

## بررسی رضایتمندی زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس در طول دوره درمان یک کار آزمایی بالینی

محبوبه والیبانی<sup>۱</sup>، سارا عابدیان<sup>۲\*</sup>

۱- هیات علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
 ۲- هیات علمی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

پذیرش: ۹۴/۲/۲۷

دریافت: ۹۳/۱۲/۱۲

### چکیده:

**مقدمه:** ناباروری اثرات روانشناختی زیادی بر روحیات زوجین نابارور دارد و استرس های شدیدی را در زن و مرد ایجاد می کند. تکنیک تن آرامی از جمله روش های موثر در رفع استرس بوده که باعث تعادل استرس می شود. در همین راستا هدف از این مطالعه، تعیین تاثیر روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان بر رضایتمندی زنان نابارور می باشد.

**روش کار:** این پژوهش کار آزمایی بالینی کنترل دار بود که بر روی ۷۶ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ سال نابارور تحت درمان *IVF* و یا *ICSI* انجام شد. این زنان که برای درمان ناباروری خود به کلینیک نازایی اصفهان مراجعه نموده بودند، به روش نمونه گیری آسان و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (۳۶ نفر در گروه مداخله و ۳۶ نفر در گروه کنترل). تکنیک تن آرامی در گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه انجام شد. اطلاعات بوسیله پرسشنامه استاندارد استرس ناباروری نیوتن و میزان رضایتمندی از روند درمانی قبل و بعد از مطالعه توسط افراد دو گروه تکمیل شد.

**یافته ها:** آزمون های آماری نشان داد که تفاوت معنی داری در ویژگی های فردی باروری افراد گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. آزمون من ویتنی نشان داد بین رضایت از روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان در دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت و این رضایتمندی در گروه مداخله بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ( $P=0/001$ ).

**نتیجه نهایی:** استفاده از تکنیک تن آرامی به عنوان یک تکنیک کاهش استرس بر رضایتمندی زنان از این روند مراقبتی (حتی زنانی که نتیجه تست بارداری آن ها منفی شده) تاثیر مثبت دارد که این موضوع می تواند به پیگیری بهتر برنامه درمانی در زوجین نابارور کمک کند.

**کلیدواژه ها:** رضایتمندی / زنان نابارور / کاهش استرس

\* نویسنده مسئول: سارا عابدیان؛ هیات علمی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

**مقدمه:**

در اکثر فرهنگ ها باروری اهمیت داشته و تمایل به داشتن فرزند از اساسی ترین انگیزه های انسانی بوده است. در زوج هایی که خواهان فرزند هستند ولی توانایی آن را ندارند، نه تنها این مساله ناامید کننده است بلکه امری ویرانگر خواهد بود (۱). بطور کلی منظور از ناباروری این است که یک زوج به مدت یک سال نزدیکی محافظت نشده داشته باشند و حاملگی حاصل نشود (۲).

تقریباً ۹۰-۸۵٪ زوج های جوان سالم در مدت یک سال حامله می شوند. بنابراین ناباروری در ۱۵-۱۰٪ زوجها دیده می شود. 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 ۵٪ افزایش داشته است (۳). در مطالعه ای نیز که در ایران انجام شد، مشخص شد که حدود یک چهارم زوج های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می کنند (۴).

همچنان که از این ارقام استنباط می شود، ناباروری آرام آرام در حال افزایش است و بدون بجا گذاشتن آثاری مشهود ممکن است ما را در بحبوحه یک اپیدمی از این مشکل قرار دهد (۵).

ناباروری مشکلات بیولوژیکی و روانی است (۶). تشخیص ناباروری اثرات روانی زیادی بر زوجین دارد (۷) که با استرس های شدیدی در زن و مرد همراه است و باعث احساساتی مثل عصبانیت، غم و اندوه، ناامیدی، یاس و پریشانی می شود (۸) همچنین ناباروری باعث ایجاد ضایعه ای در زندگی افراد نابارور شده و این احساس ضایعه یا اختلال منجر به ایجاد استرس می شود (۹). زنان، ناباروری را به عنوان پر استرس ترین واقعه زندگی خود عنوان کردند (۱۰). خوشبختانه پیشرفت در زمینه درمان ناباروری منجر به پیدایش روش های کمک باروری شده است (۳). بیمارانی که در درمان های کمک باروری نازایی قرار می گیرند نیز متحمل استرس روانی زیادی هستند (۱۱). وجود مشکلات روانی و استرس باعث می شود تا زوجین با قدرت کمتری با مسائل و مشکلات ناباروری برخورد کنند (۱۲). در بعضی از موارد آشفتگی های روانی در آنان به حدی می رسد که در پی

درمان های نا موفق اقدام به خودکشی ملاحظه می شود (۱۳).

استرس روانی بیمارانی که تحت درمان های کمک باروری قرار می گیرند، بیشتر از استرس فیزیکی آن است (۱۴)، بیشتر این بیماران علائم افسردگی، اضطراب، عصبانیت و گوشه گیری را بعد از درمان ناموفق شان گزارش کردند (۱۵) که این علائم در مدت طولانی پابرجا می ماند و ممکن است تبدیل به افسردگی شود. درمان های کمک باروری از گران ترین و تهاجمی ترین درمان های ناباروری هستند و تحقیقات نشان داد هرچه استرس زنان در شروع این درمان ها بیشتر باشد، میزان ترک این درمان ها به دنبال عدم حاملگی افزایش می یابد. با توجه به اینکه انتظار می رود درصد حاملگی با تداوم درمان افزایش یابد به نظر می رسد ارایه راهکاری برای کاهش استرس در طی درمان مناسب باشد (۱۶).

