• 调查报告 •

某院部分孕产妇抑郁症、忧虑症发生情况调查及分析

杨唯真

(重庆市第九人民医院保健科 400700)

摘要:目的 为通过心理干预降低孕妇产前及产后焦虑、抑郁发生情况提供理论依据。方法 以该院保健科所辖社区内 256 例孕妇为调查对象,按有无合并症或并发症分为异常组(113 例)和对照组(143 例),于产前、产后分别采用焦虑/抑郁情绪 HAD 量表和爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)进行问卷调查。结果 异常组和对照组产前焦虑和抑郁发生率分别为 35.38%、11.7%、23.87%和 10.47%,两组焦虑和抑郁同期发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。异常组和对照组产后抑郁发生率分别为 25.64%和 8.37%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 产前有合并症或并发症的高危孕妇对生理及环境变化更为敏感,其产前、产后焦虑和抑郁发生率均高;须重视高危孕妇的心理问题并制定个性化干预措施,以降低其产前、产后焦虑、抑郁发生率。

关键词: 孕妇; 抑郁症; 数据分析

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2011.11.032

文献标识码: A

文章编号: 1673-4130(2011)11-1213-02

产前、产后抑郁症是常见的情感性精神障碍性疾病,其中产后抑郁症(postpartum depression, PPD)的发病率达到 13%^[1]。PPD 对产妇身心健康,婴幼儿的情绪、行为、智力和生长发育,以及家庭和谐等均会造成严重影响,是重要的公共卫生问题之一。如果对伴有妊娠合并症或并发症孕妇产期心理卫生的特殊性认识不足,有可能因干预措施缺乏针对性而导致干预无效。本研究通过对 256 例孕妇进行产前及产后问卷调查,分析其产前及产后情绪障碍发生率和相关危险因素,以期为个体化心理干预措施的制定提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院保健科辖区内 4 个社区 2008 年 12 月至 2009 年 12 月怀孕的 256 例孕妇。纳入标准:(1)自愿参加本研究并签署知情同意书;(2)初中以上文化程度;(3)产后在本地居住 3 个月以上;(4)初产孕妇。排除标准:(1)有精神病史者;(2)拒绝合作者。256 例调查对象按有无合并症或并发症分为异常组(113 例)和对照组(143 例);在异常组中,妊娠合并心脏病 2 例、糖尿病 4 例、肝内胆胆汁淤积综合征 5 例、乙型肝炎 28 例、妊娠高血压 20 例、前置胎盘 17 例、双胎 1 例,高龄初产妇 10 例、曾有 2 次及 2 次以上流产者 38 例。对照组年龄 20~33 岁,平均(27±3.01)岁,孕 31~41 周,平均(266±6)d;异常组年龄 23~38 岁,平均(29±3.79)岁,孕 24~42 周,平均(252±5)d。两组年龄及孕周差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 调查问卷 采用综合性医院焦虑/抑郁情绪量表(hospital anxiety and depression scale, HAD 量表)判断调查对象是否存在产前焦虑/抑郁症状^[2]。采用爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)判断调查对象是否存在产后抑郁症状^[3]。

1.2.2 调查方式 采用调查问卷的方式,由经过培训的社区卫生办工作人员在调查对象孕早期(孕 16 周末以前)、孕中期(孕 17~34 周末)、孕晚期(孕 35 周以后)发放 HAD 量表,在调查对象产后第 7 天、第 42 天和 3 个月时发放 EPDS。所有调查问卷由调查对象在听取工作人员的解释后独立填写。

1.2.3 评判标准 (1)产前焦虑、抑郁症状评判标准:HAD 量表 A 值大于或等于 9 分为焦虑情绪,D 值大于或等于 9 分为抑

郁情绪;(2)产后抑郁症状评判标准:EPDS ≥ 13 为产后抑郁,10 $\leq$ EPDS ≤ 12 为抑郁可疑,EPDS ≤ 9 为无抑郁症状。

1.3 统计学处理 采用 χ^2 检验进行率的比较, $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕妇产前焦虑症状发生率比较 对照组和异常组孕妇产前焦虑症状发生率分别为 11.19%(16/143)和 35.40%(40/113),两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组孕妇产前抑郁症状发生率比较 对照组和异常组孕妇产前抑郁症状发生率分别为 11.19%(16/143)和 35.89%(27/113),两组产前抑郁症状发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组孕妇产后抑郁症状发生率比较 对照组和异常组孕妇产后抑郁症状发生率分别为 8.39%(12/143)和 25.66%(29/113),两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

