· 论 著 ·

高危妊娠产妇分娩心理创伤的影响因素分析

李姿含[1]，孙念梅[2]，王盛玲[1]

1.贵州医科大学护理学院，贵州 贵阳 550001；2.贵州医科大学附属医院，贵州 贵阳 550004

摘要：目的 分析高危妊娠产妇分娩心理创伤水平及其影响因素，为提高高危妊娠产妇心理健康水平提供参考。**方法** 采用方便抽样方法抽取2024年12月—2025年6月在贵阳市某三甲医院产科住院分娩的高危妊娠产妇为研究对象，通过问卷调查收集社会人口学信息和临床资料等；采用分娩心理创伤评估量表、领悟社会支持量表、抗逆力量表和心盛量表分别评估分娩心理创伤水平、领悟社会支持水平、抗逆力水平和心盛水平。采用多重线性回归模型分析高危妊娠产妇分娩心理创伤的影响因素。**结果** 调查高危妊娠产妇508例，年龄为（31.40±4.51）岁。本科及以上文化程度259例，占50.98%。分娩心理创伤得分为（71.71±14.76）分，领悟社会支持得分为（56.92±8.68）分，抗逆力得分为（22.38±4.46）分，心盛得分为（32.19±7.78）分。多重线性回归分析结果显示，主干家庭（β'=0.104）、紧急剖宫产（β'=0.180）、有妊娠合并症或并发症（β'=0.132）、有不良孕产史（β'=0.075）、妊娠晚期睡眠质量差（β'=0.365）、领悟社会支持得分低（β'=−0.123）、抗逆力得分低（β'=−0.094）、心盛得分低（β'=−0.186）与高危妊娠产妇较高的分娩心理创伤存在统计学关联。**结论** 高危妊娠产妇分娩心理创伤水平处于中等，家庭结构、分娩方式、妊娠合并症或并发症、不良孕产史、妊娠晚期睡眠质量、领悟社会支持水平、抗逆力水平和心盛水平是其影响因素。

关键词：高危妊娠；分娩心理创伤；领悟社会支持；抗逆力；心盛

中图分类号：R173 **文献标识码：**A **文章编号：**2096-5087（2026）02-0140-05

Influencing factors for psychological birth trauma among puerperae with high-risk pregnancy

LI Zihan[1], SUN Nianmei[2], WANG Shengling[1]

1.School of Nursing, Guizhou Medical University, Guiyang, Guizhou 550001, China; 2.The Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang, Guizhou 550004, China

Abstract: Objective To analyze the level of psychological birth trauma (PBT) and its influencing factors among puerperae with high-risk pregnancy, so as to provide a reference for enhancing their mental health. **Methods** Using a convenience sampling method, puerperae with high-risk pregnancy who delivered at the obstetrics department of a tertiary hospital in Guiyang City between December 2024 and June 2025 were recruited as the study subjects. Data on sociodemographic characteristics and clinical information were collected through questionnaire surveys. The level of PBT was assessed using the Psychological Birth Trauma Scale, while perceived social support, resilience, and flourishing were measured with the Perceived Social Support Scale, Resilience Scale, and Flourishing Scale, respectively. Multiple linear regression model was employed to analyze the influencing factors for PBT among puerperae with high-risk pregnancy. **Results** A total of 508 puerperae with high-risk pregnancy were surveyed, with an average age of (31.40±4.51) years. Among them, 259 held a bachelor's degree or above (50.98%). The scores for PBT, perceived social support, resilience, and flourishing were (71.71±14.76), (56.92±8.68), (22.38±4.46), and (32.19±7.78) points, respectively. Multiple linear regression analysis indicated that puerperae with high-risk pregnancy who living in a stem family (β'=0.104), undergoing emergency cesarean delivery (β'=0.180), having pregnancy-related comorbidities or complications (β'=0.132), having a history of adverse pregnancy outcomes (β'=0.075), poor sleep quality in the third trimester (β'=0.365), lower score for

DOI：10.19485/j.cnki.issn2096-5087.2026.02.007

基金项目：贵州医科大学附属医院护理科研项目（gyfyhl-2025-A6）

作者简介：李姿含，硕士研究生在读，护理专业

通信作者：孙念梅，E-mail：1159228022@qq.com

perceived social support (β'=−0.123), lower score for resilience (β'=−0.094), and lower score for flourishing (β'=−0.186) were statistically associated with higher levels of PBT. **Conclusions** The level of PBT among puerperae with high-risk pregnancy was moderate. Family structure, mode of delivery, pregnancy-related comorbidities or complications, history of adverse pregnancy outcomes, sleep quality in the third trimester, perceived social support, resilience, and flourishing were factors affecting the level of PBT.

