Comparison of Basic Psychological Needs in Naturally Conceived and ART pregnant women

ARTICLE INFO

Article Type

Original Article

Authors

Maryam Sedaghat[1]*, Leila Afzali[2], Neda Faraji[3]

1- Assistant Professor, Department of Lifestyle Medicine, Academic Center for Education, Culture and Research, C

2- Ph.D., Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, university of Tehran, Tehran, Iran

3- Ph.D., Student in Educational Psychology, Educational Psychology Department, University of Tehran, Ph.D., Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, university of Tehran, Tehran, Iran

***Corresponding Authors:** Maryam Sedaghat; Assistant Professor, Department of Lifestyle Medicine, Academic Center for Education, Culture and Research, C

Received: 27 January, 2023
Accepted: 01 March, 2023
e Published: 04 September 2023

Article History

ABSTRACT

Objective: Regards to the increasing rate of infertility and the growth of the use of Assisted Reproduction Technologies (ART), it is necessary to recognize and investigate the psychological differences between Naturally Conceived (NC) and ART pregnant women in order to enhance women's mental health during pregnancy. In this regard, this research sought to compare the basic psychological needs between NC and ART pregnant women

Method: This research is an applied case-control study with quantitative data. The case group was ART and the control group was NC. Each group contains 100 participants who were selected from pregnant women in the Sarem hospital (Tehran, Iran) using available sampling method. The participants answered the Basic Psychological Need Satisfaction Scales.

Results: The result of the t-test confirmed that there was a significant difference between basic psychological needs in NC and ART pregnant women and these needs were less satisfied in ART. It means that the needs of Autonomy, Competence and Relatedness were less satisfied in ART.

Conclusion: Practitioners who are involved in pregnant women's health, especially infertility treatment centers, should be aware of the psychological needs of ART pregnant women so that they can identify women at risk and refer them to specialized levels to receive care services and psychological interventions.

It seems that ART pregnant women have different psychological needs so it is necessary for infertility treatment centers to identify women at risk in time by examining these needs and refer them to specialists to receive care services and psychological interventions.

Keywords: Pregnant women, Basic psychological needs, Assisted Reproduction Technologies.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

Copyright© 2021, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

مقایسه نیازهای روانشناختی بنیادین زنان باردار به روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری

مریم صداقت*[۱]، لیلا افضلی[۲]، ندا فرجی[۳]
[۱] استادیار گروه پژوهشی پزشکی مبتنی بر سبک زندگی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران
[۲] دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
[۳] دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

هدف: با توجه به افزایش نرخ ناباروری و رشد استفاده از روش‌های کمک باروری، بررسی و شناخت تفاوت‌های روانشناختی زنان باردار با روش طبیعی و کمک باروری در ارتقاء بهداشت و سلامت روان زنان در دوره بارداری اهمیت و ضرورت دارد. در این راستا این پژوهش به بررسی تفاوت نیازهای روانشناختی میان زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری می‌پردازد .

روش: پژوهش حاضر از نظر اهداف کاربردی، از نظر داده‌های کمی و از نظر از نوع مطالعه مورد - شاهد می‌باشد. گروه مورد، زنان باردار با روش‌های کمک باروری و گروه شاهد، زنان باردار با روش طبیعی بودند. شرکت‌کنندگان در هر گروه ۱۰۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان زنان باردار در بیمارستان تخصصی صارم (تهران، ایران) برگزیده شدند و به پرسشنامه نیازهای بنیادین روانشناختی دسی و ریان (۲۰۰۰) پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از آزمون تی مستقل، نشان داد که میان نیازهای روانشناختی زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود داشته و این نیازها در زنان باردار با روش‌های کمک باروری کمتر برآورده شده‌اند. یعنی نیاز به خودمختاری، شایستگی، و ارتباط با دیگران، در زنان باردار با روش‌های کمک باروری کمتر برآورده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: زنان باردار به روشهای کمک باروری نیازهای روانشناختی متفاوتی دارند بنابراین لازم است مراکز درمان ناباروری با بررسی این نیازها زنان در معرض خطر را به موقع شناسایی کرده و برای دریافت خدمات مراقبتی و مداخلات روانشناختی به متخصص ارجاع دهند.