کاهش استرس به دو روش داروها و استفاده از طب مکمل (روش استفاده از دارو و طب مکمل میسر می باشد) امکانپذیر می باشد (۱۷).

روش های مختلفی برای کنترل و یا کاهش استرس مورد استفاده قرار گرفته اند از جمله استفاده از دارو و طب مکمل (۱۷). تکنیک های تن آرامی از جمله روش های موثر برای این منظور بوده و بصورت گسترده مورد استفاده قرار گرفته اند (۱۹). این تکنیک باعث تعادل استرس بر بدن می شود (۲۰). در همین راستا گیل و همکارانش در کشور استرالیا اثر تکنیک تن آرامی را بر سطح اضطراب و استرس دانشجویان دوره لیسانس سنجیدند. نتایج این پژوهش نشان داد که تکنیک تن آرامی باعث کاهش اضطراب و استرس و افزایش اعتماد به نفس در بین این دانشجویان شده بود (۲۱).

کالخوران و همکاران نیز در سال ۲۰۱۱ در تهران مطالعه ای با عنوان مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایتمندی از زندگی جنسی در دو گروه زنان نابارور و بارور انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد زنان نابارور نیازمند مراقبت های روانی زیادی هستند. همچنین به نظر می رسد پرداختن به بهبود سلامت روانی زنان نابارور از طریق اقدامات حمایتی ارزشمند باشد (۲۲).

مطالعه ای توسط حاتم لویی و همکاران در سال ۲۰۱۲

زنانی که به دلیل بیماری روانشناختی مثل افسردگی و ... تحت درمان نبودند.

معیارهای عدم ورود به پژوهش، شامل بیماری روانشناختی، بیماری جسمی و نقص عضو، استفاده از مواد یا داروهای روان گردان، درمان قبلی بیشتر از دو بار از روش *IVF* و یا *ICSI*، فوت یکی از بستگان درجه یک طی ۲ ماه گذشته و یا افرادی که دارای فرزند خوانده بودند.

در صورتی که برای افراد شرکت کننده در پژوهش، در طی روند درمانی مشکلی پیش می آمد یا حوادث ناگوار اتفاق می افتاد، فرد از مطالعه کنار گذاشته می شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بود که از چهار بخش تشکیل شده:

مشخصات فردی - باروری که شامل سن، میزان تحصیلات و شغل خانم و همسرش، محل زندگی، محل سکونت، سن اولین قاعدگی، نظم قاعدگی، روش جلوگیری از بارداری (در صورتی که قبلاً استفاده می شد)، مدت ازدواج، مدت ناباروری و مدت درمان بود.

استرس که توسط پرسشنامه اختصاصی استرس ناباروری نیوتن سنجیده می شد. این پرسشنامه که یک ابزار چند بعدی و ۴۶ سوالی بود، نگرانی های افراد نابارور را در پنج بعد اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن، مورد بررسی قرار می داد.

مشخصات پرونده ای: این بخش که از پرونده بیمار تکمیل می شد، شامل علت ناباروری، نوع درمان کنونی، تعداد دفعات قبلی *IVF* یا میکرواینجکشن و نتیجه تست حاملگی در درمان کنونی بوده است.

رضایت از روند مراقبتی کاهش استرس که به صورت یک سوال و با واژه های کاملاً موافق، تا حدی موافق، خیلی کم موافق، خیلی کم مخالف، تا حدی مخالف، کاملاً مخالف مشخص شده بود.

برای بدست آوردن پایایی آزمون، ابتدا پرسشنامه بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور در کلینیک نازایی اصفهان اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی (۰/۷۷)، موضوعات جنسی (۰/۷۸)، موضوعات ارتباطی (۰/۷۸)، رد سبک زندگی بدون فرزند (۰/۷۵)، نیاز به والد بودن (۰/۸۰) و

در تبریز با عنوان مقایسه سلامت روانی و رضایت زناشویی در زنان بارور و نابارور انجام شد که نتایج این تحقیق نشان داد وضعیت روحی روانی زنان نابارور مناسب نبوده و بنابراین توجه به نیازهای روانی افراد نابارور یک بخش اساسی در موفقیت درمان ناباروری است (۲۳).

بدین ترتیب با توجه به افزایش میزان ناباروری، وجود استرس در زنان نابارور و کاهش موفقیت درمان در زنان مضطرب، زنان نابارور بایستی تحت آماده سازی کامل قرار گیرند. لذا یکی از وظایف مهم درمانگر و ارائه دهنده خدمات بهداشتی، برطرف کردن استرس زنان نابارور در مراحل درمان است تا نتیجه بهتری از اقدامات درمانی اخذ شود (۲۴) با توجه به اینکه در مراکز ناباروری کشورمان اهمیتی به جنبه های روانی و استرس زوج های نابارور داده نمی شود لذا این پژوهش با هدف بررسی رضایتمندی زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس در طول دوره درمان انجام شده است.

