بررسی تاثیر آموزش بر خودکارآمدی زنان نابارور

منصوره جمشیدی منش[1]، نیلوفر علی منش[2*]، زهرا بهبودی مقدم[3]، حمید حقانی[4]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال چهاردهم شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۴ صص ۲۳۷-۲۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۳۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ بهمن ۹۳]

چکیده

ناباروری در زندگی برخی از زوجین یک بحران بزرگ محسوب شده و می‌تواند بـه افسـردگی، اضـطراب، طردشـدگی اجتمـاعی و اخـتلال جنسی بیانجامد. مداخلات حمایتی با هدف افزایش خودکارآمدی ممکن است باعث افزایش و بهبود مهارت‌های غلبه بـر مشـکلات، ایجـاد احساس بهتر و پیگیری درمان ناباروری گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی بر خودکارآمدی زنان نابارور از خرداد مـاه لغایت مهر سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. در این مطالعه که از نوع کارآزمایی بالینی تجربی بود ۱۰۴ زن نابارور با عامل زنانه مراجعـه‌کننـده بـه یکی از مراکز ناباروری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران با تخصیص تصادفی در گـروه‌هـای کنتـرل و مداخلـه شـرکت نمودنـد. ابـزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه خودکارآمدی ویژه ناباروری کوزینیو و همکاران بود. پس از انجام پیش آزمون در دو گروه، برنامه آموزشی بصورت چهار جلسه گروهی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای در چهار هفته متوالی جهـت گـروه مداخلـه ارائـه گردید. گروه مداخله ۶ هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی و گروه کنترل نیز ۶ هفته بعد از تکمیل اولیه پرسشنامه هـا مجـددا پرسشـنامه خودکارآمدی ناباروری را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری کای دو (X^2)، آزمون tزوج و t مستقل انجام گرفت. قبل از مداخله دوگروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی و خودکارآمدی اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند ($P=۰/۸۸۶$)، ولی بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمرات خودکارآمدی دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). به طور کلی بر اساس نتایج حاصله، برنامه آموزشی بر خودکارآمدی زنان نابارور مؤثر بوده است؛ لذا پیشنهاد می‌شود این برنامـه بـرای سـایر زنان نابارور در سطح وسیع تر به کار گرفته شود.

کلیدواژه: برنامه آموزشی، خودکارآمدی، زنان نابارور

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، انتهای خیابان نصرت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۶۶۹۲۷۱۷۱
E-mail: nalimanesh@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

مقدمه

آرزوی داشتن فرزند قوی‌ترین غریزه در جهان بوده و عدم تحقق آن می‌تواند به معنی واقعی روی تمام ابعاد زندگی اثرات مخرب داشته باشد. شیوع ناباروری در ایالت متحده حدود ۱۵درصد درصد گزارش شده است، این در حالی است که این رقم در آفریقا به ۴۰درصد می‌رسد[۳-۱]. اگرچه ناباروری در کشورهای مختلف شیوع نا همگونی دارد، اما به گفته سازمان سلامت جهان در سراسر دنیا این میزان ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش گردیده است[۴،۵]. بر اساس گزارش سال ۲۰۱۰ شیوع ناباروری اولیه در ایران ۲۴/۹ درصد بوده است[۶]. اگر عامل مردانه که ۳۰ تا ۴۰ درصد را تشکیل می دهد از این میزان کم شود، شیوع ناباروری با عامل زنانه ۱۵ تا ۱۷ درصد خواهد بود. ناباروری یک عامل تنش زای مهم در زندگی محسوب شده و درماندگی، غم و افسردگی، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت نفس و طرد شدگی از دوستان و اجتماع پیامد های نامطلوبی هستند که اغلب زوجین نابارورآن را تجربه می‌کنند[۹-۷]. از طرفی، به بدنبال پیشرفت‌های چشمگیر فنون درمان ناباروری زوجین تمایل دارند که والد شدن را تجربه نمایند. بدیهی است که روش‌های تهاجمی مانند تزریق‌های روزانه، نمونه‌گیری‌های مکرر خون و اسپرم، سونوگرافی ها و بار مالی تحمیل شده موجب استرس فراوانی خواهد شد. اگرچه زوجین سعی می کنند تا با راه های درمان سازگار شوند، اما برخی که توانایی لازم جهت این تطابق را ندارند، دچار رنج مضاعف خواهند شد[۱۰]. یکی از بدترین ابعاد استرس مرتبط با ناباروری بلا تکلیفی در مورد آینده است. ناباروری یک روند طولانی دارد و اطلاع فرد نابارواز وضعیت پزشکی‌اش و بطور کلی داشتن اطلاعات در ارتباط با ناباروری از وی یک فرد آگاه و مثبت می‌سازد[۱۱]. نتایج مطالعه سال ۲۰۰۶ در اروپا در ارتباط با رضایت زوج های نابارور از روند درمان ناباروری نشان داد، بیشتر بیماران انتظار دارند در زمینه ناباروری و درمان‌های آن و جنبه های عاطفی و روان شناختی آن اطلاعات بیشتری کسب کنند[۱۲]. به همین دلیل بسیاری از مراکز ناباروری جلسات مشاره الزامی را قبل از شروع درمان ناباروری ضروری می‌دانند. نتایج پژوهش سال ۲۰۰۸ در ناتینگهام انگلستان بر ۹۵ زن نابارور نشان داد افرادی که ازحمایت آموزشی-روانی گروه های اجتماعی بهره مند شده بودند از توانایی بالاتری در کنترل بحران‌های روانی حاصل از تشخیص و درمان های ناباروری برخوردار بودند[۷]. روشهای کمک باروری IVF از جمله عوامل استرس زا در ناباروری است، بطوری که ۳۰ درصد از زوج ها روند آن را به علت فشار روانی فراوان ناتمام می‌گذارند[۹،۱۳]. پژوهشگران براین باورند که اگر چه ناباروری به عنوان منبع فشار روانی، می تواند سلامت افراد نابارور را به خطر بیاندازد، ولی میزان تأثیر آن تا اندازه‌ای به ارزیابی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای فرد نیز بستگی دارد[۱۳]. افزایش خودکارآمدی ممکن است باعث افزایش و بهبود مهارت‌های فائق آمدن بر مشکلات و در نتیجه ایجاد حس خوب بودن شده و به پیگیری درمان ناباروری بیانجامد[۱۱]. در حقیقت خودکارآمدی ادراک شخص را در مورد خود در بکارگیری مهارت های شناختی، هیجانی، رفتاری و درک فرد را از ظرفیتش نشان می دهد. خودکارآمدی مفهومی مهم در روانشناسی مثبت است. ایمان فرد به خود و توانایی‌هایش بر میزان اضطرابی که در موقعیت های حساس و مخاطره آمیز تجربه می‌کند بسیار تاثیرگذار است. در افراد نابارور خودکارآمدی، ادراک بیماران از توانایی شان در بکارگیری مهارت های روان‌شناختی جهت کنترل هیجان‌های مرتباط با درمان طبی ناباروری است. آنچه مسلم است، فرد نابارور با خودکارآمدی بالا، ثبات عاطفی بیشتری به دست آورده و پافشاری بیشتری روی درمان خواهد داشت[۱۲،۱۴]. این افراد هنگام انتظار برای ملاقات با پزشک و یا گرفتن جواب آزمایشات می توانند بیشتر در حفظ آرامش خود موفق باشند. ارتقای خودکارآمدی باعث افزایش رفتارهای بهداشتی، بهبود وضعیت سلامت و بدنبال آن ممکن است حتی به افزایش احتمال بارداری بیانجامد[۱۲]. هدف از بررسی میزان خودکارآمدی زنان نابارور و مداخله بر روی آن، توانمند کردن آنها است. پرسشنامه خودکارآمدی ناباروری توانایی شناختی، عاطفی و رفتاری زوجین را مورد سنجش قرار می‌دهد. خوشبختانه از آنجا که در فرهنگ ایرانی خانواده هسته‌ای بسیار با ارزش نگریسته می‌شود و وجود فرزند در خانواده باعث گرمی و استواری بیشتر بنیان آن خواهد شد و ازآنجا که بهداشت باروری به معنای سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی درهمه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل و روند و کارکرد آن اطلاق می‌شود و مردم باید بتوانند قابلیت تولید مثل و آزادی تصمیم‌گیری در مورد چگونگی وقت و تناوب آن را داشته باشند. به نظر می رسد، ماماها که اولین افراد در تماس با زنان هستند می توانند با انجام مداخلاتی در افزایش خودکارآمدی و مهارت درقدرت تصمیم‌گیری آنها نقش بسزایی داشته باشند. با توجه به مطالعات اندک مداخله‌ای بر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

