

Effects of Iranian guidelines on primiparous women's childbirth experience: A randomized controlled trial

Mojgan Mirghafourvand¹ , Shahla Meedya² , Sakineh Mohammad Alizadeh Charandabi¹ ,
Zahra Fardiazar³ , Eesa Mohammadi⁴ , Mohammad Asghari Jafarabadi⁵ , Mansour Rezaei⁶ ,
Solmaz Ghanbari-Homaie^{1,*} 

¹Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Midwifery, Faculty of Nursing, Midwifery, and Paramedicine, Catholic University, Australia

³Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁵School of Public Health and Preventative Medicine, Faculty of Medicine, Nursing, and Health Sciences, Monash University, VIC 3800, Australia

⁶Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 3 Sep 2023

Accepted: 16 Dec 2023

ePublished: 28 Aug 2024

Keywords:

- Birth Satisfaction
- Iranian Guidelines
- Postpartum
- Clinical Trial

Abstract

Background. Currently, birth experience is considered an indicator for evaluating the quality of care provided during labor and birth. This study examined the effect of the Iranian positive birth experience guideline on the birth experience of primiparous women.

Methods. This randomized controlled clinical trial was conducted at Taleghani Hospital, Tabriz, Iran (2019). Thirty pregnant women admitted to labor after checking the eligibility criteria were randomly assigned to intervention (developed guidelines) and control (routine hospital care) groups. Women's birth experience was evaluated 24 hours postpartum using the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ 2.0). An independent sample t-test was employed to compare the average scores between the groups.

Results. The mean (standard deviation) of the total score of birth experience in the intervention and control groups was 3.0 (0.4) and 2.1 (0.5), respectively. The average score of the childbirth experience in the intervention group was significantly greater than that of the control group [Mean difference: 0.9; 95% confidence interval: 0.5–1.2; $P < 0.001$].

Conclusion. The Iranian guideline for improving birth experiences was able to improve primiparous women's birth experiences more effectively than routine care.

Practical Implications. The findings of this study can be considered in the policies and management of healthcare centers.

How to cite this article: Mirghafourvand M, Meedya Sh, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Fardiazar Z, Eesa Mohammadi E, Asghari Jafarabadi M, Rezaei M, Ghanbari Homaie S. Effects of Iranian Guidelines on Primiparous Women's Childbirth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2024;46(4):394-406. doi: 10.34172/mj.2024.042. Persian.

Extended Abstract

Background

Traumatic birth experience among Iranian primiparous women has been estimated at 38%, which is higher than in other countries, especially

developed countries such as Sweden, the Netherlands, Norway, and the United States. Numerous factors, such as the history of psychological problems, traumatic attitudes, beliefs,

*Corresponding author; Email: homayisolmaz@gmail.com

© 2024 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

and unrealistic expectations of women towards labor and birth, unwanted pregnancy, unexpected consequences for the mother or baby, and hospitalization of infants in the neonatal intensive care unit, have been reported as predictors of a traumatic birth experience. Based on our knowledge, there is no evidence-based national guideline for improving Iranian women's birth experience. For this purpose, a mixed-method study with a sequential explanatory approach was designed to develop a native guideline. A pilot clinical trial was then designed to determine the effect of the guideline on childbirth experience. Therefore, this study examined the effect of Iranian guidelines, in comparison with routine care, on primiparous women's childbirth experience.

Methods

This investigation was conducted as a randomized controlled trial, consisting of two parallel groups. The study population included primiparous women admitted to Taleghani Teaching Hospital in Tabriz, Iran.

Sampling

Women were recruited into the study by the convenience sampling method. The inclusion criteria included nulliparous women, the age of at least 18 years old, living in Tabriz, intention to achieve vaginal birth, singleton, and term pregnancy, lack of mental disability, lack of a history of depression and antidepressant use, and absence of stressful events during the last three months. The exclusion criteria were breech presentation, obstetric complications such as placental abruption, placenta previa, preeclampsia, the presence of major abnormalities in the baby, death of the baby, unwillingness to cooperate, and the occurrence of a stressful event during the study.

Randomization and Intervention

A random blocking technique (4 and 6 blocks) and a 1:1 allocation ratio were used to assign participants to the study groups. The type of intervention was written on paper and put in numbered, opaque, sealed envelopes to hide the allocation. After obtaining

informed consent, the envelope was opened, and the intervention type was determined.

The intervention group received interventions during labor, childbirth, and postpartum periods. Interventions were divided into several categories, including providing adequate and appropriate information, avoiding unnecessary interventions, involving women in the care process, providing respectful care, and managing pain. The interventions were performed by a PhD student in midwifery. The control group received only routine hospital care. Frequent vaginal examinations, induction or augmentation of labor, restriction of movement during labor, and episiotomy are routinely performed in teaching hospitals. The childbirth experience questionnaire was completed 12–24 hours after childbirth through an interview by somebody who was not involved in the research.

Statistical Analysis

SPSS (version 25) was used to analyze the data. The two research groups' childbirth experience scores were compared using an independent t-test. All tests' significance levels (*P*-values) were less than 0.05.

Results

Thirty women were randomly divided into the intervention (positive childbirth experience guideline) and control (routine care) groups. There were no significant differences in demographic and obstetric variables between the two groups. However, a statistically significant difference was found between the two groups in terms of maternal outcomes, including the length of stay in the labor room ($P = 0.008$), the feeling of self-control during labor ($P < 0.001$), the type of childbirth ($P = 0.003$), and episiotomy ($P = 0.003$). The mean (standard deviation) of the total score of childbirth experience in the intervention and control groups was 3.0 (0.4) and 2.1 (0.5), respectively. The average score of the childbirth experience in the intervention group was significantly higher than that of the control group [Mean difference: 0.9; 95% confidence interval: 0.5–1.2; $P < 0.001$]. The average scores of all subdomains of childbirth experience (personal

capacity, participation, professional support, and perceived safety) were significantly higher in the intervention group compared to the control group.

Conclusion

Iranian guidelines more effectively improved primiparous women's childbirth experience. To determine the rigorous effectiveness, barriers, and facilitators of the guideline, it is better to design a study with a large sample size.

