

نیازهای آموزشی پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری

معصومه سیمبر: * استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
فاطمه ناهیدی: مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
فهیمه رضانی تهرانی: دانشیار، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
علی رمضانخانی: دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
علیرضا اکبر زاده: استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره اول زمستان ۱۳۹۰ صص ۳۹-۴۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۳۱

انشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۸ آبان ۱۳۹۰]

چکیده

در ارتقای سلامت مادران مردان دارای نقش ویژه‌ای هستند و اگر در گذشته مانع محسوب می‌شدند، امروزه بخشی از راه حل هستند. از آنجا که چالش‌هایی در اطلاعات ما در مورد نقش مردان در سلامت مادران و نیازهای آموزشی آنان برای افزایش مشارکت آنان وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین نیازهای آموزشی پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری می‌کوشد تا پایه‌ای برای برنامه‌های آینده باشد.

در این مطالعه توصیفی - مقطعی ۸۰۰ نفر شامل ۴۰۰ زن مراجعه کننده برای مراقبت‌های دوران بارداری و ۴۰۰ مرد متأهل که همسران آنان به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند شرکت کردند. روش نمونه گیری، سهمیه‌ای و ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود که به روش مصاحبه تکمیل می‌شد. اطلاعات توسط برنامه SPSS 16 و با بهره گیری از آزمون‌های آماری t، ANOVA و Chi Square و با فاصله اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این مطالعه ۸۰۰ نفر با میانگین سنی ۲۸/۳۲ ± ۵/۵۱ سال شرکت کرده و میانگین نمره نگرش در ایشان ۱۰/۵۲ ± ۷۹/۱۳ درصد بود. نتایج نشان داد که بیش از ۹۵ درصد از نمونه‌ها با آموزش موافق بودند و محتوای مورد نیاز پدران به ترتیب، آشنایی پدران با علایم خطر دوران بارداری، مشکلات پس از زایمان و تغذیه دوران بارداری بود. اکثر نمونه‌ها بهترین روش آموزش را به همراه همسر به صورت چهره به چهره، بهترین مکان را منزل و بهترین زمان را عصر و روزهای تعطیل می‌دانستند. کلاس‌های قبل از ازدواج نیز بهترین زمان شروع این آموزش‌ها ذکر شد. گروه‌های سنی مختلف از نظر نمره نگرش با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند، ولی نمره نگرش افراد بی‌سواد به طور معنی‌داری کمتر از دیگران بود (P=۰/۰۳۶).

برای ترویج مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری بازنگری نظام مراقبت‌ها و تبدیل آن به خدمات «دوستدار خانواده» و آموزش پدران در زمینه حمایت روحی از مادر، با محتوایی ویژه علایم خطر و تغذیه در این دوران و با شیوه مشاوره چهره به چهره به همراه مادر به کمک رسانه‌های خود آموز و مشاوره با پزشک مورد نیاز است. افزایش مشارکت پدر به طور بنیادین از طریق آموزش از زمان نوجوانی و به طور خاص در کلاس‌های پیش از ازدواج و به صورت مشروح و متناسب با زمان بارداری و زایمان در کلاس‌های دوران بارداری باید ترویج یابد.

کلیدواژه‌ها: مشارکت مردان، نیازهای آموزشی، پدر، مراقبت

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شریعتی، کوچه هدیه، روبروی حسینیه ارشاد، دانشکده پرستاری و مامایی، طبقه چهارم، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: ۲۲۲۵۷۵۷۱

مقدمه

اغلب اعضای سازمان بهداشت جهانی بر سرعت بخشی برای کاهش مرگ و میر مادران در ارتباط با بارداری و زایمان متمرکز شده‌اند که در رأس اولویت‌های برنامه‌های بهداشت باروری از طرف سازمان بهداشت جهانی قرار دارد [۱]. مشارکت مردان که اغلب سیاست ساز و تصمیم گیرنده در سطح خانواده و اجتماع هستند، در اجرای راهکارهای کاهش مرگ و میر مادران کمتر دیده می‌شود. مردان در حاشیه خدمات مادران هستند و به اطلاعاتی که به آنها در تصمیم گیری آگاهانه و محافظت و ارتقای سلامت خود و زوجشان کمک می‌کنند، دسترسی ندارند. در ارتقای سلامت مادران مردان دارای نقش ویژه‌ای هستند و اگر در گذشته مانع محسوب می‌شدند، امروزه بخشی از راه حل هستند. در اجتماعاتی که مرگ و میر و عوارض مادران زیاد است، مرگ هر مادر پدیده‌ای مخرب برای حیات و سلامت نوزاد و نیز سایر فرزندان و همسر محسوب می‌شود [۲]. مردان می‌توانند با مشارکت در برنامه‌های مادر ایمن، به انحای مختلف از زندگی و سلامت زنان محافظت کنند. آنها می‌توانند از طریق ایجاد محدودیت و فاصله گذاری بین فرزندان، کمک در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، ترتیب دادن حضور شخص ماهر و دوره دیده هنگام زایمان، کمک به مادر بعد از تولد نوزاد، به عهده گرفتن نقش یک پدر مسئول در خانواده، پایان دادن خشونت علیه زن و حفظ سلامت زن در دوران بارداری مشارکت فعالی داشته باشند [۳]. شورای جمعیت نیز در برنامه جدید خود به نام «نقش مردان در سلامت مادران» در هند و آفریقای جنوبی، با درگیر کردن آنها در مراقبت‌های دوران بارداری موفقیت این برنامه‌ها را نشان داد [۴].

