

神经病学

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.001498

重庆市产后抑郁症发生情况及其影响因素分析

蔡飞亚¹, 况利¹, 王我¹, 李大齐¹, 操军², 惠晓¹

(1. 重庆医科大学附属大学城医院心理卫生中心, 重庆 401331; 2. 重庆医科大学附属第一医院精神科, 重庆 400016)

【摘要】目的:探究重庆市产后抑郁症的发生情况及其影响因素。**方法:**采用一般情况调查表和爱丁堡产后抑郁量表(The Edinburgh postnatal depression scale, EPDS), 根据纳入和排除标准, 随机选取 2014 年 9 月至 2016 年 6 月在重庆医科大学 3 家附属医院做产检的 371 例产妇进行访谈完成产前量表; 追踪至产后 42 d 完成分娩情况调查表、EPDS, EPDS ≥ 13 分需 2 位精神专科医生进行访谈综合评估, 根据美国精神障碍诊断与统计手册(第 4 版)(DSM-IV-TR)轴 I 型障碍临床结构式访谈患者版(SCID-I/P)产褥期抑郁障碍诊断产后抑郁症。数据采用 SPSS22.0 进行统计分析。**结果:**60 例产妇符合 SCID-I/P 产褥期抑郁障碍的诊断标准, 产后抑郁症(postpartum depression, PPD)的发生率为 16.17%, 多因素分析显示: 产前艾森克人格问卷(Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)总分($OR=1.038, 95\%CI=1.013\sim1.065$)、产前汉密尔顿焦虑得分($OR=1.119, 95\%CI=1.052\sim1.190$)、分娩时单方家属陪伴($OR=17.998, 95\%CI=6.715\sim48.241$)、分娩时出现异常情况($OR=66.279, 95\%CI=23.307\sim188.476$)是产后抑郁症的危险因素。社会支持利用度是产后抑郁症的保护因素。**结论:**产前 EPQ 总分、产前汉密尔顿焦虑得分、分娩时单方家属陪伴、分娩出现异常情况是产后抑郁症的危险因素。社会利用支持度是产后抑郁症的保护因素。

【关键词】产后抑郁症; 发生率; 影响因素**【中图分类号】**R749.4**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2016-10-23

Prevalence and related factors of postpartum depression in Chongqing

Cai Feiya¹, Kuang Li¹, Wang Wo¹, Li Daqi¹, Cao Jun², Hui Xiao¹

(1. Department of Psychiatry, University-Town Hospital of Chongqing Medical University; 2. Department of Psychiatry, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the occurrence of the postpartum depression (PPD) and its influencing factors in Chongqing. **Methods:** Totally 371 pregnant women (pregnancy ≥ 28 weeks) from 3 hospitals completed the designed questionnaire and the respondents were followed 42 days after delivery and completed The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). The data were collected from September 2014 to June 2016. Then the evaluation and diagnosis were conducted. **Results:** Sixty women was diagnosed with the PPD, the incidence of the PPD was 16.17%. Multivariate stepwise logistic regression analysis showed that Eysenck Personality Questionnaire score ($OR=1.038, 95\%CI=1.013$ to 1.065), HAMA score ($OR=1.119, 95\%CI=1.052$ to 1.190), unilateral family company ($OR=17.998, 95\%CI=6.715$ to 48.241), abnormal in childbirth ($OR=66.279, 95\%CI=23.307$ to 188.476), the degree of social utilization are influence factors of PPD. **Conclusion:** Unilateral family company, abnormal in childbirth, EPQ score, HAMA score are independent risk factors for PPD, and the high degree of social utilization is the protect factor for PPD.

