

مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان: بیم‌ها و امیدها

فروغ سادات مرتضوی^{۱*}، خدیجه میرزایی^۲

۱. گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲. گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۰ صص ۵۱-۶۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۲۳

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ آذر ۱۳۹۰

چکیده

از نظر نهادهای بین المللی بهداشت باروری، ارتقای مشارکت مردان به دلایل بهداشتی و جنسیتی اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است و این مهم اکنون از مؤلفه‌های مهم سیاست‌های بهداشت باروری و برنامه‌های مربوط به آن است. این مطالعه یک پژوهش کیفی است که برای درک بهتر زمینه‌ای که ارتقای مشارکت مردان در آن پیشنهاد می‌شود، و با دو هدف بررسی دیدگاه‌های زنان باردار نسبت به مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار و نیز درک موانع مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار انجام شد. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به روش مصاحبه متمرکز گروهی و بر اساس پرسش‌های نیمه‌ساختارمند مطرح شده توسط پژوهش‌گر صورت گرفت. ۶ مصاحبه گروهی با ۴۳ زن باردار در سه ماهه دوم یا سوم بارداری انجام شد. از تحلیل محتوا، جهت تجزیه و تحلیل این بررسی استفاده شد. اکثر زنان باردار با حضور مردان در اتاق مامایی مراکز بهداشتی و هنگام زایمان موافق بودند و همچنین اکثر آنان از تمایل، کنجکاو و اشتیاق همسرانشان در این مورد صحبت کردند.

کدها در چهار طبقه دسته‌بندی شدند. در طبقه دلایل مشارکت مردان، کدهای اصلی افزایش انتظارات زنان باردار و عشق و حمایت بود. در طبقه تسهیل‌کننده‌های مشارکت مردان کدها شامل حاملگی دوم، تمایل و اشتیاق مردان، آموزش مردان و افزایش سن مرد و کسب تجربه بود. در طبقه پیامدهای مشارکت مردان کدها شامل درک بهتر وقایع حاملگی و زایمان و کاهش درد زایمان بود. از دید زنان مهم ترین علت عدم تمایل مردان به حضور در اتاق مامایی مراکز بهداشتی، محیط زنانه مراکز و عدم استقبال از مردان در مراکز است. از دید زنان باردار موانع عمده مشارکت مردان در مراقبت از آنان شامل عدم باور مشکلات بارداری، عوامل فرهنگی (مانند انگ‌های اجتماعی، غرور، باورهای غلط، تربیت خانوادگی و محیط‌های بسته شهرهای کوچک)، موانع عرفی، محیط زنانه مراکز، رفتار نامناسب پرسنل، اتکای زن به خانواده خود و مشکلات مالی خانواده بود. نگرش مثبت زنان باردار نسبت به مشارکت مردان نویدبخش آمادگی آنان برای پذیرش و امکان پذیر بودن آن است. تغییر در سیاست اداره مراکز بهداشتی و درمانی اولین قدم در ارائه خدمات دوستدار زوجین است.

کلیدواژه‌ها: مشارکت مردان، زنان باردار، مراقبت بارداری و زایمان

* نویسنده پاسخگو: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی

E-mail: frmortazavi@yahoo.com

مقدمه

حاملگی یکی از دوره‌های مهم، بحرانی و در عین حال شکوهمند در زندگی هر زن است. سلامت جسمی، روحی و روانی زن در این دوره اثرات قابل توجهی بر سلامت جنین، موفقیت در زایمان طبیعی و شیردهی دارد. زنانی که در طی حاملگی از حمایت افراد نزدیک به خصوص همسر خود بهره مند می‌شوند احساس توانایی بیشتری برای تحمل فشارها و سختی‌های حاملگی و زایمان می‌کنند [۱]. برخی مطالعات نشان می‌دهند که حمایت همسر در بارداری و زایمان اثرات مثبتی بر تجربه زنان از حاملگی و زایمان دارد [۲، ۳]. جایگاه مردان در وقایع مربوط به حاملگی مورد بحث و مجادله است. از نظر برخی حاملگی و زایمان تجربه‌ای است که به‌طور منحصر به فرد متعلق به زنان است و نقش مردان در آن باید به‌طور عامدانه نقشی ثانوی باشد [۴]. عده‌ای دیگر معتقدند که امور مربوط به باروری مقطع مهمی برای تعامل و گفتگوی ظریف در مورد رابطه دو جنس، توزیع قدرت بین آنها و زمان مناسب برای ارتقای ارتباطی معقول‌تر بین زوجین است، اهتمام به مشارکت مردان در سلامت زنان و باروری می‌تواند کیفیت رابطه زن و مرد را در خانه و جامعه ارتقا دهد [۴].

بر اساس گزارش در مطالعه دایمر در امریکا پدران شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی حول و حوش تولد ایشان در مقایسه با سایر پدران بیشتر در فعالیتهای مربوط به حاملگی و مراقبت از نوزاد بیشتر درگیر بوده و ارتباط قوی‌تری با همسر خود برقرار نموده‌اند [۵]. برای اغلب مردان اولین تجربه پدر شدن، تغییرات قابل توجهی در هویت شخصی و رابطه با همسر در برداشت [۶، ۵]. از طرفی اغلب زنان نیز تمایل دارند که همسرانشان به مسائل مربوط به سلامت آنان اهمیت بدهند. در مطالعه دراگوناس در یونان، ۷۳ درصد مادران ترجیح می‌دادند که همسرشان در زمان زایمان در کنار آنان باشند [۷].

در مطالعه گبرتشیفلیچ در آلمان بیش از ۷۰ درصد مردان شرکت‌کننده در زایمان تمایل داشتند که همسرانشان را حتی طی زایمان‌های سخت و مداخلات جراحی حمایت کنند [۸]. دیدگاه دیگر به این رابطه بر فواید مثبت بهداشتی مشارکت مردان تأکید دارد که از طریق افزایش حمایت اجتماعی برای زنان تأمین می‌شود [۴].

نتایج مطالعه تیتلر در آمریکا نشان می‌دهد که پدران بر اتخاذ و تداوم رفتارهای بهداشتی همسران در حاملگی مؤثرند [۹]. در

مطالعه مارتین در امریکا مشارکت مردان در امور حاملگی موجب شروع زودتر مراقبت‌های بارداری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در حاملگی شد [۱۰]. درگیر شدن پدر در مراقبت‌های بارداری و حضور در زایمان منجر به ارتباط قوی‌تر پدر با کودک در مراحل بعدی رشد او شده و همراه با نتایج مثبتی در حیطه شناختی، تکاملی و رفتار اجتماعی کودک است که از آن جمله می‌توان به بهبود اضافه وزن در نوزادان پره‌ترم، بهبود میزان شیردهی، افزایش مهارت‌های فراگیری زبان و موفقیت‌های تحصیلی بعدی اشاره نمود [۱۱]. از این دیدگاه حضور در مراقبت‌های بارداری فرصت‌های خوبی را برای پدران فراهم می‌کند تا نقش مهم و مثبت تری در امر سلامت همسر و کودک خود ایفا کنند [۱۲]. شرکت مردان در مراقبت‌های مربوط به مادر و کودک فرصت‌های جدیدی برای مراقبین بهداشتی فراهم می‌کند تا با آموزش پدران آینده، آنان را در امر سلامت خویش نیز کمک نمایند.

از نظر نهادهای بین‌المللی بهداشت باروری ارتقای مشارکت مردان به دلایل بهداشتی و جنسیتی اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است و اکنون از مؤلفه‌های مهم سیاست‌های بهداشت باروری و برنامه‌های مربوط به آن است. برنامه‌هایی که در آنها بر بهداشت باروری مردان، یعنی امری که از مدتها قبل از خدمات بهداشتی مرسوم حذف شده، نیز تأکید می‌کند. سیاست‌های جدید بهداشت باروری بازتابی از تغییر الگوی نگرش به این امور است. تغییر الگوی که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه مصر (ICPD) مورد تأکید قرار گرفته و منعکس کننده درکی عمیق‌تر از پویایی‌های اجتماعی بهداشت، جنسیت و رابطه جنسی است [۴].