خودکارآمدی زنان نابارور، پژوهشگر بر آن شدتا به انجام یک برنامه جهت افزایش خودکارآمدی زنان نابارور بپردازد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع بالینی تجربی بوده و در مرکز بهداشت باروری ولی عصر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، از خردادماه لغایت مهر سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه و مرکز انجام پژوهش، ۱۰۴ زن نابارور ایرانی واجد شرایط در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۵۲ نفر) وارد پژوهش گردیدند. معیار های ورود؛ سابقه حداقل ۵ سال ناباروری اولیه، نداشتن بیماری شناخته شده، ۲۰ تا ۴۵ سال سن و سواد خواندن و نوشتن، و معیار های خروج؛ وقوع حوادث تنش زا حین مطالعه، عدم شرکت در جلسات آموزشی و بارداری در طی مطالعه در نظر گرفته شد. نمونه گیری بصورت مستمر با تخصیص تصادفی بصورت بلوک‌های دوتایی انجام گرفت. بدینگونه که پژوهشگر دو کارت a و b را که توسط جدول اعداد تصادفی بعنوان گروه مداخله و گروه کنترل در نظر گرفته بود، داخل پاکت قرار داده و از اولین نمونه پژوهش درخواست نمود از داخل پاکت یکی از کارت‌ها را خارج نماید. براساس کارت خارج شده اولین و دومین نمونه پژوهش جزء گروه مداخله یا کنترل محسوب شدند. این عمل در مورد نمونه سوم و پنجم و ... تا تکمیل حجم نمونه انجام گرفت. قبل از ورود افراد به مطالعه، هدف و نحوه اجرای پژوهش توسط پژوهشگر توضیح داده شده و در صورت تمایل با اخذ رضایت نامه کتبی در پژوهش شرکت داده می شدند. ابزار استفاده شده دراین پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه خود کارآمدی ناباروری بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته و شامل ۱۶ سؤال در خصوص اطلاعات مربوط به سن، محل سکونت، تحصیلات و اشتغال نمونه های پژوهش و همسرانشان، سن ازدواج، مدت ناباروری، سن اولین مراجعه به مرکز درمان ناباروری، وجود سابقه ناباروری در خانواده، تعداد دفعات مراجعه در ارتباط با ناباروری به مرکز درمانی در شش ماه گذشته، سابقه بستری در بیمارستان در ارتباط با ناباروری، منبع کسب اطلاعات نمونه ها در مورد ناباروری، مشکل بودن فراهم نمودن و پرداخت هزینه داروها و علاقه نمونه‌ها به کسب اطلاعات بیشتر در مورد ناباروری بود. که جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین صورت که پرسشنامه از طریق مطالعه کتب و مقالات تهیه گردیده، سپس به ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه تهران ارائه و نظراتشان اعمال شد و جهت پایایی آن توسط ۲۰ زن نابارور تکمیل و براساس آلفا کرونباخ همبستگی نتایج محاسبه گردید. پرسشنامه خودکارآمدی ۱۶ گویه داشت و توسط کوزینیو و همکاران در سال ۲۰۰۶ طراحی و پایایی و اعتبار درونی آن از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (α =۰/۹۴) تایید گردید. این پرسشنامه می‌تواند ادراک بیماران نابارور در مورد توانایی خودشان در بکارگیری مهارت های شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با درمان ناباروری، فنون رفتاری-روانشناختی، اداره استرس، استفاده از تکنیک‌های آرام سازی، مهارت‌های عمومی یا روشهای خود درمانی را نشان دهد. مقیاس سنجش به صورت لیکرت پنج گزینه ای با دامنه امتیاز ۱۶ الی ۸۰ و بدون نقطه برش بوده، امتیاز بیشتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر بود. به منظور بدست آوردن پرسشنامه‌ای معادل با زبان اصلی، ابتدا دو زبان شناس به طور مستقل پرسشنامه مخصوص زنان نابارور را به فارسی ترجمه نمودند، سپس دو زبان شناس دیگر نسخه ترجمه شده را به طور مستقل به انگلیسی ترجمه کردند و پس از نهایی شدن نسخه تهیه شده توسط فرد متخصص دو زبانه با نسخه اصلی مقایسه شد. سپس نسخه نهایی جهت تعیین روایی محتوی به ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه تهران ارائه و نظراتشان اعمال گردید و جهت پایایی و اعتبار درونی آن، توسط ۲۰ زن نابارور تکمیل و بعد از جمع آوری اطلاعات با استفاده از آلفا کرونباخ همبستگی آن مورد سنجش قرار گرفت (α = ۰/۸۹). بعد از اخذ رضایت نامه کتبی، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه خود کارآمدی ناباروری جهت تکمیل در اختیار نمونه های پژوهش قرار گرفته و سپس به گروه های آزمون و کنترل تخصیص یافتند. هنگامی که تعداد زنان گروه مداخله به ۱۰ نفر می رسید، با تماس تلفنی هماهنگی لازم جهت تشکیل اولین جلسه آموزشی صورت گرفته و برنامه آموزشی جهت گروه مداخله در اتاقی جداگانه و به دور از سرو صدا ارائه می‌گردید. برنامه آموزشی بر اساس مطالعه کوزینیو (۱۵)، شامل چهار جلسه آموزش گروهی، به صورت چهره به چهره به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه با محتوی سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی در چهار هفته متوالی و نیز یک پیگیری تلفنی دو هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی بود. شایان ذکر است جلسات آموزشی بصورت گروه‌های ۱۰ نفره برگزار گردید و آموزش و پیگیری تلفنی توسط پژوهشگر انجام شد. به این صورت که در جلسه اول، ابتدا پژوهشگر مجدداً خود را معرفی و در ارتباط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

