

## بررسی اثر مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری بر پیامدهای حاملگی و زایمان مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری: بررسی پیامدهای حاملگی و زایمان

فروغ السادات مرتضوی<sup>۱\*</sup>، مهین دل‌آرا<sup>۲</sup>، آرش اکابری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1392/09/13 تاریخ پذیرش 1392/11/20

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** اخیراً ارتقاء مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان به دلایل بهداشتی و جنسیتی مورد توجه قرار گرفته است. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثرات حضور همسر در مراقبت‌های دوران بارداری بر برخی پیامدهای حاملگی و زایمان در شهر سبزوار در سال ۱۳۸۷-۸۸ می‌باشد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مداخله‌ای و به صورت تصادفی یک سو کور بر روی ۱۸۶ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر سبزوار انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل حاملگی اول و خواسته بود. در گروه تجربی زنان به همراه همسر و در گروه کنترل به تنهایی در مراقبت‌های دوران بارداری شرکت کردند. فرم مصاحبه شامل اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مامایی و ثبت پیامدهای نامطلوب بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و با آزمون‌های من‌ویتنی‌یو، آزمون تی و مجذور کای در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بررسی شدند.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر سن حاملگی در هنگام زایمان، وزن نوزاد و افزایش وزن زنان در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تفاوت معنی‌داری نداشتند. میانگین وزن زنان در اولین ویزیت بعد از زایمان، در گروه تجربی بیشتر از گروه کنترل بود ( $P=0/02$ ). دو گروه از نظر پیامدهای مورد بررسی تفاوت نداشتند. گزارشات حاکی از رضایت بیشتر زنان در گروه تجربی از مشارکت همسرانشان در مراقبت از نوزاد ( $P < 0/001$ )، نگهداری از کودک در غیاب زن ( $P = 0/01$ ) و خرید مواد غذایی خاص برای حمایت از شیردهی آنان ( $P = 0/009$ ) بود.

**بحث و نتیجه گیری:** مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری بر پیامد بارداری مؤثر نبود اما موجب مشارکت، همکاری و حمایت بیشتر مردان در دوره بعد از زایمان شد.

**کلید واژه‌ها:** زنان باردار، مراقبت بارداری، همسران، پیامد حاملگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره اول، پی در پی 54، فروردین 1393، ص 63-71

آدرس مکاتبه: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۵۱۷۳۷۰۳۹

Email: frmortazavi@yahoo.com

### مقدمه

توسعه در سال ۱۹۹۴ (ICPD) مفهوم جدیدی از بهداشت باروری پدیدار شد که فراتر از بخش بهداشت و بیش از یک موضوع تنها مربوط به سلامت زنان بود. بهداشت باروری از ضروریات توسعه شناخته شد و مشارکت مردان به حوزه وسیع بهداشت باروری راه یافت و بخش غالب و برجسته الگوی جدید شد. رویکرد ICPD در طراحی برنامه‌های بهداشتی، زوج‌نگر و نه تمرکز بر زن یا مرد است (۳،۲). سازمان‌های بهداشتی تاکید می‌کنند که مشارکت مردان نقش محوری در دستیابی به حقوق افراد در حوزه بهداشت باروری و فراتر از آن در جامعه دارد (۲،۴).

سال‌ها برنامه‌های بهداشت باروری اساساً به مردان نمی‌پرداخت. این موضوع تا حدودی به دلیل آن بود که مرکزیت زنان در باروری امری پذیرفته شده بود و بخشی ناشی از آن بود که دانش کمی در مورد مردان وجود داشت. اپیدمی‌ایدز و شناسایی نقش مردان در گسترش بیماری، فوریت ترغیب مردان برای قبول مسئولیت در مورد بهداشت باروری و جنسی خود و همسرشان را روشن کرد، لذا در ۱۵ سال اخیر شاهد درک فزاینده اهمیت مشارکت مردان در بهداشت باروری و جنسی در جهان بودیم (۲،۱)، بعلاوه در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و

