

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی زنان باردار به روش رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی

الهه سرائیان^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

* نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
ایمیل: i.sajadian@khu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۴

چکیده

مقدمه: ناباروری برای زنان، یک تجربه استرس زا و یک دوره بحرانی است. زنان با از دست دادن شانس بارداری میزان پریشانی روانی، غم و اندوه بیشتر و بهزیستی روانشناختی کمتری دارند. حمایت اجتماعی ادراک شده زنان می تواند تحت تأثیر ناباروری دستخوش تغییر گردد. تحقیق حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی در زنان باردار به روش رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی شهر اصفهان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود. بدین منظور ۹۰ نفر از زنان باردار به روش کمک باروری و رحم اجاره ای، از بین مراجعان به مرکز ناباروری اصفهان و زنان باردار به روش طبیعی از بین مراجعین به مطب زنان و زایمان به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده میشل و زیمت (۲۰۰۰) و همچنین مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف پاسخ دادند.

یافته ها: نتایج تحلیل مانوا نشان داد، بین روش های مختلف باروری در ابعاد ادراک حمایت اجتماعی فرد مهم و خانواده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) و زنان باردار به روش کمک باروری حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتری نسبت به زنان باردار به روش طبیعی دارند و زنان رحم جایگزین در مقایسه با دو گروه دیگر حمایت اجتماعی ادراک شده کمتری داشتند. همچنین به لحاظ بهزیستی روانشناختی در مولفه های روابط مثبت، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی ($P < ۰/۰۰۱$) و پذیرش خود ($P < ۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود داشته و میانگین بهزیستی روانشناختی در بین زنان باردار به روش طبیعی بالاتر از زنان باردار به روش های کمک بارداری و رحم جایگزین بدست آمد.

نتیجه گیری: این نتایج تلویحات مهمی در زمینه استفاده از این سازه ها و اهمیت مداخلات روانشناختی برای زنان بارور به شیوه های مختلف دارد.

واژگان کلیدی: زنان باردار؛ رحم جایگزین؛ روش های کمک باروری؛ حمایت اجتماعی ادراک شده؛ بهزیستی روانشناختی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

قلمرو علوم پزشکی قرار می گیرد دارای جنبه های روانی اجتماعی نیز می باشد و به لحاظ علوم رفتاری و اجتماعی نیز می بایست مورد توجه قرار گیرد (۴). جنبه های روانی اجتماعی ناباروری در گذشته بسیار مورد غفلت واقع شده است ولی خوشبختانه از دهه ۱۹۸۰ به بعد مورد توجه بسیاری قرار گرفته و پژوهش بسیاری پیرامون آن صورت پذیرفته است (۵). ناباروری سبب ایجاد اختلال در کیفیت روابط زناشویی و کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه روابط زناشویی، جدایی، سرزنش های اطرافیان، صرف وقت و هزینه های درمانی زیاد، اختلال در سلامت روانی و عزت نفس بخصوص در زنان می شود (۶). راههای متفاوتی برای مادر شدن زنان وجود دارد که شامل مادر شدن به شیوه طبیعی، با کمک تکنولوژیهای کمک باروری و رحم جایگزین

ناباروری یک تجربه استرس زا است و از نظر پزشکی، به عنوان ناتوانی برای بارور شدن بعد از یک سال (یا بیشتر) آمیزش جنسی منظم، بدون جلوگیری از حاملگی یا به عنوان ناتوانی برای به دنیا آوردن یک کودک زنده، اگر تعدادی بارداری وجود داشته باشد، تعریف شده است (۱). آمارها حکایت از آن دارند که ۶۰ تا ۱۶۸ میلیون نفر در سراسر دنیا، تحت تأثیر این پدیده جهانی قرار می گیرند و عمده افراد مبتلادر کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۲). ناباروری یکی از مهمترین بحرانهای دوران زندگی بوده که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس زای جدی برای افراد مبتلا می شود (۳). همانگونه که پدیده ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک بوجود می آید و در

علاوه بر این اثر غیرمستقیم، یافته‌ها از ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی با پیامدهای دوران بارداری نیز حمایت می‌کنند (۱۲). نتایج مطالعاتی نشان داده است که در بین زنان نابارور میزان حمایت اجتماعی در زنان رحم جایگزین کمتر است (۱۰). فقدان حمایت اجتماعی در روند استفاده از رحم جایگزین، که ناشی از نگرش عامه مردم است، می‌تواند زمینه را برای برخی آسیب پذیریه‌ها فراهم کند (۱۳) و همچنین میزان حمایت اجتماعی در بین زنان بارور نسبت به زنان نابارور بیشتر است (۱۴).

