临床研究 DOI：10.13406/j.cnki.cyxb.003942

孕期改良正念疗法对产后抑郁预防效果研究

徐林群[1]，潘丽红[2]，姚　琳[3]，顾春红[4]

（1.上海市浦东新区南汇精神卫生中心心理科，上海　201399；2.上海市浦东新区南汇精神卫生中心睡眠科，上海　201399；
3.上海市浦东医院心身科，上海　200000；4.上海市浦东新区南汇精神卫生中心精神科，上海　201399）

【摘　要】目的：探讨改良正念干预方案（improved mindfulness intervention program，IMIP）对围产期女性抑郁、焦虑、心理弹性及婚姻质量的影响。**方法：**选择2022年12月至2024年8月在综合医院（浦东医院）妇产科孕妇学校及南汇妇保所妇产科就诊的孕产妇120例，随机分为常规保健组和IMIP组。常规组接受标准孕期保健，IMIP组在此基础上接受每周1次、为期8周的IMIP干预。以爱丁堡产后抑郁量表（Edinburgh postnatal depression scale，EPDS）、医院焦虑抑郁量表（hospital anxiety and depression scale，HAD）、心理弹性量表（connor-davidson resilience scale，CD-RISC）和婚姻质量量表（evaluation and nurturing relationship issues，communication and happiness，ENRICH）作为结局指标，分别于干预前、干预后（孕35周）、产后3 d、42 d、3个月及6个月共6个时点进行评估。采用以各时间点相对于基线的变化值（Δ值）为因变量，进行重复测量方差分析。**结果：**IMIP组在EPDS、HAD焦虑、CD-RISC和ENRICH得分的变化值上均优于常规组，组别、时间及组别×时间交互效应均明显（均$P<0.001$）；HAD抑郁维度组别×时间交互作用不明显，但组间主效应明显（$P<0.001$）。IMIP组的CD-RISC和ENRICH得分随时间推移越来越高。**结论：**IMIP干预可明显改善围产期女性的抑郁和焦虑情绪，增强心理弹性并提升婚姻质量，具有良好的临床推广价值。

【关键词】正念；产妇；产后抑郁；心理弹性；婚姻质量；改良正念干预方案

【中图分类号】R714.6；R395.6　　**【文献标志码】**A

Preventive effects of improved mindfulness-based therapy during pregnancy against postpartum depression

Xu Linqun[1]，*Pan Lihong*[2]，*Yao Lin*[3]，*Gu Chunhong*[4]

（*1.Department of Psychiatry，Nanhui Mental Health Center of Shanghai Pudong New Area；*
2.Department of Sleep Medicine，Nanhui Mental Health Center of Shanghai Pudong New Area；
3.Department of Psychosomatic Medicine，Shanghai Pudong Hospital；4.Department of Psychiatry，
Nanhui Mental Health Center of Shanghai Pudong New Area）

【Abstract】*Objective*：To examine the effects of an improved mindfulness-based intervention program（IMIP）on depression，anxiety，psychological resilience，and marital quality among perinatal women. ***Methods*：**We enrolled 120 perinatal women receiving care at the obstetrics departments of Pudong Hospital and Nanhui Maternity and Child Health Hospital from December 2022 to August 2024. They were randomly assigned to either routine care group or IMIP group. The routine care group received standard prenatal care，while the IMIP group received，in addition to routine care，an eight-week course of IMIP intervention，administered once a week. Outcome measures included the Edinburgh Postnatal Depression Scale（EPDS），Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS），Connor-Davidson Resilience Scale（CD-RISC），and ENRICH Marital Satisfaction Scale，assessed at six time points—before intervention，after intervention（at 35 weeks of gestation），and at 3 days，42 days，3 months，and 6 months postpartum. A repeated measures ANOVA was conducted，with the score changes（Δ values）at individual time points from baseline as the dependent variable. ***Results*：**The IMIP group showed significantly greater improvements than the routine care group in EPDS，HADS-anxiety，CD-RISC，and ENRICH scores，with the main effects of group and time and their interaction effect all being significant（all $P<0.001$）. For HADS-depression，the group×time interaction was not significant，but the main effect of group was significant（$P<0.001$）. CD-RISC and ENRICH scores increased with time in the IMIP group. ***Conclusion*：**IMIP effectively alleviates depressive and anxiety symptoms，enhances psychological

作者介绍：徐林群，Email：xulinqun007@sina.com，
研究方向：抑郁症临床治疗。

通信作者：潘丽红，Email：plh1977@126.com。

基金项目：浦东新区科技发展基金事业单位民生科研专项医疗卫生项目资助（编号：PKJ2022-Y80）；上海市浦东新区南汇精神卫生中心重点专科（专病）项目资助（编号：pdnjzk2022-04）。

优先出版：https://link.cnki.net/urlid/50.1046.R.20250922.0917.002（2025-09-22）

resilience, and improves marital quality for perinatal women, showing strong potential for clinical application.