با هدف و روش پژوهش صحبت نمود و ضمن برقراری جو صمیمانه و غیر رسمی، مطالب آموزشی بصورت ساده و قابل فهم ارائه می‌گردید. محتوی آموزش شامل آشنایی با دستگاه تولید مثل زن و مرد، روند تولید مثل، تعریف ناباروری، شیوع، علل، راههای تشخیص، پروتکل درمانی، آزمایش‌های لازم، روش‌های کمک باروری و روش‌های کاهش استرس بود. در انتهای جلسه فرصتی به نمونه‌ها جهت سؤال کردن و دریافت پاسخ آنها داده می‌شد. پژوهشگر در هنگام ارائه مطالب سعی می‌کرد تا افراد با مطرح نمودن نظرات، تصورات و احساسات، مشکلات و سؤالات در فرایند یادگیری درگیر شده و حضور فعالی داشته باشند و زمانی را برای بیان تجربیات شان اختصاص می‌داد. همچنین به منظور تداوم آموزش در انتهای جلسه اول، کتابچه‌ای حاوی مطالب مورد بحث در جلسات بصورت مطالبی ساده و قابل فهم که محتوی آن توسط اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران تایید شده بود، به ایشان جهت مطالعه فردی و اطلاع رسانی به همسران شان ارائه گردید. طی جلسه دوم توضیحات کامل‌تر مطالب با همان محتوی قبلی با تاکید بیشتر روی پروتوکل درمانی، روش‌های کمک باروری و روش‌های کاهش استرس ارائه گردیده و در انتهای جلسه، ضمن پاسخ به سؤالات و ابهامات نمونه‌ها زمانی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات اختصاص داده و جلسه هفته آینده یادآوری می شد. جلسات سوم و چهارم نیز در هفته‌های آینده به همین ترتیب برگزار گردید و دو هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی، یک پیگیری تلفنی در خصوص مراجعه یک ماه بعد نمونه‌ها جهت تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها صورت گرفت. گروه مداخله ۶ هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی مجددا پرسشنامه خودکارآمدی ناباروری را تکمیل نمودند. از گروه کنترل نیز ۶ هفته بعد از تکمیل اولیه پرسشنامه‌ها جهت تکمیل مجدد پرسشنامه خودکارآمدی ناباروری دعوت به عمل آمد. به گروه کنترل بعد از تکمیل مجدد پرسشنامه، یک جلد کتابچه آموزشی تحویل داده شد. از تعداد ۵۲ نمونه گروه مداخله طی مدت آزمون ۳ نفر باردار و یک نفر از ادامه مطالعه منصرف گردید و در گروه کنترل یک نفر باردار و ۴ نفر به علت عدم پاسخ به تلفن جهت دعوت به پر کردن پرسشنامه از مطالعه خارج شدند.

یافته‌ها

در مجموع اطلاعات ۹۵ زن نابارور شرکت کننده در پژوهش در دو گروه مداخله(n= ۴۸) و کنترل (n= ۴۷) با میانگین سن گروه مداخله۶/۰۷ ± ۳۰/۷۵ سال و گروه کنترل۶/۳۲ ± ۳۰/۳۶ سال مورد تجریه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند. جدول شماره ۲، مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی واحدهای پژوهش را قبل و بعد از مداخله بین گروه های مداخله و کنترل نشان می‌دهد. قبل از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله ۳۲/۵۰ با انحراف معیار ۸/۴۵ و در گروه کنترل ۳۲/۲۶ با انحراف معیار ۷/۸۴ بود. که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت (P =۰/۸۸). بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله ۵۳/۲۳ با انحراف معیار ۱۰/۰۸ و در گروه کنترل ۳۲/۶۵ با انحراف معیار ۷/۰۰۷ بودکه اختلاف آماری معنی‌دار نشان داد (P< ۰/۰۰۱). جدول شماره ۳ ارتباط مشخصات دموگرافیک با خودکارآمدی زنان نابارور را نشان می‌داد. یافته‌ها نشان می‌دهد بین سن زنان با نمره خودکارآمدی آنها ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت(P= ۰/۰۳۵) و خودکارآمدی بیشتر در بین زنان سنین ۳۴ تا ۴۵ سال بود. همچنین بین شغل زنان با نمره خودکارآمدی ارتباط آماری معنی‌دار بدست آمد (P=۰/۰۴۶)، خودکارآمدی بیشتر در بین زنان شاغل مشاهده شد. بین سایر متغیرهای دموگرفیک و نمره خودکارآمدی ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

