

مروری بر مطالعات مبتنی بر مشارکت مردان در مراقبت‌های پری‌ناتال: مرور سیستماتیک

ناهید مهران^۱، سپیده حاجیان^۲، معصومه سیمبر^۳، حمید علوی مجد^۴

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: دوران بارداری و زایمان، یکی از مهم‌ترین اتفاقات زندگی هر زن است که تحت حمایت اطرافیان به ویژه همسر می‌تواند تجربه‌ای به‌یادماندنی با پیامدهای مثبت مادری و نوزادی باشد. مداخلات متعددی در مورد ارتقای مشارکت مردان در این دوران انجام گرفته است، لذا این مطالعه با هدف مروری سیستماتیک بر مطالعات مبتنی بر مشارکت مردان در مراقبت‌های پری‌ناتال انجام یافته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر، مروری سیستماتیک بر مقالات چاپ شده در زمینه راهکارهای ارتقای مشارکت مردان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان (از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹) است که براساس دستورالعمل PRISMA و جستجو توسط دو پژوهشگر در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر انجام یافته است. مطالعات تجربی و نیمه تجربی که در زمینه راهکارهای افزایش مشارکت مردان در دوران پری‌ناتال در مجلات داخلی و بین‌المللی چاپ شده بودند، وارد مطالعه شدند. ارزیابی کیفی مقالات با استفاده از چک لیست Jadad و CONSORT و استخراج داده‌ها براساس چک لیست پژوهشگر ساخته صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مرور سیستماتیک، ۴۸۰۸ مقاله شناسایی شد که بعد از بررسی عناوین و در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و بررسی متن کامل مقالات، نهایتاً ۱۵ مقاله، وارد مطالعه شد. راهکارهای ارتقا، در چهار حیطه: زن محور، زوج محور، جامعه محور و تسهیلات محور طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، جهت ارتقای مشارکت مردان در مراقبت‌های پری‌ناتال باید روی چهار حیطه زن محور، زوج محور، جامعه محور و تسهیلات محور برنامه‌ریزی شود.

نویسنده مسئول:
سپیده حاجیان؛
دانشکده پرستاری و
مامایی، دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی،
تهران، ایران

e-mail:
hajian74@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: مرور سیستماتیک، مرد، مشارکت جامعه، مراقبت‌های پری‌ناتال

دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۲/۲۷

مقدمه

(۱). مردان، هم به عنوان شریک زندگی و هم به عنوان یک والد، نقش اساسی در سلامت مادر و نوزاد دارند و می‌توانند روی رفتارهای مرتبط با سلامت مادر و نوزاد، هم در خانه و هم در جامعه تأثیرگذار باشند (۲). مشارکت مردان یک مسأله مهم در موفقیت برنامه‌های سلامت مادری است. در همین راستا، سازمان بهداشت جهانی، ضمن تعریف مشارکت مردان در برنامه‌های مادری ایمن در قالب تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت‌های پری‌ناتال، افزایش آگاهی و نیز شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان، انجام نیازسنجی و شناسایی

دوران بارداری، زایمان و انتقال به مرحله والد شدن، یکی از دوران‌های مهم، بحرانی و در عین حال به یادماندنی زندگی هر زن و یکی از حیطه‌های مهم بهداشت باروری است. زنانی که طی این دوران از حمایت افراد نزدیک به ویژه همسر خود بهره‌مند می‌شوند، احساس توانایی بیشتری برای تحمل و تطابق با تنش‌ها و سختی‌های دوران بارداری و زایمان می‌کنند

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- گروه آموزشی آمار زیستی، دانشکده پرستاری، دانشگاه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تأثیرات منفی مستقیم، به طور غیرمستقیم نیز از طریق کاهش روابط پدر-فرزند و کاهش حمایت‌های اجتماعی و افزایش سطوح هورمون‌های استرسی مادر، بر وضعیت آموزشی، رفتاری و تکاملی فرزندان اثر می‌گذارد (۱۱).

با وجود این، مطالعاتی که تاکنون در سطح جهان در زمینه مشارکت مردان انجام یافته است، بر محورهایی چون تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و ایدز و نقش مثبت مشارکت آنان در این زمینه‌ها متمرکز بوده و به سایر جنبه‌های سلامت زنان همچون، مشارکت در مراقبت‌های مامایی توجه کافی نشده است (۱۲) و به دلیل محدودیت مستندات قابل دسترسی، سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات لازم برای افزایش مشارکت پدران در بارداری به کندی صورت می‌گیرد (۱۳).

با شناخت ضرورت ارتقای مشارکت مردان برای آمادگی زایمان، در سطح بین‌المللی، راهبردهای مختلفی برای مشارکت آنان در سلامت مادر و نوزاد، مورد استفاده قرار گرفته است. در کشور ایران نیز در راستای نیل به اهداف توسعه هزاره و توسعه پایدار، طی سال‌های اخیر، مشارکت مردان در امور مربوط به بهداشت باروری و سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که در برنامه‌های جدید مراقبت از زنان باردار در کشور، حضور مردان در دو جلسه از کلاس‌های آمادگی برای زایمان در مراقبت‌های بارداری و زایمان پیش‌بینی شده است. اما متأسفانه همین برنامه‌ها نیز در بسیاری از مراکز، عملاً یا اجرا نمی‌شود و یا نظارتی بر اجرا و اثربخشی آن‌ها صورت نمی‌گیرد و نتایج مطالعات، حاکی از مشارکت کم مردان ایرانی در مراقبت‌های بارداری و زایمان است (۱۴).

راهبردهایی مناسب برای مشارکت آن‌ها را در این زمینه ضروری می‌داند (۳).

در راستای نام‌گذاری روز جهانی جمعیت در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان «مشارکت مردان در تأمین سلامت مادران»، دبیرکل سازمان ملل متحد بیانیه‌ای با این مضمون صادر کرد که حمایت همسر آگاه، نتایج بارداری و زایمان را بهبود بخشیده و در موارد بروز عوارض بارداری، زندگی‌بخش خواهد بود. پدر حمایتگر، نقش مهمی در عشق، مراقبت و تربیت کودکان خود ایفا می‌کند. مردان باید تشویق شوند تا از حقوق بشر و برنامه‌های مادری ایمن حمایت کنند و به این طریق در ساختن دنیایی سالم‌تر، نقش خود را ایفا نمایند (۴).

براساس مطالعات انجام گرفته، مشارکت پدر در مراقبت‌های بارداری و حضور در زایمان، نتایج مثبتی همچون کاهش احتمال زایمان زودرس و وزن کم زمان تولد و محدودیت رشد جنینی به همراه دارد (۶ و ۵). به علاوه، شرکت مردان در مراقبت‌های مربوط به مادر و کودک، فرصت‌های جدیدی را برای مراقبان بهداشتی فراهم می‌کند تا با آموزش پدران آینده، آنان را در امر سلامتشان یاری نمایند (۷).

براساس نتایج مطالعات انجام یافته، پدرانی که در فرایند زایمان شرکت داده نمی‌شوند، اغلب احساس می‌کنند نقش مهمی در تولد کودکشان ندارند و توسط ماماها و سایر اعضای تیم درمان مورد کم‌توجهی قرار گرفته‌اند. این احساسات و تجارب منفی آنان در دوران بارداری و زایمان سبب ایجاد مشکلاتی چون عدم سازگاری مناسب زوجها با حاملگی، زایمان و دوران پس از زایمان و نیز محدود شدن نقش حمایتی پدر بعد از تولد می‌گردد (۸-۱۰). عدم مشارکت مردان علاوه بر

Cochrane ، Magiran ، SID ، PubMed و Science Direct ، Scopus ، Library Google Scholar است که توسط دو پژوهشگر به طور مجزا صورت گرفت. به منظور به حداکثر رساندن جامعیت جستجو، از کلید واژه‌های کلی و عمومی فارسی شامل: مشارکت مردان، بارداری، زایمان، پس از زایمان، مراقبت‌های مامایی و کلید واژه‌های استاندارد شده Mesh شامل ، prenatal community ، pregnancy ، care ، lactation ، male ، fathers ، participation ، postpartum period ، labor stage ، postnatal care و سایر واژه‌های لاتین مرتبط با آن‌ها مانند ، delivery ، childbirth ، men involvement و ترکیب آن‌ها با کمک عملگرهای مرتبط با پایگاه مورد جستجو (همچون NOT ، OR ، AND) استفاده شد. همچنین از فهرست منابع مقالات مورد بررسی، جهت یافتن مطالعات بیش‌تر بهره گرفته شد. راهبردهای جستجو در پایگاه PubMed در جدول شماره ۱ آمده است.

هدف این مطالعه، مروری سیستماتیک بر مطالعات مبتنی بر مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان است و سعی بر این بوده است که کلیه مطالعات تجربی و نیمه تجربی انجام یافته در ایران و سایر کشورها که به بررسی راهکارهای افزایش مشارکت مردان در زمینه یاد شده پرداخته‌اند مورد بررسی قرار گیرند.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مروری سیستماتیک بر مقالات چاپ شده در زمینه راهکارهای ارتقای مشارکت مردان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان است که براساس دستورالعمل Preferred reporting items (PRISMA) for systematic review and meta-analysis (۱۵) انجام یافته است.

