ORIGINAL ARTICLE

A Review on Various Aspects of Male Involvement in Women's Sexual and Reproductive Health

Soghra Khani[1],
Zeinab Hamzehgardeshi[2],
Nasim Bozorgi[3]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Master Student in midwifery counselling, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 7, 2017 Accepted August 15, 2017)

Abstract

Background and purpose: Sexual and Reproductive Health (SRH) is not merely limited to women's reproductive age, but it covers women's life from birth to death. The success of sexual and reproductive health programs could depend on the attitude and behavior of their male partners. Therefore, the aim of this study was to review male involvement in women's sexual and reproductive health.

Materials and methods: In this review, search was conducted in electronic databases such as Google scholar, Science direct, Pubmed, Scopus, Magiran, SID, and Cochrane for studies published between 1990 and 2016. The search keywords included Men's participation, Sexual health, Reproductive health, and Women. One hundred twenty articles were found of which 65 were included in this study.

Results: Male involvement was classified according to nine themes: 1) family planning, 2) pregnancy care, 3) infant care and breastfeeding, 4) girl's puberty, 5) violence against women, 6) decision for abortion and after-care 7) protecting women against HIV, 8) supports during menopause and middle-age, and 9) diseases like gynecological cancer.

Conclusion: Positive impact of men's involvement on women's SRH was reported in almost all studies. Improving women's health is a universal goal which can be achieved by increasing men's awareness about their responsibilities.

Keywords: male involvement, sexual health, reproductive health, women

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (152): 99- 116 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 152 شهریور سال 1396 (116 -99)

مروری بر جنبه های مختلف مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان

صفری خانی[1]
زینب حمزه گردشی[2]
نسیم بزرگی[3]

چکیده

سابقه و هدف: سلامت جنسی و باروری، تنها محدود به سنین باروری زنان نمی‌باشد، بلکه زندگی آن‌ها را از تولد تا مرگ در بر می‌گیرد. توفیق برنامه‌های سلامت باروری و جنسی می‌تواند تحت تاثیر نگرش و عملکرد مردان باشد. هدف این مطالعه، مروری بر نقش مشارکت مردان در ارتقای سلامت جنسی و باروری زنان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، با استفاده از کلید واژه‌های مشارکت مردان، سلامت جنسی، سلامت باروری، سلامت زنان و زنان، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی از قبیل Google scholar، Science direct، PubMed، SID، Cochrane, Magiran, Scopus، در محدوده سال‌های 1990 تا 2016 و در بین مقالات فارسی و انگلیسی انجام شد. از 120 مقاله به‌دست آمده، 65 مقاله مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: 65 مقاله که در آن انواع مشارکت مردان و اثرات آن در سلامت جنسی و باروری زنان ذکر شده بود، در این مطالعه مروری وارد شدند و نتایج اصلی آن در 9 طبقه تقسیم شدند؛ 1) مشارکت مردان در تنظیم خانواده، 2) مراقبت دوران بارداری، 3) مراقبت از نوزاد و شیردهی، 4) بلوغ دختران، 5) خشونت در زندگی زنان، 6) تصمیم‌گیری و مراقبت بعد از سقط، 7) پیش‌گیری از ابتلای زن به HIV، 8) در دوران یائسگی و میانسالی زنان و 9) در بیماری‌های زنان مانند سرطان.

استنتاج: تاثیر مثبت مشارکت مردان در سلامت باروری و جنسی زنان، تقریباً در تمام مطالعات گزارش شده است. ارتقای سلامت زنان در این اموریک هدف جهانی است که می‌تواند با افزایش آگاهی مردان در مورد مسئولیت‌هایشان در این زمینه به دست آید.

واژه های کلیدی: مشارکت مردان، سلامت جنسی، سلامت باروری، سلامت زنان، زنان

مقدمه

زنان نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند و نقش بسزایی در حفظ سلامت افراد خانواده و نهایتا جامعه دارند، به‌طوری که اگر سلامت زنان به خطر بیفتد، سلامت جامعه نیز در معرض تهدید قرار می‌گیرد. بخشی از رخدادهای زندگی زنان در طول دوران زندگی باروری و جنسی، شاید به حکم زن بودن و ناشی از شرایط زیست شناختی آن‌ها باشد، اما اگر با توجه و مشارکت مردان همراه شود، با دشواری کم‌تری پشت

مولف مسئول: نسیم بزرگی - دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: nasimbozorgi94@yahoo.com
1. استادیار، گروه بهداشت باروری، و مامایی مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
2. دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
3. دانشجوی کارشناسی ارشد، مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1395/11/19 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/12/13 تاریخ تصویب : 1396/5/24

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

سر گذاشته می‌شود، چرا که مردان شریک جنسی و باروری همسرانشان می‌باشند. در واقع منظور از مشارکت مردان، نقش‌ها و مسئولیت‌هایی است که آنان در زمینه سلامت باروری و حمایت از همسرشان ایفا می‌کنند تا زنان با دشواری‌های زندگی جنسی و باروری خود با موفقیت مقابله کنند(1).

در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در سال 1994 در قاهره، تعریف جدیدی از سلامت باروری بیان شد. سلامت باروری یعنی سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی که همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل، روند و عملکرد آن را در بر می‌گیرد. سلامت باروری از نظر تعریف، تمام مقاطع حساس و کلیدی را در تامین سلامت اعضاء خانواده به خصوص زنان و دختران از تولد تا پایان زندگی در بر می‌گیرد(3،1). از سال 1995 سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی و باروری را با هم مطرح کرده و سلامت جنسی را جزئی از سلامت باروری می‌داند(3).

سلامت جنسی و باروری، تنها مورد نیاز زنان نمی‌باشد، بلکه مردان و زنان هر دو، با توجه به ظرفیت درکشان نیاز دارند تا در مورد موضوعات جنسی و بهداشتی آموزش ببینند(4). طبق آمار به‌دست آمده از مرور مطالعات پیشین، به‌طور تقریبی سالانه 289000 مرگ مادری به علت عوارض حاملگی رخ می‌دهد. مرگ مادر ناشی از سقط غیر ایمن، 13 درصد کل مرگ‌های مادری را تشکیل می‌دهد. در جهان، از هر سه زن، یکی مورد خشونت توسط همسر یا یکی از نزدیکان خود و یا کسی غیر از آن‌ها قرار گرفته است. روزانه بیش از یک میلیون انسان، عفونت منتقله از راه جنسی کسب می‌کنند(5).

از زمان کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (International Confrence of Population & Development) (ICPD)در سال 1994، توجه فزاینده‌ای به مقوله مشارکت مردان در برنامه‌های سلامت باروری از سوی وزارت بهداشت کشورهای متعهد شده است. در کشور ما نیز توجه به مسأله مشارکت مردان در حوزه سلامت باروری و جنسی، از همان زمان شروع شده است، اما به‌دلیل بحث تنظیم خانواده به‌عنوان فعال‌ترین موضوع در بحث‌های سلامت باروری، اکثریت پژوهش‌های انجام شده در کشور، به مشارکت مردان در تنظیم خانواده توجه داشته است(6). در اکثر مطالعات، مهم‌ترین مانع مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان، عدم آگاهی یا آگاهی کم آن‌ها بیان شد و تاکنون مداخلات بسیار اندکی برای رفع این چالش‌ها و موانع انجام شده است(8،7). برخورد با موضوعات سلامت زنان به‌عنوان یک موضوع کاملاً زنانه و بدون دخالت مردان، ممکن است باعث ایجاد میزان بالای مرگ و میر مادران و کودکان شود(9).

زنان علاوه بر نقش‌های بیولوژیکی که شامل بارداری، زایمان و شیردهی می‌باشد و نیز مواجهه با مساله مهم بلوغ و قاعدگی، هم‌چنین دارای نقش‌های ثانویه در خانواده و اجتماع می‌باشند. وظیفه تربیت فرزندان و نگهداری از آن‌ها را به عهده دارند. بنابراین لازم است تا زن، که به‌عنوان موجودی لطیف شناخته می‌شود، در زندگی حامی و پشتیبانی داشته باشد تا در انجام امور زندگی دچار مشکلات و بیماری‌ها نشود، چرا که در صورت آسیب رسیدن به این پایه مهم، خانواده و جامعه دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شوند. ارتقای خدمات سلامت جنسی و باروری، با مرد نگر شدن در کنار زن نگر بودن خدمات، ممکن می‌شود(8). در مطالعات مختلف، مهم‌ترین دلایل مبنی بر ضرورت مشارکت مردان را فرهنگ پدرسالارانه حاکم مردان، دانش کم مردان در زمینه بهداشت باروری، نقش تعیین کننده و کلیدی مردان در توسعه سلامت زنان و تحقق عدالت اجتماعی و جنسیتی ذکر شده است. درحالی‌که در مطالعه‌ای گزارش شد که در افزایش مشارکت مردان، خطرات بالقوه ای وجود دارد و این خطرات را در مشارکت مردان به تنهایی و بدون تصمیم‌گیری زنان بیان کردند و علت آن را تأثیر سوء بر خودمختاری زنان یاد کردند و بیان داشتند که مشارکت مردان به تنهایی نباید

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پیامد مداخلات آینده باشد، بلکه دوطرفه بوده و باعث توانمندسازی هم‌مردان و هم‌زنان شود(10). به منظور افزایش مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری، باید جهت رفع موانع تلاش نمود. اولین قدم سازنده برای ارتقای موثر سلامت و تغییر رفتار، کسب آگاهی و دانش است(2).

