

## شدت اضطراب و ارتباط آن با عوامل مامایی و ناباروری در زنان باردار شده با روش های کمک باروری

\*هاشمیه چهره<sup>۱</sup> لیلا نیسانی سامانی<sup>۲</sup> نعیمه سیدفاطمی<sup>۳</sup> آغا فاطمه حسینی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اگر چه بارداری یک رویداد طبیعی و خوشایند در زندگی زنان است اما گاهی همراه با بحران گذرایی است که تغییرات روانشناختی را نیز در بر می گیرد و می تواند برای برخی از زنان به ویژه آنهایی که با استفاده از روش های کمک باروری (ART)، باردار می شوند تنش زا باشد. هدف این مطالعه تعیین شدت اضطراب و ارتباط آن با عوامل مامایی و ناباروری در زنان باردار شده با روش های کمک باروری است.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی ۱۰۰ زن باردار شده با روش های کمک باروری مراجعه کننده به سه مرکز منتخب ناباروری در شهر تهران با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته عوامل مامایی و ناباروری و ابزار اضطراب بک (BAI) گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ و آزمونهای توصیفی (میانگین، فراوانی ..) و استنباطی (آزمون کای اسکوتر و دقیق فیشر) انجام شد.

**یافته ها:** میانگین سنی نمونه های مورد پژوهش،  $33/7 \pm 6/8$  بود. میانگین طول مدت ازدواج، سن بارداری، طول مدت نازایی و تعداد دفعات شکست روش های کمک باروری به ترتیب  $8/7 \pm 5/1$ ،  $20/1 \pm 10/8$ ،  $7/3 \pm 5/3$ ،  $1/9 \pm 1/6$  بود. یافته های پژوهش نشان داد، ۳۴٪ از نمونه ها مضطرب بودند. از بین عوامل باروری، طول مدت نازایی و سابقه شکست درمان با شدت اضطراب رابطه معنی داری داشتند ( $p=0/02$ ) ( $p=0/03$ ). پس از بررسی عوامل مامایی، یافته های مطالعه هیچ گونه رابطه معنی داری بین این عوامل و شدت اضطراب را نشان نداد.

**نتیجه گیری کلی:** سابقه شکست درمان و طول مدت نازایی از جمله عواملی هستند که شدت اضطراب را تحت تاثیر قرار می دهند. بنابراین باید این گروه از زنان از نظر حمایت های روانی از همان ابتدای تشخیص نازایی، قبل از شروع سیکل درمانی، حین و پس از بارداری مورد توجه ویژه قرار گیرند.

**کلید واژه ها:** شدت اضطراب، روش های کمک باروری، عوامل ناباروری، عوامل مامایی

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (\*نویسنده مسئول). تلفن: ۰۹۱۸۳۴۵۰۹۸۰

Email: hashemieh\_chehreh@yahoo.com

<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی گروه آمار و ریاضی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

اگر چه بارداری یک رویداد طبیعی در زندگی زنان است<sup>(۱)</sup> و به عنوان یکی از وقایع تکاملی و لذت بخش برای آنان محسوب می شود<sup>(۲)</sup> اما گاهی همراه با بحران گذرایی است که تغییرات روانشناختی و رفتاری را نیز در بر می گیرد<sup>(۱)</sup> و می تواند برای برخی از زنان تنش زا باشد به ویژه در زنانی که با استفاده از روش های کمک باروری، باردار می شوند. با وجودی که بارداری پس از لقاح آزمایشگاهی، اغلب به عنوان پایان دوره نازایی تلقی می شود، اما برخی از زنان باردار شده با این روش دچار سطوح بالایی از تنش و اضطراب می شوند<sup>(۳)</sup>.

