مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۵، اردیبهشت ۱۳۹۶، صفحه ۳۱-۲۳

مشارکت مردان ایرانی در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان: دیدگاه مادران

محمد اسماعیل مطلق (MD)[۱]، فرحناز ترکستانی (MD)[۲]، حسن اشرفیان امیری (MD)[۳]، سیدمظفر ربیعی (MD)[۴]، لاله رادپویان (MSc)[۵]، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی (PhD)[۳*]، مولود آقاجانی دلاور (PhD)[۶]

۱-دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۲-دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد
۳-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴-مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۵-معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶-مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری فاطمه زهرا(س)، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۹/۲۶، اصلاح: ۹۵/۱۱/۶، پذیرش: ۹۶/۱۲/۴

خلاصه

سابقه و هدف: حاملگی یکی از دوره‌های مهم، بحرانی و در عین حال شکوه‌مند در زندگی هر زن است که مشارکت مردان در ارتقای مراقبت‌های بارداری و سلامت مادر و نوزاد نقش موثری دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین سطح مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در ایران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در شش استان ایران در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. ۲۷۸۸ مادر با سابقه زایمان بین ۶-۲ ماه، به صورت طبقه‌بندی تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته حاوی ۳۴ سئوال فردی، خانوادگی و محیطی و ۱۷ سئوال مرتبط با مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری تا پس از زایمان با مقیاس لیکرت با نمره ۵-۱ بود. میانگین بالاتر از ۳/۵ به عنوان مشارکت بالاتر از سطح متوسط یا کافی تعیین شد. داده‌ها به طور همزمان از پرونده بهداشتی و مصاحبه با مادران جمع-آوری و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی ۲۷۱۳ مادر مورد بررسی ۵/۵±۲۷/۷ سال بود. از دیدگاه مادران، میزان مشارکت مردان از حداقل ۰/۷۱ تا حداکثر ۵ با میانگین ۰/۷۲±۳/۶۰ نمره بود. حداقل مشارکت حضور در کلاس‌های آموزشی(۱/۶±۲/۵) و حداکثر مشارکت برخورد منطقی با ضعف و بیحالی مادر(۰/۹±۴/۴) بود. بین مشارکت مردان و شغل مادر، تحصیلات همسر، تعداد بارداری و فرزندان، حاملگی ناخواسته، خاطرات تلخ دوره پس از زایمان و مناطق بروز مرگ مادر ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که مشارکت مردان ایرانی در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطح قابل قبولی قرار دارد.

واژه‌های کلیدی: مشارکت مردان، مشارکت همسران، مراقبت بارداری، مراقبت پس از زایمان، دیدگاه مادران، ایران.

مقدمه

حاملگی یکی از دوره‌های مهم، بحرانی و در عین حال شکوه‌مند در زندگی هر زن است. سلامت جسمی، روحی و روانی زن در این دوره اثرات قابل توجهی بر سلامت جنین، موفقیت در زایمان طبیعی و شیردهی دارد. زنانی که در طی حاملگی از حمایت افراد خانواده و بستگان به خصوص همسر خود بهره‌مند می‌شوند احساس توانایی بیشتری برای تحمل فشارها و سختی‌های حاملگی و زایمان می‌کنند (۱). بهداشت باروری هم با مفاهیم گسترده خود، بر اهمیت نقش توأم پدران و مادران در سپری کردن دوران بارداری و زایمان و تربیت و نگهداری فرزندان تأکید دارد. مشارکت مردان در جنبه‌های مختلف بهداشت باروری، به تقویت روابط درون خانواده و بیش‌تر شدن احساس مسئولیت مردان در قبال آموزش، تربیت و سلامت فرزندان منجر می‌شود (۳و۲). اما علی‌رغم اهمیت مشارکت مردان هنوز هم جایگاه مردان در وقایع مربوط به حاملگی مورد بحث و مجادله است. از نظر برخی حاملگی و زایمان تجربه‌ای است که بصورت منحصر به فرد متعلق به زنان است و نقش مردان در آن باید به‌طور عامدانه نقشی ثانوی باشد. عده‌ای دیگر معتقدند که امور مربوط به باروری مقطع مهمی برای تعامل و گفتگوی ظریف در مورد رابطه دو جنس، توزیع مطلوب قدرت و زمان مناسب برای ارتقای ارتباط بین زوجین است. اهتمام به مشارکت مردان در سلامت زنان و

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره U-۹۴۰۷۲ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می‌باشد.
*مسئول مقاله: دکتر سید داود نصرالله‌پور شیروانی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۳۲۱۹۰۶۳۱-۰۱۱
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

باروری می‌تواند کیفیت رابطه زن و مرد را در خانه و جامعه ارتقا دهد (۵و۴). با توجه به نقش مثبت مردان در بهبود نتایج مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان، امروزه از مشارکت مردان به عنوان استراتژی مهم در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان، برابری جنسیتی و ارتقای سلامت مادران نام برده شده است (۷و۶). سازمان بهداشت جهانی، مشارکت مردان در برنامه‌های مادری ایمن را شامل مواردی همچون تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت‌های پری ناتال، افزایش آگاهی در مراقبت‌های پری ناتال و شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان می‌داند (۸).

