

تأثیر مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث بر نگرش زنان کاندید دریافت تخمک اهدایی در خصوص روش‌های اهدایی کمک باروری

دکتر آسیه السادات بنی عقیل^۱، اشرف زارعی ابوالخیر^{۲*}، دکتر امیر کشاورز^۳، دکتر سید مهدی احمدی^۴، دکتر محمدعلی وکیلی^۵

۱. دکترای مدیریت آموزشی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. متخصص روانشناسی، مرکز مشاوره توحید اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. متخصص زنان و مامایی، مرکز باروری و ناباروری اصفهان، اصفهان، ایران.
۵. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵

خلاصه

مقدمه: ناباروری به عدم وقوع بارداری به صورت طبیعی طی یک سال یا بیشتر ارتباط جنسی منظم و بدون حفاظت از حاملگی گفته می‌شود. با توجه به اثرات نامطلوب ناباروری بر زندگی زوجین و با توجه به اهمیت و ضرورت مشاوره در تخمک اهدایی و نبود مشاوره جامع و کامل در مراکز ناباروری، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث بر نگرش زنان کاندید تخمک اهدایی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری انجام شد. **روش کار:** این مطالعه کارآزمایی میدانی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۵۳ زن نابارور کاندید دریافت تخمک اهدایی مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث در گروه مداخله، در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. نگرش زنان نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری به صورت خودگزارشی و به وسیله پرسشنامه ۳۲ سؤالی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری در دو گروه، قبل و یک ماه بعد از مشاوره تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، من‌ویتنی، آزمون فیشر و کای اسکوتر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمره کل نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری در گروه مداخله قبل از مشاوره ($39/33 \pm 5/41$) و یک ماه بعد از مشاوره ($51/98 \pm 5/02$) و میانگین نمرات ۷ بُعد آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث (تخمک اهدایی، اسپرم اهدایی، رحم اجاره‌ای، جنین اهدایی) در زنان کاندید دریافت تخمک اهدایی، باعث بهبود نگرش آنان نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری می‌شود.

کلمات کلیدی: روش‌های کمک باروری، مشاوره، ناباروری، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: اشرف زارعی ابوالخیر؛ دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۲۵۱۱۵۹۴
پست الکترونیک: ashraf.zarei87@gmail.com

مقدمه

تعریف ناباروری، عدم وقوع بارداری با نزدیکی بدون حفاظت در طی یک سال یا بیشتر است (۱، ۲). شیوع کلی ناباروری در جهان حدود ۹٪ می‌باشد و طیف گسترده‌ای دارد؛ به طوری که در کشورهای توسعه یافته ۳/۵٪ تا ۱۶/۷٪، کشورهای در حال توسعه ۶/۹٪ تا ۹/۳٪ است (۳) و ۴۰ میلیون نفر نیز در جستجوی مراقبت‌های پزشکی ناباروری هستند (۳). پتانسیل باروری می‌تواند وضعیت اجتماعی، شأن، اعتماد بنفس، احساس کفایت و ارزشمندی برخی زنان را تحت تأثیر قرار دهد، همچنین فشارهای اجتماعی ناباروری نیز می‌تواند برخی مسائل روانشناختی از جمله رنجش، افسردگی و پریشانی را ایجاد کند (۴). برای درمان ناباروری از روش‌های دارویی، جراحی و باروری شخص ثالث^۱ (تخمک اهدایی^۲، اسپرم اهدایی، رحم جایگزین و جنین اهدایی) استفاده می‌شود (۵، ۶). به دلیل موفقیت‌هایی که در درمان ناباروری با استفاده از تخمک اهدایی حاصل گردیده؛ تقاضا برای دریافت تخمک اهدایی در کسانی که آرزوی بچه‌دار شدن دارند (۶) و کاندید استفاده از این روش می‌باشند (۷)، در دو دهه اخیر نسبت به گذشته افزایش یافته است (۸).

بررسی مطالعات گذشته حاکی از آن است که داده‌های مرتبط با نگرش نسبت به تخمک اهدایی پیچیده و متناقض است (۹)؛ چراکه باروری دربرگیرنده جنبه‌های فرهنگی، مذهبی، اخلاقی و حقوقی است که می‌تواند بر تصمیم‌گیری زوجین در استفاده از روش‌های کمک باروری تأثیر زیادی داشته باشند (۱۰). همچنین به دلیل وجود دیدگاه‌های منفی نسبت به روش‌های جدید کمک باروری در مسائل اخلاقی، مخالفت‌هایی در پذیرش این روش‌ها در مقایسه با بارداری طبیعی وجود دارد (۱۱).