هنوز چالش‌های زیادی در اطلاعات ما در مورد نقش پدر در خانواده و به خصوص در دوران بارداری وجود دارد. همسران در این دوران می‌توانند نقش همکار و یا مربی و گاه فقط نقش شاهد را ایفا کنند. سلامت مادر و نوزاد در بارداری و زایمان و پس از آن نیازمند مشارکت بین زوجین است و پدر با انجام آموزش قادر به یادگیری این مشارکت است [۵]. به علاوه پدر نیز مانند مادر باید برای تطابق با نقش جدید خود تغییراتی را متحمل شود و این امر برای پدران گاه مشکل‌تر است، زیرا چه توسط مراقبان بهداشتی و چه اطرافیان نادیده گرفته می‌شوند [۶]. نیاز به آموزش برای افزایش مشارکت پدر در مراقبت‌های دوران بارداری و اثر مثبت آن بر سلامت مادر و نوزاد در مطالعات متعدد در کشورهای مختلف

نشان داده شده است. آموزش پدران در اندونزی موجب افزایش اطلاعات و آمادگی آنها برای فعالیت‌های زایمانی شد و محققان، آموزش مردان و بحث در مورد مفهوم جدید آمادگی مردان برای زایمان همسر را در ارتقای پیامدهای زایمانی ضروری دانستند [۷]. آموزش پدران در ترکیه نشان داد که در کوتاه مدت دارای اثراتی مثبت بر آگاهی، نگرش و عملکرد مردان در خصوص بهداشت باروری است و این اثرات عمدتاً در حیطه تنظیم خانواده، سلامت نوزاد، تغذیه نوزاد و ارتباط و حمایت از همسر بود [۸، ۹]. آموزش پدران در هند نشان داد که در موفقیت برنامه‌های مراقبت از مادران سهیم است [۱۰]. نتایج حاصل از یک مطالعه بر روی مردان السالوادور نشان داد که آموزش مردان در برنامه‌های مراقبتی دوران بارداری، فرصت‌های تازه‌ای را برای مشارکت در سلامت خود و خانواده آنها فراهم می‌آورد [۱۱]. شرکت پدران در کلاس‌های آموزشی شیر مادر احتمال شروع و تداوم شیردهی را می‌افزاید [۱۲]. آموزش پدران در دوران بارداری دارای اثر مثبت بر استرس، قدرت تطابق و ارتباط با همسر است [۱۳].

مطالعات معدودی تا به حال در ایران به بررسی مشارکت مردان در زمینه تنظیم خانواده پرداخته‌اند [۱۴-۱۶]. اما مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری کمتر مورد توجه بوده است و این در حالی است که از زمان کنفرانس جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ [۱۷] برای ترویج بهداشت باروری و سلامت مادران و همچنین در رسیدن به اهداف توسعه هزاره یعنی سلامت مادران، برابری جنسیتی، کاهش مرگ و میر کودکان، ریشه کنی بی‌سوادی و ریشه کنی بیماری‌ها، بر درگیر کردن مردان تأکید زیادی می‌شود [۱۸، ۱۹].

پدران در انتظار، مانند مادران در انتظار، نیاز به حمایت دارند، اما قبل از هر گونه مداخله آموزشی تحقیق و نیاز سنجی لازم است [۲۰] تا آموزش مطابق با فرهنگ و نیازهای مردان همان جامعه طراحی و اجرا گردد. فرمول خاصی برای آموزش مشارکت به مردان در نظام‌های ارائه مراقبت وجود ندارد و راه‌هایی مناسب‌تر هستند که از لحاظ فرهنگی مورد قبول، مناسب و انجام پذیر باشند. در کشور ما نیز همانند بسیاری از کشورهای دیگر بخش دولتی حمایت‌های معمولی را برای زنان بارداری در نظر گرفته است، اما برنامه‌های برای مشارکت مردان وجود ندارد و چالش‌هایی در اطلاعات ما در مورد نقش مردان در بهداشت باروری و سلامت مادران و نیازهای آموزشی آنان وجود دارد. این مطالعه با هدف تعیین نیازهای آموزشی (شامل محتوای آموزش، زمان و مکان

مراقبت‌های دوران بارداری به دست آمده بود. گویه‌های مثبت و منفی طیف لیکرت نگرش سنجی بر اساس بحث و پاسخ نمونه‌ها در خصوص موانع و راهکارهای ارتقای مشارکت مردان استخراج شده بود. پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از استادان هیئت علمی و متخصصان بهداشت باروری از نظر اعتبار محتوا و اعتبار صوری مورد بررسی قرار گرفت.

سپس پرسشنامه جهت تعیین ضریب پایایی به دو روش باز آزمایی و دو نیمه کردن مورد بررسی قرار گرفت. در روش باز آزمایی پرسشنامه به فاصله سه روز در اختیار ۱۵ نفر از نمونه‌ها قرار داده شد که با ضریب همبستگی ۰/۹۲ مورد تأیید قرار گرفت (Spearman correlation, $P < 0/05$).

پایایی پرسشنامه نگرش سنجی به روش دو نیمه کردن نیز مورد بررسی قرار گرفت که با ضریب پایایی ۰/۹۶ مورد تأیید قرار گرفت (Pearson correlation, $P < 0/05$).

به منظور محاسبه نمره نگرش به گویه‌ها با پاسخ مخالف، بی نظر و موافق، به ترتیب، نمره‌های ۱، صفر و ۲ تعلق می‌گرفت و سپس جمع نمرات محاسبه و به درصد اعلام می‌شد. به نمرات صفر تا ۳۳، ۳۴ تا ۶۷ و ۶۸ تا ۱۰۰ به ترتیب نگرش منفی، بی نظر و مثبت اطلاق شد.

برای انجام این بخش از مطالعه نیز مراحل زیر انجام شد: پس از مطالعه مروری و استخراج یافته‌ها از بخش کیفی، پرسشنامه اولیه‌ای تهیه شد. پرسشنامه اولیه توسط استادان از لحاظ اعتبار محتوا بررسی شده و اصلاحات لازم انجام شد. پرسشنامه معتبر اولیه روی ۱۵ نفر از نمونه‌ها پایلوت شد و از نظر پایایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. دو نفر از همکاران طرح در مورد تکمیل پرسشنامه آموزش داده شدند. مصاحبه‌ها در بخش‌های زنان و درمانگاه‌های دوران بارداری برای زنان و در اتاق انتظار این بخش‌ها برای مردان توسط مصاحبه گر تکمیل گردید. با نمونه‌ها در مورد اهداف مطالعه و روش و مراحل مصاحبه صحبت شده و در صورت موافقت آنان برای شرکت در مصاحبه، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. تکمیل هر پرسشنامه به طریق مصاحبه حدود ۴۵ دقیقه طول کشید. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل توسط همکاران طرح به نرم‌افزار SPSS 16 وارد شده و سپس توسط آزمون‌های آماری تی تست، Chi Square ANOVA و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر است این تحقیق قبل از انجام، مجوز شورای اخلاق کمیته پژوهش را نیز اخذ کرده بود.

