

تأثیر مشاوره نازایی با رویکرد زوج تراپی بر سطح عاطفی زوجین نابارور-کارآزمایی بالینی

طیبه مختاری سرخانی^۱، کتابیون علیدوستی^{۲*}، عاطفه احمدی^۳، مقدمه میرزایی^۴، ویکتوریا حبیبزاده^۵، الهه نمازیان^۶

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۷/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری یک اختلال زیستی، روانی، اجتماعی است و شکست در امر باروری به‌طور عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر انجام مشاوره نازایی در راستای ارتقاء سطح عاطفی زوجین نابارور انجام شد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پرسشنامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سطح احساسی بیماران نابارور (Screenivf) انجام شد. نمونه‌های مطالعه از بین زوجین ناباروری که به مرکز ناباروری مراجعه می‌کردند، انتخاب شدند. تعداد شرکت‌کنندگان، در گروه‌های مداخله و کنترل هر کدام ۳۰ زوج بود. از گروه‌ها خواسته شد به‌صورت پیش‌آزمون به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند سپس جلسات مشاوره گروهی برای زوجین گروه مداخله طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار گردید و در پایان جلسه‌ی آخر، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شده و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل گردید. برای مقایسه درون‌گروهی سطح عاطفی زوجین از آزمون پارامتریک paired T-Test و برای مقایسه نمره سطح عاطفی زوجین دو گروه از آزمون independent T-Test استفاده گردید. **یافته‌ها:** دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همگن بودند. مقایسه میانگین سطح عاطفی در گروه مداخله نسبت به کنترل نشان داد، با مشاوره نازایی سطح عاطفی تغییری نکرده و اختلاف میانگین نمرات معنی‌دار نبود ($p=0/41$). **نتیجه‌گیری:** نتایج بیانگر آن است برای افزایش سطح عاطفی زوجین نابارور بهتر است سایر رویکردهای مشاوره با تعداد جلسات بیشتر را آزموید. **واژه‌های کلیدی:** ناباروری، سطح عاطفی، مشاوره، اسکرین آی وی اف

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۲۶، فروردین ۱۳۹۹، ص ۲۹-۲۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران تلفن ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۰۵

Email: alidoosti@kmu.ac.ir

مقدمه

به‌منظور کنترل اختلالات عاطفی آسان نیست (۴). مشکل ناباروری در دنیای امروز یک نگرانی اجتماعی است و می‌تواند ضربه روانی شدیدی به زوجین وارد ساخته و منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنان گردد (۵). بر اساس نتایج گزارش‌ها در ایران، بسیاری از زوجین نابارور از عدم رضایت در روابط جنسی خود و ۵۰ تا ۶۰ درصد از تبعات ناشی از آن و خصوصاً طلاق رنج می‌برند (۶) ناباروری می‌تواند با سلامتی جنسی، روانی و اجتماعی ناسازگار باشد. گزارش شده است که زوج‌های نابارور در طول مقاربتشان فقط

ناباروری به‌عنوان ناتوانی در حامله شدن باوجود مقاربت منظم جنسی بیش از یک سال بدون استفاده از روش‌های پیشگیری تعریف شده است (۱، ۲) و یک اختلال زیستی، روانی، اجتماعی است و شکست در امر باروری به‌طور عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور تأثیر می‌گذارد (۳). باردار بودن یک رویداد ممتاز برای تحول فردی و اجتماعی در زندگی یک زوج است اما همیشه مدیریت تغییرات فیزیکی و روانی

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مامایی، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دکترای مشاوره و راهنمایی، استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

^۴ دانشیار، گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۵ دانشیار، گروه زنان و زایمان، مرکز درمانی افضل پور، مرکز ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان افضل پور، کرمان، ایران

^۶ لیسانس مامایی، بیمارستان تأمین اجتماعی زرنده؛ سازمان تأمین اجتماعی؛ زرنده، کرمان؛ ایران

تأییدشده که روان‌درمانی در افراد نابارور این اثرات منفی را کاهش می‌دهد (۱۷).

