

Reason of, barriers to, and outcomes of husbands' involvement in prenatal and intrapartum care program based on midwives' experiences: A qualitative study

Mortazavi F(Ph.D)^{1*}, Mirzaii K(Ph.D)²

1- Department of Reproductive Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Received: 13 Jan 2011 , Accepted: 4 May 2011

Abstract

Background: Male involvement in maternal health is one of the policies promoted by international reproductive health bodies. To better understand male involvement issues in maternal health, this study was done to explore midwives' experiences toward the promotion of male involvement in maternal health and barriers to such programs.

Materials and Methods: In this qualitative study, sampling was conducted by means of focus group discussions (FGDs) and in-depth interviews through a semi-constructed questionnaire. The experiences of all midwives at health centers were surveyed through 2 group interviews and the views of 8 midwives employed in Maternity Hospital of Sabzevar, Iran, were considered as well. Content analysis was applied to data analysis.

Results: Results of this study can be divided into three categories: Arguments in favor of, obstacles to, and outcomes of male involvement in maternal health. Based on midwives' experiences, the provision of couple-friendly health services would enhance the quality of care, better understanding of health information provided to pregnant women and easier acceptance of tasks like taking a sonogram. Midwives indicated some obstacles like manpower and work space deficiency and cultural barriers like husbands and midwives uneasiness while communicating and giving information. Disagreements between partners and higher likelihood of partner interventions in affairs were found to be possible negative outcomes of such programs.

Conclusion: Midwives' attitudes towards male involvement in maternal health were positive and indicate that the introduction of such programs would be accepted. However, attention should be paid to midwives' concerns and cultural obstacles and they should be trained for such programs.

Keywords: Midwives, Prenatal care, Qualitative research, Spouse

*Corresponding author:

Address: Department of Reproductive Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
Email: frmortazavi@yahoo.com

دلایل، موانع و پیامدهای برنامه مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان بر اساس تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی: یک مطالعه کیفی

فروغ السادات مرتضوی^{1*}، خدیجه میرزایی²

1- دانشجوی دکترای بهداشت باروری، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

2- استادیار، گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

تاریخ دریافت: 89/10/23 تاریخ پذیرش: 90/2/14

چکیده

زمینه و هدف: مشارکت مردان در بارداری پیش فرض سیاست‌های نهادهای بین‌المللی بهداشت باروری قرار گرفته است. این مطالعه برای درک بهتر زمینه‌ای که ارتقای مشارکت مردان در آن مطرح می‌شود و با دو هدف بررسی تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی نسبت به ارتقای مشارکت مردان و موانع مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک پژوهش کیفی است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و به روش مصاحبه متمرکز گروهی و مصاحبه فردی با پرسش‌های نیمه ساختارمند صورت گرفت. تجارب تمام ماماها شاعل در مراکز بهداشتی طی 2 مصاحبه گروهی و نظرات 8 مامای شاعل در زایشگاه شهر سبزوار بررسی شد. از تحلیل محتوا، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج در سه طبقه دلایل، موانع و پیامدهای مشارکت مردان ارائه شده است. بر اساس تجارب ماماها ارائه خدمات دوستار زوجین موجب بهبود کیفیت مراقبت‌ها و درک اطلاعات بهداشتی داده شده به زنان، تسهیل پذیرش انجام مراقبت‌هایی چون مراجعه به پزشک و سونوگرافی می‌شود. کمبود نیروی انسانی، کمبود فضا و موانع فرهنگی چون معذب بودن مردان در ارتباط با ماما و معذب بودن ماما در گفتن برخی مسائل رو به رو از موانع پیش‌بینی شده توسط ماماها بود. بروز اختلاف بین زوجین و افزایش دخالت‌های نا به جای مردان از پیامدهای این طرح برشمرده شد.

نتیجه‌گیری: نگرش ماماها نسبت به مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری و زایمان مثبت است و نشان از آمادگی آنان برای پذیرش آن است. اما با توجه به نگرانی‌های ماماها و وجود موانع فرهنگی در این زمینه، آموزش ماماها ضروری است.

واژگان کلیدی: ماما، مراقبت بارداری، مطالعه کیفی، همسر

*نویسنده مسئول: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گروه بهداشت باروری

Email: frmortazavi@yahoo.com

مقدمه

نقش مردان در امور مربوط به بارداری از موضوعات چالش برانگیز است. از یک دیدگاه بارداری و زایمان تجربه‌ای است متعلق به زنان و نقش مردان را به طور عامدانه نقشی ثانوی در نظر می‌گیرد و از دیدگاه دیگر بارداری زمان مناسبی برای گفتگو در مورد رابطه دو جنس، توزیع قدرت بین آنها و ارتقاء ارتباطی معقول‌تر بین زوجین است. لذا تلاش در جهت مشارکت مردان در امور مرتبط با سلامت زنان می‌تواند علاوه بر تقویت روابط درون خانواده، بر کیفیت رابطه زن و مرد در اجتماع نیز موثر باشد. دیدگاه دیگر به این موضوع بر اثرات مثبت بهداشتی مشارکت مردان تأکید دارد که از طریق افزایش حمایت اجتماعی برای زنان تأمین می‌شود (1). از این دیدگاه حضور در مراقبت‌های بارداری فرصت‌های خوبی برای پدران فراهم می‌کند تا نقش مهم و مثبتی در امر سلامت همسر و کودک خود ایفا کنند و برای تطابق با نقش جدید خود به عنوان والد، آماده شوند (2). مطالعه تیتلر نشان می‌دهد که پدران بر اتخاذ و تداوم رفتارهای بهداشتی همسران در بارداری مؤثرند (3). در مطالعه مارتین در امریکا مشارکت مردان در امور بارداری موجب شروع زودتر مراقبت‌های دوران بارداری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در حاملگی شد (4). مطالعات دیگر حاکی از آن است که مشارکت پدر در مراقبت‌های بارداری و حضور در زایمان نتایج مثبتی چون بهبود اضافه وزن در نوزادان نارس، موفقیت شیردهی و حتی اثرات دراز مدتی چون افزایش مهارت‌های فراگیری زبان و موفقیت‌های تحصیلی بعدی کودک دارد (5).

