

بررسی تاثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور تحت درمان با IVF

دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^۱، محبوبه رسول زاده بیدگلی^{۲*}، دکتر نزهت موسوی فر^۳
دکتر مرتضی مدرس غروی^۴

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۷

خلاصه

مقدمه: ناباروری یک بحران در زندگی است که می‌تواند موجب ایجاد استرس روانی شدید در زوجین شود. راه‌های گوناگونی برای اداره استرس این زوجین پیشنهاد شده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور تحت درمان با IVF در شهر مشهد انجام شد.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی ۶۰ زن با ناباروری اولیه از مرکز تحقیقات ناباروری منتصریه مشهد در سال ۱۳۸۸ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه کنترل (۳۱ نفر) و مداخله (۲۹ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله در پنج جلسه انفرادی و با مشارکت ماما، متخصص زنان و روانشناس بالینی مشاوره شدند و گروه کنترل تنها مشاوره مرسوم بخش را دریافت کرد. استرس درک شده ناباروری زنان با استفاده از پرسشنامه روا و پایای استرس ناباروری نیوتن، در ابتدای مطالعه و روز انتقال رویان مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با آزمون t مستقل و من ویتنی به کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۴) تحلیل شد.

یافته‌ها: از نظر استرس کلی درک شده ناباروری تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($p=0/048$) و میانگین کاهش استرس در گروه مداخله $3/6$ برابر گروه کنترل بود. میانگین تغییرات استرس در دو خرده آزمون پرسشنامه شامل موضوعات اجتماعی ($p=0/031$) و نیاز به والدینی ($p=0/002$) تفاوت آماری معنی‌داری را در دو گروه نشان داد.

نتیجه‌گیری: مشاوره مشارکتی موجب کاهش استرس درک شده ناباروری می‌شود و می‌توان از این روش به عنوان یکی از روش‌های مدیریت استرس در زنان نابارور تحت درمان با IVF در مراکز درمان ناباروری استفاده نمود.

کلمات کلیدی: ناباروری، مشاوره مشارکتی، استرس درک شده ناباروری، IVF

* نویسنده مسئول مکاتبات: محبوبه رسول زاده بیدگلی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
تلفن: ۰۹۱۳۲۶۰۴۵۹۶؛ پست الکترونیک: mehr232007@yahoo.com

مقدمه

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۱). سازمان بهداشت جهانی (WHO) از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است (۲). امروزه ناباروری که به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی) تعریف می‌شود (۳)، بین ۸۰ تا ۱۶۸ میلیون نفر را در سراسر جهان درگیر کرده است (۱). نتایج مطالعه وحیدی (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که حدود یک‌چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند (۴). استرس ناباروری شامل تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی است و ممکن است برای سال‌ها باقی مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید (۱،۵). مطالعات فراوان پاسخ‌های روانی منفی مانند اضطراب، افسردگی، عدم احساس کنترل، احساس گناه و مشکلات جنسی و عدم اعتماد به نفس را در زوجین نابارور شناسایی کرده‌اند. استرس ناباروری حتی می‌تواند موجبات قطع درمان را فراهم کرده و یا نتایج درمان را تحت تأثیر قرار دهد (۶،۵،۱). با پیشرفت علم و تکنولوژی و ابداع راه‌های نوین ناباروری مانند لقاح آزمایشگاهی (IVF) دریچه‌امیدی برای زوج‌های نابارور گشوده شده است ولی آنها را به تحمل استرس بیشتر و دوره‌های درمان طولانی‌تر وادار کرده است (۱). زنان تحت درمان IVF میزان بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند (۷). تاکنون روش‌های گوناگونی از جمله مداخلات روانشناختی، درمان‌های شناختی رفتاری، برنامه‌های آموزشی، روان‌درمانگری و برنامه‌های مشاوره‌ای برای کمک به افراد نابارور طراحی و اجرا شده است. مشاوره ناباروری، تخصصی جدید در بهداشت باروری است که جنبه‌های پزشکی و روانشناسی

بهداشت باروری را با هم ترکیب می‌کند. در این راستا کاونینگتون (۲۰۰۷) چهارچوب تئوریک تحت عنوان مدل مشارکتی سلامت باروری طراحی نموده که بر مدل الگوی زیستی- روانی- اجتماعی استوار است که در آن همه ابعاد فیزیولوژیک، روانی، فردی و اجتماعی فرد نابارور در مراقبت مورد توجه قرار می‌گیرد. مدل مشارکتی سلامت باروری برنامه‌ای است که در آن تمام افراد درگیر با فرد نابارور از جمله پزشک، روانپزشک، روانشناس و ماما یک تیم درمانی تشکیل داده و فرد نابارور را از مراحل اولیه درمان تا مراحل پایانی کار همراهی می‌کنند (۱). چان و همکاران (۲۰۰۶) مشاوره روانی- اجتماعی را با رویکردی بر آموزه‌های چینی با عنوان برنامه شرقی بدن، جسم، روح روی زنان تحت درمان با IVF به منظور کاهش اضطراب انجام دادند. نتایج نشان دهنده کاهش معنی- دار اضطراب در گروه مداخله بود (۸). اما در مطالعه کلرک و همکاران (۲۰۰۵) که اثربخشی مشاوره روانی را روی زنان تحت درمان با IVF سنجیده بودند، بین دو گروه کنترل و شاهد هیچ گونه تفاوت آماری معنی داری یافت نشد (۷).