نتایج مطالعات انجام شده در خصوص میزان مشارکت مردان در حمایت از همسران‌شان، نشان می‌دهد که سطح مشارکت در مناطق مختلف دنیا بسیار متفاوت می‌باشد. در مطالعه Mortazavi و همکار، ۲۵ درصد زنان اظهار نمودند که همراهی همسر در مراقبت‌های دوران بارداری کم بود، ۳۳ درصد زنان عدم مشارکت یا مشارکت کم مردان در امور منزل را گزارش کردند. ۶۱ درصد زنان نیز از طرف همسر خود هیچ توصیه بهداشتی دریافت نکرده بودند و یا حداقل توصیه به آنان شده بود. میزان آگاهی ۷۷ درصد مردان در خصوص مشکلات بارداری پایین بود (۹).

در مطالعه Redshaw و همکاران میزان مشارکت در مراقبت از نوزاد در پدرانی که از مرخصی پس از زایمان، وضعیت مالی خوب و حاملگی خواسته برخوردار بودند بیش از سایر پدرها بود، همچنین ۷۸/۹ درصد از پدران وقتی همسر در خارج از منزل یا سرکار بود، در نگهداری از کودک مشارکت داشتند. میزان مشارکت در زمینه بازی با کودک ۹۶/۵ درصد، کمک به تغذیه ۸۷/۳ درصد، تعویض پوشاک ۸۶/۹ درصد و حمام کردن۷۷/۳ درصد بود (۱۰). در مطالعه انجام شده در نیجریه گزارش گردید که ۹۷/۴ درصد مردان همسران را برای مراجعه به درمانگاه تشویق، ۹۶/۵ درصد هزینه خدمات را پرداخت، ۹۴/۶ درصد همسرشان را تا درمانگاه همراهی می‌کردند و ۸۳/۳ مردان هنگام ویزیت همسرشان در درمانگاه می‌ماندند (۱۱).

اهمیت نقش مردان در ارتقای سلامت مادران و نوزادان از جمله ارتقای مراقبت‌های بارداری، مراقبت نوزاد، تغذیه و تغذیه با شیر مادر، تنظیم خانواده در بعد از زایمان و سلامت روانی مادر (۱۳و۱۲)، ضرورتی را ایجاد می‌نماید که هر کشور و منطقه هر چند وقت یکبار کمیت و کیفیت مشارکت مردان و عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده آن را بررسی و بر اساس آن، مداخلات مبتنی بر شواهد را طراحی و اجرا نماید. لذا این مطالعه با هدف تعیین سطح مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان از دیدگاه مادران و عوامل موثر بر آن در ایران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با کد AJUMS.REC.۱۳۹۳.۱۱۹ و اخذ رضایت نامه آگاهانه بر روی زنان همسردار سنین باروری (۴۹-۱۰ سال) انجام شد. بر اساس مطالعه ملی بررسی روند مرگ مادران ایران طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۶ و تقسیم استان‌های ایران به سه گروه کم خطر، دارای خطر متوسط و پرخطر مرگ مادران (۱۴)، شش استان شامل دو استان (چهارمحال بختیاری و همدان) با کمتر از ۱۵ مورد مرگ مادر در یکصد هزار تولد زنده از مناطق کم خطر، دو استان (آذربایجان غربی و خراسان رضوی) با ۲۵-۱۵ مورد مرگ از مناطق دارای خطر متوسط و دو استان (گلستان و هرمزگان) با مرگ بالای ۲۵ مورد از مناطق پرخطر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر استان منتخب با توجه به برآورد حجم نمونه و پیش‌بینی بررسی بیش از ۴۰۰ مادر، ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بخش دولتی ایران به تناسب توزیع جغرافیایی جمعیت به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مراکز بهداشتی درمانی منتخب، پرونده بهداشتی مادرانی که در دوران بارداری تحت پوشش بودند و بیش از دو ماه قبل از مطالعه زایمان نمودند، مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته که شامل دو بخش بود، تکمیل گردید. بخش اول پرسشنامه بر اساس چارچوب فرم‌های مراقبتی پرونده بهداشتی مادران حاوی متغیرهایی شامل منطقه مورد بررسی، محل سکونت (شهری/ روستایی)، جمعیت شهری شهرهای مورد بررسی، سن، تحصیلات و شغل مادر، سن، تحصیلات و شغل همسر، مراقبت پیش از بارداری، تعداد بارداری، سقط، مرده‌زایی، فرزندان زنده، مواجه با عامل خطر و بیماری در طول بارداری، زمان شروع اولین مراقبت بارداری، تعداد مراقبت دوره بارداری و پس از زایمان و نمایه توده بدنی مادر بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی منتخب و بررسی مستندات پرونده بهداشتی تکمیل گردید.

