

Medical Ethics and Law  
Research Center

# Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): 21

Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

## A Comparison between Observing Medical Ethics Principals and Labor Pain Perception from the Perspective of the Women of Lur and Fars Ethnicities

Leila Bozorgian<sup>1</sup>, Roksana Janghorban<sup>2</sup>, Parvin Yadollahi<sup>2\*</sup>

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. Department of Midwifery, Maternal-Fetal Medicine Research Center. School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Safe and satisfactory delivery with the least pain experience is one of the important principles in providing midwifery services in any society and culture. The key point in the management of labor pain is the ethical commitment of the service providers. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the relationship between the observance of medical ethics on the part of the medical team during the delivery process and labor pain perception in the women having natural births from the perspective of the parturient women visiting the birthing centers in Yasuj and Shiraz.

**Methods:** This research is a correlational descriptive study. The study population consisted of 400 parturient women visiting the maternity hospitals affiliated to Yasuj and Shiraz University of Medical Sciences in 2019. Sampling was done through convenience sampling method. The data collection tools included a demographic information questionnaire, the Perception of Labor Pain Questionnaire (PLPQ) by Yadollahi et al and Medical Ethics Attitude in Vaginal Delivery Questionnaire (MEAVDQ) by Mirzaee et al. The data were analyzed through SPSS 22 software using Pearson's correlation coefficient and regression analysis. The significance level was  $p < 0.05$ .

**Ethical Considerations:** Ethical considerations were observed through completing the informed consent form, voluntary participation and explaining the research objectives.

**Results:** According to the parturient women in the city of Yasuj (group 1), respect for autonomy ( $\beta = -0.530$ ,  $P = 0.001$ ) as well as the principles of beneficence and non-maleficence ( $\beta = -0.361$ ,  $P = 0.002$ ) were the negative predictors of the score of labor pain perception. However, according to the women in Shiraz (group 2), only the principles of beneficence and non-maleficence ( $\beta = -0.267$ ,  $P < 0.037$ ) were the negative predictors of the score of labor pain perception. In addition, observing the principle of respect for autonomy was different from the viewpoints of the parturient women in the two groups ( $P = 0.006$ ).

**Conclusion:** Considering that the second and the third principles of medical ethics, beneficence and non-maleficence, are of equal importance in both cultures, the delivery team can reduce the severity of labor pain through paying complete attention to both the mother and the fetus, as well as avoiding unnecessary intervention in any culture. Therefore, it is possible to take a step towards promoting maternal and child health and prevent further irreparable psychological harm to mothers.

**Keywords:** Medical Ethics; Pain Perception; Natural Childbirth

**Corresponding Author:** Parvin Yadollahi; **Email:** [yadollahi\\_556@yahoo.com](mailto:yadollahi_556@yahoo.com)

**Received:** August 22, 2022; **Accepted:** January 14, 2022; **Published Online:** March 18, 2023

### Please cite this article as:

Bozorgian L, Janghorban R, Yadollahi P. A Comparison between Observing Medical Ethics Principals and Labor Pain Perception from the Perspective of the Women of Lur and Fars Ethnicities. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e21.



## مجله اخلاق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و هفتم، ۱۴۰۱



# مقایسه رعایت اصول اخلاق پزشکی و ادراک درد زایمان از دیدگاه زنان قوم لر و فارس

لیلا بزرگیان<sup>۱</sup>، رکسانا جانقربان<sup>۲</sup>، پروین یدالهی<sup>۲\*</sup>

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** زایمان ایمن و رضایت‌بخش با کمترین تجربه درد از اصول مهم ارائه خدمات مامایی در هر جامعه و فرهنگی است. نکته کلیدی در مدیریت درد زایمان، تعهد اخلاقی ارائه‌دهندگان خدمات است. این مطالعه با هدف مقایسه ارتباط بین رعایت اخلاق پزشکی تیم درمان در فرآیند زایمان و ادراک درد زنان دارای زایمان طبیعی، از دیدگاه زنان زائوی مراجعه‌کننده به مراکز زایمانی شهرستان‌های شیراز و یاسوج انجام شد.

**روش:** این یک پژوهش توصیفی - مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل ۴۰۰ زن زائوی مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و شیراز در سال ۱۳۹۹ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. اطلاعات از طریق سه پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه ادراک درد زایمان طبیعی یدالهی و همکاران و پرسشنامه دیدگاه مادران نسبت به رعایت اخلاق پزشکی در فرآیند زایمان میرزایی و همکاران جمع‌آوری شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 22 وارد شده و با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند. سطح معنی‌داری  $p < 0.05$  بود.

**ملاحظات اخلاقی:** ملاحظات اخلاقی شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه، شرکت داوطلبانه و بیان اهداف تحقیق رعایت شد.

**یافته‌ها:** از نظر زنان زائوی شهرستان یاسوج (گروه ۱)، احترام به استقلال فردی ( $P = 0.001$ )،  $\beta = 0.530$ ) و رعایت سودرسانی و ضرر نرساندن ( $P = 0.002$ )،  $\beta = 0.361$ ) پیش‌بینی‌کننده منفی نمره ادراک درد زایمان بودند، در حالی که از نظر زنان شهر شیراز (گروه ۲)، تنها رعایت سودرسانی و ضرر نرساندن پیش‌بینی‌کننده منفی نمره ادراک درد زایمان بود ( $P < 0.037$ )،  $\beta = -0.267$ ). همچنین اصل رعایت احترام به استقلال فردی از نظر زنان زائو دو گروه تفاوت داشت ( $P = 0.006$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت یکسان اصل دوم و سوم اخلاق پزشکی، سودمندی و ضرر نرساندن، در هر دو فرهنگ، تیم زایمان می‌تواند با توجه کامل به مادر و جنین و پرهیز از مداخله غیر ضروری در هر فرهنگی، از شدت درد زایمان بکاهد. بنابراین می‌توان در جهت ارتقای سلامت مادر و کودک گام برداشت و از آسیب‌های روانی جبران‌ناپذیر بیشتر به مادران جلوگیری کرد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی؛ ادراک درد؛ زایمان طبیعی

نویسنده مسئول: پروین یدالهی؛ پست الکترونیک: [yadollahi\\_556@yahoo.com](mailto:yadollahi_556@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

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

Bozorgian L, Janghorban R, Yadollahi P. A Comparison between Observing Medical Ethics Principals and Labor Pain Perception from the Perspective of the Women of Lur and Fars Ethnicities. *Fašlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e21.

