

家庭关系对产后抑郁的影响分析

李丽君, 黄晶, 张宁, 陈琦, 王春雪*

基金项目: 科技部国家重点研发计划 (项目编号: 2020YFC1307200); 北京市临床重点专科, 北京市首都特色 (项目编号: Z151100004015127); 北京市首都发展资助项目 (项目编号: 2020-2-2044)

作者单位: 100070 北京, 首都医科大学附属北京天坛医院神经精神与临床心理科/睡眠中心; 国家神经系统疾病临床医学研究中心; 北京脑重大疾病研究院脑卒中研究所; 脑血管病转化医学北京重点实验室; 北京脑重大疾病研究院睡眠与意识障碍研究所

作者简介: 李丽君, 毕业于首都医科大学, 精神病学博士, 副主任医师, 主要研究方向为抑郁障碍的药物及心理治疗

* 通信作者, E-mail: snowsen@126.com

【摘要】目的 探讨产后抑郁 (postpartum depression, PPD) 患者的家庭关系, 分析 PPD 的风险因素。

方法 使用简明国际神经精神访谈 (mini international neuropsychiatric interview, MINI) 5.0 筛查出 2020 年 11 月 1 日至 2021 年 7 月 28 日首都医科大学附属北京天坛医院心理科门诊中的 240 例 PPD 患者, 纳入抑郁组, 产科门诊招募的 101 例正常产妇为非抑郁组, 先进行单因素分析, 再以抑郁为因变量, 分别以人口学资料和家庭关系各条目为自变量, 进行多因素 Logistic 逐步回归分析。结果 抑郁组患者父母管教压力得分、夫妻解决冲突得分高于非抑郁组, 夫妻沟通得分低于非抑郁组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 多因素 Logistic 分析结果显示父母管教压力是 PPD 的高风险因素 ($P = 0.001$), 另外与父母共同居住 ($P = 0.001$) 及孕妇个人收入低于 6 000 元 ($P = 0.029$) 是 PPD 的高风险因素。结论 父母管教压力是 PPD 的高风险因素, 应重视夫妻沟通及夫妻矛盾解决。

【关键词】产后抑郁; 家庭关系; 父母管教压力; 夫妻关系

【中图分类号】R 714; R 395 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2022)12-041-04

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2022.12.10

Influence of family relationship on postpartum depression

Li Lijun, Huang Jing, Zhang Ning, Chen Qi, Wang Chunxue*

Department of Neuropsychiatry and Clinical Psychology/Sleep Center of Beijing Tiantan Hospital affiliated to Capital Medical University; National Clinical Medical Research Center for Neurological Diseases; Institute of Stroke, Beijing Institute of Major Brain Diseases; Beijing Key Laboratory of Transformational Medicine for Cerebrovascular Diseases; Institute of Sleep and Consciousness Disorders, Beijing Institute of Major Brain Diseases, Beijing 100070, P. R. China

* Corresponding author, E-mail: snowsen@126.com

【Abstract】Objective To explore the family relationship of patients with postpartum depression (PPD) and analyze the risk factors of PPD. Methods Using mini international neuropsychiatric interview (MINI) 5.0, 240 PPD patients in the Psychological Outpatient Department of Beijing Tiantan Hospital affiliated to Capital Medical University from November 2020 to July 2021 were screened and included in the depression group. 101 normal parturients recruited from the Obstetric Outpatient Department were in the non depression group, single factor analysis was conducted first, and then multivariate Logistic stepwise regression analysis was conducted with depression as the dependent variable and demographic data and family relations as independent variables. Results The scores of parental discipline stress and marital conflict in the depression group were higher than those in the non depression group, and the scores of marital communication were lower than those in the non depression group, with statistically significant differences ($P <$

0.05)。The results of multifactor Logistic analysis showed that parental discipline stress was a high risk factor for PPD ($P=0.001$)。In addition, living with parents ($P=0.001$) and pregnant women's personal income less than 6 000 yuan were high risk factors for PPD ($P=0.029$)。Conclusions Parental discipline pressure is a high risk factor of PPD, and attention should be paid to communication and conflict resolution between couples。