Keywords: high-risk pregnancy; psychological birth trauma; perceived social support; resilience; flourishing

高危妊娠是指在妊娠期或分娩过程中可能威胁母体或胎儿健康，甚至引发妊娠合并症或并发症的妊娠状况[1]。高危妊娠不仅面临更高的分娩风险，产妇因过度担忧母婴安全、诊疗及潜在并发症等因素，承受巨大的心理压力，易产生心理健康问题[2-4]。分娩心理创伤（psychological birth trauma，PBT）是指产妇对分娩相关事件的主观感知而产生的痛苦情绪体验，如恐惧、绝望或失控等，可持续影响至产后[5]。研究表明，与普通产妇相比，高危妊娠产妇更易经历PBT，进而对母婴双方生活产生负面影响[6]。本研究分析高危妊娠产妇 PBT 水平及其影响因素，为促进高危妊娠产妇的心理健康提供参考。

1　对象与方法

1.1　对象

采用方便抽样方法抽取 2024 年 12 月—2025 年 6 月在贵阳市某三甲医院产科住院分娩的高危妊娠产妇为研究对象。纳入标准：（1）根据《孕产妇妊娠风险评估表》评估妊娠风险，分级标识为“橙色”和“红色”的产妇为高危妊娠产妇[7]；（2）产后 7 d 内[8]；（3）认知功能正常，无精神心理疾病，有基本沟通及阅读能力；（4）签署知情同意书，自愿参与本研究。排除标准：（1）身体虚弱或合并严重疾病无法完成调查；（2）近 1 年内经历过重大创伤事件。本研究通过贵州医科大学伦理委员会审查，审批号：2024 伦审第（158）号。

1.2　方法

1.2.1　一般资料调查

经文献阅读及小组讨论，自行设计调查问卷，包括：（1）社会人口学信息，年龄、文化程度、居住地、职业、家庭人均月收入、家庭结构、婚姻状况和医疗保险类型；（2）临床资料，产次、分娩方式、妊娠合并症或并发症、不良孕产史、计划妊娠和妊娠晚期睡眠质量等。家庭结构分为 2 类，核心家庭指产妇、配偶及未婚子女共同居住且无其他亲属同住的单元；主干家庭指产妇、配偶与至少 1 位长辈共同居住的多代际单元。分娩方式以分娩记录中手术记录或产程记录为准。妊娠合并症指在妊娠开始前已存在，或在妊娠期发生、并非由妊娠直接引起的疾病，包括心血管系统疾病、内分泌系统疾病和血液系统疾病等；妊娠并发症指伴随妊娠而出现的疾病，如妊娠高血压、胎盘早剥和前置胎盘等。不良孕产史包括流产≥3 次、早产、围产儿畸形/死亡、阴道难产或子宫手术史≥2 次等。妊娠晚期睡眠质量是指孕 28 周后孕妇在夜间及日间睡眠过程中，睡眠的连续性、时长、深度及醒后主观感受的综合评估，由研究对象自我报告。

1.2.2　PBT 评估

采用孙晓晴等[9]编制的 PBT 评估量表评估 PBT 水平。量表包括 2 个部分，6 个维度，29 个条目，产时感受部分包括支持缺乏、失控、尊严剥夺和安全威胁 4 个维度；产后效应部分包括身心症状、消极认知 2 个维度。各条目采用 Likert 5 级评分法，从“非常不同意”至“非常同意”，分别计 1~5 分，其中条目 1、2、4、10 和 16 反向计分，总分 29~145 分，得分越高表明 PBT 水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.888。

