

بررسی تأثیر آرام‌سازی بر اضطراب و نتیجه درمان ای وی اف در بیماران نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۹۲

مهران دخت نکاوند^۱، نغمه مبینی^{۲*}، علی اکبر شیخی^۳، سولماز روشندل^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۹/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۱/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری، استرس‌های گوناگون اجتماعی، روانی، جسمی، مالی را به همراه دارد. فرآیند درمان ای وی اف حدود ۱/۳ زنان تحت درمان را از نظر سلامت روانی دچار اختلال اضطراب و افسردگی می‌کند که اضطراب باعث تداخل در درمان می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آرام‌سازی بر اضطراب و نتیجه درمان ای وی اف در بیماران نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۹۲-۹۱ انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که بر روی ۱۰۰ نفر زنان نابارور تحت درمان ای وی اف بین ۲۵-۳۵ سال بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۲-۹۱ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و داده‌ها توسط پرسشنامه اضطراب ناباروری نیوتن قبل و بعد از آرام‌سازی در دو گروه مورد و شاهد جمع‌آوری شده است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تی و تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌دار تجزیه و تحلیل شدند. $P < 0/05$

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب در دو گروه مورد و شاهد قبل از آرام‌سازی به ترتیب ۱۶۳/۲۴ و ۱۶۵/۴۸ بود و آزمون آماری تی تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه نشان نداد ($P > 0/05$). بعد از آرام‌سازی میانگین نمره اضطراب در دو گروه به ترتیب به ۱۴۸/۳۸ و ۱۵۶/۱۸ تغییر یافت و آزمون تی تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه بعد از آرام‌سازی نشان داد ($P < 0/05$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس بین گروهی تفاوت آماری معنی‌دار از نظر کاهش میزان اضطراب در گروه مورد نشان داد. این در حالی است که تعداد نتایج مثبت تست بارداری گروه شاهد ۲۰ مورد و گروه آزمایش ۱۹ مورد بوده است. تعداد جواب‌های منفی تست بارداری گروه شاهد ۳۰ مورد و گروه آزمایش ۳۱ مورد بوده است. نتایج آزمون کای اسکویئر بین پاسخ‌های مثبت تست حاملگی در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتیجه پژوهش حاضر آرام‌سازی بر میزان اضطراب بیماران نابارور مورد مطالعه مؤثر بوده است. به‌نحوی که میزان اضطراب افراد گروه مورد را به میزان قابل‌توجهی کاهش داده است. اما نقش چندانی در موفقیت ای وی اف ندارد.

کلیدواژه‌ها: نابارور، اضطراب، ای وی اف، آرام‌سازی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۷۲، مهر ۱۳۹۴، ص ۶۱۲-۶۰۵

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران، ایران، تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۰۶۶۶۰-۷

Email: mobini1568@yahoo.com

مقدمه

(۲۵ درصد)، آسیب عفونی لوله‌های رحمی (۲۰ درصد)، نازایی بدون توجیه (۲۵ درصد)، آندومتریوز (۵ درصد)، مقاربت نادرست یا بدون تداوم (۵ درصد)، نقص یا اختلال عملکرد موکوس سرویکس (۰/۰۳ درصد) و ناهنجاری‌های رحمی مانند فیبروم می‌باشد (۲). بر اساس آمار شیوع ناباروری در ایران ۲۰/۲ درصد است و میانگین جهانی آن ۱۲ تا ۱۵ درصد است.

ناباروری همواره استرس‌های گوناگون اجتماعی، روانی، جسمی و مالی را به همراه دارد (۱). ناباروری عبارت است از یک سال مقاربت بدون جلوگیری که منجر به لقاح نگردد. علل ناباروری و شیوع آنها شامل علل اصلی از قبیل نقایص یا اختلال عملکرد اسپرم (۳۰ درصد)، نارسایی در تخمک‌گذاری

ادانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ کارشناس ارشد پرستاری، داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۳ کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران، ایران

