

产后抑郁症在产妇中的发病情况及相关影响因素分析

徐素君, 陈敏, 陈立新, 叶菁华, 李雅

温州市中医院妇产科, 浙江温州 325000

【摘要】目的: 了解产妇抑郁症的发病情况和导致抑郁的原因, 为防治提供有价值的参考。

方法: 采用自行设计的产妇一般情况调查表和爱丁堡产后抑郁症自测 (EPDS) 量表对

2011年1月-2012年12月温州市中医院产科分娩后2-6周的827例产妇进行调查, 统计产后抑

郁症 (PPD) 的发病率, 应用单因素和多因素回归分析, 找出产后抑郁症的相关影响因素。结

果: 本次调查827例产妇, 有效问卷812份, EPDS 评分 ≥ 13 分149例, 抑郁的发生率为18.35%,

PPD 在不同年龄人群中的发病率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本科及以上人群中的发

病率略低于其它两组, 但差异无显著性 ($P>0.05$)。家庭经济状况、分娩不顺利、新生儿

不健康合并畸形、产妇对新生儿性别期望不一致、家庭关系差、夫妻关系差、孕期未参加

保健、家庭结构和性格等均是PPD发病的影响因素 ($P<0.05$); 多因素Logistic回归分析显

示, 新生儿性别期望不一致、新生儿健康状况不佳、家庭经济条件可、家庭关系差、夫妻

关系差是PPD发病的影响因素, 进行孕期保健是PPD发病的保护因素。**结论:** 产后抑郁症在

产妇中的发病率较高。导致产后抑郁症的原因是多因素共同作用的结果。要降低产后抑郁

症的发生率须针对影响因素, 实行孕期一级预防和产后二级防治相结合, 即做好孕期心理

保健和完善产后访视筛查, 早发现早干预。

【关键词】 产后抑郁症; 发病率; 影响因素; 分析

产后抑郁症 (PPD) 是指在产褥期出现的一系列焦虑、不安、抑郁、失眠、易激惹等异常情绪, 抑郁严重的产妇还会出现幻觉或自杀等精神障碍^[1], 多发生于产后2-6周。近年来

随着医疗模式的改变, 我国对产后抑郁症的研究逐渐增加, 各地报道的发病率从6.5%-

43.12%不等^[2-4]。本地区至今为止尚无产后抑郁症的调查资料, 因此本研究调查了2014年

1月-2014年12月我院产科分娩后2-6周的827例产妇, 以了解本地产后抑郁症的发病情况及

影响因素, 为制定有效的干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

基金项目: 温州市鹿城区科技局项目: S11109

作者简介: 徐素君, 女, 主治医师,籍贯: 浙江, 大学本科, 研究方向: 妇产科, 通讯地

址: 温州市十七中路 31 弄 1 号 邮编: 325000

2011 年 1 月-2012 年 12 月温州市中医院产科分娩后 2-6 周的 827 例产妇，年龄 20-42 岁，其中初产妇 615 例，经产妇 212 例，具有一定的沟通和读写能力，文化程度初中及以上并愿意配合调查的产妇；排除产前精神和神经障碍产妇。

1.2 调查方法

运用本院自行设计的产妇一般情况调查表和爱丁堡产后抑郁症自测（EPDS）量表对产妇的一般情况和抑郁情况进行调查。调查方式为产后 2-6 周，调查前详细介绍调查表和量表内容及填写方法，产妇基本情况包括年龄、职业、婚姻状况、文化程度、新生儿性别期望及新生儿性别、家庭关系、喂养方式等由产妇填写；妊娠、分娩方式及产科情况等以住院病历和围产保健手册为准；EPDS 量表共 10 个项目，总分 30 分， ≥ 13 分为产后抑郁抑郁，评分越高表示抑郁程度越严重^[5]。

1.3 统计学方法

应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析，计数资料采用 χ^2 检验，多因素采用 Logistic 回归分析，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 PPD 发病情况

本次调查 827 例产妇，有效问卷 812 份，EPDS 评分 ≥ 13 分 149 例，抑郁的发生率为 18.35%，分析分年龄和分文化程度抑郁发生情况显示，PPD 在不同年龄人群中的发病率比较差异无显著性 ($\chi^2=0.33$, $P>0.05$)。本科及以上人群中的发病率略低于其它两组，但差异无显著性 ($\chi^2=1.77$, $P>0.05$)。详见表 1、表 2

表 1 分年龄段 PPD 发病情况统计[%]

年龄	例数 (n)	非抑郁 (n)	抑郁 (n)	抑郁发生率
≤ 25 岁	361	296	65	18.01
26-30 岁	194	160	34	17.53
31-35 岁	175	141	34	19.43
≥ 36 岁	82	66	16	19.51
合计	812	663	149	18.35