## مقدمه

احترام به منزلت و کرامت انسانی از مهم‌ترین ارکان اساسی در ایجاد رضایتمندی بیماران از خدمات نظام بهداشت و درمان است (۱). در تمام دنیا نگرانی‌های فراوانی درباره رعایت اخلاق پزشکی حین ارائه خدمات بهداشتی وجود دارد که باعث شده جهت رفع این نگرانی‌ها، کدهای اخلاق حرفه‌ای مبتنی بر اصول اخلاقی شامل ارزش‌ها، باورها، وظایف و تعهدات اخلاقی و ویژگی‌های فرهنگی مورد توجه مسئولین نظام سلامت قرار گیرد (۲-۳). به منظور ارتقای سلامت مادران و کودکان و ارتقای مراقبت‌های مامایی کنفدراسیون بین‌المللی مامایی کدهای اخلاق حرفه‌ای این رشته را تدوین کرد (۲). بر اساس آن وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران نیز در سال ۱۳۹۳ با هدف ارتقای کیفیت خدمات مامایی در کشور، اقدام به تهیه و انتشار ۸۵ کد اخلاق حرفه‌ای مامایی در قالب ۶ حیطة بر اساس شرایط بالین و فرهنگ ایرانی نمود (۲، ۴).

یکی از حوزه‌های مهم خدمات مامایی و متخصصین زنان که نیازمند رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای است، ارائه زایمان ایمن و خوشایند با کمترین تجربه درد است، چراکه تجربه درد می‌تواند پیامدهای منفی جسمی، روانی و اجتماعی در زندگی فرد به جای گذارد (۵)، لذا رکن اصلی در زمینه مدیریت درد، تعهد اخلاقی متخصصان و مراقبین بهداشتی در راستای کاهش یا از بین بردن درد و خوشایندسازی تجربه زایمان است که به نظر می‌رسد تا حدود زیادی نادیده گرفته شده است (۶). در این راستا سازمان بهداشت جهانی نیز اجرای دستورالعمل مراقبت‌های محترمانه مادری (RMC: Respectful Maternity Care) را به صورت رعایت اخلاق حرفه‌ای، توجه به جنبه‌های روانی، اجتماعی، فرهنگی در ارائه خدمات مامایی به ویژه درد زایمان تأکید کرده است (۷).

درد زایمان در میان انواع دردها، پدیده‌ای شایع و اجتناب ناپذیر از فرایند زایمان است (۸). به منظور دستیابی زنان به تجربه مثبت از درد زایمان صرفاً رویکرد درمان طبی برای کاهش درد کافی نیست، بلکه لازمه آن درک معنای درد و شناخت واکنش‌های رفتاری زائو نسبت به درد توسط تیم

زایمان است. برای دستیابی به این هدف ارائه‌دهندگان خدمات ملزم به برقراری ارتباط مناسب، حمایت عاطفی، همدلی و راهکارهای مناسب سازگاری با درد و عدم برخوردهای منفی مانند دادزدن، بی‌اعتنایی به نیاز زائو و نداشتن رفتارهای حمایت‌گرایانه می‌باشند که بیشتر مواقع به فراموشی سپرده می‌شود (۹). این مسأله نه تنها سبب افزایش ترس و نگرانی و ادراک منفی به درد زایمان می‌گردد، بلکه حتی زنان را از دریافت مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی بعدی دور می‌سازد (۱۰).

تجربه زایمان می‌تواند روی احساسات مادرانه و عزت نفس آن‌ها تأثیر به‌سزایی داشته باشد، لذا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یک پشتیبان قابل اعتماد برای زنان باردار نقش مهمی در این دوران به عهده دارند (۱۱-۱۲). تجربه نشان می‌دهد که بدرفتاری و خشونت می‌تواند بر تعامل بین زائو و عامل زایمان تأثیر فراوانی بگذارد که این خشونت‌ها می‌تواند عاطفی، کلامی، ترک یا امتناع از کمک به زائو در هنگام زایمان باشد (۱۳). در این راستا هماهنگی با اصول و قواعد اخلاقی تیم زایمان، می‌تواند به ارائه برخورد و مراقبت مطلوب و عادلانه، حفاظت از زنان، کاهش اضطراب و افزایش سطح مقاومت به درد زایمان و ایجاد انگیزه در زنان و افزایش اعتماد و رضایت دوجانبه بین عاملین زایمان و زائو گردد (۱۴). رعایت آیین اخلاق حرفه‌ای توسط تیم زایمان، در ایجاد ارتباط مناسب با زائو، تأثیرگذار بوده و سبب حفظ شأن و منزلت و حریم خصوصی بیمار شده و همچنین سبب کاهش ترس آن‌ها در فرایند زایمان می‌شود (۱۵).