کلید واژه‌ها: زنان باردار؛ نیازهای بنیادین روان شناختی؛ روش‌های کمک باروری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

*نویسنده مسئول: مریم صداقت؛ عضو هیأت علمی گروه پژوهشی پزشکی مبتنی بر سبک زندگی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران
sedaghat@acecr.ac.ir.

مقدمه

بارداری گرچه رویدادی طبیعی در زندگی زنان به شمار میآید اما گاه با بحران‌هایی همراه میگردد که پیامدهای روانشناسی و رفتاری درپی دارد[۱]. در سه ماهه سوم بارداری زنان از مشکلات روانشناختی گوناگون مانند اختلال خواب، افسردگی، خصومت و خشم، شکایات جسمانی و ترس مرضی رنج می‌برند[۲]. نتایج مصاحبه ایبانز و همکاران (۲۰۱۵) با ۱۴۳۲۶ زن فرانسوی نشان داد که ۸.۹٪ از آنان، سلامت روان خود را در دوران بارداری ضعیف گزارش کردند[۳]. مشکلات بارداری و ناباروری به صورت طبیعی اگرچه یک بیماری نیست، ولی از آن جایی که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد، می‌تواند باعث اختلال‌های روانی- عاطفی شود. نازایی ممکن است در بسیاری از کشورها بر سلامت عمومی تأثیر گذار نباشد، اما می‌تواند زمینه‌ساز رنجی اجتماعی و روانی برای زن و مرد باشد[۴]. مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری و درمان آن باعث تاثیراتی مانند آشفتگی، سرخوردگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی در زندگی می‌شود[۵]. ناباروری و درمان‌های ناباروری، زوج‌های نابارور را دچار استرس می‌کند[۶]. تعداد و شدت عوامل استرس‌زا در روش‌های کمک باروری نسبت به زوج‌های ناباروری که درمان دریافت نمی‌کنند، بیشتر است[۷]. این مشکلات می‌توانند برای زنان نابارور شدیدتر باشد زیرا جنسیت، به عنوان یک متغیر مهم تعدیل کننده در اضطراب زنان و مردان نابارور است و زنان در این شرایط از وضعیت روانشناختی نامطلوب‌تری برخوردارند[۸]. تحقیقات بیانگر شیوع دیسترس‌های روانی[1] در زنان نابارور از ۴۸ درصد تا ۹۶ درصد می‌باشد[۹]. زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، سلامت روانشناختی کمتر و درماندگی روانشناختی بیشتری دارند[۱۰]. همچنین زنان نابارور در سبک زندگی و کیفیت زناشویی در سطح پایین‌تری نسبت به زنان بارور قرار دارند[۱۱]. ناباروری با عوامل روانشناختی درگیر است زیرا عوامل روانشناختی می‌توانند، هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته و هم در اینکه ناباروری با پیامدهایی روانشناختی همراه باشد. با اینکه بارداری تغییرات گوناگونی را در سلامت روانی زنان باردار ایجاد می‌کند، اما بالا بودن سلامت روان پیش از بارداری می‌تواند به شکل چمشگیری از نشانه‌های کاهش سلامت روانی این دوران بکاهد[۱۲]. یکی از مولفه‌های تعیین کننده در افزایش سلامت روانی زنان باردار، ارضای نیازهای روانشناختی آنان است[۱۳]. نیازهای بنیادین روانشناختی که اساس نظریه خود تعیین‌گری[2] را تشکیل می‌دهند، به صورت فطری در تمامی انسان‌ها وجود دارند و برای خودتنظیمی و بهزیستی افراد حیاتی هستند[۱۴]. این نیازها عبارت‌اند از خودمختاری[3]، شایستگی[4] و ارتباط[5] و به عنوان انرژی لازم برای کمک