### روش کار:

این پژوهش، یک پژوهش کارآزمایی بالینی کنترل دار بود که بر روی ۷۶ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ سال نابارور تحت درمان *IVF* و یا *ICSI* انجام شد.

این زنان که برای درمان ناباروری خود به کلینیک نازایی اصفهان مراجعه نموده بودند، به روش نمونه گیری آسان و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین صورت که نفر اول با قرعه در یکی از دو گروه مداخله و یا کنترل قرار می گرفت و سپس نفر دوم در گروه دیگر قرار می گرفت و به همین ترتیب نمونه ها در دو دسته قرار گرفتند (۳۶ نفر در گروه مداخله و ۳۶ نفر در گروه کنترل). تمامی واحدهای مورد پژوهش در رد یا قبول شرکت در مطالعه و ادامه آن آزاد بودند و همچنین به کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش از محرمانه بودن اطلاعات و اینکه انجام پژوهش فوق هیچگونه خللی در برنامه مراقبتی آنان ایجاد نمی کند، اطمینان داده شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان با تشخیص ناباروری اولیه، در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، تحت درمان *IVF* و یا *ICSI* (زنانی که بیشتر از دو بار قبلاً از *IVF* یا *ICSI* استفاده نکرده باشند)، تمایل به شرکت در مطالعه را داشته و دارای ملیت ایرانی بودند و همچنین

همه افراد گروه مداخله به صورت یکسان به اجرا گذاشته شد.

اولین جلسه تکنیک تن آرامی در افراد گروه مداخله، حوالی روز هفتم سیکل قاعدگی انجام شد و سپس به صورت یک روز در میان تا قبل از انتقال رویان به رحم (در مجموع ۶ جلسه) با حضور پژوهشگر و در کلینیک ناباروری اصفهان انجام شد. پس از انتقال رویان به رحم به دلیل عدم امکان حضور بیماران در کلینیک و نیاز آن‌ها به استراحت نسبی، یک عدد سی دی که قبلاً تهیه شده بود، در اختیار افراد شرکت کننده در پژوهش قرار گرفت و به آن‌ها توصیه شد که یک روز در میان به مدت ۶ جلسه در شرایط فیزیکی مشابه جلسات قبلی، تکنیک را با گوش دادن به سی دی انجام دهند. پژوهشگر بصورت تلفنی با افراد شرکت کننده در پژوهش در تماس بوده و ضمن توضیح اهمیت انجام کار برای آنان از ادامه صحیح روند مراقبتی مطمئن می شد. پس از گذشت حدود ۱۵ روز، زمانی که نمونه های مورد پژوهش جهت تست بارداری به آزمایشگاه رفتند، پژوهشگر نیز در محل حاضر می شد تا آخرین نوبت پرسشنامه استرس را تکمیل نماید. علاوه بر این پژوهشگر همانجا از نتیجه تست بارداری اطلاع می یافت و نتیجه را در پرسشنامه ثبت می نمود. سوال رضایت از نتیجه درمان توسط افراد دو گروه در این مرحله پاسخ داده می شد.

در نمونه هایی که به علت مسافت زیاد (اسکان نمونه ها در شهرستان های خارج از اصفهان)، پژوهشگر قادر به حضور در آزمایشگاه مورد نظر نبود، پرسشنامه از طریق تلفنی به دقت و با صرف وقت کافی تکمیل می شد و اطلاع از نتیجه تست بارداری نیز به صورت تلفنی انجام می پذیرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. نرم افزار کامپیوتری مورد استفاده *SPSS/16* بود و برای کلیه آزمون ها حداکثر سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش از آزمون های تی مستقل، کای اسکور و من ویتنی استفاده شد.

استرس کلی (۰/۹۲) برآورد شد. لذا پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش از نظر پایایی مورد آزمون قرار گرفته است.

جهت دستیابی و گردآوری اطلاعات مورد نظر، پژوهشگر پس از کسب اجازه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت معرفی نامه، خود را به مسئولین کلینیک ناباروری اصفهان معرفی نمود و پس از توضیح در مورد هدف پژوهش و کسب اجازه از آن‌ها برای نمونه گیری در این مرکز حاضر شد.