- راهبرد جستجو

مقالات مورد استفاده در این مطالعه، حاصل جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Embase

جدول ۱- راهبردهای جستجو در پایگاه PubMed

("community participation"[Title] AND (pregnancy[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND (prenatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND (perinatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND (labor stage[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND (postnatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND ("postpartum period"[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
("community participation"[Title] AND (lactation[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (pregnancy[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (prenatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (perinatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (labor stage[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (postnatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND ("postpartum period"[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(fathers[Title] AND (lactation[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (pregnancy[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (prenatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (perinatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (labor stage[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (postnatal care[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND ("postpartum period"[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])
(male[Title] AND (lactation[Title] AND ((english[Language] OR persian[Language])

- انتخاب مقالات

انتخاب مقالات براساس PICOST صورت پذیرفت. بدین صورت که P: همسران زنان باردار، I: مشارکت آنان، C: مردانی که مشارکت نداشته اند، O: کمیت و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، Zایمان و پس از زایمان، S: مطالعات تجربی یا نیمه تجربی بومی و غیربومی که در زمینه راهکارها و روش‌های افزایش مشارکت مردان در دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان کار کرده بودند و در مجلات داخلی و بین‌المللی به زبان فارسی و انگلیسی به چاپ رسیده بودند و T: از سال ۲۰۰۰ تا اکتبر ۲۰۱۹ میلادی (مهرماه ۱۳۹۸ هجری شمسی) بود. مطالعاتی که به بررسی مشارکت مردان در ایدز، تنظیم خانواده، سقط، ناباروری و یا هرگونه بیماری در دوران بارداری (آنمی، دیابت، بیماری‌های مزمن و ...) پرداخته بودند، از نوع مداخله‌ای نبودند (توصیفی، تحلیلی، مروری، کیفی و ...) و یا متن کامل آن‌ها در دسترس نبود و یا اطلاعات ناقصی داشتند، از مطالعه حاضر خارج شدند. عنوان، چکیده و متن مقالات توسط دو محقق، به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و درباره مقالات مورد اختلاف نظر، رد یا پذیرش ورود آن‌ها به مطالعه، تصمیم‌گیری نهایی حاصل شد.

- ارزیابی کیفی

برای ارزیابی کیفیت مطالعات از چک لیست Jadad استفاده شد که دارای سه معیار تصادفی‌سازی، کورسازی و گزارش ریزش نمونه‌ها در ارتباط مستقیم با کنترل تورش در مطالعات مداخله‌ای است. محدوده امتیاز برای

معیار تصادفی‌سازی ۲-۰، معیار کورسازی ۲-۰ و گزارش ریزش نمونه ۱-۰ است. نمره کل این سه معیار ۵ است. نمرات کم‌تر از ۳ نشانه کیفیت ضعیف و نمره ۳ به بالا نشانه کیفیت خوب مطالعه است (۱۶). از دستورالعمل CONSORT 2010 نیز برای بررسی گزارش‌دهی استاندارد مطالعات استفاده شد. این چک لیست شامل ۲۵ زیرمجموعه می‌باشد. در صورت اشاره کردن به هر یک از موارد چک لیست توسط نویسندگان، امتیاز یک و در صورت اشاره نکردن، امتیاز صفر در نظر گرفته می‌شود. بنابراین بهترین امتیازی که هر مقاله می‌تواند به دست آورد امتیاز ۲۵ و بدترین امتیاز، صفر است (۱۷ و ۱۸). برای هر یک از مقالات، تمام موارد چک‌لیست به صورت مجزا، توسط نویسنده اول مورد بررسی قرار گرفت و مقالاتی که دارای کیفیت مناسبی بودند، وارد مطالعه شدند.

- استخراج داده‌ها

استخراج داده‌ها براساس چک لیست تهیه شده توسط پژوهشگران بود که شامل نام نویسنده اول، سال چاپ مقاله، روش مطالعه، تعداد و مشخصات شرکت‌کنندگان، راهکار مورد استفاده برای جلب مشارکت مردان، پیامدهای بررسی شده و مهم‌ترین یافته‌ها (با ذکر Crude or adjusted Odds Ratio، ۹۵٪، CI، p -values) است.

یافته‌ها

طی مرور سیستماتیک مطالعات که براساس دستورالعمل PRISMA انجام یافت تعداد ۴۸۰۸ مقاله شناسایی شد که بیش‌ترین

تعداد مقالات متعلق به دو پایگاه Cochrane Library و Google scholar بود (به ترتیب ۳۱/۶ و ۳۸/۹٪). جدول شماره ۲ نتایج جستجوی جامع در پایگاه داده‌ها را به تفکیک نشان می‌دهد.

در مرحله بررسی عناوین، ۱۴۵۹ مقاله به دلیل تکراری بودن حذف شد و در مرحله انتخاب نهایی مقالات، پس از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج به مطالعه و بررسی متن کامل مقالات، نهایتاً ۱۵ مقاله، وارد مطالعه حاضر شدند (شکل شماره ۱).

از این تعداد، ۲ مقاله به زبان فارسی و بقیه به زبان انگلیسی بود. ۶ مطالعه در داخل ایران و سایر مطالعات، در دیگر کشورها انجام گرفته بود. در بیشتر آنان، راهکار موردنظر، فقط در دوران بارداری به اجرا درآمده بود (۸۰٪). جدول شماره ۳، مشخصات مقالات بررسی شده در این مطالعه را نشان می‌دهد.

براساس یافته‌های این مطالعه، راهکارهای مورد استفاده جهت ارتقای مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، شامل آموزش زنان باردار و همسران و سایر اعضای خانواده آنان، زنان و مردان جامعه، ماما‌های محلی، کارکنان بخش سلامت و پزشکان، رانندگان (۳۲-۱۹)، راه‌اندازی وب سایت (۱۹)، راه‌اندازی خط تلفن بی‌سیم (۱۹)، دادن هدیه (۲۱)، ارتباط با زوجها از طریق تلفن و ایمیل (۱۹)، حضور اجباری همسران زنان باردار در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک (۲۲ و ۲۳) و یا حضور اختیاری آنان کنار همسر در طول فرایند لیبر و زایمان (۱) بود که می‌توان آن‌ها را در چهار دسته مداخلات زن

محور، زوج محور، جامعه محور و تسهیلات محور تقسیم نمود. قابل ذکر است که بیش‌تر مطالعات، از ترکیب چند مداخله استفاده نموده بودند تا افزایش هرچه بیش‌تر مشارکت مردان را شاهد باشند (جدول شماره ۴).

مداخلات زن محور

در بین مطالعات بررسی شده، سه مطالعه از مداخلات زن محور استفاده نموده بودند (۲۱، ۲۴ و ۲۵) که از بین آن‌ها، تنها مطالعه Ibrahim و همکاران، صرفاً در مورد زنان باردار بود. Ibrahim و همکاران قصد داشتند با آموزش خانم‌های باردار، آمادگی همسران آنان را برای زایمان افزایش دهند. آن‌ها اقدام به برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مورد ارتباطات زوجی، تصمیم‌گیری مشترک، حضور همسر در مراقبت‌های بارداری، مشارکت مردان در امور خانه‌داری و آمادگی‌های زمان تولد نموده و فیلم‌هایی با موضوعات بهداشت باروری و نقش مردان در مراقبت‌های بارداری برای خانم‌های باردار نمایش داده و در پایان، با همسران آن‌ها مصاحبه نمودند. اما یافته‌های این مطالعه، از فقدان تفاوت آماری معنادار بین دو گروه مورد و کنترل از نظر مشارکت مردان در آمادگی‌های زمان زایمان حکایت داشت که از نظر پژوهشگران، می‌توانست به دلیل تصورات غلط مذهبی شرکت‌کنندگان و سطح پایین تحصیلات آنان باشد (۲۱). Turan و همکاران پس از آموزش زنان باردار، کارکنان بخش سلامت مادر و مردان و زنان جامعه متوجه شدند که آموزش سبب افزایش آگاهی زنان باردار و افزایش تعداد معاینه‌های آنان و ارتقای موارد زایمان در مراکز زایمانی می‌شود

(۲۴). تفضلی و همکاران نیز متوجه شدند که پس از آموزش زنان باردار، مشارکت مردان در مراقبت‌های شیرخوار، افزایش پیدا کرده است (۲۵).

مداخلات زوج محور

مداخلات آموزشی زوج محور، بیش‌ترین راهکار مورد استفاده در مطالعات بود که برای زنان باردار و همسران به اجرا درآمده بود. این آموزش‌ها به شکل حضوری (۲۲، ۲۳ و ۳۰-۲۵) در قالب برگزاری کارگاه، آموزش چهره به چهره، نمایش فیلم‌های آموزشی، نقش بازی کردن، پرسش و پاسخ و حل مسئله و یا به شکل ترکیب هر دو روش حضوری و غیرحضوری (۲۰ و ۳۲-۳۰) با کمک بسته‌های آموزشی و نوارهای صوتی انجام می‌یافت. در کنار این مداخلات، برخی از پژوهشگران، برای جلب مشارکت بیش‌تر مردان و کاستن از نگرانی‌های آنان، از ارتباط تلفنی و ایمیلی با زوج‌ها استفاده کردند (۲۰) و بعضی نیز با برداشتن ممنوعیت حضور مردان کنار همسر در طول لیبر و زایمان در بیمارستان، به آن‌ها اجازه دادند تا در صورت تمایل، کنار همسران حضور فعالی داشته باشند (۱). پیامدهای جسمی شامل کاهش درد (۱) و بالاتر بودن میانگین وزن خانم‌ها در اولین ویزیت بعد از زایمان (۳۳)، پیامدهای روانی شامل ارتقای سلامت روان خانم (۲۲)، افزایش اعتماد به نفس (۱) و کاهش ترس و اضطراب خانم از زایمان (۱ و ۲۳)، پیامدهای عاطفی شامل شریک کردن خانم در تصمیم‌گیری‌ها (۲۸)، پیامدهای اطلاعاتی شامل افزایش آگاهی زنان (۳۰ و ۳۱) و مردان (۲۸ و ۳۱) و بهبود نگرش آنان (۳۱)،

