

Explaining the Factors Affecting the Vaginal Childbirth Experience of Women in Iran: A Meta-Synthesis Study

Samiyeh Kazemi¹,
Zahra Kiani²,
Farzaneh Pazandeh³,
Amir Peymani⁴

¹ PhD in Reproductive Health, Research Assistant, Clinical Research Development Unit, Imam Sajad(AS) Medical Education Center, Ramsar, Iran

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

³ PhD in Reproductive Health, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, University of Nottingham, Nottingham, England.

⁴ Ph.D. in Laboratory Sciences, Professor, Ramsar Campus, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

(Received November 9, 2025; Accepted January 25, 2026)

Abstract

Background and purpose: The experience of vaginal childbirth is a multidimensional concept influenced by both physical and psychological factors during labor and childbirth. It is very necessary to identify the factors affecting women's experiences of vaginal childbirth in Iran, considering the aim of increasing vaginal childbirth and reducing cesarean sections. The purpose of this study is to explain the factors affecting the vaginal childbirth experience.

Materials and methods: This study was conducted based on the PRISMA statement and employed the Noblit and Haar method in six stages. All the qualitative studies conducted on the factors affecting the vaginal childbirth experience in Iran were searched in Persian databases (SID, Google Scholar, Civilica, Irandoc, and Magiran) without year restrictions, using the keywords "birth experience", "vaginal childbirth", and "qualitative study". Additionally, English electronic databases (Web of Science, Science Direct, Scopus, PubMed, Cochrane Library, ProQuest) were searched. The quality of the selected articles was independently assessed by two authors using the COREQ checklist.

Results: In this study, 331 articles were identified; 85 duplicate articles were removed, and 246 articles were screened based on their titles and abstracts. A total of 167 articles were excluded, and the full texts of 79 articles were assessed for analysis. Of these, 63 articles were excluded, and ultimately, 16 articles were included in the study. Based on the results, the factors influencing the experience of vaginal childbirth were categorized into three main themes: empowerment for coping or individual capacity (individual preparedness, acceptance of natural childbirth), paradoxes (advantages and disadvantages of natural childbirth and environmental paradoxes), and standard care (safety, team participation, and support).

Conclusion: Women's vaginal childbirth experiences can be improved by enhancing individual capacity, enabling participation, and maintaining safety throughout the stages of childbirth with the support of healthcare providers.

Keywords: childbirth experience, qualitative study, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 35 (253): 170-183 (Persian).

Corresponding Author: Samiyeh Kazemi -Clinical Research Development Unit, Imam Sajad(AS) Medical Education Center, Ramsar, Iran (E-mail: Kazemi.samiyeh@gmail.com)

تبیین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی زنان در ایران: یک مطالعه متا سنتز

سامیه کاظمی^۱زهرا کیانی^۲فرزانه پازنده^۳امیر پیمانی^۴

چکیده

سابقه و هدف: تجربه زایمان طبیعی یک مفهوم چند بعدی است و تحت تاثیر عوامل فیزیکی، روانشناختی در حین و لیبر و زایمان می باشد. شناخت عوامل موثر بر تجربه مادران از زایمان طبیعی در ایران با هدف ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین، بسیار ضروری است. این مطالعه با هدف، تبیین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه بر اساس بیانیه PRISMA و با روش نوبلیت و هار طی شش مرحله انجام شد. بدین منظور تمامی مطالعات کیفی انجام شده پیرامون عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در ایران در پایگاه های فارسی (مقالات علوم پزشکی (نویا)، (Google scholar، Civilica، Magiran و Irandoc) بدون محدودیت سال با کلمات کلیدی "تجربه زایمان"، "زایمان طبیعی" و "مطالعه کیفی" و هم چنین در پایگاه های الکترونیکی انگلیسی (Web of Science, Science Direct, Scopus, PubMed, Cochrane Library, ProQuest) جستجو و بررسی شدند. کیفیت مقالات انتخاب شده به طور مستقل توسط دو نویسنده و از طریق چک لیست COREQ ارزیابی شد.

یافته ها: در این مطالعه ۳۳۱ مقاله شناسایی شدند، ۸۵ مقاله تکراری حذف شدند و ۲۴۶ مقاله بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند. ۱۶۷ مقاله حذف شدند و متن کامل ۷۹ مقاله برای تجزیه و تحلیل ارزیابی شد. از این تعداد ۶۳ مقاله حذف و نهایتاً ۱۶ مقاله وارد مطالعه شد. بر اساس نتایج مطالعه عوامل موثر در تجربه زایمان طبیعی در سه طبقه اصلی توانمندی رویارویی یا ظرفیت فردی (آمادگی فردی، پذیرش زایمان طبیعی)، پارادوکس ها (فواید و معایب زایمان طبیعی و پارادوکس های محیطی) و مراقبت استاندارد (امنیت، مشارکت تیمی، حمایت) قرار گرفت.

استنتاج: با افزایش ظرفیت فردی زنان، ضمن مشارکت و حفظ امنیت زنان در کنترل مراحل زایمان با حمایت ارائه دهندگان خدمت می توان تجربه زایمان طبیعی را بهبود بخشید.

واژه های کلیدی: تجربه زایمان، مطالعه کیفی، ایران

E-mail: Kazemi.samiyeh@gmail.com

مؤلف مسئول: سامیه کاظمی-رامسر، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام سجاد(ع) رامسر

۱. دکترای بهداشت باروری، پژوهشیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی امام سجاد(ع)، رامسر، ایران

۲. استادیار مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳-استادیار، گروه مامایی، دانشکده علوم بهداشتی، دانشگاه نائینگهام، نائینگهام، انگلیس

۴. استاد، گروه علوم آزمایشگاهی، پردیس رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۸/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

مقدمه

زایمان طبیعی به عنوان بهترین روش زایمان شناخته شده است ولی طی سالیان اخیر، شیوع این نوع زایمان به دلیل گسترش و ترویج سزارین کاهش یافته است (۱-۳). سازمان جهانی بهداشت حد مطلوب میزان زایمان سزارین را حدود ۱۵ درصد توصیه می‌کند (۴). با وجود این، امروزه نرخ بالای سزارین یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی است (۵-۷). امروزه سزارین اولین گزینه برای زنان نخست‌زا در اکثر کشورهای به ویژه در ایران است (۶). در ایران، این میزان بالای سزارین یک مشکل رایج است. در یک مطالعه مرورسیستماتیک و متاآنالیز در ایران، شیوع سزارین ۴۸ درصد تخمین زده شده است (۹). در برخی از بیمارستان‌های خصوصی به ۸۷ درصد افزایش یافته است (۶). از مهم‌ترین دلایلی که زنان ایرانی به دنبال سزارین هستند، تجربه منفی زایمان قبلی، ترس از زایمان طبیعی و استفاده بیش از حد از مداخلات در حین زایمان و تمایل شخصی به انجام زایمان سزارین گزارش گردید (۹، ۱۰).