表 2 不同文化程度 PPD 发病情况统计[%]

文化程度	例数 (n)	非抑郁 (n)	抑郁 (n)	抑郁发生率
------	--------	---------	--------	-------

高中及以下	203	164	39	19.21
大中专	417	336	81	19.42
本科及以上	192	163	29	15.10
合计	812	663	149	18.36

2. 2PPD 发病相关影响因素分析

单因素分析显示，家庭经济状况、分娩不顺利、新生儿不健康合并畸形、产妇对新生儿性别期望不一致、家庭关系差、夫妻关系差、孕期未参加保健、家庭结构和性格等均是 PPD 发病的影响因素 ($P<0.05$)；多因素 Logistic 回归分析显示，新生儿性别期望不一致、新生儿健康状况不佳、家庭经济条件可、家庭关系差、夫妻关系差是 PPD 发病的影响因素，进行孕期保健是 PPD 发病的保护因素。详见表 3、表 4

表 3 PPD 发病相关影响因素分析 [例，%]

影响因素	非抑郁组 (n=663)	抑郁组 (n=149)	χ^2	P
家庭经济状况			33.98	<0.05
好	72 (10.86)	17 (11.41)		
可	409 (61.69)	124 (83.22)		
差	182 (27.45)	8 (5.36)		
分娩方式			0.28	>0.05
自然分娩	416 (62.75)	90 (60.41)		
剖宫产	247 (37.25)	59 (39.58)		
分娩过程			21.15	<0.05
顺利	580 (87.48)	108 (72.48)		
不顺利	83 (12.52)	41 (27.52)		
新生儿状况			46.91	<0.05
健康	632 (95.32)	120 (80.54)		
不健康	29 (4.37)	21 (14.09)		
有畸形	2 (0.30)	8 (5.37)		
产妇对新生儿性别期望一致	463 (69.83)	72 (48.32)	25.05	<0.05

家庭关系			69.34	<0.05
好	119(17.95)	17 (11.41)		
差	27(4.07)	36 (24.16)		
其它	517(77.98)	96 (64.43)		
夫妻关系			59.38	<0.05
好	229 (34.54)	12 (8.05)		
可	387 (58.37)	104 (69.80)		
差	47 (7.09)	33 (22.15)		
孕期保健			141.48	<0.05
有	486 (73.30)	32 (21.48)		
无	177 (26.70)	117 (78.52)		
家庭结构			66.05	<0.05
夫妻小家庭	271 (40.87)	29(19.46)		
与父母同住	53(7.99)	36(24.16)		
与公婆同住	298(44.95)	57 (38.26)		
大家庭	41(6.18)	27 (18.12)		
产妇性格			27.40	<0.05
内向	587 (88.54)	107 (71.81)		
外向	76 (11.46)	42 (28.19)		

表4 PPD发病多因素Logistic回归分析

因素	Logistic回归系 数值	标准差	P值	OR值
新生儿性别期望 不一致	3.408	0.438	0.036	30.205
新生儿健康状况 不佳	1.624	0.271	0.022	5.073
家庭经济条件可	2.014	0.152	0.009	7.493
家庭关系差	1.001	0.364	0.007	2.721
夫妻关系差	2.026	0.161	0.000	7.584

进行孕期保健	-3. 028	0. 137	0. 0342	0. 048
--------	---------	--------	---------	--------

3 讨论

PPD 最早由 Pitt 于上世纪六十年代提出,属于神经性抑郁症^[6]。PPD 轻则可致产妇应对能力降低,自信心和自尊心下降,影响家庭和睦,重则会发生自杀、伤害新生儿等举动,不仅危害产妇身心健康,而且对新生儿的生长发育造成消极的影响。国外对 PPD 的研究起步较早,Robertson E 等研究发现,PPD 的发生与遗传因素有关,有精神病家庭史或家庭抑郁症遗传史的产妇,PPD 的发生率明显高于正常人群^[7]。相关研究还显示,PPD 的发生与血中孕激素、雌激素、多巴胺、5-羟色胺水平及产科因素有关,同时产妇的性格特征、经济情况、家庭关系等均可导致 PPD 发生^[8-10]。

目前对于 PPD 的诊断尚无统一的标准。本研究采用爱丁堡产后抑郁症自测量表对产后 2-6 周的产妇进行产后抑郁症的筛查,结果显示 EPDS 评分 ≥ 13 分 149 例,抑郁的发生率为 18.35%,与国内 PPD 的发病率基本相同。分析影响因素,PPD 在不同年龄人群中的发病率比较差异无显著性,文化程度较高的产妇发病率略低于其它组,但差异无显著性。家庭经济状况、分娩不顺利、新生儿不健康合并畸形、产妇对新生儿性别期望不一致、家庭关系差、夫妻关系差、孕期未参加保健、家庭结构和性格等均是 PPD 发病的影响因素。多因素分析显示新生儿性别期望不一致、新生儿健康状况不佳、家庭经济条件可、家庭关系差、夫妻关系差是 PPD 发病的影响因素,进行孕期保健是 PPD 发病的保护因素。