جدول شماره ۱: مشخصه‌های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

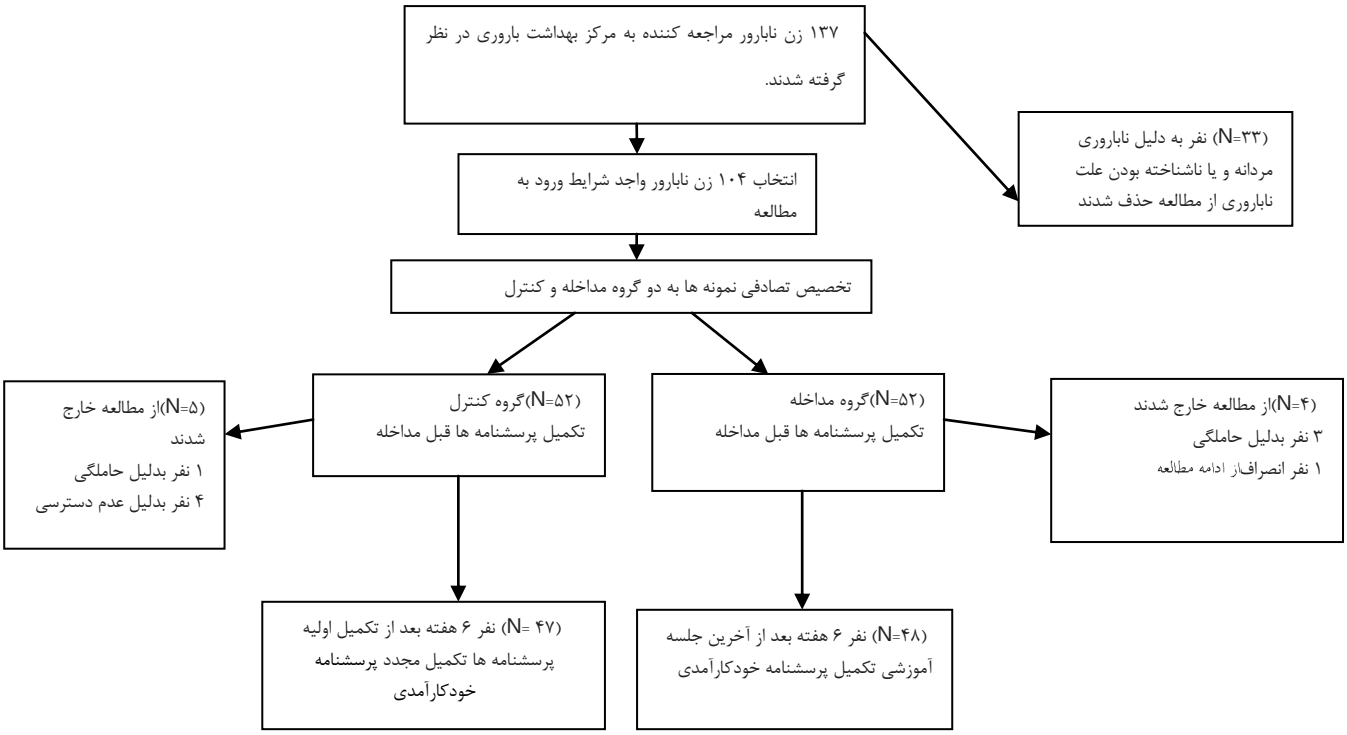
مشخصات جمعیت شناختی		گروه مداخله	گروه کنترل	P
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
سن(سال)*	۲۰-۲۵	۸(۱۵/۴)	۱۶(۳۰/۸)	۰/۷۵
	۲۶-۳۰	۲۱(۴۰/۴)	۱۱(۲۱/۲)	
	۳۱-۳۵	۱۳(۲۵)	۱۵(۲۸/۸)	
	۳۶-۴۰	۵(۹/۶)	۵(۹/۶)	
	۴۱-۴۵	۵(۹/۶)	۵(۹/۶)	
	میانگین (انحراف معیار)	۳۰/۷۵ (۶/۰۷)	۳۰/۳۶(۶/۳۲)	
محل سکونت+	تهران	۳۰(۵۷/۷)	۳۱(۵۹/۶)	۰/۸۴
	خارج از تهران	۲۲(۴۲/۳)	۲۱(۴۰/۴)	
تحصیلات زنان+	ابتدایی	۹(۱۷/۳)	۱۲(۲۳/۱)	۰/۸۴
	سیکل	۱۲(۲۳/۱)	۱۰(۱۹/۲)	
	دیپلم	۱۹(۳۶/۵)	۲۰(۳۸/۵)	
	دانشگاهی	۱۲(۲۳/۱)	۱۰(۱۹/۲)	
تحصیلات همسران زنان+	ابتدایی	۱۱(۲۱/۲)	۱۴(۲۶/۹)	۰ /۳۸
	سیکل	۱۶(۳۰/۸)	۹ (۱۷/۳)	
	دیپلم	۱۷(۳۲/۷)	۲۲(۴۲/۳)	
	دانشگاهی	۸(۱۵/۳)	۷(۱۳/۵)	
شغل زنان+	خانه دار	۴۳(۸۲/۷)	۳۸(۷۳/۱)	۰/۲۳
	شاغل	۹(۱۷/۳)	۱۴(۲۶/۹)	
+شغل همسران زنان	کارگر	۱۰(۱۹/۳)	۱۱(۲۱/۱)	۰/۳۵
	کارمند	۱۱(۲۱/۲)	۱۶(۳۰/۸)	
	شغل آزاد	۲۷(۵۱/۹)	۲۱(۴۰/۴)	
	سایر	۴(۷/۶)	۴(۷/۷)	
سن ازدواج*	۱۲-۲۰	۲۵(۴۸/۱)	۲۵(۴۸/۱)	۰/۸۸
	۲۱-۲۹	۲۳(۴۴/۲)	۲۲(۴۲/۳)	
	۳۰-۳۸	۴(۷/۷)	۵(۹/۶)	
	میانگین(انحراف معیار)	۲۱/۷۳ (۵/۶۹)	۲۰/۶۹(۵/۵۳)	
مدت ناباروری*	۵-۹	۴۱(۷۸/۸)	۳۷(۷۱/۲)	۰/۲۸
	>۱۰	۱۱(۲۱/۲)	۱۵(۲۸/۸)	
	میانگین(انحراف معیار)	۷/۹۶ (۳/۳۶)	۸/۷۵(۴/۶۳)	
سن اولین مراجعه*	۱۵-۲۲	۱۶(۳۰/۸)	۲۰(۳۸/۵)	۰/۷۵
	۲۳-۳۰	۳۲(۶۱/۵)	۲۶(۵۰)	
	۳۱-۳۸	۴(۷/۷)	۶(۱۱/۵)	
	میانگین(انحراف معیار)	۲۴/۸۶(۴/۷۸)	۲۴/۵۵(۴/۸۸)	
سابقه ناباروری در خانواده+	بله	۶(۱۱/۵)	۱۰(۱۹/۲)	۰/۲۷
	خیر	۴۶(۸۸/۵)	۴۲(۸۰/۸)	
تعداد مراجعه به مرکز ناباروری در ۶ ماه* اخیر	۱-۴	۲۳(۴۴/۲)	۲۵(۴۸/۱)	۰/۵۸
	۵-۹	۲۱(۴۰/۴)	۱۹(۳۶/۵)	
	>۱۰	۸(۱۵/۴)	۸(۱۵/۴)	
	میانگین(انحراف معیار)	۶/۰۱(۳/۳۹)	۵/۴۴(۳/۳۳)	
سابقه بستری در بیمارستان با علت ناباروری +	بله	۲۲(۴۲/۳)	۲۰(۳۸/۵)	۰/۶۸
	خیر	۳۰(۵۷/۷)	۳۲(۶۱/۵)	
منبع کسب اطلاعات مرتبط با ناباروری+	پزشک	۳۶(۶۹/۲)	۴۴(۸۴/۶)	۰/۰۵
	ماما	۲(۳/۸)	۵(۹/۶)	
	سایر	۱۴(۲۷)	۳(۵/۸)	
مشکلات مربوط به هزینه دارو+	دارد	۳۵(۶۷/۳)	۳۱(۵۹/۶)	۰/۶۷
	تا حدودی	۱۳(۲۵)	۱۷(۳۲/۷)	
	ندارد	۴(۷/۷)	۴(۷/۷)	
مشکلات مربوط به تهیه دارو+	کاملا	۳۶(۶۹/۲)	۳۱(۵۹/۶)	۰/۴۲
	حدودا	۱۲(۲۳/۱)	۱۸(۳۴/۶)	
	اصلا	۴(۷/۷)	۳(۵/۸)	

