مقـــاله تحقیقی

# مطالعه تطبیقی نحوه ی مشارکت مردان در برنامه مراقبت مادر و کودک کشورهای توسعه یافته منتخب و ایران

مژگان نینوایی[1*]، رضا بشارتی[2]

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشکده مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نشانی الکترونیک:
mjgn.neinavaie@yahoo.com

## چکیده

**زمینه:** ارتقاء کیفیت مراقبت مادر و کودک همچنان در اولویت اول کشورهای جهان قرار دارد. کنفرانس بین‌المللی جمعیت توسعه و کنفرانس بین‌المللی زنان توجه جهانی را به اهمیت نقش مردان در بهداشت مادر و کودک عنوان کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که مردان باید نیمی از معادله بهداشت مادر و کودک به‌حساب آیند و تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت زنان و کودکان دارند. هدف از پژوهش حاضر مطالعه نحوه مشارکت مردان در برنامه مراقبت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ایران می‌باشد.

**روش کار:** این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با روش توصیفی تطبیقی، مقطعی در سال ۱۳۹۹ انجام‌شده است. کشورهای منتخب شامل ده کشور توسعه‌یافته در زمینه سلامت مادر و کودک از قاره‌های آسیا، اروپا و استرالیا و ابزار گردآوری داده‌ها شامل فیش کارت و جدول تطبیقی بوده است. مؤلفه‌های پژوهش پس از بررسی اولیه و استناد به پژوهش‌های قبلی شامل مرخصی پدران، حضور همسر در کلاس‌های آموزشی قبل از زایمان و در هنگام زایمان بوده است.

**یافته ها:** مشارکت مردان در برنامه سلامت کشورهای توسعه‌یافته به صورت‌های مختلف پیش‌بینی‌شده و با پرداخت حقوق اجرایی می‌شود. مدت این مرخصی‌ها در کشورها متفاوت بوده و گاه تا دوازده‌سالگی کودک ادامه دارد. تمهیدات ساختاری خاصی برای حضور همسر در اتاق زایمان و کلاس‌های قبل از زایمان در همه مراکز دولتی و خصوصی پیش‌بینی شده است.

**نتیجه گیری:** هر سه مؤلفه مورد بررسی در کشورهای توسعه‌یافته منتخب به صورت کاملاً روشن پیش‌بینی و اجرایی شده است. از آنجا که اهمیت مشارکت مردان در مطالعات به اثبات رسیده و توسط سازمان بهداشت جهانی به آن توصیه شده است، فراهم‌سازی زیرساخت‌های اجرایی آن در ایران توسط دولت می‌تواند نقش قابل‌توجهی در ارتقای سلامت مادر و کودک داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** مشارکت مردان، مراقبت مادر و کودک، کشورهای توسعه‌یافته

## مقدمه

ارتقاء کیفیت مراقبت از مادر و نوزادان همچنان در اولویت اول جهان قرار دارد (۱). در سال ۲۰۱۷ مرگ‌ومیر مادران در دنیا ۳۸% نسبت به سال ۲۰۰۰ کاهش‌یافته یعنی به حدود ۳۴۲ در صد هزار تولد زنده رسیده است. نرخ سالانه کاهش جهانی مرگ مادران بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷، ۲/۹% بوده است (۲).

نسبت مرگ‌ومیر زنان در سن باروری به علت زایمان در سال ۲۰۱۷، ۲۶/۳% کمتر از سال ۲۰۰۰ بوده که بیش‌ترین کاهش در جنوب آسیا با ۵۹/۲% بوده است. ایران مرگ‌ومیر مادران را از ۴۸ مورد در سال ۲۰۰۰ به ۱۶ مورد در سال ۲۰۱۷ کاهش داده است (۲).

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره در سال ۱۹۹۴ و کنفرانس بین‌المللی زنان در سال ۱۹۹۵ در پکن توجه جهانی را به اهمیت نقش مردان در بهداشت مادران و کودکان معطوف کردند (۳ و۴).

مردان در سلامت خانواده ذینفع هستند و باید نیمی از معادله بهداشت مادر و کودک به‌حساب آیند (۵ و ۶). اهمیت مردان در مراقبت بهداشت مادران و کودکان (MCH)[۱] نه‌تنها به عنوان شریک جنسی، بلکه به عنوان افرادی است که تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت زنان و کودکان دارند (۷ و ۸). مطالعات متعددی تأثیر مثبت مشارکت همسران را در خدمات مراقبت‌های بهداشتی مادران گزارش داده‌اند (۹ و ۱۰ و ۱۱).

مشارکت مردان در خدمات MCH باعث تسهیل تعامل با کارکنان خدمات بهداشتی درمانی شده و فرصتی برای دستیابی به آموزش بهداشت و دسترسی به خدمات درمانی را فراهم می‌آورد (۸). این امر در جلوگیری از انتقال بیماری به همسر و فرزندان متولد نشده تأثیر بسیار مهمی دارد. افزایش آگاهی، مردان را قادر می‌سازد تا برای همسر و فرزندان خود تصمیم‌های بهداشتی درمانی مناسب‌تری بگیرند (۸ و ۱۲). تصمیماتی از قبیل کمک به زنان در دسترسی و جستجوی امکانات بهداشتی درمانی و استفاده از روش‌های مناسب تنظیم خانواده (۱۳). با حضور مردان در هنگام دریافت خدمات بهداشتی درمانی مادر باردار، آگاهی در مورد علائم خطر زایمان و همدلی بین همسران افزایش می‌یابد (۱۴) که منجر به کاهش بار کاری مادر در دوران بارداری و حضور بیشتردر مراقبت‌های بعد از زایمان می‌شود. پیامد طولانی مدت آن نیز، بهبود تغذیه شیرخواران، ایمن‌سازی کودکان و مراقبت از بیماری در دوران کودکی و کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان می‌باشد (۱۵ و ۱۴ و ۱۶). همچنین با مراقبت‌های قبل از تولد مادران، احتمال زایمان در تسهیلات بهداشتی و استفاده از کنتراسپشن افزایش یافته، زمان بهبودی بعد از سقط کوتاه و همچنین کاهش انتقال HIV مادر به کودک را به همراه دارد (۹ و ۱۰ و ۱۱).