[1] Psychological Distress
[2] Self-Determination Theory
[3] Autonomy

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

به درگیری فعال با محیط، پرورش مهارت‌ها و رشد سالم در نظر گرفته می‌شود[۱۵]. خودمختاری به معنای نیاز به تجربه کردن انتخاب در آغاز و تنظیم رفتار می‌باشد. انسان خودمختار کسی است که میل دارد به جای اینکه رویدادهای محیط، اعمال او را تعیین کنند، خودش حق انتخاب داشته باشد. نیاز به شایستگی، نیاز به موثر بودن در تعامل با محیط و میل به استفاده از استعدادها و مهارت‌ها و دنبال کردن چالش‌ها و تکالیف همسو با توانایی‌ها و تسلط یافتن بر آنها را نشان می‌دهد. نیاز به ارتباط یا تعلق، به نیاز برای برقراری پیوندها و دلبستگی‌های عاطفی با دیگران و میل به درگیر بودن در روابط صمیمانه اشاره دارد[۱۶]. حمایت از نیازهای بنیادین روانشناختی می‌تواند بسیاری از پیامدهای انگیزشی، رفتاری و هیجانی را به طور مستقیم پیش‌بینی کند و متغیرهای انگیزشی را می‌توان واسطه نیازها و رضایت از زندگی در نظر گرفت[۱۴]. ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی موجب رضایت از زندگی و بهزیستی بالای افراد می‌شود[۱۷]. چنانچه نیازهای بنیادین روانشناختی برآورده شوند، احساس اعتماد به خود و خودارزشمندی در افراد شکل می‌گیرد. اما برآورده نشدن این نیازها، فرد ادراکی شکننده، منفی، بیگانه و انتقادی از خود پرورش خواهد داد[۱۸]. بر پایه آنچه گفته شد، رویارویی با ناباروری و درمان آن می‌تواند پیامدهای روانشناختی منفی فراوانی برای زنانی که به روش‌های غیر طبیعی باردار می‌شوند، همراه داشته باشد و بر سلامت روان و در نتیجه بر بهزیستی آنان اثر نامطلوبی بگذارد. منظور از بارداری به برپایه تعریف واژهنامه بینالمللی مراقبتهای باروری و ناباروری (۲۰۱۷) روش‌های کمک باروری همه مداخلاتی است که شامل دستکاری آزمایشگاهی تخمک‌ها و اسپرم‌های انسانی یا رویان‌ها به منظور تولیدمثل می‌باشد[۳۳]. با توجه به افزایش نرخ ناباروری و رشد استفاده از روش‌های کمک باروری، اهمیت و ضرورت فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تمرکز و بررسی مسأله تفاوت‌های روانشناختی زنان باردار با روش طبیعی و کمک باروری را آشکار می‌کند. زیرا شناخت عوامل مرتبط با این موضوع می‌تواند گام مؤثری در ارتقاء بهداشت و سلامت روان زنان در دوره پیش، حین و حتی پس از بارداری باشد. بنابراین توجه به نیازهای روانی زنان نابارور، مولفه‌ای ضروری در موفقیت درمان ناباروری است. از آنجا که برآورده شدن نیازهای بنیادین روانشناختی می‌تواند عاملی برای افزایش سلامت روان و رضایت از زندگی در دوران بارداری باشد، و عدم ارضای این نیازها در زنان باردار می‌تواند بهزیستی روانی را به خطر اندازد؛ این پژوهش به بررسی تفاوت این نیازها در زنانی که به روش طبیعی باردار می‌شوند، با زنانی که به روش‌های کمک باروری بادار می‌شوند می‌پردازد. از این رو پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا تفاوتی میان نیازهای بنیادین روانشناختی زنان باردار با روش‌های طبیعی و کمک باروری وجود دارد و به عبارتی دقیق‌تر آیا زیرمقیاس‌های خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران، در این دو گروه متفاوت است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر اهداف کاربردی، از نظر داده‌های کمی و از نظر نوع مطالعه مورد - شاهد می‌باشد. جامعه در پژوهش حاضر عبارت است از تمامی زنان باردار با روش طبیعی و زنان باردار با روش‌های کمک باروری شهر تهران. گروه مورد، زنان باردار با روش‌های کمک باروری و گروه شاهد، زنان باردار با روش طبیعی بودند. شرکت‌کنندگان در هر گروه ۱۰۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی صارم (تهران، ایران) برگزیده شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از، زنان باردار با روش طبیعی و زنان باردار با روش‌های کمک باروری، نداشتن فرزند زنده در دوران بارداری، نداشتن فرزند خوانده، نداشتن بیماری‌های مزمن و بیماری روانی و تمایل به شرکت در تحقیق. نخست برای شرکت‌کنندگان هدف از انجام مطالعه، نقش آنها در مطالعه، فایده شرکت آنها در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات، حق آنها برای شرکت یا عدم شرکت در تحقیق، شرح داده شد و در صورت موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، از آنها رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد .

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسشنامه نیازهای بنیادین روانشناختی دسی و ریان (۲۰۰۰)[6] که نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران را می‌سنجد. مقیاس مذکور شامل ۲۱ ماده است که بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت[7] درجه‌بندی شده است. مقیاس آن، از اصلا درست نیست (نمره ۱)، تا کاملا درست است (نمره ۷) می‌باشد. این مقیاس روایی و پایایی مطلوبی دارد به طوریکه ضرایب پایایی این پرسشنامه ۰.۹۲، ۰.۹۱ و ۰.۹۲ و در پژوهش قربانی (۱۳۸۳) ۰.۹۲ و ۰.۹۱ گزارش شده است [۲۰].

یافته‌ها:

برای یافتن پاسخ داده‌ها، پرسشنامه‌های پر شده وارد نرم افزار SPSS شده و آزمون تی مستقل[8] انجام شد. یافته‌های تحلیل در جداول زیر نشان داده شده است. درجدول شماره ۱، آماره‌های توصیفی نمرات نیازهای روانشناسی زنان با باردار با روش طبیعی و زنان باردار با روش‌های کمک باروری ارایه شده است. میانگین‌های نمرات به ترتیب برابر ۱۱۷/۸۲ و ۱۰۷/۲۵ است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات نیازهای روانشناسی میان زنان باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری

[4] Competence
[5] Relatedness

[6] Basic Psychological Need Satisfaction Scales (BPNSS), *Deci & Ryan, 2000*
[7] Likert scale
[8] Independent T-test

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بارداری با روش‌های کمک باروری	92	25/107	98/17
بارداری با روش طبیعی	93	82/117	14/14

در جدول ۲، نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های نمرات نیاز در میان دو گروه ارایه شده است. مقدار F در این موقعیت برابر۸/۱۶ است که این نتیجه معنی‌دار بوده و شرایط همگنی واریانس محقق نشده است.

جدول ۲. آزمون لون[9] برای بررسی برابری واریانس های نمرات نیاز در میان دو گروه

F	سطح معنی‌داری
16/8	005/0

در جدول ۳، نتایج آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات میان دو گروه ارایه شده است. مقدار آزمون t مشاهده شده برابر ۴/۴۳ و معنی‌دار است. پس فرض برابری میانگین گروه‌ها پذیرفته نخواهد شد و نتیجه می‌گیریم که میانگین جوامع باهم نابرابرند.

جدول ۳. آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات نیاز میان دو گروه

T		-4.439
درجه آزادی		172.512
سطح معنی‌داری		.000
تفاضل میانگین‌ها		-10.56720
خطای معیار تفاوت میانگین‌ها		2.38038
فاصله اطمینان ۹۵٪ تفاوت	حد پایین	-15.26563
	حد بالا	-5.86878

یافته‌های این سه جدول نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات نیازهای روانشناسی دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که میان نیازهای روانشناختی زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود دارد (P<0.05) و در زنان باردار با روش طبیعی این نیازهای روانشناسی بیشتر برآورده شده است.