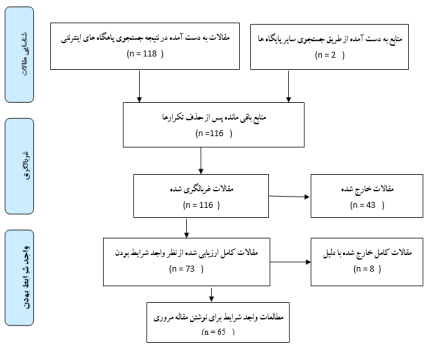
در بین مقالات مورد بررسی، عمده جنبه‌های زندگی جنسی و باروری زنان که مشارکت مردان در آن‌ها مورد توجه قرار گرفته بود، مربوط به موضوعات بارداری، تنظیم خانواده و جلوگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی بودند(11). اما از آن جایی که طیف سلامت جنسی و باروری زنان از تولد و گاهی قبل از آن آغاز شده و تا مرگ نیز ادامه دارد، اهمیت مطالعه پیرامون سایر ابعاد سلامت جنسی و باروری زنان در این طیف مهم و قابل توجه می‌باشد. برای نیل به اهداف سلامت زنان باید به دنبال عوامل مستعد کننده آن بود که مشارکت مردان در این بین، فاکتور مهمی گزارش شده است.

در بین مقالات مورد بررسی، به مشارکت مردان در اموری مانند بلوغ، میانسالی، یائسگی و بیماری‌های زنان توجه اندکی شده است. با توجه به‌لزوم آگاهی مردان پیرامون اهمیت سلامت جنسی و باروری زنان، لازم است مطالعات و اقداماتی جهت افزایش این آگاهی صورت گیرد. این امر می‌تواند با آموزش‌های مبتنی بر شواهد به مردان و با استفاده از منابع آموزشی موجود صورت گیرد. اما قبل از اقدام به آموزش و برنامه‌ریزی جهت این آموزش‌ها، بایستی نیازهای زنان و انواع مؤثر مشارکت مردان تعیین شده تا آموزش‌های لازم به مردان بر اساس آن‌ها صورت گیرد. اما متاسفانه منابع موجود برای آگاه‌سازی مردان و زنان نسبت به این امور بسیار اندک می‌باشند.

لذا هدف از مطالعه حاضر، مروری بر نقش مشارکت مردان در جنبه‌های مختلف سلامت جنسی و باروری زنان می‌باشد. امید است مطالعه حاضر در جهت کمک به افزایش دانش مردان در باره نقش‌های مردان در سلامت جنسی و باروری زنان، این قشر آسیب پذیر و در عین حال تأثیر گذار بر سلامت خانواده و جامعه، به عنوان راهنمایی سازنده، مثمر ثمر واقع شود.

مواد و روش ها

گام‌های اصلی در جهت نگارش این مطالعه مروری نقلی، بدین‌صورت بود که پس از تبیین سؤالات تحقیق شامل؛ 1) مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان چگونه می‌تواند باشد و 2) این مشارکت‌ها چه تأثیری بر سلامت زنان دارند، و استخراج کلید واژه‌ها، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنتی عمومی مانند Google scholarو سپس در پایگاه‌های تخصصی تر مانند PubMed، Scopus، Poplineو Cochrane ، SID، magiranبا استفاده از واژگان کلیدی، مشارکت مردان، سلامت جنسی، سلامت باروری و زنان، در بین مقالات فارسی و نیز با واژگان کلیدی، Women، Male Engagement, Male Participation، Reproductive Health، Sexual Healthدر بین مقالات انگلیسی، در محدوده سال‌های 1996 تا 2016 آغاز شد. لازم به ذکر است که هیچ نوع محدودیتی برای ورود مطالعات بر اساس طراحی آن‌ها تعیین نشد. در انتهای جستجو، 120 مقاله به‌دست آمد که پس از غربالگری عنوان، چکیده و متن اصلی، تعداد 65 مقاله وارد مطالعه و 55 مقاله خارج شد. به تفکیک در قسمت تکرار مقالات 4 مورد، غربالگری عنوان 15 مورد، چکیده 26 مورد و متن اصلی 10 مقاله خارج شدند و سپس مقالات مرتبط انتخاب شدند (شکل شماره 1).



شکل شماره 1: روند انتخاب مقالات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

معیارهای ورود شامل مطالعاتی بودند که نقش مردان را در ابعاد مختلف زندگی دختران و زنان بیان می‌کردند. معیار خروج نیز مطالعات غیر مرتبط با عنوان و هدف بودند.

در این مطالعه مروری، منظور از مشارکت مردان، مشارکت در تمام جنبه‌های زندگی زنان، یعنی از دوران نوزادی تا پایان زندگی می‌باشد. سپس داده‌ها استخراج شده و در نهایت طبقه‌بندی شدند.

یافته ها

به‌عنوان بخشی از نتایج این بررسی، زندگی جنسی و باروری زنان را می‌توان به‌صورت طیفی تعریف کرد که شروع آن می‌تواند حتی قبل از تولد بوده و در انتهای آن نیز مرگ قرار گیرد. در بین مطالعات مورد بررسی، تنها 8 مقاله به مشارکت مردان در سلامت باروری و جنسی زنان به طور کلی پرداخته بود که آن‌ها نیز موضوعاتی محدود به مراقبت دوران بارداری، تنظیم خانواده و جلوگیری از انتقال HIV داشتند و به تمام ابعاد سلامت جنسی و باروری زنان در یک مطالعه نپرداخته بودند.

نتایج اصلی این مرور درباره مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان در 9 نقطه از این طیف تقسیم شدند که شامل مشارکت مردان در موارد زیر می‌باشد(جدول شماره 1):

جدول شماره 1: ابعاد 9 گانه مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان

ابعاد مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان	تعداد مقالات: نوع مطالعه (مکان و سال)	نتایج
تنظیم خانواده	4 مقاله: مروری (ایران 1393) [6] مروری (امریکا 1996) [16] مقطعی (غنا 2015)[13] نیمه تجربی (اتیوپی 2015)[14]	-در سال های اخیر به دلیل توجه به مسائل تنظیم خانواده، مشارکت مردان در این زمینه بیش از هر چیز دیگر مورد توجه قرار گرفته است (6). - اهمیت تعامل نقش زن و مرد باهم در تنظیم خانواده و احتیاط در این که استفاده از روش های مردانه باعث ورود غاصبانه به قلمرو زنان و غالب بودن مردان نشود (16). - آگاهی مردان مسلمان (120 نمونه) در غنا درباره تنظیم خانواده بالا (100 درصد) و عملکرد آن ها 24 درصد از انواع روش ها و بیش ترین روش مورد قبول کاندوم بود. این مردان بیش ترین آگاهی خود را از رسانه های جمعی می گرفتند (13). - آموزش تنظیم خانواده به صورت زوج محور بر روی 811 زوج به صورت آموزش تنظیم خانواده در منزل در مقابل مراقبت روتین توانست در بهبود و ارتقای استفاده از تنظیم خانواده در بین زوجین مؤثر باشد (14).
مراقبت دوران بارداری و سلامت مادران	9 مقاله: کیفی (هند 2015) [27] مروری (نیجریه 2009) [9] کیفی (مالاوی 2012) [23] کیفی (نپال 2015) [65] توصیفی (ایران2012) [58] کیفی (نپال 2006) [7] کارآزمایی بالینی (نپال 2007) [21] مروری (سوئد 2011) [19] کارآزمایی بالینی (سوئد 2006) [62]	- بر اساس مصاحبه با 35 خانواده، خدمات ارائه شده توسط مردان می تواند به سه حالت باشد: همراهی زنان جهت رفتن به مراکز سلامت و تسهیلات زایمان، انتقال زنان و کودکان در روزهای سلامت، تغذیه و واکسیناسیون در روستاها و افزایش آگاهی مردان درباره سلامت مادران، نوزادان و کودکان و هم چنین تنظیم خانواده (27). - فعالیت های ناشی از مردسالاری، عواقب بدی برای سلامت مادران در نیجریه داشته است و نباید موضوعات مرتبط با سلامت مادران تنها به عنوان موضوعی زنانه دیده شود (9). - مهم ترین عامل تعیین کننده مشارکت مردان، نقش های وابسته به جنس می باشند. بنابراین آموزش های مرتبط با سلامت مادران باید هم به زنان و هم به مردان داده شود (23). - در نپال، مشارکت مردان در سلامت مادران و زایمان ایمن (42 نمونه)، بستگی به در دسترس بودن مردان، باورهای فرهنگی و سنتی آنهاست. زمان شروع درد زایمان تنها کسی که باید نزدیک مادر باشد، همسرش است (65). - بالا بودن اطلاعات مردان از مشکلات همسرشان و همراهی آنان برای دریافت مراقبت بارداری (507 زن و 402 همسر)، نشانه علاقه مردان به سلامت بارداری است، اما دانش کم مردان در مورد نیازهای زنان باردار و مشکلات بارداری، مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان است (58). - بیش ترین موانع مشارکت مردان در سلامت زنان (31 زوج) شامل دانش و آگاهی اندک آن ها، انگ های اجتماعی، شرم و خجالت و مسئولیت های شغلی بودند. از نظر کارکنان سلامت نیز موانع شامل برخی سیاست های بیمارستانی، کمبود فضا و نیروی انسانی بودند. هم چنین آن ها زوج محور شدن مراقبت را باعث ارتقای این خدمات می دانستند (7). - آموزش زنان در بارداری (442 نمونه)، در حضور همسر نسبت به دو گروه دیگر یعنی بدون حضور همسر و بدون آموزش، تأثیر بیش تری بر رفتارهای مرتبط با سلامت مادر دارد (21). - پیامد مشارکت مردان در بارداری و زایمان همسرانشان، سلامتی مادر، نوزاد و خود پدر را به همراه دارد (19). - بر اساس مصاحبه با پدران (10 نمونه)، اطلاعات حاصل از کلاس های بارداری از منابع دیگر هم می توانست دریافت شود و پدران نقش مهم خود در این دوران را به صورت حمایت و خدمت به زن و فرزندشان بیان کردند و هم چنین از تبادل تجربیات با پدران دیگر راضی بودند (62).
مراقبت از نوزاد و شیردهی	4 مقاله: نیمه تجربی (پرتغال 2012) [26] کیفی (غنا 2014) [10] کارآزمایی (ایتالیا 2005) [24]	- در 105 پدر که هنگام زایمان حضور داشتند، پدرانی که بند ناف نوزاد را بریده بودند، یک ماه بعد از تولد، روابط عاطفی مطلوب تر و بیش تری نسبت به پدرانی که حضور نداشتند، با کودک خود داشتند (26). - مشارکت فیزیکی مردان در زمینه مراقبت نوزاد (در 25 زوج) اندک است و در مواردی که مشارکت دارند، بیش تر به صورت فراهم آوردن پول و ارائه پیشنهاد و برخی تصمیم گیری هاست، موانع مشارکت نیز مسائل مرتبط با جنس و نسل می باشند (10).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