اثرات یک تجربه تولد می‌تواند مثبت و توانمند، یا منفی و آسیب‌زا باشد. یک تجربه مثبت زایمانی با مزایای طولانی مدت، رابطه مثبت با نوزاد و نگرش مثبت نسبت به نقش مادری، افزایش رفاه و اعتماد به نفس والدین و بهبود کیفیت زندگی همراه است (۲). یک تجربه منفی زایمان می‌تواند با پیامدهای منفی سلامت شامل اختلال استرس پس از سانحه، کاهش میزان شیردهی انحصاری، قطع روابط اجتماعی، اختلال در روابط مادر و نوزاد، ترس از زایمان بعدی، همراه باشد (۳، ۴). همچنین تجربه منفی زنان از زایمان ممکن است با تأثیر بر تصمیمات باروری آینده زن، حاملگی‌های بعدی و نگرش زنان به نوع زایمان با ارجحیت به انتخاب مادران به سزارین تأثیر داشته باشد (۵، ۶).

در مطالعه Sahlin و همکاران (۲۰۱۳)، تجربه منفی تولد فرزند، یکی از عوامل مؤثر در گرایش زنان به انتخاب سزارین ذکر شد (۱۰). شواهد نشان داد که ۱۰ تا ۲۰ درصد از تمام زنان تجربه تولد منفی دارند (۱۱).

کسب تجربه مطلوب زنان در هنگام زایمان یک پیامد مهم برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت است (۱۰). در نتیجه، تجربه مطلوب و رضایت زنان از مراقبت در هنگام لیر و زایمان باید به عنوان شاخصی در زمینه سلامت مادر در نظر گرفته شود (۷). این امر به ارتقا کیفیت مراقبت‌های بارداری و زایمان کمک خواهد کرد (۴، ۱۰). مریدی و همکاران در ایران در سال ۲۰۲۳ در بررسی تجربه زنان از برنامه زایمان فیزیولوژیک در ایران به دو محتوای اصلی تجربیات مثبت و منفی در زایمان رسیدند. چهار حیطه رضایت از بارداری، داشتن زایمان با تجربه مطلوب، چالش‌ها و محدودیت‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک و ارائه خدمات نامطلوب مامایی بود (۱۲). مطالعات کیفی در ایران، برخی از عوامل مؤثر بر تجربه مثبت زایمان را احساس امنیت در زایمان، ارائه مراقبت با کیفیت بالا، مراقبت محترمانه در کنار حمایت و توانمندسازی زنان با تأکید بر ارائه مراقبت ماما-محور و رویکرد فیزیولوژیک به زایمان عنوان کردند (۱۴-۱۲). پازنده و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که بهبود کیفیت مراقبت و ایجاد یک تجربه مثبت از زایمان طبیعی با حداقل عوارض باید هدف اولیه ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باشد (۱۵).

در سال‌های اخیر در ایران پیشرفت زیادی از نظر ارتقا سلامت مادران و نوزادان رخ داده است. از نظر کاهش مرگ و میر مادران، ایران جز ده کشوری است که به اهداف هزاره تا ۲۰۱۵ (کاهش مرگ و میر مادران به کم‌تر از ۷۵ درصد) دست یافته است. در سال‌های اخیر، افزایش سزارین در ایران و عوارض ناشی از آن، تبدیل به یکی از نگرانی‌ها و دغدغه‌های مسئولین بهداشتی نظام سلامت شده است و اگرچه سیاست‌های ترویج زایمان طبیعی و برنامه‌های مختلفی مانند ترویج زایمان طبیعی نیز برای کاهش آن مورد توجه قرار گرفته است ولی همچنان آمر سزارین بسیار بالا است. علت‌های اصلی و دقیق عدم تمایل زنان به زایمان طبیعی از زبان خودشان در ایران کاملاً مشخص نیست. مهم است

که بدانیم در سال های اخیر چه اتفاقی افتاده است. چه چیزی تغییر کرده است که با وجود بافت مذهبی در ایران، گرایش زنان نخست را به زایمان سزارین افزایش یافته است (۱۶). بنابراین، با توجه به تفاوت های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی-اقتصادی در بافت ایران، بررسی ادراک زنان نخست از تجربه زایمان طبیعی به صورت یک مطالعه مرورسیستاتیک از مطالعات کیفی انجام شده در کشور ضروری به نظر می رسد (۱۵). با این مطالعات، می توان به شناخت جامع از عوامل موثر در تجربیات مثبت زنان دست یافت. سیاستگذاران را قادر سازد تا با آگاهی از عوامل موثر بر تجربیات مثبت زایمان، از طریق اجرای برنامه های مداخله ای چندگانه آموزشی و ساختاری، تجربه ای خوشایند از زایمان را برای مادران تسهیل کنند. علاوه بر این، از طریق شناخت درک زنان از زایمان طبیعی، می توان جوامع را به سمت درک مثبت زایمان طبیعی سوق داد که در نهایت می تواند به کاهش تمایل زنان به زایمان سزارین، بهبود کیفیت مراقبت های زایمانی و در نتیجه ارتقای سلامت مادر هم راستا با سیاست های فرزندآوری در کشور سوق داد.

مواد و روش ها

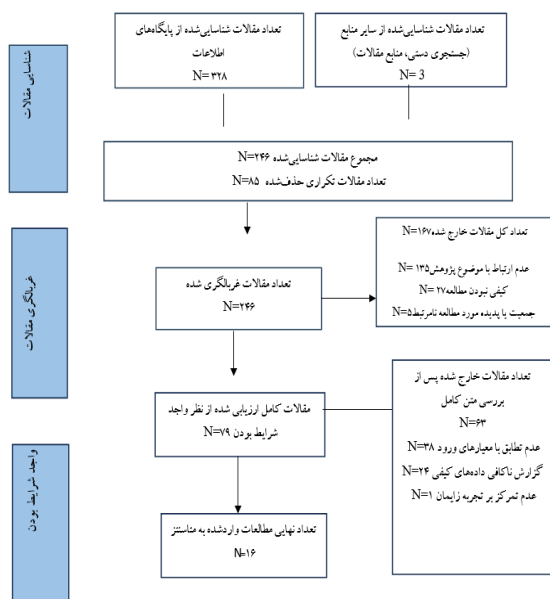
مطالعه حاضر یک پژوهش از نوع متاستز مطالعات کیفی است. این مطالعه با روش متاستز کیفی نویلیت و هار (۱۹۸۸) طی شش مرحله انجام شد (۱۷). در مرحله اول عنوان تحقیق یعنی عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی مدنظر قرار گرفت. در مرحله دوم مطالعات دارای شرایط ورود به متاستز وارد مطالعه شدند. بدین منظور مطالعات کیفی انجام شده درباره عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در پایگاه های داده الکترونیکی، از جمله (WOS) Web of Sciences، Direct، Scopus، PubMed، و پایگاه های داده الکترونیکی فارسی (پایگاه اطلاعات علمی (SID)، Magiran و Irandoc انجام شد. مطالعات بدون محدودیت سال جمع آوری و مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

کلمات کلیدی "عوامل" یا "عوامل موثر" یا "علل" یا "دلایل" یا "تعیین کننده" و "تجربه زایمان" یا "تجربه مربوط به زایمان" یا "بارداری اول" یا "بارداری دوم" یا "زایمان طبیعی" یا "مطالعات کیفی" و "ایران" به دو زبان فارسی و انگلیسی در استراتژی جستجو استفاده شد. در نهایت، کتابشناسی مقالات مرتبط به صورت دستی برای مطالعات احتمالی که امکان حذف آن ها وجود داشت نیز جستجو شد.

