# بررسی نقش آموزش‌های رفتاری- شناختی بر کاهش اضطراب خانم‌های مبتلا به ناباروری اولیه تحت درمان GIFT و ZIFT

**وجیهه قرائی(M.Sc.)[1]، محمد علی مظاهری(Ph.D.)[2]، علی صاحبی(Ph.D.)[3]، سپیده پیوندی( M.D.)[4]، مرضیه آقا حسینی (M.D.)[5].**

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

٤- استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ساری، ساری، ایران.

٥- دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است که منجر به فشارهای عمیق عاطفی و روانی بر زوجین می‌شود. در واقع ناباروری و مراحل درمان آن زمینه‌های به وجود آمدن استرس است. دوره‌هایی از امیدواری که به دنبال غلبه برناامیدی در طول درمان پیش می‌آید، با هزینه‌های بالا و میزان موفقیت پائین درمان‌های پزشکی می‌تواند به افسردگی، اضطراب و ... منجر شود. از آنجائی که قسمتی از موفقیت برنامه‌های کمک باروری به شیوه‌های سازگاری با اضطراب و استرس ناشی از درمان بستگی دارد، پژوهشی شبه‌تجربی به روش کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تأثیر یکی از تکنیک‌های درمان رفتاری- شناختی بر کاهش اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان با روش‌های GIFT و ZIFT مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران ازتیرماه تا بهمن ماه سال ۱۳۸۱ انجام گرفت.

**مواد و روشها:** تعداد ٦۰ نفر خانم تحت درمان در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند(۳۰ نفر گروه تجربی و ۳۰ نفر گروه کنترل). دو گروه درابتدای مطالعه (روز ۲۱ سیکل قاعدگی) توسط آزمون اضطراب حالت وصفت اشپیل برگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس در گروه تجربی مداخله آموزش‌های رفتاری- شناختی شامل بازسازی شناختی و آرام‌سازی تنفسی به مدت ۱۵ تا ۲۰ روز انجام شد؛ ولی در مورد گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. سپس میزان اضطراب حالت و صفت دو روز قبل از انجام عمل GIFT و ZIFT (روز۱۰ سیکل قاعدگی) و همچنین دو روز بعد از انجام عمل GIFT و ZIFT در هر دو گروه مورد ارزیابی قرارگرفت.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد میانگین اضطراب حالت و صفت در بدو مطالعه و در پایان مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. اما میانگین اضطراب حالت (P=۰/۰۰۲) و صفت (P=۰/۰۲۸) حین مطالعه در دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت؛ به طوریکه در گروه تجربی کاهش چشمگیری در اضطراب حین مطالعه (قبل از عمل جراحی) مشاهده شد. همچنین اختلاف معنی‌داری بین میانگین اضطراب حالت و صفت بدو و حین مطالعه در گروه تجربی وجود داشت (P=۰/۰۰۰) ولی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. به علاوه اختلاف معنی‌داری بین میانگین تفاوت اضطراب حالت و صفت حین و پایان مطالعه و بدو و پایان مطالعه بین دو گروه وجود داشت (P <۰/۰۵ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که آموزش‌های رفتاری- شناختی در کاهش اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان با روش‌های ART مؤثر است. همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که خانم‌های نابارور تحت مداخله آموزش‌های رفتاری شناختی که در پایان مطالعه از اضطراب کمتری برخوردار بودند، بطور معنی‌داری درمان موفقیت‌آمیز بیشتری را در مقایسه با گروه کنترل داشتند. با توجه به نقش آموزش‌های رفتاری- شناختی و حمایت عاطفی افراد نابارور تحت درمان در کاهش اضطراب و بالا بردن میزان موفقیت روش‌های درمانی، پیشنهاد می‌شود در مراکز درمان ناباروری برنامه‌های آموزشی و حمایتی توسط تیم درمانی بویژه روانشناسان تدوین و اجرا گردد.

**گل واژگان:** آموزش‌های رفتاری- شناختی، اضطراب، ناباروری،ART ، GIFT، و ZIFT.

**آدرس مکاتبه:** وجیهه قرائی، پلاک۳۹، خاقانی ۲، خیابان خاقانی، رضاشهر، کدپستی ۹۱۷۷۷، مشهد، ایران.

**پست الکترونیک:** v_gharaie@yahoo.com



Downloaded from http://www.jri.ir

**مقدمه**

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۵- ۱۰٪ مردم جهان به نوعی با مشکل ناباروری مواجه هستند (۱). ناباروری به عنوان یک بحران، فرضیه سازی شده است. این بحران با استرس‌های گوناگون اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه می‌باشد(۲). متخصصان سلامت روان گزارش می‌کنند که افراد نابارور نشانه‌هایی از بحران، افسردگی، سوگواری، فقدان کنترل و سطوح بالایی از اضطراب و یا احساس گناه و نگرانی درباره بدن و اختلال کنش جنسی را تجربه می کنند(۳). اگرچه هر دو زوج این بحران را تجربه می کنند ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که زنان اثرات روانشناختی منفی بیشتری را در مقایسه با مردان نابارور تجربه می‌کنند. یکی از دلایلی که برای زنان نابارور ایجاد فشار روانی می‌کند نقش مادری است که در اغلب جوامع به عنوان مهمترین نقش زنان در بزرگسالی به حساب می‌آید؛ در نتیجه زنان نابارور با استرس بیشتری روبرو هستند. همچنین بسیاری از آزمایشات و درمان‌های ناباروری برروی زنان انجام می‌شود که خود باعث افزایش بیشتر فشارهای روانی می‌گردد. همین عوامل باعث شده که زنان نابارور خود را بیشتر مسئول مشکل ناباروی بدانند(۲). تحقیقات نشان داد که بیشتر از ۵۰٪ زنان به محض اینکه متوجه می‌شوند باروری آنها دچار مشکل است، اعتماد به نفسشان کاهش می‌یابد(٤).