	کارآزمایی (ایران 2013) [25]	- در 280 زن که قصد شیردهی داشتند، یک گروه حمایت همسر و توصیه هایی دریافت می کرد و گروه دیگر خیر. در گروه مداخله 25 درصد شیردهی انحصاری در 6 ماه داشتند و در گروه کنترل 15 درصد آموزش به پدران درباره چگونگی پیشگیری و مدیریت مشکلات شیردهی با میزان بیش تری از شیردهی انحصاری در 9 ماه همراه است (24). - پدرانی که در کلاس ها شرکت داشتند، 11 برابر بیش تر مشارکت و کمک رسانی به مادران در امر شیردهی داشتند (25).
بلوغ دختران	5 مقاله: کوهورت (بریتانیای کبیر 2000) [32] کیفی (آمریکا 2010) [30] کیفی (آمریکا 2010) [29] کیفی (پاکستان 2015) [31] گذشته نگر(نیوزلند 2008) [33]	- در مطالعه بر روی زنان 16 تا 44 سال، نشان داده شد که غیبت پدر بر بلوغ فیزیولوژیک دختر مؤثر است (32). - تأثیر بالقوه و مهم پدران در نگرش و رفتار جنسی دختران و اجتماعی سازی آن ها (234 زن جوان)، از نتایج حاصل شد. موانع شامل هنجارهای وابسته به جنس، اعتقادات مذهبی، فقدان درک دختران و ترس از تابوها بودند (30). - نبودن پدر باعث محرومیت دختر از عشق پدری، عزت نفس و اعتماد به نفس می شود. با آموزش و ازدواج سالم می توان از آمار طلاق و در نتیجه غیاب پدر در زندگی دختر کاست (29). - حضور پدر و مشارکت او در زندگی دختر (321 دختر جوان) نقش مهمی در اعتماد به نفس و رشد آکادمیک او دارد (31). - تفاوت بین سن مارک خواهران (93 زوج خواهر)، در خانواده از هم پاشیده نسبت به خانواده منسجم، بیش تر بود. بنابراین نبود پدر باعث سن مارک پایین تر در دختران می شود و به خصوص در خواهر کوچک تر این امر زودتر رخ می دهد (33).
خشونت در زندگی زنان	3 مقاله: کارآزمایی (ایران 2010) [35] کیفی (ایران 2008) [69] توصیفی (ایران 2014) [68]	- آموزش مهارت های مورد نظر بر روی 301 زن 20 تا 50 ساله، توانست میانگین خشونت علیه زنان توسط همسرانشان را تا حدودی کاهش دهد.مهارت آموزی باید تمرین و تکرار داشته باشد تا کارآیی آن در طول زمان استمرار یابد و به هر دو زوج صورت گیرد (35). - عوامل زمینه ساز از نظر زوج ها (50 زوج) و صاحبنظران در چهار گروه عوامل فرهنگی اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل قانونی و حقوقی، عوامل پزشکی و راهکارهای پیشگیری و کنترل در سه دسته راهکارهای آموزشی، قانونی و حمایتی ارائه گردید (69). - یکی از عوامل پیش گویی کننده عملکرد جنسی، رضایت از همسر می باشد که ابعادی همچون رضایت از اخلاق، گفتار، تفکرات و ...در تمام جنبه های زندگی زناشویی از همسر را در بر دارد (68).
تصمیم گیری و مراقبت بعد از سقط	3 مقاله: کمی - کیفی (آمریکا 2014) [36] کیفی (آمریکا 2011) [38] کیفی(سوئد 1999) [39]	- زنان برای تصمیم به ختم بارداری خود، کیفیت رابطه شان با شریک زندگی خود و نیز میزان حمایتی که از او دریافت خواهند کرد را در نظر می گیرند (36). - اکثر زنان بیان کردند که شریک جنسی آن ها از سقط باخبر بوده و نیز بیان کردند که می توانند روی حمایت همسرشان حساب کنند و 7 درصد از این زنان خشونت شریکشان را گزارش کردند و نتایج نشان داد مشاوره و آموزش می تواند باعث افزایش حمایت مردان شود (38). - بیش از نیمی از مردان از همسرانشان خواسته بودند تا سقط انجام دهند،بیش ترین تمایل مردان برای داشتن فرزند مربوط به داشتن توانایی یک شریک خوب بودن است. بیش از نیمی از مردان هم احساس دوگانه بعد از سقط داشتند که نشان می دهد مردان نیز باید گروه هدف در سقط باشند (39).
پیشگیری از ابتلای زن و کودک به HIV	3 مقاله: مروری (آفریقا 2012) [8] کیفی (مالاوی 2014) [37] کارآزمایی(مالاوی 2015) [63]	- عوامل مؤثر بر مشارکت مردان در این زمینه فاکتورهای دموگرافیک مانند میزان تحصیلات، درآمد، فاکتورهای مرتبط با سلامت مانند ساعات ارائه خدمت، رفتار پرسنل بهداشتی و کمبود فضای فیزیکی برای پذیرش مردان و فاکتورهای اجتماعی مانند باورها، نگرش ها و ارتباط بین زن و مرد (8). - مشارکت مردان در مداخلاتی مانند انجام تست HIV، شرکت در مشاوره زوجی HIV، راهبردهای آموزشی، مشارکت در درمان ویروسی و پیگیری درمان، تنظیم خانواده و اقدامات پیشگیرانه می تواند مثمر ثمر باشد (37). - در آموزش 181 زن که به تازگی HIV مثبت شده اند، در گروه دوم که حضور مردان در آن لزوم داشت، نتایج بهتری در مشاوره زوجین و انجام تست HIV به دنبال داشت (63).
یائسگی و میانسالی زنان	3 مقاله: کوهورت (انگلیس 2001) [44] کیفی (آمریکا 2003) [66] نیمه تجربی (ایران 2015) [64]	- مسائل طبی یائسگی، در مقایسه با نیازهای اجتماعی زنان در این دوران کم تر برایشان اهمیت دارد و بیش تر به حمایت نیاز دارند (44). - زنان متأهل در گذر از مرحله یائسگی به حمایت اجتماعی از جانب همسرشان نیاز دارند. برخی از مردان از عهده این کار بر می آیند اما برخی به علت عدم آگاهی قادر به ارائه این حمایت نیستند. بنابراین زوجین به آموزش در این رابطه نیاز دارند (66). - در 100 زن 55-45 ساله و همسرانشان، در گروه مداخله (آموزش سلامت یائسگی به همسران)، میزان آگاهی و عملکرد مردان در مورد سلامت یائسگی و نمره حمایت اجتماعی ادراک شده زنان 2 ماه پس از برنامه آموزشی افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ($p<0/001$) (64).
بیماری های زنان مانند سرطان	8 مقاله: مروری (آمریکا 2014) [52] کارآزمایی (استرالیا 2008) [56] مروری (کانادا 2016) [50] کارآزمایی (آلمان 2016) [48] کارآزمایی (کانادا 2016) [47] کیفی (آمریکا 2011) [55] کارآزمایی (دانمارک جنوبی 2014) [53] کیفی (آمریکا 2010) [57]	- مداخلات زوج محور نتایج مؤثری در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و شریک زندگیشان دارد (52). - مداخلات زوج محور (14 زوج)، نتایج امیدوار کننده ای در عملکرد فردی، طبی و بین فردی زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و همسرانشان دارد (56). - تجربیات روانی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان بیانگر نیاز زنان به حمایت بیش تر در این دوران می باشد (50). - زنان شرکت کننده (1577 زن با سرطان پستان پیشرفته) معتقد بودند اطلاعات در مورد این بیماری در مراحل پیشرفته، ناکافی است و به سختی به دست می آید و نیاز فوری وجود دارد تا به مراقبین آن ها این موضوعات آموزش داده شود (48). - مداخلات زوج محور و هم چنین آنلاین (روی 6 زوج با همسر مبتلا به سرطان پستان)، به علت ایجاد رابطه سه طرفه اهمیت و تأثیر بیش تری در افزایش مشارکت زوجین دارد. این سه رابطه شامل ارتباط بین تسهیلگر مداخله با زوجین، زوجین با مداخله و بین خود زوجین بود (47). - زنان در این مطالعه (130 زن متاهل مبتلا به سرطان پستان) روابط شادی داشتند و از نظر جنسی سازش یافته بودند و میزان رفتارهای حمایتگرانه مردان در این رضایت تأثیر داشت (55). - مداخله روانشناختی مبتنی بر دلبستگی (در 199 زن مبتلا به سرطان پستان و همسرانشان) می تواند باعث ایجاد مراقبت های روانشناختی خوش بینانه و بهبود تطابق زوجین با سرطان پستان شود (53). - این زنان (9 زن روستایی) به علت حمایت نامناسب و یا عدم حمایت همسرانشان در طول این بیماری نسبت به درمان آسیب پذیر تر بودند و هم چنین مشکلاتی مانند مسافت طولانی، استرس های مالی و گاهی مورد آزار قرار گرفتن از جانب همسرانشان، آن ها را رنج می داد (57).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