پیامدهای رفتاری شامل ارتقای رفتارهای حمایتگرانه مردان بعد از زایمان (۲۰، ۲۵، ۳۰ و ۳۲)، حمایت تغذیه‌ای در دوران شیردهی (۳۲)، افزایش ارتباط اجتماعی با سایر والدین (۲۷)، افزایش خودکارآمدی مردان (۲۰) و زنان (۱)، کاهش بی‌قراری و تحریک‌پذیری خانم در طول لیبر (۱)، رفتارهای مثبت سلامتی در خانم (۲۶) و بهبود روابط زوجی بعد از زایمان (۲۹)، پیامدهای نوزادی شامل شیردهی انحصاری (۲۹)، تداوم شیردهی (۲۰ و ۲۲ و ۳۰)، ارتقای روابط عاطفی پدر-فرزندی (۲۲) و پیامدهای مامایی شامل مراجعه بیش‌تر جهت مراقبت‌های پری‌ناتال (۲۶)، همراهی خانم در مراقبت‌های قبل و حین زایمان توسط همسر (۲۹-۲۷)، آمادگی بیش‌تر خانم برای زایمان (۱ و ۲۶)، افزایش موارد زایمان در یک مرکز مجهز (۲۶)، ارجحیت دادن زایمان طبیعی و ژینال بر سزارین انتخابی (۲۳ و ۳۱) و استفاده از روش‌های پیش‌گیری مناسب بعد از زایمان (۲۹)، نتایج مثبت حاصل از این مداخلات به حساب می‌آیند.

مداخلات جامعه محور

آموزش راهبرد «ارایه آموزش و اطلاعات برای توانمندسازی و تغییر» به زنان و مردان جامعه (۱۹ و ۲۴)، آموزش رانندگان وسایل نقلیه عمومی (۱۹) و آموزش سایر اعضای خانواده خانم‌های باردار (غیر از همسر) (۲۸) از راهبردهای آموزشی بودند که در این مطالعات برای افزایش مشارکت مردان از طریق همکاری جامعه، به کار گرفته شدند. راه‌اندازی سیستم تلفن بی‌سیم ارتباط‌دهنده ماماها محلی و رانندگان به مرکز تسهیلات بهداشتی محله،

کارکنان مراکز بهداشتی درمانی (۲۶ و ۲۸) و کارکنان سلامت جامعه (۲۸)، پزشکان و ماماها‌ی محلی (۱۹) و راه‌اندازی وب‌سایت اطلاعاتی و ایمیل (۲۰) محدود می‌شد که در کنار سایر مداخلات انجام یافته، با پیامدهای مثبتی همچون افزایش آگاهی زنان باردار و همسرانشان (۲۴ و ۲۸)، افزایش تعداد معاینه‌های دوران قبل و بعد از زایمان (۱۹، ۲۴ و ۲۶)، افزایش آمادگی خانم‌ها برای زایمان (۲۶)، افزایش تعداد موارد زایمان در مراکز مجهز (۱۹ و ۲۴)، کاهش بارکاری خانم‌ها (۱۹)، تداوم بیشتر شیردهی (۲۰)، بهبود تغذیه و مصرف مکمل‌ها در خانم‌های باردار، کاهش مرگ و میر پری‌ناتال و نوزادی (۱۹) افزایش موارد همراهی نمودن زنان توسط همسرانشان در مراقبت‌های قبل و حین زایمان (۲۸)، خودکارآمدی بیشتر مردان در مسایل مرتبط با شیردهی (۲۰) و افزایش موارد سهم کردن خانم‌های باردار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مکان زایمان (۲۸) همراه بود.

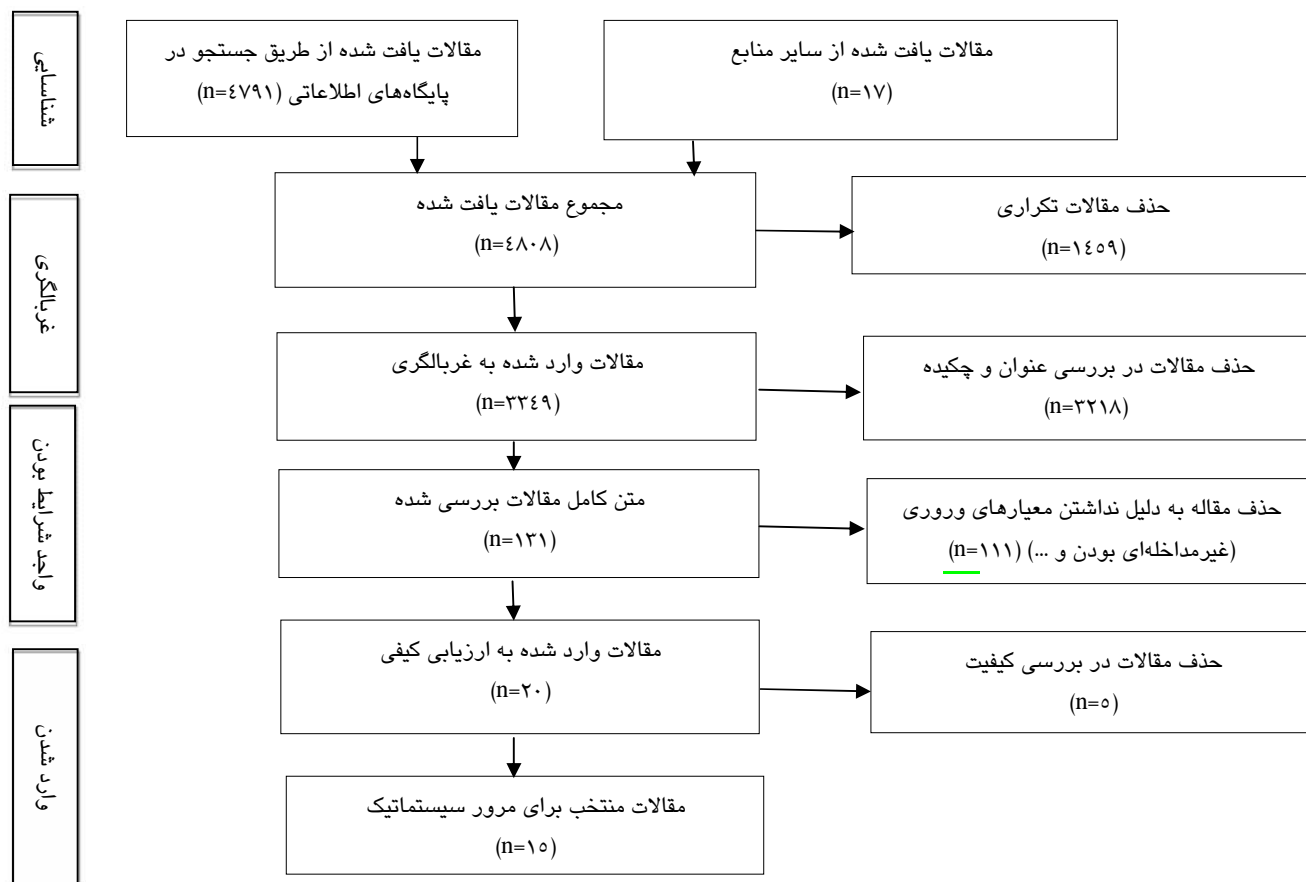
راهکار دیگری بود که توسط Midhet و Becker مورد بررسی قرار گرفت. بیش‌تر مداخلات انجام یافته در جامعه، به آموزش محدود می‌شدند، اما نتایج مثبت قابل توجهی در بهبود شاخص‌های مادری ایمن همچون کاهش مرگ و میر پری‌ناتال، زایمان و پس از زایمان، کاهش مراجعات به مرکز تسهیلات در موارد مشکلات جزئی بارداری و افزایش مراجعات به بیمارستان در صورت مشاهده علائم خطر، بهبود رژیم غذایی خانم‌ها و مصرف منظم مکمل‌های آهن و اسیدفولیک در بارداری، کاهش بارکاری خانم‌های باردار (۱۹)، افزایش مراجعه زنان جهت مراقبت‌های معمول بارداری، افزایش درصد زایمان در یک مرکز مجهز، افزایش آگاهی زنان و مردان (۱۹ و ۲۴)، افزایش مشارکت مردان، شریک کردن خانم‌ها در تصمیم‌گیری‌ها، همراهی خانم‌ها در مراقبت‌های قبل و حین زایمان توسط همسر (۲۸)، به همراه داشته‌اند.