افرادی که در جستجو و اقدام برای درمان ناباروری می باشند نسبت به جمعیت عمومی مضطرب تر هستند و تنش بیشتری را تحمل می کنند<sup>(۴)</sup>. مطالعات نشان داده اند که بررسی های تشخیصی ناباروری و فرایند درمانی آن طی روش های کمک باروری عوامل مستعد کننده اضطراب و افسردگی در ۲۰ تا ۴۰ درصد از زنان نابارور می باشند و حتی بار عاطفی ناشی از ناباروری در ۲۰ درصد از زنان نابارور حتی پس از درمان موفقیت آمیز هم به صورت مقاوم باقی می ماند<sup>(۵، ۶)</sup>. درمان ناباروری با داشتن اثراتی همچون عوارض ناشی از داروها و تغییرات روانی می تواند فرد را از نظر وضعیت روانی-اجتماعی و جسمانی تحت تاثیر قرار دهد. یکی از عواملی که موجب تغییرات روانی در این زنان می شود این است که باردار شدن آنها به معنای برطرف شدن قطعی علت نازایی آنان نیست. پس از بارداری نیز ادراک زن باردار از دنیای ناباروری به دنیای بارداری، یعنی دو دنیای کاملاً متفاوت، انتقال می یابد و ممکن است موجب انواع گوناگونی از واکنش های عاطفی از جمله نگرانی، شادی، ناراحتی، دغدغه های ذهنی و تردید شود<sup>(۷)</sup>.

اکثر زنانی که تحت لقاح آزمایشگاهی باردار شده اند در دوران بارداری بسیار مضطربند. این اضطراب بیشتر به علت نگرانی از وضعیت سلامت جنین و صدمات احتمالی حین زایمان به جنین است که ناشی از احساسات

منفی مادر نسبت به زایمان می باشد. مادر فکر می کند به دلیل شرایط ویژه بارداری ممکن است حین زایمان تحت مداخلات پزشکی بیشتری قرار گیرد. همچنین تصور جدایی نوزاد پس از تولد عامل دیگری در افزایش اضطراب مادر می باشد. مادران باردار شده با روش لقاح آزمایشگاهی معمولاً اخبار مربوط به بارداری خود را به علت ترس از دست دادن جنین، دیرتر به اطرافیان بیان می کنند و این مساله نیز یکی دیگر از علل اضطراب بیشتر این مادران می باشد<sup>(۸)</sup>. بیشترین نگرانی زنان باردار با روش لقاح آزمایشگاهی، مربوط به مسائل تکاملی و حیات جنین است و اضطراب آنان پس از شنیدن ضربان قلب جنین، کاهش می یابد<sup>(۹)</sup>.

بررسی اضطراب در دوران بارداری به دلیل ایجاد عوارض مختلف دارای اهمیت است. برخی محققین معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری می تواند بر ارتباط مادر و نوزاد تاثیر گذاشته و توانایی مادر در ایفای نقش مادری را کاهش دهد<sup>(۱۰)</sup> و بدین ترتیب کیفیت زندگی مادر را نیز تحت تاثیر قرار دهد<sup>(۱۱)</sup>. اضطراب مداوم دوران بارداری ممکن است موجب سقط، زایمان زودرس، افزایش فشار خون، تغییر الگوی ضربان قلب و حرکات جنین، پیامد های 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<sup>(۱۲-۱۴)</sup>. برخی از مطالعات نیز نشان داده اند اضطراب در دوران بارداری عامل پیشگویی-کننده مهمی برای افسردگی پس از زایمان می باشد<sup>(۱۴، ۱۵)</sup>.

توجه ویژه به مسائل روانی در دوران بارداری به ویژه عواملی که در بروز مشکلات روانی از جمله اضطراب دخیل هستند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. یافته های مطالعه عابدی نیا و همکاران نشان داد وضعیت اشتغال و افزایش طول مدت ناباروری، از عوامل مرتبط با اضطراب می باشند. به گونه ای که در طی ۴ چهار تا شش سال نازایی، اضطراب و افسردگی افزایش می یابد<sup>(۱۶)</sup>.

پزشکی دکتر اشرفی و تهرانی نژاد) در شهر تهران را تشکیل دادند که سن بارداری آنان از ابتدای هفته ۸ تا پایان هفته ۴۲ بارداری بود. 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 نمونه ها بر اساس معیارهای ورود، پرسشنامه های مورد نظر تکمیل می شد. حجم نمونه طبق مطالعه مقدماتی و  $r=0/60$  و با توجه به میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با در نظر گرفتن اهداف پژوهش بر اساس فرمول زیر، حداقل ۱۰۰ نفر تخمین زده شد.

$$\delta = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}$$

نمونه گیری از ابتدای مرداد ماه تا انتهای آبان ماه ۱۳۸۸ انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به بیماری جسمی مزمن و روانی شناخته شده ۲- عدم تجربه بحران شدید روانی طی ۳ ماه گذشته از قبیل مرگ بستگان.

