REVIEW ARTICLE

Medicalisation of Labour Induction in Low-Risk Pregnancies: A Scoping Review

Sanaz Bahrami Samani[1]
Maryam Shahveisi[2]
Zohreh Shahhosseini[2]

[1] Professor, Department of Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] PhD Candidate in Midwifery, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 28, 2026; Accepted October 4, 2026)

Abstract

Background and purpose: Induction of labour is a common obstetric intervention, including in low-risk pregnancies. However, its increasing use has raised concerns about the medicalisation of childbirth. Although induction of labour is important when clinically indicated, its growing use may also reflect factors beyond clinical indications, including organisational practices and professional norms. This study aimed to map the existing evidence on factors contributing to the medicalisation of labour induction in low-risk pregnancies through a scoping review.

Materials and methods: This scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines. PubMed, Scopus and Web of Science were searched for English- and Persian-language studies published between 2015 and 2025. Studies examining induction of labour in low-risk or uncomplicated pregnancies were eligible for inclusion, whereas studies focusing on high-risk pregnancies, including those complicated by pre-eclampsia or gestational diabetes, were excluded.

Results: Fifteen articles met the inclusion criteria and were included in the review. The findings were grouped into five main domains influencing the medicalisation of labour induction: (1) clinical decision-making; (2) guidelines and evidence-based clinical protocols; (3) organisational and structural factors within healthcare systems; (4) professional culture and the normalisation of interventions; and (5) cascades of intervention and the perpetuation of medicalisation.

Conclusion: The findings suggest that the increasing use of labour induction in low-risk pregnancies cannot be explained by medical indications alone. Rather, it appears to reflect the interplay of risk management practices, organisational policies, professional norms and the implementation of clinical guidelines. Labour induction may also initiate a cascade of subsequent interventions, potentially reinforcing a medicalised model of childbirth care.

Keywords: medicalisation, induction of labour, low-risk pregnancy, scoping review, evidence-based care.

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (Supple 1): 234-248 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ویژه نامه آبان سال ۱۴۰۵ (۲۴۸-۲۳۴)

طبی سازی القای زایمان در بارداری های کم خطر: مرور دامنه ای

زهره شاه حسینی[۱]
ساناز بهرام سامانی[۲]
مریم شاه ویسی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: القای زایمان یکی از رایج‌ترین مداخلات مامایی در بارداری‌های کم‌خطر است که افزایش استفاده از آن، نگرانی‌هایی را درباره روند طبی‌سازی زایمان ایجاد کرده است. با وجود نقش مهم این مداخله در شرایط دارای اندیکاسیون پزشکی، عوامل مؤثر بر گسترش آن فراتر از شواهد بالینی بوده و ابعاد سازمانی و حرفه‌ای را نیز دربر می‌گیرد. این مطالعه با هدف مرور دامنه‌ای شواهد موجود درباره عوامل مؤثر بر طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مرور دامنه‌ای بر اساس چارچوب مؤسسه بریگز (JBI) و راهنمای PRISMA-ScR انجام شد. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Web of Science برای مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ انجام شد. معیارهای ورود شامل مطالعات مرتبط با القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر یا بدون عارضه بود و مطالعات متمرکز بر بارداری‌های پرخطر، مانند پره‌اکلامپسی یا دیابت بارداری، حذف شدند.

یافته‌ها: بعد از جستجو در پایگاه های اطلاعاتی، در نهایت ۱۵ مقاله انتخاب و بررسی شد، یافته‌ها نشان داد که طبی‌سازی القای زایمان تحت تأثیر پنج حوزه اصلی، تصمیم‌گیری‌های بالینی، دستورالعمل‌ها و شواهد مبتنی بر راهنماهای بالینی، عوامل سازمانی و ساختاری نظام سلامت، فرهنگ حرفه‌ای و عادی‌سازی مداخلات و زنجیره مداخلات و بازتولید طبی‌سازی، قرار دارد.

استنتاج: گسترش استفاده از القای زایمان صرفاً ناشی از اندیکاسیون‌های پزشکی نیست، بلکه تعامل میان مدیریت ریسک، سیاست‌های سازمانی، هنجارهای حرفه‌ای و اجرای دستورالعمل‌های بالینی در افزایش استفاده از این مداخله نقش دارد. همچنین، القای زایمان در برخی شرایط می‌تواند آغازگر زنجیره‌ای از مداخلات بعدی و تقویت‌کننده الگوی مراقبت پزشکی شده باشد.

واژه های کلیدی: طبی‌سازی، القای زایمان، بارداری کم‌خطر، مرور دامنه‌ای، مراقبت مبتنی بر شواهد

مولف مسئول: زهره شاه حسینی-ساری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **E-mail:** zshahhosseini@yahoo.com
۱. استاد گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۵/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۵/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

یکی از تحولات نظام‌های سلامت در دوران معاصر طبی سازی بارداری و زایمان است که در بستر گسترش پزشکی مدرن، فناوری‌های بالینی و نظام‌های مراقبت سازمان یافته شکل گرفته است. در این فرایند، زایمان از یک رویداد طبیعی و فیزیولوژیک به یک وضعیت پزشکی قابل مدیریت تبدیل شده است، تغییری که اگر چه نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض مادری و نوزادی داشته، اما هم‌زمان منجر به افزایش مداخلات و تغییر تجربه زیسته زنان از زایمان شده است(۱). یکی از بارزترین جلوه‌های این روند، افزایش جهانی استفاده از القای زایمان است که اکنون یکی از شایع‌ترین مداخلات مامایی در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود. نرخ القای زایمان در دهه‌های اخیر به‌طور پیوسته افزایش یافته و این روند به‌ویژه در نظام‌های سلامت با منابع بالا، برجسته‌تر بوده است. انتشار کارآزمایی بزرگ Arrive نشان داد که القای انتخابی در هفته ۳۹ در زنان کم‌خطر نخست‌زا، بدون افزایش پیامدهای نامطلوب نوزادی با کاهش نرخ سزارین همراه است، که همین امر تا حدی موجب تغییر گایدلاین‌ها و افزایش پذیرش القا در بسیاری از سیستم‌های سلامت شد(۲، ۳). در مطالعه حاضر، بارداری کم‌خطر به بارداری بدون سابقه یا وجود عوامل و عوارض شناخته شده مرتبط با بارداری پرخطر اطلاق شد؛ مطالعاتی که به‌طور اختصاصی زنان دارای بارداری پرخطر یا شرایطی مانند پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری و سایر عوارض مادری یا جنینی را بررسی کرده بودند، وارد مطالعه نشد(۴). با این حال، افزایش نرخ القای زایمان تنها با شواهد بالینی قابل توضیح نیست. شواهد رو به رشد نشان می‌دهد که عوامل سازمانی، نقش اساسی در شکل‌دهی به این روند دارند. این عوامل عبارتند از پروتکل‌های بیمارستانی، فشارهای مرتبط با مدیریت ظرفیت و جریان بیماران که شامل کنترل و برنامه‌ریزی ورود، ماندگاری و خروج بیماران برای استفاده بهینه از تخت ها و نیروی انسانی در بیمارستان می‌شود و در این میان محدودیت‌های نیروی انسانی، ساختارهای سلسله مراتبی حرفه‌ای، و ملاحظات حقوقی و دفاعی در تصمیم‌گیری‌های بالینی نیز وجود دارد(۵). علاوه بر این، کمبود نیروی انسانی و محدودیت منابع، همراه با ساختارهای سلسله مراتبی در تیم‌های مامایی، می‌تواند منجر به کاهش استقلال حرفه‌ای ماماها و تقویت مدل پزشکی محور در تصمیم‌گیری شود. در کنار این عوامل، نگرانی‌های حقوقی و رویکردهای «پزشکی دفاعی » نیز احتمال القای زایمان را در شرایط مرزی افزایش می‌دهند(۵). همچنین استفاده گسترده از فناوری‌های پایش جنین و افزایش وابستگی به سیستم‌های مانیتورینگ، موجب تقویت رویکرد ریسک محور در مدیریت زایمان شده است، به‌گونه‌ای که حتی تغییرات خفیف در پارامترهای پایش می‌تواند به افزایش مداخلات منجر شود(۶). از سوی دیگر، شواهد مورد استناد سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که زنان، علاوه بر سلامت خود و نوزاد، برای حفظ روند فیزیولوژیک زایمان، تجربه مثبت زایمان و مشارکت در تصمیم‌گیری اهمیت زیادی قائل هستند. مطالعات کیفی نیز نشان داده‌اند که برخی زنان، القای زایمان را به‌عنوان مداخله‌ای تحمیل شده از سوی سیاست‌های بیمارستانی تجربه کرده و از ناکافی بودن اطلاعات ارائه شده و نگرانی نسبت به افزایش مداخلات بعدی سخن گفته‌اند. بنابراین، با وجود جایگاه ارزشمند القای زایمان در مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، افزایش استفاده از آن، به‌ویژه در بارداری‌های کم‌خطر، توجه پژوهشگران و سیاست‌گذاران را به سمت اطمینان از استفاده مناسب (appropriate use)، پرهیز از مداخلات غیرضروری و حفظ اصول مراقبت زن محور معطوف کرده است(۶).