بخش دوم پرسشنامه حاوی متغیرهایی شامل نوع منزل مسکونی (آپارتمانی/غیرآپارتمانی)، مالکیت منزل مسکونی (شخصی/غیرشخصی)، فاصله بین محل سکونت تا مرکز دریافت خدمات (با پای پیاده و با وسیله تقلیه)، شرایط حاملگی (خواسته و ناخواسته)، تعداد ازدواج مادر، نسبت فامیلی با همسر، داشتن خاطرات تلخ و ناگوار مرتبط با دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان و ۱۴ سئوال مربوط به مشارکت مردان در مراقبت‌های دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان و ۳ سئوال مرتبط با انتظارات و توقعات مادران از همسرشان بود که از طریق مصاحبه با مادران منتخب تکمیل شد. روایی پرسشنامه با نظرخواهی از ۷ نفر شامل ۲ کارشناس شاغل در اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، دو متخصص زنان عضو هیات علمی، سه کارشناس مامایی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی بشکل صوری تائید و پایایی آن با آزمون کرونباخ به میزان ۸۹ درصد محاسبه شد. مادرانی که در بارداری اخیر تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی بوده، در طول بارداری اخیر حداقل یک بار سابقه مراقبت داشته و زایمان مادر بین دو تا شش ماه قبل از مطالعه صورت گرفته بود وارد مطالعه شدند. بنابراین مادران فاقد پرونده بهداشتی و فاقد سابقه مراقبت و زایمان با سابقه کمتر از ۲ ماه و بیشتر از ۶ ماه، از مطالعه حذف شدند. برای امتیازدهی به پاسخ سئوالات بسته مربوط به متغیرهای فردی، خانوادگی و محیطی با کدگذاری و ۱۷ سوال مربوط به مشارکت مردان در مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد و سئوالات باز هم به همان صورت (کمی گسسته) وارد اکسل گردید. برای قضاوت مشارکت ناکافی میانگین مساوی یا کمتر از ۳/۵ و مشارکت کافی میانگین بزرگتر از ۳/۵ (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. داده‌ها با آزمون Chi-Square برای متغیرهای کیفی اسمی و آزمون Stepwise Backward Logistic Regression Model برای متغیرهای طبقه-بندی شده دو گروهی در نرم‌افزار SPSS ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

یافته‌ها

از بین ۱۵۱۰ مادر ساکن مناطق شهری و ۱۲۷۸ مادر ساکن مناطق روستایی شرکت‌کننده در مطالعه، مجموعا از ۰/۹۵ درصد تا ۳/۹۷ درصد به هر کدام از کل سئوالات را پاسخ دادند. از دیدگاه مادران میانگین نمره میزان مشارکت مردان (از ۵ نمره سقف) ۳/۶۰±۰/۷۲ بود (جدول۱). میانگین میزان مشارکت مردان در موارد مختلف مربوط به مراقبت‌ها و حمایت‌های دوران بارداری و پس از زایمان (از ۵ نمره سقف)، در ۸ مورد بالاتر از ۳/۵ (مشارکت کافی) و در ۶ مورد مساوی یا کمتر از ۳/۵ (مشارکت ناکافی) بود. بالاترین سطح انتظار یا توقع مادران از همسر، حضور همسر در موقع زایمان در زایشگاه می‌باشد(جدول ۲). مشارکت مردان در حمایت‌ها و مساعدت‌های مرتبط با دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان همسرشان با بعضی از عوامل دارای ارتباط معنی‌دار و با بعضی از عوامل بدون ارتباط معنی‌دار بود. مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان با ۱۵ متغیر فردی، خانوادگی و یا اجتماعی ارتباط معنی‌دار داشت(جدول ۳). در تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو، بین سطح مشارکت مردان و متغیرهایی شامل محل سکونت (شهری/ روستایی)، جمعیت شهری شهرهای مورد بررسی، تعداد مراقبت دوره بارداری، نسبت فامیلی با همسر، تعداد ازدواج مادر، شغل همسر، سابقه مراقبت پیش از بارداری، سابقه سقط، سابقه مرده‌زایی، نوع منزل مسکونی(آپارتمانی/غیرآپارتمانی)، نوع مالکیت منزل، BMI مادر ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو کلیه ۱۵ متغیری که با سطح مشارکت مردان ارتباط معنی‌دار داشت، در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای (Backward LR) ارتباطات معنی‌داری تعدادی از متغیرها مورد تائید قرار گرفت. جدول ۴ ارتباط بین متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی را بطور همزمان با سطح مشارکت مردان نشان می‌دهد.

جدول ۱. سطح مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از دیدگاه مادران

