

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور استان تهران

پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد

در رشته روان شناسی عمومی

**عنوان پایان نامه:**

**اثر بخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر ترس ، ناامیدی و استرس ادراک شده  
زنان باردار با سابقه نا باروری**

**استاد راهنما:**

جناب آقای دکتر مرتضی ترخان

**استاد مشاور:**

جناب آقای دکتر محمد احسان تقی زاده

**نگارش:** منیره حسن زاده لیف شاگرد

شهریور ۱۳۹۰



دانشگاه پیام نور  
دانشگاه پیام نور استان تهران  
المعلم علی لولیک الفرج والعاقد والنسر

شماره .....  
تاریخ .....  
پیوست .....

تصویب نامه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش عمومی  
تحت عنوان:

اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، بر ترس، ناامیدی، و استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه نازایی

نام خانوادگی: حسن زاده لیف شاگرد  
شماره پروژه: ۹۲۷۰  
تاریخ دفاع: ۹۱/۰۶/۲۹  
نمره: ۱۹/۱۹  
هیات داوران:

نام: منیره  
شماره دانشجویی: ۸۸۰۲۷۱۱۱۵  
ساعت: ۱۳-۱۴:۳۰  
درجه ارزشیابی: عالی

داوران	نام	نام خانوادگی	کد استادی	مرتبۀ علمی	امضاء
راهنما	مرتضی	ترخان	۳۷۲۰۲۸	دکتر	
راهنمای دوم	.	.	.	.	.
مشاور	محمد احسان	تقی زاده	۴۱۱۶۴۹	.	
مشاور دوم	.	.	.	.	.
داور	حسین	زارع	.	.	
داور دوم	مجید	صفاری نیا	.	.	
.	.	.	.	.	.

با این بدین سبب مقاله نمره ۱۹/۱۸۰ منظور گردید

جناب آقای دکتر صفاری نیا  
با سلام بدین مقاله توسط دانشجو فوق الذکر ارائه شده است  
دو مورد خواسته نمره مقاله با کارگردار یا نمره یا این نامه ۱۹/۱۸۰ تلفی شده در کان

**تقدیم به پدر و مادر عزیزم که از خود دریغ کردند و بی منت، به من بخشیدند .**

**تقدیم به همسر مهربانم که در تمام مراحل با صبوری پشتیبان من بود.**

**و تقدیم به یگانه فرشتهٔ زندگیم مرده جان.**

ستایش خداوندی را که از ازل تا ابد قابل اعتمادترین راهنما و بی منت ترین راه گشا ست. ژرف ترین سپاس ها نثار تمامی آنان که الفبای زندگی را به من آموختند ، به پدر و مادرم که تمام کاستی هایم را با شکیبایی تحمل نمودند. امید که پاسخگوی ذره ای از دریای بیکران محبتشان باشم. صمیمانه ترین سپاس ها را تقدیم همسر مهربانم می نمایم ، که لحظه ای از من غافل نبوده و از حمایت های بی دریغش مرا بهره مند نموده است. بالاترین مراتب سپاس خویش را از مقام شامخ اساتید محترم ، جناب آقای دکتر مرتضی ترخان و جناب آقای محمد احسان تقی زاده اعلام میدارم. آنان که در تمام مراحل اجرای پژوهش راهنمایی و مشاورت مرا بر عهده داشتند و پاسخگوی تمامی ابهامات من بودند. از داوران محترم جناب آقای دکتر زارع و جناب آقای دکتر صفاری نیا که این افتخار را نصیب من فرمودند و زحمت بازخوانی را بر عهده گرفتند کمال تشکر را دارم. از جناب آقای دکتر علی اکبر مؤیدی ، اولین استاد من در رشته روان شناسی که در تمام مسائل راهنمای من بودند ، کمال تشکر را دارم . از ریاست محترم مرکز درمان ناباروری مؤسسه مهر رشت ، سرکار خانم دکتر مرضیه مهر افزا که همکاری صمیمانه در امر پژوهش داشتند و مشوق اصلی من ، در امور مداخله درمانی بودند کمال امتنان و سپاسگزاری را دارم. در نهایت از همه دوستانی که صادقانه مرا در اجرای این پروژه یاری نمودند سپاسگزاری نموده و یاد و خاطره پدر بزرگ و مادر بزرگ مهربانم را که اولین الفبای همدلی ، صمیمیت و فداکاری را به من آموختند گرامی میدارم.

