

## نحوه و میزان مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار در شهرستان شاهرود و سبزوار

فروغ السادات مرتضوی<sup>۱</sup>، افسانه کرامت<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شاهرود، شاهرود، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار علوم بهداشتی و بهداشت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شاهرود، شاهرود، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** مشارکت مردان استراتژی مهمی در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان و ارتقای سلامت مادران است. این مطالعه توصیفی با هدف درک ابعاد مشارکت مردان در سلامت زنان باردار صورت گرفت.  
**روش بررسی:** این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی روی زنان بستری در بیمارستان‌های شاهرود و سبزوار انجام شد. معیار ورود به مطالعه داشتن نوزاد زنده و سالم بود. افراد با حاملگی نامشروع و در شرف طلاق، از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ها توسط ۵۰۷ نفر از زنان و ۴۲۰ نفر از همسران این زنان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، همبستگی پیرسون و آزمون تی تجزیه و تحلیل شدند.  
**یافته‌ها:** ۱۷٪ مردان هنگام بستری شدن همسر خود در بیمارستان حضور نداشتند. در ۲۵٪ زنان، همراهی همسر در مراقبت‌های دوران بارداری کم بود، در ۳۳٪ عدم مشارکت یا مشارکت کم مردان در امور منزل گزارش گردید. ۶۱٪ زنان از طرف همسر خود هیچ توصیه بهداشتی دریافت نکرده بودند و یا حداقل توصیه به آنان شده بود. میزان آگاهی مردان از مشکلات بارداری در ۷۷٪ موارد پایین و در ۹۳٪ موارد میزان اطلاع آنان از مشکلات و سلامت همسرشان در بارداری، بالا گزارش شد.  
**نتیجه گیری:** بالا بودن اطلاعات مردان از مشکلات همسرشان و همراهی آنان برای دریافت مراقبت بارداری، نشانه علاقه مردان به سلامت بارداری است، اما دانش کم مردان در مورد نیازهای زنان باردار و مشکلات بارداری، مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان است. لذا طراحی و ارائه خدمات آموزش بهداشت باروری برای مردان، ضروری به نظر می‌رسد.  
**کلید واژه‌ها:** همسران؛ زنان باردار؛ مراقبت بارداری.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شاهرود، شاهرود، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: frmortazavi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۷

### مقدمه

مفهوم جدیدی از بهداشت باروری ارائه شد که موضوعات آن فراتر از بخش بهداشت و سلامت زنان بود. در این کنفرانس، بهداشت باروری از ضروریات توسعه شناخته شد و با راهیابی مشارکت مردان به حوزه وسیع بهداشت باروری؛ بخش غالب و برجسته الگوی جدید شد. سپس تلاش برای مشارکت مردان به طریقی که ارتباطات جنسیتی را تغییر داده و برابری جنسیتی را ایجاد کنند، شروع گردید که حاصل آن سه رویکرد برای

مشارکت مردان در باروری قابل انکار نیست. با این همه در طول تاریخ توجه کمی به نقش مردان در برنامه‌های بهداشت باروری شده است. ارائه‌دهندگان خدمات و محققین در زمینه بهداشت باروری به‌طور انحصاری و به‌صورت سنتی بر زنان متمرکز بوده‌اند (۲، ۱). در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ (International Conference of Population and Development)،

کنند و به این طریق در ساختن دنیایی سالم تر نقش خود را ایفا نمایند" (۵). در سالهای اخیر تأکید زیادی بر مسئولیت‌های مردان در بهداشت باروری همسر خود و خانواده‌شان شده است. صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۹ اعلام نمود با وجود شواهد قابل توجه در مورد فواید مشارکت مردان، تاکنون این مشارکت در طی بارداری، زمان زایمان و مراقبت از کودکان در سطح جهانی به‌طور مؤثری ترویج نشده است و این در حالیست که مردان به‌خوبی به تلاش‌هایی که برای مشارکت آنان در طی زایمان شده است جواب داده‌اند. این سازمان تأکید دارد پدران باید در تمام برنامه‌هایی که مربوط به خانواده است مانند برنامه‌های حمایت از حاملگی و مراقبت بعد از زایمان، گنجانده شوند (۴). مشارکت مردان در سلامت زنان و باروری می‌تواند کیفیت رابطه زن و مرد را در خانه و جامعه ارتقا دهد و علاوه بر آن، فواید مثبت بهداشتی را برای زنان و کودکان به همراه دارد (۶). مطالعات نشان می‌دهد پدران بر اتخاذ و تداوم رفتارهای بهداشتی همسران خود در حاملگی مؤثرند (۷)، و مشارکت مردان در امور حاملگی، موجب شروع زودتر مراقبت‌های بارداری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در این دوران می‌شود (۸). درگیر شدن پدر در مراقبت‌های بارداری و حضور در زایمان منجر به ارتباط بیشتر پدر با کودک در مراحل بعدی رشد او شده و همراه با نتایج مثبتی در حیطه شناختی، تکاملی و رفتار اجتماعی کودک می‌باشد (۹). مشارکت مردان خواست زنان است (۱). در مطالعه Dragonas در یونان، ۷۳٪ مادران ترجیح می‌دادند همسرشان هنگام زایمان در کنار آنان باشد (۱۰). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند حمایت همسر در بارداری و زایمان اثرات مثبتی بر تجربه زنان از حاملگی و زایمان دارد (۱۱، ۱۲). همچنین در برخی تحقیقات دیگر، مردان مشتاق و پذیرای مشارکت در برنامه‌های مادری ایمن بوده و تمایل داشتند شریک فعالی برای همسران خود باشند (۱). در مطالعه Geburtshilfe در آلمان بیش از ۷۰٪ مردان شرکت‌کننده در زایمان تمایل داشتند همسرشان را حتی طی زایمان‌های سخت و مداخلات جراحی حمایت کنند (۱۳). در مطالعه Diemer در آمریکا نیز پدران شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی حول و حوش تولد، در مقایسه با سایر پدران

