

# 初产妇产后抑郁发病情况调查及影响因素分析

朱珍玲<sup>1</sup> 吕 冬<sup>1</sup> 肖曙辉<sup>1</sup> 段永红<sup>1</sup> 夏梅花<sup>2</sup>

(1. 邵阳医专附属医院 湖南邵阳 422000; 2. 邵阳市中心路街道社区卫生服务中心)

**【摘要】目的:** 调查初产妇产后抑郁发病情况, 分析其影响因素。**方法:** 选取本地区中心路街道社区卫生服务中心接受产后保健服务的 562 例初产妇为研究对象, 进行一般资料收集和爱丁堡产后抑郁量表(EPDS) 问卷调查。**结果:** 562 例初产妇中, 147 例诊断为产后抑郁, 发生率为 26.2%。其中低龄或高龄、内向型性格、意外妊娠、剖宫产、产后无人照顾、家庭关系不和谐的初产妇产后抑郁发生率高, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 初产妇产后抑郁与生理、心理、社会等各方面因素有关, 临床医务工作者应积极评估, 加强初产妇卫生保健。

**【关键词】** 初产妇; 产后抑郁; 卫生保健; 发病情况

中图分类号: R473.71 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2015.20.024 文章编号: 1006-7256(2015)20-0053-03

产后期通常被认为是一种充满压力的母亲角色适应期, 甚至是一种危机, 因此成为抑郁的高发期<sup>[1]</sup>。面对分娩、育儿这一重大生活事件, 初产妇缺乏经验, 产生的应激更为强烈, 较经产妇更容易出现产后抑郁<sup>[2]</sup>。因此, 关注初产妇产后抑郁相关问题及防治已经成为围生医学和精神卫生学研究的重要内容。为了了解本地区初产妇产后抑郁的发病情况及影响因素, 以针对实际情况进行有效干预, 2013 年 1 月~2014 年 1 月, 我们在本地区中心路街道社区卫生服务中心开展调查研究, 取得满意效果。现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 选择 2013 年 1 月~2014 年 1 月在本地区中心路街道社区卫生服务中心接受产后保健服务的 562 例初产妇为研究对象。纳入标准: ①初次怀孕分娩; ②分娩出单胎活婴; ③自愿参加本研究并签订知情同意书; 排除标准: ①以往有严重躯体疾病史或精神病史; ②有产后出血、子痫等严重妊娠合并症或分娩并发症; ③婴儿有心脏病等严重疾病或发育障碍。

## 1.2 方法

**1.2.1 抽样方法** 采用整群抽样方法, 对所有符合入组标准不符合排除标准的初产妇问卷调查。

**1.2.2 评价工具** ①自制一般情况调查问卷: 内容包括年龄、文化程度、职业、怀孕形式、分娩方式、喂养方式、居住条件、新生儿性别、产后照顾、家庭关系等人口学资料、产科情况及社会学等 10 项资料。②爱丁堡产后抑郁(EPDS)量表: 共有 10 个条目, 按 0~3 分进行 4 级评分。此表由英国 Cox 等<sup>[3]</sup>于 1978 年编制并于 1987 年重新修改, 我国彭涛等将其翻译成中文版, 是目前我国产后抑郁研究中较多采用的量表。1998 年香港中文大学 Lee 等<sup>[4]</sup>对该表进行修订, 认为以 EPDS 9/10 界值要明显优于 12/13 界值, 理由是后者会导致较高的假阴

性率。本研究采用 EPDS $\geq 10$  分作为筛查产后抑郁的诊断标准。

**1.2.3 研究方法** 由两名已经培训、评定一致率达到 92% 的研究者对研究对象实施测评。测评时间: 产后 1 个月, 研究者上门进行第一次资料收集, 完成一般问卷和 EPDS 调查问卷, 并强调产后第 3 个月及第 6 个月调查对象务必亲自带孩子来预防接种; 产后第 3 个月及第 6 个月, 在产妇带婴儿来中心免疫接种时进行第 2 次和第 3 次资料收集, 每次均完成一般问卷后五项和 EPDS 调查问卷, 对特殊原因不能来中心的产妇, 由研究者上门收集资料。研究者采用统一指导语, 对问卷及量表详细介绍, 使产妇能正确理解, 并在规定时间内完成当场收回。第 1 次收集到完整资料 591 份, 第 2 次为 574 份、流失率 2.9%, 第 3 次为 562 份、流失率 2.1%。流失原因主要为产妇搬迁至外地。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS13.0 软件建立数据库并进行分析。组间行 $\chi^2$  检验, 影响因素分析采用 Logistic 回归分析。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 产后抑郁发生情况** 参与调查的 562 例初产妇中, 有 147 例 EPDS $\geq 10$  分, 诊断为产后抑郁。初产妇产后抑郁发生率为 26.2%。