Due to the rules of teaching hospitals, husbands were not allowed to be present in the labor room. In addition, the presence of female obstetrics and gynecology residents, physicians, and midwifery

students in the labor room was unavoidable; however, as much as possible, it was attempted to prevent these people from entering the labor, delivery, and recovery room. The data were collected 12–24 hours after childbirth using an interview method. Women may not feel physically or mentally comfortable at this time and may not report their experiences accurately. Evaluating the impact of positive childbirth experience guidelines for the first time in Iran is a strength of the study. Using a standardized and valid scale to measure childbirth experience and measure outcomes by the midwife who had not been involved in the study can be another strength of the study.

تأثیر اجرای دستورالعمل بومی خوشایندسازی زایمان بر تجربه زنان نخست‌زا: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

مژگان میرغفوروند^۱، شهلا میدیا^۲، سکینه محمد علیزاده^۳، زهرا فردی آذر^۳، عیسی محمدی^۴، محمد اصغری جعفرآبادی^۵، منصور رضائی^۶، سولماز قنبری همائی^{۶*}

^۱گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲گروه مامائی، دانشکده پرستاری، مامائی و پیراپزشکی، دانشگاه کاتولیک، استرالیا

^۳گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۵دپارتمان بهداشت عمومی و پزشکی پیشگیری، دانشکده پزشکی، پرستاری و علوم بهداشتی، دانشگاه موناخ، VIC 3800، استرالیا

^۶گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. امروزه تجربه زایمان به عنوان شاخص کیفیت مراقبت‌های ارائه شده حین لیبر و زایمان در نظر گرفته می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای دستورالعمل ایرانی تجربه مثبت زایمان روی تجربه زایمان زنان نخست‌زا انجام گرفت.

روش کار. این کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده در بیمارستان طالقانی تبریز، ایران اجرا شد. سی زن باردار پذیرش شده در لیبر بعد از بررسی از نظر حائز شرایط بودن، به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (دستورالعمل ایرانی) و کنترل (مراقبت روتین بیمارستان) تخصیص یافتند. تجربه زایمان، ۲۴ ساعت پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه تجربه زایمان (CEQ 2.0) ارزیابی شد. برای مقایسه میانگین نمره‌های تجربه زایمان در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها. میانگین (انحراف معیار) نمره کلی تجربه زایمان از نمره قابل دستیابی ۱ تا ۴ در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳/۰ (۰/۴) و ۲/۱ (۰/۵) بود. نمره کلی تجربه زایمان در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (۱/۲ تا ۰/۵: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۹: تفاوت میانگین؛ $P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری. دستورالعمل ایرانی جهت ایجاد تجربه مثبت زایمان نسبت به مراقبت روتین به طور مؤثرتری توانست تجارب زایمان زنان نخست‌زا را بهبود بخشد.

پیامدهای عملی. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در سیاست‌گذاری‌ها و مدیریت مراکز درمانی مد نظر قرار گیرد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۳/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۶/۷

کلیدواژه‌ها:

- رضایت از زایمان
- دستورالعمل ایرانی
- پس از زایمان
- کارآزمایی بالینی

مقدمه

کشور به صورت میانگین ۴۸ درصد و در تهران تا ۶۶/۵ درصد نیز افزایش یافته است. یکی از دلایل شیوع بالای سزارین، ترس از زایمان در زنان نخست‌زا و تجربه منفی کسب شده در زنان مولتی-پار می‌باشد.^۳ در مطالعه‌ای حدود ۲۴ درصد از زنان مولتی‌پار، ترجیح‌شان را از زایمان واژینال به سزارین انتخابی تغییر داده بودند که مهم‌ترین علت تغییر دیدگاه‌شان، تجارب منفی از زایمان واژینال قبلی بود.^۴

تجربه زایمان به عنوان یکی از پیامدهای زایمانی تا حدی مهم است که امروزه به عنوان شاخص کیفیت مراقبت در نظر گرفته می‌شود.^۱ این تجارب علاوه بر پیامدهای مثبت یا منفی کوتاه‌مدت، می‌تواند تا سال‌ها توسط مادر یادآوری شده و زندگی وی و خانواده‌اش را تحت تأثیر قرار دهد.^۲ در ایران شیوع سزارین بالاتر از میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت و کشورهای پیشرفته است. شیوع سزارین در کل

*نویسنده مسؤول: ایمیل: homayisolmaz@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

تشخیص بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاج برای یکی از اعضای خانواده در طی سه ماه اخیر، بودند. معیارهای خروج از مطالعه وضعیت نمایش غیر سفالیک، مشکلات مامایی از قبیل جفت سرراهی، دکولمان، پره‌کلامپسی، وجود ناهنجاری مژور در نوزاد، فوت نوزاد و عدم تمایل به همکاری و وقوع حادثه استرس‌زا در جریان مطالعه بودند.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار G-Power محاسبه شد. براساس نتایج مطالعه قنبری و همکاران در مورد متغیر تجربه زایمان^۸ و با در نظر گرفتن $M1 = 2/71$ (میانگین نمره تجربه زایمان)، $M2 = 3/52$ (با پیش‌فرض ۳۰ درصد افزایش در اثر مداخله)، $SD1 = 0/73$ ، $SD2 = 0/05$ ، $\alpha = 0/05$ Two-sided و $Power = 80\%$ برابر با ۱۴ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش حجم نمونه نهایی ۱۵ نفر در هر گروه بود. زنان از بیمارستان آموزشی طالقانی و به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. توضیحات کامل در مورد پژوهش، اهداف و روش اجرای آن در اختیار زنان گذاشته شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، از نظر معیارهای ورود و خروج بررسی شدند. در صورت حائز شرایط بودن، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. به تمامی شرکت‌کنندگان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات-شان در طول فرآیند مطالعه، اطمینان کافی داده شد. همچنین توضیح داده شد که اجازه دارند در هر مرحله‌ای از مداخله، مطالعه را ترک کنند و ترک همکاری‌شان در مطالعه بدون جریمه بوده و در ارائه و کیفیت خدمات روتین به ایشان تغییری صورت نخواهد گرفت.

