

## 临床主导、家庭协同、教育保障：产后抑郁综合防治体系构建

李语涵, 任思亦, 杨昊宇, 朱奕丞, 鲜唯, 阎显鑫, 王贯\*

四川大学华西临床医学院、华西医院党委学生工作部 四川成都

**【摘要】**本文基于系统文献回顾与多理论整合方法, 构建产后抑郁 (postpartum depression, PPD) 多维防治的理论框架体系, 涵盖临床筛查诊疗、家庭社会干预以及医护人才教育, 为降低围产期孕产妇抑郁发病率并且为重构医疗防线提供思路。本文将基于现代公共卫生与临床医学的视角, 梳理 PPD 的“早筛早诊早治”策略, 包括分析爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS) 等早期临床筛查手段、精神药物及心理干预的多学科临床治疗路径。此外, 引入“信息-动机-行为技巧”理论构建家庭健康干预模型, 并基于社会生态学模型提出了破除疾病污名化的社会支持策略。最后, 探讨了创伤知情护理在产后抑郁多维防治中的作用。面对产后抑郁防治体系的不足, 本文构建“规范化筛查、前沿医疗治疗、家庭社会赋能、医护教育”的多维体系。

**【关键词】**产后抑郁; 围产期精神健康; 早期筛查; 家庭干预; 医学教育

**【基金项目】**四川大学高等教育教学改革工程 (第十一期) 研究项目 (SCU11201); 四川大学华西临床医学院 2025 医学人文学术创新研究项目 (HXYXRW2025B006); 四川大学华西临床医学院研究生教育教学改革研究项目 (HXYJS202433)

**【收稿日期】**2026年4月21日 **【出刊日期】**2026年5月27日 **【DOI】**10.12208/j.ijmd.20260040

### Clinical leadership, family collaboration and education support: A comprehensive system for postpartum depression prevention and treatment

Yuhan Li, Siyi Ren, Haoyu Yang, Yicheng Zhu, Wei Xian, Yuxin Yan, Guan Wang\*

Student Affairs Department of the Party Committee, West China School of Medicine and West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, Sichuan

**【Abstract】** Based on a systematic literature review and multi-theory integration approach, this paper constructs a theoretical framework for the multi-dimensional prevention and treatment of postpartum depression (PPD). Covering clinical screening, diagnosis and treatment, family and social intervention, and education for medical and nursing professionals, the framework aims to provide insights for reducing the incidence of depression among perinatal women and reconstructing the medical defense line. From the perspective of modern public health and clinical medicine, this paper systematically sorts out the “early screening, early diagnosis and early treatment” strategy for PPD, including an analysis of early clinical screening tools represented by the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), as well as multidisciplinary clinical treatment pathways combining psychotropic medications and psychological intervention. In addition, this paper introduces the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model to develop a family health intervention model, and proposes social support strategies to eliminate disease stigma based on the Social Ecological Model (SEM). Finally, it discusses the role of Trauma-Informed Care (TIC) in the multi-dimensional prevention and treatment of PPD. In response to the shortcomings of the existing PPD prevention and treatment system, this paper establishes a multi-dimensional system centered on four core dimensions: standardized screening, cutting-edge medical treatment, family and social empowerment, and medical and nursing education.

**【Keywords】** Postpartum depression; Perinatal mental health; Early screening; Family intervention; Medical education

\*通讯作者: 王贯

为了全面地应对产后抑郁, 本文将聚焦于产后抑郁的全面防治体系, 从“临床、家庭、教育”三维分析产后抑郁的现状, 难点痛点、解决方案, 旨在促进产后抑郁“早发现、早诊断、早干预”。首先基于产后抑郁的疾病背景做出宏观探讨, 随后开展早期临床筛查手段与医疗干预方法。在临床防治手段之外, 将延伸至家庭健康教育与社会生态建设, 最终致力于医疗专业人才培养与教学。

## 1 资料与方法

本研究基于系统文献回顾与多理论整合的方法, 围绕产后抑郁(PPD)多维综合防治的理论框架体系构建, 通过文献检索、筛选、提取、整合分析与理论建模, 完成产后抑郁临床筛查、诊疗、家庭干预、社会支持及医护教育的框架构建。