نتایج حاصل از برخی مطالعات حاکی از آن است که ماماها با انجام مراقبت‌های لازم و تشویق زنان، نقش مهمی در کاهش درد زایمان ایفا می‌کنند (۱۶). از سویی دیگر تفاوت‌های فرهنگی در بین جوامع سبب تفسیر، ادراک و پاسخ‌های متعدد به درد زایمان گشته است (۱۷)، زیرا ورودی‌های حسی ناراحت‌کننده به نام درد و در نتیجه ادراک آن تحت تأثیر تعامل مؤلفه‌های فردی، اجتماعی، مفهومی، قضاوتی، عاطفی - انگیزشی و به ویژه فرهنگی قرار می‌گیرد (۱۸)، به طوری که در برخی فرهنگ‌ها همچون کشور کره، زنان باید هنگام

از آنجا که تجربه زایمان و درک معنای درد زایمان کاملاً شخصی و منحصر به فرد بوده و طیف رفتارهای حین زایمان به صورت کلامی و غیر کلامی دارای تنوع فرهنگی اساسی میان زنان است، به نظر می‌رسد همکاری و همراهی تیم درمان در رعایت اصول اخلاق پزشکی با در نظرگیری بستر فرهنگی زائو، می‌تواند به خوشایندسازی این تجربه در مادران و تصمیم به بارداری بعدی و حتی هویت زنانه فرد کمک شایانی کند (۲۷). محققان معتقدند توجه به ساختار فرهنگی زنان و ادراک آنان از درد زایمان می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی درد و خوشایندسازی زایمان طبیعی تأثیرگذار باشد (۲۸). با توجه به اینکه زنان این مطالعه از دو فرهنگ مختلف فارس و لر بودند و نگرش، باورها و انتظارات آنان بر اساس ساختار فرهنگی‌شان می‌تواند بر پاسخ آن‌ها به درد و کسب تجربه مثبت یا منفی از زایمان تأثیر بگذارد، لذا محققان بر آن شدند تا به مقایسه رعایت اخلاق پزشکی و ادراک درد زایمان از دیدگاه زنان قوم لر و فارس بپردازند.

### روش

این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه‌ای است. پژوهشگر پس از معرفی خود به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و شیراز و دریافت کد اخلاق از هر دو دانشگاه اقدام به جمع‌آوری اطلاعات از شرکت‌کننده‌ها کرد. شرکت‌کنندگان، کلیه زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و شیراز در سال ۱۳۹۹ بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، ملیت ایرانی، بارداری با سن حاملگی بیش از ۳۷ هفته و عدم ابتلا به بیماری‌های طبی و روانی، عدم بارداری ناخواسته، عدم وجود عوارض پس از زایمان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، انجام زایمان طبیعی در زایشگاه بدون ابزار، روند لیبر طبیعی بر اساس پارتوگراف و انجام زایمان توسط ماما یا متخصص زنان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

زایمان ساکت بمانند، زیرا دوست ندارند خانواده خود را شرم‌دهنده کنند، در حالی که زنان اروپایی و آمریکایی طیف وسیعی از واکنش‌ها را نسبت به زایمان نشان می‌دهند (۱۹). این در حالی است که در برخی جوامع، درد زایمان به عنوان بخشی از زندگی زنان پذیرفته شده و عنصری اساسی برای رشد معنوی محسوب می‌شود. به طور مثال برای زنان آفریقایی - کانادایی، اگرچه تجربه زایمان، دردناک و حتی پرچالش بود، اما آن را سفری معنوی دانسته که برای کسب عزت نفس و امید، کنترل آن را به دست می‌گیرند (۲۰). بدین ترتیب تجربه یک رفتار، حاصل ترکیب دو عامل درونی باورهای فرهنگی و هنجارهای ذهنی دربرگیرنده ادراکات و اعتقادات فردی است که تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرد (۲۱)، از جمله این عوامل محیطی که می‌تواند به مدیریت درد زایمان و حتی تسکین آن کمک کند، ارتباط مناسب و رابطه قابل اعتماد و محترمانه بین زنان و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که در نهایت منجر به یک تجربه مثبت از زایمان می‌شود (۲۲)، چنانچه در مطالعه‌ای، تعامل مثبت مراقبین هلندی حین زایمان با زائو به صورت رعایت احترام، راز داری و حفظ استقلال وی، سبب تعلق‌گرفتن امتیاز بالای اخلاق پزشکی به آن‌ها از سوی زنان زائو و ایجاد احساس مثبت در زنان پس از زایمان گردید (۲۳). نتایج برخی مطالعات در ایران نیز حاکی از آن بود که رعایت اخلاق پزشکی توسط ماماها و حفظ شأن و منزلت و حریم خصوصی بیمار در ایجاد ارتباط مناسب با زائو تأثیرگذار بوده و سبب کاهش ترس و نگرانی وی در فرایند زایمان شده است (۱۵)، اگرچه مطالعه‌ای در تهران، رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط ماماها مراکز بهداشتی و درمانی را متوسط گزارش کرد (۲۴). مطالعات متعدد به کارگیری اصول اخلاق پزشکی و بروز پیامدهای بهینه و خوشایند را در بیماران و حتی زنان باردار نشان داده‌اند (۲۵-۲۶)، اما در حوزه مدیریت درد زایمان تا کنون مطالعه‌ای به بررسی ادراک درد زایمان زنان زائو دارای فرهنگ‌های مختلف با رعایت اخلاق پزشکی توسط تیم درمان صورت نگرفته است.

حجم نمونه، با در نظر گرفتن مفروضات ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و حداقل ضریب همبستگی پیش‌بینی شده ۰/۲۵ با استفاده از فرمول ۱، ۱۳۰ نفر برآورد گردید که C از فرمول ۲ محاسبه و ۱ میزان ضریب همبستگی می‌باشد. برای افزایش دقت نمونه‌گیری و تحلیل‌های درون‌گروهی، حجم نمونه ۲۰۰ نفر از زایشگاه شهر یاسوج و ۲۰۰ نفر از زایشگاه شهر شیراز در نظر گرفته شد (۲). نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس جمع‌آوری شدند.