جهت تخصیص مشارکت‌کنندگان به گروه‌های مطالعه (دستورالعمل حمایتی یا رویکرد روتین)، از روش بلوک‌بندی تصادفی با بلوک‌های ۴تایی و ۶تایی و با نسبت تخصیص ۱:۱ استفاده شد. نوع مداخله در کاغذی نوشته شد و در داخل پاکت‌های مات پشت سر هم شماره‌گذاری شده قرار گرفت. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، پاکت مربوطه باز و گروه قرارگیری زن، مشخص می‌شد. تا زمان طراحی این مطالعه هیچ دستورالعمل کشوری مبتنی بر شواهد برای بهبود تجارب زایمان وجود نداشته است. برای این منظور در ابتدا با طراحی یک مطالعه ترکیبی با رویکرد متوالی توضیحی دستورالعمل بومی طراحی شد. مراحل تدوین دستورالعمل به این صورت بود که، در فاز نخست، یک مطالعه کمی مقطعی روی ۸۰۰ زن نخست‌زا طراحی و شیوع تجربه منفی زایمان و عوامل پیشگویی‌کننده آن در بین زنان نخست‌زا تعیین شد. در فاز کیفی به تبیین ادراک زنان از جنبه‌ها و عوامل تعیین‌کننده تجارب مثبت و منفی

در طول سال‌های اخیر، نرخ باروری نیز در ایران بشدت کاهش یافته است و در سال ۲۰۱۸، به ۱/۶۱ رسید که پایین‌تر از حد جایگزینی یعنی ۲/۱ است.^۵ ایران از نظر نرخ باروری بین ۱۸۶ کشور، در رتبه ۱۵۵ قرار دارد که توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را به خود جلب نموده است. در حال حاضر یکی از سیاست‌های کشور ایران برای مقابله با کاهش و پیر شدن جمعیت، تشویق به فرزندآوری زوجین می‌باشد. یکی از فاکتورهای مهم برای تصمیم‌گیری در مورد بارداری بعدی، نوع تجربه کسب‌شده از زایمان قبلی می‌باشد.^۶ عدم رضایت از زایمان قبلی و داشتن تجربه منفی احتمال تصمیم‌گیری برای داشتن بارداری دیگر را کاهش می‌دهد.^۷

تجربه منفی زایمان در بین زنان نخست‌زای ایرانی ۳۸ درصد تخمین زده شده است^۸ که این میزان بالاتر از کشورهای دیگر بخصوص کشورهای پیشرفته همچون نروژ^۹ و آمریکا است.^{۱۰} فاکتورهای متعددی همچون اضطراب^{۱۱} و افسردگی در بارداری، سابقه مشکلات روان‌شناختی.^{۱۲} نگرش و باور منفی و انتظارات غیرواقعی زن نسبت به لیبر و زایمان،^{۱۳} پیامدهای نامطلوب و غیرقابل‌انتظار برای مادر یا نوزاد^{۱۴} و بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان^{۱۵} با تجربه زایمان منفی ارتباط دارند. متأسفانه در ایران مطالعات محدودی و آن‌هم در سال‌های اخیر به موضوع تجربه زایمان پرداخته‌اند. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین تأثیر اجرای دستورالعمل ایرانی تجربه مثبت زایمان در مقایسه با مراقبت روتین روی تجارب زایمان زنان نخست‌زا می‌باشد.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده با دو گروه موازی (یک گروه مداخله و یک گروه کنترل) بدون کورسازی محقق و مشارکت‌کننده بود. جمعیت مورد مطالعه، زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان آموزشی طالقانی تبریز، ایران بود. برای تعیین اثربخشی دستورالعمل، مطالعه به صورت پایلوت و روی ۳۰ زن (۱۵ زن در گروه مداخله و ۱۵ زن در گروه کنترل) انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان نولی‌پار، حداقل سن ۱۸ سال، سکونت در شهر تبریز، قصد انجام زایمان واژینال، بارداری تک قلویی، حداقل سن حاملگی ۳۷ هفته کامل، نداشتن ناتوانی ذهنی، نداشتن کوری و لالی، عدم داشتن سابقه افسردگی و مصرف داروهای ضدافسردگی، عدم وقوع حادثه استرس‌زا از قبیل طلاق، فوت اعضای درجه یک خانواده و

می‌شود. با توجه به اینکه مشارکت‌کنندگان در اتاق‌های تک‌نفره حضور داشتند، امکان تماس (Contamination) بین دو گروه وجود نداشت.

مشخصات فردی اجتماعی و مامایی با استفاده از پرسشنامه-های طراحی‌شده توسط محقق جمع‌آوری شد. جهت سنجش تجارب زایمان از Childbirth Experiences Questionnaire version 2.0 (CEQ-2.0) که توسط Dencker و همکاران طراحی‌شده است، استفاده شد. ابزار حاوی ۲۳ سؤال در طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت است. سؤالاتی که به صورت مقیاس دیداری هستند، به مقادیر ۱ تا ۴ تبدیل می‌شوند: نمرات ۰-۴۰ (نمره ۱)، نمرات ۴۱-۶۰ (نمره ۲)، ۶۱-۸۰ (نمره ۳)، ۸۱-۱۰۰ (نمره ۴). سؤالات با مفاهیم منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. میانگین نمرات بالا به معنی تجربه مثبت‌تر از زایمان می‌باشد. این پرسشنامه در ایران بومی‌سازی شده است و پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب همبستگی (۰/۹۹ تا ۰/۹۳) ۰/۹۷ تعیین شده است.^{۱۷} پرسشنامه ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از زایمان از طریق مصاحبه و توسط فرد غیر درگیر در مطالعه تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. به منظور بررسی همسانی دو گروه مطالعه از آزمون-های تی مستقل، مجذور کای روند، مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. نرمالیتی داده‌های کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. متغیرهایی با سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ در هر دو گروه به عنوان متغیرهایی با توزیع نرمال در نظر گرفته شد. جهت مقایسه میانگین نمره - تجربه زایمان در بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

زنان بستری‌شده در بیمارستان (۶۳ زن) از نظر معیارهای ورود و خروج بررسی شدند که تعداد ۲۰ زن واجد شرایط نبودند و تعداد ۱۳ زن حاضر به شرکت در مطالعه نبودند. در نهایت ۳۰ زن به طور تصادفی در گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند. در مطالعه حاضر هیچ‌کدام از افراد از مطالعه خارج نشدند و تا پس از زایمان پیگیری شدند (شکل ۱).