### 1.1 文献检索

#### 1.1.1 检索数据库

本文检索 PubMed、Web of Science、Cochrane Library、BMC Psychiatry、Frontiers、Cureus、Journal of Clinical Medicine、中国知网、万方数据、维普网、中国预防医学杂志、中华围产医学杂志、中国公共卫生等数据库。

#### 1.1.2 检索时间与检索词

本文纳入 2020-2025 年相关研究, 通过 postpartum depression, perinatal depression, 产后抑郁、围产期抑郁、早期筛查、临床诊疗、心理干预、家庭干预、医学教育等检索词检索。

### 1.2 文献纳入与排除标准

#### 1.2.1 纳入标准

研究类型: 临床实践指南、专家共识、Meta 分析、队列研究、随机对照试验等;

研究对象: 产后女性、孕产妇家属、基层妇幼医护人员、医学生等;

研究内容: 覆盖产后抑郁流行病学、危险因素、筛查诊断、药物治疗、心理治疗、家庭支持、社会去污名化、创伤知情护理、围产期精神健康教育;

文献质量: 来源权威、数据完整、方法学规范, 具有临床或公共卫生参考价值。

#### 1.2.2 排除标准

动物实验、基础分子、细胞机制研究、非防治相关基础研究; 会议摘要、病例报告、短篇报道、重复发表、科普评述类文献; 无法获取全文、数据缺失、方法学质量低下的文献; 与产后抑郁防治体系构建

主题无关的文献。

### 1.3 分析方法

本研究采用描述性系统综述的方法, 对纳入文献的核心内容进行定性整合与分析。首先对纳入文献的基本特征、发表年份、研究类型、核心研究主题进行分类梳理与统计; 其次围绕产后抑郁的流行病学特征、发病危险因素、疾病社会经济负担等核心维度, 对纳入文献的研究结果进行系统归纳、整合与对比分析; 同时结合国内外权威临床指南与专家共识, 总结当前产后抑郁领域的研究进展、临床实践现状与现存问题, 最终形成系统性的理论框架。

## 2 产后抑郁疾病背景

产后抑郁(postpartum depression, PPD)作为精神心理疾病, 不仅严重威胁母体自身的身心健康, 更对婴幼儿的早期发育、母婴依恋关系的建立以及整体家庭系统的稳定性产生深远且难以逆转的负面影响<sup>[1]</sup>。在全球公共卫生的视野下, 产后抑郁已被普遍视作围产期较为常见且严重的并发症之一, 其全球平均患病率逐年提升, 约有 10%至 20%的产妇在产后一年内发生该疾病<sup>[2]</sup>。而在某些特定的社会背景、边缘化群体或者医疗水平不均的区域, 该发病率甚至更高<sup>[3]</sup>。这种高发病率与高致病性, 要求临床医学、护理学以及医学教育体系必须对其进行全面审视。

### 2.1 产后抑郁的影响

临床中的产后抑郁, 必须严格区分具有“产后抑郁情绪”与真正的产后抑郁。前者通常表现为产后数周内的轻度情绪波动, 而后者则具有病程更长、症状更重、破坏性更强的特点, 其病程往往可持续数月乃至一年以上<sup>[2]</sup>。产后抑郁的核心临床特征表现为显著且持久的心境低落、极度焦虑、难以缓解的疲劳感、认知功能障碍以及社会功能的退化。随着病情的恶化, 部分患者会表现出强烈的无价值感、极度的自卑、与婴儿的情感疏离, 甚至出现极端自杀行为、极端伤害行为<sup>[3]</sup>。除此之外, 产后抑郁对家庭、社会都造成极为严重的影响。据美国权威数理政策研究机构 Mathematica Policy Research 发布的报告《The Societal Costs of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders》指出, 一年内未得到妥善治疗的孕产妇抑郁症队列, 从怀孕到产后 5 年间, 给整个社会造成的总经济损失约合 1000 亿人民币<sup>[4]</sup>。

