

# 社区产妇产后抑郁的影响因素分析

余毅婷, 李经博, 吴逸凡, 李珍\*

上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心康复科, 上海

收稿日期: 2025年12月5日; 录用日期: 2025年12月28日; 发布日期: 2026年1月8日

## 摘要

本研究调查社区产妇产后抑郁的发生率及关键影响因素。横断面样本461例, 以SAS与SDS量表评估情绪状态, 多元线性回归检验关联。结果显示, 产后抑郁比例偏高; 高收入( $>10000$ 元/月)与轻度劳动强度为独立危险因素(均 $P < 0.05$ ), 阴道分娩则呈保护效应( $B = -1.579$ ,  $P = 0.038$ )。提示干预策略应聚焦特定社会经济背景与分娩方式的女性, 提供精准心理支持。

## 关键词

产后抑郁, 社区产妇, 影响因素, 横断面研究, 抑郁自评量表(SDS)

# Analysis of Influencing Factors of Postpartum Depression in Community Puerperae

Yiting She, Jingbo Li, Yifan Wu, Zhen Li\*

Department of Rehabilitation, Jinyang Community Health Service Center, Pudong New Area, Shanghai

Received: December 5, 2025; accepted: December 28, 2025; published: January 8, 2026

## Abstract

The study investigated the incidence and key influencing factors of postpartum depression (PPD) among community-based postpartum women. Using a cross-sectional design with a sample of 461 women, emotional status was assessed via the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS), with associations tested by multiple linear regression. The results indicated a notably high proportion of PPD. High income ( $>10,000$  RMB/month) and light-intensity labor were identified as independent risk factors (both  $P < 0.05$ ), whereas vaginal delivery showed a protective

\*通讯作者。

effect ( $B = -1.579$ ,  $P = 0.038$ ). These findings suggest that intervention strategies should be focused on women with specific socioeconomic backgrounds and delivery modes to provide precise psychological support.

## Keywords

**Postpartum Depression, Community Postpartum Women, Influencing Factors, Cross-Sectional Study, Self-Rating Depression Scale (SDS)**

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

产褥期焦虑与抑郁是产妇最常见的心理困扰，已演变为全球公共卫生议题。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)指出，全球约 10%~15% 产妇受产后抑郁症(Postpartum Depression, PPD)影响[1]，而国内调查提示中国产褥期焦虑抑郁比例更高[2]。研究表明[3] [4]，产后抑郁显著损害产妇身心健康，表现为持续情绪低落、易激惹、自我评价下降、失眠及多种躯体症状；同时减少母婴互动、降低母乳喂养率，并升高婴儿患病风险[5]。严重时，产后抑郁甚至可能导致孕妇出现自杀或伤害婴儿等极端想法[6]。因此，本研究拟以问卷形式评估社区产妇产褥期心理状态，厘清焦虑抑郁的发生率与特征，并识别相关影响因素，为制定精准心理干预策略提供依据。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 病例选择

纳入 2023 年 1 月到 2024 年 10 月五个社区处于产褥期的产妇，采用便利抽样方法，结合分层随机抽样策略，剔除不符合纳入标准的个体，所有产妇均对本研究知情同意，且自愿签署知情同意书。纳入标准：① 产妇年龄在 18~45 岁之间；② 患者精神意识正常，能配合医护人员完成调查，产前无精神病史；剔除标准：① 有严重基础疾病，严重高血压病、严重糖尿病、严重心脏病及其他器官或系统原发性疾病的患者；② 认知功能障碍患者；③ 妊娠前已伴有抑郁症、精神分裂症等精神性疾病者或合并恶性肿瘤者；④ 未完成问卷调查者。

