REVIEW ARTICLE

Psychological, Social, and Clinical Outcomes of Medicalization During Pregnancy and Childbirth: A Scoping Review

Zeinab Hashemi[1],
Mansoureh Hasanzadeh[2],
Zohreh Shahhosseini[3]

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

(Received December 30, 2025; Accepted September 24, 2025)

Abstract

Background and purpose: With the increasing use of medical technologies, questions arise about the benefits and risks of these technologies for mothers and newborns. This study aims to identify and map the existing literature to examine the outcomes and performance of medicalization during pregnancy and childbirth in order to adopt the best strategies to improve health care and make better decisions about the use of medicalization technologies in pregnancy and childbirth.

Materials and methods: This scoping review was conducted in five stages: formulating the research question, searching for and extracting relevant studies, selecting studies, organizing data, and reporting the results. A search was conducted to collect data in databases, SID, WOS, PubMed, Scopus, and the Google Scholar search engine, using relevant English and Persian keywords.

Results: After searching the databases, a total of 15 relevant articles were selected and reviewed. The findings were organized into six categories: safety, inequity in access, women's autonomy, psychological issues, medicalization of natural childbirth, and costs of medical interventions.

Conclusion: According to the results of the reviewed studies, medicalization interventions have significantly contributed to reducing maternal and neonatal mortality. However, the findings indicate that not all pregnant women have equal access to medicalization services, and unnecessary medicalization impose a financial burden on the healthcare system. Therefore, it is recommended to implement measures ensuring that medicalization services are provided only when necessary, avoiding the routine use of these interventions for all pregnant women.

Keywords: medicalization, medical interventions, pregnancy, childbirth

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (249): 135-142 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مجلـــه دانشـــگاه عـــلـــوم پـــزشـــکـــی مـــازنـــدران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۹ مهر سال ۱۴۰۴ (۱۴۲-۱۳۵)

پیامدهای روانی، اجتماعی و بالینی طبی سازی در بارداری و زایمان: مرور دامنه‌ای

زینب هاشمی[۱]
منصوه حسن زاده[۲]
زهره شاه حسینی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: با افزایش استفاده از فناوری‌های پزشکی سوالاتی در مورد فواید مثبت و منفی این فناوری‌ها برای مادران و نوزادان مطرح است. این مطالعه با هدف شناسایی و نقشه‌برداری از ادبیات موجود، به بررسی پیامدها و عملکرد طبی سازی در دوران بارداری و زایمان می‌پردازد تا بهترین راهکارها برای بهبود مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ گردد و تصمیمات بهتری در مورد استفاده از فناوری‌های طبی‌سازی در بارداری و زایمان گرفته شود.

مواد و روش ها: این مطالعه یک مرور اسکوپینگ می‌باشد که مراحل انجام آن شامل، طراحی سوال تحقیق، جستجو و استخراج مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، تنظیم داده‌ها و گزارش نتایج است. جست‌وجو جهت جمع‌آوری داده‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی، SID ،WOS،PubMed ،Scopus و موتور جست‌وجو Google scholar و با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط انگلیسی و فارسی انجام شد.

یافته‌ها: پس از جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، در نهایت ۱۵ مقاله مرتبط، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها در شش طبقه شامل ایمنی، نابرابری در دسترسی، استقلال زنان، مسائل روانی، پزشکی شدن زایمان طبیعی و هزینه‌های مداخلات پزشکی سازمان‌دهی شدند.

استنتاج: طبق نتایج مطالعات بررسی شده، مداخلات طبی سازی نقش بسزایی در کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد داشته‌اند. با این حال، یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام مادران باردار دسترسی یکسانی به خدمات طبی‌سازی ندارند و از طرفی انجام موارد غیر ضروری طبی سازی بار مالی بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند. در نتیجه توصیه می‌شود تمهیداتی اندیشیده شود که خدمات طبی‌سازی فقط در صورت لزوم انجام شود و از انجام روتین این مداخلات برای تمام زنان باردار خودداری شود.

