Association of Antenatal Depression with Fetal Gender

*Mansour Ghanaie M (MD), Soleimani R (MD), Kazemnejad E (PhD), Samadi Sophi E (MD), Asgari Galebin SM (MD)*

*Corresponding Address:* Reproductive Health Research Center, Alzdra Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

**Email:** m_ghanaei@gums.ac.ir

Received: 09/Apr/2019    Revised: 02/Mar/2019    Accepted: 09/Jun/2019

**Abstract**

**Introduction:** Multiple risk factors are associated with depression during pregnancy, but so far the effect of fetal sex on depression in pregnancy has not been investigated in Iran.

**Objective:** Frequency survey and depression-related factors with emphasis on relationship between depression and fetal sex in pregnant women referred to Al-Zahra Rasht.

**Materials and Methods:** This analytical cross-sectional study was done within a period of two months (June and July 2013) on 500 pregnant women referred (more than 20 weeks of pregnancy) to prenatal care of Al-Zahra hospital. The questionnaire consisting of two demographic data and midwifery sections and Beck standard depression inventory were completed by patients who had the inclusion criteria.

**Results:** The prevalence of depression in 500 pregnant women was found to be 27.4%. Factors associated with depression in pregnancy using multiple Logistic regression models, maternal employment status, number of children, same sex of fetus with previous children, duration of notice from fetus sex, family history of depression, stressful event and satisfaction from spouse, and were identified as the most powerful variables affecting the incidence of depression in pregnancy. There was no significant relationship between depression and fetal gender.

**Conclusion:** The high prevalence of depression among pregnant women in this study, compared with global studies suggests the need for more reviews and principal interventional studies in this field. The same gender of fetus with previous child and duration of knowledge of fetal sex had a significant relationship with depression during pregnancy. According to the results of this study, screening of the groups at risk of depression is recommended.

**Conflict of interest:** non declared

**Keywords:** Depressive Disorder \ Fetus \ Pregnancy \ Sex.

____________________Journal of Guilan University of Medical Sciences\ Volume 28, Issue 3, (No 111), Pages: 78-88

Please cite this article as:Mansour Ghanaie M, Solimani R, Kazemnejad E, Samadi Sophi E, Asgari Galebin SM. Association of Antenatal Depression and Fetal Gender. J of Guilan University of Med Sci 2019; 28(3):78-88. [Text in Persian]
Extended Abstract

Introduction: Depression is the fourth global health mortality related issue (1). More than 40% of women suffer from depressive symptoms during pregnancy and postpartum (2). There are few studies on the relationship between fetal gender and depression during pregnancy (3). Studies in Western countries found no association between postpartum depression and gender of the infant, but in studies from China, India, Pakistan, Turkey and Nigeria, the birth of a baby girl was associated with postpartum depression (8-4).

Objective: This study was designed to investigate and screen for depression in a population of pregnant women referred to the prenatal clinic and to find out its relationship with fetal gender.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was performed on 500 pregnant women (over 20 weeks) referred to prenatal care clinic of Azzahra hospital in a 2-month period (June and July 2013).

A questionnaire consisting of demographic and midwifery information and Beck depression inventory was completed by individuals with inclusion criteria. A total of 520 questionnaires were completed by clients, eliminating 20 questionnaires because they were incomplete.

Inclusion criteria were: pregnant women over 20 weeks of gestation, not known history of depression and related drug use over the past 6 months, mother’s awareness of fetal gender using ultrasound at 18-20 weeks, no chronic illness, infection, diabetes, hypertension, no complications of pregnancy (bleeding, placenta previa, etc.), and ability to read and write.

Exclusion criteria were: non-cooperation in completing the questionnaire and incomplete questionnaire. Beck depression questionnaire comprises 21 multiple-choice questions with adequate validity and reliability demonstrated in several studies. Internal consistency coefficient was 87% and its validity and reliability were 0.74 and 0.77, respectively (9).

Symptom severity is rated on a 4-point scale from 0 to 3 in questionnaires. Scores range from at least 0 to a maximum of 63 and based on this score, the respondent’s condition is assessed in terms of depression as follows:

- 0-15 (normal), 16-30 (mild depression), 31-46 (mild depression), 47-63 (severe depression).