مشارکت مردان بود. در رویکرد اول، مردان مراجعین (Clientele) جدید برنامه‌ها شدند و تلاش برای فراهم کردن خدمات بهداشت باروری برای مردانی که به‌طور سنتی از برنامه‌های بهداشت باروری حذف شده بودند، انجام شد. در رویکرد دوم مردان به‌عنوان شریک (Partner) و متحدانی که قادرند برنامه‌های بهداشت باروری را حمایت کنند، در نظر گرفته شدند و در رویکرد سوم مردان عامل تغییرات مثبت (Agents of Positive Change) بودند. این رویکرد اذعان می‌کند نقش اصلی مردان، حمایت از بهداشت باروری زنان و دگرگون‌سازی آن دسته از نقش‌های اجتماعی است که بهداشت و حقوق باروری را محدود می‌کند (۱). در ICPD، ۱۷۹ کشور توافق کردند برنامه‌های مربوط به بهداشت باروری با برنامه‌های متمرکز بر تغییر ارزش‌ها و هنجارهای جنسیتی که مانع توسعه بوده و به سلامت زنان و مردان آسیب می‌زنند، تلفیق شوند (۳، ۱). در طراحی برنامه‌های بهداشتی، ICPD رویکرد زوج‌نگر و نه تمرکز بر زن یا مرد را ترغیب کرده است. سیاست‌های ترسیم‌شده در ICPD، بازتابی از تغییر الگوی نگرش به این امور بوده و منعکس‌کننده درکی عمیق‌تر از پویایی اجتماعی، بهداشت، جنسیت و رابطه جنسی است (۴، ۵). سازمان‌های بهداشتی تأکید می‌کنند که دستیابی به اهداف توسعه هزاره بدون در نظر گرفتن بهداشت باروری امکان‌پذیر نیست و مشارکت مردان، نقش محوری در دستیابی به حقوق افراد در حوزه بهداشت باروری و فراتر از آن در جامعه دارد، به‌طوری‌که از مشارکت مردان به‌عنوان استراتژی مهم در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان، برابری جنسیتی و رفع تبعیض علیه زنان، ارتقای سلامت مادران، همچنین دستیابی به حقوق کودکان نام برده شده است (۳، ۱).

شعار روز جهانی جمعیت در سال ۲۰۱۰ "مشارکت مردان در تأمین سلامت مادران" اعلام شد. دبیر کل سازمان ملل متحد در پیام خود به مناسبت روز جهانی جمعیت، بر نقش مردان تأکید کرده و اظهار داشت: "حمایت همسر آگاه، نتایج بارداری و زایمان را بهبود بخشیده و در موارد بروز عوارض بارداری، زندگی‌بخش خواهد بود. پدر حمایتگر نقش مهمی در عشق، مراقبت و پرورش کودکان خود ایفا می‌کند. بیایید مردان را تشویق کنیم تا از حقوق بشر و برنامه‌های مادری ایمن حمایت

بیان کردند در فعالیتهای مربوط به حاملگی و مراقبت از نوزاد بیشتر درگیر بوده و ارتباط قوی تری با همسر خود برقرار نموده‌اند (۱۴). در سالهای اخیر در کشورهای صنعتی غربی مشارکت مردان در مراقبت از زنان در دوران حاملگی و زایمان افزایش یافته است (۱۵، ۱۶). همچنین نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد هنجارها برای مردان به منظور ایفای نقش مثبت در موضوعات مربوط به سلامت مادر و کودک، در حال تغییر است (۱۷). در کشور ایران نیز در سالهای اخیر مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته؛ به طوری که در برنامه‌های جدید مراقبت از زنان باردار در کشور، حضور مردان در دو جلسه از مراقبت‌های دوران بارداری پیش‌بینی شده است، اما تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه برای بررسی سایر ابعاد مورد انتظار در مشارکت مردان انجام نشده است. با توجه به اینکه لزوماً حضور در مراقبت‌ها به تنهایی بیان‌کننده حمایت از همسر و مشارکت در مراقبت نمی‌باشد، همچنین درک ابعاد و نحوه مشارکت مردان در کشور کمک می‌کند تا نقاط ضعف در این زمینه شناسایی و در برنامه‌ریزی‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد، لذا این پژوهش با هدف بررسی ابعاد، میزان و نحوه مشارکت مردان در مراقبت از زنان در دوران بارداری صورت گرفت.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی روی ۵۰۸ زن بستری در بیمارستان‌های شاهرود و سبزوار در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ انجام شد، و با ۴۲۰ نفر از همسران آنها که برای بستری کردن یا جهت ملاقات به بیمارستان مراجعه داشتند، مصاحبه شد. معیار ورود به مطالعه شامل: زایمان طبیعی یا سزارین، داشتن نوزاد زنده و سالم، سکونت در شهرستان شاهرود یا سبزوار بود. افراد با حاملگی نامشروع و در شرف طلاق نیز از مطالعه خارج شدند.