درمان ناباروری به نوع اختلال زوجین بستگی دارد، در صورتیکه درمان زوجین توسط درمان‌های رایج (داروئی و جراحی) صورت نگیرد و به طرق معمولی قابل علاج نباشد باید از تکنیک‌های جدید درمان ناباروری با نام کلی روش‌های کمک باروری(ART)[1] کمک گرفت. این روشها عبارتند از IUI[2]، IVF[3]، GIFT[4]، ZIFT[5] و .... بیماران تحت درمان ART از شکست برنامه درمانی اضطراب بالایی دارند؛ بنابراین در اختیار داشتن اطلاعات دقیق و مناسب درباره جنبه‌های مختلف درمان و حمایت عاطفی آنها برای کنار آمدن با این اضطراب موثر است(۵).

استرس ناباروری در طول زمان برای آنهایی که در جستجوی درمان نیستند کاهش پیدا می‌کند؛ ولی برای کسانی که به طور فعال در جستجوی درمان هستند افزایش پیدا می‌کند. اینکه آیا فرآیند درمان موفق خواهد بود یا خیر، خود نیز عامل مهمی در افزایش اضطراب می‌باشد (٦). برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری روش‌های مختلفی وجود دارد. Wark و Mayers رویکرد شناختی-رفتاری را برای درمان زوجها پیشنهاد می‌کنند زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوج نابارور است(٤). میلر (۱۹۹٤) نیز معتقد است که درمان شناختی- رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوج‌های نابارور باشد(۷). مایکلسون و مارچیون (۱۹۹۱) وهاروی و راپسی (۱۹۹۵) گزارش کردند که مداخله رفتاری- شناختی در کاهش اضطراب مفید بوده است (۹-۸). رجوئی (۱۳۷۷) و حیدری (۱۳۸۰) گزارش کردند که بعد از رفتار درمانی- شناختی اضطراب خانم‌های نابارورتحت درمان IVF وIUI کاهش می یابد(۱۱ -۱۰). Domar و همکاران نیز در طی دو مطالعه جداگانه در سال‌های ۱۹۹۰ و۲۰۰۰ گزارش کردند که به نظر می‌رسد با انجام روش رفتار درمانی- شناختی و کاهش استرس خانم‌های تحت درمان ناباروری، احتمال باروری بیشتر خواهد شد(۱۳-۱۲).

از آنجائی که در بین روش‌های کمکی باروری(ART) روش‌های درمانیGIFT وZIFT جزء پیچیده‌ترین و پرهزینه ترین روش‌های درمان ناباروری است و از نظر فیزیکی به دلیل اثر سوء نمونه گیری‌های مختلف

1- Assisted Reproduction Technology
2- Intra Uterin Insemination
3- In Vitro Fertilization
4- Gamete Intra Fallopian Transfer
5- Zygote Intra Fallopian Transfer



Downloaded from http://www.jri.ir

خون برای آزمایش، اعمال جراحی و بیهوشی یک عمل سخت و پر اضطراب است، از این رو پژوهشگران این مقاله بر آن شدند تا اثر یکی ازتکنیک‌های رفتاردرمانی- شناختی را بر کاهش اضطراب خانم‌های مبتلا به ناباروری اولیه تحت درمان با روش‌های GIFT یا ZIFT و تأثیر آن را در میزان موفقیت درمان مورد بررسی قرار دهند.