معیارهای ورود شامل، انواع مطالعات کیفی که دقیقاً مفهوم تجربه زایمان یا عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار می دهند، واژه تجربه زایمان در عنوان و چکیده مقالات اولیه ذکر شده باشد، به زبان فارسی و انگلیسی منتشر شده باشد، مشارکت کنندگان در مطالعات، زنان با بارداری کم خطر که در صورت زایمان طبیعی، زایمان بدون عارضه و همراه با نوزاد سالم داشتند و در داخل کشور ایران انجام شده باشند، بوده است. پس از حذف مقالات تکراری و بررسی عنوان و چکیده مقالات، در صورتی که مطالعات شرایط ذکر شده را نداشتند از مطالعه حذف شدند.

پس از انتخاب مقالات، کیفیت مقالات کیفی با چک لیست کورک COREQ توسط دو محقق جداگانه بررسی شدند. زیرا قبل از انجام متاستز، مطالعات اولیه ای که قرار است وارد پژوهش شوند باید مورد ارزشیابی و نقد قرار گیرند. معیارهای نقد و الگوهای مورد بررسی باید مورد توافق محققان باشد (۱۸). چک لیست COREQ یا معیارهای تلفیقی برای گزارش مطالعه کیفی، چک لیست ۳۲ آیتی است که وسط تونگ (Tong) و همکاران تدوین شد. این ابزار برگرفته از یک مطالعه مروری و تحلیل کیفی بر چک لیست های موجود برای نگارش مطالعه کیفی است. چک لیست مورد نظر به محققان کمک می کند تا با معیارهای گزارش دهی مطالعه کیفی در حیطه تیم پژوهش و انعکاس پذیری در دو بخش ویژگی های فردی و ارتباط با مشارکت کنندگان (۸ معیار)، حیطه

زایمان و در چهار حیطه ظرفیت فردی، مشارکت، حمایت و امنیت طبقه بندی گردید. در مجموع ۲۳۱ کد به عنوان مهم ترین عوامل مؤثر بر تجربه زایمان طبیعی استخراج شد. مشخصات مربوط به مطالعات بررسی شده در جدول شماره ۱، و مضامین و کدهای زیر مجموعه آن ها در جدول شماره ۲، آورده شده است.



نمودار شماره ۱: فلوچارت جستجو و ورود مطالعات

بحث

این مطالعه با هدف تبیین عوامل مؤثر بر تجربه زایمان طبیعی از طریق مرور نظام مند مطالعات کیفی در ایران انجام شد. یافته های حاصل از مطالعه شامل عوامل مؤثر در تجربه زایمان طبیعی در سه طبقه اصلی توانمندی رویارویی یا ظرفیت فردی (آمادگی فردی، پذیرش زایمان طبیعی)، پارادوکس ها (فواید و معایب زایمان طبیعی و پارادوکس های محیطی) و مراقبت استاندارد (امنیت، مشارکت تیمی، حمایت) قرار گرفت. در توانمندی رویایی یا ظرفیت فردی زنان، عدم کنترل زنان در سیر لیر و زایمان در ایران می تواند به این دلیل باشد که به صورت روتین زنان در فاز نهفته زایمان یا در اوایل فاز فعال (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر) بستری می شوند.

طراحی مطالعه در سه بخش چارچوب نظری، محیط و روش گردآوری داده ها (۱۵ معیار) و حیطه تحلیل یافته ها در دو بخش تحلیل داده ها و گزارش یافته ها (۹ معیار) آشنا شوند. ابزار مربوطه برای انواع مطالعات کیفی به ویژه روش های مبتنی بر مصاحبه و گروه های متمرکز مناسب اعلام شده است (۱۹). در مرحله سوم، هریک از مطالعات انتخاب شده، با دقت و با تمرکز بر جزئیات خوانده شدند تا مفاهیم کلیدی و موضوعات آن ها مشخص شوند. در مرحله چهارم، مفاهیم کلیدی استخراج، در کنار یکدیگر قرار داده شده و ارتباط بین آن ها مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله پنجم، مفاهیم کلیدی استخراج شده از هر مطالعه با مفاهیم کلیدی سایر مطالعات از نظر شباهت و تفاوت مقایسه شدند و در نهایت در مرحله ششم، نتایج نهایی متاستز یا به عبارت دیگر تفسیر نهایی از موضوع تجربه زایمان و عوامل مرتبط با آن به ترتیب در قالب طبقه اصلی و زیر طبقه ارائه شد. برای اطمینان از کیفیت مقالات انتخاب شده تمام مراحل جستجو، غربالگری و انتخاب نهایی مقالات را دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام دادند و اگر اختلاف نظری وجود داشت با بحث و گفتگو برطرف نمودند.

یافته ها

بر اساس جستجوی اولیه صورت گرفته در پایگاه های اطلاعاتی مذکور، از بین مطالعات کیفی انجام شده در ارتباط با تجربه زایمان و عوامل مرتبط با آن بدون محدودیت سال، ۳۳۱ مقاله شناسایی شدند، ۸۵ مقاله تکراری حذف شدند و ۲۴۶ مقاله بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند. ۱۶۷ مقاله حذف شدند و متن کامل ۷۹ مقاله برای تجزیه و تحلیل ارزیابی شد. از این تعداد ۶۳ مقاله حذف و نهایتاً ۱۶ مقاله وارد مطالعه شد. تعداد ۱۶ مقاله وارد مطالعه متاستز گردید (نمودار شماره ۱). نتایج حاصل از عوامل مؤثر بر تجربه زایمان در مضامین اصلی تجربه مثبت زایمان، تجربه منفی