فرمول ۱:

$$n = \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{(c)^2} + 3$$

فرمول ۲:

$$c = 0.5 \times \ln \left[ \frac{1+r}{1-r} \right]$$

پس از دریافت مجوزهای لازم و کد اخلاق رضایت آگاهانه کتبی از مادران، پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ادراک درد زایمان طبیعی و پرسشنامه دیدگاه مادران نسبت به رعایت اخلاق پزشکی در فرآیند زایمان توسط شرکت‌کنندگان در بازه زمانی ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از زایمان تکمیل گردید. پرسشنامه ادراک درد زایمان طبیعی توسط یدالهی و همکاران (۲۰۱۹ م.) طراحی شده و روایی و پایایی آن به صورت  $CVR > 0/52$  (Content Validity Ratio) و  $CVI > 0/7$  (Content Validity Index) و روایی سازه  $KMO = 0/8$  (Kaiser-Meyer-Olkin)، واریانس کل ۴۲/۵۴ و همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۹۴ بود. این پرسشنامه دارای ۳۱ گویه با مقیاس ۵ قسمتی لیکرت در ۵ بعد، آمادگی برای تجربه درد زایمان (۵ گویه)، ماهیت درد زایمان تجربه‌شده (۸ گویه)، عوامل تنش‌زای درونی حین درد زایمان (۵ گویه)، عوامل تنش‌زای بیرونی حین درد زایمان (۴ گویه) و تعالی با درد زایمان (۹ گویه) بود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۵۵ و حداقل نمره ۳۱ می‌باشد. در این پرسشنامه گویه‌ها بر اساس مقیاس ۵ قسمتی لیکرت امتیازبندی شدند،

به طوری که به گزینه‌های کاملاً درست نمره ۵ و کاملاً نادرست نمره ۱ تعلق گرفت (۲۹). پرسشنامه ۵۹ سؤالی دیدگاه مادران نسبت به رعایت اخلاق پزشکی در فرآیند زایمان توسط میرزایی و همکاران (۲۰۱۵ م.) طراحی و اعتباریابی شد، بدین صورت که با انجام روایی محتوا، CVI اعتباریابی کلی پرسشنامه ۰/۸۹ و CVR نهایی کلی پرسشنامه معادل ۰/۵۱ به دست آمد. پایایی پرسشنامه، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کلی پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه شد. در کلی پرسشنامه دربرگیرنده ۴ اصل بوده که هر اصل دارای چندین حیطه می‌باشد. این چهار اصل شامل: اصل احترام به استقلال فردی (دارای ۳ حیطه: دادن اطلاعات لازم به مادر، رعایت خلوت مادر و تعامل با مادر)، اصول سودرسانی و ضرر نرساندن (دارای ۷ حیطه: اهمیت نقش ماما و پزشک، اطمینان از سلامت جنین، درد مادر، استرس مادر، سلامت مادر، چگونگی نیاز به داروهای ضد درد و آرامش مادر) و اصل رعایت عدالت (دارای ۳ حیطه: اعتماد به ماما و پزشک، ضرورت پاسخگویی به درخواست‌های مادر و به کارگیری امکانات مساوی برای هر مادر) بود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۲۹۵ و حداقل نمره ۵۹ در نظر گرفته شده بود. در این پرسشنامه نیز پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ قسمتی لیکرت از کاملاً موافقم (امتیاز ۵)، تا موافق نیستم (امتیاز ۱) امتیازبندی شد (۳۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کلی پرسشنامه ۰/۷۲ محاسبه شد.

#### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی زنان شرکت‌کننده مراکز زایمانی شهر یاسوج (گروه ۱) در مطالعه  $28/52 \pm 6/53$  سال بود. اکثر آنان خانه‌دار (۸۹/۵ درصد)، دارای تحصیلات دبیرستانی (۳۹ درصد)، همچنین اکثر آن‌ها به تشویق همسر زایمان طبیعی داشته (۹۲/۵ درصد)، دارای قومیت لر (۹۰ درصد) و راضی از وضعیت اقتصادی (۴۷/۵ درصد) خود بودند.

قومیت فارس (۷۶/۵ درصد) بودند (جدول ۱). خصوصیات دموگرافیک زنان در دو شهر تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ( $P>0.05$ ).

اطلاعات توصیفی زنان زائوی مراجعه‌کننده به مراکز زایمانی شهر شیراز (گروه ۲) نشان داد میانگین سنی زنان زایمان کرده  $28/02 \pm 6/26$  سال، اکثریت آن‌ها خانه‌دار (۸۱/۵ درصد) و با تحصیلات متوسطه (۴۴ درصد) بوده‌اند. اکثر آن‌ها به تشویق همسر زایمان طبیعی داشته (۷۲/۵ درصد) و دارای

جدول ۱: مقایسه اطلاعات دموگرافیک در زنان مراجعه‌کننده جهت زایمان در قوم لر و فارس

متغیر	یاسوج		شیراز		سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۲۸/۵۲	۶/۵۳	۲۸/۰۲	۶/۲۶	**۰/۹۹۹
مؤلفه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۲	۶	۴	۲
	ابتدایی	۲۸	۱۴	۲۸	۱۴
	راهنمایی	۳۵	۱۷/۵	۵۰	۲۵
	دبیرستان	۷۷	۳۹	۸۸	۴۴
	دانشگاه	۴۸	۲۴	۳۰	۱۵
شغل مادر	خانه‌دار	۱۷۹	۸۹/۵	۱۶۳	۸۱/۵
	کارمند	۱۵	۷/۵	۲۱	۱۰/۵
	آزاد	۶	۳	۱۶	۸
رضایت از وضعیت اقتصادی	خیلی ناراضی	۷	۳/۵	۶	۳
	ناراضی	۲۰	۱۰	۳۲	۱۶
	نه راضی نه ناراضی	۶۲	۳۱	۵۸	۲۹
	راضی	۹۵	۴۷/۵	۹۳	۴۶/۵
	خیلی راضی	۱۶	۸	۱۱	۵/۵
قومیت	فارس	۸	۴	۱۵۳	۷۶/۵
	ترک	۱۲	۶	۲۸	۱۴
	لر	۱۸۰	۹۰	۱۹	۹/۵
تشویق همسر به زایمان طبیعی	خیر	۱۵	۷/۵	۵۵	۲۷/۵
	بله	۱۸۵	۹۲/۵	۱۴۵	۷۲/۵

\*\*آزمون خی دو

تفاوت آماری معنی‌داری داشت ( $P<0.001$ ). نمرات ابعاد ادراک درد به جز بعد ماهیت درد زایمان تجربه‌شده در بین زنان زائو دو شهر متفاوت بوده است ( $P<0.05$ ) (جدول ۲).