【Key words】postpartum depression; family relations; parental discipline stress; couple relations

产后抑郁 (postpartum depression, PPD) 通常是在产后 4~6 周以内发生, 主要临床表现为典型的抑郁综合征, 严重者伴有幻觉、妄想或自杀等精神行为的紊乱。PPD 是最常见的产褥期精神心理障碍, 会对产妇及后代的身心健康造成严重的危害^[1-2]。很多临床研究者已积极探索 PPD 的相关因素, 家庭关系被认为是引起 PPD 的重要原因, 如有文献调查结果显示夫妻关系是家庭关系中影响 PPD 的最主要关系^[3-4], 除此之外, 社会角色扮演及婆媳关系也起重要作用^[5-6]。本文的主要研究目的是利用家庭关系量表详细分析影响 PPD 的家庭关系, 为临床治疗提供循证依据。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

研究对象为 2020 年 11 月 1 日至 2021 年 7 月 28 日首都医科大学附属北京天坛医院心理科门诊患者。入组标准: ① 年龄 18~40 岁女性患者; ② 产后 4~6 周; ③ 根据简明国际神经精神访谈 (mini international neuropsychiatric interview, MINI) 5.0 判断, 符合 DSM-V 诊断为重性抑郁障碍目前为抑郁发作期的判断标准; ④ 签署知情同意书; ⑤ 具有良好的认知及沟通能力。排除标准: ① 目前或既往患有明显的躯体或神经系统疾病; ② 继发于躯体疾病引起的抑郁症; ③ 被诊断为双相情感障碍。

共筛查 306 例产后患者, 符合抑郁诊断标准的共 240 例, 为抑郁组。另外在产科门诊招募了 101 例正常产妇为对照组 (非抑郁组), 经过 MINI 5.0 诊断, 不符合产后抑郁的诊断标准。本研究通过医院伦理委员会的批准。

1.2 研究方法

收集资料前对精神科医生进行 MINI 5.0 的一致性培训, 临床医生通过晤谈及既往病历资料采集相关特征信息。

(1) 资料采集: 采用调查问卷对患者进行调查, 包括人口学资料: 年龄、民族、受教育程度、共同居住者、职业、产妇的月收入、目前的工作状态、居住地、子女数量、体质量指数 (body mass index, BMI) 等; 临床特征是否抑郁, 家庭关系量表等。

(2) 抑郁症状的评估: 精神科医生使用 MINI 5.0 量表与患者进行 20~30 min 的访谈, 诊断 PPD。使用患者健康问卷 (PHQ-9) 筛查和测量抑郁症严重程度^[7], 其 9 个项目的总分表示抑郁症状的严重程度: 1~4 分为轻微

抑郁, 5~9 分为轻度抑郁, 10~14 分为中度抑郁症, 15~19 分为中重度抑郁症, ≥ 20 分为重度抑郁症^[8]。

(3) 家庭关系的评估: 使用家庭关系量表调查患者目前的家庭关系状态, 分为 3 个模块: 父母管教压力、夫妻沟通、夫妻解决冲突, 分别为 17、11、8 个条目, 每个条目分为极不同意、不同意、倾向不同意、倾向同意、同意、极同意六个等级。父母管教压力模块总分越高, 其压力越大; 夫妻沟通模块得分越高, 夫妻间沟通越良好; 夫妻解决冲突模块得分越高, 夫妻间越会采用不当的方式处理冲突^[9]。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以例 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 对其人口学资料及临床资料进行比较。以是否抑郁为因变量, 以人口学资料和临床特征为自变量, 进行多因素 Logistic 逐步回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇人口学资料比较

抑郁组与父母一起居住的患者占比高于非抑郁组, 个人收入 6 000~10 000 元的比例低于非抑郁组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其他的人口学资料详见下页表 1。

2.2 两组产妇家庭关系特征比较

抑郁组父母管教压力得分、夫妻解决冲突得分高于非抑郁组, 夫妻沟通得分低于非抑郁组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见下页表 2。