### 2.2 产后抑郁的影响机理

孕妇到产后需要经历生理激素水平大幅变化、心理转变等一系列问题, 而产后抑郁则会加重这类问题。大量基于心理学与儿科学的跨学科研究表明, 产后抑郁会显著降低母亲提供高质量、敏感性抚育的能力。这种抚育能力的缺陷具体表现为母婴连结受损、对婴儿生理及情感需求的敏感度下降<sup>[1]</sup>。由于婴儿的早期大脑发育高度依赖于照顾者的积极互动与正向反馈, 这种长期的忽视与冷漠会影响婴儿的发育, 在情感调节、认知发展和社会交往等多个核心领域留下长期的负面印记。在一项关于母亲围产期抑郁与儿童长期行为问题的队列研究中, 基于母亲围生期抑郁与 4 岁儿童行为问题关联队列分析表明, 围生期不同时间母亲抑郁与 4 岁儿童行为问题发生风险增加有关, 其中母亲孕中期和产后 12 个月抑郁与儿童行为异常的关联更强, 且母亲孕期抑郁和产后抑郁在儿童神经行为发育的负面影响中均可发挥独立效应<sup>[5]</sup>。

更为复杂在于母婴关系的双向交互性。婴儿的行为模式会作为强烈的应激原, 加剧母亲的抑郁与焦虑症状; 而母亲因抑郁导致的低效安抚能力, 又使得婴儿愈发焦躁不安, 从而在母婴之间形成一种恶性循环。此外, 产后也是女性在生理上具有较强影响的时期, 伴随抑郁情绪而来的往往是身体浮肿、体重增加、身材走样以及严重的失眠与睡眠结构紊乱, 因此罹患心血管疾病和糖尿病风险大幅上升<sup>[2]</sup>。生理与心理的双重作用, 显示了在临床、家庭、社会、教育中推行多学科综合管理的紧迫性。

### 3 产后抑郁筛查

产后抑郁早期筛查是防治产后抑郁的第一步与关键步骤, 我们需要建立完善筛查手段以保障筛查的可及性高, 提高发现率。我们将从标准化临床筛查的必要性以及筛查工具的多维使用构建该体系。

#### 3.1 标准化临床筛查体系

中国《孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识(2024)》在国家层面确立了标准, 孕产妇抑郁障碍的筛查应纳入常规孕检和产后访视流程中。

美国妇产科医师学会与美国儿科学会的指南进一步扩展了筛查的广度与深度。建议在产妇的综合产后访视中进行全面的情绪评估, 强调使用经过验证的筛查工具监测治疗情况, 同时还支持将这一工作前置至孕晚期<sup>[3]</sup>。并且从儿科医生的视角创新性地提倡, 应将母亲的抑郁筛查延伸至婴儿出生后第

1、2、4 及 6 个月的常规儿童保健。

#### 3.2 核心筛查工具的应用

在临床实践与医学教学中, 爱丁堡产后抑郁量表被公认为国际标准且应用最为广泛的自评筛查工具<sup>[2]</sup>。教育者在向学生讲授时, 须强调该量表的设计初衷及其临床优势: 它包含 10 个简短的、针对过去 7 天内心境的评估问题, 旨在将回忆的混杂因素降至最低, 患者通常可在 5 分钟内独立完成自我评估, 具有较高患者依从性<sup>[3]</sup>。

然而, 仅有筛查工具并不足以构成完整的防治体系。在医疗组织层面, 建议在全面推行常规筛查前, 采用“围产期抑郁评估与干预实践就绪度”等系统性评估工具进行内部的测评, 以保障该医疗机构的医疗水平与设备建设符合治疗产后抑郁的能力, 例如是否存在标准化的转诊协议、医患沟通时间是否充足、隐私保护机制是否完善等<sup>[6]</sup>。其核心目的在于提高医护人员处理复杂精神心理问题的能力, 确保当患者爱丁堡产后抑郁量表筛查呈阳性时, 医生能够立即启动应急预案, 有能力将筛查到诊治打通。

### 4 产后抑郁临床治疗方法

针对产后抑郁的临床治疗具有严格的考量。临床医生在制定干预方案时, 必须进行个体化考量, 不仅要精确评估患者精神症状及生活习惯, 还需要保障母乳喂养的安全性。目前的临床金标准与实践指南均一致提倡构建多学科、多模式的联合治疗体系。

#### 4.1 药物干预依从性低

对于诊断为中度至重度围产期抑郁障碍的患者。对应基础治疗药物, 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂是目前最主要的一线临床药物。舍曲林和艾司西酞普兰因其进入母乳的药物浓度低、哺乳期展现一定安全性, 被指南推荐为首次接受药物治疗患者的首选一线临床药物<sup>[7]</sup>。此外, 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂也具有一定效果。指南同时强调, 药物治疗应个体化, 若患者在孕前或既往抑郁发作中有良好的特定药物反应史, 临床应优先考虑恢复原用药物方案, 以最大程度确保疗效。