مداخلات تسهیلات محور

مداخلات تسهیلات محوری که در این مطالعات استفاده شده بودند تنها به آموزش

جدول ۲- نتایج جستجوی جامع در پایگاه داده‌ها

Scopus	Google scholar	Embase	Cochrane Library	Science direct	PubMed	Magiran	SID
۷۲۲	۱۸۷۱	۳۷	۱۰۲۲	۳۴۹	۲۰۶	۶۶	۱۸



شکل ۱- فلوچارت مراحل ورود مقالات به فرایند مرور نظام‌مند

جدول ۳- مشخصات مقالات مرور شده در این مطالعه

عنوان	نویسنندگان	سال چاپ	نوع مطالعه	مشارکت‌کنندگان	راهکار مورد استفاده	پیامد مورد بررسی	مهم ترین یافته ها
تأثیر حضور مردان در جلسات آموزشی قبل از زایمان بر رفتارهای سلامتی مادر در شهر نپال؛ نتایج یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی	Mullany, et al	۲۰۰۷	کارآزمایی بالینی تصادفی	۴۴۲ خانم باردار نپال و همسران	آموزش خصوصی زوجی آموزش کارکنان مراکز بهداشتی	داشتن حداقل ۴ ویزیت مامایی قبل از زایمان کسب حداقل ۴ مورد آمادگی برای زایمان انجام مراقبت‌های مامایی بعد از زایمان زایمان در یک مرکز زایمانی زایمان توسط فرد ماهر	زنانی که در سه ماهه نهم بارداری به همراه همسرانشان آموزش دیده بودند نسبت به گروه کنترل، با احتمال بیشتری حداقل ۴ ویزیت قبل از زایمان داشتند (RR=۰/۷۷ و CI=۰/۷۰-۰/۸۸) و برای زایمان آسان‌تر بودند (RR=۰/۹۷ و CI=۰/۸۶-۱/۰۳) برای زنانی که با مادرشان زندگی می‌کردند و (RR=۱/۱۰ و CI=۰/۷۰-۱/۵۲) برای زنانی که با مادرشان زندگی نمی‌کردند، در مراکز بهداشتی زایمان می‌کردند (RR=۰/۹۴ و CI=۰/۷۰-۱/۱۰) و مامای همراه با تجربه داشتند (۱/۲۰-۰/۹۹ و CI=۰/۷۰-۱/۰۹) و بیش از بقیه زنان، احضال داشتند که مراقبت‌های بعد از زایمان را دنبال کنند (RR=۱/۰۴-۱/۱۰) و (RR=۱/۲۹ و CI=۰/۷۰-۱/۰۴) رفتارهای سلامتی بیشتری از خود نشان می‌داده.
اثرات مثبت همراهی پدر در لیبر و زایمان؛ یک مطالعه نیمه تجربی	D'Aliesio et al	۲۰۰۹	نیمه تجربی	۲۰۰ خانم باردار	حضور فعال همسران زنان باردار در لیبر و زایمان	میزان درد، اضطراب، استرس، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، نگرانی، احساس کارآیی، اعتماد به نفس و توانایی آرام کردن خود در زنان باردار	زنان باردار گروه مطالعه درد اضطراب و استرس کمتری داشتند (p<۰/۰۰۱) کمتر بی‌قراری می‌کردند (p<۰/۰۰۲) و تحریک‌پذیری احساس ناآرامی در آنان کمتر بود (p<۰/۰۰۰) و اعتماد به نفس بیشتری داشتند و بهتر از گروه کنترل می‌توانستند خود را آرام نگه دارند (p<۰/۰۰۰).
تأثیر مداخلات جامعه محور بر شاخص‌های سلامتی مادر و نوزاد؛ نتایج یک کارآزمایی تصادفی جامعه	Midhet & Becker	۲۰۱۰	کارآزمایی تصادفی	۲۲ ناحیه روستایی پاکستان متشکل از زنان باردار (حدود ۹۰۰ نفر) و همسران آن‌ها، ماماها محلی و سایر زنان و مسردان داوطلب روستا	آموزش زنان داوطلب جامعه جهت آموزش به سایر زنان دریافت واکسن کزاز دریافت مکمل‌های آهن و اسید فولیک آموزش رژیم غذایی بارداری کاهش بار کاری منزل -مراجعه به بیمارستان در صورت بروز مشکل زایمان در بیمارستان زایمان توسط فرد ماهر انجام مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان مرگ حول و حوش زایمان (پری‌ناتال) مرگ نوزادی	بعضی از شاخص‌های مادری این، بهبود پیدا کرد: درصد زایمان در بیمارستان افزایش یافت (OR=۰/۷ و CI=۰/۵-۰/۹) و مرگ و میر پری‌ناتال (p<۰/۰۰۵) و OR=۱/۴ و CI=۰/۹-۲/۲) و نوزادی کاهش یافت (OR=۰/۹ و CI=۰/۵-۱/۶)، مراجعه زنان جهت مراقبت‌های معمول بارداری (OR=۰/۸ و CI=۰/۶-۱/۰) زایمان و پس از زایمان بیشتر بود (p<۰/۰۰۵) و در کل آن به دلیل افزایش آگاهی از مسائل بارداری، مراجعه به مرکز تسهیلات در موارد مشکلات جزئی بارداری کمتر شد (p<۰/۰۰۵) به دلیل افزایش آگاهی و درک شوهران، مراجعه به بیمارستان در صورت مشاهده علائم خطر بیشتر شد (p<۰/۰۰۵) رژیم غذایی زنان بهتر شد (p<۰/۰۰۵) و (OR=۱/۳ و CI=۰/۹-۱/۶)، مصرف منظم مکمل‌های آهن و اسید فولیک در بارداری افزایش پیدا کرد (p<۰/۰۰۵) و (OR=۱/۳ و CI=۰/۸-۱/۸) و بارکساری خنثی‌های بارداری کاهش یافت (p<۰/۰۰۵) سایر شاخص‌ها تغییر قابل توجهی نکردند.	
ارزیابی یک مداخله جامعه محور در ارتقای مادری این در اریتره	Turan, et al.	۲۰۱۱	نیمه تجربی	۴ روستا از اریتره شمالی متشکل از ۲۶۶ خانم باردار و ۲ کادر بهداشتی	آموزش کارکنان بخش سلامت مادری جهت آموزش زنان و مردان آموزش مردان و زنان به ویژه زنان باردار	میزان آگاهی زنان باردار - ویزیت مامایی قبل از زایمان انجام اولین ویزیت در سه ماهه اول بارداری زایمان در یک مرکز زایمانی - هرگونه استفاده از مراقبت‌های قبل از زایمان - هرگونه آمادگی برای زایمان پس‌انزال پول، برنانه‌ریزی برای لیاب و نهاب تعیین مکن زایمان، صحبت با پرسنل بهداشتی آموزش دیده	آگاهی زنان افزایش پیدا کرد و درصد زنانی که حداقل ۴ ویزیت دوران بارداری را انجام داده بودند بیشتر شد (p<۰/۰۰۱) و (OR=۱/۲۳ و CI=۰/۵-۰/۶) تعداد مسوارد زایمان در مرکز زایمانی افزایش یافت (OR=۴/۸۰ و p=۰/۰۰۲) و (OR=۲/۲۳ و CI=۰/۲۴-۱/۰/۲۴).
مقایسه تأثیر آموزش مراقبت‌های شیرخوارگی به پدران و زوج‌ها در دوران بارداری با مشارکت پدران بعد از تولد	Tafazoli, et al.	۲۰۱۳	کارآزمایی بالینی	۵۰ نفر از همسران زنان باردار مشهد و ۵۰ نفر از زنان باردار به همراه همسر و ۵۰ نفر در گروه کنترل	آموزش حضوری همسران زنان باردار (گروه اول) و نیز آموزش حضوری زنان باردار و همسران (گروه دوم) آموزش غیرحضوری با کمک پمفلت	میزان مشارکت پدران در مراقبت‌های شیرخوار بیش از گروه کنترل بود (p=۰/۰۰۲).	
یک مطالعه تک مرکزی از اثرات مشارکت پدران آموزش دیده بر تفاوت شیردهی	Raeisi, et al	۲۰۱۴	مداخله‌ای	۵۰ نفر از همسران زنان باردار شهر تهران	آموزش حضوری شوهران همراهی کننده همسران باردار - ارایه بسته های آموزشی به آنان	میزان آگاهی مادران - میزان مشارکت مردان، تشویق و حمایت آنان - زردی نوزاد - تفاوت شیردهی تا ۶ ماهگی	- آگاهی مادران نیز نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (p<۰/۰۰۱) تفاوت شیردهی تا ۶ ماهگی در گروه مورد بیشتر بود (p<۰/۰۰۱) مردانی که در دوران بارداری تحت آموزش قرار گرفته بودند مشارکت بیشتری در شیردهی مادر داشته و نقش حمایتی آنان سبب تفاوت بیشتر شیردهی شده بود - زردی نوزادی بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت.
مقایسه تأثیر کارگاههای آموزشی زایمانی بر دانش، نگرش و روش زایمان بین گروه مادران و گروه زوج‌ها -مراجعه کننده به مراکز بهداشتی اصفهان ایران	Valiani, et al	۲۰۱۴	کارآزمایی بالینی تصادفی	۹۰ نفر از زنان باردار شهر اصفهان و همسرانشان (۶۰ نفر در گروه مداخله)	آموزش کارگاههای زنان باردار و همسرانشان با استفاده از سخنرانی، پرسش و پاسخ، نقش بازی کردن، حل مسأله و ارایه پمفلت	- آگاهی مردان و زنان - نگرش مردان و زنان - زایمان واژینال	سطح آگاهی زنان و مردانی که آموزش دیده بودند به طور قابل توجهی افزایش یافته بود (p<۰/۰۰۱) و نگرش مثبت‌تری نسبت به قبل از آموزش پیدا کرده بودند (p<۰/۰۰۱) به علاوه، ترجیح زایمان طبیعی واژینال به سزارین در گروه مردان آموزش دیده بیش از بقیه بود (p=۰/۰۰۱).
تأثیر کلاس‌های آموزشی زوج‌ها برگزار شده برای زنان نخست‌زای مراجعه کننده به بیمارستان هاجر بر کیفیت زندگی آنان و پیامدهای بارداری	Dehcheshmeh, et al	۲۰۱۴	کارآزمایی بالینی	۵۸ نفر از زنان باردار شهرکرد و همسرانشان (۳۱ نفر در گروه مداخله)	حضور همسران زنان باردار در جلسات سوم و هشتم کلاس‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک	-آنگار، قد، وزن و نور سر نوزاد -زمان شروع شیردهی و بوسیدن و در آغوش گرفتن نوزاد بعد از زایمان -میزان افزایش وزن در بارداری -طول مدت بستری خانم در بیمارستان -عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، رفاه عاطفی هیجانی، محدودیت‌های نقشی ناشی از سلامت جسمی -میزان درد، میزان لرزش	ابعاد سلامت روان، در آغوش گرفتن (p=۰/۰۱) و بوسیدن نوزاد (p=۰/۰۴) در شیردهی در گروهی که مردان در کلاس‌ها شرکت کرده بودند (p=۰/۰۴) تفاوت قابل توجهی با گروه کنترل داشت (p<۰/۰۰۵).

