

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

Zeinab Hashemi¹,
Mansoureh Hasanzadeh²,
Zohreh Shahhosseini³

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)

پیامدهای روانی، اجتماعی و بالینی طبّی 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 طبّی 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 طبّی سازی در بارداری و زایمان گرفته شود.

مواد و روش‌ها: 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، PubMed، WOS، Scopus، SID 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 طبّی سازی نقش بسزایی در کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد داشته‌اند. با این حال، یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام مادران باردار دسترسی یکسانی به خدمات طبّی سازی ندارند و از طرفی انجام موارد غیر ضروری طبّی سازی بار مالی بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند. در نتیجه توصیه می‌شود تمهیداتی اندیشیده شود که خدمات طبّی سازی فقط در صورت لزوم انجام شود و از انجام روتین این مداخلات برای تمام زنان باردار خودداری شود.

واژه‌های کلیدی: طبّی سازی، مداخلات پزشکی، بارداری، زایمان

مقدمه

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).

در آغاز قرن بیستم، همزمان با پیشرفت انقلاب صنعتی و مهم شدن موضوع زنان و زایمان در علم پزشکی، فرآیند طبّی سازی در روند بارداری و زایمان شکل گرفت (۱). طبّی سازی فرآیندی است که از طریق

مؤلف مسئول: زهره شاه حسینی-ساری: مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: zshahhosseini@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشجوی دکتری 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

Childbirth practices, Birth Process و معادل فارسی آن‌ها، انجام شد (۴). پرسش پژوهش بر اساس چارچوب PCC (Concept، Context، Population) 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 فلوجارت 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.

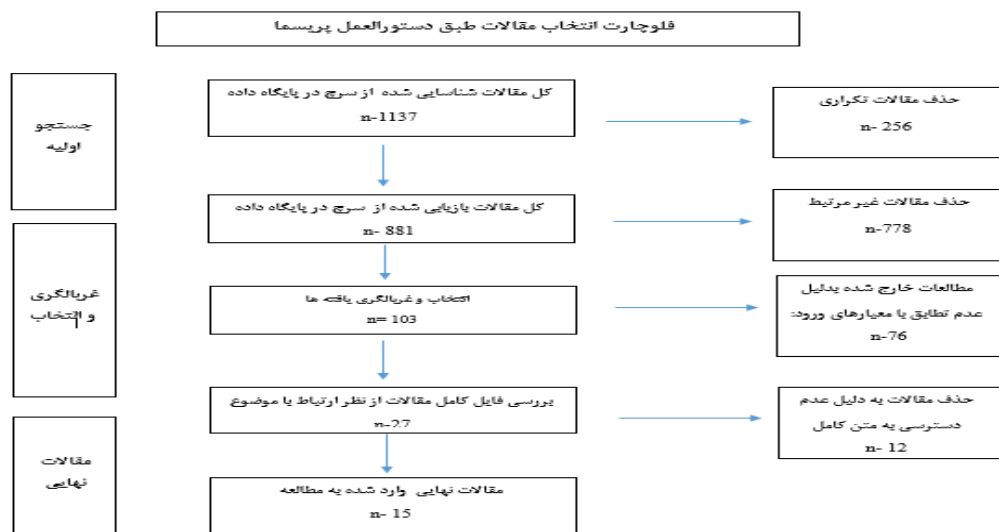
یافته‌ها و بحث

پس از جست‌وجو ۱۵ مقاله مرتبط انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند و یافته‌ها بر اساس یک تحلیل موضوعی، در شش طبقه ایمنی طبی سازی، نابرابری در دسترسی به خدمات، هزینه‌های طبی سازی، طبی سازی 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.

