



## تبیین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در ایران: یک مطالعه مرور سیستماتیک و متا سنتز

نام و نام خانوادگی نویسنده اول: سامیه کاظمی

دکترای بهداشت باروری، پژوهشیار واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام سجاد(ع) رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

نام و نام خانوادگی نویسنده دوم: فرزانه پازنده

دکترای بهداشت باروری، دانشکده علوم بهداشت نانتینگهام، انگلیس

### چکیده:

کیفیت مراقبت های زایمانی مفهومی چند بعدی است و دارای دو بعد تجربه زنان و فرآیند مراقبت می باشد. تجربه زایمان اثرات فیزیکی، روانی، اجتماعی و فردی در کوتاه مدت، بلند مدت و همچنین انتخاب زایمان بعدی دارد. با توجه به سیاست های جمعیتی مبنی بر افزایش فرزندآوری و ترویج زایمان طبیعی، هدف از این مطالعه تبیین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در ایران می باشد. 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 (نوپا)، Google scholar, Civilica, Irandoc, Magiran) بدون محدودیت سال با کلمات کلیدی "تجربه زایمان"، "زایمان طبیعی" و "مطالعه کیفی" و همچنین در پایگاه های الکترونیکی انگلیسی (Web of Sciences, Since Direct, Scopus, PubMed, Cochrane Library, ProQuest) و با کلمات کلیدی "Childbirth Experience", "Qualitative Study", "Vaginal Chidbirth" و "Iran" جستجو و بررسی شدند. کیفیت مقالات انتخاب شده، به طور مستقل توسط دو نویسنده و از طریق چک لیست COREQ ارزیابی شد. 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 ۱۶ مقاله بررسی شدند. ۱۶ مقاله در استانهای مختلف ایران انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه، عوامل موثر در تجربه زایمان طبیعی در چهار حیطة ظرفیت فردی، مشارکت، حمایت و امنیت قرار گرفت. این مطالعه چهار عامل اصلی را شناسایی کرد که بر تجربه زنان از زایمان طبیعی تأثیر می گذارد. در نتیجه می توان با افزایش ظرفیت فردی زنان، ضمن مشارکت و حفظ امنیت آنها در کنترل مراحل زایمان خود با حمایت مراقبت ماما-محور با هدف کاهش مداخلات غیرضروری در فرایند لیبر و زایمان، تجربه زایمان طبیعی زنان را بهبود بخشید.

**واژگان کلیدی:** تجربه زایمان، ایران، مطالعه کیفی



## مقدمه:

زایمان یک تجربه روانشناختی عمیق است که تاثیرات فیزیکی، روانی، اجتماعی و فردی در کوتاه مدت و بلند مدت دارد (Held, 1998). اثرات یک تجربه تولد می تواند مثبت و توانمند، یا منفی و آسیب زا 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 (Aune et al, 2015). یک تجربه منفی زایمان می تواند 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 (Elmir et al, 2010, Garthus-Niegel et al, 2013). همچنین تجربه منفی زنان از زایمان ممکن است با تأثیر بر تصمیمات باروری آینده زن، حاملگی های بعدی و نگرش زنان به نوع زایمان با ارجحیت به انتخاب مادران به سزارین تأثیر داشته باشد (Faisal et al, 2014, Azami-Aghdas et al, 2014).

سازمان جهانی بهداشت حد مطلوب میزان زایمان سزارین را حدود ۱۵٪ توصیه می کند (Who, 2018). با وجود این، امروزه نرخ بالای سزارین یکی از نگرانی های بهداشت عمومی است (Who, 2015). امروزه سزارین اولین گزینه برای زنان نخست زا در اکثر کشورهای به ویژه در ایران است (Azami-Aghdas et al, 2014). در ایران، این میزان بالای سزارین یک مشکل رایج است. در یک مطالعه مرورسیستماتیک و متاآنالیز در ایران، شیوع سزارین ۴۸٪ تخمین زده شده است (Rafiei et al, 2018) که در برخی از بیمارستان های خصوصی به ۸۷ درصد افزایش یافته است (Azami-Aghdas et al, 2014, Rafiei et al, 2018). 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 (Azami-Aghdas et al, 2014, Rafiei et al, 2018).

سهلین و همکاران (۲۰۱۳) تجربه منفی تولد فرزند را یکی از عوامل مؤثر در گرایش زنان به انتخاب سزارین ذکر کرد (Sahline et al, 2013). شواهد نشان داد که ۱۰ تا ۲۰ درصد از تمام زنان تجربه تولد منفی دارند (Smarandache et al, 2016). کسب تجربه مطلوب زنان در هنگام زایمان یک پیامد مهم برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت است (Sahline et al, 2013). در نتیجه، تجربه مطلوب و رضایت زنان از مراقبت در هنگام لیبر و زایمان باید به عنوان شاخصی در زمینه سلامت مادر در نظر گرفته شود (۷). این امر به ارتقا کیفیت مراقبت های بارداری و زایمان کمک خواهد کرد (Sahline et al, 2013, Smarandache et al, 2016). 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 محدودیت های برنامه زایمان فیزیولوژیک و ارائه خدمات نامطلوب مامایی بود (Moridi et al, 2023). مطالعات کیفی در ایران، برخی از عوامل مؤثر بر تجربه مثبت زایمان را احساس امنیت در زایمان (Moridi et al, 2023, Khodarahmi et al, 2022). ارائه مراقبت با کیفیت بالا، مراقبت محترمانه در کنار حمایت و توانمندسازی زنان (Moridi et al, 2023, Khodarahmi et al, 2022, Khamechian et al, 2022). با تاکید بر ارائه مراقبت ماما-محور و رویکرد فیزیولوژیک به زایمان (Khodarahmi et al, 2022) عنوان کردند. 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 مراقبت های بهداشتی باشد (Pazandeh et al, 2017).