### 2.2. 研究方法

研究设计采用横断面调查的方式，数据通过问卷调查收集，问卷内容涵盖产妇的基本情况、社会经济状况、生活方式、分娩经历以及心理健康状况等多个方面，问卷分为三个主要部分，第一部分是产妇的基本信息，包括年龄、教育水平、职业、婚姻状况等，第二部分是分娩相关的信息，包括分娩方式、分娩地点、是否接受过产前教育等。第三部分是心理健康量化分析，评估采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS) [7] 和抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS) [8] 以及汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD) [9] 对产妇的心理健康状况进行量化评估。

#### 2.2.1. 观察指标

焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分，两个量表各有 20 个条目，每个条目 1~4 分，共计 80

分, 总分 = 量表得分  $\times 1.25$ 。SAS 分界值为 50 分, 50~59 分为轻度焦虑; 60~69 分为中度焦虑; 70 分及以上为重度焦虑。SDS 分界值为 53 分, 53~62 分为轻度抑郁; 63~72 为中度抑郁; 73 分及以上为重度抑郁。SAS 和 SDS 在产褥期人群中表现出良好的心理测量学特性, 能够准确识别大多数需要临床关注的病例, 同时将假阳性和假阴性结果控制在较低水平[10][11]。

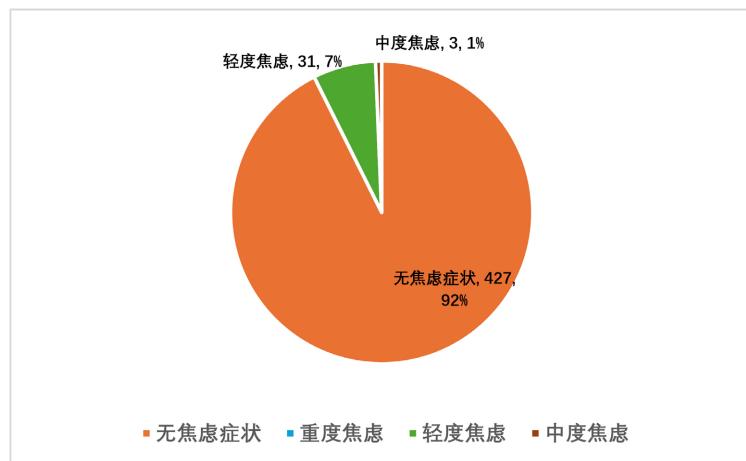
### 2.2.2. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料根据正态性检验结果选择描述方式: 符合正态分布者以均值  $\pm$  标准误( $\bar{X} \pm s$ )表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 非正态分布数据以中位数(四分位间距) [M(P25, P75)]描述, 组间比较采用 Mann-Whitney U 检验或 Kruskal-Wallis H 检验。计数资料以频数(百分比)表示, 组间差异采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确检验。为深入探究影响因素, 采用逐步多元线性回归(Stepwise 法)分析 SAS/SDS 评分的关键预测变量, 模型纳入年龄、孕前 BMI 等连续变量及劳动强度(哑变量化: 以轻度为参照)、分娩方式(哑变量化: 以经阴道为参照)等分类变量。回归模型通过方差膨胀因子(VIF < 2)排除多重共线性, 并利用标准化残差直方图、P-P 图及散点图验证正态性、线性关系与方差齐性假设。所有检验均为双侧,  $P < 0.05$  视为差异有统计学意义。

## 3. 结果

### 3.1. 产褥期产妇焦虑抑郁状态现状

在 461 例产褥期产妇中, 仅 7.4% (34/461) 出现焦虑症状, 其中轻度 31 例, 占 6.7%; 中度 3 例, 占 0.7%; 未发现重度焦虑抑郁状态发生率高达 87.4% (403/461), 超过半数产妇(52.5%, 242 例)处于中度抑郁, 34.3% (158 例) 为轻度抑郁, 另有 0.7% (3 例) 达重度抑郁, 仅 12.6% (58 例) 无抑郁表现。



