

تأثیر آماده سازی بر اضطراب و موفقیت درمان در زنان نابارور

*

چکیده

ناباروری و درمان آن علاوه بر درگیری های جسمی موجب واکنش های روانی، مخصوصاً اضطراب می شود. این اضطراب می تواند موفقیت درمان را تحت تاثیر قرار دهد. احتمال موفقیت درمان در زنانی که اضطراب بیشتری دارند کمتر است. بنابر این درمان فیزیکی ناباروری به تنهایی کافی نیست و توجه به کاهش اضطراب، در موفقیت درمان ضروری است. برای کاهش اضطراب زنان نابارور، بهتر است از روش های غیر دارویی از جمله آماده سازی استفاده شود. برنامه های آماده سازی با کاستن از اضطراب زنان نابارور سبب افزایش میزان باروری می شود. لذا این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آماده سازی بر اضطراب و موفقیت درمان در زنان نابارور در مرکز تحقیقات ناباروری فاطمیه شهر همدان، انجام گرفته است. در این پژوهش سطح اضطراب در بدو ورود و قبل از انجام لقاح آزمایشگاهی و تلقیح داخل رحمی اسپرم بر حسب سن، سطح تحصیلات و مدت ناباروری تعیین شده است. همچنین موفقیت درمان در واحدهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

نوع این پژوهش، کارآزمایی با گروه کنترل بوده است. جهت گرد آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه استاندارد اضطراب بک استفاده شده است.

در این پژوهش ۱۶۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله مورد مطالعه قرار گرفته اند. آن ها به روش نمونه گیری آسان انتخاب شده بودند، بدین ترتیب که نفر اول به صورت تصادفی در گروه آزمایش و سپس بقیه یک درمیان تا تکمیل نمونه ها در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش نشان داد که اضطراب زنان نابارور در گروه آزمایش (دریافت کننده آماده سازی) در مرحله قبل از شروع درمان نسبت به بدو ورود به پژوهش، کاهش ($p < 0.001$) و در گروه کنترل افزایش یافته بود ($p < 0.001$). در بررسی تاثیر آماده سازی بر موفقیت درمان، یافته ها نشان داد که تعداد نتیجه مثبت بارداری در گروه آزمایش ۱۸ و در گروه کنترل ۱۵ نفر بوده است، اما بین آن ها اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید. با توجه به تاثیر مثبت آماده سازی بر کاهش اضطراب زنان نابارور می توان آماده سازی را در برنامه های قبل از درمان، جهت کاهش اضطراب و در نتیجه افزایش میزان باروری زنان مورد استفاده قرار داد.

واژه های کلیدی:

^۱ کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

ناباروری خود موجب افزایش اضطراب می شود و سیکل معیوبی را به وجود می آورد که توانائی زوج را در باروری بیش از پیش تضعیف می کند (ربارسولز، ۱۳۷۵). با افزایش اضطراب، ناباروری به یک بحران زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل می شود که سلامت روانی زوجین نابارور را تهدید می کند (رجوعی، ۱۳۷۶). زنان نابارور اغلب ناباروری را تنش زا ترین حادثه زندگی خود دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های مکرر بحران، توصیف می کنند (Schmidt, ۱۹۹۸).

درمان های مختلف ناباروری به طور روز افزون در حال افزایش است و این درمان ها برای زنان نابارور اضطراب آور می باشد. با افزایش مدت ناباروری، اضطراب هم افزایش می یابد و درمان ناباروری نتیجه خوبی نخواهد داشت (اسپیروف، ۱۳۸۱). همچنین با افزایش سن زنان نابارور، به علت کاهش موفقیت درمان به تدریج اضطراب در حین درمان نیز افزایش می یابد و زنان با تحصیلات دیپلم و یا پایین تر دارای اضطراب بالائی در زمان درمان ناباروری می باشند (سیف، ۱۳۷۹).