افشای اطلاعات در خصوص هویت اهداءکنندگان هنوز هم از مباحث جنجالی است، بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثریت افراد نابارور ارزش زیادی به ارتباط ژنتیکی می‌دهند و عدم ارتباط ژنتیکی با فرزندشان را از خانواده و دوستان خود مخفی می‌کنند (۱۲). سازمان‌های

مشاوره ناباروری پیشنهاد می‌کنند تمامی بیماران نابارور باید قبل، حین و بعد از دریافت درمان ناباروری به خدمات مشاوره دسترسی داشته باشند (۱۳) و این خدمات باید در تمامی کسانی که برای حفظ انسجام خانواده خود از روش‌های کمک باروری شخص ثالث (۱۴) استفاده می‌کنند، انجام شود. مشاوره ناباروری باید جامع و دربرگیرنده ابعاد حقوقی اهداء، ابعاد شرعی اهداء (۱۵، ۱۶)، روند و نحوه درمان (۱۶)، پیامدهای پزشکی و پاسخ به سؤالات گیرنده و دهنده تخمک (۱۵) و مسائل خاصی چون افشای اطلاعات پیرامون موضوع اهداء به خانواده و اطرافیان باشد (۱۷).

اکثر روانشناسان و درمانگران خانواده، افشای به کودک را برای اطمینان از ارتباط و سازگاری بهتر با والدین پیشنهاد می‌کنند (۱۸)، محتوای مشاوره به خانواده‌های گیرنده و اهداء کننده گامت باید شامل مواردی مانند چگونگی ارتباط خانواده‌ها با فرزند حاصل از اهداء، زمان و چگونگی مطلع کردن کودک، خانواده و بستگان از ریشه ژنتیکی کودک باشد؛ تا از پیامدهای منفی و طولانی مدت جلوگیری شود (۱۹).

آگاه‌سازی در مشاوره می‌تواند با تغییر نگرش افراد در خصوص ناباروری و تخمک اهدایی، گامی مؤثر در درمان ناباروری باشد (۱۶). مشاوره باعث می‌شود گیرنده و دهنده تخمک در روند اهداء، احساساتشان را به وضوح بیان و بررسی کنند و به‌طور صحیح تصمیم بگیرند (۲۰). در واقع آموزش و مشاوره صحیح با تغییر نگرش مثبت نسبت به تخمک اهدایی (۲۱) و تأثیر نگرش در تصمیم‌گیری (۲۲) می‌تواند نقش قابل توجهی در انتخاب این روش درمانی داشته باشد.

از آنجا که آگاهی اندک می‌تواند نگرش منفی به‌وجود آورد (۲۳) و نگرش بر پیامدهای رفتار آینده تأثیر دارد (۲۲) و با توجه به اهمیت و ضرورت مشاوره در تخمک اهدایی و نبود مشاوره جامع و کامل در مراکز ناباروری، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث بر نگرش زنان کاندید تخمک اهدایی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری، انجام شد.

¹ Third party reproduction

² egg donation

روش کار

این مطالعه کارآزمایی میدانی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۵۳ زن نابارور کاندید دریافت تخمک اهدایی مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان انجام شد. افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس متوالی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و مسلمان بودن، سن ۴۵-۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، نداشتن فرزند بیولوژیک یا فرزند خوانده، داشتن رابطه جنسی پایدار با همسر، عدم ابتلاء به بیماری شدید جسمی، روحی، عدم اعتیاد، نداشتن بحث و جدل خانوادگی شدید در هفته منتهی به شروع مطالعه، عدم دریافت مشاوره رسمی در خصوص تخمک اهدایی، عدم اشتغال در واحدهای بهداشتی درمانی یا تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی، روانشناسی و مشاوره بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه پژوهش، عدم حضور در جلسات مشاوره به تعداد ۲ جلسه یا بیشتر، بیماری شدید در طول دوره مشاوره، تکمیل ناقص پرسشنامه به میزان حداکثر ۵٪ و تکمیل ناقص خرده مقیاس "نگرش نسبت به تخمک اهدایی"، بود. برای هر واحد پژوهش شماره‌ای در نظر گرفته شد. سپس با قرعه‌کشی؛ نمونه‌ها به صورت تصادفی در گروه کنترل یا مداخله تخصیص داده شد. حجم نمونه مطالعه با استفاده از مطالعه نیلفروشان و همکاران (۲۰۰۶) (۲۴) و برآورد میانگین و انحراف معیار در مرحله قبل و بعد از مداخله در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، در هر گروه حداقل ۲۶ نفر تعیین شد. ابزارهای پژوهش شامل: فرم مشخصات کلی واحدهای پژوهش (مشخصات فردی، اطلاعات تولیدمثلی) و پرسشنامه نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری بود. پرسشنامه نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری که توسط جعفری و همکاران طراحی شده، شامل ۳۲ سؤال و ۷ خرده مقیاس اهمیت فرزندآوری، وابستگی زنتیکی بین والدین و فرزند، نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری، محرمانه ماندن فرآیند اهداء، نگرش نسبت به تخمک اهدایی، نگرش نسبت به جنین اهدایی و نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای بود (۲۶).

روایی محتوای پرسشنامه "نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری" به شیوه کیفی و با استفاده از نظر ۱۰ نفر از متخصصان زنان و ناباروری، علوم اجتماعی، علوم دینی و اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۷۵٪ تأیید شده بود (۲۵، ۲۶).