نظر به اهمیت سلامت روانی زنان نابارور و تأثیر احتمالی سلامت روان بر نتیجه درمان و با توجه به احساس کمبود یک برنامه مشاوره ناباروری منظم در مراکز درمان ناباروری و حمایت روانی ناکافی فرد نابارور توسط کادر درمانی، به جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی در دسترس پرداخته شد. وجود مطالعات محدود در زمینه بررسی تأثیر مشاوره بر استرس درک شده ناباروری و همچنین وجود نتایج متناقض و نیز فقدان مطالعه‌ای در رابطه با تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل مشارکتی سلامت باروری بر استرس زنان نابارور، پژوهشگران را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را به منظور تعیین تأثیر یک برنامه مشاوره‌ای بر استرس درک شده ناباروری زنان نابارور طراحی کنند. نتایج این مطالعه می‌تواند گامی در جهت شناسایی راهبردهای مدیریت استرس و کمک به رفع مشکلات روانی زنان نابارور باشد.

روش کار

در این کارآزمایی بالینی دو گروه، ۶۰ زن با ناباروری اولیه در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال که طی پاییز و زمستان ۱۳۸۸ به منظور درمان IVF به مرکز منتصریه مشهد مراجعه کرده و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به شیوه تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. شیوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود که به دلیل طولانی بودن طول مدت مداخله (دو ماه) و ارتباط اجتناب ناپذیر واحدهای پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله و به منظور جلوگیری از انتشار اطلاعات بین واحدهای پژوهش که یکی از عوامل تهدید کننده روایی داخلی تحقیق است، مدت نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به دو نیمه تقسیم شد. برای انتخاب گروه‌ها به منظور مطالعه در نیمه اول یا دوم از قرعه کشی استفاده شد به طوری که در نیمه اول دوره نمونه‌گیری، واحدهای پژوهش به گروه کنترل و در نیمه دوم به گروه مداخله اختصاص یافتند. حجم نمونه مطالعه با استفاده از مطالعه راهنما و فرمول محاسبه میانگین‌ها در هر گروه ۲۸ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش احتمالی واحدهای پژوهش در هر گروه ۳۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. در نهایت داده‌های بدست آمده از ۲۹ نفر در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه کنترل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه هر واحد پژوهش شامل: ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن قصد استفاده از تخمک‌هدایی یا رحم اجاره‌ای، نداشتن فرزند خوانده، نبودن تحت مشاوره روانشناس یا روانپزشک در زمان مطالعه و یا حداقل از یک ماه قبل از شروع مطالعه، نداشتن بیماری روانی در زمان مطالعه و عدم مصرف داروی روانی، نداشتن بحث و جدل خانوادگی شدید در هفته منتهی به شروع مطالعه، نبودن جزء پرسنل بهداشت و درمان و یا تحصیل رشته‌های علوم پزشکی، روانشناسی و مشاوره، عدم استفاده از سیگار، قلیان و نوشیدنیهای الکلی، عدم ابتلا به بیماری‌های طبی و نمره پرسشنامه سلامت عمومی زیر ۲۸ بود. معیارهای خروج از مطالعه