* آزمون *t*-test
+ آزمون Chi-square

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

جدول شماره۲: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۱

	قبل از مداخله	بعداز مداخله	نتایج آزمون t زوج
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
گروه مداخله	۳۲/۵۰(۸/۴۵)	۵۳/۲۳(۱۰/۰۸)	t = -۱۲/۰۴ df=۴۱ P< ۰/۰۰۱
گروه کنترل	۳۲/۲۶(۷/۸۴)	۳۲/۶۵(۷/۰۷)	t= -۰ /۲۱ df=۳۹ p=۰/۸۲
نتیجه آزمون t مستقل	t = -۰/۱۴ df= ۱۰۱/۴۳ p = ۰/۸۸ معنی دار نیست	t=۱۰/۷۷ df=۷۳/۲۹ P< ۰/۰۰۱ معنی دار است	



دیاگرام بر اساس کنسورت ۲۰۱۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

جدول ۳: ارتباط مشخصات دموگرافیک با خودکارآمدی زنان نابارور

	تعداد = ۱۰۴	تعداد(درصد)	میانگین(انحراف معیار)	نتایج آزمون
سن	۲۰-۳۳	۷۱(۶۷/۶)	۳۱/۵۴(۷/۵۳)	p = ۰/۰۳۵ t= -۲/۵۴
	۳۴-۴۵	۳۳(۳۱/۴)	۴۳/۸۷ (۷/۲۳)	
محل سکونت	تهران	۶۱(۵۸/۱)	۳۳/۲۱(۷/۸۲)	p =۰/۱۶ t=۱/۳۹
	خارج تهران	۴۳ (۴۱/۹)	۳۰/۹۷(۷/۴۸)	
تحصیلات زنان	ابتدایی	۲۱(۲۰)	۳۰/۶۱(۷/۵۴)	F= ۰/۴۷۹ p = ۰/۷۰۵
	سیکل	۲۲(۲۱)	۳۱/۴۲(۷/۳۷)	
	دیپلم	۳۹(۳۷/۱)	۳۰/۵۱(۷/۵۸)	
	دانشگاهی	۲۲(۲۱/۹)	۳۱/۴۳(۷/۲۶)	
تحصیلات همسر زنان	ابتدایی	۲۵(۲۳/۸)		F =۲ p= ۰/۱۰
	سیکل	۲۵(۲۳/۸)		
	دیپلم	۳۹(۳۷/۱)		
	دانشگاهی	۱۵(۱۴/۳)		
شغل زنان	خانه دار	۸۱(۷۷/۱)	۳۱/۶۱(۸/۶۴)	p =۰/ ۰۴۶ t= -۱/۴۲۴
	شاغل	۲۳(۲۱/۹)	۴۲/۹۸(۸/۵۵)	
شغل همسران زنان	کارگر	۲۱(۲۰)		F = ۰/۲۷۰ P = ۱/۸۹
	کارمند	۲۷(۲۵/۷)		
	شغل آزاد	۴۸(۴۵/۷)		
	سایر	۸(۵/۷)		
سن ازدواج	۱۲-۲۰	۵۰(۵۰)	۳۱/۶۵ (۷/۴۸)	p = ۰/۱۴ ۹ t= -۱/۳۲
	۲۱-۲۹	۴۵(۴۱/۳)	۳۱/۵۵ (۷/۸۶)	
	۳۰-۳۸	۹(۸/۷)	۳۰/۶۶ (۷/۷۸)	
مدت ناباروری	۵-۹	۷۸(۷۵)	۳۲/۲۵ (۸/۷۶)	آنالیز واریانس یکطرفه f=۰/۲۱ p = ۰/۸۰
	>۱۰	۲۶(۲۵)	۳۳/۰۷ (۸/۳۴)	
سن اولین مراجعه	۱۵-۲۲	۳۶(۳۴/۷)	۲۹/۹۷ (۶/۵۹)	آنالیز واریانس یک طرفه f =۲,۳۴ p=۰/۱۰
	۲۳-۳۰	۵۸(۵۵/۷)	۳۳/۳۹ (۶/۶۵)	
	۳۱-۳۸	۱۰(۹/۶)	۳۲/۲۰ (۶/۷۲)	
سابقه ناباروری در خانواده	بله	۱۶(۱۵/۴)	۳۱/۶۸ (۷/۸۵)	p = ۰/۲۷
	خیر	۸۸(۸۴/۶)	۳۲/۷۳ (۷/۶۹)	t= -۱/۲۴
تعداد مراجعه به مرکز ناباروری در ۶ ماه اخیر	۱-۴	۴۸ (۴۶/۲)	۳۲/۴۵ (۷/۹۸)	آنالیز واریانس یک طرفه f =۰/۲۱۵ p = ۰/۸۰
	۵-۹	۴۰(۳۸/۴)	۳۲/۳۷ (۷/۸۰)	
	>۱۰	۱۶(۱۵/۴)	۳۰/۱۶ (۷/۷۹)	
سابقه بستری در بیمارستان با علت ناباروی	بله	۴۲(۴۰/۴)	۳۲/۴۴ (۷/۸۹)	p =۰/۲۱ t = -۱/۲۴
	خیر	۶۲(۵۹/۶)	۳۲/۵۸ (۷/۷۸)	
منبع کسب اطلاعات مرتبط با ناباروری	پزشک	۸۰(۷۸/۹)	۳۰/۶۵ (۶/۶۸)	آنالیز واریانس یک طرفه f=۰/۱۵۹ p=۰/۹۵
	ماما	۷(۶/۷)	۳۱/۷۹ (۶/۸۵)	
	سایر	۱۷(۱۴/۴)	۳۱/۶۱(۶/۵۹)	
	دارد	۶۶(۶۳/۴)	۳۱/۶۹ (۸/۵۷)	
مشکلات مربوط به هزینه دارو	تا حدودی	۳۰(۲۸/۸)	۳۲/۶۵ (۸/۶۳)	آنالیز واریانس یک طرفه f =۱/۶۷ p=۰/۴۲
	ندارد	۸(۷/۸)	۳۶/۲۶(۸/۲۹)	
	کاملا	۶۷(۶۴/۴)	۳۲/۵۱ (۸/۶۶)	
مشکلات مربوط به تهیه دارو	حدودا	۳۰(۲۸/۹)	۳۲/۷۹ (۸/۴۸)	آنالیز واریانس یک طرفه f =۱/۴۶ p=۰/۲۳
	اصلا	۷(۶/۷)	۳۰/۲۶(۸/۶۸)	

یافته‌های جدول فوق نشان می دهد بین سن زنان با نمره خودکارآمدی آنها ارتباط آماری معنی دار وجود داشته است (p= ۰/۰۳۵) و خودکارآمدی بیشتر در بین زنان سنین ۳۴ تا ۴۵ سال بود. همچنین بین شغل زنان با نمره خودکارآمدی ارتباط آماری معنی داری بدست آمد (p= ۰/۰۴۶)، خودکارآمدی بیشتر در بین زنان شاغل مشاهده شد. بین سایر متغییرهای دموگرفیک و نمره خودکارآمدی آنها ارتباط آماری معنی داری وجود نداشته است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر خودکارآمدی زنان نابارور پرداخته است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، افزایش اطلاعات و بکارگیری مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با درمان طبی ناباروری برای اداره موفق تجربیات ناباروری مفید واقع شده و به افزایش تسلط زنان بر احساسات و هیجانات و افزایش خودکارآمدی آنها انجامید. مطالعه ۲۰۰۸ کوزینیو و همکاران نیز افزایش خودکارآمدی زنان نابارور را بدنبال حمایت روانی ـ آموزشی از طریق اینترنت نشان داده اند. محتوی برنامه حمایتی شامل مراقبت از خود، اداره و کنترل احساسات، برقراری ارتباط خوب با همسر، پیگیری درمان و ارتباط مناسب با مددکاران بود[۱۵]. سامی و تازن بر اساس پژوهش سال ۲۰۱۲ در پاکستان گزارش نمودند افزایش اطلاعات زنان نابارور در مورد علل و درمان