妊娠及分娩是妇女经历的一个特殊生理时期。处于妊娠期的妇女,其体内孕激素、雌激素、皮质醇、甲状腺素水平有不同程度的升高;产妇在分娩后极短时间内,其体内激素水平迅速下降至孕前水平,而雌激素水平下降可导致脑内儿茶酚胺类神经介质合成减少,孕激素水平下降可导致类似于苯二氮类药物突然戒断,均有可能导致抑郁情绪发作^[4]。妊娠可导致孕妇心理状态失衡,产生焦虑、抑郁,其中焦虑是伴随妊娠发生的最常见心理反应,而抑郁是最重要的心理反应^[5]。有研究者认为孕期抑郁是产后抑郁的预测因素^[6-8],张荣莲等^[9]和 Heron 等^[10]则认为孕期焦虑、抑郁都能预测产后抑郁。故针对孕期焦虑、抑郁情绪进行干预应该有积极意义。

孕产妇的负面心理变化对胎儿也是一种不利的因素。孕妇如出现如紧张、敏感、焦虑、恐惧、激动或抑郁等心理症状,可影响子宫血流供应,导致胎儿缺氧或营养不良,造成死胎、早产或胎儿生长迟缓,通过合理的心理安抚或社会支持改善孕妇心理状态可增加胎儿存活率;孕妇在孕期若存在情绪抑郁、焦虑,所生儿童难养型气质发生率显著增高^[11]。产妇的不良心理状态则会影响泌乳,使乳汁减少。因此,正确、及时、有效的心理疏导,有利于保持一个良好的妊娠心态,从而有利于孕妇顺利

生产及产后授乳,有利于胎儿的健康成长。

高危妊娠是指合并有高危因素的妊娠,对孕妇、胎儿、新生儿产生不良影响,影响妊娠结局,导致围生儿死亡率升高^[12]。对于合并症严重的孕妇(如妊娠合并心脏病)出于对自身及胎儿的担心,往往会出现多思少眠、顾虑重重、忧虑不安、紧张疑虑等心理反应,及言语减少、兴趣索然、懊恼丧气等自尊和自信心降低的表现。本调查显示,高危孕妇所焦虑的问题主要包括能否平安渡过怀孕期(80%)、胎儿是否会出现畸形(60%)、能否正常分娩(60%)。在妊娠期间,随着妊娠阶段的不同,孕妇忧虑的焦点也发生变化。在孕初期,孕妇心理处于相对不稳定状态,最担心的是胎儿能否顺利成长。高危妊娠孕妇中的高龄者、习惯性流产者或不易怀孕者,其心理压力更为明显。在孕中期,尤其是在经历不稳定的孕初期后,孕妇除有可能对自身缺乏信心外,对胎儿能否健康成长更为担心,唐氏综合征、染色体异常、先天性异常等胎儿异常是孕妇最为担心的问题,这种心理状态甚至可持续到分娩后。至孕晚期,随着预产期的临近,孕妇开始担心能否顺利分娩,此时无论是分娩方式的选择、产兆的正确辨识、待产的准备与时机、丈夫的陪产态度、胎儿是否能顺利诞生等都可能成为担忧的重点。相对于一般孕妇,高危妊娠孕妇的担心更多,例如妊娠合并乙型肝炎的孕妇,其焦虑源自担心疾病会遗传给胎儿、产后不能母乳喂养、胎儿是否畸形等,长期治疗会加重家庭经济负担,又害怕终止妊娠,种种忧虑使孕妇思想负担加重,产生紧张、焦虑、恐惧等负性心理;此时,孕妇既需要家人更多的关怀照顾,又怕传染给家人,部分孕妇因担心丈夫及家人嫌弃自己或因胎儿不健康给家庭带来不幸,从而产生自卑感和孤独感。对于前置胎盘的孕妇,其心理状态与担心胎儿安危、早产、分娩意外等有关。本研究表明,相较健康妊娠孕妇而言,高危妊娠孕妇产前焦虑和抑郁、产后抑郁的发生率均较高,提示高危妊娠孕妇的心理问题具有特殊性,应予以特别关注;医务工作者需重视高危妊娠孕妇出现的产前焦虑、抑郁,并给予针对性的心理指导和建议,以降低产后抑郁的发生率。这不仅有利于孕产妇的身体健康,也有利于胎儿及幼儿的健康成长。