در مطالعه‌ای، زوج‌هایی که درمان کمک باروری (IVF^1) (لقاح داخل آزمایشگاهی) داشتند، اختلالات عاطفی و اضطراب بیشتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۱۸). به‌طور مشابه، Chachamovich و همکاران نشان دادند که افرادی که در انتظار IVF بودند نمرات پایین‌تری در زمینه‌های زیستی و روان‌شناختی داشتند (۱۹). Huppelschoten و همکاران، عنوان کردند که هر دو زوج نابارور نسبت به منابع مختلف تنش روانی آسیب‌پذیرند و این موضوع بر اهمیت شناسایی عوامل خطر برای مشکلات عاطفی در هر دو زوج به‌طور جداگانه تأکید دارد و زنان نابارور و شرکای جنسی آن‌ها به حمایت روانی متناسب و کافی در تمام مراحل درمان نیاز دارند (۲۰). مطالعات متعددی در ایران و جهان تأثیر مشاوره درمانی را بر افراد نابارور بررسی کرده‌اند. نشان داده شده مشاوره و مداخله روانی می‌تواند به دستیابی به زندگی سالم و با کیفیت بالا کمک کند (۲۱) و روش‌های روان‌درمانی متعددی برای کاهش مشکلات افراد نابارور استفاده شده است. مطالعه‌ای در یونان نشان داد که حمایت‌های روانی اجتماعی و اطلاعات علمی ارائه‌شده به زنان کافی نیست و ۵۹/۳ درصد از زنان به دنبال اطلاعات پزشکی و ۳۲/۵ درصد به دنبال حمایت عاطفی می‌باشند. در اسپانیا نیز مشخص شد که مشاوره‌ی خانوادگی در مدیریت زوج نابارور بسیار حیاتی است (۱). سلطانی و همکاران نشان دادند که درمان عاطفی متمرکز می‌تواند میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زوج‌های نابارور را کاهش دهد، صرف‌نظر از اینکه علت ناباروری عامل مردانه یا زنانه است (۲۲). طلایی و همکاران نشان دادند که مداخله شناختی رفتاری گروهی می‌تواند بر افسردگی و کاهش مداخلات روان‌شناختی زنان نابارور مؤثر باشد (۲۳) و ویژه و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند که مشاوره نازایی موجب افزایش رضایت جنسی و زناشویی زنان نابارور می‌شود (۲۴).

ناباروری چنانکه ذکر شد دارای اثرات سوء در احساسات و عواطف زوجین است و طبق مطالعات انجام‌شده مشخص شده که بر روند درمان و موفقیت آن نیز تأثیر منفی دارد. با توجه به شیوع بالای ناباروری، تلاش برای کاهش استرس و احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت، ممکن است محیط عاطفی باثبات و مثبتی را برای رسیدن به بارداری موفق ایجاد کند. لذا این مطالعه با هدف تأثیر مشاوره نازایی با رویکرد زوج‌تراپی بر سطح عاطفی زوجین نابارور به‌منظور ارتقاء سطح عاطفی زوجین نابارور و کاستن مشکلات روانی و افزایش موفقیت درمان این زوجین انجام شد.

به فرزنددار شدن فکر می‌کنند، بنابراین وجود این نگرانی باعث افزایش سطح استرس و کاهش رضایت جنسی آن‌ها می‌شود (۷). ناباروری می‌تواند حس امنیت و اعتمادبه‌نفس فرد را در آینده تضعیف کند. این حالت ضربه روحی و روانی دردناکی است که فقط در چارچوب زندگی زن و شوهر نیست، بلکه یک تجربه اجتماعی است که انگ و برچسب‌های اجتماعی را نیز به همراه دارد (۸). چون بارور شدن به‌عنوان یک نقش جنسیتی در نظر گرفته می‌شود، می‌تواند به هویت زنانگی زنان آسیب بزند که ممکن است همه ارزش‌های شخصی و اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار دهد (۹). تجربه‌ی ناباروری در اغلب زنان نابارور بیش از هر تجربه‌ای در زندگی، از جمله طلاق و یا از دست دادن پدر و مادر، مخرب بوده (۱۰) و رویدادی غیرمنتظره و استرس‌زا در زندگی زوجین می‌باشد (۱۰).

ناباروری یک مشکل بهداشتی در جهان است و برآورد شده است که هشت تا دوازده درصد از زوجین در سراسر جهان نابارور هستند (۱۱) و در حدود ده تا پانزده درصد از زوجین در سن باروری این تجربه را داشته‌اند (۱۲). این رویکرد بر حدود ۸۰ میلیون نفر از مردم تمام جهان تأثیر می‌گذارد. در گذشته شیوع مشکلات روانی در میان زوج نابارور بین ۶۰-۲۵ درصد تخمین زده می‌شد. اما بروز افسردگی و اضطراب در این زوج‌ها به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از گروه بارور و جمعیت عمومی است (۱۳). این عارضه بر زندگی حدود ۱۵ درصد از زوج‌ها در غرب و جوامع پیشرفته نیز تأثیرگذار بوده است (۱۴). بر اساس مطالعات انجام‌شده ۸۰ درصد افراد نابارور دچار برخی اختلالات روان‌شناختی و تأثیرات منفی عاطفی می‌شوند و ۷۵ درصد از آن‌ها تغییراتی در حالات خلقی رانشان می‌دهند (۵). در مطالعه‌ای، نشان داده شده است که ۱۴/۱-۱۱/۲ درصد از زوجین ایرانی ناباروری را تجربه کرده‌اند. این مشکل به‌عنوان یک بیماری که منجر به اختلالات روانی می‌شود، در نظر گرفته شده است (۹). حدود ۳۲ درصد از زنان ممکن است در مراحل اولیه ناباروری در معرض خطر ابتلا به مشکلات سلامت روانی باشند (۱۵).

