زودرس دارن این واکسن رو نمی‌زنن و علتش رو ترس از تکرار اون مشکل سابق می‌دونن».

۳-ب: اطلاعات متناقض و نادرست فضای مجازی: وجود اطلاعات غلط و ارائه اطلاعات تخصصی توسط افراد غیر متخصص و توصیه‌های غیر علمی، منجر به آگاهی غلط در مردم و ترس از دریافت واکسن شده بود که نیازمند تلاش بیشتر کادر بهداشتی درمانی در آگاه‌سازی مردم بود. یکی از ماماها‌ی شاغل در مرکز بهداشت (P10) بیان کرد «دریافت اخبار نادرست در مورد واکسن کرونا از شبکه‌های اجتماعی باعث تصورات غلط و ترس از عوارض مادری و جنینی می‌شه و این نگرانی هم طبیعی و ما به عنوان مراقبین بهداشتی باید در مقابل اطلاعات فضای مجازی قوی‌تر عمل کنیم تا اثرات منفی اون خنثی بشه».

بحث

در این پژوهش، مشخص شد وجود نقص‌هایی در سیستم بهداشتی کشور، در پذیرش پایین‌تر واکسیناسیون کووید در مادران باردار نقش داشته است. برخی عوامل همچون الزام ارائه‌دهندگان خدمات به توصیه اکید به مددجو در خصوص دریافت واکسن و در عین حال ضرورت اخذ رضایت آگاهانه پیش از تلقیح در افراد و واگذاری مسئولیت هرگونه اختلال یا عارضه ناشی از واکسن به ایشان، منجر به عدم پذیرش و تردید در دریافت واکسن شده بود؛ زیرا با این رویه، زن باردار و همسرش، شرایط تلقیح سایر واکسن‌ها در بارداری را با واکسیناسیون کووید مقایسه کرده و در نهایت اجبار به تکمیل فرم رضایت‌نامه را دلیلی بر عدم ایمنی واکسن تلقی کرده و در نتیجه از دریافت آن اجتناب می‌کردند. مطالعات انجام شده در سایر کشورها الزام واکسیناسیون را غیر

۲-ج: مقبولیت بیشتر طب سنتی: عدم اعتقاد به طب پزشکی و مقبولیت طب مکمل و انرژی درمانی در میان برخی از خانواده‌ها و مادران، منجر به توجه در خصوص عدم نیاز به تزریق واکسن کرونا شده بود. برای مثال همسر یکی از مادران باردار (P26) گفت «من و همسرم راضی به تزریق این واکسن در بارداری همسرم نیستیم. تا وقتی طب سنتی و انرژی درمانی هست چرا از مواد شیمیایی استفاده کنیم؟ من خودم با طب سنتی کرونا نگرفتم. الان هم چون خانمم بارداره و نمی‌تونه از داروهای گیاهی استفاده کنه با انرژی درمانی تا الان نداشتیم کرونا بگیره، بعدش هم نمی‌ذارم و بنابراین واکسن را نمی‌زنیم».

۳-ترس‌ها و ابهامات

۳-الف: ترس از عوارض: ناشناخته بودن عوارض واکسن و نیاز به مدت زمان بیشتر جهت بروز برخی علائم، منجر به ترس و نگرانی برخی زنان و حتی ارائه‌دهندگان خدمات نسبت به دریافت واکسن کرونا شده بود. بگونه‌ای که برخی پزشکان به همه زنان توصیه به تزریق واکسن نمی‌کردند. یکی از ماماها (P8) اظهار داشت «من خودم اصرار به تزریق این واکسن در بارداری و حتی پس از زایمان ندارم، چون بیماری کرونا جدیده و واکنش در زمان کوتاهی ساخته شده، الان همه میگن عوارض نداره ولی سال‌ها می‌گذره تا بفهمن عوارض ذهنی و جسمی کوتاه‌مدت و یا پایدار داره».