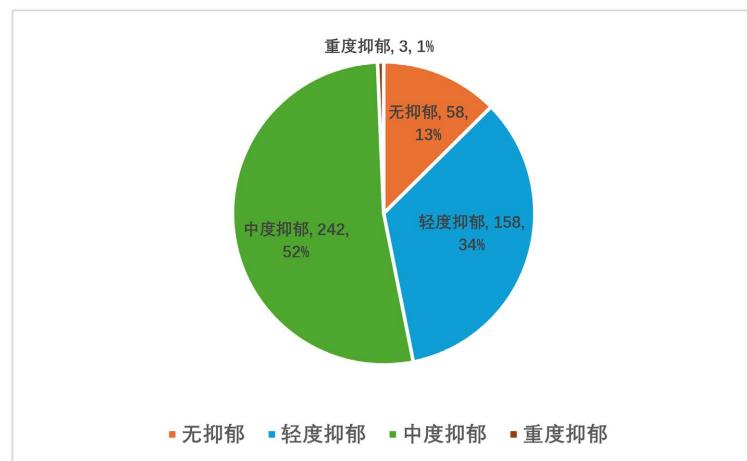
**Figure 1.** Anxiety status of puerperal women in the community  
**图 1.** 社区产褥期妇女焦虑情况

### 3.2. 不同特征产褥期产妇焦虑抑郁状态比较

#### 3.2.1. 焦虑评分(SAS)

不同特征产妇的焦虑评分(SAS)比较结果显示:

$\geq 35$  岁产妇的 SAS 评分明显高于  $< 35$  岁者, 差异有统计学意义。高收入家庭组的 SAS 评分高于其余收入组( $P = 0.047$ )引产中转剖宫产者的 SAS 评分最高, 高于阴道分娩和直接剖宫产组( $P = 0.019$ )合并盆底



**Figure 2.** Depression status of puerperal women in the community  
**图 2.** 社区产褥期妇女抑郁情况

功能障碍者的 SAS 评分高于功能正常者( $P = 0.006$ )不同 BMI、既往慢病史、职业类型、体力劳动强度及运动频率分组间的 SAS 评分差异均无统计学意义各组数据见表 1。

**Table 1.** Analysis of anxiety scores among community women during pregnancy and puerperium  
**表 1.** 社区孕产期妇女焦虑评分情况

资料	分组	例数(%)	SAS 评分(分)	统计量	P 值
<b>年龄(高龄产妇)</b>				$t = -3.277$	0.001
	<35 岁	394 (85.5)	$41.28 \pm 6.79$		
	$\geq 35$ 岁	67 (14.5)	$43.66 \pm 5.22$		
<b>BMI</b>				$F = 0.856$	0.464
	体重过轻( $\leq 18.4$ )	21 (4.6)	$43.51 \pm 7.77$		
	正常( $18.4 < \text{BMI} \leq 23.9$ )	278 (60.3)	$41.53 \pm 6.42$		
	超重( $23.9 < \text{BMI} \leq 27.9$ )	135 (29.3)	$41.34 \pm 7.16$		
	肥胖( $\text{BMI} > 27.9$ )	27 (5.8)	$42.59 \pm 5.02$		
<b>职业性质</b>				$F = 1.055$	0.349
	工人	390 (84.6)	$41.57 \pm 6.36$		
	农民	5 (1.1)	$38.00 \pm 8.46$		
	军人	66 (14.3)	$42.25 \pm 7.98$		
<b>体力劳动强度</b>				$F = 1.516$	0.221
	重度	7 (1.5)	$43.75 \pm 9.66$		
	中度	118 (25.6)	$42.39 \pm 6.95$		
	轻度	336 (72.9)	$41.32 \pm 6.45$		
<b>家庭月收入</b>				$F = 2.674$	0.047
	<2000 元	2 (0.4)	$41.25 \pm 7.07$		
	2001~5000 元	9 (2.0)	$36.94 \pm 11.64$		
	5001~10000 元	68 (14.8)	$40.37 \pm 7.44$		
	>10000 元	382 (82.9)	$41.97 \pm 6.29$		