واژه های کلیدی: طبی سازی، مداخلات پزشکی، بارداری، زایمان

مقدمه

در آغاز قرن بیستم، همزمان با پیشرفت انقلاب صنعتی و مهم شدن موضوع زنان و زایمان در علم پزشکی، فرآیند طبی‌سازی در روند بارداری و زایمان شکل گرفت(۱). طبی سازی فرآیندی است که از طریق آن مشکلات غیر پزشکی به عنوان مشکلات یا بیماری‌های پزشکی تلقی و مدیریت می‌شوند که نقش مهمی در کاهش مرگ و میر مادران داشته است(۲، ۳).

مولف مسئول: زهره شاه حسینی–ساری: مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **Email:** zshahhosseini@yahoo.com
۱. دانشجوی دکترای تخصصی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استاد گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۳/۱۰/۲۴ تاریخ تصویب : ۱۴۰۴/۷/۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

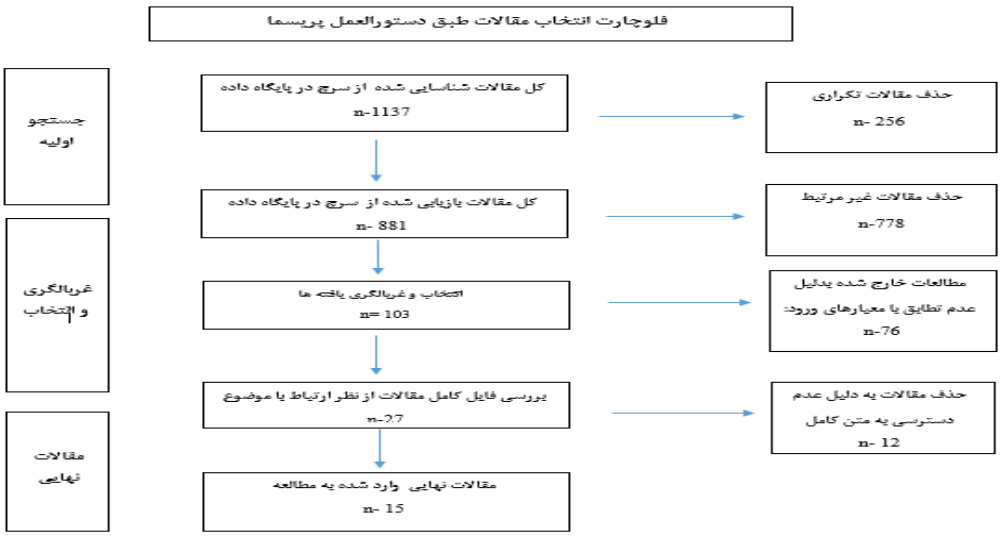
علی‌رغم این مزیت‌ها، طبی‌سازی مفهوم تجربه بارداری و زایمان را دستخوش تغییر کرده و دیگر به این دو مقوله صرفاً به عنوان یک رویداد طبیعی نگریسته نمی‌شوند، بلکه یک رویداد پزشکی محسوب می‌شوند(۱). با افزایش استفاده از فناوری‌های پزشکی، پرسش های زیادی در مورد فواید و مضرات این فناوری‌ها برای مادران و نوزادان مطرح است. تا به امروز، یک بررسی جامع و سازمان یافته که به صورت یکپارچه تمامی ابعاد پیامدهای روان شناختی، اجتماعی و بالینی طبی سازی را در ادبیات علمی مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است. بنابراین این مطالعه با هدف نقشه برداری از شواهد موجود، شفاف سازی مفاهیم و شناسایی شکاف‌های پژوهشی در این زمینه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مرور دامنه‌ای (Scoping Review) است که در پنج مرحله، طراحی سوال تحقیق، جستجو و استخراج مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، تنظیم داده‌ها و گزارش نتایج و با جست وجو در پایگاه‌های Scopus، PubMed، WOS، SID و موتور جست‌وجوی گوگل اسکالر و با استفاده از کلید واژه‌های Medicalization، Medical Intervention، Medical Control، childbirth، Delivery، Obstetrics، Pregnancy، Care Maternity، Birth Process، Childbirth practices و معادل فارسی آن‌ها، انجام شد(۴). پرسش پژوهش بر اساس چارچوب PCC (Population ،Concept ،Context) به این شرح طراحی شد که پیامدهای جسمی، روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی طبی سازی در زنان باردار در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان (به‌ویژه با بارداری کم‌خطر) چیست؟ فرآیند انتخاب مقالات در فلوچارت PRISMA نمایش داده شده است (نمودار شماره ۱). اگرچه ارزیابی کیفی مطالعات در مرور دامنه‌ای الزامی نیست، اما مطالعات وارد شده شامل تحقیقات کیفی، کمی و مقطعی بودند که به درک جامع‌تری از موضوع کمک کردند.