فرم مصاحبه براساس اهداف و با سؤالات بسته، پس از مطالعه منابع طراحی شد، و با نظر تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه، اصلاحات لازم صورت گرفت. همچنین پایایی فرم مصاحبه از طریق محاسبه میزان همبستگی نتایج مصاحبه توسط ۳ نمونه گیر در مورد ۲۰ نفر از زنان بررسی گردید، بین نتایج نمونه‌گیران، تطابق

بیش از ۹۰٪ بود. در ادامه، فرم مصاحبه اصلاح شد. نمونه‌گیران هر روز با مراجعه به بخش‌های پذیرش بعد از زایمان و جراحی بیمارستان شاهرود و سبزوار، با زنان بستری واجد شرایط مصاحبه می‌کردند. مصاحبه با زنان بعد از اتمام مراحل پذیرش در بیمارستان یا قبل از ساعت ملاقات انجام می‌شد. همچنین با همسران این زنان نیز که معمولاً برای بستری کردن یا ترخیص مراجعه داشتند، به‌طور جداگانه در بیمارستان مصاحبه صورت می‌گرفت. این مصاحبه معمولاً بعد از اتمام فرآیند پذیرش و بستری شدن زانو یا در ساعت ملاقات همسر و در محیطی دور از همسر انجام می‌شد. زوجین از محتوای اطلاعات تکمیلی توسط یکدیگر اطلاع نداشتند. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان مشارکت ۵۰٪ و عدم مشارکت ۵۰٪ (براساس نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه) و با قبول حداکثر ۴٪ تفاوت در این میزان (۴۶-۵۴٪) و با سطح اطمینان ۹۵٪ و با فرمول ۴۸۰ نفر به دست آمد و در نهایت ۵۰۷ نفر به‌طور مساوی از ۲ شهر انتخاب شدند.

در مطالعات کمی و کیفی، تعاریف مختلفی از مشارکت مردان آمده است. در این مطالعه تعریف براساس مطالعه کیفی Carter در گواتمالا و مطالعه Mullany در نپال می‌باشد (۱۸، ۶). مشارکت مردان به‌صورت همراهی همسر برای دریافت مراقبت بارداری، مشارکت در امور منزل و ارائه توصیه‌های بهداشتی به زن باردار تعریف شده است. در این مطالعه، همراهی همسر به‌صورت حضور هنگام انجام سونوگرافی و آزمایشهای بارداری، همراهی زن تا بیمارستان جهت زایمان و همراهی تا مرکز بهداشت برای دریافت مراقبت بارداری تعریف شد. مشارکت در امور منزل نیز به‌صورت انجام خرید منزل، تهیه غذا، نظافت، نگهداری از بچه‌ها و ظرف شستن تعریف گردید. ارائه توصیه‌های بهداشتی مورد نظر از مطالعه کیفی Carter به دست آمد (۶). نمرات کسب شده در هر بخش به ترتیب در ضرایب ۱۶/۶۶ (برای همراهی)، ۶/۶۶ و ۸/۳۳ (برای مشارکت در امور منزل در زنان مولتی‌پار و نخست‌زا) و ۶/۲۵ (برای ارائه توصیه‌های بهداشتی) ضرب شد، تا هر بخش به نمره ۱۰۰ برسد. نمرات کمتر از ۳۳/۳۳: کم، نمرات بین ۳۳/۳۴-۶۶/۶۶: متوسط و نمرات بیشتر از ۶۶/۶۶: مشارکت بالا در نظر گرفته شد. علاوه بر آن میزان آگاهی مردان در مورد مشکلات بارداری و

مردان در امور منزل مانند ظرف شستن ۶۱٪، خرید خانه ۲۳٪، نظافت منزل ۵۷٪ و نگهداری از بچه‌ها ۵۱٪ بود. به‌طور کلی ۵۸٪ زنان عدم مشارکت یا مشارکت کم مردان را قبل از دوران بارداری و ۶۵٪ آنان افزایش مشارکت همسر را در این دوران بیان کردند.

توصیه‌های بهداشتی و توصیه‌های مربوط به تغذیه به ترتیب در ۳۴٪ و ۴۴٪ زنان توسط مراکز بهداشتی و در ۱۷٪ و ۱۱٪ موارد توسط همسر ارائه شده بود. ۴٪ زنان هیچ توصیه بهداشتی را از طرف همسرشان دریافت نکرده بودند، و ۵۷٪ زنان حداقل توصیه‌های بهداشتی (نمره کمتر از ۳۳/۳۳) را دریافت کرده بودند (جدول شماره ۱). ۸۲٪ زنان ذکر کردند محبت همسرشان در حاملگی فعلی نسبت به قبل بیشتر شده و تنها ۱۶/۲٪ اظهار داشتند وضعیت آنان از این نظر نسبت به قبل از بارداری تفاوتی نکرده است. در ۷۹٪ موارد طبق اظهارات زنان، همسر آنها تمایل بیشتری برای تأمین هزینه‌های دوران بارداری داشتند و در ۱۷٪ وضعیت نسبت به قبل از بارداری تفاوتی نکرده بود. در این مطالعه ۵۸ نفر از زنان در بارداری با مشکلاتی مواجه بودند و همسران ۳۱ نفر از آنان (۵۴٪) به این مشکلات اشاره کردند (جدول شماره ۲).