<sup>۱</sup> استادیار، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

<sup>۳</sup> مربی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

حضور همسر در زمان زایمان به دلیل عدم وجود امکانات و فضای فیزیکی لازم و ساختار نامناسب اغلب مراکز مقدر نیست. بر این اساس هدف از انجام این پژوهش تعیین اثرات حضور همسر در مراقبت‌های بارداری بر پیامدهای حاملگی و زایمان می‌باشد تا در صورت وجود اثرات مثبت در حل مشکلات موجود در این زمینه مثل وزن کم هنگام تولد نوزاد، افزایش وزن نامطلوب در حاملگی و میزان بالای سزارین مورد استفاده قرار گیرد و زنان باردار بتوانند از مزایای مشارکت همسران خود در بارداری بهره‌مند شوند.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای تصادفی یک سو کور می‌باشد. زمان انجام مطالعه از مرداد ۱۳۸۷ تا تیر ماه ۱۳۸۸ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل حاملگی اول، حاملگی خواسته، ازدواج اول، تک همسری، سن حاملگی کمتر از ۱۴ هفته و برخوردار بودن از سلامت بود. سلامت مادر با سؤال از مادر در مورد سوابق بیماری‌های مهم مثل قلبی-عروقی، دیابت، کلیوی... تحت نظر پزشک بودن و دارودرمانی به دلیل بیماری مزمن بررسی شد. از آنجا که زنان قبل از بارداری اغلب تحت پوشش نبوده و دسترسی به وزن قبل از بارداری اغلب امکان‌پذیر نمی‌باشد، وزن زن در اولین ویزیت در سه ماهه اول بارداری به عنوان وزن قبل از حاملگی در نظر گرفته می‌شود و بر اساس این وزن شاخص توده بدن (BMI) محاسبه می‌شود (۱۹). علت تعیین سن حاملگی کمتر از ۱۴ هفته به عنوان معیار ورود به مطالعه دسترسی به وزن زن در سه ماهه اول بارداری می‌باشد. معیار خروج از مطالعه شامل سقط جنین، انتقال به مرکز دیگر و حضور همسر در گروه تجربی در کمتر از ۴ مراقبت در سه ماهه دوم و سوم بود. با توجه به اینکه بر اساس دستورالعمل جدید تعداد مراقبت‌های دوران بارداری به هشت مورد کاهش یافته است ۵۰ درصد موارد مراقبت (۴ مورد) انتخاب شد. علت انتخاب چهار جلسه (یا ۵۰ درصد جلسات)، برنامه ریزی برای آموزش زوجین بود. ارائه حجم بالایی از مطالب آموزشی در کمتر از ۴ جلسه با توجه به زمان ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای هر جلسه امکان‌پذیر نبود. جمعیت مورد مطالعه زنان باردار مراجعه کننده به سه مرکز بهداشتی شهر سبزوار (الداعی، همت‌آباد، شماره ۳) بود. به دلیل عدم وجود مطالعه مشابه، جهت تعیین حجم نمونه مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۵۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی جهت اولین ویزیت بعد زایمان انجام شد. میزان مشارکت همسر در دوران بارداری با استفاده از مطالعه Carter (بررسی مشارکت مرد در امور منزل، همراهی تا بیمارستان و مرکز بهداشت، حمایت مالی و عاطفی و دادن توصیه بهداشتی) تعیین گردید (۳). ۲۵ نفر در گروه با مشارکت کم و ۲۵ نفر در گروه با مشارکت بالا انتخاب و سپس وزن هنگام تولد نوزاد در دو گروه

انتخاب شعار روز جهانی جمعیت در سال ۲۰۱۰ «مشارکت مردان در تأمین سلامت مادران» در این راستا است. دبیر کل سازمان ملل متحد در پیام خود به مناسبت روز جهانی جمعیت بر نقش مردان تأکید کرده و توصیه می‌کند مردان در حمایت از برنامه‌های مادری ایمن تشویق شوند (۵). بر اساس گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۹، تاکنون مشارکت مردان در دوران بارداری، زمان زایمان و مراقبت از کودکان در سطح جهانی به طور مؤثر ترغیب نشده است (۶). لذا در دهه گذشته، فراخوان وسیعی برای مشارکت مردان در برنامه‌های بهداشت باروری به دلیل نقش مردان در بهبود سلامت خانواده و اهمیت نابرابری جنسیتی به عنوان زمینه ساز بهداشت باروری ضعیف داده شد (۷). سلامت جسمی، روحی و روانی زن باردار بر سلامت جنین و شیردهی مؤثر است. زنانی که در دوران بارداری از حمایت همسر خود برخوردار می‌شوند فشارها و مشکلات دوران حاملگی و زایمان را بهتر تحمل می‌کنند (۸). بر اساس مطالعات حمایت همسر در بارداری و زایمان اثرات مثبتی بر تجربه زنان از این وقایع مهم دارد (۹، ۱۰). در مطالعه Diemer در امریکا پدرانی که در کلاس‌های آموزشی حول و حوش تولد شرکت کرده بودند در فعالیت‌های مربوط به حاملگی و مراقبت از نوزاد بیشتر از سایر پدران درگیر بوده و ارتباط بهتری با همسر خود برقرار نموده بودند (۱۱، ۱۲). در مطالعه Mullany در نیپال، مداخله آموزشی همراه با حضور همسر در مراقبت‌های بارداری موجب افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی بعد از زایمان نسبت به زنانی که به تنهایی آموزش دیده بودند شد (۱۳). اغلب مطالعات انجام شده در سطح جهان در زمینه مشارکت مردان بر محورهایی چون تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و ایدز متمرکز بوده است و سایر جنبه‌های بهداشت زنان مثل حاملگی و زایمان نقش حاشیه‌ای داشته‌اند (۱۱، ۱۴). در کشورهای صنعتی غربی حضور پدران در دوران حاملگی و زایمان در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۱۱، ۱۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که هنجارها برای مردان برای ایفای نقش مثبت در امور مربوط به سلامت مادر و کودک در حال تغییر هستند. در مطالعه Carter در گواتمالا ۹۰ درصد پدران شرکت‌کننده در مطالعه یا در مراقبت‌های بارداری یا در زایمان یا در برنامه مراقبت از نوزاد شرکت کرده بودند (۱۶). نتایج برخی مطالعات در ایران نیز حاکی از تمایل زیاد زنان باردار برای حضور همسرشان در زمان زایمان در کنار آنان است (۱۷، ۱۸). با این حال مطالعاتی که در آنها اثرات این مشارکت را بر سلامت زنان باردار و نتایج حاملگی بررسی نماید مغفول مانده است. در کشور ما اساساً حضور همسر در امور مربوط به حاملگی چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی مرسوم نیست، اگر چه هیچ‌گونه منع قانونی و شرعی و اخلاقی در این زمینه وجود ندارد و تنها