2.3 产后抑郁风险因素多元回归分析

多因素 Logistic 分析结果显示父母管教压力是 PPD 的高风险因素 ($P=0.001$), 另外与父母共同居住及孕妇个人收入低于 6 000 元是 PPD 的高风险因素, 详见下页表 3。

3 讨论

本研究使用家庭关系量表详细探讨了 PPD 患者的家庭关系, 发现 PPD 患者的父母管教压力显著高于非 PPD 妇女, 且是 PPD 的重要风险因素。另外与父母共同居住及产妇低收入也是 PPD 的风险因素, 与既往研究一致^[4,10]。

本研究中父母管教压力是 PPD 的高风险因素, 家庭关系量表中的父母管教压力主要反映了孕妇和婴儿之间

表 1 两组产妇一般人口学资料比较[$(\bar{x} \pm s)$, 例(%)]

变量	抑郁组 (<i>n</i> = 240)	非抑郁组 (<i>n</i> = 101)	χ^2/F 值	<i>P</i> 值
年龄(岁)	30.64 ± 3.29	30.92 ± 3.11	0.23	0.462
BMI(kg/m ²)	22.80 ± 3.85	22.97 ± 4.07	0.12	0.714
民族			7.33	0.197
汉族	222(92.50)	92(91.09)		
满族	10(4.17)	2(1.89)		
蒙族	2(0.83)	5(4.95)		
回族	2(0.83)	1(0.99)		
朝鲜族	1(0.42)			
其他	3(1.25)	1(0.99)		
学历			3.69	0.449
小学	4(1.67)	3(2.97)		
初中	20(8.33)	4(3.96)		
高中	40(16.67)	15(14.85)		
大学	129(53.75)	62(61.39)		
研究生	47(19.58)	17(16.83)		
孕妇个人收入			11.39	0.003
小于 6 000 元	132(55.00)	36(35.64)		
6 000 ~ 10 000 元	58(24.17)	39(38.61)		
10 000 元及以上	50(20.83)	26(25.74)		
职业			17.30	0.016
工人及服务人员	21(8.75)	7(6.93)		
职员	84(35.00)	43(42.57)		
经商	11(4.58)	5(4.95)		
教师及科研人员	22(9.17)	6(5.94)		
干部及管理人员	19(7.92)	7(6.93)		
农民	4(1.67)	1(0.99)		
军人				
其他职业	38(15.83)	23(22.77)		
无	41(17.08)	9(8.91)		
居住地			2.37	0.306
城市	208(86.67)	81(80.20)		
乡镇	23(9.58)	15(14.85)		
农村	9(3.75)	5(4.95)		

表 2 两组产妇家庭关系及共同居住情况比较[例(%)]

变量	抑郁组 (<i>n</i> = 240)	非抑郁组 (<i>n</i> = 101)	χ^2/F 值	<i>P</i> 值
共同居住情况				
配偶	210(87.50)	95(94.06)	3.24	0.072
父母	147(61.25)	39(38.61)	14.69	<0.001
兄弟姐妹	8(3.33)	5(4.95)	0.51	0.476
子女数量				
两个孩子及以上	68(28.33)	29(28.71)	0.01	0.943
家庭关系($\bar{x} \pm s$)				
父母管教压力	54.76 ± 12.34	46.84 ± 12.12	0.01	<0.001
夫妻解决冲突	39.22 ± 9.63	35.16 ± 10.24	1.02	0.001
夫妻沟通	28.53 ± 7.74	31.16 ± 6.86	3.44	0.003

表 3 产后抑郁风险因素的多元逻辑回归分析

变量	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	OR 值	95% CI	<i>P</i> 值
父母管教压力	0.054	0.013	16.819	0.948	0.924-0.972	<0.001
与父母共同居住	0.984	0.282	12.196	2.675	1.540-4.647	<0.001
个人收入 6 000 元以下	-0.823	0.376	4.795	0.439	0.210-0.917	0.029