۵۵٪ زنان مشغله کاری مردان، ۲۱٪ عدم آگاهی مردان از نیازهای مراقبتی زنان، ۹٪ خجالت مرد، ۷٪ اعتقاد مرد مبنی بر عدم دخالت در امور زنانه، ۷٪ انگ‌های اجتماعی و ۶٪ خجالت زن را علل عدم مشارکت مردان ذکر کردند. ۵۱٪ مردان مشغله کاری، ۲۳٪ عدم آگاهی مردان، ۶٪ خجالت زن، ۵٪ خجالت مرد، ۵٪ اعتقاد مرد مبنی بر عدم دخالت در امور زنانه و ۵٪ انگ‌های اجتماعی را علل عدم مشارکت مردان دانستند. بین جنس جنین با انواع مشارکت مردان ارتباطی به دست نیامد (جدول شماره ۳)، اما با بررسی بیشتر مشخص گردید که در نخست‌زایان ارتباطی بین جنس جنین و سطح مشارکت مردان وجود ندارد، ولی در زنان مولتی‌پار مشارکت مردان در امور منزل در جنین پسر بیشتر است (۰/۰۳۷/p). بین بارداری خواسته با همراهی، مشارکت در امور منزل و دادن توصیه بهداشتی ارتباط وجود داشت (۰/۰۱/p)، اما با میزان آگاهی مردان و میزان اطلاع آنان از مشکلات بارداری ارتباطی مشاهده نشد (جدول شماره ۴). همچنین بین سن زن و مرد

میزان اطلاع آنان از مشکلات همسرشان در بارداری فعلی نیز بررسی شد. تعیین میزان آگاهی مرد از مشکلات بارداری بدین صورت بود که با ۱۰ سؤال از مرد خواسته می‌شد موارد غیرطبیعی در بارداری را مشخص کند. در صورت تشخیص درست (تعیین موارد طبیعی و غیرطبیعی) یک نمره مثبت و در صورت عدم تشخیص موارد درست نمره صفر تعلق می‌گرفت و نمره کل برای ۱۰ سؤال تعیین می‌شد. در مورد اطلاع مرد از سلامتی و مشکلات همسرش طی دوران بارداری نیز ۱۱ سؤال مطرح شد، که این سؤالات را قبلاً همسرش نیز جواب داده بود. اگر مرد به درستی تشخیص می‌داد که همسرش مشکل خاصی نداشته و یا داشته است نمره +۱ و اگر عدم تطابق بین انتخاب مرد و زن وجود داشت، نمره صفر می‌گرفت و نمره کل برای این ۱۱ سؤال محاسبه می‌شد. حداکثر نمره میزان آگاهی ۱۰ و حداکثر نمره میزان اطلاعات مرد از مشکلات زن در بارداری ۱۱ بود و ضرایب آنها به ترتیب ۱۰ و ۹/۱ به دست آمد. این محاسبات به همراه تجزیه و تحلیل سایر داده‌ها توسط برنامه SPSS نسخه ۱۵ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، همبستگی پیرسون و آزمون تی انجام شد. کسب معرفی‌نامه از مدیریت شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و ارائه به مدیریت بیمارستان‌ها و کسب رضایت از زنان و همسرشان برای شرکت در پژوهش از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

## یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سن زنان و مردان به ترتیب  $27/4 \pm 6$  و  $31/5 \pm 8$  سال، میانگین میزان تحصیلات زنان و مردان  $9/3 \pm 4$  و میانگین مدت ازدواج آنان  $5/6 \pm 5$  سال بود. ۹۰٪ زنان خانه‌دار، ۵۶٪ مردان شغل آزاد و ۲۱٪ آنان کارگر بودند. ۳۹٪ زنان تحت نظر مراکز بهداشتی، ۱۶٪ تحت نظر پزشک، ۲٪ تحت نظر ماما، ۳۰٪ تحت نظر پزشک و مراکز بهداشتی و ۷٪ تحت نظر پزشک و ماما قرار داشتند. ۲۲/۵٪ زنان توسط همسرشان تا مراکز بهداشتی و ۳۶٪ تا مطب پزشک همراهی می‌شدند. همراهی مردان زمان انجام سونوگرافی، آزمایش‌های بارداری و بستری شدن در بیمارستان به ترتیب ۷۴، ۷۳ و ۸۰٪ گزارش شد. عدم مشارکت یا مشارکت کم

جدول شماره ۲: توزیع گزارشهای زنان باردار و همسرشان از مشکلات زنان در بارداری

متغیر	تعداد موارد گزارش شده	تعداد موارد صحیح گزارش شده	تعداد موارد غلط گزارش شده	درصد موارد صحیح گزارش شده
خونریزی	۳۲	۱۷	۷	۰/۵۳
آبریزش	۲۷	۱۵	۵	۰/۵۵
تهوع و استفراغ	۱۷۵	۱۱۷	۲۴	۰/۶۷
افزایش فشارخون	۲۹	۲۴	۱۵	۰/۸۳
سردرد	۲۷	۱۵	۱۷	۰/۵۵
بیخوابی	۸۱	۳۸	۲۵	۰/۴۷
گرفتگی عضلانی	۴۳	۱۴	۷	۰/۳۳
عفونت	۵۱	۲۶	۱۲	۰/۵۱
کمر درد	۹۸	۶۰	۵۲	۰/۶۱
انقباض	۴۳	۲۰	۳	۰/۴۷
سرگیجه	۳۱	۱۳	۱۳	۰/۴۲
میانگین	۵۸	۳۲/۶	۱۶/۳۶	۰/۵۴±۰/۱۳

جدول شماره ۳: توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات مشارکت مردان بر حسب جنس نوزاد

متغیر	جنسیت نوزاد		Pvalue
	پسر	دختر	
همراهی	۳/۶±۱/۷	۳/۵±۱/۸	۰/۹۴۳
مشارکت در امور منزل	۷/۷±۳/۸	۷/۲±۴/۲	۰/۱۵۵
ارائه توصیه‌های بهداشتی	۵±۳/۶	۵/۳±۳/۵	۰/۴۸۳
آگاهی مرد از مشکلات بارداری	۳/۱±۱/۳	۳/۲±۱/۴	۰/۹۱
اطلاع مرد از مشکلات زن	۹/۸±۱/۶	۹/۷±۱/۹	۰/۹۳۴