除此之外, 针对产后抑郁生理变化的研究, 研究出以 GABA-A 受体为作用靶点的新型神经活性类固醇药物。ACOG 发布的文件(2024-2026 年周期)重点纳入并修订了针对此类创新药物的临床指导规范。对于在妊娠晚期或产后 4 周内急性发作的中重

度产后抑郁, 静脉输注的 *Brexanolone* 等展现出了相较于传统抗抑郁药的优势, 能够在数天内显著缓解重度抑郁症状<sup>[8]</sup>。

同时, 在医学教育与临床决策中就需要强调在使用药物治疗时, 临床医生须与患者共同决策, 包括高昂的医疗费用、药物可及性、母乳喂养安全性, 这是针对产后抑郁治疗的几大痛点、亟待解决。

关于哺乳期女性抗抑郁药物, 中华围产医学杂志以及中国《孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识(2024)》中强调, 母亲服用药物, 需要权衡药物的副作用和进入乳汁的浓度, 并寻找合适的替代药物, 可进入乳汁影响婴儿的药物包括精神类药物、催乳药物、镇静药和镇痛药等<sup>[9]</sup>。由于这些影响, 产后抑郁女性服药意愿较低, 药物依从性低, 因此药物干预治疗方法较难普及。

#### 4.2 心理干预的实施方法

除了药物治疗, 非药物的心理干预在轻度至中度 PPD 的治疗以及针对高危人群的早期预防中占据主导地位。大量的临床研究表明, 认知行为疗法和人际心理治疗是目前临床证据应用最广泛的两种专业心理干预模式<sup>[10]</sup>。此外, 问题解决疗法等补充性心理疗法也逐渐应用。

基于大量随机对照试验与 Meta 分析, 揭示了心理干预在产后抑郁的防治方面的作用<sup>[11]</sup>。研究表明, 社会心理干预相比常规孕产妇保健, 可显著降低青少年母亲产后抑郁风险, 合并效应量为  $SMD=-0.50$  (95%CI:  $-0.95\sim-0.06$ ); 亚组分析表明, 干预在产前后 3 个月效果更显著 ( $SMD=-0.56$ ), 其中社会支持类干预效果最优<sup>[12]</sup>。

除此之外, 社会心理干预尤其是社会支持, 可有效预防青少年母亲产后抑郁, 产后早期是最佳干预时机<sup>[12]</sup>。这一分析体现了干预时机的重要性, 为接下来的家庭干预与教育模式设计指明了方向。

### 5 家庭干预增强临床治疗方案效果

临床治疗模式的药物依从性与心理干预可实施性都存在明显问题, 而心理干预的时机性为问题解决提供方案, 即从单纯的诊治到家庭联合的精准干预体系, 以家庭赋能产后抑郁干预。

#### 5.1 基于 IMB 理论构建风险分级干预方案

针对产后抑郁的预防性临床干预, 如“健康知识宣讲”, 无法有效干预产后抑郁女性的心理。因此, 本文旨在针对患者“行为技能”与“内在动机”

做出综合性改变。基于“信息-动机-行为技巧”——构建产后抑郁风险分级干预方案, 提供高效性家庭干预方案<sup>[13]</sup>。

IMB 模型的核心在于, 人类任何持久的健康行为改变, 均高度依赖于三个不可或缺的基石: 充分且准确的健康信息 (information); 强烈的内在及外在改变动机 (motivation); 以及切实可行的、能够应对具体困境的行为技巧 (behavioral skills)<sup>[13]</sup>。该方法不仅能够使产后抑郁女性拥有准确的信息, 更深刻关注了产妇的主观情绪体验与深层心理需求, 从内在改变外在, 兼具了科学性与实用性。该模型为之前的单项输入提供了解决措施, 实现了对高、低风险群体的精准识别与个性化干预。

#### 5.2 构建基于 IMB 的家庭支持系统

中国《孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识(2024)》发出了一项具有里程碑意义的强烈倡议: 产后抑郁的防治工作必须打破“仅针对产妇个体”的传统医疗局限, 将干预的触角深度延伸至整个家庭系统之中<sup>[7]</sup>。