بررسی شد. حجم نمونه مورد نیاز برای این پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد و  $\alpha=0/05$  و  $\beta=0/20$  برابر با ۵۸ مورد برای هر گروه تعیین شد. با در نظر داشتن احتمال ریزش نمونه‌ها و به‌منظور افزایش توان مطالعه با افزودن به گروه کنترل (۲۰)، نهایتاً ۱۹۵ زن باردار، ۶۳ زن باردار که به همراه همسر در مراقبت‌ها شرکت کردند (هر مرکز ۲۱ زن) و ۱۳۲ زنی که به تنهایی مراجعه کردند (هر مرکز ۴۴ زن)، مورد بررسی قرار گرفتند. روش انتخاب نمونه‌ها بدین صورت بود که زنانی که تا شروع سه ماهه دوم پرونده تشکیل داده بودند در سه مرکز بهداشتی (با فضای فیزیکی مناسب و مامای مجرب و در سه منطقه بالا، پایین و متوسط شهر) مورد بررسی قرار گرفتند. در هر مرکز زنان واجد شرایط در صورت موافقت برای شرکت در مطالعه به صورت تصادفی در گروه تجربی یا کنترل قرار داده شدند. در این پژوهش گروه تجربی شامل افرادی بود که همسر آن‌ها حداقل در ۴ جلسه مراقبت حضور داشته و گروه کنترل شامل کسانی بود که بدون حضور همسر تحت مراقبت قرار گرفتند. به منظور تعیین نوع گروه از جدول اعداد تصادفی و تقسیم تصادفی بلوکی (۲۰) استفاده شد (A گروه تجربی و B گروه کنترل). سپس نوع گروه به ترتیب در داخل پاکت گذاشته شد. در زمان مراجعه اولین زن باردار واجد شرایط مطالعه به واحد بهداشت خانواده و بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی پاکت شماره ۱ باز می‌شد. محقق فقط شماره پاکت‌ها را می‌دانست و آن‌ها را به ترتیب به نمونه‌ها می‌داد ولی از محتویات آن‌ها ناآگاه بود. این امر از این نظر حائز اهمیت بود که از بروز سوگرایی انتخاب (Concealed randomization) توسط محقق اول جلوگیری می‌کرد. فرد دیگری که خود ماما بود، آموزش‌ها و مراقبت‌های لازم را بر اساس جلسات مشخص شده به زن باردار ارائه می‌داد. از زنان گروه تجربی خواسته شد که در مراقبت‌های بارداری به همراه همسر شرکت کنند. در هر جلسه زن باردار و همسرش در محیط خصوصی در اتاق مامایی مرکز پذیرش شدند. مدت زمان حضور همسر در هر جلسه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. در این جلسات در حضور همسر، زنان تحت مراقبت‌هایی شامل اندازه‌گیری وزن مادر، بررسی رشد جنین با معاینه شکم زن و شنیدن صدای قلب جنین قرار می‌گرفتند. در هر جلسه طبق برنامه زمان‌بندی شده در همه مراکز بهداشتی آموزش‌هایی به زنان باردار داده می‌شود. در این سه مرکز علاوه بر ارائه شفاهی این آموزش‌ها، پمفلت‌هایی حاوی همان مطالب نیز به زوجین ارائه شد. مطالب پمفلت شامل تغذیه در بارداری، افزایش وزن مناسب بر اساس شاخص توده بدن، گروه‌های غذایی و تعداد سهم‌های مورد نیاز زنان باردار از هر گروه، مقایسه زایمان طبیعی و سزارین، فواید شیر مادر و روش شیردهی بود. در هر جلسه از مطالب جلسه قبل سوالاتی به صورت شفاهی (برای برقراری

ارتباط بهتر همسر با ماما و جلب مشارکت آنان) از همسران می‌شد. سایر آموزش‌ها مانند آموزش علائم خطر و شکایات شایع در بارداری نیز به طور روتین در مراکز داده می‌شد. در هر مرکز بهداشتی زنان بارداری که در گروه کنترل قرار می‌گرفتند به طور روتین تحت همان آموزش‌ها قرار گرفته و پمفلت‌ها به آنان داده شد. این مطالعه به صورت یک سوکور انجام شد. با توجه به موضوع پژوهش آزمودنی‌ها از گروه خود اطلاع داشتند اما محققین به شرح ذیل کور شدند. متغیرهای مورد بررسی شامل وزن نوزاد، نوع زایمان و سن حاملگی در بیمارستان و توسط افرادی که هیچ اطلاعی از قرار گرفتن زانو در گروه تجربی یا شاهد نداشتند انجام شد. مشکلات دوران بارداری شامل افزایش فشارخون بارداری، مشکلات ادراری، کاهش حرکات جنین، انقباضات زودرس زایمانی، تهوع و استفراغ شدید بارداری و خونریزی در طول مطالعه توسط ماما و تنها در صورتی که زن باردار به دلیل آن مشکل تحت درمان پزشک متخصص قرار می‌گرفت یا بستری می‌شد، ثبت می‌شد. پیامد دیگر تعیین افزایش مطلوب یا نامطلوب وزن‌گیری زن باردار بود. در هر جلسه زن باردار توسط ماما وزن می‌شد و این وزن در پرونده و فرم مشاهده ثبت می‌شد تعیین اینکه آیا این میزان افزایش وزن از الگوی صحیح یا غیر صحیح پیروی کرده است با تحلیل‌کننده اطلاعات و بر اساس توصیه‌های کالج بین‌المللی زنان و مامایی بود (۱۹). وزن مادران در هر ویزیت و در مقابل سن حاملگی (بر حسب هفته) در جدول ثبت می‌شد. افزایش وزن بین هفته‌های ۱۴ الی ۲۶ مربوط به سه ماهه دوم و مابقی (۲۷-۴۰) برای سه ماهه سوم در نظر گرفته شد. ترتیب مراجعات زنان باردار به صورتی برنامه‌ریزی شد که در هفته‌های ۱۴، ۲۸، ۳۶، ۳۸ و ۴۰ ویزیت شوند. افزایش وزن در فاصله ۱۴ هفته‌گی تا پایان بارداری تعیین و سپس بر تعداد هفته‌ها تقسیم شد تا میانگین افزایش وزن هفته‌گی برای سه ماهه دوم و سوم تعیین شود. همچنین کل افزایش وزن در بارداری محاسبه شد و با جدول و بر اساس BMI زن در شروع بارداری مقایسه شد. توصیه‌های کالج بین‌المللی زنان و مامایی امریکا در مورد افزایش وزن مطلوب در بارداری برای زنان لاغر ۱۸-۱۶ کیلوگرم، زنان با وزن طبیعی ۱۶-۱۲/۵، زنان با افزایش وزن ۱۱/۵-۷ و زنان چاق ۶ کیلوگرم می‌باشد. جهت تسهیل نمونه‌گیری، مراجعه زنان باردار همراه با همسر و بدون همسر زمان‌بندی و با تعیین وقت قبلی انجام شد. وزن هنگام تولد نوزاد که در کارت بهداشت آنان ثبت می‌شود در اولین جلسه بعد زایمان (به طور معمول در روز ۱۰-۱۴ بعد زایمان) به همراه وزن بعد زایمان زن در فرم مصاحبه درج شد. در این ویزیت نحوه مشارکت همسر در دوره بعد از زایمان نیز بررسی شد. در این پژوهش، مشارکت همسر در دوره بارداری و بعد از زایمان با پرسشنامه‌ای که توسط محققین و بر اساس