با این حال، مطالعات موجود هنوز به‌صورت پراکنده به بررسی این عوامل پرداخته و یک نقشه جامع از نقش ساختارهای سازمانی و عوامل فرهنگی در طبی‌سازی القای زایمان ارائه نشده است، بنابراین، انجام یک مرور اسکوپینگ (Scoping Review) با هدف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

شناسایی، ترسیم و توصیف شواهد موجود درباره طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر در محیط‌های مراقبت مامایی ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، سؤال مرور حاضر، چه شواهدی درباره طبی‌سازی القای زایمان در زنان با بارداری‌های کم‌خطر در محیط‌های مراقبت مامایی گزارش شده است؟، بود.

این سؤال بر اساس چارچوب PCC شامل جمعیت (Population)، زنان دارای بارداری کم‌خطر، مفهوم (Concept)، طبی‌سازی القای زایمان، و زمینه (Context)، محیط‌های مراقبت زایمانی تدوین شد. این مرور با شناسایی و سازمان‌دهی شواهد موجود، ابعاد، ویژگی‌ها و عوامل مرتبط با طبی‌سازی القای زایمان و همچنین شکاف‌های دانشی موجود در این حوزه را مشخص می‌کند. این مرور می‌تواند ابعاد، ویژگی‌ها، عوامل مرتبط و شکاف‌های دانشی موجود در این حوزه را مشخص کرده و به توسعه دانش و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در مراقبت‌های مامایی کمک کند. اگر چه مطالعات و مرورهای پیشین ابعاد مختلف طبی‌سازی در دوران بارداری و زایمان را بررسی کرده‌اند، شواهد موجود درباره طبی‌سازی القای زایمان در زنان دارای بارداری کم‌خطر همچنان پراکنده است. برای مثال، هاشمی و همکاران (۳۵) در یک مرور دامنه‌ای، پیامدها و عملکرد طبی‌سازی در دوران بارداری و زایمان را بررسی و یافته‌ها را در شش حوزه شامل ایمنی، نابرابری در دسترسی به خدمات، استقلال زنان، مسائل روانی، پزشکی شدن زایمان طبیعی و هزینه مداخلات پزشکی طبقه‌بندی کردند. با وجود ارزش این مرور در ارائه تصویری کلی از ابعاد و پیامدهای طبی‌سازی، مطالعه مذکور به‌طور اختصاصی بر القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر تمرکز نداشت. همچنین، شواهد مربوط به عوامل و سازوکارهای شکل دهنده طبی‌سازی القای زایمان، از جمله نقش تصمیم‌گیری بالینی، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های مبتنی بر شواهد، عوامل سازمانی و ساختاری، فرهنگ حرفه‌ای و عادی شدن مداخلات و زنجیره مداخلات متعاقب القای زایمان، به‌صورت یکپارچه بررسی نشده است. از این رو، با توجه به اهمیت القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر و پراکندگی شواهد موجود، انجام یک مرور دامنه‌ای با تمرکز اختصاصی بر طبی‌سازی القای زایمان می‌تواند به شناسایی و سازمان‌دهی ابعاد، عوامل و سازوکارهای مرتبط با این پدیده کمک کند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف شناسایی و تبیین شواهد موجود درباره طبی‌سازی القای زایمان در زنان دارای بارداری کم‌خطر در محیط‌های مراقبت زایمانی انجام شد.

مواد و روش ها

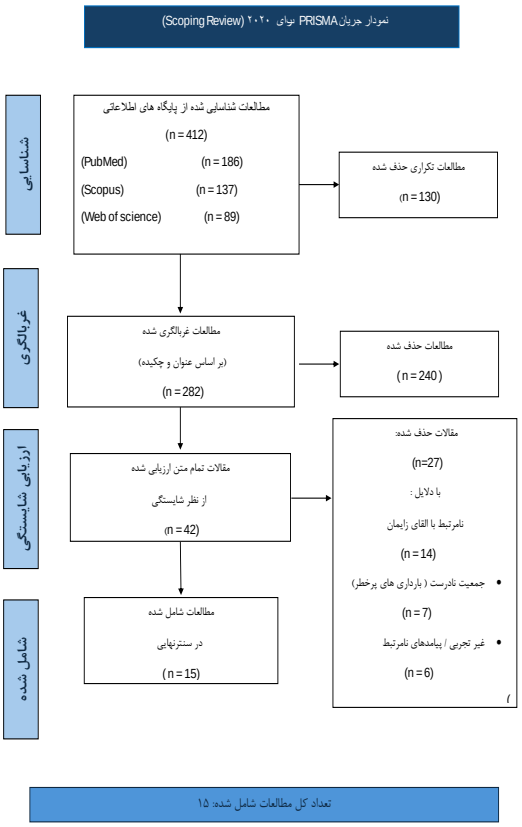
این مقاله یک مرور دامنه‌ای است که در پنج مرحله، طراحی سئوال تحقیق، جستجو و استخراج مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، تنظیم داده ها و گزارش نتایج، با کلیدواژه های، Medicalization، Labor induction، Low-risk pregnancy، Scoping review، Evidence-based care و معادل فارسی آن ها انجام شد. علاوه بر آن، فهرست منابع مطالعات وارد شده نیز برای شناسایی مقالات مرتبط بررسی گردید. مطالعات کمی، کیفی، مشاهده‌ای، مرورهای نظام‌مند و در صورت ارتباط با سؤال پژوهش و جهت افزایش جامعیت، منابع خاکستری (از جمله پایان‌نامه‌ها و رساله‌های دانشگاهی) که در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ و به زبان انگلیسی و فارسی منتشر شده بودند، وارد مرور شدند. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، PubMedو Web of Science به همراه موتور جستجوی Google Scholar با استفاده از عملگرهای بولی انجام شد. طراحی مطالعه بر اساس دستورالعمل‌های مؤسسه Joanna Briggs Institute(JBI) برای مرورهای اسکوپینگ انجام گرفت و گزارش آن مطابق با چک لیست PRISMA-ScR ارائه شد(۷، ۸). همچنین چارچوب اولیه اسکوپینگ ریویو که توسط Arksey و O'Malley ارائه شده است، به عنوان مبنای مفهومی در طراحی مطالعه مورد استفاده قرار گرفت(۹). سؤال پژوهش بر اساس چارچوب Population–Concept–Context (PCC) طراحی شد که در آن جمعیت (Population) شامل زنان با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

بارداری کم‌خطر یا بدون عارضه مامایی بود که تحت القای زایمان قرار می‌گیرند یا کاندید آن هستند، مفهوم (Concept) به طبی‌سازی القای زایمان اشاره داشت و زمینه (Context) نیز محیط‌های ارائه مراقبت مامایی، به‌ویژه بخش‌های زایمان و واحدهای بیمارستانی را دربر می‌گرفت.