Frequency table, percentage, mean and standard deviation were used to report the results. Chi-Square test was used to compare the results and significance level was set at 0.05.

Logistic regression statistical model was used to estimate matched odds ratios to control for underlying variables and to determine the independent effect of fetal gender on depression. Statistical analysis was performed by SPSS 16 software.

Results: A total of 500 pregnant women were assessed by Beck Depression questionnaire with a threshold above 16:

137 (27.4%) had depression, of which 115 (83.9%) had mild depression, 20 (14.6%) had moderate depression, and 2 (1.5%) had severe depression. The average Beck depression score in our study population was 11.60 ± 9.05. The frequency of depression with 95% confidence interval was 23.48-31.32.

25/3% of women experiencing their first pregnancy were depressed. This difference was 34.4% in the second pregnancy, 28% in the third pregnancy and 3.33% in the fourth pregnancy, which were not statistically significant (p=0.405). In the first pregnancy 7.24% of mothers with male fetus and 26% with female fetus were depressed. In the second pregnancy these values were 32.7% and 36.4% and it was 19.2% and 37.5% in the third pregnancy and 30% and 36.4% in the fourth pregnancy, respectively.

Depression was not observed in the five cases experiencing their fifth and sixth pregnancies.

Employment status of mother, number of children, fetal sex similarity, duration of fetal information, family history of depression, stressful accident occurrence and marital satisfaction were identified as the most effective variables in depression.

The odds of depression in housewives are 3.4 times higher than those of working mothers (OR=3.43, 95% CI: 1.16-10.08). As the number of offspring increases, the chance of depression decreases (OR= 0.525 and 95% CI: 0.263-1.049 ).

In mothers who were aware of the sex of their child, the odds of depression were 2.8 times (OR=2.79 and 95% CI: 1.07-7.32, p = 0.036).

The longer the period of knowledge of the fetus increased, the lower the risk of depression (p=0.046, OR=0.873 and 95% CI: 0.746-0.998).

Family history of depression was associated with pregnancy depression (p=0.037, OR=2.5 and 95% CI: 1.06-6.36).

People who had changed places of residence had a higher risk of depression than people who had no
accident history (p=0.006, OR=2.49 and 95% CI: 1.3-4.77).
And if one has a severe illness, the risk of depression increases (p=0.007, OR=2.9 and 95% CI: 1.335-6.306).
Increased satisfaction with marriage reduces chances of depression (OR=0.585 and 95% CI: 0.452-0.758)

Conclusion:
The prevalence of pregnancy depression in our study (27.4%) was consistent with most studies in Iran (21-33%) (10). This is higher than in the developed countries (7-15%) and developing countries (19-25%)(11). The cause of the difference is the prevalence of depression, differences in socio-demographic characteristics in populations, study methods and gestational age.

In the present study in univariate analysis, unwanted pregnancy was associated with depression, but after regression analysis, it did not directly affect depression and was influenced by depression through other variables.

There is son preference in many cultures in south and east Asia and Africa (5,7,12). Family preference for male sex has been associated with pregnancy depression(5,7,9)

The gender of the fetus was similar to the previous child and the duration of awareness of the fetus had a significant relationship with depression during pregnancy. According to the results of this study, groups at risk for depression can be identified for screening.

Although the gender of the fetus was not significantly associated with depression in this study, the high prevalence of depression in pregnant women in our study compared to global studies, is suggestive of further investigations and principal interventions in this field.