<p>حمایت از تغذیه با شیر مادر و شیرپدری - انحصاری: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی</p>	<p>Abbass-Dick, et al.</p>	<p>۲۰۱۵</p>	<p>کارآزمایی بالینی تصادفی</p>	<p>۲۱۴ زوج کانادایی (۱۰۷ زوج در گروه مداخله)</p>	<p>- آموزش چهره به چهره زنان تازه زایمان کرده و همسرانشان در بخش بست پسارژوم و دادن بسته‌های آموزشی شیردهی از جمله فیلم‌های آموزشی - راه‌اندازی و معرفی وب‌سایت اطلاعاتی - ارتباط با زوج‌ها از طریق اپیل - داشتن ارتباط تلفنی با زوجین در جهت پاسخ‌گویی به سؤالات و نگرانی‌های آنان، ۲ هفته بعد از زایمان</p>	<p>- مدت شیردهی انحصاری - دریافت کمک از همسر - حمایت همسر بعد از زایمان - رضایت خانم از مشارکت همسر در شیردهی - رضایت از اطلاعات کسب شده در مورد شیردهی - روابط والدی - فرزندی - خودکارایی مرد در شیردهی - نگرش مرد در مورد شیردهی</p>	<p>تداوم شیردهی در ۱۲ هفته بعد از زایمان ($p=0.02$)، خودکارآمدی مردان در شیردهی از زمان زایمان تا ۶ هفته بعد از زایمان ($p=0.03$)، رضایت زنان از اطلاعات دریافت شده ($p<0.001$) و از مشارکت همسر در شیردهی ($p=0.04$) در گروه مداخله بیش از گروه کنترل بود.</p>
<p>کارکنان سلامت جامعه می‌توانند مشارکت مردان در سلامت مسادر را ارتقا دهند: مدارکی از تانزانیا</p>	<p>August, et al.</p>	<p>۲۰۱۶</p>	<p>نیمه تجربی</p>	<p>۲۳۷۷ نفر از همسران زنان باردار (۱۳۷۸ تانزانیایی گروه مداخله) ۲۴ نفر از کارکنان بهداشتی و ۶۶ نفر از کارکنان بهداشتی جامعه</p>	<p>- آموزش کارکنان مراکز بهداشتی و کارکنان سلامت جامعه - آموزش زنان باردار به همراه همسران و دیگر اعضای خانواده - ارائه کارت‌های تصویری در مورد اقدامات مناسب در زمان بروز مشکلات.</p>	<p>- زایمان در یک مرکز زایمانی - آگاهی از علائم خطر بارداری، زایمان و پس از زایمان - حداقل ۳ مورد آمانگی برای زایمان و روبرویی با مشکلات همراهی همسر تا مرکز مراقبت‌های بارداری - همراهی همسر تا اتاق زایمان - تصمیمگیری مشترک با همسر در مورد مکان زایمان - نمره مشارکت مرد</p>	<p>آموزش مردان جامعه سبب افزایش مشارکت آنان ($CI=22(5-52)8$) و ارتقای سطح آگاهی آنان در زمینه مراقبت‌های ماسایی و علائم خطر دوران بارداری ($CI=12(7-28)8$) و زایمان ($p<0.001$)، رضایت از زایمان ($CI=10(5-17)8$) و پس از زایمان ($CI=8(3-21)8$) و رضایت از مشارکت همسر در شیردهی ($p<0.001$)، افزایش میزان همراهی زنان توسط شوهرانشان در دوران قبل ($p=0.02$) و ($CI=5(7-17)2$)، حین زایمان ($CI=4(8-14)8$) و پس از زایمان ($p<0.001$) و بهبود قابل توجه وضعیت نسیم شدن زنان در تصمیمگیری برای مکان زایمان ($CI=7(8-14)8$) و ($p<0.001$) شد.</p>
<p>رضایت پدران از دو مدل مراقبت بارداری در سوئد: یافته‌هایی از یک مطالعه نیمه تجربی</p>	<p>Andersson, et al.</p>	<p>۲۰۱۷</p>	<p>نیمه تجربی</p>	<p>۷۴۷ نفر از همسران زنان باردار سوئدی (۴۱۱ نفر در گروه مداخله)</p>	<p>- ارائه مراقبت‌های ماسایی به زنان باردار و همسرانشان در قالب مراقبت‌ها و آموزش‌های فردی و گروهی</p>	<p>- آگاهی مرد - رضایت مرد از نحوه ارائه مراقبت - آمادگی برای زایمان - تعداد ویزیت‌هایی که زوج با هم مراجعه کرده‌اند - گفتگوی مرد با ماما ارائه‌دهنده مراقبت - ارتباط اجتماعی با سایر والدین</p>	<p>پدران گروه مداخله (مراقبت‌های گروهی) تمایل بیشتری به ویزیت‌های بارداری داشتند ($p>0.001$) و ارتباط اجتماعی بیشتری با سایر والدین داشتند ($p>0.001$) و در زمینه «برنامه‌ریزی برای تولد» مشکلات کمتری در مقایسه با پدران گروه کنترل داشتند ($OR=0.37$، $djz=0.77$، $CI=0.15-0.77$ و $p>0.001$).</p>
<p>تأثیر یک مداخله رفتاری بر مشارکت مردان در آمادگی‌های زایمانی در یک جمعیت روستایی در نیجریه شمالی</p>	<p>Ibrahim, et al.</p>	<p>۲۰۱۸</p>	<p>نیمه تجربی</p>	<p>۴۱۱ مرد نیجری (۲۰۵ نفر در گروه مداخله)</p>	<p>- انجام مداخله رفتاری روی زنان باردار تازه زایمان کرده به صورت برگزاری کارگاه آموزشی و نمایش فیلم به همراه بحث در مورد آن - اهداف ترویجی اسلامی حاوی پیام‌هایی در مورد مشارکت مردان - به همراه مصاحبه گروهی با مردان متاهل شرکت‌کننده در کلاس‌های فوق و مصاحبه با مطلعان کلیدی</p>	<p>- آمادگی برای زایمان (خوب/ضعیف)، پس‌انداز پول، تعیین مکان زایمان از قبل، برنامه‌ریزی برای فرد همراه همسر در زایمان، تعیین وسیله ایاب و ذهاب، برنامه‌ریزی برای اهدای خون - اجازه دادن به همسر برای مراجعه به مرکز بهداشتی در مواقع اورژانسی</p>	<p>تفاوت قابل توجهی در هر دو گروه مورد و کنترل از نظر مشارکت مردان در آمادگی‌های زمان زایمان، قبل و بعد از مداخله دیده نشد ($p=0.04$) در گروه کنترل و ($p=0.81$) در گروه مورد که می‌تواند به دلیل سوء برداشت‌های مذهبی آنان و سطح پایین تحصیلات آن‌ها (کمتر از دبیرستان) باشد.</p>
<p>مشارکت دادن مردان در مراقبت‌های مادری در بورکینافاسو: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی</p>	<p>Daniele, et al.</p>	<p>۲۰۱۸</p>	<p>کارآزمایی بالینی تصادفی</p>	<p>۵۸۲ زن باردار شهر بوبودیالاسو بورکینافاسو ۵۶۱ زن باردار در گروه کنترل</p>	<p>- آموزش حضوری زنان باردار و همسرانشان به صورت: یک جلسه برهم کنشی برای شرکای جنسی زنان باردار در نیمه دوم بارداری و یک جلسه مشاوره‌ای زوجی در نیمه دوم بارداری و یک جلسه مشاوره‌ای زوجی بعد از زایمان (قبل از ترخیص)</p>	<p>- پیامدهای اولیه (اصلی) شامل: - همراهی شدن مادر توسط شریک جنسی در حداقل دو مراقبت‌های بعد از زایمان تا ۶ هفته بعد از زایمان، شیردهی انحصاری ۳ ماه بعد از زایمان، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری مدرن و مؤثر - پیامدهای ثانویه (فرعی) شامل: - استفاده از وسایل پیشگیری دایمی / طولانی‌الای: ۸ ماه بعد از زایمان، استفاده از وسایل پیشگیری کم‌تر مؤثرتر: ۲ و ۳ ماه بعد از زایمان، استفاده به موقع از روش‌های پیشگیری در زمانی که بارداری، نامشتمل به نظر می‌رسد، نیازهای برآورده نشده پیشگیری از بارداری، ۸ ماه بعد از زایمان، داشتن روابط خوب ۸ ماه بعد از زایمان، رضایت از مراقبت‌های معمول، ۸ ماه بعد از زایمان</p>	<p>پیامدهای زیر در گروه مداخله به طور معناداری بیش از گروه کنترل بود: همراهی شدن مادر توسط شریک جنسی در حداقل دو جلسه از ویزیت‌های بعد از زایمان ($CI=3(3-17)8$ و $RD=1(1)8$)، شیردهی انحصاری ۳ ماه بعد از زایمان ($CI=5(8-17)2$ و $RD=1(1)8$)، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری مدرن و مؤثر ($CI=5(5-12)7$ و $RD=7(4)8$)، استفاده از وسایل پیشگیری طولانی‌الای ($CI=7(9-17)4$ و $RD=7(4)8$)، استفاده از وسایل پیشگیری ۳ ماه بعد از زایمان ($CI=6(2-12)8$ و $RD=7(7)8$)، شروع به موقع از وسایل پیشگیری ($CI=7(2-15)8$ و $RD=7(7)8$)، کاهش نیازهای برآورده نشده به وسایل پیشگیری ($CI=9(7-15)8$ و $RD=7(7)8$)، رضایت از مراقبت‌های روتین مشاهده نشد ($OR=0.9(0.7-1.1)8$ و $CI=0.7(0.5-1.0)8$).</p>
<p>بررسی اثربخشی مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری بر پیامدهای حاملگی و زایمان</p>	<p>مرتضوی و همکاران</p>	<p>۱۳۹۳</p>	<p>مداخله‌ای</p>	<p>۱۸۶ زن باردار شهر سنیزوار (۲۳ زوج در گروه مداخله)</p>	<p>حضور خانم‌های باردار به همراه همسرانشان در زمان مراقبت‌های بارداری و آموزش حضوری آنان و ارائه پمفلت برای مطالعه در منزل</p>	<p>- آپگار تولد - سن حاملگی در زمان زایمان - میزان افزایش وزن خلم در بارداری و وزن خلم ۲ هفته بعد از زایمان - میزان سزارین - شیردهی غیرانحصاری - شروع خودبخود دردهای زایمانی - زایمان زودرس یا دیررس، مشکلات اداری، فشارخون بارداری و کلیه پیامدهای نامطلوب بارداری - مشارکت شوهر در مراقبت از نوزاد، همراهی همسر در مراقبت‌ها و در روز زایمان و روز ترخیص، خرید موانع غذایی خاص بارداری یا شیردهی، کمک در کارهای منزل، آماده کردن غذا یا نوشینی، ارائه توصیه‌های بهداشتی، توصیه به زایمان طبیعی، توصیه‌های غذایی، توصیه به استراحت</p>	<p>در گروه مردان آموزش دیده، میانگین وزن زنان در اولین ویزیت بعد از زایمان ($p=0.03$)، رضایت زنان از مشارکت همسر در مراقبت از نوزاد ($p<0.001$)، شگه‌داری از کودک در غیاب زن ($p=0.001$) و خرید مواد غذایی خاص برای حمایت از شیردهی ($p=0.009$) بیش از بقیه بود. - سایر پیامدها تفاوت آماری معناداری نداشتند.</p>
<p>تأثیر مشارکت همسر در کلاس آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان زنان نخستزا</p>	<p>جمالی و همکاران</p>	<p>۱۳۹۷</p>	<p>کارآزمایی بالینی تصادفی</p>	<p>۱۵۲ خانم باردار شهر قزوین (۷۶ زوج در گروه مداخله)</p>	<p>شرکت خانم‌های باردار به همراه همسرانشان در ۸ جلسه کلاس آموزشی آمادگی برای زایمان</p>	<p>- نمره ترس از زایمان - میزان زایمان طبیعی</p>	<p>میانگین نمره ترس از زایمان در گروه مداخله، کاهش معناداری را نشان داد ($p<0.001$)، از نظر انتخاب زایمان طبیعی توسط خانم باردار ($p=0.001$) و همسرش ($p<0.001$)، نیز بین دو گروه، تفاوت معناداری مشاهده شد.</p>