شامل: عدم پاسخ تخمدان‌ها به داروهای تحریک تخمک‌گذاری، عدم اتمام دوره درمان با IVF به هر دلیل، رخ دادن مشاخره شدید خانوادگی و یا حادثه ناگوار طی درمان بود. ابزارهای پژوهش شامل فرم مشخصات کلی واحد پژوهش، پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن (FPI)، پرسشنامه سنجش سلامت عمومی (GHQ-28)، فرم ثبت شرکت واحد پژوهش در جلسات مشاوره و فرم ثبت انجام تکنیک آرماسازی در منزل بود. فرم مشخصات کلی واحد پژوهش در سه قسمت مشخصات فردی و خانوادگی، اطلاعات مربوط به ناباروری و درمان آن و اطلاعات روانشناختی تنظیم شده بود. قسمت مشخصات فردی و خانوادگی شامل اطلاعات سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، محل سکونت، مدت ازدواج و ترکیب خانواده بود. در قسمت اطلاعات مربوط به ناباروری و درمان آن، مدت اطلاع از ناباروری، مدت درمان، تعداد دفعات IUI و IVF، عامل ناباروری، اقدام به درمان، امید به موفقیت درمان و هزینه درمان ثبت می‌شد. در قسمت اطلاعات روانشناختی احساس نسبت به ناباروری و نمره حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی درج می‌شد. پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن یک ابزار ۴۶ سوالی است که در سال ۱۹۹۹ توسط نیوتن طراحی شد و مشتمل بر ۵ خرده‌آزمون موضوعات اجتماعی، جنسی، ارتباطی، رد پذیرش زندگی بدون فرزند و نیاز به والدینی است و پاسخ‌ها به شیوه لیکرت از ۱ تا ۶ نمره‌دهی می‌شوند (۹). پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) تدوین شده و یک پرسشنامه غربالگری خودگزارش‌دهی است که به صورت بالینی با هدف ردیابی کسانی که آمادگی برای اختلال روانی دارند مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه ۲۸ سوالی استفاده شده در این مطالعه شامل چهار مقیاس ۷ سوالی است که علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید را می‌سنجد. در این پرسشنامه فرد وضعیت فعلی خود را در یک ماه اخیر با وضعیت عادی روانی خود مقایسه می‌کند. برای نمره‌گذاری سوالات از روش لیکرت استفاده شده است. روایی پرسشنامه‌های فوق به روش

طریق آموزش روش مشاوره تحت نظارت استاد مشاور تخصصی و همچنین تمرین بیشتر روش انجام مشاوره با مددجو در حضور روانشناس بالینی مورد تایید قرار گرفت. زمان برگزاری جلسات به شرح زیر تنظیم شده بود: جلسه اول در روز ۲-۳ سیکل (پس از انجام سونوگرافی پایه) و توسط پژوهشگر انجام می‌شد. هدف جلسه ارائه اطلاعات در زمینه ناباروری و درمان و اصلاح دانسته های غلط و ارائه راهکارهایی برای شناخت باورهای غیر منطقی در مورد ناباروری بود. پس از شرح مختصر آناتومی دستگاه تناسلی و هورمون‌های مرتبط با باروری و چگونگی تاثیر استرس و هیجانات منفی بر تغییرات هورمونی و فیزیولوژیک سیستم باروری، توضیح مختصری در مورد مراحل درمان با IVF داده شده و به سوالات و نگرانی‌های واحد پژوهش در مورد نحوه درمان، پیامدها و عوارض احتمالی پاسخ داده می‌شد. باورهای غیر منطقی در زمینه ناباروری توضیح داده شده و پژوهشگر با ارائه مثال‌هایی بر اساس تجربیات خود واحد پژوهش به شناخت باورهای غیر منطقی وی و هیجانات همراه آن می‌پرداخت. با ارائه تمریناتی از وی خواسته می‌شد تا در منزل نیز وقایع استرس‌زای روزانه و پیامد هیجانی آن را ثبت کند و باورهای غلط خود را شناسایی کند. پژوهشگر در این جلسه از واحد پژوهش می‌خواست تا درباره احساسات و نگرانی‌های خود در مورد ناباروری و درمان آن و حتی اتفاقات استرس‌زایی که پس از ورود به مرکز برای او رخ می‌دهد با پژوهشگر صحبت کند. در پایان جلسه اول به معرفی و آموزش تکنیک آرامسازی و بیان چگونگی تاثیر و فواید آن در بهبود نتایج درمان پرداخته شده و پس از در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی و سی دی صوتی آرامسازی و فرم ثبت انجام تکنیک آرامسازی در منزل از واحد پژوهش خواسته می‌شد تا تکنیک را در منزل انجام و اطلاعات خواسته شده را ثبت کند. برای انجام تکنیک آرامسازی از روش آرامسازی جکوبسون (شامل حرکات متناوب انقباضی و انبساطی عضلات بدن از اندام تحتانی به سمت اندام فوقانی) استفاده شد. از واحد پژوهش خواسته می‌شد

محتوایی و صوری بررسی شد. نیوتن به منظور تعیین پایایی پرسشنامه استرس ناباروری از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد و پایایی هر خرده‌آزمون را به شرح زیر گزارش نمود: موضوعات اجتماعی ۰/۸۷، موضوعات جنسی ۰/۷۷، موضوعات ارتباطی ۰/۸۲، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰، نیاز به والد شدن ۰/۸۴ و استرس کلی ۰/۹۳ (۹). پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن در ایران توسط علیزاده (۱۳۸۴) برای به‌دست آوردن پایایی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری افراد نابارور اجرا شده که ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی ۰/۷۸، موضوعات جنسی ۰/۷۷، موضوعات ارتباطی ۰/۷۸، رد سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵، نیاز به والد بودن ۰/۸۴ و استرس کلی ۰/۹۱ برآورد شده است (۱۱). به‌دلیل پایایی قابل قبول پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن در مطالعه علیزاده، در مطالعه حاضر پایایی آن مجدداً بررسی نشد. پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