1.2.3　领悟社会支持评估

采用领悟社会支持量表[10]评估领悟社会支持水平。量表 3 个维度，12 个条目，条目 1、4、7 和 11 为家庭支持维度，条目 2、6、9 和 10 为朋友支持维度，条目 3、5、8 和 12 为其他支持维度，各条目采用 Likert 7 级评分法，从“极不同意”至“极同意”，分别计 1~7 分，总分 12～84 分，得分越高表明领悟社会支持水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.839。

1.2.4　抗逆力评估

采用抗逆力量表[11]评估抗逆力水平，即产妇面对压力时的心理适应能力。量表 10 个条目，各条目采用 Likert 4 级评分法，从“从不”至“总是”，分别计 0~4 分，总分 0～40 分，得分越高表明个体抗逆力水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.715。

1.2.5　心盛评估

采用赖巧珍[12]汉化的心盛量表评估心盛水平，心盛是个体情绪、认知及社会功能兼具的积极心理健康状态，表现为能感知持续积极情绪与自我价值。量

表 8 个条目，各条目采用 Likert 7 级评分法，从“非常不符合”至“非常符合”，分别计 1~7 分，总分 8~56 分，得分越高表明心盛水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.803。

1.3 统计分析

采用 SPSS 26.0 软件统计分析。定量资料服从正态分布的采用均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）描述，组间比较采用 t 检验或单因素方差分析；定性资料采用相对数描述。采用 Pearson 相关分析 PBT 得分与领悟社会支持得分、抗逆力得分、心盛得分的相关性。采用多重线性回归模型分析高危妊娠产妇 PBT 的影响因素。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结　果

2.1 基本情况

发放问卷 530 份，回收有效问卷 508 份，问卷有效率为 95.85%。调查高危妊娠产妇 508 例，年龄为（31.40±4.51）岁。本科及以上文化程度 259 例，占 50.98%。居住在城镇 355 例，占 69.88%。无业 176 例，占 34.65%。家庭人均月收入>4 000~<8 000 元 241 例，占 47.44%。核心家庭 307 例，占 60.43%。已婚 455 例，占 89.57%。城镇职工医疗保险 205 例，占 40.35%。经产妇 270 例，占 53.15%。计划剖宫产 171 例，占 33.66%。有妊娠合并症或并发症 280 例，占 55.12%。无不良孕产史 327 例，占 64.37%。计划妊娠 435 例，占 85.63%。妊娠晚期睡眠质量优秀 189 例，占 37.20%。

2.2 高危妊娠产妇 PBT 得分比较

PBT 得分为（71.71±14.76）分，领悟社会支持得分为（56.92±8.68）分，抗逆力得分为（22.38±4.46）分，心盛得分为（32.19±7.78）分。主干家庭、有妊娠合并症或并发症、有不良孕产史的高危妊娠产妇 PBT 得分较高（均 P<0.05）；文化程度、家庭人均月收入、分娩方式和妊娠晚期睡眠质量不同的高危妊娠产妇 PBT 得分比较，差异有统计学意义（均 P<0.05）。见表 1。Pearson 相关分析结果显示，PBT 得分与领悟社会支持得分（r=−0.388，P<0.001）、抗逆力得分（r=−0.251，P<0.001）、心盛得分（r=−0.382，P<0.001）呈负相关。

2.3 高危妊娠产妇 PBT 影响因素的多重线性回归分析

以 PBT 得分为因变量，以文化程度、家庭人均月收入、家庭结构、分娩方式、妊娠合并症或并发症、不良孕产史、妊娠晚期睡眠质量、领悟社会支持得分、抗逆力得分和心盛得分为自变量，进行多重线性回归分析，各变量间共线性诊断方差膨胀因子均<5，表明不存在共线性。结果显示，家庭结构、分娩方式、妊娠合并症或并发症、不良孕产史、妊娠晚期睡眠质量、领悟社会支持得分、抗逆力得分、心盛得分与高危妊娠产妇 PBT 得分存在统计学关联（均 P<0.05）。见表 2。