۴ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

شیوع کلی اختلالات روحی و روانی در زوج‌های نازا بین ۲۵ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۳). در مطالعه عابدی نیا و همکاران که در سال ۱۳۸۲ بر روی ۳۷۰ خانم نازا انجام شد، افسردگی ۴۰/۸ درصد و اضطراب در ۸۶/۸ درصد از افراد مورد مطالعه مشاهده شد (۴). اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی هستند و در ایالات متحده حدود ۳۰ میلیون نفر دارای این اختلالات می‌باشند که نسبت ابتلای زنان دو برابر مردان است (۵). اضطراب نوعی احساس ناراحتی، ترس و دل‌شوره است که می‌تواند به صورت یک حالت اولیه و یا جزئی از واکنش نسبت به عوامل استرس‌زا باشد. اضطراب ناباروری عبارت است از تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی که ممکن است برای مدت طولانی همراه فرد باشد و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی از جمله درمان لقاح خارج رحمی و سایر درمان‌های ناباروری عود کند. مطالعات مختلف در سراسر جهان نشان داده است که ۹۶ درصد از زنان نابارور در زندگی خود با استرس ناباروری درگیرند. (۶) در حال حاضر درمان ناباروری به شکل چشم‌گیری تغییر کرده است و فن‌آوری‌های کمک به باروری (ART) نامیده می‌شوند. لقاح آزمایشگاهی یا IVF³ توالی هماهنگ از اقداماتی است که با تحریک شدید و کنترل شده تخمدان با گنادوتروپین برون‌زا شروع می‌شود و شامل روش‌هایی برای کمک به انجام لقاح است که از طریق تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI) انتقال گامت به لوله فالوپ (GIFT) و انتقال زیگوت به داخل لوله فالوپ (ZIFT) و انتقال لوله‌ای رویان (TET) به روش لاپاراسکوپی انجام می‌شود. تقریباً ۳۲ درصد از زنان در مراحل اول درمان ناباروری در معرض خطر بروز مشکلات بهداشت روانی قرار دارند (۷). مراحل ART دارای جو اضطراب زایی است زیرا هزینه مالی زیاد و شانس موفقیت کم دارد. بیمار نابارور به اجبار خطری را می‌پذیرد در حالیکه انتظار موفقیت بالایی هم نمی‌تواند داشته باشد. به دلیل اینکه کل مراحل درمان اعم از دارویی و (ART) فرآیندی ناراحت‌کننده و اضطراب‌زا است، ۸۰ درصد بیماران که تحت IVF قرار می‌گیرند اضطراب شدید و متوسط را گزارش می‌کنند. بعد از یک دوره سیکل باروری ناموفق، تقریباً کل زوجها در جرات حاد افسردگی و بالارفتن اضطراب و خشم را تجربه می‌کنند (۸). ارتباط نزدیکی بین فعالیت عصبی و عضلانی و پاسخ جنگ‌وگریز مرتبط با اضطراب وجود دارد و بیشتر مطالعات نشان داده است که آرام‌سازی عضلانی در کنترل و تغییر اضطراب مفید بوده است و در این مطالعات، چه در گزارش‌های شخصی و چه

اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیکی مثل الکترومیوگرافی بعد از یک آموزش مختصر آرام‌سازی حدود ۵۰ درصد کاهش اضطراب دیده شده است. درمان اضطراب با تمرکز روی تنش و انقباض ماهیچه‌ای و همچنین رهاسازی و شلی ماهیچه‌ای متمرکز است (۹). تکنیک شلی پیشرونده عضلانی تکنیکی است که برای کمک به کاهش تنش عضلانی و یا انقباض عضلانی توسط پزشک آمریکایی، ادموند جاکوبسون طراحی شده است. تکنیک آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، یک تمرین با یک سری گام‌های سیستماتیک است که به بیمار آموزش داده می‌شود که به صورت منظم گروهی از عضلات را منقبض کنند و سپس شل سازند (۱۰). آرام‌سازی پیشرونده عضلانی باعث افزایش فعالیت چرخه پاراسمپاتیک می‌شود و به دنبال آن تنش عضلانی را خنثی و بی‌اثر می‌کند. این روش از طریق ایجاد حالات متضاد کشش و شل کردن عضلات به وسیله خود فرد انجام می‌گیرد (۱۱). با توجه به اینکه پرستاران بیشتر وقت خود را با بیماران می‌گذرانند، می‌توانند بیشترین نقش را در کنترل اختلالات اضطرابی ایجاد شده در آنها ایفا کنند. آن‌ها می‌توانند جهت کنترل اضطراب از روش‌های غیر دارویی (مکمل) شامل بیوفیدبک، موسیقی درمانی، یوگا، انحراف فکر، آرام‌سازی،... استفاده نمایند. زیرا هزینه و همچنین عوارض داروهای آرام‌بخش بر فرآیند درمان نازایی تأثیر منفی داشته و وابستگی دارویی نیز ایجاد می‌کند. لذا با عنایت به دلایل و آمارها و این که تنش و اضطراب باعث تغییرات وسیع فیزیولوژی در بدن می‌شود به عنوان یک عامل بازدارنده و تخریبی در پروسه IVF عمل می‌کند همچنین تأثیرات کاهش اضطراب با روش‌های دیگر من جمله طب سوزنی و... ثابت شده است. لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر تکنیک آرام‌سازی بر اضطراب بیماران تحت درمان IVF و نتیجه آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که بر روی ۱۰۰ نفر زنان نابارور تحت درمان ای وی اف بین ۲۵-۳۵ سال بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۱-۹۲ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و داده‌ها توسط پرسشنامه اضطراب ناباروری نیوتن قبل و بعد از آرام‌سازی در دو گروه مورد و شاهد جمع‌آوری شده است. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی (سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر وضعیت درآمد، مدت نازایی، علت نازایی) و بخش دوم پرسش‌نامه اضطراب ناباروری نیوتن و همکاران می‌باشد که به بررسی و سنجش

برگزار گردید و سپس یک ساعت پس از انتقال جنین در دو گروه بیماران پرسشنامه مجدداً تکمیل گردید و در نهایت اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها قبل و بعد از آرام‌سازی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و همچنین مقایسه میزان موفقیت انتقال جنین در دو گروه با تست β HCG ۱۰ الی ۱۴ روز بعد از انتقال جنین مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهشی با توجه به ماهیت آنها از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی و همچنین کای اسکور دو متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد در گروه مورد بیشترین افراد (۵۲ درصد) در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال و در گروه شاهد، بیشترین افراد (۵۶ درصد) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ قرار داشتند. در گروه مورد و شاهد، بیشترین افراد دیپلم و به ترتیب (۷۸ درصد) و (۷۴ درصد) بودند همچنین در گروه مورد و شاهد، بیشترین افراد خانه‌دار و به ترتیب (۸۴ درصد) و (۹۰ درصد) ذکر شدند. هم در گروه مورد و هم در گروه شاهد، شغل همسر بیشترین افراد به ترتیب با (۶۲ درصد) و (۴۸ درصد) آزاد بودند. در گروه مورد و شاهد بیشترین مدت نازایی به ترتیب با (۴۴ درصد) و (۵۰ درصد) زیر ۵ سال بود. همچنین در گروه مورد بیشترین افراد (۳۴ درصد) با مشکل اختلال اسپرم و در گروه شاهد بیشترین افراد (۳۰ درصد) ناباروری بدون علت بودند. (جدول ۱) در رابطه با تعیین و مقایسه میزان اضطراب قبل از آرام‌سازی در گروه مورد و شاهد بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$) (جدول ۲).