پژوهشگر پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه و با ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به مسئولین مرکز درمان ناباروری منتصریه اقدام به نمونه‌گیری کرد. زنان ناباروری که به منظور درمان با IVF و انجام سونوگرافی پایه (در روز ۲-۳ سیکل قاعدگی) مراجعه می‌کردند شناسایی شده و پژوهشگر در مکانی مناسب (اتاقی که برای مشاوره در نظر گرفته شده بود) به معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش می‌پرداخت. معیارهای ورود به مطالعه بر اساس چک لیست انتخاب واحد پژوهش در افرادی که تمایل به همکاری داشتند بررسی شده و فرم رضایت آگاهانه به همراه سایر پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار می‌گرفت. برای گروه مداخله جلسات مشاوره به صورت فردی و در پنج جلسه طراحی شده بود و با مشارکت پژوهشگر، متخصص زنان و زایمان و کارشناس ارشد روانشناس بالینی برگزار می‌شد. از معیارهای انتخاب همکار روانشناس داشتن سابقه مطالعه در زمینه ناباروری و تجربه مشاوره با زنان نابارور بود. توانایی پژوهشگر در انجام مشاوره از

که پنج بار در هفته این تکنیک را انجام دهد. جلسه دوم حوالی روزهای ۱۹ تا ۲۰ سیکل (پس از انجام سونوگرافی) توسط روانشناس و پژوهشگر ارائه می‌شد. پژوهشگر در ابتدای جلسه به بررسی نحوه انجام تمرینات جلسه قبل پرداخته و فرم ثبت تکنیک آرامسازی در منزل را چک می‌نمود و به سوالات احتمالی واحد پژوهش پاسخ می‌گفت. بعد از معرفی روانشناس و واحد پژوهش به یکدیگر، برگه تکلیف که شامل لیستی از باورهای غیرمنطقی و افکار منفی واحد پژوهش بود به همراه نمره پرسشنامه استرس درک شده ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای مربوط به واحد پژوهش در اختیار روانشناس قرار می‌گرفت. روانشناس بر اساس مطالب فوق از فرد می‌خواست که در مورد افکار و احساسات خود در مورد ناباروری و درمانش، تعارضات و تعاملات با همسر و خانواده و جامعه اطرافش با او صحبت کند. در این جلسه درباره نحوه مقابله کارآمد با افکار و باورهای غیر منطقی مرتبط با ناباروری مورد استفاده واحد پژوهش نیز صحبت می‌شد. در پایان جلسه تکنیک آرامسازی توسط واحد پژوهش انجام می‌شد. جلسه سوم در روز ۲ سیکل بعدی (تقریباً ۱۰ روز پس از جلسه دوم) انجام می‌شد. پژوهشگر مانند جلسه قبل به بررسی تمرینات انجام شده واحد پژوهش می‌پرداخت. سپس روانشناس در ادامه مشاوره‌های جلسه قبل در این جلسه در مورد اضافه کردن یک سیستم حمایتی موثر و مفید در رابطه با ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای موثر در رابطه با مشکل ناباروری به مشاوره با واحد پژوهش می‌پرداخت. جلسه چهارم در روز ۶-۸ سیکل (حدوداً یک هفته بعد از جلسه سوم) برگزار می‌شد. پس از بررسی تمرینات جلسه قبل، به صحبت درباره راهبرد های مقابله‌ای مسئله مدار در رابطه با مشکل ناباروری پرداخته می‌شد. در این جلسه به مرور کلی روش‌های کاهش استرس و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و گرفتن بازخورد از واحد پژوهش در رابطه با محتوای جلسات و چگونگی تعمیم آنها به زندگی واقعی پرداخته می‌شد. جلسه پنجم در روز برداشت تخمک و حوالی روز ۱۴ سیکل توسط متخصص زنان و پژوهشگر انجام می‌شد

که در آن به توضیح مختصر درباره عمل برداشت تخمک و انتقال رویان توسط پزشک متخصص پرداخته می‌شد و به سوالات احتمالی واحد پژوهش پاسخ داده می‌شد. سپس واحد پژوهش عمل آرامسازی را قبل از انجام عمل برداشت تخمک با حضور پژوهشگر انجام می‌داد. در طول دوره درمان در بین زمان جلسات، پژوهشگر با واحد پژوهش در تماس تلفنی بود و از او می‌خواست که در صورت هر گونه سوال و یا مشکلی با وی تماس بگیرد. گروه کنترل تنها مشاوره مرسوم بخش شامل توضیحاتی درباره روش درمانی IVF و نحوه مصرف داروهای ناباروری و عوارض آنها، دریافت کردند. پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه استرس ناباروری پس از انجام عمل انتقال رویان صورت گرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها و انتقال آنها به رایانه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴) انجام شد. برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها از آزمون کلموگرو- اسمیرنو استفاده شد. جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای تحت کنترل زمینه‌ای و مداخله‌گر از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر، من ویتنی و تی مستقل استفاده شد. برای مقایسه گروه‌ها از نظر تفاوت میانگین استرس از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی، من ویتنی و برای بررسی اثر متغیرهای مداخله‌گر از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد.