برخی اختلالات ایجاد شده که گاهی بطور احتمالی و یا حتمی پس از تلقیح واکسن کرونا در مادران باردار و حتی افراد دیگر دیده شد، منجر به ترس از توصیه و تلقیح واکسن در برخی ارائه‌دهندگان خدمات و مادران شده بود. یکی از مادران باردار که خود نیز پزشک بود (P17) بیان کرد «در حال حاضر ۳۶ هفته‌ام، واکسن نزدم و تصمیم به زدنش هم ندارم حتی بعد از زایمانم. واقعا می‌ترسم از عوارض جنینی و عوارض که روی خودم داشته باشه. چون خودم مادرای بارداری که دچار عوارض ناشی از واکسن مثل زایمان زودرس و سقط سه ماهه اول بارداری داشتن رو دیدم. حتی توی بیمارستان شهر خودمون هم یک مرگ مادر باردار در اثر ترمبوز عروقی بعد از واکسن داشتیم، هر چند اعلام شد مربوط به عوارض واکسن نبوده ولی به هر حال شنیدن و دیدن این موارد باعث ترس و هشدار میشه که واکسن نزنیم».

ناشناخته بودن عوارض منجر به ترس افراد از هرگونه مشکل ایجاد شده متعاقب تزریق واکسن و انتساب بیماری‌ها و ناهنجاری‌ها به تلقیح واکسن کرونا شده بود. بگونه‌ای که یکی از مادران (P7) اظهار داشت «توی آزمایش‌های نوبت اول که تست تیروئید هم داده بودم، نتیجه آزمایشم خوب بود. ولی بعد از تزریق دوز اول این واکسن توی ۱۴ هفته بارداری، مشکل تیروئید پیدا

اخلاقی تلقی کرده‌اند (۲۳). از نظر اخلاقی، بر اساس اصول سودرسانی و عدم ضرر رسانی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید زنان باردار را در هر مرحله از بارداری به دریافت واکسن تشویق کنند تا واکسیناسیون را بپذیرند. اگر با وجود تلاش برای متقاعد کردن واکسیناسیون، فرد باردار امتناع کرد، بر اساس اصل اخلاقی خودمختاری نباید وی را به تزریق واکسن اجبار نمود (۲۴).

یکی دیگر از موانع واکسیناسیون که سیستم بهداشتی نیز در آن دخیل بود، عدم حمایت کافی از ارائه‌دهندگان خدمت در مواردی بود که ضرورت دریافت واکسن برای زنان باردار و همسران‌شان توسط ایشان تبیین می‌شد و پس از پذیرش آگاهانه و دریافت واکسن، عارضه‌ای در زن باردار رخ می‌داد. این مسأله منجر به ایجاد مشکل برای پرسنل شده و حتی از جانب خانواده‌ی زن مورد تهدید قرار می‌گرفتند در نتیجه کادر ارائه‌دهنده خدمت در توصیه و تلاش برای افزایش پوشش واکسیناسیون، بی‌انگیزه شده بودند. در حالی که ارتباط مناسب و حمایت از کادر درمانی توسط رده‌های بالاتر بهداشتی کشور در چنین موقعیت‌هایی، نقش مهمی در جلب و پذیرش واکسن کووید داشت (۲۵). این مسؤلیت رهبران بهداشتی است تا نگرانی‌های مردم در خصوص اثربخشی و عوارض جانبی مربوط به واکسن را به حداقل برسانند (۲۶). لذا ضرورت دارد دولت، مقامات تصمیم‌گیرنده‌ی بهداشتی، کادر ارائه‌دهنده‌ی خدمات و دانشگاه‌های علوم پزشکی با یکدیگر همکاری کرده و به‌منظور کاهش تردید، افزایش آگاهی در مورد واکسیناسیون و در نتیجه بهبود پذیرش ایمن‌سازی در مقابل کرونا تلاشی مضاعف کنند.

عامل دیگری که از ضعف‌های سیستم بهداشتی بود، فقدان ارائه‌ی اطلاعات صحیح در خصوص عوارض کشف شده‌ی احتمالی ناشی از واکسن و همچنین نبود رویه‌ای جهت پیگیری عوارض احتمالی در مادران باردار بود. این مسأله در پذیرش دریافت واکسن بسیار مؤثر بود (۹). در صورت وجود اطلاعات موثق و اطمینان‌بخشی در خصوص اثربخشی واکسن‌ها، پذیرش واکسن در زنان باردار افزایش می‌یافت (۱۸). بنابراین نظارت در زمان اجرا به‌منظور شناسایی هرچه زودتر عوارض جانبی ناشی از واکسن، نه تنها نقش مهمی در پیشگیری از وقوع موارد مشابه دارد، بلکه منجر به تقویت اعتماد عمومی نیز خواهد شد (۲۷). در سایر پژوهش‌ها نیز توصیه شده در موارد تردید نسبت به دریافت واکسن، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید دلایل تردید را بررسی کرده، مزایای واکسیناسیون را توضیح داده، ترس‌های بی‌اساس را رفع و اطلاعات نادرست را تصحیح کرده و اکیداً واکسیناسیون را