های ناباروری و روش های کاهش استرس می تواند اثرات مثبت در وضعیت آنها داشته و به پیگیری بهتر درمان های پزشکی ناباروری و اجتناب از روش های سنتی و ناامن بیانجامد[۱۶]. به اعتقاد سامی و تازن احتیاج مبرمی به وجود آموزش و مشاوره بهداشتی در برنامه درمانی ناباروری وجود دارد. همسو با این نتایج، مطالعه مالیک و کالسن در انگلستان نشان داد گروه های حمایتی از طریق همدردی و افزایش اطلاعات زنان نابارور، تاثیر مثبتی در بهبود روابط این افراد با همسرانشان، کاهش احساس طردشدگی، درک بهتر از وضعیت ناباروری و درمانی شان، نقش فعال در درمان و تصمیم گیری آگاهانه و داشتن نگرش مثبت نسبت به گروه های حمایتی داشته است[۷]. بندورا معتقد است که داشتن مهارت و دانش برای انجام موفقیت آمیز یک عمل کافی نیست. اعتقاد به کارآمد بودن به عنوان مهمترین تعیین کننده انگیزش و عمل هر فرد معرفی شده است. خودکارآمدی به معنی ادراک فرد از توانایی خود برای رسیدن به هدف و اعتقاد به این که می‌توان با شیوه های خاص به اهداف خاص رسید. خودکارآمدی در انتخاب رفتارهای بهداشتی مانند پیگیری های درمانی و رفتارهای ایمنی نقش مؤثری دارد. خودکارآمدی بالا نه تنها باعث تغییر رفتار بهداشتی می شود بلکه هنگام مواجهه با موانع انگیزه بیشتری برای تلاش و استقامت را در فرد ایجاد می کند[۱۹-۱۷]. با هدف افزایش خودکارآمدی زنان نابارور تحت درمان، اسمیت و همکاران تاثیر مثبت انجام ۴ جلسه طب سوزنی را مورد بررسی قرار دادند. تحلیل داده ها اختلاف آماری معنا دار بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داد و گروه مداخله از سطح خودکارآمدی بالاتری نسبت به گروه کنترل برخوردار بودند[۲۰]. در مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۰ اثر راهبرد توانمندسازی چند بعدی در تصمیم‌گیری جهت انتخاب تعداد جنین های منتقل شده در باروری آزمایشگاهی توسط پیراستراتن مورد بررسی قرار گرفت[۲۱]. این راهبرد شامل ۴ بعد بود. یک بعد آن شامل برنامه آموزشی جهت تقویت قدرت روحی، افزایش آگاهی در ارتباط با درمان ناباروری، رضایت و اعتماد در تصمیم‌گیری بر اساس آگاهی بود. استرداد هزینه سیکل چهارم باروری آزمایشگاهی و معرفی پرستار متخصص در امر باروری آزمایشگاهی جهت مشاوره و همچنین اطلاع رسانی و تماس تلفنی به منظور پاسخ گویی به آخرین سؤالات زوج از ابعاد دیگر این استراتژی بودند. این پژوهش نشان داد توانمندسازی چند بعدی توانست میزان نمره خودکارآمدی عمومی را افزایش داده و به افزایش خودکارآمدی در فرد بیانجامد. نتایج مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر در افزایش خودکارآمدی همخوانی داشته است. ووتر و همکاران نیز در هلند تاثیر دسترسی اینترنتی به اطلاعات پزشکی را در توانمندی بیماران تحت روند باروری آزمایشگاهی مورد بررسی قرار دادند[۲۲]. یافته های پژوهش هیچ اختلاف معنی دار را در خودکارآمدی عمومی در گروه مداخله و کنترل نشان ندادند. بر طبق این نتایج دسترسی اینترنتی به اطلاعات پزشکی بر توانمندی بیماران تحت روند باروری آزمایشگاهی اثر نداشت. شاید دلیل عدم تاثیر آن، تحصیلات پایین زنان و عدم آشنایی کافی جهت کار با کامپیوتر بوده است. به نظر می رسد زنان با تحصیلات پایین تر که شاید در انجام رفتارهای بهداشتی آسیب پذیرتر باشند، توسط فردی آموزش دیده همراه با یک برنامه آموزشی برنامه ریزی شده بهتر هدایت و راهنمایی شوند. این نکته در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفته و ارائه برنامه آموزشی با حضور پژوهشگر و بیان مطالب آموزشی بصورت ساده و قابل فهم توسط پژوهشگر، همچنین امکان پاسخ به ابهامات نمونه های پژوهش صورت گرفت و به افزایش میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله انجامید. درمطالعه دومار و همکاران در سال ۲۰۰۰، اثر مثبت مداخلات روانشناختی بر بهبود وضعیت روانی زنان نابارور و تاثیر مثبت آموزش کنترل استرس وآرام سازی نشان داده شده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد[۲۳]. مداخلات روانشناختی شامل فنون آرام سازی، بازسازی شناختی، توصیه به بروز هیجانات و تحریکات عاطفی، توصیه‌های تغذیه‌ای و تمرینات ورزشی، صحبت با فرد متخصص در ارتباط با تفکر قاطعانه و انعطاف پذیری بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