زوج‌ها در سنین باروری با طیف گسترده‌ای از صدمات روحی از جمله کاهش کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس پایین و نارضایتی جنسی، نفسانی و اجتماعی روبرو هستند و از سویی با افزایش استرس، اضطراب، خشم، احساس حقارت، احساس بی‌کفایتی، اختلال عملکرد جنسی و زناشویی مواجه می‌شوند (۱۶).

مشخص شده که مشکلات احساسی و افسردگی منجر به کاهش میزان موفقیت باروری در محیط آزمایشگاهی می‌شود. علاوه بر این، سطوح بالاتر افسردگی با میزان پایین‌تر بارداری همراه است و

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی (IRCT2017080124866N4) است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل و با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سطح احساسی بیماران نابارور SCREENIVF انجام گرفت. جامعه پژوهش از میان زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری بیمارستان افضل‌ی پور کرمان انتخاب شدند. معیارهای ورود زوجین ناباروری بودند که با نازایی اولیه و برای اولین بار جهت درمان ناباروری به این مرکز مراجعه کرده و تحت درمان روان‌پزشکی یا روانشناسی قرار نداشتند. معیارهای خروج شامل رخ دادن حاملگی به‌صورت خودبه‌خود در طی جلسات مشاوره و یا غیبت زوجین در دو جلسه از شش جلسه مشاوره بود. برای تعیین حجم نمونه از مقالات مشابه (۷) و فرمول $n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = 30$ استفاده شد. توان مطالعه ۸۰ درصد و خطا پنج درصد در نظر گرفته شد و بر اساس فرمول، ۳۰ زوج برای گروه مداخله و ۳۰ زوج برای گروه کنترل محاسبه گردید. برای تصادفی سازی روزهای زوج هفته اول، نمونه‌های گروه مداخله و روزهای فرد، نمونه‌های گروه کنترل انتخاب شدند و در هفته بعد نمونه‌گیری برعکس انجام شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بوده (۷، ۳۵) که اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت‌زمان عدم جلوگیری به‌منظور باردارشدن، تعداد فرزند، مدت‌زمان جلوگیری از بارداری، روش جلوگیری، علت ناباروری (زنانه یا مردانه) و سابقه داشتن مشکلات روان‌پزشکی قبل از مشکل ناباروری را سؤال می‌کرد. از پرسشنامه SCREENIVF جهت اندازه‌گیری میزان مشکلات عاطفی استفاده شد. پرسشنامه SCREENIVF یک ابزار غربالگری، روان‌سنجی برای شناسایی زنان در معرض خطر مشکلات عاطفی در مراحل اولیه درمان است که متشکل از ۳۴ آیتم در عوامل روانی به‌طور کلی و ناباروری، به‌طور خاص می‌باشد. این ابزار دارای پنج مقیاس ناسازگاری احساسی و عامل خطر برای افزایش مشکلات روانی و عاطفی قبل و در طول درمان باروری، شامل اضطراب، افسردگی، ناتوانی، پذیرش مشکلات باروری و حمایت اجتماعی می‌باشد. بر اساس این پنج مؤلفه، نمرات SCREENIVF از محدوده صفر تا پنج، نشان می‌دهد که چگونه عوامل خطر موجب افزایش مشکلات عاطفی در طول درمان باروری می‌شود. در هر یک از پنج عامل خطر، اگر نمره بیماران بالاتر یا مساوی نمره برش در هر آیتم باشد، نمره ۱ یعنی (در معرض خطر) و اگر امتیاز به‌دست‌آمده زیر نقطه برش باشد، نمره ۰ یعنی (در معرض خطر نیست)، داده می‌شود. اگر بیماران به‌عنوان در معرض

خطر طبقه‌بندی شوند، آن‌ها در معرض خطر در حداقل یکی از پنج عامل خطر ذکرشده، هستند (۲۵-۲۷). در این مطالعه مقایسه میانگین نمره در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای همه شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد و افزایش نمره میانگین نشانه تأثیر مثبت مشاوره در افزایش سطح عاطفی زوجین می‌باشد. پرسشنامه SCREENIVF برای اولین بار در زبان فارسی و با استفاده از روش‌های استاندارد ترجمه شد. سپس نسخه ترجمه‌شده توسط ۱۰ نفر از اساتید هیئت‌علمی و متخصصین مربوطه موردبررسی قرار گرفته و تأیید شد و پایایی آن نیز با انجام پره تست با مشارکت ۵۰ نفر و انجام پست تست بعد از دو هفته با آلفا کرونباخ ۰/۷ و نیز ICC=۰/۷۴ تأیید گردید.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان IR.KMU.REC.1395.678 و کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT2017080124866N4 به مرکز ناباروری بیمارستان افضل‌ی پور مراجعه کرد. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود. به این صورت که به همه زوجینی که جهت ویزیت و انتخاب نوع درمان به مرکز ناباروری موردنظر مراجعه می‌کردند اهداف مطالعه شرح داده می‌شد و سپس از کسانی که شرایط لازم و نیز تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. روزهای زوج هفته اول، نمونه‌های گروه مداخله و روزهای فرد، نمونه‌های گروه کنترل انتخاب شدند و در هفته بعد نمونه‌گیری برعکس انجام شد. جمع‌آوری نمونه‌ها از آبان ماه تا دی‌ماه ۱۳۹۵ به مدت سه ماه انجام گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد به‌صورت پیش‌آزمون به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعدازآن جلسات مشاوره‌ی نازایی گروهی برای زوجین گروه مداخله طی شش جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد (۵). مشاوره نازایی متشکل از آموزش روانی، مشاوره حمایتی و مشاوره شناختی رفتاری است و محتوی جلسات شامل موارد زیر بود (۳۴)