مشکلات ناباروری همچنین بهزیستی روانشناختی زوج‌های نابارور را متأثر می‌سازد (۱۵). بهزیستی روانشناختی به عنوان رشد استعدادها و واقعی هر فرد، در دو بعد لذت گرایی و فضیلت گرایی تعریف می‌شود. لذت گرایی، بهزیستی روانشناختی را شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد تعریف می‌کند و فضیلت گرایی، بهزیستی روانشناختی را بالفعل شدن توان بالقوه فرد در فرایند ادراک خود می‌داند. ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی و استرس، به کاهش بهزیستی روانشناختی منجر شود. تنش حاصل از ناباروری بر روابط فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته، می‌تواند موجب عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و طلاق شود. در واقع، برای زن سالم از نظر روانشناختی، حاملگی غالباً وسیله‌ای برای خود شکوفایی است (۱۶). لذا، زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، احساس ناتوانی، بی‌ارزشی و عدم کفایت می‌کنند و چون خود را به علت ناباروری ناقص می‌دانند، در نتیجه تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته و سطح پذیرش خود در آنان به طور معنی‌داری پایین است (۱۷). ناباروری و فرایند درمان آن یک منبع رنج روانی برای زنان نابارور ایرانی است که تأثیرات مخربی بر بهزیستی روانشناختی افراد نابارور و زوجین دارد (۱۸). در درمان‌های ناباروری نگرانی والدین در مورد ارتباطی که با فرزندشان خواهند داشت و اینکه فرزندشان در محیط آزمایشگاهی شکل گرفته، ممکن است از نظر ژنتیکی متعلق به پدر و مادران اجتماعیشان نباشد، همچنین اینکه استفاده از اسپرم شخص دیگر جهت باروری در افراد استفاده کننده از اسپرم، سبب سردرگمی در مورد صفات پدر می‌شود و این عوامل بر روی بهزیستی روانشناختی زوج‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۹). پژوهش‌های متعددی بهزیستی روانشناختی را در بین زنان بارور نسبت به زنان نابارور بالاتر می‌دانند (۱۷). با پیشرفت علم و تکنولوژی و ابداع روش‌های کمک باروری (ART)، تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI)، لقاح خارج رحم (IVF)، میکرو اینجکشن (تزریق اسپرم داخل تخمک)،

می‌باشد. صرف نظر از این که یک زن چگونه مادر شده است، او در انتقال به نقش مادری با چالش‌های منحصر به فردی روبروست (۷). Mercer معتقد است یکی از متغیرهای مادری مؤثر در ایفای نقش مادری، منابع حمایتی دردسترس می‌باشد (۸). حمایت اجتماعی دریافت شده توسط مادر بر روی کسب نقش مادری وی تأثیر دارد و به هنگام عهده دار شدن نقش جدید مادری، بازخورد همسر و شبکه اجتماعی برای معتبر سازی صلاحیت مادری مهم هستند (۹). حمایت اجتماعی ادراک شده یا نوع نگرش اطرافیان به زن نابارور و حمایتی که زن نابارور از سوی همسر و اطرافیانش دریافت می‌کند، احساس توان مقابله فرد را تقویت می‌نماید و در نتیجه باعث تقویت احساس عزت نفس، اعتماد به نفس و سازگاری روانشناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه اند، می‌شود. با این حال منبع اصلی حمایت اجتماعی ادراک شده برای زنان، همسران آنان می‌باشند و در صورتی که حمایت کافی از طرف مقابل دریافت کنند، این حمایت می‌تواند به نوبه خود خلق و خوی آنان را تحت تأثیر قرار دهد، و موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد (۱۰). Tarkka مهمترین منبع حمایتی مادران در نقش مادری را مادر خود آنان نقل کرده و پس از آن سایر زنان از جمله عمه/خاله، خواهر و دوستان مهمترین منابع حمایتی مادر بوده‌اند (۹). مراکز ناباروری و مرکز درمانی از جمله تکیه‌گاه‌هایی هستند که مادر به آنها اعتماد می‌کند و می‌تواند یکی از مهمترین منابع ارائه خدمات حمایتی و آموزشی باشد که علاوه بر ارائه اطلاعات کافی و روشن، حمایت عاطفی و اطلاعاتی را برای وی فراهم آورد. از این رو مادرانی که از حمایت اجتماعی و پشتیبانی افراد حرفه‌ای و متخصصین بالینی بیشتر استفاده می‌کنند، احتمالاً بازخورد بیشتری در مورد خودشان به عنوان مادر دریافت می‌کنند (۱۰).

در مطالعات متعدد، حمایت اجتماعی ادراک شده، عامل پیشگویی‌کننده مهمی برای سلامت روانی و جسمانی بوده است (۱۱). در دوران بارداری، حمایت اجتماعی برای سلامتی و رفاه مادر منتظر، ضروری است. فراهم کردن منابع حمایتی عاطفی و مادی و اطلاعاتی، سبب تسکین تغییرات جسمی و روانی مرتبط با بارداری و تشویق مادر برای رفتارهای سالم و ایجاد تغییراتی در سبک زندگی می‌شود. حمایت اجتماعی به طرق مختلف آثار خود را اعمال می‌کند. از آنجا که حمایت اجتماعی، حائلی درمقابل استرس است، در زنان بارداری که در معرض استرس بیشتری هستند، مشکلات دوران بارداری را کاهش می‌دهد.