【Key words】postpartum depression; prevalence; influencing factors

1968年 Pitt 首次提出产后郁症(postpartum depression, PPD)的概念, 是分娩后不典型抑郁, 起病

隐匿, 属于神经症性抑郁。通常产后 2 周起病, 4~6 周症状明显, 主要表现为抑郁、悲伤、失眠、烦躁, 甚至自杀、杀婴^[1]。其病因尚不明确, 可能与遗传、神经内分泌、产科因素、社会心理因素有关; 不仅危害产妇的身心健康, 对婴幼儿、家庭、社会危害甚大^[2], 各国的发病率不尽相同, 国外发病率为 3.5%~33%, 国内为 11.38%~15.01%^[3-4]。随着重庆市全面开放“二

作者介绍: 蔡飞亚, Email: 343857147@qq.com,

研究方向: 产后抑郁症的危险因素及心理干预措施。

通信作者: 况利, Email: kuangli0308@163.com。

基金项目: 重庆市渝中区科技计划资助项目(编号: 20120217)。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20180130.1059.004.html>

(2018-01-30)

孩”政策的实施,累计生育需求集中释放,产次增加,加强对产后抑郁症的关注尤为重要。笔者通过较大样本量的纵向研究,追踪产前、产时情况,随访至产后 42 d,以产后 42 d 是否发生产后抑郁症为分组依据,寻找产后抑郁症的预警因素,为防止 PPD 的发生进行有针对性的干预提供理论支持。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象

采取随机抽样的方法,抽取 2014 年 9 月至 2016 年 6 月在重庆医科大学附属第一医院、附属金山医院、附属大学城医院进行产前检查,孕周 ≥ 28 周,并在本院住院分娩的 371 名初产妇及经产妇进行追踪调查。纳入标准:①所有孕产妇排除脑部器质性疾病史;②排除既往精神疾病史及家族精神疾病史;③小学及以上文化程度;④产后 42 d 按时返院;⑤理解测试内容,签署知情同意书。

本次调查研究已通过本院医学研究伦理委员会批准,参加本次调研的产妇、医护人员均需签署知情志愿书,所有参与人员均需对受试者相关信息和资料保密。

1.2 调查工具

采用自定义一般情况调查表(包括人口学资料、文化程度、经济水平、既往病史、家族史、孕产史等 18 项)、社会支持评定量表(social support rate scale,SSRS)、生活满意度指数 B 量表(life satisfaction index scale B,LSIB)、90-项症状自评量表(symptom checklist 90,SCL-90)、艾森克人格问卷(eysenck personality questionnaire,EPQ)、洛克-华莱士(Locke-Wallace)婚姻调适测定、汉密尔顿焦虑/抑郁量表(Hamilton anxiety scale/Hamilton depression rating scale,HAMA/HAMD)、自编分娩情况调查表、爱丁堡产后抑郁量表(The Edinburgh postnatal depression scale,EPDS)。

1.2.1 SSRS 该量表由肖水源于 1986 年编制,共有 10 个条目,包括客观支持(3 条目)、主观支持(4 条目)和对社会支持的利用度(3 条目)3 个维度^[9]。

1.2.2 SCL-90 该量表共有 10 个因子,包含躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性和其他项目;该量表共 90 个项目,每 1 个项目均采用 5 级评分制,按全国常模分析,总分超过 160 分,或阳性项目数超过 43 项,或任一因子分超过 2 分,需考虑筛选阳性^[10]。

1.2.3 EPQ 该问卷有 4 个量表:E:内外向;N:神经质;P:精神质;L:谎造或自身隐蔽,该量表在国内有很好的信度和效度^[11]。

1.2.4 HAMA/HAMD 汉密尔顿焦虑量表包含 14 个项目测量被试者的躯体性焦虑和精神性焦虑,所有项目采用 0~4 分的 5 级评分法,总分越高焦虑情绪越重。汉密尔顿抑郁量表包含 24 个项目,每项采用 0~4 分 5 级记分法,总分越高抑郁情绪越重^[8]。

1.2.5 生活满意度指数 B 量表 该量表为自评量表,共 12 个条目,除第一项为肯定/否定回答,其余 11 项均分为“差,中等,好”3 个等级,分别记 0~2 分,分数越高生活满意指数越高^[9]。

1.2.6 洛克-华莱士婚姻调试测定 该量表包含 15 个条目,总分为 2~158 分,分数越高,婚姻调试越好,该问卷能真实反映婚姻调试程度,信度效度较好^[10]。