مردان تمایل دارند که در خانواده‌ها تصمیم‌گیرنده باشند و معمولاً استفاده از داروهای ضدبارداری، فراهم سازی مواد غذایی، بار کاری منزل، حمایت مالی همسر، رفت‌وآمد و زمان مجاز حضور زنان در مراکز بهداشتی در اختیار آن‌ها قرار دارد. علاوه بر این، رفتار مردان در خانواده بر سلامت زنان و فرزندان تأثیر دارد. با این وجود اغلب مردان قادر به مشارکت در برنامه‌های مراقبتی همسران خود نیستند زیرا در برنامه‌ریزی آموزش سلامت باروری و خدمات MCH پیش بینی نشده‌اند (۱۷).

درکشورهای توسعه‌یافته برای مدیریت سلامت مادران و کودکان قانون مرخصی برای والدین کارمند وجود دارد (۱۸). همراه زایمان، فردی است که به زن هنگام زایمان مجموعه‌ای از حمایت‌ها را ارائه می‌کند. این عمل ممکن است توسط همسر، عضوی از خانواده، دوست، دولا یا کارکنان بهداشتی ارائه شود. وجود همراه یکی از مؤلفه‌های مهم مراقبت از مادران است و اخیراً به عنوان بخشی از توصیه‌های WHO[۲] در مورد مراقبت‌های زایمان برای ایجاد تجربه مثبت زایمان توصیه‌شده و به عنوان یکی از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی برای بهبود کیفیت مراقبت از مادران و نوزادان در برنامه‌ریزی مراکز بهداشتی درمانی گنجانده‌شده است (۱۹ و ۲۰). مردان به علت حق تصمیم‌گیری و پشتیبانی اقتصادی در آمادگی زایمان مادران شریک هستند، ولی معمولاً در زمان زایمان به علت موانع فرهنگی حضور ندارند (۲۱). نادیده گرفتن مردان در برنامه‌های ارتقاء سلامت و مراقبت مادر توسط سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مجریان خدمات بهداشتی، تأثیر جدی بر سلامت زنان و عدم موفقیت این برنامه‌ها داشته است (۲۲). مشارکت مردان در چشم‌انداز بلندمدت در برنامه مادر ایمن هنوز ناکافی است (۲۳). در کشورهای درحال‌توسعه، مشارکت همسر در مراقبت‌های بهداشتی مادران بسیار کم است (۲۴). در زمینه بهداشت مادر و کودک، مطالعات تطبیقی و پژوهش‌های متعددی انجام‌شده ولی در زمینه مشارکت مردان، مطالعات داخلی محدود به موانع و میزان مشارکت می‌باشد و تاکنون پژوهشی به این مضمون انجام نگردیده است.

با توجه به اهمیت حضور مردان در برنامه‌های سلامت مادر و کودک و حضور کمرنگ آن‌ها در برنامه‌های فعلی وزارت بهداشت ایران، انجام مطالعه تطبیقی کشورهای توسعه‌یافته می‌تواند به بررسی و شناسایی ابعاد مشارکت کمک کرده و مولفه های آن را در برنامه‌های بهداشتی واداری کشور لحاظ کرد. هدف از پژوهش حاضر تعیین مؤلفه‌هایی برای مشارکت مردان در زمینه سلامت مادر و کودک در کشور است تا در برنامه‌ریزی‌های استراتژیک سلامت مادر و کودک به کار گرفته شوند.

۱. Maternal and child health care

۲. World Health Organization

جدول ۱- مقایسه میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه‌یافته منتخب (۲۰۱۷) (۲)

| کشور / شاخص | سوئد | نروژ | سنگاپور | فنلاند | ایتالیا | ایسلند | ژاپن | استرالیا | اتریش | بلاروس | ایران |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MMR(مرگ مادران) میانگین در صد هزار تولد زنده | ۴ | ۵ | ۱۰ | ۳ | ۴ | ۳ | ۵ | ۶ | ۴ | ۴ | ۲۵ |
| IMR(مرگ شیرخواران) میانگین در هزار تولد زنده | ۲/۳ | ۲/۱ | ۲/۲ | ۱/۹ | ۲/۹ | ۱/۶ | ۱/۹ | ۳ | ۲/۹ | ۲/۸ | ۱۲/۸ |

## روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با روش توصیفی تطبیقی، مقطعی در سال ۱۳۹۹ انجام‌شده است. حوزه پژوهش شامل تسهیلات مربوط به مشارکت مردان در خدمات سلامت مادران و کودکان در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ایران می‌باشد. برای بررسی وضعیت موجود در ایران کلیه مستندات و مدارک از سال ۱۳۹۰ تاکنون بررسی‌شده‌اند. برای بررسی وضعیت کشورهای منتخب نیز گزارش‌های رسمی منتشرشده از سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی از سال ۲۰۱۰ میلادی به بعد، وب‌سایت‌های مرتبط، کتب و مقالات در دسترس موردمطالعه قرارگرفته است.

### مراحل پژوهش به شرح زیر بوده است:

مرحله‌ی اول- انجام مطالعه‌ی مروری به منظور انتخاب کشورهای توسعه‌یافته دنیا در زمینه سلامت مادر و کودک با استفاده از شاخص‌های سلامت مادر و کودک (MMR[3], IMR[4]) از طریق سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف برای شناسایی و مقایسه‌ی شاخص‌های مرتبط در جهان.

مرحله دوم- مطالعه مروری برای انتخاب مؤلفه‌ها و ابعاد مورد بررسی در زمینه مدیریت مشارکت مردان در سلامت مادران و کودکان در بیست کشور توسعه‌یافته جهان (مرگ‌ومیر مادران کمتر از ۱۲ در صد هزار تولد زنده و مرگ‌ومیر شیرخواران کمتر از ۵ در هزار تولد زنده)

مرحله‌ی سوم- انتخاب کشورهای توسعه‌یافته برای مطالعه‌ی تطبیقی (۱۰ کشور) با معیارهای محدودتر از مرحله دوم (مرگ‌ومیر مادران کمتر از ده در صد هزار تولد زنده و مرگ‌ومیر شیرخواران کمتر از سه در هزار تولد زنده)

مرحله‌ی چهارم- انجام مطالعه‌ی کتابخانه‌ای (مطالعه‌ی کیفی) در ایران و کشورهای منتخب در زمینه مؤلفه‌های انتخاب شده در مرحله دوم و استخراج اطلاعات