دومار و همکاران زمانی را به صحبت واحدهای پژوهش در ارتباط با سوابق پزشکی، درمان ناباروریشان و اثرات ناباروری بر اعتماد به خود، ازدواج، رابطه با خانواده و دوستان، معنویت و شغل شان اختصاص داده بودند. در مطالعه سال ۲۰۱۲ ماتسوبایاشی و همکاران پیرامون نقش مداخلات روانشناختی در کاهش اضطراب و افزایش میزان بارداری زنان نابارور نیز نتایج مثبتی بدست آمد و داده‌ها اختلاف معنی‌دار را نشان دادند[۲۴]. این امر تاکید کننده بر اهمیت مداخلات روانشناختی زنان نابارور در کنار درمان های ناباروری است. در پژوهشی که توسط کلرک و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شد، تاثیر مشاوره روانی اجتماعی بر زوجهایی که برای اولین بار باروری آزمایشگاهی انجام می دادند مورد مطالعه قرار گرفت[۲۵]. این پژوهش هیچ اثر مثبتی را بر روی زوج ها نشان نداد. شاید دلیل عدم تاثیر مداخلات این بوده است که افرادی که احتمال داشت از این مداخله سود ببرند در این مطالعه شرکت نکردند و شاید می بایست جلساتی قبل و بعد از انجام تست بارداری که استرس فراوانی بر زوج نابارور تحمیل می کند برگزار می شد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که آموزش بر خودکارآمدی زنان نابارور مؤثر است و برنامه آموزشی که شامل آشنایی با دستگاه تولید مثل، تعریف ناباروری، شیوع، علل، راه‌های تشخیص، پروتکل درمانی، آزمایش های لازم، روش های کمک باروری و روش های کاهش استرس بود، موجب افزایش خودکارآمدی زنان نابارور شد. لذا پیشنهاد می شود در بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشت باروری، این برنامه به عنوان روش کمکی و بخشی از درمان‌های ناباروری، توسط تیم مامایی آموزش دیده، به زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی (خصوصا زنان کم سن تر و خانه دار که طبق مطالعه، خودکارآمدی کمتری داشته اند) ارائه گردد، تا با کاهش پیامدهای نا مطلوب روانشناختی ناباروری، گامی مؤثر در جهت ارتقای سطح سلامت زنان نابارور برداشته شود. ملاحظات اخلاقی طرح محرمانه بودن کلیه اطلاعات و تحویل دفترچه آموزشی به زنان گروه کنترل پس از اتمام پژوهش بود. عدم پیگیری طولانی مدت شرکت‌کنندگان محدودیت پژوهش و برگزاری جلسات آموزشی بصورت بحث گروهی توسط پژوهشگر و نیز ارائه کتابچه آموزشی جهت تداوم آموزش و انتقال موارد آموزشی به همسران نمونه ها نقاط قوت این مطالعه بودند.