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی است که به روش کار آزمایی بالینی و به منظور تعیین تأثیر آموزش‌های رفتاری- شناختی در کاهش اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان GIFT یاZIFT مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران انجام گرفت. در تعریف روش‌های درمانیGIFT وZIFT باید گفت که در روش درمانیGIFT گامتها به داخل لوله‌های رحمی منتقل می‌شوند و در روش درمانی ZIFT تخمک لقاح یافته به داخل لوله‌های رحمی منتقل می‌شوند. در این پژوهش نمونه گیری به روش در دسترس انجام گرفت و حجم نمونه ٦٠ نفر بود که به دو گروه تجربی (٣٠ نفر) و کنترل (٣٠نفر) تقسیم شدند. هر دو گروه از نظر متغیرهای سن، تحصیلات، طبقه اجتماعی، طول مدت ازدواج، طول مدت درمان، امید به درمان، تفاهم در زندگی و...همسان بودند. لازم به ذکر است که متغیر امید به درمان در این پژوهش (که دارای گزینه‌های بسیار زیاد، زیاد، تاحدی، کمی، اصلاً می‌باشد) به این صورت مورد ارزیابی قرار گرفت که مصاحبه شونده در پاسخ به اینکه چه قدر به موفقیت درمان امیدوار است می‌بایست یکی از این گزینه‌ها را انتخاب کند. با توجه به اینکه متغیر وابسته مدل (موفقیت درمان) یک متغیر کیفی دو سطحی می‌باشد لذا محقق از مدل رگرسیون غیرخطی لجستیک جهت این امر استفاده نموده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، فرم مصاحبه که توسط پژوهشگر طراحی شده است و آزمون اضطراب حالت و صفت اشپیل برگر بود. فرم مصاحبه مشتمل بر اطلاعات فردی، سابقه درمان ناباروری، علل ناباروری و... بود و آزمون اضطراب حالت (احساس فرد در لحظه کنونی) و صفت (احساس معمول فرد در اکثر اوقات ) اشپیل برگر استاندارد بوده و از روایی و پایایی لازم برخوردار است. مهرام (١٣٧٢) بر اساس فرمول آلفای کرانباخ، بر روی ٦٠٠ آزمودنی بهنجار، پایایی ٠/٩١ را برای مقیاس اضطراب حالت و پایایی ٠/٩٠ را برای مقیاس اضطراب صفت به دست آورد. همچنین او برای مطالعه روایی، از شیوه ملاکی همزمان استفاده نمود که بر اساس این مطالعه در هر دو مقیاس اضطراب، حالت و صفت، تفاوت‌های معنی‌داری در ٠١ /٠ و ٠٥ /٠ بین گروه هنجار و ملاک و بر اساس مقایسه میانگین‌ها حاصل شده است.

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که در بدو مطالعه (روز٢١سیکل قاعدگی) همه آزمودنی‌ها توسط آزمون اضطراب حالت و صفت اشپیل برگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس آزمودنی‌ها بعد از انجام سونوگرافی اولیه، داروی تحریک تخمک گزاری دریافت نمودند و سپس مداخله رفتاری- شناختی در مورد گروه تجربی به صورت انفرادی و چهره به چهره اعمال گردید که شامل ارائه اطلاعات به مدت ده دقیقه در مورد آناتومی دستگاه تناسلی، اسپرم و تخمک، فیزیولوژی تشکیل جنین، چگونگی انجام مراحل روش GIFT و ZIFT و نیز علائم اضطراب و تاثیر آن بر روی باروری، تغییرات فیزیولوژیک در حین اضطراب و آرام‌سازی و همچنین آموزش تکنیک تمرکز و توجه برتنفس بود که برای انجام به مدت ده دقیقه آموزش داده شدند. افراد گروه تجربی می‌باید این تکنیک را روزانه سه بار و هر بار به مدت ده دقیقه در منزل انجام داده و در برگه ثبت روزانه یادداشت نمایند. در مورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت و

Downloaded from http://www.jri.ir

اقدامات معمول بخش انجام شد. در مراجعه بعدی (روز ۱۰ سیکل قاعدگی) بعد از انجام سونوگرافی واژینال در صورتی که افراد مورد پژوهش از نظر پزشکی واجد شرایط ادامه درمان بودند، بعد از کنترل برگه ثبت انجام تمرینات تنفسی در گروه تجربی (حذف افراد در صورتی که بیش از دو روز به طور کامل از انجام تمرینات تنفسی امتناع کرده بودند)، مرحله دوم تکمیل پرسشنامه آزمون اضطراب اشپیل برگر (حین مطالعه) دو یا سه روزقبل از عمل جراحی در هر گروه سنجیده شد. سپس مرحله سوم تکمیل پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر دو یا سه روز بعد از عمل جراحی توسط آزمودنی در هر گروه انجام شد. با توجه به اینکه آزمودنی‌ها بعد از عمل جراحی به بیمارستان مراجعه نمی‌کردند (استراحت مطلق) پژوهشگر از طریق پست با آنها در ارتباط بود به این صورت که قبل از عمل جراحی پرسشنامه و نامه حاوی آدرس و تمبر به آزمودنی داده می‌شد تا پس از عمل جراحی آن را تکمیل کرده و پست کند. پس از اتمام گردآوری داده‌ها و کسب صحت ورود داده‌ها به رایانه، تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم‌افزارSPSS انجام گردید. روش‌های آماری به کار رفته شامل آزمون‌های t مستقل، t وابسته، مجذور ($\chi^2$)، آزمون شفه و آنالیز واریانس اندازه‌های تکرار شده بود. لازم به ذکر است در کلیه مراحل آمار استنباطی جهت بررسی فرضیات تحقیق ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی‌داری $\alpha$=۰/۰۵ مدنظر بود.

## نتایج

نتایج مطالعه نشان داد که هر دو گروه تجربی و کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی، طول مدت ازدواج، طول مدت درمان وشیوه های درمان ناباروری و...) همگن بودند و تفاوت معنی‌داری نداشتند.

تحلیل داده‌های مربوط به اضطراب نشان داد که میانگین اضطراب حالت در بدو مطالعه در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت؛ اما در بررسی میانگین اضطراب حالت حین مطالعه نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین اضطراب حالت حین مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری دارد؛ به طوریکه میانگین اضطراب حالت حین مطالعه در گروه تجربی کمتر از گروه کنترل بود. همچنین بررسی میانگین اضطراب حالت پایان مطالعه آزمون t مستقل نشان داد که میانگین اضطراب حالت پایان مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری ندارد (جدول شمارهٔ ۱).