[9] Leven test

درجدول شماره ۴، آماره‌های توصیفی نمرات خودمختاری میان زنان با باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری نشان شده است. میانگین‌های نمرات به ترتیب برابر ۳۲/۴۷ و ۳۰/۲۹ است .

جدول ۴. آماره‌های توصیفی نمرات خودمختاری میان زنان باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بارداری با روش‌های کمک باروری	94	29/30	06/5
بارداری با روش طبیعی	97	47/32	12/4

در جدول ۵، نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های نمرات نیاز در میان دو گروه ارایه شده است. مقدار F در این موقعیت برابر ۷/۳۳۴ است که این نتیجه معنی‌دار بوده و شرایط همگنی واریانس محقق نشده است .

جدول ۵. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های نمرات خودمختاری در میان دو گروه

F	سطح معنی‌داری
334/7	007/0

در جدول ۶، نتایج آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات میان دو گروه ارایه شده است. مقدار آزمون t مشاهده شده برابر ۳/۲۴ و معنی‌دار است. پس فرض برابری میانگین گروه‌ها پذیرفته نخواهد شد و در نتیجه میانگین جوامع باهم نابرابرند.

جدول ۶. آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات خودمختاری میان دو گروه

T		-3.248
درجه آزادی		179.240
سطح معنی‌داری		.001
تفاضل میانگین‌ها		-2.17635
خطای معیار تفاوت میانگین‌ها		.67012
فاصله اطمینان ۹۵٪ تفاوت	حد پایین	-3.49869
	حد بالا	-.85401

یافته‌های این سه جدول نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات خودمختاری دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که میان خودمختاری زنان باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود دارد (P<0.05) و در زنان باردار با روش طبیعی نیازه خودمختاری بیشتر برآورده شده است.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

درجدول شماره ۷، آماره‌های توصیفی نمرات شایستگی میان زنان با باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری ارایه شده است. میانگین های نمرات به ترتیب برابر ۳۱/۷۸ و ۲۸/۸۸ است .

جدول ۷. آماره‌های توصیفی نمرات شایستگی میان زنان باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بارداری با روش‌های کمک باروری	93	88/28	33/6
بارداری با روش طبیعی	93	78/31	16/5

در جدول ۸، نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های نمرات شایستگی در میان دو گروه ارایه شده است. مقدار F در این موقعیت برابر ۷/۲۶ است که این نتیجه معنی‌دار بوده و شرایط همگنی واریانس محقق نشده است.

جدول ۸. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های نمرات شایستگی در میان دو گروه

F	سطح معنی‌داری
26/7	008/0

در جدول ۹، نتایج آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات شایستگی میان دو گروه ارایه شده است. مقدار آزمون t مشاهده شده برابر ۳/۴۴ و معنی‌دار است. بنابراین فرض برابری میانگین گروه‌ها پذیرفته نخواهد شد و در نتیجه میانگین جوامع باهم نابرابرند.

جدول ۹. آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات شایستگی میان دو گروه

T		-3.441
درجه آزادی		177.443
سطح معنی‌داری		.001
تفاضل میانگین‌ها		-2.89953
خطای معیار تفاوت میانگین‌ها		.84264
فاصله اطمینان ۹۵٪ تفاوت	حد پایین	-4.56242
	حد بالا	-1.23664

یافته‌های این سه جدول نشان می‌دهد بین میانگین‌های نمرات شایستگی دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که میان شایستگی زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0.05$) و در زنان باردار با روش طبیعی نیاز شایستگی بیشتربرآورده شده است.

درجدول شماره ۱۰، آماره‌های توصیفی نمرات ارتباط با دیگران میان زنان با باردار با روش طبیعی با زنان باردار در مقایسه با روش‌های کمک باروری رایه شده است. میانگین های نمرات به ترتیب برابر ۴۰/۱۹ و ۳۶/۶۳ است.