اخیراً ارتقاء مشارکت مردان مورد توجه سازمان‌های بین‌المللی بهداشت باروری قرار گرفته است و در حال حاضر از سیاست‌های مهم بهداشت باروری و برنامه‌های آن است. برنامه‌هایی که بر بهداشت باروری مردان نیز تأکید می‌کند. سیاست‌های جدید بهداشت باروری منعکس کننده تغییر نگرش به این امور است و این موضوع در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه مصر نیز

مورد تأکید قرار گرفته است (6). از مشارکت مردان به عنوان استراتژی مهم در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان، برابری جنسیتی و ارتقای سلامت مادران نام برده شده است (7، 8). سازمان بهداشت جهانی مشارکت مردان در برنامه‌های مادری ایمن را شامل مواردی همچون تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت‌های پری‌ناتال، افزایش آگاهی در مراقبت‌های پری‌ناتال و شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان می‌داند (9).

تاکنون مطالعات انجام شده در سطح جهان در زمینه مشارکت مردان در مجموع بر محورهایی چون تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و ایدز متمرکز بوده است و به سایر جنبه‌های بهداشت زنان مثل حاملگی و زایمان توجه کافی نشده است (10-12). در سال‌های اخیر در کشورهای صنعتی غربی حضور پدران در دوران حاملگی و زایمان افزایش یافته است (13، 14). نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از آن است که هنگامها برای مردان به منظور ایفای نقش مثبت در موضوعات مربوط به سلامت مادر و کودک در حال تغییر هستند (2).

از دیدگاه مراقبت بهداشتی و رفاه زنان، ارتقاء مشارکت مردان در بارداری امری مثبت تلقی می‌شود و این موضوع از سیاست‌های نهادهای بین‌المللی بهداشت باروری است. اما با توجه به ماهیت حساس نقش‌های جنسیتی در فرهنگ‌های متفاوت، ضروری است در وهله اول نگرش گروه‌های ذینفع را نسبت به ارتقای مشارکت مردان مورد بررسی قرار داد (14). اخیراً در برنامه‌های جدید مراقبت از زنان باردار، حضور مردان در دو جلسه از مراقبت‌های دوران بارداری پیش بینی شده است؛ اگرچه در اغلب شهرهای کوچک به اجرا گذاشته نشده است؛ اما تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه برای بررسی موانع و تسهیل کننده‌های مشارکت مردان در امور مرتبط با سلامت زنان در ایران انجام نشده است. به عبارت دیگر ارائه چنین خدماتی بدون مطالعات اولیه و همه جانبه می‌تواند نگرانی‌هایی در زمینه تحمیل معیارهای غربی در مورد نقش‌ها و ارزش‌های جنسیتی ایجاد کند و در طرف مقابل نیز عدم توجه به مشارکت مردان به

عنوان تداوم پدرسالاری و سلطه بر زنان تلقی می‌شود. ماماها ارائه‌دهندگان مراقبت‌های قبل و حین زایمان می‌باشند. لذا بررسی تجارب آنان و در نظر گرفتن نگرانی‌های آنان در این زمینه می‌تواند در اجرای موفقیت آمیز برنامه موثر باشد. مطالعه کارتر در گواتمالا نشان داد که علیرغم وجود کلیشه‌های منفی در مورد نقش مردان، مشارکت مردان نسبتاً بالا و از دید زنان بسیار مطلوب بوده است، اما در کنار عواملی چون دانش کم مردان و مشکلات شغلی آنان، موانع اعمال شده توسط ماماها از مشکلات عمده مشارکت مردان برشمرده شد (15). در سایر مطالعات نیز پیش داوری و سوگیری ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری و سیاست‌گذاران بهداشت زنان مانعی در شمول مردان در خدمات بهداشتی بوده است (مانند تداخل ساعات کار مردان با ساعات کار مراکز بهداشت) (13، 16).

تحقیق کیفی روشی مناسب جهت کشف ویژگی‌ها و تجربیات افراد و آنچه که در پس آن تجربیات قرار دارد، می‌باشد. این نوع تحقیقات درباره چرایی و چگونگی یک پدیده نسبت به روش‌های کمی به طور عمیق‌تری نظر می‌دهند (17). لذا پژوهش کیفی حاضر برای درک بهتر زمینه‌ای که ارتقای مشارکت مردان در آن مطرح می‌شود، طراحی شد و با دو هدف بررسی تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی نسبت به ارتقای مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار و درک موانع مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که به بررسی تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی شهر سبزوار نسبت به ارتقای مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار می‌پردازد. جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه متمرکز گروهی و مصاحبه فردی بر اساس پرسش‌های نیمه ساختارمند مطرح شده توسط پژوهش‌گر بود. 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. در حال حاضر این روش برای بررسی رفتارهای بهداشتی و رفع مشکلات بهداشتی مورد استفاده است (18). نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف صورت گرفت. نهایتاً 2 مصاحبه گروهی با ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری (14 مامای شاغل در مراکز بهداشت شهری) و 8 مصاحبه فردی با ماما‌های شاغل در زایشگاه انجام شد. در مجموع 22 مامای شاغل در مصاحبه‌ها شرکت داشتند. لازم به ذکر است که تمامی ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری، دوره طرح نیروی انسانی خود را در مراکز تسهیلات زایمانی سبزوار یا زایشگاه شهر گذرانده بودند و لذا می‌توانستند در زمینه مشارکت مردان در مراقبت از زنان در زمان زایمان نیز نظرات خوبی ارائه کنند.