آموزش، مدرس، رسانه آموزشی و مدت آموزش) برای مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری بر اساس نظر پدران و مادران می‌کوشد تا پایه‌ای برای برنامه‌های آموزشی آینده که متناسب با فرهنگ و مورد قبول زنان و مردان جامعه ما و قابل اجرا باشد را فراهم آورد.

مواد و روش کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه تری انگولیشن (کیفی - کمی) متوالی است و با مطالعه کیفی به روش بحث گروهی متمرکز و سپس با مطالعه کمی توصیفی - مقطعی به بررسی نیازهای آموزش پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری پرداخته است. بنابر این، این مطالعه در دو مرحله انجام شد که توضیحات این مطالعه گزارشی از مرحله کمی آن است.

در این مطالعه زنان مراجعه کننده برای مراقبت‌های دوران بارداری، زنان بستری برای مراقبت‌های پس از زایمان، پس از سزارین و مراقبت ویژه برای زایمان پیش از موعد بودند. مردان نیز همسران زنانی بودند که به دلایل فوق مراجعه کرده بودند و یا در بخش زنان بستری بودند. روش نمونه گیری، غیرتصادفی و سهمیه‌ای بود و بر اساس تعداد مراجعان و موارد بستری در بخش پس از زایمان این بیمارستان‌ها، تعداد نمونه ۸۰۰ نفر در کل شامل ۴۰۰ زن و ۴۰۰ مرد، در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل مهدیه، شهدا، امام حسین (ع) و طالقانی مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه ساختار یافته‌ای بود که به روش مصاحبه تکمیل می‌شد. سؤالات و گویه‌های نگرش سنجی آن بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه کیفی تعیین شده بود. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سؤال جمعیتی، ۲۲ سؤال در مورد نیازهای آموزشی پدران در خصوص محتوای آموزش، روش تدریس و رسانه مناسب، مدرس، محل، زمان و مکان آموزش، ۳۰ سؤال در مورد عملکرد، تمایل و نیاز به مراقبت پدران و یک طیف نگرش سنجی لیکرت ۳ درجه‌ای برای سنجش نگرش نمونه‌ها در مورد مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری بود که برای زنان و مردان جداگانه تهیه شد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس پاسخ‌ها و بحث گروهی متمرکزی بود که در بخش کیفی در خصوص لزوم، محتوا، رسانه، روش تدریس، مدرس، محل و زمان آموزش و در مورد عملکرد و نگرش افراد و جامعه در مورد مشارکت پدران در

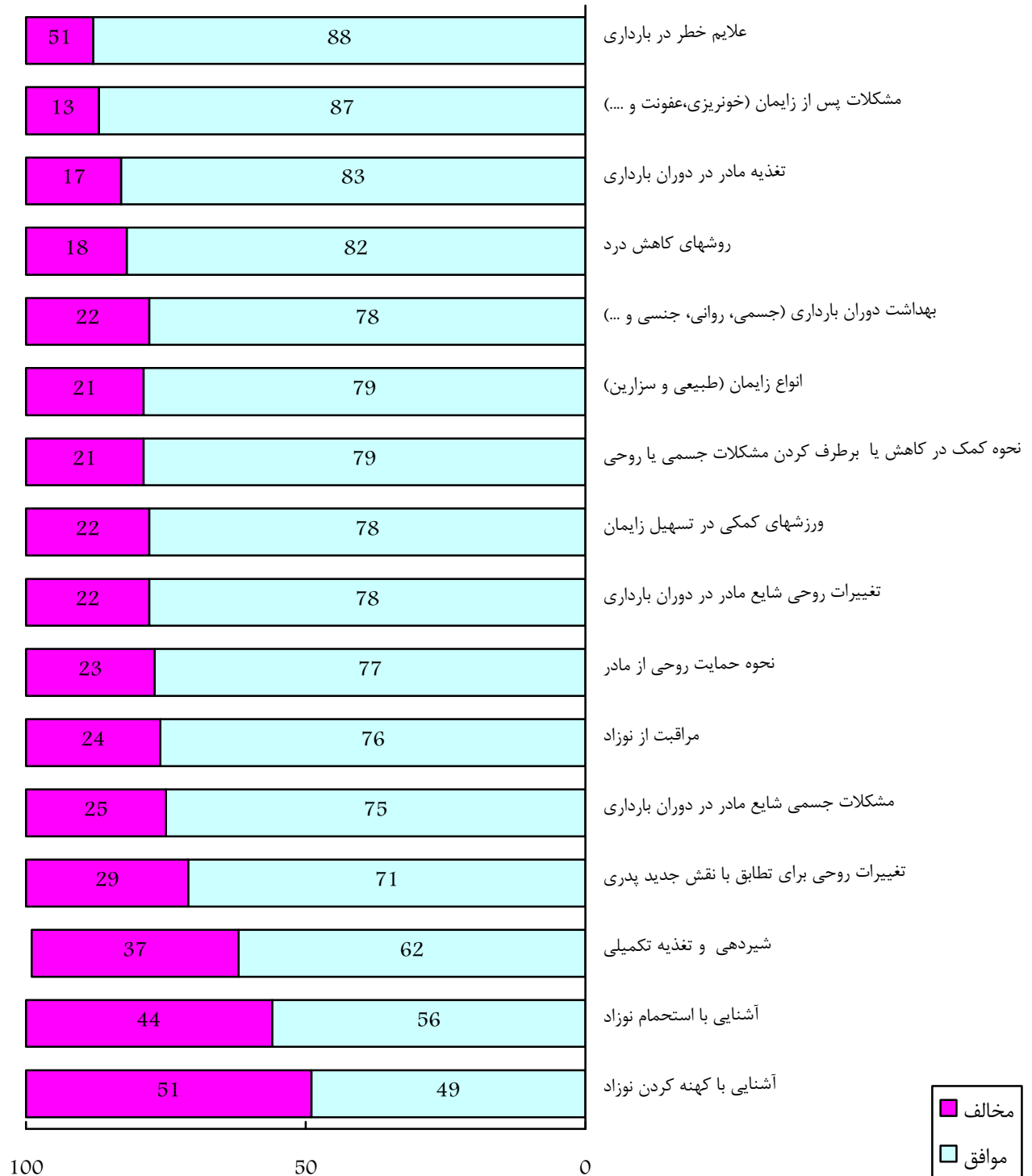
مردان تمایل به مشارکت دارند و ۹۴/۸ درصد از آنان بیان می‌داشتند که مردان عملاً در دوران بارداری مشارکت دارند. فقط ۶۶/۲ درصد از شرکت کنندگان اظهار می‌داشتند که مردان به مراقبت یا آموزش برای تطابق روحی با پدر شدن در دوران بارداری دارند. تحلیل آماری ANOVA نشان داد که گروه‌های سنی مختلف از نظر نمره نگرش در مورد مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند ($P=0/267$). نمره نگرش افراد در وضعیت‌های مختلف تحصیلی نیز تفاوت معنی‌داری داشت ($P=0/036$).