علت های اصلی و دقیق تمایل زنان به زایمان سزارین 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 زا به زایمان سزارین افزایش یافته است (Shahoei et al, 2014). بنابراین، با توجه به تفاوت های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی-اقتصادی در بافت ایران، بررسی ادراک زنان نخست زا از تجربه زایمان طبیعی ضروری به نظر می رسد (Shahoei et al, 2014, Khodarahmi et al, 2022).

با مرور سیستماتیک از مطالعات کیفی با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی-اقتصادی در بافت ایران، می‌توان 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 برنامه‌های مداخله‌ای چندگانه آموزشی و ساختاری، تجربه‌ای خوشایند از زایمان را برای مادران تسهیل کنند. علاوه بر این، از طریق شناخت درک زنان از زایمان طبیعی، می‌توان جوامع را به سمت درک مثبت زایمان طبیعی سوق داد که در نهایت می‌تواند به کاهش تمایل زنان به زایمان سزارین، بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمانی و در نتیجه ارتقای سلامت مادر منجر شود.

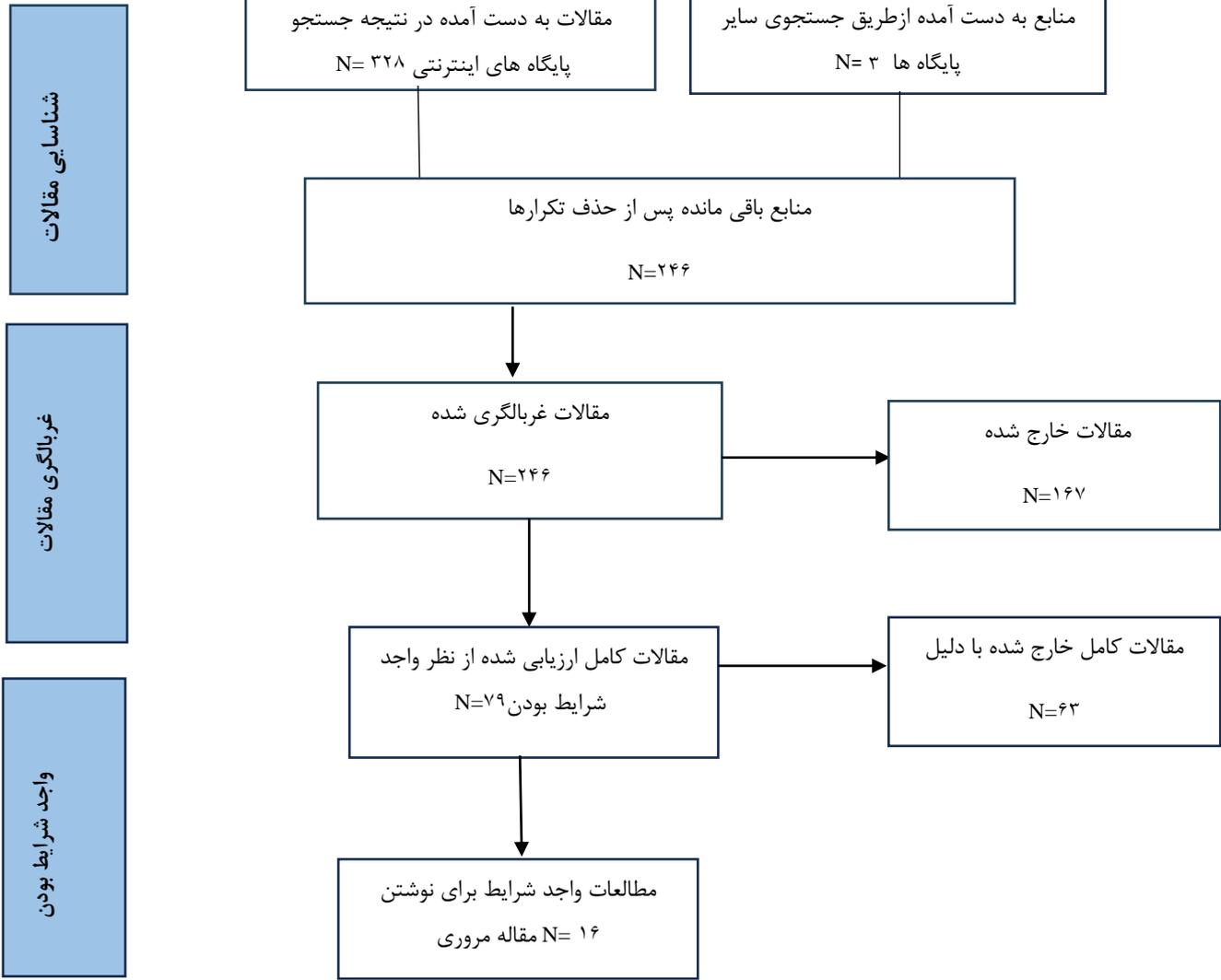
### روش تحقیق:

مطالعه حاضر یک پژوهش از نوع متاسنتز مطالعات کیفی است. این مطالعه با روش متاسنتز کیفی نوبلیت و هار (۱۳۸۸) طی شش مرحله انجام شد (Noblit, 1988). در مرحله اول عنوان تحقیق یعنی عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی مدنظر قرار گرفت. در مرحله دوم مطالعات دارای شرایط ورود به متاسنتز وارد مطالعه شدند. بدین منظور مطالعات کیفی انجام شده درباره عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در ایران در بانک‌های اطلاعاتی مقالات علوم پزشکی (نویا)، پایگاه نشریات جهاد دانشگاهی، گوگل اسکولار، سیویلیکا و مگپان بدون محدودیت سال جمع‌آوری و مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. برای جستجو در بانک‌های اطلاعاتی مذکور از عبارت "تجربه زایمان"، "زایمان طبیعی"، "مطالعه کیفی" استفاده شد. همچنین در پایگاه‌های PubMed, Scopus، با کلمات کلیدی Childbirth Experiences، "Vaginal Childbirth"، "Qualitative Study" و Iran جستجو شد.