معیارهای ورود و خروج به این صورت بود که مطالعاتی وارد مرور شدند که به القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر یا بدون عارضه پرداخته بودند و مطالعاتی که صرفاً بر بارداری‌های پرخطر تمرکز داشتند (مانند پره‌اکلامپسی یا دیابت بارداری)، از مطالعه حذف شدند و به منظور تمرکز بر شواهد در نظام های سلامت کنونی و منعکس کردن تغییرات اخیر در سیاست‌ها، دستورالعمل‌ها و رویه‌های بالینی مرتبط با القای زایمان، جستجوی مطالعات به بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ (دهه اخیر) محدود شد. این دوره زمانی با افزایش قابل توجه استفاده از القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر و همچنین انتشار شواهد تأثیرگذار، از جمله کارآزمایی ARRIVE و متعاقب آن بازنگری در برخی دستورالعمل‌ها و توصیه‌های حرفه‌ای در حوزه القای زایمان، همزمان بوده است. از این رو، انتخاب این بازه زمانی امکان بررسی روندهای کنونی طبی‌سازی القای زایمان و عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری‌های بالینی در نظام‌های سلامت را امکان پذیر می سازد. این مطالعات عمدتاً در کشورهای با سیستم‌های سلامت پیشرفته انجام شده و بر جنبه‌های مختلف طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر تمرکز داشتند. فرایند انتخاب مقالات در فلوچارت PRISMA نمایش داده شده است (نمودار شماره ۱). اگر چه ارزیابی کیفی مطالعات در مرور دامنه ای الزامی نیست، اما مطالعات وارد شده شامل تحقیقات کیفی، کمی و مقطعی بودند که به درک جامع تری از موضوع کمک کردند.

این مطالعه یک مرور دامنه‌ای (Scoping Review) بر اساس مطالعات منتشر شده و منابع علمی موجود است و هیچ گونه جمع‌آوری داده اولیه از شرکت‌کنندگان انسانی، مداخله، مصاحبه یا دسترسی به اطلاعات شناسایی کننده افراد در آن انجام نشده است، بنابراین، اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و دریافت تأییدیه کمیته اخلاق برای اجرای مطالعه ضروری نبوده است.



نمودار شماره ۱: فرایند انتخاب مقالات در فلوچارت PRISMA

یافته ها

در این مرور، مطالعات شناسایی شده وارد نرم‌افزار zotero شدند و موارد تکراری حذف گردید. غربالگری در دو مرحله شامل بررسی عنوان و چکیده و سپس بررسی متن کامل انجام شد استخراج داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده ساختاریافته جمع‌آوری شدند. اطلاعات شامل مشخصات مطالعه (عنوان، نویسنده، سال، کشور، نتایج مطالعه) بود. در نهایت ۱۵ مطالعه مرتبط انتخاب و بررسی شدند، یافته ها بر اساس یک تحلیل موضوعی در پنج طبقه، تصمیم گیری بالینی به عنوان محرک طبی‌سازی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

القای زایمان، نقش دستورلعمل های بالینی، عوامل سازمانی و ساختاری موثر، فرهنگ حرفه ای و عادی سازی مداخلات، زنجیره مداخلات و بازتولید طبی سازی القای زایمان، سازمان دهی شدند. به‌منظور سازمان‌دهی و تفسیر نظام‌مند مفاهیم کلیدی و پیامدهای مرتبط با آن‌ها، داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل موضوعی و با هدایت چارچوب مفهومی طبی‌سازی تحلیل شدند (جدول شماره ۱).

تصمیم گیری بالینی به عنوان محرک طبی سازی القای زایمان

یافته‌های این مرور دامنه ای نشان داد که تصمیم‌گیری بالینی یکی از عوامل تاثیرگذار در طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر است. عوامل غیرپزشکی از جمله ادراک خطر، ترس از پیامدهای نامطلوب و نگرانی‌های حقوقی می‌توانند بر تصمیم‌گیری بالینی و افزایش مداخلات در بارداری‌های کم‌خطر تأثیر بگذارند(۱۰).

جدول شماره ۱: ویژگی ها، مضامین و یافته های مطالعات مرتبط با طبی سازی القای زایمان