【Key words】mindfulness; pregnant women; postpartum depression; mental resilience; marital quality; improved mindfulness-based intervention program

产后抑郁（postpartum depression，PPD）是一种常见的围产期心理障碍，起病于分娩后4周至3个月，病程可持续数月至数年[1-2]。其全球发病率在5%~35%[3-4]，中国城市地区报告高达52.1%[5]，且实际患病率可能被低估[6]。PPD不仅影响母婴身心健康，也给家庭与社会带来沉重负担。

当前PPD的干预主要依赖药物和心理治疗[6-8]。正念疗法因其在情绪调节与压力缓解中的优势，已被逐步引入PPD的预防与治疗[9-12]。陈可等[13]的1项meta分析表明，无论是在孕期预防还是产后治疗阶段，将正念疗法作为主要或辅助方法均可有效缓解PPD症状，明显优于对照组。然而，现有干预方案多为通用型，未能充分整合产妇特有的心理特征、人格维度及婚姻关系等关键影响因素，个体化和精准化干预仍显不足。特别是在预防领域，如何开发可操作性强、针对性高的干预策略，仍是亟待解决的科学问题。

本研究基于正念疗法理论与产后女性的心理需求，创新性地开发一套改良正念干预方案（improved mindfulness intervention program，IMIP），通过提升心理韧性、力量感、乐观情绪及婚姻质量，以期更有效地预防PPD的发生。该研究将为产后抑郁的精准预防提供理论支撑与实践路径，具有重要的科学价值与推广前景。

1 资料与方法

1.1 研究对象

以综合医院（浦东医院）妇产科孕妇学校及南汇妇保所妇产科孕妇为研究对象，按照入组标准选取入组对象，选取入组对象共120例，再以随机数字表法将其分为2组，1组为孕妇学校常规产检科普培训，60例1组；而研究组则采用IMIP，60例1组。

纳入标准：①本地常住人口；②在研究医院建卡参加产检，并确定在研究医院分娩；③初次怀孕产妇；④年龄20~40岁；⑤受孕5个月以上；⑥能确保全程参与研究（包括后期随访），并签署知情同意书。排除标准：①器质性精神障碍、双相障碍、酒精及药物所致精神障碍，以及精神发育迟滞等；②严重躯体疾病者；③存在流产风险或高危妊娠者；④不能参与全程干预及随访者；⑤不在本研究医院产检及分娩。本研究经伦理委员会审批，伦理号：2022-C-005-M005。

1.2 研究方法

1.2.1 改良正念干预方案 在每次产检中，所有研究对象均接受常规孕期保健指导，包括产科及心理健康知识宣教。IMIP组在此基础上，由具备正念治疗资质的心理治疗师带领，接受为期8周、每周1次、每次90 min的团体式IMIP。干预内容在正念基础上，融合正念减压与正念认知疗法框架[12-13]，并结合孕期女性的核心心理议题（如自我认知、情绪调节、亲密关系与母职角色等）进行本土化设计。每次干预包含：正念主题导入、冥想练习、结构化小组分享、技能强化与家庭作业布置，强调日常应用与内在体验的整合。为提高可操作性与延续性，参与者配有干预手册与音频引导材料，每周练习时间建议累计30~60 min。干预流程见表1。

具体实施方法如下：干预以团体形式进行，10例1组，共6组；干预周期为8周，每周1次，每次90 min，共计8次，每次干预结束后每天需完成当次干预留置的家庭作业，并作好作业记录，家庭作业由心理咨询师不定期监督；为方便孕妇参与，干预使用zoom软件，线上进行；团体领导者一共由6名具有心理咨询资质且参加过正念培训的医生及心理咨询师组成，每次团体由2名咨询师带领，1名为主要领导者，1名为辅助领导，并在工作过程中定期进行工作评估总结和接受督导，此外，随时与妇产科医生进行定期评估，以了解孕妇身体情况，确保安全及团体顺利进行。团体成员在进入团体前由研究人员（心理咨询师及妇产科医生组成）进行1次单人线下初始访谈，评估孕妇身体情况，介绍团体情况及要求（如要求丈夫及其他家庭成员参与、完成家庭作业），明确成员参与意愿以及其对团体的期望，双方达成一致后签署知情同意书后方能进入团体。每周工作步骤如下：第1周，建立团体关系：①在约定的时间进入zoom会议室，打开视频，确保成员间相互能看见，团体带领者初步介绍团体课程设置及目标，引导成员进行自我介绍，并表达诉求等，达成团体契约；②带领者引导成员进行正念练习及分享（表1）；③领导者讲解正念核心理论以及产后抑郁相关知识，团体成员分享讨论；④领导者再次带领成员进行正念练习及分享；⑤团体结束时由领导者留置每日家庭作业（相关家庭作业记录表单及材料已于初次访谈时发放）。第2~7周：正式干预阶段，根据每周设定主题进行，每周工作流程大致如下：①领导者带领团体成员对上周家庭作业进行回顾与分享，辅助领导者反馈上周成员团体参与情况及家庭作业完成情况；②主题讲解与讨论，领导者根据8周工作手册中每周工作主题进行理论讲解及讨论，包括培育正念动机、认识自我、悦纳自我，正念识别、接纳情绪、正念夫妻、正念父母心、正念人际关系等进行系统