معیارهای ورود شامل این موارد بودند: مطالعاتی که دقیقاً مفهوم تجربه زایمان یا عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار می‌دهند، واژه تجربه زایمان در عنوان و چکیده مقالات ذکر شده باشد، به زبان فارسی و انگلیسی منتشر شده باشد و در داخل کشور ایران انجام شده باشند. 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 متاسنتز، مطالعات اولیه‌ای که قرار است وارد پژوهش شوند باید مورد ارزشیابی و نقد قرار گیرند. معیارهای نقد و الگوهای مورد بررسی باید مورد توافق محققان باشد (Tong et al, 2007). چک لیست COREQ یا معیارهای تلفیقی برای گزارش مطالعه کیفی، چک لیست ۳۲ آیتمی است که توسط تونگ (Tong) و همکاران تدوین شد. این ابزار برگرفته از یک مطالعه مروری و تحلیل کیفی بر چک لیست‌های موجود برای نگارش مطالعه کیفی است. چک لیست مورد نظر به محققان کمک می‌کند تا با معیارهای گزارش دهی مطالعه کیفی در حیطه تیم پژوهش و انعکاس‌پذیری در دو بخش ویژگی‌های فردی و ارتباط با مشارکت کنندگان (۸ معیار)، حیطه طراحی مطالعه در سه بخش چارچوب نظری، محیط و روش گردآوری داده‌ها (۱۵ معیار) و حیطه تحلیل یافته‌ها در دو بخش تحلیل داده‌ها و گزارش یافته‌ها (۹ معیار) آشنا شوند. ابزار مربوطه برای انواع مطالعات کیفی به ویژه روش‌های مبتنی بر مصاحبه و گروه‌های متمرکز مناسب اعلام شده است (Tong et al, 2007). در مرحله سوم، هریک از مطالعات انتخاب شده، با دقت و با تمرکز بر جزئیات خوانده شدند تا مفاهیم کلیدی و موضوعات آنها مشخص شوند. در مرحله چهارم، مفاهیم کلیدی استخراج، در کنار یکدیگر قرار داده شده و ارتباط بین آنها 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 متاسنتز 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.

### یافته‌ها:

بر اساس جستجوی اولیه صورت گرفته در پایگاه‌های اطلاعاتی مذکور، از بین مطالعات کیفی انجام شده در ارتباط با تجربه زایمان و عوامل مرتبط با آن بدون محدودیت سال، تعداد ۱۶ مطالعه یافت شد (فلوچارت شماره ۱). نتایج حاصل از عوامل موثر بر تجربه زایمان در مضامین اصلی تجربه مثبت زایمان، تجربه منفی زایمان و در چهار حیطه ظرفیت فردی، مشارکت، حمایت و امنیت طبقه بندی گردید. در مجموع ۲۳۱ کد به عنوان مهم‌ترین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی استخراج شد. مشخصات مربوط به مطالعات بررسی شده در جدول شماره ۱ و مضامین و کدهای زیر مجموعه آن‌ها در جدول شماره ۲ آورده شده است.



فلوچارت شماره ۱: جستجو و ورود مطالعات



### جدول شماره ۱: مطالعات بررسی شده

امتیاز کورک	مشارکت کنندگان	نتایج اصلی	نوع مطالعه	هدف مطالعه	شهر/سال	نویسنده
۴۴	۲۰ مادر با زایمان طبیعی	تغییرات روانی، تغییرات جسمی، حمایت ماما، سازگاری و تغییر دیدگاه و رفتار از مضامین اصلی مطالعه بودند.	پدیدارشناسی	توصیف تجارب مادران اول زا از زایمان طبیعی	ارومیه/۱۳۸۹	بایرامی و همکاران (Birami et al, 2011)
۴۸	۳۰ نفر از مادران باردار	انتخاب زایمان بدون درد و انتخاب انتونوکس جهت انجام بی دردی، پیامدهای احساسی، رضایتمندی و مزایا، نگرش ها و باورها، سیستم برنامه ریزی و امکانات بیمارستان، تعامل با تیم درمانی از دلایل اصلی انتخاب گاز انتونوکس برای بی دردی زایمان بود.	پدیدارشناسی	تجارب مادران از زایمان بدون درد با گاز انتونوکس در زایمان طبیعی	همدان/۱۳۸۸	قدسی و همکاران (Ghodsi et al, 2011)
۵۴	۲۰ زن با زایمان طبیعی	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 تاکید داشتند.	پدیدارشناسی	تجربیان زنده زنان از پیوند عاطفی با همسرانشان و داشتن زایمان طبیعی موفق	تهران/۱۴۰۰	حامی و همکاران (Hami et al, 2021)
۵۸	۱۵ زن شرکت کننده در کلاسهای آموزش زایمان فیزیولوژیک	۲ محتوای اصلی شامل تجربه مثبت زایمان فیزیولوژیک (رضایت از بارداری و داشتن زایمان خوشایند)، تجربه منفی از زایمان (چالش ها و محدودیت های برنامه زایمان فیزیولوژیک و فقدان ارائه خدمات با کیفیت بالا در سیستم های ارائه خدمات بهداشتی).	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	تجربیات زنده زنان با کاربرد برنامه زایمان فیزیولوژیک در ایران	اهواز/۱۴۰۲	میریدی و همکاران (Moridi et al, 2023)
۴۶	۲۱ زن شکم اول با زایمان طبیعی	محیطی آرام و امن، ضروری ترین نیاز اکثر زنانی بود که زایمان می کردند. مداخلات روتین غیرضروری از جمله: استراحت مطلق، ایجاد راه	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	کشف تجربیات فردی زنان از زایمان	خراسان/۱۳۹۳	عسکری و همکاران (Askari et al, 2014)