جدول شماره ۱: مشخصات مربوط به مطالعات بررسی شده

نویسنده	شهر/سال	هدف مطالعه	نوع مطالعه	نتایج اصلی	مشارکت کنندگان	امتیاز کورک
بایرامی و همکاران (۲۰)	ارومیه/۱۳۸۹	توصیف تجارب مادران اول زا از زایمان طبیعی	پدیدارشناسی	تغییرات روانی، تغییرات جسمی، حمایت ماما، سازگاری و تغییر دیدگاه و رفتار از مضامین اصلی مطالعه بودند.	۲۰ مادر با زایمان طبیعی	۴۴
قدسی و همکاران (۲۱)	همدان/۱۳۸۸	تجارب مادران از زایمان بدون درد با گاز اتونوکس در زایمان طبیعی	پدیدارشناسی	انتخاب زایمان بدون درد و انتخاب اتونوکس جهت انجام بی دردی، رضایت‌مندی و مزایا، نگرش‌ها و باورها، سیستم برنامه ریزی و امکانات بیمارستان، تعامل با تیم درمانی از دلایل اصلی انتخاب گاز اتونوکس برای بی دردی زایمان بود.	۳۰ نفر از مادران باردار	۴۸
حامی و همکاران (۲۲)	تهران/۱۴۰۰	تجربیات زنده زنان از پیوند عاطفی با همسرانشان و داشتن زایمان طبیعی موفق	پدیدارشناسی	مضمون اصلی نقش عاطفی شوهر در زایمان واژینال موفق زن بود. ۳ مضمون فرعی شامل «نگرش عاطفی مثبت شوهر نسبت به زایمان طبیعی»، «درگیری عاطفی شوهر در هنگام زایمان» و «حمایت عاطفی شوهر پس از زایمان» بودند. زنان در هنگام زایمان بر تعامل عاطفی و پیوند عاطفی با همسرانشان در قبل، حین و بعد از زایمان تأکید داشتند.	۲۰ زن با زایمان طبیعی	۵۴
مریدی و همکاران (۱۲)	اهواز/۱۴۰۲	تجربیات زنده زنان با کاربرد برنامه زایمان فیزیولوژیک در ایران	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	۲ محتوای اصلی شامل تجربه مثبت زایمان فیزیولوژیک (رضایت از بارداری و داشتن زایمان خوشایند)، تجربه منفی از زایمان (چالش‌ها و محدودیت‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک و فقدان ارائه خدمات با کیفیت بالا در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی).	۱۵ زن شرکت کننده در کلاسهای آموزش زایمان فیزیولوژیک	۵۸
عسکری و همکاران (۳۳)	خراسان/۱۳۹۳	کشف تجربیات فردی زنان از زایمان	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	محیطی آرام و امن، ضروری‌ترین نیاز اکثر زنانی بود که زایمان می‌کردند. مداخلات روئین غیرضروری از جمله: استراحت مطلق، ایجاد راه ورودی، معاینات مکرر واژن، ناشتا بودن و آمپیتومبی زودهنگام پرهیز شود. مشارکت فعالانه زنان در زایمان نیز بر انجام زایمان طبیعی موثر بود.	۲۱ زن شکم اول با زایمان طبیعی	۴۶
خدارحمی و همکاران (۱۳)	همدان/۱۴۰۱	تأثیر مامای پشتیبان بر تجربه مادری از زایمان طبیعی	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	مضامین اصلی شامل امنیت، مراقبت با کیفیت بالا و مراقبت محترمانه بود که دارای ۶ مضمون فرعی، توانمندسازی و حمایت ادراک شده، رویکرد فیزیولوژیک و مراقبت اطمینان بخش و احترام به حریم خصوصی مادر و مسئولیت‌پذیری مطلوب بود.	۱۹ زن با زایمان طبیعی	۵۰
خامه چیان و همکاران (۱۴)	کاشان/۱۴۰۰	تجربه زنان نخست‌زا از زایمان طبیعی در ایران	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	سه مضمون اصلی غوطه ور شدن در استرس، درد، جوهر زایمان طبیعی و استراحتی‌های مدیریت موقعیت استخراج شد. علاوه بر این، هفت مضمون فرعی شامل تهدید از دست دادن، محیط استرس‌زا، اختلال موفق در هماهنگی فیزیولوژیک، احساسات متناقض، خود مدیریت، حمایت عاطفی و حمایت معنوی به دست آمد.	۱۷ زن نخست‌زا با شکم طبیعی	۵۶
شاهوی و همکاران (۱۶)	کردستان/۱۳۹۳	تجربه زنان ایرانی کرد از زایمان طبیعی	پدیدارشناسی	چهار مضمون اصلی شامل احساس قدرت، تغییر زندگی، اهمیت حمایت در طول زایمان، و ایجاد معنوی زایمان به دست آمد.	۱۴ زن با زایمان طبیعی	۴۲
حسن زاده و همکاران (۲۴)	تبریز/۱۴۰۰	دراک زنان نخست‌زاد در مورد تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر تجربه زایمان آنها	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	۶ مضمون اصلی شامل انگیزه و یادگیری در مورد بارداری و زایمان، مشارکت فعال در کار، احساس خودکنترلی، استفاده از روش‌های تسکین درد غیر دارویی در حین زایمان، ترجیح دادن زایمان طبیعی به سزارین و تجربه مثبت زایمان استخراج شد.	۱۳ زن با زایمان طبیعی	۵۸
حسینی و همکاران (۲۵)	شاهروود/۱۴۰۰	تجربه مثبت زایمان	یک مطالعه کیفی اکتشافی	۲ مضمون اصلی شامل کنترل و توانمندسازی به دست آمد. مضمون کنترل شامل ۳ مضمون اصلی آمادگی، مقابله و حمایت بود. مضمون توانمندسازی شامل دو مضمون فرعی خودکارآمدی و عزت نفس بود.	۱۰ زن با تجربه مثبت زایمان	۵۶
پازنده و همکاران (۱۵)	تهران/۱۳۹۶	تجارب زنان از مراقبت‌های روئین در حین لیر و زایمان و تأثیر پزشکی شدن زایمان	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل موضوعی	۲ مضمون اصلی پدیدار شد. تسلط پزشکی شدن زایمان که فرآیندی را نشان می‌دهد که طی آن مداخلات در حین زایمان بر مسیر زایمان زنان تأثیر می‌گذارد، و تأثیر پزشکی شدن زایمان روی تجربه زایمان که اغلب شامل ترجیح سزارین به جای زایمان واژینال با مداخلات متعدد است.	۲۶ زن با زایمان طبیعی	۵۸
صفرزاده و همکاران (۲۶)	زاهدان/۱۳۹۷	تجربیات مادران باردار با مامای همراه در زایشگاه‌های بیمارستان‌های مناطق فقیرنشین ایران	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	۵ مضمون اصلی شامل دستیابی به عزت نفس و توانمندسازی، اعتماد بیشتر به خدا، ارتقای سلامت روان مادر، تمایل به زایمان طبیعی، و دولا راه به عنوان شونده و ادراک کننده استخراج شد.	۱۳ زن شکم اول	۴۲
جدری فرد و همکاران (۲۷)	تهران/۱۴۰۲	تبیین تجربه زایمان با حمایت دولا	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	۴ مضمون اصلی و ۸ مضمون فرعی استخراج شد. حمایت (حمایت فیزیکی، حمایت روانی)، کمک به تحقق رویای مادری (لقای آرایش، رهایی از درد و رنج)، تقویت درونی (عزت نفس، پذیرش درد) و مراقبت مادر محور (دولا به عنوان یک حامی متفاوت، ایجاد رابطه دوطرفه).	۱۶ زن زایمانی با مامای همراه	۴۶
قنبری همای و همکاران (۲۸)	تبریز/۱۴۰۰	توصیه برای بهبود تجربه زنان شکم اول: نتایج از یک مطالعه چند فازی در ایران	یک مطالعه ترکیبی توضیحی متوالی	۳ مضمون اصلی شامل کنترل درونی فرد، کنترل بیرونی و حمایت استخراج شد.	۱۷ زن شکم اول	۵۶
کافلی و همکاران (۲۹)	اصفهان/۱۴۰۱	عوامل محیطی موثر بر تجربیات زایمان زنان در واحد لیر-زایمان-پس از زایمان	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	۳ مضمون اصلی شامل امنیت فیزیکی (حریم خصوصی، ارگونومی تخت و امکان مداخلات پزشکی)، محیط استاندارد (نمادهای امیدوارکننده مادر شدن، محیطی آرام و محیطی معنوی) و آسایش فیزیکی (به حداقل رساندن آلودگی صوتی، نور محیط و طراحی داخلی بلوک زایمان) استخراج شد.	۲۰ زن با تجربه زایمان	۵۸
میرغفوروند و همکاران (۳۰)	تبریز/۱۴۰۱	دراک زنان ایرانی از عوامل تبیین کننده تجربه زایمان	یک مطالعه ترکیبی	سه مضمون اصلی شامل کنترل درونی، کنترل بیرونی و حمایت استخراج شد.	۱۷ زن با تجربه مثبت و منفی زایمان	۵۶