1) *تنظیم خانواده:*

بارداری چه خواسته و چه ناخواسته، از مشارکت هر دو جنس زن و مرد حاصل می‌شود، بنابراین در پیش‌گیری از بارداری ناخواسته و بدون برنامه‌ریزی نیز زن و مرد هر دو باید مشارکت داشته باشند، اگر چه زن، فردی است که باردار می‌شود(12). کمبود منابعی که پاسخگوی رشد سریع جمعیت و خواسته‌های نامحدود بشر باشد، بیش‌تر کشورهای با منابع محدود را بر آن داشته است تا قبل از این که این منابع رو به اتمام رود، موضع مثبتی بر رشد جمعیت داشته باشند(13).

اخیرا در کشورهای دچار بحران جمعیتی، مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده، اما اجرای آن هنوز به‌عنوان‌یک چالش مانده است(14 ،13). یکی از جنبه‌های بسیار رایج مشارکت مردان در تنظیم خانواده، از طریق استفاده آن‌ها از روش‌های پیشگیری مردانه مانند کاندوم و یا روش‌هایی که به توافق بین زوجین نیاز دارد مانند روش منقطع و یا پرهیز دوره‌ای می‌باشد(15). مشارکت مردان در سلامت باروری و تنظیم خانواده، فقط بهبود استفاده از روش‌های پیشگیری مردانه نیست، بلکه حمایت آن‌ها از همسرانشان در استفاده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری است. حمایت مردان از تنظیم خانواده اهمیت حیاتی و اساسی دارد زیرا بسیاری از تصمیم‌گیری‌هایی که بر زندگی خانواده و سیاستگذاری‌ها تأثیر دارد، توسط مردان اتخاذ می‌شود. مردان می‌توانند در مورد سلامت همسرانشان نگران باشند و روشی را انتخاب کنند که کم‌ترین آسیب را برای همسرشان داشته باشد(16). هم‌چنین تأمین مخارج جهت تهیه وسایل پیشگیری از بارداری می‌تواند کمک دیگری از جانب مردان در این زمینه باشد. البته مردان می‌توانند به عنوان مانعی در جهت پیشگیری از بارداری در زنان نیز باشند(15). مشارکت مردان در موضوعات مرتبط با تنظیم خانواده نه تنها مسئولیت‌های زنان در حیطه تصمیم گیری را سبک‌تر می‌کند، بلکه درک و فعالیت مربوط به تنظیم خانواده را در کل تسریع می‌بخشد(13). نتایج مطالعات نشان داده است که ارائه اطلاعات عملی بر پایه فواید مشارکت مردان در تنظیم خانواده، به‌عنوان بهترین وسیله برای افزایش استفاده از تنظیم خانواده بوده است(14).

2) *مراقبت دوران بارداری و زایمان:*

باروری تعهدی است بین زن و مرد که هر دو در پایبندی به‌آن سهیم هستند، اما در بیش تر نقاط دنیا به طور کامل مسئولیت زنان محسوب می‌شود(18 ،17). هدف از مراقبت دوران بارداری، پیشگیری از ایجاد مشکل در سلامت مادر و نوزاد است(19). مشارکت مردان در سلامت زنان باردار، به علت پیامدهایی که در سلامت مادر و نوزاد دارد، مانند کاهش زایمان پیش از موعد و محدودیت رشد جنین، کاهش وزن کم هنگام تولد نوزاد و مرگ و میر نوزادی و کاهش استرس مادری و افزایش استفاده از مراقبت‌های قبل و بعد از تولد، بسیار حیاتی است(20).

در مطالعات انجام شده، حالت‌های مختلف مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفت. مردان نقش کلیدی در تصمیمات باروری همسران خود دارند(6). علاوه بر این که مردان در تمام مراحل بارداری می‌توانند به‌عنوان همسر و حامی شرکت داشته باشند، هم‌چنین می‌توانند مانعی در این زمینه نیز باشند، چرا که در برخی جوامع، زنان بدون اجازه همسر و یا پدر نمی‌توانند جهت دریافت مراقبت از خانه خارج شوند مگر با همراهی مردی از اعضای خانواده و نیز تنها اجازه دریافت خدمات مراقبتی از مراقبین زن را دارند(15).

مشارکت مردان در دوران قبل از بارداری می‌تواند به‌صورت تصمیم‌گیری برای بارداری و در زمان بارداری به‌صورت همراهی با همسر جهت انجام آزمایشات و سونوگرافی باشد و یا به صورت مشارکت و همراهی با زن باردار در زمانی که حرکات جنین را

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

احساس می‌کند، دچار تهوع و استفراغ بارداری می‌شود، بارداری او عارضه دار می‌شود، دردهای زایمان شروع شده و نیاز به بستری در بیمارستان جهت زایمان دارد، در لیبر و زمان درد کشیدن مادر، لحظه زایمان و مراقبت‌های پس از آن و نهایتا در مراقبت از نوزاد تازه متولد شده باشد. مرد در تمام این دوران می‌تواند در کنار همسرش باشد و علاوه بر حمایت از او، کمک حال او نیز باشد.

در بررسی مطالعات دریافتیم که مراقبت‌های دوران بارداری و آموزش زنان در حضور همسر، نسبت به زمانی که به تنهایی آموزش دریافت می‌کنند، اثر بیش‌تری بر کسب دانش و آگاهی و رفتارهای بهداشتی دارد(21، 2). جهت انتخاب مکان زایمان، زن و مرد با هم تصمیم می‌گیرند(4). مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری زنان، تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش افسردگی پس از زایمان دارد(22). آموزش به مردان در مورد اهمیت مراقبت بهداشتی خانواده، باعث ارتقای رفتارهای سلامت خواهی مانند مراقبت قبل از تولد، ایمن سازی کودکان و بهبود ارتباطات و حمایت از همسر می‌شود(21). بنابراین توصیه می‌شود سیستم خدمات مراقبت مادران از حالت زن محور خارج شده و دستیابی زنان و مردان به خدمات به میزان برابر باشد تا مشارکت مردان نیز افزایش یابد(23).

3) *شیردهی و مراقبت از نوزادان و کودکان:*
شیردهی فواید مهمی برای سلامت مادر و کودک دارد، اما هنوز هم در بسیاری ازکشورهای توسعه یافته، شیوع پایینی دارد(24). شیردهی مداوم، به حمایت خانواده بستگی دارد و حمایت پدر فاکتور مهمی در شیردهی موفق می‌باشد(25). مطالعات انجام شده نشان داد، مادرانی که در شیردهی از حمایت همسرانشان برخوردارند، تغذیه با شیر مادر را به جای تغذیه با بطری انتخاب می‌کنند و احساس ناکافی بودن شیر در آن‌ها بسیار کم‌تر از مادرانی است که از حمایت همسر در این امر برخوردار نیستند(24). هم‌چنین در مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر بریدن بندناف توسط پدر هنگام زایمان نوزادش پرداخته بود، گزارش شد زمانی که پدر بندناف را نمی‌برد، طبق روال عادی گرایش عاطفی بین پدر و نوزاد در چند روز اول تولد افزایش یافته اما یک ماه بعد از تولد، کاهش می‌یابد، اما زمانی که بریدن بندناف توسط پدر انجام می شود، یک ماه بعد از تولد نیز در این گرایش عاطفی بهبود حاصل می‌شود(26). بنابراین در بعد مراقبت از نوزاد و شیردهی، مشارکت و همراهی مرد، می‌تواند روابط بین پدر و نوزاد، تغذیه انحصاری با شیر مادر و مراقبت از نوزاد تازه متولد شده را موفقیت آمیزتر کند. هم‌چنین همراهی پدران جهت پیگیری مراقبت‌های لازم تغذیه‌ای، ایمن‌سازی و ارزیابی رشد کودکانشان، از دیگر زمینه‌های مشارکت آن‌ها می‌باشد(27). مشارکت پدران در برخی از موارد تربیتی کودکان، مختص آن‌ها بوده و گاهی مادران نیز قادر به ایفای آن نقش‌ها نمی‌باشند. این نقش‌ها می‌تواند از زمان انتخاب همسری مناسب و در نتیجه مادری مناسب برای کودک آینده و نیز زمان تشکیل نطفه و یا در دوره جنینی آغاز شود و به‌صورت تربیت عاطفی، اجتماعی و مذهبی در دوران کودکی فرزند ادامه یابد. مشارکت مردان در تربیت دختران در دوران کودکی نیز حائز اهمیت ویژه‌ای می‌باشد(28).