مرحله پنجم- تشکیل ماتریس تطبیقی و نتیجه‌گیری

کشورهای مورد مطالعه شامل کشورهای توسعه‌یافته و موفق در زمینه خدمات سلامت مادر و کودک بوده‌اند. ابتدا آمار این کشورها بر اساس شاخص‌های بهداشت مربوطه از سایت سازمان جهانی بهداشت گرفته شد. سپس به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (از قاره‌های آسیا، اروپا و اقیانوسیه) سه خوشه انتخاب‌شده و از بیست کشور پیشرو در این زمینه بر اساس شاخص‌های سلامت برتر و موجود بودن اطلاعات در دسترس این قاره‌ها، ده کشور انتخاب شدند. کشورهای منتخب شامل ژاپن، سنگاپور، سوئد، فنلاند، نروژ، ایتالیا، ایسلند، استرالیا، اتریش و بلاروس بوده که شاخص‌های سلامت مادر و کودک آن‌ها در جدول ۱ نشان داده‌شده است. معیارهای ورود کشورها به مطالعه، شاخص‌های پایه سلامت مطلوب و در دسترس بودن اطلاعات بهداشتی در سایت معتبر به زبان انگلیسی بوده است. معیار خروج از مطالعه شاخص‌های بیش از مقادیر ذکر شده برای سلامت مادر و کودک و عدم دسترسی به اطلاعات یا وجود اطلاعات به زبان غیر انگلیسی بوده است. میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه‌یافته منتخب در جدول یک نشان داده‌شده است.

دامنه‌ی پژوهش نوع بسته‌ی خدمتی ارائه‌شده برای مردان توسط دولت و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت مادران (در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان) را در برمی‌گیرد و خدماتی از قبیل خدمات بهداشتی برای مادر و کودک بدون مشارکت همسر و به غیر از دوران بارداری و پس از تولد را شامل نمی‌گردد. مؤلفه‌های پژوهش پس از بررسی اولیه و همچنین استناد به پژوهش نینوایی و همکاران (۱۳۹۴) استخراج شد که شامل مرخصی پدران، کلاس‌های آموزشی بارداری با حضور همسران و حضور همسر در هنگام زایمان بوده است (۲۵). ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فیش کارت و جدول تطبیقی بوده است. مؤلفه‌های موردبررسی در جدول ۲ نشان داده‌شده‌اند.

در مرحله‌ی مطالعه‌ی تطبیقی داده‌ها از طریق مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، سازمان بهداشت جهانی و وزارتخانه‌های متولی خدمات بهداشت مادر و کودک و رساله‌های دکتری، بهره‌گیری از اینترنت، جمع‌آوری و جستجوی مقالات در پایگاه‌های

۳. Infant Mortality Ratio
۴. Maternal Mortality Ratio

جدول ۲– مؤلفه‌های مورد بررسی مشارکت مردان در سلامت مادر و کودک مستخرج از اطلاعات کشورهای توسعه‌یافته (۲۵)

| | مؤلفه | زیرمولفه | توضیحات |
|---|---|---|---|
| ۱ | سیاست مرخصی کارمندان | مرخصی پدران | برای پدران شاغل در ماه‌های اول بارداری یا بعد از زایمان است. دوره‌های مرخصی زایمان پدران بسیار کوتاه‌تر از دوره مرخصی زایمان و معمولاً با دریافت دستمزد کامل است. |
| | | مرخصی والدین | معمولاً مکمل مرخصی زایمان است، در همه کشورها وجود ندارد. دریافت کمک‌هزینه در ایام مرخصی والدین با فقط یکی از والدین است (به‌جز دوره کوتاه پس از زایمان). |
| | | مرخصی مراقبت در منزل (مرخصی برای مراقبت از کودک یا فرزند پروری) | مرخصی که بعضاً مرخصی والدین را شامل می‌شود و تا دو سه‌سالگی کودک حداقل یکی از والدین در خانه می‌مانند و از او مراقبت کنند. مرخصی مراقبت در منزل کمتر از سه نوع مرخصی دیگر وجود دارد و فقط در اقلیت کشورهای OECD[1] ارائه می‌شود و غالباً بدون حقوق هستند. |
| ۲ | کلاس‌های آموزشی با حضور همسر | کلاس‌های آموزشی پریناتال و آمادگی زایمان | - |
| ۳ | حضور همراه یا همسر هنگام زایمان | حضور همراه (همسر، اقوام، دوست، ماما) | - |

۱. Organization for Economic Co-operation and Development

اطلاعات علمی با فیش‌برداری انجام‌گرفته است. به علاوه دستورالعمل‌های کشورهای منتخب از سایت وزارت بهداشت کشور مربوطه و آمارهای بهداشتی از سایت WHO گرفته‌شده است.

ملاحظات اخلاقی: با ذکر نام کامل از منابع مطالعات استفاده‌شده، حقوق مؤلفین و منابع حفظشده و در انتشار و ارائه مطالب، به خوبی به نویسنده یا نویسندگانی که از اطلاعات و یا نوشته‌ی آن‌ها به‌طور مستقیم استفاده‌شده، ارجاع داده‌شده است.

## نتایج

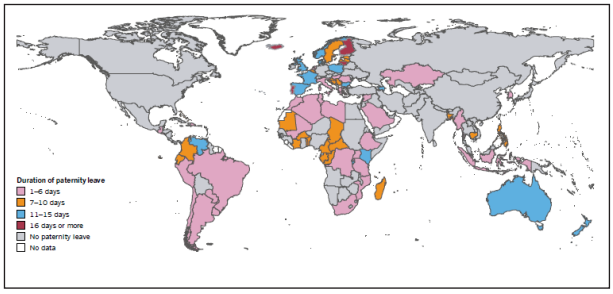
با توجه به آن در کل مناطق دنیا ۵۳% کشورها بدون قانون مرخصی پدران بوده ،۲۱% مدت مرخصی بین ۱–۶ روز ،۱۵% بین ۷–۱۰ روز ،۸% بین ۱۱–۱۵ روز و ۳% بیش از ۱۶ روز بوده است. در خاورمیانه ۸۰% کشورها بدون قانون مرخصی پدران هستند و ۲۰% بقیه کشورها مرخصی بین ۱–۶ روز دارند. مرخصی‌های بیشتر از این مقدار در خاورمیانه وجود ندارند.

در آسیا ۷۰% کشورها بدون قانون مرخصی پدران هستند ،۱۲% بین ۱–۶ روز و ۱۸% بین ۷–۱۰ روز مرخصی پدران دارند.