ازدواج و پس از آن در کلاس‌های دوران بارداری و یا در دبیرستان به پسران و دختران باشد. به نظر مردان بهترین زمان آموزش برای پسران و دختران مربوط به کلاس‌های قبل از ازدواج و دبیرستان بود، در حالی که به نظر زنان، بهترین زمان کلاس‌های قبل از ازدواج و پس از آن در کلاس‌های دوران بارداری است. میانگین مدت مناسب آموزش، $4/96 \pm 6/39$ ساعت با حداقل ساعت آموزش ۱ ساعت تا ۴۵ ساعت برای دوران بارداری و میانگین مدت مناسب آموزش $4/95 \pm 7/19$ با حداقل مدت آموزش صفر تا ۵۰ ساعت پیشنهاد شد. ۹۵/۶ درصد از شرکت کنندگان اظهار می‌داشتند که

جدول شماره ۲- توزیع نمونه‌ها به تفکیک نظر در مورد مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۸۷

نظر	موافق		بی نظر		مخالف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آموزش بهداشت و مراقبت‌های دوران بارداری برای پدر و مادر آینده لازم است	۷۹۳	۹۹/۱	۱	۰/۱	۶	۰/۸
زنان باردار در دوران بارداری نیاز به حمایت روحی بیشتری دارند	۷۹۱	۸۹/۹	۱	۰/۱	۸	۱
رادیو و تلویزیون می‌توانند کمک به زنان باردار را در دوران بارداری، زایمان و پس از آن را تبلیغ کنند	۷۸۱	۹۷/۶	۵	۰/۶	۱۴	۱/۸
در صورت تمایل (تمایلیش) به غذایی حتی‌الامکان آن را در اسرع وقت تهیه می‌کند (می‌کنم)	۷۷۹	۹۷/۴	۳	۰/۴	۱۸	۲/۲
پدران نیز مانند مادران از مرخصی‌های قبل و پس از زایمان برخوردار باشند تا فرصت برای مشارکت داشته باشند	۷۷۵	۹۶/۸	۳	۰/۴	۲۲	۲/۸
در درمانگاه‌های مراقبت از دوران بارداری به پدران نیز اجازه حضور داده شود	۷۷۱	۹۶/۳	۷	۰/۹	۲۲	۲/۸
کمک می‌کند (می‌کنم) زیرا معتقد است (معتقدم) که فرزندی که به دنیا می‌آید متعلق به هر دو ماست	۷۶۰	۹۵/۱	۳	۰/۴	۳۶	۴/۵
اگر مردان حق استفاده از مرخصی‌های بارداری و زایمان داشته باشند از آن برای کمک به همسر استفاده می‌کنند	۷۶۳	۹۵/۴	۵	۰/۶	۳۲	۴
شوهرم (من) مراقب تغذیه مناسب من (همسرم) در دوران بارداری است (هستم)	۷۴۹	۹۳/۶	۵	۰/۶	۴۶	۵/۸
ساخت فیلم‌های تلویزیونی و سینمایی در اشاعه مشارکت مردان در امور مربوط به بارداری کمک کننده است	۷۲۴	۹۰/۵	۵	۰/۶	۷۱	۸/۹
مراقب بروز علائم خطر در من (او) هست (هستم)	۷۰۹	۸۸/۶	۱	۰/۱	۹۰	۱۱/۳
تمایل دارد (دارم) در ویزیت‌های دوران بارداری مرا همراهی کند (کنم)	۷۰۷	۸۸/۴	۱	۰/۱	۹۲	۱۱/۵
مصرف ویتامین و آهن را به من (او) یاد آوری می‌کند (می‌کنم)	۶۲۶	۷۸/۶	۷	۰/۹	۱۶۴	۲۰/۵
خانواده‌اش (خانواده‌ام) او را (مرا) به کمک به من (همسرم) در دوران بارداری تشویق می‌کنند	۵۷۸	۷۲/۲	۱۴	۱/۸	۲۰۸	۲۶
اجازه ترخیص از بیمارستان زنان باید منوط به آموزش پدران باشد	۵۵۱	۶۸/۹	۲۱	۲/۶	۲۲۸	۲۸/۵
رهبران جامعه (دینی، فرهنگی و سیاسی) می‌توانند کمک به زنان باردار را تشویق کنند	۵۲۴	۶۵/۵	۸۱	۱۰/۱	۱۹۵	۲۴/۴
در حضور من (او) در دوران بارداری از سیگار و سایر مواد مضر استفاده می‌کند (می‌کنم)	۴۸۴	۶۰/۵	۷	۰/۹	۳۸۶	۳۹
نمی‌داند (نمی‌دانم) که چگونه کمک کند (کنم)	۴۳۳	۵۴/۱	۷	۰/۹	۳۶۰	۴۵
زنان در گذشته فرزندان زیادی را بدون کمک همسر به دنیا می‌آوردند و بزرگ می‌کردند	۴۰۸	۵۱	۲	۰/۴	۳۸۹	۴۸/۶
همسرم (من) معتقد است (معتقدم) که خانم‌های باردار مشغله دیگری جز امور منزل و مراقبت از خود ندارند	۳۶۴	۴۳/۲	۸	۱	۴۴۶	۵۵/۸
جامعه به مردانی که به زن باردار کمک می‌کنند «زن ذلیل» اطلاق می‌کنند	۳۳۸	۴۲/۲	۹	۱/۱	۴۵۳	۵۶/۷
به من (او) کمک می‌کند (می‌کنم) اما نه در حضور افراد خانواده‌اش (خانواده‌ام)	۳۳۶	۴۲	۱۴	۱/۸	۴۵۰	۵۶/۲
دوستانش دوستا (نم) او را (مرا) در کمک به من (زن) تشویق می‌کنند	۲۱۴	۲۶/۸	۴۲	۵/۲	۵۴۴	۶۸
برای کسب روزی به قدری کار می‌کند (می‌کنم) و خسته می‌شود (می‌شوم) که نایی برای کمک ندارد (ندارم)	۲۰۸	۲۶	۷	۰/۹	۵۸۳	۷۳/۱
مرد شبانه روز کار می‌کند و فرصتی برای رسیدگی به خانم باردارش ندارد	۲۰۸	۲۶	۱	۰/۱	۵۹۱	۷۳/۹
مراقبت از نوزاد از وظایف پدران نیست	۱۳۴	۱۶/۸	۱۳	۱/۶	۶۵۳	۸۱/۴
آنگذر در شبانه روز مشغله دارد (دارم) که حوصله‌ای برای حمایت روحی از همسرش (همسرم) ندارد (ندارم)	۱۱۶	۱۴/۵	۵	۰/۶	۶۷۹	۸۴/۹
در خانواده همسرم (من) کمک به زن باردار رسم نیست	۹۶	۱۲	۳	۰/۴	۷۰۱	۸۷/۶
در اجتماعی که زندگی می‌کنیم که کمک به زن باردار رسم نیست	۸۶	۱۰/۸	۳	۰/۴	۷۱۱	۸۸/۸
همسرم (من) در دوران بارداری کمک نمی‌کند (نمی‌کنم) زیرا این امور را مربوط به مادران می‌داند (می‌دانم)	۵۶	۷	۷	۰/۹	۷۳۷	۹۲/۱