توصیه کنند (۲۴). از طرفی ابلاغ دستورالعمل‌های متعدد که بطور مرتب با گذر زمان تغییر می‌کردند، گیج‌کننده بوده و منجر به سردرگمی ارائه‌دهندگان خدمت و ناتوانی و یا حتی ترس از توصیه به واکسن توسط آنان شده بود؛ در حالی که به منظور تشویق افراد به دریافت واکسن، نیاز به وجود اطلاعات روشن و موثق در خصوص ایمنی واکسن می‌باشد تا افراد بتوانند تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای در این زمینه داشته باشند (۲۸). هرچند همزمان با ایمن‌سازی، تحقیقات گسترده‌ای در دنیا در خصوص عوارض جانبی ناشی از واکسن‌ها انجام شد، اما باید توجه داشت در زمان تصویب واکسن نوظهور کووید-۱۹، سلامت و اثربخشی بالینی بر مبنای جمعیت نسبتاً اندکی پایه‌گذاری می‌شود در حالی که در هر برنامه‌ی جامع واکسیناسیون، سطح وسیعی از تنوع ژنتیکی وجود دارد و ممکن است عوارض جانبی متفاوتی را نشان دهند و این سأل، نگرانی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را توجیه می‌کند (۲۷).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، بی‌اعتمادی نسبت به واکسن‌های تولید شده‌ی داخلی بود. این مسأله تهدیدی مستقیم و غیرمستقیم برای سلامتی بوده و می‌توانست تلاش‌ها برای پایان دادن به پاندمی را از مسیر اصلی خارج کند (۲۹). این یافته علاوه بر پژوهش ما در پژوهش‌های مختلف انجام شده در کشورهای کانادا، مالزی و ترکیه و چند کشور دیگر نیز گزارش شده است (۲۸، ۳۰، ۳۱). در مقابل اعتماد به سیستم بهداشتی درمانی و واکسن‌های تولید شده‌ی داخلی در برخی کشورها، مشوق افراد برای دریافت واکسن بوده است (۲۸). این مسأله نشان‌دهنده‌ی ضرورت در اولویت قرار گرفتن جلب اعتماد مردم نسبت به ایمنی و کارآیی تولیدات داخلی به صورت کاملاً شفاف است.

در این پژوهش، باور به اینکه مرگ و زندگی دست خداوند است، در احساس عدم نیاز به دریافت واکسن با وجود احتمال مرگ ناشی از بیماری، تأثیرگذار بود. این باورهای مذهبی از علل عدم تمایل به دریافت واکسن در برخی پژوهش‌ها همچون پژوهش Razai و همکاران نیز بود و میزان واکسیناسیون کووید در جمعیت مسلمانان پایین‌تر از سایرین گزارش شد (۲۹). عامل دیگری که در پایین بودن میزان پذیرش واکسن مؤثر گزارش شده، عدم توصیه‌ی رهبران مذهبی بود (۳۲) لذا ورود رهبران مذهبی در موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون می‌توانست تأثیرگذار باشد.

از یافته‌های دیگر این پژوهش، مقبولیت بیشتر طب مکمل در محافظت در مقابل بیماری کووید-۱۹ بود که منجر می‌شد افراد از دریافت واکسن در بارداری اجتناب کرده و به استفاده از رویکردهای طب سنتی و جایگزین روی آورند. چالش‌های مرتبط با واکسیناسیون کووید-۱۹ همچون اطلاعات نادرست و گمراه‌کننده،