یافته‌ها

واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر سن ($p=0/085$)، میزان تحصیلات ($p=0/056$)، میزان تحصیلات همسر ($p=0/256$)، شغل ($p=0/204$)، محل سکونت ($p=0/203$)، مدت ازدواج ($p=0/457$) و ترکیب خانواده ($p=1/00$) با هم همگن بودند. واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۴۰-۲۰ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها $4/29 \pm 9/4$ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل ($54/8\%$) و مداخله ($37/9\%$) در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال قرار داشتند. اکثر افراد در گروه کنترل ($35/5\%$) و گروه مداخله ($51/7\%$) دارای تحصیلات دیپلم بودند. همسران اکثر واحدهای پژوهش در گروه

چون غم، اضطراب، خشم یا احساس گناه را تجربه کرده بودند. میانگین نمره سلامت روانی در گروه کنترل $6/2 \pm 19/5$ و در گروه مداخله $20/0 \pm 6/3$ بود. در رابطه با اهداف اصلی پژوهش نتایج بیانگر آن بود که میانگین کلی استرس درک شده ناباروری در ابتدای مطالعه در گروه کنترل $28/3 \pm 163/5$ و در گروه مداخله $26/8 \pm 153/6$ بود. با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داده شد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر نمره استرس کلی درک شده ناباروری وجود ندارد ($p=0/170$) و دو گروه از نظر میزان استرس کلی در شروع مطالعه همگن اند. آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری در جهت کاهش میانگین نمره استرس کلی در گروه مداخله نشان داد ($p=0/024$). میانگین تفاوت نمره استرس کلی در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه کنترل $2/5 \pm 8/2$ و در گروه مداخله $9 \pm 15/2$ بود. نتیجه آزمون تی مستقل حاکی از آن بود که میانگین تفاوت در دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار دارند ($p=0/048$). همچنین نتیجه آزمون تی زوجی در گروه کنترل بین نمره استرس کلی در ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ($p=0/097$)، اما در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری بین نمره استرس کلی در ابتدا و انتهای مطالعه در جهت کاهش استرس در انتهای مطالعه در گروه مداخله یافت شد ($p=0/004$) (جدول ۱).

کنترل ($38/7\%$) و مداخله ($37/9\%$) دارای تحصیلات دیپلم بودند. اکثر افراد در گروه کنترل ($87/1\%$) و مداخله ($72/4\%$) خانه دار بودند. مدت ازدواج در گروه کنترل $4/4 \pm 7/9$ سال و میانگین آن در گروه مداخله $4/7 \pm 7/5$ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل ($96/8\%$) و مداخله ($96/6\%$) به صورت مستقل (زن و همسر) زندگی می‌کردند. واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر متغیرهای مدت اطلاع از ناباروری ($p=0/682$)، مدت درمان ($p=0/935$)، دفعات IUI ($p=0/495$)، تعداد دفعات IVF ($p=0/550$)، عامل ناباروری ($p=0/597$)، هزینه درمان ($p=0/951$)، اقدام به درمان ($p=0/359$) و امید به موفقیت درمان ($p=0/185$) با هم همگن بودند. میانگین مدت اطلاع از ناباروری در گروه کنترل $4/3 \pm 6/1$ سال و در گروه مداخله $5/6 \pm 4/3$ سال بود. میانگین مدت درمان در گروه کنترل $4/2 \pm 4/0$ سال و در گروه مداخله $4/0 \pm 3/8$ سال بود. عامل ناباروری اکثریت واحدهای پژوهش در گروه کنترل ($51/6\%$) و مداخله ($34/5\%$) عامل مردانه بوده است. اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل ($90/3\%$) و مداخله ($89/7\%$) با هم اقدام به درمان را پذیرفته بودند. واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر متغیرهایی چون احساس نسبت به ناباروری ($p=0/462$)، و سلامت روان ($p=0/718$) با هم همگن بودند به طوری که اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل ($58/1\%$) و مداخله ($65/5\%$) احساساتی

جدول ۱- مقایسه میانگین استرس کلی درک شده ناباروری به تفکیک گروه در بررسی تاثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور

گروه		مداخله		کنترل	
متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	نتیجه آزمون تی مستقل	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
استرس کلی	ابتدای مطالعه	$28/3 \pm 163/5$	$p=170/0$	$26/8 \pm 153/6$	$df=58$
درک شده	انتهای مطالعه	$161/0 \pm 28/5$	$p=0/024$	$25/7 \pm 144/7$	$df=58$
ناباروری	میانگین تفاوت	$2/5 \pm 8/2$	$p=0/048$	$9/0 \pm 15/2$	$df=58$
نتیجه آزمون تی زوجی		$p=0/097$	$p=0/004$	$df=28$	$df=28$
		$t=71/1$	$t=3/18$		