یافته‌ها و بحث

پس از جست‌وجو ۱۵ مقاله مرتبط انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند و یافته‌ها بر اساس یک تحلیل موضوعی، در شش طبقه ایمنی طبی‌سازی، نابرابری در دسترسی به خدمات، هزینه‌های طبی‌سازی، طبی‌سازی زایمان طبیعی، مسائل روان شناختی و استقلال زنان باردار سازمان دهی شدند. جهت دسته‌بندی ساختارمند مفاهیم اصلی و پیامدهای آن، تحلیل داده‌ها بر اساس یک رویکرد موضوعی و با الهام از چارچوب مفهومی طبی سازی انجام شد.



نمودار شماره ۱: فلوچارت انتخاب مقالات طبق دستورالعمل PRISMA

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

ایمنی طبی سازی و نابرابری در دسترسی به خدمات

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که در صورت استفاده مناسب، مداخلات طبی سازی نقش مهمی در کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان دارند. نتایج مطالعات انجام شده در افغانستان، اردن و گواتمالا بر این موضوع تأکید دارند که دسترسی و استفاده از مداخلات پزشکی دوران بارداری عامل مهمی در کاهش مرده‌زایی و مرگ و میر نوزادان در مناطق محروم و روستایی است(۷-۵). علی‌رغم این مزیت دسترسی محدود به این مداخلات، منجر به نابرابری‌های جدی در ارائه مراقبت‌های مناسب شده است. مطالعاتی از قبیل بررسی های انجام‌شده توسط Mastylak و همکاران (۲۰۲۳) در لهستان و van der Mei و همکاران (۲۰۲۱) در هلند به وضوح موید این موضوع است که تمام زنان باردار دسترسی یکسانی به مراقبت‌های پزشکی ندارند و تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی می‌تواند مانعی جهت دسترسی برابر زنان به مراقبت‌های دوران بارداری و تست‌های غربالگری مانند NIPT باشد(۸، ۹).

هزینه‌های طبی سازی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که کاربردهای غیر ضروری مداخلات طبی‌سازی می‌تواند بار مالی قابل توجهی را بر سیستم بهداشت و درمان و مادران باردار تحمیل کند. مطالعه Mogren و همکاران (۲۰۲۱) در روندا نشان داد انجام سونوگرافی غیرضروری و به درخواست مادر باعث افزایش بار مالی بر سیستم مراقبت بهداشتی مادر می‌شود(۱۰). این یافته بیانگر ضرورت استفاده منطقی از فناوری‌های پزشکی در مدیریت منابع مالی می‌باشد.

طبی سازی زایمان طبیعی

یکی از پیامدهای اصلی طبی‌سازی، افزایش نرخ سزارین‌های غیر ضروری است که یک نگرانی جدی در نظام‌های سلامت جهانی است و در مطالعات متعدد به‌ویژه در ایران مورد تأکید قرار گرفته است. بررسی‌های انجام شده توسط ثابت‌قدم و همکاران و صدیق مبارک‌آبادی و همکاران نشان داد که مداخلات روتین در بارداری و زایمان‌های کم خطر، به‌شدت با افزایش نرخ سزارین مرتبط است(۱۱، ۱۲). هم‌چنین، در مطالعه کیفی انجام شده توسط مبارک آبادی و همکاران (۱۳۹۳) در ایران نیز مشاهده شد که بسیاری از زنان با وجود تمایل به زایمان طبیعی، تحت تأثیر فشارهای اجتماعی و تصمیمات پزشکی به سمت سزارین سوق داده می‌شوند(۳). مداخلات روتین پزشکی به عنوان یک عامل کلیدی در ترس از زایمان و کاهش تمایل زنان برای بارداری بعدی نیز مطرح شده‌اند(۱۳). با این حال طبی سازی بارداری و زایمان تنها به افزایش سزارین محدود نمی‌شود، در بسیاری از موارد این مداخلات به بخشی از فرهنگ مراقبتی تبدیل شده‌اند. مطالعه Halle و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که سونوگرافی در نیمه اول بارداری در ایسلند در حاملگی های پرخطر و کم خطر انجام می شود و این موضوع به بخشی از فرهنگ حاملگی این کشور تبدیل شده است(۱۴). این یافته‌ها نشان دهنده ابعاد گسترده‌تر این پدیده در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف است و ضرورت توجه به آن در سطح جهانی را برجسته می‌سازند.

