



بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان باردار

۱- آمنه شهاب زاده*

کارشناس مامایی

۲- صدیقه شهاب زاده

دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران

چکیده:

اضطراب و افسردگی در دوران بارداری شایع است اما اغلب نادیده گرفته شده و درمان نمی شوند و همین مسئله مشکلات زیادی را در دوران بارداری و بعد از آن برای مادر و نوزاد به همراه دارد اضطراب دوران یک مشکل شایع در زنان باردار است و پیامد نامطلوبی بر روی مادر و نوزاد دارد ماما به عنوان فردی مسئول نقش مهمی در ارائه مشاوره مراقبت مادر در طول دوران بارداری زایمان و پس از زایمان دارد بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان انجام شد. ما در این پژوهش به بررسی بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان باردار پرداخته ایم.

هدف پژوهش: بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان باردار

روش تحقیق: این تحقیق به روش کتابخانه ای انجام شده است و از مجلات علمی مختلف استفاده شده است.

نتیجه گیری : با توجه به اهمیت طول دوه بارداری در فرایند رشد کودک و فراوانی اضطراب زنان باردار در این دوره حساس رشدی، میتوان بیان داشت آموزش تکنیک های مقابله با استرس، بهبود کیفیت زندگی مادر را به همراه خواهد داشت.

واژگان کلیدی: عوامل روانشناختی، اضطراب و افسردگی، زنان باردار

مقدمه

زنان باردار مسائل متعدد خاص بارداری استرس زا، از جمله علائم و تغییرات فیزیکی و تناسب اندام بدن (۱) ، تغییرات فیزیولوژیکی، اجتماعی و عاطفی، مشکلات مالی، نگرانی والدی، روابط با دیگران تصویر بدنی و مشکلات پزشکی، اضطراب در مورد زایمان، نگرانی در مورد سلامتی نوزاد را تجربه میکنند (۲). برخی از زنان به دنبال این تغییرات تحریک پذیر و عصبی میشوند، تغییراتی را در احساسات و ارتباطات تجربه می کند و یک منبع استرس برای زن به شمار می رود (۳). برای بسیاری از زنان، بارداری دوره پراسترسی بوده و نیازمند نوعی سازگاری روانی است تا سلامت مادر و جنین تامین گردد (۴). مطالعات تجربی نشان میدهد که 10-20% از زنان، اضطراب یا افسردگی بالا در دوران بارداری تجربه می کنند



که در مقایسه با دوران پس از زایمان بالاتر است (۵). سازمان جهانی بهداشت، اختلالات روانی را از علل عمده بیماری در زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله اعلام کرد که این شرایط در زنان باردار بر سلامت نوزادان تاثیرگذار می باشد (۶)

استرس روانی در طول بارداری میتواند به عنوان اضطراب و یا افسردگی تعریف شود و در سه سطح خفیف، متوسط یا شدید طبقه بندی شود. اگر چه سطحی از استرس می تواند مثبت و تطابق پذیر باشد اما دوره های طولانی مدت استرس برای سلامت روانی و جسمانی خطرانی در بردارد (۷). پریشانی روانی باعث تغییر در عادات غذاخوردن، کاهش انرژی، خلق و خوی، شیوه زندگی و الگوهای کار و در نهایت منجر به کاهش احساسات زنان می شود (۸). استرس باعث تغییر حالت سالم بودن فرد و سطح رضایت، لذت و شادی می شود (۹). بارداری باعث تغییرات عمده جسمی و روانی در زنان میشود، درباره تغییرات روانی در این دوره در مقایسه با تغییرات جسمی مطالعات کمتری صورت گرفته است. علیرغم رشد درمان های زیستی برای مشکلات پزشکی در دوران بارداری و مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی در این دوران، هنوز احتیاج به بررسی های بیشتر برای روشن شدن این موضوع از زوایای مختلف احساس میشود (۱۰)