در این پژوهش میانگین پنج خرده آزمون پرسشنامه استرس کلی درک شده ناباروری در دو گروه کنترل و مداخله مورد مقایسه قرار گرفت و در دو خرده آزمون

جدول ۲- مقایسه میانگین تفاوت خرده آزمون‌های پرسشنامه استرس درک شده ناباروری در دو گروه در بررسی تاثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور

متغیر	گروه	
	کنترل	مداخله
موضوعات اجتماعی	انحراف معیار± میانگین ۶/۳±۱/۳	انحراف معیار± میانگین ۵/۰±۲/۰
موضوعات جنسی	۴/۲±۲/۳	۴/۵±۲/۱
موضوعات ارتباطی	۴/۹±۱/۱	۶/۰±۰/۸
عدم پذیرش زندگی بدون فرزند	۳/۶±۰/۸	۴/۹±۱/۶
نیاز به والدینی	۵/۰±۰/۳	۷/۶±۴/۰
	نتایج آزمون تی مستقل و من ویتنی	
	$p=۰/۰۳۱$ $df=۵۸$ $t=-۲/۲$	
	$p=۰/۹۱۵$ $df=۵۸$ $t=۰/۱$	
	$p=۰/۱۹۳$ $df=۵۸$ $t=۱/۳$	
	$p=۰/۴۶۹$ $df=۵۸$ $t=-۰/۷$	
	$p=۰/۰۰۲$ $Z=-۱/۳$	

بعضی از یافته‌های مطالعه لی مانند اضطراب حالت نیز تفاوت معنی داری میان مراحل سه گانه درمان با IVF بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد. به طوری که بیشترین میزان میانگین اضطراب حالت در ۳ مرحله درمان، در مرحله قبل از انجام تست حاملگی بود (۵). گورهان (۲۰۰۷) نیز گزارش کرد که مشاوره پرستار بر میزان افسردگی زنان نابارور تحت درمان با IVF تاثیری نداشته است (۱۲). در مقاله گورهان واحدهای پژوهش طی مطالعه ۳ جلسه مشاوره را به فاصله تقریباً ۱۲ روز دریافت می‌کردند که به نظر می‌رسد مدت کوتاه مداخله در عدم کاهش نمره افسردگی تاثیر گذار باشد. همچنین در این مطالعه متغیر افسردگی اندازه‌گیری شده بود که از نظر علل وقوع و درمان با متغیر استرس درک شده ناباروری متفاوت است. زیل (۲۰۰۵) هم در مطالعه خود این‌طور بیان کرد که مشاوره موجب کاهش میانگین اضطراب و افسردگی در انتهای مداخله نشده است و تنها نتایج آزمون تی زوجی در گروه مداخله کاهش معنی داری در میانگین اضطراب پس از انجام مشاوره نسبت به قبل از آن را نشان داده است (۱۳). نتایج مطالعه سکستون (۲۰۱۰) نشان داد که مداخله مقابله با استرس ناباروری اینترنتی منجر به کاهش علایم استرس عمومی زنان نابارور می‌شود، اما تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر استرس درک شده ناباروری وجود ندارد. در مطالعه سکستون استرس درک شده ناباروری در انتهای مطالعه

آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر خرده آزمون موضوعات اجتماعی در جهت کاهش استرس در زمینه موضوعات اجتماعی در گروه مداخله نشان داد ($p=۰/۰۳۱$). همچنین میانگین تفاوت خرده آزمون نیاز به والدینی در گروه کنترل $۵/۰±۰/۳$ و در گروه مداخله $۷/۶±۴/۰$ بود. با استفاده از آزمون من ویتنی تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر کاهش استرس در زمینه نیاز به والدینی مشاهده شد ($p=۰/۰۰۲$).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه میانگین تفاوت استرس کلی درک شده ناباروری تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه نشان داد ($p=۰/۰۴۸$)، به طوری که در انتهای مطالعه کاهش استرس در گروه مداخله $۳/۶$ برابر گروه کنترل بود. در مطالعه حاضر در پرسشنامه استرس کلی درک شده ناباروری در دو خرده آزمون موضوعات اجتماعی و نیاز به والدینی بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد. لی (۲۰۰۳) گزارش نمود که برنامه مداخله بحران پرستاری تاثیر بر پاسخ‌های روانی زنان نابارور تحت درمان با IVF نداشته و تنها میانگین یک خرده آزمون از پرسشنامه ناباروری با عنوان روابط بین فردی ضعیف در گروه مداخله به طور معنی داری کاهش پیدا کرده است. همچنین در