پیش از اجرای مصاحبه، با ماماها در مورد اهداف مطالعه صحبت شد و از آنان رضایت کتبی و آگاهانه کسب شد و در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات آنان اطمینان داده شد. صحبت‌های افراد ضبط شده و سپس 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)، بدین صورت که فایل صوتی چندین بار شنیده شد و سپس یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد و سپس متن خط به خط خوانده شد تا در مورد تک تک جملات ایده‌ای به دست آید. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام شد و واحدهای تحلیل یعنی جملاتی که پاسخ سؤالات بودند، مشخص شد. مفاهیم اصلی در واحدهای تحلیل تحت عنوان واحد معنایی قرار گرفت. 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 (18). کدبندی توسط محققین انجام شد و سپس کدهای تعیین شده توسط دو محقق با یکدیگر مقایسه شد در موارد

اختلاف، بعد از بحث و رسیدن به اجماع، کد نهایی تعیین شد (جدول 1).

جدول 1. توصیف طبقات و کدها

طبقات	کد اصلی
دلایل مشارکت مردان	1- اشتیاق و کنجکاوی مردان 2- درخواست‌های زنان باردار 3- تسهیل پذیرش انجام مراقبت‌ها 4- تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری مشترک 5- تأثیرات مثبت آموزش مردان 6- کاهش احتمال بروز سو تفاهم 7- افزایش مسئولیت‌پذیری مردان 8- کاهش نگرانی مردان 9- حمایت از زن
پیامدهای مشارکت مردان	1- عدم کسب اطلاعات صحیح 2- بروز اختلاف بین زوجین 3- افزایش دخالت‌های همسران
موانع مشارکت مردان	معذب بودن ماما معذب بودن مردان 1- موانع فرهنگی 2- کمبود نیروی انسانی 3- کمبود فضا 4- فقدان برنامه آموزشی برای ماماها

از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش، کسب معرفی نامه از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و ارائه به امور پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و کسب رضایت آگاهانه کتبی از ماماها برای شرکت در پژوهش بود. هم‌چنین در شروع هر مصاحبه اهداف مطالعه برای آنان تشریح شد و به آنان اطمینان خاطر داده شد که صحبت‌های آنان محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

نتایج در 4 بخش شامل مشخصات نمونه، دلایل مشارکت مردان، موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار و پیامدهای مشارکت مردان بر اساس تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی ارائه شد.

اکثر ماماها کاردان مامایی، یک نفر دانشجوی کارشناسی مامایی و شش نفر کارشناس بودند. میانگین سن آنان 34 سال، سابقه کار 10 سال و تجربه 3-1 زایمان داشتند.

دلایل مشارکت مردان بر اساس تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی

1- اشتیاق و کنجکاوی مردان

اغلب ماماها مراکز بهداشتی از اشتیاق و کنجکاوی مردان در زمینه مسائل بارداری خصوصاً شنیدن صدای قلب جنین صحبت می‌کردند.

یکی از ماماها چنین توضیح داد: "در مرکز ما هستند آقایونی که با همسرشان می‌آیند. علاقه و کنجکاوی دارند که با همسرشان بیایند توی اتاق، اما زیاد رو نمی‌بینند. سوال می‌کنند که بیایم تو، سوال داریم. من تا حالا به این فکر نکرده بودم که خودم بگم همسرشون هم بیاید توی اتاق، اما در اتاق را باز می‌گذارم تا صدای قلب جنین را بشنوند."

یکی دیگر از ماماها چنین توضیح داد:

"آقایون دوست دارند بیایند. تا وقتی که مجردند می‌خواهند سر از همه چیز در بیارند، فیلم زایمان و سزارین

برای اعتبار بخشی به نتایج از راهکارهایی چون خواندن مکرر مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های طولانی و استفاده از نظرات همکاران (بازنگری ناظرین) استفاده شد. هم‌چنین از نظارت خارجی برای افزایش پایایی استفاده شد. به این صورت که داده‌ها را به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشته است، داده شد تا مشخص شود که آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد. هماهنگی در کدگذاری بین ناظرین و محققین حدود 90 درصد بود.

مصاحبه گروهی با ماماها مراکز بهداشتی توسط معاونت بهداشتی هماهنگ شد و در سالن اجتماعات مرکز بهداشت شهر انجام شد. طول هر مصاحبه گروهی به طور متوسط 60-95 دقیقه و هر مصاحبه فردی 30 دقیقه بود. مصاحبه فردی با ماماها زایشگاه در اتاق استراحت بخش زایمان انجام شد. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترای بهداشت باروری بوده و تجربه کافی در ارتباط با این موضوع داشت، انجام شد.

و زایمان در آب را می‌بینند، برایشان پدیده مهمی است و برای همین می‌خواهند بدانند."

2- درخواست‌های زنان باردار

اغلب ماماهاى مراکز بهداشتی گزارشاتی از درخواست‌های زنان باردار از ایشان برای صحبت با همسرشان در مورد کمک به آنان در کارهای منزل، محدود کردن روابط جنسی به دلیل مشکلات بارداری و موارد مشابه داشتند. یکی از ماماها در این مورد گفت:

"وقتی ما به خانم می‌گیم استراحت کن یا نزدیکی نکن، خانم میگه شوهرم را میارم به او بگید. چون ممکنه توی خانه حرفش را باور نکنند و فکر کنند می‌خواهد کار نکند و تبلی کند و این حرف‌ها را از خودش ساخته است."