اضطراب ادراک شده افراد نابارور در ۵ بعد اجتماعی، جنسی، ارتباطی، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن می‌پردازد. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت از درجه کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. جهت بررسی اعتبار بخش اول پرسشنامه (اطلاعات دموگرافی) از روش اعتبار محتوی استفاده گردیده است. روایی و پایایی بخش دوم پرسشنامه در ایران توسط توران علیزاده در سال ۱۳۸۴ انجام گردیده و مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین اعتبار آن توسط اساتید دانشگاه‌های علامه طباطبایی و تربیت معلم و انستیتو روانپزشکی ایران تأیید شده است. پژوهشگر با مطالعه پرونده بیماران، نمونه‌های دارای مشخصات واحدهای پژوهش را انتخاب و تا تکمیل تعداد نمونه‌ها به طور نمونه‌گیری در دسترس ادامه داد. سپس با رعایت نکات اخلاقی، پژوهشگر با واحد مورد پژوهش مصاحبه مقدماتی به عمل آورد و هدف از انجام پژوهش را برای آنان توضیح داده و با کسب موافقت آنها به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند و سپس پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش تکمیل می‌گردد. سپس برنامه آرام‌سازی در گروه مورد آغاز شد به طوریکه در ۳ جلسه ۱ ساعته گروهی آرام‌سازی در محیط پژوهش انجام داده شد. جلسه اول در اولین روز تزریق دارو برگزار گردید و در پایان جلسه پژوهشگر اشکالات را برطرف نموده و از اجرای صحیح تکنیک مطمئن شد و سپس کتابچه و لوح فشرده و یا فایل صوتی در اختیار بیماران قرار داده شد تا بیماران ۱۴ روز در منزل روزانه به مدت ۳۰ دقیقه تمرینات را انجام دهند و هر روز افراد مورد مطالعه در پایان انجام آرام‌سازی با فرستادن پیامک ایشان را مطلع می‌ساختند. جلسه دوم در روز برداشت تخمک قبل از انجام پروسجر و جلسه سوم در روز انتقال جنین قبل از انجام پروسجر

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

| p | χ^2 | df | میانگین | | مورد | | شاهد | | گروه متعین |
|-------|----------|----|--------------|------|------|-------|------|-------|--------------------|
| | | | انحراف معیار | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| | | | مورد | شاهد | مورد | شاهد | مورد | شاهد | |
| ۰/۴۲۳ | ۰/۶۴۱ | ۱ | ۳/۳ | ۳۱/۶ | ۴۴ | ۲۲ | ۵۲ | ۲۶ | ۲۹-۲۵ سال |
| | | | ۳/۶ | ۳۰/۵ | ۵۶ | ۲۸ | ۴۸ | ۲۴ | ۳۵-۳۰ سال |
| ۰/۴۹۵ | ۳/۳۸ | ۴ | * | * | ۷۴ | ۳۷ | ۷۸ | ۳۹ | دیپلم و پایین‌تر |
| | | | * | * | ۱۶ | ۱۳ | ۱۳ | ۱۱ | فوق دیپلم و بالاتر |
| ۰/۵۹۵ | ۳/۶۸ | ۵ | * | * | ۶۸ | ۳۳ | ۸۰ | ۴۰ | دیپلم و پایین‌تر |
| | | | * | * | ۳۲ | ۱۷ | ۲۰ | ۱۰ | فوق دیپلم و بالاتر |

ادامه جدول (۱)

| وضعیت اشتغال | شاغل | ۸ | ۱۶ | ۵ | ۱۰ | * | ۱ | ۰/۷۹۶ | ۰/۳۷۲ |
|-------------------|----------------|----|----|----|----|---|---|-------|-------|
| خانهدار | ۴۲ | ۸۴ | ۴۵ | ۹۰ | | | | | |
| سطح درآمد خانواده | کمتر از ۸۰۰ | ۴۷ | ۹۴ | ۴۲ | ۸۴ | * | ۲ | ۲/۸ | ۰/۲۴۴ |
| | بیشتر از ۸۰۰ | ۳ | ۶ | ۸ | ۱۶ | | | | |
| مدت نازایی | کمتر از ۵ سال | ۲۲ | ۴۴ | ۲۵ | ۵۰ | * | ۲ | ۰/۴۴۶ | ۰/۴۲۳ |
| | ۵-۱۰ سال | ۱۴ | ۲۸ | ۱۸ | ۳۶ | | | | |
| | ۱۰-۲۰ سال | ۱۴ | ۲۸ | ۷ | ۱۴ | | | | |
| علل ناباروری | تخمدانی | ۹ | ۱۸ | ۱۰ | ۲۰ | | | | |
| | اختلال اسپرم | ۱۷ | ۳۴ | ۱۲ | ۲۴ | | | | |
| | لوله‌های رحم | ۷ | ۱۴ | ۷ | ۱۴ | * | ۶ | ۷/۶ | ۰/۲۶۵ |
| | تخمدان و اسپرم | ۱۱ | ۲۲ | ۶ | ۱۲ | | | | |
| | بدون علت | ۶ | ۱۲ | ۱۵ | ۳۰ | | | | |