续表

运动频率			F = 0.453	0.715
不运动	210 (45.6)	41.79 ± 6.53		
<1 次/周	159 (34.5)	41.20 ± 7.16		
1~2 次/周	70 (15.2)	42.21 ± 5.89		
≥3 次/周	22 (4.8)	41.42 ± 6.08		
分娩方式			F = 4.014	0.019
经阴道分娩	267 (57.9)	40.89 ± 6.93		
引产中转剖宫产	38 (8.2)	42.99 ± 4.73		
直接剖宫产	156 (33.8)	42.56 ± 6.38		
盆底功能状态			t = -3.950	0.015
不影响生活	73 (15.8)	41.11 ± 6.25		
中度、重度障碍	388 (84.2)	44.40 ± 7.88		
既往慢性疾病			t = -1.158	0.104
有	402 (87.2)	42.56 ± 7.53		
无	59 (12.8)	41.49 ± 6.49		

### 3.2.2. 抑郁评分(SDS)

不同特征产妇的抑郁评分(SDS)比较结果显示:

≥35岁产妇的SDS得分明显高于<35岁组,差异有统计学意义( $P=0.001$ )。职业类型不同,SDS得分亦显著有别( $P=0.002$ ),工人组最高( $60.23 \pm 7.32$ ),农民组最低( $52.75 \pm 10.55$ )。按体力劳动强度划分,轻体力组得分最高( $60.29 \pm 7.34$ ),重体力组最低( $54.29 \pm 13.25$ ),差异仍显著( $P=0.014$ )。BMI分级、运动频次、分娩方式及盆底功能状态各组间SDS得分均未观察到统计学差异(均  $P > 0.05$ ),具体数值见表2。

**Table 2.** Analysis of depression scores among community perinatal women  
**表2.** 社区孕产期妇女抑郁评分情况

资料	分组	例数(%)	SDS 评分(分)	统计量	P 值
年龄(高龄产妇)				t = -3.375	0.001
	<35岁	394 (85.5)	59.33 ± 8.55		
	≥35岁	67 (14.5)	61.75 ± 4.71		
BMI				F = 0.369	0.775
	体重过轻( $\leq 18.4$ )	21 (4.6)	58.45 ± 7.916		
	正常( $18.4 < \text{BMI} \leq 23.9$ )	278 (60.3)	59.65 ± 7.88		
	超重( $23.9 < \text{BMI} \leq 27.9$ )	135 (29.3)	59.68 ± 8.72		
	肥胖( $\text{BMI} > 27.9$ )	27 (5.8)	60.93 ± 8.35		
职业性质				F = 6.495	0.002
	工人	390 (84.6)	60.23 ± 7.32		
	农民	5 (1.1)	52.75 ± 10.55		
	军人	66 (14.3)	56.97 ± 11.35		

续表

体力劳动强度			F = 4.286	0.014
重度	7 (1.5)	54.29 ± 13.25		
中度	118 (25.6)	58.27 ± 9.65		
轻度	336 (72.9)	60.29 ± 7.34		
家庭月收入			F = 3.125	0.026
<2000 元	2 (0.4)	57.50 ± 10.61		
2001~5000 元	9 (2.0)	53.89 ± 8.53		
5001~10000 元	68 (14.8)	57.89 ± 10.06		
>10000 元	382 (82.9)	60.15 ± 7.67		
运动频率			F = 1.646	0.178
不运动	210 (45.6)	59.59 ± 7.94		
<1 次/周	159 (34.5)	58.92 ± 8.91		
1~2 次/周	70 (15.2)	61.45 ± 6.65		
≥3 次/周	22 (4.8)	60.45 ± 8.28		
分娩方式			F = 2.364	0.095
经阴道分娩	267 (57.9)	59.02 ± 8.75		
引产中转剖宫产	38 (8.2)	59.70 ± 5.42		
直接剖宫产	156 (33.8)	60.80 ± 7.53		
盆底功能状态			t = -0.268	0.789
不影响生活	73 (15.8)	59.91 ± 7.80		
中度、重度障碍	388 (84.2)	59.64 ± 8.22		
既往慢性疾病			t = -0.173	0.763
有	402 (87.2)	59.85 ± 7.68		
无	59 (12.8)	59.65 ± 8.22		