تاکنون مطالعات انجام شده در سطح جهان و همچنین در کشور ما در زمینه مشارکت مردان روی هم رفته در حول محورهایی چون تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و ایدز بوده است و سایر جنبه‌های بهداشت زنان مثل حاملگی و زایمان نقش حاشیه‌ای داشته‌اند گرچه نیاز به اطلاعات در این زمینه‌ها بسیار ضروری است [۱۳-۱۵].

در سال‌های اخیر در کشورهای صنعتی غربی حضور پدران در دوران حاملگی و زایمان افزایش یافته است [۱۵، ۶] و نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که هنجارها برای مردان به منظور ایفای نقش مثبت در موضوعات مربوط به سلامت مادر و کودک در حال تغییر هستند [۱۲]. پیش‌فرض سیاست‌های نهادهای بین‌المللی بهداشت باروری در ارتقای مشارکت مردان در امر حاملگی،

در مصاحبه گروهی می‌توانست بر تمایل آنان به صحبت با یکدیگر تاثیر بگذارد، لازم بود مصاحبه‌های جداگانه برای زنان با تحصیلات کمتر از سیکل و زنان با تحصیلات سیکل یا بیشتر ترتیب داده شود. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف صورت گرفت. در هر مصاحبه بین ۵-۱۰ زن باردار شرکت کردند. در مجموع ۴۳ زن باردار در ۶ مصاحبه گروهی شرکت داشتند. به رغم متفاوت بودن وضعیت اقتصادی، اجتماعی زنان در سه مرکز، مطالب عنوان شده مشابه و در ۶ مصاحبه به اشباع اطلاعات رسیدیم.

جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه گروهی و بر اساس پرسش‌های نیمه‌ساختارمند مطرح شده توسط پژوهش‌گر بود. صحبت‌های افراد بر روی فایل صوتی ضبط شده و پس از چندین بار شنیده شدن کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. از تحلیل محتوا جهت تجزیه و تحلیل این بررسی استفاده شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل همزمان)، به این صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا درکی کلی از متن به دست آید و سپس متن خط به خط خوانده می‌شد تا در مورد تک‌تک جملات نیز تصویری به دست آید. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام شد به این معنی که واحدهای تحلیل یعنی جملاتی که پاسخ سؤالات بودند مشخص شد. مفاهیم اصلی در واحدهای تحلیل تحت عنوان واحد معنایی قرار گرفت و به هر واحد معنایی یک کد داده شد. با مقایسه کدها با یکدیگر فهرستی از کدهای اصلی و زیرکدها به دست آمد. در کدگذاری سطح دوم، کدهای اصلی و زیرکدها بازخوانی شد و سپس کدهای اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شده و طبقات تشکیل شد [۱۷].

کدبندی و تعیین طبقات توسط محققان انجام شد و سپس کدهای تعیین شده توسط دو محقق با یکدیگر مقایسه شده در موارد اختلاف، بعد از بحث و رسیدن به اجماع، کد نهایی تعیین شد. راهکارهایی که برای اعتباربخشی به نتایج استفاده شد شامل شنیدن و خواندن مکرر مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های طولانی و استفاده از نظرات همکاران (بازنگری ناظران) بود. همچنین از نظرات خارجی برای افزایش پایایی استفاده شد. به این معنی که بخشی از داده‌ها را به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشته و به‌منزله یک ناظر خارجی بود، ارایه شد تا مشخص شود آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد. هماهنگی در کدگذاری بین ناظر و محققان بیش از ۸۰ درصد بود.

مثبت‌بودن این مشارکت از دیدگاه مراقبت بهداشتی و رفاه زنان است. اما ماهیت حساس نقش‌ها و روابط جنسیتی در فرهنگ ما، درک زمینه مشارکت مردان و موانع بالقوه در مقابل آن، نگرش‌ها نسبت به ارتقای آن را به مثابه گام‌های اولیه در طراحی خدمات بهداشتی با مشارکت مردان ضروری می‌سازد [۱۵]. اخیراً در برنامه‌های جدید مراقبت از زنان باردار، حضور مردان در دو جلسه از مراقبت‌های دوران بارداری پیش‌بینی شده‌است، اما تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه برای بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های مشارکت مردان در ایران انجام نشده است. به عبارت دیگر ارایه چنین خدماتی بدون مطالعات اولیه ممکن است موجب بروز نگرانی‌هایی در زمینه تحمیل معیارهای غربی در مورد نقش‌ها و ارزش‌های جنسیتی گردد و در طرف مقابل نیز عدم اهتمام به مشارکت مردان به عنوان تداوم پدرسالاری و سلطه بر زنان تلقی می‌گردد.

تحقیق کیفی روشی است مناسب جهت کشف ویژگی‌ها و تجربیات افراد و آنچه که در پس آن تجربیات قرار دارد. علاوه بر این، این‌گونه تحقیقات درباره چرایی و چگونگی یک پدیده به طور عمیق‌تری (نسبت به روش‌های کمی) نظر می‌دهند [۱۶]. به همین دلیل پژوهش کیفی حاضر برای درک بهتر زمینه‌ای که ارتقای مشارکت مردان در آن پیشنهاد می‌شود، طراحی شده و مشخصاً با دو هدف کلی بررسی دیدگاه‌های زنان باردار نسبت به ارتقای مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار و نیز درک موانع مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه، یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوایی است که به بررسی عمیق دیدگاه‌ها و تجربیات زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر سبزوار نسبت به ارتقای مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار می‌پردازد. در این تحقیق از مصاحبه متمرکز گروهی استفاده شد. مصاحبه گروهی این امکان را به محقق می‌دهد که با زبان، فرهنگ لغات، هنجارها و الگوهای رفتاری شرکت‌کنندگان آشنا شود و همچنین محیط مناسبی برای بحث در مورد تجارب و دیدگاه‌های آنان فراهم می‌کند. نمونه‌ها شامل زنان باردار پرایمی گراوید و مولتی گراوید در سه ماهه دوم یا سوم بارداری مراجعه‌کننده به سه مرکز بهداشتی در سطح شهر سبزوار برای دریافت مراقبت بارداری بود. از آنجا که تحصیلات متفاوت زنان

- ۵- از دید شما چه موانعی در مشارکت مردان در امر مراقبت از زنان باردار در مراکز بهداشتی وجود دارد؟
- ۶- نظر شما در مورد اینکه مردان را هم در خدمات مراقبت بارداری دخیل کنند چیست؟
- ۷- نظر شما در مورد حضور بیشتر مردان در کنار زنان در ساعات قبل از زایمان چیست؟

یافته‌ها

نتایج در ۵ بخش شامل ۱- مشخصات نمونه، ۲- دلایل مشارکت مردان، ۳- تسهیل کننده‌های مشارکت مردان، ۴- موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار از دید زنان باردار و ۵- پیامدهای مشارکت مردان ارائه شد.

۱- **مشخصات نمونه:** ۶ مصاحبه گروهی که در آنها ۴۳ زن باردار شرکت داشتند در شهریور ماه ۱۳۸۸ در سه مرکز بهداشتی - درمانی شهر سبزوار انجام شد. میانگین سن زنان باردار شرکت کننده ۲۶/۵ (در محدوده سنی ۳۹-۱۷)، میانگین سن حاملگی ۲۷/۵ هفته، تحصیلات ۱۰/۵ سال و در محدوده کارشناس/لیسواد) و میانگین مدت ازدواج ۷/۳ سال بود. نیمی از زنان تحصیلات زیر دیپلم و نیم دیگر دیپلم تا کارشناسی داشتند. ۴۶ درصد زنان باردار شرکت کننده در وضعیت حاملگی اول و ۳۲ درصد در وضعیت حاملگی دوم بودند. ۵ نفر (تقریباً ۱۱ درصد) این زنان شاغل بوده و همچنین ۵ نفر (تقریباً ۱۱ درصد) آنان با مادر یا مادرشوهر زندگی می‌کردند.