مسائل روان شناختی و استقلال زنان

توجه به جنبه‌های روان شناختی مداخلات غیر ضروری طبی سازی بارداری و زایمان نیز ضروری می‌باشد. Debost و همکاران (۲۰۱۴) در فرانسه در مطالعه خود بیان کردند که گزارش مثبت کاذب در سونوگرافی قبل از تولد باعث استرس روانی برای والدین می‌شود(۱۵). با استفاده روتین از روش های طبی سازی، نگرانی‌های زنان نسبت به خود و نوزادشان افزایش می‌یابد و این موضوع منجر به نگرانی اغراق آمیز، "انتظار مشکل "، ترس و عدم اطمینان قابل توجهی در مادران باردار می‌شود(۱۶، ۱۷).

علاوه بر این بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که تصاحب بدن و فرآیندهای تولید مثلی زنان که توسط پرسنل بهداشتی انجام می‌شود، می‌تواند تأثیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

منفی بر کیفیت زندگی و استقلال زنان داشته باشـد(۱۸). بسیاری از مداخلاتی که امروزه در بارداری و زایمان‌هـا انجام می‌شوند، غیر ضروری و بالقوه ناخوشایند هستند و با زنان مانند کودکان و دریافت کنندگان منفعل برخورد می‌شود. این امر خلاف درک و باوری اسـت کـه مـا از حق مادر برای تصمیم‌گیری آگاهانه پزشکی داریـم(۱۹). مطالعه Ortiz و همکاران (۲۰۲۳) در آرژانتـین و Birko و همکاران (۲۰۱۸) در کانادا بر ایـن مهـم تاکیـد دارنـد کـه بـا وجـود ادعـای اسـتقبال از مشـارکت زنـان در فرآینـدهای تصـمیم‌گیری، بـا روتـین شـدن مـداخلات پزشکی اسـتقلال زنـان همـواره بـا چالش‌هـایی روبـه‌رو است(۲۰، ۲۱). این یافته‌ها نشان دهنده ضرورت توجـه بـه مؤلفـه‌های انسـانی و اجتمـاعی در طراحـی و اجـرای سیاست‌های بهداشتی مربـوط بـه اسـتفاده از مـداخلات طبـی سـازی در بـارداری و زایمـان در کشـورهای گوناگون است. خلاصه‌ای از نتایج مطالعات انجام شـده در مورد پیامدهای طبی‌سازی در بـارداری و زایمـان در جدول شماره ۱، ارائه شده است.

جدول شماره ۱: نتایج مطالعات انجام شده در مورد پیامدهای طبی سازی در بارداری و زایمان