همچنین نتایج آزمون t وابسته نشان داد که میانگین اضطراب حالت گروه تجربی در بدو و حین مطالعه، بدو و پایان مطالعه و همچنین حین و پایان مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری دارد به این صورت که میانگین اضطراب حالت پایان مطالعه و حین مطالعه کمتر از بدو مطالعه بود؛ ولی میانگین اضطراب حالت پایان مطالعه بیشتر از حین مطالعه به دست آمد. اما در گروه کنترل، نتایج آزمون t وابسته نشان داد که بین میانگین

**جدول ۱- مقایسه میانگین اضطراب حالت در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه‌کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

| گروه / مرحله | تجربی M±SD (n=۳۰) | کنترل M±SD (n=۳۰) | مقایسه بین گروهی | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | مقدار آمارهٔ t | درجهٔ‌آزادی | P-Value |
| بدو مطالعه | ۴۸/۶±۱۳/۵ | ۴۳/۰±۱۱/۲ | ۱/۷۵ | ۵۸ | ۰/۰۸۵ |
| حین مطالعه | ۳۵/۶±۱۰/۶ | ۴۴/۶±۱۰/۷ | -۳/۲۶ | ۵۸ | ۰/۰۰۲ |
| پایان مطالعه | ۳۹/۸±۹/۵ | ۳۸/۲±۱۰/۸ | ۰/۶۱ | ۵۸ | ۰/۵۴۵ |



Downloaded from http://www.jri.ir

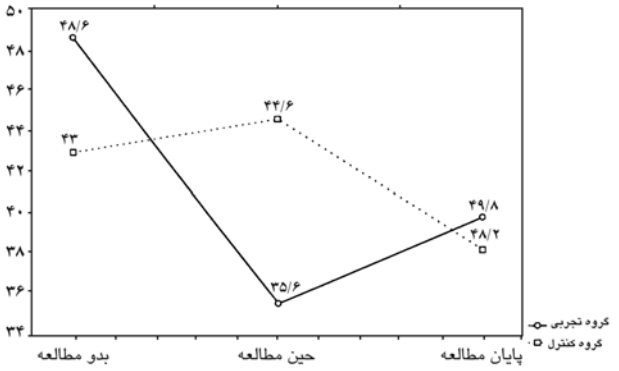
**جدول ۲ - مقایسه میانگین تفاوت اضطراب حالت در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

| مرحله / گروه | شاخص‌های آماری | تفاوت اضطراب حالت M±SD | نتایج آزمون: مقدار آمارهٔ t | نتایج آزمون: درجهٔ‌آزادی | نتایج آزمون: P-Value |
|---|---|---|---|---|---|
| تجربی (n=۳۰) | بدو مطالعه | ۴۸/۶±۱۳/۵ | ۵/۰۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰ |
| | حین مطالعه | ۳۵/۶±۱۰/۶ | | | |
| | بدو مطالعه | ۴۸/۶±۱۳/۵ | ۳/۷۹ | ۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| | پایان مطالعه | ۳۹/۸±۹/۵ | | | |
| | حین مطالعه | ۳۵/۶±۱۰/۶ | -۲/۱۹ | ۲۹ | ۰/۰۳۷ |
| | پایان مطالعه | ۳۹/۸±۹/۵ | | | |
| کنترل (n=۳۰) | بدو مطالعه | ۴۳/۰±۱۱/۲ | -۱/۱۲ | ۲۹ | ۰/۲۷۳ |
| | حین مطالعه | ۴۴/۶±۱۰/۷ | | | |
| | بدو مطالعه | ۴۳/۰±۱۱/۲ | ۲/۳۹ | ۲۹ | ۰/۰۲۴ |
| | پایان مطالعه | ۳۸/۲±۱۰/۸ | | | |
| | حین مطالعه | ۴۴/۶±۱۰/۷ | ۳/۹۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰ |
| | پایان مطالعه | ۳۸/۲±۱۰/۸ | | | |

اضطراب حالت بدو و حین مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ولی بین اضطراب حالت بدو و پایان و حین و پایان مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت، به این ترتیب که میانگین اضطراب حالت پایان مطالعه کمتر از حین مطالعه و همینطور کمتر از بدو مطالعه بود (جدول شمارهٔ ۲ ونمودار شمارهٔ ۱).

در بررسی یافته‌های مربوط به اضطراب صفت، نتایج آزمون t مستقل نشان داد اضطراب صفت دو گروه در بدو مطالعه ودر پایان مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری ندارد؛ اما اضطراب صفت در حین مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری دارد، به طوریکه میانگین اضطراب صفت حین مطالعه در گروه تجربی کمتر از گروه کنترل بود(جدول شمارهٔ ۳).