References
همراهی جنیت چنین با افسردگی پیش از زایمان

مقدمه

افسردگی چهارمین جدید ممکن است به دیکوکس پس از زایمان پیوسته باشد (1). در مورد ازدواج زن جنین و افسردگی طی پارداری مطالعات محدودی صورت گرفته است (2,3). برای روانی تأثیر جنین بر افسردگی مادر عمومی مانند نگرانی‌های شخصی و فرهنگی، برخورد ناماسب همسر و شرایط فیزیولوژی و هورمونی متفاوت جنین پسر و دختر در میان جانشین‌شده است (4). در مطالعات کشورهای غربی، ارتباط بین افسردگی پس از زایمان دیده نشده اما در مطالعات پس از زایمان نزدیکی کیفیت زندگی و ویژگی‌های نفسی و روانی در افراد با افسردگی پس از زایمان مورد اشاره شده است (5). در افراد با افسردگی پس از زایمان، افرادی که در زمان زایمان مشاهده می‌شوند، در مقایسه با افرادی که در زمان زایمان نرسیده افرادی با افسردگی پس از زایمان بهتر توانایی روانی و فیزیکی داشته اند. این مطالعه دسته‌بندی گروه‌های مربوط به افسردگی پس از زایمان از نظر بررسی تأثیر افسردگی پس از زایمن در سلامتی روانی و سیستمیک دانشکده‌ها گزارش شده است (6,7). افسردگی پس از زایمان ممکن است به خاطر فاکتور ویژه‌ای افسردگی پس از زایمان شایع شود (8). افسردگی پس از زایمان ممکن است به خاطر فاکتور ویژه‌ای افسردگی پس از زایمان شایع شود (8).
مواد و روش‌ها

ابن مطالعه تحلیلی-مقطعی در یک دوره زمانی 2 ماهه (جرد و بیت) بر زبان باردار مراجعه کننده به بیمارستان (زهراء) رشت انجام شد که باید در فرآیند مقایسه بارداری به درمانگاه بیمارستان مراجعه‌کننده به کره و سابقه شناخته‌شده بارداری با درمانگاه مصرف داروهای ضد افسردگی در 6 ماه گذشته اگه‌ای مادر زدن جنسی با استفاده از سونوگرافی در هفته 20-26 داده‌شناخت ایالات به بیمارستان فوقانی، دیابت، فشار خون بالا، بیماری نوبت به عوارض دوران بارداری و مسابقه بحران عروقی. افسردگی مصرف داروهای ضد افسردگی در هفته 20 و در نواحی و واقع در بارداری مصرف داروهای ضد افسردگی یک تولید کننده در فرد در پرکردن بارداری و کام تولد بارداری.

یک پرسشنامه شامل 4 بخش و مطالعه جمع‌یابی، توصیفی، و نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد 21 بارداری به نامی پرسشنامه (Beck) به این پرسشنامه حساس بود که تحت هفته‌های پزشک و حصول اطلاعات از نهایت مانند اطلاعات ورد مطالعه و پرسشنامه به آن‌ها داده شد. پرسشنامه توسط خود یک نظرپردازگان و راهنمایی وی تکمیل شد. بر یکی DSM-IV در افسردگی مادر در حاملگی بیود تاریخ‌گذاری از حمله، مادر با هیپامائیک رخ میدهد. حملات افسردگی یکی 2 در مدت 6 هفته طول کشیده و به طور کلی از تشنج‌های افسردگی مادر باید حداقل 5 فستوز در فستوز مربوط به دیگر ویژگی در ایجاد و وزن، تغییر در خواب و خوابانیدن، نبودن از نظر، احساس گاهی مشکل در فکر و تصور می‌گردد و اشتباه فکری و خودکشی و مرگ را داشته باشد. به طوری که یکی از علل، خلق افسردگی با فقدان دیلی‌نتیجه باشد. در تغییر در کارکرد شده باشد و برای گزارش آنها، از جدول‌های تواری، توصیف، منابع،Chi Square و احراز میزان و برای سن تبنيه نتایج از آزمون استفاده و سطح معنی‌داری 0.05 در نظر گرفته شد. برآورد نسبت شاخص همانی در گروه آمیزون رژیم گروه‌ها بسته به مستقیم بالایی است. گروه بالا از میزان افسردگی استفاده و آنالیز آماری داده‌ها با نرمافزار SPSS انجام شد.

نتایج

در این مطالعه 250 زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراجعه‌کننده به بیمارستان، مراجعه‌کننده به بیمارستان ورودی بر پایه مطالعه کلیه‌نامه در نظر گرفت. تغییر در نرخ حاملگی 0.05NR از اثرات پزشکی افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان (زهراء) بر پایه مطالعه دکتری در (21) با اطلاعات 99 رصد و در نظر گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که افزایش کمتر از 0.05NR تغییر مشاهده می‌گردد.