1.2.7 爱丁堡产后抑郁量表 该量表是目前国内筛查产后抑郁症的常用测量工具,为抑郁自评量表,国外报道,EPDS 总分 ≥ 13 分作为诊断产后抑郁症的分界值,其灵敏度为 88%,特异度为 92%^[11]。爱丁堡产后抑郁症由 10 个条目组成,每个条目根据轻重程度记 0~3 分,共 30 分,总分 ≥ 13 分则患有不同程度的抑郁情绪^[12]。

1.3 调查方法

随机选取符合纳入和排除标准,孕周 ≥ 28 周的孕妇进行访谈,指导产妇完成产前量表:一般资料、SSRS、生活满意度指数 B 量表、SCL-90、Locke-Wallace 婚姻调适测定、EPQ;同时调查人员根据对产妇的访谈完成 HAMA、HAMD。追踪至产后 42 d 完成分娩情况调查表、爱丁堡产后抑郁量表,对 EPDS 得分 ≥ 13 分的产妇需 2 名精神科专科医生进行访谈并综合评估,根据美国精神障碍诊断与统计手册(第 4 版)(DSM-IV-TR)轴 I 障碍结构式访谈患者版^[13](SCID-I/P)对其进行抑郁症诊断,根据诊断结果将产妇分为抑郁症组 and 对照组,通过比较组间差异找出产后抑郁症的影响因素。

1.4 质量控制

调查人员经专业培训并测试合格后方可进行调查;回收的量表需 2 位精神专科医生审核一致方合格;所有量表由双人双遍独立录入上海惠诚心理测试系统,导出结果后进行校正,直至无误。

1.5 统计方法

采用 SPASS 22.0 软件进行数据分析,计算产后忧郁症的发生率,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验;选取差异有统计学意义的指标引入 logistic 回归模型,进一步分析产后抑郁症的独立危险因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般情况

此次研究产前发放 408 份,追踪至产后 42 d 脱落 37 例

(脱落率 9.07%), 其中 18 例要求退出, 11 例失去联系, 6 例慌分高, 2 例胎儿发生意外。有效回收 371 份, 有效回收率 90.93%。孕妇年龄 21~43 岁, 平均年龄 (27.90 ± 3.74) 岁。孕次: 初产妇 283 例 (76.28%), 经产妇 88 例 (23.72%)。经济状况 (元/月): ≤3 000 [41 例 (11.1%)], 3 000~10 000 [301 例 (81.1%)], ≥10 000 [29 例 (7.8%)。文化程度: 高中及以下 [48 例 (12.9%)], 大专及以上 [322 例 (87.1%)。家庭所在地: 农村 [59 例 (15.9%)], 城镇 [312 例 (84.1%)。工作情况: 有固定工作 [189 例 (50.9%)], 无固定工作 [182 例 (49.1%)。]

2.2 产后抑郁症的发生情况

371 例产妇中, 符合 SCID-I/P 抑郁症诊断标准的产妇 60 例。产后抑郁症的发生率为 16.17%。

2.3 产后抑郁症的单因素分析

2.3.1 产前社会心理因素与产后抑郁症的关系 采用独立样本 *t* 检验, 分析社会心理因素与产后抑郁症的关系, 结果表明: 2 组在汉密尔顿 (焦虑、抑郁量表) 得分、社会支持量表 (社会支持利用度)、90-项症状自评量表 (总均分、阳性项目

均分、强迫状态均分、人际关系敏感均分、抑郁均分、焦虑均分、敌对均分、恐怖均分、偏执均分、精神病性均分、其他项目均分) 的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 在 Locke-Wallace 婚姻调适度总分、生活满意度指数 B 量表总分和 90-项症状自评量表 (躯体化均分) 的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 详见表 1。

2.3.2 生产情况与产后抑郁症的关系 采用单因素卡方检验, 分析生产情况与产后抑郁症的关系, 结果表明: 2 组在分娩时家属陪伴、分娩异常的差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 在分娩方式、分娩次数、胎儿数目的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 详见表 2。