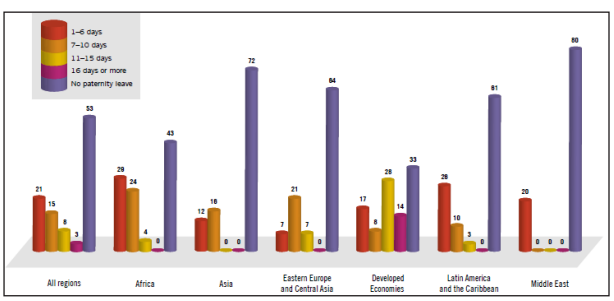
در جدول ۳ و ۴ ماتریس تطبیقی نحوه‌ی مشارکت مردان در مراقبت‌های مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ایران نشان داده شده است (۱۸).

با توجه به جدول شماره ۳، مدت مرخصی پدران بعد از زایمان همسر از یک روز در ایتالیا تا ۹۰ روز در ایسلند متغیر بوده است.البته در کشورهای ژاپن، اتریش، بلاروس و نروژ مرخصی پدران وجود ندارد. حقوق دوران مرخصی پدران بعد از زایمان همسر از حداقل دستمزد ایالت در استرالیا تا صد درصد دستمزد در ایتالیا و سنگاپور متغیر بوده است.

در شکل ۱، مدت مرخصی پدران در کشورهای دنیا نشان داده‌شده است




نمودار ۱– درصد طول مدت مرخصی پدران (۲۰۱۳) در ۱۶۷ کشور دنیا (۱۸)



جدول ۳– ماتریس تطبیقی نحوه مرخصی مردان و والدین در سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ایران ۲۰۱۷(۱۸)

| متغیر / کشور | مدت مرخصی پدران بعد از زایمان همسر | حقوق در دوران مرخصی بعد از زایمان همسر(درصدی از حقوق معمول) | مدت مرخصی مشترک والدین | حداکثر استفاده از مرخصی والدین(نسبت به سن کودک) | نحوه پرداخت حقوق در زمان مرخصی والدین | سن کودک برای مرخصی مراقبت در منزل والدین |
|---|---|---|---|---|---|---|
| سوئد | ۱۰ روز | ٪۷۷/۶ | ۸۰ هفته مشترک والدین | ۱۲ سالگی | ۹۰ روز اول ٪۷۷/۶ درآمد و مابقی با رعایت سقف پرداختی | - |
| نروژ | - | - | ۱۰ هفته | سه‌سالگی | ٪۱۰۰ درامد تا ۴۶ هفته، ٪۸۰ درآمد تا ۵۶ هفته | دوسالگی |
| سنگاپور | ۷ روز | ٪۱۰۰ | - | یک‌سالگی | ۸۰ درصد | - |
| فنلاند | ۵۴ روز کاری | ٪۸۰ | ۲۶ هفته هر والد | سه‌سالگی | ٪۷۰ درآمد در چند قلوبی به ازای هر فرزند ۶۰ روز اضافه | ۳ سالگی |
| ایتالیا | یک روز | ٪۱۰۰ | ۲۶ هفته هریک از والدین | تا ۱۲ سالگی | ٪۳۰ درآمد | - |
| ایسلند | ۹۰ روز | ٪۸۰ | ۱۳ هفته با پرداخت برای یکی از والدین+ ۱۳ هفته بدون پرداخت (هر والد) | دوسالگی | ٪۸۰ | ۸ سالگی |
| ژاپن | - | - | ۵۲ هفته هریک از والدین | یک‌سالگی | ٪۵۰ | - |
| استرالیا | دو هفته | حداقل دستمزد ایالت | ۵۲ هفته تا ۱۸ هفته با پرداخت حقوق (یکی از والدین) | دوسالگی | حداقل حقوق ایالت | - |
| اتریش | - | - | ۱۰۴ هفته هر یک از والدین | دوسالگی | از طریق کمک‌هزینه تربیت فرزند | - |
| بلاروس | - | - | ۱۵۶ هفته | سه‌سالگی | ٪۸۰ | - |
| ایران | متغیر | متغیر | - | - | - | - |

جدول ۴– ماتریس تطبیقی حضور همسر در کلاس‌های آموزشی مادران و زایمان در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ایران ۲۰۱۷(۱۸)

| کشور / شاخص | سوئد | نروژ | سنگاپور | فنلاند | ایتالیا | ایسلند | ژاپن | استرالیا | اتریش | بلاروس | ایران |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| کلاس‌های آموزشی با حضور همسر | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | برخی مراکز |
| حضور همسر در اتاق زایمان | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | دارد | برخی مراکز |

مدت مرخصی والدین بعد از زایمان از ده هفته در نروژ تا ۱۵۶ هفته در بلاروس متغیر بوده است که در سنگاپور وجود ندارد.

حداکثر استفاده از مرخصی والدین(نسبت به سن کودک) تا یک‌سالگی در ژاپن و سنگاپور و تا ۱۲ سالگی در ایتالیا و سوئد متغیر است.

علاوه بر موارد فوق مرخصی با عنوان مراقبت از کودک در منزل تنها در سه کشور نروژ، فنلاند و ایسلند وجود دارد.

در ایران مرخصی پدران در موارد کم و بی‌الزام قانونی در برخی ادارات و در زمان‌هایی خاص دیده‌شده است.

با توجه به جدول ۴ حضور همسر در کلاس‌های آموزشی مادران و زایمان در تمام کشورهای توسعه‌یافته منتخب موردمطالعه وجود داشته است و در ایران به صورت موردی در برخی مراکز دیده‌شده است.

## بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش مشخص‌شده است که ابعاد موردبررسی پژوهش در زمینه مشارکت مردان در مدیریت خدمات سلامت مادران در اکثر کشورهای توسعه‌یافته منتخب بسیار پررنگ و قانونی می‌باشد. اولین کشوری که به‌طور قانونی حق مردان برای گرفتن مرخصی والدین را برقرار کرد، نروژ بود. در اوایل دهه نود این تصمیم گرفته شد که هم مادران و هم پدران می‌توانند مرخصی والدین بگیرند (۱۸). ایسلند و فنلاند بیش‌ترین میزان مرخصی پدران با دریافت حداکثری حقوق را در اروپا داشته‌اند. در بقیه کشورها نظیر نروژ، اتریش، بلاروس و ژاپن مرخصی پدران تعریف قانونی نشده است ولی در عوض مرخصی قابل‌توجهی برای والدین و مراقبت در منزل برای کودکان تا سنین خاصی پیش‌بینی‌شده است. در ایتالیا این مرخصی‌ها تا رسیدن کودک به سن ۱۲ سالگی ادامه‌دارند. منابع تأمین مالی این مرخصی‌ها در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر از تأمین اجتماعی است درحالی‌که در کشورهای آسیایی دارای این مرخصی، منابع مالی با تکیه‌بر کارفرما صورت می‌گیرد. در اکثر کشورهای درحال‌توسعه و یا توسعه‌نیافته نظیر امریکای جنوبی و افریقا چنین تسهیلاتی وجود ندارد (۱۸). با توجه به سیاست‌های دولت‌ها در اجرای مرخصی برای والدین، در ایران تنها قانون مرخصی کارمندان برای پدران است که با توجه به یافته‌ها به صورت هماهنگ اجرایی نشده و مرخصی والدین و مراقبت در منزل پیش‌بینی‌نشده است.

طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی در مورخه ۱۳۹۱/۱۲/۶ مرخصی زایمان برای پدران دو هفته تعیین‌شده بود؛ اما این مصوبه به دلیل عدم پیش‌بینی محل تأمین بار مالی اجرای آن، مورد ایراد شورای نگهبان قرار گرفت و برای اصلاح به مجلس بازگردانده شد. تناقض‌هایی که در رابطه با اجرای قانون مرخصی زایمان پدران وجود داشت باعث شد دیوان عدالت اداری در تاریخ چهارم اسفندماه سال ۱۳۹۳ رأیی در خصوص ابطال مرخصی دوهفته‌ای تشویقی مردان در زایمان همسر صادر کند. در این رأی آمده است: شرط استفاده از مرخصی دوهفته‌ای تشویقی مردان در زایمان، اشتغال همسر آن‌هاست. به عبارت دیگر، این مرخصی دوهفته‌ای تنها به پدرانی تعلق می‌گیرد که همسر آن‌ها شاغل باشد و قابل‌تعمیم به همه کارمندان مرد نیست؛ اما در سال ۱۳۹۶ مدت این مرخصی برای آقایانی که در قوه قضاییه، مقننه و مجریه کار می‌کنند از ۱۴ روزبه ۳ روز کاهش یافت؛ اما آقایان شاغل در سایر بخش‌ها و شغل‌ها این مرخصی همان ۱۴ روز می‌باشد (۲۶). در عمل در اجرای مرخصی پدران قانون واحدی در ایران اجرا نمی‌شود. این در حالی است که مطالعات متعدد نیز وجود مرخصی پدر را در فراهم آوری شرایط بهتر برای رسیدگی به سلامت مادر و کودک مورد تائید قرار داده‌اند. در مطالعه فتح نژاد کاظمی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شده که مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری اثرات مثبتی بر پیامد مادر و کودک دارد اما با وجود نگرش مثبت زوجین به مشارکت مردان، موانعی مانند عدم آگاهی و نقش تعریف‌نشده آن‌ها در مورد مراقبت‌های بارداری، مسائل اقتصادی، فرهنگی و مشکلات مربوط به سیستم بهداشتی سد راه مردان جهت همکاری در مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشند (۲۷). در مطالعه علی مرادی و همکاران، مشغله کاری زیاد به عنوان مانعی برای مشارکت مطرح شده و اکثر نمونه‌ها با استفاده مردان از مرخصی‌های دوران بارداری موافق بودند (۲۸).

در این پژوهش تمام کشورهای توسعه‌یافته منتخب دارای زیرساخت پذیرش و همراهی همسران در کلاس‌های آمادگی زایمان و پریناتال بودند. در مطالعات خارجی دلایل عدم همراهی و مشارکت مردان در این کلاس‌های آموزشی بررسی‌شده است. در این مطالعات مسائل بهداشتی مادران معمولاً به عنوان موضوعات زنانه تلقی می‌شود. نتایج تحقیقات Jooste و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده که عدم آگاهی در مورد مسائل بهداشتی مادر منجر به عدم مشارکت و ترس همسران شده است. مردان هنگام حضور در کلینیک‌ها با همسران خود همراهی نمی‌کنند و یا به‌طور کامل در هنگام زایمان و آموزش همسران خود شرکت نمی‌کنند، زیرا نوع خدمات ارائه شده در کلینیک و نوع انتظارات از خود را نمی‌دانستند. همسران فقط در زمینه رفت‌وآمد به مراکز بهداشتی کمک کرده وکارهای کوچک را در خانه که ممکن است زمان بارداری برای مادر سخت باشد انجام می‌دهند (۲۹).

Ditekemena و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که افراد به خاطر روال طولانی فرآیند اداری، باید مدت طولانی قبل از دریافت خدمات مراقبت بارداری صبر کنند. مردان کارمند، معمولاً قادر به گذراندن کل روز در کلینیک نیستند در ضمن، با وجود علاقه زیاد به همسر و تلاش آن‌ها برای حمایت از سلامت بارداری، به نظر می‌رسد کمبود آگاهی مردان مانع مهم در مشارکت بوده است (۳۰).

در پژوهش‌های دیگر فرهنگ و عوامل زمینه‌ای، مانند سن پدر، قومیت، تحصیلات و الگوهای تصمیم‌گیری در خانواده، از دیگر عوامل مؤثر در مشارکت مردان در مراقبت‌های بهداشتی مادران است (۳۱ و ۳۲ و ۳۳ و ۳۴).

Theuring و Msellati (۲۰۰۹) مشاهده کردند که مردان از خدمات درمانی زن محور عبور کرده ولی با موانع فرهنگی و ساختاری مانند اتاق زایمان یا معاینه مشترک با زنان دیگر مواجه

می‌شوند؛ بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات گاهی نقش مهمی در موانع مشارکت آقایان در مراقبت بهداشتی مادران دارند (۳۵ و ۳۶). از نظر Kululanga (۲۰۱۱) وضعیت اشتغال همسر از عوامل دیگر عدم مشارکت است. برای مشارکت شریک زندگی، مسافت‌های کوتاه محل کار تا خانه ضروری است و اگر زایمان اتفاق بیفتد، ممکن است همسر در دسترس نباشد. از دیگر موانع، حضور بیشتر زنان بدون همسر در کلینیک‌ها و عدم همراهی همسر توسط همه مراجعین است که حضور مرد را در اجتماع زنان محدود می‌سازد (۳۷).