۲- دلایل مشارکت مردان

۱-۲- افزایش توقعات و انتظارات زنان باردار: در اکثر مصاحبه‌ها زنان از افزایش توقعات و انتظارات خود از همسرشان در بارداری صحبت می‌کردند. یک خانم ۲۶ ساله دیپلمه گفت: «معمولاً وقتی حامله می‌شویم یا ۱۰ روز اول بعد زایمان دوست داریم توجه به ما زیاد بشه، مخصوصاً در بچه اول. ولی آقایون تو اولی زیاد توجه نمی‌کنند اما در دومی چرا. نمی‌دانم چرا اینطوره، توقع آدم از همه زیاد میشه انگار داری برای همه آنها بچه می‌باری. حتی دوست داری وقتی همسایه غذا درست می‌کنه و بوش می‌آید برایت بیاورد یا مادرت غذا درست کنه و برات بیاره یا توی اتوبوس رعایتت رو بکنن، من حتی از بچه ۵ ساله‌ام توقع دارم مراعاتم را بکند. من قبلاً وظیفه خودم می‌دانستم که همه کارها را بکنم اما حالا دوست دارم به من کمک کند».

محیط مصاحبه، کلاس آموزشی سه مرکز بهداشتی - درمانی در شهر سبزوار بود. یکی از این مراکز در شمال شهر و دیگری در منطقه متوسط و مرکز بعدی در منطقه پایین شهر قرار داشت. در هر منطقه یک مصاحبه گروهی با زنان باردار با تحصیلات کم (کمتر از سیکل) و یک مصاحبه گروهی با زنان باردار با تحصیلات بالا (بیشتر از سیکل) انجام شد. در هر مصاحبه از زنان نخست زای (پرایمی‌پار) و چند زای (مولتی‌پار) دعوت شد. طول هر مصاحبه به‌طور متوسط ۹۵-۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌کننده، دانشجوی دکتری بهداشت باروری با تجربه کافی در ارتباط با زنان باردار بود. مصاحبه گروهی با زنان به صورت فایل صوتی ضبط شد و پس از پیاده‌سازی روی کاغذ، فایل پاک شد. کسب معرفی‌نامه از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و ارایه به امور پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، کسب رضایت آگاهانه شفاهی از زنان برای شرکت در پژوهش، دادن اطمینان به‌خاطر به زنان شرکت‌کننده درمورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات آنان و بیان اهداف مطالعه به زنان مورد مطالعه از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. از محدودیت‌های اجرایی طرح امکان مطرح نکردن برخی دلایل واقعی به‌علت خصوصی‌بودن برخی مطالب بود. اما با توجه به اینکه مصاحبه‌کننده غیربومی بود و در طی مصاحبه از ذکر نام خودداری می‌شد، سعی شد اطمینان افراد جلب شود.

راهنمای مصاحبه با زنان باردار: برای تهیه این راهنما ابتدا راهنمای اولیه تهیه شد که جهت تعیین اعتبار آن، سؤالات توسط ۴ نفر از اساتید متخصص بهداشت باروری و اساتیدی که تجربه کافی در پژوهش کیفی داشتند مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس پیشنهادات آنان سؤالات اصلاح شد. مصاحبه از سؤالات ساده نظیر سن، مدت ازدواج، تعداد زایمان، شغل و میزان تحصیلات شروع شد و با سؤالات پیچیده‌تر ادامه یافت. ابتدا مشارکت تعریف شد و سپس با یک سوال نظر آنان در مورد مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار پرسیده شد سپس سؤالات ذیل که از دو هدف اصلی پژوهش بدست آمدند مطرح شد.

۱- از دید شما تأثیرات مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار چیست؟

۲- احساسات شما در مورد حمایت و مشارکت همسران در مراقبت های بارداری چیست؟

۳- تجربه شما در مورد حمایت همسران در بارداری چیست؟

۴- به نظر شما چه موانعی در مشارکت مردان در امر مراقبت از زنان باردار در جامعه ما وجود دارد؟

زایمان مثبت بود. زن روستایی بیسواد گفت: «خیلی خوبست. دیشب فیلمی دیدیم که یک خانمی درد داشت و شوهرش بالای سرش بود بعد سزارین شد و شوهرش هم بود. سر زایمان باشند بهتره تا بعداً براشون بگیریم. شنیدن کی بود مانند دیدن.

۳- تسهیل کننده‌های مشارکت مردان

۳-۱- رتبه حاملگی: وقتی گزارشات زنان مولتی‌گراوید و پرایمی گراوید را در این زمینه مقایسه کردیم، مشخص شد که زنان با حاملگی اول، شادی و مشارکت بیشتر همسرشان در مقایسه با قبل از حاملگی را گزارش کرده‌اند؛ در حالی که اغلب زنانی که حاملگی دوم خود را تجربه می‌کردند از افزایش مشارکت همسرشان نسبت به حاملگی اول خود صحبت می‌کردند. یک خانم ۲۶ ساله دیپلمه چنین توضیح داد: «در حاملگی اولم هیچی نمی‌دانست (همسرش). کی میرم بهداشت، کی میرم دکتر. اما تو این یکی ۱۸۰ درجه عوض شده. دیشب گفتم فردا ساعت ۹ باید برم بهداشت. امروز تا در حیاط را باز کردم دیدم جلوی کوچه ایستاده. گفت: دیدی سر ساعت آمدم. نمی‌دانم عقده‌های من سر بچه اول بوده، گلابه‌ها بوده و یا چیز دیگر اما الان بدون اینکه بگم می‌آید. فقط از حرفه‌ام فهمیده که من امروز میام بهداشت، رفته مرخصی گرفته تا من را برسونه. سر بچه اول نمی‌آمد و حتی نمی‌پرسید چکار کردی».

همچنین برخی از زنان که حاملگی دوم خود را تجربه می‌کردند از توجه بیشتر همسرشان در بارداری اول صحبت کردند و علت آن را حاملگی ناخواسته، عدم تطابق جنسیت جنین با خواست همسر و یا اطمینان همسر از عدم وجود نگرانی در مورد سلامت بارداری ذکر کردند و دسته دیگری از زنان اظهار داشتند که رفتار همسرشان در حاملگی‌های اول و دوم و سوم تفاوتی نداشته است. یک خانم دیپلمه شاغل گفت: «تو حاملگی اول بیشتر ذوق دارند و دور و بر خانم هستند. در دومی نسبت به قبل سردتر میشن. خوشحال هستند ولی نه مثل اولی. نمی‌دانم به‌خاطر جنسیت بچه است یا اینکه چون چند سال گذشته فکر میکنن دیگه پخته‌تر شدی و کمتر به حمایت نیاز داری».

۳-۲- افزایش سن مرد و کسب تجربه: افزایش سن مرد، کسب تجربه بیشتر و تفاهم به‌دست آمده در اثر مرور زمان نیز یکی از علل مشارکت بیشتر مردان در بارداری دوم عنوان شد. یک خانم دارای تحصیلات کارشناسی چنین توضیح داد: «در زمان بچه اول، چون قبلش مجرد بودند، بعضی چیزها را روشن نمیشده. خود خانم در فاصله اولی تا دومی صحبت کرده، راجع به حاملگی‌های فامیل و

۲-۲- نیاز به عشق و حمایت: این نیاز گاهی به‌طور مستقیم و صریح توسط زنان بیان می‌شد. زن ۲۳ ساله حاملگی دوم بیان نمود: «بهترین زمانی که تو حاملگی دوست داری شوهرت باشه همان سر زایمان است. حتی اگر نتوانند بیان سر زایمان، همان نزدیک که باشند برات قوت‌قلبی است. میگی شوهرم دوستم داره که اومده شب تا صبح برام بیدار خوابی می‌کنه. فکر من و بچه هست که نرفته خونه بخوابه» و گاهی در قالب نیازهای ذیل بیان شد.