2.4 产后抑郁症的多因素 logistic 回归分析

将单因素分析有意义的变量逐步 logistic 回归分析, 得到 5 个有统计学意义的变量: 分娩时单方家属陪伴、分娩出现异常情况、EPQ 总分、汉密尔顿焦虑得分是产后抑郁症的危险因素; 社会支持利用度是产后抑郁症的保护因素, 详见表 3。

表 1 2 组不同产妇产前社会心理因素的单因素比较

Tab.1 Comparison of the prenatal psycho-social differences between the two groups

项目	产后抑郁组 (n=60)	对照组 (n=311)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
Locke-Wallace 婚姻调适度得分	113.37 ± 22.19	114.66 ± 17.05	-0.511	0.609
生活满意度指数 B 量表	16.98 ± 3.64	16.55 ± 3.06	0.952	0.342
汉密尔顿量表				
汉密尔顿焦虑量表	8.62 ± 3.11	6.99 ± 2.91	3.923	0.000
汉密尔顿抑郁量表	10.93 ± 4.70	8.61 ± 3.71	4.237	0.000
社会支持量表				
社会支持总分	39.73 ± 4.83	40.14 ± 4.91	-0.595	0.552
客观支持得分	7.95 ± 1.47	7.78 ± 1.36	0.786	0.432
对支持的利用度	7.92 ± 1.62	8.48 ± 2.06	-2.364	0.020
主观支持得分	23.85 ± 3.93	23.80 ± 3.99	0.082	0.935
90-项症状自评				
SCL-90 量表总分	123.75 ± 27.00	109.34 ± 15.31	4.013	0.000
SCL-90 量表均分	1.38 ± 0.30	1.21 ± 0.17	4.042	0.000
阳性项目均分	2.17 ± 0.21	2.07 ± 0.24	3.062	0.002
躯体化均分	1.46 ± 0.38	1.33 ± 0.56	1.628	0.104
强迫状态均分	1.59 ± 0.46	1.40 ± 0.33	3.057	0.003
人际关系敏感均分	1.32 ± 0.31	1.15 ± 0.19	4.031	0.000
抑郁均分	1.41 ± 0.39	1.22 ± 0.23	3.653	0.001
焦虑均分	1.34 ± 0.32	1.18 ± 0.19	3.660	0.000
敌对均分	1.44 ± 0.41	1.22 ± 0.22	4.092	0.000
恐怖均分	1.22 ± 0.30	1.08 ± 0.16	3.641	0.001
偏执均分	1.26 ± 0.27	1.13 ± 0.17	3.688	0.000
精神病性均分	1.16 ± 0.28	1.07 ± 0.13	2.385	0.020
其他项目均分	1.50 ± 0.36	1.33 ± 0.27	3.399	0.001

表 2 2 组不同产妇生产情况的单因素比较($n, \%$)
Tab.2 Comparison of the delivery between two groups($n, \%$)

项目		产后抑郁组 ($n=60$)	对照组 ($n=311$)	χ^2 值	P 值
分娩方式	顺产	38 (63.3)	232 (74.6)	3.221	0.082
	剖宫产	22 (36.7)	79 (25.4)		
分娩家属陪伴	单方	23 (38.3)	19 (6.1)	52.023	0.000
	双方	37 (61.7)	292 (93.9)		
分娩异常	有异常	33 (55.0)	14 (4.5)	115.931	0.000
	无异常	27 (45.0)	297 (95.5)		
分娩次数	初产妇	45 (75.0)	238 (76.5)	0.065	0.868
	经产妇	15 (25.0)	73 (23.5)		
新生儿个数	单胎	56 (93.3)	286 (92.0)	0.131	1.000
	双胎	4 (6.7)	25 (8.0)		

表 3 引起产妇产后抑郁症相关因素 logistic 回归分析
Tab.3 Logistic regression analysis of relevant factors of PPD

自变量	B	SE	Wald χ^2	P	OR	95% CI
社会支持利用度	-0.334	0.122	7.519	0.006	0.716	0.564 ~ 0.909
分娩时家属陪伴	2.890	0.503	33.011	0.000	17.998	6.715 ~ 48.241
分娩时出现异常情况	4.194	0.533	61.860	0.000	66.279	23.307 ~ 188.476
艾森克得分	0.038	0.013	8.632	0.003	1.038	1.013 ~ 1.065
汉密尔顿焦虑得分	0.112	0.032	12.679	0.000	1.119	1.052 ~ 1.190