هر عبارت پرسشنامه بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از گزینه بسیار مخالف (نمره ۱) تا گزینه بسیار موافق (نمره ۶) تعیین شد. نمره بالاتر نشان دهنده نگرش بهتر بود. ۱۴ عبارت این پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌گذاری شد (۲۵). نمرات به دست آمده از هر خرده مقیاس به نمرات تراز شده (۱۰۰ تا صفر) تبدیل شد؛ لذا حداقل و حداکثر نمره کلی و زیرمقیاس‌ها به ترتیب صفر و ۱۰۰ تعیین شد.

پژوهشگر پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه و با ارائه معرفی‌نامه کتبی به مسئولین مرکز باروری و ناباروری اصفهان، زنان ناباروری را که کاندید دریافت تخمک اهدایی بودند، شناسایی و در اتاقی امن که برای مشاوره در نظر گرفته شده بود، اهداف مطالعه را توضیح داده و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه در اختیار افراد قرار گرفت.

برای گروه مداخله جلسات مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث در گروه‌های ۷-۳ نفره در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد. جلسه اول شامل: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان اهداف کلی و اصول مشاوره، تشریح وظایف کلی اعضای گروه بود. در پایان جلسه اول به آموزش روش‌های آرام‌سازی (روش آرامش خودزا، آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، تجسم) و بیان چگونگی تأثیر و فواید آن در بهبود نتایج درمان پرداخته شد و به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه انجام شد و سپس پمفلت آموزشی (مباحث کلی جلسات آموزشی)، در اختیار افراد قرار گرفت و از آنان خواسته شد روزانه روش آرام‌سازی را در منزل انجام دهند. جلسه دوم و سوم مشاوره روانشناختی مبتنی بر نگرانی‌ها، نیازها و دغدغه‌های نمونه‌های پژوهش مرتبط با نازایی و روش تخمک اهدایی (احساسات حل نشده، ترس‌ها، نگرش‌ها و ...) انجام شد (۲۷-۳۰). در جلسه چهارم و پنجم در خصوص

و کای اسکوتر در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه، بین دو گروه از نظر مشخصات فردی و سابقه تولیدمثلی اختلاف معنی داری وجود نداشت. مشخصات فردی و سابقه تولیدمثلی زنان نابارور داوطلب دریافت تخمک اهدایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

روش‌های اهدایی کمک باروری (۳۱-۳۴) و در جلسه ششم در مورد مسائل مذهبی، فتاوی مراجع تقلید عظام (۳۵-۴۳) و حقوقی (۴۴-۵۲) مشاوره انجام شد. پژوهشگر در ابتدای هر جلسه به بررسی و پاسخ به سؤالات واحدهای پژوهش پرداخت. پس از آزمون با استفاده از پرسشنامه نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری پس از یک ماه از اتمام مشاوره در دو گروه انجام شد. پس از گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، من‌ویتنی، آزمون فیشر

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی و سابقه تولید مثلی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه

سطح معنی داری	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۸۵	۵/۱	۳۷/۷	۶/۶	۳۸	سن
۰/۹۲	۶/۶	۴۰/۴	۵/۹	۴۰/۶	سن همسر
۰/۵۶	۴/۲	۱۰/۵	۶/۷	۱۱/۴	طول مدت ازدواج
۰/۴۰	۴/۲	۷/۳	۵/۵	۸/۴	طول مدت درمان ناباروری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۵۱	۹۶/۳	۲۶	۱۰۰	۲۶	شیعه
	۳/۷	۱	۰	۰	سایر
۰/۵۳	۲۲/۲	۶	۱۵/۴	۴	ابتدایی
	۷/۴	۲	۳/۸	۱	سیکل
	۳۰/۸	۸	۲۲/۲	۶	دیپلم
	۱۸/۵	۵	۱۱/۵	۳	فوق دیپلم
	۲۵/۹	۷	۳۴/۷	۹	لیسانس
	۳/۷	۱	۳/۸	۱	فوق لیسانس و بالاتر
۰/۵۳	۹۲/۶	۲۵	۹۶/۲	۲۵	شهر
	۷/۴	۲	۳/۸	۱	روستا
۰/۲۰	۶۱/۵	۱۶	۷۷/۸	۲۱	شخصی
	۳۸/۵	۱۰	۲۲/۲	۶	اجاره‌ای
۰/۴۱	۵۹/۳	۱۶	۷۳/۱	۱۹	خانه‌دار
	۳۳/۷	۱۱	۲۶/۹	۷	شاغل
	۳/۷	۱	۰	۰	سایر
۰/۴۹	۷/۷	۲	۷/۴	۲	کمتر از ۵۰۰ هزار
	۴۶/۲	۱۲	۳۷/۱	۱۰	نیم تا ۱ میلیون
	۴۲/۳	۱۱	۴۴/۴	۱۲	۱-۲ میلیون
	۳/۸	۱	۱۱/۱	۳	بیش از ۲ میلیون
۰/۳۲	۸۰/۷۶	۲۱	۷۸/۳	۱۸	بله
	۱۱/۵۳	۳	۲۱/۵۱	۵	خیر
	۷/۷	۲	۱۴/۸۱	۴	بدون پاسخ