讲解，促进团体成员培育正念动机及态度，提升对自我的认识及理解，以及角色转变后的适应，同时在不同时期邀请配偶及家庭其他成员参与，共同理解情绪、生育带来的压力，并带着正念的态度处理夫妻关系、其他人际关系等；③理论讲解讨论结束后，由团体领导者带领进行正念练习及分享；④留置家庭作业，并交代注意事项。第8周为结束章节，团体进入结束阶段：①领导者带领成员回顾并分享家庭作业练习情况；②团体总结，复习正念练习的基本方法以及团体主题，运用正念驱动积极情绪，学习带着不分析、不批判、不反应的态度感知身边的事情，不受外界影响，同时逐渐将所学到的方法进行迁移，随时运用于日常生活中；③领导者带领进行正念练习并分享，④团体成员道别互赠祝福，团体结束。

1.2.2 常规孕期保健方案 常规孕期保健组于每次产检时接受产科与心理科医生常规知识教育，参与产检医院孕妇学校开设的常规孕产妇、新生儿护理及产妇常规心理健康科普知识培训，共8次，每周1次，每次1 h，培训由孕妇学校医护人员进行。具体学习内容及主题如下：第1周：孕期营养与体重管理；第2周：孕产期风险识别及预防；第3周：妊娠期、哺乳期用药安全注意事项；第4周：孕产期心理健康策略；第5周：母乳喂养常见问题与应对；第6周：分娩方式的选择；第7周：新生儿护理指导；第8周：产后康复注意事项。

1.2.3 研究流程 研究按照入组标准选取入组对象120例，再以随机分组方式将其分为2组，其中1组为孕妇学校常规产检科普培训，60例1组；而研究组则采用改良正念干预，60例1组。2组干预周期均为8周（孕28~孕35周）。2组对象在入组后需进行基线调查，采用14项综合性医院焦虑/原因量表（hospital anxiety and depression scale，HAD）、爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh postnatal depression scale，EPDS)、心理弹性量(connor-davidson resilience scale，CD-RISC)表及及婚姻质量问卷（evaluation and nurturing relationship issues，communication and happiness，ENRICH）对入组对象进行初评，初步了解其在焦虑抑郁情绪、心理弹性及婚姻满意度等方面的情况，并在干预后以及产后第3天、第42天、第3个月及第6个月，再次分别对其进行上述量表评估。具体研究流程见图1。