3- تسهیل پذیرش انجام مراقبت‌های خاص

اغلب ماماها تسهیل پذیرش انجام مراقبت‌هایی چون مراجعه به پزشک، سونوگرافی و انجام آزمایشات توسط زنان باردار را از تأثیرات حضور مردان در مراقبت‌ها می‌دانستند. یکی از ماماها در این مورد گفت:

"خانمی بود که شوهرش کمی سوءظن داشت. می‌فرستادم سونوگرافی نمی‌رفت. پنهانی می‌آمد بهداشت. خوب اگر با همسرش می‌آمد حتماً سونوگرافی می‌رفت چون دیگه آقا در جریان بود که چرا باید برود. برای ماماها کار راحت‌تر می‌شود چون به شوهر بگیم زودتر و بهتر عمل می‌کنند."

4- تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری مشترک

یکی از ماما تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری مشترک در موضوعات مربوط به بارداری به علت افزایش دانش و درک مردان در مورد این مسائل را از تأثیرات دیگر این طرح برشمرد. وی در این مورد گفت:

"زوجی در طرح پژوهشی بررسی اثر حضور همسر در مراقبت‌های بارداری بر پیامد بارداری شرکت کرده بودند و در هر مراقبت با هم می‌آمدند. گفتم 40 هفته بارداری تمام شده است بهتر است به پزشک مراجعه کنید. مرد گفت نه اجازه دهید سیر طبیعی خود را طی کند و درد به طور خود به خود شروع شود. گفتم شما نمی‌گذارید

خانم‌تان بره بیمارستان. حتماً مادرتان این را گفته‌اند. گفت نه. ما در همه زمینه‌ها با هم می‌نشینیم و تصمیم می‌گیریم و عمل می‌کنیم. نه دخالت مادر زن و نه مادر شوهر. خودمان با هم کتاب خواندیم و نشستیم و با هم تصمیم گرفتیم که تا زمان شروع درد زایمان منتظر بمانیم."

مامای دیگری در مورد عدم وجود فرصت برای تصمیم‌گیری زوجین طی زایمان نیز چنین توضیح داد:

"گاهی لازمه زن و شوهر با هم مشورت کنند، نیاز دارند با هم صحبت کنند اما ما فرصتی بهشون نمی‌دهیم. مثلاً گاهی خانم تو لیبر خسته میشه و میگه من را سزارین کنید. به من اجازه بدین به شوهرم بگم که می‌خواهم سزارین بشم. بگم که رضایت بده و هزینه‌اش هر چی میشه انگشت بزنه. اینجا (توی بیمارستان) فرصتی برای مذاکره ندارند. در مورد تویکتومی این طور نیست. قبلاً با هم صحبت کرده‌اند و به توافق رسیده‌اند."

5- تأثیرات مثبت آموزش مردان

یکی از ماماها در مورد تأثیرات مثبت توضیحات ماما بر همسرش چنین توضیح داد:

"یکی از خانم‌های باردار در مرکز به من گفت که جاری‌اش در مرکز دیگری در طرح پژوهشی "بررسی اثر حضور همسر در مراقبت‌های بارداری بر پیامد بارداری" شرکت کرده است و به من گفته که من با همسرم به مرکز بهداشت می‌رویم. ماما هر چه آموزش داده است همسرش اجرا می‌کند و در کارها به او کمک می‌کند و رفتار همسرش عوض شده است. این خانم هم مصر بود که من او را هم در طرح مذکور قرار بدهم."

6- کاهش احتمال بروز سوء تفاهم

هم‌چنین کاهش احتمال بروز سوء تفاهم و سوء استفاده به علت عدم حضور همسر نیز توسط برخی از ماماها ذکر شد. یکی از ماماها در این مورد گفت:

"یک روز آقای آقایی آمد مرکز و شکایت داشت که این حرف‌ها چیست که به خانم من گفتید. آمده خانه و رو به قبله خوابیده و می‌گوید ماما به او گفته ناراحتی قلبی دارد و قلبش باید عمل شود. من پرونده را بررسی کردم دیدم

است. اما الان زانو که میاد تو اتاق معاینه، ارتباطش با همسرش کاملاً قطع میشه. گاهی حتی مریض‌هایی که وضعیت اورژانسی دارند مثل خونریزی، التماس می‌کنند که فقط 5 دقیقه اجازه بدین با همسر حرف بزنم." موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار بر اساس تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی

1- کمبود نیروی انسانی

همه ماماها کمبود نیروی انسانی در مراکز فعلی را از موانع انجام این طرح ذکر کردند. یکی از ماماها در این مورد گفت:

"من در مرکز تنها هستم و 360 پرونده مادر سالم دارم و به طور متوسط روزی 30 مراجعه کننده دارم. پر کردن پرونده‌های جدید هم وقت گیرتر است. اگر قرار باشد همسرزنان هم بیایند و 4 تا سوال هم آنها پرسند باید برای هر کدام یک ساعت وقت بگذارم. به خصوص این که برای مردان توضیحات مفصل‌تری لازم است و باید مسائل را برایشون خوب باز کنیم."

2- کمبود فضا

همه ماماها اتفاق نظر داشتند که کمبود فضا در اتاق زایمان مانع جدی این طرح می‌باشد. هم‌چنین بدلیل عدم امکان حفظ حریم خصوصی بیمار، ساختار اغلب بیمارستان‌ها را برای این کار مناسب نمی‌دانستند. یکی از ماماها چنین توضیح داد:

"بیمارستان‌های ما از نظر محیطی و جوی نمی‌توانند این مسئله را بپذیرند. اتاق‌های کوچک، تخت‌های زیاد، مریض‌ها همه جا با هم مشترکند و تعصبی که نسبت به حضور مرد هست، فضا مناسب نیست. مثل بیمارستان‌های خصوصی شهرهای بزرگ نیست که فقط یک تخت در یک اتاق است."