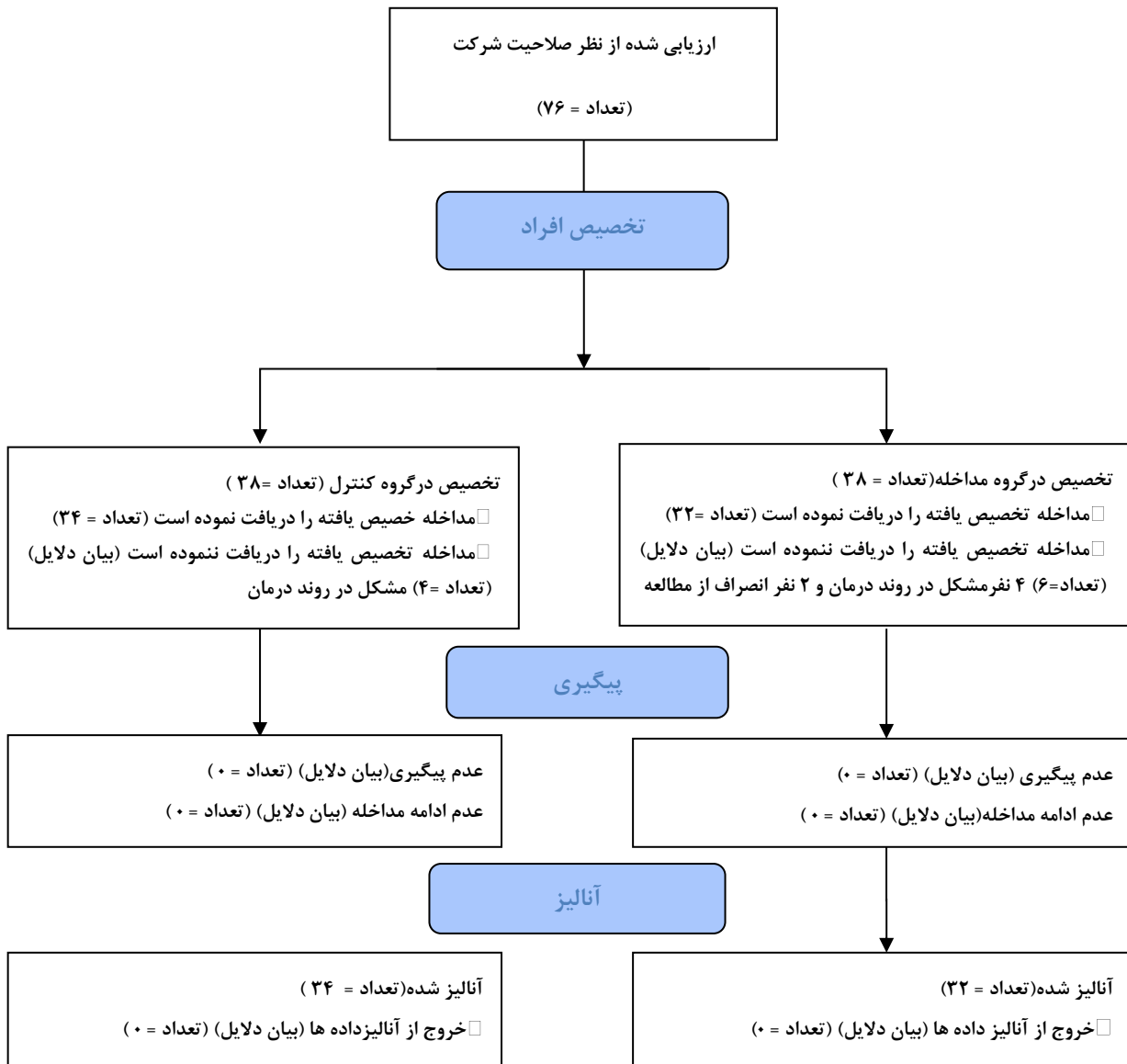
در پژوهش حاضر، پرسشنامه در دو مرحله تکمیل شد. ابتدا در شروع مطالعه و سپس بعد از اتمام مطالعه و قبل از انجام تست بارداری تکمیل گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه، در گروه مداخله علاوه بر درمان های *IVF* و یا *ICSI* تکنیک تن آرامی به مدت ۱۲ جلسه، هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه و بین ساعت ۳ تا ۶ عصر (۶ جلسه قبل از انتقال رویان به رحم و ۶ جلسه بعد از آن) توسط پژوهشگر اجرا می شد و در گروه کنترل تنها درمان های *IVF* و یا *ICSI* به کار گرفته می شد.

در گروه مداخله برای اجرای تکنیک تن آرامی، افراد شرکت کننده در پژوهش در کلینیک ناباروری اصفهان به صورت دراز کشیده به پهلو، پاها نسبتاً خم که فشاری به هیچیک از عضلات بدن وارد نشود و در یک وضعیت راحت با چشمانی بسته قرار گرفته و برای آن‌ها به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در اتاقی با ابعاد حداقل ۳×۴ متر مربع و با دمای ۲۴-۲۰ درجه سانتیگراد، ترکیبی از تکنیک های تن آرامی جکبسون (*Jacobson*) و تکنیک بنسون (*Benson*) (تنفس پاک همراه با تصویر سازی ذهنی) بکار گرفته شد.

در تکنیک جکبسون عضلات بدن را به ۸ قسمت تقسیم کرده و در طی انجام تکنیک یک انقباض فعال عضلانی بمدت ۵ ثانیه و سپس رهایی همان عضله به مدت ۳۰ ثانیه (تنش/آرامش) اجرا می شد. ترتیب انقباض و رهایی عضلات بصورت زیر بود: پای راست، پای چپ، دست راست، دست چپ، شکم و کمر، سینه و کتف ها، صورت، سر و پوست سر (۲۵).

این تکنیک با حضور پژوهشگر و از طریق پخش لوح فشرده که قبلاً ضبط و تهیه شده بود برای



نمودار ۱: جریان فرایند کنسرت ۲۰۱۰

**یافته ها:**

تحصیلات زیردیپلم و دیپلم و بیشتر مردان (۶۸/۲٪) نیز تحصیلات زیردیپلم و دیپلم داشتند. اکثر زنان (۷۸/۸٪) خانه دار و اکثر مردان (۳۹/۴٪) دارای شغل آزاد بوده اند. ۳۶/۴٪ افراد شرکت کننده در پژوهش اصفهانی و ۳۶/۴٪ ساکن شهرهایی غیر از استان اصفهان بوده اند. بیشتر نمونه های مورد پژوهش (۵۵/۹٪) مالک منزل شخصی بودند.

