产后抑郁的发病原因及护理干预研究进展

Research progress on the causes and nursing interventions of postpartum depression

翁婧怡 王若维（通讯作者）

Weng Jingyi Wang Ruowei(corresponding author)

(山东协和学院护理学院 山东济南 250109)

(Shandong Xiehe University School of Nursing, Shandong Jinan , 250109)

摘要：产后抑郁常表现有情绪低落、焦虑、郁闷等不良情绪，甚至有自杀或他杀的想法，对母婴的健康、家庭的和谐、社会的发展都造成影响。该文从产后抑郁的生理、心理、社会、分娩四个方面的影响因素以及护理干预措施进行综述，旨在帮助临床工作者了解产后抑郁，为产后抑郁的预防及干预提供参考。

［Abstract］Postpartum depression often manifests low mood, anxiety, depression and other bad emotions, and even thoughts of suicide or homicide, which affects the health of mothers and children, family harmony, and social development. This article reviews the factors influencing postpartum depression from four aspects: physiological, psychological, social and childbirth, as well as nursing interventions, aiming to help clinical workers understand postpartum depression and provide reference for the prevention and intervention of postpartum depression.

关键词：产后抑郁；发病原因；护理干预；综述

［Key words］ Postpartum depression; etiological factor; Nursing intervention; Review

随着国家二胎、三胎政策的开放，产后抑郁这一现象逐渐走进人们的视野。产后抑郁（post-partum depression，PPD）在1968年由Pitt首次提出，产后抑郁涵盖了发生在产后一周内的轻度产后情绪低落或产后忧郁（postpartum/mater nity blue）及产后2～6周出现的程度较重的产后抑郁症（postpartum depression），其程度介于产后忧郁与产后精神病之间，主要的临床表现有情绪低落、失眠、焦虑等，严重者产生自杀或他杀的想法[1]。Meta分析我国产后抑郁检出率达15%，产后抑郁发生率较高[2]。随着社会的发展，人们对生活水平的追求不断提高，生活压力逐渐增大，产后抑郁的发生率呈上升趋势[3]。基于此，本文对产后抑郁发生原因及干预措施进行归纳综述，以期为产后抑郁的预防及干预提供参考。

1 产后抑郁原因

1.1 生理因素

1.1.1 内分泌环境的变化

有研究显示[4]，雌激素对神经递质和神经肽合成有一定的控制作用，因而对情绪和精神状态等产生影响，同时孕激素可调节多种神经递质系统，具有抗焦虑和抗抑郁作用，在孕期，孕妇体内孕激素与雌激素含量均大幅度提升，负面情绪一定程度上受到控制，分娩后，体内激素水平迅速下降，内分泌环境发生变化，可能导致产妇出现抑郁情绪。黄体酮对产后抑郁的发生也有影响[5]，妊娠后期孕妇体内黄体酮显著增高，分娩后黄体酮和雌激素水平的下降导致体内儿茶酚胺减少，对高级脑活动造成影响。

1.1.2 遗传因素

产后抑郁的发病原因广泛且复杂，其中遗传因素一直是学者们关注的焦点。我国学者研究发现，雌激素α受体PvuⅡ基因多态性（ERαPvuⅡ）突变的产妇患产后抑郁的可能性增加[6]，且雌激素受体β（Estrogen Receptor Beta,ERβ）基因与产后抑郁的发生也有着一定联系[7]。并有研究证实有家族遗传史的产妇比没有家族史的产妇患产后抑郁的概率高得多，还有着代际相传的隐患[8]。

1.2 心理因素

1.2.1 产妇性格

产妇性格特征是影响其情绪变化的重要原因之一，性格内向的产妇往往比性格外向的产妇发生产后抑郁的可能性大，这一观点已在研究中得到证实[9]。由于产妇性格内向，导致其遇事敏感多虑，且不善于与他人沟通，焦虑、忧郁的不良情绪得不到疏通和释放，烦闷的思绪不断积压在心中，进而造成产后抑郁。有研究通过艾森克人格问卷简式量表中国版（EPQ-RSC）对产妇进行调查发现[10]，产后抑郁的产妇精神质（P）、神经质（N）得分均高于正常产妇，其中以神经质（N）的分差最为显著（P均＜0.01）。