فراوانی سطح مشارکت از دیدگاه مادران موارد مشارکت در راستای	خیلی‌کم و کم تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	زیاد و خیلی‌زیاد تعداد(درصد)	کل مادران پاسخ‌دهنده	Mean±SD
حضور به موقع و مورد نیاز در منزل	۱۳۸ (۵/۰)	۹۵۱(۳۵/۱)	۱۶۲۰(۵۹/۵)	۲۷۰۷	۳/۸±۰/۹
تامین تسهیلات رفاهی و تفریحی	۲۸۰(۱۰/۴)	۸۱۸(۳۰/۳)	۱۶۰۳(۵۹/۳)	۲۷۰۱	۳/۷±۱/۰
مساعدت در انجام کارهای خانه	۱۱۷(۴/۳)	۵۱۱(۱۹/۰)	۲۰۶۸(۷۶/۷)	۲۶۹۶	۴/۱±۰/۹
تامین مواد غذایی مورد نیاز بارداری	۱۴۱(۵/۲)	۶۱۴(۲۲/۶)	۱۹۵۸(۷۲/۲)	۲۷۱۳	۴/۰±۱/۰
برخورد منطقی با کم‌کاری‌های امور خانه ناشی از ضعف و بیحالی دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان	۱۲۰(۴/۴)	۲۷۵(۱۰/۲)	۲۳۱۳(۸۵/۴)	۲۷۰۸	۴/۴±۰/۹
برخورد منطقی در عدم تامین خواسته‌های جنسی به خاطر محدودیت‌های دوره بارداری و پس از زایمان	۱۶۲(۶/۰)	۲۹۹(۱۱/۰)	۲۲۴۵(۸۳/۰)	۲۷۰۶	۴/۲±۰/۹
یادآوری و مساعدت در مصرف به موقع مکمل‌های دارویی و سایر داروهای تجویز شده	۵۵۷(۲۰/۶)	۷۱۸(۲۶/۵)	۱۴۳۱(۵۲/۹)	۲۷۰۶	۳/۳±۱/۶
همراهی در مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی یا تشخیصی	۳۰۲(۱۱/۲)	۵۵۱(۲۰/۴)	۱۸۵۴(۶۸/۵)	۲۷۰۷	۳/۸±۱/۳
حضور در کلاس‌های آموزشی یا مطالعه در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان	۱۱۰۵(۴۰/۹)	۸۲۴(۳۰/۵)	۷۷۵(۲۸/۷)	۲۷۰۴	۲/۵±۱/۶
تمایل یا آمادگی جهت حضور در زایشگاه (در موقع زایمان)	۱۹۵(۷/۲)	۳۲۱(۱۱/۹)	۲۱۸۴(۸۰/۹)	۲۷۰۰	۴/۲±۱/۲
درخواست از بستگان جهت کمک در انجام امور خانه	۵۰۱(۱۸/۵)	۴۷۹(۱۷/۷)	۱۷۳۳(۶۳/۹)	۲۷۱۳	۳/۵±۱/۶
توصیه و یا اصرار برای انجام زایمان به روش طبیعی	۱۰۵۵(۳۹/۰)	۳۸۶(۱۴/۳)	۱۲۶۵(۴۶/۷)	۲۷۰۶	۲/۷±۲/۰
آگاهی از عارضه‌های متداول بارداری، زایمان و پس از زایمان و عدم برداشت تمارض از آن	۶۰۶(۲۲/۷)	۸۱۴(۳۰/۴)	۱۲۵۴(۴۶/۹)	۲۶۷۴	۳/۲±۱/۵
تر و خشک کردن یا شستشوی بچه	۷۸۴(۲۹/۱)	۷۹۰(۲۹/۳)	۱۱۲۱(۴۱/۶)	۲۶۹۵	۳/۰±۱/۶

جدول۲. موارد و سطح انتظارات یا توقعات مادران از همسر جهت حمایت‌های مورد نیاز در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان

سطح و میانگین انتظار موارد انتظار از همسر در راستای	خیلی‌کم و کم تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	زیاد و خیلی‌زیاد تعداد(درصد)	کل مادران پاسخ‌دهنده	Mean±SD
شرکت در جلسات و کلاس‌های آموزشی مرتبط با بارداری تا پس از زایمان	۶۹۹(۲۶/۴)	۷۰۹(۲۶/۸)	۱۲۴۱(۴۶/۸)	۲۶۴۹	۳/۱±۱/۶
حضور در زایشگاه در طول فرآیند زایمان	۱۷۶(۶/۶)	۲۰۸(۷/۸)	۲۲۸۷(۸۵/۶)	۲۶۷۱	۴/۵±۱/۲
عدم مراجعه به محل کار در ماه آخر بارداری و پس از زایمان جهت انجام امور خانه	۴۲۸(۱۵/۹)	۵۷۴(۲۱/۳)	۱۶۹۴(۶۲/۸)	۲۶۹۶	۳/۷±۱/۵

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

جدول۳. عوامل موثر بر سطح مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از دیدگاه مادران