در مراجعه ورود به مطالعه عبارت بودن از زنان باردار با سن بارداری بالا 20 هفته مراجعه‌کننده در درمانگاه مراجعه کننده.
جدول 1 مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در دوره به گروه با و بدون افسردگی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>مجموع</th>
<th>افسردگی (+)</th>
<th>افسردگی (-)</th>
<th>میانگین ± انحراف معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>26</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>0.5 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>57</td>
<td>34</td>
<td>23</td>
<td>0.7 ± 0.9/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>33</td>
<td>21</td>
<td>12</td>
<td>0.6 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>0.5 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0.5 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>0.6 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>15</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>0.5 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>0.6 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td>15</td>
<td>8</td>
<td>0.6 ± 0.8/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>17</td>
<td>12</td>
<td>5</td>
<td>0.6 ± 0.8/</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2 مقایسه توزیع فراوانی افسردگی در دوران بارداری بر حسب متغیرهای فردی و اجتماعی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>Tعداد جمع (ن=276)</th>
<th>Tعداد افسردگی (+)</th>
<th>Tعداد افسردگی (-)</th>
<th>میانگین ± انحراف معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>246</td>
<td>233</td>
<td>43</td>
<td>0.86 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>28</td>
<td>21</td>
<td>7</td>
<td>0.75 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>56</td>
<td>44</td>
<td>12</td>
<td>0.63 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>128</td>
<td>117</td>
<td>11</td>
<td>0.41 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>33</td>
<td>3</td>
<td>0.63 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>21</td>
<td>18</td>
<td>3</td>
<td>0.86 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
<td>0.86 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0.86 ± 0.03/</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>0.86 ± 0.03/</td>
</tr>
</tbody>
</table>

رضايت چندی افسردگی

رضايت چندی افسردگی که با افسردگی بارداری تداخل دارد، تأثیر گروهی بودن، بهبود دسترسی افسردگی دوران بارداری و افسردگی که خواص بارداری به وجود آمده و از زندگی زنادی بیشتر دسترسی افسردگی دوران بارداری
در جدول ۴، توزیع فراوانی افسردگی در دوران بارداری بر حسب تعداد بارداری‌های بیلی و جنس جنین

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس جنین</th>
<th>تعداد بارداری قبیل</th>
<th>افرادی (+)</th>
<th>افرادی (-)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پسر</td>
<td>۱۳۴ (۷۷/۸)</td>
<td>۸۴ (۴۷/۸)</td>
<td>۴۰ (۲۴/۸)</td>
</tr>
<tr>
<td>دختر</td>
<td>۱۴۸ (۸۷/۵)</td>
<td>۹۸ (۵۷/۸)</td>
<td>۴۰ (۲۴/۸)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در جدول ۵، توزیع فراوانی افسردگی در دوران بارداری بر حسب تعداد بارداری قبیل و جنس جنین

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس جنین</th>
<th>تعداد بارداری قبیل</th>
<th>افرادی (+)</th>
<th>افرادی (-)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پسر</td>
<td>۱۴۹ (۸۹/۵)</td>
<td>۹۹ (۵۹/۶)</td>
<td>۴۰ (۲۴/۸)</td>
</tr>
<tr>
<td>دختر</td>
<td>۱۴۹ (۸۹/۵)</td>
<td>۹۹ (۵۹/۶)</td>
<td>۴۰ (۲۴/۸)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در برسی عوامل مرتبط با افسردگی دوران بارداری در منوهای پژوهش از مدل‌های چندگانه لوجستیک استفاده شد که در این برسی منجر به اصلی‌تر بودن پژوهش به همراف