随着社会的进步,大多数人对于婴儿性别的关注度已明显降低,但受我国传统思想的影响,传宗接代的观念仍对部分人群有着很大的影响,本研究多因素回归分析显示新生儿性别期望不一致是产妇产后抑郁的主要影响因素之一,说明这部分产妇在产后得不到家人和丈夫应有的关心和爱护,心理上逐渐产生自卑和失落感,导致情绪低落。在统计调查结果时发现并不是生女儿的产妇有失落和自卑感,部分已有一男孩的家庭,第二胎仍是男婴时产妇也有较大的心理落差,再加之家人的态度,更加重了产妇的心理负担容易发生产后抑郁;新生儿健康状况不佳对产妇心理的影响是巨大的,调查显示,分娩是对女性生理和心理的巨大挑战,健康的新生儿无疑使产妇感到自豪和满足,而不健康甚至畸形新生儿的出生会导致产妇出现焦虑、沮丧等负性情绪^[11],同时婴儿不健康还会加重家庭的经济负担,再加重产妇心理负担,从而增加了产后抑郁的发生率;家庭经济状况是产后抑郁症的重要影响因素之一。本研究结果显著家庭经济状况可的产妇更容易发生 PPD。分析原因可能是家庭经济状况好和可的产妇对于产后的条件和照顾有更高的期望值,经济状况好的家庭基

本可满足，而经济条件可的产妇当期望值过高得不到满足时容易发生产后抑郁。而经济状况差的产妇由于期望值不高，容易满足，产后抑郁的发生率不高。家庭关系差、夫妻关系差的产妇是产后抑郁的高发人群，与家庭成员关系紧张，使产妇不得不到应有的关心和支持，心理压力得不到缓解容易发生产后抑郁症。

产后抑郁症后的发生不仅影响产妇的心理，对其生理功能造成不同程度的影响，表现在泌乳量减少，产后出血量增加等，同时对新生儿也会造成不良的影响，表现为趋避性、注意分散度、反应强度等，对其情绪、行为、认知、情感的发展均有负面影响^[12]，鉴于目前我国产后抑郁的发病率较高，因此应采取有效的措施加以预防。本研究多因素回归分析显示，进行孕期保健是 PPD 发病的保护因素，通过孕期保健和宣传对孕妇和家属开展相关的健康教育，有助于树立正确的生育观，实行优生优育，提高孕妇和新生儿的健康水平；同时可促进家庭成员的相互支持，减少产后抑郁症的发生率。所以笔者认为孕期做好 PPD 的一级预防是降低发病率的重要措施，同时产后进行 PPD 筛查，做好二级防治工作，争取早发现早干预，保护母子的身心健康。

参考文献

- [1]李荣萍,单晋平,石英等.产后抑郁症发病情况及相关因素分析[J].中国妇幼保健,2006,21(4):463-465.
- [2]王文革,毕丽民,牛静等.产后抑郁症发病情况社会因素的调查分析[J].武警医学,2009,20(5):411-413.
- [3]王爱华,刘丽,王蕊等.干预措施对产后抑郁症的预防效果研究[J].山东医药,2011,51(12):91-92.
- [4]杨梅,白满,曾三梅等.产后抑郁症调查及对策[J].现代临床护理,2008,7(3):1-3,13.
- [5]王竹珍,姜蕾,邱丽蓉等.产后抑郁症发生率及相关因素分析[J].中国妇幼保健,2009,24(7):894-897.
- [6]翟桂荣,闫瑰娟,方明珠等.产后抑郁症产科相关因素分析及防治[J].中国妇幼保健,2007,22(19):2621-2623.
- [7]艾维颖,高山凤,阚秀莲等.产前产后持续心理干预对产后抑郁症发病率的影响[J].中国医药,2011,06(2):214-215.
- [8]沙莉,夏春香.慢性 HBV 感染产妇产后抑郁症发生率调查与原因分析[J].中国妇幼保健,2011,26(33):5201-5203.
- [9]谢日华,何国平,罗阳等.产后抑郁症及其社会心理因素的相关性研究[J].解放军护理杂志,

2005, 22(11):25-28.

[10]傅炜, 傅中莲. 产褥期抑郁症发病情况及影响因素调查[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(6):1509-1510.

[11]朱华, 王凯, 李丽红等. 深圳市 351 例产后抑郁问卷调查相关因素分析[J]. 实用预防医学, 2011, 18(4):629-631.

[12]罗辉. 产后抑郁及其相关心理社会因素调查[J]. 现代预防医学, 2012, 39(2):325-327.