جلسه اول: معارفه با شرکت‌کنندگان و برقراری ارتباط، بیان اهداف جلسات، معرفی سیستم تناسلی مردان و زنان و علل نازایی. جلسه دوم: معرفی روش‌های درمانی کمک باروری و عوارض احتمالی آن‌ها.

جلسه سوم: بیان اختلالات روانی ناشی از مشکلات ناباروری در زوجین.

جلسه چهارم: ارائه مشاوره حمایتی و درمانی. جلسه پنجم: آموزش غنی‌سازی روابط، فن‌های آرام‌سازی و فن‌های مقابله و سازگاری.

جلسه ششم: مشاوره تصمیم‌گیری و مشاوره فرزند پذیری. در پایان جلسه‌ی آخر، پس‌آزمون با پرسشنامه ذکرشده از هر دو گروه گرفته شد. جهت رعایت جوانب اخلاقی پس از انجام

پس آزمون، پمفلتی از خلاصه جلسات مشاوره به گروه کنترل ارائه گردید و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌ها با نرم‌افزار spss 19 پردازش و تجزیه و تحلیل گردید. برای مقایسه نمره سطح عاطفی زنان و مردان گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله توزیع داده‌ها نرمال بود و از آزمون independent T- Test استفاده شد و برای مقایسه نمره بعد از مداخله توزیع داده‌ها نرمال نبود و از آزمون Mann Whitney استفاده گردید. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد. طراحی، اجرای مطالعه بر اساس نمودار کانسورت^۲ آورده شده است (شکل ۱).

نام نویسی

ارزیابی صلاحیت (۹۷ زوج)

خروج از مطالعه (۳۷ زوج)
عدم داشتن معیارهای ورود به مطالعه (۳۲ زوج)
عدم شرکت در مطالعه (۵ زوج)

تصادفی سازی (۶۰ زوج)

اختصاص داده شده در گروه مداخله (۳۰ زوج)
• مداخله اختصاصی دریافت کردند (۳۰ زوج)

دسته بندی

اختصاص داده شده در گروه کنترل (۳۰ زوج)

پیگیری نشدند (۰)
پیگیری نشدند (۰)
مداخله ادامه نیافت (۰)

پیگیری

تحلیل شده (۳۰ زوج)
از تجزیه و تحلیل خارج شده است (۰)

تجزیه و تحلیل

تحلیل شده (۳۰ زوج)
از تجزیه و تحلیل خارج شده است (۰)

شکل (۱): نمودار کانسورت شرکت‌کنندگان

(جدول ۱)، برای تعیین مقایسه میانگین نمره سطح عاطفی قبل و بعد از مشاوره در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل از آزمون تی جفتی (جدول ۲) و برای مقایسه سطح عاطفی زوجین نابارور در

یافته‌ها

برای بررسی و مقایسه توزیع تعداد و درصد نمونه‌های گروه مداخله و کنترل بر اساس ویژگی‌های فردی از آزمون کای اسکور

² CONSORT Diagram

بر اساس آزمون آماری کای دو، در بررسی مشخصات فردی واحدهای پژوهش از لحاظ جنسیت، شغل، سن و میزان تحصیلات هنگام ورود به مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$) و دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همگن بودند. (جدول شماره ۱).

گروه مداخله و کنترل قبل از مشاوره و پس از مشاوره از آزمون ایندیندنت تی تست و من ویتنی (جدول ۳) استفاده گردید. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از نظر سن به سه گروه ۲۰-۲۹ سال، ۳۰-۳۹ سال و ۴۰-۵۰ سال تقسیم شدند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش $33/39 \pm 5/67$ سال بود.