میانگین سنی زنان در اولین دوره قاعدگی  $1/5 \pm$  ۱۳/۶ سال بوده و اکثر زنان (۷۵/۸٪) قاعدگی منظم داشتند. نیمی از زنان (۵۰٪) قبلاً از روش های پیشگیری از بارداری استفاده کرده و نیمی دیگر (۵۰٪) سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری را نداشتند.

در این پژوهش جمعاً ۷۶ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. نظر به اینکه تعداد نمونه ها در هر گروه، حداقل ۳۲ نفر در نظر گرفته شده بود، در نهایت ۳۲ نفر در گروه مداخله (۴ مورد ریزش به علت مشکل در روند درمان و ۲ مورد انصراف از ادامه مطالعه) و ۳۴ نفر در گروه کنترل (۴ مورد ریزش به علت مشکل در روند درمان) باقی ماندند و آنالیز آماری بر روی این تعداد نمونه انجام گرفت. (نمودار ۱)

میانگین سنی زنان شرکت کننده در پژوهش ۴/۱  $\pm$  ۲۹/۴ سال، میانگین سنی مردان (همسران واحدهای مورد پژوهش) ۵/۶  $\pm$  ۳۴/۸ سال، بیشتر زنان (۶۵٪)

قبل از مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری ندارد ( $P > 0.05$ ).

بر اساس یافته های جدول ۲ و آزمون  $t$  زوج برای نمره استرس در ۵ بعد به تفکیک و استرس کل، نشان داده شد که میانگین نمره استرس در تمامی ابعاد و میانگین نمره استرس کل، در گروه مداخله قبل و بعد از مطالعه با هم تفاوت معنادار داشته و این میانگین نمره بعد از مطالعه کاهش یافته است ( $P < 0.05$ ).

بر اساس یافته های جدول ۳ و آزمون  $t$  زوج برای نمره استرس در ۵ بعد به تفکیک و نیز استرس کل، نشان داده شد که میانگین نمره استرس در تمامی ابعاد و میانگین نمره استرس کل، در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه با هم تفاوت معنادار داشته و این میانگین نمره بعد از مطالعه افزایش داشته است ( $P < 0.05$ ).

بر اساس یافته های جدول ۴ و آزمون من ویتنی نشان داده شد که رضایت از روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان در گروه مداخله بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ( $P < 0.05$ ).

بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش که قبلاً از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کرده اند ( $48/5\%$ )، از روش طبیعی جلوگیری از بارداری استفاده کرده بودند.

میانگین مدت ازدواج  $4/1 \pm 7/5$  سال، میانگین مدت ناباروری  $3/9 \pm 5/6$  سال، میانگین طول مدت درمان ناباروری  $3/7 \pm 5/0$  سال بود.

بیشترین علت ناباروری واحدهای مورد پژوهش ( $48/5\%$ ) عامل مردانه بوده و بیشتر افراد ( $75/8\%$ ) تحت درمان  $ICSI$  قرار داشتند. میانگین استفاده قبلی افراد از درمان های  $IVF$  و یا  $ICSI$   $0/7 \pm 0/51$  مرتبه بود و بیشتر افراد ( $59/1\%$ ) قبلاً از درمان های کمک باروری استفاده نکرده بودند.

با استفاده از آزمون های تی مستقل، من ویتنی و کای اسکوئر مشخص شد که تفاوت معنی داری در مشخصات فردی باروری بین گروه های مداخله و کنترل وجود نداشت.

بر اساس یافته های جدول ۱ و آزمون  $t$  مستقل برای نمره استرس در ۵ بعد و استرس کل، نشان داده شد که میانگین نمره استرس در ۵ بعد به تفکیک و استرس کل،

جدول ۱: شاخص های توصیفی نمره استرس در ۵ بعد (اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند، نیاز به والد شدن) و استرس کل، قبل از مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

P	گروه کنترل		گروه مداخله		نمره استرس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/139	9/12	40/73	10/58	44/37	بعد اجتماعی
0/936	8/12	27/8	9	27/62	بعد جنسی
0/275	11/24	29/85	12/1	26/69	بعد ارتباطی
0/301	8/94	50/23	11/77	47/56	سبک زندگی بدون فرزند
0/434	3/84	37/64	5/33	36/75	نیاز به والد شدن
0/703	29/84	186/26	39/14	183	استرس کل

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره استرس در ۵ بعد (اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند، نیاز به والد شدن) و استرس کل، قبل و بعد از مطالعه در گروه مداخله

P	بعد از مطالعه		قبل از مطالعه		نمره استرس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	8/66	32/34	10/58	44/37	اجتماعی
<0/001	7/77	23/12	9	27/62	جنسی
<0/001	9/55	21/81	12/1	26/69	ارتباطی
<0/001	7/43	37/25	11/77	47/56	سبک زندگی بدون فرزند
<0/001	4/5	33/47	5/33	36/75	نیاز به والد شدن
<0/001	28/54	148	39/14	183	استرس کل

چنانچه میانگین نمره از ۴۶ پایین تر باشد فرد موردنظر استرس ندارد.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره استرس در ۵ بعد (اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند، نیاز به والد شدن) و استرس کل، قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل

P	بعد از مطالعه		قبل از مطالعه		نمره استرس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۶/۸۲	۴۹/۱۵	۹/۱۲	۴۰/۷۳	اجتماعی
<۰/۰۰۱	۶/۶۶	۳۳/۲۳	۸/۱۲	۲۷/۸	جنسی
<۰/۰۰۱	۱۱/۶۶	۳۳/۹۱	۱۱/۲۳	۲۹/۸۵	ارتباطی
۰/۰۰۲	۳/۷	۵۳/۸۲	۸/۹۴	۵۰/۲۳	سبک زندگی بدون فرزند
<۰/۰۰۱	۳	۳۸/۸۸	۳/۸۴	۳۷/۶۵	نیاز به والد شدن
<۰/۰۰۱	۲۳/۱۴	۲۰۹	۲۹/۸۴	۱۸۶/۲۶	استرس کل

جدول ۴: توزیع فراوانی رضایت از روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان در دو گروه مداخله و کنترل :

P	گروه کنترل		گروه مداخله		رضایت از روند مراقبتی کاهش استرس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۰۱	۲/۹	۱	۴۶/۹	۱۵	کاملاً موافق
۰/۰۰۰۱	۰	۰	۲۱/۹	۷	تا حدی موافق
۰/۰۰۰۱	۰	۰	۲۵	۸	خیلی کم موافق
۰/۰۰۰۱	۵/۹	۲	۳	۱	خیلی کم مخالف
۰/۰۰۰۱	۱۷/۶	۶	۰	۰	تا حدی مخالف
۰/۰۰۰۱	۷۳/۵	۲۵	۳/۱	۱	کاملاً مخالف
۰/۰۰۰۱	۱۰۰	۳۴	۱۰۰	۳۲	کل

## بحث:

همچنین شارما و همکاران در کشور هند، مطالعه ای با عنوان تکنیک تن آرامی برای مبارزه با استرس انجام دادند و بعد از اتمام مطالعه، استرس افراد بطور معناداری کاهش یافته بود ( $P < 0/001$ ) (۲۷).

همان گونه که مشاهده می شود نتایج این ۲ تحقیق، تاثیر تکنیک تن آرامی را بر کاهش استرس و اضطراب در گروه های مختلف سنی نشان می دهد که از جهت کاهش استرس با نتیجه تحقیق حاضر هم خوانی دارد.

نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که میانگین نمره استرس در گروه کنترل بعد از مطالعه افزایش یافته است.

در همین راستا پترسون و همکارانش در کشور امریکا مطالعه ای با عنوان مردان و زنانی که در حال انجام IVF هستند، چگونه با استرس ناباروری مقابله می کنند، انجام دادند. در نهایت، نتیجه تحقیق نشان داد که هیچ راهکاری برای تطابق زن و مرد با استرس ناباروری وجود ندارد و همین موضوع باعث افزایش استرس زوج ها می شود (۲۸) که نتایج حاصل از این تحقیق با نتیجه پژوهش فعلی هم خوانی دارد. همچنین در این راستا تحقیقات زیر بیانگر افزایش استرس در زوج های نابارور در مراحل درمان می باشد.

هدف از این پژوهش مبنی بر رضایتمندی زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر تاثیر ۱۲ جلسه تکنیک تن آرامی بر کاهش استرس و رضایتمندی زنان نابارور از این روند مراقبتی دیده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که نمره استرس در گروه مداخله بعد از اتمام مداخله کاهش یافته است. فرامرزی و همکاران در مطالعه ای با عنوان آیا روان درمانی نسبت به دارو درمانی یک روش قابل اعتمادی برای بهبود سلامت روانی زنان نابارور است؟ که در ایران (بابل) انجام شد، نشان دادند که روان درمانی (شامل سخنرانی، تکنیک تن آرامی، مطالب جالب و خواندنی و ...) بیشتر از دارو درمانی در بهبود سلامت روانی زنان نابارور موثر بوده است ( $P < 0/050$ ) (۲۶). صدیقی و همکاران نیز در همدان، مطالعه ای جهت بررسی تاثیر آماده سازی بر اضطراب و موفقیت درمان در زنان نابارور انجام دادند. قبل و بعد از مداخله (آماده سازی گروهی) سطح اضطراب زنان اندازه گیری شد و مشخص شد که در گروه مداخله اضطراب افراد نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری یافته است ( $P < 0/001$ ) (۲۴).

نکته قابل توجه آن که، با وجود این که در گروه مداخله تست بارداری تعدادی از افراد منفی شده، اما استرس و پذیرش نتیجه این افراد نسبت به گروه کنترل بهتر بوده، که این موضوع می تواند به کاهش ترک درمان در افراد گروه مداخله با تست منفی بارداری بیانجامد. با توجه به اینکه انتظار می رود درصد حاملگی با تداوم درمان افزایش یابد به نظر می رسد احتمال بارداری این افراد در آینده نیز بیشتر باشد. با بکارگیری تکنیک تن آرامی حتی در صورت منفی شدن تست بارداری نیز سلامت روانی زنان نابارور بهبود یافته و منجر به کاهش استفاده از داروها جهت کنترل استرس و اضطراب، که عوارض جانبی زیادی برای زنان به همراه دارد، می انجامد.

