

Review Paper

Prevalence and Factors Affecting Pregnancy Depression: A Systematic Review

Fatemeh Mallah¹ , Shervin Tabrizian-Namin² , Khadijeh Eslamnezhad³ , Roghayeh Dargahi^{2*} 

1. Associated Professor of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
3. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Citation: Mallah F, Tabrizian-Namin S, Eslamnezhad K, Dargahi R. [Prevalence and Factors Affecting Pregnancy Depression: A Systematic Review (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2021 9(4): 832-839

Received: 27 Nov 2020

Accepted: 25 Jan 2021

Available Online: Mar 2021

Abstract

Background & Aims: Depression during pregnancy is a common disorder affecting numerous women; nonetheless, no study has been conducted to summarize the factors affecting this mental disorder. Due to this knowledge gap, preventive measures have not been performed for these women. Therefore, the present study aimed to assess the prevalence and factors affecting gestational depression.

Methods: This systematic review study made a query for articles published in ProQuest, science direct, PubMed, Scopus, Web of Science, Medline, SID, Iran doc, and Google Scholar in five years preceding 2019 using such keywords as depression, risk factor, pregnancy and mental health based on PRISMA steps.

Results: Out of 211 retrieved articles, 6 high-quality ones were included in the present study. The prevalence of depression during pregnancy was obtained at 11.8%-24.94%. The most important factors affecting gestational depression included unwanted pregnancy, previous history of depression, and history of abortion.

Conclusion: Pregnancy depression affects one in four women. Some factors, such as unwanted pregnancy, previous history of depression, history of miscarriage, high-risk pregnancy, history of stillbirth, history of preterm delivery, as well as such family problems as violence against women and marital problems, are some of the factors affecting pregnancy depression.

Keywords:

Depression, Effective Factors, Pregnancy

*Corresponding author:

Roghayeh Dargahi

Address: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Email: R.dargahi@arums.ac.ir

بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری: یک مرور سیستماتیک

فاطمه ملاح^۱ ID، شروین تبریزیان نمین^۲ ID، خدیجه اسلام‌نژاد^۳ ID، رقیه درگاهی^۴ ID*

۱. دانشیار، گروه جراحی زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۳. گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

چکیده:

تاریخ دریافت: ۰۷ آذر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۶ بهمن ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: زمستان ۱۳۹۹

زمینه و هدف: افسردگی در بارداری بسیار شایع است و تا به حال مطالعه‌ای انجام نشده است که به صورت جمع‌بندی شده به بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری بپردازد و به دلیل نداشتن اطلاعات کافی از عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری، برنامه‌های پیشگیرانه‌ای برای زنان باردار انجام نشده است؛ لذا بر آن شدیم در مقاله حاضر به صورت سیستماتیک شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری را بررسی کنیم.

روش بررسی: این مطالعه مروری سیستماتیک با بررسی مقالات چاپ‌شده در ۵ سال منتهی به ۲۰۱۹ با کلیدواژه‌های افسردگی، عوامل خطر، بارداری و سلامت روان در دیتابیس‌های پروکوئست، ساینس‌دایرکت، پایمد، اسکوپوس، وب‌آف‌ساینس، مدلاین، SID، ایران‌داک و موتور جست‌وجوی گوگل اسکولار بر اساس گام‌های PRISMA انجام شد.

یافته‌ها: از تعداد ۲۱۱ مقاله جست‌وجوشده، ۶ مقاله باکیفیت وارد این مطالعه شدند. شیوع افسردگی در بارداری بین ۱۱/۸ تا ۲۴/۹۴ درصد بود. مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری شامل بارداری ناخواسته، سابقه قبلی افسردگی و سابقه سقط جنین بود.

نتیجه‌گیری: افسردگی بارداری به ازای هر ۴ نفر، یک نفر را درگیر می‌کند. عواملی همچون بارداری ناخواسته، سابقه افسردگی قبلی، سابقه سقط جنین، بارداری پرخطر، سابقه مرده‌زایی، سابقه زایمان زودرس، مشکلات خانوادگی همچون خشونت علیه زن و مشکلات زناشویی از عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری هستند.