جدول (۱): مقایسه توزیع تعداد و درصد نمونه‌های گروه مداخله و کنترل بر اساس ویژگی‌های فردی ×

p-value	کنترل		مداخله		متغیرها	گروه
	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)			
۰/۱۵	۱۵	(۲۵)	۲۰	(۳۳/۳)	۲۰-۲۹	سن
	۳۲	(۵۳/۳)	۳۳	(۵۵)	۳۰-۳۹	
	۱۳	(۲۱/۷)	۷	(۱۱/۷)	۴۰-۵۰	
۱	۳۰	(۵۰)	۳۰	(۵۰)	مؤنث	جنس
	۳۰	(۵۰)	۳۰	(۵۰)	مذکر	
۰/۳۶	۱۸	(۳۰)	۲۴	(۴۰)	زیر دیپلم	تحصیلات
	۲۵	(۴۱/۷)	۱۷	(۲۸/۳)	دیپلم	
	۱۷	(۲۸/۳)	۱۹	(۳۱/۷)	دانشگاهی	
۰/۱۲	۷۲	(۶۰)	هیچ		هیچ	روش پیشگیری از بارداری
	۴	(۳۵)	روش منقطع		روش منقطع	
	۶	(۵)	قرص استروژنی		قرص استروژنی	
۰/۴۵	۴۱	(۳۴/۱۵)	مرد		مرد	علت ناباروری
	۳۹	(۳۲/۵۵)	زن		زن	
	۲۴	(۲۰)	هر دو		هر دو	
	۱۶	(۱۳/۳)	هیچ‌کدام		هیچ‌کدام	

× Chi-Square

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره سطح عاطفی قبل و بعد از مشاوره در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل ×

کنترل	مداخله	
mean±sd	mean±sd	
۶۶/۵۸ ± ۹/۱۱	۶۷/۹۸ ± ۸/۹۶	قبل از مشاوره
۶۷/۸۸ ± ۷/۶۶	۶۸/۸۰ ± ۶/۳۸	بعد از مشاوره
۰/۳۸	۰/۴۱	p-value

× Paired T-Test

نمره سطح عاطفی در گروه مداخله قبل از مشاوره $67/98 \pm 8/96$ و بعد از مشاوره $68/80 \pm 6/38$ بود که اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نشد ($p=0/41$) (جدول شماره ۲).

جدول (۳): مقایسه سطح عاطفی زوجین نابارور بین گروه مداخله و کنترل قبل از مشاوره و پس از مشاوره

	کنترل	مداخله	
p-value	mean±sd	mean±sd	
×۰/۳۹	۶۶/۵۸ ± ۹/۱۱	۶۷/۹۸ ± ۸/۹۶	قبل از مشاوره
××۰/۴۷	۶۷/۸۸ ± ۷/۶۶	۶۸/۸۰ ± ۶/۳۸	بعد از مشاوره

×Independent T-Test

××MannWhitney

مقایسه سطح عاطفی زوجین نابارور در مطالعه حاضر، در گروه مداخله و کنترل بعد از مشاوره، نشان داد که میانگین نمرات سطح عاطفی در گروه مداخله تفاوت آماری معنی داری با گروه کنترل پیدا نکرده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج گروه درمانی Loucks تحت عنوان پاسخ اجتماعی به ناباروری از دیدگاه شرکت کنندگان، ناهمسو می باشد (۲۹). مطالعه Loucks که به صورت انجام مصاحبه بوده است، امکان سوگیری به سمت مثبت وجود داشته است. باید توجه داشت که تأثیرپذیری احساسی و عاطفی زنان بیشتر از مردان است زیرا ورود به درمان های ناباروری معمولاً زمان بر هستند و در عطفه مثبت و منفی و سطح عاطفی اثرگذار بوده و زنان را بیشتر مضطرب می کند (۳۱) این در حالی است که مطالعه حاضر بر روی زوجین با حضور مردان به همراه زنان انجام شده است.

همچنین با مطالعه نیمه تجربی سلطانی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان متمرکز احساسی بر ناراحتی عاطفی در زوج های نابارور ناهمسو بود (۲۲) به همین ترتیب در مطالعه مصلی نژاد و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، با تعیین اثر گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) با افشای هیجانی در مورد وضعیت سلامت روانی در زنان نابارور نتایج ناهمسو مأخوذ شد (۳۰). دلیل این ناهمسوایی می تواند تعداد کم تر نمونه ها در مطالعات مذکور نسبت به مطالعه حاضر باشد. همچنین در مطالعه فرامرزی و همکاران در یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده که اثر درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی بر استرس ناباروری را بررسی کردند، با مطالعه حاضر ناهمسو بود (۳۲). مطالعه Domar و همکاران که در یک کارآزمایی تصادفی اثر مداخله روانی بر احساسات، کیفیت