- نیاز به افزایش توجه و محبت: زنان نیاز به افزایش توجه و محبت بیشتری از طرف همسر، که اختصاصاً به‌خاطر خودشان و نه به علت وجود جنین باشد، را گزارش کردند. یک خانم ۳۰ ساله با تحصیلات سیکل گفت: «بعضی آقایون سختگیری‌های بیجا می‌کنند. دائم مواظبت هستند که فلان کار را نکنی. همسرم می‌گه هر جا میری مواظب بچه‌ام باش. آدم فکر می‌کند که فقط بچه را می‌خواهند. این حساسیت‌ها قبلاً نبوده و حالا به‌خاطر بچه ایجاد شده است نه به به‌خاطر خود آدم و این موضوع آدم را ناراحت می‌کنه».

- نیاز به کاهش توقعات همسران: زنان انتظار داشتند که توجه همسرشان به علایق آنان بیشتر شود و توقعات همسرشان از آنان کمتر شود. یک خانم ۲۶ ساله سیکل گفت: «قبلاً وقتی می‌آمد خانه حتماً همه چیز باید آماده می‌بود اما حالا اگر بگم حال نداشتم زیاد اهمیت نمی‌دهد. دل آدم می‌شکند اگر توقع کارهای قبل رو داشته باشد».

- نیاز به قدردانی همسر: آنان انتظار داشتند که زحمات آنان در بارداری با محبت همسر مورد قدردانی قرار گیرد. یک خانم ۲۶ ساله دیپلمه گفت: «کلاً زن‌ها احساسات بیشتری دارند و در حاملگی چون عضو جدیدی را وارد خانه می‌کنند توقعات‌شان بیشتر می‌شود و انتظار دارند به‌خاطر این بچه محبت بیشتری به آنان شود».

- نیاز به همراهی همسر: وقتی از زنان در مورد نظراتشان در زمینه حضور همسرانشان در مراکز بهداشتی سوال شد اکثر آنان ضمن ابراز نظرات خود با اشتیاق بر همراهی همسر تا بیمارستان و انتظار در آنجا تا زمان زایمان و حتی برخی حضور در هنگام زایمان تأکید کردند و آن را دلیلی بر عشق و حمایت آنان میدانستند. یک زن ۲۴ ساله سیکل گفت: «ما انتظار داریم شوهرمون تا بیمارستان بیاد، براون تو بیمارستان منتظر بمونه و به فکرمون باشه وگرنه فکر می‌کنیم برايشان هیچ اهمیتی نداریم».

۲-۳- نگرش مثبت زنان باردار: در تمام مصاحبه‌ها افراد از دیدن فیلم‌های زایمان طبیعی، سزارین و زایمان در آب در خانه صحبت کردند. با دیدن این فیلم‌ها نظر اغلب آنان نسبت به حضور همسر در

آنوقت شما یکدونه میاورید اینجوری. بد ویاری را اصلاً باور نمی‌کرد میگفت الکی است، مگه میشه اینطوری باشه. تا اینکه خواهرش حامله شد. بعد دید اون چه اداهایی از خودش در می‌آورد، تازه حالیش شد. الان بچه سومم است و خیلی درک می‌کند.

۲-۴- موانع فرهنگی: عوامل فرهنگی از موانع مهمی بود که به صورت مختلف توسط زنان مطرح شد.

- باورهای غلط: باورهای غلط در مورد توان زنان باردار که ریشه در ناآگاهی مردان دارد توسط برخی زنان ذکر شد. یک خانم دیپلمه چنین توضیح داد:

«آقای ما اصلاً کمک نمیکند. میگه بذار سفت بشی. پوست کلفت بشی. میگه ما خانوادگی پوست کلفت هستیم (نسبت فامیلی دارند) و می‌تونیم کار کنیم. تو که میتونی چرا میگی نمیتونم کار کنم. صاحبانمون بهش میگه به خانم کمک کن، میگه اگه کمکش کنم فردا پرو میشه، تازه می‌خواهم بچهام قوی بشه. میگه از اون پله‌ها باید بدو بدو کنی، بری و بیای، می‌خواهم بچهام از کوه بالا بره. خانواده همسرم میگویند ثواب داره زن باردار کار بکنه».

- انگ‌های اجتماعی: در اغلب مصاحبه‌ها ترس مردان از انگ‌های اجتماعی رایج توسط زنان مطرح شد. یک خانم سیکل ۲۱ ساله چنین توضیح داد: «وقتی مهمان داریم شوهرم کمک نمی‌کند چون فامیل مسخره میکنند و میگن زن ذلیل».

اما برخی زنان نیز توضیح دادند که در این زمینه جامعه تغییر کرده است. یک خانم ۲۶ ساله چنین توضیح داد: «در بچه اولم، مهمون که می‌آمد همسرم بلند نمیشد. یک دور که بهش گفتم چای ببر، برادر شوهرم سر و صدا کرد که خجالت بکش چرا توی جمع به شوهرت دستور دادی. ولی الان همون برادرشوهرم عوض شده و توی این حاملگی، شوهرم که کار میکنه چیزی نمیکه. جامعه تغییر کرده».

- غرور: برخی از زنان از غرور به عنوان یک مانع مشارکت مردان نام بردند. یک خانم ۲۲ ساله چنین توضیح داد: «غرورشان بهشون اجازه نمیده که محبتشون رو نشون بدن و آنچه ته دل دوست دارند انجام بدهند».

- تربیت خانوادگی: نحوه تربیت فرد در خانواده نیز به عنوان یک مانع مشارکت مردان نام برده شد. یک خانم ۲۹ ساله با حاملگی سوم چنین توضیح داد: «تربیت خانواده تأثیر می‌گذارد. در خانواده شوهرم، مادرش نمی‌گذاشته بچه‌هایش کار کنند، برای همین پسرهایش هم تو خانه کار نمی‌کنند. اما فامیل داریم که

زایمان قبلی خودش گفته. کی چه مشکلی داشته و چکار کرده، تجربه‌شان بیشتر شده. در اولی کمی حیا بوده. از مادرشان ممکنه روشن نمیشده پیرسند. حتی رابطه زن و شوهر هم تغییر میکنه. بیشتر اخلاق هم رو میدوند و رابطه‌ها بهتر می‌شود».

۳-۳- آموزش مردان: در اغلب مصاحبه‌ها زنان پیشنهاد کردند که کلاس آموزشی برای مردان گذاشته شود تا آنان به تدریج برای حاملگی آمادگی پیدا کنند و برخی زنان نیز پیشنهاد کردند که حداقل ۲ جلسه آموزشی یکی در سه ماهه اول و یکی در سه ماهه آخر بارداری برگزار شود. یک خانم ۲۳ ساله گفت: «اگر برای آقایون یک جلسه خوبی بگذارند خیلی عالی میشه. مثل اول ازدواج که حرفهایی میزنن و یک کم پخته میشن، تو حاملگی هم باید پخته شون کنی و گرنه اینجوری درست نمی‌شن».

۳-۴- تمایل و اشتیاق مردان: اکثر زنان از تمایل، کنجکاوی و اشتیاق همسرانشان برای حضور در اتاق مامایی صحبت کردند. اگرچه با حضور در تمام جلسات مراقبت بارداری موافق نبودند. یک خانم ۲۱ ساله گفت: «آقایون خودشون دوست دارند که باشند و براشون توضیح بدهند. وقتی از بهداشت بر می‌گردم همسرم فوراً می‌پرسه، (ماما) چی گفت؟ چی شد؟ چیکار کردی؟ میگم هیچی. صدای قلب را گوش کرد، وزن کرد و... میگه همین. نیم ساعت رفتی تو اتاق فقط همین بود. دوست دارند باشند (تو اتاق مامایی) و براشون توضیح بدهند».