3- فقدان برنامه آموزشی برای ماماها

رفتار ناهنجار و نامتناسب برخی مردان مراجعه کننده از نقطه نظر ماما و عدم آموزش ماماها در مورد نحوه برخورد با زوجین دچار مشکلات خاص مثل همسر آزاری، اعتیاد و بیماری روانی همسر نیز از مواردی بود که توسط

نوشته‌ام به علت تپش قلب ارجاع به پزشک مرکز و در صورت صلاح دید پزشک، ارجاع به متخصص قلب. بعد از بررسی متوجه شدم که شوهر به حرف زن گوش نمی‌کرده، زن هم از قول ماما گفته بیماری قلبی دارم و باید استراحت کنم. در صورت همراه بودن همسر این گونه سوء تفاهمات بروز نمی‌کند."

7- افزایش مسئولیت‌پذیری مردان

اکثر ماماها معتقد بودند که حضور مردان در زمان زایمان موجب افزایش مسئولیت‌پذیری مردان در تنظیم خانواده می‌شود. یکی از ماماها چنین توضیح داد:

"زایمانی در مسیر و در آمبولانس داشتم و شوهر هم حضور داشت. خانم سابقه 10 زایمان داشت اما فقط دو بچه زنده داشت. مرد زایمان را که دید بسیار مضطرب شده بود از یک طرف حالش به هم می‌خورد و از یک طرف می‌گفت بگو چکار کنم. دو ماه بعد خانم با بچه به مرکز آمد و گفت نمی‌دانید همسر چقدر فرق کرده است. گفته دیگر بچه نمی‌خواهم."

8- کاهش نگرانی مردان

یکی از ماماها شاغل در زایشگاه گفت:

"مردها دوست دارند ببینند خانم در چه محیطی زایمان می‌کند. الان فقط سر و صدا را می‌شنوند. اگر بیان ببینند بخش زایمان مجهز است، زایمان بی‌درد داریم و رسیدگی میکنن، خاطرشون جمع میشه."

9- حمایت از زن

هم‌دردی با زن و حمایت روحی روانی از زن در طی لیبر نیز از دلایل ذکر شده توسط ماماها بود. در این زمینه آنان به حضور مردان در زایمان در کشورهای غربی و چگونگی آموزش آنان برای حمایت از زنان در لیبر اشاره کردند. یکی از ماماها شاغل در زایشگاه گفت:

"هر مریضی که میاد بخش زایمان استرس داره. معمولاً با گریه می‌آیند. در آن 10 دقیقه اول که داریم پذیرش می‌کنیم باهاشون صحبت می‌کنیم خیلی آرام میشند. از این رو به آن رو میشند. حالا اگر همسرش باشد و باهاش صحبت کند، دلگرمی و روحیه بدهد خیلی بهتر

ماماهایی که در مراکز حاشیه شهر و فقیرنشین کار می‌کردند عنوان شد. یکی از ماماها گفت:

"الان وضع مالی مردم خوب نیست و اکثراً پیش متخصص نمی‌روند. به من آموزش داده نشده است که در مواردی چون همسرآزاری، اعتیاد و بیماری روانی همسر چکار بکنم و چطور صحبت کنم تا اختلافی پیش نیاید و مشکل بیشتری ایجاد نشود. خانمی از مشکلاتش با من صحبت کرد. بهش گفتم بهتر است شوهرت یک مشاوره روانپزشکی برود. خانم هم به همسرش گفته بود که ماما گفته تو باید بری پیش روانپزشک. مرد با ناراحتی شدید زنگ زده بود مرکز و از من شکایت کرده بود که مامای شما گفته من روانی هستم، خوب همین را اگر جلوی خودش بهش بگیم واکنش شدیدتری نشان خواهد داد."

لزوم آموزش نحوه مشاوره با زوجین در برنامه‌های آموزشی دانشجویان مامایی و برنامه‌های آموزش ماماها شاغل نیز از مقدمات مهم این طرح برشمرده شد.

4- موانع فرهنگی

1- معذب بودن ماما

مانع مهم دیگری که به شکل‌های مختلف و توسط اکثر ماماها عنوان شد مسائل فرهنگی ناشی از حضور مردان در مراقبت‌های بارداری بود. یکی از این موارد معذب بودن ماما در گفتن برخی مسائل بود. یکی از ماماها گفت:

"من آقایون را تا بحال تو اتاق دعوت نکرده‌ام اما معمولاً دفعه اول نمی‌دانند و می‌آیند تو و من هم نمی‌گویم بروید بیرون. سرم را پایین می‌اندازم و تندتند حرف‌هایم را می‌گویم. اما همان آزمایش روتین بارداری را که می‌خواهم توضیح بدهم باید بگویم "خودت را شستشو بده و اول ادرارت را بریز بیرون و..." . گفتن همین هم برایم سخت است. معذب که باشیم نمی‌توانیم مسائل را باز کنیم و اگر در لفافه صحبت کنیم تأثیر نخواهد داشت."

یکی از علل معذب بودن ماماها نگرانی آنان از سوء برداشت‌های مردان و جامعه نسبت به آنان بود. یکی از آنان در این زمینه چنین توضیح داد:

"اگر راحت صحبت کنیم، بیرون که رفتند دید بدی نسبت به ما پیدا خواهند کرد. فکر می‌کنند که ما چطور آدم‌هایی هستیم که راحت راجع به این موضوعات حرف می‌زنیم. من وقتی آقایون می‌خواهند بیایند توی اتاق مخالفت نمی‌کنم. می‌آیند تو و می‌نشینند، من سرم را پایین می‌اندازم و سوال‌هایم را از خانم می‌پرسم. اگر سرم بالا باشد صدایم می‌لرزد یا وسطش می‌مونم. تند تند می‌پرسم زیرا میدانم وقتی از اتاق رفتند چیز دیگری می‌گویند. ما باید مواظب باشیم که بعداً حراستی نشیم. ممکنست آقایی که با همسرش آمده است و من در مورد برخی مسائل برایش توضیح داده‌ام دوست همسر من باشد و بعد به همسرم بگوید که خانمت این حرف‌ها را به من گفته است."