که استرس مرتبط با ناباروری در اثر مداخلات روانشناختی به طور معنی‌داری کاهش پیدا نکرده است. قابل ذکر است که در هیچ یک از این ۵ مطالعه از پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن استفاده نشده بود (۱۷). ورهاک (۲۰۰۷) در مطالعه خود بیان کرد که استرس وابسته به درمان ناشی از ترس از شکست درمان است (۱۸). زنان بعد از انتقال رویان احساس بارور بودن می‌کنند و به دنبال رشد جنین هستند (۱)، این مسئله می‌تواند توجه‌کننده کاهش استرس در انتهای مطالعه نسبت به ابتدای آن باشد. همچنین لی (۲۰۰۳) در مقاله خود خاطر نشان می‌کند که چون زنان نابارور از بحث در مورد مسئله ناباروری خود با دوستان و خویشاوندان اجتناب می‌کنند، در زمان آغاز درمان دیسترس روانی-اجتماعی بالایی را تجربه می‌کنند و به جز اقوام نزدیک به دیگران راجع به ناباروری خود سخن نمی‌گویند. این موضوع می‌تواند دلیلی بر کاهش استرس در مرحله انتقال رویان نسبت به ابتدای آن باشد (۵). نیوتن در مقاله خود خاطر نشان می‌کند که با وجود اهمیت مسئله ناباروری تلاش‌های کمی در جهت طراحی ابزارهای مخصوص اندازه‌گیری استرس وابسته به ناباروری شده است و به جای آن واکنش‌های روانشناختی به ناباروری از طریق یک سری ابزارهای روانشناختی استاندارد که اضطراب و افسردگی را می‌سنجد اندازه‌گیری شده‌اند. از آنجا که این ابزارها در ابتدا برای استفاده در بیماران روانپزشکی طراحی شده‌اند حاوی مواردی هستند که شاید توسط نمونه مورد مطالعه دیگری به شکل متفاوتی معنا شوند. این موارد به طور اشتباه می‌توانند هم تخمین آسیب‌شناسی روانی را بیشتر کرده و هم فاقد حساسیت لازم برای تشخیص استرس‌های خاص ناباروری باشند (۹). همچنین مداخلات مختلف تأثیرات متفاوتی بر پیامدهای هیجانی ناشی از ناباروری دارد. به‌علاوه این مطالعات بر روی زنان نابارور استفاده‌کننده از روش‌های گوناگون ART در مراحل مختلف درمان و با فرهنگ و شرایط اجتماعی متفاوت انجام شده است. از آنجا که در مطالعه حاضر واحد پژوهش از ابتدای ورود به چرخه درمان تحت نظارت و حمایت پژوهشگر قرار گرفته و نیز

در هر دو گروه کمتر از ابتدای مطالعه بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۴). با توجه به ماهیت اینترنتی بودن مداخله در مطالعه سکستون به نظر می‌رسد متغیرهای مداخله‌گر زیادی در این مطالعه وجود داشته که به خوبی کنترل نشده و از کنترل محققین نیز خارج بوده و روی نتیجه اثر گذاشته باشند. همچنین واحدهای پژوهش از جمعیت عمومی افراد نابارور بوده و از نظر متغیرهایی مانند نوع ناباروری، مدت ابتلا به ناباروری، روش درمان فعلی، تعداد موارد استفاده از روش‌های کمک باروری و بسیاری موارد توسط پژوهشگر مورد کنترل قرار نگرفته‌اند. کازینو (۲۰۰۸) در مطالعه خود بیان کرد که گروه دریافت‌کننده مداخله آموزشی روانی به شیوه اینترنتی کاهش معنی‌داری در نمره خرده آزمون موضوعات اجتماعی پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن نسبت به گروه کنترل نشان داده است. همچنین میانگین استرس کلی ناباروری و میانگین نمرات استرس مربوط به خرده مقیاس‌های موضوعات جنسی و عدم پذیرش زندگی بدون فرزند نیز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشت، اما تفاوت آماری بین دو گروه معنی‌دار نبود. به طوری که میانگین استرس کلی در پایان مطالعه کمتر از میانگین آن در ابتدای مطالعه بود که نتیجه مذکور با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی دارد. مطالعه کازینو (۲۰۰۸) از نظر کاهش استرس موضوعات اجتماعی نیز با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۵). بووین (۲۰۰۳) در متآنالیز خود پس از تحلیل نتایج مداخلات گوناگون بر استرس ناباروری بیان کرد گرچه در این مطالعات از پرسشنامه‌های غیر معتبر برای اندازه‌گیری استرس وابسته به ناباروری استفاده شده است اما نتایج مثبتی از تأثیر این نوع مداخلات بر استرس ناباروری دیده می‌شود (۱۶). در حالی‌که هامرلی (۲۰۰۹) در یک متآنالیز به بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی در زنان نابارور پرداخته و گزارش کرد که این مداخلات تأثیری بر بهبود سلامت روان شامل افسردگی، اضطراب و دیسترس روانی در زنان نابارور ندارد. وی گزارش نمود از بین ۲۱ مطالعه مورد بررسی تنها ۵ مطالعه به بررسی استرس مرتبط با ناباروری پرداخته که در نهایت نتایج متآنالیز نشان داد