۴- موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار از دید زنان باردار
موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار به ترتیب اهمیت عبارتند از:

۴-۱- دانش کم مردان و عدم باور مشکلات بارداری: از دید زنان عدم آگاهی از تغییرات بارداری و شکایات آن یکی از علل مهم عدم مشارکت مردان است. یکی از خانم‌ها در این زمینه چنین شرح داد: «وقتی ویاړ داشتیم نمی‌گذاشت خانه بابام برم. میگفت انجا لوست میکنن. خودت غذا درست کن تا عادت کنی و خوب بشی. فقط بگو پول بده برای دکتر، سریع میده اما کمک نمیکنه».

همچنین در این زمینه برخی از زنان عدم باور مشکلات بارداری را علت بی‌توجهی مردان خصوصاً در حاملگی اول ذکر کردند. یک خانم دیپلمه راجع به حاملگی اول خود چنین توضیح داد: «باورشون نمیشه. مادر همسرم ۱۳ تا بچه آورده، قسم می‌خوره هیچی (تهوع، استفراغ، کمردرد و...) نداشته. همسرم اونو دیده بود بعد من براش عجیب بودم. میگفت چه جوریه اونا اونهمه بچه میارند اونجوری،

شهرهای کوچک مانعی جدی برای مشارکت مردان نیست. یک خانم باردار ۲۶ ساله گفت: «اگر مرد همسرش را دوست داشته باشد و بخواهد هر کاری می‌کند. این‌ها مانع نیست. شوهر من قناده است و الان اوج کارش است (ماه مبارک رمضان) اما وقتی می‌یاد خونه با اینکه خسته است کمک می‌کنه و اخلاقیش عوض می‌شود».

۴-۵- محیط زنانه مراکز بهداشت: اغلب زنان باردار محیط زنانه مراکز بهداشت را مانع مهمی برای حضور مردان ذکر کردند. از دید آنان و همسرانشان حضور در محیطی که اغلب مراجعین و کارمندان زن هستند برای مردان مشکل است. تابلوی ورود آقایان ممنوع که بر سردر اتاق مامایی مراکز بهداشتی به چشم می‌خورد نیز گواه بر این موضوع است. یک خانم ۳۵ ساله در این زمینه گفت: «خودتون را جای مردها بگذارید، یک جایی همه اش مرد باشند بعد یک خانم بخواد بیاد چقدر سخته. من خودم یک روز آقای را دیدم که آمده بود بهداشت صدای قلب گوش کنه، من که خانم تعجب کردم که چطوری روش شده بیاد و حتی رفتم و به آقامون گفتم که آقای آمده بود بهداشت صدای قلب بچه اش را گوش کنه».

۴-۶- رفتار نامناسب پرسنل: رفتار نامناسب برخی از پرسنل نیز در ایجاد این تصور غلط نقش دارد. یک خانم ۲۱ ساله گفت: «خانمی با همسر و نوزادش آمده بود مرکز بهداشت. بالای پله آقا داشت بچه را می‌داد دست خانم که فوراً یکی از پرسنل مرکز گفت آقا اینجا چکار داری؟ پس حتی در مرکز بهداشت برای این موضوع هنوز فرهنگ سازی نشده. این می‌رسونه که اینجا یک محیط زنانه است. این آقا دفعه بعد بچه را از جلوی در مرکز میدره به دست همسرش. این برخورد موجب عدم مشارکت میشه».

۴-۷- موانع عرفی: خجالت، شرم و معذب بودن زن باردار: اگرچه اکثر زنان معتقد بودند که جلوی همسرشان راحت‌تر از مادرشان هستند و همسر را محرم‌تر از مادر می‌دانستند اما تقریباً یک سوم زنان، اغلب زنان چندزاد، نیز خجالت و شرم خود را علت عدم تمایلشان برای حضور همسر در لحظه زایمان ذکر کردند. نگرانی آنان از دیدن مراحل زایمانی توسط همسر بود.

خانم ۳۵ ساله با حاملگی سوم: «آقامون بدش نمی‌آید اما من خودم اصلاً دوست ندارم. خودت درد داری، حضور اونهم برات یک درد اضافی میشه. بعداً خجالت می‌کشی تو صورت شوهرت نگاه کنی».

همچنین اغلب زنان باردار با حضور مردان در اتاق مامایی مراکز بهداشت موافق بودند اما برخی از زنان از معذب بودن خود در زمان

یک ماه مادری میره و بچه‌هاش می‌دانند باید همه کارهاشون رو خودشون بکنند.

محیط‌های بسته شهرهای کوچک: شرم و حیای مردان در محیط‌های شهرهای کوچک نیز توسط اغلب زنان مطرح شد. یک خانم لیسانسه دبیر گفت: «تو شهر کوچک محیط بسته است در هر یک متر سه نفر را می‌شناسی. همینکه همدیگر را می‌شناسند روشن نمیشه بگن مثلاً خانم من حامله است. در شهرهای بزرگ حرف مردم براشون مهم نیست، خانم و بچه‌شون براشون مهم است. اینجا روش نمیشه به دوستش بگه که من با خانمم آمدم بهداشت».

۴-۳- اتکا سنتی زن به خانواده خود: از دید زنان باردار در حاملگی اول مادران نگرانی بیشتری داشته و دختران نیز تمایل دارند به خانواده خود متکی باشند که این موضوع می‌تواند ناشی از حساسیت و نگرانی مادر در مورد سلامتی دخترش باشد. همچنین از دید دختران جوان امکان کسب اطلاعات کافی و لازم از مادر نیز موجب اتکای بیشتر دختران به خانواده خود و سلب مسئولیت از همسران می‌شود. برخی از زنانی که اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند این مورد را ذکر کردند، اگرچه برخی زنان چندزاد نیز از تجربه مشابهی در بارداری اول خود یاد کردند. یک خانم ۲۱ ساله فوق دیپلم گفت: «الان دخترها بیشتر تمایل دارند پیش مادرشون باشن، آقایون تجربه کمتری دارند و نمیتونند آن اطلاعاتی که مادر در اختیار دختر می‌گذاره بدهند. من حس می‌کنم مامانم اطلاعات بیشتری داره. الان چون سقط‌ها بیشتر شده و نگرانی‌ها بیشتر شده، مراقبت مردها از دخترها هم بیشتر شده و این باعث میشه توجه آقایون کمتر بشه. از طرفی آقایون چون میبینن مادر توجه داره بار مسئولیت از دوششان برداشته میشه».

۴-۴- مشکلات شغلی: برخی زنان مشکلات شغلی و تداخل ساعات کار همسر با ساعات کار مراکز را یکی از موانع حضور و مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری برشمردند و محدود بودن تعداد جلسات و اختیاری بودن حضور مردان در مراکز بهداشتی را ترجیح می‌دادند. یک خانم دیپلمه چنین توضیح داد: «اگر آقا بیکار باشه خوبه، اما اگر قرار باشه هر دفعه بیان بهداشت و توی درآمد و کارشون تاثیر بگذاره یا بخوای به‌زور بکشونیشون خوب نیست. حداقل تو ۹ ماه دو بار بیان بهتره. یکبار سه ماهه اول که خیلی سختی داری و یکبار سه ماهه آخر که سنگین میشی».

ساعات طولانی کار و لزوم اضافه کاری کردن توسط برخی زنان اشاره شد اما برخی زنان معتقد بودند که این مورد خصوصاً در

حال) توی خیابان راه میروند. اگر یک جلسه آموزشی باشد و توجیه شوند خوب است».