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب و خرده مقیاسهای آن در بین واحدهای پژوهش قبل آرام‌سازی

| متغیر شاخص | گروه‌ها | آزمایش | گواه | نتیجه آزمون |
|----------------------------|---------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| نگرانی‌ها- موضوعات اجتماعی | ۳۳/۷۱ | ۸/۹۰ | ۳۴/۱۴ | ۹/۰۷ |
| موضوعات جنسی | ۲۱/۶۲ | ۷/۹۲ | ۲۲/۰۴ | ۷/۸۲ |
| موضوعات ارتباطی | ۳۵/۲۰ | ۶/۰۳ | ۳۳/۸۸ | ۵/۵۷ |
| رد سبک زندگی بدون فرزند | ۲۷/۴۰ | ۸/۳۴ | ۲۹/۰۸ | ۸/۶۳ |
| نیاز به والد بودن | ۴۵/۹۸ | ۱۰/۰۰ | ۴۶/۳۴ | ۹/۰۷ |
| اضطراب کلی | ۱۶۳/۲۴ | ۳۱/۶۷ | ۱۶۵/۴۸ | ۲۷/۷۵ |

در رابطه با تعیین و مقایسه میزان اضطراب در گروه مورد بعد از آرام‌سازی و در گروه شاهد پس از آزمون نوبت دوم، بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی دار $P > 0.05$ نشان نداد. (جدول ۳).

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب و خرده مقیاسهای آن در بین واحدهای پژوهش بعد از آرام‌سازی

| متغیر شاخص | گروه‌ها | آزمایش | گواه | نتیجه آزمون |
|----------------------------|---------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| نگرانی‌ها- موضوعات اجتماعی | ۳۰/۷۶ | ۸/۶۸ | ۳۲/۵۶ | ۹/۶۲ |
| موضوعات جنسی | ۱۹/۱۰ | ۸/۴۶ | ۲۰/۴۴ | ۷/۰۰ |
| موضوعات ارتباطی | ۳۱/۹۲ | ۶/۰۳ | ۳۲/۷۶ | ۴/۸۶ |
| رد سبک زندگی بدون فرزند | ۲۴/۲۶ | ۸/۱۳ | ۲۶/۳۶ | ۸/۸۱ |
| نیاز به والد بودن | ۴۲/۳۴ | ۹/۵۹ | ۴۴/۰۶ | ۸/۱۸ |
| اضطراب کلی | ۱۴۸/۳۸ | ۳۰/۸۳ | ۱۵۶/۱۸ | ۲۷/۰۷ |

ناباروردر بین افراد مورد مطالعه از نظر آماری معنادار بوده است. $(P < 0.05)$. به نحوی که میزان اضطراب افراد گروه آزمایش را به میزان قابل توجهی کاهش داده است. (جدول ۴) در رابطه با

در رابطه با تعیین میزان تأثیر آرام‌سازی بر اضطراب گروه مورد، بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی $F = p < 0.05$: تأثیر آرام‌سازی بر میزان ۰/۵۰ اضطراب بیماران

تعیین و مقایسه میزان موفقیت درمان IVF (تست مثبت بارداری) و دوگروه مورد و شاهد مشاهده نمی‌شود. ($P > 0.05$) (جدول ۵).

تفاوت آماری معناداری بین پاسخ‌های مثبت تست حاملگی بین

جدول (۴): اثرات آرام‌سازی بر میزان اضطراب بیماران نابارور

| منبع تغییرات | SS | df | MS | F | sig | مجذور اتا | توان آماری |
|---------------------------|-------------|-----|-----------|---------|-------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون (همپراش) اضطراب | ۵۶۴۱۲/۳۹۸ | ۱ | ۵۶۴۱۲/۳۹۸ | ۲۰۹/۹۰۷ | ۰۰۰ | ۶۸۴ | ۱/۰۰۰ |
| گروه | ۸۹۷/۱۶۲ | ۱ | ۸۹۷/۱۶۲ | ۳/۳۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳۳ | ۰/۴۴۰ |
| خطا | ۲۶۰۶۸/۷۶۲ | ۹۷ | ۲۶۸/۷۵۰ | | | | |
| کل | ۲۴۰۲۹۲۲/۰۰۰ | ۱۰۰ | | | | | |

جدول (۵): مقایسه نتایج تست حاملگی در واحدهای مورد پژوهش

| عنوان | جواب تست حاملگی | | کل |
|----------------------------------|------------------|-------|-------|
| | مثبت | منفی | |
| تعداد | ۱۹ | ۳۱ | ۵۰ |
| درصد | ۴۸/۷ | ۵۰/۸ | ۵۰/۰ |
| تعداد | ۲۰ | ۳۰ | ۵۰ |
| درصد | ۵۱/۳ | ۴۹/۲ | ۵۰/۰ |
| تعداد | ۳۹ | ۶۱ | ۱۰۰ |
| درصد | ۱۰۰/۰ | ۱۰۰/۰ | ۱۰۰/۰ |
| شاخصهای آماری آزمون خی دو متغیری | $\chi^2 = 0.042$ | | |
| | Df=1 | | |
| | P=0.838 | | |

بحث و نتیجه‌گیری

بحث: ناباروری یکی از مشکلات عمده زندگی است که از لحاظ هیجانی استرس‌زا و از لحاظ روانی تهدیدکننده است. ناباروری بحران پیچیده‌ای است که ممکن است سال‌ها به طول انجامد تا راه حلی بیابد. از آنجا که مشکلات روانشناختی مهم‌ترین و بیشترین مشکل زوج‌های نابارور محسوب می‌شود بنابراین ضرورت ارائه خدمات روانشناختی و درمان‌های مکمل و پیش‌نیاز، ناباروری وجود دارد. آرام‌سازی یکی از درمان‌های غیردارویی مهم در امر کنترل اضطراب می‌باشد. مطالعه هاشم زاده و همکاران، ۱۳۹۰ با عنوان بررسی اثربخشی راهبردهای تن آرامی در کاهش اضطراب انواع بیماران قلب نشان داد که آموزش تکنیک آرام‌سازی به طور معنی‌دار سبب کاهش ۶۳/۲ درصدی نشانه‌های اضطراب پنهان و آشکار در بیماران قلبی می‌شود (۱۲) دریک مطالعه دیگر توسط پل درسال ۱۹۶۹ تأثیر هیپنوتیزم و آرام‌سازی بین ۶۰ دانشجوی زن مضطرب که به دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند سنجیده شد و تنش عضلانی، ضربان قلب و میزان تنفس در بین آن‌ها قبل و بعد از درمان با هیپنوتیزم و آرام‌سازی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که آرام‌سازی بر روش هیپنوتیزم برتری دارد و بیشتر باعث

کاهش ۵۰ درصدی عوامل فوق‌الذکر می‌شود. در مطالعه ای که توسط جی گاتو^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۰ با عنوان تأثیر طب سوزنی در کاهش اضطراب بیماران تحت درمان ای وی اف و نتیجه درمان ای وی اف انجام شد. در گروه مورد که تحت درمان طب سوزنی قرار گرفتند انجام شد ۶۷/۴ درصد بارداری حاصل شد در حالی که گروه شاهد ۴۲/۵ درصد باردار شدند و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (13). در پژوهش حاضر نیز تأثیر آرام‌سازی بر میزان اضطراب بیماران نابارور در بین افراد مورد مطالعه از نظر آماری معنادار بوده است. ($P < 0.05$). به نحوی که میزان اضطراب افراد گروه آزمایش را به میزان قابل‌توجهی کاهش داده است. از آنجا که مشکلات روانشناختی بیشترین فراوانی را در مورد زوج‌های نابارور دارد، اما درمان این مشکلات کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و از طرف دیگر همه درمان‌های بکار رفته برای این افراد، درمان‌های پزشکی و جسمی است. برای نتیجه‌بخش‌تر بودن درمان‌های پزشکی ناباروری لازم است در مراکز درمان ناباروری کشور، در کنار گروه متخصص و پزشک درمان ناباروری، متخصصان روان‌شناسی و متخصصین درمان‌های تکمیلی غیر دارویی از جمله آرام‌سازی در مراحل مختلف قبل از