## چکیده:

**مقدمه:** ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است. این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد این تنش و استرس بر وضعیت روان شناختی زنان در دوران بارداری تأثیر گذاشته و باعث اثرات منفی و زیانباری بر جنین می‌گردد.

**هدف:** هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس، بر ترس، ناامیدی و استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری مؤسسه مهر رشت بوده است.

**روش کار:** این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد که در زمستان و بهار ۱۳۹۰-۱۳۹۱ بر روی ۶۵ نفر از زنان باردار با سابقه ناباروری انجام شد. پس از انتخاب تصادفی ۳۰ زن باردار با سابقه ناباروری که نمره بالاتر از میانگین داشتند، به صورت داوطلبانه در گروههای ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش ایمن سازی در برابر استرس را دریافت نمودند و گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نمودند. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه ترس در حاملگی و پرسشنامه ناامیدی بک و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۴-pss) بود. داده ها با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی (توزیع فراوانی و شاخصهای پراکندگی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** کاهش قابل توجهی در ترس در حاملگی و ناامیدی و استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از مداخله وجود داشت.

**نتیجه گیری:** این یافته ها تأثیرات سودمندی از آموزش ایمن سازی در برابر استرس در کاهش ترس در حاملگی و ناامیدی همچنین، استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری نشان داد. آموزش ایمن سازی در برابر استرس می‌تواند به عنوان ابزاری برای بهبود سلامت روانی مادران عمل کند.

**کلید واژه ها:** ایمن سازی در برابر استرس، ترس در حاملگی، ناامیدی، استرس ادراک شده، بارداری،

ناباروری

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول: مسئله پژوهش</b>
۳	۱-۱ مقدمه: .....
۶	۱-۲ بیان مسئله .....
۹	۱-۳ ضرورت انجام تحقیق .....
۱۲	۱-۴ اهداف پژوهش .....
۱۲	۱-۴-۱ اهداف کلی .....
۱۲	۱-۴-۲ هدف ویژه .....
۱۲	۱-۵ فرضیه های پژوهش .....
۱۲	۱-۵-۱ فرضیه های اصلی پژوهش .....
۱۲	۱-۵-۲ فرضیه های فرعی پژوهش .....
۱۲	۱-۶-۱ متغیرهای پژوهش .....
۱۲	۱-۶-۱ متغیر مستقل: آموزش این سازی در برابر استرس .....
۱۲	۱-۶-۲ متغیر وابسته: ترس در حاملگی، نا امیدي و استرس ادراک شده .....