的关系,如:产妇对育儿的不自信;不确定自己是否有足够的精力应付育儿的问题;在经济及责任方面都有过多的压力感;担心自己的生活会因为育儿受到过多的影响;甚至感到育儿会成为一生的压力;不确定自己是否能给婴幼儿带来快乐;对自己及婴儿的未来都会感到悲观。父母管教压力大的产妇在分娩这一负性应激事件的背景下^[11],由于对育儿知识的缺乏,再遭遇哺乳及喂养困难或者产后躯体不适,照顾时间与体型及外貌自我管理时间冲突导致了矛盾心理^[12],这些挫折都可能引发 PPD^[13]。有的文献报道了 PPD 患者产后很难适应母亲角色^[14],与家庭关系量表中心父母管教压力模块即母婴关系有一致性。有文献报道,国内产妇大部分是由父母来照顾,来自于产妇父母的过度保护导致了产妇主体地位缺失、过度依赖,因此适应能力变差,甚至导致 PPD 的发生^[15]。因此有研究者提出增强产妇产后照顾婴儿的主观能动性,更好地体现其自我价值,使产妇顺利过渡到母亲角色,增强其胜任感^[16]。另外,通过专业知识的宣教,使产妇接受正确的婴儿母乳喂养、婴儿抚触及沐浴等方法,改善产妇的角色强化行为,更有助于促进产妇向母亲角色的转化^[17],减轻父母管教的压力。

本研究也分析了家庭关系量表中的夫妻关系,即夫妻沟通和夫妻冲突解决模块。有文献指出社会支持系统在 PPD 的发生中起着重要作用,作为家庭重要成员的配偶,如果在情感及物质上给与足够的支持,可提高产妇的自尊,缓解产褥期的心理压力^[18],对于产妇维持良好的情绪有极大帮助。在既往对夫妻关系的研究中仅用自编条目,如“好”和“差”来评估^[10,19],没有对夫妻关系进行详细分析。本研究单因素分析结果显示抑郁组相比非抑郁组,夫妻沟通和夫妻解决冲突得分差异均有统计学意义,但在多因素分析中却显示夫妻关系不是 PPD 的重要风险因素,这可能与本文样本量相对较小有关系,值得进一步探讨。

明确家庭关系对 PPD 的影响非常必要,这为孕产妇心理治疗提供重要方向。孕妇学校可增加父母角色转换的课程,以应对产后父母管教压力,使产妇更快地适应产后角色转换,同时,也应该增加对家庭重要成员的心理培训,使得丈夫及其他亲密关系发挥重要的社会支持作用。

本研究尚存在的不足:① 研究中与父母共同居住的内容,未区分与产妇父母还是与丈夫父母共同居住,在未来的研究应做进一步的改进;② 研究对象是心理科来诊患者,不是大型的调查研究,样本量较小,未来应联合妇产科医生一起对患者进行筛查以增加样本量。