ابزار گردآوری دادهها در این پژوهش دو پرسشنامه مشخصات فردی و دموگرافیک، مامایی و ناباروری و ابزار سنجش اضطراب Beck بود. پرسشنامه اضطراب Beck شامل ۲۱ سوال ۴ گزینه ای است که به هر یک از گزینه ها به ترتیب امتیاز ۰ تا ۳ تعلق می گیرد. گزینه ابدأ با امتیاز صفر و گزینه شدید با امتیاز سه مشخص می شود. نمره هر فرد به وسیله جمع اعداد معرف گزینه های انتخاب شده، محاسبه شد. دامنه امتیاز از صفر تا ۶۳ و امتیاز بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر بوده است. بر اساس امتیاز کسب شده، نمونه ها در یکی از چهار گروه بدون اضطراب (کمتر از ۹)، اضطراب خفیف (۱۸-۱۰)، اضطراب متوسط (۱۹-۲۹) و اضطراب شدید (۶۳-۳۰) قرار گرفتند. با توجه به اینکه در منابع مختلف روانشناسی از اضطراب خفیف به عنوان اضطراب طبیعی یاد شده است در این پژوهش نیز از دو گروه اول چشم پوشی شده است.

برخی مطالعات نیز شکست های مکرر در درمان ناباروری را از علل ایجاد اضطراب می دانند. Catherin معتقد است مادرانی که تجربه ۲ بار شکست در سیکل درمانی لقاح آزمایشگاهی را داشته اند، اضطراب بیشتری دارند (۸، ۱۷، ۱۸). تجربه اخیر استرس و مشکلات جسمی نیز از عوامل دیگری هستند که در ایجاد اضطراب از آنها مطرح شده است (۱۹).

مراقبت از زنانی که دارای عوامل خطر برای ایجاد اضطراب هستند و همچنین مشاوره و ارجاع آنها برای تشخیص و درمانهای پیشرفته تر می تواند علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، میزان مرگ و میر و عوارض مادری و نوزادی را کاهش دهد (۸). در راستای این امر ماماها به عنوان حامیان جسمانی-روانی مادران، نقش بسیار مهمی را ایفا می کنند. ماما مسئول ایجاد آرامش و کاهش دهنده اضطراب در دوران بارداری است و با آگاهی از علائم هشدار دهنده اختلالات روانی، تشخیص و ارجاع به موقع، از ابتلاء به این بیماری ها جلوگیری نموده و در جهت رفع آنها بسیار کمک کننده می باشد.

لذا با توجه به اثرات اضطراب بر مادر و جنین به ویژه بر مادران باردار شده با روش های کمک باروری، مطالعه حاضر با هدف تعیین شدت اضطراب و ارتباط آن با عوامل مامایی، باروری در زنان باردار شده با روش های کمک باروری را انجام شده است. انتظار می رود تا با شناسایی این عوامل در جهت رفع آنها و کاهش اضطراب این مادران و در نتیجه بهبود پیامدهای بارداری و ارتقاء کیفیت زندگی آنان گام های موثری برداشته شود.

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در آن شدت اضطراب و عوامل مامایی و ناباروری مرتبط با آن در زنان باردار شده با روش های کمک باروری مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه زنان ایرانی باردار شده با روش های کمک باروری مراجعه کننده به مراکز منتخب ناباروری (شایامهر، نوید، مرکز

شد. ابتدا پرسشنامه اضطراب Beck در مکانی آرام و قبل از ویزیت متداول در اختیار نمونه ها قرار گرفت و توسط آنها تکمیل شد. در نهایت پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی، مامایی و ناباروری، توسط پژوهشگر تکمیل شد.