۱-۷ تعاریف نظری متغیرها..... ۱۲

۱-۷-۱ ایمن سازی در برابر استرس ..... ۱۳

۱-۷-۲ ترس در حاملگی ..... ۱۳

۱-۷-۳ ناامیدی ..... ۱۳

۱-۷-۴ استرس ادراک شده..... ۱۳

۱-۸ تعاریف عملیاتی مفاهیم..... ۱۴

۱-۸-۱ ایمن سازی در برابر استرس ..... ۱۴

۱-۸-۲ ترس در حاملگی ..... ۱۴

۱-۸-۳ ناامیدی..... ۱۴

۱-۸-۴ استرس ادراک شده..... ۱۴

## فصل دوم: ادبیات پژوهش

۲-۱ ایمن سازی در برابر استرس ( SIT )..... ۱۷

۲-۱-۱ مرحله اول: مفهوم سازی ..... ۱۸

۲-۱-۲ مرحله دوم: اکتساب و تمرین مهارتها ..... ۲۰

۲-۱-۲-۱: تکنیکهای مقابله با استرس ..... ۲۰

۲-۱-۲-۲: تکنیک آرامش سازی..... ۲۱



- ۲۶ ..... ۲-۱-۲-۳ راهبردهای شناختی
- ۲۸ ..... ۲-۱-۲-۴ مسأله گشایی
- ۲۹ ..... ۲-۱-۲-۵ آموزش خودفرمانی یا گفتگوی شخصی هدایت شده
- ۳۰ ..... ۲-۱-۳ مرحله کاربرد و پیگیری
- ۳۰ ..... ۲-۱-۳-۱ تمرین تصویر سازی ذهنی
- ۳۱ ..... ۲-۱-۳-۲ تمرین رفتاری، نقش گزاری، سر مشق دهی
- ۳۱ ..... ۲-۱-۳-۳ مواجهه تدریجی در واقعیت
- ۳۲ ..... ۲-۱-۳-۴ پیشگیری از عود
- ۳۲ ..... ۲-۱-۳-۵ پیشگیری مستمر
- ۳۳ ..... ۲-۲ مفهوم و تعریف ترس
- ۳۳ ..... ۲-۲-۱ نظریه های ترس
- ۳۴ ..... ۲-۲-۲ تفاوت ترس و اضطراب
- ۳۵ ..... ۲-۲-۳ تفاوت مؤلفه های پاسخ به ترس و اضطراب
- ۳۶ ..... ۲-۲-۴ انواع ترس
- ۳۶ ..... ۲-۲-۵ ترس در حاملگی
- ۳۷ ..... ۲-۳ تعریف امید
- ۳۷ ..... ۲-۳-۱ نظریه امید

- ۳۹ ..... ۲-۳-۲ تعریف نظری ناامیدی
- ۴۰ ..... ۲-۳-۳ ارتباط ناامیدی با افسردگی
- ۴۰ ..... ۲-۳-۴ ناامیدی و ناباروری و اثرات آن بر بارداری
- ۴۲ ..... ۲-۴ تعریف استرس
- ۴۲ ..... ۲-۴-۱ تاریخچه پیدایش استرس
- ۴۳ ..... ۲-۴-۲ عوامل مؤثر در تشدید فشار روانی
- ۴۴ ..... ۲-۴-۳ استرس و اضطراب
- ۴۵ ..... ۲-۴-۴ هورمونهای استرس
- ۴۶ ..... ۲-۴-۵ پیامدهای استرس بر سلامت
- ۴۶ ..... ۲-۴-۶ بیماریهای ناشی از استرس
- ۴۷ ..... ۲-۴-۷ پیامدهای استرس بر بارداری
- ۴۷ ..... ۲-۵ واکنش روانی نسبت به استرس
- ۴۸ ..... ۲-۶ رویکردهای نظری در قلمرو استرس
- ۴۸ ..... ۲-۶-۱ رویکرد تبادل‌ی
- ۴۹ ..... ۲-۶-۲ رویکرد شناختی
- ۵۰ ..... ۲-۶-۳ رویکرد رفتار نگری
- ۵۰ ..... ۲-۶-۴ رویکرد روانکاوی

- ۵۱ ..... ۲-۶-۵ رویکرد پزشکی روان- تنی: فلاندر -دنبا و آلکساندر.....
- ۵۳ ..... ۲-۶-۶ رویکرد آمریکایی.....
- ۵۳ ..... ۲-۶-۷ رویکرد فرانسوی انستیتوی روان-تنی پاریس.....
- ۵۴ ..... ۲-۷ واکنشهای (زیست شناختی) جسمانی نسبت به استرس.....
- ۵۴ ..... ۲-۷-۱ برانگیختگی فیزیولوژیک: تعامل نظامهای عصبی و هورمونی.....
- ۵۵ ..... ۲-۷-۲ پاسخ به استرس.....
- ۵۷ ..... ۲-۷-۳ نشانگان انطباق عمومی.....
- ۵۹ ..... ۲-۷-۴ علائم و نشانه های استرس.....
- ۶۰ ..... ۲-۸ مدل‌های مربوط به استرس زنان در حاملگی.....
- ۶۰ ..... ۲-۸-۱ مدل زیستی.....
- ۶۲ ..... ۲-۸-۲ مدل فمینیستی.....
- ۶۲ ..... ۲-۸-۳ دیدگاه دلبستگی و بین فردی.....
- ۶۲ ..... ۲-۸-۴ دیدگاه تکاملی.....
- ۶۳ ..... ۲-۸-۵ مدل بیپرینگ: حاملگی به عنوان یک بحران.....
- ۶۳ ..... ۲-۸-۶ مدل U شکل لویین، گاردنر و روت: تغییرات اضطراب دوره بارداری.....
- ۶۴ ..... ۲-۸-۷ مدل روبین: حاملگی به عنوان یک زمان برای آمادگی.....
- ۶۷ ..... ۲-۸-۸ مدل روف، بلاتیز و لویین: تغییرات هیجانی دوره بارداری.....