ردیف	نویسنده +سال	عنوان	کشور	نتایج
		ایمنی		
۱	A Christou, et al. (۵) 2020.	درک مسیرهای منتهی به مرده زایی: نقش مراقبت و مراقبت در دوران بارداری و زایمان در استان کابل، افغانستان	افغانستان	سطح پایین استفاده از مداخلات پزشکی دوران بارداری عامل مهمی در مرده زایی است.
۲	N. A. Al-Sheyab, et al., 2020. (۶)	میزان، عوامل خطر، و علل مرگ و میر نوزادان در اردن: تجزیه و تحلیل داده ها از سیستم نظارت بر نوزادان مرده زایی و نوزادان اردن(JSANDS)	اردن	ویزیت های منظم قبل از زایمان و مداخلات پزشکی مناسب و به موقع باعث کاهش مرگ و میر نوزادان می شود.
۳	P. H.Crispín Milart,et al.2016. (۷)	استفاده از یک سیستم قابل حمل با سونوگرافی و آزمایش خون برای بهبود کنترل های دوران بارداری در روستای گواتمالا	گواتمالا	کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان در مناطق روستایی نتیجه مداخلات پزشکی می باشد
		نابرابری در دسترسی		
۴	A Mastylak,et al.2023. (۸).	"برکت" بارداری؟ موانع دسترسی به مراقبت های مادری کافی در لهستان: یک مطالعه ترکیبی در میان زنان، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و تصمیم گیرندگان	لهستان	ارائه مراقبت های مادری نابرابر است. پرداختن به موانع می تواند تجربه و دسترسی به مراقبت‌های کافی مادران را در لهستان بهبود بخشد
۵	M. van der Mei, et al.2021. (۹)	جذب تست های غیر تهاجمی قبل از تولد در محله های محروم از نظر اقتصادی و اجتماعی	هلند	در محله‌های محروم از نظر اقتصادی-اجتماعی دسترسی به روش غربالگری NIPT بیش از دو برابر کم‌تر از سایر محله‌ها است.
		هزینه		
۶	I Mogren,et al.2021. (۱۰)	تجارب و دیدگاه متخصصان مراقبت های بهداشتی مادر در مورد استفاده از سونوگرافی زنان و زایمان در رواندا: یک مطالعه مقطعی	رواندا	انجام سونوگرافی غیر ضروری و به درخواست مادر باعث افزایش بار مالی بر سیستم مراقبت بهداشتی مادر می شود
		طبی سازی زایمان طبیعی		
۷	ثابت قدم و همکاران. ۱۴۰۰. (۱۱)	ارزیابی پزشکی بارداری و زایمان در حاملگی های کم خطر: یک مطالعه مقطعی	ایران	مداخلات طبی سازی در مراقبت از بارداری و زایمان های کم خطر به‌صورت روتین انجام می شود که با افزایش CS مرتبط است.
۸	مبارک آبادی و همکاران. ۱۳۹۵. (۱۲)	پیش بینی کننده های نحوه زایمان بر اساس مراقبت های پزشکی از مادر: یک مطالعه مقطعی	ایران	مداخلات پزشکی در حاملگی ها و زایمان های کم خطر شیوع گسترده ای دارد و این امر باعث افزایش میزان سزارین می شود
۹	صدیق مبارک آبادی و همکاران. ۱۳۹۳. (۳)	دوسوگرایی نسبت به زایمان در زمینه پزشکی: یک تحقیق کیفی در بین مادران ایرانی	ایران	زایمان در ایران به طور فزاینده ای پزشکی شده است و بسیاری از مادران ایرانی با وجود تمایل به زایمان طبیعی از رویکرد پزشکی پیروی می کنند.
۱۰	K. F. Halle.2018. (۱۴).	استفاده از سونوگرافی بارداری قبل از اسکن هفته نوزدهم: یک مطالعه تحلیلی بر اساس زایمان و سلامت ایسلندی	ایسلند	سونوگرافی در نیمه اول بارداری در ایسلند در حاملگی های پرخطر و کم خطر انجام می شود و به بخشی از فرهنگ حاملگی این کشور تبدیل شده است
۱۱	بهجت اردکانی و همکاران.۱۳۹۹. (۲۲)	افزایش چشمگیر زایمان سزارین در ایران: ائتلافی از اقدامات پزشکی خصوصی و انتخاب های زنان	ایران	افزایش چشمگیر زایمان سزارین ریشه در پزشکی سازی زایمان دارد.
۱۲	جوادی و همکاران.۱۴۰۲.(۱۳).	ارتباط مراقبت های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست زا با زایمان طبیعی در بیمارستان فاطمه زهرای میاندوآب در سال ۱۴۰۱	ایران	مداخلات پزشکی می تواند به ترس از زایمان و ناتوانی زنان، کاهش تمایل زنان برای بارداری بعدی و افزایش زایمان سزارین شود.
		مسائل روان شناختی		
۱۳	A Debost-Legrand, et al.2014. (۱۵)	تشخیص های مورفولوژیک مثبت کاذب در اسکن ناهنجاری: مشکل حاشیه ای یا واقعی، یک مطالعه کوهورت مبتنی بر جمعیت	فرانسه	میزان مثبت کاذب در طول سونوگرافی قبل از تولد ناچیز نیست؛ این تشخیص‌های نادرست باعث استرس روانی برای والدین و پزشکی‌سازی بیش از حد بارداری و کودک می‌شود
		استقلال زنان		
۱۴	M. Ortiz, et al.2023. (۲۰)	کمی پدرگرایی پزشکی؟ یک مطالعه کیفی در مورد روابط قدرت بین زنان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی هنگام تصمیم گیری در مورد نحوه تولد	آرژانتین	علیرغم ادعای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در زمینه استقبال از زنان به عنوان بخشی فعال در فرآیندهای تصمیم گیری، اما وقتی زنان تصمیمات مستقلی در مورد نحوه تولد می گیرند، با آنان مخالفت می کنند.
۱۵	S. Birko, et al. 2018. (۲۱)	حرکت به سمت آزمایشات معمول غیر تهاجمی قبل از تولد (NIPT): چالش های مربوط به خود مختاری زنان	کانادا	مزایای استفاده از آزمایش‌های غیر تهاجمی قبل از تولد، ممکن است منجر به روتین شدن استفاده از آن ها شود. این امر مسائل و چالش‌هایی را در رابطه با احترام به استقلال در تصمیم‌گیری زنان ایجاد می‌کند