**2.2 抑郁与非抑郁初产妇一般资料比较** 见表 1。

**2.3 多因素 Logistic 回归分析** 将表中有统计学意义的因素进行 Logistic 回归分析。结果表明: 低龄或高龄、内向型性格、意外怀孕、剖宫产、产后无人照顾、家庭不和谐为初产妇产后抑郁的发病因素。见表 2。

## 3 讨论

分娩本身对产妇来讲是一种伴随不安的期待, 伴随着新生儿的降临, 面临角色转换问题, 易产生冲突和适应不良<sup>[5]</sup>。本次研究对象为初产妇, 产后缺乏育儿及自我护理知识经验, 对初为人母的角色缺乏认同, 较经产妇更容易发生产后抑郁。本研究中初产妇产后抑郁发生率明显高于国内研究报道的发

[基金项目] 湖南省教育厅 2011 年度湖南省高校科研项目(编号: 11C1161)。

表 1 抑郁与非抑郁初产妇一般资料比较(例)

项目	抑郁 (n=147)	非抑郁 (n=415)	$\chi^2$ 值	P 值
年龄(岁)			9.37	<0.01
<20	26	57		
20~35	83	292		
>35	38	66		
文化程度			1.58	>0.05
小学	33	75		
中学	61	177		
大学及以上	53	163		
职业			0.87	>0.05
公务员、事业单位职工	52	155		
工人或私企员工	57	171		
无职业者	38	89		
性格类型			14.07	<0.05
内向型	59	117		
外向型	88	298		
怀孕形式			12.61	<0.05
预期怀孕	94	329		
意外怀孕	53	86		
分娩方式			5.05	<0.05
顺产	96	311		
剖宫产	51	104		
新生儿性别是否与期望相符			2.77	>0.05
是	70	231		
否	77	184		
产后喂养方式			2.08	>0.05
母乳	79	252		
代乳	68	163		
居住条件			5.38	<0.05
满意	104	334		
不满意	43	81		
产后是否有人照顾			3.93	<0.05
是	83	273		
否	64	142		
家庭关系			21.74	<0.05
和谐	91	342		
不和谐	56	73		

表 2 多因素 Logistic 回归分析

影响因素	B 值	SE 值	Wald 值	P 值	OR 值	95% CI 值
年龄	0.569	0.287	8.386	0.023	1.684	0.931~2.683
性格类型	-1.649	0.488	11.029	0.004	2.611	1.004~6.801
怀孕形式	-0.791	0.296	4.993	0.024	0.752	0.507~2.116
分娩方式	0.691	0.304	5.208	0.022	1.997	1.103~3.625
产后照顾	-2.764	1.112	6.289	0.013	1.526	0.962~3.246
居住条件	-0.559	0.403	2.001	0.161	0.564	0.154~3.019
家庭关系	-0.287	0.091	10.986	0.008	1.432	0.789~3.953

病率<sup>[6]</sup>。这可能与本研究选择的 EPDS 分界值有关。目前多数研究选用 12/13 作为分界值,但已有来自国内外研究资料显示,12/13 分界值显得较高,许多情况下适合流行病调查使用。EPDS 9/10 界值与实际 DSM-Ⅲ-R 诊断一致性最高,是一个较为理想的分界值。而 Cox 等<sup>[3]</sup>在研究中指出:13 分适合筛查严重抑郁症,10 分更适合筛查轻度或中度抑郁症。

本次研究结果显示,初产妇产后抑郁与多种因素有关,涉及生物、心理、社会等多方面因素。一般资料中,低龄或高龄、内向型性格的初产妇抑郁发生率较高,差异有统计学意义( $P <$