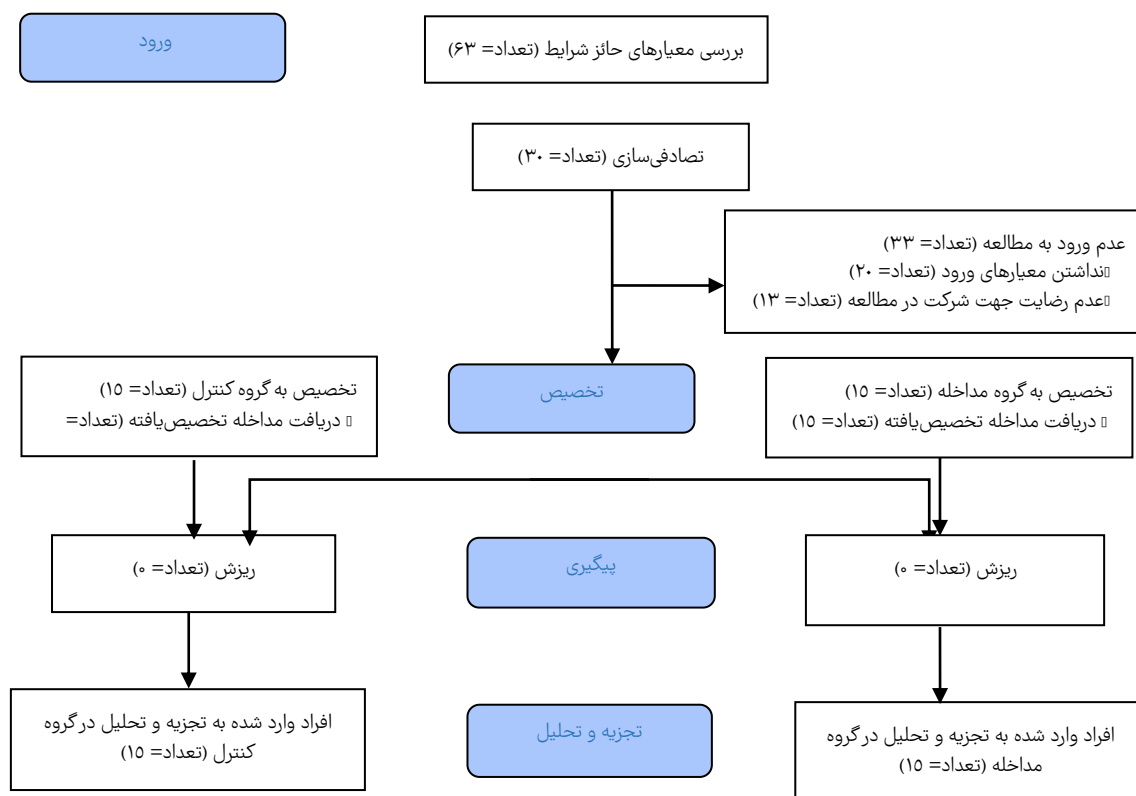
بین گروه‌های مطالعه از نظر مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۲۳/۸ (۴/۵) و ۲۷/۱ (۶/۸) سال بود. نزدیک نیمی از مشارکت-

زایمانی از دیدگاه ۱۷ زن نخست‌زا پرداخته شد. سپس بر اساس داده‌های به دست آمده در بخش کمی و کیفی مطالعه و با جمع-آوری نتایج مروری بر متون و نظرات پانل متخصصان ایرانی با متد دلفی، دستورالعمل بهبود دهنده تجارب زایمان تدوین شد.^{۱۶} سپس برای تعیین اثربخشی دستورالعمل، یک مطالعه پایلوت طراحی و اجرا شد. گروه مداخله، مداخلاتی را در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان دریافت کرد. مراقبت‌های ارائه‌شده به گروه مداخله در چند دسته تقسیم‌بندی شده‌اند: (۱) ارائه اطلاعات کافی و متناسب؛ شامل ارائه تعاریف فاز نهفته و فعال لیبر، پاسخگویی به سؤالات زن، پیگیری و پاسخگویی نسبت به مشکلات مادری پس از زایمان از طریق تماس تلفنی؛ (۲) کاهش مداخلات غیرضروری مانند وصل سوند مثانه، معاینات مکرر واژینال، فشار فوندال حین زایمان، بی‌حرکی، عدم تغذیه، سمع مداوم ضریان قلب جنین و ثبت کاردیوتوکوگرافی، تجویز اکسی-توسین زود هنگام، اصلاح موهای پرینه یا پوبیس قبل از زایمان، عدم تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه روتین برای زنان با زایمان طبیعی بدون عارضه، تشویق زن جهت دنبال کردن نیروی خود برای زور دادن، عدم استفاده روتین از اپیزوتومی، کلامپ تأخیری بند ناف، استفاده از روش کشش کنترل‌شده بند ناف، عدم ساکشن دهان و بینی در صورت روشن بودن مایع آمنیوتیک، تماس پوستی نوزاد با مادر در یک ساعت اول پس از زایمان، شروع شیردهی در ساعت اول؛ (۳) مشارکت در فرآیند مراقبتی؛ گرفتن وضعیت‌های مختلف از جمله وضعیت ایستاده در طول لیبر، انجام ورزش در طول لیبر، حضور دولا به درخواست مادر و امکان مکالمه تلفنی با خانواده. (۴) مراقبت احترام‌آمیز؛ مراقبت همراه با همدلی، رعایت خلوت و استفاده از اتاق جداگانه، عدم معاینه واژینال در حضور زنان یا مراقبین دیگر، عدم حضور دانشجوی مرد، دسترسی به پوشش راحت و مناسب برای حفظ حجاب حین انتقال به بخش‌های دیگر بیمارستان؛ (۵) مدیریت درد؛ استفاده از روش‌های تسکین درد دارویی مانند رمی‌فنتانیل یا پتدین یا غیر دارویی مانند آموزش روش‌های تجسم خلاق، تکنیک‌های تنفسی، تن‌آرامی پیش‌رونده عضلانی، ماساژ و یا استفاده از کیسه گرم بر حسب ترجیح زن، بی‌حسی کافی در حین ترمیم اپیزوتومی. مداخله توسط نویسنده مسئول (دانشجوی دکتری تخصصی مامائی) انجام گرفت. گروه کنترل، مراقبت‌های روتین بیمارستان را دریافت کردند. معاینه واژینال مکرر، تقویت لیبر، اعمال محدودیت حرکتی در لیبر، انجام اپیزوتومی، استفاده محدود از روش‌های کاهش درد غیردارویی و ... به صورت روتین در بیمارستان‌های آموزشی انجام