علی‌رغم این مزیت‌ها، طبی سازی 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، پرسش‌های 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، جست‌وجو و استخراج مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، تنظیم داده‌ها و گزارش نتایج و با جست‌وجو در پایگاه‌های Scopus، PubMed، WOS، SID و موتور جست‌وجوی گوگل اسکالر و با استفاده از کلیدواژه‌های Medicalization، childbirth، Medical Control، Medical Intervention، Maternity Care، Pregnancy، Obstetrics، Delivery



نمودار شماره ۱: فلوجارت انتخاب مقالات طبق دستورالعمل PRISMA

ایمنی طبی سازی و نابرابری در دسترسی به خدمات نتایج مطالعات نشان می دهند 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 بررسی‌های انجام شده توسط Mastylak و همکاران (۲۰۲۳) در لهستان و van der Mei و همکاران (۲۰۲۱) در هلند به وضوح مویید 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 طبی سازی 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 غیر ضروری 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 طبی سازی، 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 کم‌خطر، به‌شدت با افزایش نرخ سزارین مرتبط است (۱۱، ۱۲). هم‌چنین، در مطالعه کیفی انجام شده توسط مبارک‌آبادی 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 حاملگی‌های پرخطر و کم‌خطر انجام می‌شود 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 روش‌های 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

منفی بر کیفیت زندگی و استقلال زنان داشته باشد (۱۸). بسیاری از مداخلاتی که امروزه در بارداری و زایمان‌ها 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 است که ما از حق مادر برای تصمیم‌گیری آگاهانه پزشکی داریم (۱۹). مطالعه Ortiz و همکاران (۲۰۲۳) در آرژانتین و Birko و همکاران (۲۰۱۸) در کانادا بر این مهم تاکید دارند که با وجود ادعای استقبال از مشارکت زنان در

فرآیندهای تصمیم‌گیری، با روتین شدن مداخلات پزشکی استقلال زنان همواره با چالش‌هایی روبه‌رو است (۲۰، ۲۱). این یافته‌ها نشان دهنده ضرورت توجه به مؤلفه‌های انسانی و اجتماعی در طراحی و اجرای سیاست‌های بهداشتی مربوط به استفاده از مداخلات طبی‌سازی در بارداری و زایمان در کشورهای گوناگون است. خلاصه‌ای از نتایج مطالعات انجام شده در مورد پیامدهای طبی‌سازی در بارداری و زایمان در جدول شماره ۱، ارائه شده است.