0.05);而不同学历、职业不同的初产妇抑郁发生情况差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。低龄产妇尤其是青少年妊娠,产妇本身心智尚未完全成熟,对怀孕、分娩的额外负担承受能力差,加上女性在怀孕和产后均有不同程度的“心理退化”现象,行为变得更加原始和具有孩子气,处于不安和脆弱阶段;高龄产妇因为在孕期已属于高危人群,身体条件差,产后恢复慢,育儿精力下降,心理上易形成压力,均增加了产后抑郁的易感性;而内向型性格的产妇遇到不良刺激易产生紧张、害怕、固执、担忧等个性特征,出现个体焦虑而又不会找人倾诉,在一段时间内难以排遣,抑郁症发生率高<sup>[7]</sup>。产科因素中,意外妊娠、剖宫产的初产妇抑郁症发生率高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而是否陪伴分娩、喂养方式不同的初产妇抑郁发生情况差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。意外妊娠的妇女在经济或夫妻感情不利于受孕的情况下,对怀孕和新生儿降临缺乏准备,使整个孕期处于紧张状态,情绪波动严重,新生儿降临完全打乱了个人生活和事业计划,产后抑郁症发生率高<sup>[8]</sup>;而剖宫产手术分娩对于初产妇本身是一个应激,对新生儿安全和自身切口疼痛以及术后并发症的紧张、担忧,造成产妇焦虑、抑郁等负面情绪,导致产后抑郁发生率高<sup>[9]</sup>。社会因素中,产后无人照顾、家庭关系不和谐的产妇抑郁发生率高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而新生儿性别与期望值是否相符的初产妇抑郁发生情况差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。产妇在产褥期如果无人照顾,既要恢复身体,又要照顾婴儿,使身心憔悴,产生压力,导致抑郁的发生;夫妻关系、与公婆关系不和谐的产妇得不到充分的情感和物质支持,影响产妇心理和生理调适,不能对产褥期的紧张、压力起到很好的缓冲作用,使产妇处于不良情绪体验中,都会促使抑郁的发生。

综上所述,初产妇的年龄、性格、怀孕形式、分娩方式、产后照顾、家庭关系均为产后抑郁发生的影响因素,应引起医务工作者和产妇家属、社会的重视。临床医务工作者应该积极评估初产妇的生理、心理和社会状况,针对初产妇产后抑郁的相关因素,给予健康教育和心理支持、指导,加强初产妇的卫生保健,降低初产妇产后抑郁发生率,减轻对母婴、家庭和社会的影响。

#### 参考文献

- [1] 陆虹,郑修霞.初产妇社会支持与产后抑郁的关系的探讨[J].中华护理杂志,2001,36(10):731-733.
- [2] 刘俊.护理干预对初产妇产后抑郁症的影响[J].中华护理杂志,2011,46(4):171-173.
- [3] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression Scale [J]. British Journal of Psychiatry, 1987, (150): 782-786.
- [4] Lee DT, Yip SK, Chiu HFK, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women [J]. British Journal of Psychiatry, 1988, 172(5): 433-437.
- [5] 胡春菊.护理干预对初产妇产后抑郁症的影响[J].临床合理用药杂志,2012,5(32):85-86.
- [6] 齐玉梅,王生锋.产后抑郁症的病因及护理[J].现代医

药卫生 2005 21(15):1983-1984.

[7] 潘青叶. 产妇产后抑郁症的原因分析及护理干预[J]. 临床护理杂志 2011, 10(10):34-36.

[8] 胡人芳, 李小飞. 初产妇产后抑郁症的原因分析及对策

研究[J]. 医学信息 2012, 18(18):118-119.

[9] 石晓丽. 综合干预对初产妇剖宫产术后心理状态的影响[J]. 中国中医药咨询 2012, 4(2):4.

本文编辑: 刘珊珊 2015-06-08 收稿

## 结核病患者口服抗结核药物依从性调查分析及护理干预

区秀丽, 吴兴柳, 梁仲欢, 区秀琼, 文少霞

(江门市中心医院 广东江门 529030)

**【摘要】目的:** 调查结核病患者口服抗结核药物的依从性, 分析其影响因素, 并探讨有效护理干预措施。**方法:** 选择 117 例住院治疗的结核病患者为研究对象。在患者入院当天采用服药依从性(MMAS)量表、领悟社会支持(PSSS)量表调查结核患者的服药依从性及家庭支持; 对患者进行健康教育及 1 周的服药提醒, 在患者住院第 14 天或出院时再次调查患者的服药依从性。**结果:** 经护理干预后患者依从性提高( $P=0.000$ ); 60~74 岁患者的依从性较其他年龄组高( $P=0.008$ ); 文化程度高的患者比文化程度低的患者依从性高( $P=0.002$ )。**结论:** 健康教育及服药提醒能提高患者依从性。