داشتن زن حین لیبر ($P < 0.001$)، نوع زایمان ($P = 0.003$) و اپیزیوتومی ($P = 0.003$) وجود داشت (جدول ۲). میانگین (انحراف معیار) نمره کلی تجربه زایمان از نمره قابل‌دستیابی ۱ تا ۴ در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳/۰ (۰/۴) و ۲/۱ (۰/۵) بود. نمره کلی تجربه زایمان در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (۱/۲ تا ۰/۵: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۹: تفاوت میانگین؛ $P < 0.001$). میانگین نمره تمامی زیردامنه‌های تجربه زایمان نیز شامل ظرفیت شخصی (۱/۲ تا ۰/۲: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۷: تفاوت میانگین؛ $P = 0.004$)، مشارکت (۱/۴ تا ۰/۷: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۱/۱: تفاوت میانگین؛ $P < 0.001$)، حمایت حرفه‌ای (۱/۳ تا ۰/۴: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۸: تفاوت میانگین؛ $P < 0.001$) و امنیت خاطر درک شده (۱/۴ تا ۰/۵: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۹: تفاوت میانگین؛ $P < 0.001$) در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

کنندگان در گروه مداخله (۴۶/۷ درصد) و بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در گروه کنترل (۶۰/۰ درصد) تحصیلات دبیرستان و پایین‌تر داشتند. اکثر مشارکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله (۸۶/۷ درصد) و کنترل (۹۳/۳ درصد) خانه‌دار بودند. تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله (۱۰۰ درصد) و کنترل (۹۳/۳ درصد) از زندگی زناشویی خود رضایت داشتند. نزدیک سه‌چهارم مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله (۷۳/۳ درصد) و اکثریت مشارکت‌کنندگان در گروه کنترل (۹۳/۳ درصد) طول مدت ازدواج‌شان ۵ سال و پایین‌تر بود. اکثریت مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله (۸۶/۷ درصد) و بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در گروه کنترل (۵۳/۳ درصد) تحت پوشش بیمه بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر مشخصات مامائی وجود نداشت (جدول ۱).

تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر پیامدهای مادری شامل طول اقامت در اتاق لیبر ($P = 0.008$)، احساس کنترل



شکل ۱. دیاگرام مطالعه کارآزمایی بالینی تأثیر اجرای دستورالعمل بومی خوشایندسازی زایمان بر تجربه زنان نخست‌زا

جدول ۱. مقایسه مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی در گروه‌های مداخله و کنترل (تعداد = ۳۰ زن باردار)

مشخصات	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری
گروه مداخله (تعداد = ۱۵)	گروه کنترل (تعداد = ۱۵)		
سن (سال)، میانگین (انحراف معیار)	۲۳/۸ (۴/۵)	۲۷/۱ (۶/۸)	۰/۱۴۰*
تحصیلات			۰/۸۰۷ [§]
دبیرستان و پایین‌تر	۷ (۴۶/۷)	۹ (۶۰/۰)	
دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	
دانشگاهی	۴ (۲۶/۷)	۱ (۶/۷)	
شغل			۰/۲۱۹ [€]
خانه‌دار	۱۳ (۸۶/۷)	۱۴ (۹۳/۳)	
شاغل	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	
رضایت از زندگی زناشویی			۰/۳۰۹ [€]
بلی	۱۵ (۱۰۰)	۱۴ (۹۳/۳)	
خیر	۰	۱ (۶/۷)	
طول مدت ازدواج			۰/۱۴۲ [€]
۵ سال و پایین‌تر	۱۱ (۷۳/۳)	۱۴ (۹۳/۳)	
۶ سال و بالاتر	۴ (۲۶/۷)	۱ (۶/۷)	
تحت پوشش بیمه بودن			۰/۰۵۴ [‡]
بلی	۱۳ (۸۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	
خیر	۲ (۱۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	
سابقه سقط			€./۷۹۰
ندارد	۱۱ (۷۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	
۱ یا بالاتر	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	
بارداری ناخواسته	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	€./۲۷۱
حضور در کلاس بارداری	۵ (۳۳/۷)	۴ (۲۶/۷)	€./۷۰۲
سن بارداری (هفته)	۳۸/۶ (۱/۲)	۳۹/۲ (۱/۰)	*./۱۷۱
انجام ورزش در طول بارداری	۱۱ (۷۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	€./۰۵۴
ترس از زایمان در طول بارداری	۸ (۵۳/۳)	۱۲ (۸۰/۰)	€./۱۳۰

* تی مستقل [§] آزمون کای روند [€] آزمون مجذور کای [‡] آزمون دقیق فیشر

جدول ۲. پیامدهای مادری و نوزادی در گروه‌های مداخله و کنترل (تعداد = ۳۰ زن باردار)

مشخصات	مداخله (تعداد = ۱۵)	کنترل (تعداد = ۱۵)	سطح معنی‌داری
طول اقامت در اتاق لیبر (کمتر از ۱۲ ساعت)	۶/۴ (۳/۳)	۱۳/۶ (۸/۳)	*./۰۰۸
احساس کنترل داشتن زن حین لیبر	۱۰ (۶۶/۷)	۰	*./۰۰۱
تقویت لیبر	۹ (۶۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	*./۲۴۷
نوع زایمان			*./۰۰۳
واژینال	۱۴ (۹۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	
سزارین	۱ (۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	
ایپی‌زیاتومی	۲ (۱۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	*./۰۰۳
جنسیت نوزاد (دختر)	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	*./۷۲۶
ترس از زایمان در طول بارداری	۸ (۵۳/۳)	۱۲ (۸۰/۰)	*./۱۳۰
بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	*./۵۴۳
تماس پوست با پوست مادر و نوزاد	۱۴ (۹۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	*./۱۶۹
شروع شیردهی در ساعت اول	۱۵ (۱۰۰)	۱۴ (۹۳/۳)	*./۳۰۹
نمره آپگار کمتر از ۷	۰	۰	-