3 讨论

3.1 产后抑郁症的发生情况

自“二胎”政策实施以来,本次研究首次由精神专科医生在重庆市采用追踪随访的方式,将爱丁堡产后抑郁量表的调查结果与 SCID-I/P 产后抑郁症诊断标准相结合,对产后抑郁症进行综合评估。结果显示:371 例产妇中发生产后抑郁 60 例,产后抑郁症的发生率 16.17%,故重庆市产后抑郁症的发生率在国内外报道范围内(3.5%~33.0%),但较国内其他相关研究的发生率(11.38%~15.01%)稍高^[3-4],发生率的差异可能与调查时间、筛查工具、诊断标准、经济水平、社会文化差异及样本量有关。

3.2 产后抑郁症的影响因素

产后抑郁症的发生与生物、遗传、社会心理等多方面因素相关,其中社会心理因素对产后抑郁症的发生中起了重要作用^[14-15]。重庆自直辖以来社会经济飞速增长,生活节奏加快,妇女社会地位不断提高,高龄产妇的心理健康引起越来越多的关注;

此外,产前心理健康状态、分娩方式、胎儿性别及健康状况均影响产后抑郁症的发生^[16-18]。本研究显示:分娩时单方家属陪伴、分娩出现异常、艾森克人格问卷总分、汉密尔顿(焦虑)得分是产后抑郁症的危险因素;社会支持利用度是产后抑郁症的保护因素。

3.2.1 分娩时出现异常情况与产后抑郁症 生物因素与产后抑郁症的关系研究结果不一致^[19-20]。本研究显示分娩时出现异常状况是产后抑郁症的主要危险因素,与阙慧^[21]的研究结果相一致。但分娩方式与产后抑郁症无显著相关^[10],可能是近几年来剖宫产术越来越被人接受,更有部分产妇因害怕生产时的疼痛主动要求行剖宫产术,剖宫产的产妇在心理上已经作好了充分的准备,故分娩方式不影响产后抑郁症的发生。分娩过程中出现的异常情况,如早产、胎盘早剥、产后出血、新生儿缺氧等情况是产妇意料之外的,属于不良应激事件,加之分娩本属应激事件,故分娩发生异常状况会增加产妇患产后抑郁症的风险,而分娩方式则与 PPD 的发生无关。值得注意的是:部分产妇为孩子尽早入学,要求提前行剖宫产术,更有部分产妇及其家属受中国传统文

化的影响,看好“吉时”行剖宫产术,以上 2 种非自然分娩时间的人为选择增加了生产异常情况发生的概率,使得产妇的心情从喜悦转变为担忧,情绪变化跨度大,增加了患产后抑郁症的风险。

3.2.2 分娩时单方家属陪伴与产后抑郁症 本次研究还发现生产时单方家属陪伴分娩的产妇患 PPD 的风险会增加,其原因可能与产妇妊娠期社会活动减少,对家属的依赖性增加,被关注的需求增加有关。已有研究^[23]表明双方家属陪伴分娩,尤其对丈夫照顾的满意度高,产后抑郁症的发生率明显下降。若生产时仅男方家属陪伴,产妇可能因不习惯男方的照顾方式、婆媳关系欠佳、担忧分娩出现异常状况时无娘家人帮自己做决定,从而内心缺乏安全感产生焦虑情绪;若仅有女方家属陪伴,产妇心理会产生被冷落感,认为自己不被男方家属重视和接受,生产后内心的不满情绪不断累计甚至发展为产后抑郁症。