دن و همکارانش (۲۰۱۴) پدر ایده‌آل را فردی که به راحتی در دسترس و قابل‌دسترسی بود توصیف کردند. در پژوهش‌ها اکثر آقایان مایل به آموزش در مورد نقش‌های مورد انتظار خود در دوران بارداری و زایمان و مشتاق حمایت از همسران خود بودند ولی سیستم بهداشت و درمان ناخواسته، ارعاب آور و محدودیت زا بوده است (۳۸).

Kinanee (۲۰۱۱) سایر موانع مشارکت همسر را شرم از یادگیری در مورد بارداری، تعهدات شغلی، محدودیت بیمارستان در مورد ورود همسر به بیشتر قسمت‌های محوطه بیمارستان و موانع ارتباطی بین زن و همسر دانسته است (۳۹).

در ایران نیز متأسفانه به دلایل فوق این مشارکت پایین است. راهکارهای زیر به منظور تسهیل در ارتقاء مشارکت همسر و پرداختن به عواملی که در عدم مشارکت شرکای مرد در خدمات درمانی مادر کمک می‌کند، توصیه شده است.

در تسهیل مشارکت مردان، کادر بهداشتی باید به اهمیت مشارکت فعال همسر در خدمات بهداشتی و درمانی مادر ایمان داشته باشند. به عنوان مثال، حضور همسر در مراکز بهداشتی درمانی مادران باعث کمک به درک مشکلات و نیازهای آن‌ها و درک بیشتر خانواده و جامعه می‌شود. کلینیک‌های موجود باید روش‌های خلاقانه‌ای را برای اجرای سیاست مشارکت مردان در بارداری و زایمان ارائه کنند تا بتوانند افرادی را که مشتاق مشارکت در مراقبت‌های بهداشتی شرکای خود هستند، جلب کنند. این موارد شامل آموزش سلامت در مورد نقش‌های مورد انتظار در دوران بارداری و زایمان برای مردانی است که همسران خود را به کلینیک‌های قبل از تولد می‌رسانند. این کلینیک باید به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در امر مراقبت آموزش دهد و اتاق‌هایی برای انتظار مردان پیش‌بینی‌شده باشد در این کلینیک ها با توجه به آموزش در مورد نیازهای بهداشتی و نقش‌های خاص در بارداری و زایمان، اطلاعاتی به همسران ارائه می‌شود و اهمیت این نقش‌ها در نتایج مثبت بارداری نشان داده می‌شود. چنین اقداماتی باعث افزایش مشارکت مردان، افزایش اطلاعات، آموزش و ارتباطات در زمینه‌های مربوط به بهداشت مادران و همچنین اشتراک اطلاعات غیررسمی در همسالان می‌شود. از آقایان می‌توان برای مشارکت در مراقبت‌های بهداشتی مادران دعوت به عمل آورد تا از تجربیات خود به همسالان گزارش داده و آن‌ها را به حضور تشویق کنند.

عوامل فرهنگی به عنوان موانع مشارکت مردان شناخته شده است. مطالعات حاکی از درک منفی نسبت به مردانی است که در مراقبت مادران شرکت می‌کنند. برای دستیابی به اهداف بهداشتی، مداخلات مؤثر در بهداشت باید اعتقادات و آداب و رسوم سنتی را در نظر بگیرند. ماماها باید از نظر فرهنگی هماهنگ باشند و بتوانند از بیمارانی که در هنگام مراقبت از مادر متعلق به فرهنگ‌های مختلف هستند مراقبت و با آن‌ها ارتباط برقرار کنند (۴۰). نتایج پژوهش ملکی و فقیه زاده (۱۳۹۱) در زنجان نشان داده بیش‌ترین میانگین عملکرد پدران در حیطه شغل و کمترین مربوط به حیطه اجتماع بود. افزایش مشارکت نسبت به دوران حاملگی، در فعالیت‌های منزل ۲۳/۲ درصد، مراقبت از فرزند دیگر خانواده ۳۰/۴ درصد بود. نزدیک به ۷ درصد پدران در فعالیت شغلی و ۲۷/۶ درصد در حیطه فعالیت‌های اجتماعی–ارتباطی افت عملکرد داشتند. میانگین عملکرد پدران باسن ازدواج، شغل، تعداد فرزندان، تحصیلات و تجربه اول پدر شدن ارتباط معنی‌داری نشان داد. نتایج نشان داد در اکثر حیطه‌ها پدران عملکرد متوسطی داشتند. در نتایج این پژوهش آموزش و شرکت پدران مخصوصاً پدران جوان با تحصیلات پایین در کلاس‌های آمادگی برای والد شدن ضروری به نظر می‌رسد (۴۱).

حضور همسر و یا همراه در کنار مادر در بیمارستان‌های ایران به صورت جامع اجرایی نشده و زیرساخت‌های آن فراهم نشده است. تنها تعدادی از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در برآوردن این نیاز مهم کار عملی انجام داده‌اند. با اینکه در مطالعات متعددی ثابت‌شده که حضور همسر و یا حتی بستگان یا ماما می‌تواند در آرامش مادر و تجربه مثبت زایمان نقش داشته باشد.

در یک مطالعه مدرسی نژاد و همکاران (۲۰۰۵) نگرش زن و مرد در جمهوری اسلامی ایران نسبت به حضور شوهر در اتاق زایمان را تعیین کردند. بیشتر زنان (۸۸/۴٪)، مردان (۸۲/۱٪) و زوج‌ها (۷۶/۹٪) نگرش مثبتی نسبت به حضور شوهر در اتاق زایمان داشتند. ارائه امکاناتی برای اسکان شوهر و آموزش برای حضور آن‌ها در اتاق زایمان توصیه‌شده است (۴۲).

در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۶)، حضور مردان آموزش‌دیده در کنار همسرانشان هنگام زایمان، اضطراب مادر را کاهش داده است. توصیه می‌شود از این مداخله در هنگام زایمان استفاده شود (۴۳).