با توجه به اضطراب آور بودن ناباروری و درمان آن، تحقیقات مختلفی بر روی روش های کاهش اضطراب ناشی از ناباروری انجام شده است و در تمامی آن ها، کاهش اضطراب سبب افزایش باروری شده است. در برنامه آماده سازی باید اطلاعاتی در مورد روند درمان، آزمایش ها و مراقبت های حین درمان داده شود (ربارسولز، ۱۳۷۵). آماده سازی باید به نحوی باشد که دادن اطلاعات و افزایش آگاهی در مورد مراحل درمان،

ناباروری به عنوان یک مشکل فردی و اجتماعی می تواند موجب از بین رفتن ثبات خانواده شود. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۵-۱۰ درصد زوج ها در جهان دچار ناباروری هستند. حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در جهان مشکل ناباروری دارند و سالانه ۲ میلیون زوج جدید به افراد نابارور افزوده می شوند که این تعداد در حال افزایش است. میزان ناباروری در دهه گذشته حدود ۵۰ درصد افزایش داشته است به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می باشد. درصد کلی زنان نابارور در جهان از ۸/۴ درصد طی سال های ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۸ به ۱۰/۲ درصد در سال ۱۹۹۵ افزایش یافته است (اسپیروف، ۱۳۸۱). در ایران مطالعه ای بر روی ۱۲۰۰ زن ساکن غرب تهران انجام شده است که در آن شیوع کلی نازائی ۱۲ درصد به دست آمده بود که ۸/۳ درصد آن نازائی اولیه و ۳/۷ درصد آن نازائی ثانویه بوده است (نجومی، ۱۳۷۹). به طور کلی میزان ناباروری در ایران ۹ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (رجوعی، ۱۳۷۶).

مطالعات مختلف نشان می دهند در زنان دارای مشکل ناباروری، اندوه نداشتن فرزند آن ها را دچار مشکلات جسمانی و روانی می سازد. شایع ترین مشکل روانی زنان نابارور، اضطراب است (Seible, ۱۹۹۷). اضطراب اثری نامطلوب بر عملکرد فیزیولوژیک بدن بر جا گذاشته و بر نتیجه باروری تاثیر دارد. فشارهای روانی عاملی کمک دهنده در بروز ناباروری است. از طرف دیگر

ورود به پژوهش به دو گروه آزمایش و کنترل و تکمیل پرسشنامه مشخصات فردی و اضطراب بک بوده است. سپس گروه آزمایش در برنامه آماده سازی که به صورت جلسات گروهی تشکیل شده بود شرکت کردند. این برنامه از اوایل تا اواسط سیکل قاعدگی در سه نوبت به فاصله یک هفته اجرا شد که زمان هر جلسه دو ساعت در نظر گرفته شده بود. با توجه به این که زنان نابارور تا حدود روز ۱۵ قاعدگی جهت انجام برنامه درمانی مراجعه می کردند زمان و ساعت مراجعه بعدی آن ها توسط پژوهشگر مشخص می شد. کلاس ها همه روزه صبح ها با حداقل ده و حداکثر پانزده نفر برگزار شد. سپس در حدود روزهای ۲۰-۱۵ سیکل قاعدگی (۳-۱ روز بعد از پایان برنامه آماده سازی) و نیم ساعت قبل از انجام آی. یو. آی و آی. وی. اف. در گروه آزمایش (با آماده سازی) و گروه کنترل (بدون آماده سازی)، مجدداً پرسشنامه اضطراب بک تکمیل شد. برای مددجویان بیسواد سوالات پرسشنامه توسط پژوهشگر خوانده و پاسخ ها وارد شد. یک هفته بعد از درمان، جواب آزمایش حاملگی در هر دو گروه پی گیری شد. به این ترتیب بعد از پایان مراحل درمان، اضطراب و موفقیت درمان در دو گروه آزمایش و کنترل مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت.

روش نمونه گیری براساس نمونه گیری آسان بود. به این لحاظ اسامی نمونه هایی که می خواستند تلقیح داخل رحمی اسپرم و لقاح آزمایشگاهی شوند از روی دفاتر و پرونده ها مشخص شد و اولین شرکت کننده به صورت

باعث کاهش اضطراب زنان نابارور شود (اسپیروف، ۱۳۸۱). تشکیل کلاس های آماده سازی و دادن اطلاعات مورد نیاز به زنان نابارور موجب کاهش سطح اضطراب آن ها شده و در نتیجه سبب افزایش میزان باروری می شود. Pepper (۲۰۰۱) معتقد است که هر زن نابارور در زمان درمان ناباروری نیاز به آماده سازی جهت کاهش اضطراب دارد. گفتگو با زنان نابارور در مورد خطرها، عوارض و میزان موفقیت حاملگی توسط روش های درمان ناباروری می تواند مشارکت آن ها را بهبود بخشد (Seible, ۱۹۹۷). عوامل مختلفی در موفقیت درمان ناباروری موثرند که نداشتن اضطراب یکی از آن ها است، لذا می توان با کاهش اضطراب تا حدی در موفقیت درمان موثر بود (Domar, ۲۰۰۰).