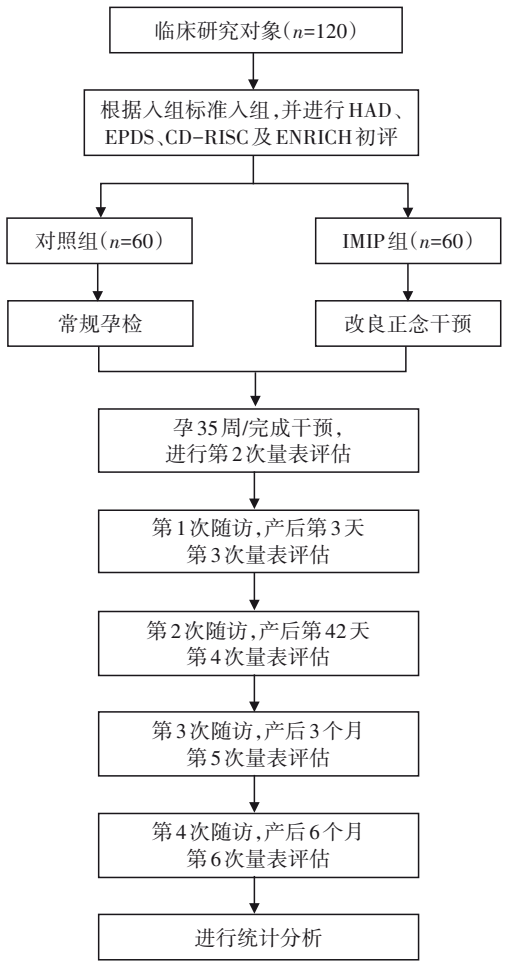


图1 研究流程图

表1 IMIP内容与流程

干预时间	主题	课程内容与正念练习	目标与家庭练习
第1周	团体建立与导入	建立咨访关系；介绍正念的核心理念与基础技巧（3 min呼吸空间）	理解正念概念与非评判态度；每日练习3 min呼吸空间与觉察身体感受
第2周	培育正念动机	更进一步理解正念，培育正念动机及理念、健康的态度（正念伸展与正念呼吸）	每日练习10 min正念呼吸与2次身体活动中的觉察练习（如刷牙、走路）
第3周	认识与悦纳自我	觉察自身身体、情绪反应模式，更好的关照自己（身体扫描）	每日练习身体扫描10 min；记录1次“自我批评”与“自我接纳”的体验对比
第4周	情绪识别与接纳	探索情绪功能；练习情绪命名与接纳技巧（3 min呼吸空间、正念行走）	记录每天1个情绪觉察片段及当下反应，练习不反应策略
第5周	正念夫妻关系	练习倾听与表达中的正念觉察；探讨亲密关系中的评判模式与转化（身体扫描）	与伴侣进行1次正念对话练习：表达感受时保持觉察、缓慢、不评判
第6周	正念父母心	探讨母职身份转变与期待落差；正念养育概念导入（日常中的正念）	每日用“觉察的眼光”观察1次与家庭成员的互动，记录情绪反应
第7周	正念人际关系	培养醒觉、开放、接纳以及中立的人际态度，识别互动模式（正念行走、身体扫描）	记录1次与重要他人的冲突场景，分析旧反应与觉察状态的不同
第8周	课程总结与迁移	回顾8周学习内容；练习情绪驱动的正念应对；强化“当下即是练习场”意识	设计个人“正念行动计划”，明确3种将在日常中持续练习的正念技巧

1.3 量表评估工具

本研究采用以下标准化量表来评估PPD相关指标。

爱丁堡产后抑郁量表（EPDS）：用于筛查和评估产后抑郁症状的严重程度。该量表包含10个条目，采用0至3分的4级评分系统，总分范围为0~30分，分数越高表明抑郁症状越明显。本研究参考研究[14]建议，将临界值设定为≥10分，以平衡敏感性和特异性。在本研究样本中，EPDS的Cronbach's α系数为0.76，表明其内部一致性良好。

医院焦虑抑郁量表（HAD）：用于同时评估焦虑和抑郁症状。该量表包含14个条目，其中7个条目用于评估抑郁，7个条目用于评估焦虑。条目采用0~3分的4级评分，总分范围为0~52分。根据量表指导，分数区间被划分为：0~7分为无症状，8~10分为症状可疑，11~21分为症状确定。本研究中，HAD量表的Cronbach's α系数为0.82，显示出良好的信效度。

心理弹性量表（CD-RISC）：用于衡量个体在压力和逆境中的适应能力。本研究采用了由Connor-David-Son编制并由于肖楠、张建新[15]（2007）修订的3维度版本。条目采用0~4分的5级评分，总分范围为0~100分，得分越高代表心理弹性越强。参考量表指导标准，将得分≤60分为心理弹性水平较差，61~69分为一般，70~79分为良好，≥80分为优秀。本研究中CD-RISC的Cronbach's α系数为0.84，表明其内部一致性优良。

婚姻质量量表（ENRICH）：用于评估婚姻关系的满意度和功能。该量表由Olson编制，包含12个因子，共计124个条目，涉及理想化、满意度、性格相容性、夫妻交流和冲突解决方式等方面。条目采用1~5分的5级评分，总分范围为124~620分，得分越高提示婚姻质量越好。本研究中ENRICH量表的Cronbach's α系数为0.82，显示了其良好的信效度。

1.4 统计学方法

采用JASP 0.19.3分析数据，Kolmogorov-Smirnov（K-S）检验对连续资料进行正态检验，其中年龄、EPDS得分、HAD焦虑得分、HAD抑郁得分、ENRICH得分、CD-RISC得分均为正态分布，以（$\bar{x} \pm s$）表示，采用独立样本t检验比较IMIP组和常规保健组的基线得分；受教育程度以例数（%）表示，采用Fisher确切概率法比较受教育年限。

为控制基线差异的影响，采用以基线后各时间点量表得分变化值（Δ，即各时间点量表评分减去基线量表评分）为因变量，“时间（产前至产后6个月的5个时点）”为重复测量因素，“组别（IMIP组 vs. 常规保健组）”为被试间因素，进行重复测量方差分析。当Mauchly球形检验显示数据违反球形性假设时，采用Greenhouse-Geisser校正。事后检验组别×时间各水平间变化值的差异，采用Holm进行P值校正。检验水准α=0.05。

2 结 果

2.1 2组的基线比较

IMIP组基线EPDS得分高于常规保健组，年龄、受教育程度、HAD焦虑得分、HAD抑郁得分、ENRICH得分、CD-RISC得分变量2组之间的差异均无统计学意义（P>0.05），见表2。

基线EPDS孕期抑郁检出数如图2所示，IMIP组和常规保健组共计120例，共计检出患者13例，孕期抑郁状态检出率为10.83%。由于IMIP组基线EPDS得分高于常规保健组，本研究采用协方差分析控制基线特征对结果变量的影响，将基线特征作为协变量，通过回归模型调整其影响，从而得到校正后的均数。