3.2.3 产前焦虑情绪与产后抑郁症 国内外的许多研究均表明产妇的焦虑情绪与产后抑郁症的发生显著相关^[17-18,31],与本次研究结论相一致。原因分析如下:产妇在孕期因过度担忧自身和婴幼儿健康,加之孕期正常生理条件下会有不同程度的躯体不适,如腰酸、腰痛、腹胀、恶心、反酸,睡眠质量下降等,均会增加产妇的焦虑情绪;同时,存在焦虑情绪的产妇对躯体不适的耐受性较差,利用周围资源的能力下降,内心痛苦体验强烈等均会加重焦虑情绪。若产前的焦虑情绪得不到及时的缓解,“内忧外患”的焦虑情绪会持续整个孕期直至产后出现抑郁情绪。

3.2.4 艾森克人格问卷总分与产后抑郁症 Deng 等^[16]研究表明艾森克人格问卷总分高是产后抑郁症的危险因素,与本研究结论相一致。EPQ 总分是神经质、精神病性、情绪不稳定的总体体现,产妇 EPQ 总分高,情绪稳定性差,有神经质、精神质倾向的可能性大,故情绪管理能力欠佳,对抗应激事件的能力较弱,易发生产后抑郁症。

3.2.5 社会支持利用度与产后抑郁症 社会支持利用度低的产妇,利用客观支持和主观支持的能力欠佳,利用周围资源的能力较弱,情绪的宣泄途径相对较少,“被孤立”感明显,易积累不良情绪导致产后抑郁症的发生,反之,社会支持利用度高的产妇可有效、积极地利用一切可利用的资源为自己服

务,提高对抗应激事件的能力,有效降低 PPD 的发生。既往已有研究表明社会支持利用度低患产后抑郁症的风险将增加^[16],而较高的社会支持利用度能有效降低患产后抑郁症的风险^[30]。

此外,本研究还显示:产后抑郁症的发生与产妇的年龄、婚姻满意度、初/经产妇、新生儿数目、生活满意指数、职业、经济状况、家庭所在地、文化程度无关,这与国内外报道存在差异^[24-29],可能与样本量、抽样误差、调查时间及地域差异有关,有待进一步探讨。

3.3 产后抑郁症的预防

国内已有研究表明产前加强对产妇及其家属的健康宣教能有效减少产后抑郁症的发生率^[32],但目前国内尚无统一的标准。本次研究通过较大样本量的纵向随访发现产后抑郁症的发生与产前、产时情况密切相关,故产前充分发挥孕妇学校的作用,增设“心理卫生”相关内容,使产妇及其家属初步了解产后抑郁症的相关常识,学会记录“心情温度计”;同时告知家属应予以产妇更多的关注和陪伴,号召社会加强对产后抑郁症的关注和接纳,消除“病耻感”,提高就诊率。产时医护人员需提高医疗技术,减少分娩异常情况的发生和分娩并发症,并耐心告知产妇尽管有异常情况也可母婴平安,以减少产妇不必要的焦虑情绪。此外,医院需完善回访制度,建立“产科-心理”联合回访,以便早期发现产妇情绪问题。最后,呼吁家庭和社会摒弃陋习,尊重科学,尊重妇女权利,不盲目追随“二胎”政策,结合产妇身体条件作出合适的选择。

3.4 总结

综上所述,重庆市产后抑郁症的发病率较高,病因复杂。产后抑郁症的发生在产前、产时就已经有了预警因素,针对上述预警因素,在生育需求量的释放的背景下尽可能的使孕(产)妇顺利度过“二孩”时期,减少重庆市 PPD 的发生人数,产科医护人员需加强对产妇产前心理健康状况和生产情况的关注,制定出与之抗衡的有针对性的干预措施;必要时联合精神专科医生共同帮助产妇顺利度过这一特殊时期以降低 PPD 的发生,提高产妇的心理健康水平。