جامع ناباروری و باروری شخص ثالث در گروه مداخله $51/98 \pm 5/02$ و کنترل $39/83 \pm 6/91$ بود و بین دو گروه از نظر میانگین نمره کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری ($p < 0/001$) و ۷ بعد آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۲). همچنین میانگین نمره کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی در گروه آزمون، یک ماه بعد از مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث ($51/98 \pm 5/02$) به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمره کلی نگرش در ابتدای مطالعه ($39/83 \pm 6/91$) بود. تفاوت میانگین نمرات ۷ بُعد نگرش نسبت به روش‌های اهدایی نیز در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$) (جدول ۲). بیش‌ترین بهبود نگرش در گروه آزمون در بُعد محرمانه ماندن فرآیند اهداء، با $29/33$ افزایش نمره و کمترین بهبود در دو بُعد نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری با $8/2$ نمره و نگرش نسبت به جنین اهدایی با $8/47$ نمره بود. بُعد نگرش نسبت به تخمک اهدایی نیز از $40/19$ قبل از مداخله به $50/38$ بهبود داشت (جدول ۲).

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره کل نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری در ابتدای مطالعه در گروه مداخله $39/83 \pm 6/91$ و گروه کنترل $51/98 \pm 5/02$ بود و بین دو گروه از نظر میانگین نمره کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری و ۷ بُعد آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره کل نگرش نسبت به روش‌های اهدایی و ابعاد آن در دو گروه در ابتدای مطالعه (به‌جز بُعد اهمیت فرزندآوری) کمتر از 50 بود ($p > 0/05$) (جدول ۲). میانگین نمره نگرش در ابتدای مطالعه در ابعاد مختلف، به ترتیب از بیش‌ترین نمره شامل: اهمیت فرزندآوری، نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای، نگرش نسبت به جنین اهدایی، محرمانه ماندن فرآیند اهداء، نگرش نسبت به تخمک اهدایی، نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری و وابستگی ژنتیکی بین والدین و فرزند بود. کمترین نمره در دو گروه، مربوط به نمره بُعد نگرش نسبت به وابستگی ژنتیکی بین والدین و فرزند در دو گروه مداخله ($27/04 \pm 16/54$) و کنترل ($27/04 \pm 16/88$) بود (جدول ۲). بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره کل نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری یک ماه پس از مشاوره

جدول ۲- مقایسه میانگین کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری و ابعاد آن قبل و بعد از مشاوره به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد نگرش	گروه کنترل		گروه مداخله		سطح معنی‌داری	
	قبل از مشاوره*	بعد از مشاوره*	قبل از مشاوره*	بعد از مشاوره*	گروه کنترل و گروه مداخله	گروه کنترل و مداخله بعد از مشاوره**
اهمیت فرزندآوری	$53/09 \pm 25/45$	$52/05 \pm 22/86$	$65/77 \pm 11/61$	$52/31 \pm 16/62$	$0/90$	$0/86$
وابستگی ژنتیکی بین والدین و فرزند	$27/04 \pm 16/88$	$27/04 \pm 16/54$	$39/04 \pm 12$	$27/88 \pm 13/72$	$0/84$	1
نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی	$36/79 \pm 8/90$	$36/79 \pm 7/24$	$44/44 \pm 6/09$	$36/24 \pm 9/22$	$0/83$	$0/61$
محرمانه ماندن فرآیند اهداء	$36/30 \pm 26/62$	$36/30 \pm 27/35$	$70 \pm 22/09$	$40/77 \pm 26/37$	$0/54$	$0/14$
نگرش نسبت به تخمک اهدایی	$39/07 \pm 10/83$	$39/07 \pm 11/39$	$50/38 \pm 5/08$	$40/19 \pm 10/05$	$0/70$	$0/44$
نگرش نسبت به جنین اهدایی	$40 \pm 11/98$	$40 \pm 11/50$	$50/26 \pm 10/06$	$41/79 \pm 10/42$	$0/56$	$0/81$
نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای	$45/37 \pm 15/93$	$47/59 \pm 16/01$	$66/73 \pm 16/24$	$42/69 \pm 15/11$	$0/53$	$0/25$
نمره کل نگرش نسبت به روش‌های اهدایی	$39/03 \pm 8/13$	$39/83 \pm 6/91$	$51/98 \pm 5/02$	$39/83 \pm 6/91$	$0/88$	$0/38$

* میانگین \pm انحراف معیار، ** آزمون تی مستقل، *** آزمون تی زوجی

جامع ناباروری و باروری شخص ثالث ($51/98 \pm 5/02$) به میزان $12/65$ نمره نسبت به قبل از مشاوره ($39/83 \pm 6/91$) افزایش و تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بحث