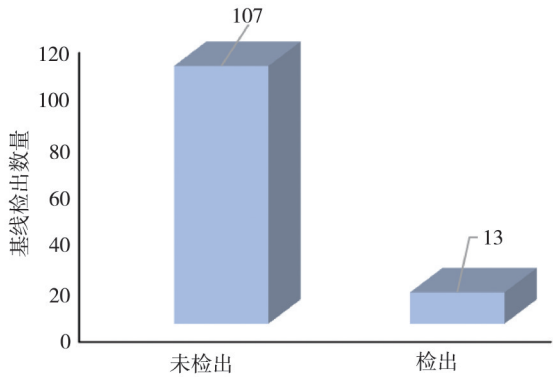


图2 基线检出数

表2 2组基线比较（$\bar{x} \pm s$；n，%）

变量	IMIP组（n=60）	常规保健组（n=60）	t/χ^2值	P值
年龄（岁）	27.70 ± 4.44	27.87 ± 3.57	−0.227	0.821
受教育程度			0.731	0.694
初中	9（15.00）	11（18.33）		
中专/高中	19（31.67）	15（25.00）		
大专/本科	32（53.33）	34（56.67）		
EPDS得分	7.95 ± 4.76	4.18 ± 4.07	4.659	<0.001
HAD焦虑得分	8.17 ± 4.53	7.63 ± 3.98	0.685	0.495
HAD抑郁得分	6.68 ± 4.39	6.23 ± 4.41	0.560	0.577
CD-RISC得分	66.00 ± 11.54	65.32 ± 9.10	0.360	0.719
ENRICH得分	498.75 ± 66.94	519.37 ± 72.89	−1.614	0.109

注：IMIP，改良正念干预方案；EPDS，爱丁堡产后抑郁量表；HAD，医院焦虑抑郁量表；ENRICH，婚姻质量量表；CD-RISC，心理弹性量表

2.2 干预效果评价

2.2.1 抑郁焦虑情绪评分 IMIP组与常规保健组在各随访时点的量表评分详见表3，重复测量分析结果见表4。

在EPDS得分变化值上，组别与时间主效应、组别×时间交互作用均显著（P<0.001），提示2组在时间维度上的抑郁水平变化趋势显著不同。事后分析表明，在孕35周、产后3 d、42 d、3个月和6个月等各时间点上，IMIP组的EPDS得分下降较常规保健组更为显著（P<0.001），且效应量较大（Cohen's d范围为1.438~4.035）。在产后42 d差异最显著，2组的估计边际均值差异为8.650分。

在HAD抑郁得分变化值上，组别与时间主效应均显著，但组别×时间交互作用未达显著性水平，提示2组变化趋势差异不显著。事后分析显示，2组在所有时点上的差异均达统计学意义（holm校正 P<0.05，Cohen's d范围为0.531~0.843），IMIP组较常规保健组的抑郁值下降更明显。

在HAD焦虑得分变化值上，组别与时间主效应（P<0.001）、组别×时间交互作用（P=0.014）均显著。2组在各随访时点上差异显著（holm校正 P<0.05，Cohen's d范围为0.745~1.204），IMIP组较常规保健组的焦虑值下降更明显。

2.2.2 心理弹性评分 CD-RISC得分变化值上，组别与时间主效应、组别×时间交互作用均显著（P<0.001）。事后分析显示，IMIP组与常规保健组在孕35周的变化值未达显著性水平（holm校正 P=0.065），而在产后各时点上的变化值差异显著（holm校正 P<0.001，Cohen's d范围为0.734~2.538）。IMIP组的CD-RISC得分随时间推移越来越高（holm校正 P<0.001），常规保健组的CD-RISC得分并无明显浮动。

2.2.3 婚姻质量评分 ENRICH得分变化值上，组别与时间主效应、组别×时间交互作用均显著（P<0.001）。事后分析显示，IMIP组与常规保健组在孕35周及产后各时点上的分数变化差异均有统计学差异（holm校正 P<0.001）。IMIP组的ENRICH得分随时间推移越来越高，常规保健组的ENRICH得分并无明显浮动。

3 讨 论

本研究验证了“基于正念的改良干预方案（IMIP）”在预防产后抑郁（PPD）、提升心理弹性及改善婚姻质量方面的积极效应，具有较强的实践可行性与理论价值。与既往研究多关注单一维度干预不同，本研究从心理状态、自我调节能力与家庭支持系统三方面共同作用，为PPD的多机制预防提供了实证支持。

首先，本研究在降低PPD发生率方面的结果与国际主流研究高度一致[12-16]。既往研究表明，基于正念减压与正念认知疗法框架的干预可有效缓解孕期及产后抑郁症状，且具持续性[12-16]。本研究同样观察到，在干预后及产后各随访时点上，IMIP组EPDS和HAD评分明显优于对照组，进一步支持了