【参考文献】

- [1] 杨青,赵世能,李姝漩,等. 母亲产后抑郁与婴儿早期发育关系队列研究 [J]. 中国公共卫生,2018,34(4):559-562.
- [2] 钟伟群,贺娟,高莉芳,等. 社会支持期望落差在产妇压力感知与产后抑郁间的中介效应研究 [J]. 中国实用护理杂志,2021,37(20):1563-1567.
- [3] 赵瑞,吕军,郝模,等. 产后抑郁相关危险因素分析 [J]. 医学与哲学(临床决策论坛版),2009,30(4):58-60.
- [4] 张兴琴. 产后抑郁症发病危险因素分析和预防措施 [J]. 黑龙江医学,2015,39(4):377-378.
- [5] 徐明哲. 初产妇产后抑郁与产后抑郁的相关性分析 [J]. 中国医药指南,2021,19(10):66-67.
- [6] 袁米荣,李艳红. 产妇心理特征、分娩情况与家庭因素对产后抑郁的影响分析 [J]. 医学理论与实践,2019,32(11):1781-1783.
- [7] Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, et al. DSM-IV-R psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI [J]. Eur Psychiatry, 1998, 13(1):26-34.
- [8] Wang W, Bian Q, Zhao Y, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2014, 36(5):539-544.
- [9] Cheung SK. Assessment of marital communication and conflict resolution: psychometric properties of two scales [J]. Hong Kong Journal of Social Work, 2000, 34(1&2):11-25.
- [10] 樊晶,孔令华,王馨悦,等. 苏州市妊娠期女性抑郁情绪调查及其影响因素研究 [J]. 精神医学杂志,2021,34(3):221-225.
- [11] 刘晓秋,白志军. 中国妇女产后抑郁症相关危险因素分析 [J]. 医学与哲学(B),2015,36(4):77-80.
- [12] 孙玉娟. 分娩方式及年龄对产妇产后心理状态的影响 [J]. 现代预防医学,2012,39(22):5887-5888.
- [13] 郑云哨,张开红,史芳,等. 黄芪桂枝五苓汤联合度洛西汀治疗产后身痛伴抑郁、焦虑症状对照研究 [J]. 精神医学杂志,2018,31(2):103-105.
- [14] 王永,张丽,孟金来. 产妇产后抑郁症相关因素与母亲角色适应、社会支持分析 [J]. 精神医学杂志,2021,34(2):160-163.
- [15] 郭燕平,徐凤霞,刘小玮,等. Barthel 指数正常的自然分娩产妇角色行为强化的质性研究 [J]. 中国社会医学杂志,2022,39(3):316-319.
- [16] Mao JJ, Wu SQ, Hu HY, et al. Effect of Orem selfcare theory based nursing intervention on self-efficacy and quality of life in elderly patients with chronic gastric ulcer [J]. World Chinese J Di Gestol, 2017,25(12):1092.
- [17] 沐婷玉,李玉红,吴丹,等. 不同阶段孕产妇健康教育需求的质性研究 [J]. 解放军护理杂志,2018,35(14):15-18.
- [18] Negron R, Martin A, Almog M, et al. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support [J]. Matern Child Health J, 2013, 17(4):616-623.
- [19] 付英杰,王贺,高晓岩,等. 哈尔滨市围产期抑郁筛查及综合干预的研究 [J]. 中国现代医生,2021,59(14):27-31.
- (收稿日期:2021-08-17 编辑:杨叶)
-
- (上接第36页)
- [18] Fernandez-Basanta S, Van P, Coronado C, et al. Coping after involuntary pregnancy loss: perspectives of spanish european women [J]. Omega (Westport), 2019;865009103.
- [19] Van P, Meleis AI. Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African American women [J]. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG, 2003,32(1):28-39.
- [20] Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Denève L. Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test [J]. Clin Psychol Psychother, 2008, 15(6):386-395.
- [21] Levang E, Limbo R, Ziegler TR. Respectful disposition after miscarriage: clinical practice recommendations [J]. MCN Am J Matern Child Nurs, 2018,43(1):19-25.
- [22] Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study [J]. BMC Womens Health, 2018,18(1):176.
- [23] 周小莉,杨孟叶,钱嘉璐,等. 胎儿异常引产妇产褥期心理体验的质性研究 [J]. 中华护理杂志,2019,54(9):1359-1363.
- [24] Sutan R, Miskam HM. Psychosocial impact of perinatal loss among Muslim women [J]. BMC Women's Health, 2012,12:15.
- [25] Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth [J]. J Midwifery Womens Health, 2013,58(4):431-439.
- [26] 张琴,甘祥芝,李倩,等. 孕期丧失胎儿妇女情感体验的现象学研究 [J]. 中国护理管理,2020,20(8):1149-1153.
- [27] Peters MD, Lisy K, Riitano D, et al. Caring for families experiencing stillbirth: evidence-based guidance for maternity care providers [J]. Women Birth, 2015,28(4):272-278.
- [28] National standards for bereavement care following pregnancy loss and perinatal death [EB/OL]. (2016-08-10) [2022-03-14]. <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/bereavement-care/>.
- [29] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late intrauterine fetal death and stillbirth [EB/OL]. (2017-02-01) [2022-03-14]. <http://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/ltg55/>.
- (收稿日期:2022-03-15 编辑:杨叶)