جدول ۱۰. آماره‌های توصیفی نمرات ارتباط با دیگران میان زنان باردار با روش طبیعی در مقایسه با زنان باردار با روش‌های کمک باروری

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بارداری با روش‌های کمک باروری	93	63/36	21/6
بارداری با روش طبیعی	98	19/40	00/5

در جدول ۱۱، نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های نمرات ارتباط با دیگران در میان دو گروه ارایه شده است. مقدار F در این موقعیت برابر ۳/۹۴ است که این نتیجه معنی‌دار بوده و شرایط همگنی واریانس محقق نشده است.

جدول ۱۱. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های نمرات ارتباط با دیگران در میان دو گروه

F	سطح معنی‌داری
94/3	049/0

در جدول ۱۲، نتایج آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات ارتباط با دیگران میان دو گروه ارایه شده است. مقدار آزمون t مشاهده شده برابر ۴/۳۴ و معنی‌دار است. پس فرض برابری میانگین گروه‌ها پذیرفته نخواهد شد و در نتیجه میانگین جوامع باهم نابرابرند.

جدول ۱۲. آزمون دو گروهی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات ارتباط با دیگران میان دو گروه

T		-4.347
درجه آزادی		176.614
سطح معنی‌داری		.000
تفاضل میانگین‌ها		-3.55947
خطای معیار تفاوت میانگین‌ها		.81881
فاصله اطمینان ۹۵٪ تفاوت	حد پایین	-5.17537
	حد بالا	-1.94357

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

یافته‌های این سه جدول نشان می‌دهد بین میانگین‌های نمرات ارتباط با دیگران دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته میشود که میان ارتباط با دیگران زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0.05$) و در زنان باردار با روش طبیعی نیاز ارتباط با دیگران بیشتر برآورده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که میان نیازهای روانشناختی زنان باردار با روش طبیعی با زنان باردار در مقایسه با روش‌های کمک باروری تفاوت معناداری وجود داشته و این نیازها در زنان باردار با روش‌های کمک باروری کمتر برآورده شده‌اند. یعنی نیاز به خودمختاری، شایستگی، و ارتباط با دیگران در زنان باردار با روش‌های کمک باروری کمتر برآورده شده و آن‌ها در مقایسه با زنان باردار با روش طبیعی احساس اعتماد به خود و خودارزشمندی و ارضای نیازهای عاطفی کمتری دارند. این نتایج با نتایج پژوهش لائو[10] (۲۰۱۲) که نشان داد زنان چینی که به روش طبیعی باردار می‌شوند نسبت به زنان با روش‌های کمک باروری از سلامت روانی بیشتر، استرس ادراک شده کمتر و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۲۱] و پژوهش سرائیان و سجادیان (۱۳۹۵) که نشان داد میانگین بهزیستی روانشناختی در بین زنان باردار به روش طبیعی بالاتر از زنان باردار به روش‌های کمک بارداری و رحم جایگزین بدست آمد [۲۲] همسویی دارد. بررسی‌های تشخیصی ناباروری و فرایند درمانی با روش‌های کمک باروری از عوامل مستعد کننده اضطراب و افسردگی در ۲۰ تا ۴۰ درصد از زنان نابارور بوده به گونه‌ای که بار عاطفی ناشی از ناباروری در ۲۰ درصد از زنان نابارور حتی پس از درمان موفقیت‌آمیز هم به صورت مقاوم باقی می‌ماند[۲۳]. یک مطالعه مقطعی نشان داد، از میان عوامل باروری، طول مدت نازایی و سابقه شکست درمان از عواملی هستند که بر شدت اضطراب زنان باردار شده با روش‌های کمک باروری اثر می‌گذارند[۲۴]. به نظر می‌رسد فرایند درمان با روش‌های کمک باروری عوارض جانبی روانی قابل ملاحظه و ناخوشایندی برای زنان نابارور درپی دارد و این گروه از زنان از هنگام تشخیص نازایی، پیش از آغاز سیکل درمانی، حین و پس از بارداری به حمایت‌های روانی ویژه نیاز دارند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که یکی از این اقدامات حمایتی در هر سه مرحله پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان، توجه به نیازهای روانشناختی و ارزیابی آن است. ضروری است برنامه‌ریزان و دستاندرکاران امر بهداشت و سلامت زنان، به ویژه مراکز درمان ناباروری از وضعیت نیازهای روانشناختی زنان باردار با روش‌های کمک باروری آگاه بوده تا بتوانند زنان در معرض خطر را به موقع شناسایی کرده و برای دریافت خدمات مراقبتی و مداخلات روانشناختی به سطوح تخصصی ارجاع دهند. همچنین انتظار می‌رود متخصصان سلامت روان و مراکز مشاوره به مداخلات روانی و راهکارهایی عملی در راستای بهبود و ارتقای نیازهای روانشناختی زنان باردار با روش‌های کمک باروری بی‌اندیشند. برای نمونه پیشنهاد می‌گردد افرادی که بیشتر در خطر هستند مانند افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، یا استحکام من پایین، که سازگاری کمتری با ناباروری دارند[۲۵] شناسایی شده و مداخلات روانشناختی مناسب مانند توانمندسازی روان شناختی که بر کاهش افسردگی زنان نابارور[۲۶] یا برنامه درمانی ذهن- بدن که بر کاهش عدم قطعیت و اضطراب در زنان نابارور تکرار کننده لقاح درمانی[۲۷] اثربخش است طراحی گردد. پژوهش های آینده درباره نیازهای روان شناختی زنان باردار در هر دو گروه می‌تواند دیگر متغیرهای همبسته را در نظر بگیرد.