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مداخلات طبی‌سازی نقش مهمی در کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد داشته است. اما دسترسی به خدمات طبی سازی برای تمام مادران باردار یکسان نیست و از طرفی انجام موارد غیر ضروری طبی‌سازی بار مالی بر سیستم بهداشتی وارد می‌کند و می‌تواند منجر به پیامدهای روانی منفی از قبیل افزایش ترس از زایمان و کاهش استقلال زنان در فرآیندهای تصمیم‌گیری شود. مداخلات طبی‌سازی در بارداری و زایمان نیاز به سیاست‌های بهداشتی به‌منظور استفاده منطقی و متناسب دارد. این سیاست‌ها باید به بهبود دسترسی به خدمات، افزایش استقلال زنان در تصمیم‌گیری و ارائه مشاوره‌های روان شناختی جهت بهبود تجربه زایمان و سلامت روان مادران منجر شود. توصیه می‌شود از کاربرد روتین مداخلات طبی‌سازی برای تمام زنان باردار خودداری شود.

مطالعه حاضر با وجود جامع بودن، دارای محدودیت‌هایی است. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌ها، تمرکز بیش از حد مطالعات وارد شده بر ایران است که می‌تواند بر قابلیت تعمیم نتایج در سطح جهانی تأثیر بگذارد و نبود تحلیل مقایسه‌ای بین کشورها را توجیه می‌کند. هم‌چنین، در این مطالعه ارزیابی کیفی مطالعات انجام نشد. عدم بررسی پایان‌نامه‌ها و منابع خاکستری نیز یکی از محدودیت‌های جستجو در این پژوهش محسوب می‌شود. در نهایت، عدم استفاده از یک چارچوب تحلیلی دقیق نیز ممکن است بر انسجام تحلیل‌ها در برخی موارد تأثیر گذاشته باشد.

بر اساس محدودیت‌های این مطالعه، خلأهای پژوهشی چون، انجام مطالعات تطبیقی در کشورهای مختلف برای بررسی تأثیر عوامل فرهنگی و اقتصادی بر طبی سازی، انجام تحقیقات کیفی عمیق‌تر برای درک تجربیات زنان از فرآیندهای تصمیم‌گیری، بررسی پیامدهای دراز مدت مداخلات طبی‌سازی بر سلامت مادر و نوزاد و بررسی نقش سیاست‌های بهداشتی و آموزشی در زمینه طبی سازی در بارداری و زایمان، مشخص شدند.

سپاسگزاری

از تمام محققانی که مقالات آنان در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Prosen M, Tavčar Krajnc M. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia. Rev Sociol 2013; 43(3): 251-272.
2. Coser RL. Socio-Medical Inquiries: Recollections, Reflections, and Reconsiderations. JAMA 1985; 253(5): 695.
3. Mobarakabadi SS, Najmabadi KM, Tabatabaie MG. Ambivalence towards childbirth in a medicalized context: a qualitative inquiry among Iranian mothers. Iran Red Crescent Med J 2015; 17(3): e24262. PMID: 26019905.
4. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005; 8(1): 19-32.
5. Christou A, Wurie H, Kollie S, Kandeh JN, Kourouma M, Delamou A, et al. Understanding pathways leading to stillbirth: The role of care-seeking and care received during pregnancy and childbirth in Kabul province, Afghanistan. Women Birth 2020; 33(6): 544-555.
6. Al-Sheyab NA, Khader YS, Batieha A, Al Nsour R, Alomari MA, Al-Qutob R, et al. Rate, risk factors, and causes of neonatal deaths in Jordan: analysis of data from

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Jordan stillbirth and neonatal surveillance system (JSANDS). Front Public Health 2020; 8: 595379. PMID: 33194998.