3 讨　论

调查高危妊娠产妇 508 例，以本科及以上文化程度、家庭人均月收入>4 000~<8 000 元和经产妇为主。高危妊娠产妇 PBT 得分为（71.71±14.76）分，处于中等水平，高于 SUN 等[13]对正常产妇的调查结果［（52.57±16.32）分］，提示高危妊娠产妇是 PBT 的高发人群。相较于正常产妇，高危妊娠产妇需面临更复杂的风险因素及更高的不良分娩结局潜在风险，使其长期处于高度紧张与焦虑的状态。

主干家庭的高危妊娠产妇 PBT 水平相对较高，与 ŞAHIN 等[14]研究结果一致。主干家庭中祖辈参与照护的过程易与高危妊娠产妇出现代际育儿观念分歧，可负向影响产妇的心理健康[15]；同时，主干家庭中产妇的隐私空间与情绪表达自主性受限，可能进一步增加 PBT 水平。紧急剖宫产的高危妊娠产妇 PBT 水平较高，可能与紧急剖宫产产妇会经历突发性的生理变化，并承受强烈的心理应激反应有关[16]。相较于其他分娩方式，经历紧急剖宫产的高危妊娠产妇更容易出现躯体不适感和自信心下降等负性心理。

有妊娠合并症或并发症的高危妊娠产妇 PBT 水平较高，可能因为妊娠合并症或并发症会加重高危妊娠产妇孕期的生理负担，产妇既要承受疾病引发的躯体不适，又需面对临床治疗，易产生恐惧，进而更易引发 PBT。有不良孕产史的高危妊娠产妇 PBT 水平较高，既往负面的生育经历易使其形成心理阴影，当再次面对妊娠分娩的恐惧更为强烈[17]，产生创伤性心理体验。妊娠晚期睡眠质量与 PBT 水平存在统计学关联，妊娠晚期睡眠质量差的高危妊娠产妇 PBT 水平较高，与 ZENG 等[18]研究结果一致。睡眠和妊娠是具有独特生理基础且持续动态变化的生理过程，良好的睡眠质量有助于消除疲劳，加快新陈代谢及调节情绪，而睡眠质量不佳时会导致其情绪更加敏感脆弱[19]，进而增加 PBT 风险。

领悟社会支持水平与高危妊娠产妇 PBT 水平呈负相关，表明领悟社会支持水平越高的产妇 PBT 风险越低。社会支持是影响产妇 PBT 水平的关键外部

表 1　不同特征高危妊娠产妇 PBT 得分比较

Table 1　Comparison of PBT scores among puerperae with high-risk pregnancy by different characteristics

项目	研究对象［n（%）］	PBT得分（$\bar{x}\pm s$）	t/F值	P值	项目	研究对象［n（%）］	PBT得分（$\bar{x}\pm s$）	t/F值	P值
年龄/岁			0.137	0.872	医疗保险类型			1.891	0.130
18~<29	131（25.79）	71.22±14.60			新型农村合作医疗保险	155（30.51）	71.90±14.44		
29~<35	350（68.90）	71.82±14.84			城乡居民合作医疗保险	137（26.97）	69.29±14.60		
35~48	27（5.31）	72.67±14.90			城镇职工医疗保险	205（40.35）	73.13±14.81		
文化程度			3.699	0.012	无	11（2.17）	72.73±18.32		
初中及以下	64（12.60）	76.34±13.38			产次			−0.353①	0.724
高中/中专	67（13.19）	69.04±15.26			初产	238（46.85）	71.46±14.90		
大专	118（23.23）	69.70±15.28			经产	270（53.15）	71.93±14.66		
本科及以上	259（50.98）	72.17±14.48			分娩方式			32.964	<0.001
居住地			−1.342①	0.180	自然阴道分娩	116（22.83）	66.34±13.75		
城镇	355（69.88）	71.73±14.65			阴道难产	59（11.61）	66.85±11.10		
农村	153（30.12）	73.05±14.96			计划剖宫产	171（33.66）	68.88±13.03		
职业			1.118	0.341	紧急剖宫产	162（31.89）	80.31±14.65		
公务员/事业单位	118（23.23）	71.96±16.44			妊娠合并症或并发症			7.923①	<0.001
企业	112（22.05）	73.77±13.38			有	280（55.12）	76.13±14.30		
自由职业	102（20.08）	70.61±13.86			无	228（44.88）	66.28±13.48		
无业	176（34.65）	70.87±14.89			不良孕产史			7.421①	<0.001
家庭人均月收入/元			6.713	0.002	有	181（35.63）	77.92±14.56		
≤4 000	183（36.02）	74.80±14.08			无	327（64.37）	68.27±13.73		
>4 000~<8 000	241（47.44）	70.44±15.02			计划妊娠			0.597①	0.551
≥8 000	84（16.54）	68.64±14.42			是	435（85.63）	71.87±14.77		
家庭结构			−7.667①	<0.001	否	73（14.37）	70.75±14.78		
核心家庭	307（60.43）	67.86±13.34			妊娠晚期睡眠质量			63.669	<0.001
主干家庭	201（39.57）	77.59±14.92			优秀	189（37.20）	62.90±11.46		
婚姻状况			0.231①	0.817	良好	174（34.25）	72.72±14.01		
已婚	455（89.57）	71.76±14.90			一般	114（22.44）	81.26±12.56		
未婚	53（10.43）	71.26±13.56			差	31（6.10）	84.55±10.96		