بدین ترتیب با توجه به افزایش میزان ناباروری، وجود اضطراب در زنان نابارور و کاهش موفقیت درمان در زنان مضطرب، زنان نابارور بایستی تحت آماده سازی کامل قرار گیرند و توضیحات مربوط به نحوه درمان و مراحل مختلف آن را دریافت نمایند. با توجه به این که، نداشتن اطلاعات کافی در مورد درمان در بروز اضطراب دخیل می باشد در اکثر موارد افزایش سطح آگاهی زنان، تاثیر مثبتی بر نتیجه درمان خواهد داشت. لذا یکی از وظایف مهم درمانگر و ارائه دهنده خدمات بهداشتی، برطرف کردن اضطراب زنان نابارور در مراحل درمان است تا نتیجه بهتری از اقدام های درمانی اخذ شود.

روش کار

این تحقیق یک مطالعه کارآزمایی با گروه کنترل است که مراحل آن شامل تقسیم زنان در بدو

امتیازها از صفر تا ۶۳ در تغییر بود و امتیاز بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر بود. نمونه‌ها بر اساس امتیاز کسب شده در یکی از چهار گروه بدون اضطراب (امتیاز کمتر از ۹)، اضطراب خفیف (امتیاز ۱۰-۱۸)، اضطراب متوسط (امتیاز ۱۹-۲۹) و اضطراب شدید (امتیاز ۳۰-۶۳) قرار داده شدند. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون‌های تی زوج، تی مستقل، من ویتنی و کای اسکوئر استفاده شده است.

نتایج

در جدول شماره (۱) سطح اضطراب واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در بدو ورود به پژوهش نشان داده شده است.

تصادفی و توسط قرعه‌کشی در گروه آزمایش و نمونه‌های بعدی به شکل یک در میان تا تکمیل تعداد نمونه‌ها در گروه کنترل قرار گرفت. در این پژوهش زنان سیگاری و معتاد به مواد مخدر و الکل و بیماران روانی شناخته شده از نمونه‌ها حذف شدند. همچنین زنانی که در تمام کلاس‌ها حضور نداشتند در پژوهش شرکت داده نشدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود، قسمت اول مربوط به ثبت مشخصات فردی (شامل ۴ سوال: سن، میزان تحصیلات، شغل و مدت ناباروری) بود. قسمت دوم مربوط به بررسی اضطراب زنان نابارور بود. در این قسمت از پرسشنامه‌بک که حاوی ۲۱ سوال ۴ گزینه‌ای است استفاده شد. اعتماد و اعتبار آن قبلاً تعیین و تایید گردیده بود. گزینه‌ها با امتیاز صفر، گزینه خفیف با امتیاز یک، گزینه متوسط با امتیاز دو، گزینه شدید با امتیاز سه در نظر گرفته شده بود. دامنه

()	()	
۱۸ (۲۲/۵)	۱۶ (۲۰)	طبیعی (کمتر از ۹)
۳۲ (۴۰)	۳۶ (۴۵)	خفیف (۱۰-۱۸)
۲۵ (۳۱/۳)	۲۰ (۲۵)	متوسط (۱۹-۲۹)
۵ (۶/۳)	۸ (۱۰)	شدید (۳۰-۶۳)
۸۰ (۱۰۰)	۸۰ (۱۰۰)	جمع
.	۱	حداقل نمره
۴۰	۴۰	حداکثر نمره
۱۵/۹۸±۸/۳۸	۱۶/۰±۸/۷۲	میانگین و انحراف معیار
$\chi^2 = 1/601$	$P = 0/65$	نتیجه آزمون

معنی داری ($p=0/0001$) بین دو گروه نشان داد (جدول شماره ۲).