### نتیجه نهایی:

کاربرد این تکنیک می تواند برای بهبود پذیرش نتایج درمان در زوجین نابارور و افزایش انگیزه ادامه درمان در دوره ناباروری مفید باشد.

### سپاسگزاری:

پژوهش حاضر استخراج شده از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته مامایی و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۳۸۸۵۵۳ می باشد که با شماره ۲۰۱۴۰۲۱۵۱۶۵۸۱۸/NI در مرکز کارآزمایی بالینی ثبت گردیده است. بدین وسیله از همکاری معاونت محترم آموزشی، شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کلیه بیماران و همکاران محترم کلینیک نازایی اصفهان که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر و قدردانی می کنیم.

## References

1. Alami M.L., Amanati L., Shekarabi S., Haghani H., Ramezanzade F., [Quality of life in infertile women and related factors], *Iran Journal of Nursing*, 2008; 21(56): 27-35. (Persian)
2. Janatan B., *Novak womens diseases, translating with Valdan M., Gooran O., Rafii R., 14 Edition, Tehran, Nasle farad Publication, 2007.* (Persian)
3. Aspyraf L., Frtyas M., [Clinical Endocrinology and Infertility in women], translating with Ghazijahani B., Mohajerani S., Fadaei A., seventh

مک کویلان و همکاران نیز در کشور امریکا طی تحقیقی با عنوان باروری شکست خورده، ناباروری و دیسترس روانی در میان زنان به این نتیجه رسیدند که ناباروری ارتباط اساسی و مشخصی با دیسترس روانی دارد (۲۹).

سبحانی نژاد و همکارانش در ایران (اصفهان) میزان تنیدگی (استرس) و افسردگی را در زوج های نابارور و عادی با هم مقایسه کردند. نتایج تحقیق آن ها نشان داد که در هر دو زمینه استرس و افسردگی، تفاوت معناداری بین زوج های نابارور و زوج های عادی وجود دارد؛ زوج های نابارور استرس و افسردگی بیشتری را نسبت به زوج های عادی تجربه کرده اند ( $P < 0.05$ ) (۳۰).

همچنین یاسینی و همکارانش در ایران مطالعه ای با عنوان میزان اضطراب و افسردگی در بین بیماران نابارور تحت درمان IVF یا ICSI انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که ۷۶ درصد این افراد تحت اضطراب متوسط و ۱۲٪ تحت اضطراب شدید بودند ( $P < 0.05$ ) (۳۱).

همچنین نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد که رضایتمندی زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس دوره درمان در گروه مداخله بیشتر از افراد گروه کنترل بود.

پیوندی و همکاران در سال ۲۰۰۸ مطالعه ای با عنوان شیوع افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور شهر ساری انجام دادند. نتایج نشان داد که کمک های حرفه ای از روانشناسان و روانپزشکان بالینی در کمک به بیماران نابارور برای مقابله بهتر با استرس ناشی از ناباروری مفید است (۳۲).

با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس در طول دوره درمان خود راضی بوده و استرس آنان کاهش یافته بود.

*edition, Tehran, Golban Medical Publications, 2004.* (Persian)

4. Vahidi S., Ardalan A., Mohammad K., [Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in the years 2004-2005], *Medicine Journal of fertility and infertility, Ebnesina institute for New Technologies Medical Sciences*, 2006, 7(3), 243-251. (Persian)

5. Bayer S.R, Alper M.M, Penzia A.S, *The Boston IVF Hand Book of Infertility, 2<sup>nd</sup> Edi, Parthenon Publishing group, 2007.*