نظرات چند نفر از اعضای هیئت علمی تعیین شد و پابایی فرم‌ها از طریق آزمون مجدد تعیین شد. اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از واحدهای پژوهش و همسرانشان برای شرکت در مطالعه و ارائه معرفی‌نامه به مدیریت مراکز بهداشتی از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و با آزمون‌های من‌ویتنی‌یو و آزمون تی، آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بررسی شدند.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۹۵ خانم باردار شرکت کردند که ۴ مورد به علت سقط، ۳ مورد انتقال به مرکز دیگر و ۱ مورد انصراف از مطالعه (در گروه کنترل) حذف شدند و یک مورد مرگ زن به علت تصادف اتفاق افتاد. نهایتاً ۱۸۶ زن باردار (۶۳ نفر در گروه تجربی و ۱۲۳ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول شماره ۱ میانگین برخی از متغیرها در گروه تجربی و کنترل مقایسه شده است. در این مطالعه میانگین دفعات حضور همسران در مراقبت‌ها  $2/8 \pm 5/5$  و در محدوده (۱۵-۴ بار) بود و هیچ مورد حذف به دلیل حضور در کمتر از ۴ جلسه نداشتیم. همسران تمام زنانی که به عنوان گروه تجربی انتخاب شدند شرکت در مطالعه را پذیرفتند.

مطالعه کیفی Carter در گواتمالا طراحی شده بود بررسی شد و شامل ارائه توصیه‌های بهداشتی (توصیه به مصرف میوه و سبزی و لبنیات، توصیه به استراحت، توصیه به زایمان طبیعی و...)، کمک در کارهای منزل (کمک در نظافت منزل و خرید، تهیه چای یا آب‌میوه یا غذا، خرید برخی مواد غذایی خاص برای زن باردار)، و همراهی در مراقبت‌ها (همراهی در مراقبت‌های دوران بارداری، همراهی زن در روز زایمان تا بیمارستان، همراهی زن در روز ترخیص از بیمارستان)، شرکت در امور مربوط به تغذیه کودک و شرکت در امور مربوط به نگهداری از کودک و مراقبت بهداشتی کودک می‌شد، بررسی شد. رضایت زن از مشارکت همسر در دوران بارداری با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (اصلاً تا کاملاً) بررسی شد. نظر مادر نسبت به مشارکت همسر در مراقبت از نوزاد با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (از اصلاً تا عالی) بررسی شد. در ضمن جهت پیشگیری از هر نوع سوگرایی احتمالی، اهداف طرح بر مامای آموزش‌دهنده پوشیده بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم مصاحبه (شامل اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مامایی و ثبت پیامدهای نامطلوب، اطلاعات مربوط به مشارکت همسر در بارداری و دوره بعد از زایمان) و فرم مشاهده (شامل جدول افزایش وزن و کارت بهداشتی نوزاد) بود. روایی فرم‌ها از طریق روایی محتوا و با مطالعه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و سپس استفاده از