کلید واژه‌ها:

افسردگی، بارداری، عوامل مؤثر

*نویسنده مسئول:

رقیه درگاهی

نشانی: گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

پست الکترونیک: R.dargahi@arums.ac.ir

مقدمه

هستند. از این رو درمان‌های دارویی تا مدت‌ها پس از زایمان انجام‌شدنی نیست و همین موضوع می‌تواند بر شدت افسردگی زنان بیفزاید (۱۵، ۱۶).

از آنجاکه شدت افسردگی طی بارداری بسیار شایع است و تا به حال مطالعه‌ای به صورت سیستماتیک و جمع‌بندی‌شده شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری را بررسی نکرده است، این موضوع باعث شده است به دلیل عدم اطلاع از عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری، برنامه‌های پیشگیرانه انجام نشود. از این رو بر آن شدیم در مقاله حاضر به صورت سیستماتیک عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری را بررسی کنیم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مرور سیستماتیک است که در دیتابیس‌های پروکوئست، ساینس‌دایرکت، پایمد، اسکوپوس، وب‌آف‌ساینس، مدلاین، SID، ایران‌داک و موتور جست‌وجوی گوگل اسکولار در میان مقالات چاپ‌شده طی ۵ سال اخیر با رعایت معیارهای ورود و خروج و با کلیدواژه‌های «افسردگی»، «عوامل خطر»، «بارداری»، «سلامت روان» و با کمک ابزارهای بولین AND و OR انجام شد. دلیل انتخاب مقالات در بازه زمانی ۵ سال اخیر، نبودن مقالات بود تا نتایج مطالعه حاضر جدید باشند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مقالات چاپ‌شده در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، دسترسی به متن کامل مقاله، مقالات توصیفی و استفاده از پرسش‌نامه EPDS بود. این پرسش‌نامه مخصوص بررسی افسردگی در زنان باردار است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مقالات چاپ‌شده در خارج از محدوده ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، مقالات بدون متن کامل، مقالات با نتایج نامفهوم و مقالات چاپ‌شده به زبان انگلیسی و فارسی بودند.

استراتژی جست‌وجو به این شیوه بود که کلیدواژه‌های مشخص‌شده به یک کتابدار (خارج از گروه پژوهش) داده شد تا بر اساس کلیدواژه‌های ذکرشده به جست‌وجوی مقالات در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ بپردازد. فهرست مقالات به پژوهشگر اصلی تیم پژوهش داده شد تا مقالات را بر اساس معیارهای ورود و خروج بررسی کند. محقق اصلی کیفیت مقالات را بر اساس معیار PRISMA بررسی کرد و در صورتی که مقالات در سطح متوسط و بالاتر بودند، وارد

حاملگی دوره‌ای بسیار مهم در زندگی زنان است که با تغییرات بسیاری همراه است. تغییرات این دوره را می‌توان به تغییرات جسمانی و غیرجسمانی تقسیم کرد. از شایع‌ترین تغییرات جسمانی می‌توان به تغییرات هورمونی، تغییرات در وزن، تغییرات در سیستم اندوکرین، تغییرات سیستم قلب و عروق و تغییرات سیستم تنفسی اشاره کرد. از شایع‌ترین تغییرات غیرجسمانی نیز می‌توان به تغییرات خلق‌وخو، تغییرات شخصیتی، تغییرات اعتقادی و ... اشاره کرد (۳-۱). از تغییرات خلق‌وخو می‌توان به استرس و اضطراب، افسردگی، اختلال وسواسی و ناامیدی اشاره کرد (۴، ۵). این تغییرات در بیماری‌ها و شرایط مختلف ممکن است تغییر کند و بر کیفیت زندگی افراد اثراتی بگذارد (۶).