¹ Catov J

حوزه و شناخت مسائل گوناگون زوج‌های نابارور، راهکارهای لازم را در سیاست گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشت خانواده پیش‌بینی کنند. همچنین برگزاری دوره‌ها و کلاس‌های لازم جهت مدیریت اضطراب و آرام سازی زوج‌های نابارور، در مراکز درمانی توصیه می‌شود تا با ایجاد محیطی آرام و به دور از تنش در مراکز درمانی IVF از تکنیک‌های آرام‌سازی افزون بر درمان‌های دارویی نازایی استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان از اساتید و همکاران محترم که در تهیه این مقاله اینجانب را راهنمایی و از بیماری‌های نابارور تحت درمان که با همه سختی‌ها و خستگی‌ها در این پژوهش شرکت کردند قدردانی می‌کنم. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئولین و پرسنل مراکز درمانی ناباروری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران به خاطر همکاری صمیمانه نهایت تشکر را دارم.

درمان ناباروری، حین درمان و در صورت نیاز بعد از درمان ناباروری ارائه دهند.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد آرام‌سازی بر میزان اضطراب بیماران نابارور مورد مطالعه به طور معنادار مؤثر بوده است. ($P < 0/05$). به نحوی که میزان اضطراب افراد گروه مورد را به میزان قابل توجهی کاهش داده است و همچنین نتایج آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین پاسخهای مثبت تست حاملگی بین دوگروه مورد و شاهد مشاهده نمی‌شود. پس می‌توان چنین نتیجه گرفت که باوجود اینکه استفاده از آرام سازی در کاهش اضطراب بیماران نابارور مؤثر است، اما نقش چندانی در مثبت شدن تست حاملگی ندارد. با توجه به اینکه قشری از افراد جامعه با مسأله ناباروری روبرو هستند، مسولان محترم در سیاست گذاری‌های اجتماعی، بهداشتی و درمانی بایستی به جنبه‌های اجتماعی و روانی آنها در تعامل‌های اجتماعی، توجه لازم نمایند. نهادهای مختلف اجتماعی از جمله وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی با حمایت از تحقیقات انجام شده در این

References:

1. Simbar M, Hashemi S, Shams J, Alavi Majd H. Association between Infertile Women's Anxiety with ART Success Rates. *Med J Reproduc Infertility* 2009;10(4):279-85. (Persian)
2. Ronald S, Gibbs Beth Y, Karlan Arthur F, Haney Ingrid E. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins;2008.
3. Hamid N. The Effectiveness of Stress Management Based on Cognitive-Behavior method on Depression, Anxiety and Fertilization of Infertile Women. *J Behavioral Sci*. 2011; 5 (1):15-6. (Persian)
4. Abedi Nia N, Ramezanzade F, Malekaghsa M. The relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *J Iran Instit Health Sci Res* 2010; 4(2): 253-8. (Persian)
5. Benjamin J, Virginia A. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Psychology*. 10th ed. Translated by: Farzin Rezai, Tehran: Arjmand, 1st Edition; 2007.
6. Sharestani M, Ghanbari A, Nemati S, Rahbardar H. The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Group Therapy (MBCT) on Improving Perceived Infertility-Related Stress and Irrational Parenthood Cognitions among Infertile Women Undergoing IVF Treatment. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2012;19(15):28-38. (Persian)
7. Simbar M, Hashemi S, Shams J, Alavi Majd H. Association between Infertile Women's Anxiety with ART Success Rates. *Med J Reproduc Infertil* 2009;10(4):279-85. (Persian)
8. Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z. *Text book of assisted reproductive technologies*. Taylor & Francis; 2008.
9. Herzer M, Hood KK. Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: association with blood glucose monitoring and glycemic control. *J Pediatr Psychol* 2010;35(4):415-25.
10. Luke Seaward B. *Managing stress principles and strategies for health and wellbeing*. 4th ed. Boston, London: Publishes Jones and Barllet; p.454.
11. Shaban M, Rasoolzadeh N, Mehran A, Moradalzadeh F. Study of two non-pharmacological methods, progressive muscle relaxation and music, on pain relief of cancerous patients. *J Faculty Nurs Midwifery* 2006;12(3):63-72. (Persian)