2- معذب بودن مردان

مانع دیگر معذب بودن مردان در زمان صحبت ماما راجع به موضوعات مربوط به زنان بود. یکی از ماماها گفت:

"آقایی با خانمش در مراجعه اول توی اتاق آمدند. وقتی من از خانم پرسیدم آخرین قاعدگی شما چه زمانی بوده است آقا سرش را پایین انداخت و به محض این که برای اندازه‌گیری قد مادر به اتاق بغل رفتم او هم اتاق را ترک کرد و به سالن رفت. حس کرده بود که اینجا مسائل مربوط به دو خانم است."

پیامدهای منفی مشارکت مردان در مراقبت‌های

دوران بارداری و زایمان

ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی پیامدهای منفی ذیل را نیز پیش‌بینی کردند.

1- عدم کسب اطلاعات صحیح

ماماهایی که در مراکز حاشیه شهر و فقیرنشین کار می‌کردند عنوان کردند که در صورت حضور همسر در اتاق، زن باردار اطلاعات صحیح در مواردی چون اعتیاد همسر، همسرآزاری، بیماری روانی همسر و مشکلات مالی به ماما ندهد. یکی از آنان چنین توضیح داد:

"مادری داشتیم که همیشه با همسرش می‌آمد. هیچ‌وقت نمی‌گفت مشکل مالی دارم. می‌فرستادم

"مرد شرایط مریض خودش را درک میکند نه وضع ما را. ما از دید مامایی و پزشکی نگاه می‌کنیم و یکسری کارها ممکنه لازم بشه بکنیم ولی مرد فقط از این دید نگاه میکند که همسرش درد داره و باید راحت باشه. یک سری کارها که داریم برای مریض انجام میدیم از نظر ما درست است اما ممکنه آنها درک نکنند. یک وقتی ممکنه ما با مریض بلند صحبت کنیم تا مریض را متوجه کنیم، اما همین ممکنه برای مرد بد رفتاری تلقی بشه. گاهی مداخلاتی لازمست و آنها چون اطلاعات ندارن بنظرشان اشتباه بیاد."

بحث

این مطالعه با هدف توصیف تجارب ماماها در زمینه مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان و موانع آن در شهر سبزوار انجام شد. بررسی نگرش‌ها و موانع نسبت به یک مداخله جدید قدمی مهم در اجرای مداخلات بهداشتی است.

یافته‌های این مطالعه اطلاعات مهمی در ارتباط با عوامل ممانعت‌کننده از مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار ارائه می‌کند. بر اساس نتایج به دست آمده ارائه خدمات آموزشی به ماماها و مردان می‌تواند اغلب این موانع را از طریق توانمندسازی ماماها و افزایش دانش مردان از بین ببرد. نگرش‌های مطلوب ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری نسبت به ترغیب مشارکت مردان در بهداشت حاملگی حاکی از آن است که ارائه این خدمات بهداشتی و آموزشی امکان‌پذیر، قابل پذیرش و ضروری است. تماس با ایده‌های غربی در سال‌های اخیر خصوصاً از طریق وسایل ارتباط جمعی، می‌تواند تا حدودی نگرش‌های مثبت نسبت به ارتقای مشارکت مردان را توجیه کند.

نتایج در سه طبقه دلایل، موانع و پیامدهای مشارکت مردان ارائه شده است. مطالب عنوان شده در طبقه دلایل مشارکت مردان حاکی از آن است که ماماها بر ضرورت مشارکت مردان واقف بوده و اثرات مثبت آن را تجربه کرده‌اند. یکی از دلایل عنوان شده توسط ماماها برای

سونوگرافی نمی‌رفت و نمی‌گفت پولش را ندارم. چون با همسرش می‌آمد نمی‌خواست بگه تا این که در جلسه آخر که تنها آمده بود، فهمیدیم مشکل مالی داشته."

2- بروز اختلاف بین زوجین

برخی از ماماها احتمال بروز اختلاف بین زوجین به علت دخالت بیش از حد برخی مردان در امور، در اثر کسب اطلاعات در زمینه امور بارداری را ذکر کردند. مواردی از بروز مشاجره بین زوجین در مورد تغذیه مادر، نحوه شیردهی و فعالیت در منزل توسط آنان گزارش شد. یکی از ماماها در این مورد گفت:

"برخی زنان می‌گفتند شوهرمان وسواس پیدا کرده است. آقایی نوزاد به بغل با همسرش به مرکز آمدند. از شیردهی نوزاد و وزن‌گیری او سوال کردم و به مادر که سزارین شده بود توصیه کردم که تلاش بیشتری کند و شیر خشک را شروع نکند. آقا فوراً گفت نگفتم تقصیر توست، تو بلد نیستی شیر بدی، برای همین بچه رشد نکرده."

3- افزایش دخالت‌های همسران

برخی از ماماها معتقد بودند که به دلیل اطلاعات کم مردان در مورد زایمان، آماده‌سازی و آموزش مردان در این زمینه ضروری است. همچنین افزایش دخالت‌های همسران به دلیل نگرانی آنان نیز از موارد مورد اشاره توسط برخی ماماها بود. یکی از آنان چنین توضیح داد:

"چون آقایون اطلاعات ندارند احتمالاً دخالت‌هایشان زیاد می‌شود. مثلاً وقتی خانم دردش زیاد باشد ممکنست اصرار کنند که کاری انجام بدهید و دارو بدهید. الان که خانم‌ها تنها هستند تا دردشان زیاد می‌شود می‌گویند بیایید سزارین کنید. اگر شوهرشون هم باشد حتماً شوهر هم فشار می‌آورد. در زایمان‌هایی که در تسهیلات زایمانی داشتیم دخالت‌های مادر و سایر همراهان را شاهد بوده‌ایم. آقایون چون آمادگی آن را ندارند و نمی‌دانند چطور باید سر زایمان همکاری و کمک کنند، حضورشان موجب مشکلاتی خواهد شد."