موارد داخل پرانتز مربوط به فاعل‌ها و افعال موجود در پرسشنامه پدران است.



نمودار شماره ۱- درصد نمونه‌ها به تفکیک نظر موافق یا مخالف در مورد محتوای آموزش پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جدول شماره ۳- توزیع نظر نمونه‌ها در مورد مکان و زمان آموزش، آموزش دهنده، روش آموزش و زمان شروع آموزش پدران در دوران بارداری به تفکیک جنسیت در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (n=۸۰۰)

مشخصات	جنسیت زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
محل آموزش						
منزل	۲۰۳	۲۵/۴	۲۳۳	۲۹/۱	۴۳۶	۵۴/۵
مرکز بهداشتی	۶۷	۸/۴	۸۴	۱۰/۵	۱۵۱	۱۸/۹
محل کار	۶۰	۷/۵	۳۴	۴/۲	۹۴	۱۱/۸
مطب	۴۴	۵/۵	۲۸	۳/۵	۷۲	۹
بیمارستان	۲۶	۳/۲	۲۱	۲/۶	۴۷	۵/۹
زمان آموزش						
روزهای عادی هفته	۲۴۷	۳۰/۹	۱۸۶	۲۳/۲	۴۳۳	۵۴/۱
روزهای تعطیل	۱۵۳	۱۹/۱	۲۱۴	۲۶/۸	۳۶۷	۴۵/۹
صبح	۸۶	۱۰/۸	۲۶	۳/۲	۱۱۲	۱۴
عصر	۱۷۱	۲۱/۳	۲۴۰	۳۰	۴۱۱	۵۱/۴
شب	۱۴۳	۱۷/۹	۱۳۴	۱۶/۸	۲۷۷	۳۴/۶
دوران قبل از زایمان	۷۷	۹/۶	۴۶	۶/۸	۱۲۳	۱۵/۴
دوران بعد از زایمان	۴۶	۵/۸	۱۴	۱/۸	۶۰	۷/۵
هر دو دوران	۲۷۷	۳۴/۶	۳۴۰	۴۲/۵	۶۱۷	۷۷/۱
آموزش دهنده						
ماما/پرستار	۳۵۹	۴۴/۹	۳۹۰	۴۸/۸	۷۴۹	۹۳/۶
پزشک	۴۱	۵/۱	۱۰	۱/۲	۵۱	۶/۴
زن	۳۲۸	۴۱/۸	۲۸۶	۳۵/۸	۶۱۴	۷۶/۸
مرد	۷۲	۹	۱۱۴	۱۴/۲	۱۸۶	۲۳/۲
روش آموزش						
چهره به چهره و همراه همسر	۱۳۴	۱۶/۸	۱۷۲	۲۱/۵	۳۰۶	۳۸/۲
آموزش گروهی	۱۱۹	۱۴/۹	۱۰۰	۱۲/۵	۲۱۹	۲۷/۴
چهره به چهره منفرد	۸۷	۱۰/۹	۶۴	۸	۱۵۱	۱۸/۹
آموزش تلفنی	۲	۰/۲	۰	۰	۲	۰/۲
آموزش بر خط (آن لاین)	۲	۰/۲	۲	۰/۲	۴	۰/۵
آموزش با خودآموز	۱۴	۱/۸	۱۴۲	۱۷/۸	۱۵۶	۱۹/۵
آموزش با لوح فشرده	۱۲۹	۱۶/۱	۲	۰/۲	۱۳۱	۱۶/۴
شروع آموزش						
در کلاس‌های قبل از ازدواج	۱۶۸	۲۱	۱۶۴	۲۰/۵	۳۳۲	۴۱/۵
در کلاس‌های دوران بارداری	۱۲۷	۱۵/۹	۱۰۴	۱۳	۲۳۱	۲۸/۹
از زمان دبیرستان به پسر و دختر	۹۹	۱۲/۴	۱۳۲	۱۶/۵	۲۳۱	۲۸/۹
از زمان دبیرستان به پسران	۶	۰/۸۹	۰	۰	۶	۰/۸۹

