

ارتباط اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار شده با روش‌های کمک باروری

نعیمه سیدفاطمی^۳

*هاشمیه چهره^۲

لیلا نیسانی سامانی^۱

ذلیخا کرم اللهی^۵

فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بارداری پس از لقاح آزمایشگاهی، اغلب به عنوان پایان دوره ناباروری، ارزیابی و درمان‌های آن تلقی می‌شود، اما برخی از زنان باردار شده با این روش سطوح بالایی از تنش و اضطراب را تجربه می‌کنند. هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار شده با روش‌های کمک باروری است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۱۰۰ زن باردار شده با روش‌های کمک باروری مراجعه کننده به سه مرکز منتخب ناباروری در شهر تهران بودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته عوامل جمعیت شناختی، ابزار اضطراب بک و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ انجام شد.

یافته‌ها: پس از بررسی داده‌ها بین اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده این گروه از زنان باردار رابطه معنی داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌ها بیشترین فراوانی در گویه‌های حمایت اجتماعی درک شده، مربوط به گویه خانواده و فرد خاص بود. بنابراین حمایت قوی از جانب این دو منبع، میتواند اثرات مثبتی بر سلامت روان زنان باردار شده با روش‌های کمک باروری داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، روش‌های کمک باروری، حمایت اجتماعی درک شده

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱

^۱ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲ دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۸۳۴۵۰۹۸۰ Email: Hashemieh_chehreh@sbmu.ac.ir

^۳ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۴ مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۵ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

مقدمه

اگر چه میزان ناباروری بطور قابل توجهی در میان کشورهای مختلف متفاوت است، اما این پدیده در سراسر جهان توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) به عنوان یک مسئله بهداشت عمومی و تهدیدکننده بالقوه ثبات در افراد، روابط و جوامع شناخته شده است^(۱) در برخی مطالعات میزان شیوع یکساله ناباروری از محدوده ۳/۵ درصد تا ۱۶/۷ درصد در کشورهای توسعه یافته و از ۶/۹ درصد تا ۹/۳ درصد در کشورهای کمتر توسعه یافته، با محدوده شیوع متوسط نه درصد، گزارش شده است^(۲) شیوع این پدیده در ایران در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است بعنوان مثال در مطالعه رستمی و همکاران که در چهار استان انجام شد، شیوع نازایی اولیه ۲۱/۱ درصد و میزان نازایی ثانویه ۷/۸ درصد محاسبه گردید^(۳).

با وجودی که بارداری پس از لقاح آزمایشگاهی، اغلب به عنوان پایان دوره نازایی، ارزیابی و درمان‌های آن تلقی می‌شود، اما برخی از زنان باردار شده با این روش دچار سطوح بالایی از تنش و اضطراب می‌شوند^(۴). افرادی که در جستجو و اقدام برای درمان ناباروری می‌باشند نسبت به جمعیت عمومی مضطرب‌تر هستند و تنش بیشتری را تحمل می‌کنند^(۵). مطالعات نشان داده‌اند که بررسی‌های تشخیصی ناباروری و فرایند درمانی آن طی روش‌های کمک باروری عوامل مستعد کننده اضطراب و افسردگی در ۲۰ تا ۴۰ درصد از زنان نابارور می‌باشند و حتی بار عاطفی ناشی از ناباروری در ۲۰ درصد از زنان نابارور پس از درمان موفقیت-آمیز به صورت مقاوم باقی می‌ماند^(۶،۷).

درمان ناباروری با داشتن اثراتی همچون عوارض ناشی از داروها و تغییرات روانی می‌تواند فرد را از نظر وضعیت روانی-اجتماعی و جسمانی تحت تاثیر قرار دهد^(۸،۹). بررسی اضطراب در دوران بارداری به دلیل ایجاد عوارض مختلف دارای اهمیت است. برخی محققین معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری می‌تواند بر ارتباط مادر

و نوزاد تاثیر گذاشته و توانایی مادر در ایفای نقش مادری را کاهش دهد^(۱۰) و بدین ترتیب کیفیت زندگی مادر را نیز تحت تاثیر قرار دهد^(۱۱). اضطراب مداوم دوران بارداری ممکن است موجب سقط، زایمان زودرس، افزایش فشار خون، تغییر الگوی ضربان قلب و حرکات جنین، پیامدهای نامطلوب نوزادی همانند وزن کم هنگام تولد، نارسی و تاخیر رشد داخل رحمی شود. علاوه بر این اضطراب مادر در دوران بارداری با مشکلات رفتاری و روانی در کودک نیز مرتبط است^(۱۲-۱۴). برخی از مطالعات نیز نشان داده‌اند اضطراب در دوران بارداری عامل پیشگویی-کننده مهمی برای افسردگی پس از زایمان می‌باشد^(۱۴،۱۵).