7. Crispín Milart PH, Menéndez C, Rohloff P, Rohloff P, Chomat AM, Rohloff P, et al. Use of a portable system with ultrasound and blood tests to improve prenatal controls in rural Guatemala. Reprod Health 2016; 13: 1-8. PMID: 27618939.
8. Mastylak A, Szwed A, Król A, Makara-Studzińska M, Kózka M, Cianciara D, et al. The "blessing" of pregnancy? barriers to accessing adequate maternal care in poland: a mixed-method study among women, healthcare providers, and decision-makers. **Midwifery** 2023; 116: 103554.
9. van der Meij KR, Henneman L, van Eeten-Nijman J, Lakeman P, Sistermans EA, Oepkes D, et al. Non-invasive prenatal test uptake in socioeconomically disadvantaged neighborhoods. Prenat Diagn 2021; 41(11): 1395-1400. PMID: 34505288.
10. Mogren I, Ntaganira J, Krantz G, Sengoma JP, Edvardsson K, Govender K, et al. Maternal health care professionals' experiences and views on the use of obstetric ultrasound in Rwanda: A cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2021; 21(1): 789. PMID: 34376210.
11. Sabetghadam S, Ghasemi V, Nedjat S, Majdzadeh R, Haghdoost AA, Holakouie-Naieni K. Assessment of medicalization of pregnancy and childbirth in low-risk pregnancies: a cross-sectional study. **Int J** Community Based Nurs Midwifery 2022; 10(1): 64-75.
12. Sedigh Mobarakabadi S, Ghasemi V, Nedjat S, Majdzadeh R, Haghdoost AA, Holakouie-Naieni K. Predictors of mode of childbirth based on medicalized maternal care: A cross-sectional study. J Reprod Infant Psychol 2017; 35(3): 234-245.
13. Javadi Z, Bayrami R, Najarzade M. The Relationship of Medicalized Birth Care with fear of childbirth And Childbirth experience in nulliparous women with natural births in Fatimeh Zahra Hospital of Miandoab in 2022: A Cross-sectional study. Nurs Midwifery J 2024; 21(11): 868-879.
14. Halle KF, Jonsdottir B, Jonsson SH, Geirsson RT, Valdimarsdottir UA. Use of pregnancy ultrasound before the 19th week scan: an analytical study based on the Icelandic Childbirth and Health Cohort. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18(1): 512. PMID: 30594170.
15. Debost-Legrand A, Rivière O, Dossou M, Vendittelli F, Sauvant-Rochat MP, Lemery D, et al. False positive morphologic diagnoses at the anomaly scan: marginal or real problem, a population-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14(1): 112. PMID: 24655605.
16. Lothian JA. The journey of becoming a mother. J Perinat Educ 2008; 17(4): 43-47. PMID: 19436533.
17. Lothian JA. Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know**.** J Perinat Educ 2009; 18(3): 48-54. PMID: 19750214.
18. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet 2010; 111(2): 201-202. PMID: 20926074.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

19. Nicol M. Vulnerability of first-time expectant mothers during ultrasound scans: an evaluation of the external pressures that influence the process of informed choice. Health Care Women Int 2007; 28(6): 525-533. PMID: 17578713.
20. Vila Ortiz M, Palermo ML, Cafferata ML, Berrueta M, Mazzoni A, Belizán JM, et al. A bit of medical paternalism? A qualitative study on power relations between women and healthcare providers when deciding on mode of birth in five public maternity wards of Argentina. Reprod Health 2023; 20(1): 122.
21. Birko S, Ravitsky V, Dupras C, Lemoine ME, Michaud J, Haidar H, et al. Moving towards routine non-invasive prenatal testing (NIPT): challenges related to women's autonomy. OBM Genet 2018; 2(2): 1-13.
22. Ardakani ZB, Ghasemi V, Nedjat S, Majdzadeh R, Haghdoost AA, Holakouie-Naieni K. Dramatic rise in cesarean birth in Iran: A coalition of private medical practices and women's choices. Int J Womens Health Reprod Sci 2020; 8(3): 245-258.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]