جدول (۱): مقایسه میانگین و انحراف معیار برخی از متغیرها در گروه تجربی و کنترل

متغیر	گروه تجربی	گروه کنترل	P value
سن زن (سال)	۲۳/۷۶ ± ۳/۶	۲۳/۸ ± ۴/۲	۰/۹۵۶
تحصیلات زن (سال)	۱۲/۱ ± ۲/۹	۱۱/۳ ± ۳/۴	۰/۱۱۲
سن ازدواج زن (سال)	۲۰/۸۶ ± ۳/۸	۲۱/۲۵ ± ۴/۱	۰/۵۲۹
سن مرد (سال)	۲۷/۵ ± ۴/۶	۲۷/۳ ± ۴/۱	۰/۸۰۴
تحصیلات مرد (سال)	۱۱/۳۴ ± ۳/۵	۱۰/۵ ± ۳/۲	۰/۱۲۷
سن ازدواج مرد (سال)	۲۴/۸ ± ۴/۶	۲۴/۷ ± ۳/۸	۰/۹۱۵
درآمد ماهیانه (هزار تومان)	۲۸۴/۹ ± ۱۵۱/۲	۲۴۱/۵ ± ۱۰۲/۴	†/۰/۲۲
سن حاملگی در زمان زایمان (روز)	۲۷۴ ± ۸	۲۷۳ ± ۹	۰/۴۸۶
آپگار دقیقه اول	۸/۹ ± ۰/۴	۹ ± ۰/۲	۰/۰۷
وزن نوزاد (گرم)	۳۲۹۸ ± ۴۴۵	۳۲۳۷ ± ۴۵۴	۰/۳۹
شاخص توده بدن ( $Kg/m^2$ )	۲۳/۴ ± ۴	۲۳/۵ ± ۴	۰/۹۲
وزن قبل از بارداری (Kg)	۶۰/۵ ± ۱۱/۳	۵۸/۵ ± ۱۰	۰/۲۳
افزایش وزن در سه ماهه اول (Kg)	۱ ± ۳	۰/۳ ± ۲/۳	۰/۰۷
افزایش وزن در سه ماهه دوم (Kg)	۷/۸ ± ۲/۶	۸ ± ۲/۴	۰/۵۲
افزایش وزن در سه ماهه سوم (Kg)	۳/۸ ± ۱/۸	۳/۵ ± ۱/۹	۰/۴۱
کل افزایش وزن (Kg)	۱۳/۷ ± ۴/۶	۱۳/۱ ± ۳/۶	۰/۳۸
وزن زن باردار دو هفته بعد از زایمان (Kg)	۶۶/۶ ± ۱۱/۶	۶۲/۷ ± ۹/۳	*/۰/۰۳

آزمون: † تی تست † تست من ویتنی یو \*P<0.05

جدول شماره ۲ افزایش وزن کلی در بارداری و افزایش وزن هفتگی در سه ماهه دوم و سوم بارداری به تفکیک شاخص توده بدنی در شروع بارداری در گروه تجربی و کنترل مقایسه شده است. همچنین درصد افزایش وزن توصیه شده یا مطلوب را برای زنان گروه تجربی و کنترل در ۴ رده BMI محاسبه کردیم. نتایج نشان داد که در گروه زنان لاغر ( $BMI < 19/8$ )، زنان با شاخص BMI طبیعی ( $19/8-26$ ) و زنان با افزایش وزن ( $Overweight$ )

در جدول شماره ۲ افزایش وزن کلی در بارداری و افزایش وزن هفتگی در سه ماهه دوم و سوم بارداری به تفکیک شاخص توده بدنی در شروع بارداری در گروه تجربی و کنترل مقایسه شده است. همچنین درصد افزایش وزن توصیه شده یا مطلوب را برای زنان گروه تجربی و کنترل در ۴ رده BMI محاسبه کردیم. نتایج نشان داد که در گروه زنان لاغر ( $BMI < 19/8$ )، زنان با شاخص BMI طبیعی ( $19/8-26$ ) و زنان با افزایش وزن ( $Overweight$ )

**جدول (۲):** مقایسه افزایش وزن کلی در بارداری (کیلو گرم) و افزایش وزن هفتگی در سه ماهه دوم و سوم بارداری به تفکیک شاخص توده بدنی در شروع بارداری در گروه تجربی و کنترل

T-test	انحراف معیار $\pm$ میانگین		شاخص توده بدن
	گروه کنترل	گروه تجربی	
P value			Kg/m <sup>2</sup>
۰/۰۹	۱۳/۲ $\pm$ ۳/۱ Kg	۱۵/۵ $\pm$ ۳/۶ Kg	کل افزایش وزن
۰/۴۶	۴۹۰ $\pm$ ۱۲۰ gr	۵۲۰ $\pm$ ۱۱۰ gr	افزایش وزن هفتگی
۰/۱۸	۱۳/۵۶ $\pm$ ۳/۶ Kg	۱۳/۷۹ $\pm$ ۴/۵ Kg	کل افزایش وزن
۰/۶۳	۵۱۰ $\pm$ ۱۲۰ gr	۵۲۰ $\pm$ ۱۴۰ gr	افزایش وزن هفتگی
۰/۵۳	۱۱/۸ $\pm$ ۲/۵۱ Kg	۱۳/۱۷ $\pm$ ۶ Kg	کل افزایش وزن
۰/۷۹	۴۵۰ $\pm$ ۱۳۰ gr	۴۶۰ $\pm$ ۱۵۰ gr	افزایش وزن هفتگی
۰/۹۶	۱۰/۷۳ $\pm$ ۴/۱ Kg	۱۰/۸۳ $\pm$ ۳/۸۵ Kg	کل افزایش وزن
۰/۳۵	۴۴۰ $\pm$ ۷۰ gr	۳۷۰ $\pm$ ۱۴۰	افزایش وزن هفتگی

گروه به علت کاهش حرکات جنین (با سن حاملگی ۳۸ و ۴۰ هفته) در بیمارستان بستری شدند. شش مورد به علت مشکلات ادراری بستری شدند که همگی بعد از درمان مرخص و بین ۳۸-۴۰ هفته زایمان کردند. در مجموع تنها یک نفر در گروه کنترل دچار زایمان زودرس شد.