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

### یافته ها

میانگین سنی نمونه های مورد پژوهش،  $33/7 \pm 6/8$  بود که ۴۹ درصد از آنان بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن داشتند. میانگین طول مدت ازدواج، سن بارداری، طول مدت نازایی و تعداد دفعات شکست روش های کمک باروری به ترتیب  $8/1 \pm 5/1$ ،  $8/1 \pm 10/8$ ،  $3/3 \pm 5/3$ ،  $6/1 \pm 1/9$  بود. از بین نمونه ها ۴۵ درصد در سه ماهه اول قرار داشتند، علت نازایی در ۴۰ درصد از موارد، عامل مردانه بود و ۴۳ درصد از نمونه ها نیز با روش IVF (لقاح آزمایشگاهی) باردار شده بودند. یافته های پژوهش نشان داد، ۳۴ درصد از نمونه ها بدون اضطراب بودند، ۳۲ درصد اضطراب خفیف، ۲۳ درصد اضطراب متوسط و ۱۱ درصد اضطراب شدید داشتند. بدون در نظر گرفتن موارد بدون اضطراب و اضطراب خفیف، ۳۴ درصد از نمونه ها مضطرب بودند. از بین عوامل ناباروری، طول مدت نازایی و سابقه شکست درمان با شدت اضطراب رابطه معنی داری داشتند ( $P=0/02$ ) ( $P=0/03$ ) (جدول شماره ۱). پس از بررسی عوامل مامایی، یافته های مطالعه هیچ گونه رابطه معنی داری بین این عوامل و شدت اضطراب را نشان نداد (جدول شماره ۲).

در پرسشنامه محقق ساخته نیز سوالات مربوط به مشخصات فردی، عوامل مامایی و نازایی همچون سن بارداری، سابقه سقط، سابقه بارداری، وجود عوارض بارداری، طول مدت ناباروری، علت ناباروری، سابقه شکست درمان، تعداد شکست درمان و نوع روش کمک باروری دریافت شده مورد بررسی قرار گرفت.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها، از اعتبار صوری و محتوی استفاده شد. ابتدا پژوهشگر با مطالعه متون و مقالات مربوطه و همچنین با کمک و راهنمایی اساتید محترم، پرسشنامه مربوط به عوامل مامایی و باروری را تهیه نمود. سپس این پرسشنامه به همراه نسخه ترجمه شده ابزار اضطراب Beck، جهت تعیین اعتبار علمی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی قرار داده شد. پس از کسب نظرات و پیشنهادات اساتید و اعمال اصلاحات و تغییرات لازم، ابزار توسط کمیته مشاوره امور پژوهشی و شورای تحصیلات تکمیلی بررسی و اعتبار آن تایید شد.

جهت تعیین اعتماد علمی ابزار، ضریب الفای کرونباخ برای بررسی همبستگی درونی، استفاده شد. پس از کسب رضایت از ۱۰ زن باردار شده با روش های کمک باروری که دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه ها توسط آنان تکمیل شد. با توجه به مقدار ضریب به دست آمده ( $\alpha=0/85$ ) پایایی ابزار مورد تایید قرار گرفت. (لازم به ذکر است که این ۱۰ نفر از نمونه های مورد مطالعه حذف شدند). پس از کسب مجوز و معرفی نامه از کمیته اخلاق، پژوهشگر به محیط پژوهش مورد نظر مراجعه کرده و پس از معرفی خود و همچنین ارائه اطلاعاتی در مورد موضوع، اهداف و خلاصه ای از روش کار، جهت انجام نمونه گیری مجوز لازم را اخذ نمود. پس از یافتن نمونه ها بر اساس معیار های پژوهش و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش، از آنان رضایت نامه کتبی گرفته

جدول شماره ۱: رابطه شدت اضطراب و عوامل ناباروری در زنان باردار شده با روش های کمک باروری