ردیف	نویسنده، سال	عنوان	کشور	نتایج
تصمیم گیری بالینی به عنوان محرک طبی سازی القای زایمان				
۱	(Nippita et al., 2017)	تنوع در تصمیم گیری های بالینی برای القای زایمان: یک مطالعه کیفی	استرالیا	یافته ها نشان داد که تصمیم گیری درباره ی القای زایمان تحت تاثیر ادراک متخصصان از خطر بارداری، ویژگی های فردی و حرفه ای آنان، مشارکت زنان در تصمیم گیری، عوامل سازمانی و منابع موجود قرار دارد. همچنین تفاوت قابل توجهی در رویه های تصمیم گیری بین پزشکان و بیمارستان ها مشاهد شد و بیمارستان های با نرخ بالاتر القای زایمان از پاسخگویی کم‌تری در این تصمیمات برخوردار بودند.
۲	(Grobman et al., 2018)	القای زایمان در مقایسه با مدیریت انتظاری در زنان نخست زا با بارداری کم خطر	ایالات متحده امریکا	نتایج مطالعه مبنای شواهدی برای پذیرش گسترده تر القای انتخابی در هفته ۳۹ فراهم کرد و بر تصمیم گیری بالینی در جهت افزایش مداخلات برنامه ریزی شده در بارداری های کم خطر تاثیر گذاشت.
۳	(Marrs et al., 2019)	القای انتخابی زایمان در هفته ۳۹ بارداری و پیامدهای یک کارآزمایی تصادفی سازی شده بزرگ و چند مرکزی	ایالات متحده امریکا	شواهد موجود از القای انتخابی در هفته ۳۹بارداری حمایت کرده و آن را به عنوان یک گزینه قابل قبول در تصمیم گیری بالینی برای زنان کم خطر مطرح می کند؛ یافته ها می توانند بر انتخاب زمان زایمان توسط ارائه دهندگان مراقبت تاثیر بگذارند.
۴	(Chua et al., 2024)	ادراکات و دیدگاه های متخصصان مراقبت سلامت درباره القا و تقویت زایمان: یک مرور نظام مند کیفی	سنگاپور	تصمیمات مرتبط با القا و تقویت زایمان حاصل تعامل عوامل فردی (دانش و نگرش حرفه ای) و عوامل بیرونی (زنان، همکاران و ساختارهای سازمانی) بود.
۵	(Maaløe et al., 2023)	طبی سازی پیش از حد، موجب آسیب های غیر ضروری در هنگام تولد می شود.	دانمارک	ناهمگونی در تعاریف پیشرفت زایمان و رویه های سازمانی مرتبط با آن زمینه ساز افزایش مداخلات غیرضروری و تقویت فرایند طبی سازی زایمان است.
دستورالعمل ها و شواهد مبتی بر راهنماهای بالینی به عنوان محرک طبی سازی القای زایمان				
۶	(Coates et al., 2020)	اندیکاسیون ها و زمان بندی القای زایمان: تحلیل نظام مند دستورالعمل های بالینی	استرالیا	ناهمگونی و گاه تناقض در توصیه های دستورالعمل های بالینی درباره اندیکاسیون ها و زمان بندی القای زایمان میتواند به تفاوت در عملکرد بالینی و نرخ های القای زایمان منجر شود.
۷	(Organization, 2018)	راهنمای سازمان جهانی بهداشت درباره مراقبت حین زایمان برای تجربه مثبت زایمان	WHO	این راهنما بر استفاده از القای زایمان صرفا در موارد دارای اندیکاسیون پزشکی، اجتناب از مداخلات غیر ضروری و حمایت از زایمان فیزیولوژیک تاکید میکند و چارچوبی مبتی بر شواهد برای محدود کردن مداخلات غیر ضروری در مراقبت زایمانی ارائه می دهد.
۸	(Alfirevic et al., 2016)	روش های القای زایمان: مرور نظام مند، متاآنالیز شبکه ای و تحلیل هزینه اثربخشی	بریتانیا	تولید شواهد درباره اثربخشی و هزینه اثربخشی روش های مختلف القای زایمان، مبنایی برای توسعه دستورالعمل های بالینی و گسترش استفاده از مداخلات استاندارد شده در مدیریت زایمان فراهم کرد.
۹	(Middleton, Shepherd and Crowther, 2018)	القای زایمان برای بهبود پیامدهای تولد در زنان در سن بارداری ترم یا پس از ترم: مرور نظام مند کاکرین	استرالیا	شواهد حاصل از مرور کاکرین، مشروعیت علمی استفاده از القای زایمان در برخی شرایط بارداری ترم و پس از ترم را تقویت کرده، و در شکل گیری دستورالعمل های بالینی و گسترش مداخلات مبتی بر شواهد نقش داشته است.
عوامل سازمانی و ساختاری موثر بر طی سازی القای زایمان				
۱۰	(Taylor et al., 2024)	مراقبت های مرتبط با القای زایمان در بریتانیا: یک مطالعه مقطعی در واحدهای مامایی	بریتانیا	گسترش القای زایمان با تغییر در سازماندهی خدمات، تخصیص منابع و مسیرهای مراقبتی همراه بوده و نشان میدهد عوامل ساختاری نظام سلامت در افزایش و نهادینه شدن این مداخله نقش دارند.
۱۱	(Dominiek et al., 2021)	بررسی عوامل موثر بر تفاوت در اجرای تولد برنامه ریزی شده: یک مطالعه به روش ترکیبی	استرالیا	ساختارهای سازمانی و فرهنگ حرفه ای مراکز درمانی در الگوهای استفاده از تولد برنامه ریزی شده نقش داشته و میتوانند به افزایش یا کاهش گرایش به مداخلات زایمانی از جمله القای زایمان منجر شوند.
فرهنگ حرفه ای و عادی سازی مداخلات در طی سازی القای زایمان				
۱۲	(Lorenc et al., 2024)	مراقبت سلامت تدافعی: مرور نظام مند شواهد کیفی	بریتانیا	فرهنگ حرفه ای مبتی بر اجتناب از خطر، نگرانی از پیامدهای حقوقی و هنجارهای سازمانی می تواند به عادی سازی تصمیمات مداخله گرانه و افزایش استفاده از مداخلات طی منجر شود.
۱۳	(Healy, Humphreys and Kennedy, 2017)	بررسی کیفی درباره تاثیر ادراک خطر ماماها و متخصصان زنان بر شیوه های مراقبت از زنان	ایرلند	غلبه فرهنگ خطر و پزشکی سازی، تصمیمات مراقبتی را از حمایت از زایمان طبیعی به مدیریت خطر سوق داده و نقش مداخلات پزشکی را پررنگ تر کرده است.
زنجیره مداخلات و تقویت فرایند طی سازی القای زایمان				
۱۴	(Dahlen et al., 2021)	مداخلات و پیامدهای حین زایمان برای مادران و نوزادان پس از القای زایمان در بارداری های کم خطر: مطالعه مبتی بر داده های پیوندی جمعیتی طی ۱۶ سال	استرالیا	القای زایمان بدون اندیکاسیون پزشکی با افزایش قابل توجه مداخلات مامایی و برخی پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی همراه بود که نشان دهنده شکل گیری زنجیره مداخلات در زایمان است.
۱۵	(Carter, 2018)	زنجیره مداخلات در زایمان: القای زایمان و سزارین در بریتانیا	بریتانیا	نتیجه القای زایمان با افزایش احتمال زایمان مداخله ای همراه بود و نقش میانجی اپیدورال در این ارتباط، مفهوم زنجیره مداخلات در فرایند زایمان حمایت کرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

بدین معنی که ارائه دهندگان مراقبت (پزشکان، ماماها یا سازمان‌های درمانی) تمایل کم‌تری دارند که شرایط نامطمئن اما هنوز طبیعی و کم‌خطر را بدون مداخله مدیریت کنند و ترجیح می‌دهند برای کاهش احساس عدم اطمینان، زودتر دست به مداخله بزنند و در چنین شرایطی تمایل به مداخله فعال (active management) افزایش می‌یابد(۱۱). این الگو در مطالعات مختلف به‌عنوان بخشی از روند « obstetric interventionism » توصیف شده است که در آن مداخلات به تدریج جایگزین انتظار برای فرآیندهای فیزیولوژیک می‌شوند که این روند با مفهوم طبی‌سازی مطرح شده توسط کنراد همخوانی دارد(۱۲). در این وضعیت، تصمیم‌گیری بالینی از یک فرایند صرفاً مبتنی بر شواهد فاصله گرفته و تحت تأثیر ملاحظات مدیریت خطر و نگرانی‌های حرفه‌ای و حقوقی قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که تصمیم به القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر همواره بر اندیکاسیون‌های پزشکی قطعی استوار نیست و عواملی مانند ادراک خطر، عدم قطعیت بالینی و قضاوت حرفه‌ای نیز در آن نقش دارند(۵، ۱۰، ۱۱).

در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری بالینی در زمینه القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر، فرآیندی پیچیده و چند عاملی است که می‌تواند به شکل قابل توجهی در جهت افزایش مداخلات زایمانی و در نتیجه تقویت روند طبی سازی زایمان نقش داشته باشد.

شواهد مبتنی بر گایدلاین‌ها و دستورالعمل های بالینی در طبی‌سازی القای زایمان

در بسیاری از مطالعات وارد شده، دستورالعمل‌های بالینی (Clinical Guidelines) به‌عنوان یکی از عوامل مهم در شکل‌دهی به الگوهای القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر شناسایی شدند. یافته‌ها نشان دادند که اگرچه هدف اصلی این دستورالعمل‌ها استانداردسازی مراقبت و کاهش تنوع عملکرد بالینی است، اما در عمل می‌توانند به افزایش نرخ مداخلات، از جمله القای زایمان، منجر شوند به این صورت که دستورالعمل‌های بالینی نقش دوگانه‌ای در این روند پیدا می کنند. از یک سو هدف آن‌ها کاهش واریاسیون و افزایش ایمنی است، اما از سوی دیگر با تعریف گسترده‌تر شرایط قابل قبول برای القای زایمان، می‌توانند به نرمال‌سازی مداخله کمک کنند. برای مثال، گایدلاین‌های NICE و ACOG با ارائه طیف وسیعی از indications، فضای تفسیری (interpretive) بیش‌تری برای تصمیم‌گیری ایجاد می‌کنند که می‌تواند در عمل منجر به افزایش نرخ القای زایمان شود(۱۳). یافته‌ها نشان می‌دهد که دستورالعمل‌های بالینی (clinical guidelines) نه تنها ابزار استانداردسازی مراقبت هستند، بلکه به‌عنوان یک مکانیسم ساختاری تولیدکننده الگوهای مداخله در نظام‌های سلامت عمل می‌کنند که در زمینه القای زایمان، اگرچه این دستورالعمل‌ها با هدف بهبود پیامدهای مادری و نوزادی طراحی شده‌اند، اما در عمل می‌توانند به گسترش دامنه اندیکاسیون‌های القای زایمان و کاهش آستانه تصمیم‌گیری برای مداخله در بارداری‌های کم‌خطر منجر شوند(۱۴، ۱۵).