در جدول شماره ۳ فراوانی برخی پیامدها در گروه تجربی و کنترل مقایسه شده است. در گروه کنترل و تجربی به ترتیب هفت نفر و یک نفر به علت افزایش خفیف فشارخون بارداری (با سن حاملگی ۳۹-۳۶ هفته)، ۲ نفر در هر گروه با تشخیص انقباضات زودرس زایمانی (با سن حاملگی ۳۷-۳۵ هفته)، و یک نفر در هر

**جدول (۳):** توزیع فراوانی برخی پیامدها در گروه تجربی و کنترل

P value	گروه		پیامد
	کنترل	تجربی	
۰/۸۲	%۳۳/۳	%۳۱/۷	زایمان به روش سزارین
۰/۱۵	%۸/۸	%۳/۴	شیردهی غیر انحصاری در اولین ویزیت بعد از زایمان
۰/۲۸	%۵۷/۳	%۶۶/۷	شروع خودبه‌خود دردهای زایمانی
۰/۴۳	%۱۷/۹	%۱۳/۳	زایمان دیررس یا زودرس
۰/۳۳	%۲/۴	%۴/۸	مشکلات ادراری
†۰/۲۲	%۴/۱	%۷/۹	انقباضات زودرس زایمانی
†۰/۲۵	%۴/۹	%۴/۳	فشارخون بارداری
۰/۲۷	%۳۰	%۳۸	کلیه پیامدهای نامطلوب

آزمون: مجذور کای، † تست فیشر

میزان رضایت مادران از مشارکت همسرشان در مراقبت از نوزاد تفاوت داشتند ( $P < 0/01$ ). ۹۱/۳ درصد مادران در گروه تجربی

جدول شماره ۴ فراوانی مشارکت مردان در بارداری و بعد از زایمان در گروه تجربی و کنترل مقایسه شده است. دو گروه از نظر

و ۷۹/۳ درصد مادران در گروه کنترل در اولین ویزیت بعد از زایمان از مشارکت همسرشان در مراقبت از نوزاد ابراز رضایت کردند. گزارشات مادران در مورد مشارکت همسرانشان در نگهداری از نوزاد در غیاب زن (P=۰/۰۱) و (۵/۸۹۸- RR=۳/۵۸ در گروه تجربی بیشتر بود.

از شش‌برده‌ی آنان، (P=۰/۰۰۹) و CI=(۱/۳۰۴-۹/۸۳۳) و RR=۲/۷ و CI=(۱/۲۳۹) حمایت

جدول (۴): توزیع فراوانی مشارکت مردان در بارداری و بعد از زایمان در گروه تجربی و کنترل

گروه	تجربی	کنترل	آزمون مجذور کای
پیامد			P value
شرکت در امور مربوط به تغذیه نوزاد	۶۳%	۵۰%	۰/۱
شرکت در امور مربوط به نگهداری از کودک	۸۳%	۶۵%	۰/۰۱*
همراهی مادر برای حضور در مراقبت بارداری	۶۰%	۱۶%	۰/۰۰۱*
همراهی مادر در روز زایمان تا بیمارستان	۸۰%	۸۲%	۰/۸
همراهی مادر در روز ترخیص از بیمارستان	۸۰%	۸۴%	۰/۵
خرید برخی مواد غذایی خاص برای زن باردار	۷۳%	۷۵%	۰/۹
خرید برخی مواد غذایی خاص برای مادر شیرده	۹۲%	۷۵%	۰/۰۰۹*
کمک در کارهای خانه	۷۵%	۶۵%	۰/۱
آماده کردن غذا یا نوشیدنی	۶۳%	۵۳%	۰/۲
توصیه‌های بهداشتی	۷۰%	۶۷/۵%	۰/۷
توصیه به زایمان طبیعی	۷۵%	۸۷%	۰/۰۵۹
توصیه به تغذیه کودک از شیر مادر	۷۸%	۷۵%	۰/۷
توصیه به مصرف میوه و سبزی و لبنیات	۶۵%	۶۷%	۰/۷
توصیه به استراحت	۶۲%	۶۹%	۰/۳

\* P<0.05

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه به بررسی اثرات حضور و مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری بر پیامد حاملگی پرداختیم. میانگین وزن مادران در اولین ویزیت بعد از زایمان، در گروه تجربی بیشتر از گروه کنترل است و تفاوت مشاهده شده معنی‌دار می‌باشد. اگرچه در طی دوره بعد از زایمان، حفظ وزن کسب شده در بارداری برای زنان با BMI طبیعی یا چاق مطلوب نیست، اما با توجه به عدم تفاوت دو گروه از نظر وزن و BMI قبل از بارداری و میزان افزایش وزن در بارداری، این تفاوت ممکن است به علت توجه بیشتر همسران زنان این گروه به تغذیه آنان در دوره شیردهی باشد. گزارشات زنان در گروه تجربی نیز موبد توجه بیشتر همسرانشان به امر تغذیه آنان و فراهم آوردن زمینه‌های لازم (خرید مواد غذایی خاص برای حمایت از شیردهی آنان) برای این منظور می‌باشد درحالی‌که توصیه به مصرف میوه و سبزی و لبنیات و توصیه به استراحت در دو گروه در دوران بارداری تفاوت نداشت. نتایج در این زمینه با نتایج Titler هم‌خوانی ندارد. نتایج مطالعه آینده‌نگر Titler در امریکا بر روی ۲۳۲۵ تولد نشان می‌دهد که پدران بر اتخاذ و تداوم رفتارهای بهداشتی در حاملگی

توسط همسران مؤثرند (۲۱). علت تفاوت نتایج دو مطالعه تفاوت در حجم نمونه و تعریف رفتار بهداشتی است. در مطالعه Titler کاهش یا حذف دخانیات، مخدرها و الکل و در این مطالعه توصیه به مصرف میوه و سبزی و لبنیات به عنوان رفتار بهداشتی تعریف شده است. نتایج نشان داد که برخی تفاوت‌های رفتاری در همسران زنان دو گروه وجود دارد به‌طوری‌که مردان در گروه تجربی در نگهداری از نوزاد مشارکت بیشتری داشته و رضایت مادران از مشارکت همسرشان در مراقبت از نوزاد در گروه تجربی بیشتر بود. در این زمینه نتایج با مطالعه Dimier هم‌خوانی دارد. در این مطالعه پدران شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی حول و حوش تولد بیشتر از سایر پدران در فعالیتهای مربوط به حاملگی و مراقبت از نوزاد مشارکت داشته و ارتباط قوی‌تری با همسر خود برقرار نموده‌اند (۱۱). شاید علت اینکه در مطالعه فعلی نتوانستیم به نتایج معنی‌داری در زمینه اثرات مشارکت مردان بر وزن تولد دست یابیم آن باشد که در این مطالعه مشارکت همسر از طریق تأثیر بر افزایش وزن زن باردار در بارداری و به طور غیر مستقیم بر وزن تولد مؤثر است و نتایج ما نشان داد که حضور پدر در مراقبت‌ها موجب افزایش وزن زن باردار نشده است. همچنین