P value	شدید	متوسط	خفیف	بدون اضطراب	طول مدت	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	نازایی (سال)	
۰/۰۳ **	۲ (۶/۲)	۸ (۲۵)	۸ (۲۵)	۱۴ (۴۳/۸)	۱-۳	طول مدت نازایی(سال)
	۰	۲ (۱۱/۱)	۱۰ (۵۵/۶)	۶ (۳۳/۳)	۴-۶	
	۲ (۹/۵)	۵ (۲۳/۸)	۸ (۳۸/۱)	۶ (۲۸/۶)	۷-۹	
	۵ (۳۵/۷)	۶ (۴۲/۹)	۳ (۲۱/۴)	۰	۱۰-۱۲	
	۰	۱ (۲۵)	۱ (۲۵)	۲ (۵۰)	۱۳-۱۵	
	۲ (۴۰)	۱ (۲۰)	۰	۲ (۴۰)	۱۶-۱۸	
۰	۰	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	≥۱۹		
۰/۰۲ **	۷ (۱۱/۷)	۱۷ (۲۸/۳)	۲۱ (۳۵)	۱۵ (۲۵)	بله	سابقه شکست درمان
	۴ (۱۰)	۶ (۱۵)	۱۱ (۲۷/۵)	۱۹ (۴۷/۵)	خیر	
۰/۸	۴ (۱۰)	۹ (۲۲/۵)	۱۱ (۲۷/۵)	۱۶ (۴۰)	مردانه	علت نازایی
	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	زنانه	
	۲ (۱۴/۳)	۴ (۲۸/۶)	۴ (۲۸/۶)	۴ (۲۸/۶)	هر دو	
	۱ (۶/۲)	۴ (۲۵)	۷ (۴۳/۸)	۴ (۲۵)	ناشناخته	
۰/۱	۰	۰	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۱	تعداد شکست درمان
	۴ (۱۳/۸)	۱۱ (۳۷/۹)	۹ (۳۱)	۵ (۱۷/۲)	۲	
	۱ (۷/۷)	۰	۷ (۵۳/۸)	۵ (۳۸/۵)	۳	
	۲ (۱۲/۵)	۶ (۳۷/۵)	۴ (۲۵)	۴ (۲۵)	≥۴	
۰/۰۷	۵ (۱۱/۶)	۹ (۲۰/۹)	۱۱ (۲۵/۶)	۱۸ (۴۱/۹)	IVF	نوع روش درمانی دریافت شده
	۶ (۱۵/۴)	۱۱ (۲۸/۲)	۱۴ (۳۵/۹)	۸ (۲۰/۵)	ZIFT	
	۰	۰	۱ (۱۰۰)	۰	GIFT	
	۰	۲ (۱۸/۲)	۳ (۲۷/۳)	۶ (۵۴/۵)	Egg donation	
	۰	۱ (۵۰)	۰	۱ (۵۰)	Embryo transfer	
	۰	۰	۳ (۷۵)	۱ (۲۵)	ICSI	

جدول شماره ۲: رابطه شدت اضطراب و عوامل مامایی در زنان باردار شده با روش های کمک باروری

P value	شدید	متوسط	خفیف	بدون اضطراب	سن بارداری	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	(هفته)	
۰/۵	۴ (۸/۹)	۹ (۲۰)	۱۳ (۲۸/۹)	۱۹ (۴۲/۲)	۰-۱۴	سن بارداری (هفته)
	۲ (۱۰)	۵ (۲۵)	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)	۱۵-۲۸	
	۵ (۱۴/۳)	۹ (۲۵/۷)	۱۲ (۳۴/۳)	۹ (۲۵/۷)	۲۹-۴۲	
۰/۱	۴ (۱۴/۸)	۸ (۲۹/۶)	۶ (۲۲/۲)	۹ (۳۳/۳)	بله	سابقه سقط
	۷ (۹/۶)	۱۵ (۲۰/۵)	۲۶ (۳۵/۶)	۲۵ (۳۴/۲)	خیر	
۰/۴	۴ (۱۲/۱)	۹ (۲۷/۳)	۷ (۲۱/۲)	۱۳ (۳۹/۴)	بله	سابقه بارداری
	۷ (۱۰/۴)	۱۴ (۲۰/۹)	۲۵ (۳۷/۳)	۲ (۳۱/۳)	خیر	
۰/۱	۷ (۱۷/۵)	۱۰ (۲۵)	۱۳ (۳۲/۵)	۱۰ (۲۵)	بله	وجود عوارض بارداری
	۴ (۶/۸)	۱۳ (۲۲)	۱۹ (۳۲/۲)	۲۴ (۳۹)	خیر	