جدول شماره ۴: توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات مشارکت مردان بر حسب خواسته بودن حاملگی

متغیر	نوع حاملگی		Pvalue
	حاملگی خواسته	حاملگی ناخواسته	
همراهی	۳/۸±۱/۷	۳/۱۷±۱/۹	۰/۰۰۱
مشارکت در امور منزل	۷/۸±۳/۸	۶/۶±۴/۴	۰/۰۱
ارائه توصیه‌های بهداشتی	۵/۵±۳/۶	۴/۴±۳/۴	۰/۰۰۶
آگاهی مرد از مشکلات بارداری	۳/۲±۱/۴	۳±۱/۴	۰/۲۵۱
اطلاع مرد از مشکلات زن	۹/۸±۱/۷	۹/۸±۱/۵	۰/۹۲۱

با میزان همراهی برای دریافت مراقبت بارداری، بین رتبه حاملگی و زایمان با همراهی در مراقبت‌های بارداری و زایمان، و بین وزن نوزاد و ارائه توصیه‌های بهداشتی، همبستگی معکوس وجود داشت، اما بین تحصیلات زن و مرد با انواع مشارکت مردان و میزان آگاهی آنان، همبستگی مستقیم بود. بین تعداد فرزندان با همراهی و مشارکت در امور منزل، بین تعداد فرزند پسر با همراهی و بین تعداد فرزند دختر با همراهی و مشارکت در امور منزل و ارائه توصیه بهداشتی، همبستگی معکوس وجود داشت. (جدول شماره ۵). ۱۴۲ نفر از زنان سوابق بد مامایی را ذکر کردند، که نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میانگین انواع مشارکت در گروه با و بدون سوابق بد مامایی وجود ندارد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصه‌های مشارکت مردان

متغیر	میزان مشارکت	تعداد	درصد
همراهی همسر	ندارد	۲۱	۴/۱
	کم	۱۰۵	۲۰/۷
	متوسط	۱۹۵	۳۸/۵
	بالا	۱۸۶	۳۶/۷
مشارکت در امور منزل	ندارد	۳۲	۶/۳
	کم	۱۳۶	۲۶/۸
	متوسط	۲۳۱	۴۵/۶
	بالا	۱۰۸	۲۱/۳
دادن توصیه بهداشتی به زن	ندارد	۲۱	۴/۱
	کم	۲۸۷	۵۶/۶
	متوسط	۱۵۸	۳۱/۲
	بالا	۴۱	۸/۱
آگاهی مرد از مشکلات بارداری	ندارد	۲	۰/۵
	کم	۳۲۱	۷۶/۴
	متوسط	۸۰	۱۹
	بالا	۱۷	۴
اطلاع مرد از مشکلات و سلامتی زن در بارداری	ندارد	۵	۱/۲
	کم	۲	۰/۵
	متوسط	۲۱	۵
	بالا	۳۹۲	۹۳/۳

جدول شماره ۵: توزیع همبستگی متغیرهای دموگرافیک و مامایی با مشارکت مردان

متغیر	همراهی		مشارکت در امور منزل		ارائه توصیه‌های بهداشتی		آگاهی مرد		اطلاع مرد از مشکلات زن	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
سن زن	۰/۰۰۶	۰/۱۲۲	-۰/۰۱۴	۰/۷۶۲	-۰/۰۱	۰/۸۲۳	۰/۰۲۹	۰/۵۵	۰/۴۸۲	۰/۰۳۴
سن مرد	۰/۰۲	۰/۱۰۵	-۰/۰۴	۰/۳۷۹	۰/۰۳۴	۰/۴۵	۰/۰۷۵	۰/۱۲۴	۰/۳۹	۰/۰۴۲
تحصیلات زن	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۹	۰/۲۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	-۰/۰۳۹
تحصیلات مرد	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۷	۰/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴	۰/۰۱۵
مدت ازدواج	۰/۰۲	-۰/۱۰۳	۰/۰۲۱	۰/۶۴۲	۰/۰۰۵	۰/۹۱۴	۰/۹۳	۰/۰۰۴	۰/۸۰۷	۰/۰۱۲
رتبه حاملگی	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۵۷	-۰/۰۶۷	۰/۱۳۱	-۰/۰۲۷	۰/۵۳۹	۰/۸۸۸	-۰/۰۰۷	۰/۵۳۵	-۰/۰۳
رتبه زایمان	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۶۴	-۰/۰۹۵	۰/۰۳۲	-۰/۰۴۵	۰/۳۱۶	۰/۰۹۱	-۰/۰۸۳	۰/۷۸۹	۰/۰۱۳
وزن نوزاد	۰/۶۹۵	۰/۰۱۸	-۰/۰۰۹	۰/۸۴۶	-۰/۰۹۴	۰/۰۴۱	۰/۵۵۴	-۰/۰۳	۰/۵۳۶	-۰/۰۳۱
تعداد فرزندان	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۷۶	-۰/۰۸۹	۰/۰۴۵	-۰/۰۷۲	۰/۱۰۸	۰/۰۶۷	-۰/۰۹	۰/۸۵۵	۰/۰۰۹
تعداد فرزند پسر	۰/۰۱۸	-۰/۱۰۷	-۰/۰۱۵	۰/۷۴۳	-۰/۰۸۳	۰/۰۶۴	۰/۱۲۱	-۰/۰۷۷	۰/۷۶۶	-۰/۰۱۵
تعداد فرزند دختر	۰/۰۰۵	-۰/۱۲۸	-۰/۰۲	۰/۰۲۵	-۰/۰۲	۰/۷	۰/۲۴	-۰/۰۶	۰/۵	۰/۰۳۳

r (ضریب همبستگی)

p (سطح معنی داری)