جدول ۴- تقسیم‌بندی مقالات مورد استفاده در این مطالعه براساس راهکارهای استفاده شده برای افزایش مشارکت مردان

نویسندگان	نوع راهکار مورد استفاده
Mullany, et al	زوج محور
Midhet & Becker	جامعه محور، تسهیلات محور
Turan, et al.	زن محور، جامعه محور، تسهیلات محور
Tafazoli, et al.	زن محور، زوج محور
Raeisi, et al	زوج محور
Valiani, et al	زوج محور
Dehcheshmeh, et al	زوج محور
Abbass-Dick, et al.	زوج محور
D'Aliesio et al	زوج محور
August, et al.	زوج محور، جامعه محور، تسهیلات محور
Andersson, et al,	زوج محور
Ibrahim, et al.	زن محور
Daniele, et al.	زوج محور
مرتضوی و همکاران	زوج محور
جمالی و همکاران	زوج محور

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به مرور مقالات چاپ شده در زمینه راهکارهای جلب مشارکت مردان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان پرداخته است. Alio و همکارانش در مطالعه خود پیشنهاد می‌دهند که برنامه‌های ارتقادهنده مشارکت مردان در بارداری باید بر سه محور مردمحور، زن‌محور و پرسنل‌محور متمرکز باشند (۲۸). بر این اساس و با توجه به نتایج مقالات بررسی شده در مطالعه حاضر، یافته‌هایمان را در ۴ محور زن‌محور، زوج‌محور، جامعه‌محور و تسهیلات محور دسته‌بندی نمودیم.

براساس یافته‌های این مطالعه، در بین مداخلات انجام یافته در ایران و جهان، مداخلات آموزشی، بیش‌ترین مداخلات انجام گرفته هستند که در تمامی مطالعات زن محور، زوج محور، جامعه محور و تسهیلات محور به کار گرفته شده‌اند و نتایج مثبتی به همراه داشته‌اند.

ضرورت نیاز به آموزش در مطالعات مختلف دنیا به اثبات رسیده است (۲۸، ۳۴ و ۳۵) و پیامدهای مثبت متعاقب این‌گونه مداخلات، از دانش کم مردان نسبت به مراقبت‌های این دوران و واقف نبودن آنان نسبت به اهمیت نقش خود در این دوران حکایت دارند. در این راستا، اجرای برنامه‌های آموزشی از جمله ایفای نقش، نمایش فیلم و برنامه‌های آموزش گروهی در دوره قبل و پس از زایمان و فراهم کردن زمینه دسترسی به حمایت‌های اجتماعی می‌تواند تأثیر مثبتی در آماده نمودن مردان برای شرایط جدید پیش رو و بهبود مشارکت آنان در برنامه‌های مراقبتی داشته باشد (۳۶). به علاوه، همراهی مردان با همسرانشان برای معاینات قبل و بعد از زایمان، فرصتی طلایی را برای دسترسی داشتن به مردان و آموزش مقدماتی آن‌ها در اختیار کارکنان نظام سلامت قرار می‌دهد (۳۴ و ۳۵).

مداخلات زن محور

Midhet و Becker معتقدند اگرچه مداخلات زوج محور مؤثرتر از مداخلات زن محور هستند، در بعضی از موارد، تفاوت غیر معناداری بین این دو گروه مشاهده می‌شود که می‌تواند به دلیل این باشد که در گروه زن محور، بعضی از همسران خانم‌های باردار، در منزل، جزوات آموزشی ارائه شده به همسران را مرور می‌کنند و از این طریق، اطلاعاتی را به دست می‌آورند (۱۹). به عبارت دیگر، آموزش زنان باردار به تنهایی، می‌تواند به طور غیرمستقیم سبب افزایش آگاهی همسران آن‌ها نیز بشود. البته پیشنهاد شده است که جهت افزایش کارایی آموزش زنان باردار، جلسات آموزشی، هم‌زمان با مراقبت‌های دوران بارداری آن‌ها صورت گیرد و برای زنانی که امکان مراجعه حضوری برای دریافت آموزش‌ها ندارند از روش‌های تلفنی و آموزش از راه دور به عنوان یک روش مفید در کنار سایر روش‌های آموزشی می‌توان استفاده نمود (۳۷).

مداخلات زوج محور

مطالعات مداخله‌ای که به بررسی نقش همسر در تشویق رفتارهای مادری ایمن و کاهش مرگ و میر مادری و نوزادی پرداخته باشند، بسیار کم هستند. در حالی که همسران، نقش مهمی را در حصول پیامدهای مطلوب بارداری و بقای بیش‌تر خانم‌های باردار بازی می‌کنند، در اغلب موارد، این مردان هستند که برای دریافت خدمات مامایی در زمان بروز مشکل یا برای وسیله رفت و آمد به مراکز بهداشتی، برای همسران باردارشان تصمیم می‌گیرند (۱۹).

مشارکت همسران زنان باردار از چند طریق می‌تواند سبب کاهش مرگ و میر مادری شود:

۱- تشویق همسرانشان و تسهیل دریافت مراقبت‌های پری‌ناتال ۲- اطمینان از تغذیه بهتر و استراحت بیش‌تر همسرشان در طی دوران بارداری و پس از زایمان ۳- برنامه‌ریزی برای حضور یک عامل زایمان ماهر در زمان تولد کودک ۴- آمادگی در زمان اورژانس‌های مامایی از قبیل برنامه‌ریزی مالی و تدارک وسیله ایاب و ذهاب مناسب ۵- کاهش تأخیر در تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی در مواقع اورژانسی. لذا، در تمامی برنامه‌های تغییر رفتار مرتبط با سلامت مادر، به ویژه برنامه‌های آموزشی واحدهای مامایی، به نقش همسران زنان باردار باید توجه کافی نمود (۱۹).

مداخلات جامعه محور

در مورد نقش عدم مشارکت جامعه در برنامه‌های مادری ایمن به عنوان یک دلیل اصلی بالا بودن مرگ و میر مادری، بحث‌های زیادی شده است (۱۹). اما مستندات کافی برای پذیرش یا عدم پذیرش مداخلات جامعه محور خاصی که سبب کاهش مرگ و میر مادری یا پری‌ناتال شود وجود ندارد (۳۸).