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه برای اولین بار به بررسی نیازهای آموزشی پدران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری پرداخت. مطالعات معدودی تا به حال به بررسی مشارکت مردان در زمینه سلامت باروری و در محدوده تنظیم خانواده پرداخته‌اند [۱۶-۱۴] و مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری کمتر مورد توجه بوده است و این در حالی است که از زمان کنفرانس جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ میلادی درگیر کردن مردان در امر ترویج بهداشت باروری و سلامت مادران و همچنین در رسیدن به اهداف توسعه هزاره یعنی هدف برابری جنسیتی، سلامت مادران، هدف ریشه کنی بی سوادی، کاهش مرگ و میر کودکان و ریشه کنی بیماری‌ها تأکید شده است [۲۵، ۱۹]. اکثر مشارکت کنندگان با لزوم آموزش برای هر دو جنس موافق بودند و بیشترین میزان موافقان مربوط به گویه‌های «آموزش بهداشت و مراقبت‌های دوران بارداری برای پدر و مادر آینده، هر دو لازم است» بود که نشان از احساس نیاز به آموزش در این زمینه بود و موافقت بیش از نیمی از شرکت کنندگان با گویه «مردان نمی‌دانند که چگونه کمک کنند» شاهدهی بر این نیاز بود. موافقت بیش از هفتاد درصد از نمونه‌ها با گویه «ترخیص مادران منوط به آموزش» نیز نشان دهنده تأکید بر الزامی بودن این آموزش‌ها بود. نیاز به آموزش برای افزایش مشارکت پدر در مطالعات مختلف نشان داده شده است [۱۳-۷]. به علاوه، دومین گویه‌ای که بیشترین میزان موافقان را به خود اختصاص می‌داد، گویه «زنان باردار در دوران بارداری نیاز به حمایت روحی بیشتری دارند» بود. دوران بارداری، دورانی است که زوجین از لحاظ روحی خود را برای والد شدن آماده می‌کنند و فرصتی خوب برای ارائه دهندگان خدمات است تا والدین را برای والد شدن آماده کنند [۶، ۵]. تغییرات فیزیولوژیک روانی والدین نیز همچون تغییرات فیزیولوژیک جسمانی نیاز به مراقبت دارد که باید در مراقبت‌ها و آموزش‌های این دوران مد نظر قرار گیرد. با توجه شیوع بالای افسردگی در زنان باردار کشور، ارائه برنامه آموزشی به منظور آگاه کردن همسران از تغییرات روحی مادر در این دوران و جلب مشارکت آنان در تخفیف این مسایل پیشنهاد شده است [۲۱]. مشکلات روانی نه تنها در زنان بلکه در همسران آنها هم نشان داده شده است و مراقبت‌های روانی از زوجین در دوران بارداری پیشنهاد شده است [۲۲]. در بسیاری از کشورها کلاس‌هایی برای آموزش والدین در این دوران برگزار می‌کنند [۲۳].

بیش از نود و پنج درصد از شرکت کنندگان با گویه «کمک می‌کند زیرا معتقد است که فرزندی که به دنیا می‌آید متعلق به هردوی ماست» موافق بودند. به علاوه، مخالفت بیش از هشتاد درصد از شرکت کنندگان با گویه‌هایی همچون «در اجتماعی زندگی می‌کنیم که کمک همسر به زن بارداری رسم نیست»، مؤید این نکته بود که کمک به زن باردار به صورت یک هنجار اجتماعی در آمده است. توجه ویژه به خانواده در فرهنگ ما برخاسته از تفکر ایرانی و اسلامی است؛ به طوری که پیامبر اسلام (ص) و ائمه اطهار (ع) اسوه‌های بارز خُلق و خوی نیکو و رفتار محبت‌آمیز نسبت به خانواده بوده‌اند. حضرت علی (ع) می‌فرمایند که با همسرت در همه حال مدارا کن و با او به نیکی معاشرت کن تا زندگی باصفا و سرشار از محبت داشته باشی [۲۴]. به علاوه در مورد حقوق بهداشت باروری این گونه ذکر شده است که «مسئولیت باروری به عنوان یکی از اهداف تشکیل خانواده به عهده زن و مرد است و هیچ یک از طرفین نباید و نمی‌توانند از مسئولیت ایجاد یک بارداری شانه خالی کنند. بنابر این همه عواقب، مشکلات و مسائل حاملگی به همان اندازه که به زنان مربوط است، به مردان نیز ارتباط دارد و مشارکت آنان را می‌طلبد» [۱۷]. بنابر این، در راستای این تلاش جهانی برای ترویج مشارکت مردان لازم است تا اطلاعات و آموزش‌های لازم در زمینه بهداشت باروری در اختیار پدران قرار گیرد، تا بتوانند آگاهانه در این جهت گام بردارند.

اما وجود برخی تصورات غلط نیز غیرقابل انکار است؛ به طوری که بیش از نیمی از شرکت کنندگان با گویه‌هایی همچون «زنان در گذشته فرزندان زیادی را بدون کمک همسر به دنیا می‌آوردند و بزرگ می‌کردند» و مخالفت بیش از نیمی از شرکت کنندگان با گویه‌هایی مانند «دوستان او را به کمک به زن تشویق می‌کنند» نشان می‌دهند که مشارکت پدر هنوز به صورت یک هنجار مثبتی که همگان عزم به ترویج و تشویق آن را داشته باشند در نیامده است. واقعیت این است که حالتی از مردانگی غالب است که ابتدا در خانواده و سپس در جامعه توسط سایر مردان و زنان و رهبران عقیدتی و رسانه‌ها تقویت شود [۲۵]. در این مطالعه نشان داده شد که برای رفع این موانع فرهنگی، رسانه‌ها به خصوص صدا و سیما می‌توانند مؤثرتر از رهبران فرهنگی برای ترویج مشارکت پدران عمل کنند. آموزش و رسانه‌های گروهی می‌توانند کمک کنند تا برابری جنسیتی، رفتار مسئولانه جنسی و انتخاب‌های باروری ترویج داده شوند و بهترین سیاست برای خانواده این است که به جوانان

به صورت کلی ارائه داد و توضیحات بیشتر را می‌توان از طریق مجموعه‌های خود آموز به مادران و از طریق مادران به پدران نیز منتقل کرد.