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلق‌وخو و مشکلات روانی دوره بارداری است که شیوع آن از ۴ تا ۴۵ درصد متفاوت است. عوامل مختلفی در میزان شیوع آن دخیل هستند که از آن میان می‌توان به بیماری‌های دوره بارداری، سابقه زایمان قبلی همراه با بیماری، سابقه بارداری ناتمام و ... اشاره کرد (۷، ۸). افسردگی در حین بارداری ممکن است عوارض خطرناکی برای مادر و جنین داشته باشد (۹، ۱۰). زنان باردار که به افسردگی زایمان مبتلا هستند، با مشکلات خانوادگی، ابتلا به سایر مشکلات روانی، ناتوانی در انجام مراقبت‌های بارداری، خشونت از طرف همسر، کاهش کیفیت زندگی، خودکشی و ... دست‌وپنجه نرم می‌کنند (۱۱). از طرفی دیگر، افسردگی در بارداری با افزایش میزان سقط جنین، زایمان زودرس، ابتلا به فشارخون بالا طی بارداری، نیاز به زایمان اورژانسی، افزایش طول اقامت در بیمارستان پس از زایمان، اختلال رشد جنین و تکامل کودک و همچنین افزایش احتمال خودکشی کودک همراه است (۱۲، ۱۳).

ابتلا به افسردگی در طی بارداری نسبت به سایر دوره‌های زندگی زنان اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا به دلیل احتمال آسیب به جنین، درمان‌های دارویی در این دوره امکان‌پذیر نیست. مطالعات گذشته حاکی از آن است که مصرف داروهای ضدافسردگی طی بارداری با رشد اختلالات نوزاد همراه است (۱۴). از طرفی دیگر، داروهای ضدافسردگی اکثراً در گروه داروهای خطرناک برای زنان باردار و شیرده

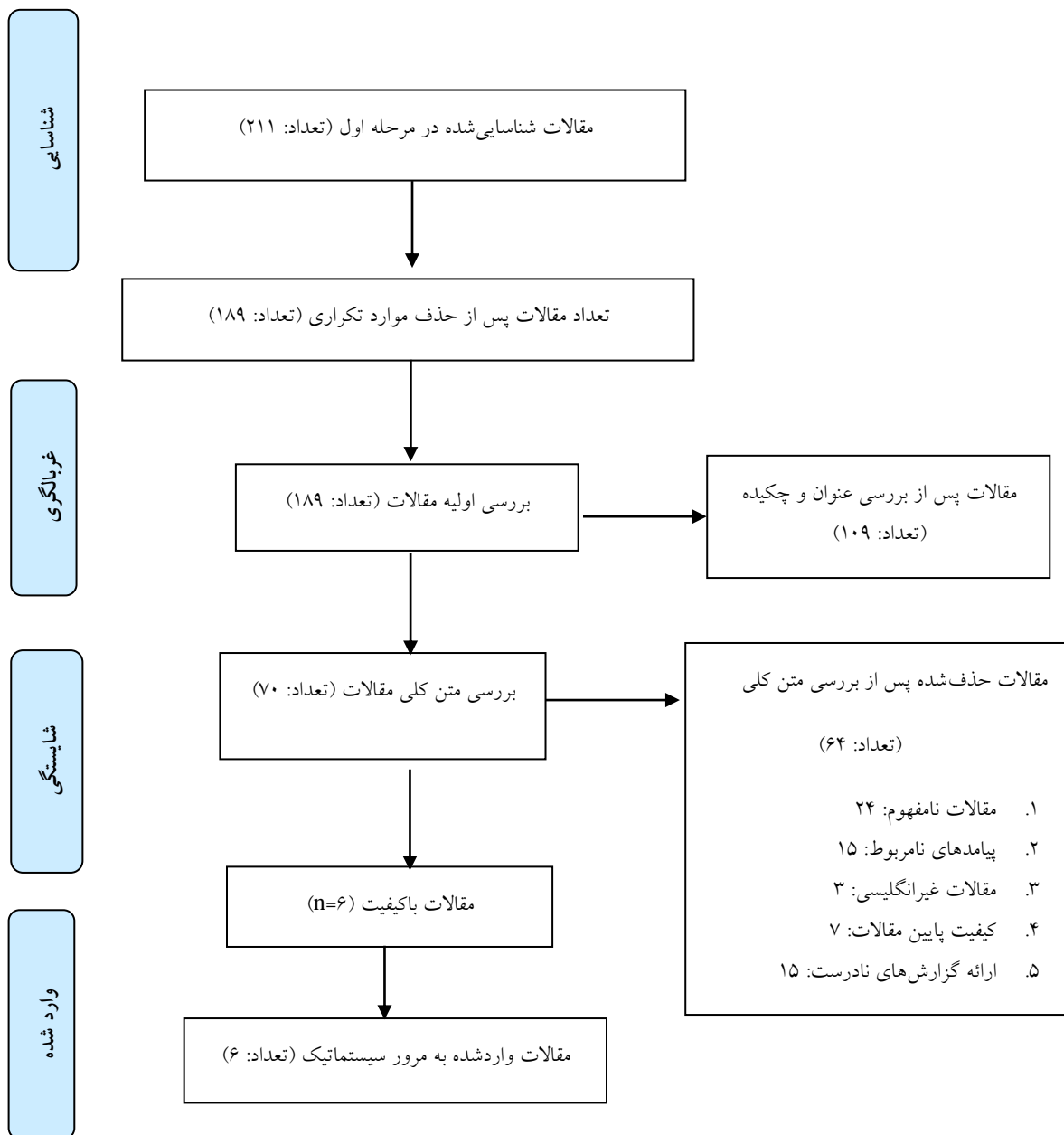
کلیدواژه‌های مربوطه، ۲۱۱ مقاله به‌دست آمد. درنهایت از این تعداد ۶ مقاله واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند و بررسی شدند. روند ورود مقالات به این مرور سیستماتیک بر اساس معیار PRISMA در شکل ۱ آمده است.