یافته ها در مرحله قبل از شروع درمان (بعد از آماده سازی) نشان داد که سطح اضطراب در ۴۵ درصد از نمونه های گروه آزمایش طبیعی و در ۴۰ درصد گروه کنترل متوسط بوده است. آزمون کای اسکوئر اختلاف

()	()	
(۱۰) ۸	(۴۵) ۳۶	طبیعی (کمتر از ۹)
(۲۶/۳) ۲۱	(۴۰) ۳۲	خفیف (۱۰-۱۸)
(۴۰) ۳۲	(۱۲/۵) ۱۰	متوسط (۱۹-۲۹)
(۲۳/۸) ۱۹	(۲/۵) ۲	شدید (۳۰-۶۳)
(۱۰۰) ۸۰	(۱۰۰) ۸۰	جمع
(۵) ۰	(۵) ۰	حداقل نمره
(۴۵) ۳۵	(۴۵) ۳۵	حداکثر نمره
$۶/۲۵ \pm ۱۰/۹۰$	$۶/۲۵ \pm ۱۰/۹۰$	میانگین
$۹/۴۰ \pm ۲۲/۳۵$	$۹/۴۰ \pm ۲۲/۳۵$	انحراف معیار
$X^2 = ۴۵/۳۸$ $P=0/0001$	$X^2 = ۴۵/۳۸$ $P=0/0001$	نتیجه آزمون

یافته های جدول شماره ۳ گویای کاهش اضطراب در گروه آزمایش است.

آزمون آماری کای اسکوئر اختلاف معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت ناباروری نشان نداد.

$t=۱۲/۹۷$	$۶/۳۶$	$۲۲/۳۵$	$۱۵/۹۸$	میانگین
$P<0/0001$	$۴/۳۸$	$۹/۴۰$	$۸/۳۸$	انحراف معیار

کاهش اضطراب را در تمام گروه های سنی، سطوح تحصیلی مختلف و مدت ناباروری متفاوت نشان داد.

میانگین و انحراف معیار اضطراب زنان گروه آزمایش در بدو ورود به پژوهش و قبل از شروع درمان،

بیشتر بوده است. اما بین دو گروه نتایج آزمون آماری کای اسکوئر اختلاف معنی داری نشان نداد (جدول شماره ۴).

در ارتباط با تعیین و مقایسه موفقیت درمان در دو گروه آزمایش و کنترل، یافته ها نشان داد که تعداد جواب مثبت بارداری بعد از درمان در گروه آزمایش

-

()	()	
۱۲ (۱۵)	۱۵ (۱۸/۸)	مثبت
۶۸ (۸۵)	۶۵ (۸۱/۳)	منفی
۸۰ (۱۰۰)	۸۰ (۱۰۰)	جمع
$X^2 = ۰/۴۰۱$	$P=۰/۵۲$	نتیجه آزمون

بحث و نتیجه گیری

اضطراب آن ها نیز با استفاده از ابزار مناسب مورد سنجش قرار گیرد تا در صورت نیاز، برنامه های آماده سازی به طور مناسب و به موقع به مرحله اجرا گذارده شوند. همچنین برقراری کلاس های آموزشی و برگزاری دوره های بازآموزی جهت ارتقاء کیفیت خدمات رسانی، توسط پرسنل و کارکنان مراکز درمان ناباروری برای مقابله با اضطراب زنان نابارور، ضروری به نظر می رسد. بنا به نوشته ربارسولز (۱۳۷۵) کارکنان واحدهای ناباروری به عنوان عضوی از گروه های درمانی و توان بخشی باید کاستن از اضطراب زنان نابارور را در مراحل درمان، یکی از اهداف اساسی فعالیت حرفه ای خود قلمداد نمایند. لذا با به کارگیری برنامه آماده سازی از طریق ارائه توضیحات کافی به زبانی ساده و قابل فهم برای زنان نابارور، پرسنل می توانند در کاهش اضطراب و نتیجه مثبت درمان نقشی موثر ایفا نمایند.

نتایج این پژوهش گویای آن بود که برنامه آماده سازی بر کاهش اضطراب زنان نابارور تاثیر دارد لذا یافته ها، فرضیه اول پژوهش را مورد تایید قرار داده اند. لذا پیشنهاد می شود آماده سازی در برنامه های قبل از درمان جهت کاهش اضطراب و افزایش میزان باروری گنجانده شود و مورد استفاده قرار گیرد.

چنان که ذکر گردید نداشتن فرزند، زنان را دچار اضطراب می سازد. اضطراب با تاثیر نامطلوب بر عملکرد فیزیولوژیک بدن بر نتیجه باروری اثر می گذارد. به علاوه درمان های ناباروری خود اضطراب آور هستند (اسپیروف، ۱۳۸۱). بنابر این با توجه به لزوم کاهش اضطراب در زنان نابارور، ضرورت اجرای برنامه های آماده سازی، بیش از پیش احساس می شود. لذا پیشنهاد می شود در صورت امکان در بررسی زنان نابارور، میزان