注：①为t值，同列其他项为F值。

因素[20]，产妇感知到的家庭、亲友等的社会支持水平可作为其应对分娩相关应激的重要心理依托，为产妇提供情感慰藉与实际帮助，让其更好地适应围产期生理与心理变化。抗逆力水平、心盛水平与高危妊娠产妇 PBT 水平呈负相关，表明抗逆力水平、心盛水平越高的高危妊娠产妇 PBT 风险越低。抗逆力和心盛可作为沙克特-辛格情绪三因素模型中的核心认知解读能力[20]，高水平的抗逆力可使产妇具备较强的情绪调节与压力缓冲能力，使其能主动应对分娩应激压力与挑战，提升心理适应能力，进而降低 PBT 风险。有较高心盛水平的个体可缓解压力对个体心理健康的负面影响[21]，在应对疾病等压力性事件中更倾向采用积极的认知和行为策略，减少产妇无助感与创伤体验的产生。

高危妊娠产妇 PBT 主要受家庭结构、分娩方式、妊娠合并症或并发症、不良孕产史、妊娠晚期睡眠质量、领悟社会支持水平、抗逆力水平和心盛水平的影响。建议临床护理人员动态评估高危妊娠产妇 PBT 水平，关注产妇的心理社会资源与风险因素；提供积极心理干预，制定个性化心理支持方案，强化其积极应对压力的能力，提升心理适应力；联合家庭及专业支持资源，建立结构化的社会支持网络，为产妇提供高水平社会支持；针对妊娠合并症或并发症、不良孕产史和睡眠质量差的孕妇，提供针对性心理教育及创伤预防性干预，减轻其对不良结局的恐惧，从而降低心理创伤风险，保障母婴安全。

参考文献

［1］ HOLNESS N. High-risk pregnancy［J］. Nurs Clin North Am, 2018, 53（2）: 241-251.

表2　高危妊娠产妇PBT影响因素的多重线性回归分析

Table 2　Multiple linear regression analysis of factors affecting PBT among puerperae with high-risk pregnancy

变量	参照组	β	$s_{\bar{x}}$	β'	t值	P值
家庭结构						
主干家庭	核心家庭	3.063	1.076	0.104	2.846	0.005
分娩方式						
阴道难产	自然阴道分娩	1.679	1.677	0.062	1.001	0.111
计划剖宫产		0.875	1.220	0.030	0.717	0.473
紧急剖宫产		5.955	1.479	0.180	4.027	<0.001
妊娠合并症或并发症						
有	无	3.824	1.056	0.132	3.621	<0.001
不良孕产史						
有	无	2.554	1.260	0.075	2.027	0.043
妊娠晚期睡眠质量						
良好	优秀	0.245	2.308	0.007	0.106	0.916
一般		4.275	2.321	0.141	1.842	0.066
差		8.764	2.367	0.365	3.702	<0.001
领悟社会支持得分		−0.204	0.061	−0.123	−3.358	0.001
抗逆力得分		−0.303	0.112	−0.094	−2.690	0.007
心盛得分		−0.348	0.066	−0.186	−5.249	<0.001
常量		101.011	5.413	—	18.659	<0.001

[2] 曹丽丽.2019—2023年无锡市梁溪区高危妊娠孕产妇流行病学特征分析[J].东南大学学报(医学版),2024,43(4):604-609.