با مقایسه میانگین سطح عاطفی زوجین نابارور در گروه مداخله ($67/98 \pm 8/96$) و کنترل ($66/58 \pm 9/11$) قبل از مشاوره مشخص شد که سطح عاطفی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام آموزش تفاوتی نداشته است ($p=0/39$) یعنی دو گروه همگن بودند اما پس از انجام مشاوره نیز اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نبود ($68/80 \pm 6/38$) و نمایانگر این موضوع می باشد که سطح عاطفی در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل پس از انجام مشاوره افزایش نیافته است ($p=0/47$) (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مشاوره نازایی با رویکرد زوج تراپی بر سطح عاطفی زوجین نابارور تأثیری ندارد. نتایج توصیفی این پژوهش نشان داد بیشتر افرادی که در دو گروه نابارور بودند، بین سنین ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. با توجه به اینکه سن باروری برای زنان ۱۵ تا ۴۹ سال تعریف شده و مسئله ناباروری برای این گروه از حساسیت بالایی به علت حفظ بنیان خانواده های تازه تأسیس شده و مسائل فرهنگی مهم است، این توزیع سنی قابل پیش بینی است. به دلیل هزینه های بالای درمان ناباروری و با توجه به دولتی بودن مرکز درمانی افضلی پور، درصد بالایی از مراجعین از افراد کم درآمد و بدون تحصیلات دانشگاهی تشکیل می شود. در مطالعه نامور و همکاران که کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن بر روی زوج های مراجعه کننده به مرکز ناباروری در شیراز را بررسی کردند نیز، افرادی که دارای سطوح پایین درآمد بودند، نمرات ارتباطی، ذهنی، بدنی و عاطفی پایین تری داشتند. شرکت کنندگان زن بدون تحصیلات دانشگاهی نیز نمرات پایین تری در مقیاس عاطفی کسب کردند (۲۸).

1 Cognitive Behavior Therapy

و کادر درمانی ونیز عدم آشنایی با روندهای درمانی و نگرانی از نتایج ناموفق احتمالی درمان نیز در عدم تغییر سطح عاطفی زوجین تأثیر داشته است. محدودیت‌های مطالعه این مطالعه شامل ریزش نمونه‌ها در طی جلسات مشاوره بود که از ابتدا با احتساب ریزش، تعداد نمونه‌های بیشتری گرفته شد. عدم انگیزه برای ادامه شرکت در جلسات نیز مشکلی بود که با آگاهی دادن بیشتر و ترغیب در مورد مطالب جلسه بعد و پیگیری تلفنی، افراد به ادامه همکاری راغب شدند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه کیفیت زندگی و سطح عاطفی زوجین بر اساس روش‌های مختلف درمان ناباروری، بررسی کیفیت زندگی خانواده‌های زوجین نابارور و بررسی تأثیر آموزش مشاوره‌ی ناباروری به کارکنان مراکز ناباروری در راستای ارتقاء دادن سطح کیفیت زندگی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه انجام‌شده بیانگر آن است مشاوره نازایی با رویکرد زوج تریای بر سطح عاطفی زوجین نابارور تأثیری ندارد و برای افزایش سطح عاطفی زوجین نابارور بهتر است سایر رویکردهای مشاوره‌ای و با تعداد جلسات بیشتر را آزمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی خانم طیبه مختاری سرخانی بوده و حامی مالی آن معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کارکنان مرکز ناباروری شهرستان کرمان، زوجین نابارور شرکت‌کننده و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر نمایند. در این مطالعه هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

References:

1. Vetrivelvi V. Infertility & Counselling. Int J Nurs Educ 2013;5(2): 229.
2. Mezreji HS, Toozandehjani H. Efficacy of Group Reality Therapy on Anxiety in Infertile Women Undergoing Treatment with Assisted Reproductive Techniques IUI. Mediterr J Soc Sci 2016; 7(3 S3): 127.
3. Manouchehri K, Zandipour T, Pourshahriari MS, Mirdamadi SR. The study of effectiveness of cognitive, emotive, behavioral group counseling on mental health

زندگی، قطع درمان و نرخ بارداری در بیماران لقاح آزمایشگاهی را بررسی کردند با مطالعه حاضر ناهم‌سو بود (۳۳). در دو تحقیق فوق به ترتیب مطالعه فرامرزی و همکاران بر روی ۸۹ زن نابارور و در مدت نه ماه بوده است و مطالعه‌ی Domar و همکاران بر روی ۱۶۶ زن و در یک دوره ۱۲ ماهه انجام گرفته است. بازه زمانی یکی از عوامل مهم در اثربخشی مداخله است و محققان در مطالعه‌های فوق در مدت طولانی مداخلات لازم را انجام داده بودند اما پژوهش حاضر در بین زوجین و در مدت‌زمان کم‌تری صورت گرفته است.

نتایج این پژوهش مشخص کرد که میانگین سطح عاطفی بعد از مشاوره در زوجین نابارور افزایش نیافته است. با توجه به اینکه ۴۰ درصد افراد گروه مداخله سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم داشتند می‌تواند یکی از دلایل مؤثر نبودن مشاوره جهت ارتقاء سطح عاطفی همین موضوع باشد زیرا این احتمال مطرح می‌شود که شاید مطالب ارائه‌شده در قالب مداخله‌های روان‌شناختی به‌طور کامل برای آن‌ها قابل‌درک نبوده است. به دلیل عمیق بودن مسائل عاطفی که نیازمند مشاوره‌های زمان‌گیر و موشکافانه‌تری است، به نظر می‌رسد یکی دیگر از دلایل ناموفق بودن مشاوره داده شده، کم بودن تعداد جلسات آموزشی به نسبت عمقی بودن مسئله می‌باشد.