از آنجایی که مداخلات دارویی برای کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در دوران بارداری، با کاهش وزن نوزاد در هنگام تولد همراه است، بنابراین میتوان مداخلات روانشناختی را بیشتر مورد توجه قرار داد (۱۱). مطالعات زیادی به وجود نشانه های افسردگی در دوران بارداری پرداخته است (۱۲). اضطراب نیز در دوران بارداری با تولد نوزاد نارس و وزن پایین، علائم افسردگی در نوجوانی و آسم در کودکان مرتبط است. استرس در دوران بارداری نیز با پیامدهایی مانند زایمان زودرس، کاهش تکامل ذهنی در دو سالگی کودک، کم وزنی هنگام تولد، مشکلات تنفسی کودک و افسردگی همراه میباشد (۱۳). حاملگی از عوامل پر استرس زندگی است که می تواند این واقعه بزرگ به عنوان زمینه آسیب پذیری برای ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی گردد، عوامل خطر آسیب پذیری به افسردگی در دوران بارداری شامل سن پایین، درآمد پایین، سواد کم، سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی، سابقه سقط یا ختم حاملگی، سوء سابقه جنسی در دوران کودکی، مشکلات زناشویی، حاملگی ناخواسته، اضطراب بالای مادر، اعتماد به نفس پایین، وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین، مصرف سیگار و جدایی از همسر میباشد (۱۴). بنابراین به منظور جلوگیری از این عوارض، باید مادران باردار را از استراتژی هایی برای مقابله با استرس مرتبط با بارداری و سازگاری های فیزیکی درون فردی و خانوادگی بهره مند نمود (۱۵). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، شامل تکنیک های بسیار قوی و موثری بوده و می توان در مواقع برخورد با رویدادهای استرس زا از آنها استفاده کرد. که شامل جمع آوری اطلاعات، آموزش تن-آرامی، فنون شناختی و رفتاری، حل مسئله (۱۶). کاهش تکرار موقعیت هایی از جمله تغییر محیط زیست و یا شیوه زندگی فرد، انجام ورزش، افزایش خودکارآمدی و یا زمان برای استراحت است (۱۷). از بین روش های مقابله با استرس، تن آرامی تاثیر مثبت بیش تری بر سلامت مادر و جنین دارد (۱۸)

آموزش آرام سازی از مداخلات غیردارویی و یک تکنیک سیستماتیک برای رهایی جسم و روح از عوامل استرس زا، درمان کمکی موثر برای افسردگی و اضطراب، استرس ادراک شده و کسب آرامش عمیق جسمی، روانی می باشد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را بهبود می دهد (۱۹، ۲۰) ما در این پژوهش به بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان باردار پرداخته ایم.

هدف پژوهش:

بررسی عوامل روانشناختی بر اضطراب و افسردگی در زنان باردار



مواد و روش تحقیق:

تفکیک یک موضوع خاص و بررسی دقیق آن احتیاج به جمع آوری تعداد بسیار زیادی از این گونه مقالات علمی داشته باشد. از این رو در این پژوهش از تعدادی منبع علمی جهت تکمیل اطلاعات استفاده شده است. این تحقیق به روش کتابخانه ای انجام شده است و از مجلات علمی مختلف استفاده شده است

یافته های پژوهش:

اختلالات اضطرابی در طول بارداری شایع هستند و سهم زیادی از مشکلات بهداشتی را تشکیل می دهند. نتایج مطالعات شیوع اختلالات اضطرابی در دوران بارداری را بالاتر از ۳۰ درصد نشان می دهند که ممکن است اثرات معکوسی روی سر انجام مامایی، جنینی و نوزادی داشته باشد (۲۱). مشکلات روحی و روانی دوران پریناتال در بیش از ۹۰ درصد از کشورهای با درآمد بالا مطالعه شده است، در حالی که در این زمینه تنها برای ۱۰ درصد از کشورهای با درآمد پایین و متوسط اطلاعاتی موجود است (۲۲). اخیراً یک سری از مطالعات نشان داده اند که تاثیر مشکلات روحی و روانی در زنان باردار، و تا یک سال پس از وضع حمل در کشورهای با درآمد پایین و متوسط (LMICs) از دو جنبه مهم متفاوت با عواملی است که در کشورهای پردرآمد شناخته شده است :