* آزمون مجذور کای

جدول ۳. مقایسه نمره کل تجربه زایمان یک ماه پس از زایمان به تفکیک گروه‌های مطالعه (تعداد= ۳۰ زن)

متغیر	گروه مداخله میانگین (انحراف معیار) (تعداد= ۱۵)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار) (تعداد= ۱۵)	مقایسه گروهها تفاوت میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪)	سطح معنی داری *
نمره کلی تجربه زایمان**	۳/۰ (۰/۴)	۲/۱ (۰/۵)	۰/۹ (۱/۲ تا ۰/۵)	۰/۰۰۱ <
ظرفیت شخصی**	۲/۷ (۰/۵)	۱/۹ (۰/۷)	۰/۷ (۱/۲ تا ۰/۲)	۰/۰۰۴
مشارکت**	۳/۱ (۰/۵)	۲/۰ (۰/۴)	۱/۱ (۱/۴ تا ۰/۷)	۰/۰۰۱ <
حمایت حرفه‌ای**	۳/۴ (۰/۶)	۲/۵ (۰/۵)	۰/۸ (۱/۳ تا ۰/۴)	۰/۰۰۱ <
امنیت‌خاطر درک شده**	۳/۱ (۰/۶)	۲/۱ (۰/۶)	۰/۹ (۱/۴ تا ۰/۵)	۰/۰۰۱ <

* آزمون تی مستقل

** دامنه نمره قابل کسب: از ۱ تا ۴

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه اجرای دستورالعمل به‌طور مؤثری توانست تجربه زایمان زنان نخست‌زا را بهبود بخشد. در مطالعه حاضر، میانگین نمره کلی تجربه زایمان در گروه مداخله به‌طور آماری معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود. بر اساس دانش ما، تاکنون مطالعه‌ای که تأثیر دستورالعمل تجارب مثبت زایمان را روی رضایت زنان از تجارب زایمانشان بررسی کرده باشد، یافت نشد. مداخلات گسترده‌ای که در دستورالعمل طراحی شده در مطالعه قبلی پیشنهاد شده بودند، در این مطالعه به‌صورت کارآزمایی بالینی اجرا شدند. مداخلات ارائه‌شده برای مراحل مختلف لیبر و زایمان را می‌توان در چند دسته طبقه‌بندی کرد: ارائه اطلاعات کافی و متناسب؛ پرهیز از مداخلات غیرضروری؛ مشارکت در فرآیند مراقبتی؛ مدیریت درد و مراقبت احترام‌آمیز. ارائه اطلاعات کافی و متناسب برای زنان در طول لیبر و زایمان جزء مداخلات گنجانده‌شده در دستورالعمل بود. اطلاعات دریافت شده در طول دوره قبل از زایمان بر رضایت زنان از مراقبت‌های ارائه‌شده در طول لیبر و زایمان تأثیرگذار است. در مطالعه انجام‌شده توسط ایمانی و همکاران در ایران، آگاهی زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی پایین‌تر از حد متوسط بود. همچنین آنان گاهی تصورات غلط در مورد ترجیح سزارین نسبت به زایمان طبیعی داشتند^{۱۸}. ارائه اطلاعات مطابق با نیاز زن، می‌تواند موجب احساس کنترل و توانمندی در آنان شود^{۱۹}. در مطالعه مالاتا گزارش شده است که مادران نخست‌زا نسبت به میزان اطلاعات ارائه‌شده در طول لیبر و زایمان در مراکز زایمانی رضایت ندارند^{۲۰}. همچنین بلک‌فورد و همکاران نیز گزارش کردند که اکثر زنان اطلاعات نامتناسب و ناکافی در مورد زایمان دریافت می‌کنند و نیاز به شناسایی نیازهای زنان برای اطمینان از ارائه اطلاعات مناسب و کافی وجود دارد^{۲۱}. پرهیز از مداخلات غیرضروری از دیگر پیشنهادات دستورالعمل طراحی شده بود.

اعمال مداخلات کمتر در طول لیبر و زایمان منجر به رضایت بالاتر زنان از زایمانشان می‌گردد. (از دامنه‌ی تجربه مثبت ۷۵ درصد بین زنانی که هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرده بودند تا ۴۶/۴ درصد بین زنانی که هشت نوع یا بیشتر مداخله دریافت کرده بودند)^{۲۲}. در فرهنگ ایران، اگرچه زایمان به‌عنوان یک روش جراحی زنان شناخته نمی‌شود، اما به‌شدت تحت تأثیر مداخلات پزشکی قرار گرفته است^{۲۳}. به‌عنوان مثال، در ایران انجام اپیزیوتومی برای زنان نخست‌زا و استفاده از اکسی‌توسین در طول زایمان روتین محسوب می‌شود^{۲۴}. اما در کشورهای توسعه‌یافته تنها کمتر از نیمی از زنان در طول لیبر و زایمان اکسی‌توسین دریافت و یا تحت اپیزیوتومی قرار می‌گیرند. استفاده منظم از اکسی‌توسین برای تقویت لیبر و یا انجام اپیزیوتومی بدون رضایت زن به‌عنوان خشونت مامایی گزارش شده است که در آن حق زنان از سوی متخصصان سلامت نادیده گرفته می‌شود^{۲۵}. یکی دیگر از مداخلات ارائه‌شده، مراقبت احترام‌آمیز بود. مراقبت غیرمحترمانه نشانه‌ای از کیفیت پایین مراقبت‌های ارائه‌شده دارد که می‌تواند بر پیامدهای سلامت تأثیر گذاشته و زنان را از مراجعه به تسهیلات بهداشتی بازدارد^{۲۶}. درمان توأم با بی‌احترامی ممکن است به دلیل نبودن یا ناکافی بودن سیاست‌های حقوق بشر ملی و اجرای آن‌ها، عدم رهبری در نظام سلامت، استانداردهای ضعیف مراقبت و یا کوتاهی ارائه‌دهندگان خدمت باشد^{۲۷}. مداخلاتی که موجب مشارکت مادر در فرآیند مراقبتی خود می‌شود، دسته‌ی دیگری از مداخلات دستورالعمل بود. مراقبتی که به حق زن برای درگیر شدن در تصمیم‌گیری احترام گذاشته و موجب شود زنان احساس کنترل بیشتری بر لیبر و زایمان خود داشته باشند، می‌تواند در نهایت موجب درک مثبت از زایمان می‌شود؛ حتی اگر دیگران آن زایمان را زایمان تروماتیک درک کنند^{۲۸}.