حفظ ملاحظات اخلاقی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی ها اطمینان داده شد که نتایج به صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل واقع نمی شود. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (Perceived Social Support Inventory) که برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی بکار می رود. اعتبار سازه و پایایی این آزمون در دانشجویان، زنان، نوجوانان و بیماران روان پزشکی مورد تأیید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده مقیاسها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و پایایی از طریق بازآزمایی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۲). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای ابعاد دوستان (۰/۷۸)، افراد مهم (۰/۸۹) و خانواده (۰/۹۰) حاصل شد. پرسشنامه دیگر مقیاس بهزیستی روانشناختی (Ryff (Scales of Psychological Well-Being) مشتمل بر ۱۸ ماده است (طیف ۵ درجه ای لیکرت) و شش مولفه بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و خودمختاری را می سنجد (۲۳). همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای این شش مولفه به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۵۲، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ محاسبه گردید. برای تحلیل داده ها از بسته آماری در علوم اجتماعی نسخه ۲۲ (SPSS)، از آزمون های نرمال بودن شاپیرو و ویلکز، تساوی واریانس ها و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی و انحراف معیار هر یک از گروه های بارداری طبیعی، کمک باروری و رحم جایگزین به ترتیب، $4/11 \pm$ ، $4/29.34 \pm$ و $31/25 \pm$ و $30/49 \pm$ و $3/58 \pm$ بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و مولفه های آن گزارش گردید.

با توجه به هدف پژوهش، دو فرضیه در این بخش مورد آزمون قرار گرفت، که از طریق تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شده است. آزمون های نرمال بودن شاپیرو و ویلکز و برابری واریانس ها (لوین) برای متغیرهای پژوهش انجام شد و با توجه به برقراری پیش فرض ها، انجام تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) امکان پذیر است. نتایج مربوط به مقایسه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان باردار به روش های رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی در جداول ۲ و ۳ ارائه می گردد.

اگر چه پنجره امیدی پیش روی زوج های نا بارور گشوده شده است ولی از طرفی آنان را وادار می نماید که دوره درمان بیشتر و طولانی تری را تجربه کنند (۲۰). رحم جایگزین یک روش انتخابی برای زنانی است که به دلیل مشکلات پزشکی، خصوصاً نداشتن رحم، سقط مکرر و شکست مکرر لقاح خارج رحم (IVF) قادر به بارداری نیستند و به زوج ها کمک می کند که فرزند ژنتیکی خود را داشته باشند. رحم جایگزین به دو روش نسبی (ژنتیکی) و کامل (بارداری) صورت می پذیرد. در روش نسبی ارتباط ژنتیکی زن میزبان با جنین ایجاد شده وجود دارد و تخمک زن میزبان به صورت آزمایشگاهی با اسپرم شوهر زن دیگری لقاح می یابد. در روش کامل، زن میزبان هیچ ارتباط ژنتیکی با جنین ندارد و فقط جنین زوج متقاضی را در آزمایشگاه لقاح یافته، پرورش می دهد (۲۱). باتوجه به اینکه ناباروری و استفاده از روش های کمک باروری، مشکلات روانشناختی خاص خود را به همراه دارد و از آنجا که زنان میزبان (بارور به شیوه رحم جایگزین) نیز به گونه ای دیگر تحت تاثیر این متغیرها هستند و کمتر به بررسی عوامل روانشناختی در این زنان پرداخته شده است و از آنجا که در مطالعات قبلی مقایسه متغیرهای روانشناختی در این سه گروه زنان باردار به روش رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و بارداری طبیعی صورت نگرفته است لذا این پژوهش به دنبال بررسی دو فرضیه زیر صورت گرفت:

۱. بهزیستی روانشناختی زنان باردار به روش های رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی متفاوت است.
۲. حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان باردار به روش های رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی متفاوت است.

روش کار

روش این پژوهش علی-مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کلیه زنان شهر اصفهان بودند که باردار می شدند. بدین منظور تعداد ۳۰ زن باردار به کمک روش های کمک باروری، ۳۰ زن استفاده کننده از رحم جایگزین مراجعه کننده به مرکز ناباروری و ۳۰ زن باردار به روش طبیعی از بین مادران مراجعه کننده به مطب های زنان و زایمان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. زنان باردار مورد مطالعه تجربه بارداری اول را داشتند، حداقل در سه ماهه دوم بارداری بوده و هیچگونه سابقه بیماری حاد روانپزشکی نیز نداشتند و داوطلب به همکاری در پژوهش بودند. به منظور