نگاهی دقیق به مدل سه تأخیری (۳۹) شامل: تأخیر در تصمیم‌گیری (به دلایلی همچون عدم آگاهی از علایم خطر، موانع اجتماعی اقتصادی فرهنگی، عدم اعتماد به سیستم بهداشتی)، تأخیر در رسیدن به مراکز بهداشتی درمانی (به دلایلی همچون عدم دسترسی به وسایل حمل و نقل و وسایل ارتباطی، عدم

چنین تغییری در گروه تسهیلات محور (مانند آموزش پزشکان) مشاهده نشده است (۴۱).

مداخلات تسهیلات محور

براساس نتایج بعضی مطالعات، تنها از طریق مداخلات تسهیلات محوری چون آموزش کارکنان، ارتقای مهارت عاملان زایمان و بهبود دسترسی به خدمات اورژانسی مامایی می‌توان مشارکت مردان را افزایش داده و مرگ و میر مادری و نوزادی را کاهش داد. از طرفی، عدم آگاهی و عدم اعتماد خانواده‌ها از جمله مردان به سیستم بهداشتی سبب تأخیر آن‌ها در تصمیم‌گیری برای مراجعه به مراکز اورژانسی مامایی می‌شود. لذا به نظر می‌رسد افزایش آگاهی از علایم خطر بارداری و آمادگی‌های زایمانی و مفیدتر کردن وسایل نقلیه موجود، مؤثرترین ابزارها در تصمیم‌گیری سریع‌تر و رسیدن زودتر به مراکز مراقبتی اورژانسی هستند. منتها، تأثیر این ابزارها مشروط بر در دسترس بودن خدمات بهداشتی با کیفیت است (۱۹). البته باید توجه داشت که ارزیابی مراقبت‌های مامایی باید مداوم و پایدار باشد تا با ارتقای کیفیت خدمات بتواند رضایت گیرندگان خدمات را افزایش داده و موارد مرگ و میر مادری را کاهش دهد. مدل تداوم مراقبت‌های مامایی، یک مدل چندوجهی است که در نتیجه آن، اعتماد، توانمندسازی و انجام بهینه مراقبت‌های فردی حاصل می‌آید (۴۲). باقری و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مراقبت‌های مستمر مامایی سبب افزایش حضور همراه در معاینه‌های دوران بارداری و مشارکت بیشتر آنان در کلاس‌های این دوران می‌شود. خانم‌های باردار شرکت‌کننده در

آشنایی با سیستم‌های بهداشتی و موانع مالی و اجتماعی) و تأخیر در دریافت خدمات مناسب (به دلایلی همچون زیرساخت‌های نامناسب مراکز برای حضور توأم خانم باردار و همسرش، برخورد نامناسب کارکنان، عدم مهارت کافی کارکنان و نامناسب بودن تجهیزات مراکز و تجارب منفی قبلی در مراجعه به مراکز) نشان می‌دهد که مداخلات جامعه محور شامل برنامه‌های تغییر رفتار جامعه و به تحرک واداشتن مردم می‌تواند نقش مؤثری در کاهش دو تأخیر اول و در نتیجه، کاهش مرگ و میر مادری و نوزادی داشته باشد. به همین دلیل، پیشنهاد شده است که راهبرد «آموزش و دادن اطلاعات برای توانمندسازی و تغییر» (Information and Education for Empowerment and Change: IEEC) برای تمامی جامعه به ویژه برای مردان، در تمامی برنامه‌های مادری ایمن گنجانده شود (۱۹).

Darmstadt و همکاران در بررسی اثر مداخلات جامعه محور بر کاهش مرگ و میر نوزادی در چندین کشور، اعلام نمودند که در مراکز دارای مرگ و میر نوزادی بالا، مطالعات جامعه محور و خانواده محور، به طور مؤثری می‌تواند سبب کاهش مرگ و میر نوزادی شود (۴۰). انجمن جمعیت پاکستان نیز پس از انجام یک تحقیق ۳ ساله (۲۰۰۳-۲۰۰۶) اعلام داشت که براساس مستندات موجود، مداخلات جامعه محور (شامل آموزش زنان و همسرانشان و عاملان زایمان و اصلاح سیستم حمل و نقل خانم‌های باردار به مراکز بهداشتی) با تغییر باورنکردنی دانش و رفتار افراد، سبب کاهش مرگ و میر پرناتال شده است. در حالی‌که

مردان را در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نشان می‌دهد.

اگرچه مداخلات آموزشی، یکی از مناسب‌ترین راهکارها در جلب مشارکت مردان در مراقبت‌های مادری و نوزادی و در نتیجه ارتقای سلامت این دو قشر آسیب‌پذیر جامعه بوده و لازم است که در تمامی برنامه‌های مادری ایمن گنجانده شود (۱۹)، اما توجه به شرایط و نیازهای آموزشی مردان، استفاده از برنامه‌های مبتنی بر شواهد و اصلاح سیستم بهداشتی درمانی در راستای آموزش بهینه مردان، نکته حایز اهمیتی می‌باشد. باید توجه داشت که صرفاً حضور مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و گرفتن آموزش‌ها، متضمن افزایش مشارکت آنان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نمی‌باشد و تغییر نگرش و رفتار آنان، برنامه‌ریزی‌های وسیع‌تری را می‌طلبد (۳۲).

برنامه‌های ترویج مشارکت مردان باید به موانع موجود مانند نبود اطلاعات کافی درخصوص نظرات و دیدگاه‌های مردان، و احساسات منفی آنان مبنی بر نداشتن جایگاه و منزلت در سیستم ارایه خدمات، فقدان کارکنان مرد دوره دیده و یا کلینیک‌های دوستدار پدران و نامناسب بودن ساعات ارایه خدمات فائق آیند. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مبتنی بر مشارکت مردان کمک‌کننده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به این نتایج و در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی اجتماعی هر منطقه، راهکارهایی در جهت ارتقای فرهنگ مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و

مطالعه آنان، خواستار دسترسی همه جامعه به این مدل مراقبتی بودند. علاوه بر فواید این‌گونه مراقبت‌ها برای خانم‌های باردار و خانواده‌های آنان، اعتماد به نفس ماماها و استقلال عملکرد حرفه‌ای آن‌ها نیز افزایش می‌یابد و کار تیمی در بین آنان تقویت می‌شود (۴۳).

اگرچه مستندات کافی و سازمان‌دهی شده برای تعیین بهترین راهبردها برای ارتقای وضع سیستم‌های بهداشتی و کاهش مرگ و میر مادری یا پری‌ناتال وجود ندارد (۱۹ و ۳۸)، به نظر می‌رسد در کنار مداخلات جامعه محور و خانواده محور، داشتن یک مدل مراقبتی تسهیلات محور مکمل نیز ضروری می‌باشد (۴۰).

البته باید توجه داشت که مداخلات کوتاه مدت یا برنامه‌های عمودی، رسیدن به اهداف توسعه هزاره در مرگ مادر را با مشکل مواجه خواهد نمود (۱۹). در کشورهای در حال توسعه، برنامه کاری سیستم‌های بهداشتی توسط مؤسسات خیریه و نیکوکاران تعیین می‌شود و از آنجایی که آنان دنبال برنامه‌هایی هستند که پایش و ارزیابی آن‌ها راحت باشد و سریع به نتیجه برسد، از برنامه‌های عمودی حمایت می‌کنند. در حالی‌که برنامه‌های عمودی، با منحرف کردن منابع از کیفیت کلی و متمرکز کردن آن‌ها روی یک مشکل خاص، استانداردهای عمومی سیستم‌های بهداشتی را نادیده می‌گیرند (۴۴).

در پایان، می‌توان نتیجه گرفت که اکثر مداخلات مبتنی بر ارتقای مشارکت مردان، نویدبخش ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌باشند و این مسأله، ارزش درگیر کردن

را نتوان مورد فراتحلیل قرار داد. علاوه بر این، استفاده از چندین راهکار با محوریت‌های متفاوت در بعضی از مطالعات، امکان انجام فراتحلیل درباره نتایج مطالعات مشابه را از محققان این مطالعه سلب نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل رساله دکتری تخصصی به شماره ۱۶۸۴۵ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام یافته است. بدین‌وسیله محققان، مراتب سپاس و قدردانی خود را اعلام می‌دارند. تضاد منافع: نویسندگان این مطالعه هیچ تضاد منافی را گزارش نمی‌کنند.

پس از زایمان و رفع موانع فرهنگی موجود در هر منطقه، طراحی و اجرا گردد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، مرور جامع مقالات به زبان فارسی و انگلیسی بود. ممکن است مقالاتی در زمینه مشارکت مردان در مراقبت‌های پری‌ناتال به سایر زبان‌ها چاپ شده باشد که محققان به دلیل عدم تسلط به سایر زبان‌ها، آن‌ها را وارد مطالعه نکرده‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جامع با مرور تمام مقالات به سایر زبان‌ها انجام یابد.

از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وجود تنوع و ناهمگونی در روش طراحی مطالعات مختلف، نحوه اجرای مداخلات و تنوع ابزارهای مورد استفاده در ارزیابی پیامدها اشاره نمود که سبب شد نتایج حاصل

منابع

- 1 - D'Aliesio L, Vellone E, Amato E, Alvaro R. The positive effects of father's attendance to labour and delivery: a quasi-experimental study. *Int Nurs Perspect*. 2009; 9(1): 5-10.
- 2 - Greene ME, Mehta M, Pulerwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributions to development. Background paper to the report public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. Washington, D.C.: UN Millennium Project; 2006.
- 3 - World Health Organization. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 4 - United Nation Population Fund (UNFPA). Male involvement in maternal health critical to saving women's lives. Available at: <https://www.unfpa.org/press/male-involvement-maternal-health-critical-saving-womens-lives-say-un-leaders>. Accessed July 10, 2007.
- 5 - Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Saliu HM. The impact of paternal involvement on fetto-infant morbidity among whites, blacks and hispanics. *Matern Child Health J*. 2010 Sep; 14(5): 735-741. doi: 10.1007/s10995-009-0482-1.
- 6 - Ghosh JK, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Aug; 13(4): 327-38. doi: 10.1007/s00737-009-0135-9.
- 7 - Mortazavi F, Mirzaii Kh. [Concerns and expectations towards husbands' involvement in prenatal and intrapartum cares: a qualitative study]. *Payesh*. 2012; 11(1): 51-63. (Persian)
- 8 - Fenwick J, Bayes S, Johansson M. A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sex Reprod Healthc*. 2012 Mar; 3(1): 3-9. doi: 10.1016/j.srhc.2011.11.001.
- 9 - Premberg A, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth--a phenomenological study. *Midwifery*. 2011 Dec; 27(6): 848-53. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.002.