**【关键词】**肺结核; 服药依从性; 护理干预

中图分类号: R825.2 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2015.20.025 文章编号: 1006-7256(2015)20-0055-02

结核病是慢性传染性疾病, 严格的结核病化疗是治愈结核病的关键, 患者需要接受足量、持续、规律、全程用药, 但由于疗程长、药物不良反应、患者年龄、文化程度、社会状态、家庭支持等多种因素的影响, 患者的服药依从性不高。结核病为我科常见病, 为了进一步了解患者服药情况, 提高患者用药依从性, 2014 年 1~6 月, 我们对 117 例住院治疗的结核患者的服药依从性现状进行调查分析, 并根据患者情况制定相关护理措施, 取得满意效果。现报告如下。

### 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 选择我院 2014 年 1~6 月收治的 117 例住院治疗的结核病患者为研究对象。纳入标准: 自愿参加本调查的结核病患者; 诊断标准按照《中国结核病防治规划实施工作指南》执行; 复治患者; 神志清楚, 能自行服药或经部分协助能自行服药的患者; 年龄 $\geq 18$ 岁。排除标准: 初治患者; 有明显精神病史患者; 病情危急重患者; 聋哑和智力障碍患者; 药物过敏患者; 有严重胃肠道疾病患者; 年龄 $< 18$ 岁; 住院时间 $\leq 7$ d。本研究共纳入 117 例患者, 男 72 例(61.54%)、女 45 例(38.46%), 年龄 18~84(53.79 $\pm$ 19.83)岁; 文化程度: 小学及以下 39 例(33.33%), 中学 66 例(56.41%), 大专及以上 12 例(10.26%)。

**1.2 方法** 在患者入院当天进行服药依从性及家庭支持调查, 然后根据结核病化疗方案、患者依从性给予服药指导, 原则上利福平、异烟肼空腹顿服(服药 1~2 h 后进食早餐), 记录每例患者的服药时间; 如患者无法(如不耐受等)执行空腹顿服, 经医生同意, 指导并协助患者选择服药时间, 并记录在“抗结核治疗口服药卡”, 体现个体化服药需求, 护士根据每一位患者的服药时间, 提前 15 min 提醒患者服药, 并在设定的服药时间后 15 min 检查患者是否已经服药; 一旦患者有一次不

依从, 护士在规定时间内到患者床边并看服到口。监督时间持续 1 周。随后 1 周护士根据患者的服药时间进行评估; 患者出院当天或住院第 14 天再次进行依从性调查。按常规对患者及家属进行药物及疾病相关知识的健康教育及心理护理, 制定患者健康教育流程, 第 1 天健康教育内容为抗结核治疗方案及规范治疗的重要性, 第 2 天教育内容为服药注意事项以及药物不良反应, 第 3 天教育内容包括结核病的相关知识。所有宣教均由责任护士负责, 必要时重复宣教内容。

### 1.3 评价标准

**1.3.1 服药依从性** 参考文献, 采用服药依从性(MMAS)量表调查结核患者的服药依从性, 该量表共 8 个条目, 满分为 8 分, 得分 $< 6$ 分为依从性低、6~7 分为依从性中等、8 分为依从性高<sup>[1]</sup>。该量表从研究者测量依从性目的构建, 仅局限于患者服药依从性的测量, 其条目组成与某特定的疾病或药物的关联性不大, 研究表明具有良好的信度及效度<sup>[1]</sup>。其中, 抗结核药物依从性定义为结核患者在接受治疗的整个过程中遵从医嘱和治疗的程度; 依从率=调查对象依从性高总人数/调查对象总人数 $\times 100\%$ 。

**1.3.2 家庭支持** 采用领悟社会支持(PSSS)量表测定患者领悟到的来自各种社会支持如家庭、朋友等的支持程度。以其中的“家庭内支持”条目评估患者的家庭支持程度。

**1.3.3 服药行为** 参考罗世珍<sup>[2]</sup>设计的“抗结核治疗口服药卡”, 由护士评估并监督患者的服药行为。

**1.3.4 一般资料调查** 调查患者性别、年龄、文化程度、病程、出现药物相关并发症(如过敏反应、消化道反应、肝功能损害、肾功能损害、神经精神系统症状)等一般人口学资料及疾病相关资料。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS13.0 软件统计分析数据。计数