سازمان بهداشت جهانی WHO شواهد کیفی ۵۱ مطالعه از ۲۲ کشور را مورد تحلیل و نشان داد که همراهان نقش بسیاری در حمایت از زنان داشتند. همراه در تسهیل روند زایمان و ارتباط بین

کارکنان و مادران، ازجمله تشویق به تحمل درد زایمان، حمایت از احساسات و تسکین درد غیر دارویی مانند ماساژ و مراقبه، پشتیبانی اطلاعاتی و عملی از مادر را فراهم می سازند. همراه به عنوان حامی مادر عمل کرده و در حمایت از او و خواسته‌های او صحبت می‌کند. همچنین در کنترل احساسات کمک کرده و از طریق تشویق، اطمینان خاطر و حضور مستمر فیزیکی اعتماد به نفس در مادر ایجاد می‌کند. با وجود این فواید، حضور همراه، رویکرد جهانی نیست. برنامه‌ریزی وجود همراه پیچیده بوده و نیاز به سازمان‌دهی مجدد برنامه های بهداشتی و تغییر ساختار خدمات و تعامل با بسیاری از گروه‌ها دارد. باید زنان نسبت به افرادی که در هنگام زایمان حضور دارند، حق انتخاب داشته باشند و حریم خصوصی برای همه در بخش زایمان حفظ شود (۱۹ و ۲۰). برای ارتقاء آموزش های آمادگی زایمان، مردان باید بیشتر آموزش‌دیده و مشارکت داده شوند. موانع فرهنگی مشارکت مردان باید از طریق آموزش جامعه برطرف شود (۲۱).

در مطالعـــه رأفت و همکاران (۱۳۹۵) ۹۷/۳% از زنـــان و ۹۱/۹% از مـردان مورد مطالعه نگـرش مثبـت نسبت به حضور همسر در اتاق زایمان داشتند و میـزان تحصیلات مادر با نمره نگرش ارتباط معنا داری داشت (۴۴).

مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بیشترین توقع مادران، حضور همسر در هنگام زایمان بود. این پژوهش نشان داد که کمترین میزان مشارکت مردان حضور در کلاس‌های آموزشی و مطالعه در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد هرچه تعداد بارداری و زایمان مادران و تعداد فرزندان بیشتر می‌شود، مشارکت به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد (۴۵).

نتایج پژوهش سمیعی زاده و همکاران (۱۳۸۹) نـشان داد کـه حمایـت عاطفی یک زن از افراد فامیل یا دوستان زائو طی زایمان مادران نخست زا می‌تواند باعث کاهش میـزان اضـطراب مادر و درنتیجه افـزایش رضـایت زائـو و عامـل زایمـان گردد (۴۶).

با توجه به نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر هر سه مؤلفه مشارکت مردان در کلاس‌های پریناتال، هنگام زایمان و تمهیدات مرخصی والدین شاغل هنگام زایمان در کشورهای توسعه یافته منتخب بسیار جدی اجرایی شده است و آثار مثبت آن در عملکرد کل سیستم به وضوح نمایان است. با حذف موانع اجرایی ذکر شده در پژوهش‌های مرتبط قبلی داخلی و خارجی، می‌توان زیرساخت اجرایی لازم را در کشور به وجود آورد.

پیشنهاد اول مرخصی مردان به صورت مصوبه یکسان در تمام ادارات دولتی و خصوصی و برای کلیه کارکنان (کارمندان و کارگران) اجرایی شود و مرخصی والدین و مراقبت کودک در منزل نیز برای شاغلین تا سن مشخص کودک که در این مطالعه برای هر کشور متفاوت بوده (از یک تا دوازده‌سالگی) نیز پیش‌بینی گردد. این فرصت‌ها باعث حضور بیشتر والدین در منزل برای مراقبت از بیماری‌های اجتناب‌ناپذیری که در هر کودکی پیش می‌آید مهیا می‌سازد. تصمیم‌گیری برای میزان حقوق دریافتی نیز بسته به تصمیم هر کشور در این روزها متفاوت (از پنجاه‌تا صد درصد) بوده است.

پیشنهاد دوم حذف موانع حضور پدران در کلاس‌های آموزشی پریناتال در کنار مادران است. در مطالعات ذکرشده موانع کلی شناسایی‌شده و باید زیرساخت‌ها را تا حد امکان برای تشویق حضور پدران فراهم نمود. مثلاً تبلیغات رسانه‌ای برای مشارکت مردان جهت فرهنگ‌سازی، آموزش جامعه جهت پیامدهای مثبت مشارکت پدران در سلامت خانواده، همکاری ادارات با کارکنان برای حضور در کلاس‌ها و پیش‌بینی مرخصی ساعتی یا روزانه، در نظر گرفتن اتاق خاص در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها برای انتظار مردان در کنار هم با توجه به آداب فرهنگی و دینی جامعه برای شرکت در کلاس‌ها و به اشتراک گذاشتن تجربیات، آموزش جامعه در مورد انتظارات از پدران در دوران بارداری زایمان و پس از زایمان.

پیشنهاد سوم برای حضور دلبخواه فرد همراه در هنگام زایمان از اول بارداری از مادر نظرسنجی شود و از همان ابتدا فرد همراه که ترجیحاً همسر و در صورت عدم تمایل می‌تواند مامای دولا، دوست، اقوام و یا فرد نزدیک به مادر باشد، آموزش‌دیده و انتظارات لازم از او به وی ارائه شود و در تمام بیمارستان‌ها شرایط برای حضور همسر مهیا گردد، اتاق مجزا برای هر زائو و امکان حضور همسر در اتاق زایمان پیش‌بینی گردد.

مطمئناً با تدارک زیرساخت‌ها و ارائه این گزینه‌ها شاهد بهبود وضعیت سلامت خانواده و ارتقای پیوند عاطفی زوجین خواهیم بود. یادآوری می‌شود که وجود مراکز پراکنده با ایجاد این شرایط بی‌فایده بوده و باید کل مراکز بهداشتی در سراسر کشور قانون و امکانات فوق را داشته باشند.

# منابع


1. Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. Lancet. 2016; 388:1775–812.

2. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.

3. UNPF. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. New York: United Nations Population Fund; 1995.

4. UNFPA. End-line data collection & behavior study report on male involvement in reproductive health in Myanmar, 2007. Yangon: United Nations Fund for Population Activities; 2007.

5. WHO. Integrating gender into HIV/AIDS programs in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva: World Health Organization Dept. of Gender Women and Health; 2009.

6. WHO. PMTCT strategic vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and millennium development goals: moving towards the elimination of pediatric HIV. Geneva: World Health Organization; 2010.

7. Davis J, Vyankandondera J, Luchters S, Simon D, Holmes W. Male involvement in reproductive, maternal and child health: a qualitative study of policy maker and practitioner perspectives in the Pacific. Reprod Health. 2016; 13(1):81.

8. Sharma S, Bhuvan KC, Khatri A. Factors influencing male participation in reproductive health: a qualitative study. J Multidiscip Healthc. 2018; 11:601.

9. Aarnio P, Olsson P, Chimbiri A, Kulmala T. Male involvement in antenatal HIV counseling and testing: exploring men's perceptions in rural Malawi. AIDS Care. 2009; 21(12):1537–46.