- مراقبت بیشتر از همسر خود: اکثر زنان معتقد بودند که اگر مردان در جریان مسائل قرار گیرند توقعات شان از همسر کاهش یافته و مراقبت شان بیشتر می شود. یک خانم ۲۷ ساله گفت: «در بهداشت بهش میگن این خانم که حامله شده چه جوری است، چکار باید بکند و چکار نباید بکند. مثلاً ویار شدید داری یا جفت پایین است میگن استراحت داشته باش. اونجا می فهمد و ازت زیاد توقع ندارد. باهات باشن می دانند اونجا چکارت می کنند. به خصوص در بچه اول که سنشان کمه و اطلاعاتشون کمه خیلی خوبه و باعث مشارکت بیشتر مردان میشه».

- کاهش نگرانی مردان: کاهش نگرانی مردان در صورت حضور آنان در مرکز بهداشت توسط یکی از زنان باردار مطرح شد. یک خانم لیسانسه گراوید یک گفت: «الان به من قرص آهن و ویتامین میدن، تو خونه همسر غر میزنه چرا اینهمه قرص می خوری. اگر بیان درک می کنن. فکر نمی کنن حالت غیرطبیعی داری یا برای بچه خطر داره».

- ارتباط بیشتر شوهر با جنین: ارتباط بیشتر همسر با جنین نیز توسط یکی از زنان باردار مطرح شد. یک خانم لیسانسه گراوید یک گفت: «وقتی بیان بهداشت بچه رو بیشتر حس می کنند. خانم باردار مرتب بچه رو حس می کنه اما آقا ممکنه فراموش کنه».

- تفاهم زوجین: از دید اغلب زنان باردار مشارکت مردان در مراقبت های بارداری سوء تفاهمات را برطرف می کند. یک خانم روستایی بی سواد گفت: «سونوگرافی بیان خوبه. چون بعضی ها هستن که بچه شان ضعیفه، مورد داره یا یک جوریه. شوهر می فهمه. از دکتر حرف را بشنود بهتر است تا از خانمش بشنود، ممکنه بگه تو دروغ میگی یا اینجوری نیست».

۳-۵- کاهش درد زایمان: برخی زنان اغلب با حاملگی اول می گفتند که حضور همسر موجب کاهش و فراموشی درد زایمان می شود. زن ۲۲ ساله با حاملگی اول چنین گفت: «وقتی همسر سر زایمان کنار زن است زن احساس می کند که کوهی پشت اوست و دردش را فراموش می کند».

ارائه توضیحات ماما در حضور همسرشان صحبت کردند. خانم ۳۷ ساله چنین توضیح داد: «من ترجیح می دهم که همسرم نیاید چون بعضی حرف ها هست که آدم روش نمیشه پیش همسرش بهش بگن. دکتر یا ماما هم راحت نخواهد بود چون میخواهد حرف هایی را رک به ما بزند ولی چون همسرم هست راحت نیست».

عدم تحمل دیدن زایمان: در این میان برخی زنان می گفتند که اصلاً همسرشان تحمل دیدن زایمان و حضور در آن شرایط را ندارد. خانم دیپلمه با حاملگی دوم گفت: «بچه اولم که سزارین شدم آقامون آمد بالا تا منو جابجا کنه. وقتی منو دید افتاد زمین، اگر قرار باشد بیاید و زایمان من را هم ببیند فکر کنم تا سه روز نتونه از جاش بلند بشه».

۸-۴- مشکلات مالی خانواده: مشکلات مالی توسط زنانی که سطح اقتصادی پایین داشتند مطرح شد. یک زن بیسواد گفت: «تو حاملگی توقع زیاد میشه اما به امکانات و درآمد هم بستگی دارد وقتی مرد کار ندارد اعصابش ناراحت است، تو هم نمی تونی توقع داشته باشی. وقتی تو جیبش پول نیست چطوری چیزی برات بخره».

۵- پیامدهای مشارکت مردان

۱-۵- درک بهتر مشکلات مربوط به زایمان: اکثر زنان معتقد بودند که حضور در زایمان موجب درک بهتر مشکلات مربوط به زایمان می شود. زن ۲۳ ساله سیکل: «باشن بهتره چون می فهمند چقدر درد و سختی می کشی. حتی اگر سر سزارین باشن بهتره. می بینن ۷ لایه شکم باز میشه و بعد باید ۷ لایه دوخته بشه و چقدر بخیه می خوری».

۲-۵- درک بهتر وقایع حاملگی: از دید اکثر زنان حضور مردان موجب باور شکایات شایع بارداری و درک بهتر وقایع حاملگی می شود و این امر موجب تفاهم بین زوجین می شود. یک معلم ۳۰ ساله گفت: «بعضی وقت ها چون حرف ها را فقط از ما شنیدن میگن فقط تو اینطوری. در حاملگی اولم میگفت فقط تو اینطوری. من فقط از تو شنیدم این کارها و حرف ها را. ولی وقتی بشینه ببینه همه دردشون همینه، میفهمه که همه همینطورند (اشاره به شکایات شایع بارداری)، فقط تو اینطور نیستی. چیزی که هست مال منو ببینه اما مال اونای دیگه را نمی ببینه. چون آنها را فقط وقتی می ببینه که (سر

جدول توصیف طبقات و کدها

زیرکدها	کد اصلی	طبقات
دلایل مشارکت مردان	نیاز به عشق و حمایت	نیاز به افزایش توجه و محبت نیاز به همراهی همسر نیاز به قدردانی همسر نیاز به کاهش توقعات همسران
تسهیل کننده‌های مشارکت مردان	افزایش توقعات و انتظارات زنان باردار نگرش مثبت زنان نسبت به مشارکت مردان رتبه حاملگی تمایل و اشتیاق مردان آموزش مردان افزایش سن مرد، کسب تجربه و تفاهم بیشتر	
پيامدهای مشارکت مردان	درک بهتر وقایع حاملگی درک بهتر مشکلات مربوط به زایمان کاهش درد زایمان	ارتباط بیشتر شوهر با جنین کاهش نگرانی مردان مراقبت بیشتر از همسر خود و تفاهم زوجین
موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار	دانش کم مردان موانع فرهنگی اتکا سنتی زن به خانواده خود محیط زنانه مراکز بهداشت رفتار نامناسب پرسنل موانع عرفی مشکلات شغلی مشکلات مالی خانواده	

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه برای اولین بار در ایران به بررسی دیدگاه‌های زنان باردار نسبت به مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان می‌پردازد. درک موانع و نگرش‌ها نسبت به پیشنهاد یک رویه جدید، قدمی مهم در طراحی مداخلات مناسب و کاربردی است. دو تم اصلی که در پاسخ به سؤالات مطرح شده در مصاحبه‌های گروهی استخراج شد شامل افزایش انتظارات زنان باردار از همسران در بارداری و نیاز به محبت، عشق و حمایت در بارداری بود، که تأمین آنها باعث شادی، رضایت، احساس آرامش و امنیت و دلنشین‌تر شدن حاملگی برای آنان می‌شود. یافته‌های مطالعه سیمبر در تهران نیز نشان داد که از دید اکثر زنان و مردان، حمایت روحی از زن مهم‌ترین مفهوم مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری است. اگرچه اکثر زنان مشارکت در کارهای منزل و اکثر مردان تأمین مایحتاج زندگی را به عنوان شایع‌ترین شکل مشارکت در این مراقبت‌ها می‌دانستند؛ اما در نهایت هدف و نتیجه این مشارکت را به نوعی به عنوان حمایت روحی در نظر می‌گرفتند [۱۸]. نتایج مطالعه مدرس نژاد نیز نشان می‌دهد که هم زنان و هم مردان حضور همسر در ساعات قبل از زایمان را ضروری و نشانه قدردانی از زحمات زن می‌دانند [۱۹]. از دیگر دلایل مشارکت مردان، نگرش‌های مطلوب زنان باردار نسبت به ترغیب مشارکت مردان در بهداشت حاملگی و زایمان است، این موضوع نشان می‌دهد که ترویج چنین خدماتی امکان‌پذیر و قابل پذیرش است. یافته‌های مطالعه سیمبر نشان داد که زنان و مردان، هر دو مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری را ضروری می‌دانند [۱۸]. تسهیل‌کننده‌های مشارکت مردان شامل اشتیاق مردان، آموزش مردان، افزایش سن مرد، کسب تجربه و رتبه بارداری بود. در این مطالعه اکثر زنان از تمایل، کنجکاوی و اشتیاق همسرانشان برای حضور در اتاق مامایی صحبت کردند و اغلب زنان پیشنهاد کردند که کلاس آموزشی برای مردان گذاشته شود تا آنان به تدریج برای حاملگی آمادگی پیدا کنند. یافته‌های مطالعه سیمبر نیز نشان داد، که نیاز به ترویج مشارکت مردان در جامعه و آموزش مردان برای مشارکت در مراقبت‌های پری‌ناتال ضروری است. در این مطالعه زنان و مردان در مورد محتوای آموزش، بیشتر بر آرایه اطلاعات در مورد ضرورت مشارکت، نحوه حمایت روحی همسر از زن باردار و آشنا کردن مردان با مشکلات و به‌خاطرات دوران بارداری و نگهداری از نوزاد اشاره کردند [۱۸]. افزایش سن مرد و