۱) شیوع اختلالات روانی مادران به طور معنی داری در کشورهای با درآمد پایین و متوسط (LMICs) بیشتر است.
۲) تاثیر اختلالات روانی مادران بر روی نوزادان فراتر از تأخیر در رشد روانی اجتماعی آنان است که شامل وزن کم تولد، کاهش شیردهی، کاهش رشد، سوء تغذیه شدید، افزایش اسهال و کاهش تطابق با برنامه های ایمن سازی میباشد (۲۳).
با وجود مطالعات زیادی که شیوع این اختلالات را بررسی کردند مطالعات کمی اثرات این اختلالات را روی سر انجام بارداری بررسی کرده اند (۲۴) اضطراب دوران بارداری ممکن است با مکانیزم ویژه ای بر جنین اثر بگذارد: اولاً هورمونهای استرس (استروئیدهای آدرنال، کاته کولامین ها و هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین) به علت استرس مادر ترشح میشوند که با عبور از جفت بر رشد مغزی جنین در هفته های ۲۲-۱۲ اثر میگذارند، هم چنین این هورمون ها باعث انقباض شریان جفتی میشوند که اکسیژن رسانی و تغذیه جنین را محدود میکنند (۲۵). یکی از دلایل محدودیت رشد جنینی و آسیفکسی جنین به شمار میروند، در نتیجه مداخلات پزشکی همانند سزارین را می طلبد (۲۶). مورد دیگر اینکه این هورمون ها رشد سیستم ایمنی جنین را متوقف می سازند که در نتیجه ما شیوع بالاتری از عفونت های تنفسی و دیگر عفونت ها را در نوزادان زنان مضطرب داریم (۲۷). در میان مطالعات اخیر برخی پژوهشگران بین اضطراب و افسردگی دوران بارداری و سرانجام نوزادی وزن کم هنگام تولد، آپگار پایین، زایمان پرهترم و آسیفکسی (... ارتباط معنی داری نیافتند) (۲۸) با وجود این، Wadhwa و همکاران، با استفاده از تعداد زیادی از پارامترها، بین زایمان زودرس و اضطراب خاص بارداری ارتباط معنی داری گزارش کردند، همچنین در مطالعات دیگر بین اضطراب و عوارض زایمان شامل زایمان زودرس ارتباط معنی داری مشاهده نشد، بنابراین، شواهد در مورد ارتباط اضطراب با سر انجام نوزادی متناقض می باشند ؛ و با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی در بارداری ۶۴ درصد در ایران و اینکه مطالعه ای در این رابطه در سال های اخیر در کشورمان انجام نشده است این مطالعه لازم به نظر میرسد (۲۹) این تصور که تغییرات در محیط رحم می تواند اثرات بلند مدت یا حتی پایدار در تحول کودک داشته باشد روزه روز در جوامع علمی بیشتر مورد پذیرش قرار میگیرد در حقیقت تجارب درون رحمی می تواند عمیقاً بر فتوس اثر بگذارد؛ حتی این تأثیر می تواند بر

تحول بعد از زایمان تا بزرگسالی ادامه داشته باشد (۳۰). بارداری یک دوره حاد در زندگی زنان است که در طی آن تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیادی رخ می دهد (۳۱). زنان تلاش می کنند خود را با این تغییرات سازگار کنند (۳۲). حدود ۹۰٪ از زنان دست کم یک مرتبه در طول زندگی باردار میشوند؛ بارداری رویدادی است که بسیاری از دیدگاه های زندگی یک زن را تغییر می دهد و ظرفیت مهمی است که در سلامتی، خوشبختی و نقش های اجتماعی یک زن تأثیر میگذارد (۳۳). تأثیر فرایندهای روانشناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است، چرا که فضای درون رحمی پیوسته از هیجان ها و وضعیت روانی مادر تأثیر میپذیرد (۳۴).