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش					
طبیعی	کمک باروری		رحم جایگزین		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
حمایت اجتماعی					
۷/۲۰	۴۷/۹۳	۵/۷۳	۴۹/۴۶	۸/۲۳	۴۳/۶۳
۲/۸۵	۱۷/۲۸	۲/۲۴	۱۷/۳۳	۲/۸۳	۱۴/۴۰
۲/۰۶	۱۶/۸۰	۲/۳۹	۱۷/۶۱	۴/۰۴	۱۴/۵۰
۴/۱۲	۱۳/۸۴	۳/۱۲	۱۴/۵۲	۳/۳۲	۱۴/۷۲
بهزیستی روانشناختی					
۱۱/۳۹	۷۸/۱۱	۹/۳۰	۷۶/۸۹	۴/۶۳	۶۶/۹۱
۲/۸۳	۱۳/۵۵	۲/۳۵	۱۳/۴۶	۱/۷۴	۱۲/۰۶
۲/۹۰	۱۴/۲۳	۱/۸۴	۱۴/۳۶	۱/۷۰	۱۱/۱۴
۲/۷۳	۱۳/۲۵	۲/۷۲	۱۳/۱۴	۱/۲۳	۸/۲۹
۲/۵۹	۱۴/۰۱	۲/۷۶	۱۳/۵۴	۲/۳۱	۱۱/۲۶
۲/۳۲	۱۱/۲۹	۲/۲۳	۱۰/۴۵	۱/۸۶	۱۲/۸۴
۲/۷۲	۱۱/۷۶	۲/۳۷	۱۱/۹۱	۱/۸۹	۱۱/۲۹

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره ابعاد حمایت اجتماعی در گروه های مورد مطالعه						
متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدورات
حمایت فرد مهم در زندگی	۱۵۶/۸۱	۲	۷۸/۴۰	۱۱/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱
حمایت خانواده	۱۴۶/۱۵	۲	۷۳/۰۷	۸/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷
حمایت دوستان	۱۲/۴۸	۲	۶/۲۴	۰/۴۹	۰/۶۱	۰/۰۱
اثر پیلای				۵/۱۳، ۰/۳۱، ۰/۰۰۱		
لامبدای ویلکز				۵/۵۱، ۰/۶۹، ۰/۰۰۱		

جدول ۳: نتایج آزمون LSD برای ابعاد حمایت اجتماعی			
متغیرها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
حمایت فرد مهم در زندگی			
طبیعی - کمک باروری	-۰/۰۴۴	۰/۶۸۵	۰/۹۴۹
طبیعی - رحم جایگزین	۲/۸۸۰	۰/۷۰۴	۰/۰۰۱
کمک باروری - رحم جایگزین	۲/۹۲۴	۰/۷۰۴	۰/۰۰۱
حمایت خانواده			
طبیعی - کمک باروری	-۰/۸۰۲	۰/۷۵۳	۰/۲۹۰
طبیعی - رحم جایگزین	۲/۳۰۷	۰/۷۷۴	۰/۰۰۴
کمک باروری - رحم جایگزین	۳/۱۰۸	۰/۷۷۴	۰/۰۰۱

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مولفه های بهزیستی روانی در گروه های مورد مطالعه							
متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور سهمی	توان آزمون
پذیرش خود	۳۹/۳۴۷	۲	۱۹/۶۷۴	۳/۴۹۳	۰/۰۳۵	۰/۰۷۷	۰/۶۳۸
تسلط بر محیط	۱۸۵/۲۴۸	۲	۹۲/۶۲۴	۱۸/۵۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	۱/۰۰
روابط مثبت	۴۴۸/۲۱۲	۲	۲۲۴/۱۰۶	۳۹/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۱/۰۰
رشد شخصی	۱۲۰/۸۲۷	۲	۶۰/۴۱۳	۹/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷۸	۰/۹۷۱
هدفمندی	۸۳/۱۰۸	۲	۴۱/۵۵۴	۸/۹۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۹۶۸
خودمختاری	۵/۸۶۸	۲	۲/۹۳۴	۰/۵۵۲	۰/۵۹۵	۰/۰۱۲	۰/۱۳۳
اثر پیلای	P < ۰/۰۰۱، ۰/۶۴۰، ۶/۲۷۳						

جدول ۵: نتایج آزمون LSD برای مولفه های بهزیستی روانی			
مقایسه زوجی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
پذیرش خود			
طبیعی - کمک باروری	۰/۰۹۱	۰/۶۱۳	۰/۸۸۳
طبیعی - رحم جایگزین	۱/۴۹۷	۰/۶۳۰	۰/۰۲۰
کمک باروری - رحم جایگزین	۱/۴۰۶	۰/۶۳۰	۰/۰۲۸
تسلط بر محیط			
طبیعی - کمک باروری	-۰/۱۳۳	۰/۵۷۷	۰/۸۱۸
طبیعی - رحم جایگزین	۳/۰۸۵	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
کمک باروری - رحم جایگزین	۳/۲۱۹	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
روابط مثبت			
طبیعی - کمک باروری	۰/۱۱۳	۰/۶۱۲	۰/۸۵۳
طبیعی - رحم جایگزین	۴/۹۶۲	۰/۶۲۹	۰/۰۰۱
کمک باروری - رحم جایگزین	۴/۸۴۸	۰/۶۲۹	۰/۰۰۱
رشد شخصی			
طبیعی - کمک باروری	۰/۴۷۰	۰/۶۶۵	۰/۴۸۲
طبیعی - رحم جایگزین	۲/۷۴۷	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱
کمک باروری - رحم جایگزین	۲/۲۷۷	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱
هدفمندی			
طبیعی - کمک باروری	۰/۸۳۹	۰/۵۵۸	۰/۱۳۶
طبیعی - رحم جایگزین	-۱/۵۵۵	۰/۵۷۳	۰/۰۰۸
کمک باروری - رحم جایگزین	-۲/۳۹۳	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره، تفاوت معناداری بین گروه های مورد مطالعه از آزمون LSD استفاده شد. نتایج برای این مولفه ها در جدول ۴ گزارش گردیده است.