عوامل مورد بررسی	میزان مشارکت	مشارکت ناکافی تعداد(درصد)	مشارکت کافی تعداد(درصد)	کل مادران پاسخ‌دهنده	P-value
شروع اولین مراقبت دوره بارداری	سه ماهه اول بارداری	۶۹۵(۳۹/۰)	۱۰۸۶(۶۱/۰)	۱۷۸۱	۰/۰۳۶
	سه ماهه اول بارداری	۱۵۹(۴۶/۰)	۱۸۷(۵۴/۰)	۳۴۶	
	سه ماهه اول بارداری	۱۵(۴۸/۴)	۱۶(۵۱/۶)	۳۱	
مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی(با پای پیاده)	تا یک ربع ساعت	۷۱۵(۳۸/۴)	۱۱۴۶(۶۱/۶)	۱۸۶۱	۰/۰۰۱
	بیش از یک ربع	۳۷۹(۴۵/۲)	۴۶۰(۵۴/۸)	۸۳۹	
مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی(با وسیله نقلیه)	تا ۵ دقیقه	۸۸۹(۳۹/۵)	۱۳۶۲(۶۰/۵)	۲۲۵۱	۰/۰۰۸
	بیش از ۵ دقیقه	۱۸۵(۴۶/۱)	۲۱۶(۵۳/۹)	۴۰۱	
سن مادر	تا ۲۸ سال	۵۱۶(۳۸/۵)	۸۲۶(۶۱/۵)	۱۳۴۲	۰/۰۲۴
	بیش از ۲۸ سال	۵۶۵(۴۳/۳)	۷۷۲(۵۷/۷)	۱۳۳۷	
تحصیلات مادر	بیسواد تا دوره متوسطه	۴۹۴(۴۳/۱)	۶۵۳(۵۶/۹)	۱۱۴۷	۰/۰۰۸
	دبیرستان تا دانشگاهی	۵۶۷(۳۸/۳)	۹۱۳(۶۱/۷)	۱۴۸۰	
شغل مادر	خانه دار	۱۰۲۰(۴۱/۴)	۱۴۴۶(۵۸/۶)	۲۴۶۶	۰/۰۰۰
	شاغل	۵۰(۲۶/۹)	۱۳۶(۷۳/۱)	۱۸۶	
سن همسر	تا ۳۰ سال	۴۱۳(۳۷/۵)	۶۸۷(۶۲/۵)	۱۱۰۰	۰/۰۰۸
	بیش از ۳۰ سال	۶۶۱(۴۲/۳)	۹۰۲(۵۷/۷)	۱۵۶۳	
تحصیلات همسر	بیسواد تا دوره متوسطه	۶۰۰(۴۶/۰)	۷۰۵(۵۴/۰)	۱۳۰۵	۰/۰۰۰
	دبیرستان تا دانشگاهی	۴۶۶(۳۵/۱)	۸۶۲(۶۴/۹)	۱۳۲۸	
تعداد بارداری	۱-۲ بار	۶۸۴(۳۸/۲)	۱۱۰۷(۶۱/۸)	۱۷۹۱	۰/۰۰۰
	بیش از ۲ بار	۳۸۹(۴۲/۲)	۴۵۳(۵۳/۸)	۸۴۲	
تعداد فرزندان قبلی	۰-۲ فرزند	۸۱۹(۳۸/۹)	۱۲۸۸(۶۱/۱)	۲۱۰۷	۰/۰۰۱
	بیش از ۲ فرزند	۲۸۰(۴۶/۳)	۳۲۵(۵۳/۷)	۶۰۵	
شرایط بروز حاملگی	خواسته	۸۷۵(۳۷/۳)	۱۴۶۸(۶۲/۷)	۲۳۴۳	۰/۰۰۰
	ناخواسته	۲۲۱(۶۰/۱)	۱۴۷(۳۹/۹)	۳۶۸	
مناطق مورد بررسی بر حسب خطر مرگ مادر	کم‌خطر	۳۸۵(۴۴/۸)	۴۷۵(۵۵/۲)	۸۶۰	۰/۰۰۱
	خطر متوسط	۳۶۲(۴۱/۰)	۵۲۰(۵۹/۰)	۸۸۲	
	خطر زیاد	۳۵۴(۳۶/۱)	۶۲۶(۶۳/۹)	۹۸۰	
کل عوامل خطر یا بیماری‌های در قبل و حین بارداری	فاقد عوامل خطر یا بیماری	۳۲۵(۳۶/۷)	۵۶۰(۶۳/۳)	۸۸۵	۰/۰۰۳
	دارای عوامل خطر یا بیماری	۷۷۶(۴۲/۲)	۱۰۶۱(۵۷/۸)	۱۸۳۷	
داشتن خاطرات تلخ و ناگوار دوره بارداری	فاقد خاطرات تلخ و ناگوار	۶۱۶(۳۷/۶)	۱۰۲۳(۶۲/۴)	۱۶۳۹	۰/۰۰۰
	دارای خاطرات تلخ و ناگوار	۴۵۵(۴۴/۶)	۵۶۵(۵۵/۴)	۱۰۲۰	
داشتن خاطرات تلخ و ناگوار دوره زایمان و پس از زایمان	فاقد خاطرات تلخ و ناگوار	۴۰۹(۳۵/۳)	۷۵۱(۶۴/۷)	۱۱۶۰	۰/۰۰۰
	دارای خاطرات تلخ و ناگوار	۶۶۳(۴۴/۲)	۸۳۷(۵۵/۸)	۱۵۰۰	

جدول۴. ارتباط بین متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی با سطح مشارکت مردان در ایران

متغیر	OR Exp(B)	CI-95%	P-value
شغل مادر (خانه دار/ شاغل*)	۰/۵۷۶	۰/۳۷۸-۰/۸۸۸	۰/۰۱۳
تحصیلات همسر (بی سواد تا پایان متوسطه/ دبیرستان تا دانشگاهی*)	۰/۶۹۹	۰/۵۷۶-۰/۸۴۸	۰/۰۰۰
تعداد بارداری (تا دو بار/ بیش از دو بار*)	۱/۴۶۵	۱/۰۸۵-۱/۹۷۸	۰/۰۱۳
تعداد فرزندان(تا ۲ فرزند/ بیش از ۲ فرزند*)	۰/۷۰۲	۰/۴۹۶-۰/۹۹۲	۰/۰۴۵
شرایط بروز حاملگی(خواسته/ناخواسته*)	۲/۴۴۹	۱/۸۲۵-۳/۲۸۵	۰/۰۰۰
مناطق جغرافیایی بر اساس میزان مرگ مادران(خطر کم/ خطر متوسط و پرخطر*)	۰/۷۴۷	۰/۶۱۱-۰/۹۱۳	۰/۰۰۴
کل عوامل خطر یا بیماری‌های در قبل و حین بارداری(فاقد عوامل خطر/ دارای عوامل خطر*)	۱/۱۹۴	۰/۹۷۷-۱/۴۵۸	۰/۰۸۳
خاطرات تلخ دوره زایمان و پس از زایمان فاقد خاطرات تلخ/ دارای خاطرات تلخ*)	۱/۴۳۰	۱/۱۸۰-۱/۷۳۳	۰/۰۰۰
Constant	۱/۲۹۳		۰/۳۵۳