یکی از یافته‌های مهم در ادبیات جدید، وجود variation غیرقابل توضیح بین مراکز درمانی در اجرای گایدلاین‌های مرتبط با planned birth است(۱۶). در مطالعات چند مرکزی، حتی در سیستم‌های سلامت با دسترسی به گایدلاین‌های یکسان، میزان القای زایمان با ایندکشن و زمان‌بندی آن به‌طور قابل توجهی بین بیمارستان‌ها متفاوت است. این تفاوت‌ها عمدتاً ناشی از شواهد علمی متفاوت نیست، بلکه ناشی از تفسیر محلی گایدلاین‌ها و نگرش به ریسک می باشد. این یافته نشان می‌دهد که گایدلاین‌ها در عمل به‌صورت یکسان اجرا نمی‌شوند، بلکه در فرآیند اجرا «بازتولید » می‌شوند(۱۱، ۱۶). علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که دستورالعمل‌های بالینی در حوزه القای زایمان از نظر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

محتوا و توصیه‌ها دارای تنوع قابل توجهی هستند که این امر، زمینه را برای تفسیرپذیری و تفاوت در اجرای بالینی فراهم می‌کند این تعامل بین توصیه‌های سیاستی و تنوع در ساختار گایدلاین‌ها می‌تواند به شکل‌گیری اثرات پارادوکسیکال در عمل منجر شود(۱۳، ۱۴). در سطح سیاست‌گذاری، WHO تأکید می‌کند که حتی توصیه‌هایی که برای کاهش مداخلات طراحی شده‌اند (مانند محدود کردن اینداکشن در شرایط خاص)، در صورت اجرای غیر متناسب (non-contextualized implementation) ممکن است اثر معکوس داشته باشند و به افزایش مداخلات منجر شوند(۱۵). مرورهای نظام‌مند Middleton و Alfirevic نشان می‌دهند که القای زایمان در برخی شرایط بالینی می‌تواند با بهبود پیامدهای مادری و نوزادی همراه باشد و روش‌های مختلف القا از نظر اثربخشی، ایمنی و هزینه اثربخشی تفاوت دارند. تولید چنین شواهدی زمینه را برای تدوین و به‌روز رسانی دستورالعمل‌های بالینی فراهم کرده و به استانداردسازی تصمیم‌گیری‌های مرتبط با القای زایمان کمک نموده است. در این چارچوب، شواهد پژوهشی نه‌تنها انتخاب زمان و روش القا را هدایت می‌کنند، بلکه از طریق ورود به گایدلاین‌ها و پروتکل‌های مراقبتی، در گسترش و عادی‌سازی استفاده از القای زایمان در نظام‌های سلامت نیز نقش دارند(۱۷، ۱۸).

در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهند که دستورالعمل‌های بالینی، علی‌رغم هدف اولیه خود برای استانداردسازی مراقبت، در تعامل با نحوه تفسیر، اجرای پروتکل‌ها و فشارهای سیستم سلامت، می‌توانند به‌طور ناخواسته در روند طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر نقش داشته باشند.

عوامل سازمانی و ساختاری موثر بر طبی سازی القای زایمان

فراتر از تصمیم‌گیری‌های فردی و نقش دستورالعمل‌های بالینی، یافته‌ها نشان می‌دهد که طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل سازمانی و ساختاری نظام سلامت قرار دارد. شواهد موجود نشان می‌دهد که افزایش مطالعات نشان داده‌اند که کمبود نیروی انسانی، افزایش حجم مراجعات، محدودیت تخت‌های زایمانی و ضرورت مدیریت کارآمد جریان بیماران می‌تواند بر تصمیم‌گیری‌های مرتبط با القای زایمان تأثیر بگذارد. در چنین شرایطی، القای زایمان به دلیل امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی پذیر کردن زمان زایمان، به ابزاری برای مدیریت بهتر منابع و سازمان‌دهی خدمات تبدیل می‌شود. در نتیجه، مداخله ممکن است نه تنها در پاسخ به نیازهای بالینی، بلکه در پاسخ به فشارهای عملیاتی و مدیریتی نظام سلامت نیز رخ می دهد(۱۹). به بیان دیگر، گسترش القای زایمان ممکن است بیش از آن که صرفاً بازتاب نیازهای بالینی باشد، نتیجه منطق‌های نهادی مرتبط با کارایی، مدیریت ریسک و قابل پیش‌بینی‌سازی فرایندهای مراقبتی باشد. شواهد جدید نیز از این دیدگاه حمایت می‌کنند. در بازنگری‌ها کنراد نشان می‌دهد که موتورهای محرک طبی‌سازی از تسلط حرفه بالینی فاصله گرفته است و به سمت نیروهای سازمانی، بازار و ساختارهای نظام سلامت حرکت کرده‌اند به‌گونه‌ای که فناوری‌های زیستی، صنعت دارویی، سیاست‌های مدیریتی و منطق‌های مصرف‌گرایی نقش پررنگ‌تری در گسترش طبی سازی پیدا کرده‌اند(۲۰). مطالعه Coates و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تفاوت قابل توجهی در نرخ القای زایمان و سزارین برنامه ریزی شده میان بیمارستان‌های استرالیا وجود دارد که صرفاً با ویژگی‌های بالینی زنان قابل توضیح نیست. یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که عوامل سازمانی و ساختاری نقش مهمی در شکل‌گیری تصمیمات مربوط به القای زایمان دارند. از جمله این عوامل می‌توان به تفاوت در دستورالعمل‌ها و رویه‌های محلی، دسترسی نابرابر به کلینیک‌های تخصصی، محدودیت یا دسترسی به اتاق‌های عمل، و ویژگی‌های فرهنگ سازمانی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

واحدهای زایمانی اشاره کرد. این شرایط سبب می‌شوند تصمیم‌گیری درباره زمان و اندیکاسیون القای زایمان تحت تأثیر ظرفیت‌ها و الزامات سیستم ارائه خدمات، نه صرفاً نیازهای بالینی زنان، قرار گیرد. بنابراین، ساختارهای سازمانی و منابع موجود در مراکز درمانی می‌توانند به ایجاد تغییرات غیرموجه در عملکرد بالینی و افزایش مداخلات برنامه‌ریزی شده در زایمان منجر شوند(۱۶). در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهند که عوامل سازمانی و ساختاری نقش مهمی در شکل‌دهی به الگوهای القای زایمان دارند و می‌توانند با ایجاد فشارهای سیستمی، به‌طور غیرمستقیم روند طبی سازی زایمان در بارداری‌های کم‌خطر را تقویت کنند.