همانگونه که ملاحظه می گردد، در مقایسه های زوجی برای حمایت افراد مهم و خانواده در گروه های باروری طبیعی با

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره، تفاوت معناداری بین گروه های مورد مطالعه در متغیرهای اصلی نشان می دهد، بنابراین روش های مختلف باروری در ابعاد حمایت فرد مهم در زندگی و حمایت خانواده به استثنا حمایت دوستان ($P < ۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. به منظور بررسی

رحم جایگزین و همچنین گروه کمک باروری و رحم جایگزین تفاوت معناداری ($P < 0/001$) وجود دارد.

در ادامه به بررسی فرضیه دوم پژوهش مبنی بر مقایسه میان مولفه های بهزیستی روانشناختی در زنان باردار به روش های رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی پرداخته می شود (جدول ۴ و ۵).

به منظور بررسی تفاوت های زوجی بین گروه های مورد مطالعه در پژوهش، آزمون تعقیبی به روش LSD صورت گرفت که در جدول ۵ گزارش گردیده است.

همانگونه که ملاحظه می گردد، در همه مقایسه ها به استثنای گروه بارداری طبیعی با کمک باروری از نظر مولفه های بهزیستی تفاوت معنادار بوده است ($P < 0/001$). بدین معنا که گروه های مورد مطالعه به عنوان متغیر مستقل بر بهزیستی روانشناختی زنان باردار تاثیر داشته است.

بحث

نتایج تحلیل برای مولفه های حمایت اجتماعی حاکی از آن است که روش های مختلف باروری در مولفه حمایت فرد مهم و حمایت خانواده تفاوت معناداری ایجاد نموده اما در حمایت توسط دوستان هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد. مجذور سهمی اتا در مولفه حمایت فرد مهم در زندگی برابر با ۰/۲۱ بوده که نشان می دهد که ۲۱ درصد تفاوت بین گروه ها در نوع باروری برای این بعد حمایت اجتماعی ادراک شده اختصاص یافته است. توان آزمون نیز برابر با ۰/۹۹ است که نشان می دهد تحلیل با نزدیک به صد درصد توان، وجود تفاوت را در بعد حمایت فرد مهم در گروه های پژوهش تایید می نماید. همچنین مولفه حمایت خانواده نیز با ۱۷ درصد تفاوت و توان ۹۶ در رتبه دوم، توانسته است بخشی دیگر از تفاوت از لحاظ این متغیر را در گروه ها ایجاد نماید. علاوه بر این، تفاوت در مولفه های حمایت افراد مهم و حمایت خانواده در گروه رحم جایگزین با دو گروه طبیعی و کمک باروری معنادار بوده است که بنابر تفاوت میانگین نمرات و نتایج آزمون تعقیبی، حمایت ادراک شده افراد مهم و حمایت خانواده در دو گروه بارداری طبیعی و کمک باروری با گروه رحم جایگزین تفاوت معنادار نشان داده است ($P < 0/05$). همچنین میانگین کل نمرات حمایت اجتماعی ادراک شده در دو بعد آن (حمایت افراد مهم و حمایت خانواده) در زنان باردار به روش کمک باروری بیشتر از دو گروه دیگر بوده است. نتیجه با پژوهش Van den Akker همسو است (۱۰). حمایت اجتماعی برای سلامتی و رفاه مادر منتظر، ضروری است، زنانی که به روش کمک باروری، باردار می شوند، نسبت به