*گروه رفرنس

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای، با هشت مرحله آزمون، نهایتا هشت متغیر به عنوان عوامل تاثیرگذار در مشارکت مردان مورد تائید قرار گرفت و هفت متغیر دیگر شامل شروع اولین مراقبت دوره بارداری، مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی با پای پیاده و با وسیله نقلیه، سن و تحصیلات مادر، سن همسر، خاطرات تلخ دوره بارداری به عنوان عوامل غیرتاثیرگذار در مشارکت مردان حذف شده است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که بالاترین سطح انتظارات مادران، حضور همسر در محل زایمان بود. شاید کمتر کسی از سیاست‌گذاران و مجریان تصور نمایند که حضور همسران در محل زایمان این‌قدر برای مادران ایرانی مهم و پر اهمیت باشد. بر خلاف برداشت ذهنی بعضی‌ها که ایجاد تسهیلات لازم برای حضور همسران در محل زایمان را متاثر از فرهنگ غربی می دانند، تمایل مادران ایرانی برای حضور همسران در محل زایمان بعضا بیش از کشورهای توسعه یافته غربی است. در مطالعه Dragonas و همکاران در یونان، حداکثر ۷۳ درصد مادران ترجیح می‌دادند که همسرشان در زمان زایمان در کنار آنان باشند (۱۵).

شاید تمایل بسیار زیاد مادران ایرانی برای حضور همسر در محل زایمان به خاطر این باشد که اگر همسرشان در موقع زایمان، شاهد درد و رنج و پیچیدگی-های فرآیند زایمان باشند، کمتر ناسپاسی می‌کنند و مشارکت‌شان در بعد از زایمان بیشتر می‌شود و این می‌تواند با مطالعه دیگران که تائید نمودند درگیر شدن پدر در مراقبت‌های بارداری و حضور در محل زایمان منجر به ارتباط قوی‌تر پدر با کودک می‌شود و مسئولیت پذیری پدر را در حل مشکلات پس از زایمان افزایش می‌دهد، همسو باشد (۱۷-۱۶).

یافته‌های مطالعه حاضر و دیگر محققان می‌تواند مطالعه Aguiar و همکاران که بیان شده تشویق مردان برای مشارکت در مراقبت‌های دوره بارداری اولین گام مهم جهت ایجاد تعهد مردان در سلامت مادر و نوزاد است(۱۸) را تقویت نماید. این مطالعه نشان داد که از دیدگاه مادران ایران، مردان با درک علت عدم انجام کارهای خانه به خاطر ضعف و بیحالی ناشی از بارداری و زایمان بیشترین مشارکت را داشتند.

یافته فوق می‌تواند ناشی از بالاتر رفتن سطح تحصیلات مردان و فهم و درک بیش‌تر آنها به مسائل و مشکلات متداول دوران بارداری و پس از زایمان باشد. طبیعی است مردانی که در راستای یافته فوق مشارکت بالاتری داشته باشند، احتمالا مشارکت آنها در سایر امور مرتبط با دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان هم بالاتر می‌رود. تاثیر معنی‌دار تحصیلات بر مشارکت مردان در این مطالعه و مطالعه دیگران (۱۹) نشان داده شد.

پژوهش حاضر نشان داد که کم‌ترین میزان مشارکت مردان حضور در کلاس‌های آموزشی یا مطالعه در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان بود. این یافته شاید به نوعی با دیدگاه مادران هم در ارتباط باشد. چرا که در بررسی انتظارات مادران از همسران، پایین‌ترین انتظار مادران در خصوص شرکت همسر در کلاس‌های آموزشی بود که با مطالعه Simbar و همکاران که گزارش گردید بیش از ۹۵ درصد شرکت‌کنندگان موافق بودند که مردان هم باید در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری آموزش ببینند، همخوانی نداشت (۲۰). عدم همخوانی یافته‌های این مطالعه با مطالعه مذکور ممکن است به وضعیت اجتماعی اقتصادی مربوط باشد چراکه در مطالعه Simbar نمونه پژوهش از قسمت مرفع پایتخت ایران بودند. حضور ناکافی مردان در کلاس‌های آموزشی و انتظار پایین مادران در این خصوص می‌تواند به عنوان یک عامل بازدارنده در برگزاری کلاس-های آموزشی برای زوجین باشد. این در صورتی است که در مطالعه Jungmarker و همکاران تاکید گردید ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، باید نیازهای مردان را شناسایی و ترکیبی از یک رویکرد خانواده محور را برای مراقبت‌های دوران بارداری تنظیم و ارائه نمایند (۲۱).

در یک مطالعه کیفی که با مصاحبه عمیق از ۱۴ زوج و ۸ ارائه‌دهنده خدمات سلامت مادران انجام گرفت، ارائه‌دهندگان مراقبت به اتفاق آرا اعتقاد داشتند که ارائه خدمات زوج محور، کیفیت مراقبت و درک زنان باردار را به اطلاعات بهداشتی داده شده، افزایش می دهد و اغلب زنان باردار و همسران آنها بهتر می-توانند نگرش خودشان را منعکس و ابراز نمایند(۲۲). در مطالعه‌ای که به منظور تاثیر مشارکت مردان در خدمات آموزشی دوره بارداری بر دانش سلامت مادران در نپال انجام گرفت، میانگین افزایش دانش سلامت در مادرانی که با اتفاق شوهرشان در جلسات آموزشی شرکت کردند تقریبا دو برابر مادرانی بود که به تنهایی در جلسات آموزشی حضور یافتند (۲۳).