		وریدی، معاینات مکرر واژن، ناشتا بودن و آمنیوتومی زودهنگام پرهیز شود. مشارکت فعالانه زنان در زایمان نیز بر انجام زایمان طبیعی موثر بود.				
۵۰	۱۹ زن با زایمان طبیعی	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 مسئولیت پذیری مطلوب بود.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	تأثیر مامای پشتیبان بر تجربه مادری از زایمان طبیعی	همدان/۱۴۰۱	خدارحمی و همکاران ( Khodarahmi et al, 2022)
۵۶	۱۷ زن نخست زا با شکم طبیعی	سه مضمون اصلی غوطه ور شدن در استرس، درد، جوهر زایمان طبیعی و استراتژی های مدیریت موقعیت استخراج شد. علاوه بر این، هفت مضمون فرعی شامل تهدید از دست دادن، محیط استرسزا، اختلال موقت در هماهنگی فیزیولوژیک، احساسات متناقض، خود مدیریتی، حمایت عاطفی و حمایت معنوی به دست آمد.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	تجربه زنان نخست زا از زایمان طبیعی در ایران	کاشان/ ۱۴۰۰	خامه چیان و همکاران ( Khamechian et al, 2022)
۴۲	۱۴ زن با زایمان طبیعی	چهار مضمون اصلی شامل احساس قدرت، تغییر زندگی، اهمیت حمایت در طول زایمان، و ابعاد معنوی زایمان به دست آمد.	پدیدارشناسی	تجربه زنان ایرانی کرد از زایمان طبیعی	کردستان/۱۳۹۳	شاهوی و همکاران ( Shaoei et al, 2014)
۵۸	۱۳ زن با زایمان طبیعی	۶ مضمون اصلی شامل انگیزه و یادگیری در مورد بارداری و زایمان، مشارکت فعال در کار، احساس خودکنترلی، استفاده از روش های تسکین درد غیر دارویی در حین زایمان، ترجیح دادن زایمان طبیعی به سزارین و تجربه مثبت زایمان استخراج شد.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	درک زنان نخست زا در مورد تأثیر های آمادگی زایمان بر تجربه زایمان آنها	تبریز/۱۴۰۰	حسن زاده و همکاران ( Hasan zadeh et al, 2021)
۵۶	۱۰ زن با تجربه مثبت زایمان	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	یک مطالعه کیفی اکتشافی	تجربه مثبت زایمان	شاهروود/۱۴۰۰	شاه حسینی و همکاران ( Shah hoseini et al, 2020)

		نفس بود.				
۵۸	۲۶ زن با زایمان طبیعی	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.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل موضوعی	تجارب زنان از مراقبت‌های روتین در حین لیبر و زایمان و تأثیر شدن پزشکی زایمان	تهران/۱۳۹۶	پازنده و همکاران (Pazandeh et al, 2015)
۴۲	۱۳ زن شکم اول	۵ مضمون اصلی شامل دستیابی به عزت نفس و توانمندسازی، اعتماد بیشتر به خدا، ارتقای سلامت روان مادر، تمایل به زایمان طبیعی، و دولا را به عنوان شنونده و ادراک کننده استخراج شد.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	تجربیات مادران باردار با مامای همراه در زایشگاه‌های بیمارستان‌های مناطق فقیرنشین ایران	زاهدان/۱۳۹۷	صفرزاده و همکاران (Safarzade et al, 2018)
۴۶	۱۶ زن زایمانی با مامای همراه	۴ مضمون اصلی و ۸ مضمون فرعی استخراج شد. حمایت (حمایت فیزیکی، حمایت روانی)، کمک به تحقق رویای مادری (القای آرامش، رهایی از درد و رنج)، تقویت درونی (عزت نفس، پذیرش درد) و مراقبت مادر محور (دولا به عنوان یک حامی متفاوت، ایجاد رابطه دو طرفه).	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	تبیین تجربه زایمان با حمایت دولا	تهران/۱۴۰۲	حیدری فرد و همکاران (Heydari fard et al, 2023)
۵۶	۱۷ زن شکم اول	۳ مضمون اصلی شامل کنترل درونی فرد، کنترل بیرونی و حمایت استخراج شد.	یک مطالعه ترکیبی توضیحی متوالی	توصیه برای بهبود تجربه زنان شکم اول: نتایج از یک مطالعه چند فازی در ایران	تبریز/۱۴۰۰	قنبری همایی و همکاران (Ganbari homaei et al, 2021)



۵۸	۲۰ زن با تجربه زایمان	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.	یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا	عوامل محیطی موثر بر تجربیات زایمان زنان در واحد لیبر- زایمان- پس از زایمان	اصفهان/۱۴۰۱	کاظمی و همکاران (Kazemi et al, 2023)
۵۶	۱۷ زن با تجربه مثبت و منفی زایمان	سه مضمون اصلی شامل کنترل درونی، کنترل بیرونی و حمایت استخراج شد.	یک مطالعه ترکیبی	درک زنان ایرانی از عوامل تعیین کننده تجربه زایمان	تبریز/۱۴۰۱	میرغفوروند و همکاران (Mirghaforvand et al, 2022)

#### جدول شماره ۲: مضامین استخراج شده از مطالعات کیفی

طبقات اصلی	طبقات فرعی	برخی از کدها
تجربه مثبت زایمان	ظرفیت فردی	خودکارآمدی، پذیرش درد، عزت نفس، احساس قدرت، سلامت روان مادر، انگیزه، کنترل درونی، کنترل بیرونی، مقابله، سازگاری، نگرش ها و باورها، اعتماد به خدا، بعد معنوی فرد
	امنیت	آسایش فیزیکی، حریم خصوصی فیزیکی، حریم اطلاعاتی، ارگونومی تخت، رضایت داشتن، زایمان خوشایند، پیامدهای احساسی
	حمایت	حمایت عاطفی همسر، حضور ماما همراه، حمایت معنوی، آمادگی، توانمندسازی
تجربه منفی زایمان	مشارکت	ترجیح زایمان طبیعی به سزارین، مسئولیت پذیری، مدیریت موقعیت، خودمدیریتی، احساس خودکنترلی
	ظرفیت فردی	احساس متناقض و تردید، استرس
	امنیت	استرس، ترس از دست دادن، مداخلات پزشکی، محیط استرس زا

#### بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه با هدف تبیین عوامل موثر بر تجربه زایمان طبیعی در ایران از طریق مرور نظام مند مطالعات کیفی انجام شد. یافته های حاصل از مطالعه شامل عوامل موثر در دو حیطه تجربه مثبت و منفی زایمان به دست آمد. رفع عوامل موثر بر تجربه منفی زنان و تسهیل در جهت تقویت عوامل موثر در تجربه مثبت زنان از زایمان طبیعی در حیطه های

ظرفیت فردی، امنیت، مشارکت و حمایت زنان می تواند راه حل مناسبی برای بهبود کیفیت مراقبت های زایمانی باشد.

در حیطه ظرفیت فردی عدم کنترل زنان در سیر لیبر 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. 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 (Miridi et al, 2023, Khamechian et al, 2022, Shahoei et al, 2014, Hosseini et al, 2020) و عدم کنترل زنان در سیر لیبر و زایمان خود را (Hassanzadeh et al, 2021, Ghanbari-homaie et al, 2021, Heydari and behboodi, 2023, Ghodsi and Langren, 2021) گزارش نمودند. این یافته با مطالعه Mukamurgio et al (2021) و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه Mukamurgio et al (2021) و همکاران (۲۰۲۰) در سوئد مطابقت دارد (Lungren et al, 2005, Mukamurgio et al, 2021)، این مطالعات نشان داد که احساس کنترل در زایمان (Lungren et al, 2005) و ظرفیت فردی (Mukamurgio et al, 2021) دو عامل مهم در بهبود تجربه زایمان هستند.

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 (Shahoei et al, 2014). 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 (Who, 2015). در حالی که با وجود نگرش پزشکی به این فرآیند 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 (Shahoei et al, 2014). 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 (El-kurdy et al, 2017, Shahoei et al, 2014). 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 (Moridi et al, 2018, Shaki bazadeh et al, 2021, Mukamurgio et al, 2021, Shahoei et al, 2014, 2023). آموزشهای قبل از زایمان نیز می تواند آمادگی زنان برای زایمان را بهبود بخشد و ضمن افزایش اعتماد به نفس، توانایی آنها را در انتخاب و تصمیم گیری آگاهانه افزایش دهد و در نهایت احساس کنترل آنها را در طول روند زایمان افزایش دهد (Shimoda et al, 2017, Nd wiga et al, 2018).

در حیطه حمایت، حفظ نقش فعال در روند لیبر و زایمان (Noblit 1988, Khodarahmi et al, 2022, Hassanzadeh et al, 2023, Heydari and Behboodi et al, 2020, Hosseini et al, 2020) حفظ حریم خصوصی (Askari et al, 2014) و افزایش آزادی انتخاب روش های بی دردی در زمان زایمان (Heydari and Behboodi, 2020, Lungren, 2023) از علل موثر بر تجربه مطلوب زایمان است، که از اجزای مراقبت محترمانه مادری می باشد (Zamani et al, 2019, Nd wiga et al, 2017). 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 (Gamedze-Mshayisa, 2018). 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 کمتر بود و این امر منجر به کاهش نمره تجربه زایمان شد (Zamani et al, 2019) در مطالعات گامدز و همکاران (۲۰۱۸) و ماتیسون و همکاران (۲۰۱۸) زنانی که آزادی در زمان لیبر و

زایمان داشتند، مشارکت بیشتری در سیر مراقبت خود احساس می کردند (Gamedze- Mattison et al, 2018, Mshayisa, 2018).

در مطالعه قبادی و همکاران (۲۰۱۵)، رضایتمندی زنان بیشتر تحت تاثیر کیفیت روابط مادران با مراقبین قرار داشت، به این معنی که رضایتمندی مادران از برخورد محترمانه مراقبین بهداشتی، مهمترین 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 (Ghobadi et al, 2018). در مطالعه خدارحمی 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 (Khodarahmi et al, 2022).