در بررسی مقالات وارد شده به مرور سیستماتیک، تعداد کل شرکت‌کنندگان ۵۸۵۴ نفر بود. کمترین میزان شیوع افسردگی در حین بارداری ۱۱/۸ درصد و بیشترین میزان ۲۴/۹۴ درصد بود. شاخص‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای ضدافسردگی، دیابت بارداری و بارداری پرخطر بودند. مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افسردگی حین

مطالعه شدند. سپس اطلاعات هر مقاله در چک‌لیست تهیه‌شده برای این مقاله تکمیل شد. چک‌لیست ذکرشده شامل قسمت‌هایی همچون نام نویسنده اول، سال انجام مطالعه، تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه، هدف مطالعه، معیارهای ورود و خروج مطالعه، نتایج مطالعه و نمره کیفیت مقاله بود. پژوهشگر سعی می‌کرد استخراج اطلاعات مقالات در نهایت صداقت انجام شود. با توجه به اینکه این مطالعه از نوع مروری است، نیازی به گرفتن کد اخلاق و سایر مجوزها نبود.

یافته‌ها

در جست‌وجوی اولیه انجام‌شده توسط کتابدار بر اساس



شکل ۱. نمودار انتخاب مطالعات

جدول ۱. مشخصات مقالات وارد شده به مرور سیستماتیک

| کیفیت مطالعه | نتایج مطالعه | معیارهای ورود و خروج | هدف مطالعه | تعداد شرکت کنندگان | نویسنده/سال |
|----------------------------|--|--|---|--------------------|----------------------|
| نمره ۱۲ (از ۱۶) ۷۵ درصد | شیوع افسردگی ۲۴/۳ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی زایمان: بارداری ناخواسته، درگیری زناشویی، سابقه قبلی افسردگی | معیارهای ورود: سن بارداری بیشتر از ۳۲ و سن بیشتر از ۱۸ سال معیارهای خروج: تحت درمان افسردگی، ابتلا به دیابت بارداری، فشارخون بالا | شیوع افسردگی بارداری و عوامل مؤثر بر آن | ۹۵۹ | Al-Azri (۲۰۱۶) (۱۷) |
| نمره ۱۲ (از ۱۶) ۷۵ درصد | شیوع افسردگی ۱۹/۶ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری: خشونت همسر، مشکلات مالی، خیانت همسر و سابقه سقط جنین | معیارهای ورود: سن بارداری بیشتر از سه ماهگی، بارداری طبیعی معیارهای خروج: دیابت بارداری، فشارخون بالا، مشکلات غدد، طلاق، مصرف داروهای ضدافسردگی | شیوع و علائم افسردگی بارداری و عوامل مؤثر بر آن | ۳۵۱۷ | Bernard (۲۰۱۸) (۱۸) |
| نمره ۱۳ (از ۱۶) ۸۱/۲۵ درصد | شیوع افسردگی ۲۴/۹۴ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری: سابقه افسردگی، بارداری ناخواسته، بارداری پرخطر، سابقه مرده‌زایی | معیارهای ورود: بارداری با هر سنی، سن بیشتر از ۱۸ سال معیارهای خروج: تروما حین بارداری، دیابت بارداری، مصرف داروهای ضدافسردگی، ابتلا به ایدز، ابتلا به سل ریوی، ناتوانی در دیدن و شنیدن | شیوع افسردگی بارداری و عوامل مؤثر بر آن | ۳۹۳ | Biratu (۲۰۱۵) (۱۹) |
| نمره ۱۲ (از ۱۶) ۷۵ درصد | شیوع افسردگی ۱۱/۸ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی: بارداری ناخواسته، سابقه سقط جنین، سابقه مرده‌زایی، وجود عارضه در بارداری فعلی، سابقه افسردگی قبلی | معیار ورود: بارداری معیارهای خروج: مصرف داروهای ضدافسردگی، دیابت بارداری، فوت بستگان درجه یک در سه ماه اخیر، چندقلویی | شیوع افسردگی طی بارداری و عوامل پیش‌بینی کننده آن | ۵۲۷ | Bisetegn (۲۰۱۶) (۲۰) |