فرهنگ حرفه ای و عادی سازی مداخلات در طبی سازی القای زایمان

یافته‌های این مرور دامنه‌ای نشان می‌دهد که فراتر از نقش تصمیم‌گیری‌های بالینی، دستورالعمل‌ها و عوامل ساختاری، فرهنگ حرفه‌ای حاکم بر محیط‌های زایمانی نقش مهمی در تداوم و گسترش طبی‌سازی القای زایمان ایفا می‌کند. فرهنگ حرفه‌ای مجموعه‌ای از باورها، ارزش‌ها، هنجارها و رویه‌های غیررسمی است که نحوه درک، تفسیر و اجرای مراقبت‌های زایمانی را در محیط‌های بالینی شکل می‌دهد. در این بستر، برخی مداخلات که در ابتدا برای شرایط خاص و بر اساس اندیکاسیون‌های مشخص طراحی شده‌اند، به‌تدریج به بخشی عادی و بدیهی از مراقبت‌های روزمره تبدیل می‌شوند(۵). مطالعات نشان داده‌اند که القای زایمان در بسیاری از مراکز درمانی از یک مداخله انتخابی برای شرایط خاص به یک اقدام نسبتاً رایج در مدیریت زایمان تبدیل شده است. در چنین شرایطی، انجام مداخله نه به‌عنوان یک استثنا، بلکه به‌عنوان بخشی از روند معمول مراقبت درک می‌شود. این فرآیند که با عنوان «عادی‌سازی مداخله » شناخته می‌شود، می‌تواند موجب تغییر تدریجی مرز میان زایمان فیزیولوژیک و زایمان نیازمند مداخله شود و آستانه تصمیم‌گیری برای استفاده از القای زایمان را کاهش دهد(۲۱). یکی از سازوکارهای مهم در این زمینه، فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای است. شواهد نشان می‌دهد که کارآموزان، دستیاران و متخصصان تازه وارد، بخش قابل توجهی از رفتارهای حرفه‌ای خود را از طریق مشاهده و تقلید از الگوهای رایج در محیط‌های بالینی می‌آموزند. در نتیجه، زمانی که مداخلاتی مانند القای زایمان به‌طور مکرر در محیط‌های آموزشی و درمانی انجام شوند، به‌تدریج به‌عنوان رفتار استاندارد و مورد انتظار در مراقبت‌های زایمانی پذیرفته می‌شوند. این فرآیند می‌تواند به بازتولید الگوهای مداخله محور در نسل‌های بعدی ارائه دهندگان مراقبت منجر شود(۵، ۲۲).

در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که فرهنگ حرفه‌ای و فرآیند عادی‌سازی مداخلات، نقش مهمی در تثبیت و بازتولید طبی‌سازی القای زایمان دارند. در چنین شرایطی، مداخلات زایمانی به‌تدریج از اقدامات مبتنی بر ضرورت بالینی به رویه‌هایی تبدیل می‌شوند که به‌عنوان بخشی بدیهی و استاندارد از مراقبت‌های زایمانی در بارداری‌های کم‌خطر تلقی می‌شوند.

زنجیره مداخلات و تقویت فرایند طبی‌سازی زایمان

یکی از الگوهای برجسته شناسایی شده در مطالعات، شکل‌گیری «زنجیره مداخلات» (cascade of interventions) در فرآیند مراقبت زایمانی بود. این مفهوم نشان می‌دهد که مداخلات پزشکی در طول زایمان اغلب به صورت اقدامات مستقل رخ نمی‌دهند، بلکه ممکن است در قالب مجموعه‌ای از مداخلات مرتبط و متوالی شکل گیرند؛ به‌گونه‌ای که یک مداخله اولیه می‌تواند احتمال انجام مداخلات بعدی را افزایش داده و مسیر زایمان را از یک فرآیند فیزیولوژیک به سمت یک مسیر مداخله محور تغییر دهد. Rossignol و همکاران (۲۰۱۴) در یک مرور نظام‌مند و مدل‌سازی تجربی، روابط میان چهار مداخله شایع حین زایمان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

شامل پایش الکترونیک جنین، بی‌دردی اپیدورال، القای زایمان و تقویت روند زایمان را با روش زایمان در زنان کم‌خطر بررسی کردند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخلات زایمانی دارای الگوهای پیچیده و متقابل بوده و برخی مداخلات، از جمله پایش الکترونیک جنین و اپیدورال، با افزایش احتمال پیامدهایی مانند سزارین، زایمان ابزاری یا استفاده از اکسی‌توسین همراه بودند. اگر چه ارتباط القای زایمان و تقویت زایمان با پیامدهای زایمانی در این مطالعه ناهمگون گزارش شد، مدل ارائه شده نشان داد که مداخلات مامایی می‌توانند در قالب یک مسیر تجمعی و مرتبط با یکدیگر بر روند زایمان اثر بگذارند؛ مفهومی که در ادبیات مراقبت زایمانی با عنوان زنجیره مداخلات (cascade of interventions) مطرح شده است(۲۳). شواهد تجربی جدیدتر نیز از نقش تجمع و ترکیب مداخلات در تغییر مسیر زایمان حمایت کرده‌اند. پژوهشگران در یک مطالعه مشاهده‌ای بر روی ۲۶۲۵۹ زن نخست‌زا، ترم، تک‌قلو، با وضعیت سفالیک و شروع خودبه‌خودی زایمان نشان دادند که استفاده ترکیبی از مداخلات حین زایمان، شامل آمنیوتومی، بی‌دردی اپیدورال و تقویت با اکسی‌توسین، با افزایش احتمال سزارین همراه است. بیش‌ترین ارتباط با سزارین زمانی مشاهده شد که دو یا سه مداخله به صورت ترکیبی استفاده شدند، که این یافته اهمیت توالی و تجمع مداخلات را در شکل‌گیری پیامدهای زایمانی برجسته می‌کند(۲۴). در ارتباط مستقیم با القای زایمان، Dahlen و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه جمعیتی مبتنی بر داده‌های پیوندی ۱۶ ساله در زنان با بارداری ترم و بدون عارضه نشان دادند که القای زایمان با افزایش احتمال مداخلات حین زایمان، از جمله بی‌دردی اپیدورال، زایمان ابزاری و سزارین همراه است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که القای زایمان، حتی در جمعیت‌های کم‌خطر، می‌تواند به عنوان نقطه شروع یک مسیر مداخله‌ای عمل کرده و احتمال حرکت مراقبت به سمت مداخلات بیش‌تر را افزایش دهد(۲۵).

با این حال، شکل‌گیری زنجیره مداخلات را نمی‌توان صرفاً نتیجه عوامل بالینی دانست. این فرآیند در بستر عوامل حرفه‌ای و سازمانی نیز تقویت می‌شود. مرور نظام‌مند Lorenc و همکاران (۲۰۲۴) درباره طبابت دفاعی نشان داد که نگرانی از پیامدهای حقوقی، فرهنگ اجتناب از خطر و عدم تحمل عدم قطعیت می‌توانند بر تصمیم‌گیری ارائه دهندگان مراقبت تأثیر گذاشته و آنان را به سمت استفاده بیش‌تر از مداخلات پزشکی سوق دهند. در چنین شرایطی، مداخلات ممکن است نه تنها برای پاسخ به خطر بالینی، بلکه به عنوان راهبردی برای مدیریت عدم قطعیت و کاهش ریسک ادراک شده مورد استفاده قرار گیرند(۲۶).

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که زنجیره مداخلات یکی از سازوکارهای مهم در تداوم طبی‌سازی زایمان است. در این فرآیند، القای زایمان و سایر مداخلات اولیه می‌توانند در تعامل با عوامل حرفه‌ای و ساختاری، مسیر مراقبت را به سمت مجموعه‌ای از مداخلات متوالی هدایت کنند. بنابراین، طبی‌سازی القای زایمان را نمی‌توان تنها در قالب انجام یک مداخله منفرد بررسی کرد، بلکه باید آن را به عنوان بخشی از یک فرآیند چند سطحی شامل تعامل میان تصمیم‌های بالینی، الگوهای مداخله‌ای و ساختارهای نظام سلامت در نظر گرفت.