## بحث

این پژوهش برای اولین بار در ایران به بررسی ابعاد مشارکت مردان در مراقبت از زنان در دوران بارداری پرداخته است. این مطالعه روی ۵۰۸ زن و همسران ۴۲۰ نفر از آنان انجام شد. در واقع، ۸۷ نفر از زنان توسط همسر خود بستری نشده بودند که مهم‌ترین علل آن مشغله کاری، شروع ناگهانی دردها و دوری محل خدمت مرد از شهر بود. در مطالعه Carter در روستاهای گواتمالا، در دسترس نبودن ۳۰٪ از مردان به‌عنوان یکی از علل عدم مشارکت مردان برشمرده شد (۶). در مطالعه حاضر، ۱۷٪ مردان در دسترس نبودند. در بعد همراهی با زن باردار برای دریافت مراقبت دوران بارداری، همراهی مردان نسبتاً خوب بود؛ به‌طوری که ۷۵٪ زنان از همراهی متوسط تا بالای همسران خود برخوردار بودند و علت آن را می‌توان علاقه مردان برای اطلاع از نتایج سونوگرافی، آزمایش‌های بارداری و نگرانی آنان در مورد روند زایمان دانست. در مطالعه Carter در گواتمالا، به ترتیب همسران ۷۳٪ و ۳۹٪ زنانی که در خانه یا بیمارستان زایمان می‌کردند، در کنارشان حضور داشتند، و زمانی که این حضور با همراهی همسر توأم شد، این میزان به ترتیب به ۷۸٪ (برای زایمان در بیمارستان) در مقابل ۷۳٪ (برای زایمان در منزل) رسید (۶). در پژوهش دیگری توسط Carter در السالوادور، ۹۰٪ پدران مورد بررسی در یکی از موارد مراقبت‌های بارداری، زایمان یا مراقبت

از نوزاد شرکت کرده بودند، و ۳۴٪ در هر سه مورد شرکت داشتند. حضور در زایمان بسیار شایع بود و در ۸۱٪ پدران گزارش شد (۱۷). مطالعه مدرس‌نژاد در کرمان و مرتضوی در سبزوار، حاکی از تمایل زیاد زنان باردار برای حضور همسرشان در زمان زایمان در کنار آنان بود (۱۹، ۲۰). نتایج این تحقیق نشان داد به غیر از خرید خانه، مشارکت مردان در امور منزل و نگهداری از کودکان نسبتاً کم است، که علت این امر احتمالاً موانع فرهنگی و نحوه تعریف نقش‌های جنسیتی در فرهنگ کشور ایران می‌باشد. خوشبختانه اغلب زنان (۶۵٪) افزایش مشارکت همسرشان را زمان بارداری، در این امور گزارش کردند. در زمینه دریافت توصیه‌های بهداشتی، ۶۱٪ زنان یا هیچ توصیه‌ای دریافت نکرده بودند و یا حداقل ۱-۲ توصیه از طرف همسرشان به آنان شده بود، که به‌طور کلی توصیه‌های بهداشتی و توصیه‌های مربوط به تغذیه را به ترتیب در ۱۷ و ۱۱٪ موارد از طرف همسر دریافت کرده بودند. مشارکت مردان در این زمینه ضعیف اعلام شد، که این مورد احتمالاً در ارتباط با میزان آگاهی آنان در این امور بوده است. در بخش کیفی مطالعه Carter در گواتمالا زنان گزارش کردند اغلب توصیه‌های بهداشتی را از مادر و مادرشوهر خود دریافت کرده‌اند. اما بخش کمی مطالعه نشان داد زنانی که دچار عوارض بارداری هستند توصیه‌های بیشتری را از همسرشان دریافت می‌کنند (۴۷٪) در مقابل ۲۱٪ از مادر و ۱۲٪ از مادر شوهر (۶). میزان آگاهی

مردان از مشکلات بارداری در ۷۷٪ موارد کم و میزان اطلاع آنان از سلامتی و مشکلات همسرشان در بارداری در ۹۳٪ موارد بالا بود. همچنین تفاوتی بین ابعاد مختلف مشارکت مردان، در زنان با و بدون سابقه بد مامایی وجود نداشت، که این مورد را می‌توان ناشی از عدم آگاهی مردان دانست. میزان اطلاع خوب مردان از سلامتی و مشکلات همسرشان، افزایش محبت مردان در بارداری و افزایش تمایل آنان به تأمین هزینه‌های زنان در این دوران؛ نشان از علاقه آنان به سلامت بارداری است. دانش کم مردان در مورد رفتارهای بهداشتی و نیازهای فیزیکی زن باردار و مشکلات شایع این دوران با وجود علاقه مردان به سلامت بارداری، مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان مانند مشارکت در امور منزل و دادن توصیه‌های بهداشتی است. در این مطالعه، عدم آگاهی مردان از نیازهای بهداشتی زنان، توسط بیش از ۲۱٪ زنان و ۲۳٪ مردان به عنوان مانع مشارکت مردان برشمرده شد. در مطالعه کیفی مرتضوی نیز زنان باردار اطلاعات کم مردان در مورد بارداری را علت اصلی عدم مشارکت آنان دانستند (۲۰). همچنین در مطالعه Singh در هندوستان که با بررسی میزان آگاهی مردان و نحوه عکس‌العمل آنان به مشکلات سلامتی همسرشان انجام شد، همسران ۳۹ زن از ۴۲ زنی که در زمان پژوهش بیمار بودند، از مشکلات سلامتی آنان اطلاع داشتند (۲۱). اما در مطالعه Khan، نیمی از مردان از وضعیت سلامت همسر خود آگاه نبودند (۲۲). در پژوهش حاضر، ۵۸ نفر از زنان در بارداری با مشکلاتی مواجه بودند که همسران ۳۱ نفر از آنان (۵۴٪) به این مشکلات اشاره داشتند. مشغله کاری مردان نیز توسط زنان و مردان به عنوان مانع مهم مشارکت مردان گزارش شد. مطالعه سیمبر در تهران نیز در این زمینه نتایج مشابهی داشت (۲۳). اما در مطالعه Beenhakker در کاتماندو مرکز نپال، هیچ تفاوتی بین میزان مشغله کاری مردانی که در کلینیک بهداشت حضور یافتند و آنان که غایب بودند به دست نیامد (۲۴). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر در بعد همراهی، مردان مشارکت خوبی داشتند و با وجود انتظار، همراهی تحت تأثیر مشغله کاری آنان قرار نگرفته بود، این موضوع نیاز به بررسی بیشتری دارد. به نظر می‌رسد مردان در مواردی که آگاهی دارند و به اهمیت آن واقفند مشارکت بیشتری می‌کنند و در مواردی که به نظرشان با اهمیت نیست، مشغله کاری