文件明确指出, 基层医疗机构、社区卫生人员及专科医生应系统性地加强对孕产妇家属的健康教育和心理指导。教育的重点不仅在于提升家属对孕产期女性心理脆弱性的科学认知, 更在于实操层面的技能传授——通过教授科学的陪伴技巧、有效的情绪疏导话术、以及具体的育儿工作, 改善家庭成员对产妇的支持质量。因此, 对于提高家庭的干预措施, 对于家庭的知识培养的必不可少的。医疗专业人员需要帮助家庭构建日常的、系统性的微观社会支持, 是预防产后抑郁发生及降低其发生率的重要基础。

### 6 社会支持构建产后抑郁微环境辅助治疗

现代医学高速发展, 但是 PPD 依然是全球范围内漏诊率较高、治疗率较低的妊娠相关并发症<sup>[3]</sup>。在一项系统性评估中, 研究人员发现阻碍大量女性获得有效治疗的根本原因, 并非单纯的医疗可及性低, 而是社会文化与疾病污名化<sup>[14]</sup>。

其原因主要为: 负性心理体验、社会身份威胁、背离社会规范、社会回避、公众刻板印象激活、精神卫生服务缺乏公平性和可及性。因此, 针对以上问题, 我们需要在社会层面上提出解决方案<sup>[14]</sup>。

#### 6.1 社会中疾病污名化的产生原因

迎接新生儿的喜悦与幸福与罹患 PPD 产妇的疲

惫、悲伤、焦虑乃至绝望形成鲜明对比。她们倾向于认为这是自己“心理状态异常”的表现,而非一种客观存在的内分泌与神经心理疾病。

受传统的家庭观念的影响,使得母亲无条件的自我牺牲视为理所应当,当自身感受与传统文化相悖是,可能使得围产期精神健康的污名化被成倍放大<sup>[5]</sup>。其次,可能由于自身、家庭、社会过多关注于婴幼儿健康,而忽视了孕产妇心理状态,使得产后抑郁孕妇出现自我否定等症状。

## 6.2 构建社会生态学模型干预策略

针对以上社会现象,通过构建社会生态学干预模型,提升社会认可、促进产后抑郁治疗:

### 6.2.1 个体层面

对于个体而言,广泛推广全国母婴心理健康热线、开发提供多语言服务的远程心理诊疗与短信支持平台、推广基于患者的医疗决策辅助工具,从个体层面降低自我污名化。

### 6.2.2 人际层面

对于人际层面,利用现代技术构建专用大语言模型,构建人际间的交流平台与学习平台,大力发展国际产后支持组织推行的“同伴导师计划”,由康复者为新患者提供情感支撑。

### 6.2.3 机构层面

对于机构或者是组织层面,利用专业筛查工具,比如爱丁堡筛查量表,并使用 PREPD 工具严谨评估机构可行性,为基层医生开通援助专线,专门培训社区卫生工作者进行入户筛查与转诊陪护。

### 6.2.4 社区层面

对于社会层面,通过举办公益活动提升社区对于产后抑郁的意识,或者拍摄相关微视频,通过科普宣传达到社区广泛了解产后抑郁的作用,从而进一步提高去污名化的作用与效能。

### 6.2.5 社会层面

社会层面,从政策上倡导并推动产后孕妇的社会保障;积极推动医疗的扩大化,从而增加围产期精神卫生服务医疗专业人员数量,提高医疗的可及性与依从性。

通过全面实施“去污名化”医疗干预模式,构建起利于产后抑郁女性所处的社会微环境。

## 7 医护教育以培养核心胜任力

教育学研究指出,目前的医学教育及临床护理培训在围产期精神健康这一交叉学科领域,存在着

显著的缺失。研究指出,基层妇幼卫生人员的围产期抑郁症知识高知晓率仅为 37.08%,仅有 43.50%的人员满意当前的心理卫生服务供给现状,并且在护理人员中 69.98%从未接受过围产期抑郁症的相关培训<sup>[6]</sup>。因此,通过提高医护教育的能力从而解决产后抑郁女性的疾病进展。