زنانی که با رحم جایگزین باردار می شوند، بیشتر از طرف خانواده و افراد مهم زندگی شان مورد حمایت هستند، دو دلیل می توان برای این مساله مطرح نمود. ۱- از آنجا که در فرایند باروری و درمان جهت ناباروری معمولاً همسران آنها را همراهی می کنند، این همراهی به احتمال زیاد سازه های روانی مثبتی را در آنها تقویت می کند که منتج به ادراک حمایت اجتماعی می شود. ۲- بخشی از این حمایت اجتماعی از طرف خانواده و افراد مهم به دلیل آن است که صرف هزینه مادی و زمانی جهت درمان ناباروری را نوعی سرمایه گذاری می دانند که هدف اطرافیان مراقبت از این سرمایه گذاری است. با وجود آن که این حمایت کنندگان هیچ گاه به طور شفاف این نیت را بروز نمی دهد اما همراهی آنها به دلیل ذکر شده، ادراک حمایت را در زن نابارور تقویت می کند. فرآیند طبیعی بارداری در فرهنگ جامعه ما برای بسیاری از افراد نزدیک مانند همسر و اطرافیان یک وظیفه معمول است و نیازی به توجه ندارد. این افراد حمایت های سنتی معمول را دریافت می کنند. همین می تواند توجیهی برای عدم وجود تفاوت معنادار بین زنان گروه بارداری طبیعی و باردار به روش کمک باروری باشد. به علاوه بارداری طبیعی به دلیل آنکه استرس و نگرانی آن کمتر از روش های دیگر باروری می باشد و دلیلی برای طرد شدگی و مخفی کاری برای بارداری وجود ندارد در مقایسه با مادر میزبان (بارور به شیوه رحم جایگزین) حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتری دارد. یکی از مسائل مهمی که بر سلامت روانی زنان میزبان چنین تأثیرگذار است، نگرش دوستان، اطرافیان و به طور کلی نگرش جامعه نسبت به رحم جایگزین می باشد. فقدان حمایت اجتماعی در روند استفاده از رحم جایگزین، که ناشی از نگرش عامه مردم و ناشی از ناآگاهی نسبت به این مساله است، می تواند زمینه را برای برخی آسیب پذیریها فراهم کند (۱۳). زنان بارور به شیوه رحم جایگزین به دلایل مختلفی به این شیوه باروری تن می دهند مثلاً به خاطر مشکلات اقتصادی، واکنش منفی از افراد جامعه جهت استفاده از این روش، موانع فرهنگی و اعتقادی که اغلب از ناآگاهی افراد ناشی می شود به پنهان سازی مسئله بپردازند. این یافته با نتایج پژوهش Chilaoutakis و همکاران (۲۴) مبنی بر آسیب پذیر بودن مادران میزبان به دلیل عدم حمایت اجتماعی مردم به خاطر نداشتن نگرش مثبت به این مادران همسو است. نتایج تحقیقات صورت گرفته در کشورهای مختلف بر روی عامه مردم متناقض است و کمتر استفاده از شخص ثالث در باروری مورد پذیرش مردم است (۱۰). در این راستا، Sohrabvand و همکار (۲۵) در مطالعه خود نشان دادند

که برخی مادران جایگزین معتقدند زمینه و محیط فرهنگی آنان این آمادگی را ندارد که دیگران را از این اقدام خود و علت اصلی بارداری آگاه کنند. در این صورت بیشتر این افراد راه حل مشابهی را برای توضیح این حاملگی برگزیده اند: نسبت دادن حاملگی به شوهرانشان و اعلام حاملگی ناموفق به دیگران بعد از زایمان و تحویل نوزاد به زوج متقاضی؛ هرچند تعدادی از آنان با توجه به محیط و زمینه فرهنگی که در آن قرار گرفته اند دیگران را از تصمیم خود آگاه می سازند. یافته دیگر این فرضیه این بود که علی رغم بالاتر بودن میانگین بهزیستی روانشناختی در گروه بارداری طبیعی، ولی این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود. این یافته با پژوهش Souter و همکاران (۱۷) ناهمسو است. البته در تفاوت پژوهش حاضر با پژوهشهای قبلی بایستی ذکر شود که تقریباً تمامی مطالعات انجام شده بر زنان نابارور صرفاً ناباروری را ملاک قرار داده اند (نه زنان ناباروری که تحت درمان قرار گرفته اند) اما در این پژوهش منظور از زنان نابارور زنانی است که در حال حاضر با روش کمک باروری باردار شده اند و در سه ماهه دوم بارداری به سر می برند لذا به این تفاوت در مقایسه یافته ها بایستی توجه شود. در تبیین این یافته می توان به این نکات اشاره نمود: با وجود اینکه مدتها زن با مشکل ناباروری دست و پنجه نرم می کند و متحمل هزینه های اقتصادی و روانی می گردد اما به دلیل بالا رفتن اطلاعات بیماران در خصوص راههای درمان ناباروری، پذیرش این نکته توسط زوج های نابارور، که ناباروری درمان دارد و با توجه به یافته های فرضیه اول این پژوهش، مبنی بر ادراک حمایت اجتماعی بالاتر نسبت به دو گروه دیگر مورد مطالعه و تأثیری که این ادراک بر بهزیستی روانشناختی دارد این عدم تفاوت را می توان توجیه نمود. اما با وجود این نتیجه، پایین تر بودن میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به شیوه طبیعی می تواند ناشی از چالشهایی باشد که این زنان با آنها مواجهند و نباید از آنها غافل ماند. در فرهنگ ما که بیشتر خانواده ها از نوع گسترده هستند و باتوجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، مسئله ناباروری بعد عمیق تری به خود می گیرد و با تأخیر در حاملگی، کنجکاوای ها و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی و اضطراب زوج ها و در نهایت کناره گیری اجتماعی و انزوای آنان می شود. با توجه به یافته های پژوهش حاضر مبنی بر پایین بودن احساس تسلط بر محیط و رشد شخصی در افراد نابارور چنین به نظر می رسد که فشارهای ناشی از ناباروری به گونه ای است که می تواند انرژی و وقت زنان نابارور را به خود اختصاص داده و به محدود شدن علائق،