### 3.3. 产褥期产妇焦虑抑郁状态因素分析

#### 3.3.1. 焦虑因素分析

以逐步多元线性回归(stepwise)考察产褥期焦虑水平(SAS 评分)的影响因素。年龄、孕前 BMI、PFDI-20 得分、劳动强度、家庭月收入、运动频率、分娩方式、体重分组及既往慢病史一并纳入自变量，分类变量已设哑变量，参照组分别为“劳动强度——轻度”“收入——10000 元以上”“分娩方式——经阴道”。模型最终保留三项预测因子，依进入次序为：收入水平、劳动强度、分娩方式。

最终模型具有统计学意义( $F = 13.312, p < 0.001$ )，解释了 SAS 评分 7.4% 的变异(调整后  $R^2 = 0.074$ )。如表 4 所示，盆底功能障碍严重程度( $Beta = 0.228, p < 0.001$ )和直接剖腹产(与阴道分娩相比， $B = 1.866, p = 0.002$ )是焦虑的危险因素。而中等收入水平(5000~10000 元)为保护因素，其焦虑水平显著低于高收入组( $>10000$  元) ( $B = -2.004, p = 0.011$ )

经检验，模型未出现多重共线性，所有方差膨胀因子均低于 2。残差分析显示，数据符合线性回归对正态性和方差齐性的要求。

**Table 3.** Anxiety score regression model**表 3.** 焦虑评分回归模型

模型	R	R <sup>2</sup>	调整后 R <sup>2</sup>	F	p
1	0.218	0.047	0.045	22.808	<0.001
2	0.260	0.067	0.063	16.549	<0.001
3	0.283	0.080	0.074	13.312	<0.001

注：因变量为 SAS 评分。模型 1 预测变量：PFDI-20 评分；模型 2 增加：分娩方式；模型 3 增加：收入水平。

**Table 4.** Regression analysis of factors affecting anxiety scores**表 4.** 焦虑评分因素回归分析

影响因素	B	标准误	BETA	T	P	95% CI FOR B
(常量)	39.585	0.856		46.254	<0.001	[37.90, 41.27]
PFDI-20 评分	0.154	0.030	0.228	5.067	<0.001	[0.094, 0.214]
分娩方式(参照：经阴道)						
直接剖腹产	1.866	0.603	0.139	3.093	0.002	[0.680, 3.052]
收入水平(参照：>10000 元/月)						
5000~10000 元/月	-2.004	0.790	0.114	-2.538	0.011	[-3.556, -0.453]

注：因变量为 SAS 评分。B 为未标准化系数，Beta 为标准化系数。仅列出 p < 0.05 的变量。B 值表示自变量对 SAS 评分的具体影响程度和方向。

### 3.3.2. 抑郁因素分析

采用逐步多元线性回归考察产褥期抑郁水平(SDS 得分)的关联因素，将年龄、孕前 BMI、PFDI-20 得分、劳动强度、家庭月收入、运动频率、分娩方式、体重分组及既往慢病史一并纳入。分类变量已设哑变量，以“劳动强度——轻度”“收入 ≥ 10,000 元”“阴道分娩”为参照。模型依次收入、劳动强度、分娩方式三项，整体显著(F = 5.844, p = 0.001)，但解释力有限，调整后 R<sup>2</sup> 仅 0.031，三者合计解释 SDS 得分 3.1% 的变异。