جدول شماره ۲: مضامین استخراج شده از مطالعات کیفی

طبقه اصلی	طبقه فرعی	کد ها
توانمندی	آمادگی فردی	خودکارآمدی، عزت نفس، احساس قدرت، سلامت روان مادر، انگیزه نگرش ها و باورها، اعتماد به خود بعد معنوی فرد
رویارویی یا ظرفیت فردی	پذیرش زایمان طبیعی	کنترل درونی، کنترل بیرونی، مقابله، احساس خودکنترلی، آمادگی، سازگاری، پذیرش درد
پارادوکس ها	پارادوکس فواید و معایب زایمان طبیعی	ترجیح زایمان طبیعی به سزارین توسط مادر، ترجیح زایمان طبیعی به سزارین توسط کادر درمان؛ ترس از عوارض زایمان طبیعی، ترس دادن توسط پزشک و ماما، تجربه مثبت و منفی قلبی، ترس از دست دادن نوزاد
پارادوکس های مراقبت استاندارد	پارادوکس های محیطی امنیت مشارکت تیمی حمایت	دو لبه بودن مداخلات پزشکی، محیط استرس زا و پرتنش زایشگاه، خوشایندسازی فضای زایمان آسایش فیزیکی، حریم خصوصی فیزیکی، حریم اطلاعاتی، ارگونومی تخت، رضایت داشتن مسئولیت پذیری، مدیریت موقعیت، خودمدیریتی حمایت عاطفی همسر، حمایت خانواده، حمایت معنوی، حمایت کادر درمان، حضور مامای همراه

درد های زایمانی در زنان بستری جهت زایمان با استفاده از اکسی توسین انجام می شود. مطالعات کیفی متعدد، تجربه منفی از درد شدید ناشی از تحریک یا تشدید انقباضات رحمی با استفاده از اکسی توسین و عدم کنترل زنان در سیر لیبر و زایمان خود را گزارش نمودند (۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۵-۲۱). این یافته با مطالعه Langren و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه Mukamurgio و همکاران (۲۰۲۰) در سوند مطابقت دارد، این مطالعات نشان داد که احساس کنترل در زایمان و ظرفیت فردی دو عامل مهم در بهبود تجربه زایمان هستند (۳۲، ۳۱).

رویکرد پزشکی به فرآیند زایمان، توانایی زنان را در ابراز نظر و تصمیم گیری در مورد مراقبت در طی لیبر و زایمان بسیار محدود می کند (۱۵). بر طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت، زنان باید در هنگام زایمان امکان نوشیدن، خوردن، راه رفتن و احساس کنترل در هنگام زایمان را داشته باشند (۸). در حالی که با وجود نگرش پزشکی به این فرایند اغلب فیزیولوژیک، برخورداری از تجربه مطلوب لیبر و زایمان طبیعی را از زنان سلب می کند و زنانی که تجارب منفی از زایمان داشته یا از همتایان خود شنیده اند، اغلب ترجیح می دهند به سمت و سویی بروند که با کمترین احتمال تجارب نامطلوب از زایمان همراه شود (۱۵). این نوع نگرش و رویکرد، کیفیت مراقبت را نیز تحت تأثیر قرار

می دهد، بنابراین هر مداخله ای برای تغییر باید در نظر گرفته شود. هدف باید یک تجربه تولد با کیفیت مطلوب با حداقل مداخلات در زایمان طبیعی باشد (۱۵، ۳۲). یک مراقبت مبتنی بر شواهد با ارائه مراقبت مامایی به صورت مستقل در مادران با بارداری و زایمان کم خطر با ترکیب شواهد علمی و همدلی ممکن است این نیاز برای تغییر را برطرف کند (۱۶-۱۲، ۲۵، ۲۸، ۳۳). آموزش های قبل از زایمان نیز می تواند آمادگی زنان برای زایمان را بهبود بخشد و ضمن افزایش اعتماد به نفس، توانایی آن ها را در انتخاب و تصمیم گیری آگاهانه افزایش دهد و در نهایت احساس کنترل آن ها را در طول روند زایمان افزایش دهد (۳۴، ۳۵).

در حمایت زنان، حفظ نقش فعال در روند لیبر و زایمان، حفظ حریم خصوصی و افزایش آزادی انتخاب روش های بی دردی در زمان زایمان از علل مؤثر بر تجربه مطلوب زایمان است، که از اجزای مراقبت محترمانه مادری می باشد (۱۳، ۱۶، ۲۵-۲۱، ۲۷، ۳۶، ۳۷). از دیدگاه زنان در لیبر، یک مولفه ضروری در بهبود کیفیت مراقبت و رضایت از زایمان، رفتار محترمانه و حمایت ارائه دهندگان خدمت است. این مولفه باید به یک شاخص مهم در ارزیابی مراقبت های بهداشتی مادران تبدیل شود (۳۸). مطالعه زمانی و همکاران (۲۰۱۹) در ایران نشان داد، زنانی که در سیر لیبر بدون اطلاع و داشتن حق انتخاب، اکسی توسین دریافت کردند، احتمال مشارکت آنان در روند لیبر و زایمان کم تر بود و این امر منجر به کاهش نمره تجربه زایمان شد (۳۹، ۴۰). در مطالعات Gamedez همکاران (۲۰۱۸) زنانی که آزادی در زمان لیبر و زایمان داشتند، مشارکت بیش تری در سیر مراقبت خود احساس می کردند (۴۱).

در مطالعه قبادی و همکاران (۲۰۱۵)، رضایتمندی زنان بیش تر تحت تأثیر کیفیت روابط مادران با مراقبین قرار داشت، به این معنی که رضایتمندی مادران از برخورد محترمانه مراقبین بهداشتی، مهم ترین عامل مرتبط با رضایتمندی مادران از تجربه زایمان بود. این یافته بر اهمیت رویکرد مدل مراقبت مامایی و زن-محور

نسبت به رویکرد مدل پزشکی در تجربه مادران تاکید دارد (۳۵). در مطالعه خداحمی و همکاران در ایران (۲۰۲۱) تجارب زنان از زایمان فیزیولوژیک مطلوب گزارش شد، اما آنچه مورد توجه بود، تفاوت قابل توجه ارائه مراقبت‌های مامایی مرسوم در مقایسه با مراقبت‌های با کیفیت و همراه با تجربه مطلوب ارائه شده در زایمان فیزیولوژیک بود (۱۳).