بحث

یافته‌های این مرور نشان داد که طبی‌سازی القای زایمان تنها حاصل پیشرفت فناوری یا افزایش شواهد بالینی نیست، بلکه از تعامل میان تصمیم‌گیری بالینی، دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، ساختارهای سازمانی، فرهنگ حرفه‌ای و سیاست‌های مدیریت ریسک شکل می‌گیرد. Conrad طبی‌سازی را فرایندی می‌داند که در آن مسائل و فرایندهای غیرپزشکی از طریق تعامل نیروهای حرفه‌ای، سازمانی و نهادی در قالب مشکلات پزشکی بازتعریف می‌شوند و به حوزه مداخله پزشکی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

منتقل می‌گردند(۱۲). از این منظر، القای زایمان را می‌توان نوعی «فناوری سازمانی» نیز تلقی کرد که در آن ارائه خدمات، به استناد گایدلاین‌ها و دستورالعمل‌ها و تصمیم گیری های بالینی برای نظام سلامت قابل کنترل و استانداردسازی شده است. به بیان دیگر، گسترش القای زایمان ممکن است بیش از آن که صرفاً بازتاب نیازهای بالینی باشد، نتیجه منطق‌های نهادی مرتبط با کارایی، مدیریت ریسک و قابل پیش‌بینی سازی فرایندهای مراقبتی باشد. شواهد جدید نیز از این دیدگاه حمایت می‌کنند(۲۰). در این چارچوب، طبی‌سازی بیش از آن که صرفاً یک فرایند حرفه‌ای باشد، به یک پدیده نظام‌مند و ساختاری تبدیل شده است که در آن تصمیم‌گیری‌های بالینی تحت تأثیر سیاست‌های نهادی، شاخص‌های عملکردی و الزامات مدیریت ریسک، شکل می‌گیرد (۳۳). مطالعه Taylor و همکاران در واحدهای زایمانی بریتانیا نشان داد که محدودیت ظرفیت، کمبود نیروی انسانی و فشارهای ناشی از مدیریت خدمات، از چالش‌های اصلی مرتبط با ارائه و مدیریت القای زایمان هستند(۱۹). از طرفی در مدل «زایمان تکنوکراتیک» Davis-Floyd به این موضوع اشاره کرده است که بدن زنانه به‌مثابه یک سیستم مکانیکی قابل کنترل بازتعریف شده و فناوری و مداخله به‌عنوان پاسخ پیش‌فرض به عدم قطعیت بالینی نهادینه شده است، این چارچوب نظری نشان می‌دهد که چگونه منطق تکنولوژیک در مراقبت زایمانی، به تدریج جایگزین منطق فیزیولوژیک شده و بدن را از یک سیستم زیستی فیزیولوژیک به یک «ابژه قابل مدیریت» تبدیل می‌کند(۳۴). Chua و همکاران در مرور نظام‌مند کیفی خود گزارش کردند که نگرش ارائه دهندگان مراقبت نسبت به القای زایمان به شدت تحت تأثیر هنجارهای حرفه‌ای، فرهنگ واحدهای زایمانی و رویه‌های رایج مراکز درمانی قرار دارد(۵). همچنین، توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت ارائه مراقبت فردمحور و اجتناب از استفاده روتین از مداخلات در زنان کم‌خطر تأکید دارند(۱۵). یافته‌های مرور حاضر، همچنین با نتایج مرور اسکوپینگ هاشمی و همکاران همسو است که نشان دادند طبی‌سازی بارداری و زایمان پدیده‌ای چند بعدی است و پیامدهای آن فراتر از حوزه بالینی گسترش می‌یابد. این مرور نشان داد که اگر چه مداخلات پزشکی می‌توانند در کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد نقش مهمی ایفا کنند، اما استفاده روتین یا غیرضروری از این مداخلات ممکن است با افزایش هزینه‌های نظام سلامت، تشدید نابرابری در دسترسی به خدمات، کاهش استقلال زنان در تصمیم‌گیری، افزایش نگرانی‌ها و فشارهای روان‌شناختی و تقویت روند طبی شدن زایمان طبیعی همراه باشد. این یافته‌ها مؤید آن است که ارزیابی طبی‌سازی القای زایمان نباید صرفاً بر مبنای شاخص‌های بالینی و پیامدهای کوتاه مدت انجام شود، بلکه لازم است ابعاد اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و عدالت محور مراقبت‌های مامایی نیز مورد توجه قرار گیرد. در این راستا، توسعه رویکردهای مبتنی بر مراقبت زن محور، تصمیم‌گیری آگاهانه و استفاده متناسب از مداخلات پزشکی می‌تواند به ایجاد تعادل میان بهره‌گیری از فناوری‌های پزشکی و حفظ فیزیولوژی طبیعی زایمان کمک کند(۳۵). با این حال، یافته‌های مطالعات وارد شده به مرور حاضر نشان می‌دهد که در عمل، فشارهای سازمانی، گفتمان مدیریت ریسک عادی سازی مداخلات می‌توانند موجب فاصله گرفتن از این رویکرد شوند. این ناهمخوانی میان رویکرد مبتنی بر شواهد و واقعیت‌های اجرایی نظام سلامت، نشان می‌دهد که کاهش طبی‌سازی غیرضروری صرفاً از طریق تدوین دستورالعمل‌های جدید امکان‌پذیر نیست و مستلزم توجه همزمان به فرهنگ حرفه‌ای و ساختارهای سازمانی حاکم بر مراقبت‌های زایمانی است.

یافته‌های این مرور دامنه‌ای نشان می‌دهد که طبی‌سازی القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر پدیده‌ای چندبعدی است که فراتر از اندیکاسیون‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

پزشکی و شواهد بالینی شکل می‌گیرد. نتایج حاکی از آن است که تصمیم‌گیری‌های بالینی، دستورالعمل‌های بالینی، عوامل سازمانی و ساختاری، و فرهنگ حرفه‌ای حاکم بر مراقبت‌های زایمانی، همگی در گسترش استفاده از القای زایمان نقش دارند. تعامل این عوامل می‌تواند زمینه را برای عادی سازی مداخلات و کاهش آستانه مداخله در بارداری‌های کم‌خطر فراهم کند. همچنین یافته‌ها نشان داد که القای زایمان در برخی شرایط می‌تواند نقطه آغاز زنجیره‌ای از مداخلات بعدی باشد که به تداوم و بازتولید الگوی مراقبت پزشکی شده در زایمان منجر می‌شود. در این چارچوب، افزایش استفاده از القای زایمان را نمی‌توان صرفاً بازتاب پیشرفت دانش پزشکی یا نیازهای بالینی دانست، بلکه باید آن را در بستر گسترده‌تری از سیاست‌های نظام سلامت، مدیریت ریسک، فرهنگ حرفه‌ای و سازوکارهای سازمانی تفسیر کرد.

بر این اساس، بازنگری انتقادی در فرآیندهای تصمیم‌گیری، نحوه اجرای دستورالعمل‌های بالینی و عوامل ساختاری مؤثر بر مراقبت‌های زایمانی ضروری به نظر می‌رسد. تقویت رویکردهای مبتنی بر مراقبت فیزیولوژیک، حمایت از تصمیم‌گیری مشترک با زنان و توجه به زمینه‌های سازمانی و فرهنگی مؤثر بر مداخلات زایمانی می‌توان به استفاده مناسب‌تر از القای زایمان و کاهش طبی‌سازی غیرضروری در بارداری‌های کم‌خطر کمک کند.

پیشنهادات

۱. انجام مطالعات کیفی عمیق برای بررسی تجربه زنان، ماماها و متخصصان زنان از فرآیند تصمیم‌گیری درباره القای زایمان در بارداری‌های کم‌خطر توصیه می‌شود.

۲. پژوهش‌های آینده می‌توانند نقش عوامل سازمانی، ساختارهای مدیریتی و سیاست‌های سلامت را در گسترش یا کنترل طبی‌سازی القای زایمان با استفاده از چارچوب‌های نظری سلامت و جامعه شناسی پزشکی بررسی کنند.

۳. انجام مطالعات در کشورهای با درآمد پایین و متوسط برای افزایش درک تفاوت‌های زمینه‌ای و فرهنگی ضروری است.

۴. تدوین و اجرای سیاست‌هایی که ضمن حفظ ایمنی مادر و جنین، از مداخلات غیرضروری جلوگیری کرده و از مراقبت مبتنی بر شواهد و فیزیولوژی زایمان حمایت کنند، می‌تواند به کاهش روند طبی‌سازی کمک کند.

۵. پیشنهاد می‌شود در بازنگری دستورالعمل‌های بالینی، علاوه بر پیامدهای پزشکی، پیامدهای اجتماعی و تجربه زایمان زنان نیز مورد توجه قرار گیرد.