که ۹۵ درصد از زوجین نابارور ایرانی نگرش منفی نسبت به رحم جایگزین داشتند. همچنین در مطالعه Kilic و همکاران (۲۶)، نگرش منفی نسبت به فرد میزبان (رحم اجاره دهنده) باعث می شود که او در روند باروری به واسطه بازخوردهای منفی از اطرافیان در ادراک حمایت اجتماعی خانواده و افراد مهم با مشکل مواجه شود. لذا ممکن است این زنان فرد مناسبی جهت رازداری خود نیابند و بدین سبب از جهات متفاوت حمایت اطرافیان را دریافت نمایند. همسر و خانواده زن بارور به شیوه رحم جایگزین، به دلیل این نگرش منفی اطرافیان، توان فراهم نمودن شرایط بهتر و حمایت اجتماعی و عاطفی را ندارند. یافته دیگر این فرضیه این بود که تفاوت معنادار آماری بین گروه باردار به روش طبیعی و گروه باردار به شیوه کمک باروری وجود نداشت.

در این پژوهش نشان داده شد، بطور کلی بهزیستی روانشناختی زنان بارور به روش طبیعی بیشتر از زنان بارور با روش کمک باروری و رحم جایگزین بوده است به طوری که در اغلب مولفه های بهزیستی روانشناختی میانگین نمرات بالاتری را کسب نموده است. نتایج در خصوص مولفه های بهزیستی روانشناختی با مجذور سهمی اتا در مولفه روابط مثبت، تسلط بر محیط، رشد شخصی و هدفمندی به ترتیب برابر با ۰/۴۹، ۰/۳۱، ۰/۱۸ و ۰/۱۷، با توان آزمون برابر یا نزدیک به ۱، و مولفه پذیرش خود با ضریب اتا ۰/۰۸ و توان ۶۴ درصد، وجود تفاوت در این مولفه ها را میان گروه های پژوهش را تایید می نماید.

علاوه بر این، تفاوت معنادار در مولفه های بهزیستی روانشناختی در گروه رحم جایگزین با دو گروه بارداری طبیعی و کمک باروری بوده است که بنابر تفاوت میانگین نمرات و نتایج آزمون تعقیبی، در اغلب مولفه ها (پذیرش، روابط مثبت، رشد شخصی و هدفمندی) گروه بارداری طبیعی نمرات بالاتری را نسبت به دو گروه دیگر کسب نموده است. پایین تر بودن بهزیستی روانشناختی در زنان باردار به شیوه رحم جایگزین (زنان میزبان) می تواند به دلیل مشکلاتی باشد که مادر میزبان جنین با آنها مواجه می شود. از جمله نگرانی هایی که تاکنون در مطالعات به آن اشاره شده است فکر پس دادن نوزاد به زوج متقاضی رحم است که ممکن است برای زن میزبان جنین بسیار تنش زا باشد و موجب ایجاد مشکلات روانی در وی شود. از آنجا که رشد جنین در رحم فرد میزبان می تواند منجر به برانگیختن حس مادری در وی گردد، این مساله زن میزبان را در معرض مشکلات روانشناختی قرار می دهد. این یافته با نتایج پژوهش Fazli Khalaf و همکاران (۲۷) همسو است. در مطالعه مذکور نتایج نشان داد

نظام سلامت فرایندهای کنترل نظارت بر سلامت دختران جوان از ابتدای دوره بلوغ و بررسی دقیق آن تا ازدواج صورت گیرد تا هم از صرف هزینه های بسیار بالا برای باروری به روشهای مختلف جلوگیری گردد و هم سلامت روانشناختی این افراد تحت الشعاع قرار نگیرد. اما در صورت ضرورت، به منظور حفظ ساختار خانواده ها و چارچوب های اخلاقی لازم است فرهنگ سازی لازم در جهت استفاده از روشهای کمک باروری و رحم جایگزین صورت گیرد. نتایج پژوهش می تواند برای متقاضیان درمان کمک باروری و رحم جایگزین و مراکز درمانی ناباروری راه گشا باشد. با توجه به مهم بودن بارداری در زندگی زوجین، شیوع ناباروری و مشکلات زوجین تحت درمان با روش های مختلف بارداری و نقش عوامل روانشناختی در فرایند بارداری، پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی آموزشهایی برای اطرافیان نزدیک زنان باردار به روشهای مختلف باروری، جهت افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی آنان صورت گیرد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مسئولین مرکز درمان ناباروری و کلینیک های تخصصی زنان اصفهان و کلیه افرادی که محققین این پژوهش را در این امر، یاری کردند تشکر و قدردانی می نمایم.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