توجه ویژه به مسائل روانی در دوران بارداری به ویژه در مادرانی که تجربیاتی سخت و تنش‌زا همانند ناباروری را داشته‌اند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. یکی از مسائل مهمی که در این راستا اهمیت دارد، توجه به عواملی است که در بروز مشکلات روانی این زنان از جمله اضطراب آنان دخیل هستند. یافته‌های مطالعه نشان داد وضعیت اشتغال و افزایش طول مدت ناباروری از عوامل مرتبط با اضطراب می‌باشند: به گونه‌ای که در طی ۴ تا ۶ سال نازایی، اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد^(۱۶). درآمد پایین، سطح تحصیلات، تجربه اخیر استرس و مشکلات جسمی نیز از عوامل دیگری هستند که در ایجاد اضطراب از آنها نام برده شده است^(۱۷).

علاوه بر عوامل یاد شده، حمایت اجتماعی نیز یکی از عواملی است که دارای تاثیر مثبت بر وضعیت سلامت جسمانی و روانی زنان می‌باشد. حمایت اجتماعی طی دوران بارداری یکی از موارد ضروری برای سلامت و رفاه مادران محسوب می‌شود. زنانی که علی‌رغم تجربه سطوح بالای تنش در بارداری از حمایت کافی برخوردار بوده‌اند، در دوران بارداری عوارض کمتری دارند^(۱۸-۲۲). حمایت اجتماعی یکی از عوامل مهم مهار کننده اثرات منفی تنش می‌باشد و می‌تواند به عنوان تسهیل کننده سازگاری با تنش، عمل کند^(۲۳).

کد اخلاق ۷۹۱ مورد تایید قرار گرفت، به محیط پژوهش مورد نظر مراجعه کرده و پس از معرفی خود و همچنین ارائه اطلاعاتی در مورد موضوع، اهداف و خلاصه‌ای از روش کار، جهت انجام نمونه گیری مجوز لازم را اخذ نمود. پس از یافتن نمونه‌ها بر اساس معیارهای پژوهش و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش، از آنان رضایت نامه کتبی گرفته شد. ابتدا پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) در مکانی آرام و قبل از ویزیت روتین در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت و سپس پرسشنامه توسط آنها تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه بخش بود. بخش اول شامل ۱۵ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان (مانند سن، جنس، سطح تحصیلات....) بود در بخش دوم سوالات مرتبط با اضطراب قرار داشت. جهت سنجش اضطراب از ابزار اضطراب بک استفاده شد. ابزار اضطراب بک شامل ۲۱ سوال چهار گزینه‌ای است که به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب امتیاز صفر تا سه تعلق می‌گیرد. گزینه ابدأ با امتیاز صفر و گزینه شدید با امتیاز سه مشخص می‌شود. نمره هر فرد به وسیله جمع اعداد معرف گزینه‌های انتخاب شده، محاسبه شد. دامنه امتیاز از صفر تا ۶۳ بوده و امتیاز بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. بر اساس امتیاز کسب شده، نمونه‌ها در دو گروه بدون اضطراب و دچار اضطراب قرار گرفتند^(۲۴).

بخش سوم شامل پرسشنامه چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (Multidimensional perceived social support Questionnaire) بود. این بخش شامل یک ابزار ۱۲ بیانیه‌ای است که حمایت اجتماعی درک شده را از سه منبع اندازه گیری می‌کند. این منابع شامل "خانواده"، "دوستان" و "فردی خاص" می‌باشند که هر کدام از آنها نیز دارای چهار سوال برای پاسخ گویی هستند. این ابزار بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده در این مقیاس ۱۲ تا ۸۴