对于社区护士而言,运用心理护理的技能加强对高危妊娠孕妇的心理支持对于缓解高危孕妇的异常情绪十分重要。首先,要提高高危妊娠孕妇对疾病的认知水平。社区护士应加强相关医学知识的学习,重视并提高对高危妊娠孕妇心理问题和相关并发症或合并症的认识,以便针对不同高危妊娠孕妇进行科学、合理的解释和必要的指导。如对妊娠合并乙型肝炎的孕妇,应讲述相关疾病基础知识及与妊娠、分娩相关的预防措施,增加其安全感;告知不宜采取母乳喂养的原因,并教授人工喂养的常识及技能;介绍已获得良好妊娠结局的同类孕妇病例,使其有信心接受医师提出的治疗措施和乙型肝炎病毒不会导致胎儿畸形的观念^[13],使其相信采取适当的母婴阻断措施可以有效地减少胎儿被传染的可能,从而减轻和缓解患者的顾虑。其次,要注意与孕妇,特别是高危妊娠孕妇沟通的技巧。社区护士需与孕妇建立长期、稳定、良好的医患关系,根据病种不同有针对性地进行安慰指导;理解孕妇表现出的种种不良情绪,鼓励并耐心倾听孕妇所表达的内心感受,获取孕妇的信任,合理引导情绪发泄,准确评估其心理压力程度,并给予孕妇积极的心理疏导及心理暗示,减轻其思想负担。在心理疏导过程

中也需运用适当的语言技巧,如运用转移法帮助妊娠合并糖尿病者调整情绪,使其认识到糖尿病妊娠确实可能影响胎儿的生长,但胎儿是否出现疾病不是孕妇个人可以掌控的,疏导孕妇将其注意力转移到其他方面,指导孕妇控制饮食,注意多活动、多锻炼,使其能够以积极的态度面对问题。

社会或家庭的支持能明显降低孕妇心理问题的发生率^[14]。孕妇所能获得的家庭支持主要来源于丈夫和自己的父母。da Costa 等^[7]提出孕期的“争吵、困难”是导致孕妇抑郁情绪的最重要危险因素。所以,护士应寻求孕妇家庭成员的支持,促进家庭成员发挥积极作用,例如倾听孕妇表达内心感受,允许孕妇适当地发泄情绪,建立和谐、温馨的家庭环境等,从而实现对孕妇的心理护理。孕妇的朋友、同事、医护人员等则是其获得社会支持的重要来源。护士应指导孕妇积极寻求恰当的帮助与支持,主动参与护理活动,自觉调整精神、心理转台,保持情绪稳定,积极维护自己的身心健康。

综上所述,应针对高危妊娠孕妇的不同情况制定个体化、具体化的心理干预措施,以降低产前、产后焦虑、抑郁的发生率。

参考文献

- [1] O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis[J]. *Int Rev Psychiatry*, 1996, 8(1): 37-54.
- [2] 季建林. 医学心理学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2001: 226-227.
- [3] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale[J]. *Br J Psychiatry*, 1987, 150(6): 782-786.
- [4] 范学红. 产后抑郁症发病危险因素研究[J]. *临床和实验杂志*, 2008, 7(5): 27, 29.
- [5] 李素坤. 临床心理护理指导[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 184-191.
- [6] Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update[J]. *Nurs Res*, 2001, 50(5): 275-285.
- [7] da Costa D, Larouche J, Drits M, et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood[J]. *J Affect Disord*, 2000, 59(1): 31-40.
- [8] Lee DT, Yip AS, Leung TY, et al. Ethnoepidemiology of postnatal depression: prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong[J]. *Br J Psychiatry*, 2004, 184(1): 34-40.
- [9] 张荣莲, 陈起燕, 李艳华, 等. 产后抑郁症发病因素的探讨[J]. *中华妇产科杂志*, 1999, 34(4): 231-233.
- [10] Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample[J]. *J Affect Disord*, 2004, 80(1): 65-73.
- [11] 黄忠秀. 孕晚期孕妇焦虑情绪与婴儿喂养方式及气质特点的关系探讨[J]. *中国初级卫生保健*, 2007, 21(6): 33-34.
- [12] 张惜英. 实用产科学[M]. 北京: 人民出版社, 2003: 101-102.
- [13] 谢冬英, 崇雨田. 病毒性肝炎[M]. 广州: 广东人民出版社, 2003: 201.
- [14] Crossman FK, Eichler LS. *Pregnancy: birth and parenthood*[M]. San Francisco: Jossey Bass Publish, 1980: 1214.