یکی از ماماها زایشگاه نیز چنین توضیح داد:

مشارکت مردان، اشتیاق و کنجکاوای مردان نسبت به موضوعات مربوط به بارداری بود. از دید آنان مردان حق شنیدن صدای قلب جنین و اطلاع از سلامت مادر و جنین را دارند. در مطالعه مدرس‌نژاد بیشترین نمره نگرش در مردان مربوط به گزینه "مشاهده تولد فرزند یکی از لحظات زندگی مشترک" بود (19).

در مطالعه ما ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری اظهار کردند که مشارکت همسران موجب دریافت خدمات بهداشتی مورد نیاز زنان و تسهیل پذیرش انجام مراقبت‌ها با سرعت بیشتر خصوصاً در مناطق فقیرنشین با نگرش پدرسالارانه می‌شود. در مطالعه کارتر در روستاهای گواتمالا، پدرسالاری دلیل مهمی برای مشارکت دادن مردان در امور مربوط به سلامت زنان بود (1). در مطالعه مولانی در نپال نیز ارائه‌دهندگان مراقبت احساس می‌کردند که ارائه خدمات بهداشتی به زوجین موجب ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و درک بهتر اطلاعات بهداشتی داده شده به زنان باردار می‌شود (14).

تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری مشترک زوجین به عنوان یکی از دلایل مشارکت مردان توسط برخی ماماها عنوان شد. در مطالعه مولانی نیز خودمختاری زنان با مشارکت ضعیف مردان همراه بود در حالی که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین مشارکت مردان و تصمیم‌گیری مشترک زوجین به دست آمد به این معنی که ترغیب تصمیم‌گیری مشترک زوجین در امور مربوط به سلامت خانواده و باروری موجب مشارکت بیشتر مردان می‌شود (20). از دید ماماها مشارکت مردان راهگشای بسیاری از مشکلات فعلی می‌باشد. در این مطالعه ماماها از تجارب خود در مورد تأثیرات مثبت آموزش بر مردان صحبت کردند. تجارب آنان نشان می‌داد که وقتی مردان بیشتر در جریان امور بارداری قرار بگیرند مسئولیت‌پذیری آنان در تنظیم خانواده نیز افزایش می‌یابد و نگرانی مردان در مورد سلامت مادر و جنین کاهش می‌یابد. مطالعات گسترده در دنیا نشان می‌دهد که مردان در مورد مسائل بهداشت باروری نگرانی‌هایی دارند و این امر بر روی تصمیم‌گیری در مورد واکتومی

موثر بوده است به طوری که اغلب آنان علت انتخاب واکتومی را سلامت همسر خود ذکر کرده‌اند (9). در مطالعه مرتضوی، 83 درصد مردان برای بستری کردن همسرشان در زمان زایمان در بیمارستان حاضر بودند و 75 درصد زنان همراهی بالای همسرشان را در مراقبت‌های دوران بارداری گزارش کردند. در حالی که در 77 درصد موارد میزان آگاهی مردان از مشکلات بارداری ضعیف بود اما در 93 درصد موارد مردان از مشکلات و سلامت همسرشان در بارداری اطلاع داشتند. این موارد نشان از علاقه مردان به سلامت بارداری می‌باشد (21). در مطالعه گبورت شیلف در آلمان بیش از 70 درصد مردان شرکت‌کننده در زایمان تمایل داشتند که همسرانشان را حتی طی زایمان‌های سخت و مداخلات جراحی حمایت کنند (22). نتایج بویس نیز نشان داد که پدرانی که اطلاعات کمی در مورد حاملگی و زایمان داشتند، در خطر دیسترس قرار داشتند (23). هم‌چنین ماماها از درخواست‌های زنان باردار برای ارائه توضیحات و توصیه‌ها به همسرشان صحبت کردند. مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد که زنان تمایل دارند که همسرانشان مشارکت داشته و یا دسترسی آنان را به مراقبت حمایت کنند و نیاز آنان را به مراقبت درک کنند (9، 24). هم‌دردی مرد با زن و حمایت روحی روانی از زن در طی لیبر از دیگر دلایل ذکر شده بود که در مطالعه مرتضوی، سیمبر و قدسی نیز توسط زنان باردار مورد تأکید قرار گرفته است (26-24).

ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری موانعی را پیش‌بینی کردند که مهم‌ترین آن کمبود نیروی انسانی، کمبود فضا و ساختار بیمارستان‌ها بود. مسائل فرهنگی (معذب بودن ماما در ارتباط با ارائه خدمات بهداشت باروری به مردان، نگرانی ماماها از سوء برداشت‌های مردان و جامعه) و احساس ناتوانی در آموزش مردان و فقدان مهارت در مشاوره و چگونگی برخورد با موارد خاص مانند اعتیاد مردان، همسرآزاری و غیره نیز یکی دیگر از موانع مهم برشمرده شد که می‌تواند قدم‌های اولیه در این حوزه را خصوصاً در محیط‌های بسته شهرهای کوچک با چالش‌هایی مواجه کند. لذا به نظر می‌رسد که ارائه‌دهندگان مراقبت

بارداری نیاز به آموزش و حمایت‌هایی در این زمینه دارند. مطالعات جهانی مورد بررسی توسط سازمان جهانی بهداشت نیز نشان می‌دهد که ارائه‌دهندگان خدمات نیاز به آموزش‌های اضافی در مورد نحوه برخورد با مردان دارند تا بتوانند با راحتی و صلاحیت با مراجعین مرد کار کنند. در این زمینه ابزارهای آموزشی کمی وجود دارد (9). با این حال تجارب ماماها در این مطالعه حاکی از آن است که شمول مردان در چنین خدماتی کیفیت مراقبت‌ها را بهبود می‌بخشد. آنان تاکید داشتند که به علت دانش کم مردان در این امور، آماده‌سازی‌هایی برای این کار لازم است و پیشنهاد کردند که چند جلسه آموزشی برای مردان در طول بارداری برگزار شود. نتایج مطالعه مولانی در نپال نیز موید همین امر است (14).