بر اساس مطالعه حاضر، در گروه مداخله نمره کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری بعد از مشاوره

همچنین نمره کلی نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری بعد از مشاوره در گروه مداخله (۳۹/۸۳±۶/۹۱)، به میزان ۱۲/۱۵ نمره نسبت گروه کنترل (۵۱/۹۸±۵/۰۲) افزایش و تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه نیلفروشان و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند مشاوره مبتنی بر رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل، باعث بهبود نگرش زوجین نابارور نسبت به ناباروری می‌شود (۲۴)، همخوانی داشت. در مطالعه مودی و همکار (۲۰۰۸) نیز مداخله آموزشی باعث افزایش و بهبود نگرش و آگاهی در زوجین شد (۵۴). نتایج مطالعه لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی تأثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور تحت درمان با IVF انجام شد، نشان داد مشاوره مشارکتی موجب کاهش استرس درک شده در ناباروری می‌شود (۵۵).

اما در مطالعه کلرک و همکاران (۲۰۰۵) تفاوت معنی‌داری بین نمره میانگین استرس ناباروری و نمره اضطراب و افسردگی در زنان تحت درمان با IVF که مشاوره دریافت کرده بودند با گروه کنترل مشاهده نشد؛ هرچند زنانی که تحت مشاوره قرار گرفتند، آمادگی بیشتری در پذیرش نتیجه منفی درمان در مقابل گروه کنترل داشتند (۵۶).

همچنین بر اساس مطالعه حاضر، بین میانگین نمرات ۷ بُعد نگرش نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری شامل: اهمیت فرزندآوری، وابستگی ژنتیکی بین والدین و فرزند، نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری، محرمانه ماندن فرآیند اهداء، نگرش نسبت به تخمک اهدایی، نگرش نسبت به جنین اهدایی، نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای در دو گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث، تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بر اساس مطالعه حاضر، در مقایسه نمرات گروه مداخله بعد از مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث، بیش‌ترین تغییر نگرش در دو خرده مقیاس محرمانه ماندن فرآیند اهداء و نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای به ترتیب با ۳۳/۷ و ۲۲/۱۴ نمره، نمره نگرشی بهبود داشت.

همچنین در خصوص محرمانه ماندن فرآیند اهداء و افشاء، مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث، باعث بهبود نگرش واحدهای پژوهش به میزان قابل ملاحظه‌ای شد. در مطالعه کارین‌هام و همکاران (۲۰۰۸) برنامه مداخله‌ای مشاوره باعث نگرش مثبت نسبت به افشاء در شرکت‌کنندگان شد (۱۲). نتایج مطالعه ایلویوی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که ۳۹٪ از خانواده‌های گیرنده اسپرم اهدایی، ۶۴٪ از خانواده‌های گیرنده تخمک اهدایی و ۸۶٪ از خانواده‌های استفاده کننده از رحم اجاره‌ای، هویت ژنتیکی را به فرزندانشان اطلاع داده بودند (۵۷). در مطالعه سودرستوم و همکاران (۲۰۰۱) ۶۹٪ دریافت‌کنندگان جنین و ۴۷٪ از اهداءکنندگان جنین معتقد بودند که کودک باید در مورد بارداری و ارتباط ژنتیکی خود آگاهی داشته باشند (۵۸).

اما در مطالعه فریدونی و همکاران (۲۰۰۹) ۶۹/۲۴٪ از زنان و ۶۸/۶۳٪ از مردان معتقد بودند اگر از طریق تخمک اهدایی صاحب فرزند شوند، از دیگران مخفی خواهند کرد (۵۹). در مطالعه رمضان‌زاده و همکاران (۲۰۰۹) نیز ۴۷/۳٪ از دریافت‌کنندگان تخمک و ۴۰/۴٪ از اهداءکنندگان، مخالف افشاء و آشنایی فرد اهداءکننده و دریافت‌کننده با یکدیگر بودند. ۵۹/۶٪ افراد نیز مخالف آگاه شدن کودک از ریشه ژنتیکی‌اش بودند (۱۵)، زیرا افشاء عدم ارتباط ژنتیکی با کودک در زوجین نابارور کاندید جنین اهدایی، اضطراب زیادی را به دلیل احتمال از دست دادن کودک در زوجین ایجاد می‌کند (۶۰).

بر اساس مطالعه حاضر، میانگین نمرات نگرش زنان نابارور در خصوص نگرش نسبت به رحم اجاره‌ای پس از مشاوره گروهی (۶۶/۷۳±۱۶/۲۴) نسبت به قبل (۴۲/۶۹±۱۵/۱۱)، افزایش داشت و با مطالعه احمدی طهران و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند نگرش اکثر افراد مورد مطالعه نسبت به رحم جایگزین مثبت بود (۶۱) همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر بر اساس نتایج مقایسه نمرات دو گروه بعد از مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث، کمترین تغییر و بهبود نگرش به ترتیب در دو خرده مقیاس نگرش عمومی نسبت به روش‌های اهدایی کمک باروری و نگرش نسبت به جنین اهدایی به ترتیب با ۷/۶۵

به صورت خودگزارشی انجام شد که احتمال پنهان کاری و منعکس نکردن صریح واقعیت وجود داشت. زوجین معمولاً با یکدیگر به مرکز باروری و ناباروری مراجعه می کردند، لذا احتمال تکمیل پرسشنامه به صورت اشتراکی وجود داشت که این موضوع می توانست بر نحوه پاسخگویی به سؤالات تأثیر داشته باشد.

پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، ترس ها و نگرانی اصلی زوجین دریافت کننده تخمک اهدایی بررسی شود. همچنین علاوه بر زنان، نگرش همسران زنان کاندید تخمک اهدایی و مشاوره با آنان در زمینه روش های کمک باروری انجام شود.

نتیجه گیری

مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث که شامل جنبه های متعدد شناختی- روانشناختی در زمینه افشاء و رازداری، فرآیند اهداء، پیامدهای پزشکی، مسائل فقهی و حقوقی بود، بر نگرش نسبت به روش های کمک باروری در زنان نابارور کاندید دریافت تخمک اهدایی تأثیر داشت و نگرش آن ها را نسبت به این روش ها بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ir.goums.rec.1394.71 می باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. بدین وسیله از خانم رقیه حقیقت مشاور حقوقی طرح، خانم ماندانا خوش سیرت کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مسئولین محترم مرکز باروری و ناباروری اصفهان و تمامی زنان نابارور کاندید تخمک اهدایی که در این مطالعه شرکت کردند و تمام پژوهشگرانی که از مقالات آن ها در این مطالعه استفاده شد، تشکر و قدردانی می شود.

و ۱۰/۲۶ نمره بود که در مقایسه با ابعاد دیگر نمره کمتری داشت. عدم ارتباط ژنتیکی در جنین اهدایی علاوه بر مادر، در پدر نیز وجود دارد (۶۰). به نظر می رسد یکی از دلایل مهم عدم تمایل به جنین اهدایی این است که افراد، پدر را مالک فرزند می دانند و "انتصاب پدری" برای آن ها اهمیت زیادی دارد. همچنین بر اساس ماده ۱۱۵۸ مدنی نیز "طفل متولد شده در زمان زوجیت، ملحق به شوهر است" (۳۹) و به همین دلیل دیدگاه مناسبی نسبت به جنین اهدایی نداشته و صرفاً در شرایط خاص و بنا به اضطرار (۶۲) حاضر به استفاده از این روش می شوند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نمره نگرش نسبت به تخمک اهدایی بعد از مشاوره جامع ناباروری و باروری شخص ثالث $(5.0/3.8 \pm 5.0/0.8)$ نسبت به قبل $(4.0/1.9 \pm 1.0/0.5)$ ، ۱۰/۱۹ نمره بهبود و ارتباط آماری معنی داری داشت.

به طور کلی بر اساس مطالعه حاضر، مشاوره می تواند به بهبود نگرش و تصمیم گیری صحیح زوجین نابارور منجر شود. هر چند مشاوره ناباروری جزء جدایی ناپذیر فرآیند درمان ناباروری است، ولی دسترسی به این خدمات در کشور اندک و بعضاً ناکافی است (۶۳). با توجه به حالات روحی مراجعین و ترس از شکست های متوالی که گاهاً در روند درمان ناباروری اتفاق می افتد و همچنین مخاطرات فکری این افراد از جنبه های مختلف ناباروری، به نظر می رسد مرتبط بودن با مشاور گامی در جهت افزایش میزان موفقیت در باروری افراد نابارور می باشد. موفقیت در درمان ناباروری ترکیبی از مداخلات پزشکی و سلامت روان است و باید جزئی از روند درمان باشد. مشاور در این زمینه نقش منحصر به فردی به عنوان حامی، فرد مورد اعتماد، رازدار و پل ارتباطی پزشک با بیمار را دارد (۶۴).

از محدودیت های مطالعه حاضر، ابهام در میزان پاسخگویی صحیح به سؤالات با توجه به وضعیت روحی واحدهای پژوهش بود. همچنین تکمیل پرسشنامه ها