مدیریت مراکز بهداشتی درمانی مدنظر قرار گیرد. همچنین اتخاذ سیاست‌هایی در جهت گسترش روش‌های تسکین درد غیرداروئی و ایجاد شرایط لازم برای تسکین درد داروئی می‌تواند در رضایتمندی زنان حین لیبر و زایمان مؤثر واقع شود. مدرسین مامایی و بهداشت باروری در محیط‌های دانشگاهی و بالینی می‌توانند آگاهی دانشجویان را نسبت به این مراقبت‌ها ارتقا دهند.

از آنجائی که ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی، نقش مهمی در مشارکت دادن زنان در مراقبت‌های حین لیبر و زایمان دارند، بایستی آگاهی زنان را در مورد مراقبت‌ها و مداخلات ارائه‌شده افزایش داده و آنان را در تصمیم‌گیری‌ها درگیر نمود. مراقبین لازم است تا خدمات مراقبتی خود را در یک محیط دوستانه و عاری از بی‌احترامی ارائه نموده و نیازها، ارزش‌ها و ترجیحات زن را محور مراقبت خود قرار دهند. عاملین زایمان بایستی تلاش خود در جهت آگاهی بخشی مادر در مورد اهمیت تماس پوستی و افزایش کمیت و کیفیت آن در مادران و نوزادان سالم دوچندان نمایند. شناسایی موانع موجود بر سر راه اجرای پیشنهادات و راهکارهای رفع این موانع، می‌تواند راه را برای پژوهش‌های بعدی هموار سازد.

محدودیت و نقاط قوت مطالعه

پیشنهادهای برای دوران بارداری در گایدلاین ایرانی طراحی شده بود اما فقط توصیه‌های حین لیبر و زایمان در این مطالعه اجرا شد. متأسفانه به دلیل قوانین بیمارستان‌های آموزشی امکان حضور همسر و همراه در لیبر وجود نداشت. همچنین به دلیل آموزشی بودن بیمارستان، حضور رزیدنت زنان و دانشجویان پزشکی و مامایی غیرقابل اجتناب بود اما تا حد ممکن سعی شد تا از ورود این افراد و افراد دیگر غیر از ماما و پژوهشگر به داخل اتاق LDR جلوگیری شود. جمع‌آوری داده‌ها ۲۴ ساعت پس از زایمان و با استفاده از روش مصاحبه صورت گرفت. ممکن است زنان در این زمان احساس آسودگی فیزیکی و روانی نداشته باشند و تجارب خود را منفی‌تر و یا به دلیل داشتن نوزاد سالم تجارب خود را مثبت‌تر گزارش کرده باشند. برای تعدیل این نقطه‌ضعف سعی شد مصاحبه در یک محیط نسبتاً خلوت و زمانی که مادر احساس راحتی داشته باشد، انجام گیرد. همچنین اطمینان داده شد که پاسخ‌ها بدون ذکر نام و کاملاً محرمانه بوده و پاسخ‌هایشان تأثیری روی روند دریافت مراقبتشان نخواهد داشت. طراحی و ارزیابی تأثیر گایدلاین تجربه مثبت زایمان برای اولین بار در ایران از نقاط قوت مطالعه است. سنجش تأثیر گایدلاین روی زنان نخست‌زا نیز نقطه قوت می‌باشد چراکه تجربه

در مطالعه حاضر یکی از مداخلات، استفاده از روش‌های مدیریت درد بود. در مطالعه انجام‌گرفته در هلند، زنانی که از روش تسکین درد استفاده نکرده بودند، ۲/۹ برابر بیشتر در معرض تجربه منفی زایمان بودند.^{۲۸} ارتباط یادآوری درد در طول لیبر و زایمان، درد غیرقابل تصور بدون استفاده از روش‌های تسکین درد با تجربه منفی زایمان نشان داده شده است. زنان باردار اکثراً در مورد روش‌های تسکین درد آگاهی دارند و اگر انتظارات آنان در مورد تسکین درد برآورده نشوند، تجربه مثبتی از زایمان نخواهند داشت. حتی علی‌رغم این موضوع که زنان درد لیبر را چگونه تصور می‌کنند، اکثر آنان این انتظار را دارند که به‌خوبی دردشان مدیریت شود.^{۲۹} در مطالعه حاضر هیچ‌کدام از زنان تمایل به دریافت بی‌حسی اپیدورال نداشتند و تنها از مداخلات غیردارویی و یا رمی‌فنتانیل وریدی استفاده شده بود. اکثر مداخلات پیشنهاد شده در دستورالعمل از نوع مداخلات حمایتی بودند. مطالعات مرور سیستماتیک و کارآزمایی بالینی انجام‌شده‌ی قبلی نیز بیانگر این می‌باشند که ارائه مراقبت‌های حمایتی از سوی کارکنان حرفه‌ای می‌تواند در رضایت از تجربه زایمان مؤثر باشد.^{۳۰} با توجه به ماهیت مطالعه، امکان کورسازی وجود نداشت و این می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که دستورالعمل ایرانی بهبود دهنده تجارب زایمان نسبت به مراقبت روتین به‌طور مؤثرتری توانست تجارب زایمان زنان نخست‌زا را بهبود بخشد. برای تعیین اثربخشی دقیق و موانع و تسهیل‌کننده‌های دستورالعمل بهتر است مطالعه‌ای با حجم نمونه بالا طراحی گردد.