مطالعات نشان میدهد که استرس و بیماری با یکدیگر در ارتباط هستند در این زمینه، می توان به ارتباط رویدادهای تنش زا با ناراحتی های قلبی، پوستی، دستگاه ایمنی و بیماری هایی همچون زخم معده و سرطان اشاره داشت. مهم ترین تأثیرهای ناشی از استرس را می توان به چهار نوع هیجانی، فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری تقسیم کرد. احساس اضطراب و افسردگی، افزایش تنش های جسمانی و روانشناختی، از تأثیرهای هیجانی استرس بر انسان محسوب میشوند. کاهش تمرکز و توجه، کاهش ظرفیت حافظه کوتاه مدت و افزایش پریشانی و حواس پرتی، از مهم ترین تأثیرهای شناختی این پدیده محسوب شده و افزایش گریز از کار و فعالیت، اختلال در الگوی خواب، کاهش کارکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی، از تأثیرهای رفتاری استرس میباشد. ببه علاوه ترشح آدرنالین و نورآدرنالین، اختلال در کارکرد دستگاه گوارش، افزایش ضربان قلب، اختلال در تنفس و انقباض رگ های خونی، از تأثیرهای فیزیولوژیکی مهم استرس به شمار می آیند (۳۵). منابع استرس و روشهای پاسخ دهی به آن در زنان و مردان با یکدیگر تفاوت دارد. زنان بیش از مردان دچار استرس می شوند. این موضوع در واکنش پذیری قلبی-عروقی، فشارخون و سایر علائم فیزیولوژیکی مشاهده شده است (۳۶). زنان باردار از این قاعده جدا نیستند. بارداری و زایمان همان گونه که می تواند تجربه های خوشایند و لذت بخش در زندگی هر زن باشد، در عین حال مانند بلوغ و یائسگی، یکی از بحران های تکاملی زندگی او است. همچنین سه ماهه اول بارداری، سن پایه ای و حساس برای شکل گیری ارگان های حیاتی جنین (مغز، کلیه و قلب) است. بنابراین استرس مادر در این ماه ها میتواند جنین را در معرض مشکلات زیادی قرار دهد. به عبارتی استرس، ارتباط مستقیمی با فرآیندهای رشدی جنین دارد (۳۷). نگرانی مداوم در طول دوران بارداری موجب ترشح هورمون هایی می شود که در اثر عبور این هورمون ها از جفت، حالات عاطفی بیان شده از مادر به جنین منتقل شده و موجب وارد آمدن اثرات جبران ناپذیری به جنین میشود. پژوهش های مختلف نشان دادهاند که استرس ادراک شده، افسردگی مادر، تبعیض نژادی، استرس های حاد مانند بی خانمانی، حوادث فاجعه انگیز مانند زلزله و همچنین اضطراب ویژه حاملگی، با خطر زایمان زودرس ارتباط دارد. تأثیر استرس های کوتاه مدت بارداری پس از تولد و قطع ارتباط خونی جنین و مادر به تدریج از بین می رود و کودک تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، شرایط محیطی و سیستم روانی و ادراکی می باشد. اما استرس ای طولانی مدت موجب تخریب و نارسایی های اساسی در رشد جنین می شوند. مطالعات نشان داده است که استرس های طولانی مدت می توانند موجب سقط زود هنگام، مرده زایی، وزن بسیار پایین هنگام تولد و زایمان های زودرس شوند. ضمن اینکه کودک را مستعد ابتلا به بیماری های روانی چون افسردگی، ناآرامی و بیش فعالی می کند. این مساله شاخص مهمی است که نشان می دهد استرس مادر موجب درک تجربه ناخوشایند در جنین میشود و از نظر فیزیولوژیک وی را ناآرام میکند. ویژه حاملگی، با خطر زایمان زودرس ارتباط دارد (۳۸). تأثیر استرس های کوتاه مدت بارداری پس از تولد و قطع ارتباط خونی جنین و مادر به تدریج از بین می رود و کودک تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، شرایط محیطی و سیستم روانی و ادراکی می باشد. اما استرس های طولانی مدت موجب تخریب و نارسایی های اساسی در رشد جنین می شوند. مطالعات نشان داده است که استرس های طولانی مدت می توانند موجب سقط زود هنگام، مرده زایی، وزن بسیار پایین هنگام تولد و زایمان های زودرس شوند. ضمن اینکه کودک را مستعد ابتلا به بیماری



های روانی چون افسردگی، ناآرامی و بیش فعالی می کند. این مساله شاخص مهمی است که نشان می دهد استرس مادر موجب درک تجربه ناخوشایند در جنین میشود و از نظر فیزیولوژیک وی را ناآرام میکند (۳۹).