در حیطه مشارکت، نتایج مطالعات کیفی انجام شده در ایران (Kabakian et al, 2017, Seddigh et al, 2017) و در سراسر جهان (Shakibazadeh et al, 2018) و در سراسر جهان (Aune et al, 2015, Shimoda et al, 2018) نشان می دهد یکی از عوامل مهم ایجاد تجربیات منفی برای زنان در هنگام زایمان، وضعیتی است که ارائه دهندگان خدمت به سهم زنان در مشارکت و تصمیم گیری برای نحوه دریافت مراقبت های حین لیبر و انتخاب روش زایمان طبیعی توجه نمی کنند. 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، پیش بینی کننده مهمی برای ارتقاء سطح رضایت در زنان از زایمان طبیعی بود. عدم حق انتخاب و آزادی در دریافت مراقبت های حین لیبر و زایمان منجر به عدم شکل گیری تجربه خوب زایمان در این زنان شده بود (Feitosa et al, 2017). آزادی زنان در انتخاب در طول لیبر و زایمان، منجر به مشارکت بیشتر زنان می شود و در نتیجه زنان تسلط، مهارت و کنترل موقعیت قدرت می یابند، که در نهایت منجر به یک تجربه مثبت زایمان می شود و توانمندی آنها را برای زایمان بعدی افزایش می دهد (Feitosen et al, 2017, Davis-Floyd, 1986, Pazandeh et al, 2015, Ghobadi et al, 2018, دیویس-فلوید<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، استدلال می کند "زایمان طبیعی" نیازمند مشارکت آگاهانه مادر در زایمان خود است. ماما به معنای "با زنان" است و بنابراین نشان می دهد که این مراقبت مامایی روند تولید مثل را در مسیر طبیعی خود حفظ می کند مگر در موارد اضطراری که نیازمند مداخله باشد (Davis-Floyd, 1986). استفاده از فن آوری پزشکی احتمال "زایمان طبیعی" را از بین می برد زیرا به زنان اجازه نمی دهد استقلال و مشارکت خود را در فرآیندهای بدن خود حفظ کنند (Khomechian et al, 2022, Seddigh et al, 2017). در این راستا، ندادن فرصت به زنان برای مشارکت در تصمیم گیری (Najmabadi et al, 2020, Gibbons et al, 2012)، عدم احساس توانمندی زنان، عدم کنترل در سیر لیبر و زایمان (Peydayesh et al, 2021) و عدم اجرای مدل مراقبت مامایی (Renfrew et al, 2014, Sandall et al, 2016) در تجارب زایمان زنان نقش منفی دارد (Çalik et al, 2018, Rafiei et al, 2018, Jafarzadeh et al, 2019). اتخاذ مراقبت های همراه با مشارکت مادران در طول لیبر و زایمان فرایند پیچیده ای است که به مهارت های علمی و بین فردی ارائه دهندگان خدمت نیاز دارد. در این راستا، شناسایی موانع احتمالی و استفاده از استراتژی های موثر برای اجرای مراقبت های مبتنی برشواهد 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 تصمیم گیری، تداوم مراقبت، توانمندسازی برای مراقبت با محوریت زنان و ایجاد ظرفیت برای مراقبت مادری در مراکز مراقبتی از طبقه های اصلی به دست آمده بود. در میان این موضوعات مهم، چند زیر طبقه ظاهر شدند که منعکس کننده عناصر کلیدی مراقبت با محوریت

<sup>1</sup> Davis-floyed

زنان است که شامل احترام، مشارکت در تصمیم گیری، اشتراک اطلاعات، تاثیر آموزش، تداوم خدمات، تداوم و دسترس بودن کارکنان، انتخاب درست، ارتقاء استقلال زنان و مراقبت فردی بود (Hunter et al, 2017). که با نقش مشارکت مادران در سیر مراقبت خود به عنوان عامل اصلی در تجربه مطلوب زایمان همسو بود. به عنوان یک راهکار موثر، ارائه مراقبت کرامت- محور توسط تیم مراقب مامایی با تمرکز بر مشارکت مادران توصیه می شود که در مهمترین عوامل ایجاد کننده یک تجربه مطلوب از زایمان از یک سو، به وجود ارتباط مؤثر مراقبین درمانی با زانو و اجازه به مشارکت فعال او در کنترل زایمان خود (Mattison et al, 2018) و از سوی دیگر پر رنگ شدن نقش ارائه دهندگان خدمات مامایی در ارائه و تلفیق مراقبتهای کرامت محور حین لیبر و زایمان با مراقبتهای زن-محور مرتبط می گردد (Shirvani et al, 2014).

علاوه بر مشارکت مادران با تمرکز بر مراقبت کرامت -محور به عنوان پیشگویی کننده اصلی (Sackett et al, 2000)، مطالعه Cool و همکاران (۲۰۲۱) در اسپانیا نشان داد که میانگین تجربه زایمان پس از اجرای مراقبت های مامایی به طور مستقل بهبود یافت. همچنین 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 (Espada-trespalaciss et al, 2021). 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 ( Ferrer et al, 2016, Bernitz et al, 2016). 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 (Khodarahmi et al, 2022).

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 را پیش شرط نتایج مثبت زایمان دانست (Who, 2018). مراقبت کرامت محور به عنوان یک استراتژی ضروری برای بهبود کیفیت مراقبت مادری شناخته شده است (Cheng and Duan, 2016). 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 (Ndwiga et al, 2017).

در حیطه امنیت، در مطالعه خدارحمی و همکاران (۲۰۲۱) 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 آنها احتیاج دارند و حداقل استفاده از مداخلات طبی در فرآیند لیبر و زایمان، نقش موثری در ایجاد یک تجربه مثبت از زایمان دارد (Khodarahmi et al, 2022). یک مطالعه فراتحلیل<sup>۲</sup> توسط Sandall و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کرد، زنانی که مدل مراقبت مامایی دریافت کردند، از حمایت بیشتری در سیر لیبر برخوردار بودند و رضایت بیشتری از زایمان داشتند (Sandal et al, 2016). 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 (Koto et al, 2019, Shakibazadeh et al, 2018). 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 آنها در سیر لیبر و زایمان را بهبود بخشد که این موضوع عامل موثری در ایجاد تجربه مثبت زنان در زایمان می باشد (Nilsson and Lungren, 2009, Khalife-Ghader 2021, et al).

<sup>2</sup> Meta- Analysis

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 مبنای 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 (Janbabaee et al, 2016).