| نمره ۱۳ (از ۱۶) ۸۱/۲۵ درصد | شیوع افسردگی ۲۱/۵۰ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی: عارضه در بارداری قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه قبلی افسردگی، سابقه سقط جنین، بارداری پرخطر | معیار ورود: زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز مراقبت‌های بارداری معیارهای خروج: بیماری‌های روانی، مصرف داروهای ضدافسردگی، زنان با بارداری پرخطر | شیوع افسردگی طی بارداری و عوامل مؤثر بر آن | ۳۱۷ | Duko (۲۰۱۹) (۲۱) |
| نمره ۱۲ (از ۱۶) ۷۵ درصد | شیوع افسردگی ۱۸ درصد بود. عوامل مؤثر بر افسردگی: زایمان زودرس قبلی، خیانت همسر، سابقه سقط جنین، سابقه افسردگی قبلی، بارداری ناخواسته | معیارهای ورود: بارداری در سه ماهه دوم و سوم، سن بیشتر از ۲۰ سال معیارهای خروج: سابقه قبلی افسردگی، مصرف داروهای ضدافسردگی، اعتیاد به مواد مخدر، سابقه تجاوز جنسی، جداشدن از همسر طی بارداری | درک علائم افسردگی بارداری و عوامل مؤثر بر آن | ۱۴۳ | Joshi (۲۰۱۹) (۲۲) |

بحث

بارداری شامل بارداری ناخواسته، سابقه قبلی افسردگی و سابقه سقط جنین بودند. اطلاعات تکمیلی هر مطالعه در جدول ۱ آمده است. هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری بود. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که

است (۲۸، ۲۷)؛ بنابراین، برنامه‌های توانمندسازی روحی و روانی برای این زنان لازم و ضروری است.

۴. بارداری پرخطر، سابقه مرده‌زایی و زایمان زودرس:

زنان با بارداری پرخطر در معرض ابتلا به انواع مشکلات روحی، روانی، جسمانی و جنینی هستند. بیشتر موارد سقط جنین و مرده‌زایی در زایمان‌های پرخطر رخ می‌دهد. برای جلوگیری از سقط و مرده‌زایی، بیشتر زنان با زایمان زودرس مواجهه می‌شوند. تجربه تلخ زایمان زودرس، مرده‌زایی و بیماری‌هایی که موجب به خطر افتادن جان مادر و جنین می‌شود، تأثیرات نامطلوبی بر سلامت روان مادران دارد و موجب ابتلا به افسردگی می‌شود (۲۹). لذا مراقبت‌های حین بارداری، آمادگی برای بارداری و کاهش عوامل بارداری پرخطر برای تمامی زنان ضرورت دارد.

۵. مشکلات خانوادگی: وضعیت بد اقتصادی،

درگیری‌های زناشویی، خشونت از طرف همسر و خیانت همسر از مشکلات خانوادگی هستند که در مطالعات بررسی‌شده به‌عنوان عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری گزارش شده‌اند. محققان بر این باورند مشکلاتی که زمینه‌ساز سردرگمی یا بدبینی در زنان می‌شود می‌تواند سلامت روان آنان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. در این میان خیانت همسر و خشونت او علیه زن بزرگ‌ترین ضربه روانی را به زن وارد می‌کند. همچنین وضعیت اقتصادی نامناسب و درگیری‌های زناشویی نیز به احساس یأس و ناامیدی نسبت به آینده منجر می‌شود و همه این عوامل در بارداری می‌توانند موجب بروز افسردگی شوند؛ بنابراین، برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقا‌دهنده سلامت روان قبل از بارداری و حین بارداری برای پیشگیری از افسردگی توصیه می‌شود (۳۰، ۹).