تاییدیه اخلاقی

پس از توضیح هدف پژوهش شرکت کنندگان در صورت داشتن تمایل و رضایت به پرسشنامه پاسخ می¬دادند. پاسخنامه بی¬نام و ناشناس بوده و هیچ گونه اطلاعات شخصی گرفته نشد.

تعارض در منافع

هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

با سپاس از پرسنل بیمارستان فوق تخصصی صارم، به ویژه خانم‌ها معماری و نادری که در فراهم کردن شرایط مناسب جهت گردآوری داده‌ها از همکاری‌شان بهره‌مند شدیم.

منابع

1. Lowdermilk DL, S P. Maternity & Women's Health care. 8th ed. St. Luies : Mosby, 2004.
2. Kumar Nayak, S., Poddar, R & Jahan, M. Psychological Problems During Advance Stage Of Pregnancy. The International Journal Of Indian Psychology. (2015). 2(2): 103-113 .
3. Ibanez, G., Blondel, b., Prunet, c., Kaminski, M. & Saurel-Cubizolles, M.J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. Revue d'E´ pide´miologie et de Sante´ Publique (2015). 63, 85–95.
4. Vayena E, Rowe P, griffin D. Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction, held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland. (2002). World Health

[10] Lau .

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42576

5. Sami N, Tazeen A. Perceptions and Experiences of Women in Karachi, Pakistan

Regarding Secondary Infertility: Results from a Community-Based Qualitative Study. Obstetrics and gynecology international. 2012. 108756. 10.1155/2012/108756 .

6. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? Hum Reprod. 2006; 21(7): 1651-8

7. Dadfar F, Dadfar M, Kolivand P H. Comparison of Frequency and Intensity of Stressors in Infertile Couples Undergoing Intrauterine Insemination Treatment, Intra-Cytoplasmic Sperm Injection Treatment and without Treatment. Shefaye Khatam 2016; 4 (1) :26-36 [Farsi]

8. Ramirez-Uclésa, Isabel M. Castillo-Aparicioa, M. Del. & Moreno-Rosset, C. Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. Clínica y Salud. (2015). 26, 57–63.

9. Kissi, Ye., Romdhane, A.B. & Hidar, S. General Psychology. Anxiety, Depression And Self – Esteem In Couples Undergoing Infertility Treatment: A Comparative Study Between Men And Women. Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology. (2013). 167(2), 185-189 .