1. Valladen M, Guranorimi O, Khodaei M, Ghasemipour R, Namdarpoyr GH. Infertility. In: Novak E, editor, Berek and Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (Who) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod* 2009; 24(11):2683-7.
3. Boivin J, Bunting L, Coollins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22(6):1506-12.
4. Isikoglu M, Senol Y, Berkkanoglu M, Ozgur K, Donmez L, Stones-Abbasi A. Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. *Hum Reprod* 2006; 21(1):318-23.
5. Akhondi MM, Behjati AZ, Arefi SS, Sadri AH, Arabi M, Zarnani AH. A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility. *Payesh* 2007; 6(4):307-21. (Persian).
6. Kenney NJ, McGovan ML. Egg donation compensation: ethical and legal challenges. *Development* 2014; 9:11-3.
7. Pennings G. Mirror gametes donation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28(4):187-91.
8. Parames SF, Francisco LS, Almada-Colucci J, Sato H, Ueno J. What influences oocyte donation when there is no financial compensation? *Reprod Clim* 2014; 29(1):8-12.
9. Purewal S, Van den Akker OB. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Reprod Update* 2009; 15(2):449-515.
10. van den Akker O. A review of family donor constructs: current research and future directions. *Hum Reprod Update* 2006; 12(2):91-101.
11. Kilik S, Ucan M, Yaren H, Gulec M, Atac A, Demirel O. Determination of the attitudes of Turkish infertile women towards surrogacy and oocyte donation. *Pak J Med Sci* 2009; 25(1):39-40.
12. Hammrberg K, Carmichael M, Tiney I, Mulder A. Gamete donors' and recipients' evaluation of donor counselling: a prospective longitudinal cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48(6):601-6.
13. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns* 2010; 81(3):422-8.
14. Daniluk JC, Koert E. Childless Canadian men's and women's childbearing intentions attitudes towards and willingness to use assisted human. *Hum Reprod* 2012; 27(8):2405-12.
15. Ramezanzadeh F, Haghollahi F, Bagheri M, Masoomi M, Abedi-nia N, Jafarabadi M. Attitudes of donors and recipients toward ethical issues in oocyte donation. *J Reprod Infertil* 2009; 10(1):71-80. (Persian).
16. Abbasi-shavazi MJ, Nasrabad HB, Ardakani ZB, Akhondi MM. Attitudes of infertile woman towards gamete donation: a case study in Tehran. *J Reprod Infertil* 2006; 7(2):139-48. (Persian).
17. Visser M, Kop PA, van Wely M, van der Veen F, Gerrits GJ, van Zwieten MC. Counselling on disclosure of gamete donation to donor offspring: a search for facts. *Facts Views Vis Obgyn* 2012; 4(3):159-72.
18. Svanberg AS, Lampic C, Bergh T, Lundkvist O. Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Hum Reprod* 2003; 18(5):1107-14.
19. Isaksson S, Sydsjo G, Skoog Svanberg A, Lampic C. Preferences and needs regarding future contact with donation offspring among identity-release gamete donors: results from the Swedish Study on Gamete Donation. *Fertil Steril* 2014; 102(4):1160-6.
20. Englert Y, Govaerts I. Oocyte donation: particular technical and ethical aspects. *Hum Reprod* 1998; 13(2):90-7.
21. Peyvandi S, Erfani A, Taghavipour M. Attitudes of infertile women towards oocyte donation. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(122):345-7. (Persian).
22. Fazio RH, Zanna MP. Attitudinal qualities relating to the strength of the attitude-behavior relationship. *J Experim Soc Psychol* 1978; 14(4):398-408.
23. Khalaf ZF, Shafiabadi A, Tarahomi M. Psychological aspects of surrogate motherhood. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):43-9. (Persian).
24. Nilforoushan P, Ahmadi SA, Abedi M, Ahmadi S. Studying the effect of cognitive-behavioral counseling, based on interacting cognitive subsystems approach on attitude towards infertility of infertile couples. *J Fam Res* 2006; 2(5):21-33. (Persian).