بحث و نتیجه گیری

اضطراب و افسردگی در نحوه پاسخدهی افراد در موقعیت های گوناگون تاثیر دارد که این موضوع در اختلالات روانپزشکی و بیماری های پزشکی مورد تأیید واقع شده است (۴۰). می توان بیان نمود که اضطراب و افسردگی ارتباط معکوسی با حمایت اجتماعی و معنویت در زنان باردار دارند. ارتباطی که می تواند راهنمای ارائه مداخلات درمانی و پیشگیری محسوب گردد. یافته های این پژوهش نشان میدهند که همواره در کار بالینی، به خصوص در حیطه بارداری و عوامل مرتبط با آن، نقش مثبت حمایت اجتماعی و روان شناختی در نظر گرفته شود و در راهنماهای آموزشی و درمانی برای جمعیت زنان باردار، این عوامل مورد توجه خاص قرار گیرند. در مطالعه های که توسط Omidvar و همکاران انجام شد، ارتباط افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و برخی متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شد. در این مطالعه ارتباط آماری معنادار و معکوسی بین (حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و آشنایان) با افسردگی دوران بارداری وجود داشت. حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و جنسیت جنین به ترتیب جزو مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی دوران بارداری بودند، حمایت اجتماعی بالای مادران سبب کاهش ابتلا به افسردگی دوران بارداری می شود. نتایج به دست آمده میتواند در پیشگیری و درمان به موقع این مشکل مورد استفاده قرار گیرد (۴۱). با توجه به نتیجه حاصل از پژوهش بالا و همچنین نتایج حاصل از پژوهش های مشابه در حوزه مداخلات روانشناختی و از جمله مهارت های مقابله ای با استرس و اضطراب، می توان اظهار داشت که هرگونه مداخله روانشناختی میتواند نقش بسزایی در کاهش استرس و اضطراب داشته باشد. از طرفی با توجه به حساسیت دوران بارداری در رشد جنین، سلامت مادر و نوزاد از یکسو، نگرانی ها و حساسیت های روانی خاص مادر در این دوران از سوی دیگر، لزوم برگزاری کارگاه های کاهش اضطراب و استرس که در تمام دنیا به نام مدیریت استرس شناخته شده است، به چشم میخورد، امید است انجام چنین پژوهش های در کشور وفق تازهای را برای ورود روانشناسان و همچنین انواع خدمات روانشناختی و روان درمانی به حوزه پزشکی باز کند. با توجه به اهمیت سه ماه اول بارداری در فرایند رشد کودک و فراوانی اضطراب زنان باردار در این دوره حساس رشدی، میتوان گفت آموزش تکنیک های مقابله با استرس، بهبود کیفیت زندگی مادر را به همراه خواهد داشت (۴۲).

references

- Tragea C, Chrousos GP, Alexopoulos EC, Darviri C. A randomized controlled trial of the effects of a stress management program during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine* 2014;22:203-1
- Yuksel F, Akin S, Durna Z. Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *Journal of Clinical Nursing* 2014;23:54-64.
- Aghayousefi A, Moradi K, Safari N, gazhi s, Amiri F. The relationship between marital satisfaction with health problems during pregnancy and its related factors. *Journal of Medical Sciences of Lorestan University*. 2011;13:123-32:[in persain].

- Mparmpakas D, Goumenou A, Zachariades E, Pados G, Gidron Y, Karteris E. Immune system function, stress, exercise and nutrition profile can affect pregnancy outcome: Lessons from a Mediterranean cohort. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2013;5:411-8.
- Bribiescas S. Yoga in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education* 2013;28(3):99-102.
- Ibanez G, Charles M-A, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development* 2012;88:643-9.
- Miller KG. Impact of health behaviors on prenatal maternal stress [Master Thesis]. CALIFORNIA STATE UNIVERSITY: California State University, Long Beach; 2014.
- Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:669-77.
- Brinkley RL. The correlation between perceived stress and health promoting self-care behaviors in high-risk third trimester pregnancies [Master Thesis]. The University of Toledo Digital Repository 2004.
- Maryam GA, Shohre GS, Javad K. Effectiveness of Hardiness Training on Anxiety and Quality of Life of Pregnancy Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013;84:1785-9.
- Huang H, Coleman S, Bridge JA, Yonkers K, Katon W. A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight. *General hospital psychiatry* 2014;36(1):13-8.
- Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007;110(5):1102-12.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97(6):988-93.
- Cunningham FG, Ileno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21st ed. New York: McGraw Hill ;2005: 1241-1244
- Neumann D. Prenatal Yoga: The Right Choice for Mother and Baby: Grand Valley State University; 2011
- .Khoursandi M, Vakilian K, Goudarzi T, Abdi M. Childbirth preparation using behavioralcognitive skill in childbirth outcomes of primiparous women. *J Babol Univ Med Sci* 2013;15:76-80:[in persain].
- Thaewpia S, Howland LC, Clark MJ, James KS. Relationships among health promoting behaviors and maternal and infant birth outcomes in older pregnant Thais. *Journal of Nursing Research* 2013;17:28-38
- Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The role of relaxation training in health index of infants in pregnant mothers. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2
- Siahbalaee R, Lotfi H, Sanagoo A, Jouybari L, Bazrafshan B. Effects of muscular relaxation on anxiety level and pain severity in woman with tension headaches. *Turkish Journal of Scientific Research* 2015;2:100-5.

- Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, et al. Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2015;2015:1-8. 013;11:14.
- Bunevicius A, Cesnaite E. Antenatal maternal mental state and anthropometric characteristics of the neonates: impact of symptoms of depression and anxiety. *Biologinė Psichiatrija* 2007; 91: 3-6.
- World Health Organization Report. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries Geneva: WHO; 2008.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome *Obstet Gynecol* 2004; 104:467-76.
- Weinstock M. The long-term behavioral consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32(6): 1073-86 .
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesma KI. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001; 98:820-6.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2004;159:872-81.
- Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, DunkelSchetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospectiv. investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 858-65.
- Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 629-34
- Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *J Univ Med Sci Zanzan* 2008;16: 85-92. (Persian)
- Weerth C, Buitelaar J. Physiological stress reactivity in human pregnancy-a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2005; 29: 295-312.
- Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in latinass in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J*. 2008; 8: 379-384.
- Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population. *Midwifery* 2007; 10: 1016-1029. ..
- Huizink AC, Mulder Ejh, Medina PGR, Buitelaar G H AV. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*. 2004; 9: 112-117.
- Molavi H, Movahedi M, Bengr M. Realationship between psychological pressure during pregnancy. mother with baby apgar score and physical status. *Journal of Clinical Psychiatry and Psychology (thought and behavior)*. 2002; 3: 78-84.
- Hafezi F, Ahadi H, Enayati MS, Najarian B. Relationship between overweight with self-esteem depression, life style and body-self in self-referred woman to weight decrease centers. *Res Sci Health Psychol* 2007(32):145-66.
- RauchfussM, Maier B. Biopsychosocial predictors of preterm delivery. *J Perinat Med* 2011;39(5):515-21.

- GlynnLM, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chiciz-Demet A, Sandman CA. When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(4):637-42.
- WilkinsonDS, Korenbrot CC, Greene J. A performance indicator of psychosocial services in enhanced prenatal care of Medicaideligible women. *Matern Child Health J* 1998;2(3):131-43.
- Vianna P, Bauer ME, Dornfeld D, Chies JA. Distress conditions during pregnancy may lead to pre-eclampsia by increasing cortisol levels and altering lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Med Hypotheses* 2011;77(2):188-91.
- Alipour F, Hasani J, Oshrieh V, Saeedpour S. Brain-Behavioral Systems and Psychological Distress in Patients with Diabetes Mellitus A Comparative Study. *Caspian.J.Neurol.Sci.* 2015; 1 (2) :20-29
- Omidvar SH, Kheirkhah F, Azimi H. Depression in pregnancy and its associated factors. *J Med Hormozgan* 2007;11(3):213-9. [Persian].
- Urizar GG Jr, Milazzo M, Le HN, Delucchi K, Sotelo R, Muñoz RF. Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biol Psychol* 2004;67(3):275-82.

Abstract:

Anxiety and depression are common during pregnancy, but they are often ignored and untreated, and this issue causes many problems during pregnancy and after for the mother and baby. Anxiety during pregnancy is a common problem in pregnant women and has an adverse effect on It affects the mother and the baby. Midwives, as a responsible person, play an important role in providing advice on maternal care during pregnancy, delivery and after delivery. Psychological factors on anxiety and depression in women were investigated. In this research, we have investigated psychological factors on anxiety and depression in pregnant women.

The purpose of the research: to investigate psychological factors on anxiety and depression in pregnant women

Research method: This research was done by library method and various scientific journals were used.

Conclusion: Considering the importance of the length of pregnancy in the child's development process and the frequency of anxiety in pregnant women during this sensitive period of development, it can be said that teaching stress coping techniques will improve the quality of life of the mother.

Keywords: psychological factors, anxiety and depression, pregnant women