همه منشأهایی که در آنالیز تک منهایی بسیار ۲۰/۱۸

در مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان/دوره ۲۸ شماره ۳ (بهار ۱۳۹۹) مهر ۱۳۹۸
بر اساس اطلاعات این جدول، وضعیت اشتغال مادر تعداد فرزندان، همان بودن جنس جنین، مدت آگاهی از جنس جنین، سابقه خانوادگی افسردگی، رخداد استرسزا و رضایت جنین، در این پرسی سالیانه خانوادگی افسردگی تیز با افسردگی بداری مرتبط می‌باشد. (CI: 0/51-0/56) (OR: 1/0) (p=0/005). عامل مرتبط دیگر وقوع حادثه استرسزا بود (=p=0/41) و از بین رخدادهای بررسی شده، تغییر محیط زندگی و ابتنای به بیماری ساخت در دو هفته اخیر معدن دار بودن، به طوری که در نمونه‌های دو مرد پژوهش افرادی که محل زندگی شان تغییر کرده بود نسبت به افرادی که هیچ حادثه‌ای پیش آمده بوده، ریسک بالاتری برای افسردگی داشتند (CI: 0/49-1/14) (p=0/005). (CI: 0/63-0/73) و در صورت ابتلا به بیماری ساخت نیز ریسک افسردگی افزایش یافته (CI: 0/35-0/5). (CI: 0/51-0/56) (OR: 1/0) (p=0/005).

همچنین، اطلاعات این جدول نشان می‌دهد که رضایت از زندگی زنان بر اساس افسردگی بداری مربوط با افسردگی در مدارک بوده است (CI: 0/49-1/14) (p=0/005). به طوری که با افزایش رتبه رضایت مقدار بیشتری شامل می‌شود.

جدول ۴: برآورد ضرایب رگرسیون عوامل مرتبط با افسردگی در دوران بارداری براساس مدل لوجستیک رگرسیون چندگانه به روش Backward LR

<table>
<thead>
<tr>
<th>ضریب رگرسیون (B)</th>
<th>خطای معیار (SE)</th>
<th>OR</th>
<th>SE</th>
<th>CI 95%</th>
<th>OR 95% CI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خانواده بودن</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد فرزندان</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>همان بودن جنس جنین</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت آگاهی از جنس جنین</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه خانوادگی افسردگی</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>رخداد استرسزا</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>تغییر ساخت</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>رضایت از زندگی زنان</td>
<td>1/008</td>
<td>0/551</td>
<td>0/0/98</td>
<td>0/534</td>
<td>0/56-0/55</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ویژه سنجین نسبت به فرزند قابلیت حادثه استرس را خیلی
ایده ارتباط افسردرگی با متغیر ناخوش‌نامه‌ی از جنس اینن، از گزارش‌های بر ارتباط جنس اینن و افسردرگی پس از زایمان پژوهش (28). ولی در مطالعه‌ی مربوط به ارتباط جنس اینن با افسردرگی به معنی در نمی‌تواند.

در مطالعه‌ای برگرفته از دوبلیه‌نامه‌ی افسردرگی و وضعیت اشغال مادر، تعداد فرزندان، سابقه خانواده‌ای افسردرگی، رضایت از همسر و موقعیت حادثه‌ای در ۲ ماه اخیر، ارتباط معنی‌دار بردن آماده و قیمت واقعی افتاده و سن پس از زایمان افسردرگی اربتاط معنی‌داری به دست نیامده که مشابه مطالعه‌ی مدیریت زمانی (21) بود.

در پژوهش حاضر در آنالیز تک متغیره، بارداری ناخوانسته با افسردرگی اربتاط داشته اما از آنالیز رگرسیون نشان داده شد که بارداری ناحیه‌ای آشکارا افسردرگی اق‌ناداشته و با وابستگی متغیرهای دیگر است که بر افسردرگی اثر گذاشته می‌باشد.

در مطالعه‌ی برتري دادن فرزند پسر در بارداری اول وجود نداشته ولی در زنان دارای فرزند دختر، این ترکیج وجود نداشت و با اضطراب در بارداری مرتبط بوده است در حالی که ترکیج جنس پسر توسط خانواده با افسردرگی در بارداری اربتاط دارد (16).

در چنین مطالعاتی با عنوان تاثیر ترکیج جنس پسر بر افسردرگی بر بارداری انجام شده است. ترکیج فرزند پسر در ببارداری از فردینگرها در ببارداری و در شرق آسیا و آفریقا وجود دارد. به عنوان نمونه در هند، پاکستان، مصر، چین ترکیج فرزند پسر وجود دارد (18 و 32).

در نگلاش قسمت از زنان آسیایی ساکن انگلستان، ترکیج جنس پسر توسط مادر با افسردرگی بر اربتاط نداشت اما ترکیج جنس پسر توسط خانواده با افسردرگی بارداری مرتبط بوده است (21).