به منظور مقایسه مؤلفه‌های ادراک درد زایمان در زنان شرکت‌کننده مراکز زایمانی شهر شیراز و یاسوج با استفاده از آزمون تی مستقل، نمره کل ادراک درد بین زنان این دو شهر

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ادراک درد زایمان در زنان مراجعه کننده جهت زایمان در قوم لر و فارس

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری*
آمادگی برای تجربه درد زایمان	یاسوج	۱/۹۲	۰/۸۸	-۲۰/۳۴۱	۳۹۹	۰/۰۰۱
	شیراز	۳/۷۴	۰/۹۱			
ماهیت درد زایمان تجربه شده	یاسوج	۳/۹۶	۰/۶۸	۱/۷۰۱	۳۹۹	۰/۰۹
	شیراز	۳/۸۳	۰/۸۴			
عوامل تنش‌زای درونی حین درد زایمان	یاسوج	۴/۲۲	۰/۶۹	۵/۰۶۳	۳۹۹	۰/۰۰۱
	شیراز	۳/۸۲	۰/۸۹			
عوامل تنش‌زای بیرونی حین درد زایمان	یاسوج	۳/۴۲	۰/۸۹	-۲/۳۳۱	۳۹۹	۰/۰۲
	شیراز	۳/۶۵	۱/۰۵			
تعالی با درد زایمان	یاسوج	۱/۶۶	۰/۴۸	-۳۰/۸۸۸	۳۹۹	۰/۰۰۱
	شیراز	۳/۷۷	۰/۸۴			
نمره کل ادراک درد	یاسوج	۲/۹۴	۰/۴۱	-۱۴/۳۲۶	۳۹۹	۰/۰۰۱
	شیراز	۳/۷۷	۰/۷۲			

\*آزمون تی مستقل

نمره میانگین احترام به استقلال فردی از دیدگاه زنان گروه ۲ بیشتر از زنان گروه ۱ بود (جدول ۳).

برای مقایسه نمرات رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط تیم پزشکی از دیدگاه زنان زائو دو گروه، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، تنها اصل رعایت احترام به استقلال فردی از نظر زنان زائو دو گروه تفاوت داشت ( $P=0.006$ )، به طوری که

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط تیم درمان از دیدگاه زنان مراجعه کننده جهت زایمان در قوم لر و فارس

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری*
استقلال فردی	یاسوج	۳/۹۰	۰/۸۳	-۲/۷۵۲	۳۹۹	۰/۰۰۶
	شیراز	۴/۱۰	۰/۵۸			
اصول سوردسانی و عدم اضرار	یاسوج	۳/۹۶	۰/۶۱	-۱/۰۳۶	۳۹۹	۰/۳۰۱
	شیراز	۴/۰۳	۰/۶۵			
اصل عدالت	یاسوج	۴/۰۸	۰/۶۸	-۰/۹۶۱	۳۹۹	۰/۳۳۷
	شیراز	۴/۱۵	۰/۷۱			

\*آزمون تی مستقل

( $\beta=-۰/۳۶۱$ ) پیش‌بینی کننده منفی نمره ادراک درد زایمان بودند. بدان معنی که کسب نمره بالاتر در این دو اصل اخلاق پزشکی با نمره کمتر ادراک در زایمان همراه بود (جدول ۴)،

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از دیدگاه زنان گروه ۱، در بین اصول اخلاق پزشکی، اصل استقلال فردی ( $P<0.001$ )، ( $\beta=-۰/۵۳۰$ ) و اصول سوردسانی و ضرر نرساندن ( $P=۰/۰۰۲$ )،

رگرسیون نشان داد که از دیدگاه زنان دو گروه، رعایت اصل عدالت، پیش‌بینی‌کننده ادراک درد زایمان نبود.

اما از نظر زنان گروه ۲، تنها رعایت اصول سودرسانی و ضرر نرساندن ( $\beta = -0/267, P = 0/037$ ) پیش‌بینی‌کننده منفی نمره ادراک درد زایمان بودند (جدول ۵). نتایج آزمون تحلیل

**جدول ۴:** ضرایب رگرسیون نمره ادراک درد زایمان و رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط تیم درمان از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده

جهت زایمان در قوم لر

متغیرها	انحراف استاندارد	ضریب بتا	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده
اصل استقلال فردی	۰/۴۲۰	-۰/۵۳۰	۰/۰۰۱			
اصول سودرسانی و عدم اضرار	۰/۲۴۰	-۰/۳۶۱	۰/۰۰۲	۰/۳۹۹	۰/۱۶	۰/۱۴۶
اصل عدالت	۰/۴۹۹	-۰/۱۲۲	۰/۳۰۸			

**جدول ۵:** ضرایب رگرسیون نمره ادراک درد زایمان و رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط تیم درمان از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده

جهت زایمان در قوم فارس

متغیرها	انحراف استاندارد	ضریب بتا	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده
اصل استقلال فردی	۰/۳۶۳	۰/۰۳۸	۰/۷۵۲			
اصول سودرسانی و عدم اضرار	۰/۱۸۱	-۰/۲۶۷	۰/۰۳۷	۰/۲۶۵	۰/۰۷	۰/۰۵۶
اصل عدالت	۰/۳۸۰	-۰/۰۳۳	۰/۸۰۱			