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 پازنده و همکاران (۲۰۱۷) و صدیق و همکاران (۲۰۱۵) بود (Pazandeh et al, 2017, Seddigh et al, 2015). 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 در خواست سزارین انتخابی در حین لیبر و یا در زایمان های بعدی سوق داد. این قدرت انتخاب در متخصصین زنان، منجر به افزایش اقتدار پزشکان و محدود کردن نقش ماماها در مسئله زایمان شد. تصمیم گیری پزشکان متخصص زنان در امر زایمان مادران با بارداری کم خطر در سیر لیبر و زایمان و کم رنگ شدن و به حاشیه رفتن نقش ماما در مراقبت این مادران، کاربرد رویکرد پزشکی به زایمان را بیشتر از قبل در زایشگاه های کشور نشان داد (Najm abadi et al, 2020, Sedigh et al, 2017). در نتیجه، ضمن گسترش رویکرد پزشکی به زایمان و نهادینه شدن آن در تمامی زایشگاه های کشور، تحقق زایمان طبیعی را به چالش کشید (Sedigh et al, 2017). اگرچه برنامه تحول نظام سلامت با هدف ترویج زایمان طبیعی و ایجاد انگیزه های مالی توانست تا حدودی در تصمیم گیری متخصصین زنان برای ترویج زایمان سزارین مانع ایجاد کند اما کاهش میزان سزارین و ترویج زایمان طبیعی تنها با انگیزه های مالی برای ترویج زایمان طبیعی، رایگان شدن زایمان طبیعی و خوشایندسازی فضای فیزیکی زایمان محقق نخواهد شد. در مطالعه صدیق و همکاران (۲۰۱۵) 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 تصمیم گیری متخصصین زنان اشاره شده است. در ایران، خدمت گیرندگان در سیستم های درمانی علی الخصوص در زایشگاه های کشور با مکانیزم مراقبت پزشکی، بعنوان مشارکت کننده منفعل در فرایند درمان نه تصمیم گیرنده نقش دارند (Sedigh et al, 2017).

کاهش مداخلات زایمانی با تاکید به مدل مراقبت مامایی، ترویج مراقبت مبتنی برشواهد و مشارکت فعالانه مادران در حین مراقبت در سیر لیبر و زایمان با آموزش مادران و پرسنل ارائه دهنده خدمات زایمانی، جهت افزایش رضایتمندی مادران از زایمان طبیعی توصیه می شود.

امید است با کاربرد مراقبت های زن-محور با محوریت مراقبت مامایی، توانمندسازی ماماها و تغییر در سیاست گذاری های 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 گام های موثری برداشت.

## References:

- بایرامی، رقیه، ولی زاده، رقیه، ظاهری، فرزانه. تجارب زایمانی زنان اول زا: یک مطالعه پدیدارشناسی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره سوم، شماره سوم، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، ۱۹-۱۴.
- Held, V. (1989). Birth and death. *Ethics*, 99(2), 362-388.
- Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women' s perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727.

- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of women's mental health*, 16, 1-10.
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2), 227-233.
- Azami-Aghdash, S., Ghojzadeh, M., Dehdilani, N., & Mohammadi, M. (2014). Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 43(5), 545.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). The H4+ partnership joint support to improve women's and children's health: progress report 2014.
- Rafiei, M., Ghare, M. S., Akbari, M., Kiani, F., Sayehmiri, F., Sayehmiri, K., & Vafaei, R. (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine*, 16(4), 221.
- Sahlin, M., Carlander-Klint, A. K., Hildingsson, I., & Wiklund, I. (2013). First-time mothers' wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions. *Midwifery*, 29(5), 447-452.
- Smarandache, A., Kim, T. H., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-9.
- Moridi, A., Abedi, P., Irvani, M., Khosravi, S., Alianmoghaddam, N., Maraghi, E., & Saadati, N. (2023). Women's experiences with implementation of the physiologic birth program in Iran: a qualitative content analysis study. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1115365.
- Khodarahmi, S., Hajian, S., Zare, E., & Nasiri, M. (2022). The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth—a qualitative study. *Journal of Medicine and Life*, 15(4), 539.
- Khamehchian, M., Adib-Hajbaghery, M., Heydari-Khayat, N., Rezaei, M., & Sabery, M. (2020). Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J., & House, A. (2017). Women's experiences of routine care Shahoei, R., Rezaei, M., Ranaei, F., Khosravy, F., & Zaheri, F. (2014). K urdish women's preference for mode of birth: a qualitative study. *International journal of nursing practice*, 20(3), 302-309.
- Noblit, G. W. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Sage Publication.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357.
- Bondas, T., & Hall, E. O. (2007). A decade of metasynthesis research in health sciences: A meta-method study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(2), 101-113.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Mirghafourvand, M., Meedya, S., Mohammadi, E., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jafarabadi, M. A., & Ghanbari-Homaie, S. (2022). Iranian women's perception on the determinants of birth experience: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 751.
- Kazemi, A., Beigi, M., & Najafabadi, H. E. (2023). Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor-delivery-recovery-postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 169.
- Ghanbari-Homaie, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2021). Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reproductive health*, 18, 1-13.
- Askari, F., Atarodi, A., Torabi, S., & Moshki, M. (2014). Exploring women's personal experiences of giving birth in gonabad city: a qualitative study. *Global journal of health science*, 6(5), 46.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Perceptions of primiparous women about the effect of childbirth preparation classes on their childbirth experience: a qualitative study. *Midwifery*, 103, 103154.
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing open*, 7(4), 1233-1238.