یکی از یافته‌های این مطالعه معنی‌دار بودن میزان مشارکت مردان در مناطق جغرافیایی با موارد متفاوت مرگ و میر مادران بود و میزان مشارکت مردان بر خلاف انتظار از مناطق با موارد پایین مرگ به سمت مناطق با موارد بالای مرگ مادران افزایش داشت. یکی از دلایل فوق می‌تواند به سطح انتظارات مادران در مناطق مختلف ایران که آن هم وابسته به وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سطح سواد می‌باشد مربوط باشد. طبیعی است که مادران باسوادتر و دارای موقعیت اقتصادی بالاتر، انتظار بیش تری از مشارکت همسرشان دارند. در این مطالعه سطح مشارکت مردان در مراقبت‌های دوره بارداری و پس از زایمان زنان با بارداری ناخواسته پائین‌تر بود. یافته فوق نشان می‌دهد که حاملگی ناخواسته می-تواند ذوق و شوق همسران را به طور معنی‌داری کاهش دهد و اگر ناخواسته بودن از طرف مردان باشد، احتمالا تاثیر بیشتری بجا خواهد گذاشت و بدین ترتیب زنان با بی‌میلی بیشتری از طرف همسر خود مواجه خواهند شد.

در این مطالعه همچنین سطح مشارکت مردان برای ترویج انجام زایمان همسرشان به روش طبیعی پایین‌تر از حد متوسط بود. با توجه به بالا بودن میزان زایمان سزارین در ایران (حدود ۴۸ درصد) که سه دلیل عمده تاثیرگذار شامل عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی، علل پزشکی و علل غیر پزشکی در افزایش آن مطرح شد (۲۴)، شاید یکی از عوامل تاثیرگذار نقش مردان در انتخاب سزارین یا عدم تمایل برای انجام زایمان طبیعی باشد. یافته مذکور می‌تواند مغایر با انتظارات سازمان بهداشت جهانی که یکی از موارد مشارکت مردان را شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان اعلام کرده، محسوب شود (۸).

با توجه به مطالعه انجام شده به منظور تعیین استراتژی‌های کاهش میزان زایمان سزارین در ایران و ارائه ۴ راهکار موثر شامل استانداردسازی اندیکاسیون زایمان سزارین، آموزش، اصلاح مقررات و نظارت بر عملکرد پزشکان (۲۵)، با ارائه خدمات آموزشی به مردان و ایجاد تغییر در نگرش آنان، ممکن است مشارکت مردان در برنامه‌ریزی برای زایمان افزایش یابد و بدین طریق یکی از شرایط لازم برای کاهش زایمان سزارین فراهم گردد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد هرچه تعداد بارداری، تعداد زایمان مادران و تعداد فرزندان بیشتر می‌شود، مشارکت مردان به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

یافته فوق ممکن است با کاهش تدریجی تمایل برای فرزندآوری بیش‌تر در ایران در ارتباط باشد. به عبارتی مردان ایران ممکن است به موازات اضافه‌تر شدن فرزندان، رقبت کم‌تری برای پذیرش نقش پدری و مسئولیت‌های مرتبط به آن را داشته باشند. یافته فوق باید برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت یک نکته قابل توجهی محسوب شود که به موازات ترویج فرزندآوری، خدمات مشاوره‌ای و آموزشی هم به مادران و هم به پدران ارائه نمایند. از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری نمود که میزان مشارکت مردان ایرانی در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نسبتا بالا بوده و عوامل متعددی بر میزان مشارکت مردان تاثیر می‌گذارند. با توجه به تاثیر نامطلوب مشارکت ناکافی مردان بر سلامت مادران و نوزادان پیشنهاد می‌گردد ارائه‌دهندگان خدمات بارداری در ایران، با لحاظ نمودن عوامل تاثیرگذار و اولویت قرار دادن آن، خدمات آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی را با یک رویکرد خانواده محور در مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان تنظیم و ارائه نمایند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بجهت حمایت مالی، از مدیران، کارشناسان و کارکنان معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه، بابل، شهرکرد، گلستان، مشهد، هرمزگان و همدان جهت همکاری در این تحقیق و همچنین از پرسشگران خصوصا رحیم ملک‌زاده، سادات حسینی و حمیده رمضانی و کلیه مادرانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

Iranian Husbands' Involvement in Prenatal Care, Childbirth and Postpartum: Viewpoints of the Mothers

M.E. Motlagh (MD)[1], F. Torkestani (MD)[2], H. Ashrafian Amiri (MD)[3], S.M. Rabiee (MD)[4], L. Radpooyan (MSc)[5], S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD) *[3], M. Agajani Delavar (PhD)[6]

1.Faculty of Medicine, Jundishapur University of Medical Science, Ahvaz, I.R.Iran
2.Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, I.R.Iran
3.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, I.R.Iran
4.Cancer Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
5.Department of Health, Ministry of health, Tehran, I.R.Iran
6.Fatemeh-Zahra Infertility& Reproductive Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(5); May 2017; PP: 23-31
Received: Dec 16th 2016, Revised: Jan 25th 2017, Accepted: Feb 23th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Pregnancy is one of the most important, critical and at the same time glorious periods in every woman's life that the male involvement plays an important role in promoting prenatal, childbirth, and postpartum care and health of both mother and infant. The aim of this study was to determine the level of male involvement in these periods in Iran.