را دلیل عدم مشارکت خود ذکر می‌کنند. نتایج نشان داد همراهی مردان جوان برای دریافت مراقبت بارداری نسبت به مردان مسن‌تر بیشتر است. در این زمینه یافته‌های این مطالعه با نتایج Mullany در نپال و Carter در گواتمالا همخوانی داشت. در مطالعات کیفی این دو محقق، زنان جوان تشریح کردند چگونه همسرشان با انگ‌های اجتماعی وارده به مردانی که به همسران خود کمک می‌کنند، مقابله می‌نمایند که البته این دیدگاه‌های منفی با تغییر جامعه در حال از بین رفتن است و رفتارهای مردان با گذشت زمان متحول شده است (۱۵،۶). همچنین در مردان دارای تحصیلات بالا؛ همراهی همسر، کمک در کارهای منزل و ارائه توصیه بهداشتی بیشتر مشاهده شد و میزان آگاهی آنان از مشکلات بارداری بیشتر بود. در مطالعه Martin پدران با سطح تحصیلی پایین‌تر از دبیرستان، در امور حاملگی کمتر مشارکت داشتند، در ضمن مردانی که برای اولین بار پدر می‌شدند یا مردانی که خواهان حاملگی بودند، در امور مربوط به حاملگی بیشتر مشارکت کردند (۸). با توجه به نقش وسایل ارتباط جمعی و افزایش ارتباطات با غرب، به نظر می‌رسد نقش‌های متعارف جنسیتی تحت تأثیر تماس با ایده‌های غربی قرار گرفته است. این عامل می‌تواند تا حدودی مشارکت بیشتر مردان جوان را حتی در شهرهای کوچکی چون سبزوار و شاهرود توجیه کند. همسران زنان با رتبه حاملگی و زایمان کمتر، همراهی بیشتری داشتند. ارائه توصیه‌های بهداشتی توسط مردان با وزن نوزاد همبستگی معکوس داشت. احتمال کم‌وزنی نوزاد در زنان با مشکلات بارداری، زنان جوان و نخست‌زای بیشتر بود، و قبلاً نیز ارتباط بین سن و رتبه زایمان با مشارکت مردان مشاهده شده بود. با افزایش تعداد فرزندان به خصوص فرزند پسر، همراهی مردان کاهش می‌یابد که این موضوع می‌تواند به دلیل وجود ارتباط بین سن مردان با میزان مشارکت آنان باشد. در این مطالعه دو علت عمده عدم مشارکت مردان از دید زنان و مردان، مشغله کاری و عدم آگاهی مردان بود. در مطالعه کیفی Mullany، مهم‌ترین موانع برای مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان شامل: عدم آگاهی، انگ‌های اجتماعی، شرم و خجالت مرد از کمک به همسر، شرم و خجالت زن از مطرح کردن مسائل مربوط به بارداری با مرد و مسئولیت‌های شغلی همسر بود (۱۵). در مطالعه Carter علل

بارداری به مردان می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به هدف ارتقای مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد بالا بودن اطلاعات مردان از مشکلات همسرشان و همراهی آنان برای دریافت مراقبت بارداری، نشانه علاقه زیاد مردان به سلامت بارداری است، اما عدم آگاهی مردان از رفتارهای مناسب بهداشتی، دانش کم مردان در مورد مشکلات بارداری و نیازهای فیزیکی زن باردار، مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان چون مشارکت در امور منزل و ارائه توصیه‌های بهداشتی است. لذا ارائه خدمات آموزش بهداشت باروری برای مردان ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی (کد ۸۸۱۴) دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام شد. محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

مشارکت مردان: عشق، تفکرات پدر سالارانه و اجتناب از هزینه‌های آتی گزارش شد، مشغله کاری و فقدان دانش در مورد نیازهای زن باردار نیز از علل عدم مشارکت مردان بود (۲۵). در مطالعه حاضر و سایر تحقیقات، با در نظر گرفتن دانش کم مردان در زمینه بهداشت باروری (۱۵)، مردان هدف مناسب مداخلات مربوط به بهداشت باروری زنان بودند، لذا لازم است مطالعات دیگری به منظور بررسی خدمات آموزشی مناسب و مؤثر برای آنان صورت گیرد. همچنین تحقیقات دیگری برای بررسی علل عدم مشارکت مردان و تأثیر عوامل فرهنگی در این زمینه توصیه می‌شود.