نتیجه گیری

با توجه به توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت به واکسیناسیون همگانی و بخصوص زنان باردار در خصوص بیماری نوظهور کووید-۱۹، و در عین حال عدم پذیرش همگان در دریافت واکسن، شناخت موانع تزریق واکسن، به منظور اجرای مداخلات مؤثر در جهت پوشش بهینه‌ی ایمن‌سازی کمک‌کننده است. یکی از مهم‌ترین مسائل، جلب اعتماد و عدم اجبار و الزام به واکسن، شنیدن نگرانی‌ها، تدابیر آگاهانه با در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی، اصلاح باورهای نادرست، توسعه اطلاعات علمی و منسجم با استفاده از رسانه‌های مورد قبول عموم مردم و شفاف‌سازی اطلاعات به روز موجود در خصوص کارایی و بی‌خطری واکسن‌ها توسط سیستم بهداشتی در این جمعیت خاص است. لذا آگاه‌سازی زنان باردار با همکاری و نقش پررنگ ماماها و متخصصین زنان بر مبنای مستندات جدید و علمی و با تأکید بر بی‌خطری، اثربخشی، کارایی و نقش واکسن در کاهش مرگ و میر مادر باردار و حتی نوزاد ممکن خواهد بود تا میزان پذیرش واکسیناسیون در بحران‌های مشابه در بین زنان باردار به عنوان یکی از گروه‌های پرخطر جامعه افزایش یابد. از محدودیت‌های این پژوهش، دسترسی به مشارکت‌کنندگان با تمایل به شرکت در مطالعه و انجام مصاحبه‌های متعدد بود که انجام این پژوهش را با دشواری‌هایی همراه ساخت و محقق کوشید تا با برقراری ارتباط صمیمانه این مشکل را مرتفع سازد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی در رشته مامایی به شماره‌ی ۶۲۶۱ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب و با حمایت مالی آن دانشگاه به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات تمامی افرادی که پژوهشگران را در اجرای این طرح یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

فرهنگ‌ها و اعتقاداتی که به طور بالقوه در روند واکسیناسیون اختلال ایجاد می‌کنند، در مقبولیت بیشتر طب سنتی در این برهه‌ی زمانی نقش داشته است (۳۳). سیستم بهداشتی باید بی‌خطری و ایمنی واکسن کووید-۱۹ را برای مردم به صورت شفاف تشریح کند تا آن‌ها آگاهانه واکسیناسیون را بپذیرند و در نتیجه، همه‌گیری چنین بیماری‌هایی، هرچه زودتر پایان یابد.

در این مطالعه، ترس از عوارض فوری، ناشناخته، درازمدت و احتمال آسیب یا از دست رفتن جنین و همچنین ابهامات ایجاد شده و دریافت اطلاعات متناقض از منابع مختلف، منجر به ترس و ابهام نسبت به دریافت واکسن شده بود. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترس و نگرانی از عوارض ناشناخته واکسن مانع از تمایل زنان باردار نسبت به دریافت واکسن کرونا می‌شود (۳۴، ۳۵) و بسیاری از زنان باردار نگران آسیب به جنین و از دست رفتن آن هستند (۱، ۱۸). پژوهش حاضر، اعتقاد به آسیب‌زایی واکسن در زنان همچون پژوهش انجام شده در انگلستان (۱۸)، قوی‌تر از ایمنی‌بخشی آن بود. در نتیجه زنان از دریافت واکسن کرونا امتناع می‌کردند. در مقابل، در مطالعه‌ای، ترس از عوارض ناشی از ابتلا به بیماری همچون مرگ، از مشوق‌های زنان باردار نسبت به دریافت واکسن بوده است (۱).

در مطالعه‌ی حاضر، دیده شد عدم تمایل نسبت به دریافت واکسن کووید-۱۹ تحت تأثیر اطلاعات نادرست موجود در فضای مجازی و نظرات متفاوت ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نیز قرار گرفته است. نقش فضای مجازی و رسانه‌های جمعی (۱) و عدم اتفاق نظر توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی (۳۶) در پژوهش‌های دیگر نیز اشاره شده که نیاز است با استفاده از شبکه‌های ارتباطی و رسانه‌هایی همچون صدا و سیما که برای مردم از مقبولیت بیشتری نسبت به فضاهای مجازی برخوردار است، اطلاعات ضروری و پایه را به گوش افراد رسانید.

References

1. Uludağ E, Serçekuş P, Yıldırım DF, Özkan S. A qualitative study of pregnant women's opinions on COVID-19 vaccines in Turkey. *Midwifery* 2022; 114: 103459.
2. Wu Q, Dong S, Li X, Yi B, Hu H, Guo Z, et al. Effects of COVID-19 non-pharmacological interventions on dengue infection: A systematic review and meta-analysis. *Front Cell Infect Microbiol* 2022; 12: 892508.
3. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Appel C, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* 2021; 5(7): 947-53.
4. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222(6): 521-31.
5. Rangchaikul P, Venketaraman V. SARS-CoV-2 and the immune response in pregnancy with delta variant considerations. *Infect Dis Rep* 2021; 13(4): 993-1008.
6. Panahi L, Amiri M, Pouy S. Risks of novel coronavirus disease (COVID-19) in pregnancy; a narrative review. *Arch Acad Emerg Med* 2020; 8(1): e34.

7. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, Silverstein J, Penfield CA, Roman AS, et al. Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 224(5): 510.e1-.e12.
8. Muhidin S, Behboodi Moghadam Z, Vizheh M. Analysis of maternal coronavirus infections and neonates born to mothers with 2019-nCoV; a systematic review. *Arch Acad Emerg Med* 2020; 8(1): e49.
9. Januszek SM, Faryniak-Zuzak A, Barnaś E, Łoziński T, Góra T, Siwiec N, et al. The approach of pregnant women to vaccination based on a COVID-19 systematic review. *Medicina (Kaunas)* 2021; 57(9): 977.
10. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. [Online]. [cited 10 September 2023]; Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
11. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med* 2021; 27(2): 225-8.
12. Barello S, Nania T, Dellafiore F, Graffigna G, Caruso R. 'Vaccine hesitancy' among university students in Italy during the COVID-19 pandemic. *Eur J Epidemiol* 2020; 35(8): 781-3.
13. Sharma O, Sultan AA, Ding H, Triggler CR. A review of the progress and challenges of developing a vaccine for COVID-19. *Front Immunol* 2020; 11: 585354.
14. Gencer H, Özkan S, Vardar O, Serçekuş P. The effects of the COVID 19 pandemic on vaccine decisions in pregnant women. *Women Birth* 2022; 35(3): 317-23.
15. Dodd RH, Pickles K, Cvejic E, Cornell S, Isautier JMJ, Copp T, et al. Perceived public health threat a key factor for willingness to get the COVID-19 vaccine in Australia. *Vaccine* 2022; 40(17): 2484-90.
16. Moore S, Hill EM, Tildesley MJ, Dyson L, Keeling MJ. Vaccination and non-pharmaceutical interventions for COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(6): 793-802.
17. Eberhardt J, Ling J. Predicting COVID-19 vaccination intention using protection motivation theory and conspiracy beliefs. *Vaccine* 2021; 39(42): 6269-75.
18. Anderson E, Brigden A, Davies A, Shepherd E, Ingram J. Maternal vaccines during the Covid-19 pandemic: A qualitative interview study with UK pregnant women. *Midwifery*. 2021; 100: 103062.
19. Skjefte M, Ngirbabul M, Akeju O, Escudero D, Hernandez-Diaz S, Wyszynski DF, et al. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women and mothers of young children: results of a survey in 16 countries. *Eur J Epidemiol* 2021; 36(2): 197-211.
20. Abuhammad S. Attitude of pregnant and lactating women toward COVID-19 vaccination in Jordan: a cross-sectional study. *J Perinat Med* 2022; 50(7): 896-903.
21. Soares P, Rocha JV, Moniz M, Gama A, Laires PA, Pedro AR, et al. Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy. *Vaccines (Basel)* 2021; 9(3): 300.
22. Kyngas H, Mikkonen K, Käääriäinen M. The application of content analysis in nursing science research. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020.
23. Hurford JE. COVID-19 and compulsory vaccination: An acceptable form of coercion? *New Bioeth* 2022; 28(1): 4-26.
24. Steinberg A. Pregnancy: Ethical issues of vaccine refusal. In: Schenker JG, Birkhaeuser MH, Genazzani AR, Mettler L, Sciarra JJ, editors. Hot topics in human reproduction: Ethics, law and society. Berlin, Heidelberg: Springer International Publishing; 2023. p. 25-30.
25. Li M, Luo Y, Watson R, Zheng Y, Ren J, Tang J, et al. Healthcare workers' (HCWs) attitudes and related factors towards COVID-19 vaccination: a rapid systematic review. *Postgrad Med J* 2021; 99(1172): 520-8.
26. Al-Metwali BZ, Al-Jumaili AA, Al-Alag ZA, Sorofman B. Exploring the acceptance of COVID-19 vaccine among healthcare workers and general population using health belief model. *J Eval Clin Pract* 2021; 27(5): 1112-22.
27. Shahsavarinia K, Faridaalae G, Soleimanpour H, Sadeghi-Ghyassi F, Atashgahi S, Milanchian N, et al. Cerebral venous thrombosis (CVT) following COVID-19 vaccination: an umbrella review of systematic reviews. *Iran J Med Microbiol* 2023; 17(1): 7-21.
28. Skirrow H, Barnett S, Bell S, Riaposova L, Mounier-Jack S, Kampmann B, et al. Women's views on accepting COVID-19 vaccination during and after pregnancy, and for their babies: a multi-methods study in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22(1): 33.
29. Razai MS, Chaudhry UAR, Doerholt K, Bauld L, Majeed A. COVID-19 vaccination hesitancy. *BMJ* 2021; 373: n1138.
30. Corben P, Leask J. Vaccination hesitancy in the antenatal period: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2018; 18(1): 566.
31. Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Orhon FŞ, Ulukol B. Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. *Indian J Pediatr* 2019; 86(1): 38-43.
32. Phiriyasart F, Aimyong N, Jirapongsuwan A, Roseh N. COVID-19 vaccine hesitancy among older adult Thai Muslim people: A case-control study. *Vaccine* 2023; 41(41): 6048-54.
33. Makrufardi F, Saputri A, Phillabertha PS. COVID-19 vaccine: The challenge of herbal medicine community belief in a developing country-Letter to the editor. *Afr J Infect Dis* 2021; 15(2): 1-2.
34. Naghizadeh S, Mirghafourvand M. Relationship of fear of COVID-19 and pregnancy-related quality of life during the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs* 2021; 35(4): 364-8.
35. Sutton D, D'Alton M, Zhang Y, Kahe K, Cepin A, Goffman D, et al. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant, breastfeeding, and nonpregnant

- reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 3(5): 100403.
36. Nomura S, Eguchi A, Yoneoka D, Kawashima T, Tanoue Y, Murakami M, et al. Reasons for being

unsure or unwilling regarding intention to take COVID-19 vaccine among Japanese people: A large cross-sectional national survey. *Lancet Reg Health West Pac* 2021; 14: 100223.

Explaining the Reasons for Not Receiving the COVID-19 Vaccine during Pregnancy: A Qualitative Study

Ziba Raisi Dehkordi¹, Hadis Sourinejad², Elham Adibmoghaddam³, Sedighe Jamali Gandomani⁴, Akram Karami Dehkordi⁴, Maryam Shirmohammadi¹

Original Article

Abstract

Background: During the outbreak of infectious diseases such as COVID-19, pregnant women and their fetuses are among high-risk groups, and vaccination is one of the most effective ways to prevent some infectious diseases. However, there is little information about the attitude of pregnant women, their husbands, and health service providers regarding receiving COVID-19 immunization. Therefore, the purpose of the present study was to explain the reasons for not receiving the COVID-19 vaccine during pregnancy.

Methods: The present research was conducted in the framework of a qualitative approach and with the method of inductive content analysis in 2022. 29 participants including pregnant women, their spouses and, health service providers were selected with purposeful sampling and a maximum diversity participant selection strategy. The data collection tool was a semi-structured interview. Data analysis was done manually by the Granheim and Lundman method.

Findings: The data analysis led to the emergence of 367 codes, 10 subcategories, and 3 main categories ("Incorrect performance of the health system", "Attitudes, opinions, beliefs" and "fears and uncertainties").

Conclusion: Knowing the obstacles to vaccine injection helps implement effective interventions for optimal immunization coverage. It will be possible to inform pregnant women with the cooperation and strong role of midwives and gynecologists based on new and scientific documents and emphasizing the safety, effectiveness, efficiency, and role of the vaccine in reducing the mortality of pregnant mothers and even neonates until the acceptance of vaccination in similar crises will increase among pregnant women as one of the most dangerous groups in the society.

Keywords: Attitude; COVID-19; Mass vaccination; Pregnancy; Qualitative research

Citation: Raisi Dehkordi Z, Sourinejad H, Adibmoghaddam E, Jamali Gandomani S, Karami Dehkordi A, Shirmohammadi M. **Explaining the Reasons for Not Receiving the COVID-19 Vaccine during Pregnancy: A Qualitative Study.** J Isfahan Med Sch 2024; 41(741): 953-64.

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2- Assistant Professor, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

3- Assistant Professor, Counseling and Reproductive Health Research Centre, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4- Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Corresponding Author: Elham Adibmoghaddam, Assistant Professor, Counseling and Reproductive Health Research Centre, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran; Email: adibme921@gmail.com