رتبه بارداری نیز ارتباط نزدیکی با یکدیگر داشته و نشان از نیازهای آموزشی مردان جوان در بارداری اول دارد. یافته‌های این مطالعه اطلاعات مهمی در ارتباط با عواملی که از مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار ممانعت می‌کند ارائه می‌دهد. دانش کم مردان در مورد رفتارهای بهداشتی، نیازهای عاطفی و فیزیکی زن باردار و مشکلات شایع بارداری مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان است. علیرغم علاقه زیاد مردان به سلامت بارداری، اغلب زنان باردار از عدم آگاهی همسرانشان از رفتارهای مناسب بهداشتی و عدم باور مشکلات آنان صحبت می‌کردند. در مطالعه سیمبر اکثر مردان بیان می‌داشتند که مشارکت می‌کنند [۱۸]. مطالعات جهانی نشان می‌دهد که مردان معمولاً در پاسخ به تقاضا برای مشارکت‌شان می‌گویند «ما مشارکت می‌کنیم» اما اطلاعات بسیار کم مردان در مورد انواع نیازهای مادران باردار و عدم آگاهی در مورد نقش‌ها و مسؤولیت‌هایشان موجب عملکرد ضعیف آنان است [۲۰]. بر اساس نتایج بدست آمده ارائه خدمات آموزشی به مردان و ارتقای مشارکت آنان در مراقبت از زنان باردار می‌تواند اغلب این موانع را از طریق افزایش سطح دانش آنان از بین ببرد. اکثر زنان باردار، خدمات آموزش بهداشت باروری را برای مردان ضروری می‌دانستند و اکثریت زنان باردار پیشنهاد کردند که ۲-۳ جلسه آموزشی برای مردان در طول بارداری برگزار شود. نتایج مطالعه میولنی در نپال نیز موید همین امر است [۱۵]. اگرچه در اغلب مصاحبه‌ها به انگ‌های اجتماعی در مورد مردانی که به همسرانشان کمک می‌کنند اشاره شد اما برخی از زنان نیز تشریح کردند که چگونه این دیدگاه‌های منفی با تغییر جامعه در حال از بین رفتن است و رفتارهای مردان با گذشت زمان متحول شده است. از طرف دیگر زنانی که اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند در مقایسه با زنان چندزای وقتی که از تجربه حاملگی اول خود در سالهای قبل می‌گفتند، کمتر از تجربیات منفی خود در ارتباط با مشارکت همسرشان صحبت می‌کردند. این مورد گواه دیگری بر مدرن شدن و تحول جامعه و تماس با ایده‌های غربی است. همچنین مدرنیزه شدن جامعه می‌تواند تا حدودی نگرش‌های مثبت دیده شده در این مطالعه را نسبت به ارتقای مشارکت مردان حتی در شهر کوچکی چون سبزوار توجیه کند. در این زمینه نیز نتایج این مطالعه با نتایج میولنی در نپال و کارتر در گواتمالا همخوانی دارد [۱۵، ۴]. در مطالعه میولنی بسیاری از زنان و مردان از تجربه خود در مورد نحوه برخورد با انگ‌های اجتماعی رایج صحبت کردند

مهمترین علت عدم تمایل مردان به حضور در اتاق مامایی مراکز بهداشتی به رغم همراهی همسرانشان تا مرکز بهداشت، محیط زنانه مرکز و عدم استقبال پرسنل از مردان است. نتایج سیمبر نیز مؤید اهمیت نحوه ارائه خدمات بارداری است [۱۸]. لذا به نظر می‌رسد که تغییر در سیاست اداره مراکز بهداشتی و درمانی اولین قدم در ارائه خدمات دوستدار زوجین باشد. از پیامدهای مشارکت مردان، درک بهتر مشکلات مربوط به زایمان، درک بهتر وقایع حاملگی و کاهش درد زایمان بود. اکثریت زنان باردار بسیار مشتاق بودند که همسرشان در ساعات قبل از زایمان در کنارشان باشند. در مطالعه مدرس نژاد، زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه، حضور همسر را باعث کاهش اضطراب زائو می‌دانستند [۱۹]. در مطالعه سیمبر، همراهی در اتاق زایمان به عنوان نوعی از مشارکت مردان در مراقبت هنگام زایمان بحث شد که اکثر زنان و نیمی از مردان با آن موافق بودند [۱۸]. در مطالعه ما اکثر زنان باردار صریحاً حضور مردان را در ساعات قبل زایمان با میزان عشق آنان به خود مساوی می‌دانستند و تمایل خود را برای حضور بیشتر همسرشان به منظور ابراز محبت بیشتر بیان کردند. همچنین اکثر زنان باردار خواستار درگیر شدن مردان در مراقبت‌های بارداری به منظور درک مشکلات آنان و ایجاد تفاهم بیشتر شدند. در این زمینه نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه کارتر و میولنی مغایرت داشت. در مطالعه کارتر در روستاهای گواتمالا، نقش پدرسالارانه مردان دلیل مهمی برای مشارکت دادن آنان در امور مربوط به سلامت زنان ذکر شده است [۴]. در مطالعه میولنی نیز از دیدگاه زنان باردار و همسرانشان، حضور مردان موجب دریافت بهتر خدمات بهداشتی مورد نیاز زنان می‌شد [۱۵]. اگرچه با مطالعه فعلی نمی‌توان با دقت در این زمینه اظهار نظر کرد اما به نظر می‌رسد که قدرت تصمیم‌گیری زنان در امور خانواده و نیازهای بارداری در سبزوار نسبتاً قوی‌تر است در حالیکه در دو مطالعه دیگر تصمیم‌گیری در امور خانواده و بارداری عمدتاً توسط مردان انجام می‌شود؛ به‌طوری‌که حتی رضایت مردان برای استفاده زنان از خدمات بهداشتی امری مهم بوده است و این امر ممکن است علت تفاوت مشاهده‌شده در این زمینه باشد [۲۲، ۲۳]. با در نظر گرفتن دانش کم مردان در زمینه بهداشت باروری [۱۵]، نیازهای عاطفی زنان باردار و عدم تعادل در تصمیم‌گیری بین زن و مرد در اکثر جوامع [۲۲، ۲۳]، مردان هدف مناسب مداخلات مربوط به بهداشت باروری زنان هستند و لازم است مطالعات دیگری به منظور بررسی خدمات آموزشی مناسب و موثر

[۱۵]. یافته‌های سیمبر نیز نشان داد که هنوز در جامعه برچسب‌های تحقیرآمیز مانند ذلالت به همسرانی که در امور منزل مشارکت می‌کنند زده می‌شود. در این مطالعه بسیاری زنان و مردان معتقد بودند که هنوز فرهنگ مشارکت پدر در امور منزل در برخی از اقشار اجتماعی نهادینه نشده است اما اذعان داشتند که به تدریج جامعه به سوی نهادینه شدن مشارکت بیشتر مردان در امور خانواده پیش می‌رود و این موضوع را به تغییر در ساختار خانواده در جوامع امروزی که بیشتر به سمت هسته‌ای شدن پیش می‌رود، نسبت دادند [۱۸]. به‌طور سنتی مادران مراقبان اولیه دختران جوان خود در بارداری اول هستند. نقش مادران در برخی موارد بسیار پررنگ بوده و موجب سلب مسئولیت از مردان جوان می‌شود. لذا به‌نظر می‌رسد که شمول مردان در مراقبت بارداری موجب تقویت نقش مردان جوان خواهد شد. نتایج در این زمینه با نتایج کارتر و میولنی همخوانی دارد اگرچه در دو مطالعه ذکرشده نقش مادرزن و مادرشوهر آنقدر قوی بود که محققان برای ارتقای سلامت زنان باردار، توجه به آموزش این مادران را ضروری دانستند [۱۵، ۴].