از آنجا که در مطالعه حاضر حجم نمونه حدود ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد و درصدهای گزارش شده بین ۹۰-۱۰٪ بود می‌توان نتایج را با خطای بین ۳-۵٪ به جامعه پژوهش تعمیم داد. اما با توجه به زمینه‌های فرهنگی متفاوت در کشور، در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق باید احتیاط نمود. نتایج این پژوهش نقاط ضعف مشارکت مردان را روشن می‌کند و می‌تواند مسئولین را در جهت برداشتن موانع مشارکت مردان یاری رساند. همچنین به نظر می‌رسد عدم آگاهی از نیازهای زن باردار، مهم‌ترین مانع مشارکت مردان است. لذا برنامه‌ریزی برای ارائه آموزش بهداشت

### References:

- Greene ME, Mehta M, Pulrwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving Men in Reproductive Health: Contributes to Development. Background Paper to the Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. United Nation Millennium Development Project. 2004. Available From: URL:[http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene\\_et\\_alfinal.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_alfinal.pdf). Accessed Sep 5, 2009.
- World Health Organization. Programming For Male Involvement In Reproductive Health: Report of the Meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO, Washington DC, USA 5-7 September 2001. Geneva: World Health Organization; 2002.
- United Nation Population Fund (UNFPA). International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, 1994, 2-3 September. Available From: URL: <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm>. Accessed Sep 5, 2009.
- United Nation Population Fund (UNFPA). Interactive Center. Enhancing Men's Roles and Responsibilities in Family Life. A New Role for Men 2009. Available From: URL:<http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm>. Accessed Sep 5, 2009.
- United Nation Population Fund (UNFPA). Male Involvement in Maternal Health. Critical to Saving Women's Lives, Say UN Leaders, 2007. Available From: URL:[www.wunrn.com/news/2007/07\\_07/07\\_09\\_07/071507\\_male.htm](http://www.wunrn.com/news/2007/07_07/07_09_07/071507_male.htm). Accessed Apr 25, 2010.
- Carter M. Husbands and Maternal Health Matters in Rural Guatemala: Wives' Reports on Their Spouses' Involvement in Pregnancy and Birth. *Social Science & Medicine* 2002;55(3):437-450.
- Teitler JO. Father Involvement, Child Health and Maternal Health Behavior. *Children and Youth Services Review* 2001;23(4-5):403-425.
- Martin LT, McNamara MJ, Milot AS, Halle T, Hair EC. The Effects of Father Involvement During Pregnancy on Receipt of Prenatal Care and Maternal Smoking. *Matern Child Health J* 2007 Nov; 11(6):595-602.



9. Garfield CF, Isacco A. Fathers and the Well-Child Visit. *Pediatrics* 2006 Apr; 117(4):637-645.
10. Dragonas TG. Greek Father's Participation in Labor and Care of the Infant. *Scand J Caring Sci* 1992;6(3):151-159.
11. Gibbins Bnurs JO, Thomson AM. Women's Expectations and Experiences of Childbirth. *Midwifery* 2001;17(4):302-313.
12. Gungor I, Beji NK. Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *West J Nurs Res* 2007 Mar; 29(2):213-231.
13. David M, Kentenich H. Fathers in the Labor Room: A Survey before and after Delivery. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1993;197(4):195-201 .
14. Diemer GA. Expectant Fathers: Influence of Perinatal Education on Stress, Coping and Spousal Relations. *Res Nurs Health* 1997 Aug; 20(4):281-293.
15. Mullany BC. Barriers to and Attitudes Towards Promoting Husbands in Maternal Health in Katmandu, Nepal. *Soc Sci Med* 2006 June; 62(11):2798-809.
16. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including Expectant Fathers in Antenatal Education Programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters* 2001 Nov; 9(18):114-125.
17. Carter MW, Speizer I. Salvadorian Father's Attendance at Prenatal Care, Delivery and Postpartum Care. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(3):149-156.
18. Mullany BC, Hindin MJ, Becker S. Can Women's Autonomy Impede Male Involvement in Pregnancy Health in Katmandu. *Nepal Soc Sci Med* 2005;61(9):1993-2006.
19. Modares-Negad, Motamedi B, Ameri MF. Couples Attitude Towards Husband Attendance in Labor Ward. *Journal of Gonabad University of Medical Science* 2004;10(4):28-34. [Full Text in Persian]
20. Mortazavi F, Mirzaii KH. Concerns and Expectations Towards Male Involvement in Prenatal and Intrapartum Care-a Qualitative Study. *Payesh* 2012;11(1):51-64. [Full Text in Persian]
21. Singh AJ, Arora AK. How Much do Rural Indian Husbands Care for the Health of Their Wives. *Indian J Community Med* 2008 Jan; 33(1):19-25.
22. Khan ME. Involving Men in Safe Motherhood. *J of Family Welfare* 1997;43(2):18-30.
23. Simbar M, Nahidi F, Tehrani FR, Ramezankhani A. Fathers' Educational Needs about Perinatal Care: A Qualitative Approach. *J Biosoc Sci* 2010 Sep; 42(5):633-41.
24. Beenhakker B, Britta C. The Impact of Male Involvement in Antenatal Care in Katmandu, Nepal. (PhD Dissertation). Baltimore: John Hopkins University; 2005.
25. Carter M. Because He Loves Me': Husbands Involvement in Maternal Health in Guatemala. *Culture, Health & Sexuality* 2002;4(3):259-279.