表3 IMIP组与常规保健组在不同时点的量表评分

变量	组别	孕35周	产后3 d	产后42 d	产后3个月	产后6个月
EPDS总分	IMIP组	6.23 ± 4.17	4.72 ± 4.00	2.67 ± 2.92	1.73 ± 2.48	2.48 ± 3.24
	常规保健照组	5.55 ± 4.43	5.82 ± 4.08	7.55 ± 4.41	2.67 ± 3.65	3.23 ± 4.38
HAD抑郁总分	IMIP组	3.98 ± 3.67	2.30 ± 2.92	1.40 ± 2.19	0.70 ± 1.53	0.50 ± 1.47
	常规保健照组	5.15 ± 4.11	4.77 ± 3.74	3.92 ± 3.46	3.17 ± 3.39	2.3 ± 3.89
HAD焦虑总分	IMIP组	5.33 ± 4.00	4.40 ± 3.36	2.57 ± 2.87	1.87 ± 2.55	1.20 ± 2.66
	常规保健照组	6.80 ± 3.93	6.32 ± 3.67	5.87 ± 3.34	4.95 ± 3.58	3.98 ± 3.58
CD-RISC得分	IMIP组	67.67 ± 10.62	70.70 ± 9.87	74.23 ± 8.59	76.38 ± 7.57	77.52 ± 7.66
	常规保健照组	66.05 ± 8.44	67.22 ± 7.90	68.9 ± 6.91	67.2 ± 7.99	67.15 ± 8.44
ENRICH得分	IMIP组	522.40 ± 60.82	531.62 ± 57.04	545.60 ± 50.18	559.62 ± 44.75	573.78 ± 38.53
	常规保健照组	518.85 ± 75.39	519.67 ± 73.47	520.78 ± 71.37	520.32 ± 73.73	520.23 ± 72.66

注：EPDS，爱丁堡产后抑郁量表；HAD，医院焦虑抑郁量表；ENRICH，婚姻质量量表；CD-RISC，心理弹性量表。

表4 IMIP干预效果评价的重复测量方差分析（组别×时间交互作用）

变量	时间效应			组别效应			交互作用		
	F	P	η^2_p	F	P	η^2_p	F	P	η^2_p
ΔEPDS总分	132.702	<0.001	0.529	298.585	<0.001	0.717	129.031	<0.001	0.313
ΔHAMD总分	77.267	<0.001	0.396	21.818	<0.001	0.156	1.879	0.113	0.016
ΔHAMA总分	124.875	<0.001	0.514	38.131	<0.001	0.244	3.141	0.014	0.026
ΔCD-RISC得分	151.214	<0.001	0.562	76.097	<0.001	0.392	96.556	<0.001	0.450
ΔENRICH得分	109.208	<0.001	0.481	211.182	<0.001	0.642	98.930	<0.001	0.456

注：EPDS，爱丁堡产后抑郁量表；HAD，医院焦虑抑郁量表；ENRICH，婚姻质量量表；CD-RISC，心理弹性量表

正念干预在PPD防治中的跨文化适用性与长期稳定性。然而，相较于国外研究多为单纯的正念训练，本研究IMIP方案在内容设计上更强调情绪调节、家庭关系和文化适应性，使其更贴近中国孕产妇的实际心理与社会情境。

其次，心理弹性的提升是IMIP干预效果的重要中介机制。已有研究表明，正念练习可通过增强个体的觉察力、自我接纳和压力反应调节能力，提高其心理弹性水平[14]。本研究CD-RISC评分结果显示，IMIP明显增强了产妇在孕产期对突发压力与角色转变的适应能力，有效缓冲抑郁风险。这种由内而外提升应对资源的路径，比单纯抑郁症状控制更具有预防价值。

此外，IMIP在改善婚姻质量方面的表现也优于传统干预方式。多数传统PPD干预仅聚焦于个体情绪调节，忽视了配偶关系等社会支持因素，而本研究中的“正念夫妻”“正念人际”等模块有针对性地提升了产妇在亲密关系中的沟通模式和情绪觉察能力，从而提高婚姻满意度。研究表明，良好的婚姻关系可有效减缓PPD发展[17-20]。IMIP通过个体调节与关系支持双路径介入，为产妇构建了更稳定的支持系统。

本研究不仅验证了正念相关疗法在我国文化背景下对PPD的预防效果，还进一步揭示了IMIP对心理弹性和婚姻质量的积极影响，并证实了这种干预的长期效应可持续至产后6个月。研究提出的IMIP治疗框架和流程，相较于传统的心理健康宣教等产后抑郁干预方法，展现出其独特的优势。其优势主要体现在：①操作性与应用性强：该疗法基于正念，依据产后抑郁易感因素而制定，将产妇、配偶及其他家庭成员纳入干预体系，更具有针对性，且流程标准化、结构化，易于掌握和实施；②可及性与便捷性高：孕妇基本可以自助完成大部分治疗内容，并且支持线上进行，突破了地域和时间的限制，尤其适用于不便频繁前往医疗机构的孕产妇群体；③预防为主，关口前移：IMIP在产前即开始介入，旨在通过提升心理弹性、提高婚姻质量等方式，从源头上预防PPD的发生，而非仅仅在问题出现后进行补救；④综合性干预：IMIP不仅通过冥想、呼吸等练习提高自我觉察力和情绪调节能力，还通过促进非评判、接纳性认知模式，减少了产妇对负性情绪的过度识别与沉浸；不仅关注抑郁症状本身，还着眼于提升孕产妇的内在资源（心理弹性）和外部支持（婚姻质量），是一种更为全面的干预模式。此外，通过强化“在场感”和“当前意识”，IMIP还帮助产妇更好地适应角色转换（从孕妇到母亲），进而实现从症状控制到能力提升的转变。