با توجه به سن افراد موردپژوهش (۳۰-۴۰ سال)، به نظر می‌رسد یکی دیگر از موارد عدم تأثیر مشاوره‌ی داده شده، عوامل اقتصادی، تهیه مسکن و مسئله هزینه‌های درمان و نبود اسکان مناسب برای مراجعین غیربومی، بوده است. با توجه به میانگین سنی افراد پژوهش و به دلیل اینکه در این سنین افراد از لحاظ عاطفی به تکامل و ثبات رسیده‌اند، انتظار می‌رود ایجاد تغییر در این زمینه به راحتی رخ ندهد و نتوان به سهولت طی جلسات مشاوره‌ای که انجام گرفته است، به این هدف دست‌یافت و بخصوص گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زوج‌های نابارور به توجه خاص نیاز دارند.

به علت اینکه مراجعین و واحدهای موردپژوهش برای اولین بار به مرکز تخصصی وارد می‌شدند به نظر می‌رسد عدم آشنایی با مراکز

of infertile women. Counseling research and development 2007;5(20): 9-22.

4. Ferreira M, Vicente S, Duarte J, Chaves C. Quality of Life of Women with Infertility. Procedia Soc Behav Sci 2015;165(15): 21-9.
5. Karimi FZ, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Kimiaee SA, Mazloum SR, Amirian M. Psycho - social effects of male infertility in Iranian women: a qualitative study. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016;19(10): 20-32.

6. Honar Parvaran NTM, Navabi Nezhad Sh, Shafi Abadi A. Efficacy of emotion-focused couple therapy training With regard to increasing Sexual Satisfaction among couples. *Andisheh va Raftar* 2010;4(15): 59-70.
7. Masoumi SZ, Khani S, Kazemi F, Kalhori F, Ebrahimi R, Roshanaei G. Effect of Marital Relationship Enrichment Program on Marital Satisfaction, Marital Intimacy, and Sexual Satisfaction of Infertile Couples. *Int J Fertil Steril* 2017;11(3): 197-204.
8. Joy J, McCrystal P. The role of counselling in the management of patients with infertility. *Obstet Gynaecol* 2015;17(2): 83-9.
9. Seyedi Asl ST, Sadeghi K, Bakhtiari M, Ahmadi SM, Nazari Anamagh A, Khayatan T. Effect of Group Positive Psychotherapy on Improvement of Life Satisfaction and The Quality of Life in Infertile Woman. *Int J Fertil Steril* 2016;10(1): 105-12.
10. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I, Almeida-Santos T. Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *Br J Health Psychol* 2015;21(2): 302-17.
11. Ombelet W. The Walking Egg Project: Universal access to infertility care—from dream to reality. *Facts Views Vis Obgyn* 2013;5(2): 161-75.
12. Mosalanejad L, Rasekh-Jahromi A, Sobhanian S. Efficacy of Spiritual Group Psychotherapy on the Infertility Consequences: A Randomized Clinical Trial. *Zahedan journal of research in medical sciences (tabib-e-shargh)* 2014;16(9): 34-9.
13. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino M, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter* 2014;165(3): 163-9.
14. Ried K, Alfred A. Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC women's health* 2013;13(1): 1.
15. Hashemi S, Simbar M, Ramezani-Tehrani F, Shams J, Majd HA. Anxiety and success of in vitro fertilization. *EJOG Reprod Biol* 2012;164(1): 60-4.
16. Shalkouhi FH, Vatankhah H, Zarbakhsh M. The Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) on Resiliency and Life Expectancy in Infertile Women from Rasht. *European Online Journal of Natural and Social Sciences* 2015;4(1): 117.
17. Pasha H, Basirat Z, Faramarzi M, Kheirkhah F. Comparative Effectiveness of Antidepressant Medication versus Psychological Intervention on Depression Symptoms in Women with Infertility and Sexual Dysfunction. *Int J Fertil Steril* 2018;12(1): 6-12.
18. Berg BJ, Wilson JF. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril* 1990;53(4): 654-61.
19. Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod* 2007;22(7): 1946-52.
20. Huppelschoten AG, van Dongen AJ, Verhaak CM, Smeenk JM, Kremer JA, Nelen WL. Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partner. *Hum Reprod* 2013; 28(8): 2168-76.
21. Mosalanejad L, Abdolahifard K, Jahromi MG. Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Glob J Health Sci* 2014;6(1): 192.
22. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *Int J Fertil Steril* 2014;7(4): 337-44.
23. Talaei A, Kimiaei SA, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;17(94): 1-9. [Persian].
24. Vizhe M, Pakgohar M. The effect of Infertility consultation sessions on the Marital relationship