موانع عرفی نیز توسط برخی زنان عنوان شد اما اکثر زنان باردار اقرار کردند که همسرانشان را محرم‌تر از مادران خود می‌دانند و احساس راحتی بیشتری برای در میان گذاشتن دردها، ترس‌ها و نگرانی‌های خود با همسرانشان می‌کنند. برخی زنان شرم و نگرانی از مشاهده زایمان توسط همسر را دلیل عدم تمایل شان برای حضور همسر در زمان زایمان ذکر کردند. به نظر می‌رسد که این خدمات نیز برای همه مناسب نباشد. همچنین در فراهم کردن چنین خدماتی، حفظ حریم شخصی زنان باید در نظر گرفته شود. نتایج در این زمینه با نتایج میولنی مغایرت دارد. در مطالعه میولنی شرم و خجالت مرد از کمک به همسر و شرم و خجالت زن از مطرح کردن مسایل مربوط به بارداری با همسر از موانع مهم ارتقای مشارکت مردان برشمرده شد [۱۵]. بر اساس نتایج مسئولیت‌های شغلی همسر یکی از موانع مشارکت مردان بود. در مطالعه بین هکر در نیپال هیچ تفاوتی بین میزان اشتغال مردانی که در کلینیک بهداشت حضور می‌یافتند و آنان که غایب بودند به‌دست نیامد [۲۱]. اما اکثریت زنان و مردان در مطالعه سیمبر در تهران، بزرگترین مانع مشارکت مردان را در مراقبت‌های پری‌ناتال مربوط به مشغله کاری زیاد و مسایل اقتصادی مرتبط با آن می‌دانستند [۱۸]. مشکلات مالی خانواده نیز یکی دیگر از موانع مطرح شده بود که با نتایج مطالعه سیمبر همخوانی دارد [۱۸]. از دید زنان باردار

زنان باردار مؤثر باشد. این امر قدمی مهم در ارتقای سلامت همه جانبه زنان باردار است. همچنین برنامه‌ریزی برای ترویج مشارکت مردان برای ارتقای سلامت مادران، حذف موانع مشارکت مردان و مداخله آموزشی برای افزایش دانش مردان در مراقبت‌های بارداری و زایمان ضروری است.

سهم نویسندگان

فروغ سادات مرتضوی: مدیریت طرح پژوهشی، تهیه طرحنامه، انجام مصاحبه با زنان باردار، پیاده کردن مصاحبه‌ها، کدبندی داده‌ها، تهیه گزارش طرح و مقاله و اصلاح آن
خدیجه میرزایی: استاد راهنما، اصلاح پروپوزال، کدبندی داده‌ها، اصلاح مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و سبزوار و با همکاری مسئولین اتاق مامایی سه مرکز بهداشتی سبزوار، خانم‌ها رشیدی، مهرآبادی و پورجواد انجام شد. محققان مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

برای آنان انجام شود. نتایج این پژوهش بر اساس نمونه کوچکی از زنان شهری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی سبزوار به دست آمده است، لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق کشور با توجه به زمینه‌های فرهنگی متفاوت باید احتیاط نمود. طبیعت حساس نقش‌ها و ارتباطات جنسیتی چنین می‌طلبند که قبل از طراحی خدمات دوستار زوجین در سایر مناطق به درک عوامل زمینه‌ای خاص پرداخته شود. این مطالعه بر نظرات زنان و تفسیر آنان از مشارکت مردان متمرکز بود، لذا بررسی بیشتری با در نظر گرفتن نظرات مردان یا زوجین در این زمینه ضروری است. همچنین مقایسه روش‌های متفاوت شرکت مردان در مراقبت‌ها و ارائه خدمات آموزشی به آنان مانند آموزش گروهی به زنان باردار، آموزش گروهی به همسران زنان باردار یا آموزش به زوجین در برخی مراقبت‌ها ضروری است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که انتظارات زنان باردار در دوران بارداری از همسرشان بیشتر شده و نیاز به حمایت و محبت بیشتری در این دوران دارند. اهتمام به ارتقای مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان از دیدگاه زنان باردار، ضروری، قابل قبول و امکان پذیر بوده و می‌تواند در بهبود روابط بین زوجین از طریق افزایش تفاهم بین آنان و برآورده کردن نیازهای عاطفی

منابع

- Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing. An Introductory Text. 8th edition, W.B. Sanders Company: Philadelphia, 2001
- Gibbins Bnurs J.O, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery 2001; 17:302-313
- Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. Western Journal of Nursing Research 2007; 29:213-23
- 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: 437-50
- Diemer GA. Expectant fathers: influence of perinatal education on stress, coping and spousal relations. research in Nursing and Health 1997; 20:281-293
- Turan J M, Nalbant H, Bulut A and Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. Reproductive Health Matters 2001; 9: 114-25 [Persian]
- Dragonas TG. Greek father's participation in labor and care of the infant. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1992; 6:151-59
- Geburtshilfe D.M. Fathers in the labor room a survey before and after delivery. Perinatology 1993; 197: 195-201
- Teitler J.O. Father involvement, child health and maternal health behavior. Children and Youth Services 2001; 23: 403-25
- 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. Maternal and Child Health Journal 2007; 11:595-602
- Garfield Cf, Isacco A. fathers and the well- child visit. Pediatrics 2006; 117: 637-45
- Carter M. Salvadorian father's attendance at prenatal care, delivery and postpartum care. Revista Panamericana de Salud Pública 2005; 18:149-156

13. Romeo B. L. Men's involvement in women's reproductive health projects and programmes in the Philippines. *Reproductive Health Matters* 1999; 7: 106-17
14. UNFPA. Male Involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. Technical report 28, United Nations: New York, 1995
15. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Social Science & Medicine* 2006; 62: 2798-809
16. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 2nd edition, Sage Publications: Zanzan, 1998
17. Mehrdad N. Content Analysis. In: Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. qualitative research. Boshra Publication: Tehran, 2008 [Persian]
18. Simbar M, Nahidi F, Ramezani Tehrani F, Ramezankhani A. Fathers' educational needs about perinatal care: A qualitative approach. *Hakim Research Journal* 2009; 12:19- 31[Persian]
19. Modares-Negad. Motamedi B, Ameri MF. Couples attitude towards husband attendance in labour ward. *Journal of Gonabad University of Medical Science* 2004; 10: 28-34 [Persian]
20. 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, USA5-7 September 2001, World Health Organization, Geneva, 2002
21. Beenhakker B. the impact of male involvement in antenatal care in Katmandu, Nepal. (PhD. Dissertation). John Hopkins University: Baltimore, 2005
22. Mullany BC, Hindin MJ, Stan Becker S. Womens' autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1993-2006
23. Singh KK, Bloom SS, Tsui AO. Husbands' reproductive health knowledge, attitudes and behaviors in Uttar Pradesh, India. *Studies in family planning* 1998; 29:388-399; *Analysis and Prevention* 2004; 36: 391-98