در مشارکت زنان، نتایج مطالعات کیفی انجام شده در ایران و در سراسر جهان نشان می‌دهد یکی از عوامل مهم ایجاد تجربیات منفی برای زنان در هنگام زایمان، وضعیتی است که ارائه‌دهندگان خدمت به سهم زنان در مشارکت و تصمیم‌گیری برای نحوه دریافت مراقبت‌های حین لیبر و انتخاب روش زایمان طبیعی توجه نمی‌کنند (۴۶-۴۳). یک مطالعه جامع که در سه کشور عربی مصر، لبنان و سوریه انجام شد، نشان داد که درک زنان از کنترل بر لیبر و زایمان، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای ارتقاء سطح رضایت در زنان از زایمان طبیعی بود. عدم حق انتخاب و آزادی در دریافت مراقبت‌های حین لیبر و زایمان منجر به عدم شکل‌گیری تجربه خوب زایمان در این زنان شده بود (۴۷). آزادی زنان در انتخاب در طول لیبر و زایمان، منجر به مشارکت بیش‌تر زنان می‌شود و در نتیجه زنان تسلط، مهارت و کنترل موقعیت قدرت می‌یابند، که در نهایت منجر به یک تجربه مثبت زایمان می‌شود و توانمندی آن‌ها را برای زایمان بعدی افزایش می‌دهد (۴۰، ۴۱، ۴۷، ۴۸). دیویس - فلوید (Davis-floyd) (۲۰۰۴)، استدلال می‌کند "زایمان طبیعی" نیازمند مشارکت آگاهانه مادر در زایمان خود است. ماما به معنای "با زنان" است و بنابراین نشان می‌دهد که این مراقبت مامایی روند تولید مثل را در مسیر طبیعی خود حفظ می‌کند مگر در موارد اضطراری که نیازمند مداخله باشد (۴۹). استفاده از فن‌آوری پزشکی احتمال "زایمان طبیعی" را از بین می‌برد زیرا به زنان اجازه نمی‌دهد استقلال و مشارکت خود را در فرآیندهای بدن خود حفظ کنند (۱۴، ۱۵). در

این راستا، ندادن فرصت به زنان برای مشارکت در تصمیم‌گیری، عدم احساس توانمندی زنان، عدم کنترل در سیر لیبر و زایمان و عدم اجرای مدل مراقبت مامایی در تجارب زایمان زنان نقش منفی دارد (۸، ۴۱، ۴۲، ۴۷-۴۴، ۵۵). اتخاذ مراقبت‌های همراه با مشارکت مادران در طول لیبر و زایمان فرایند پیچیده‌ای است که به مهارت‌های علمی و بین فردی ارائه‌دهندگان خدمت نیاز دارد. در این راستا، شناسایی موانع احتمالی و استفاده از استراتژی‌های موثر برای اجرای مراقبت‌های مبتنی بر شواهد در سیر لیبر و زایمان ضروری است.

در مطالعه کیفی Hunter و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان "مراقبت زن-محور در طول بارداری و زایمان"، حمایت از طبیعی بودن روند بارداری و زایمان، آموزش و اختیار و قدرت تصمیم‌گیری، تداوم مراقبت، توانمندسازی برای مراقبت با محوریت زنان و ایجاد ظرفیت برای مراقبت مادری در مراکز مراقبتی از طبقه‌های اصلی به دست آمده بود. در میان این موضوعات مهم، چند زیر طبقه ظاهر شدند که منعکس‌کننده عناصر کلیدی مراقبت با محوریت زنان است که شامل احترام، مشارکت در تصمیم‌گیری، اشتراک اطلاعات، تاثیر آموزش، تداوم خدمات، تداوم و دسترس بودن کارکنان، انتخاب درست، ارتقاء استقلال زنان و مراقبت فردی بود که با نقش مشارکت مادران در سیر مراقبت خود به عنوان عامل اصلی در تجربه مطلوب زایمان همسو بود (۵۰). به عنوان یک راهکار موثر، ارائه مراقبت کرامت-محور توسط تیم مراقب مامایی با تمرکز بر مشارکت مادران توصیه می‌شود که در مهم‌ترین عوامل ایجادکننده یک تجربه مطلوب از زایمان از یک سو، به وجود ارتباط مؤثر مراقبین درمانی با زائو و اجازه به مشارکت فعال او در کنترل زایمان خود و از سوی دیگر پررنگ شدن نقش ارائه‌دهندگان خدمات مامایی در ارائه و تلفیق مراقبت‌های کرامت‌محور حین لیبر و زایمان با مراقبت‌های زن-محور مرتبط می‌گردد (۳۹، ۴۲).

علاوه بر مشارکت مادران با تمرکز بر مراقبت کرامت -محور به عنوان پیشگویی کننده اصلی، مطالعه Lazzerini و همکاران (۲۰۲۱) در اسپانیا نشان داد که میانگین تجربه زایمان پس از اجرای مراقبت های مامایی به طور مستقل بهبود یافت (۴۴)؛ هم چنین پیامدهای نوزادی شامل شروع شیردهی بلافاصله در اتاق زایمان، تماس پوست با پوست و پیامدهای زایمانی شامل شروع لیبر و نوع زایمان مطلوب تر و از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت (۵۱، ۵۲، ۵۳). ذکر این نکته مهم است که در مطالعات متعدد، کسب تجربه مطلوب از زایمان به برتری مراقبت های مامایی مداوم نسبت به سایر مراقبت های موجود اشاره می کند (۵۴، ۵۵). رضایت از مراقبت های مامایی با محوریت مراقبت مامایی به طور مستقل بسیار بالا گزارش شده است، در نتیجه ارائه مدل مراقبت مامایی با تامین نیروی انسانی ماهر جهت کاهش مداخلات زایمانی و بهبود تجربه زایمان پیشنهاد می گردد (۱۳).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ بر کیفیت تعامل بین زنان و ارائه دهندگان مراقبت در سیر لیبر و زایمان تأکید کرد و تعاملات مثبت بین ماما و مادر را از پیش شرط نتایج مثبت زایمان دانست (۸). مراقبت کرامت محور به عنوان یک استراتژی ضروری برای بهبود کیفیت مراقبت مادری شناخته شده است (۵۶). این موضوع به عنوان یک حقوق انسانی در جهان تعریف شده است که اصول اخلاقی و احترام به احساسات، عزت، انتخاب و ترجیحات زنان را در بر می گیرد (۳۶).