## بحث

نتایج نشان داد رعایت اصل استقلال فردی در شهر یاسوج کمتر از شهر شیراز بوده است. اصل اتونومی، به رعایت خلوت مادر و دادن اطلاعات لازم و تعامل با وی می‌پردازد که بر درک زنان از درد زایمان تأثیرگذار است. یافته‌های مطالعه صفایی و همکاران (۱۳۹۵ ش.) در شهر مشهد با هدف تعیین میزان رعایت منشور حقوق مادر در هنگام زایمان، نشان داد رعایت حقوق مادر و حفظ حریم خصوصی زنان زائو توسط ماماها به میزان مطلوبی سبب رضایتمندی آنان از زایمان گشته است (۳۱). Gerkin و O'Hara (۲۰۱۴ م.) بیان کردند که تعاملات خصمانه و بی‌احترامی‌های حین زایمان می‌تواند منجر به تجربه آسیب‌زای زایمانی و حتی اختلال استرس‌ساز پس از زایمان شود (۳۲). Vedam و همکاران (۲۰۱۹ م.) نیز نشان دادند در ایالات متحده از هر شش زن زائو، یک زن بدرفتاری را حین زایمان تجربه می‌کند، به طوری که زنان رنگین‌پوست در مقایسه با زنان سفیدپوست، مراقبت‌های

هدف اصلی در این مطالعه، مقایسه رعایت اخلاق پزشکی و ادراک درد زایمان از دیدگاه زنان قوم لر و فارس بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از نظر زنان شرکت‌کننده مراکز زایمانی شهر یاسوج در بین اصول اخلاق پزشکی، رعایت اصول استقلال فردی، سودرسانی و ضرر نرساندن به بیمار پیش‌بینی‌کننده نمره ادراک درد زایمان کمتر بود. این در حالی بود که رعایت اصل عدالت، نقشی در پیش‌بینی ادراک درد زایمان این زنان نداشت. از نظر زنان شرکت‌کننده مراکز زایمانی شهر شیراز، رعایت اصل سودرسانی و ضرر نرساندن پیش‌بینی‌کننده کاهش نمره ادراک درد زایمان بود. این اختلاف در نقش پیشگویی‌کنندگی رعایت اصول اخلاقی بین زنان شرکت‌کننده مراکز زایمانی دو شهر می‌تواند به علت اختلاف معنی دار در میزان رعایت اصل استقلال فردی توسط تیم درمانی در این دو شهر باشد.

برانگیختگی احساسات متناقضی همچون خشم و بیزاری از خود و یا کاهش خودباوری و اعتماد به نفس می‌گردد (۳۸). این رفتارها می‌تواند ناشی از درهم‌آمیختگی ماهیت زیستی درد با عوامل روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی باشد، چنانکه لطیف‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵ ش.) بیان کردند، علیرغم ماهیت زیستی یکسان درد زایمان، به دلیل دارا بودن ابعاد روانی، اجتماعی و فرهنگی درد در انسان، تنوع زیادی در ادراک و معنایردازی و تجربه آن وجود دارد. همین امر سبب شده تا زنان در مواجهه با درد زایمان، شیوه‌های مختلف تطابق و مواجهه با آن را به کار گیرند (۳۹).

دیگر نتیجه مطالعه حاضر، حاکی از تفاوت میانگین نمرات رعایت اصل استقلال فردی بین زنان زائو قوم لر و فارس بود، به طوری که نمره رعایت این اصل توسط تیم زایمان از نظر زنان قوم فارس بالاتر از قوم لر بود. به عبارتی از نظر زنان شیرازی رعایت استقلال فردی و حریم خصوصی زائو در زمان زایمان، توسط تیم درمانی رعایت گردیده است که می‌تواند تأثیر جدی بر تجربه درد زایمان آنان بگذارد. مطالعه‌ای که توسط Demirel و همکاران (۲۰۲۲ م.) در ترکیه انجام شد، نشان داد زنان بارداری که در اتاق‌های یک نفره بستری می‌شوند و زایمان خود را در همان اتاق‌ها انجام می‌دهند، دارای سطوح بالایی از حمایت/ کنترل ادراک از زایمان و رضایت مربوط به مراقبت و همچنین سطوح پایینی از ترس از زایمان بودند. این موضوع می‌تواند بر اهمیت حفظ حریم خصوصی مادران باردار در حین زایمان صحت بگذارد (۴۰). Aynaci و همکاران (۲۰۲۰ م.) نیز بیان کردند ایجاد محیط مناسب و امن برای زائو حین زایمان و بعد از آن، جهت سازگاری وی با شرایط جدید ضرورت دارد، به طوری که با ارائه خدمات لازم و مراقبت‌های حمایتی از زنان زائو حین زایمان، انگیزه بهتر و بیشتری در مدیریت درد توسط خودشان ایجاد شده و در نهایت تجربه خوشایندی از زایمان به دست خواهند آورد (۴۱).

با توجه به اینکه تنوع فرهنگ نقش مهمی در نگرش نسبت به درد زایمان، معنا و درک درد زایمان و مکانیسم‌های مقابله‌ای

همراه با بی‌احترامی بیشتر در طول زایمان و تولد نوزاد خود تجربه می‌کنند (۳۳). Colley و همکاران (۲۰۱۸ م.) هم در گامبیا به این نتیجه رسیدند که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید محیطی ایجاد کنند تا احساس کنترل و حمایت در هنگام زایمان برای زنان ایجاد شده و مراقبت‌های حین زایمان نیز تضمین شود (۳۴).

بر اساس دیگر یافته مطالعه حاضر از دیدگاه زنان هر دو شهر، مؤلفه‌های اصول سودرسانی و عدم اضرار شامل اطمینان‌دادن به مادر در مورد سلامت جنین با ارزیابی متناوب قلب جنین در حین لیبر، پیش‌بینی‌کننده کاهش ادراک درد زایمان بود. Ergin و همکاران (۲۰۱۳ م.) نیز در یافته‌های خود به منظور بررسی ارزش‌های اخلاقی و رعایت کدهای اخلاقی توسط ماماها در ترکیه نشان دادند، مرسوم‌ترین ارزش‌های اخلاقی از دیدگاه ماماها ترک و زنان زائو، در نظرگرفتن سلامت مادر و کودک، مسئولیت‌پذیری و شایستگی حرفه‌ای بود (۳۵).