**بحث و نتیجه گیری**

یافته های مطالعه نشان داد از ۱۰۰ نفر زن باردار شده با روش های کمک باروری شرکت کننده در این مطالعه، ۳۴ درصد اضطراب داشتند. یافته مطالعه Dally و همکاران، این میزان را در بارداری خودبخودی ۲۴ درصد گزارش نموده اند<sup>(۱۵)</sup>. اختلافی که میان یافته های این پژوهش و مطالعه Dally وجود دارد از شرایط ویژه بارداری در نمونه های پژوهش حاضر ناشی می شود. وجود سابقه نازایی، انجام تست ها و آزمایشات مکرر جهت تشخیص، رویارویی با درمان های گوناگون دارویی و جراحی، شکست های پیشین در درمان و بارداری فعلی، زمینه را برای اضطراب و استرس بیشتر در این زنان فراهم می کند.

یافته های پژوهش بین طول مدت ناباروری و شدت اضطراب رابطه معنی داری را نشان دادند ( $P=0/03$ ). این یافته با نتایج مطالعه عابدی نیا همسو می باشد<sup>(۱۶)</sup>. به این صورت که هرچه تعداد سالهای ناباروری افزایش می یابد، اضطراب نیز بیشتر می شود. در مطالعه عابدی نیا اشاره شده است در طی ۱ یک تا سه سال نازایی، اضطراب و افسردگی کمتری در زنان مشاهده شده است در حالیکه در مدت ۴ تا ۶ سال نازایی این اختلالات افزایش می یابند. یافته های پژوهش حاضر نیز بیشترین میزان اضطراب را در طی ۱۰ تا ۱۲ سال نازایی، نشان داد. این یافته ها احتمالاً نشان دهنده این است که هرچه تعداد سال های نازایی افزایش می یابد، امید زوجین برای دستیابی به بارداری و فرزند دار شدن کاهش یافته و در نتیجه زمینه اضطراب آنها را بیشتر فراهم می کند.

یافته های پژوهش بین سابقه شکست درمان کمک باروری و شدت اضطراب، رابطه معنی داری را نشان داد ( $P=0/02$ ). این یافته با نتایج مطالعات Poikkeus و همکاران، کاترین و همکاران، Verhaak و همکاران، Holter و همکاران، همخوانی دارد<sup>(۱۷-۲۰)</sup>. Catherin اشاره می کند زنانی که سابقه دو سیکل درمانی IVF را داشته اند، اضطراب بیشتری دارند. یکی

از عوامل ایجاد کننده اضطراب، ناکامی یا عدم نائل شدن به هدف مطلوب یا باارزش است که شدت و ضعف این اضطراب به درجه این ناکامی بستگی دارد. هنگامی که اضطراب ناشی از ناکامی افزایش می یابد منجر به فشار روانی یا استرس می شود<sup>(۲۱)</sup>. در نمونه های مورد پژوهش این مطالعه، دستیابی به بارداری از اهداف باارزش بوده و در نتیجه ناکامی در رسیدن به آن منجر به اضطراب و استرس در آنان می شود. مواجهه با دوز بالای هورمونها جهت دستیابی به تخمک، عوارض ناشی از داروها (سندرم تحریک بیش از حد تخمدانها)، انجام اعمال جراحی و هزینه های گزاف این روش ها نیز از جمله علل ایجاد اضطراب در این زنان می باشد.

با توجه به اینکه در این پژوهش ۳۴ درصد از نمونه ها اضطراب داشتند، پیشنهاد می شود با استفاده از BAI یا سایر ابزارهای معتبر و پایا، غربالگری اضطراب در کلیه زنان باردار شده با این روش ها انجام شود تا با شناسایی و تلاش در جهت کاهش و یا رفع آنها، از عواض و پیامد های نامطلوب اضطراب جلوگیری به عمل آید.

همچنین پیشنهاد می شود با توجه به اینکه بین سابقه شکست درمان و طول مدت نازایی با شدت اضطراب در این پژوهش رابطه معنی داری وجود دارد، این گروه از زنان از همان ابتدای تشخیص نازایی، قبل از شروع سیکل درمانی، حین و پس از بارداری از نظر حمایت های روانی مورد توجه ویژه قرار گیرند.

**تقدیر و تشکر**

در پایان نویسندگان این مقاله از همکاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری صمیمانه پرسنل 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 می نمایند. شایان ذکر است که مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می باشد.