表 6 显示，在控制其他变量后，家庭月收入、劳动强度和分娩方式均显著预测 SDS 评分(p < 0.05)。与月收入超过 10000 元的产妇相比，收入 2000~5000 元组的抑郁得分低 6.451 分(p = 0.019)；从事中度体力劳动者比轻度体力劳动者得分低 2.004 分(p = 0.019)，提示轻度劳动本身与较高抑郁风险相关。直接剖宫产者的抑郁得分比经阴道分娩者高 1.668 分(p = 0.045)。年龄、孕前 BMI、PFDI-20 评分及既往慢性疾病史对抑郁水平的影响均未达显著水平。

检验显示，多重共线性并不显著，所有方差膨胀因子均低于 2。残差诊断进一步确认，数据符合线性回归对正态分布与方差齐性的要求。

**Table 5.** Regression model for depression scores**表 5.** 抑郁评分回归模型

模型	R	R <sup>2</sup>	调整后 R <sup>2</sup>	F	显著性(p)
1	0.126	0.016	0.014	7.435	0.007
2	0.167	0.028	0.024	6.545	0.002
3	0.192	0.037	0.031	<b>5.844</b>	0.001

注：因变量为 SDS 评分。模型 1 预测变量：收入(参照：>10000 元)；模型 2 增加：劳动强度(参照：轻度)；模型 3 增加：分娩方式(参照：经阴道)。

**Table 6.** Regression analysis of factors affecting depression scores  
**表 6. 抑郁评分因素回归分析**

影响因素	B	标准误	Beta	t	p	95% CI for B
(常量)	57.097	1.133	-	50.395	0.000	[54.87, 59.32]
收入(参照: >10000 元/月)						
2000~5000 元/月	-6.451	2.739	-0.110	-2.355	0.019	[-11.84, -1.07]
劳动强度(参照: 轻度)						
中度	-2.004	0.849	-0.110	-2.362	0.019	[-3.67, -0.34]
分娩方式(参照: 经阴道)						
直接剖腹	1.668	0.830	0.097	2.009	0.045	[0.04, 3.30]

注: 因变量为 SDS 评分。B 为未标准化系数, Beta 为标准化系数。仅列出  $p < 0.05$  的变量。B 值表示自变量对 SDS 评分的具体影响程度和方向。

#### 4. 讨论

WHO 指出[1], 孕期及产后抑郁、焦虑等心理障碍十分常见, 但关于产后抑郁与焦虑的确切诱因仍缺乏足够证据。为此, 本研究聚焦相关影响因素, 重点考察社会支持对产妇抑郁的作用。

本研究描绘的社区产妇产褥期心理健康图景不容乐观: 抑郁检出率 87.4%, 远高于全球报告水平; 其中一半以上(52.5%)达中度, 焦虑却仅 7.4%。这种反差提示产后情绪问题更具隐蔽性与复杂性。 $\geq 35$  岁的高龄产妇无论焦虑还是抑郁得分均显著高于年轻组, 生殖衰老压力与多重家庭角色冲突可能是关键诱因[12], 凸显其脆弱性。然而, 这一高比例需冷静看待。SDS 量表敏感但特异度低, 易把“产后心绪不良”等短暂情绪波动计入, 导致临床抑郁被放大。筛查阳性者中, 轻、中、重度比例依次为 34.3%、52.5%、0.7%, 绝大多数属轻中度。样本局限于华东某市五个社区, 倾向性选择(更关注健康或更有空闲者易入组)可能抬高报告率。后续研究应引入 DSM/ICD 诊断访谈, 联合多工具、跨地区比较, 方能逼近产后抑郁的真实流行率。

过去有研究指出[13], 低收入女性更容易出现产后抑郁, 经济压力和社会支持不足被视为主要诱因。多项研究也强调[14]-[16], 社会支持不足是产后抑郁的重要风险因素, 但不同城市可提供的支持水平存在差异。本研究发现, 高收入组(月收入超过 10000 元)产妇的焦虑水平显著高于其他收入组, 而中等收入组(月收入 5000~10000 元)的焦虑水平反而最低。这可能是因为: 高收入群体通常面临更高的职业期望和社会压力。尤其是受教育程度高、年龄较大的产妇, 更可能因适应母亲角色困难、自我要求过高, 以及担忧职业发展受限而感到焦虑[17]。此外, 高收入往往伴随更重的工作责任, 长期精神紧张和睡眠不足可能影响大脑化学平衡, 从而加剧焦虑相比之下, 中等收入群体可能享有更稳定的家庭支持与社会资源, 工作压力相对较小, 反而成为缓解焦虑的保护因素。