- ۶۸ ..... ۲-۸-۹ مدل سولچانی: فعالیت روان شناختی حاملگی، سطوح خطر و مداخلات
- ۷۱ ..... ۲-۹ مفهوم و تعریف بادیاری
- ۷۱ ..... ۲-۱۰ مفهوم و تعریف ناباروری
- ۷۱ ..... ۲-۱۱ یافته های پژوهشی
- ۷۱ ..... ۲-۱۱-۱ پژوهش های داخل کشور
- ۷۴ ..... ۲-۱۱-۲ پژوهش های خارج کشور

### فصل سوم: روش پژوهش

- ۸۳ ..... ۳-۱ جامعه آماری
- ۸۳ ..... ۳-۲ نمونه آماری
- ۸۳ ..... ۳-۳ روش نمونه گیری و چگونگی جمع آوری اطلاعات
- ۸۴ ..... ۳-۴ طرح پژوهش
- ۸۴ ..... ۳-۵ ابزار جمع آوری اطلاعات
- ۸۴ ..... ۳-۵-۱ پرسشنامه ترس در حاملگی (F.I.P)
- ۸۶ ..... ۳-۵-۲ پرسشنامه ناامیدی بک (B.H.S)
- ۸۶ ..... ۳-۵-۳ پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (PSS-۱۴)
- ۸۷ ..... ۳-۶ روش های آماری تجزیه و تحلیل داده ها

۳-۷ نحوه اجراء (مداخلات درمانی) ..... ۸۷

## فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۴-۱ یافته های توصیفی ..... ۹۲

۴-۱-۱ توصیف نمرات آزمودنی ها در آزمون استرس و ترس و ناامیدی ..... ۹۶

۴-۲ یافته های مربوط به فرضیه ها ..... ۱۰۳

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱ تبیین فرضیه های پژوهش ..... ۱۰۷