برنامه‌ریزی‌های درمانی و مراقبتی در کلینیک‌های درمان ناباروری سراسر کشور مورد استفاده قرار گیرد و موجب ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی افراد نابارور و ارتقای سطح دانش و آگاهی اعضا تیم درمانی و مراقبتی شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر تصویب و حمایت مالی این طرح (با شماره ثبت ۱۳۸۸/۵۱۱) تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از سرکار خانم فاطمه کوکبی که مسئولیت برگزاری جلسات مشاوره روانشناسی این طرح را به عهده داشتند و نیز جناب آقایان دکتر اسماعیلی و دکتر مظلوم که در امر محاسبات آماری یاری نمودند، قدردانی می‌شود. از مسئولین و پرسنل محترم مرکز درمان ناباروری منتصریه خصوصا سرکار خانم دکتر نیره خادم غائبی و سرکار خانم داوری نیز کمال قدردانی به عمل می‌آید.

استرس ناباروری با ابزار مخصوص آن سنجیده شده است، کاهش استرس درک شده ناباروری قابل توجه است. با وجود تلاش پژوهشگر در حذف و یا کنترل اثر متغیرهای موثر بر استرس درک شده ناباروری، برخی از این موارد از جمله عدم کنترل تفاوت‌های فردی و خصوصیات روانی تاثیر گذار بر پاسخ به سوالات و عدم کنترل کامل تفاوت‌های رفتاری متخصصین زنان و زایمان و ارائه دهندگان خدمات شامل ماماها و پرسنل در تماس با واحد پژوهش در زمان انجام سونوگرافی، عمل برداشت تخمک و انتقال رویان از توان پژوهشگر خارج بود.

نتیجه‌گیری

مشاوره مشارکتی سلامت باروری یکی از روش‌های موثر بر کاهش استرس درک شده ناباروری در زنان نابارور تحت درمان با IVF است. نتایج این پژوهش می‌تواند در

منابع

1. Covington SN, Hammer Burns L. Infertility counseling. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2007. p.1-17, 175-180, 493-506
2. Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007 march; 22(6): 1506-1512
3. Berek J S. Berek & Novaks Gynecology. Translated by Ghazijahani B. 14 ediyion. Tehran: Golban; 2007
4. Vahidy S, Ardalan A, Kazem M. [The survey of prevalence of primary infertility in Iran 83-84]. Journal of reproduction and infertility 2007 ; 3(9): ۲۴۳ - ۲۵۱ (Persian)
5. Lee S. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. J Nurs Res 2003 Sep; 11(3):197-208
6. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. Fertil Steril 2005 Feb; 83(2): 275-283
7. Klerk C, Hunfeld J, Duivenvoorden H, Outer M, Fauser B, Passchier J, Macklon N. Effectiveness of psychosocial counseling intervention for first time IVF couples. Hum Reprod 2005 May; 20(5):1333-1338
8. Chan C, Ng EH, Chan CL, Ho, Chan TH. Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization :a randomized controlled study. Fertil Steril 2006 Feb; 85(2): 339-346
9. Newton R, Sherrard w. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived fertility-related stress. Fertil Steril 1999 July 72(1):54-62
10. Stware J B. Stress or new disease. Translated by Dadsetan P. Tehran: Roshd; 1998.
11. Alizadeh T, Farahani M, Shahr aray M, Alizadegan S. [The relationship between self esteem and locus of control with stress in infertile women and men]. Journal of reproductive and infertility 2006; 6(2): ۱۹۴-۲۰۴

12. Gurhan N, Oflaz F, Atici D, Akyuz A, Vural G. Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychol Rep* 2007 Apr; 100(2):365-374
13. Van Zyl C, Van Dyk AC, Niemandt C. The embryologist as counselor during assisted reproduction procedures. *Reprod Biomed online*[serial online] 2005 Nov; 11(5):545-551.
14. Sexton MB, Byrd MR, O donohue WT, Jacobs NN. Web- based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Ment Health* 2010 Aug; 13(4): 347-358
15. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, Seibring A, Showstack MT, Applegarth L, et al. Online psychoeducational support for infertile women: a randomised controlled trial. *Hum Reprod* 2008; 23(3):554-566
16. Boivin J. A review of psychosocial intervention in infertility. *Soc Sci med* 2003 Dec; 57(12): 2325-2341
17. Hammerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009 May-Jun; 15(3): 279-295
18. Verhaak CM, Smeenk J, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat F, Braat D. Womens emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007; 13(1): 27-36