尽管本研究取得了一些积极成果，但仍存在以下局限性，需要在未来的研究中加以改进。①样本代表性偏倚：本研究对象来源于特定医院产科门诊，可能导致样本在社会经济水平等方面存在一定的同质性或偏倚，影响结果的普遍适用性。②混杂变量控制不足：尽管本研究注意到了2组EPDS基线得分的差异，并采用协方差分析进行了校正，但随访过程中仍可能存在其他未控制的混杂因素（如生活环境、原生家庭支持、新生儿健康状况等），这些因素可能对心理弹性和抑郁状态产生影响。此外，新生儿的到来带来的家庭结构、社会关系、自我角色、职业发展、体型外貌等多方面变化[21-24]，均可能成为影响产妇心理健康的因素。③干预持续性与远期效应尚待评估：研究观察到少数产妇在产后6个月抑郁情况略有加重，可能与结束产假、回归职场等社会及情感因素有关。④本研究评价指标单一：当前干预效果主要基于主观量表评估，未来可纳入生理指标（如皮质醇）、伴侣报告与行为观察等多维评估，以更全面客观地评价干预效果。

综上所述，IMIP在PPD预防中的成效不仅体现在抑郁症状的减少，更在于其对产妇心理韧性与家庭系统的综合赋能。未来可在更广泛样本中进行推广验证，并探索数字化平台下的实施模式（如APP辅助练习、视频课程等），进一步提升干预的普适性与可持续性。

参 考 文 献

[1] Moore Simas TA, Whelan A, Byatt N. Postpartum depression-new screening recommendations and treatments[J]. JAMA, 2023, 330(23): 2295-2296.

[2] Nitzan I, Philips R, White RD. Screening recommendations and treatments for postpartum depression[J]. JAMA, 2024, 331(13): 1153-1154.

[3] 李晓燕，顾 红. 产妇产后创伤后应激障碍的列线图预测模型构建及验证[J]. 实用临床医药杂志，2023，27(18)：100-106.
Li XY, Gu H. Construction of predictive nomogram model for postpartum post-traumatic stress disorder in pregnant women after delivery[J]. J Clin Med Pract, 2023, 27(18): 100-106.

[4] 王 璐，阎文军. 艾司氯胺酮在产科临床应用的进展研究[J]. 实用临床医药杂志，2024，28(20)：128-132.
Wang L, Yan WJ. Research progress on clinical application of esket-

amine in Department of Obstetrics[J]. J Clin Med Pract, 2024, 28(20): 128-132.

[5] 王艳驰，张 凤，徐旭娟. 高龄产妇产后抑郁症状与感知社会支持和睡眠质量及产后压力的关系[J]. 中国心理卫生杂志，2025，39(3)：215-220.

Wang YC, Zhang F, Xu XJ. Relationships among postpartum depression symptoms and perceived social support, sleep quality and postpartum stress in elderly postpartum women[J]. Chin Ment Health J, 2025, 39(3): 215-220.

[6] 李 帅，甘 泉，李 彪，等. 不同孕次和产次对产妇产后抑郁的影响分析[J]. 武汉大学学报(医学版)，2022，43(5)：848-850，868.

Li S, Gan Q, Li B, et al. Influence of different times of pregnancy and delivery on postpartum depression[J]. Med J Wuhan Univ, 2022, 43(5): 848-850, 868.

[7] 聂玲玲，刘小丽，吴 慧，等. 雌二醇和5-羟色胺转运体基因多态性相互作用对产后抑郁症患病风险的影响[J]. 脑与神经疾病杂志，2022，30(1)：54-59.

Nie LL, Liu XL, Wu H, et al. Effect of interaction between estradiol and serotonin transporter gene polymorphism on the risk of postpartum depression[J]. J Brain Nerv Dis, 2022, 30(1): 54-59.

[8] 覃 秀，孔紫靖，韦秀菊. 高龄初产妇抑郁情绪影响因素及其与角色适应及育儿胜任感的相关性[J]. 中国计划生育学杂志，2025，33(3)：627-630，636.

Qin X, Kong ZJ, Wei XJ. Influencing factors of the depression of advanced primiparas and the correlation between the depression of the primiparas and their role adaptation and parenting competence sense[J]. Chin J Fam Plan, 2025, 33(3): 627-630, 636.