ارائه‌دهندگان مراقبت بارداری و زایمان پیامدهای منفی مانند عدم کسب اطلاعات صحیح در حضور مردان، بروز اختلاف بین زوجین و افزایش دخالت‌های همسران را پیش‌بینی کردند که این موارد لزوم آموزش مردان و ارائه‌دهندگان خدمات را روشن می‌کند.

نتایج این پژوهش مسئولین بهداشتی ذیربط در موضوعات بهداشت باروری را نسبت به طراحی برنامه‌های آموزشی برای ارائه‌دهندگان خدمات مامایی قبل از اقدام برای اجرای گسترده این طرح راهنمایی می‌کند تا بتوان با آماده‌سازی ماماها زمینه مناسبی برای موفقیت در برنامه ارتقای مشارکت مردان به دست آورد. در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق کشور با توجه به زمینه‌های فرهنگی متفاوت و شرایط متفاوت فیزیکی محیط‌های مراکز بهداشتی و زایشگاه‌ها باید احتیاط نمود. همچنین مطالعه دیگری به منظور بررسی تجارب پزشکان اعم از پزشکان عمومی و متخصصین زنان که در ارتباط نزدیکی با زنان باردار می‌باشند توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

دلایل مطرح شده توسط ماماها حاکی از نگرش مثبت آنان نسبت به مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری

و زایمان است و نویدبخش آمادگی آنان برای پذیرش آن و امکان‌پذیر بودن آن است. اما با توجه به نگرانی‌های ماماها و وجود موانع فرهنگی در این زمینه به خصوص در شهرهای کوچک، آماده‌سازی و آموزش ماماها ضروری است. از مقدمات انجام این طرح تغییر سیاست‌های مراکز بهداشتی و درمانی، فراهم کردن پرسنل کافی و ایجاد فضای کافی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نگارش مقاله حاضر با استفاده از نتایج طرح تحقیقاتی انجام شده توسط پژوهشگر به شماره 8823 بوده و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و سبزوار و با همکاری سرکار خانم پرویزی مسئول بهداشت خانواده در مرکز بهداشت سبزوار و سرکار خانم زارع مسئول بخش زایمان بیمارستان شهیدان مینی انجام شد. محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

منابع

1. 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):437-50.
2. Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(3):149-56.
3. Teitler JO. Father involvement, child health and maternal health behavior. *Children and Youth Services Review*. 2001;23(4-5):403-25.
4. 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(6):595-602.
5. Garfield CF, Isacco A. Fathers and the well-child visit. *Pediatrics*. 2006;117(4):637-45.
6. United Nation Population Fund (UNFPA). International conference on population and development; 1994 September 2-3; Cairo, Egypt. [Cited 2009]; Available from: <http://www.unfpa.org/public/icpd>.

7. United nation Population fund (UNFPA). Enhancing men's roles and responsibilities in family life. A new role for men. [Cited 2009]; Available from: <http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm>.
8. Greene EG, Mehta M, Pulrwitz J, et al. 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. [Cited 2009]; Available from: http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf.
9. World Health Organization. Programming For Male Involvement In Reproductive Health. Report of the meeting Of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO; 2001 September 5-7; Washington DC, USA. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO>.
10. Diemer GA. Expectant fathers: influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Research in nursing & health*. 1997;20(4):281-93.
11. Green CP, Chohen SI, Belhadj-El Ghouayel H, Activities UNFFP, Fund UNP. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health: United Nations Population Fund New York; 1995.
12. Lee RB. Men's involvement in women's reproductive health projects and programmes in the Philippines. *Reproductive Health Matters*. 1999;7(14):106-17.
13. Molzan Turan J, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters*. 2001;9(18):114-25.
14. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11):2798-809.
15. Carter MW. 'Because he loves me': Husbands' involvement in maternal health in Guatemala. *Culture, health & sexuality*. 2002; 4(3): 259-79.
16. Khan M, Khan I, Mukerjee N. Involving men in safe motherhood. *Journal of Family Welfare*. 1997;43:18-30.
17. Strauss AI, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 2 ed. Newbery Park: Sage Publications; 1998.
18. Mehrdad N. Content Analysis. In: Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. qualitative research: Tehran: Boshra Publication; 2008.p. 253-6.
19. Modares N, 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. Mullany BC, Hindin MJ, Becker S. Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal? *Social Science & Medicine*. 2005;61(9):1993-2006.
21. Mortazavi F, Keramat A. [The study of male involvement in prenatal care in Shahroud and Sabzevar]. *Qum Medical University J* 2011; In press.[Persian].
22. Geburtshilfe DM. Fathers in the labor room. *Perinatol*. 1993; 197(4): 195-201.
23. Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-Time Fathers' Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(9):718-25.
24. Mortazavi F, Mirzaii KH. [Concerns and expectations towards Husband's involvement in prenatal and intrapartum care - A qualitative study]. *Payesh* 2011. In press.[Persian].
25. Simbar M, Nahidi F, Ramezani TF, Ramezankhani A. [Fathers' Educational Needs about Perinatal Care: A Qualitative Approach]. *Hakim Research Journal* 2009; 12:19-31.[Persian].
26. Ghodsi Z, Hakemzadeh F. [Maternal experience of painless delivery with En2nox in women referring to Taamin Ejtemae Hospital of Hamedan in 2009: A phenomenological study]. *Arak Medical University Journal*.2011; 14(54): 78-86.[Persian].