۵-۲ جمع بندی یافته های پژوهش ..... ۱۱۴

۵-۳ محدودیت های پژوهش ..... ۱۱۵

۵-۴ پیشنهادات ..... ۱۱۵

۵-۴-۱ پیشنهادهایی برای پژوهش های آینده ..... ۱۱۵

۵-۴-۲ پیشنهادهای کاربردی ..... ۱۱۵

منابع فارسی ..... ۱۱۹

منابع انگلیسی ..... ۱۲۵

پیوست ها ..... ۱۳۸

چکیده انگلیسی ..... ۱۶۹

## فهرست جداول و نمودارها

- جدول شماره ۱: آزمودنی های مورد تحقیق بر اساس سن..... ۹۳
- جدول شماره ۲: آزمودنی های مورد تحقیق بر اساس تحصیلات..... ۹۴
- جدول شماره ۳: آزمودنی های مورد تحقیق بر اساس مدت زمان نازایی..... ۹۴
- جدول شماره ۴: آزمودنی های مورد تحقیق بر اساس سقط جنین..... ۹۵
- جدول شماره ۵: آزمودنی های مورد تحقیق بر اساس شغل..... ۹۵
- جدول شماره (۱-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون شاخص های توصیفی  
فرضیه اصلی اول درگروه کنترل وگروه آزمایش..... ۹۶
- نمودار ۱-۴: نمودار خطی متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته (استرس ادراک شده)..... ۹۷
- نمودار ۲-۴: نمودار خطی متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته (ترس از حاملگی)..... ۹۸
- نمودار ۳-۴: نمودار خطی متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته (ناامیدی)..... ۹۹
- جدول شماره ۲-۴: آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی واریانس - کوواریانس..... ۱۰۰
- جدول شماره ۳-۴: آزمون لوین برای متغیرهای وابسته..... ۱۰۰
- جدول شماره ۴-۴: تحلیل کوواریانس چند متغیری برای فرضیه اصلی اول..... ۱۰۱
- جدول شماره ۵-۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای مورد مطالعه..... ۱۰۲

## فصل اوّل: مسئلہ پژوهش

## فصل اوّل: مسئله پژوهش

- مقدمه
- بیان مسئله پژوهش
- ضرورت واهمیت پژوهش
- اهداف پژوهش
- فرضیه های پژوهش
- متغیرهای پژوهش
- تعاریف نظری و عملی پژوهش



## 1-1 مقدمه :

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (کاوینگتون<sup>1</sup>، 2007). سازمان بهداشت جهانی<sup>2</sup> (WHO) از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است (بویوین<sup>3</sup>، 2007). نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری. حدود 15 درصد زوجین از ناباروری رنج می برند، علل ناباروری در 40 درصد موارد مربوط به عوامل زنانه، 40 درصد مربوط به عوامل مردانه و 20 درصد مربوط به عوامل مشترک گزارش شده است. از 20 درصد علل مشترک، 5 تا 10 درصد آن را علل ایدیوپاتیک ذکر نموده اند (برگا<sup>4</sup>، 1999).

نیاز به داشتن فرزند یک نیاز ذاتی است که کم و بیش در تمام انسان ها یافت می شود. عدم توانایی باروری و واکنش های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این افراد باعث می شود که افراد نابارور دچار مشکلات روان شناختی جدی گردند. زنان نابارور اغلب ناباروری را تنش زا ترین حادثه زندگی خود دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های مکرر بحران، توصیف می کنند (اشمیت<sup>5</sup>، 1998). درمان های مختلف ناباروری به طور روز افزون در حال افزایش است و این درمان ها برای زنان نابارور استرس زا می باشد. با افزایش مدت ناباروری، اضطراب و استرس هم افزایش می یابد و درمان ناباروری نتیجه خوبی نخواهد داشت (اسپیروف<sup>6</sup> 1381) همچنین با افزایش سن زنان نابارور، به علت کاهش موفقیت درمان به تدریج اضطراب در حین درمان نیز افزایش می یابد و زنان با تحصیلات دیپلم و یا پایین تر دارای اضطراب بالایی در زمان درمان ناباروری می باشند (سیف، 1379) زنانی که پس از گذراندن این مراحل سخت باردار می شوند نسبت به زنانی که بدون هیچ مشکلی باردار می شوند، دوران بارداری بسیار پر تنش و استرس آوری همراه با ترس از دست دادن جنین و حتی

---

1- Covington, SN  
2- World Health Organization  
3- Boivin, J  
4- Berga, S  
5- Schmidt, L.  
6- Spiroff

ناامیدی از به اتمام رساندن دوران بارداری را تجربه خواهند نمود. توجه به این نکته حائز اهمیت است که بارداری یکی از مهم ترین مراحل زندگی هر زن است و برای زن باردار و خانواده اش رخداد ویژه محسوب می شود. اهمیت این دوران از این نظر چشم گیر است که سلامت و بهتر زیستن مادر بطور مستقیم بر زندگی فرد دیگری مؤثر است (صداقتی و همکاران، 1387). زن حامله مسئولیت جنین را بر عهده می گیرد و این امر بر سلامتی افکار، نقش ها و روابطش اثر می گذارد. به واقع او به میزان زیادی با تغییرات تازه و بی سابقه در زندگی مواجه می شود و شروع به پذیرش نقش مادری می کند و رود یک کودک به زندگی یک فرد به معنی تغییر است و تغییر بحران به وجود می آورد. در اوایل دهه 1960 بیبرینگ<sup>1</sup> و همکارانش از حاملگی به عنوان یک بحران یاد کردند که در همه مادران آستان بدون توجه به وضعیت سلامت فیزیکی شان تظاهر می کند (سولچانی<sup>2</sup>، 2003؛ به نقل از بابا نظری 1385).