مراقبت از زنانی که دارای عوامل خطر برای ایجاد اضطراب هستند و همچنین مشاوره و ارجاع آنها برای تشخیص و درمان‌های پیشرفته‌تر می‌تواند علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، میزان مرگ و میر و عوارض مادری و نوزادی را کاهش دهد^(۱۲). با توجه به اثرات اضطراب بر مادر و جنین به ویژه بر مادران باردار شده با روش‌های کمک باروری، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهش حاضر را با هدف تعیین ارتباط اضطراب با عوامل جمعیت شناختی و حمایت اجتماعی در زنان باردار شده با روش‌های کمک باروری این زنان را انجام دهد تا با شناسایی آن در جهت کاهش اضطراب این مادران و در نتیجه بهبود پیامدهای بارداری و ارتقاء کیفیت زندگی آنان گام‌های موثری برداشته شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود است که در آن ارتباط اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار شده (سن بارداری از ابتدای هفته ۸ تا پایان هفته ۴۲) با روش‌های کمک باروری مراجعه کننده به مراکز منتخب ناباروری (شایامهر، نوید، مرکز پزشکی دکتر اشرفی و تهرانی نژاد) شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نمونه گیری به روش مستمر انجام شد. به این صورت که پژوهشگر هر روز به مراکز منتخب مورد نظر مراجعه کرده و پس از یافتن نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل می‌کرد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و $T=0/60$ و با توجه به میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با در نظر گرفتن اهداف پژوهش، حداقل ۱۰۰ نفر تخمین زده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مبتلا نبودن به بیماری جسمی مزمن و روانی شناخته شده و نداشتن تجربه بحران شدید روانی طی ۳ ماه گذشته از قبیل مرگ بستگان بود.

محقق پس از کسب مجوز و معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران که در تاریخ ۱۳۸۹/۰۱/۲۹ با

پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای اسکوئر، و اسپیرمن) مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان، $6/8 \pm 33/7$ بود که ۵۰ درصد از آنان بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن داشتند. میانگین طول مدت ازدواج و سن بارداری، به ترتیب $5/1 \pm 8/7$ و $10/8 \pm 20/1$ بود. بیشترین فراوانی در میان گویه‌های حمایت اجتماعی، مربوط به "خانواده" و "یک فرد خاص" بود (جدول شماره یک).

می‌باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشد^(۲۵)

جهت تعیین اعتبار و اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها، به ترتیب از اعتبار صوری و محتوی و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همبستگی درونی، استفاده شد. پایایی ابزار با روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ زن باردار انجام شد. با توجه به مقدار ضریب به دست آمده ($T=0/85$) پایایی ابزار مورد تایید قرار گرفت. (خاطر نشان میشود که این ۱۰ نفر از نمونه‌های مورد مطالعه حذف شدند.)

جدول شماره ۱: فراوانی پاسخ به گویه‌های حمایت اجتماعی درک شده

گویه	کاملاً مخالفم		تا حدودی مخالفم		تا حدودی موافقم		کاملاً موافقم	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
هنگامی که احساس نیاز می‌کنم، فرد خاصی در کنارم هست.	۲۲	(۲۲)	۵	(۵)	۲۲	(۲۲)	۳۷	(۳۷)
یک نفر که می‌توانم غم‌ها و شادی‌هایم را با او تقسیم کنم، در کنارم هست	۳	(۳)	۰	(۰)	۱۱	(۱۱)	۴۴	(۴۴)
خانواده در کمک کردن به من واقعاً تلاش می‌کنند	۳	(۳)	۲	(۲)	۱۱	(۱۱)	۵۱	(۵۱)
کمک و حمایت عاطفی مورد نیازم را از خانواده‌ام دریافت می‌کنم	۳	(۳)	۱	(۱)	۳	(۳)	۲۷	(۲۷)
فرد خاصی که منبع واقعی آرامش برای من است، در کنار من هست	۳	(۳)	۲	(۲)	۱۱	(۱۱)	۳۳	(۳۳)
دوستان در کمک کردن به من واقعاً تلاش می‌کنند	۵	(۵)	۹	(۹)	۱۷	(۱۷)	۱۹	(۱۹)
وقتی اشتباهی رخ می‌دهد، می‌توانم روی دوستانم حساب کنم	۶	(۶)	۱۱	(۱۱)	۶	(۶)	۱۸	(۱۸)
می‌توانم مشکلاتم را با خانواده مطرح کنم	۴	(۴)	۰	(۰)	۲	(۲)	۲۳	(۲۳)
دوستانی دارم که می‌توانم شادی‌ها و غم‌هایم را با آنان تقسیم کنم	۵	(۵)	۹	(۹)	۱۳	(۱۳)	۲۳	(۲۳)
در زندگی من فرد خاصی هست که به احساساتم اهمیت می‌دهد	۱	(۱)	۲	(۲)	۸	(۸)	۲۷	(۲۷)
خانواده من در تصمیم‌گیری‌هایم، با علاقه به من کمک می‌کنند	۴	(۴)	۳	(۳)	۵	(۵)	۱۹	(۱۹)
می‌توانم مشکلاتم را با دوستانم مطرح کنم	۵	(۵)	۱۶	(۱۶)	۴	(۴)	۱۶	(۱۶)