همچنین نتایج آزمون t وابسته نشان داد که در گروه تجربی میانگین اضطراب صفت در بدو و حین مطالعه و بدو و پایان مطالعه و حین و پایان مطالعه تفاوت معنی‌داری دارد، به این ترتیب که میانگین اضطراب صفت پایان مطالعه و حین مطالعه کمتر از بدو مطالعه و میانگین اضطراب صفت پایان مطالعه بیشتر از حین مطالعه بود. در حالیکه در گروه کنترل بین میانگین اضطراب صفت بدو و حین و همچنین حین و پایان مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ ولی تفاوت میانگین‌ها در پایان مطالعه نسبت به بدو مطالعه




**نمودار ۱- مقایسه میانگین اضطراب حالت در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه‌کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

Downloaded from http://www.jri.ir

معنی‌دار بود. به این صورت که اضطراب صفت پایان مطالعه کمتر از بدو مطالعه بود(جدول شمارهٔ٤).

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که از نظر میزان موفقیت در درمان ناباروری تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود ندارد. اما نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معنی داری بین اضطراب مرحله پایانی مطالعه و میزان موفقیت درمان وجود دارد، بدین معنا که میانگین اضطراب حالت و صفت آن گروه از آزمودنی‌های گروه تجربی که از درمان موفقیت‌آمیزی برخوردار بودند به طور معنی‌داری کمتر از آن آزمودنی‌هایی بوده است که در همان گروه و در گروه کنترل درمان ناموفقی داشته‌اند(جدول شمارهٔ٥).

به عنوان یافته‌های جانبی در بررسی تاثیر متغیرهای مداخله‌گر بر میزان اضطراب حالت و صفت، نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد به جز متغیرهای امید به درمان، تفاهم در زندگی و حمایت عاطفی همسران (با مولفه‌های زیاد، کمتر از متوسط، بیشتر از متوسط، کم)، سایر متغیرها بر میزان اضطراب حالت و صفت مراحل مختلف درمان در افراد مورد پژوهش اثری نداشتند. به این صورت که متغیر امید به درمان در کاهش اضطراب حالت بدو مطالعه (P=۰/۰۰۰) واضطراب صفت بدو مطالعه (P=۰/۰۰۱) و پایان مطالعه (P=۰/۰۱٤) موثر بود و در نتایج بررسی تاثیر متغیر تفاهم در زندگی بر میزان اضطراب نشان داد که این متغیر بر اضطراب حالت تاثیری نداشته است ولی بر اضطراب صفت تاثیر داشت به این صورت که متغیر تفاهم در زندگی باعث کاهش اضطراب صفت در بدو مطالعه (P=۰/۰٤۷) و حین مطالعه (P=۰/۰٤۷) شده است و علاوه بر این در بررسی تاثیر متغیر حمایت عاطفی همسران بر میزان اضطراب نتایج نشان داد که اضطراب حالت در حین مطالعه (P=۰/۰۳۸) و اضطراب صفت نیز در حین مطالعه (P=۰/۰۰٥) و همچنین در پایان مطالعه (P=۰/۰٤٤) کاهش یافته است. همچنین در رابطه با تاثیر متغیر امید به درمان در میزان موفقیت درمان نتایج تحلیل تشخیصی نشان داد که به ازای هر یک نمره افزایش امید به درمان ۰/۸۰ به موفقیت درمان اضافه می‌شود.

## بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش‌های رفتاری- شناختی می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های موثر در جهت کاهش اضطراب خانم‌های نابارور و بالا بردن میزان موفقیت در درمان مطرح شود.

نتایج آزمون‌های آماری در مورد میزان اضطراب حالت میزان اضطراب گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله قبل از عمل می باشد. یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین اضطراب حالت و صفت افراد تحت مطالعه در بدو مطالعه در دو گروه همگن بود و اختلاف آماری معنی داری نداشتند. بررسی میانگین اضطراب حالت و

**جدول ۳- مقایسه میانگین اضطراب صفت در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

| گروه / مرحله | تجربی M±SD (n=۳۰) | کنترل M±SD (n=۳۰) | مقایسه بین گروهی | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | مقدار آمارهٔ t | درجهٔ آزاد | P-Value |
| بدو مطالعه | ٤۷/۰±۱۰/۱ | ٤٤/۸±۱۰/۸ | ۰/۸۱ | ٥۸ | ۰/٤۱۹ |
| حین مطالعه | ۳۸/٦±۸/٤ | ٤٤/۰±۱۰/۰ | -۲/۲٦ | ٥۸ | ۰/۰۲۸ |
| پایان مطالعه | ٤۱/۷±۷/۹ | ٤۱/۳±۱۰/۳ | ۰/۱۷ | ٥۸ | ۰/۸٦۷ |