این دوره اگر چه برای اکثر زنان مسرت بخش است اما اغلب مرحله ای پر استرس است که در طی آن تغییرات روانی و جسمانی قابل توجهی رخ می دهد (سیروهمکاران<sup>3</sup>، 2006؛ به نقل از داکوستا و همکاران<sup>4</sup>، 2010). عوامل بسیاری می توانند در ایجاد استرس نقش داشته باشند به طوریکه برای هرزنی جنبه های خاصی از بارداری استرس آور تلقی می شود. عامل نازایی و درمان های پرهزینه برای باردار شدن، بر شدت این ترس، استرس و ناامیدی می افزاید. فراوانی و شدت ترس نیز بستگی به درک زن از استرس زها و توانائی مقابله با ترس، استرس واضطراب دارد (داکوستا و همکاران، 2010). از آنجائی که جنین در رحم مادر رشد می کند، دگرگونی روانی مادر از جمله ترس، استرس و ناامیدی او می تواند روی جنین اثر داشته باشد با توجه به این واقعیت که حدود 90 درصد زنان حداقل یک بار در زندگی شان حامله می شوند، به نظر می رسد بررسی تغییرات روانی در طول حاملگی لازم و ضروری باشد. با وجود این امر، توجه پژوهشگران بر بعضی تغییرات در روابط زنان بعد از زایمان و سلامت جسمی مادر و کودک متمرکز بوده است تا بررسی وضعیت روانی آنان در طول حاملگی (هایزینگ و همکاران<sup>5</sup>، 2000). پژوهش های بسیاری نشان داده اند که از ابتدای بارداری هیجان ها و حالات روحی زن حامله تأثیر مستقیمی روی جنین خواهد داشت. در واقع به تعبیر مالدونادو، لارتیگیو و فین تاچ<sup>6</sup> (2002) کودک در رحم مادر تنها در مایع آمنیوتیک فرو رفته

---

<sup>1</sup>- Bibring, G.D

<sup>2</sup>- Solchany, J.E

<sup>3</sup>- Siber & etal

<sup>4</sup>- Dacosta, D & etal

<sup>5</sup>- Huizink & etal

<sup>6</sup>- Marldonado, M, Lartingue, T & Feintuch

است ، بلکه در محیط عاطفی مادر نیز که می تواند کم و بیش منجر به رشد سالم او شود غوطه ور است. مطالعات بسیار گسترده ای در باره مسائل جسمی حاملگی برای مثال تغذیه ، به دست آوردن وزن کافی ، تغییرات بدنی مورد انتظار و نظایر آن وجود دارد. در حالیکه اطلاعات کمی در مورد ارتباط مسائل فیزیکی و نیازهای عاطفی و روانی زن باردار ارائه شده است (سولچانی، 2003a). استرس ، ترس و اضطراب در طول حاملگی مرتبط با تأخیر رشد حرکتی ، اختلال های شناختی و رفتاری است (هایزینگ و همکاران ، 2000 و 2002) مطالعات دیگر هم حاکی از این است که اختلالاتی در ساختمان و عملکرد مغز این نوزادان در آینده بوجود می آید که با شیزو فرنی مرتبط است و به نظر می رسد شروع این تغییرات از مراحل اولیه تکامل نوزاد است. بعضی مطالعات نشان داده اند که نوزادان مادران مضطرب و پر استرس ، وزن پایین تر از متوسط دارند و نارس و زودتر از موعد متولد می شوند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری <sup>1</sup>، 2000 به نقل از ادوا ، سندمن و پورتو <sup>2</sup>، 1996 ؛ کوپر ، گلدنبرگ و داس <sup>3</sup>، 1996 ؛ پارلبرگ ، وینگر هوتس و یاسچیر <sup>4</sup>، 1995 ؛ گلوور و اکونر <sup>5</sup>، 2002 ؛ موتال ، کرید ، مارش و هانت <sup>6</sup>، 1991).