نگرانی را داشته و دوره بهبودی آن ها سریع بوده است. آماده سازی باعث کمتر شدن استرس و اضطراب زنان شده است (Wallance, ۱۹۸۶). بنابر این آماده سازی می تواند جهت تامین سلامت روانی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک های ناباروری به کار گرفته شود. بهتر این است که برنامه آماده سازی زنان نابارور به جای جلسات گروهی، به صورت فردی و طی یک جلسه اجرا شود، لذا پیشنهاد می شود پژوهشی تحت عنوان بررسی تاثیر آماده سازی فردی بر اضطراب و موفقیت درمان زنان نابارور انجام شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگر لازم می داند مراتب سپاس و تشکر خود را نسبت به کارکنان مرکز تحقیقات ناباروری فاطمیه همدان که در این تحقیق ما را یاری نموده اند اعلام دارد.

منابع

اسپیروف، لیون. (۱۳۸۱). آندوکرینولوژی زنان و ناباروری، ترجمه: بهرام قاضی خانی و همکاران، تهران: انتشارات گلبن.

دهقانی، حمیده. (۱۳۷۹). تاثیر آموزش در کاهش اضطراب قبل و بعد از برداشت تخمک در زنان نابارور، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال هشتم، شماره سوم.

ربارسولز، چانگ. (۱۳۷۵). ناباروری، ارزیابی و درمان. ترجمه: محمد علی کریم زاده میبیدی و همکاران، یزد: موسسه انتشارات یزد.

یافته های پژوهش نشان داد که تعداد جواب مثبت آزمایش حاملگی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است، اما بین میزان موفقیت درمان و آماده سازی اختلاف معنی داری دیده نشد.

نتایج نشان داد که با افزایش مدت ناباروری و سن زنان نابارور، اضطراب حین درمان افزایش می یابد. همچنین در زنان دارای تحصیلات سیکل و ابتدائی اضطراب بالائی دیده شد. بنابراین آماده سازی تمام گروه های سنی و تحصیلاتی ضروری است.

اضطراب و احساس عدم کفایت و گناه که به دنبال ناتوانی در باروری به وجود می آید باعث استرس در زوج می گردد که می توان با مشاوره و دادن اطلاعات کافی به میزان زیادی از شدت اضطراب آنان کاست. آماده سازی از اساسی ترین مراحل قبل از درمان می باشد، که طی آن اطلاعات لازم در اختیار مراجعین قرار داده می شود تا اضطراب و عوارض حاصله کاهش یابد و نتیجه بهتری حاصل شود. لذا هر زن نابارور در زمان درمان ناباروری نیاز به آماده سازی دارد (Pepper, ۲۰۰۱). جلسات آماده سازی باید شامل توضیح دقیق در مورد هزینه، فواید، احتمال شکست و خطا در روش های مختلف درمانی باشد. به علاوه دادن اطلاعات در مورد روش ها و آزمایش ها، معرفی مراکز داخل و خارج از کشور و مراکز مشاوره روانی ضروری است (ربارسولز، ۱۳۷۵). Domar (۲۰۰۰) معتقد است، استفاده از آماده سازی در زنان نابارور سبب افزایش احتمال حاملگی می شود. زنانی که قبل از درمان اطلاعات و آگاهی بیشتری درباره آن داشته اند و بیشترین حمایت را از طرف پرسنل و خانواده دریافت کرده اند، کمترین اضطراب و

Domar, A. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy of women, *Fertility and Sterility*. 73(4), 805-811.

Pepper, S. (2001). Wanted efficient patient education process. *Orthopedic Nursing; Pitman*. 20(5), 85.

Seible, M.M (1997). Infertility, A Comprehensive Text. (2nd ed.). Boston: Appleton and Lange.

Schmidt, L. (1998). Infertile couples assesment of infertility treatment. *Acta Ob Gyn Scand*. 77, 649-653.

Wallance, L.M. (1986). Communication variable in the design of presurgical preparatory information, *Br J Clin Psychol*. 25(2), 111-118.

رجوعی، مریم. (۱۳۷۶). اثر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات زنان نابارور تحت درمان با روش لقاح آزمایشگاهی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سیف، دیبا. (۱۳۷۹). بررسی میزان افسردگی، اضطراب و فشارهای روانی در زنان نابارور. خلاصه مقالات و برنامه روزانه. تهران: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

نجومی، مریم. (۱۳۷۹). بررسی شیوع ناباروری زوج ها در غرب تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال هشتم، شماره ۳، ص ۶-۶۳۳.