موافقت اکثر شرکت کنندگان با اجازه حضور پدران در مراقبت‌های دوران بارداری، نشان دهنده نیاز به بازسازی نظام ارائه مراقبت‌های دوران بارداری را نمایان می‌سازد. در واقع تسهیلات به گونه‌ای ترتیب داده شده‌اند که از درگیر شدن مردان در صورت تمایل نیز پیشگیری می‌کند؛ در حالی که مطالعات نشان می‌دهند مردان، خیلی خوب به تلاش‌هایی که برای درگیر شدن آنها انجام می‌شود پاسخ می‌دهند [۲۵] و به نظر می‌رسد که اجرای چنین برنامه‌هایی در ایران نیز مورد استقبال قرار گیرد.

مشغله کاری زیاد به عنوان مانعی برای مشارکت مطرح بود و اکثر نمونه‌ها با استفاده مردان از مرخصی‌های دوران بارداری موافق بودند. با وجود این مطالعات نشان می‌دهند که کمتر مردی از این فرصت‌ها استفاده می‌کند [۲۵]. به هر حال نگاه سنتی به نقش پدر و مشغله کاری به عنوان موانع جهانی در مورد مشارکت مردان در بهداشت باروری است. مشارکت مردان مبارزه‌ای است با نگاه سنتی در مورد پدر شدن و به هر حال آسیب پذیری مرد را در محل کار نیز افزایش می‌دهد و معمولاً مدل و یا دستورالعملی برای مردان و پدران وجود ندارد [۲۵].

اکثر شرکت کنندگان شروع آموزش را از کلاس‌های پیش از ازدواج لازم می‌دانستند. آموزش در کلاس‌های دوران بارداری و شروع آموزش در دبیرستان به هر دو جنس نیز مطرح شد. تردیدی نیست که مشارکت مردان در بهداشت باروری از دوران نوجوانی توصیه شده است و تغییر در آگاهی و نگرش زنان و مردان هر دو قبل از رسیدن به زندگی مشارکتی مردان و زنان ضروری است [۲۵]. اکنون در بسیاری از کشورهای جهان برنامه ریزی‌های راهبردی برای ترویج مشارکت مردان در بهداشت باروری از زمان نوجوانی و در مدرسه طراحی و اجرا می‌شود [۲۶]. اما تردیدی نیست که مسایل خاص دوران بارداری باید در به صورت مقدماتی در کلاس‌های پیش از ازدواج و مشروح آن در کلاس‌های دوران بارداری ارائه شود. برنامه‌های ترویج مشارکت مردان باید به موانعی که معمولاً وجود دارند مانند نداشتن اطلاعات در مورد دیدگاه مردان، احساس نداشتن جایگاه در نظام ارائه خدمات، نداشتن کارکنان مرد دوره دیده و فقدان کلینیک‌های دوستدار پدران و ساعات مناسب برای آنان، فائق آیند [۲۷].

روابط مسئولانه جنسی و معنی مسئولیت‌ها را در ازدواج بیاموزد و پسران نیز نیازمند آموختن نقش پدری و حمایت مالی از فرزندان خود و مشارکت در مراقبت از فرزندان هستند [۲۵، ۱۸].

اکثر شرکت کنندگان به ترتیب با گویه‌های «مراقبت در تغذیه مناسب دوران بارداری»، «مراقبت در بروز علائم خطر» و «تمایل به همراهی در ویزیت‌های دوران بارداری» نشان دادند. به نظر می‌رسد که پدران در زمینه‌هایی تمایل به آموزش دارند که در آن مشارکت بیشتری از خود نشان می‌دهند تا بتوانند مداخلات مناسب‌تری را ارائه دهند. البته از آنجایی که بیشترین موارد مرگ و میر مادران و کودکان نیز، مربوط به خونریزی و عفونت و اختلالات فشار خون است که با علائم خطر در دوران بارداری و پس از زایمان همراه است و شناسایی آنان نه تنها توسط زن بلکه مرد نیز می‌تواند موجب کاهش مرگ و میر و عوارض مادران شود و از آنجایی که در ساختار اکثر خانواده‌های ایرانی نقش پدر به عنوان نان آور برجسته است، آموزش در مورد علائم خطر و تغذیه دوران بارداری از موارد مهمی است که باید در آموزش مردان مورد تأکید بیشتری قرار گیرند.

نتایج نشان داد که پدران «آموزش چهره به چهره به همراه مادر» را نسبت به سایر روش‌ها ترجیح می‌دهند. این نحوه آموزش روش مد نظر صاحب‌نظران سلامت مادران نیز هست [۶، ۵]. این امر تأکیدی مجدد است بر بازسازی ارائه خدمات دوران بارداری به گونه‌ای که مردان هم در آن دیده شوند. در این راستا بسیاری از کشورها به جای واژه خدمات «دوستدار مادر» از واژه «دوستدار زوج» یا «دوستدار خانواده» استفاده می‌کنند.

یافته‌ها در مورد بررسی بهترین محل آموزش نیز نشان داد که اکثر شرکت کنندگان با منزل و مراکز بهداشتی و بیمارستان موافق بودند و بهترین زمان آموزش را عصرها و یا روزهای تعطیل و بهترین رسانه‌ها را خود آموز و لوح‌های فشرده آموزشی می‌دانستند. آموزش به مدت لااقل ۵ ساعت در دوران بارداری که میانگین مدت مطلوب ذکر شده در این مطالعه بود. آموزش در مراکز بهداشتی، زن و ماما بودن از اولویت‌های ذکر شده برای آموزشگران بود. این موارد باید در طراحی این آموزش‌ها مد نظر قرار گیرد. به هر حال مدت زمان کوتاه بستری مادران در دوران پس از زایمان و همراهی گهگاه پدران با مادر برای ویزیت‌های دوران بارداری، مدت زمانی طولانی را برای دسترسی به پدران و آموزش آنها در اختیار نظام ارائه خدمات دوران بارداری قرار می‌دهد. در این کلاس‌ها می‌توان مسایل مهم را

بیمارستان‌ها انجام شد که بالطبع قابلیت تعمیم پذیری به چنین جمعیتی را هم دارد.