- amongst infertile women. *Nursing Development in Health* 2012;1(1): 76-89. [Persian].
25. Lopes V, Canavarro MC, Verhaak CM, Boivin J, Gameiro S. Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Hum Reprod* 2014;29(2): 293-302.
 26. Verhaak C, Lintsen A, Evers A, Braat D. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod* 2010;25(5): 1234-40.
 27. Huppelschoten AG, van Duijnhoven NT, Hermens RP, Verhaak C, Kremer JA, Nelen WL. Improving patient-centeredness of fertility care using a multifaceted approach: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC* 2012;13(1): 1.
 28. Jahromi BN, Mansouri M, Forouhari S, Poordast T, Salehi A. Quality of Life and Its Influencing Factors of Couples Referred to An Infertility Center in Shiraz, Iran. *Int J Fertil Steril* 2018;11(4): 293-7.
 29. Loucks K. *Group Therapy as a Social Response to Infertility: Participant Perspectives (A Case Study)*. City University of Seattle; 2015.
 30. Mosalanejad L, Khodabakhshi Koolae A, Morshed Behbahani B. Looking out for the secret wound: the effect of e-cognitive group therapy with emotional disclosure on the status of mental health in infertile women. *Int J Fertil Steril* 2012 J;6(2): 87-94.
 31. Yeylaghbigi M, Mazaheri M, Taher Neshatdoost S, Manshai G, Talebi H. Investigating Changes in Anxiety and Emotion Among Women Under IVF-ICSI Therapy. *J Guilan Univ Med Sci* 2014;23(90): 32-41.
 32. Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Heidary S, Afshar Z. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril* 2013;7(3): 199.
 33. Domar AD, Gross J, Rooney K, Boivin J. Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertil Steril* 2015;104(2): 440-51 e7.
 34. Boivin J, Kentenich H. Guidelines for counselling in infertility. ESHRE Special Interest Group on Psychology and Counselling. 2002.
 35. Adhikari, R. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC pregnancy and childbirth* 2010; 10(1): 19.

THE EFFECT OF INFERTILITY COUNSELING WITH COUPLE THERAPY APPROACH ON THE EMOTIONAL LEVEL OF INFERTILE COUPLES (RCT)

Tayyebeh Mokhtari Sorkhabi¹, Katayon Alidoosti^{*2}, Atefeh Ahmadi³, MOghaddameh Mirzaei⁴, Viktoria Habibzadeh⁵, Elaheh Namaziyan⁶

Received: 09 Oct, 2019; Accepted: 25 Feb, 2020

Abstract

Background & Aims: Infertility is a biological, psychological, and social disorder, and it deeply affects the various aspects of infertile couple's life. This study aimed to investigate the effect of infertility counseling on promoting the emotional level of infertile couples.

Materials & Methods: This randomized controlled clinical trial was done by applying available sampling method. Research questionnaire consisted of demographic characteristics and SCREENIVF for investigating the emotional level of infertile couples. Samples were selected from the infertile couples referred to the governmental infertility center to undergo treatment. The study sample size consisted of 30 couples in the intervention and control groups. Firstly, they were asked to answer the questionnaires as pre-test. Then, group counseling sessions were conducted for couples in the intervention group in 6 sessions/45 minutes. At the end of the last session, two groups filled out questionnaires as post-test. Data were analyzed by SPSS 19. Parametric paired T-test was applied to compare the emotional level of couples, and independent T-Test was run to compare the emotional level of couples in two groups.

Results: The two groups were homogeneous in terms of demographic characteristics. The comparison between the emotional level mean in both groups showed that infertility counseling had no effect on their emotional level ($p=0.41$).

Conclusion: The results indicated that in order to increase the emotional level of infertile couples, it is better to test other counseling approaches with more sessions.

Keywords: Infertility, Emotional level, counseling, SCREENIVF

Address: Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Iran.

Tel: (+98) 9132421749 - 03531325205

Email: alidoosti@kmu.ac.ir

¹ Msc; Graduated in Counseling in Midwifery; Midwifery Department; Razi Faculty of Nursing and Midwifery; Kerman University of Medical Sciences; Kerman; Iran

² Msc in Midwifery, Midwifery Department; Razi Faculty of Nursing and Midwifery; Kerman University of Medical Sciences; Kerman; Iran (Corresponding Author)

³ Ph.D. in Guidance and counseling; Assistant Professor; Department of Midwifery; Razi Faculty of Nursing and Midwifery; Kerman University of Medical Sciences; Kerman; Iran

⁴ Associate Professor; Department of Biostatistics and Epidemiology; School of Public Health; Kerman University of Medical Sciences; Kerman; Iran

⁵ Associate Professor of Gynecology, Afzalipour Clinical Center for Infertility, Kerman University of Medical Sciences, Afzalipour Hospital, Kerman Iran

⁶ Bachelor of Midwifery; Zarand Social Security Hospital; Social Security Organization; Zarand, Kerman; Iran