4) *بلوغ دختران:*
با توجه به آمار ذکر شده در مورد طلاق، مبنی بر این که نیمی از تمام ازدواج ها، منجر به طلاق می‌شود، پدیده غیبت پدر در زندگی دختر رو به افزایش است. امواج طلاق به زندگی کودکان به خصوص دختران، آسیب می‌رساند. خطر فعالیت‌های جنسی زودرس و حاملگی در سنین نوجوانی، در دخترانی که در سنین پایین‌تری از نعمت پدر محروم می‌شوند، در مقایسه با دخترانی که دیرتر از پدر جدا می‌شوند، بیش‌تر است(29). اگرچه مادران به‌عنوان اولین آموزش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

دهندگان مسائل جنسی در خانه شناخته می‌شوند، پدران نیز نقش مهمی در اجتماعی سازی دختران دارند. مشارکت پدران در این دوران، پیامدهای اجتماعی و روانشناختی مثبتی به همراه دارد (30). به‌طور قطع پدر بودن، وظیفه سختی برای مردان است، به خصوص در قبال دخترانشان، زیرا این رابطه‌ای است که نیاز به برخورد نرمی‌دارد که اکثر مردان از عهده آن بر نمی‌آیند(31). اثبات شده است دختران و زنان جوانی که تصویر ناپایداری از پدر در ذهن خود دارند، بیش‌تر در معرض افسردگی، عزت نفس پایین، اخراج از مدرسه یا دانشگاه و بارداری‌های ناخواسته هستند.

ارتباط بین زمان منارک دختر و غیاب پدر، در نمونه‌گیری بریتانیا بررسی شد. بلوغ، روند فیزیکی پیچیده‌ای از تکامل باروری جنسی به‌همراه تغییرات عمده شناختی - اجتماعی و بهداشتی - بالینی است. تفاوت‌های فردی قابل توجهی در زمان بلوغ وجود دارد که جالب به نظر می‌رسد. دختران با بلوغ زودرس، در معرض خطر بارداری زودرس، بی‌بند و باری جنسی، سرطان پستان، مشکلات وزنی و ... می‌باشند(32). عوامل روانشناختی مانند ناپایداری خانوادگی و غیاب پدر (و نه غیاب مادر) نیز می‌تواند از دلایل منارک زودرس باشد(33 ،32). یافته‌های مطالعات نشان دادند که پدران، عامل بالقوه مهم و موثری در رفتارها و نگرش جنسی دخترانشان در بزرگسالی هستند(30).

پدر نقش مهمی در مهارت ریاضی دخترش ایفا می‌کند. درک بهتر ریاضیات، به طور تیپیک از ویژگی‌های مردانه بیان شده است، بنابراین دختران بدون پدر، به علت عدم حضور فردی کمک کننده در این زمینه، علاقه کم‌تری به این موضوع دارند. به‌علت ترک تحصیل و بارداری در سنین نوجوانی، دختران بدون پدر، در خطر بیش تر فقر مالی هستند(29). رفتار پدر برای شکل‌گیری شخصیت کودک و تعدیل رفتار او بسیار مهم است(31). بدون پدر، دختران از مقدار قابل ملاحظه‌ای عشق، اعتماد و عزت نفس محروم می‌شوند.

همان‌طورکه تحقیقات نشان داده‌اند، اثرات غیاب پدر بر سلامت دختر بسیار مخرب می‌باشد(29). علت عمده غیاب پدر، طلاق است. فقدان پدر به علل مختلف مرگ، جنگ و کار، غیر قابل اجتناب است، اما می‌توان یاد گرفت تا با انتخاب عاقلانه، طلاق را کاهش داد(29).

5) *جلوگیری و یا رفع خشونت علیه زنان:*

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، خشونت توسط شریک جنسی و یا یکی از نزدیکان زن، شامل رفتارهایی از ایشان است که باعث آسیب فیزیکی، جنسی و یا روانی مانند تعرض فیزیکی، تهدید و اجبار به رابطه جنسی، سوء استفاده روانی و رفتارهای کنترل کننده شود. این خشونت، می‌تواند توسط همسر فعلی یا همسر سابق و یا فرد محرم دیگری باشد(34). طبق آمار گزارش شده از سازمان بهداشت جهانی، یک زن از هر سه زن در سراسر جهان و یا 35 درصد از کل زنان جهان، در طول زندگی خود سابقه‌ای از خشونت فیزیکی یا جنسی، توسط همسر خود و یا خشونت جنسی توسط کسی غیر از همسرش داشته است(35)، که این امر سلامت روحی و جسمی او را تحت تأثیر قرار می دهد(17). ارتکاب مردان به خشونت علیه همسرانشان در بارداری افزایش می‌یابد(15) و خطر پیامدهای مخرب بر سلامت باروری آن‌ها را افزایش می‌دهد(36 ،15). برای پیشگیری و کنترل این معضل به‌صورت ریشه‌ای، باید با آگاه‌سازی و اصلاح نگرش عمومی نسبت به جایگاه و موقعیت واقعی زن در جامعه و رفع تبعیض‌های همه جانبه در زندگی زنان اقدام کرد. هم‌چنین آموزش مهارت زندگی مشترک و توانمندسازی زنان در پیشگیری، مدیریت و مهارت حل مساله برای کاهش خشونت علیه زنان و پیامدهای آن سودمند است(26).

6) *تصمیم گیری و مراقبت بعد از سقط:*

اگرچه مداخلات ایمن، ساده و موثر مبتنی بر شواهد ایجاد شده اند، اما هر ساله 22 میلیون سقط غیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

ایمن انجام می‌شود که در ادامه می‌تواند عامل خطر مهمی برای ایجاد مرگ و میر و عوارض مادری باشد(37). مطالعات نشان داده‌اند که اکثر زنانی که سقط را تجربه کرده‌اند، قبل از خاتمه دادن به بارداری خود با شریک جنسی‌شان مشورت کرده بودند(39 ،38) و مشورت با آن‌ها را به مشورت با سایر اعضای خانواده و دوستانشان ترجیح داده بودند. این امر به‌دلیل اعتماد به آن‌ها و اطمینان از حمایت اجتماعی‌شان بوده است(38). اما زنانی که در معرض خشونت توسط همسرانشان هستند و بارداری آن‌ها در نتیجه روابط جنسی با زور و یا امتناع ورزیدن مرد از استفاده از کاندوم بوده، در مورد تصمیم‌گیری سقط، کم‌تر با همسرانشان صحبت می‌کنند که علت آن می‌تواند ترس و یا عدم تمایل به داشتن فرزند از چنین پدری باشد(36). هم‌چنین عده‌ای از این زنان بیان کردند که همسرشان از آن‌ها خواسته بود تا سقط کنند(39 ،36). در مطالعات انجام شده، اکثر مردان سقط را به‌عنوان راه‌حل ممکن برای یک بارداری برنامه‌ریزی نشده می‌دانستند(33). زنان مورد سوء استفاده، بیش‌تر در معرض خطر سقط هستند. یقیناً مردان باید به‌عنوان گروه هدف برای جلوگیری از سقط مورد توجه قرار گیرند. در بسیاری از مطالعات انجام شده، دلیل پرتکرار ختم بارداری، خود شوهران هستند. در بسیاری از روابط ناپایدار بین زن و مرد، به‌این علت که زنان نمی‌خواهند فرزند خود را بدون پدر و تنها بزرگ کنند، تصمیم به سقط جنین خود می‌گیرند(15). با آموزش و مشاوره می‌توان حمایت مردان از زنان در امور مربوط به سقط را بیش‌تر کرد. این حمایت مردان، بر سلامت و بهبود پس از سقط زنان تأثیر داشته است(38).