### 7.1 现代数字技术使用

面对当今时代的数字技术的发展,为如何解决医护教育普遍性低提出了新的方法。2025 年相关研究表明,一款名为“iHealth”的多学科健康教育应用程序的临床价值,该项目由医生、护士、临床营养师和心理治疗师组成跨学科团队,通过数字平台每周向初产妇推送 3 次、每次长达 1 小时的系统性教育与互动干预,并辅以智能提醒功能。

经过 2 个月的随访评估,最终结果为:接受“iHealth”多学科数字干预的产妇组在产后 6 周和 3 个月这两个关键时间节点,其 EPDS 抑郁评分显著低于接受常规标准健康指导的对照组<sup>[7]</sup>。这种创新模式有效增加了医疗的可及性,为中低收入阶层以及医疗资源匮乏地区的产妇提供了一条高质量、高依从性的康复路径。

因此运用现代化数字技术构建关于产后抑郁的宣教系统极为重要,其包括专业的医疗知识、医生的人文关怀、精准化个性化治疗。

### 7.2 医学人文教育培养——以翻转课堂为例

将科学技术辅以人文教育有助于提升医护教育的应用实施。加州大学戴维斯分校医学院的研究表明,专门为处于临床二年级医学生设置 110 分钟的“翻转课堂”教学模块,该模式要求医学生完成临床案例的剖析、鉴别诊断及 MDT 的讨论,最终大量学生中取得了优异效果,极大地提升了医学教学效率<sup>[8]</sup>。

此外,针对临床筛查后初级保健医生及医学生常出现的沟通问题,我们需要通过实际的社区互动课程,在真实环境中锻炼了医患沟通与健康促进能力。

### 7.3 临床沟通技巧培养

为培养医护的沟通交流技巧“创伤知情护理(trauma-informed care, TIC)”理念全方位融入产后抑郁路径<sup>[9]</sup>。在教学中须明确:TIC 不仅是一组单纯的临床沟通技巧,它更是一种深刻观念变革。该理念的核心假设是,任何步入医疗系统的患者均

可能在显性或隐性层面携带着过往的创伤经历。因此, 医疗保健服务必须在运营管理的各个环节中预设具有普遍防御性质的保护机制, 其是为了防止二次损伤。

在针对医护人员的相关专业课程中, TIC 的六大核心指导原则<sup>[20]</sup>:

### 7.3.1 安全性 (Safety)

教育医护人员在物理空间和情感空间上营造无偏见的接纳氛围, 使患者敢于暴露其真实想法。

### 7.3.2 信任与透明 (Trustworthiness and Transparency)

训练学员在执行任何医疗筛查、诊断或转诊操作前, 必须向患者清晰、透明地解释每一个操作步骤的真实目的及其对患者权益的直接影响。

### 7.3.3 同伴支持 (Peer Support)

在护理路径设计课程中, 教授如何科学、安全地引入具有 PPD 康复经验的志愿者参与病房服务, 用真实的、带有温度的康复轨迹打破患者的社交孤立感。

### 7.3.4 协作与互助 (Collaboration and Mutuality)

重点纠正医疗教学中传统的“家长式”, 强调并实操医护人员、患者本人及其核心家属之间的三方共同医疗决策模式。

### 7.3.5 赋权赋能 (Empowerment)

指导学生改变单一的“纠错与查漏”思维, 专注于在沟通中挖掘、肯定并无限放大产妇自身固有的抗压韧性和内在的母亲潜能。

### 7.3.6 文化、历史及性别敏感度 (Cultural, Historical and Gender Issues)

将跨文化护理学纳入核心考评, 要求学员在制定出院指导及干预方案时, 必须充分考量并极其尊重不同族裔深厚的信仰传统、特定的性别角色期待及独特的家庭结构特征。

## 8 结论

产后及围产期抑郁障碍是一个极为复杂的精神心理疾病。应对这一全球性的公共卫生挑战, 要求临床医学、护理学、应用心理学及公共卫生管理体系协同合作。从利用科学筛查、诊断、治疗开始, 描绘产后抑郁治疗体系。

而在家庭、社会维度, 减少疾病的污名化、增大疾病的普及度、可及性、依从性, 持续完善从社区基层到国家层面的建设, 是保障临床干预措施得以有

效落地。面对未来, 对于全球医疗人才教育而言, 结合数字化健康前沿思路、医学人文共情训练, 以及创伤知情护理 (TIC) 的核心原则构建孕产妇心理健康全球防御体系。