متخصصان معتقدند مقادیر بالای کورتیزول از جفت رد می شود. این هورمون در حالت طبیعی به بدن کمک می کند که با شرایط پر استرس به خوبی کنار بیاید. اما مواجهه طولانی مدت با آن می تواند افراد را دچار افسردگی ، اضطراب و خستگی شدید کند. کارشناسان در این باره معتقدند: مقادیر بالای هورمون استرس موسوم به کورتیزول می تواند از جفت عبور کرده و به جنین برسد و سقط های خود بخودی را منجر شود (نیوگ بائر، کلاین و اشتین <sup>7</sup>، 1996 و سیفر، هیات ، سوان و ویندهام <sup>8</sup>، 1997).

---

<sup>1</sup> - center for disease control and prevention

<sup>2</sup> - Wadhwa , p.d, Sandman ,C.A & Porto.M

<sup>3</sup> - Cooper ,R.L, Goldenberg , R.I.& Das , A

<sup>4</sup> - Paralberg , Vingerhoets , A & Passchier , J

<sup>5</sup> - Glover, O,connor

<sup>6</sup> - Mutale ,T, Creed , F, Maresh , M& Hunt , l

<sup>7</sup> - Neugebauer, R, Kline, J&Shtain

<sup>8</sup> - Schaefer , C ,Hiatt , R.A ,Swan , S &Windham , G

## 1-2 بیان مسئله

ناباروری به عنوان یک بحران، فرضیه سازی شده است. این بحران با استرس های گوناگون اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه است. تقریباً 32 درصد از زنان در مراحل اولیه درمان ناباروری در معرض خطر بروز مشکلات بهداشت روانی قرار دارند (سوتر<sup>1</sup> 2002). ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است که سال های متمادی طول می کشد (هیرکش<sup>2</sup>، 1995) این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می سازد (هیرکش و راجویر<sup>3</sup>، 2002). دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات روان شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی به همراه تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می گردد دوران حاملگی پر استرس ترین دوران زندگی زن می باشد، حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی- اجتماعی، جزء استرس های شدید طبقه بندی می شود (فروزنده و همکاران 1381). شدت این استرس در زنانی که چندین سال نازایی را برای درمان و باردار شدن سپری نموده اند بیشتر است. مطالعات مختلف توصیفی و تبیینی مطرح کرده اند که زنان حامله ممکن است استرس و ترس های شدید و خاصی نظیر ترس از نقص جنین، فقدان کنترل در طول بارداری، ترس و اضطراب برای زندگی خود و زندگی کودکان، نگرانی در باره تغییر در زندگی شخصی در نتیجه حاملگی و تولد بچه داشته باشند (دانکل و شتر<sup>4</sup>، 1998؛ اس جورج<sup>5</sup>، 1997 به نقل از هایزینک و همکاران، 2000). این ترس ها و استرس ها بر جنین اثرات سوئی بجا می گذارد.

- ترس و استرس زیاد مادر باعث کاهش جریان خون به سرخرگ های رحم می شود و این حالت ممکن است باعث تولد نوزاد با وزن کم شود (جنارو و هنیسی<sup>6</sup>، 2003).

- استرس مادر در سه ماهه دوم حاملگی ممکن است پیامد قابل ذکری برای رشد مغز نوزاد داشته و سبب کاهش حجم ماده خاکستری در مناطق مختلف مغزی شود (باس و همکاران<sup>7</sup>، 2010).

---

<sup>1</sup> - souter

<sup>2</sup> - Hirxsch

<sup>3</sup> - Rajvir

<sup>4</sup> - Dounkel , Scheter

<sup>5</sup> - Sjorgen

<sup>6</sup> - Gennaro , S & Hennessy , M.D

<sup>7</sup> - Buss, C & etal