1.2.2 角色转换

角色转换的不适应对产后抑郁也有一定的影响，特别是对初产妇的影响较大。有研究表明，存在产后抑郁的产妇对母亲这一角色适应不良的情况明显多于健康产妇，其原因可能是产妇在围产期除了要承受宫缩、分娩等带来的痛苦，还要承担为人母的各种责任，若产妇无法正确对待角色转换所产生的心理压力，将无法适应母亲角色所带来的期望而产生负面情绪，最终导致抑郁的发生[11]。

1.2.3 家庭重心转移

产妇对家属的关心与支持不满和产后抑郁的发生有着较大的相关性[12]，新生儿的诞生导致家庭重心由原本的产妇转向新生儿，部分产妇产生家人对自己的看法与孕期关怀备至的态度有所不同的想法，而感觉受到冷落，产生失落感，自我认同感和价值感下降，继而导致产后抑郁的发生。

1.3 社会因素

1.3.1 社会经济因素

研究显示经济收入也是影响产后抑郁的一大原因[13]，新生儿的降临加重了家庭经济的负担，分娩期间产生的各项医疗费用、新生儿各种用品的支出这些都是一笔巨大的开销。然而，由于怀孕分娩，孕产妇的活动受限对其工作也带来了一定的影响，有的孕产妇甚至停止工作在家休养，家庭经济收入减少。且因妊娠期及哺乳期的需要，孕产妇的生活重心移向家庭及新生儿，难以及时平衡好家庭和工作的关系，可能对其职业发展造成了一定影响，生活压力加重，从而引发产后抑郁。

1.3.2 家庭关系变化

调查发现产后抑郁的产妇其家庭关系差的概率较大[14]，而夫妻关系不和睦、婆媳矛盾是导致家庭关系差的重要因素。由于文化程度差异、生活习惯的不同，婆媳之间易在育儿观上产生分歧，同时新生儿的到来打破了夫妻之间浪漫的二人世界，两人生活都在一定程度上受到限制，且妻子的注意力大多移向新生儿，丈夫可能感觉受到冷落进而产生矛盾，而夫妻关系的不和睦一定程度上导致婆媳关系的进一步恶化。

1.3.3 新生儿性别与健康状况

新生儿性别不理想或健康状况不佳也是导致产后抑郁的重要因素，受传统封建思想的影响，“传宗接代，养儿防老”在部分产妇家属看来尤为重要，如新生儿性别不理想，产妇易产生内疚感、自责感，这往往加重了产妇的心理负担[15]。还有部分已有孩子的家庭往往希望二胎性别与一胎不同[16]，如性别相同时家人及产妇常会感到不够圆满，产妇易产生负面情绪。若新生儿的健康状况不佳，产妇焦虑不安的情绪将有所增加，家庭经济负担也随之加重，多重压力之下产妇出现抑郁的概率升高[14]。

1.4 分娩因素

1.4.1 分娩疼痛与产科并发症

在生产过程中产妇的内心处于紧张状态，不良的分娩体验易使产妇的不适感增加。研究表明[17]，硬膜外分娩镇痛的产妇产后抑郁发生率明显低于非镇痛者，由此可见不良的疼痛分娩体验会使产妇抑郁发生率增高。除此之外，产后大出血、羊水栓塞、胎膜早破等并发症，也会给产妇带来不良的分娩体验，对生理和心理都有一定的消极影响。

1.4.2 母乳喂养与乳汁淤积

研究发现[18]，母乳喂养与产后抑郁二者之间有着一定的关系。成功的母乳喂养不仅有利于新生儿的健康，而且能增加产妇的成就

感和自豪感，让产妇感到被需要，有助于增进母婴感情。但部分初产妇因母乳喂养知识的缺乏，喂养方式不正确，导致新生儿吃不到奶，而出现焦虑感、自责感和无助感，严重者由于乳汁在体内不断淤积，致使导管扩张形成囊肿，造成乳房胀痛，甚至导致急性乳腺炎或乳腺脓肿。

2 产后抑郁的护理干预

2.1 完善助产士体系

2.1.1 完善我国助产士培训体系

根据王德慧[19]等学者编制的《助产士核心胜任力量表》从孕前保健、孕期保健、分娩保健、产后保健、新生儿保健和公共卫生保健对助产士开展入职前培训和在职定期规范化培训帮助助产士不断巩固理论知识和熟练、规范地掌握技能。并在此培训课程的基础上可增设产妇心理护理课程，重视产妇产后心理问题，让助产士们对产妇的心理有所了解并能在产妇出现不良心理时采取正确的措施，减少产后抑郁的发生。