## 参考文献

- [1] Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. *Cureus*, 15(7), e41381.
- [2] Khamidullina, Z., Marat, A., Muratbekova, S., Mustapayeva, N. M., Chingayeva, G. N., Shepetov, A. M., Ibatova, S. S., Terzic, M., & Aimagambetova, G. (2025). Postpartum Depression Epidemiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management: An Appraisal of the Current Knowledge and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2418.
- [3] Place JMS, Renbarger K, Van De Griend K, Guinn M, Wheatley C and Holmes O (2024) Barriers to help-seeking for postpartum depression mapped onto the socio-ecological model and recommendations to address barriers. *Front. Glob. Womens Health* 5:1335437.
- [4] Platt, I.S., Pendl-Robinson, E.L., Dehus, E. et al. Societal costs of untreated perinatal mood and anxiety disorders in Vermont. *Arch Womens Ment Health* 27, 585–594 (2024).
- [5] 孙松林, 谢珍珍, 李金灿, 奚健雅, 朱琳, 袁伟, 纪红蕾, 梁红. 母亲围生期抑郁与4岁儿童行为问题关联队列研究[J]. *中国公共卫生*, 2023, 39(3): 300-305.
- [6] 《孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识》撰写专家组. 孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识[J]. *中国预防医学杂志*, 2024, 25 (10): 1213-1222.
- [7] 孕产妇抑郁障碍综合防治策略与技术专家共识[J]. *中国预防医学杂志*, 2024, v.25(10):1213-1222
- [8] Miller, E.S. & Metz, T. & Simas, T.A. & Hoffman, M.C. & Byatt, N. & Roussos-Ross, K.. (2023). Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5: Obstetrics and Gynecology. 141. 1262-1288. 10.1097/AOG.0000000000005202.

- [9] 刘江勤. (2013). 母乳喂养相关的临床指南. 中华围产医学杂志, 16(07), 388.
- [10] Pettman, D., O'Mahen, H., Blomberg, O., Svanberg, A. S., von Essen, L., & Woodford, J. (2023). Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 208.
- [11] Martín-Gómez, C., Moreno-Peral, P., Bellón, J. A., Conejo Cerón, S., Campos-Paino, H., Gómez-Gómez, I., Rigabert, A., Benítez, I., & Motrico, E. (2020). Effectiveness of psychological, psychoeducational and psychosocial interventions to prevent postpartum depression in adolescent and adult mothers: study protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, 10(5), e034424.
- [12] Tenaw, L. A., Ngai, F. W., & Bessie, C. (2024). Effectiveness of Psychosocial Interventions in Preventing Postpartum Depression Among Teenage Mothers-Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 25(7), 1091–1103.
- [13] 蒋骅, 姚文, 潘隽, 等. IMB 模型的理论框架与运用[J]. 中国健康教育, 2015(1):53-55.
- [14] 惠颖, 孙璐璐, 黄雪梅, 等. 产后抑郁患者心理求助污名化体验质性研究的 Meta 整合[J]. 中国计划生育和妇产科, 2025, 17(07):77-81.
- [15] Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus*, 15(5), e39549.
- [16] 邓春燕, 罗书艳, 严斌, 等. 基层妇幼卫生人员对围产期抑郁症的认知现状及培训需求分析[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(15):2893-2897.
- [17] Song X, Kang Z, Sha M and Wang S (2025) Health education and postpartum depression: exploring associations in clinical data. *Front. Psychiatry* 16:1627853.
- [18] Monasch, E. M., Wadell, P. M., Baumann, S., Hopkins, M., & Hou, M. Y. (2022). An Interdisciplinary Flipped Classroom Module on Postpartum Depression Using Telemedicine and Online Teaching. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 46(2), 172–174.
- [19] Sachdeva, J., Nagle Yang, S., Gopalan, P., Worley, L. L. M., Mittal, L., Shirvani, N., Spada, M., Albertini, E., Shenai, N., Moore Simas, T. A., & Byatt, N. (2022). Trauma Informed Care in the Obstetric Setting and Role of the Perinatal Psychiatrist: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(5), 485~496.
- [20] White, A., Saxer, K., Raja, S., & Hall, S. L. (2022). A Trauma-informed Approach to Postpartum Care. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 65(3), 550~562.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

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



OPEN ACCESS