7) *پیشگیری از ابتلای زن به بیماری های منتقله از راه جنسی مخصوصا HIV*

رابطه جنسی محافظت نشده و غیر ایمن، دومین عامل خطر مهم ناتوانی و مرگ در اجتماعات فقیر دنیا و نهمین عامل مهم در کشورهای توسعه یافته می‌باشد(5). روابط جنسی همان طور که می‌تواند منبعی از خشنودی و لذت باشد، می‌تواند عامل تهدیدکننده سلامتی نیز باشد(18) HIV موضوع جدی در بین خانواده‌هاست(40). خطر AIDS مانند STD های دیگر، نه تنها نتیجه عوامل بیولوژیک است، بلکه فاکتورهای اجتماعی، روانشناختی، اقتصادی و رفتارهای بین فردی نیز در آن دخیل هستند(18). سازمان جهانی بهداشت این مشکل را به‌عنوان نگرانی جدی سلامت شناخته و مداخله مشاوره‌ای و تست HIV داوطلبانه برای زوجین را در کشورهای با شیوع بالای ابتلاء پیشنهاد می‌کند(39). بررسی مطالعات نشان داده است که شوهر، می‌تواند زن و فرزندش را از در معرض خطر قرارگرفتن به وسیله HIV، با استفاده از رفتارهای پیشگیرانه در روابط زناشویی و نیز به کمک خدمات سلامت دور نگه دارد(40). این رفتار می‌تواند به‌صورت استفاده از کاندوم و یا قطع روابط جنسی غیرایمن و خارج از محدوده خانواده باشد(41). هم‌چنین شواهد مستند بسیاری مبنی بر تأثیر مثبت مردان بر مشارکت در پیشگیری از انتقال HIVاز مادر به نوزاد وجود دارد(42). این مشارکت که هنوز اندک است، می‌تواند متنوع باشد، نه تنها به صورت انجام تست HIV در ابتدای بارداری، بلکه می‌تواند در ابعاد مختلف صورت پذیرد(40). علاوه بر استفاده از کاندوم در روابط جنسی، می تواند به صورت تشویق مادر به فعالیت های خاصی در دوران قبل از تولد و نیز پس از تولد باشد. هم‌چنین یکی دیگر از فواید مشارکت مردان در پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد را امکان بیش‌تر شرکت زوجین با هم در جلسات مشاوره عنوان کردند. بنابراین، دیده می‌شود که مشارکت مردان، مهم‌ترین و برترین عامل برای انجام مداخلات مختلف جهت پیشگیری از انتقال HIV در روابط جنسی و نیز انتقال آن از مادر به نوزاد است(43).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

8) *میانسالی و یائسگی زنان:*

در مطالعات مختلف، دوره میانسالی زنان، بیش تر با عنوان یائسگی بررسی شده است، در صورتی که یائسگی تنها یکی از رخدادهایی است که در میانسالی رخ می‌دهد. علاوه بر تغییرات طبی در دوران میانسالی، تغییرات اجتماعی نیز در زندگی زنان در این دوران رخ می‌دهد. در کنار توجه به یائسگی، باید به نیازهای اجتماعی زنان در این دوران نیز توجه شود(45، 44). این تغییرات اجتماعی شامل بازنشستگی، رفتن فرزندان از خانه، تغییرات در تصورات از بدن، بیماری‌های مزمن، از دست دادن همسر و مواردی از این قبیل می‌باشد(45). رابطه جنسی تنها یک تجربه فیزیکی نیست. احساس یک زن در مورد خودش و رفاه و سلامت روانی او می‌تواند تأثیر مهمی بر ادامه علاقه و میل او به رابطه جنسی در میانسالی و یا در دوران انتقال به یائسگی و یائسگی داشته باشد. بنابراین سلامت روانی عامل پیش‌گویی کننده بسیار مهم‌تری نسبت به وضعیت هورمونی در فعالیت‌های جنسی می‌باشد. زنانی که دچار اضطراب و رنج هستند، علاقه و میل کم‌تری به رابطه جنسی دارند؛ تأثیر این عامل مهم در زنان میانسال نسبت به زنان جوان‌تر، بیش‌تر می‌باشد. حمایت اجتماعی زنان، نقش محافظتی برای سلامت روانی داشته و فرد را قادر می‌سازد با مشکلات کنار بیاید و تأثیر بسزایی در کاهش استرس و افسردگی دارد و همسر مهم‌ترین فردی است که می‌تواند منبع این حمایت باشد(46). با توجه به این واقعیت که زنان یک سوم از متوسط عمر خود را در دوران یائسگی و حول و حوش یائسگی می‌گذرانند و نیز با توجه به اهمیت حمایت مردان در این مقطع و احتمال بیش‌تر افسردگی در این دوره، لذا مطالعات و هم‌چنین مداخلات آموزشی بیش‌تر جهت افزایش آگاهی و مشارکت مردان در این دوران لازم و ضروری است.

9) *بیماری های زنان مانند سرطان ها:*

در بین سرطان‌های زنان، سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در سراسر جهان می‌باشد(48، 47). زنان مبتلا به سرطان پستان، دارای مشکلات و چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی بسیاری می‌باشند، که در تمام مراحل روند بیماری، زندگیشان را درگیر می‌کند(50، 49). سرطان، تنها یک بیماری نیست که با پاتولوژی سلول، بافت و ارگان‌های بدن شناخته شود، بلکه چگونگی درک، فهم و پاسخ‌های اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و خانوادگی در مواجهه با این بیماری مطرح می‌باشد(51). تشخیص و درمان سرطان پستان نه تنها بر کیفیت زندگی و سلامت زن، بلکه بر خانواده و مخصوصاً همسر او تأثیر گذار است(47). زنان مبتلا به سرطان، همسر خود را به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت می‌دانند(55، 52) و در صورت برخورداری از حمایت بالای همسرشان، مخصوصاً حمایت عاطفی، سازش عاطفی بیش‌تری با بیماری‌شان برقرار می‌کنند(56، 55). برعکس، رفتارهای غیر حمایتگرانه همسر می‌تواند تهدید درک شده از سرطان را افزایش دهد و اثر منفی آن نسبت به تأثیر مثبت حمایت، شدت بیش‌تری داشته باشد(57). هم‌چنین زمانی که همسر وارد روند مشاوره و درمان می‌شود، نه تنها کمک مؤثری به زن مبتلا به سرطان در سازش بهتر با بیماری خواهد بود، بلکه به همسر نیز توجه خواهد شد، چرا که او نیز مشابه زن، استرس ناشی از سرطان را تجربه می‌کند(54).

بحث

مقالات ایرانی و خارجی که در این مطالعه وارد شدند، از نظر ابعاد مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان مورد بررسی قرار گرفتند. با وجودی که بسیاری از مقالات سیر صعودی پیشرفت و تلاش کشورها را برای دستیابی به این امر نشان می‌دهند(58، 11، 7، 6، 4)، اما اکثر مطالعات ایرانی و غیر ایرانی به یک یا حداکثر تعداد محدودی از ابعاد زندگی زنان پرداختند و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

تمام آن‌ها را در کنار هم مورد بررسی قرار ندادند و در مجموع به مشارکت مردان در ابعاد تنظیم خانواده، جلوگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی و مراقبت بارداری پرداخته بودند(60، 59، 11، 10، 6، 2). مطالعه‌ای که بنابر اظهار نویسنده آن، اولین مطالعه در زمینه ابعاد مشارکت مردان در سلامت باروری زنان بود و در سال 1391 در ایران صورت گرفته بود، صرفاً مربوط به مشارکت مردان در دوران بارداری همسرانشان بود(58)، اما همان‌طور که ذکر شد، نقش مردان در سلامت جنسی و باروری زنان، محدود به این ابعاد نمی‌باشد و زنان از زمان تولد تا مرگ به مشارکت و حمایت مردان با عناوین مختلف مانند پدر یا همسر نیاز دارند. می‌توان گفت این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که تمام ابعاد مشارکت مردان در زندگی زنان از تولد تا مرگ را مورد بررسی قرار داده است.

در مطالعات مورد بررسی ایرانی، بیش‌تر به مشارکت مردان در دوران بارداری و تنظیم خانواده توجه شده است و کم‌تر مشارکت آن‌ها در سایر ابعاد زندگی زنان مانند بیماری‌های سخت، یائسگی و یا حتی در بلوغ دختران پرداخته شده است(61، 58). شاید علت این امر توجه کم‌تر محققین ایرانی به سایر جنبه‌های مشارکت مردان باشد. به همین دلیل بر اساس بررسی مطالعات ایرانی، نمی توان گفت که مردان در کدام ابعاد از سلامت جنسی و باروری زنان مشارکت بیش‌تری دارند. مطالعات بیش‌تری لازم است تا مشارکت مردان در این ابعاد سنجیده و مقایسه شود. یافته‌های برخی از مطالعات نشان داد که در شهرها، در مردان با سن بالاتر و نیز در سطوح بالاتر تحصیلات، در شرکای جنسی که ازدواج کرده بودند و در موارد مداخله با استفاده از وسایل ارتباط جمعی، میزان مشارکت مردان بیش‌تر است(8، 6). این امر می‌تواند به علت سطوح بالاتر اجتماعی در افراد تحصیلکرده و یا افزایش آگاهی در افرادی که از رسانه‌های جمعی استفاده می‌کنند باشند. در مطالعه‌ای نیز مردان جوان‌تر، مشارکت بیش‌تری در دوران بارداری همسرانشان داشتند(58)؛ در این مطالعه نیز استفاده بیش تر افراد جوان از وسایل ارتباط جمعی از دلایل مشارکت بالای این افراد بیان شده است. در برخی از مطالعات نیز ارتباطی بین تحصیلات و سن پدر با میزان مشارکت او در سلامت باروری زن یافت نشد(61). در بسیاری از مطالعات، آموزش به زن در کنار همسر، تاثیر مثبتی را بر روی پیامد آن داشت(63، 62، 42، 37، 21، 14).