[3] RODRIGUES P B, ZAMBALDI C F, CANTILINO A, et al.Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review [J].Trends Psychiatry Psychother, 2016, 38(3): 136-140.

[4] ISAACS N Z, ANDIPATIN M G.A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies [J/OL].BMC Psychol, 2020, 8(1)[2026-01-23]. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8.

[5] SUN X Q, FAN X M, CONG S N, et al.Psychological birth trauma: a concept analysis [J/OL].Front Psychol, 2023, 13 [2026-01-23].https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612.

[6] YILDIRIM G, BILGIN Z.Risk status and traumatic birth perception in pregnancy [J].Perspect Psychiatr Care, 2021, 57(4): 1897-1904.

[7] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.孕产妇妊娠风险评估与管理工作规范[EB/OL].[2026-01-23].https://www.nhc.gov.cn/fys/c100078/201711/c940e3204de64ee8bd074ad05f5a6548.shtml.

[8] MA D M, SUN S W, QIAN J L, et al.Predictors of pregnancy stress and psychological birth trauma in women undergoing vaginal delivery: a cross-sectional study in China [J/OL].BMC Pregnancy Childbirth, 2023, 23(1)[2026-01-23]. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05890-1.

[9] 孙晓晴,张爱霞,朱珠,等.分娩心理创伤评估量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2024,59(9):1099-1105.

[10] 姜乾金.领悟社会支持量表[J].中国行为医学科学,2001,10(10):41-43.

[11] CHENG C, DONG D F, HE J Y, et al.Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in Chinese undergraduates and depressive patients [J].J Affect Disord, 2020, 261: 211-220.

[12] 赖巧珍.大学生心盛状况及其在心理健康双因素模型中的应用研究[D].广州:南方医科大学,2017.

[13] SUN X Q, MEI S J, FAN X M, et al.Analysis of influencing factors of psychological birth trauma among postpartum women in China: a multicenter cross-sectional study based on the ABC-X model [J].J Psychiatr Res, 2025, 184: 378-385.

[14] ŞAHIN M, ERBIL N.Relationship between maternal antenatal attachment and traumatic childbirth perception among pregnant women [J].Int J Gynaecol Obstet, 2024, 165(1): 288-297.

[15] 聂景春,聂炜琦,祖丽胡玛尔·热合曼,等.祖辈参与照护对农村孕产妇身心健康的影响——基于家庭功能视角的实证分析[J].中国农村观察,2023(3):87-105.

[16] 金微,肖琦,杨凌艳,等.紧急剖宫产术后产妇心理健康问题的研究进展[J].中华护理杂志,2021,56(9):1335-1339.

[17] SCABIA A, DONATI M A, PRIMI C, et al.Depression, anxiety, self-efficacy, and self-esteem in high-risk pregnancy [J].Minerva Obstet Gynecol, 2024, 76(1): 14-20.

[18] ZENG T Y, JIANG L J, ZHANG K, et al.The influence of sense of coherence on psychological birth trauma: a parallel mediation model based on health Salutogenesis theory [J/OL].Front Psychol, 2024, 14 [2026-01-23]. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1320132.

[19] 蔡锋成,徐萌艳,吴映瑛,等.孕妇睡眠障碍的影响因素研究[J].预防医学,2024,36(5):440-443.

[20] SCHACHTER S, SINGER J E.Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state [J].Psychol Rev, 1962, 69: 379-399.

[21] 景晓娟.内隐健康信念在压力与心理健康间的调节效应[J].中国健康教育,2024,40(8):753-757.

收稿日期:2025-11-14　**修回日期**:2026-01-23　**本文编辑**:徐亚慧