25. Latifnejad Roudsari R, Jafari H, Taghipour A, Khadem N, Ebrahimzdeh S. The association of religious beliefs in infertile couple's attitude towards donation procedures and its selection as a therapeutic approach infertility. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):1-10. (Persian).
26. Jafari H. The association of religious beliefs in infertile couple's attitude towards donation procedures and its selection as a therapeutic approach to infertility. [Master Thesis]. Mashhad, Iran: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences; 2011. P. 55-7. (Persian).
27. Burns DD. Bad to good in David Burns. Trans: Gharachedaghi M. 53nd ed. Tehran: Publication Asim; 2012. P. 25, 95. (Persian).
28. Leahy RL. Cognitive therapy techniques. Trans: Hamidpour H, Andoz Z. Tehran: Arjmand; 2010. P. 29. (Persian).
29. Turkington C. Stress management for busy people. Trans: Balali R, Baezzat F. 1st ed. Tehran: Publishers Beasat. 2004. P. 107-10. (Persian).
30. Clark L. SOS help for emotions: managing anxiety, anger, and depression. Trans: Rostami R, Nilofarei A. 1st ed. Tehran: Tabalwor. 2008. P. 94-166. (Persian).
31. Assisted reproductive technologies. A guide for patients. American Society for Reproductive Medicine. Available at: URL: https://www.asrm.org/BOOKLET_Assisted_Reproductive_Technologies/; 2015.
32. Donor egg recipient in-vitro fertilization handbook. Reproductive Science Center of New Jersey. Available at: URL: http://fertilitynj.com/media/RSC_Egg_Donor_Recipient.pdf; 2014.
33. Egg recipient booklet. A guide for patients receiving donated eggs. Fertility Associates. Available at: URL: <http://www.fertilityassociates.co.nz/Downloads/Egg-recipient-booklet.aspx>; 2009.
34. Talakoub A. Educational booklet infertility center of Isfahan. 1st ed. Isfahan: Publishing of Infertility Center of Isfahan; 2013. (Persian).
35. Oudi M, Omani Samani R, Alizadeh L. Medical and ethical issues regarding egg sharing and egg donation. *Iran J Med Ethics History Med* 2012; 5(3):23-32. (Persian).
36. Roshan M. Embryo and gamete donation: a legal analysis. *Payesh* 2007; 6(4):407-14. (Persian).
37. Farajkhoda T, Roudsari RL, Abbasi M. Reproductive health from the point of ethics and law. *Med Ethics* 2016; 6(21):39-64. (Persian).
38. Safayi SH, Emami A. Brief family law. 28th ed. Tehran: Nashr Mizan; 2011; P. 331-8. (Persian).
39. Katoozian N. The civil rights family second jelde. 7th ed. Tehran: Sherkat Sahamey Nashr; 2006. P. 13-27, 128-56. (Persian).
40. Alizadeh L, Merghati ST, Amani Samani R. Donation combination, renting womb and parents- child rights. *Iran J Med Ethics History Med* 2010; 3:12-20. (Persian).
41. Mergati S. Genealogy caused by artificial impregnation through an alien agent. *Artic Rev* 2004; 37(75):125-48. (Persian).
42. Merghati T. Children rights in gamete donation. *Payesh* 2007; 6(4):347-54. (Persian).
43. Bagheri Nasab T. Surrogacy in infertility treatment in terms of medicine, jurisprudent and juridical. 1st ed. Tehran: Publication Javedaneh; 2012. P. 234-45. (Persian).
44. Husaini Seestani SA. Resalah tozih ol masael. 1st ed. Qom: Entesharat Kitab Shafa; 2013. P. 428. (Persian).
45. Golpaygani SM. Resalah tozih ol masael. 61th ed. Qom: Entesharat Darul Quran; 1989. P. 487. (Persian).
46. Khomeini SA. Resalah Ajvbh Alastftayat. 52th ed. Qom: Sherkate Chap wa Nashre Beynol Melal; 2009. P. 275-6. (Persian).
47. Saffei Golpaygani SH. Jamil Ahkam Jelde. 1st ed. Qom: Daftar Nashre Asare hazrateh Ayatollah Ozma Saffei; 2013. P. 57-60. (Persian).
48. Montazeri HA. Resalah tozih ol masae. 20th ed. Qom: Nashre Sarayi; 2005. (Persian).
49. Makarem Shirazi N. Resalah tozih ol masael. 7th ed. Qom: Nashre Fekre Bartar; 2007. P. 480. (Persian).
50. Nooryi Hamedeni AH. Resalah tozih ol masael. 16th ed. Qom: Chapkhaneh Tablighat Islamic The Seminary Qom; 2001. P. 6-9. (Persian).
51. Khomeini R. Resalah tozih ol masael. 16th ed. Mashhad: Publication Yaran Mshhad; 2012. P. 462. (Persian).
52. Husaini Shirazi SS. Resalah tozih ol masael. 40th ed. Qom: Taban Publication; 2001. P. 757. (Persian).
53. Musavi Ardbili HS. Resalah concise commandment of Islam. 1st ed. Qom: Publications Nejat; 2001. (Persian).
54. Moodi M, Sharifzadeh GH. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage consultation classes. *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(3):32-9. (Persian).

55. Latifnejad Roudsari R, Rasolnejad Bidgoly M, Mousavifar N, Modarres Gharavi M. The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(4):22-31. (Persian).
56. Klerk CD, Hunfeld JA, Duivenvoorden HJ, dev Outer MA, Fauser BC, Passchier J, et al. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20(5):1333-8.
57. Ilioi EC, Jadva V, Golombok S. A longitudinal study of families created by reproductive donation: follow-up at adolescence. *Fertil Steril* 2015; 104(3):e26.
58. Soderstrom-Anttila V, Foudila T, Ripatti UR, Sieberg R. Embryo donation: outcome and attitudes among embryo donors and recipients. *Hum Reprod* 2001; 16(6):1120-8.
59. Fereydouni S, Fereydouni B, Solimani H. Attitude of male and female subjects towards oocyte donation in Shiraz. *J Reprod Infertil* 2009; 10(1):51-7. (Persian).
60. Benward J. Mandatory counseling for gamete donation recipients: ethical dilemmas. *Fertil Steril* 2015; 104(3):507-12.
61. Ahmari Thran H, Jafarbagloo E, Zia SHEikholeslami N, Abedini Z, Heidarpoor A. Surrogacy: infertile women's attitude. *Iran J Med Ethics History Med* 2010; 4(1):62-70. (Persian).
62. Ghibrani F, Akhvian MA, Rezaei E. The decree of embryo donation from the perspective of Islamic Jurisprudence. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(29):25-37. (Persian).
63. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibleto L, Serroni N, Pino MC, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter* 2014; 165(3):163-9.
64. Joy J. The role of counselling in the management of patients with infertility. *Obstet Gynaecol* 2015; 17(2):83-9.