سهم نویسندگان

منصوره جمشیدی منش: مجری، استاد راهنمای طرح
نیلوفر علی منش: مجری، نویسنده اصلی
زهرا بهبودی مقدم: استاد مشاور طرح
حمید حقانی: استاد مشاور در تجزیه و تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران بوده و با شماره مجوز کمیته اخلاق ۹۰/د/۱۳۰/۲۷۱۹ تاریخ ۲/۱۰/ ۱۳۹۱ و کد مرکز کارآزمایی بالینی IRCT138810203034N1 به عنوان طرح مصوب در www.irct.ir ثبت شده است. بدین وسیله از مسؤولان محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران، مرکز بهداشت باروری و تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1.Goodwin TM, Mishell DR, Brenner P.F. Management of common problems in obstetrics and gynecology. 5th Edition.Wiley-blackwell, 2010
2.Fleetwood A, Camp-Engelstein L. The Impact of Infertility: Why ART Should Be a Higher Priority for Women in the Global South. Cancer treats res 2010; 15: 237-48
3.Omu F, Omu A. Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception ofnurses' role during treatment. BMC Nursing 2010; 9: 4-7
4.Marc A.F, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility. 14st Edition, Wolters kluwer:Philadelphia, 2011
5.Dyer S.J, Abrahams, N Mokoena N. E, Lombard C. J, Spuy Z. M. Psychological distress among women suffering fram couple infertility in south Africa: A quantitative assessment. Human Reproduction 2005; 20: 1938-43
6.Vahidi S , Ardalan A, Mohammad K . Prevalence of primary infertility in the Islamic republic of Iran in 2004-5. Asia Pac J Public Health 2009; 21: 287-93
7.Malik S, Coulson N. Computer-mediated infertility support groups;An exploratory study of online experiences. Pationt education and counseling 2008; 73:105-13
8.Mongo M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life ,

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

marital asjustment , and sexual function. journal of urology 2004; 9: 126-30
9.Hassanin M.A, Raheem T, Shahin A. Primary infertility and health – related quality of life in upper Egypt. International Journal of gynecology and obstetrics 2010; 110: 118-21
10. Galhardo A, Cunha M, Gouveia J.P. Measuring Self-Efficacy to Deal with Infertility: psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. Research in Nursing & Health 2013; 36: 65-74
11. Domar A. Coping with the stress of infertility. The National Infertility Association 2007;15: 7-9
12. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD. Development and validation of the infertility self-efficacy scale. Fertility & Sterility 2006; 85:1684-96
13. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile womenand failure of assisted |studies.BMJ research 2011; 57: 1684-96
14.awrance L, Mcleory KR .Self efficacy and health education. Journal of school Health 1999; 56: 317-21
15. Cousineau TM, Domar AD. The Benefit of Psychological Interventions for Female Infertility Patients. Infertility and Assisted Reproduction 2008; 24:53-4
16. Sami N, Tazeen S. Perceptions and Experiences ofWomen in Karachi,Pakistan Regarding Secondary Infertility: Results from a Community-Based Qualitative Study. Obstetrics and Gynecology International 2012; 10: 235-41
17. Bastable S. Nurse as Educator: Principles for teaching and learning for nursing Practice. 3rh Edition, Jones and Bartlett Publishers: Sudbury, 2003
18. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS, ed. Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press 1997; 4: 71- 81
19. Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychology Review 1993; 84: 191-215
20. Smith CA, Kovarova P, BHSc H, Turnbull DA. An exploratory study of the effect of acupuncture on self- efficacy for women seeking fertility support. Elsevier encyclopedia 2010; 6: 330-34
21. Peperstraten A, Nelen W, Grol R, Zielhuis G, Adang E, Stalmeier P, et al. The effect of multimfaceted empowerment strategy on decision making about the number of embryos transferred in in vitro fertillisisation: randomised controlled trial.BMJ Reasearch 2010; 34: 1132- 36
22. Wouter s, Tuil M.Sc, Verhaak CM, Braat DM, Vries Rob PF, Kremer AM. Empowering pationts undergoing in vitro fertilization by providing internet access to medical data. Fertility and Sterility 2007; 88: 361-68
23. Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J. The Impact of Group Psychological Interventions on Distress in Infertile Women. Health Psychology 2000; 19: 568-75
24. Matsubayashi H, Hosaka T, Makino T. Impact of Psychological Distress in Infertile Japanese Women. Nova Science Publishers 2012; 18: 117-34
25. Klerk C, Hunfeld J.A.M, Duivenvoorden HJ, Outer M, Passchier J, Macklon N. Effectiveness of a psychosocial counsellin intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. Human Reproduction 2005; 20: 1333-38

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

Effect of an Educational package on self-efficacy of infertile women

Mansoureh Jamshidimanesh[1], Niloofar Alimanesh [2*], Zahra Behbodi Moghaddam [2], Hamid Haghani [4]

1. Faculty Member of Midwifery Department, Nursing & Midwifery School of Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Nursing & Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Faculty Member of Midwifery Department, Nursing & Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Medical Statistics, School of Management & Medical Information Sciences School of Iran, Tehran, Iran

Payesh 2015; 2: 227-237
Accepted for publication: 21 May 2014
[EPub a head of print-16 February 2015]

Objective (s): Infertility affects 9% to 15% of the childbearing women population. Infertility is a major life crisis and can lead to depression, anxiety, social isolation and sexual dysfunction. This study aimed to investigate about the effect of an educational package on self-efficacy of infertile women.

Methods: This experimental study carried out in a reproductive health center affiliated to Tehran University of Medical Sciences in Iran in 2012. A sample of 104 infertile women attending the center was randomly allocated to intervention and control groups. The intervention group received an educational program in four sessions on four consecutive weeks. Each session lasted for 60-90 minutes. In addition, a booklet was given to the intervention group. The control group only received usual care. Both groups completed the questionnaires at two points in time: at baseline and six weeks after the last educational session. Data were collected by a questionnaire including items on demographic and infertility self-efficacy scale (ISE). Data were analyzed using chi-square, paired t-test and independent sample t test.

Results: There was no significant difference between the two groups at baseline. However, there was a significant difference between self-efficacy scores in two groups after intervention ($P < 0.0001$).

Conclusion: The findings showed that the educational package was effective in increasing self-efficacy of infertile women. Indeed, implementation of programs to improve self-efficacy in women is recommended.

Key Words: Educational package, self-efficacy, infertile women

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.2.9.4]

[*] Corresponding author: School of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 66927171
E-mail: nalimanesh@yahoo.com