Downloaded from http://www.jri.ir

**جدول ۴ - مقایسه میانگین تفاوت اضطراب صفت در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

| مرحله / گروه | شاخص‌های آماری | تفاوت اضطراب صفت M±SD | نتایج آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | مقدار آمارهٔ t | درجهٔ‌آزادی | P-Value |
| تجربی (n=۳۰) | بدو مطالعه | ۴۷/۰±۱۰/۱ | ۴/۸۹ | ۲۹ | ۰/۰۰۰ |
| | حین مطالعه | ۳۸/۶±۸/۴ | | | |
| | بدو مطالعه | ۴۷/۰±۱۰/۱ | ۴/۰۴ | ۲۹ | ۰/۰۰۰ |
| | پایان مطالعه | ۴۱/۷±۷/۹ | | | |
| | حین مطالعه | ۳۸/۶±۸/۴ | -۲/۹۷ | ۲۹ | ۰/۰۰۶ |
| | پایان مطالعه | ۴۱/۷±۷/۹ | | | |
| کنترل (n=۳۰) | بدو مطالعه | ۴۴/۸±۱۰/۸ | ۰/۸۰۸ | ۲۹ | ۰/۴۲۶ |
| | حین مطالعه | ۴۴/۰±۱۰/۰ | | | |
| | بدو مطالعه | ۴۴/۸±۱۰/۸ | ۲/۲۸۰ | ۲۹ | ۰/۰۳۰ |
| | پایان مطالعه | ۴۱/۳±۱۰/۳ | | | |
| | حین مطالعه | ۴۴/۰±۱۰/۰ | ۲/۰۲۹ | ۲۹ | ۰/۰۵۲ |
| | پایان مطالعه | ۴۱/۳±۱۰/۳ | | | |

صفت حین مطالعه در دو گروه میانگین اضطراب حالت و صفت در حین مطالعه (قبل از عمل ) در دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد، به طوریکه میانگین اضطراب حالت و صفت قبل از عمل در گروه کنترل بیش از گروه تجربی بود. درضمن مقایسه میانگین اضطراب بدو و حین مطالعه در دو گروه نشان داد که اضطراب حالت و صفت در گروه تجربی به طور معنی‌داری کاهش یافته است ولی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد. یافته‌های فوق بیانگر آن است که افراد گروه کنترل دارای بالاترین نمرات اضطراب در مرحله قبل از عمل (حین مطالعه) می‌باشند؛ در حالیکه نمره اضطراب گروه تجربی قبل از عمل به طور مشخصی کاهش داشت. لذا در پراسترس‌ترین مرحله درمان، مداخله آموزش‌های رفتاری- شناختی باعث کاهش اضطراب گردید.

دهقانی و همکاران (۱۳۷۹) در مطالعه خود با عنوان «تأثیر آموزش در کاهش اضطراب، قبل و بعد از برداشت تخمک در زنان نابارور تحت درمان IVF» به این نتیجه رسیدند که آموزش باعث کاهش اضطراب بیماران قبل از عمل می‌شود(۱۴). Callasha (۱۹۹۸) نیز معتقد است دادن اطلاعات قبل از عمل می‌تواند اضطراب و درد بعد از عمل بیماران را کاهش دهد و فقدان اطلاعات لازم، اضطراب بیمار را تشدید کرده و موجب عوارض بعد از عمل می‌شود(۱۵). در پژوهش‌های جداگانه دیگری نیز Domar و همکاران (۱۹۹۰) و حیدری (۱۳۸۰) گزارش کردند که بعد از انجام رفتار درمان رفتاری- شناختی در مورد خانم‌های نابارور، میانگین اضطراب بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌داری داشته است (۱۲-۱۱).

از آنجائی که اضطراب صفت نسبت به اضطراب حالت کمتر تحت تاثیر شرایط خاص قرار می‌گیرد لذا به لحاظ نظری اضطراب صفت نباید تغییر چندانی داشته باشد؛ بنابراین در این مطالعه کاهش اضطراب صفت در گروه

Downloaded from http://www.jri.ir

**جدول ۵- مقایسه میانگین اضطراب حالت و صفت در مرحله پایان مطالعه بیمارانی که درمان موفق داشته و نداشته‌اند در دو گروه تجربی و کنترل در افراد مراجعه کننده به بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران، سال ۱۳۸۱**

| گروه / مراحل مطالعه | درمان | درمان موفق | درمان ناموفق | مقایسه بین میانگین‌ها | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | مقدار آمارهٔ t | درجهٔ آزادی | P-Value |
| اضطراب حالت در پایان مطالعه | تجربی | ۳۵/۳±۷/۳ | ۴۲/۴±۹/۸ | ۲/۰۹ | ۲۸ | ۰/۰۴۵ |
| | کنترل | ۳۷/۰±۱۲/۵ | ۳۸/۸±۱۰/۱ | ۰/۴۲ | ۲۸ | ۰/۶۷۴ |
| اضطراب صفت در پایان مطالعه | تجربی | ۳۷/۵±۷/۶ | ۴۴/۱±۷/۳ | ۲/۳۴ | ۲۸ | ۰/۰۲۷ |
| | کنترل | ۴۲/۸±۱۲/۴ | ۴۰/۵±۹/۴ | -۰/۵۵ | ۲۸ | ۰/۵۸۴ |

تجربی نیازمند تفسیر و تبیین می‌باشد. کاهش اضطراب صفت در گروه تجربی از یک طرف می‌تواند به علت تاثیر بازسازی شناختی باشد به این صورت که فرد آگاهی منطقی نسبت به موقعیت پیدا کرده و باعث شده که تفسیر او از شرایط، با تهدید کمتر و بی‌خطرتر همراه باشد. از طرف دیگر می‌تواند به این علت باشد که افراد مورد مطالعه پاسخ سئوالات هر دو پرسشنامه اضطراب حالت و صفت را تحت تاثیر شرایط فعلی خود پاسخ داده‌اند و در واقع احساس کلی که در پاسخ به سئوالات اضطراب صفت باید داشته باشند را گزارش نکرده‌اند. علاوه بر اینها ممکن است افراد مورد مطالعه به خاطر خشنود سازی پژوهشگر به سئوالات پرسشنامه اضطراب صفت همانند پرسشنامه اضطراب حالت پاسخ داده باشند.