致谢

感谢重庆医科大学附属第一医院妇产科漆洪波教授、徐红兵教授,重庆医科大学附属大学城医院妇产科王佳教授对本次研究提供的支持和指导。

参 考 文 献

- [1] Gjerdingen D, Mcgovern P, Center B. Problems with a diagnostic depression interview in a postpartum depression trial[J]. J Am Board Fam Med, 2011, 24(2): 187-193.
- [2] Boyd RC, Amsterdam JD. Mood disorders in women from adolescence to late life: an overview[J]. Clin Obstet Gynecol, 2004, 47(3): 515-526.
- [3] 张 妍, 张文颖, 周 玲, 等. 产后抑郁症的相关危险因素的探讨[J]. 中国实验诊断学, 2013, 17(1): 85-87.
- [4] 司继娟. 心理护理及健康教育对产后抑郁症患者的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(6): 41-42.
- [5] 刘继文, 李福业, 连玉龙. 社会支持评定量表的信度效度研究[J]. 新疆医科大学学报, 2008, 31(1): 1-3.
- [6] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志, 1999: 31-35.
- [7] 龚耀先. 艾森克个性问卷手册[M]. 长沙: 湖南医学院出版社, 1986: 42-49.
- [8] 姚树桥, 孙学礼. 医学心理学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 96-97.
- [9] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志, 1999: 78.
- [10] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志, 1999: 159-160.
- [11] Gorman LL, Hara MW, Figueiredo B, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures[J]. Br J Psychiatry Suppl, 2004, 12(46): 172-173.
- [12] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale[J]. Br J Psychiatry, 2009, 158: 283-285.
- [13] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. DSM-IV-TR 轴 I 障碍临床定式检查使用指南(研究版)[M]. 张 波, 译. 北京: 北京回龙观医院临床流行病学研究室, 2009: 1-110.
- [14] Youn JH, Jeong IS. Predictors of postpartum depression: prospective cohort study[J]. J Korean Acad Nurs, 2013, 43(2): 225-235.
- [15] Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression[J]. Dtsch Arztebl Int, 2012, 19(24): 419-424.
- [16] Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou[J]. Asian Pac J Trop Med, 2014, 7(3): 244-249.
- [17] 胡海萍, 吴志国, 吴荣琴, 等. 孕晚期综合性医院焦虑抑郁量表评分对产后抑郁症的预测研究[J]. 中华精神科杂志, 2014, 47(6): 331-335.
- [18] Silva R, Jansen K, Souza L, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system[J]. Rev Bras Psiquiatr, 2012, 34(2): 143-148.
- [19] Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, et al. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar[J]. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2013, 34(2): 90-97.
- [20] Nikpour M, Delavar MA, Abedian Z. Type of delivery and self reported postpartum symptoms among Iranian women[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2013, 40(1): 144-147.
- [21] 阙 慧. 产后抑郁症相关影响因素 logistic 回归分析[J]. 中外医学研究, 2015, 13(31): 66-67.
- [22] 张志英. 380 例产后抑郁症发生率及其影响因素的临床探讨[J]. 医学信息, 2014, 27(4): 152-153.
- [23] 张 颖, 杜玉开. 431 例妇女产后抑郁情况及社会心理影响因素分析[J]. 医学与哲学, 2015, 36(14): 84-86.
- [24] 胡付娇. 产后抑郁诱发因素临床探讨[J]. 中国医学创新, 2014, 11(8): 94-95.
- [25] 汤琼瑶, 陈燕娥, 李 欣. 产后抑郁症的发病情况调查及其影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 23(29): 3795-3797.
- [26] Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review[J]. Am J Obstet Gynecol, 2010, 202(1): 5-14.
- [27] Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psycho social perspectives from a cohort study in Tokyo[J]. PLoS One, 2015, 10(12): e0142410.
- [28] Jin Q, Mori E, Sakajo A. Risk factors, cross-cultural stressors and postpartum depression among immigrant Chinese women in Japan[J]. Int J Nurs Pract, 2016, 22(S1): 38-47.
- [29] 田 倩. 对导致产后抑郁症相关因素的分析[J]. 当代医药论丛, 2016, 14(10): 142-143.
- [30] 廖培培, 李玉红, 张 柳. 产后忧郁与自我接纳、社会支持的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(9): 1829-1831.
- [31] 李桂云, 叶俊青. 深圳市罗湖区外来女性产后抑郁症流行病学研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(4): 85-92.
- [32] 徐素君, 陈 敏, 陈立新. 产后抑郁症在产妇中的发病情况及相关影响因素分析[J]. 实用预防医学, 2016, 23(2): 194-195.

(责任编辑: 方 济)