本研究中工人群体抑郁得分最高, 或与其工作自主性低、重复性高且缺乏职业价值感有关。人们常以为体力负荷越重, 心理负担越大, 然而数据显示, 轻度体力劳动者的抑郁水平反而更高。一个合理的解释是, 流水线操作员、服务业员工等轻度劳动者面临“高要求 - 低控制”情境: 任务单调却管理严苛, 情绪资源易被耗尽。中重度体力劳动者因身体疲劳, 反而减少了反刍思维的时间, 并在集体协作中获得更多社会支持。此外, 工人普遍承受收入不稳与晋升通道狭窄的双重压力, 抑郁风险随之升高。结果提示, 工作固有的“高要求 - 低控制”属性可能引发长期情感耗竭。研究表明[18], 正念减压疗法操作简便, 易于掌握与实践, 且能够有效改善情绪状态, 提升疼痛管理与身体恢复。因此, 临床可实施正念减压训练并与用人单位合作, 为孕晚期及返岗前的女职工提供弹性工作制、心理减压课程等支持性政策, 以降低

产后抑郁发生率，提升母婴健康。

针对不同劳动强度下的心理特征差异，可设计分层干预方案：轻度劳动者侧重调整工作认知，应对单调重复任务；中重度劳动者则通过同伴支持小组减轻孤独感，将职业健康教育纳入产前检查，指导女职工协调工作与家庭，降低由此带来的压力，医疗机构与社区卫生服务中心协作，为产后抑郁高风险人群提供长期随访，构建医院、社区、家庭三方协同的支持体系。

分娩方式的影响更为微妙：直接剖宫产显著抬升焦虑与抑郁风险，提示非计划手术带来的失控感与疼痛应激可对心理造成长期损伤[19]，因此术前心理评估、对高焦虑产妇的放松训练、术后积极暗示及有效镇痛或应纳入常规流程，以阻断“疼痛-焦虑-痛觉放大”的恶性循环。而盆底功能障碍则是焦虑的独立危险因素，其严重程度与焦虑评分呈正相关关系，这强烈提示，躯体功能康复是心理干预的重要基础[20]。盆底康复治疗能提高有效率，改善患者生活质量，缓解产后抑郁焦虑情绪，提高生活质量。未来临床路径应将盆底康复治疗与心理支持同步进行。值得注意的是，运动频率这一预期保护因素未显示出显著影响，可能与产后运动依从性低有关(仅4.8%产妇达到每周≥3次运动)。

虽然高龄、高收入、特定职业与劳动强度以及剖宫产等因素与焦虑或抑郁得分在统计上显著相关，但模型的解释力仍然很低：焦虑(SAS)与抑郁(SDS)的调整后R<sup>2</sup>仅分别为0.074和0.031。换言之，本次纳入的年龄、收入、分娩方式等变量只能解释情绪波动的很小一部分。因此，尽管这些因素在统计层面显著，它们对产后心理困扰总体变异的解释程度依旧有限。抑郁和焦虑是多重因素交织的结果，模型可能遗漏了更关键的预测变量。例如夫妻关系的满意度、实际获得的社会支持、育儿自我效能、人格特征、应对方式以及分娩经历与预期的落差等。后续研究需系统纳入上述心理与社会变量，构建更完整的预测框架，从而提升对产后情绪问题发生机制的解释力。

除了解释力偏低的模型和评估工具本身的限制，本研究还面临两点不足：横断面数据无法推断因果，也难以捕捉情绪的时序变化；样本集中在少数社区，对农村及流动人口等群体的代表性有限。后续工作宜改用追踪设计，纳入来源更广的受试者，并引入面对面访谈与生理指标，以便更细致、更准确地刻画产后抑郁的成因与演变过程。