ارتباط اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار شده... لیلا نیسانی سامانی و همکاران

نتایج تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر نشان داد بین اضطراب و عوامل جمعیت شناختی ارتباط معنی داری وجود ندارد (جدول شماره دو).

جدول شماره ۲: فراوانی اضطراب برحسب عوامل جمعیت شناختی در زنان باردار شده با روش های کمک باروری

P value	اضطراب		عوامل جمعیت شناختی
	با اضطراب تعداد(درصد)	بدون اضطراب تعداد(درصد)	
P= ۰/۹۰۴			سن (سال)
	۱۱(۳۶/۷)	۱۹(۶۳/۳)	۲۰-۲۹
	۱۶(۳۲)	۳۴(۶۸)	۳۰-۳۹
	۷(۳۵)	۱۳(۶۵)	≥۴۰
P=۰/۲۱۲			تحصیلات
	۶(۵۰)	۶(۵۰)	زیر دیپلم
	۲۸(۳۱/۸)	۶۰(۶۸)	بالای دیپلم
P= ۰/۵۴۶			وضعیت اشتغال
	۱۹(۳۱/۷)	۴۱(۶۸/۳)	خانه دار
	۱۵(۳۷/۵)	۲۵(۶۲/۵)	شاغل
P=۰/۲۳۴			نوع شغل
	۱۴(۴۱/۲)	۲۰(۵۸/۸)	کارمند
	۱(۱۶/۷)	۵(۸۳/۳)	سایر
P=۰/۴۰۶			طول مدت ازدواج (سال)
	۲۳(۳۱/۹)	۴۹(۶۸/۱)	زیر ۱۰ سال
	۱۱(۳۹/۳)	۱۷(۶۰/۷)	بالای ۱۰ سال
P=۰/۲۶۳			محل سکونت
	۱۳(۳۸/۳)	۳۳(۷۱/۷)	تهران
	۲۱(۳۸/۹)	۳۳(۶۱/۱)	سایر شهرستانها
P=۰/۱۰۱			وضعیت اقتصادی
	۱۴(۴۰)	۲۱(۶۰)	خوب
	۱۷(۲۷/۹)	۴۴(۷۲/۱)	متوسط
	۳(۷۵)	۱(۲۵)	ضعیف

در این پژوهش پس از تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون کای اسکوئر (جدول شماره سه)، رابطه معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده و اضطراب دیده نشد (P=۰/۶).

جدول شماره ۳: رابطه اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار شده با روش های کمک باروری

دچار اضطراب تعداد(درصد)	اضطراب		حمایت اجتماعی درک شده
	بدون اضطراب تعداد(درصد)	اضطراب	
۱(۱)	۰		حمایت پایین
۶(۶)	۱۷(۱۷)		حمایت متوسط
۲۷(۲۷)	۴۹(۴۹)		حمایت بالا

$\chi^2 = ۲/۶$

نتیجه آزمون آماری کای اسکوئر

P=۰/۲۶۴

بحث و نتیجه‌گیری

همکاران مشابه می‌باشد^(۲۷،۲۹-۳۱). نتایج پژوهش احسانپور نشان داد در افرادی که از حمایت اجتماعی کمی برخوردار بودند، تنش مرتبط با درمان بیشتر بوده است. بیشتر مطالعات بر این باورند که حمایت اجتماعی یک عامل مثبت پیشگیری کننده از استرس‌های روانی است. در زنانی که درمان‌های کمک باروری را دریافت می‌کنند، به نظر می‌رسد حمایت از جانب همسر، یکی از مهم‌ترین منابع حمایت اجتماعی می‌باشد. این حمایت منجر به مقابله با تمام احساسات منفی ناشی از شکست درمان می‌شود. در جمعیت عمومی جنبه‌های کلی حمایت به ویژه حمایت درک شده و اندازه شبکه حمایتی، اثرات مثبتی روی پاسخ روانی به عوامل استرس زا دارد. در فرهنگ جامعه ما داشتن فرزند از ارزش بالایی برخوردار است و موجب پایداری خانواده و رضایت زناشویی می‌شود. همچنین نگرش منفی به ناباروری بسیار زیاد است. بنابراین وجود حمایت بالا در این شرکت کنندگان و رابطه نداشتن آن با شدت اضطراب، به همین مساله باز می‌گردد. با توجه به اینکه در این پژوهش از مقیاس اضطراب ویژه دوران بارداری استفاده نشده است، متفاوت بودن نتایج ممکن است قابل توجیه باشد. همچنین شاید بتوان این تفاوت در نتایج را، به تفاوت‌های فرهنگی و قومی نسبت داد.