REFERENCES

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human Reproduction*. 2009;5(1):343.
2. Ali S, Sophie R, Imam AM, Khan FI, Ali SF, Shaikh A, et al. Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:760. DOI: 10.1186/1471-2458-11-760 PMID: 21970548
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
4. Nouri RK, Akhondi MM, Ardekani ZB. Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians. *J Reprod Infertil*. 2001;2(3):13-26.
5. Nouri RK. Psychological- social aspects of infertility. *J Reprod Infertil*. 2000;1(2):57-68.
6. Mindes EJ, Ingram KM, Kliever W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med*. 2003;56(10):2165-80. PMID: 12697205
7. Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(2):175-82. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00134.x PMID: 17371522
8. Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):568-582. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x PMID: 16958712
9. Tarkka MT. Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):233-40. PMID: 12581111
10. van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):53-62. DOI: 10.1093/humupd/dml039 PMID: 16936307
11. Miller LM. The interrelationship between social support and post-trauma symptoms in the aftermath of a severe motor vehicle accident: State University of New York; 2007.
12. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, Wadhwa PD. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med*. 2000;62(5):715-25. PMID: 11020102
13. Van den Akker OB. Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *J Reprod Infant Psychol*. 2003;21(2):145-61.
14. Joshi HL, Singh R, Bindu M. Psychological distress, coping and subjective wellbeing among infertile women. *J India Acad Appl Psychol*. 2009;35(2):329-36.
15. Zuraida AS. Psychological distress among infertile women: Exploring biopsychosocial response to infertility. *Malaysian J Psychiat*. 2010;82(3):82-9.
16. Hatamloye SM, Hashemi NT. The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in the fertile and infertile women. *Health Psychol*. 2012;6(2):20-31.
17. Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psycho-

- logical health in women with infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(1):41-9. [PMID: 12061036](#)
18. Azghdy SBH, Vedadhir A, Rashid BH. Psychological impact of infertility among infertile women. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwif*. 2014;23(83):30-45.
19. Hahn CS. Review: psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *J Pediatr Psychol*. 2001;26(8):525-38. [PMID: 11700337](#)
20. Keye WR, Jr. Laparoscopy in the 1990s: "deja vu all over again". *Fertil Steril*. 1996;66(4):511-2. [PMID: 8816608](#)
21. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod*. 2003;18(10):2196-204. [PMID: 14507844](#)
22. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol*. 2000;28(3):391-400. [PMID: 10945123](#)
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Personal Soc Psychol*. 1989;57(6):1069.
24. Chliaoutakis JE, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Hum Reprod*. 2002;17(11):2995-3002. [PMID: 12407063](#)
25. Sohrabvand F, Jafarabadi M. [Knowledge and attitudes of infertile couples about assisted reproductive technology]. *Iran J Reprod Med*. 2009;3(2):90-4.
26. Kilic S, Ucar M, Yaren H, Gulec M, Atac A, Demirel F, et al. Determination of the attitudes of Turkish infertile women toward surrogacy and oocyte donation. *Pak J Med Sci*. 2009;25(1):36-40.
27. Khalaf ZF, Shafiabadi A, Tarahomi M. Psychological aspects of surrogate motherhood. *J Reprod Infertil*. 2008;9(1):43-9.

Comparison of Perceived Social Support and Psychological Well-being Between Pregnant Women with Surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART) and Natural Fertility

Elaheh Saraian ¹, Ilnaz Sajjadian ^{2,*}

¹ M.A of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* Corresponding author: Ilnaz Sajjadian, Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 08.15.2015

Accepted: 08.14.2016

Abstract

Introduction: Infertility in women is a stressful experience and a critical period. By losing the chance to become pregnancy, women's level of psychological distress and anguish increases, and their psychological well-being decreases. Perceived social support for women can be affected and changed by infertility. The purpose of this research was to compare perceived social support and psychological well-being between pregnant women with surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART) and natural fertility in Isfahan.

Methods: The method of this research was ex post facto. Therefore, 90 pregnant women with surrogacy and ART were selected among women referred to Isfahan infertility clinics, while pregnant women with natural fertility were selected as controls by convenience sampling. These women responded to Mitchell and Zimeth's (2000) Perceived Social Support Scale and Ryff (1989) Psychological Well-Being.

Results: The results of Multiple Analysis of Variance (MANOVA) showed that there was a significant difference between methods of fertility regarding perceived social support (important person and family) ($P < 0.001$), and pregnant women with ART had higher perceived social support compared to pregnant women with natural fertility. In addition, surrogate women compared to the other two groups had lower perceived social support. Also there was a significant difference in psychological well-being subscales of positive relations, environmental mastery, personal growth, purposefulness ($P < 0.001$) and self-acceptance ($P < 0.05$) and the mean of psychological well-being in pregnant women with natural fertility was higher than the two other groups.

Conclusions: These results have important implications regarding the importance of psychological interventions for fertile women.

Keywords: Pregnant Women; Surrogacy; Assisted Reproductive; Techniques; Perceived Social Support; Psychological Well-Being