2.1.2 完善我国助产士教育体系

目前，我国助产学教育体制还不完善，尚无助产学专业的硕士及以上学历的教学点，高学历助产学人才匮乏，在一定程度上制约着我国助产行业的发展。故在大力发展助产学本科教育的基础上，可借鉴国外护理学硕士教育和我国临床医学硕士教育改革的成功经验，进一步发展助产学专科硕士教育培养模式并在实践中对其不断完善[20]。

2.1.3 推进助产士主导模式

提倡助产士在产妇分娩和护理过程中占主导地位，减少剖宫产率，避免不必要的医疗损失，鼓励助产士参与并主导护理产后抑郁可能性大的产妇，从孕期到产后全程陪护给予其全面专业的护理，以改善传统医生医疗模式对预防产后抑郁的不足之处[21]。

2.2 加强产前检查与健康管理

在建立孕检档案时将有遗传病史的孕妇单独登记在册，在后期的护理中及早对这类孕妇进行心理干预和采取预防措施，根据遗传病史类别设置重点护理项目，增强孕妇的信心，减少焦虑不安的心理[22]。扩大孕妇免费产检覆盖率，让实施免费产检不局限于社区或某些项目，有效减轻孕妇家庭经济负担，力求产检工作落实到每位孕妇。

基于秦亚玲所提出的网络医院理念[23]与微信平台相结合形成一种更加便利的新模式，各医院可设立专门的孕妇健康管理微信公众号，在公众号中提前发送产科孕妇健康教育课程的安排，及课程直播入口和录播链接，孕妇及家属可根据自身情况及需要观看，避免孕妇了解孕期健康知识受时间空间限制的弊端。同时，在公众号中开设人工咨询服务，将医院孕妇电子档案库与人工咨询服务平台相连，孕妇在人工咨询服务平台中输入个人信息便可与其主治医生或责任护士取得联系，通过公众号孕妇及家属便可获得专业人士的建议，也有利于医护人员及时了解孕妇的健康状况。

2.3 心理干预

2.3.1 产前心理干预

基于同伴教育模式[24]对孕妇进行心理干预，将孕妇及成功分娩的产妇按年龄段划分采取线下交流会及线上群聊相结合的方式进行交流，每个年龄段配备护理人员及助产士各一名为孕妇们答疑解惑。通过产妇分娩经历的分享，增加孕妇对分娩过程的了解，减少其不安的心理[25]，同时孕妇间相互交流，易产生共鸣，达到疏通心结的作用。

2.3.2 产时心理干预

鼓励丈夫陪产，研究证实了丈夫陪产有助于减少产后抑郁的发生率[26]。丈夫在陪产的过程中可为产妇喂水、擦汗、按摩等等，在一些简单的事上给予产妇生理上的支持，还可通过握手、轻抚额头等简单的肢体接触及言语上的鼓励给予产妇精神上的支持，让其感到有所依靠。且在陪产的过程中丈夫感受到产妇生产的不易，在生活中能够更加体谅妻子，理解妻子。在宫缩时，助产士、医护人员需与产妇保持良好的沟通，同时可通过轻柔按摩腰骶部及腹部，在腹部及腰背部放置软枕等方式缓解疼痛，让产妇感受到助产士及医护人员的耐心、责任心并快速产生信任感，增加配合度[27]。

2.3.3 产后心理干预

产后护理过程中医护工作者可基于中医七情理论对产妇进行心理护理[28]，要“以思胜之”改善产妇焦虑的情绪，引导家属积极主动与产妇沟通交流，鼓励产妇说出内心的想法，疏导负面情绪，并由医护人员向产妇充分介绍医院的医疗设施及人员资历，增强产妇信心，积极配合产后的护理工作；要“以喜胜之”改善产妇忧伤的心理，新生儿的到来加重家庭的经济负担，产妇的心理压力增大，且刚经历分娩疼痛还未消散，产妇易出现不良情绪，可通过音乐疗法从播放舒缓优美的音乐逐渐过渡到轻松明快的乐曲引导产妇产生积极乐观的情绪，还可由家属向产妇分享新生儿的动态转移产妇注意力，缓解其疼痛感，但需提醒家属平衡好产妇与新生儿之间的照顾程度，避免产妇因新生儿的出现而感到被冷落，出现自我认同感下降等问题，减少产妇的心理落差感。