10. Aluisio A, Richardson BA, Bosire R, John-Stewart G, Mbori-Ngacha D, Farquhar C. Male antenatal attendance and HIV testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011; 56(1):76–82.

11. Peltzer K, Jones D, Weiss SM, Shikwane E. Promoting male involvement to improve PMTCT uptake and reduce antenatal HIV infection: a cluster randomized controlled trial protocol. BMC Public Health. 2011; 11:778.

12. Morgan R, Tetui M, Muhumuza KR, Ekirapa-Kiracho E, George AS. Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda. Health Policy Plan 2017; 32(suppl_5):v13–v21.

13. Aborigo RA, Reidpath DD, Oduro AR, Allotey P. Male involvement in maternal health: perspectives of opinion leaders. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1):3.

14. Mersha AG. Male involvement in the maternal health care system: implication towards decreasing the high burden of maternal mortality. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1):493.

15. Muheirwe F, Nuhu S. Are health care facilities and programs in Western Uganda encouraging or discouraging men's participation in maternal and child health care? Int J Health Plann Manag. 2018:1–14.

16. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. PLoS One. 2018; 13(1):e0191620

17. Danforth EJ, Krunk ME, Rockers PC, Mbaruku G, Galea S. Household decision-making about delivery in health facilities: Evidence from Tanzania. J Health PopulNutr. 2009; 27:696.

18. Maternity and paternity at work: law and practice across the world.International Labour Office. – Geneva: ILO, 2014.

19. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449 - Published 18 March 2019

20. https://www.who.int/reproductivehealth/companion-during-labour-childbirth/en/

21. Joyce C, Grace O, Waithira M. Role of Men in Birth Preparedness: A Qualitative Study of Women Attending Antenatal Clinics in Migori County, Kenya. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2019; 7(1): 1506-1513.

22. Aregay A, Alemayehu M, Assefa H, Terefe W. Factors associated with maternal health services in Enderta District, Tigray, Northern Ethiopia: A cross-sectional study. Am J Nurs Sci. 2014; 3:117–125.

23. Kakaire O, Kaye DK, Osinde MO. Male involvement in birth preparedness and complication readiness for emergency obstetric referrals in rural Uganda. Reprod Health. 2011; 8(1):12.

24. Kululanga LI, Sundby J, Chirwa E, Malata A, Maluwa A. Barriers to husbands ' involvement in maternal health care in a rural setting in Malawi: a qualitative study. J Res Nurs Midwifery. 2012; 11:1:1 –0.

25. Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raessie P. A comparative study of maternal and child health services management in selected developed countries and designing a model for Iran.297-309(4)33; 2016[in Persian].

26. https://irnir.com/

27. Fathnezhad Kazemi A, Sharifi N, Simbar M. A review on different aspects of men's participation in antenatal care. Jorjani Biomed J. 2017; 5 (1):13-1[in Persian].

28. Alimoradi Z, Simbar M. Male Involvement in Reproductive and Sexual Health: A systematic Review of Iranian litreture. Hakim Health Sys Res 2014; 17(3): 209- 222[in Persian].

29. Jooste K, Amukungo HJ. Male involvement in reproductive health: A management perspective. J Nurs Manag. 2013; 21:327–338.

30. Ditekemena J, Matendo R, Koole O, et al. Male partner voluntary counselling and testing associated with the antenatal services in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A randomized controlled trial. Int J STD AIDS. 2011; 22:165–170.

31. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. Soc Sci Med. 2000; 50:203–213.

32. Iliyasu L, Abubakar S, Galadanci HS, Aliyu MH. Birth preparedness, complication readiness and father participation in maternity care in a Northern Nigerian community. Afr J Reprod Health. 2010; 14:21–32.

33. Mpembeni RNM, Killewo JZ, Leshabari MT, et al. Use of pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: Implications for achievement of MDG-5 targets. BMC Pregnancy Child birth. 2007; 7:29.

34. Mullany BS. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. Soc Sci Med. 2006; 62:2798–2809.

35. Theuring S, Mbezi P, Luvanda H, Jordan-Harder B, Kunz A, Harm G. Male involvement in PMTCT servives in Mbenya region, Tanzania. AIDS Behav. 2009; 13:92–102.

36. Msellati P. Improving mothers' access to PMTCT programs in West Africa: Apublic health perspective. Soc Sci Med. 2009; 69:807– 812.

37. Kululanga L, Sundby J, Malata A, Chirwa E. Striving to promote male involvement in maternal health care in rural and urban setting in Malawi – A qualitative study. Reprod Health. 2011; 2:36.

38. Dan KK, Kakare O, Nakimuli A, Osinde MO, Scovia NM, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: Men's perceptions, practices and experiences during care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. BMC Pregnancy Child birth. 2014; 14:54.

39. Kinanee JB, Ezekiel-Hart J. Men as partners in maternal health: Implications for reproductive health counseling in Rivers State, Nigeria. J Psychol Counsel. 2011; 1:39–44.

40. Nesane K, Maputle SM, Shilubane H. Male partners' views of involvement in maternal healthcare services at Makhado Municipality clinics, Limpopo Province, South Africa. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2016; 8(2), a929.

41. Maleki A, Faghihzadeh S. The fathers' function status after transition to fatherhood and its related factors. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2016: 6(1): 62-71[in Persian].

42. Modarressnejad, V. (2005) . Couples' attitudes to the husband's presence in the delivery room during childbirth. EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal. 2005; 11 (4) , 828-834 [in Persian].

43. The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety.Atefeh Salehi, Fariba Fahami, and Marjan Beigi. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016; 21(6): 611–615.

44. Rafat F, RezaSoltani P, Ghanbari A, Moridi M. Couples' attitudes toward husband's attendance in delivery room. Hayat. 2016; 22 (2):138-147[in Persian].

45. Motlagh M, Torkestani F, Ashrafian Amiri H, Rabiee S, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani S et al. Iranian Husbands' Involvement in Prenatal Care, Childbirth and Postpartum: Viewpoints of the Mothers. JBUM. 2017; 19 (5):23-31[in Persian].

46. Sameei Zadeh Toosi T, Mohammadinia N, Sereshti M. Effect of Companionship during Labor on Level of Anxiety of Primiparous Mothers and Midwives Points of View in Iranshahr, 2010. J Mazandaran Univ Med Sci. 2013; 22 (96):41-48[in Persian].