[9] 朱婷玉，王子文，熊晨菡，等. 上海孕产妇焦虑和抑郁现状及相关因素：一项基于健康生态学模型的多中心研究[J]. 中华疾病控制杂志，2024，28(1)：46-55.

Zhu TY, Wang ZW, Xiong CH, et al. The prevalence and related factors of maternal anxiety and depression in Shanghai: a multicenter study based on health ecology model[J]. Chin J Dis Control Prev, 2024, 28(1): 46-55.

[10] 原晋芳，吕 军，秦金梅，等. 上海市徐汇区产妇产后抑郁发生率及相关影响因素[J]. 上海预防医学，2022，34(10)：965-972.

Yuan JF, Lyu J, Qin JM, et al. Incidence and related influencing factors of parturients with postpartum depression in Xuhui District, Shanghai[J]. Shanghai J Prev Med, 2022, 34(10): 965-972.

[11] Muspitha FD, Windarwati HD, Fevriasanty FI. How mindfulness-based cognitive behavior therapy and assertiveness training can reduce postpartum depression[J]. Jika, 2023, 8(2): 1159-1164.

[12] 夏 燕，邢丽华，刘元元. 正念减压联合网络化认知行为疗法对产后抑郁患者心理改善的影响分析[J]. 心理月刊，2025，20(5)：159-161.

Xia Y, Xing LH, Liu YY. Effect of mindfulness-based stress reduction combined with networked cognitive behavioral therapy on psychological improvement of postpartum depression patients[J]. Psychological Monthly, 2025, 20(5): 159-161.

[13] 陈 可，张彩云，张志刚，等. 正念疗法对产后抑郁患者干预效果的meta分析[J]. 中国心理卫生杂志，2020，34(1)：15-20.

Chen K, Zhang CY, Zhang ZG, et al. A meta-analysis of effect of mindfulness therapy in patients with postpartum depression[J]. Chin Ment Health J, 2020, 34(1): 15-20.

[14] Anggarani NLAS, Dwina Mastryagung GA, Sri Ariani NK. Screening for postpartum depression risk using Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in postpartum mothers[J]. Care J Ilmiah Ilmu Kesehatan, 2024, 12(2): 330-338.

[15] 于肖楠，张建新. 自我韧性量表与Connor-Davidson韧性量表的应用比较[J]. 心理科学，2007，30(5)：1169-1171.

Yu XN, Zhang JX. A comparison between the Chinese version of ego-resiliency scale and connor-Davidson resilience scale[J]. Psychol Sci, 2007, 30(5): 1169-1171.

[16] Zafman K, Riegel M, Srinivas SK. EPDS screening at delivery discharge as a predictor of postpartum depression[J]. Am J Obstet Gynecol, 2023, 228(1): S673-S674.

[17] Kovacheva K, de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Gómez-Baya D, et al. Relationship between social support and perinatal depression during the COVID-19 pandemic[J]. J Reprod Infant Psychol, 2025, 43(1): 167-180.

[18] Zhang Y, Razza R. Father involvement, couple relationship quality, and maternal Postpartum Depression: the role of ethnicity among low-income families[J]. Matern Child Health J, 2022, 26(7): 1424-1433.

[19] Ekpenyong MS, Munshitha M. The impact of social support on postpartum depression in Asia: A systematic literature review[J]. Ment Health Prev, 2023, 30: 200262.

[20] Weiss SJ, Xu L. Postpartum symptoms of anxiety, depression and stress: differential relationships to women's Cortisol profiles[J]. Arch Women's Ment Health, 2024, 27(3): 435-445.

[21] American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline No.4[J]. Obstet Gynecol, 2023, 141(6): 1232-1261.

[22] 肖菊兰，文 艺，罗伟香，等. 中文版简版爱丁堡产后抑郁量表在孕妇人群中的信效度检验[J]. 现代预防医学，2022，49(18)：3320-3325.

Xiao JL, Wen Y, Luo WX, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Simplified Edinburgh Postpartum Depression Scale in pregnant women[J]. Mod Prev Med, 2022, 49(18): 3320-3325.

[23] 曹 晓，牛淑芳. 产后抑郁治疗及新兴疗法研究进展[J]. 中国医学创新，2025，22(7)：159-164.

Cao X, Niu SF. Advances in the treatment and emerging therapies of postpartum depression[J]. Med Innov China, 2025, 22(7): 159-164.

[24] Gabriel AS, Ladge JJ, Little LM, et al. Sensemaking through the storm: How postpartum depression shapes personal work-family narratives[J]. J Appl Psychol, 2023, 108(12): 1903-1923.

（收稿：2025-04-18；修回：2025-09-02；录用：2025-09-12）

（责任编辑：李青颖）

本文引用格式：

徐林群，潘丽红，姚 琳，等. 孕期改良正念疗法对产后抑郁预防效果研究[J]. 重庆医科大学学报，2025，50(11)：1587-1593.