در مطالعه‌ای در سال 2013، آموزش به مردان پیرامون زایمان طبیعی و سزارین، بر افزایش آگاهی و بهبود نگرش همسرانشان و نیز کاهش میزان سزارین انتخابی تأثیر مثبت داشته است(64). این امر می‌تواند باعث حمایت بیش‌تر مردان در انتهای بارداری و کمک به انتخاب روش مناسب زایمان در زنان و غلبه بر ترس آن‌ها از زایمان طبیعی باشد. در مطالعه دیگری، زنان تمایل داشتند که همسرانشان در مورد بارداری و زایمان و نیز مراقبت از کودک آموزش ببینند تا در زمان پیشامد عوارض بارداری، بتوانند به آن‌ها کمک کنند، زیرا در مناطق روستایی در زمان رخداد مشکل، همسر اولین کسی است که در کنار مادر باردار حضور دارد(65). در برخی از مطالعات نیز زنان به علت موانع عرفی مانند خجالت و شرم از باردار بودن، تمایلی به حضور همسرانشان در لحظه زایمان نداشتند(38). این امر نیز می‌تواند با آموزش مهارت‌های ارتباطی بین زوجین بهبود یافته و در نتیجه ارتباط بین آن‌ها قوی‌تر شده و مشارکت افزایش یابد. هم‌چنین تاثیر مشارکت پدر در نگهداری و مراقبت از نوزاد، شیردهی مناسب و افزایش روابط عاطفی بین آن‌ها در بسیاری از مطالعات به اثبات رسیده است(26). امروزه در مراقبت از نوزاد و در امر شیردهی، به خصوص در مراقبت از نوزادان نارس، از کمک رسانی پدران بسیار استفاده می‌شود و نتایج مثبتی نیز به دنبال داشته است.

هم‌چنین مردان، خود می‌توانند در امر آموزش به همسرانشان و نیز دخترانشان مشارکت داشته باشند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

اگرچه مادران به عنوان اولین آموزش‌دهندگان مسائل جنسی در خانه شناخته می‌شوند، پدران نیز نقش مهمی در اجتماعی‌سازی دخترانشان دارند(30). با ورود برخی از فرهنگ‌های غربی به داخل کشور، به نظر می‌رسد مشارکت پدران در تربیت دختران لازم بوده و برای ورود به اجتماع و چگونگی برخورد با جنس مخالف و نیز شناخت بیش‌تر آن‌ها بایستی از کمک و مشارکت پدران بهره برد. در مطالعه‌ای در سال 2008، تاثیر منفی غیبت پدر بر بلوغ دختران نشان داده شد که می‌تواند به صورت منارک زودرس، رفتارهای پرخطر جنسی و بارداری زودرس باشد(32). این امر نیز می‌تواند به علت احساس آزادی بیش‌تر دختران در نبود پدر و نیز انجام رفتارهای پرخطر بیش‌تری در آن‌ها باشد.

یکی از موضوعات مهم زندگی باروری زنان، مسأله سقط می‌باشد. در مبحث سقط و تاثیر مشارکت مردان در این زمینه، مطالعات نشان دادند که مردان به وسیله خشونت، عدم استفاده از روش‌های سدی مردانه و درخواست سقط جنین از همسرشان به علت مزاحم دانستن فرزند، نقش منفی داشتند(36). با آموزش‌های لازم و تغییر نگرش مردان می‌توان این مشارکت را به حمایت و نقش مثبت تبدیل کرد و نیز از خشونت علیه زنان کاست(38). در مطالعه انجام شده در سال 2003، که برای سنجش میزان حمایت مردان از همسرانشان در دوران یائسگی انجام شد، این‌گونه نتیجه گرفته شد که مردان بیش‌تر درگیر مسائل کاری و مشکلات مالی هستند و کم‌تر به نگرانی‌های همسرشان در مورد سلامت و مسائل جنسی در این دوران می‌پردازند. کمبود اطلاعات و اثرات منفی علائم زنان در این دوران و هم‌چنین استرس‌های مردان، باعث کاهش حمایت اجتماعی آنان از همسرانشان در این دوران شده بود(66). با بررسی مطالعات ایرانی، به نظر می‌رسد محقین در کشور ما نیز کم‌تر به دوران میانسالی و یائسگی زنان پرداخته باشند.

هم‌چنین پیرامون رضایت زناشویی بین زوجین، در مطالعه‌ای که این موضوع را در ازدواج زنان ایرانی با مردان ایرانی و غیر ایرانی مقایسه کرده بود، این‌گونه نتیجه‌گیری شد که زنان ایرانی در ازدواج با مردانی که از نظر عشق، فرهنگ، مذهب، سن و موقعیت اجتماعی همسانی بیش‌تری با آن‌ها دارند، بیش‌تر احساس رضایت زناشویی می‌کنند(67). هم‌چنین در مطالعه‌ای دیگر بیان شده است که رضایت از همسر، که ابعادی هم‌چون رضایت از اخلاق، گفتار، تفکرات و در تمام جنبه‌های زندگی زناشویی از همسر را در بر دارد، می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان نیز مؤثر باشد(68).

نتایج این مطالعه مروری نشان داد که مشارکت مردان در امر سلامت جنسی و باروری زنان می‌تواند بسیار حیاتی و مؤثر باشد. از جمله نقاط قوت مطالعه مروری حاضر می‌توان به جامعیت نتایج، پیرامون انواع مختلف نقش‌ها و مشارکت مردان و نیز تأثیر آن‌ها در ابعاد گوناگون زندگی زنان اشاره کرد که از مرور متون داخلی و خارجی حاصل شده است. اما مطالعات و مداخلات بیش‌تری لازم است تا به واسطه آن‌ها، موانع و تسهیل‌کننده‌های این مشارکت شناخته شده و نیز در جهت رفع موانع و افزایش تسهیل‌کننده‌ها اقداماتی صورت گیرد.

هم‌چنین از محدودیت‌های این مطالعه مروری می‌توان به عدم تفکیک انواع طرح مطالعات ورودی اشاره کرد، چرا که مطالعات کارآزمایی بالینی در زمینه مشارکت مردان در سلامت زنان، بیش‌تر می‌تواند نمایانگر میزان تأثیر این مشارکت باشد. انتظار می‌رود با استفاده از یافته‌های این مطالعه مروری، به‌عنوان راهنمایی برای مردان جهت بیش‌تر کردن مشارکت آن‌ها در زندگی جنسی و باروری زنان و در نتیجه بهبود سلامت زنان و به تبع آن سلامت خانواده و جامعه استفاده شود. هم‌چنین می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای سایر پژوهشگران، جهت انجام مداخلات و مطالعات در آینده با هدف افزایش مشارکت مردان در امور زنان، مورد استفاده قرار گیرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

سپاسگزاری

ضمن تشکر از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، از کمیته تحقیقات دانشجویی نیز به منظور حمایت مالی از این پژوهش تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

References

1. Akbari PA, Niazi M. Men's Role in Promoting Reproductive Health Services. Ardabil University of Medical Science. Congress in 2011.(persian).
2. 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.
3. Khani S, Banaem LM, Mohammadi E, Vedadhir A, Hajizadeh E. The most Common Sexual and Reproductive Health Needs in Women Referred to Healthcare and Triangle centers of Sari-2013.J Mazandaran Univ Med Sci (JMUMS). 2013(23):41-53. (In persian).
4. Singh D, Lample M, Earnest J. The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda. Reprod Health. 2014;11:68.
5. Glasier A, Gilmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006;368(9547):1595-607.
6. Alimoradi Z, Simbar M. Male Involvement in Reproductive and Sexual Health: A Systematic Review of Iranian Litreture. Hakim. 2014;17(3):222-209. (In persian).
7. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husband's involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. Soc Sci Med. 2006;62(11):2798-2809.
8. Ditekemena J, Koole O, Engmann C, Matendo R, Tshefu A, Ryder R, et al. Determinants of male involvement in maternal and child health services in sub-Saharan Africa: a review. Reprod Health. 2012;9:32.
9. Kinanee JB, Ezekiel-Hart J. Men as partners in maternal health: Implications for reproductive health counselling in Rivers State, Nigeria. Journal of Psychology and Counseling. 2009;1(3):39-44.
10. Dumbaugh M, Tawiah-Agyemang C, Manu A, ten Asbroek GHA, Kirkwood B, Hill Z. Perceptions of, attitudes towards and barriers to male involvement in newborn care in rural Ghana, West Africa: a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(1):269.
11. Greene ME. Male involvement in reproductive health: translating good intentions into gender sensitive programmes. Popline. 1998;9(13):36.
12. Maja TM, Litt D. Men's Involvement in Promoting Reproductive health.The Network: Toward Unity For Health. (TUFH). 2013;9(2):16.
13. Wulifan JK, Bagah DA. Male Involvement in Family Planning in Muslem Communities in Wa Municipality, Ghana. International Knowledge Shairing Platform(IISTE). 2015;5(7).
14. Tilahun T, Coene G, Temmerman M, Degomme O. Couple based family planning education: changes in male

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

involvement and contraceptive use among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. BMC Public Health. 2015;15(682):8.