6. Riahi M.E., Zarezade Mehrizi E., A study on the gender differences in psycho\_social consequences of infertility : Infertile couples using YAZD infertility center services, *Womens strategic studies (ketabe zanan)*, summer 2012;14(56):155-210.
7. Fahami F., Hosseini S., Ehsanpour S., Zargham A., *Womens lived experiences of female infertility, Iranian Journal of obstetrics, Gynecology and Infertility, October\_November 2010;13(4):45-53.*
8. Mahoney D., *Infertility and mood disorders: Breaking the cycle*, 2009, available on [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
9. Donkor E.S, Sandall J. , *The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana*, 2007, available on [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
10. Peterson B.D, Newton C.R, Rosen K.H, Skaggs G.E., *Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress*, published by oxford university press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology, 2006.
11. Najme H., [Effective of stress management in depression, anxiety and infertility in women], *Journal of Behavioral Sciences*, 2011, 5(1): 55-60. (Persian).
12. Rao K.A., *The infertility Manual*, 2<sup>nd</sup> Edi, JAYPEE BROTHERS Medical Publishers (P) LTD.New Delhi, 2004.
13. Ramezanzade F., Noorbala A., Malekafzali H., Abedinia N., Rahimi A., Sohrabvand F., Shariat M., Rashidi B., Tehraninezhad E., [Effect of psychological intervention on the incidence of Pregnancy in infertile couples], *Journal of Medicine Tehran University of Medical Sciences*, 2007, 65(8), 57-63. (Persian)
14. Alizade T., Farahani M., Shahrarai M., Alizadegan S. [Relationship between self-esteem and source of control with infertility stress in infertile women and men], *Journal of Reproduction and Infertility, Ebnesina institute for New Technologies Medical Sciences*, 2005, 194-204. (Persian)
15. Chehreh H., Neisani Samani L., Seyed Fatemi N., Hosseini A.F., *Anxiety and ITS relationship with infertility and obstetrics factors in ART pregnant women*, *Iran Jornal of Nursing (IJN)* August 2012; 25(77): 77-84.
16. Walsh, *Palliative Medicine*, 1 Edi, Saunders, 2008.
17. Stefanac, *Treatment Planning for Dentistry*, 2<sup>nd</sup> Edi, mosby, 2007.
18. Gordon J.D., Dimatina M., *100 Questions & Answers About Infertility*, Jones And Bartlett Publishers, 2008.
19. Dehghan N., Adibhaj bagheri M., [Effect of Relaxation on stress and quality of life for students living in student residences], *Journal of Feiz*, 2006, 10(2), 50-57. (Persian)
20. Raket, *Integrative Medicine*, 2<sup>nd</sup> Edi, saunders, 2007.
21. Gill S., Kolt G.S., Keating J., *Examining the multi\_process theory: an investigation of the effects of two relaxation techniques on state anxiety*, 2003, available on [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
22. Faal Kalkhoran L., Bahrami H., Farrokhi N., Zeraati H., Tarahomi M., *Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran*, *Journal of Reproduction and Infertility*, 2011; 12(2(47)):157-163.
23. Hatamloye S.A., Hashemi T., *The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in the fertile and infertile women*, *Quarterly Journal of health psychology* 2012; 1(1):20-31.
24. Sedighi R., Daneshkajouri M., Jafarpour M., Marziye F., Hoseini F., [Effect of preparation on anxiety and treatment success in infertile women], *Iran Journal of Nursing*, 2004, 17(39), 49-56. (Persian)
25. Valiani M., Amirkhani A., [Stress Management skills], *First edition, Ala publications, Esfahan*, 2009. (Persian).
26. Faramarzi M., Kheirkhah F., Esmaelzadeh S., Alipour A., Hjahmadi M., Rahnama J., *Is psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? A randomized clinical trial*, *European Journal of obstetrics& Gynecology and Reproductive Biology*, 2008, pp: 49-53.
27. Sharma G., Mahajan K.K., Sharma L., Shavasana\_ *Relaxation technique to combat stress*, 2007, available on [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
28. Peterson B.D, Newton C.R, Rosen K.H, Skaggs G.E., *Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress*, published by oxford university press on behalf of

*the European Society of Human Reproduction and Embryology, 2006.*

29. MC Quillan J., Greil A.L., White L., Jacob

M.C., *Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women, Journal of Marriage and Family, 2003, 65(4):1007.*

30. Sobhanineja M., Homaii R., [Comparing anxiety and depression in normal and infertile couples], *Shahed Journal, 2007, 14(65): 13-22. (Persian)*

31. Yasini M., Khalili M., Hashemi Z., [The amount of Anxiety and depression in infertile women in

*treatment IVF or ICSI], Journal of Isfahan University of medical science, 2006, 10(6):358-362. (Persian)*

32. Peyvandi S., Hosseini S.H., Daneshpoor S.M., Mohammadpour R., Qolami N., *The prevalence depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008, Journal of Mazandaran university of medical sciences, 2011;20(80):26-32.*

*Original Article*

## Infertile Women's Satisfaction with the Stress Reduction Care Process during their Treatment Period: A Clinical Trial

M. Valiani<sup>1</sup>; S. Abedian<sup>2\*</sup>

1-Faculty of Midwifery group Isfahan University of Medical Science, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

2-Faculty of Midwifery group Islamic Azad University of Semnan Brach, Midwifery Group, Islamic Azad University of Semnan Brach, Semnan, Iran.

Received: 3.3.2015

Accepted: 17.5.2015

### Abstract

**Background:** Infertility has extensive psychological effects on infertile couple's mood and spirits and imposes a lot of stress on the man and woman involved. Relaxation is an effective technique for eliminating and balancing stress. The present study was therefore conducted to determine the effect of the stress reduction care process during the treatment period on infertile women's satisfaction.

**Methods:** The present controlled clinical trial was conducted on 76 infertile women aged 18 to 35 undergoing IVF or ICSI treatments. A sample of the women admitted to Isfahan Infertility Clinic for receiving infertility treatments were selected using a simple sampling technique and were then randomly divided into an intervention group and a control group (n=36 in both). Relaxation techniques were performed on the intervention group for 12 sessions. Participants filled out the standard Newton Infertility Stress Questionnaire before and after the study (before the pregnancy tests). After taking their pregnancy tests, both groups filled out a questionnaire evaluating their satisfaction with the stress reduction care process.

**Result:** Statistical tests showed the lack of significant differences in the personal characteristics associated with fertility between the intervention group and the control group. The Mann Whitney test showed that satisfaction with the stress reduction care process during the treatment period was significantly higher in the intervention group compared to in the control group (P=0.001).

**Conclusion:** Using relaxation as a technique for reducing stress has a positive effect on the satisfaction of women with this care process (even in the case of women with negative pregnancy tests), which can then reduce the rate of leaving treatment in those receiving interventions when their pregnancy tests come out negative.

**Keywords:** Infertile Women / Satisfaction / Stress Reduction

\*Corresponding Author: S. Abedian; Faculty of Midwifery group Islamic Azad University of Semnan Brach, Midwifery Group, Islamic Azad University of Semnan Brach, Semnan, Iran.. Email: abedian\_sara@yahoo.com