مختلف (حمایت عاطفی، حمایت اقتصادی، مشارکت در امور منزل، همراهی برای دریافت مراقبت‌ها، ارائه توصیه‌های بهداشتی) بررسی شود. در این مطالعه اثرات حضور و همراهی مردان در مراقبت‌های بارداری بررسی گردید. باید توجه کرد که صرف حضور در مراقبت‌های بارداری و گرفتن آموزش‌ها متضمن افزایش حمایت و مشارکت همسران در بارداری نمی‌باشد. تغییر دیدگاه‌ها، نگرش‌ها و رفتار مردان نیاز به برنامه‌ریزی‌های وسیع‌تری دارد. لذا توصیه می‌شود مردان در برنامه‌های مختلف مانند مشاوره ازدواج، پایش رشد کودکان یا تنظیم خانواده به طور مؤثر مشارکت داده شوند. با توجه به اینکه بحث مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان خصوصاً در کشور ما جدید است و همچنین تجربه این پژوهش که در منطقه فقیرنشین حجم نمونه مورد نیاز به کندی تکمیل شد، مطالعه‌ای کیفی در این زمینه برای بررسی موانع فرهنگی مشارکت مردان و دیدگاه‌های مردان در این زمینه ضروری است. همچنین لزوم انجام تحقیقاتی در زمینه اثر مشارکت مردان در مراقبت از زنان پرخطر مثل زنان با سابقه نازایی یا سقط، زنان مبتلا به آنمی یا بیماری مزمن نیز احساس می‌شود. این مطالعه گامی کوچک در جهت توجه به نقش مردان در امور مربوط به سلامت زنان است. امید می‌رود مسئولین بهداشتی و درمانی کشور توجه بیشتری به این موضوع نموده و تلاش کنند موانع موجود در این زمینه از جمله کمبود فضا و پرسنل آموزش دیده را برطرف نمایند.

حضور همسر در مراقبت‌های بارداری بر وزن نوزاد مؤثر نبود. در مورد سایر پیامدهای بارداری نیاز به بررسی بیشتری وجود دارد. حضور همسر در مراقبت‌های بارداری موجب مشارکت بیشتر مردان و بروز رفتارهای حمایت‌گرانه مردان و مشارکت بیشتر در امور مربوط به نوزاد در دوره بعد از زایمان می‌شود.

### تقدیر و تشکر

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

حضور همسر در مراقبت‌ها از طریق افزایش مشارکت در امور منزل و حمایت اقتصادی و عاطفی از زن باردار بر وزن تولد نوزاد مؤثر است و در این مطالعه گزارشات زنان از مشارکت همسران در دوران بارداری در دو گروه تفاوت نداشت. در مطالعه Titler مشارکت پدر موجب دریافت بهتر مراقبت بارداری و ترک سیگار و الکل و مواد مخدر در بارداری شد با این همه تولد نوزاد کم‌وزن کاهش نیافت این محقق کیفیت ضعیف مراقبت‌ها را علت عدم تأثیر مداخله ذکر کرد (۲۱). نتایج در این زمینه با نتایج مطالعه Titler هم‌خوانی دارد، اگرچه زنان مورد بررسی در مطالعه ما زنان کم‌خطر از نظر رفتارهای بهداشتی بودند و مطالعه Titler بر روی زنان پرخطر سیگاری و الکلی انجام شده است، همچنین زوجین مورد بررسی در مطالعه تیتلر از نظر وضعیت ازدواج با نمونه ما کاملاً تفاوت دارند به طوری که در نمونه ما زوجین همگی ازدواج دائم و ثبت شده داشتند در حالی که مطالعه Titler بر روی زوجین با انواع روابط مثل ازدواج رسمی و ازدواج نکرده (Fragile family هم‌خانگی cohabitant، رابطه رمانتیک، متارکه کرده) انجام شد و در مطالعه Titler مشارکت پدر را، اذعان به رابطه پدری، حمایت مالی پدر از همسر در بارداری و قصد حمایت پدر از کودک در سال‌های بعدی زندگی کودک (که متغیرهای تأثیرگذارتری نسبت به حضور در مراقبت‌ها می‌باشند) تعریف کردند، با این همه این محقق نیز نتوانست در مطالعه خود با حجم نمونه بالا، مشارکت پدر را بر کاهش تولد نوزاد کم‌وزن مؤثر بیابد (۲۱). از طرف دیگر در این مطالعه تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و به صورت گذشته‌نگر انجام شد که علت آن عدم وجود مطالعه‌ای مشابه بود (انجام مطالعه مقدماتی مشابه مطالعه فعلی نیاز به یک‌سال زمان داشت). حجم نمونه تنها بر اساس متغیر وزن نوزاد انجام شد لذا امکان داشت با افزایش تعداد نمونه به نتایج متفاوتی در مورد سایر متغیرها دست یابیم. همان‌طور که نتایج نیز نشان می‌دهد دو گروه علی‌رغم مداخله از نظر جنبه‌های متفاوت مشارکت و حمایت همسران همچون مشارکت در امور منزل و ارائه توصیه‌های بهداشتی در بارداری با یکدیگر تفاوت ندارند. با توجه به موارد فوق توصیه می‌شود مطالعه‌ای با حجم نمونه بزرگ‌تر در این زمینه انجام شود و در آن قبل از شروع مداخله و بعد از اتمام آن میزان مشارکت و حمایت مردان در ابعاد