## فهرست منابع

1. Lowdermilk DL, S P. Maternity & Women's Health care. 8<sup>th</sup> ed. St. Luies : Mosby, 2004.
2. DiMarco MA, Menke EM, McNamara T. Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2001 May-Jun;26(3):135-40.
3. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2004 May;81(5):1254-64.
4. 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;8:186.
5. 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 Jul;108(1):70-6.
6. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007 Jan-Feb;13(1):27-36.
7. Wang LH, Lee TY. Assisted Pregnancy after Infertility: Taiwanese Women's Experience. *J Med Sci*. 2004;24(5):249-56.
8. McMahan CA, Ungerer JA, Beaurepaire J, Tennant C, Saunders D. Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Hum Reprod*. 1997 Jan;12(1):176-82.
9. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Hum Reprod*. 2006;21(7):1651-8.
10. Ahadi M. [Comparison of maternal anxiety and attachment between primigravid women with history of fetal or neonatal death referring to Mashhad health services]. Unpublished MSc Thesis. Tehran University of Medical Sciences, Tehran. 2006. persian
11. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*. 2004 Oct;19(10):2313-8.
12. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behav Dev*. 2001;24(1):95-106.
13. Elsenbruch S, Benson S, Rucke 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 Mar;22(3):869-77.
14. Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009 Aug;25(4):344-56.
15. Sutter-Dallay A, Giaccone-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur psychiatry*. 2004;19(8):459-63.
16. Ramezanzadeh F, Aghssa M, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*. 2004;4(1):9.
17. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijmaat FW. Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *J Behav Med*. 2005 Apr;28(2):181-90.
18. de Klerk C, Macklon NS, Heijnen EM, Eijkemans MJ, Fauser BC, Passchier J, et al. The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Hum Reprod*. 2007 Sep;22(9):2554-8.
19. Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Apr;7(2):123-31.
20. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*. 2006;21(12):3295-302.
21. Seligman ME. Abnormal psychology. 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2009.persian

## Anxiety and its Relationship with Infertility and Obstetrics Factors in ART Pregnant Women

\*Chehreh H<sup>1</sup> MSc.      Neisani Samani L.<sup>2</sup> MSc.      Seyedfatemi N.<sup>3</sup> PhD.  
   Hosseini AF.<sup>4</sup> MSc.

### Abstract

**Background & Aim:** Although Pregnancy is a normal and pleasant event in women's life, but it often involves psychological and behavioral changes and can result in stress, particularly in those women whom their pregnancies is occurred after infertility treatment. Accordingly this study aims to determine the anxiety level of the women whose pregnancies have occurred using Assisted Reproduction Technologies (ARTs) and its relationship with infertility and obstetrics factors.

**Material & methods:** In this cross sectional study, a total number of 100 women whose pregnancies have occurred using ARTs referring to three infertility centers of Tehran were recruited by convenience sampling. Anxiety was measured by Beck Anxiety Inventory (BAI) and data related to infertility and obstetrics factors were collected by a researcher made questionnaire and was analyzed using SPSS-PC (v. 14) by chi-square and fisher test.

**Result:** The mean age of the sample was 33.7±6.8 and the mean marriage duration, gestational age, infertility duration, and the number of ARTs treatment failures was 8.7±5.1, 20.1±10.8, 7.3 ±5.3 and 1.9±1.6 respectively. The findings revealed that 34% of the subjects were suffering from anxiety. There were significant relationships between anxiety levels and infertility duration (P=0.03) and also a history of treatment failure (P=0.02). No significant relationship was found between anxiety and obstetrics factors.

**Conclusion:** Infertility duration and a history of treatment failure were the two factors that affected the anxiety level during this kind of pregnancy. Accordingly these women are required to be under special considerations from the beginning of infertility diagnosis and also before, during and after pregnancy.

**Key words:** Anxiety level, Infertility factors, Assisted Reproduction Technologies, Obstetrics factors

Received: 23 Jun 2012

Accepted: 22 Sep 2012

---

<sup>1</sup> Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran (Corresponding author). Tel: +98- 9183450980      Email: hashemieh\_chehreh@yahoo.com

<sup>2</sup> Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Associate professor, Center for Nursing Care Research, and member of psychiatric nursing group, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Faculty member, Biostatistics Dept., School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.