با توجه به اینکه افراد شهرستانی نسبت به ساکنین تهران اضطراب بیشتری داشتند، پیشنهاد می‌شود در مراکز استان‌ها اقدامات لازم جهت تاسیس مراکز ناباروری انجام شود و در صورتیکه امکان این امر وجود ندارد، در شهر تهران امکانات رفاهی کافی و با هزینه مناسب برای زوجین نابارور در نظر گرفته شود.

این پژوهش بر روی زنان باردار انجام شد و همسران آنها مورد بررسی قرار نگرفتند. با توجه به اینکه مشکل ناباروری یک مساله مربوط به زوجین است و جنبه‌های مختلف زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بهتر است پژوهشی در این زمینه و در زوجین به صورت چهار گروهی انجام شود و نتایج با هم مقایسه شوند.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارتباط معنی‌داری بین سن و اضطراب وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه Verhaak و همکاران همسو بوده و با یافته‌های پژوهش Lee، احسانپور و بابانظری و همکاران مغایرت دارد^(۲۸).^(۲۶،۷) در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد در زنان مسن‌تر میزان اضطراب کمتر است که می‌توان آن را به افزایش میزان تطابق و بلوغ شناختی و عاطفی در سنین بالاتر نسبت داد.

مطابق نتایج بین سطح تحصیلات و اضطراب ارتباط معنی‌داری یافت نشد. عابدی نیا و همکاران و Verhaak و همکاران نیز نتایج مشابهی به دست آوردند در حالی که بابانظری و همکاران نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند^(۷،۱۶،۲۸). در مطالعه ما اگر چه بین سطح تحصیلات و اضطراب رابطه معنی‌داری یافت نشد، اما در افراد تحصیل کرده میزان اضطراب بالاتر بود. ممکن است افزایش آگاهی بیشتر این افراد در مورد مشکل ناباروری و چگونگی تشخیص و درمان آن، علت این اضطراب باشد. با توجه به یافته‌ها درصد افراد مضطرب در گروه شاغلین بیشتر بود. همچنین اگرچه نتیجه آزمون آماری اختلاف معنی‌داری بین شغل نمونه‌های مورد پژوهش با اضطراب وجود نداشت، اما یافته‌های نشان می‌دهد افراد کارمند دارای اضطراب بالاتری بودند که با نتایج مطالعه بابانظری و همکاران مشابه است ولی با نتایج مطالعه احسانپور و همکاران مغایرت دارد^(۱۶،۲۷،۲۸). با وجودی که بین محل سکونت و شدت اضطراب اختلاف معنی‌داری دیده نشد با این حال استرس ناشی از مسافرت، فاصله شهرستان محل سکونت فرد از تهران، هزینه سفر، اسکان و هزینه‌های درمان از جمله دلایل احتمالی ایجاد این اضطراب هستند.

نتیجه آزمون اسپیرمن بین شدت اضطراب و حمایت اجتماعی اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. این یافته با نتایج مطالعه احسانپور و همکاران، هاشیما و همکاران، بیرامی و همکاران متفاوت و با مطالعه عبدالله زاده و

صمیمانه کارکنان مراکز ناباروری (شایامهر، نوید، مرکز پزشکی دکتر اشرفی و تهرانی نژاد) و کلیه مادران بارداری که در این پژوهش ما را یاری کردند صمیمانه تشکر می‌نمایند. خاطر نشان می‌شود که مطالعه حاضر نتایج بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی نویسنده مسئول می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتر و با استفاده از ابزارهای متفاوت مربوط به حمایت اجتماعی و اضطراب انجام شود.