در امنیت زنان، در مطالعه خداحمی و همکاران (۲۰۲۲) تجربه زنان از زایمان فیزیولوژیک مطلوب گزارش شد، این یافته نشان می دهد این نوع از مراقبت مامایی باعث ایجاد احساس امنیت و رضایت بالایی می شود. در نتیجه، حضور مداوم ماما در مواقعی که زنان به آن ها احتیاج دارند و حداقل استفاده از مداخلات طبی در فرآیند لیبر و زایمان، نقش موثری در ایجاد یک تجربه مثبت از زایمان دارد (۱۳). یک مطالعه فراتحلیل (Meta-

Analysis) توسط Sandall و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کرد، زنانی که مدل مراقبت مامایی دریافت کردند، از حمایت بیش تری در سیر لیبر برخوردار بودند و رضایت بیش تری از زایمان داشتند (۵۳). مطالعات مشابه نیز چنین یافته های را تایید کرده اند که اگر مراقب مامایی به صورت مستقل باشد، خطرات مرتبط با سلامت مادر و نوزاد در سیر لیبر و زایمان کاهش یافته و رضایت مادران از مراقبت های دریافت شده افزایش می یابد (۳۳، ۵۲). علاوه بر این، امنیت درک شده از مراقبت های مامایی با توجه به اصول توصیه شده در بیمارستان های دوستدار مادر، می تواند احتمال مشارکت زنان و تصمیم گیری آن ها در سیر لیبر و زایمان را بهبود بخشد که این موضوع عامل موثری در ایجاد تجربه مثبت زنان در زایمان می باشد (۴۴، ۵۴).

در سال های اخیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ایران سعی در بازنگری های مداوم (۵ ساله) در راهنمای ارائه خدمات بارداری و زایمان مبتنی بر مراقبت های استاندارد، اشاعه زایمان فیزیولوژیک نموده است ولی مبانی آن به طور کامل اجرا نگردیده است. این اهتمام با تشکیل کلاس های آمادگی زایمان، بهبود فضای فیزیکی، زیر ساخت های زایشگاه ها و رایگان نمودن زایمان طبیعی به ترغیب زنان به زایمان طبیعی کمک نموده ولی این برنامه هنوز در بخش دولتی به اهداف خود در حیطه کیفیت مراقبت به خصوص تجربه مطلوب زایمان نرسیده است (۵۴).

پزشکی شدن فرایند زایمان، انجام مداخلات زایمانی به صورت روتین از موانع کسب تجربه مطلوب در زایمان می باشد. این یافته ها تأکید بر مطالعات قبلی در ایران توسط صدیق و همکاران (۲۰۱۶) و پازنده و همکاران (۲۰۱۵) بود (۵۴، ۳۶). در این مطالعات، تجربه منفی زنان از تحریک لیبر با استفاده از اکسی توسین در لیبر با رویکرد پزشکی کردن زایمان، انجام زایمان طبیعی را محدود کرد و آن را به سمت درخواست سزارین انتخابی در حین لیبر و یا در زایمان های بعدی سوق داد. این قدرت

است. در ایران، خدمت گیرندگان در سیستم‌های درمانی علی‌الخصوص در زایشگاه‌های کشور با مکانیزم مراقبت پزشکی، به عنوان مشارکت‌کننده منفعل در فرایند درمان نه تصمیم‌گیرنده نقش دارند (۵۴).

کاهش مداخلات زایمانی با تاکید به مدل مراقبت مامایی، ترویج مراقبت مبتنی بر شواهد و مشارکت فعالانه مادران در حین مراقبت در سیر لیبر و زایمان با آموزش مادران و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات زایمانی، جهت افزایش رضایتمندی مادران از زایمان طبیعی توصیه می‌شود. امید است با کاربرد مراقبت‌های زن-محور با محوریت مراقبت مامایی، توانمندسازی ماماها و تغییر در سیاست‌گذاری‌های این حیطه در جهت کاهش مداخلات زایمان و بهبود تجربه مادران همراه با حفظ کرامت آنها بتوان در ارتقاء کیفیت مراقبت در طول لیبر و زایمان گام‌های موثری برداشت.

سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران برای حمایت و تصویب این طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌گردد.

انتخاب در متخصصین زنان، منجر به افزایش اقتدار پزشکان و محدود کردن نقش ماماها در مسئله زایمان شد. تصمیم‌گیری پزشکان متخصص زنان در امر زایمان مادران با بارداری کم‌خطر در سیر لیبر و زایمان و کم‌رنگ شدن و به حاشیه رفتن نقش ماما در مراقبت این مادران، کاربرد رویکرد پزشکی به زایمان را بیش‌تر از قبل در زایشگاه‌های کشور نشان داد. در نتیجه، ضمن گسترش رویکرد پزشکی به زایمان و نهادینه شدن آن در تمامی زایشگاه‌های کشور، تحقق زایمان طبیعی را به چالش کشید اگرچه برنامه تحول نظام سلامت با هدف ترویج زایمان طبیعی و ایجاد انگیزه‌های مالی توانست تا حدودی در تصمیم‌گیری متخصصین زنان برای ترویج زایمان سزارین مانع ایجاد کند، اما کاهش میزان سزارین و ترویج زایمان طبیعی تنها با انگیزه‌های مالی برای ترویج زایمان طبیعی، رایگان شدن زایمان طبیعی و خوشایندسازی فضای فیزیکی زایمان محقق نخواهد شد.

در مطالعه صدیق و همکاران (۲۰۱۶) به تاثیر رویکرد پزشکی زایمان در کاهش توانمندی و احساس کنترل مادران در سیر لیبر و زایمان، به حاشیه رفتن نقش ماما در مدیریت زایمان طبیعی و افزایش زایمان سزارین در نتیجه تصمیم‌گیری متخصصین زنان اشاره شده

References

1. Held V. Birth and Death. Ethics 1989; 99:362:388.
2. Aune I, Marit Torvik H, Selboe S, Skogås A, Persen J, Dahlberg U. Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. Midwif 2015; 31(7): 721-727. PMID: 25907004.
3. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. J Advanc Nurs 2010; 66(10): 2142-2153. PMID: 20636467.
4. Leela TK, Baboo S. Need of integrated care model for positive childbirth experience in Indian maternity care services. J Educ Health Promot 2024; 13: 86. PMID: 38720691.
5. Faisal I, Matinnia N, Hejar A, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal Pregnancy? A qualitative study in Iran. Midwif 2014; 30(2): 227-233. PMID: 24055288.
6. Behzadmehr R, Balouchi A, Hesarakhi M, Alazmani Noodeh F, Rafiemanesh H, J Nashwan A, et al. Prevalence and causes