محدودیت ها

۱. جستجوی مطالعات به مقالات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی محدود شد، بنابراین احتمال دارد برخی شواهد مرتبط منتشر شده به سایر زبان‌ها در این مرور وارد نشده باشند.

۲. بیش‌تر مطالعات وارد شده در کشورهای با درآمد بالا انجام شده‌اند، بنابراین تعمیم یافته‌ها به نظام‌های سلامت با منابع محدود باید با احتیاط صورت بگیرد.

۳. عدم استفاده از یک چارچوب تحلیلی دقیق ممکن است بر انسجام تحلیل ها در برخی موارد تاثیر گذاشته باشد.

۴. مطابق با روش‌شناسی مرور دامنه‌ای JBI، کیفیت روش‌شناختی مطالعات وارد شده به‌طور رسمی ارزیابی نشد، بنابراین یافته‌ها باید با در نظر گرفتن تفاوت‌های احتمالی در کیفیت شواهد تفسیر شوند.

سپاسگزاری

از تمام محققانی که مقالات آنان در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، تشکر و قدردانی می شود. مطالعه بر اساس اصول روش‌شناختی مرور دامنه‌ای و مطابق با چارچوب و دستورالعمل‌های گزارش‌دهی مرتبط انجام شده است. قابل ذکر است که تمام

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

نویسندگان در طراحی و اجرای مطالعه و تهیه مقاله مشارکت داشته‌اند، همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند و مسئولیت محتوای آن را پذیرفته‌اند. داده‌های مورد استفاده در این مطالعه از مطالعات منتشر شده و منابع علمی در دسترس عمومی استخراج شده‌اند. داده‌های استخراج شده و اطلاعات مرتبط با مطالعات وارد شده، در صورت درخواست معقول از نویسنده مسئول، قابل ارائه خواهد بود. منابع و اطلاعات مربوط به مطالعات وارد شده در فهرست منابع مقاله ارائه شده‌اند. نویسندگان اعلام می‌کنند که در ارتباط با این مطالعه تعارض منافع وجود ندارد. این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی اختصاصی از سازمان‌ها، مؤسسات دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است. راهبرد جستجو، معیارهای ورود و خروج، فرآیند غربالگری و روش استخراج داده‌ها در بخش روش‌شناسی مقاله شرح داده شده است. در صورت درخواست معقول، اطلاعات تکمیلی مرتبط با فرآیند مرور از نویسنده مسئول قابل دریافت است.

References

1- Prosen M, Tavčar Krajnc M. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. Rev Za Sociol 2013; 43(3): 251-272.

2- Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. N Engl J Med 2018; 379(6): 513-523. PMID: 30089069

3- Marrs C, La Rosa M, Caughey A, Saade G. Elective induction at 39 weeks of gestation and the implications of a large, multicenter, randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2019; 133(3): 445-450. PMID: 30741804

4- Assessment of medicalization of pregnancy and childbirth in low-risk pregnancies: a cross-sectional study. PubMed 2022. PMID: 35005042

5- Chua JYX, Choolani M, Lalor JG, Yi H, Chong YS, Shorey S. Perceptions of healthcare professionals regarding labour induction and augmentation: a qualitative systematic review. Women Birth 2024; 37(1): 79-87. PMID: 37718242

6- World Health Organization. WHO recommendations on outpatient settings for induction of labour. Geneva: WHO; 2022.

7- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med 2018; 169(7): 467-473. PMID: 30178033

8- Peters MDJ, Marnie C, Colquhoun H, Garritty CM, Hempel S, Horsley T, et al. Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. Syst Rev 2021; 10(1): 263. PMID: 34629010

9- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005; 8(1): 19-32. PMID: 16189667

10- Dahlen HG. The politicisation of risk. Midwifery 2016; 38: 6-8. PMID: 27234593

11- Nippita TA, Porter M, Seeho SK, Morris JM, Roberts CL. Variation in clinical decision-making for induction of labour: a qualitative study. BMC Pregnancy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

Childbirth 2017; 17(1): 317. PMID: 28938878

12- Conrad P. Medicalization and social control. Annu Rev Sociol 1992; 18(1): 209-232.

13- Coates D, Homer C, Wilson A, Deady L, Mason E, Foureur M, et al. Induction of labour indications and timing: a systematic analysis of clinical guidelines. Women Birth 2020; 33(3): 219-230. PMID: 31997461

14- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362(9391): 1225-1230. PMID: 14561402

15- World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.

16- Coates D, Homer C, Wilson A, Deady L, Mason E, Foureur M, et al. Exploring variation in the performance of planned birth: a mixed method study. Midwifery 2021; 98: 102988. PMID: 33541371

17- Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, Welton NJ, Medley N, Dias S, et al. Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. BJOG 2016; 123(9): 1462-1470. PMID: 26995762

18- Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2018; 5(5): CD004945. PMID: 29741208

19- Taylor B, Cross-Sudworth F, Rimmer M, Quinn L, Morris RK, Johnston T, et al. Induction of labour care in the UK: a cross-sectional survey of maternity units. PLoS One 2024; 19(2): e0297857. PMID: 38422033

20- Conrad P. The shifting engines of medicalization. J Health Soc Behav 2005; 46(1): 3-14. PMID: 15869117

21- Henshall BI, Grimes HA, Davis J, East CE. What is 'physiological birth'? A scoping review of the perspectives of women and care providers. Midwifery 2024; 132: 103964. PMID: 38461538

22- Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med 1998; 73(4): 403-407. PMID: 9580718

23- Rossignol M, Chaillet N, Boughrassa F, Moutquin JM. Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: a systematic review and modeling of the cascade of interventions. Birth 2014; 41(1): 70-78. PMID: 24654639

24- Iobst SE, Bingham D, Storr CL, Zhu S, Johantgen M. Associations among intrapartum interventions and cesarean birth in low-risk nulliparous women with spontaneous onset of labor. J Midwifery Womens Health 2020; 65(1): 142-148. PMID: 31207071

25- Dahlen HG, Thornton C, Downe S, de Jonge A, Seijmonsbergen-Schermers A, Tracy S, et al. Intrapartum interventions and outcomes for women and children following induction of labour at term in uncomplicated pregnancies: a 16-year population-based linked data study. BMJ Open 2021; 11(6): e047040. PMID: 34059509

26- Lorenc T, Khouja C, Harden M, Fulbright H, Thomas J. Defensive healthcare practice: systematic review of qualitative

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

evidence. BMJ Open 2024; 14(7): e085673. PMID: 39025824

27- Maaløe N, Kujabi ML, Nathan NO, Skovdal M, Dmello BS, Wray S, et al. Inconsistent definitions of labour progress and over-medicalisation cause unnecessary harm during birth. BMJ 2023; 383: e076515. PMID: 38084433

28- Coates D, Homer C, Wilson A, Deady L, Mason E, Foureur M, et al. Indications for, and timing of, planned caesarean section: a systematic analysis of clinical guidelines. Women Birth 2020; 33(1): 22-34. PMID: 31997461

29- World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.

30- Taylor B, Cross-Sudworth F, Rimmer M, Quinn L, Morris RK, Johnston T, et al. Induction of labour care in the UK: a cross-sectional survey of maternity units. PLoS One 2024; 19(2): e0297857. PMID: 38422033

31- Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. Women Birth 2017; 30(5): 367-375. PMID: 28279637

32- Carter SA. The cascade of intervention: labour induction and caesarean section in the United Kingdom [dissertation]. Southampton: University of Southampton; 2018.

33- Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

34- Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2001; 75(Suppl 1): S5-S23. PMID: 11742639

35- Hashemi Z, Hassanzadeh M, Shahhosseini Z. Psychological, social, and clinical outcomes of medicalization during pregnancy and childbirth: a scoping review. J Mazandaran Uni Med Sci 2025; 35(249): 135-142.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]