## 参考文献

- [1] World Health Organization (2008) Maternal Mental Health and Child Health and Development in Low and Middle Income Countries.
- [2] 何萍, 赵静波, 白雅贤, 等. 广州市社区产妇产褥期抑郁、焦虑的发生情况及其危险因素[J]. 中国妇幼保健, 2007(30): 4227-4229.
- [3] 王芳. 初产妇产后焦虑抑郁发生状况及其影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(18): 3481-3483.
- [4] 金兰, 田文琴, 拓明花, 等. 基于列线图模型的产后抑郁风险预测[J]. 中国妇幼保健, 2025, 40(7): 1185-1188.
- [5] 李璇, Obore Nathan, 陶昱辰, 等. 中国人群产后抑郁状态与纯母乳喂养关联的Meta分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2023, 27(11): 1329-1335.
- [6] 魏晓薇, 李强, 翟宏堃, 等. 产后抑郁的社会心理影响因素: 基于产后抑郁的认知行为模型[J]. 心理技术与应用, 2022, 10(6): 330-340.
- [7] 彭元娥, 朱谦. 应用焦虑自评量表对住院孕产妇的调查结果分析[J]. 中国初级卫生保健, 2002(10): 50.
- [8] 张丽霞, 胡玉明. 宫颈扩张球囊联合缩宫素促宫颈成熟对妊娠结局及抑郁自评量表评分的影响[J]. 临床合理用药, 2023, 16(13): 159-161, 165.
- [9] 党利梅, 李婷婷, 苗璐璐, 等. 产科全程心理健康服务对产妇产前焦虑及产后抑郁状况的影响[J/OL]. 中国健康心理学杂志: 1-6. <https://link.cnki.net/urlid/11.5257.R.20250723.0959.014>, 2025-08-31.
- [10] 邢小莉. 整体护理在初产妇产后抑郁中的效果分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(18): 107-108.
- [11] Liu, X., Wang, S. and Wang, G. (2021) Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic

- Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, **31**, 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- [12] 杨文娇, 陈瑜, 肖超群, 等. 妊娠期女性抑郁和自杀意念的关系及其危险因素研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(3): 305-311, 318.
- [13] 严程娟, 胡希文, 傅菊萍, 等. 爱丁堡产后抑郁量表评分在经产妇产后抑郁症状评估中的应用及产后抑郁的影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(20): 4005-4008.
- [14] Zhao, X. and Zhang, Z. (2020) Risk Factors for Postpartum Depression: An Evidence-Based Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, **53**, Article ID: 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
- [15] Agrawal, I., Mehendale, A.M. and Malhotra, R. (2022) Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*, **14**, e30898. <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- [16] Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H.N., Park, B., Suh, M., et al. (2022) Author Correction: Association between Social Support and Postpartum Depression. *Scientific Reports*, **12**, Article No. 3899. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08119-x>
- [17] 张佳艺, 王亚婧, 张艳飞, 等. 某医院心理门诊职业女性精神障碍患者现状调查及影响因素研究[J]. 海军医学杂志, 2024, 45(11): 1206-1212.
- [18] 田杰, 张怡琳, 万嗣宝, 等. 昼夜节律、肠道微生物与精神健康关系的研究进展[J]. 食品与发酵工业, 2023, 49(19): 329-337.
- [19] Shahan, C.P., Nishtala, M., Matabele, M.M. and Zarzaur, B.L. (2024) Patient-reported Outcomes and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Emergency General Surgery. *Journal of Surgical Research*, **302**, 317-323. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.07.039>
- [20] 李艾霖, 欧杨, 罗勇, 等. 盆底肌训练联合微点阵激光治疗轻中度产后压力性尿失禁的疗效及对患者生活质量的影响[J]. 中国性科学, 2024, 33(4): 70-75.