2.4 全面正确对待分娩

2.4.1 分娩健康教育宣传

在产科投放有关自然分娩与剖宫产的视频、案例等，帮助孕妇全面了解各种分娩方式的利弊，并由医护人员轮流为孕妇进行自然分娩的健康知识教育，全面系统的帮助孕妇了解自然分娩知识，减少其恐惧和不安的心理，同时把各个产程的特点以及生理上的变化进行具体的讲解，让孕妇对各个产程可能遇到的状况有更加深入的了解[29]。

2.4.2 分娩方式选择

在孕晚期，鼓励孕妇及家属与医护人员多进行沟通，共同制定最适合的分娩方案，使孕妇获得依托感[30]。条件允许的情况下，建议院方可提供导乐陪伴分娩、无痛分娩等多种新型分娩模式的选择。研究表明，采取一对一导乐分娩护理的产妇，其分娩时间明显缩短，顺产率有所提高，产妇的心理状况得以改善，有利于其产后康复[31]。对于疼痛耐受力差的产妇可采取无痛分娩的方式减少疼痛，降低其分娩痛苦。还可采取家庭式温馨陪伴分娩模式帮助缺乏安全感的产妇增强信心，有助于分娩的顺利进行[32]。

2.5 促进产后恢复

2.5.1 根据分娩方式采取护理措施

根据分娩方式的不同对产妇采取不同的产后护理措施[33]，对顺产的产妇护理人员可顺时针方向进行子宫按摩，8min/次，促进子宫修复的同时有利于恶露的排除[34]。对分娩过程中产生撕裂及侧切的产妇，在进行子宫按摩的同时要注意其伤口的护理，告知产妇避免久坐、小幅度活动等注意事项，并遵医嘱进行擦洗消毒，避免感染[35]。对剖宫产的产妇护理人员需注意切口的护理，告知产妇日常活动中要注意防止切口撕裂造成二次损伤，保持切口清洁干燥防止感染等，且遵医嘱按时换药促进伤口愈合。并避开切口对产妇腹部进行按摩，促进其产后子宫恢复，先令产妇采取仰卧位以肚脐为中心双手顺时针方向回旋按摩腹部，后令产妇改坐位对其身体多个穴位进行按摩[36]。

2.5.2 产后乳房护理

建议将产后乳房护理加入到产后护理常规项目中，减少产后乳房护理另收费现象，避免产妇因家庭经济条件影响未及时得到护理，而导致乳腺炎等产后并发症的发生。在乳房按摩开始前先用热毛巾进行热敷，之后操作人员进行按摩，按摩过程中双手拇指与食指分开，环抱乳房基底部，从多个方向按摩，然后使用指腹对乳根穴、膻中穴等穴位进行按摩，在环抱住乳房基底的前提下使用拇指、食指、中指指腹顺乳腺管纵向按摩， 最后进行乳房小叶、腺泡的按摩，按摩时间为 5min/次，2 次/d[37]。重点对有硬结的部位反复按摩，防止乳汁淤积，致使导管扩张形成囊肿，且注意乳房的清洁卫生防止细菌感染，并在母乳喂养结束后及时擦拭乳房，防止乳头皲裂的发生。

2.6 协助产妇进行角色转换

鼓励夫妻双方共同参与孕期健康知识及产后育儿技巧科普课程，刘春凤等人的研究表明[38]，夫妻共同参与孕期教育能够充分发挥配偶的支持作用，增加产妇围产期支持度，提高产妇产后适应性，降低产后抑郁的发生率。同时，告知产妇母乳喂养的优势，指导正确的喂养姿势，使新生儿尽早吸吮母乳，有助于促进泌乳的同时也增强了产妇的信心，还可有效预防乳汁淤积症的发生[22]。通过护理人员演示并指导产妇及家属参与的方式，帮助掌握新生儿沐浴、脐部护理、身体按摩等护理的技巧，促进产妇与新生儿的肢体接触，增进母婴感情[35]。提倡采取袋鼠式护理措施（KC）鼓励产妇与新生儿接触，增加产妇的角色认同感，有助于产妇顺利进行角色转换[21]。

2.7 创造良好家庭氛围

2.7.1 正确对待婴儿性别

普及男女平等的基本国策和社会现状，以家庭座谈会的形式对新生儿性别存在期盼的孕妇及家属进行宣教，帮助其正确看待新生儿性别，减轻孕妇的心理负担，给予更多的支持和鼓励[25]。

2.7.2 树立正确育儿观

育儿观念的不同是婆媳矛盾不可忽视的一大原因，针对此问题可在产科设立“育儿交流角”，邀请教育工作者及观念一致的婆媳进行沟通交流，帮助孕妇及其婆婆树立正确、一致的育儿观念。同时鼓励丈夫一同参加，丈夫作为家庭各成员联系的纽带，对婆媳关系起着关键的作用，如遇到婆媳育儿观念不一致的问题时，丈夫可作为沟通的桥梁从中调节，在沟通交流的过程中改善婆媳关系，选取恰当、一致的育儿方式。

2.8 完善社会支持体系

完善男性陪产假制度[39]，女性产假制度是其职业发展受限的一个重要因素，在提倡男女平等的当今社会，有计划的延长并统一男性陪产假时间，将产假与陪产假合并，夫妻合休，不仅可在一定程度上保证男女职场待遇和任职机会的公平性，而且男性回归家庭，帮助妻子分担育儿的工作，感受到妻子生产育儿的艰辛，为其提供更多的休息时间，有助于改善夫妻关系，营造良好的家庭氛围。

2.9 树立正确月子观

宣传正确的“月子观”，根据许璐的研究建议[39]对传统的“月子观”加以改善，不仅有助于产妇身体的恢复，而且有利于产妇的心理状态。

首先，产妇“坐月子”期间在做好保暖措施，避免剧烈运动的前提下可适当出门活动舒缓心情，防止产妇因怀孕分娩期间人际交往减少而出现与社会脱轨等负面现象。其次，“坐月子”期间产妇所在房间可以开窗通风见阳光，只要避免产妇与新生儿待在风口处，定时开窗通风，有利于空气流通减少房间内细菌滋生，且阳光的照射让产妇感到温暖、光明，利于激发积极向上的情绪。最后，产妇“坐月子”期间可以洗澡，一般顺产产妇生产 7 天后可以洗澡，剖宫产产妇生产 15 天后可以洗澡，产妇产后大量排汗、产后恶露，身体舒适度降低，适时的沐浴可以满足产妇舒适的心理，从而调节情绪、缓解压力，防止产后抑郁的发生。

3 小结

综上所述，影响产后抑郁的因素错综复杂涉及生理、心理、社会等诸多方面，但及时有效的干预措施可有效预防产后抑郁的发生。降低产后抑郁发生的概率，对产妇及新生儿的身心健康都有着重要的意义，符合健康中国妇幼健康发展规划，需要全社会的关注。

参考文献：

[1]赵加玲，周东升，于国林. 产后抑郁影响因素研究进展[J].中国妇幼保健，2010，25（8）:1154 – 1158.

[2]刘丁玮，马妍，俞淦泉，等. 中国产后抑郁症检出率的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志，2019，19（12）:1409 – 1415.

[3]王玮.电话随访初产妇及家庭支持者对产后抑郁的影响研究[D].武汉:武汉轻工大学，2018.

[4]梁朝霞，陈丹青. 孕产期抑郁症的发病机制[J].实用妇产科杂志，2019，35（4）:243 – 246.

[5]张若斯. 产后抑郁症的原因及心理护理[J].健康管理，2020（15）:176.

[6]夏光源，张静，谢渊，等. 雌激素 α 受体 PvuⅡ和 XbaⅠ基因多态性与产后抑郁障碍的相关性[J].广东医学，2015，36（1）:8 – 11.

[7]汤月芬，陈焱，施慎逊，等. 产后抑郁与雌激素受体 β 基因单核苷酸多态性的关联研究[J].上海精神医学，2008，20（4）:193 – 195，239.

[8]靳宇倡，丁美月. 产后抑郁的预测因素及神经生理机制[J].心理科学进展，2017，25（7）:1145 – 1161.

[9]张疑生 产妇产后抑郁症的原因分析及护理对策[J].中国医药指南，2015，13（19）:251 – 252.

[10]何伟健，方俊，李丽美，等. 生育二胎妇女产后 6 个月抑郁症及相关因素调查[J].临床精神医学杂志，2018，28（1）:51 – 53.

[11]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.

[12]梁祺. 产后抑郁症发生情况与分娩相关因素的调查分析[J].实用妇科内分泌杂志，2016，3（20）:17 – 18.

[13]王静，石萍. 产后 6 周妇女产后抑郁症危险因素分析[J].中国计划生育和妇产科，2014，6（5）:63 – 65.

[14]徐素君，陈敏，陈立新，等. 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 – 196.

[15]丁伯媛. 产后抑郁症影响因素研究进展[J].医疗装备，2021，34（8）:187 – 188.

[16]谷申森，钱娅，陈欢，等. 二胎孕妇产后抑郁现状及相关因素分析[J].中国妇幼健康研究，2017，28（10）:1177 – 1180.

[17]陈攀宇.硬膜外分娩镇痛对产后抑郁发生风险影响的临床研究[D].重庆:重庆医科大学,2022.

[18]何林. 上海市江湾镇母乳喂养与产后抑郁现况及影响因素研究[D].苏州：苏州大学. 2020.

[19]王德慧，陆虹，孙红. 助产士核心胜任力量表信度和效度研究[J].中国护理管理，2011，11（12）:42 – 45.

[20]闫迪，夏海鸥，丁焱. 构建本土化高级助产士硕士培养方案的思考[J].护士进修杂志，2019，34（18）:1697 – 1702.

[21]杨乐，李永佳，杨晶晶. 产后抑郁影响因素与健康护理策略研究进展[J].全科护理，2022，20（11）:1464 – 1468.

[22]马彦苗，张立环，王帆，等. 产后抑郁症的护理研究进展[J].中国医药科学，2022，12（4）:54 – 56，70.

[23]秦亚玲. 利用网络平台在孕期妇女健康管理中的应用研究[D].乌鲁木齐：新疆医科大学，2011.

[24]李敏，刘淑娟，尹娟，等. 同伴教育模式在产后抑郁护理中的应用进展[J].循证护理，2023，9(6):1042 – 1045.

[25]沈凯峰. 以家庭为中心的产科护理干预对产褥期产妇预防产后抑郁的影响[J].中国医药指南，2021，19（23）:85 – 89.

[26]曾小娥，唐丹，黄宝珠，等. 配偶陪产对降低产后抑郁风险的影响[J].中国妇幼健康研究，2017，28（4）:500 – 501.

[27]田玲. 个体化护理干预对产妇分娩结局及产后抑郁状态的影响[J].临床医学工程，2020，27（4）:497 – 498.

[28]管莉文，孙静怡，郑宏明，等. 中医七情理论在产后抑郁患者护理中的效果评价[J].四川中医，2015，33（10）:172 – 175.

[29]张芝华，史黎云，徐双琴，等. 个体化心理护理干预对产妇产后抑郁的预防作用[J].心理月刊，2022，17（23）:102 – 104.

[30]王珊珊. 产后抑郁症的高危因素及护理措施研究进展[J].中国城乡企业卫生，2022，37（7）：33 – 36.

[31]贺丹丹. 一对一导乐分娩护理对产妇分娩心理状况的改善作用研究[J].黑龙江医学，2023，47（6）:730 – 732.

[32]王倩倩，王巧丽，谢晓芳. 全程护理干预对二胎产妇产后抑郁的影响[J].中国当代医药，2021，28（30）:237 – 240.

[33]颜薇，张瑛. “以人为本”理念在产妇产后护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践，2020，5（14）:180 – 182，185.

[34]郭春红. 产后综合康复护理对产妇产后抑郁及子宫康复的影响[J].医学食疗与健康 2022，20（11）:65 – 68.

[35]李倩. 母婴床旁护理管理在初产妇中对降低产后抑郁发生率的重要性[J].黑龙江中医药，2021，50（5）:289 – 290.

[36]郭志敏. 剖宫产产妇泌乳及产后抑郁的护理干预效果［J］. 实用临床医药杂志，2020，24（9）:120 – 123.

[37]符纯，张海容，陈龙娇. 产后综合康复护理对产妇康复及产后抑郁的影响观察［J］. 中国实用医药，2020，15（11）:180 – 182.

[38]刘春凤，孙培芳，张滨惠，等. 夫妻共同参与孕期教育对产后抑郁症的影响[J].齐鲁护理杂志，2014，20（8）:7 – 8.

[39]许璐. 九零后女性“坐月子”模式研究[D].太原：山西师范大学，2020.

项目来源：山东省社会科学研究项目（“三孩”政策下山东省育龄职业女性生育意愿支持研究项目编号：22DHSHJ09）