کاربرد یافته‌ها

با توجه به اینکه یکی از شاخص‌های اصلی کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده مادری، رضایت مادر از تجربه زایمان می‌باشد و از سوی دیگر یکی از اولویت‌های اعلام‌شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طرح تحول نظام سلامت در حوزه سلامت مادران و نوزادان، کاهش سزارین‌های غیرضروری است و یکی از مهم‌ترین دلایل غیرپزشکی سزارین در ایران تجربه منفی قبلی از زایمان می‌باشد، یافته‌های این مطالعه مبنی بر تأثیر فراهم بودن تجهیزات، امکانات، فضای روانی و فیزیکی مناسب، به‌منظور تأمین نیازها، احساس امنیت و آرامش و حفظ حریم خصوصی مادران می‌تواند در سیاست‌گذاری‌ها و

مالی هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها و نوشتن مقاله نداشت.

دسترس‌پذیری داده‌ها

مجموعه داده‌های مورد استفاده و تجزیه و تحلیل شده این مطالعه در صورت درخواست معقول در دسترس است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه در سایت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT20120718010324N50) ثبت شد و بر اساس محتوای دستورالعمل، مداخله حین لیبر و زایمان اجرا شد. پروتکل مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: IR.TBZMED.REC.1396.786) تأیید شد. از تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. به شرکت‌کنندگان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و اسامی‌شان اطمینان کافی ارائه شد. همچنین توضیح داده شد که اجازه دارند در هر مرحله-ای از مداخله مطالعه را ترک کنند و ترک همکاری‌شان در مطالعه بدون جریمه بوده و در ارائه و کیفیت خدمات روتین به ایشان تغییری صورت نخواهد گرفت.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافع را گزارش نمی‌کنند.

زنان مولتی‌پار می‌تواند تحت تأثیر زایمان قبلی باشد. استفاده از یک ابزار استاندارد و بومی‌شده برای سنجش تجربه زایمان یک نقطه قوت می‌تواند محسوب شود. همچنین عدم اندازه‌گیری پیامد توسط پژوهشگری که مداخله را انجام داده بود از دیگر نقاط قوت می‌باشد.

قدردانی

از تمام زنان شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر می‌کنیم. همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران تشکر و قدردانی می‌نماییم.

مشارکت پدیدآوران

مژگان میرغفوروند، سولماز قنبری همایی ایده پردازی و طراحی اثر، سکینه محمد علیزاده چرندابی، شهلا میدیا و زهرا فردی آذر نقد و بررسی آن از جهت محتوای فکری، محمد اصغری جعفرآبادی تجزیه و تحلیل داده‌ها، سولماز قنبری همایی جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، سولماز قنبری همایی و منصور رضائی تهیه پیش‌نویس و مژگان میرغفوروند و شهلا میدیا نقد و بررسی آن را بر عهده داشتند.

منابع مالی

این مطالعه با بودجه دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: IR.TBZMED.REC.1396.786) انجام شده است. منبع تأمین

References

- Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):155-64. doi: 10.1370/afm.1226
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*. 1991;18(4):203-10. doi: 10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x
- Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2014;43(5):545.
- Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008;35(2):121-8. doi: 10.1111/j.1523-536x.2008.00225.x
- World Data Atlas Iran Topics Demographics Fertility. Knoema. Iran Total fertility rate 2018. [Available from: <https://knoema.com/atlas/Iran/topics/Demographics/Fertility/Fertility-rate>].
- Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;109(3):254-60. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x
- Ghanbari-Homayi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. The impact of first childbirth experience on women's attitude towards having another child and subsequent vaginal birth. *Current*

- Women's Health Reviews. 2021;17(3):244-50. doi: 10.2174/1573404816999200930161803
8. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. BMC pregnancy and childbirth. 2019;19:1-9. doi: 10.1186/s12884-019-2333-4
 9. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Bidens Study Group. Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. Midwifery. 2017;51:33-9. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004
 10. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003;30(1):36-46. doi: 10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x
 11. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychological medicine. 2016;46(6):1121-34. doi: 10.1017/s0033291715002706
 12. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2012;91(11):1261-72. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
 13. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. International journal of nursing practice. 2019;25(4):e12722. doi: 10.1111/ijn.12722
 14. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Bidens Study Group. Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. Midwifery. 2017;51:33-9. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004
 15. Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1):1-9. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2
 16. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Mohamadi E, Meedya S, Mirghafourvand M. Developing of a new guideline for improving birth experiences among Iranian women: a mixed method study protocol. Reproductive health. 2020;17:1-0. doi: 10.1186/s12978-020-0868-5
 17. Ghanbari-Homayi S, Dencker A, Fardiazar Z, Jafarabadi MA, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, et al. Validation of the Iranian version of the childbirth experience questionnaire 2.0. BMC pregnancy and childbirth. 2019;19:1-0. doi: 10.1186/s12884-019-2606-y
 18. Imani A, Lajvardi Z, Motahhar S, Rasouli M, Ghadimi M, Chobsaz A, et al. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014;21(2):310-9.
 19. Irvani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. J Educ Health Promot. 2015;4:6. doi: 10.4103/2277-9531.151885.
 20. Malata M. First-time mothers' satisfaction with labor and childbirth information received: a Malawian perspective. Clinical Excellence for Nurse Practitioners: The International Journal of NPAC. 2000;4(2):83-9.
 21. Blackford KA, Richardson H, Grieve S. Prenatal education for mothers with disabilities. Journal of Advanced nursing. 2000;32(4):898-904. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01554.x
 22. Chalmers BE, Dzakupasu S. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: the Canadian maternity experiences survey findings. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2015;33(4):374-87. doi: 10.1080/02646838.2015.1042964
 23. Rasouli M, Keramat A, Khosravi A, Mohabatpour Z. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahrud City, northeast of Iran. Int J Womens Health Reprod Sci. 2016;4(3):125-9. doi: 10.15296/ijwhr.2016.29
 24. Jardim DM, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista latino-americana de enfermagem. 2018;26:1. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069
 25. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, De Pinho H, Galea S. Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. American journal of public health. 2009;99(9):1666-72. doi: 10.2105/ajph.2008.146209
 26. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-Traction project. 2010;3:57.

27. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & health*. 2012;27(10):1166-77. doi: 10.1080/08870446.2011.649755
28. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011;2(2):83-9. doi: 10.1016/j.srhc.2010.11.003
29. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 2001;17(4):302-13. doi: 10.1054/midw.2001.0263
30. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.cd003766.pub5