### References:

1. World Health Organization. Programming For Male Involvement In Reproductive Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. 1. Greene ME, Mehta M, Pulerwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in

reproductive health: Contributions to development [Internet]. Millennium Project; 2006 [cited 2014 Mar 9]. Available from: [http://unmillenniumproject.org/documents/Greene\\_et\\_al-final.pdf](http://unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf)

3. Carter M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. *Soc Sci Med* 2002;55(3):437-50.
4. United Nation Population Fund (UNFPA). Summary of the ICPD Programme of Action. chapter IV, part c: Male responsibilities and participation. Cairo; 1994. Available from: URL: <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm>
5. United nation Population fund (UNFPA). Male Involvement in Maternal Health. Critical to Saving Women's Lives, UNFPA news 2007. [Cited 2014 Feb 2]; Available from: URL: [www.wunrn.com/news/2007/07\\_07/07\\_09\\_07/07\\_1507\\_male.htm](http://www.wunrn.com/news/2007/07_07/07_09_07/07_1507_male.htm)
6. United nation Population fund (UNFPA). Enhancing men's roles and responsibilities in family life. A new role for men. UNFPA publication; 2009. Available from: URL: <http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm>
7. White V, Greene M, Murphy E. Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms. Washington: U.S. Agency for International Development, Inc; 2003.
8. Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing. An Introductory Text. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia, W.B: Sanders Company; 2001.
9. Gibbins Bnurs JO, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001; 17 (4): 302-13.
10. Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res* 2007; 29(2):213-31.
11. Diemer GA. Expectant fathers: influence of perinatal education on stress, coping and spousal relations. *Res Nurs Health* 1997; 20(4):281-93.
12. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reprod Health Matters* 2001; 9(18):114-25.
13. Mullany BC, Becker S, Hindin MJ. The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health Educ Res* 2007; 22(2):166-76.
14. Romeo BL. Men's involvement in women's reproductive health projects and programmes in the Philippines. *Reprod Health Matters* 1999; 7(14):106-17.
15. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Soc Sci Med* 2006; 62(11):2798-809.
16. Carter M. Salvadorian father's attendance at prenatal care, delivery and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(3):149-56.
17. Mortazavi F, Mirzaii KH. Concerns and expectations towards male involvement in prenatal and intrapartum care - A qualitative study. *Payesh* 2012; 11(1):51-63. (Persian)
18. Modaresnejad V, motamedi B, amerimonfared F. Couples' attitudes towards husband attendance at delivery room. *Ofoghe danesh* 2004; 10(4):28-33. (Persian)
19. Cunnigham F, Leveno K, Bloom S, Haultz J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill publisher; 2010.
20. Malekafzali H, Majdzadeh SR, Fotoohi A, Tavakoli S. Methodology of applied research in medical sciences. 1<sup>st</sup> ed. Tehran. Tehran University of Medical Sciences Publication; 2005. (Persian)
21. Teitler JO. Father involvement, child health and maternal health behavior. *Child Youth Serv Rev* 2001; 23(4-5):403-25.



## MALE INVOLVEMENT IN PRENATAL CARE: IMPACTS ON PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES

*Mortazavi F<sup>1</sup>\*, Delara M<sup>2</sup>, Akaberi A<sup>3</sup>*

*Received: 4 Dec , 2013; Accepted: 9 Feb , 2014*

### **Abstract**

**Background & aims:** Male involvement in women' health has recently attracted much attention due to its role in health and gender issues. The aim of this study is to determine the effect of husband attendance at prenatal care on some pregnancy and birth outcomes in Sabzevar in 2008-2009.

**Methods & materials:** This single blinded randomized clinical trial was carried out on 186 primigravid women admitted to 3 health centers in Sabzevar. Inclusion criteria included wanted pregnancy and primigravidity. In the experimental group, women with their husbands attended at the health centers and in the control group women attended alone. Interview form included demographic, obstetrics, and pregnancy's outcomes information. Data was analyzed using SPSS software version 15 through t-test,  $\chi^2$ , and man-witney-u at the significant level of 0.05.

**Results:** The two groups were not significantly different with regard to gestational age at delivery, birth weight, weight gain in first, second and third trimester of pregnancy. Mothers' weight at the first postpartum visit was higher in experimental group than control (P=0.03). The two groups were not significantly different with regard to the pregnancy outcomes. Women's reports indicated a higher level of satisfaction of husband involvement in the care of baby (P<0.001), taking care of the baby in his mother's absence (P<0.01) and husband support of breastfeeding (P=0.009) in the experimental group.

**Conclusion:** Husband attendance at prenatal care does not affect pregnancy outcomes but it brings more husband involvement and support for mother and neonate at postpartum period.

**Keywords:** pregnant women, prenatal care, spouses, pregnancy outcome

**Address:** Department of Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Tel: (+98)9151737039

**Email:** frmortazavi@yahoo.com

<sup>1</sup> Assistant professor, department of midwifery & nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Assistant professor, Department of health education, Sabzevar University of medical sciences- Sabzevar, Iran

<sup>3</sup> Msc in Biostatistics, department of health, North Khorasan University of medical sciences, Bojnurd, Iran