سهم نویسندگان

معصومه سیمیر: مجری طرح و نویسنده مقاله
فاطمه ناهیدی: مجری طرح و راهنمایی در تدوین مقاله
فهیمة رضانی: مشاور طرح و راهنمایی در تدوین مقاله
علی رمضانخانی: مشاور طرح و راهنمایی در تدوین مقاله
علیرضا اکبر زاده: مشاور آماری طرح و راهنمایی در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تمامی رؤسای بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و سرپرستان درمانگاه‌ها و کارکنان کلینیک‌های مراقبت بارداری بیمارستان‌های شهدا، امام حسین (ع)، طالقانی و مهدیه که امکان انجام پژوهش را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدر دانی را ابراز می‌داریم.

برای موفقیت برنامه‌های مداخلاتی در زمینه بهداشت باروری و تنظیم خانواده پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ها اکیداً مبتنی بر شواهد، با رهبری قوی و مدیریت خوب، مراقبتی مشتری محور، موجود، قابل دسترس و قابل پرداخت، با راهبردهای ارتباطی مؤثر و کارکنانی ماهر و دوره دیده در نظام ارائه خدمات اولیه ادغام شود و سیاست‌هایی حمایت کننده آن را ترویج کنند [۲۸].

ترویج مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری نیاز به آموزش در نظام ارائه مراقبتی و از طریق رسانه‌ها دارد. آموزش پدران در زمینه حمایت روحی از مادر در دوران بارداری، با محتوایی در مورد علایم خطر و تغذیه در این دوران و به صورت مشاوره چهره به چهره به همراه مادر، توسط ماماها، در منزل و یا مراکز بهداشتی، عصرها، به مدت حداقل ۵ ساعت و به کمک رسانه‌های خود آموز ترتیب داده شود. افزایش مشارکت پدر در دوران بارداری با آموزش در کلاس‌های پیش از ازدواج و به صورت مشروح و متناسب با زمان بارداری و زایمان باید ترویج شود. شایان ذکر است این مطالعه فقط در بیمارستان‌ها و با پدران همراه مادر در

منابع

- World Health Organization Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reproductive Health Matters* 2005; 13: 11-8
- World Health Organization. Programming for male involvement in reproductive health report of the meeting of WHO regional. Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO. World Health Organization: Geneva, 2002
- Drennan M, Robey B, Reproductive health, new perspectives on men's participation. *Population Reports Series J* 1998; 46: 1-35
- Population Council. Maternal and child health, mixed success involving men in maternal care worldwide. *Population Briefs* 2005; 11: 15-25
- Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity and women health care*. 8 th Edition, Mosby co, St. Louis: London, 2004
- McKinney ES, Ashwill JW, Murray SS, James SR, Gorrie TM, Droske SC. *Maternal child nursing*. 1 st Edition, WB. Saunders Company: London, 2000
- Shefner-Rogers CL, Sood S. Involving husbands in safe motherhood: effects of the SUAMI SIAGA campaign in Indonesia. *Journal of Health Communication* 2004; 9: 233-58
- Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters* 2001; 9: 114-25
- Turan JM, Say L. Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy and Planning* 2003; 18: 391-8
- Bhalerao VR, Galwankar M, Kowli SS, Kumar R, Chaturvedi RM. Contribution of the education of the prospective fathers to the success of maternal health care programme. *Journal of Postgraduate Medicine* 1984; 30: 10-2
- Carter MW, Speizer I Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2005; 18: 149-56
- Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191: 708-12
- Dieme RG. A expectant fathers: influence of perinatal education on stress, coping, and spousal Research in nursing & health 1997; 20: 281-93

14. Ozgoli G, Rahmanian N. Male participation in family planning programs. *Journal of Zanjan Medical Science University* 2002; 10: 41-45 [Persian]
15. Tavoosi NM, Heidarnia A. Effects of helath education on male participation in family planning. *Daneshvar* 2000; 8: 59-64 [Persian]
16. Movahed M, Tourajianfar H. Association of socio-cultural factors with mens' attitude towards participation in family planning programs in Shiraz. *Demography Association of Iran* 2007; 2: 92-110 [Persian]
17. United Nation Population Fund, International Conference on Population and Development, Cairo: Egypt, 1994
18. UNFPA 2009 (b). Recognizing and promoting women's key economic roles. A new role for men, 2009. Available online: <http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/promotin.htm>
19. World Health Organization. Millennium development goals and sexual and reproductive Health, 2009 available online at: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html
20. Finnbogadottir H, Crang Svalenius E, Persson EK. Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery* 2003; 19: 96-105
21. Hoseini F, Porreza Gh, Hosein M. Depression during pregnancy: needs to be screened. *The Journal of Gorgan Medical Science University* 1384; 7: 60-65 [Persian]
22. Ghafari F, Poorghaznein T, Mazloom S. Emotional Health of pregnants and their husbands during pre and postnatal period in Ramsar. *Iran Journal of Obstetrics and gynaecology* 2005; 8: 72-80 [Persian]
23. World Health Organizarion 2007. *Fatherhood and health outcomes in Euope*, World Health Organization: Genva, 2007
24. Women and Family center of President. Male participation in women empowerment 2008 (in Persian) Available on line: <http://www.women.gov.ir/pages/content.php?id=3044>
25. UNFPA 2009. Enhancing men's roles and responsibilities in family life. A new role for men. Available online: <http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm>
26. Sonenstein FL. Young men's sexual and reproductive Health: Toward a National Stratgy, Getting started. The urban Institute, Washington DC, 2009. Available on line: <http://www.urban.org/UploadedPDF/410027.pdf>
27. PATH, RHO Archives, Men role and reproductive health, 2009 Available onlone: http://www.rho.org/html/menrh_overview.htm
28. Info project. Elements of success in family planning programming. John Hopkins Bloomberg School of Public health. *Population Reports Series J*, 2008; 57: 28