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

ردیف	نویسنده + سال	عنوان	کشور	نتیجه
		ایبئی		
۱	A Christou, et al. 2020. (۵)	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 داده‌ها از سیستم نظارت بر نوزادان مرده زایی و نوزادان اردن (JSANDS)	اردن	وزیت‌های منظم قبل از زایمان و مداخلات پزشکی مناسب و به موقع باعث کاهش مرگ و میر نوزادان می‌شود.
۳	P. H. Crispin Milart, et al. 2016. (۷)	استفاده از یک سیستم قابل حمل با سونوگرافی و آزمایش خون برای بهبود کنترل‌های دوران بارداری در روستای گواتمالا	گواتمالا	کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان در مناطق روستایی نتیجه مداخلات پزشکی می‌باشد
		نابرابری در دسترسی		
۴	A Mastylak, et al. 2023. (۸)	"پرکت" بارداری؟ موانع دسترسی به مراقبت‌های مادری کافی در لهستان: یک مطالعه ترکیبی در میان زنان، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و تصمیم‌گیرندگان	لهستان	ارائه مراقبت‌های مادری نابرابر است. پرداختن به موانع می‌تواند تجربه و دسترسی به مراقبت‌های کافی مادران را در لهستان بهبود بخشد
۵	M. van der Mei, et al. 2021. (۹)	جذب تست‌های غیرتهاجمی قبل از تولد در محله‌های محروم از نظر اقتصادی و اجتماعی	هلند	در محله‌های محروم از نظر اقتصادی-اجتماعی دسترسی به روش غربالگری NIPT پیش از دو برابر کمتر از سایر محله‌ها است.
		هزینه		
۶	I Mogren, et al. 2021. (۱۰)	تجارب و دیدگاه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مادر در مورد استفاده از سونوگرافی زنان و زایمان در رواندا: یک مطالعه مقطعی طبی‌سازی زایمان طبیعی	رواندا	انجام سونوگرافی غیر ضروری و به درخواست مادر باعث افزایش بار مالی بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی مادر می‌شود
۷	ثابت قدم و همکاران. ۱۴۰۰. (۱۱)	ارزیابی پزشکی بارداری و زایمان در حاملگی‌های کم‌خطر: یک مطالعه مقطعی	ایران	مداخلات طبی‌سازی در مراقبت از بارداری و زایمان‌های کم‌خطر به صورت روتین انجام می‌شود که با افزایش CS مرتبط است.
۸	مبارک آبادی و همکاران. ۱۳۹۵. (۱۲)	پیش‌بینی کننده‌های نحوه زایمان بر اساس مراقبت‌های پزشکی از مادر: یک مطالعه مقطعی	ایران	مداخلات پزشکی در حاملگی‌ها و زایمان‌های کم‌خطر شیوع گسترده‌ای دارد و این امر باعث افزایش میزان سزارین می‌شود
۹	صدیق مبارک آبادی و همکاران. ۱۳۹۳. (۱۳)	دوسوگرایی نسبت به زایمان در زمینه پزشکی: یک تحقیق کیفی در بین مادران ایرانی	ایران	زایمان در ایران به طور فزاینده‌ای پزشکی شده است و بسیاری از مادران ایرانی با وجود تمایل به زایمان طبیعی از رویکرد پزشکی پیروی می‌کنند.
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 حاملگی‌های پرخطر و کم‌خطر انجام می‌شود و به بخشی از فرهنگ حاملگی این کشور تبدیل شده است
۱۱	بهجت اردکانی و همکاران. ۱۳۹۹. (۲۲)	افزایش چشمگیر زایمان سزارین در ایران: اتلافی از اقدامات پزشکی خصوصی و انتخاب‌های زنان	ایران	افزایش چشمگیر زایمان سزارین در ایران: اتلافی از اقدامات پزشکی خصوصی و انتخاب‌های زنان
۱۲	جوادی و همکاران. ۱۴۰۲. (۱۳)	ارتباط مراقبت‌های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست‌زا با زایمان طبیعی در بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب در سال ۱۴۰۱	ایران	مداخلات پزشکی می‌تواند به ترس از زایمان و ناتوانی زنان، کاهش تمایل زنان برای بارداری بعدی و افزایش زایمان سزارین شود.
		مسائل روان‌شناختی		
۱۳	A Debost-Legrand, et al. 2014. (۱۵)	تشخیص‌های مورفولوژیک مثبت کاذب در اسکن ناهنجاری: مشکل حاشیه‌ای 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)	کمی‌پدرگرایی پزشکی؟ یک مطالعه کیفی در مورد روابط قدرت بین زنان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هنگام تصمیم‌گیری در مورد نحوه تولد	آرژانتین	علیرغم ادعای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه استقبال از زنان به عنوان بخشی فعال در فرآیندهای تصمیم‌گیری، اما وقتی زنان تصمیمات مستقلی در مورد نحوه تولد می‌گیرند، با آنان مخالفت می‌کنند.
۱۵	S. Birko, et al. 2018. (۲۱)	حرکت به سمت آزمایشات معمول غیرتهاجمی قبل از تولد (NIPT): چالش‌های مربوط به خودمختاری زنان	کانادا	مزایای استفاده از آزمایش‌های غیرتهاجمی قبل از تولد، ممکن است منجر به روتین شدن استفاده از آن‌ها شود. این امر مسائل و چالش‌هایی را در رابطه با احترام به استقلال در تصمیم‌گیری زنان ایجاد می‌کند

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 طبی سازی 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.

مداخلات طبی سازی 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 طبی سازی 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 طبی سازی 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 طبی سازی 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

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

- 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, Haghdooost 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, Haghdooost 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, Sauvart-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.

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.