در مطالعه‌ها در مراتب انتقادات مادران درای جنس پسر در مقایسه با مادران با جنس دختر تفاوتی وجود نداشت اما در گروه با جنس پسر میزان افسردرگی در سه ماه سوم کمی بیشتر بود (20 و 21). در هند میزان مقیس در جنس دختر بیشتر است و اربتاط تولد نوزاد دختر در خانواده‌هایی که متعالی به فرزند پسر دارند با افسردرگی پس از زایمان (21)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، شیوع افسردرگی و عوامل مرتبط با آن در بارداری در جمعیت زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های سراسر کشور به‌دست آمده است. افسر در بارداری در مطالعه‌ی گزارش شده (32 و از آمار کشورهای توصیه یافته (15-33 درصد) و کشورهای در حال توسعه (25-26 درصد) بالاتر بوده است (24). علت اختلاف در شیوع افسردرگی تفاوت در دریافت‌های اجتماعی و مکانی در جمعیت‌ها، روش مطالعه و سن حاملگی است. بارداری در مطالعه‌ی زنان با سن حاملگی ۲ هفته و بالاتر و Alvarado در مطالعه‌ی زنان با سن حاملگی ۲ هفته و بالاتر و نیز زنان با سابقه افسردرگی بردن سیستم بر (33) با وجودی که زنان با سابقه افسردرگی وارد مطالعه مانندیند شدند، شیوع افسردرگی در مطالعه‌ی ما بیشتر پدید آمده (27-28 درصد در بارداری و 20-27 درصد).

شیوع افسردرگی بارداری در لاتین‌ها ( 32 درصد) در مکزیکی‌ها (33 درصد) در مکزیک و (32 درصد) در جمعیت زنان استرالیای ماساچوست غربی (27) گزارش شده است که همگی از آمار مطالعه‌ی ما بیشتر است. ابزارهای متعددی برای غربالی افسردرگی بارداری وجود دارد، شاید استفاده از متغیرهای متغیرات سنجش افسردرگی در مطالعات، نتایج را متغیرات نموده باند.

بارداری برنامه‌ریزی نشده به عنوان مهم‌ترین متغیر در ایجاد بارداری شدید بریتانی و افسردرگی طی بارداری شاخته شدند. (28) در مطالعه‌ی م سابقه خانوادگی افسردرگی بر افسردرگی با افسردرگی بارداری مرتبط بود. در پی متأمثیر از 5 مطالعه در بررسی ریسک عوامل افسردرگی پیش از زایمان، سابقه افسردرگی در آنالیز دو متغیر با افسردرگی بارداری مرتبط بود (29). نتیجه در مطالعه‌ی Alvarado این متغیر با افسردرگی پروندهایی با آنالیزهای دو متغیره و چند متغیره اربتاط

داستان(13).
گزارش افسردگی مادرانی که از فرزند درخواست می‌کنند و یا تجربه شدند، توسط یک فشار انتقادی به عنوان یک واحد انتقادی در نظر گرفته می‌شود. در تحقیق نیز تولید نویز دختر با افسردگی پس از زایمان مرتبط بوده و علت اهمیت پسر در انتقاد خواندن است که به عنوان پسر و افسردگی روش‌های است، افرود بر آن پسرها را تجربه می‌کرد، در کارکشواری انتقاد، افرود بر آن پسرها به عنوان بدن نیرو معنی انتقادی در نظر گرفته می‌شوند(14). اما در کشورهای غربی و فرانسه اروپا این انتقال بعد از دادن در بدل تنشی ارتباط دو جنس در این کشورها، زنان غربی دلیل برای تولد فرزند دختر انتقال ندارند. در بک متن‌الزیز بر روی 18 مطالعه در و در فرزند پسر به کاهش چشمگیری در چگونگی احساس مادر و افسردگی پس از زایمان مربوط بوده است. در این مطالعه مادران بر اساس بیان، نمی‌توانند به درستی فرزند پسر خود را تبیین کنند که شاید دلیل این نگرش، در نتیجه پدر و مادر در تربیت بیماران بوده باشد. انتقال مادر با فرزند پسر به کمیت انتقال و با مشترک و ارزشی افرا مرکز در زندگی وی نیز به استاد اینکه شاید این باور وجود دارد که پسرها