دسترسی‌نداشتن به مطالعات انجام‌شده و چاپ‌نشده و مقالات با زبان‌های دیگر از نقاط ضعف و محدودیت‌های مطالعه حاضر هستند. از طرفی دیگر، استفاده از مقالات با کیفیت خوب و مقالات چاپ‌شده در ۵ سال اخیر از نقاط قوت مطالعه بودند. با توجه به شیوع افسردگی بارداری، توصیه می‌شود برای مطالعات بعدی بر اساس عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری، برنامه‌های پیشگیرانه‌ای برای پیشگیری از افسردگی تدوین شود.

نتیجه‌گیری

افسردگی بارداری به ازای هر ۴ نفر، یک نفر را درگیری

شیوع افسردگی بارداری بین ۱۱ تا ۲۵ درصد متغیر است. عوامل متفاوتی بر افسردگی بارداری مؤثر هستند که در ادامه به بررسی آنان خواهیم پرداخت.

۱. بارداری ناخواسته: این عامل خطر در تمامی مطالعات

بیان شده و حاکی از آن است که این متغیر از متغیرهای تأثیرگذار در بروز افسردگی بارداری است. Al-Azri و همکاران (۲۰۱۶) (۱۷) معتقدند نداشتن برنامه‌ریزی برای بارداری و بارداری‌های ناخواسته بنا به دلایلی همچون آینده مبهم مراقبت از کودک، ترس از ناتوانی در زایمان موفق، ترس از سقط جنین و ترس از مرده‌زایی موجب افسردگی بارداری می‌شود. از طرفی دیگر، نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که تغییرات هورمونی طی بارداری یکی از دلایل اصلی افسردگی در بارداری است. در صورتی‌که بارداری به‌صورت ناخواسته و بدون برنامه باشد، نوعی هم‌افزایی بین تغییرات هورمونی و تأثیرات روانی بارداری ناخواسته به افسردگی بارداری منجر می‌شود (۲۳، ۲۴).

۲. سابقه افسردگی قبلی: این عامل نیز در ۵ مطالعه

گزارش شده است. در این زمینه Biratu و همکاران (۲۰۱۵) (۱۹) معتقدند سابقه افسردگی در افراد به بروز افسردگی در دوره‌های بعدی منجر می‌شود و این موضوع در زنان باردار بیشتر از سایر گروه‌ها نمود دارد؛ به این معنا که به دنبال تغییرات وسیعی که طی بارداری رخ می‌دهد و سابقه قبلی افسردگی، این افراد بیشتر از سایرین مستعد ابتلا به افسردگی هستند. محققان (۲۵، ۲۶) بر این عقیده‌اند که ابتلا به افسردگی می‌تواند حتی پس از درمان افسردگی نیز مشاهده شود؛ به عبارتی دیگر، پژوهشگران افسردگی را نوعی بیماری ادامه‌دار می‌دانند و با بروز سایر عوامل مؤثر بر آن، دوباره احتمال ابتلا به آن افزایش می‌یابد. از این رو شناسایی و درمان این عامل قبل از بارداری لازم و ضروری است.

۳. سابقه سقط جنین: افسردگی به دنبال سقط جنین

عارضه‌ای شایع است و زنان در بارداری‌های بعدی همواره با این استرس و اضطراب که دوباره جنینشان سقط خواهد شد، بارداری را طی می‌کنند. این عامل منجر به افزایش ابتلا به افسردگی در بارداری می‌شود. از طرفی دیگر، بیشتر زنان با تجربه تلخ سقط جنین، این حادثه را برای خود نشخوار می‌کنند و درگیری‌های ذهنی ایجادشده از عوامل اصلی ایجادکننده افسردگی در آنان

به کار برده‌اند.