تفاوت نمرات مؤلفه‌های ادراک درد زایمان در زنان زائو شهر شیراز و یاسوج از دیگر نتایج مطالعه حاضر بود، به طوری که نمرات تمام مؤلفه‌ها، به جز بعد ماهیت درد زایمان تجربه شده در بین زنان زائوی دو شهر شیراز و یاسوج متفاوت بود. در همین راستا، نتایج مطالعه Kasai و همکارانش (۲۰۱۰ م.) در برزیل هم بیانگر تمایل به تجربه درد زایمان و درک بهتر لذت مادری با وجود تنش‌های پیرامون زایمان بود (۳۶). همچنین Whitburn و همکاران (۲۰۲۱ م.) در مطالعه خود نشان دادند تفسیر یک زن از معنی درد زایمان نقش مهمی در تجربه درد و نحوه رویارویی با درد زایمان دارد. بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که تجربه درد زایمان به دلیل معنابخشی، با تجربه دردهای دیگر متفاوت است که این می‌تواند، پذیرش روند زایمان و واکنش او را نسبت به درد زایمان تحت‌الشعاع قرار دهد (۳۷). در تفسیر این یافته باید گفت، تجربه درد زایمان، رخداد پیچیده‌ای است که در آن، یک تعامل جسمی ذهنی قوی به منظور درک درونی به وقوع می‌پیوندد، اگرچه در اکثر موارد، بارداری با شور و اشتیاق قابل وصفی همراه است، اما برای اغلب زنان، درد زایمان همواره تنش‌زا بوده و سبب

در بالین به ویژه اتاق زایمان به کاهش استرس و اضطراب زنان زائو و دستیابی به تجربه خوشایند زایمان کمک نمایند.

### مشارکت نویسندگان

لیلا بزرگیان: نگارش مقاله، جمع‌آوری اطلاعات، جمع‌آوری منابع، رکسانا جانقربان: نظارت بر مقاله.

پروین یدالهی: تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش بحث و تفسیر داده‌ها.

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

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

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

### تأمین مالی

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

### ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (کد کمیته اخلاق: IR.SUMS.REC.1399.1062) و دانشگاه علوم پزشکی شیراز (کد کمیته اخلاق: IR.SUMS.REC.1398.1286) به تأیید رسیده است. اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

دارد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به مقایسه رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در تجربه درد زایمان در بین فرهنگ‌های مختلف اقدام شود. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و اعمال آن می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب زنان زائو و خوشایندسازی تجربه زایمان در آن‌ها کمک کند.

از محدودیت‌های این پژوهش، بررسی متغیرها در جمعیت محدودی از زنان زائوی شهر یاسوج و شیراز و انجام مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یاسوج بود، پیشنهاد می‌گردد این مطالعه به صورت مقایسه بین بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی و با حجم بیشتری از زنان نخست‌زا و چندزا با تجربه زایمان طبیعی انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

نگرش، باورها و انتظارات زنان زائو بر اساس ساختار فرهنگی در مورد نتیجه زایمان و توانایی رویارویی با این فرایند می‌تواند بر پاسخ آن‌ها به درد و کسب تجربه مثبت یا منفی تأثیر بگذارد. مهم‌ترین عامل در ایجاد تجربیات منفی زایمان، شرایطی است که در آن مراقبین سلامت مانند پزشکان و ماماها، به نیازهای عاطفی و ارائه مراقبت‌های محترمانه به مادر و در کل اصول اخلاق حرفه‌ای بی‌اعتنایی می‌کنند. از این رو با توجه به نتایج مطالعه حاضر، ماماها و متخصصین زنان می‌توانند با حمایت کافی از استقلال فردی مادر به صورت رعایت خلوت و حریم خصوصی وی، و توجه بر اصل سودرسانی و عدم اضرار به صورت مراقبت از مادر و جنین و استفاده از داروهای ضد درد در صورت لزوم و اعمال سایر مراقبت‌های لازم به حفظ آرامش و خوشایندسازی تجربه زایمان آنان کمک کنند و از آسیب‌های روحی جبران‌ناپذیر بعدی جلوگیری کنند. در نهایت از نتایج این مطالعه چنین استنباط می‌شود که جهت ارتقای هرچه بیشتر کیفیت مراقبت‌های زایمانی، مدیران، برنامه‌ریزان و مربیان بهداشتی و آموزش پزشکی باید با اعمال برنامه‌های ضمن خدمت آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای و ارزیابی میزان به کارگیری این اصول