در بررسی میانگین اضطراب حالت و صفت پایان مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد. اما نتایج نشان داد که میانگین اضطراب حالت و صفت بدو و پایان مطالعه در دو گروه بطور معنی داری کاهش داشته است. به نظر می‌رسد که حذف موقعیت تهدیدزا باعث کاهش اضطراب بعد از عمل نسبت به بدو مطالعه در هر دو گروه است. نتایج مطالعات رجوئی (۱۳۷۷) و Boivin و Takafamn (۱۹۹۵) از یافته بالا حمایت می‌کند. آنها در پژوهش‌های جداگانه روی خانم‌های نابارور تحت درمان IVF به این نتیجه رسیدند که میزان استرس و اضطراب افراد تحت درمان IVF بعد از انجام عمل، کاهش معنی‌داری داشته است(۱۶-۱۰).

بررسی مقایسه میانگین اضطراب حالت و صفت حین و پایان مطالعه در دو گروه نشان داد که میانگین اضطراب حالت، حین و پایان مطالعه در گروه تجربی و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد که با افزایش اضطراب در گروه تجربی و کاهش اضطراب در گروه کنترل مواجه بود. ولی در اضطراب صفت، حین و پایان مطالعه در گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد؛ اما در گروه تجربی اختلاف معنی‌داری وجود داشت که با افزایش اضطراب همراه بود. از آنجا که بعد

Downloaded from http://www.jri.ir

از عمل اضطراب کاهش می‌یابد، نتایج پژوهش این یافته را در گروه کنترل تایید می‌کند اما در گروه تجربی افزایش اضطراب نسبت به مرحله قبل از عمل نیازمند تفسیر و تبیین می‌باشد که می‌توان علت افزایش اضطراب را در این گروه عدم کنترل تداوم اجرای تکنیک آرامش آموزی توسط آزمودنیها در مرحلهٔ بعد از عمل دانست؛ بنابراین به دلیل اینکه احتمالاً اکثر افراد مورد مطالعه در گروه تجربی بعد از عمل تکنیک را اجرا نکردند اضطراب آنها نسبت به وقتی که اجرا می‌کردند (قبل از عمل) افزایش داشت. تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های رجوئی(۱۳۷۷)، دهقانی (۱۳۷۹) و حیدری (۱۳۸۰) در اضطراب بعد از عمل احتمالاً به دلیل عدم تشابه زمانی انجام آزمون اضطراب در مرحلهٔ بعد از عمل است زیرا زمان ارزیابی اضطراب بعد از عمل در این پژوهش ۲ روز بعد از عمل و در پژوهش‌های فوق ۳۰ دقیقه بعد از عمل بوده است.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد تفاوتی بین کاهش اضطراب و موفقیت درمان در دو گروه دیده نشد؛ ولی در مقایسه میانگین اضطراب حالت و صفت سه مرحله بیمارانی که باردار شده‌اند یا نشده‌اند در سه مرحله بدو، حین و پایان مطالعه، در دو گروه تجربی و کنترل نتایج نشان داد که اضطراب حالت و صفت در مرحله پایانی مطالعه (بعد از عمل) در گروه تجربی در بیمارانی که درمان موفقیت آمیز داشتند (بارداری) کمتر از گروه کنترل و گروه غیر موفق در گروه تجربی بود. یافته‌های Csemicky و همکاران (۲۰۰۰ ) و Domar (۱۹۹۰) از یافته فوق حمایت می‌کند (۱۷-۱۳)، همانگونه که ذکر شد به دلیل عدم کنترل تداوم اجرای تکنیک آرامش آموزی توسط گروه تجربی در مرحله پس از عمل، احتمالاً بیشتر افراد تحت مطالعه بعد از عمل این تکنیک را اجرا نکرده‌اند و به همین دلیل میزان اضطراب آنها افزایش یافته است. در مقابل آن دسته از افراد گروه تجربی که به دلیل تداوم اجرای تکنیک- و یا به هر دلیل دیگری- میزان اضطراب آنها افزایش نیافته است، به طور معنی‌داری موفقیت بیشتری در درمان داشته‌اند. بنابراین می‌توان گفت که با کنترل اضطراب و کاهش آن می‌توان به بالا بردن میزان موفقیت درمان کمک کرد.

در بررسی رابطه بین اضطراب با متغیر امید به درمان نتایج نشان داد در افرادی که امید بیشتری به موفقیت درمان دارند اضطراب حالت و صفت در مرحله بدو و پایان مطالعه کمتر بود و علاوه بر این در بررسی بین اضطراب و تفاهم در زندگی نتایج پژوهش نشان داد که هرچه تفاهم زوج‌ها در زندگی مشترک بیشتر باشد اضطراب صفت در بدو و حین مطالعه کمتر خواهد بود و بالاخره در بررسی رابطه بین اضطراب و حمایت عاطفی نتایج مطالعه نشان داد که هرچه افراد پژوهش از حمایت عاطفی بیشتری از طرف همسران خود برخوردار باشند اضطراب حالت و صفت در حین مطالعه و اضطراب صفت در پایان مطالعه کمتر خواهد بود.