METHODS: This cross-sectional study was conducted in six provinces of Iran in 2015. Totally, 2788 mothers with a history of childbirth between 2-6 months were randomly selected for classification. The data were collected using a researcher-made questionnaire containing 34 individual, family and environmental questions and 17 ones were related to the male involvement based on Likert scale with the score of 1-5. Mean higher than 3.5 was considered as higher than average or sufficient involvement. The data were simultaneously collected from health records and through interviews with mothers.

FINDINGS: The mean age of 2713 mothers under study was 27.7±5.5 years. From the mothers' point of view, the mean of men's involvement was 3.60±0.72 from at least 0.71 to at most 5.0. The minimum and maximum participations were observed in training class and dealing rationally with the mothers' weakness and faintness (2.5±1.6) and (4.4±0.9), respectively. There was a significant relationship between men's participation and mother's occupation, husband's education, number of pregnancies and children, unwanted pregnancy, bad memories of postpartum period and the areas of maternal death (P<0.05).

CONCLUSION: The results showed that Iranian husbands' involvement in prenatal care, childbirth and postpartum has the acceptable level.

KEY WORDS: *Men's involvement, Husbands' involvement, Prenatal care, Postpartum care, Viewpoints of the mothers, Iran.*

Please cite this article as follows:

Motlagh ME, Torkestani F, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani SD, Agajani Delavar M. Iranian Husbands' Involvement in Prenatal Care, Childbirth and Postpartum: Viewpoints of the Mothers. J Babol Univ Med Sci. 2017; 19(5):23-31.

* **Corresponding author: S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)**
Address: Department of Public Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
Tel: +98 11 332190631
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

References

1.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):213-23.

2.Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. Birth. 2009;36(4) 305-18.

3.Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: Medical anthropological perspectives. Soc Sci Med. 2004;59(7):1379-95.

4.Buist A, Morse CA, Durkin S. Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(2):172-80.

5.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.

6.United nation Population fund (UNFPA). Enhancing men's roles and responsibilities in family life. A new role for men. [Cited 2009];. Available from:http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm.

7. Greene EG, Mehta M, Pulrwitz J. Involving men in reproductive health: contributes to development, Background paper to the public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. Unit Nation Millennium Dev Pro. [Cited 2009]; Available from: http://www. unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf.

8.World health organization. programming for male involvement in reproductive Health. Geneva, 2002 .Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

9.Mortazavi F, Keramat A. The study of male involvement in prenatal care in shahroud and sabzevar, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2012;6(1):66-74. [In Persian].

10. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. BMC Pregnan Childbirth. 2013;13(1):70.

11. Olayemi O, Bello FA, Aimakhu CO, Obajimi GO, Adekunle AO. Male participation in pregnancy and delivery in Nigeria: a survey of antenatal attendees. J Biosoc Sci. 2009;41(4):493-503.

12. 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;13(1):60.

13. Barker G, Ricardo C, Nascimento M, Olukoya A, Santos C. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. Global Pub Health. 2010;5(5):539-53.

14. Aghdost AA. Torkestani F, Rasteghari A, Zolali F, Hajimagsoudi S, Hejazi S, et al. The trend of maternal mortality and assessment of maternal mortality reduction program in Iran 2010-2012. Institute of Futures Studies in Health. Kerman University of Medical Sciences. 2012; 5-16.

15.Dragonas TG. Greek father's participation in labor and care of the infant. Scandinavian J Car Sci. 1992;6(3):151-59.

16.Geburtshilfe DM. Fathers in the labor room a survey before and after delivery. Perinatology. 1993;197:195-201.

17. Garfield Cf, Isacco A. fathers and the well- child visit. Pediatrics 2006;117(4):637-45.

18. Aguiar C, Jennings L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: a systematic literature review. Matern Child Health J. 2015;19(9):2012-9.

19. Aliabedian A, Agajani Delavar M, Khan Mohammmadi A. Iranian men's attendance in pregnancy. Caspian J Reprod Med. 2015;1(3):12-17.[In Persian].

20. Simbar M, Nahidi F, Ramezani-Tehrani F, Akbarzadeh A. Educational needs assessment for men's participation in perinatal care. East Mediterr Health J. 2011;17(9):689-96.

21. Jungmarker EB1, Lindgren H, Hildingsson I. Playing second fiddle is okay-Swedish fathers' experiences of prenatal care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(5):421-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]

22.Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. Soc Sci Med. 2006;62(11): 2798-809.
23.Mullany BC, Lakhey B, Shrestha D, Hindin MJ, Becker S. Impact of husbands' participation in antenatal health education services on maternal health knowledge. JNMA J Nepal Med Assoc. 2009;48(173):28-34.
24.Azami-Aghdash S, Ghojazadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. Iran J Public Health. 2014;43(5):545-55.
25. Lotfi R, Tehrani FR, Dovom MR, Torkestani F, Abedini M, Sajedinejad S. Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in iran 2012-2014: a mixed methods study. Int J Prev Med. 2014;5(12):1552-66.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.5.3.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.5.23]