## References

1. Fazeli SN, Sedghisabet M, Moghadamia MT, Kazemnejad Leili E. The status of observing the charter of patients' rights and related factors from the point of view of hospitalized patients. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2020; 30(3): 144-150. [Persian]
2. Sha'ali M, Shahriari M, Abdi Shahshahan M. Evaluation of Compliance Rate of Midwives with the Codes of Professional Ethics in Maternity and Gynecology Wards of Hospitals Affiliated with Isfahan University of Medical Sciences in 2016. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018; 21(3): 54-63. [Persian]
3. Sanjari M, Zahedi F, Aalaa M, Peimani M, Parsapoor A, Cheraghi MA, et al. Code of ethics for Iranian nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 5(1): 17-28. [Persian]
4. Sanjari M, Zahedi F, Aala M, Peymani M, Aramesh K, Parsapour A, et al. The code of ethics for nurses. *Journal of Medical Ethics and History*. 2012; 5(1): 17-28. [Persian]
5. Gaikwad M, Vanlint S, Moseley GL, Mittinty MN, Stocks N. Understanding patient perspectives on management of their chronic pain-online survey protocol. *Journal of Pain Research*. 2017; 10: 31-35.
6. Venkat A, Fromm C, Isaacs E, Ibarra J, Committee SE. An ethical framework for the management of pain in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2013; 20(7): 716-723.
7. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Golmakani N, Hashemi Asl B, Sajjadi A. Investigating the Factors Associated with Labor Pain and Coping Behavior. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2019; 15(24): 17-25. [Persian]
9. Vaziri F, Khademian Z, Behbahani BM. Qualitative investigation of experiences and perception of primiparous women regarding childbirth in women referring to educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 9(3): 226-236. [Persian]
1. Aziato L, Acheampong AK, Umoar KL. Labour pain experiences and perceptions: A qualitative study among post-partum women in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1): 1-9.
11. Turkstra E, Creedy D, Fenwick J, Buist A, Scuffham P, Gamble J. Health services utilization of women following a traumatic birth. *Archives of Women's Mental Health*. 2015; 18(6): 829-832.
12. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*. 2018; 15(1): 1-13. [Persian]
13. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti J. "When helpers hurt": Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1): 1-12.
14. Hammami MM, Al-Jawarneh Y, Hammami MB, Al-Qadire M. Information disclosure in clinical informed consent: "Reasonable" patient's perception of norm in high-context communication culture. *BMC Medical Ethics*. 2014; 15(1): 1-10.
15. Yousefzadeh S, Zohani M, Mazlom SR, Feyzabadi MG. Knowledge and attitude of midwifery students towards observing the ethical and legal standards of patients' rights. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017; 5(3): 978-987. [Persian]
16. Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010; 55(3): 234-242.
17. Shilling S. *Childbirth education*. Philadelphia: F.H. Nichols, S.S. Humenick; 2022.
18. Yadollahi P, Taghizadeh Z, Ebadi A, Gharacheh M. Spiritual Perception of Women from Labor Pain. *Armaghane Danesh*. 2017; 22(2): 255-270. [Persian]
19. Du Gas B. *Introduction to patient care: A comprehensive approach to nursing*. Translated by Moshtagh Eshgh Z, Atashzadeh F, Barzabadi Farahani Z, Khazaei N, Zohrienbohi S, Ezzati J, et al. Tehran: Globin; 2014.
20. Bassej Etowa J. Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian women. *Contemporary Nurse*. 2012; 41(1): 28-40.
21. Vallerand RJ, Deshaies P, Cuerrier JP, Pelletier LG, Mongeau C. Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action as applied to moral behavior: A confirmatory analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 62(1): 98-109.
22. Bell AF, Andersson E, Goding K, Vonderheid SC. The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual &*

- reproductive healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives. 2018; 16: 67-77.
23. Marit SG, van der Pijl MK, Martine HH, Verhoeven C, Kingma E, de Jonge A. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *Journal Splosorg*. 2021; 16(2): e02466.
24. Vasegh Rahimparvar SF, Nasiriani L, Khoda TF, Bahrani N. Compliance rate of midwives with the professional codes of ethics in Maternal Child Health Centers in Tehran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(2): 46-56. [Persian]
25. Abbasi M, Momenyan S. Barriers to observance of the codes of professional ethics in clinical care: Perspectives of nurses and Midwifery of hospitals affiliated with Qom university of medical sciences in 2016. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2018; 5(1): 33-39. [Persian]
26. Khodarahmi S, Hajian S, Zare E, Nasiri M. The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth: A qualitative study. *J Med Life*. 2022; 15(4): 539-546. [Persian]
27. Buchanan K, Newnham E, Ireson D, Davison C, Bayes S. Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nursing Ethics*. 2022; 29(1): 245-257.
28. Masumi SZ, Golalizadeh Bibalan F, Roshanaei G. Observance of midwifery Code of Ethics among midwifery students and its related factors. *J Med Ethics*. 2016; 10(35): 11-30. [Persian]
29. Yadollahi P, Taghizadeh Z, Ebadi A, Khormaei F. Development and Validation of the Perception of Labor Pain Questionnaire among Iranian Women. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2019; 7(2): 128-137. [Persian]
30. Rabor Mirzaee F, Taghipour A, Mirzaee M, Mirzaei Najmabadi KH, Fazilatpour M, Fattahi Masoum SH. Developing a Questionnaire for Iranian Women's Attitude on Medical Ethics in Vaginal Childbirth. *Nurs Midwifery Stud*. 2015; 4(4): e29004. [Persian]
31. Safaee M, Golmakani N, Abedian Z. Respect to the bill of mother's rights in labor and delivery by midwife responsible for delivery through 360° evaluation in training maternities affiliated to Mashhad University of Medical Science in 2014. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017; 20(1): 43-51. [Persian]
32. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2014; 34(5): 389-401.
33. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*. 2019; 16(1): 1-18.
34. Colley S, Kao CH, Gau M, Cheng SF. Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1): 1-9.
35. Ergin A, Özcan M, Acar Z, Ersoy N, Karahan N. Determination of national midwifery ethical values and ethical codes: In Turkey. *Nursing Ethics*. 2013; 20(7): 808-818.
36. Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 2010; 26(3): 319-326.
37. Whitburn LY, Jones LE. Looking for Meaning in Labour Pain: Are Current Pain Measurement Tools Adequate? *Pain Medicine*. 2021; 22(5): 1023-1028.
38. Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1): 1-9.
39. Latifnejad Roudsari R, Zakerihamidi M, Merghati Khoei E, Kazemnejad A. Comparing the cultural beliefs related to mode of delivery among pregnant women and women with childbirth experiences as vaginal delivery or cesarean section (Tonkabon, 2014). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 24(120): 54-68. [Persian]
40. Demirel G, Nurdan K, Evcili F. The Effects of the Number of Pregnant in the Labor Room on Perception of Support, Fear of Childbirth and Satisfaction. *Journal of Contemporary Medicine*. 2022; 12(2): 289-293.
41. Aynaci G. Maternal Perspective for Support and Control in Birth. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2020; 4(2): 160-167.