- Heydari Fard, S., & Behboodi Moghadam, Z. (2023). Explaining the Childbirth Experience with the Support of a Doula in an Iranian Setting: A Qualitative Study. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 33(2), 122-129.
- Ghodsi, Z., & Hakemzadeh, F. (2011). Maternal experience of painless delivery with En2nox in women referring to Taamin Ejtemaee Hospital of Hamedan in 2009: A phenomenological study.
- Hami Kargar, F., & Shirdel, E. (2021). Women's lived experience of emotional bonding with their husbands and successful vaginal delivery: a phenomenological study. *Journal of Woman and Family Studies*, 9(3), 156-179.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354.
- Mukamurigo, J., Berg, M., Nyirazinyoye, L., Bogren, M., & Dencker, A. (2021). Women's childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. *Women and birth*, 34(2), e146-e152.
- Mobarakabadi, S. S., Najmabadi, K. M., & Tabatabaie, M. G. (2015). Ambivalence towards childbirth in a medicalized context: a qualitative inquiry among Iranian mothers. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(3).
- Smith, V. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Practising Midwife*, 16(10), 39-40.
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth—A five-year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Women and Birth*, 29(5), 450-454.
- El-Kurdy, R., Hassan, S. I., Hassan, N. F., & El-Nemer, A. (2017). Antenatal education on childbirth self-efficacy for Egyptian primiparous women: A randomized control trial. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 15-23.
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., ... & Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(8), 932-942.
- Shimoda, K., Horiuchi, S., Leshabari, S., & Shimpuku, Y. (2018). Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive health*, 15, 1-13.
- Ndwiga, C., Warren, C. E., Ritter, J., Sripad, P., & Abuya, T. (2017). Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: “work with what you have”. *Reproductive health*, 14, 1-13.
- Zamani, P., Ziaie, T., Lakeh, N. M., & Leili, E. K. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146-151.
- Gamedze-Mshayisa, D. I., Kuo, S. C., Liu, C. Y., & Lu, Y. Y. (2018). Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care practices in Swaziland. *Midwifery*, 57, 32-38.
- Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45(3), 322-327.
- Ghobadi, M., Ziaee, T., Mirhaghjo, N., & Pazandeh, F. (2018). Evaluation of satisfaction with natural delivery experience and its related factors in Rasht women. *Journal of Health and Care*, 20(3), 215-224.
- Pazandeh, F., Huss, R., Hirst, J., House, A., & Baghban, A. A. (2015). 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. *Midwifery*, 31(11), 1045-1053.
- Ahmad Shirvani, M., Bagheri-Nesami, M., & Tayebi, T. (2014). Exploration of women birth experiences role in deciding the type of next delivery. *Nursing and Midwifery Journal*, 12(4), 286-296.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9.
- Kabakian-Khasholian, T., Bashour, H., El-Nemer, A., Kharouf, M., Sheikha, S., El Lakany, N., ... & Portela, A. (2017). Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reproductive health matters*, 25(sup1), 16-26.
- Feitosa, R. M. M., Pereira, R. D., Souza, T. J. C. D. P., Freitas, R. J. M. D., Cabral, S. A. R., & Souza, L. F. D. F. (2017). Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 717-726.



- Davis-Floyd, R. (1986). Birth as an American rite of passage (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin).
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-11.
- Lazzerini, M., Valente, E. P., Covi, B., Semenzato, C., & Ciuch, M. (2019). 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*, 8(1), e000525.
- Khalife-Ghaderi, F., Amiri-Farahani, L., Haghani, S., & Hasanpoor-Azghady, S. B. (2021). Examining the experience of childbirth and its predictors among women who have recently given birth. *Nursing Open*, 8(1), 63-71.
- Rodríguez Coll, P., Casañas, R., Collado Palomares, A., Maldonado Aubián, G., Duran Muñoz, F., Espada-Trespacios, X., ... & Escuriet Peiro, R. (2021). Women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between two birth hospitals in Barcelona with different level of assistance and complexity. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(1), 235-244.
- Ferrer, M. B. C., Jordana, M. C., Meseguer, C. B., García, C. C., & Roche, M. E. M. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ open*, 6(8), e011362.
- Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L., & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-8.
- Cheng, P. J., & Duan, T. (2016). China's new two-child policy: maternity care in the new multiparous era. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123, 7-9.
- Koto, P. S., Fahey, J., Meier, D., LeDrew, M., & Loring, S. (2019). Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: a retrospective, cohort study. *Midwifery*, 77, 144-154.
- A Mosafer, Y., & MR, M. (2011). Development of a clinical pathway for normal vaginal delivery in Emam Reza hospital in Urmia.
- Safarzadeh, A., Shafipour, V., & Salar, A. (2018). Expectant mothers' experiences with lay doulas in maternity units of hospitals in impoverished areas of Iran: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(6), 437-443.
- Norouzi, S., Moghaddam, F., & Sharafi, F. (2018). Effectiveness of Trainings Based on the Theory of Reasoned Action in the Choice of Natural Delivery by Pregnant Women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences [Internet]*, 6(2), 6.
- Najmabadi, K. M., Tabatabaie, M. G., Vedadhir, A. A., & Mobarakabadi, S. S. (2020). The marginalisation of midwifery in medicalised pregnancy and childbirth: a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 28(11), 768-776.
- SEDIGH, M. S., MIRZAIINAJMABADI, K., GHAZI, T. M., & Esmaily, H. (2017). Predictors of mode of childbirth based on medicalized maternal care: A cross-sectional study.



## **Explaining the Factors Affecting Vaginal childbirth experience in Iran: A systematic review and meta-synthesis**

**First Author: Samiyeh Kazemi**

**Affiliation :** PhD in Reproductive Health, Associate Researcher, Clinical Research Development Unit, Imam Sajjad (AS) Ramsar Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran

**Second Author:Farzaneh Pazandeh**

**Affiliation :** PhD in Reproductive Health, Faculty of Health Sciences, Nottingham, England

The quality of maternity care is a multidimensional concept and has two dimensions of women's experience and the care process. The experience of giving birth has physical, psychological, social and individual effects in the short term, long term. The purpose of this study is to explain the factors affecting the experience of vaginal birth in Iran. This study was conducted based on the PRISMA statement and with Noblit and Hare. All the qualitative studies conducted in Iran in Persian databases (medical science articles (new), Google scholar, Civilica, Irandoc and Magiran) and English databases (Web of Sciences, Since Direct, Scopus, PubMed, Cochrane Library, ProQuest) without year restrictions with the keywords "Childbirth Experience", "Qualitative Study", and "Iran" were checked. In this study 16 articles were reviewed. Based on the results of the study, the effective factors in the vaginal childbirth experience were placed in the four main domains of individual capacity, participation, support and security. It is possible to improve women's vaginal childbirth experience by increasing the individual capacity of women, while maintaining their participation and safety in controlling their childbirth stages with the support of midwife-centered care with the aim of reducing unnecessary interventions in the process of labor and childbirth.

**Keywords:** "Childbirth Experience" , "Qualitative study" , "Iran".