تقدیر و تشکر

در پایان نویسندگان این مقاله از همکاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همکاری

فهرست منابع

1. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *J Reprod Infertil*. 2012;13(2):71.
2. Kazemijaliseh H, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. [The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population-Based Study]. *Global journal of health science*. 2014;7(6):226-32. Persian.
3. Rostami DM, Ramezani TF, Abedini M, Amirshakeri G, Mehrabi Y. [Prevalence of primary and secondary infertility among 18-49 years old Iranian women: a population-based study in four selected provinces]. *Hakim*. 2013;16. Persian.
4. Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Hum Reprod Update*. 2014;20(4):594-613.
5. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. [Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment]. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):186-96. Persian.
6. P Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, et al. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):70-6.
7. Boivin J, Griffiths E, Venetis C. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*. 2011;342:d223.
8. Rashidi B, Hosseini S, Beigi P, Ghazizadeh M, Farahani M. [Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support]. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2011;5(4):101-8. Persian.
9. Ahadi M. Comparison of maternal anxiety and attachment between primigravid women with history of fetal or neonatal death referring to Mashhad health services. Unpublished MS Thesis Tehran University of Medical Sciences, Tehran. 2006.
10. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(2):101-10.
11. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
12. Elsenbruch S, Benson S, Rütcke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007;22(3):869-77.
13. Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2014;159:103-10.
14. Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J Affect Disord*. 2011;129(1):348-53.

15. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa IS. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1088-96.
16. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Women's Ment Health*. 2007;10(1):25-32.
17. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: A review of the literature. *Women Health*. 2013;53(1):74-99.
18. Yağmur Y, Oltuluoğlu H. Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in eastern Turkey. *Public Health Nurs*. 2012;29(2):99-104.
19. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(1-2):111-20.
20. Nylen KJ, O'Hara MW, Engeldinger J. Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *J Behav Med*. 2013;36(4):427-40.
21. Edmonds JK, Paul M, Sibley LM. Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: Evidence from Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2011:163-73.
22. Rezaee N, Ghajeh M. [Social Support among Nurses at Iran University of Medical Sciences]. *Hayat*. 2008;14 (3-4):91-100. Persian.
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893.
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
25. Verhaak CM, Smeenk J, Evers A, Kremer J, Kraaimaat F, Braat D. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):27-36.
26. Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1102-12.
27. Ehsanpour S, Mohsenzadeh N, Kazemi A, Yazdani M. [The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2009;14(2). Persian.
28. laleh B, Moosa ks. [Investigation of anxiety in pregnancy, sexual satisfaction and demographic factors]. *Iran clinical psychology and psychiatry*. 2008:206-13. Persian
29. Bayrami M, Hashemi T, Gooradel JA, Badenjani SMH. [Prediction of Vulnerability against stress on the social support, coping strategies and locus of control]. *Sociopsychological Researches* 2012:55-68. Persian
30. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011;11(1):22.
31. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Hosseini M. [Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012;7(26):1-10. Persian.

Relationship between Perceived Social Support and Anxiety in Pregnant Women Conceived through Assisted Reproductive Technologies (ARTs).

Neisani Samani L. MS.¹

Chehreh H. PhD Cand^{2}

Seyed Fatemi N. PhD³

Hosseini F. MS.⁴

Karmelahi Z. MS.⁵

Abstract

Background & Aims: Despite the fact that pregnancy after In Vitro Fertilization is often the end of infertility treatment and investigations, some of pregnant women experience high level of anxiety and stress. The aim of this study is to determine the relationship of perceived social support and anxiety in women conceived via Assisted Reproduction Technologies (ARTs).

Material & Methods: In this cross sectional study, a total number of 100 pregnant women conceived Assisted through ARTs in three infertility centers in Tehran were included. Data collected through Beck Anxiety Inventory (BAI), and Multidimensional perceived social support Questionnaire and analyzed statistically using the SPSS version 14.

Results: There was no significant relationship between anxiety and perceived social support.

Conclusion: According to the findings, "family" and "special person" were most frequent statements of perceived social support questionnaire. Therefore a strong support from these sources has positive effects on mental health of pregnant women conceived through ARTs.

Key words: Anxiety, Assisted Reproduction Technologies, perceived social support

Received: 17 Sep 2016

Accepted: 21 Dec 2016

¹.Instructor, school of midwifery and nursing, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran.

².PhD candidate of reproductive health, Student Research Committee, School of Midwifery and Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) Tel: +98-9183450980
Email: hashemieh_chehreh@sbmu.ac.ir

³. Professor, Nursing Care Research Center, Psychiatric Nursing Group, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴. Instructor ,Biostatistics Department, Public Health School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵.Instructor, School of midwifery and Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.