- 10 - Mbekenga CK, Lugina HI, Christensson K, Olsson P. Postpartum experiences of first-time fathers in a Tanzanian suburb: a qualitative interview study. *Midwifery*. 2011 Apr; 27(2): 174-80. doi: 10.1016/j.midw.2009.03.002.
- 11 - Lu MC, Jones L, Bond MJ, Wright K, Pumpuang M, Maidenberg M, et al. Where is the F in MCH? Father involvement in African American families. *Ethn Dis*. 2010 Winter; 20(1 Suppl 2): S2-49-61.
- 12 - Mortazavi F, Mirzaii Kh. [Reason of, barriers to, and outcomes of husbands' involvement in prenatal and intrapartum care program based on midwives' experiences: a qualitative study]. *Journal of Arak University Medical Sciences*. 2012; 15(1): 104-115. (Persian)
- 13 - Bond MJ, Heidelbaugh JJ, Robertson A, Alio PA, Parker WJ. Improving research, policy and practice to promote paternal involvement in pregnancy outcomes: the roles of obstetricians-gynecologists. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010 Dec; 22(6): 525-9. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283404e1e.
- 14 - Mortazavi F, Keramat A. [The study of male involvement in prenatal care in Shahroud and Sabzevar, Iran]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2012; 6(1): 66-74. (Persian)
- 15 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009 Oct; 62(10): 1006-12. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.005.
- 16 - Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Control Clin Trials*. 1996 Feb; 17(1): 1-12. doi: 10.1016/0197-2456(95)00134-4.
- 17 - Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med*. 2010 Jun 1;152(11):726-32. doi: 10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232.
- 18 - Balasubramanian SP, Wiener M, Alshameeri Z, Tiruvoipati R, Elbourne D, Reed MW. Standards of reporting of randomized controlled trials in general surgery: can we do better?. *Ann Surg*. 2006 Nov; 244(5): 663-7. doi: 10.1097/01.sla.0000217640.11224.05.
- 19 - Midhet F, Becker S. Impact of community-based interventions on maternal and neonatal health indicators: results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reprod Health*. 2010 Nov 5; 7: 30. doi: 10.1186/1742-4755-7-30.
- 20 - Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis CL. Co-parenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015 Jan; 135(1): 102-10. doi: 10.1542/peds.2014-1416.
- 21 - Ibrahim MS, Sufiyan MB, Idris SH, Asuke S, Yahaya SS, Olorukooba AA, Sabitu K. Effect of a behavioral intervention on male involvement in birth preparedness in a rural community in northern Nigerian. *Ann Nigerian Med*. 2014; 8: 20-7. doi: 10.4103/0331-3131.141025.
- 22 - Dehcheshmeh FS, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of life and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Feb; 19(7 Suppl 1): S59-63.
- 23 - Jamali F, Olfati F, Oveisi S, Ranjkesh F. [Effects of spouses' involvement in pregnancy on fear of childbirth in nulliparous women]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2018; 22(2): 38-47. doi: 10.29252/qums.22.2.38. (Persian)
- 24 - Turan JM, Tesfagiorgis M, Polan ML. Evaluation of a community intervention for promotion of safe motherhood in Eritrea. *J Midwifery Womens Health*. 2011 Jan-Feb; 56(1): 8-17. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00001.x.
- 25 - Tafazoli M, Bagheri M, Boskabadi H, Setayesh Y. The comparative study of the impact of antenatal training care infants to fathers and couple on the fathers' participations after birth. *International Journal of Pediatrics*. 2013 Aug; 1(1): 31-8. doi: 10.22038/IJP.2013.2143.
- 26 - 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 Apr; 22(2): 166-76. doi: 10.1093/her/cyl060.

- 27 - Andersson E, Small R. Fathers' satisfaction with two different models of antenatal care in Sweden - findings from a quasi-experimental study. *Midwifery*. 2017 Jul; 50: 201-207. doi: 10.1016/j.midw.2017.04.014.
- 28 - Alio AP, Lewis CA, Scarborough K, Harris K, Fiscella K. A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Mar 7; 13: 60. doi: 10.1186/1471-2393-13-60.
- 29 - August F, Pembe AB, Mpembeni R, Axemo P, Darj E. Community health workers can improve male involvement in maternal health: evidence from rural Tanzania. *Glob Health Action*. 2016 Jan 18; 9: 30064. doi: 10.3402/gha.v9.30064.
- 30 - Daniele MA, Ganaba R, Sarrasat S, Cousens S, Rossier C, Drabo S, et al. Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ*. 2018 Jul 1; 96(7): 450-461. doi: 10.2471/BLT.17.206466.
- 31 - Raeisi K, Shariat M, Nayeri F, Raji F, Dalili H. A single center study of the effects of trained fathers' participation in constant breastfeeding. *Acta Med Iran*. 2014; 52(9): 694-6.
- 32 - Valiani M, Haghghatdana Z, Ehsanpour S. Comparison of childbirth training workshop effects on knowledge, attitude, and delivery method between mothers and couples groups referring to Isfahan health centers in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Nov; 19(6): 653-8.
- 33 - Mortazavi F, Delara M, Akaberi A. [Male involvement in prenatal care: impacts on pregnancy and birth outcomes]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014 Mar; 12(1): 63-71. (Persian)
- 34 - Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 Sep; 18(3): 149-56. doi: 10.1590/s1020-49892005000800001.
- 35 - Simbar M, Nahidi F, Ramezani-Tehrani F, Akbarzadeh A. Educational needs assessment for men's participation in perinatal care. *East Mediterr Health J*. 2011 Sep; 17(9): 689-96. doi: 10.26719/2011.17.9.689.
- 36 - Simbar M, Nahidi F, Ramezani Tehrani F, Ramezankhani A. [Fathers' educational needs about perinatal care: a qualitative approach]. *Hakim Health Systems Research*. 2009; 12(2): 19-31. (Persian)
- 37 - Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13; (6): CD002020. doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub3.
- 38 - Khojasteh F, Eshteharian Dokht Z, Ansari H. [Comparison of in-person counseling and telephone support on delivery self-efficacy in primiparous women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018 Nov; 21(9): 26-34. doi: 10.22038/IJOGI.2018.12130. (Persian)
- 39 - Vermeulen E, Solnes Miltenburg A, Barras J, Maselle N, van Elteren M, van Roosmalen J. Opportunities for male involvement during pregnancy in Magu district, rural Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Mar 29; 16: 66. doi: 10.1186/s12884-016-0853-8.
- 40 - Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. *Lancet*. 2005 Mar 12-18; 365(9463): 977-88. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71088-6.
- 41 - Rashida G, Miller PC. Safe motherhood applied research and training (SMART) report 1: project overview. Islamabad, Pakistan: Population Council; 2006.
- 42 - Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018 Jul; 62: 220-229. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.011.
- 43 - Bagheri A, Simbar M, Nahidi F, Alavi Majd H. [Designing and evaluation a midwifery continuous care model during pregnancy, labor and postpartum: an action research study]. Ph.D Thesis, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2016. (Persian)
- 44 - Hussein J, Clapham S. Message in a bottle: sinking in a sea of safe motherhood concepts. *Health Policy*. 2005 Sep 8; 73(3): 294-302. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.021.

A review of men's participation in perinatal care: A systematic review

Nahid Mehran¹ Sepideh Hajian² Masoumeh Simbar² Hamid Alavi Majd³

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2020
Accepted: Mar. 2020
e-Published: 16 May 2020

Corresponding author:
Sepideh Hajian
e-mail:
hajian74@yahoo.com

Background & Aim: Pregnancy and childbirth is one of the most important events in the life of every woman that can be a memorable experience with positive consequences for the mother and the baby, under support of others, especially the spouse. Numerous interventions to promote men's participation have been conducted during this period. Therefore, this study was conducted with the aim of a systematic review of men's participation in prenatal care.

Methods & Materials: This study is a systematic review of published articles on strategies to promote male participation, during pregnancy, childbirth and after childbirth (from 2000 to 2019), based on PRISMA guidelines, and the search was conducted by two scholars on the valid databases. Experimental and quasi-experimental studies, published on strategies for increasing male participation during perinatal period, published in national and international journals, were included in the study. Qualitative assessment of the articles was done using the Jadad and CONSORT checklist and the data extraction was based on the researcher's checklist.

Results: In this systematic review, 4808 articles were identified. After reviewing the titles, and considering the inclusion and exclusion criteria, 15 articles were included in the study. The promotion strategies were categorized into four groups: female-centered, couple-centered, community-centered, and facility-centered.

Conclusion: According to the results of the study, in order to promote the participation of men in perinatal care, it should be planned on four areas of female-centered, couple-centered, community-centered and facility-centered.

Key words: systematic review, male, community participation, perinatal care

Please cite this article as:

- Mehran N, Hajian S, Simbar M, Alavi Majd H. [A review of men's participation in perinatal care: A systematic review]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2020; 26(1): 28-45. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Student Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Midwifery and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Dept. of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran