



# 家庭支持与孕产妇分娩前后抑郁风险:基于Oaxaca与Fairlie分解方法

胡美丽

保定市妇幼保健院妇产科,河北 保定 071000

**摘要:**孕产妇抑郁风险是世界范围的健康挑战,家庭支持是影响孕产妇抑郁风险的重要因素,但其在分娩前后孕产妇抑郁波动中的作用和贡献却鲜有研究。文章基于调查数据,结合回归、分解等方法,分析家庭支持因素在孕产妇分娩前后抑郁状况波动中的贡献程度。结果显示,家庭支持状况显著影响孕产妇抑郁风险,孕妇在分娩后,其抑郁风险会显著下降,家庭支持、医疗状况因素合计贡献了下降幅度约50%,家庭支持因素贡献度较大(约30%),超过了医疗因素贡献度(约20%),照护状况、医护水平、公婆关系三个变量作用显著。家庭支持是孕产妇抑郁风险的重要防治因素,家庭支持系统建设应是全生命周期妇女健康发展战略的重要内容。

**关键词:**孕产妇;抑郁风险;家庭支持

中图分类号:C923

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)02-144-007

doi:10.7655/NYDXBSS20220208

## 一、研究背景与问题提出

妊娠和分娩是影响妇女身心健康的重要因素,由于生理变化形成阶段内持续的压力源,影响全身神经、分泌、免疫等系统和器官功能,进而出现身体和心理健康问题,包括抑郁等心理症状,同时,由于医护状况、家庭关爱等因素的不充足或不恰当,可能会进一步放大孕产妇的抑郁状况和风险<sup>[1-2]</sup>。全球范围内,约有10%的孕妇出现了以抑郁症为代表的精神健康问题,而这一比例在发展中国家更高,接近16%<sup>[3-5]</sup>。既往研究中,我国产妇抑郁发生比例波动较大,跨度范围为10%~50%,其中,20%是一个相对较为集中的发生比例,此外,抑郁风险在妊娠特殊时点会更高,如孕早期和孕晚期<sup>[6-9]</sup>。孕产妇抑郁是孕产妇长期处于情绪低落的情感障碍状态,会对妇女和胎儿产生不利影响,增加一系列妊娠风险,包括出血、早产、胎儿畸形、胎儿低体重等。因此,抑郁被普遍认为是孕产妇最为重要的健康风险之一<sup>[10-11]</sup>,抑郁对产妇的影响甚至会导致幻觉、自杀

等较为严重的行为<sup>[12]</sup>。

影响孕产妇抑郁状况的因素很多,包括身体健康、社会支持、教育水平、经济状况等多个方面<sup>[13]</sup>。孕产史、家庭关系、性格等都是影响产妇抑郁风险的重要因素<sup>[14-15]</sup>。社会支持也是重要的影响因素之一,特别是家庭支持对孕产妇抑郁风险影响较大,家庭关系和家庭支持不足是孕产妇出现抑郁风险的重要原因<sup>[9]</sup>,特别是配偶的支持、关心、照顾不足,以及公婆关系较差等因素,都可能是孕产妇抑郁风险的重要来源<sup>[16-17]</sup>。家庭等社会支持不足而导致孕妇精神压力较高的比例高达58%<sup>[18]</sup>,而良好的家庭支持、社会支持,不仅可以显著降低孕产妇抑郁的发生比例,还可以对孕产妇生活、婴儿发育等方面产生积极影响<sup>[19-22]</sup>。在孕产妇心理健康方面,家庭功能至关重要<sup>[23-24]</sup>。在家庭支持中,丈夫的态度和照顾较为重要,由于我国特定家庭文化,孕产妇与公婆的关系也是重要影响因素<sup>[25-26]</sup>。

由于大多数相关研究是基于截面数据,少有研究同时关注孕妇、产妇的心理健康状况。既有研究

**基金项目:**保定市科学技术研究与发展指导计划项目“孕产妇抑郁调查与干预系统构建研究”(1941ZF072)

**收稿日期:**2022-02-10

**作者简介:**胡美丽(1982—),女,河北保定人,硕士,副主任医师,研究方向为妇科相关疾病、妇女心理健康,通信作者,humeiliod@126.com。

表明,孕产妇不同时点的抑郁风险是显著波动的,虽然部分产妇由于高龄、产后出血、并发症等会面临较高的抑郁风险<sup>[9]</sup>,但是通常情况下,产妇群体的抑郁风险要显著低于孕妇群体,孕妇在分娩前后的抑郁状况会有一个显著的缓解和波动<sup>[27]</sup>。研究发现,孕妇产后抑郁比例会一定程度下降<sup>[28]</sup>,中国妇女孕期和产后的抑郁症比例分别为19.7%和14.8%,分娩前后存在较为显著的抑郁程度差异<sup>[29]</sup>。虽然妇女分娩前后的抑郁状况会有一定幅度下降,但是既往研究多集中在家庭支持与孕产妇抑郁状况的相关因素分析方面,往往基于一个群体开展截面分析,这种分割、截面的分析视角限制了对家庭支持在孕产妇分娩前后抑郁状况波动中作用的认知<sup>[30-31]</sup>。而在分娩前后孕产妇抑郁状况下降的变动中,家庭支持是否发挥了显著作用,以及相应的贡献程度,既有文献尚未给出充分回答。

基于上述背景,本研究选择分娩前后变动分析的整合视角,重点关注在分娩前后孕产妇抑郁状况向下波动过程中家庭支持所发挥的作用,基于实地调查数据,结合回归、分解等分析方法,着重分析家庭支持因素在孕产妇分娩前后抑郁状况波动中的贡献程度。本研究将分娩前后全过程视角引入孕产妇抑郁状况波动分析过程,进一步深化关于家庭支持因素在这一变动中贡献作用的学术认知。

## 二、资料和方法

### (一)数据来源

本研究随机选取2017年6—10月在河北省某市级妇幼医院就诊的孕妇、产妇共计343例,其中,孕妇171例,产妇172例。纳入标准:①正常围生期;②具有阅读、交流能力,可以配合完成问卷调查;③自愿参加调查,且签署知情同意书。

调查采用自制调查问卷,包括个人基本信息模块(年龄、户籍、居住、收入等人口社会学情况)、医疗护理因素模块(胎次、并发症、医护水平、死胎史等相关情况)、社会支持情况模块(家庭照护情况、配偶关系、公婆关系等相关信息)和心理健康状况模块(主要是爱丁堡产后抑郁量表)。调查经过医院伦理委员会批准。

### (二)变量及测量

#### 1. 因变量

本研究的因变量为抑郁状况,使用爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)完成测量。爱丁堡产后抑郁量表是孕产妇常用的抑郁测量工具,本研究使用由我国学者汉化的中文版,其被广泛应用于孕产妇的抑郁测量研究<sup>[32]</sup>。爱丁堡产后抑郁量表共包括10个题目,涉及情感缺失、悲伤等多个方面,每个题目评分为0~3

分,总分为0~30分。通常,0~8分被认定为正常,9~12分被认定为潜在抑郁,13~30分或有自杀倾向。本研究将9分以上界定为潜在抑郁风险,进而将样本分为正常和潜在抑郁两个群体,生成一个取值为0、1的类别虚拟变量,1表示存在抑郁风险,0表示正常。检验发现量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.89,具有良好的信度。

#### 2. 自变量

家庭支持常常体现为夫妻关系、公婆关系等方面,也体现为家庭对孕产妇的照护状况。结合家庭功能理论、既有文献和中国实际文化情境,本研究选择将配偶关系、公婆关系和(家庭)照护状况作为家庭支持的代理变量,三个变量取值均为1~5的有序程度变量,取值分别表示很好、较好、一般、较差、很差。

#### 3. 控制变量

综合既有研究,除了家庭支持为主体的社会支持外,孕产妇抑郁风险可以大体分为个人层面、医护层面两个方面。其中,个人因素包括年龄、教育水平、社会经济地位等方面,医护因素包括孕产史、并发症、医疗水平、护理水平等方面<sup>[33]</sup>。

借鉴相关研究的控制变量选择及测量,本研究也选择医护方面的因素和个体层面的因素作为控制变量。其中,医护方面的因素将控制并发症、胎次、医护水平三个变量,并发症为取值为0或1的虚拟变量,胎次为计数变量,医护水平为取值1~5的有序程度变量,取值分别表示很好、较好、一般、较差、很差。

个体层面的因素主要为控制孕产妇个人的年龄、户籍、教育水平、单位类型。户籍变量为取值为0或1的虚拟变量,分别表示城市户籍、农村户籍。教育水平是取值为1~6的有序程度变量,取值分别表示文盲、小学、初中、高中及中专、大专或本科、硕士及以上。单位类型为取值为0或1的虚拟变量,其中,0代表机关、事业、国企等较为稳定的就业单位,1表示个体、私企等稳定性相对较差的就业单位。

### (三)分析方法

本研究使用SPSS软件对数据进行分析,使用描述分析、回归分析、分解分析等方法,其中,考虑到因变量包括抑郁得分和抑郁风险两个变量,抑郁得分分为连续变量,抑郁风险是取值为0或1的虚拟变量,所以,回归分析使用一般最小二乘法(OLS)回归和二元离散回归分析方法(Logistic regression);同样,在分解方法选择中,也将分别使用针对连续因变量分解的Blinder-Oaxaca分解和针对二元虚拟因变量的Fairlie分解方法。Blinder-Oaxaca分解方法常被用来对组间差异进行因素贡献度分析,如分析性别差异在男女工资收入差异方面的贡献度,其分析思

想体现了反事实分析(Counter-factual Analysis)的思路,Blinder-Oaxaca分解方法适用于因变量是连续变量的情况,而Fairlie分解方法则适用于因变量是虚拟变量的情况。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 三、结果

#### (一)描述分析结果

样本中孕妇171人,产妇172人,各约占样本的50%。平均年龄为(28.60±4.22)岁,孕妇和产妇平均年龄相当。样本中农业户籍占67.35%,大部分孕产妇所受教育年限超过了高中水平,绝大部分孕产妇

在个体、私企等非稳定型单位工作。孕产妇的平均胎次为1.46次,孕产妇并发症发生率平均约为22%,产妇并发症发生率显著高于孕妇群体,对孕产妇进行医疗服务的医护水平总体相对较高。配偶关系、照护状况、公婆关系三个变量的均值都在1.5左右,表明孕产妇在三个方面获得的家庭支持总体较好。样本中孕产妇抑郁状况得分为(7.94±5.87)分,孕妇的抑郁得分[(10.03±5.43)分]显著高于产妇[(5.87±5.56)分],同时,孕妇潜在抑郁的风险(59.65%)也显著高于产妇(27.91%),可见女性在分娩后抑郁水平会有一个大幅下降(表1)。

表1 变量描述性分析

变量	全样本(n=343)	孕妇(n=171)	产妇(n=172)
抑郁得分(分, $\bar{x} \pm s$ )	7.94±5.87	10.03±5.43 <sup>*</sup>	5.87±5.56
抑郁风险(1=抑郁风险,0=正常;%)	43.73	59.65 <sup>*</sup>	27.91
类型(1=产妇,0=孕妇;%)	50.15	—	—
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	28.60±4.22	28.40±4.12	28.80±4.33
户籍(1=农业,0=非农业;%)	67.35	66.67	68.02
教育水平(1~6, $\bar{x} \pm s$ )	4.31±0.95	4.37±0.91	4.25±0.99
单位类型(1=非稳定,0=稳定;%)	80.76	76.02	85.47
胎次(次, $\bar{x} \pm s$ )	1.46±0.55	1.44±0.54	1.48±0.57
并发症(1=有,0=无;%)	21.87	11.70 <sup>*</sup>	31.98
医护水平(1~5, $\bar{x} \pm s$ )	1.45±0.73	1.67±0.81	1.23±0.56
配偶关系(1~5, $\bar{x} \pm s$ )	1.49±0.76	1.62±0.81	1.37±0.68
照护状况(1~5, $\bar{x} \pm s$ )	1.52±0.91	1.73±1.02	1.31±0.74
公婆关系(1~4, $\bar{x} \pm s$ )	1.66±0.77	1.81±0.80	1.52±0.71

与产妇相比,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。

#### (二)回归分析结果

表2为回归分析结果,其中,全样本回归分析结果可以看出,在控制其他变量基础上,产妇抑郁得分和抑郁风险显著低于孕妇。家庭支持层面的变量显著影响孕产妇抑郁得分和抑郁风险。家庭照护状况越差、公婆关系越差,孕产妇的抑郁得分会更高,对应的抑郁风险也会更高。回归结果表明,家庭支持缺乏或负面,将显著提高孕产妇的抑郁得分和风险。

医护状况方面的因素也会显著影响孕产妇的抑郁风险。孕产妇的胎次与抑郁状况之间呈现显著的负向关系,表明有怀孕、分娩经验将有助于降低孕产妇抑郁。另外,医护水平与孕产妇的抑郁状况呈显著相关关系,在医疗和护理过程中,医护水平越差,孕产妇的抑郁状况和抑郁风险会越严重。上述结果表明,孕产妇的医疗状况和护理状况也是影响其抑郁风险的重要因素,这一发现与常识保持一致。此外,教育水平越高,孕产妇的抑郁状况和潜在抑郁风险越低,表明接受良好的教育有助于改善个人的认知和情绪处理能力,将有助于孕产妇降低潜在的抑郁风险。

#### (三)Oaxaca与Fairlie分解分析结果

表3是分解分析的结果,表内为各变量对因变

量变动的贡献程度的具体分解结果,也包括按因素(个人因素、医疗因素、家庭因素)整合对应变量后的总贡献分解结果,其中,因素整合后的贡献度结果放在各类变量分解结果之后。比如,表3中照护状况变量对应的结果,表示照护状况在孕产妇分娩前后抑郁状况变动中的贡献程度,而家庭因素影响合计变量所对应的结果,是配偶关系、照护状况、公婆关系三个变量贡献程度的合计结果。

从分解结果可以看出,模型中所包含的变量解释了孕妇、产妇抑郁得分差异的49.75%,解释了孕妇、产妇抑郁潜在风险的45.43%,未被解释的部分分别为50.25%、54.57%,未被解释的部分主要是分娩前后抑郁状况的自然波动。结果表明,分娩完成作为重要的事件,削减了孕妇约一半的抑郁风险,再次证明分娩是重要的时间节点,分娩完成后,产妇的一些医疗症状以及心理压力将会自然大幅改善,有助于降低产妇的抑郁风险。

结果也表明,在分娩前后抑郁得分和风险下降过程中,家庭、医疗因素等合计贡献了约50%的作用,代表家庭各类因素在分娩前后抑郁状况下降中作用较大,总计贡献约为30%(分别为32.36%、27.13%),超过了医疗因素的贡献度(总计贡献约为20%,分别为18.91%、23.03%)。

表2 回归分析结果

分类	全样本(n=343)		孕妇(n=171)		产妇(n=172)	
	抑郁得分	抑郁风险	抑郁得分	抑郁风险	抑郁得分	抑郁风险
类型	-2.581*** (0.565)	-1.122*** (0.280)				
年龄	0.026 (0.073)	0.045 (0.037)	0.001 (0.109)	-0.005 (0.052)	0.057 (0.097)	0.116* (0.058)
户籍	-0.723 (0.636)	-0.303 (0.317)	-0.159 (0.909)	-0.440 (0.413)	-1.145 (0.883)	0.011 (0.542)
教育水平	-1.181*** (0.333)	-0.574*** (0.172)	-1.417*** (0.506)	-0.711** (0.259)	-1.077* (0.431)	-0.576* (0.255)
单位类型	-0.388 (0.704)	0.208 (0.354)	-0.675 (0.955)	0.224 (0.429)	0.091 (1.050)	-0.121 (0.619)
胎次	-1.327* (0.551)	-0.476 (0.282)	-1.675* (0.814)	-0.451 (0.388)	-1.158 (0.738)	-0.830 (0.471)
并发症	0.195 (0.650)	0.104 (0.332)	1.801 (1.167)	0.561 (0.572)	-0.618 (0.764)	-0.164 (0.469)
医护水平	0.984* (0.393)	0.527** (0.200)	0.687 (0.504)	0.390 (0.247)	1.612* (0.645)	0.824* (0.353)
配偶关系	0.434 (0.444)	0.131 (0.222)	0.317 (0.584)	-0.156 (0.289)	0.226 (0.693)	0.509 (0.362)
照护状况	1.599*** (0.324)	0.504** (0.175)	1.120** (0.412)	0.365* (0.206)	2.560*** (0.528)	0.805** (0.310)
公婆关系	1.557*** (0.414)	0.563** (0.211)	1.164* (0.548)	0.434 (0.267)	2.077** (0.634)	0.782* (0.354)
_cons	9.206** (2.907)	-0.459 (1.448)	13.325** (4.313)	2.663 (2.085)	2.627 (3.805)	-4.631* (2.255)
F/χ <sup>2</sup> 值	18.310	104.574	5.744	28.739	10.056	54.040
调整R <sup>2</sup>	0.358	0.222	0.218	0.125	0.346	0.265
P值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.001	< 0.001	< 0.001

括号中是标准误; \*:P< 0.05, \*\*:P<0.01, \*\*\*:P<0.001。

在各变量具体分解结果方面,医护水平和照护状况两个变量的影响和贡献幅度最大,其中,医护水平相应的贡献程度分别为15.47%和20.19%,而照护状况的贡献度分别为17.73%和14.20%,二者影响不分伯仲,表明医护水平和照护水平是影响孕产妇分娩前后抑郁状况波动的重要因素。另外,公婆关系的贡献度也较大,贡献度超过了11%,不充分或者低质量的公婆关系会显著提高孕产妇的抑郁风险,而高质量的公婆关系有助于孕产妇抑郁风险向下波动。结果表明,由于中国传统家庭文化的影响,公婆关系在孕产妇抑郁风险中依然是较为重要的影响因素。

#### 四、讨 论

基于上述发现,本研究主要得出如下结论。第一,孕妇在分娩前后会经历一个抑郁风险下降过程,孕妇的抑郁得分和风险都显著高于产妇。第二,家庭支持状况显著影响孕产妇抑郁状况和风险,家庭照护状况越差、公婆关系越差,孕产妇的抑郁得分会更高;同时,医护水平越低、教育水平越低,孕产妇抑郁风险相对更高。第三,分娩完成是一个重要时间节点,会自然降低孕妇约一半的抑郁风险,与此同时,家庭支持状况、医疗因素等也在分娩前后抑郁状况向下波动中贡献了另外约50%的作用。第四,家庭因素合计在上述抑郁得分向下波动中作用较大(约为30%),超过了医疗因素的合计贡献度(约为20%),具体而言,照护状况、医护水平、公婆关系贡献度最大。

(一)孕妇的抑郁得分和风险都显著高于产妇  
孕妇的抑郁得分和风险都显著高于产妇这一

表3 分解分析结果

项目	Oaxaca分解		Fairlie分解	
	回归系数	贡献度(%)	回归系数	贡献度(%)
模型总体状况				
孕妇	10.029	—	0.596	—
产妇	5.872	—	0.279	—
差异	4.157	100.00	0.317	100.00
模型可解释	2.068	49.75	0.144	45.43
模型未解释	2.089	50.25	0.173	54.57
个人因素				
年龄	-0.003	-0.07	-0.002	-0.63
户籍	0.009	0.22	0.002	0.63
教育水平	-0.131	-3.15	-0.013**	-4.10
单位类型	0.062	1.49	-0.002	-0.63
个人因素影响合计	-0.063	-1.52	-0.015	-4.73
医疗因素				
胎次	0.046	1.11	0.003	0.95
并发症	0.097	2.33	0.006	1.89
医护水平	0.643**	15.47	0.064***	20.19
医疗因素影响合计	0.786**	18.91	0.073	23.03
家庭因素				
配偶关系	0.114	2.74	0.006	1.89
照护状况	0.737**	17.73	0.045***	14.20
公婆关系	0.494**	11.88	0.035**	11.04
家庭因素影响合计	1.345***	32.36	0.086	27.13

\*:P< 0.05, \*\*:P< 0.01, \*\*\*:P< 0.001。

发现与既有研究具有一致性<sup>[7]</sup>。由于样本差异,不同研究发现孕妇、产妇抑郁风险差异也有所区别,但其抑郁差异具有可信性<sup>[34]</sup>。虽然孕产妇心理健康状况在不同时点持续存在波动性,导致在不同时点上测量的孕妇、产妇抑郁状况差异较大,甚至不具有稳定性<sup>[27]</sup>,但是从总体趋势来看,分娩结束意味着孕产妇最大的“压力源”结束或转入新的阶段,

这会短期急速改变“压力—结果”状态。因此,妇女从孕妇到产妇的状态转变,也为抑郁状况好转提供了现实基础<sup>[26]</sup>。

(二)来自家庭的支持是降低孕产妇抑郁风险的重要因素

本研究发现,良好的家庭照护和公婆关系都将有助于降低孕产妇的抑郁风险,这与既有研究发现一致<sup>[14]</sup>。此外,本研究结果再次表明,由于中国特有的传统文化和家庭模式,公婆关系成为影响孕产妇心理健康的重要家庭关系之一<sup>[35-36]</sup>。家庭支持、家庭关系可能是压力的来源,也可能是应对压力的重要力量,良好的家庭关系(包括夫妻、公婆以及其他家庭成员),会自然降低孕产妇抑郁风险的发生,同时,还可以帮助孕产妇应对各类生育、医疗风险。

(三)医疗因素是影响孕产妇抑郁风险下降的重要因素

生育过程与医疗过程密切相关,本研究发现医疗因素是影响孕产妇抑郁风险下降的重要因素,这与既有研究发现一致<sup>[37]</sup>。此外,本研究发现,医护水平在医疗因素中最为关键,比并发症等医疗因素在降低孕产妇抑郁风险方面更为重要,这再次证明提高医护水平和服务态度对降低孕产妇抑郁风险极为重要<sup>[38]</sup>。

(四)教育水平也是影响孕产妇抑郁风险的重要因素

除了家庭支持、医疗支持两个重要因素之外,本研究发现教育水平也是影响孕产妇抑郁风险的重要因素,较高的教育水平有助于降低孕产妇抑郁风险,这与既往研究发现一致<sup>[39-40]</sup>。教育会提升个人的认知并影响行为,因此,开展有关健康和孕产知识的教育、培训,增加健康、孕产知识储备,也应被视为调节孕产妇心理健康的重要方式<sup>[41]</sup>,孕产妇个人和家庭主要照护成员的知识、能力提升,都应被视为整个孕产妇心理健康体系的重要内容<sup>[42]</sup>。

## 五、建议

(一)家庭支持建设应被视为全周期孕产妇身心健康战略的重要内容

党的十九大提出了健康中国的重要战略,而《“健康中国2030”规划纲要》《健康中国行动(2019—2030)》则进一步提出了妇女全生命周期的健康目标。孕产妇心理健康是实现母婴安全的重要内容,也是健康中国战略的重要组成部分。高度重视孕产妇全周期支持体系建设,不仅应当关注医疗卫生服务状况、均衡医疗资源,为孕产妇提供更高质量的医疗和护理服务,还应当高度重视孕产妇的社会支持体系建设,要鼓励、引导家庭和全社会关心、支持孕产妇,形成相应的社会氛围,促进孕产妇心理

健康和身体健康。特别应当高度重视家庭支持体系的建设,社会政策要鼓励和提升家庭功能,使家庭可以给予孕产妇更多的物质和服务支持,从家庭支持维度形成全过程、全要素孕产妇防治抑郁风险的支持体系。此外,以医疗为中心转向以健康为中心,从微观到宏观层面的资源、服务整合,也应被视为当前全过程、全要素孕产妇防治抑郁风险支持体系的重要建设理念。

(二)完善家庭营造和家庭支持系统的环境支撑

家庭是最小的服务单元,也是社会稳定的最小细胞,应高度重视对家庭系统的支持,鼓励建立和塑造现代家庭关系。一方面,应当顺应家庭结构和家庭居住格局的变动趋势,结合传统家庭美德,倡导现代化的家庭关系和家庭文化,包括在家庭内部营造平等、尊重、相互支持等文化氛围。倡导通过柔性、舒展的家庭沟通和协商机制,熨平家庭内部各类矛盾,特别是代际之间由于观念意识等方面差异所引发的矛盾。另一方面,整个社会应继续系统完善政策体系,分散家庭生育、养育负担。西方国家在刺激生育方面的政策经验、教训,以及我国当前面临的现实情况,都要求高度重视生育、养育政策的系统化、实效性,应当从工作机会、发展机会、待遇状况、休假机会、税收优惠、津贴补贴等多个方面,建立一个全方位的政策支持系统,在降低生育、养育压力的同时,给予妇女更多支持。最后,社会政策支持系统要高度关注脆弱家庭,特别是低收入家庭,以及面临残疾、重病、突发灾难的各类家庭,要给予这些家庭(以及家庭中妇女)更多支持和帮助,建立一个融合生存、发展的政策体系。

(三)将孕产妇健康与老龄、生育等战略整合实施

当前我国经济社会处在特殊的发展阶段,人口老龄化、少子化等社会问题以及衍生的各类社会风险日益严峻,亟待践行整合治理理念,将妇女、老龄、生育等相关政策整合实施,将老年、婴幼儿、妇女等重点人群作为关注对象,通过政策层面的融合治理,整合资源、协同路径,提升治理水平,推进建立人群友好型的现代福祉社会,在整合发展中回应当前面临的挑战,将家庭功能建设和家庭支持体系建设作为上述战略体系的重要内容之一。

## 六、研究局限

由于研究设计局限,以及经费、组织能力等条件限制,本研究选择截面调查孕妇和产妇群体,本质上是截面调查和半实验设计,存在研究局限。但是,本研究也试图在一定程度上“弥补”这一局限。一方面,本研究关注两个群体抑郁状况的差异及差异的分解结果,使用了Oaxaca与Fairlie分解方法,该方法通过回归控制等途径一定程度“匹配”了两

个群体的分析对象,弥补了非追踪数据的局限。另一方面,虽然经典实验被誉为获得干预“净效应”的金标准,但是,前测可能产生的干预效应(前测和实验刺激交互影响),会导致估计结果发生偏差,不得不通过更为复杂的实验设计来消除该效应(如所罗门三组实验等)<sup>[43]</sup>。本研究没有采用对调查对象进行后测的方法,一定程度上避免了这一问题,进而在这一维度会实质缩小分析偏差。综合上面两个因素,本研究由于数据局限可能研究偏差较为有限,研究结论具有可信性。本研究利用分解方法比较孕产妇抑郁状况差异,并分解相关因素的贡献程度,一定程度上弥补了该领域研究的不足,在选题视角、分析方法方面具有一定创新性,虽然受限于截面数据,但仍然有研究的必要性和重要价值。

#### 参考文献

- [1] 王亚红,徐红艳,徐鑫芬. 孕妇产前常见心理状态的相关研究进展[J]. 护理与康复,2016,15(4):333-336
- [2] 周彩虹,李乐之. 长沙市妊娠晚期孕妇焦虑、抑郁与社会支持状况相关性研究[J]. 中国医刊,2014,49(10):37-40
- [3] SIMPSON K R. Maternal mental health[J]. MCN-Am J Matern-Chil, 2022,47(1):59
- [4] NISAR A, YIN J, WAQAS A, et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: a systematic review and meta-analysis[J]. J Affect Disord, 2020(277):1022-1037
- [5] OLIN S C S, KERKER B, STEIN R E K, et al. Can postpartum depression be managed in pediatric primary care?[J]. J Women's Heal, 2016,25(4):381-390
- [6] FERNÁNDEZ L E, NEWBY A. Family support and pregnancy behavior among women in two border Mexican cities[J]. Frontera Norte, 2010,22(43):7
- [7] YU M, LI H, XU D R, et al. Trajectories of perinatal depressive symptoms from early pregnancy to six weeks postpartum and their risk factors - a longitudinal study [J]. J Affect Disord, 2020(275):149-156
- [8] National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance[M]. London: NICE, 2014:8-12
- [9] 杨华,聂艳,宁若辰. 抑郁归因风格、失控感及社会支持与大龄经产妇产后抑郁关系[J]. 中国计划生育学杂志, 2020,28(12):2025-2029
- [10] KEIM S A, DANIELS J L, DOLE N, et al. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development [J]. Early Hum Dev, 2011,87(5):373-380
- [11] HAERING C, KIESEL A. Was it me when it happened too early? Experience of delayed effects shapes sense of agency[J]. Cognition, 2015,136(1):38-42
- [12] GAILLARD A, LE STRAT Y, MANDELBROT L, et al. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum [J]. Psychiatry Res, 2014,215(2):341-346
- [13] 康爱琴,吴春玫,杨连. 基层妇女产后抑郁症状发生状况及其影响因素[J]. 中国计划生育学杂志, 2015,23(10):652-655
- [14] COX J L, HOLDEN J M, SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale [J]. Br J Psychiatry, 1987(150):782-786
- [15] 徐艳红. 高龄产妇妊娠结局、心理及其影响因素研究[D]. 福州:福建医科大学,2012
- [16] 周静静,高钰琳,邹芳亮,等. 产妇产后抑郁与社会支持期望落差的关系研究[J]. 中国实用护理杂志, 2016,32(9):651-654
- [17] 高燕,曾娟,张美,等. 领悟社会支持和自我效能与产妇产后抑郁的关系[J]. 职业与健康, 2017,33(5):655-657,660
- [18] 欧妙贤,许秀定,叶敏仪. 孕妇焦虑、抑郁情绪的成因分析及社会工作介入[J]. 中国社会工作, 2018(30):19-24,34
- [19] 李志强,魏炼. 医务社会工作者介入医学人文关怀的基本路径探讨[J]. 医学与社会, 2015,28(9):51-53
- [20] 梁秋萍,黎彩霞,车玲好,等. 社会支持及家庭功能对妊娠晚期孕妇心理状态的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2020,45(7):954-958
- [21] 杨静萍,高玲玲. 家庭功能与孕妇身心健康关系的研究进展[J]. 护理学杂志, 2018,33(9):110-113
- [22] 章群,王俊,郑媛,等. 妊娠晚期妇女心理状况影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2008,24(2):165-167
- [23] REDSHAW M, HENDERSON J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2013,13:70
- [24] LEE A, LAM S, SZE S M, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. [J]. Obstetrics & Gynecology, 2007, 110(5):1102-1112
- [25] 毛新青. 对现代家庭婆媳关系的思考[J]. 山西青年管理干部学院学报, 2008,21(1):88-90
- [26] 杨洋. 产前抑郁影响因素及其妊娠结局[J]. 中国计划生育学杂志, 2019,27(4):504-507
- [27] 杨业环,孙梦云,黄星,等. 中国孕产妇孕产期抑郁状况与动态变化规律[J]. 中国妇幼健康研究, 2021,32(8):1118-1122
- [28] 李淑玉. 经产妇产后抑郁症发病情况及其影响因素分

- 析[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2016, 7(3): 63-66
- [29] REN X W, YU S C, DONG W L, et al. Burden of depression in China, 1990—2017: findings from the global burden of disease study 2017[J]. J Affect Disord, 2020 (268): 95-101
- [30] 陈森, 孙静, 王纯, 等. 孕早期抑郁状况发生的影响因素分析[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2021, 12(6): 29-33
- [31] 孙国庆, 周金玲, 靳西龙. 围产期抑郁发病的社会心理和产科因素分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2020, 31(3): 317-322
- [32] PETROZZI A, GAGLIARDI L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems [J]. J Perinat Med, 2013, 41(4): 343-348
- [33] 郑媛媛, 孙媛, 刘晓巍. 孕晚期焦虑、抑郁调查及相关因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(7): 1631-1633
- [34] 张迪, 许超. 围产期创伤后应激障碍的研究现状[J]. 武汉大学学报(医学版), 2018, 39(5): 846-849
- [35] 张颖, 王燕. 产后抑郁影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(29): 4170-4172
- [36] 陈洁蓉, 丁海燕, 郑萍, 等. 家庭支持系统干预对产后抑郁的影响探讨[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(24): 4394-4396
- [37] 吴月红. 孕产妇焦虑抑郁情绪现状及围生期个性化阶段性护理干预研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2012
- [38] 冯萍萍, 王学芹, 杜静, 等. 个性化护理在剖宫产护理中的应用效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(31): 166-167
- [39] 瞿红平, 胡娟, 孙小媛. 健康教育对围生期孕产妇心理的影响分析[J]. 心理月刊, 2021, 16(22): 65-67
- [40] 卢爱华, 夏蕾, 张秀丽, 等. 心理健康教育对孕产妇焦虑和抑郁情绪的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16(20): 157-159
- [41] 元春兰. 产妇—家属—护士互动护理模式对社区产妇产后的影响[J]. 中国医药指南, 2017, 15(16): 290-291
- [42] 俞海芬. 营养指导在围生期孕产妇保健护理中的应用体会[J]. 中外医学研究, 2015, 13(3): 93-95
- [43] 风笑天. 社会研究方法[M]. 5版. 北京: 中国人民大学出版社, 2018: 168-170

(本文编辑: 姜 鑫)

## Family support and maternal depression risk before and after delivery: based on the Oaxaca and Fairlie decomposition methods

HU Meili

Obstetrics and Gynecology Department, Baoding Maternal and Child Health Hospital, Baoding 071000, China

**Abstract:** Maternal depression risk is a worldwide health challenge, and family support is an important factor affecting maternal depression risk; However, its role and contribution in the fluctuation of maternal depression before and after delivery is rarely studied. Based on the survey data, combined with regression and decomposition analysis methods, this study analyzed the contribution degree of family support factors to the fluctuation of maternal depression before and after delivery. The results showed that family support significantly affected the risk of maternal depression. The risk of depression decreased significantly after delivery. The combined contribution of family support factors and medical factors accounted for 50%. The contribution of family support factors is larger (about 30%) than that of medical factors (about 20%). The main factors include care status, medical care level and parents-in-law relationship. Family support plays critical role in preventing maternal depression, and the construction of family support system should be an important part of the development strategy of women's health throughout the life cycle.

**Key words:** maternal women; depression risk; family support