10. Besharat M A, Hoseinzadeh Bazargani R. A Comparative Study of Fertile and Infertile Women's Mental Health and Sexual Problems. IJPCP 2006; 12 (2):146-153. [Farsi]

11. Amanelahifard A, Nikbakht Ro, Hoseini M A, Ahmadi Fakhr S, Hoseini Z, The comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile women, Journal of Applied Counseling, 2012; 2(1): 75-88 .

12. Van Tejilin, E.D., Simkhada, P., Devk, B & Maharjan, L.R. Mental Health Issues In Pregnant Women In Nepal. Nepal Epidemiol. (2015). (3);499-501

13. Wilson-Mitchell, K., Bennett, Joanna & Stennett, Rosain. Psychological Health And Life Experiences Of Pregnant Adolescent Mothers In Jamaica. Environmental Research And Public Health. (2014). 11, 4729-4744.

14. Deci, E. L. , & Ryan, R. M. Levels Of Analysis, Regnant Causes Of Behavior And Well- Being: The Role Of Psychological Needs. Psychological Inquiry, (2011). 22, 17–22 .

15. Deci, E.L. & Ryan, R. M. The "what"and "why" of goal pursuits:Human needs and the self - determination of behavior. Psychological Inquiry, (2000). 11, 227-268.

16. Ryan, R. M., Deci, E. L. Overview Of Self-Determination Theory: An Organismic-Dialectical Perspective. Handbook Of Self-Determination Research.(۲۰۰۲) .

17. Sheldon, K. M., & Niemiec, C. P. It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. Journal of Personality and Social Psychology, (2006). 91, 331-341.

18. Chen K C, Jang S J. Motivation In Online Learning: Testing A Model Of Self-Determination Theory. Computers In Human Behavior, (2010).26, 741-752.

19. Zegers-Hochschild F, Adamson D, Dyer S, Racowsky C, Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertility and Sterility, (2017). 108(3):393-406. doi: 10.1016/J.FERTNSTERT.2017.06.005

20. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and Basic Psychological Needs among Patients with Coronary Heart Disease. IJPCP 2010; 16 (2) :154-162. [Farsi]

21. Lau, Ying. Traditional Chinese Pregnancy Restrictions, Health-Related Quality Of Life And Perceived Stress Among Pregnant Women In Macao, China. Asian Nursing Research. (2012). 6, 27-34.

22. Saraian E, Sajjadian I. Comparison of Perceived Social Support and Psychological Well-being between Pregnant Women with Surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART) and Natural Fertility. IJPN 2016; 4 (2) :1-10. [Farsi]

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]

23. 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.

24. Chehreh H, Neisani Samani L, Seyedfatemi N, Hosseini AF. Anxiety and its Relationship with Infertility and Obstetrics Factors in ART Pregnant Women. IJN 2012; 25 (77) :77-84. [Farsi]

25. Teimourpour N, Besharat M, Rahiminezhad A, Hossein Rashidi B, Gholamali Lavasani M. Investigation of the Relationship between Attachment Styles and Ego-Strength with Adjustment to Infertility in Women Referring to Valie-Asr Reproductive Health Research Centre (Tehran Imam Khomeini Hospital) in 2014. JRUMS 2015; 14 (1) :15-24. [Farsi]

26. Bahrami Kerchi A, Manshaee Gh, Keshti Aray N. The Effectiveness of Psychological Empowerment Package and Dialectical Behavior Therapy on Depression of Infertile Women in Pretreatment Stage of Invitro Fertilization (IVF): A Randomized Clinical Trail. J Rafsanjan Univ Med Sci 2020; 19 (9): 979-94. [Farsi]

27. Kim, Miok., Kim, Sue., Chang, Soon-bok.. Yoo, Soo., Kyung Kim, Hee. & Hyun Cho, Jung. Effect of a Mind-Body Therapeutic Program for Infertile Women Repeating In Vitro Fertilization Treatment on Uncertainty, Anxiety, And Implantation Rate. Asian Nursing Research. (2014). 8, 49-56.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.243]