12. Hashemzadeh A, Mirtaghi G, Chalabianloo G, Maleki Rad A. The study of effectiveness of relaxation and distraction techniques training in anxiety reduction in cardiac patients. *Arak Univ Med Sci J* 2011; 14 (3):97-105. (Persian)
13. Balk J, Catov J, Horn B, Gecki K, Wakim A. The relationship between perceived stress, acupuncture, and pregnancy rates among IVF patients: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2010;16(3):154-7.

A SURVEY ON THE IMPACT OF RELAXATION ON ANXIETY AND THE RESULT OF IVF IN PATIENTS WITH INFERTILITY THAT HAVE BEEN REFERRED TO THE INFERTILITY CENTERS OF TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES DURING 2012-2013

Nekavand M¹, mobini N^{2*}, Sheikhi AA³, Roshandel S⁴

Received: 22 Nov, 2014; Accepted: 25 Jan, 2015

Abstract

Background & Aims: The process of infertility comes along with various social, mental, physical and financial stresses. The process of AVF treatment makes about 1.3% of women depressed having much anxiety in terms of psychiatric health. This also makes an intervention with the process of treatment in this regard. The present study tries to determine the impact of relaxation on anxiety and the result of EVF in patients with infertility that have been referred to the infertility center of Tehran University of Medical Sciences during 2012-2013.

Materials & Methods: This experimental study is a clinical-based examination type that has been carried out on 100 infertile women using AVF treatment ranging from 25-35 year old during 2012-2013, who referred to the hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The sampling method is an available way and the related data were gathered by using Newton infertility anxiety questionnaire. The samples were divided into two groups of case and observation. The related data was analyzed by the descriptive statistics, T-test and covariance analysis in $p < 0.05$ level.

Result : The mean score of anxiety in two groups before the relaxation was 163.24 and 165.48, respectively. The related t-test did not show a significant difference between two groups. ($p > 0.05$). After the relaxation, the mean score of the anxiety was obtained between two groups as 148.38 and 156.18, respectively. The t-test showed a significant difference between two groups after the relaxation ($p < 0.05$). Also, the covariance results showed significant statistical difference between two groups in terms of anxiety reduction. Therefore, the number of positive results was 20 cases in observation group and 19 cases in experimental group in this regard. The number of negative replies was 30 cases in observation group and 31 ones in experimental group in this study. The results of K-Square test did not show a significant difference between two groups in relation to the positive replies of pregnancy test. ($p > 0.05$).

Conclusion: Due to the result of the present study the relaxation process is an effective way on reducing the related patients' anxiety degree. This reduced a considerable degree of the case group anxiety but it does not have an essential role in its own success.

Key words: infertility, anxiety, AVF, relaxation

Address: medical-surgical group Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

Tel: (+98)2122006660-7

Email: mobini1568@yahoo.com

¹ PhD candidate of Educational Management, Science and Research Branch of the Islamic Azad University, Faculty member of nursing and midwifery, Islamic Azad University Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

² Master student in nursing, medical-surgical group Faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University Tehran Medical Branch, Tehran, Iran (Corresponding author)

³ Master student in nursing, medical-surgical group Faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

⁴ Faculty member of nursing and midwifery MSc, Islamic Azad University Tehran Medical Branch, Tehran, Iran