تعداد کم افراد نمونه به دلیل ریزش نمونه‌ها (به عللی نظیر بالا رفتن قیمت داروهای مربوط به عمل GIFT و ZIFT، عدم اجرای تکنیک توجه و تمرکز در گروه تجربی، خوب نبودن کیفیت تخمکها قبل از عمل و عدم همکاری برخی از افراد تحت مطالعه در مرحله بعد از عمل در ارسال پرسشنامه اضطراب) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به اینکه افراد مورد مطالعه تقریباً از شروع درمان تا مرحله انجام عمل GIFT وZIFT مورد بررسی قرار گرفتند و از آنجایی که بعد از اتمام عمل، به دلیل استراحت مطلق به بیمارستان مراجعه نمی‌کردند امکان پیگیری آنها تا زمان حصول آزمایش بارداری مقدور نبود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در آینده تحقیقاتی در ارتباط با تکنیک‌های کنترل اضطراب بر موفقیت روش‌های کمک باروری تا مرحله نتیجه آزمایش بارداری صورت گیرد. نتایج این مطالعه نیاز به ایجاد واحدهای بهداشت روان و تشکیل تیم‌های

Downloaded from http://www.jri.ir

روان‌شناسی و مشاوره در کنار تیم درمانی ناباروری در مراکز درمان ناباروری و اهمیت توجه به مشکلات روانی زوجین، در درمان ناباروری را نشان می‌دهد.

## تشکر و قدردانی

با سپاس و تشکر از کلیه مسئولین و پرسنل محترم علیپور و عیوضی که ما را صمیمانه در اجرای این پژوهش یاری دادند.

## منابع

۱- دوگاس بورلی پیتر. اصول مراقبت از بیمار (نگرشی جامع به پرستاری). چاپ دوم، گروه مترجمین، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران (۱۳۷۳)، صفحه ۸.

2- Gibson D.M., Myers J.E. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. J Couns Dev.2000;78(4):400-411.

3-Valentin D.P. Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. Soc Work Health Care.1986;11(4):61-69.

4- Myers L.B., Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive - behavioral approach for couples. Am J Fam Therapy.1996;24(1):9-20.

۵- کی ویلیام آر، چانگ جفری، ربارربرت، سولز میخائیل آر. ارزیابی و درمان ناباروری. چاپ اول، ترجمه کریم زاده میبدی و همکاران، انتشارات یزد (۱۳۷۵)، صفحه ۲۷.

6- Burns L.H., Covington S.N. Infertility conesling: A comprehensive handbook for clincians. New Yourk, Purthenon.2000;3-22.

7- Michelson L.K., Marchion K. Behavioral cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critigue and synthesis. J consult Cli psychol.1991;59,100-114.

8- Harvey A.G., Rapce R.M. Cognitive behaviour therapy for generelized anxiety disorder. Psychia Clin North Am.1995;18(4):859-870.

۹- رجوئی مریم. جنبه‌های روان شناختی ناباروری. پژوهش‌های روان شناختی، دوره ٤ (۱۳۷۷)، شماره ۳ بخش درمان ناباروری بیمارستان شریعتی تهران به ویژه سرکار خانم دکتر آل یاسین و سرکار خانم‌ها و ٤، صفحات: ۷۸-۷۲.

۱۰- حیدری پروانه. بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی بر اضطراب‌خانم‌های نازای اولیه تحت درمان IUI. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مشهد (۱۳۸۰)، صفحات: ۹۷ و ۱۱۲.

11- Domar A., Seible M.M., Benson H. The mind, body program for infertility: A new behavioural treatment approach for women with infertility. Fertil Steril.1990;53(2):245-249.

12- Domar A.D., Clapp D., Slawsby E., Kessed B., Orar J., Freizinger M. The impact of group psychological intervention on distress in infertil women. J Health Psychol.2000;19(9):568-575.

۱۳- مهرام بهروز. راهنمای آزمون اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر و دستورالعمل اجرایی و تعبیر و تفسیر براساس پژوهش هنجاریابی آزمون در شهر مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد (۱۳۷۲).

۱٤- دهقانی حمیده، دهقانی خدیجه، خلیلی محمد علی. تأثیر آموزش در کاهش اضطراب قبل و بعد از برداشت تخمک در زنان نابارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید صدوقی یزد، سال هشتم (۱۳۷۹)، شماره ۳، صفحات: ۲۹-۲٤.

15- Callaghan P. Evidence based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). J Adv Nurs.1998;28(3):576-583.

16 - Boivin J., Takefman J. Stress leved across stages of invitro fertilization in subsequently

Downloaded from http://www.jri.ir

pregnant and nonpregnant women. Fertil Steril. 1995;64(4):802-810.
The influence of stress & state anxiety on the outcome of IVF- treatment: psychological & endocri-

17 - Csemiczky G., Landgren B.M., Collins A. nological assessment of swedish women entering IVF-treatment. Acta Obstet Gynecol Scand.2000; 79:113-118.

.

Downloaded from http://www.jri.ir