حامی مالی

این مقاله بدون حامی مالی می‌باشد و توسط هیچ سازمان و ارگانی از نظر مالی حمایت نشده است.

مشارکت نویسندگان

فاطمه ملاح: طراحی مطالعه

شروین تبریزیان و خدیجه اسلام نژاد: جستجوی مطالعات و مقالات

رقیه درگاهی: نتیجه گیری نهایی

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققین از همکاری صمیمانه آقای مهدی خانبابایی گول به‌عنوان سرگروه تیم پژوهشی نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

می‌کند. عواملی همچون بارداری ناخواسته، سابقه افسردگی قبلی، سابقه سقط جنین، بارداری پرخطر، سابقه مرده‌زایی، سابقه زایمان زودرس، مشکلات خانوادگی همچون خشونت علیه زن و مشکلات زناشویی از عوامل مؤثر بر افسردگی بارداری هستند.

کاربرد یافته‌ها در بالین

اطلاع از افسردگی بارداری می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌های پیشگیرانه همچون دوره‌های روان‌شناسی و تمرینات ورزشی باشد و توصیه می‌شود برنامه‌های پیشگیرانه مد نظر مراقبین بهداشتی برای زنان باردار قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

از آنجایی که این مطالعه از نوع مروری می‌باشد و نیازی به تاییدیه اخلاقی ندارد؛ بنابراین در کمیته اخلاق هیچ دانشگاهی به تایید نرسیده است. در تمامی مراحل نگارش مقاله، محققین نهایت امانت‌داری را در ارائه نتایج یافته‌های مقالات

References

- James-Hawkins L, Shaltout E, Nur AA, Nasrallah C, Qutteina Y, Rahim HF, et al. Human and economic resources for empowerment and pregnancy-related mental health in the Arab Middle East: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2019; 22(1):1-14. [DOI: 10.1007/s00737-018-0843-0]
- Alvandfar D, Alizadeh M, Khanbabayi Gol M. Prevalence of pregnancy varicose and its effective factors in women referred to gynecology hospitals in Tabriz. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2019; 22(9):1-7.
- Mallah F, Nazari F, Navali N, Hajipour B. Comparison of direct visual inspection (DVI) with pap smear in diagnosis of precancerous lesion of cervix. Life Sci J. 2012; 9(4):2556-60.
- Mobaraki Asl N, Mirmazhari R, Dargahi R, Hadadi Z, Montazer M. Relationships among personality traits, anxiety, depression, hopelessness, and quality of life in patients with breast cancer. Iran Quart J Breast Dis. 2019; 12(3):60-71. [DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.60]
- Dargahi R, Mobaraki-Asl N, Ghavami Z, Pourfarzi F, Hosseini-Asl S, Jalilvand F. Effect of cell-free fetal DNA on spontaneous preterm labor. J Adv Pharm Technol Res. 2019; 10(3): 117. [DOI: 10.4103/japtr.JAPTR_371_18]
- Khanbabaei Gol M, Rezvani F, Ghavami Z, Mobaraki-Asl N. Prevalence of neuropathic pain and factors affecting sleep quality in women with breast cancer after radiotherapy. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2019; 22(6): 46-53.
- Suto M, Takehara K, Yamane Y, Ota E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: a systematic review. J Affect Disord. 2017; 210:115-21. [DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.025]
- Park S, Kim J, Oh J, Ahn S. Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: a systemic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020; 104:103439. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103439]
- Robinson R, Lahti-Pulkkinen M, Heinonen K, Reynolds RM, Räikkönen K. Fetal programming of neuropsychiatric disorders by maternal pregnancy depression: a systematic mini review. Pediatr Res. 2019; 85(2):134-45. [DOI: 10.1038/s41390-018-0173-y]
- Tabrizi A, Dargahi R, Ghadim ST, Javadi M, Pirouzian HR, Azizi A, et al. Functional laxative foods: Concepts, trends and health benefits. Stud Natl Prod Chem. 2020; 66:305-30. [DOI: 10.1016/B978-0-12-817907-9.00011-8]
- Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in

- pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1):124. [DOI: [10.1186/s12884-016-0915-y](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0915-y)]
12. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019; 7(9):1555-60. [DOI: [10.3889/oamjms.2019.270](https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.270)]
 13. Bastani P, Shoari N, Hajebrahimi S, Mallah F, Azadi A. Comparison of performing and not-performing the prophylactic surgery for urinary incontinence in advanced pelvic organ prolapse. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2014; 2(5):311-5.
 14. De Carli P, Costantini I, Sessa P, Visentin S, Pearson RM, Simonelli A. The expectant social mind: a systematic review of face processing during pregnancy and the effect of depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019; 102:153-71. [DOI: [10.1016/j.neubiorev.2019.04.013](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.013)]
 15. Smith CA, Shewamene Z, Galbally M, Schmied V, Dahlen H. The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019; 245:428-39. [DOI: [10.1016/j.jad.2018.11.054](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.054)]
 16. Mallah F, Montazeri A, Ghanbari Z, Tavoli A, Haghollahi F, Azimineko E. Effect of urinary incontinence on quality of life among Iranian women. *J Family Reprod Health*. 2014; 8(1):13-9.
 17. Al-Azri M, Al-Lawati I, Al-Kamyani R, Al-Kiyumi M, Al-Rawahi A, Davidson R, et al. Prevalence and risk factors of antenatal depression among Omani women in a primary care setting: cross-sectional study. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016; 16(1):e35-41. [DOI: [10.18295/squmj.2016.16.01.007](https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.007)]
 18. Bernard O, Gibson RC, McCaw-Binns A, Reece J, Coore-Desai C, Shakespeare-Pellington S, et al. Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: a cross-sectional study. *PloS One*. 2018; 13(3):e0194338. [DOI: [10.1371/journal.pone.0194338](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194338)]
 19. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2015; 12(1):99. [DOI: [10.1186/s12978-015-0092-x](https://doi.org/10.1186/s12978-015-0092-x)]
 20. Bisetegn TA, Mihretie G, Muche T. Prevalence and predictors of depression among pregnant women in debretabor town, northwest Ethiopia. *PloS One*. 2016; 11(9):e0161108. [DOI: [10.1371/journal.pone.0161108](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161108)]
 21. Duko B, Ayano G, Bedaso A. Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2019; 16(1):25. [DOI: [10.1186/s12978-019-0685-x](https://doi.org/10.1186/s12978-019-0685-x)]
 22. Joshi D, Shrestha S, Shrestha N. Understanding the antepartum depressive symptoms and its risk factors among the pregnant women visiting public health facilities of Nepal. *PloS One*. 2019; 14(4):e0214992. [DOI: [10.1371/journal.pone.0214992](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214992)]
 23. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. *BMJ*. 2016; 352:i1547. [DOI: [10.1136/bmj.i1547](https://doi.org/10.1136/bmj.i1547)]
 24. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in pregnancy. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019; 48(1):58-65. [DOI: [10.1016/j.rcp.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003)]
 25. Cattane N, Räikkönen K, Anniverno R, Mencacci C, Riva MA, Pariante CM, et al. Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health. *Mol Psychiatry*. 2020; 26(2):462-81. [DOI: [10.1038/s41380-020-0813-6](https://doi.org/10.1038/s41380-020-0813-6)]
 26. Hasanjanzadeh P, Faramarzi M. Relationship between maternal general and specific-pregnancy stress, anxiety, and depression symptoms and pregnancy outcome. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(4):VC04-7. [DOI: [10.7860/JCDR/2017/24352.9616](https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24352.9616)]
 27. Horvath S, Schreiber CA. Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(11):77. [DOI: [10.1007/s11920-017-0832-4](https://doi.org/10.1007/s11920-017-0832-4)]
 28. Mitchell J, Goodman J. Comparative effects of antidepressant medications and untreated major depression on pregnancy outcomes: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2018; 21(5):505-16. [DOI: [10.1007/s00737-018-0844-z](https://doi.org/10.1007/s00737-018-0844-z)]
 29. Charlton BM, Everett BG, Light A, Jones RK, Janiak E, Gaskins AJ, et al. Sexual orientation differences in pregnancy and abortion across the lifecourse. *Womens Health Issues*. 2020; 30(2):65-72. [DOI: [10.1016/j.whi.2019.10.007](https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.10.007)]
 30. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020; 19(3):313-27. [DOI: [10.1002/wps.20769](https://doi.org/10.1002/wps.20769)]