- of unreported needle stick injuries among health care workers: a systematic review and meta-analysis. *Rev Environ Health* 2021 Dec 17;38(1):111-123. PMID: 34913621.
7. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath M, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Women S Mental Health* 2013; 16(1): 1-10. PMID: 22940723.
 8. World Health Organization, The H4+ partnership joint support to improve women's and children's health: progress report 2014. 2015.
 9. Rafiei M, , Saei Ghare Naz M, , Akbari M, , et al. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reproduc Biomed* 2018; 16(4): 221-234.
 10. Sahlin M, Carlander-Klint A, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: Deeply rooted emotions. *Midwif* 2013; 29(5): 447-452. PMID: 22901601.
 11. Smarandache A, Kim T, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *Bmc Pregnanc Childbirth* 2016; 16(1). PMID: 27193995
 12. Moridi A, Abedi P, Iravani M, Khosravi S, Alianmoghaddam N, Maraghi E, et al. Women's experiences with implementation of the physiologic birth program in Iran: a qualitative content analysis study. *Front Glob Women S Health* 2023; 4. PMID: 37260781.
 13. Khodarahmi S, Hajian S, , Zare E, et al. The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth – a qualitative study. *J Med Life* 2022; 15(4): 539-546. PMID: 35646188.
 14. Khamehchian M, Adib-Hajbaghery M, HeydariKhayat N, Rezaei M, Sabery M. Primiparous women's experiences of normal vaginal delivery in Iran: a qualitative study. *Bmc Pregnanc Childbirth* 2020; 20(1). PMID: 32349704.
 15. Pazandeh F, Potrata B, Huss R, Hirst J, House A. Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A qualitative study from Iran. *Midwif* 2017; 53: 63-70. PMID: 28763721.
 16. Shahoei R, Rezaei M, Ranaei F, Khosravy F, Zaheri F. <scp>K</scp>urkish women's preference for mode of birth: A qualitative study. *Int J Nurs Practice* 2014; 20(3): 302-309. PMID: 24889003.
 17. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Newburypark CA: Sage; 1988.
 18. Bondas T, Hall E. A decade of metasynthesis research in health sciences: A meta-method study. *Int J Qualitative Studies Health Well Being* 2007; 2(2): 101-113.
 19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Quality Health Care* 2007; 19(6): 349-357. PMID: 17872937.
 20. Bayrami R, Valizadeh L, Zaheri F. Childbirth experiences of primiparous women: A phenomenological study. [Journal name]. 2011; 14:14-19.
 21. Ghodsi Z, Hakimzadeh F. Mothers' experiences of pain-free childbirth with Entonox gas among women attending

- Social Security Hospital in Hamadan in 1388: A phenomenological study. [Journal name]. 2011; 78:78–86
22. Kargar H, Shirdel. Women's lived experiences of emotional bonding between spouses and successful natural childbirth: A phenomenological study. *Journal of Women and Family Studies*. 2021;9(3):156-179.
 23. Askari F, Atarodi A, Torabi S, Moshki M. Exploring Women's Personal Experiences of Giving Birth in Gonabad City: A Qualitative Study. *Glob J Health Sci* 2014; 6(5). PMID: 25168980.
 24. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Perceptions of primiparous women about the effect of childbirth preparation classes on their childbirth experience: A qualitative study. *Midwif* 2021; 103: 103154. PMID: 34627102.
 25. Hosseini Tabaghdehi M, Keramat A, Kolahdozan S, Shahhosseini Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nurs Open* 2020; 7(4): 1233-1238. PMID: 32587743.
 26. Safarzadeh A, Shafipour V, Salar AR. Expectant mothers' experiences with lay doulas in maternity units of hospitals in impoverished areas of Iran: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(6):437–443. PMID: 30386393
 27. Heydari Fard S, Moghadam Z, Khoshnamrad M, Explaining the Childbirth Experience with the Support of a Doula in an Iranian Setting: A Qualitative Study. *S J Holistic Nurs Midwif* 2023; 33(2): 122-129.
 28. Ghanbari-Homaie S, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi M, Mohammadi E,
 29. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi H. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *Bmc Pregnanc Childbirth* 2023; 23(1). PMID: 36915051.
 30. Mirghafourvand M. Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reproduct Health* 2021; 18(1). PMID: 34229710.
 31. Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwif* 2005; 21(4): 346-354. PMID: 16024149.
 32. Mukamurigo J, Berg M, Nyirazinyoye L, Bogren M, Dencker A. Women's childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. *Women Birth* 2021; 34(2): e146-e152. PMID: 32192910.
 33. Sedigh Mobarakabadi S, Mirzaei Najmabadi K, Ghazi Tabatabaie M. Ambivalence Towards Childbirth in a Medicalized Context: A Qualitative Inquiry Among Iranian Mothers. *Iranian Red Crescent Med J* 2015; 17(3). PMID: 26019905
 34. Mattison C, Dion M, Lavis J, Hutton E, Wilson M. Midwif and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth* 2018; 45(3): 322-327. PMID: 29687481.
 35. Ghobadi M, Ziaee T, Mirhaghjo N, et al. Evaluation of Satisfaction with Natural Delivery Experience and its Related Factors in Rasht Women. *J Health Care* 2018; 20(3): 215-224.

36. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban A. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwif* 2015; 31(11): 1045-1053. PMID: 26292760.
37. Fard J, Hasanzadeh R, Mahmoodi G, Bagheri-Nesami M. Internet addiction among students of Islamic Azad University. *J Nurs Midwif Sci* 2014; 1(2): 46.
38. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous Birth Experience in Women with Intense Fear of Childbirth. *J Obstetric Gynecolog Amp Neonatal Nurs* 2010; 39(3): 298-309. PMID: 20576072.
39. Zamani P, Ziaie T, Lakeh N, Leili E. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwif* 2019; 75: 146-151. PMID: 31125906.
40. Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, El Lakany N, et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reproduct Health Matters* 2017; 25(sup1): 16-26. PMID: 29120285.
41. Gamedze-Mshayisa D, Kuo S, Liu C, Lu Y. Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care practices in Swaziland. *Midwif* 2018; 57: 32-38. PMID: 29153982.
42. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. *Birth American Rite Passage* 2004.
43. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during Pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *Bmc Pregnanc Childbirth* 2017; 17(1). PMID: 28946844.
44. Lazzerini M, Valente E, Covi B, Semenzato C, Ciuch M. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. *Bmj Open Quality* 2019; 8(1): e000525. PMID: 30997420.
45. Khalife-Ghaderi F, Amiri-Farahani L, Haghani S, Hasanpoor-Azghady S. Examining the experience of childbirth and its predictors among women who have recently given birth. *Nurs Open* 2021; 8(1): 63-71. PMID: 33318813.
46. Rodríguez Coll P, Casañas R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Duran Muñoz F, Espada-Trespalacios X, et al. Women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between two birth hospitals in Barcelona with different level of assistance and complexity. *Central Europ J Nurs Midwif* 2021; 12(1): 235-244.
47. Conesa Ferrer M, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche M. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *Bmj Open* 2016; 6(8): e011362. PMID: 27566632.
48. Bernitz S, Øian P, Sandvik L, Blix E. Evaluation of satisfaction with care in a Midwif unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *Bmc Pregnanc Childbirth* 2016; 16(1). PMID: 27316335.

49. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. Birth American Rite Passage 2004.
50. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during Pregnanc and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. BMC Pregnanc Childbirth 2017; 17(1). PMID: 28946844.
51. Soltani L, Heydari S, The relationship between anxiety and social isolation among nurses: A cross-sectional study. J Nurs Advances Clin Sci 2025; 0(0): 0-0.
52. Norouzi S, Moghaddam F, Sharafi F. Effectiveness of Trainings Based on the Theory of Reasoned Action in the Choice of Natural Delivery by Pregnant Women. Int J Women S Health Reproduct Sci 2017; 6(2): 181-186.
53. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Systematic Rev 2015. PMID: 26370160.
54. Sedigh Mobarakabadi S, Mirzaie Najmabadi K, Ghazi Tabatabaie M, Esmaily H. Predictors of Mode of Childbirth Based on Medicalized Maternal Care: A Cross-Sectional Study. Iranian Red Crescent Med J 2016; 19(2).