15. Greene ME, Mehta M, Pulerwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development. 2006.
16. Helzner JF. Men's involvement in family planning. J Reprod Health Matters. 1996;4(7):146-154.
17. Vakilian K, Keramat A. The effect of before marriage councelling classes on men's attitudes about reproductive health. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(1):4. (In persian).
18. Mbizvo MT, Bassett MT. Reproductive Health And Aids Prevention In Sub-Saharan Africa: The Case For Increased Male Participation. Health Policy Plan. 1996;11(1):84-92.
19. Plantin L, Olukoya AA, Ny P. Positive Health Outcomes Of Fathers'involvment In Pregnancy And Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. Fathering: A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers. 2011;9(1):87.
20. Zamawe C, Banda M, Dube A. The effect of mass media campaign on Men's participation in maternal health: a cross-sectional study in Malawi. Reprod Health. 2015;12:31.
21. 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):166-176.
22. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Commun Health. 2015;69(6):604-612.
23. Kululanga L, Sundby J, Chirwa E, Malata A, Maluwa A. Barriers to husbandsâ involvement in maternal health care in a rural setting in Malawi: a qualitative study. Journal of Research in Nursing and Midwifery. 2012;1(1):1-10.
24. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. Pediatrics. 2005;116(4):e494-e498.
25. Raeisi K, Shariat M, Nayeri F, Raji F, Dalili H. A Single Center Study of the Effects of Trained Father's Participation in Constant Breastfeeding. Acta Med Iran. 2013;52(9):694-696.
26. Brandão S, Figueiredo B. Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. J Adv Nurs. 2012;68(12):2730-2739.
27. Fotso JC, Higgins-Steele A, Mohanty S. Male engagement as a strategy to improve utilization and community-based delivery of maternal, newborn and child health services: evidence from an intervention in Odisha, India. BMC Health Services Research. 2015;15(Suppl 1):S5.
28. Majid V. Neglect of fathers' duties and the diminishment of their training role. J Faculty of Literature and Humanities of Tehran University. 2002;164(0):20. (In persian).
29. Mancini L. Father absence and its effects on daughters. Ohio Family Rights. 2010;1:37.
30. Hutchinson MK, Cederbaum JA. Talking to Daddy's Little Girl About Sex:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Daughters' Reports of. Journal of Family Issues. 2011;32(4):550-572.

31. Zia A, Malik AA, Ali SM. Father and Daughter Relationship and Its Impact on Daughter's Self-Esteem and Academic Achievement. Academic Gournal Of Interdisciplinary Studies(AJIS). 2015;4(1):311.
32. Bogaert AF. Menarche and father absence in a national probability sample. J Biosoc Sci. 2008;40(4):623-636.
33. Tither JM, Ellis BJ. Impact of fathers on daughters' age at menarche: a genetically and environmentally controlled sibling study. Dev Psychol. 2008;44(5):1409-1420.
34. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines: World Health Organization(WHO); 2013.
35. Sarichloo M, Ghafelehbashy S, Kalantari Z, Bagloei MM, Jahani-Hashemi H. Domestic violence against women and preventive intervention in the Minoodar & Kosar regions of Qazvin (2005-2006). J Qazvin Univ Med Sci. 2006;13(4):19-24. (In persian).
36. Chibber KS, Biggs MA, Roberts SC, Foster DG. The Role of Intimate Partners in Women's Reasons for Seeking Abortion. J Women's Health Issues. 2014;24(1):e131-e138.
37. Nyondo AL, Chimwaza AF, Muula AS. Exploring the relevance of male involvement in the prevention of mother to child transmission of HIV services in Blantyre, Malawi. BMC Int Health Hum Rights. 2014;14:30.
38. Jones RK, Moore AM, Frohwirth LF. Perceptions of male knowledge and support among US women obtaining abortions. J Women's Health Issues. 2011;21(2):117-123.
39. Kero A, Lalos A, Hŏlgberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. Hum Reprod. 1999;14(10):2669-2675.
40. Stern E, Pascoe L, Shand T, Richmond S. Lessons learned from engaging men in sexual and reproductive health as clients, partners and advocates of change in the Hoima district of Uganda. Cult Health Sex. 2015;17(2):190-205.
41. Sternberg P, Hubley J. Evaluating mens involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promot Int. 2004;19(3):389-396.
42. Ramirez-Ferrero E, Lusti-Narasimhan M. The role of men as partners and fathers in the prevention of mother-to-child transmission of HIV and in the promotion of sexual and reproductive health. Reprod Health Matters. 2012;20(39):103-109.
43. Word Health Organization(WHO). Health worker role in providing safe abortion care and post abortion contraception: web supplement 2: Annex 1-26: evidence base for benefits and harms. WHO. 2015.P.81
44. Ballard KD, Kuh DJ, Wadsworth ME. The role of the menopause in women's experiences of the 'change of life'. Sociology Of health Illness . 2001;23(4):397-424.
45. Senturk Erenel A, Golbasi Z, Kavlak T, Dilbaz S. Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. Int J Nurse Pract . 2015;21(5):575-583.
46. Sharif Abad MM, Youshani N, Bahreini N, Noghabi Delshad A, Mirzaei M. The

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

effect of health education for husbands on perceived social support of menopausal women during the transition to menopause. Iran J Obstet Gynecol Infertil . 2015;17(134):8-16. (In persian).

47. Ianakieva I, Fergus K, Ahmad S, Pos A, Pereira A. A Model of Engagement Promotion in a Professionally Facilitated Online Intervention for Couples Affected by Breast Cancer. J Marital Fam Ther. 2016; 42(4): 701-715.
48. Cardoso F, Harbeck N, Mertz S, Fenech D. Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. Breast. 2016;28:5-12.
49. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji M. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer.J Educ Health Promot. 2015;4(1):70. (persian).
50. Campbell-Enns H, Woodgate R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review.JBI Databases System Rev Implement Rep. 2015; 13(1): 112-121.
51. Grassi L, Riba M. Clinical psycho-oncology: An International Perspectiv.Hardcover: Wiley - Blackwell. 2012;1.
52. Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. Psychooncology. 2013;22(8):1688-1704.
53. Nicolaisen A, Hansen DG, Hagedoorn M, Flyger HE, Rottmann N, Nielsen P, et al. Attachment-oriented psychological intervention for couples facing breast cancer: protocol of a randomised controlled trial. BMC Psychol. 2014;2(1):19.
54. Kayser K, Scott JL. Helping couples cope with women's cancers: an evidence-based approach for practitioners: Springer Science & Business Media; 2008.
55. Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. Psychol Health. 2011;26(12):1571-1588.
56. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Wiesenthal N, Aldridge W, et al. A couple-based intervention for female breast cancer. Psychooncology. 2009;18(3):276-283.
57. Sawin EM. 'My husband would not help me, so I was driving over there': older rural women experiencing breast cancer with a non-supportive intimate partner.Rural Remote Health. 2010;10(4):1536.
58. Mortazavi F, Keramat A. Quality And Quantity of Male participation in Maternal In Shahroud And Sabzevar. Qom Univ Med Sci J. 2012;6(1):66-74. (persian).
59. Maja TMM, Litt D. Women and Health Learning Package. Avalable from: http://the-networktufh.org .2013. 9.
60. Reddy DK, Chandrasekarayya T, Murthy PV. Participation Of Men In Reproductive Health Matters: A Comparative Study In Rural And Urban Areas. Asia Pasific Journal of Research. 2014;1(20):7-16.
61. Rabieipoor S, Khodaei A, Radfar M. The relationship between spouse 'participation in prenatal care and mental health of pregnant women referred to health centers in urmia, 1392. J Urmia Nurs Midwifery Fac (JUNMF). 2015;13(4):338-347. (persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

62. Premberg A, Lundgren I. Fathers' experiences of childbirth education. J Perinat Educ. 2006;15(2):21-28.
63. Rosenberg NE, Mtande TK, Saidi F, Stanley C, Jere E, Paile L, et al. Recruiting male partners for couple HIV testing and counselling in Malawi's option B+ programme: an unblinded randomised controlled trial. Lancet HIV. 2015;2(11):e483-e491.
64. Sharifirad G, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Mazaheri MA. A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. J Educ Health Promot(JEHP). 2013;2:50.
65. Lewis S, Lee A, Simkhada P. The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(1):1-10.
66. Mansfield PK, Koch PB, Gierach G. Husbands' support of their perimenopausal wives. Women Health. 2003;38(3):97-112.
67. Imani Naeini M, Sadeghi M, Abdi F. Comparative study of marital satisfaction among Iranian women married to Iranian and non-Iranian men. Journal of Strategic Women Studies. 2012;10(3):81-100. (persian).
68. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Asghari-Jafarabadi M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Modeling of socio-demographic predictors of sexual function in women of reproductive age. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(110):238-242.(persian).
69. Ahmadi B, Nasseri S, Alimohamadian M, Shams M, Ranjbar Z, Shariat M, et al. Views of Tehrani couples and experts on domestic violence against women in Iran: A qualitative research.J Sch Public Health Inst Oublic Health Res. 2008;6(2):67-81. (persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]