

# 以家庭为中心的护理模式对产科介入手术产妇创伤后成长的影响研究

赵化林, 聂锥, 徐莉

南京医科大学康达学院第一附属医院(连云港市第一人民医院)产科, 江苏 连云港, 222000

通信作者: 聂锥, E-mail: 418195989@qq.com

**【摘要】** **目的** 探讨以家庭为中心的护理模式对产科介入手术产妇的创伤后成长、家庭关怀等指标的影响。**方法** 选取 2023 年 1 月至 2026 年 1 月在连云港市第一人民医院产科行介入手术的 28 例产妇为研究对象, 通过整群分组法分为试验组(15 例)与对照组(13 例)。试验组在常规护理基础上实施结构化的以家庭为中心的护理干预, 对照组接受常规护理。于出院前 1 d, 采用创伤后成长量表、爱丁堡产后抑郁量表、家庭关怀度指数问卷及护理满意度调查表评价干预效果。**结果** 试验组产妇的创伤后成长总分[(67.93 ± 4.23) 分比(56.77 ± 3.83) 分,  $t=7.268, P<0.001$ ]及各维度得分、家庭关怀指数得分[(7.93 ± 1.28) 分比(6.62 ± 1.33) 分,  $t=2.673, P=0.013$ ]、护理满意度[100.00(95.00, 100.00) 分比 90.00(90.00, 97.50) 分,  $Z=3.147, P=0.002$ ]均高于对照组, 爱丁堡产后抑郁量表得分低于对照组[(8.80 ± 3.36) 分比(11.69 ± 3.43) 分,  $t=2.250, P=0.033$ ]。**结论** 以家庭为中心的护理模式能有效提升产科介入手术产妇的创伤后成长水平, 改善其家庭功能, 降低产后抑郁风险, 并提高护理满意度。

**【关键词】** 以家庭为中心的护理模式; 产科介入手术; 产妇; 创伤后成长

**【文章编号】** 2095-834X(2026)02-37-04

**DOI:** 10.26939/j.cnki.CN11-9353/R.2026.02.005

**本文著录格式:** 赵化林, 聂锥, 徐莉. 以家庭为中心的护理模式对产科介入手术产妇创伤后成长的影响研究[J]. 当代介入医学电子杂志, 2026, 3(2): 37-41+50.

## Effect of family-centered care model on post-traumatic growth in parturient women undergoing obstetric interventional procedures

Zhao Hualin, Nie Zhui, Xu Li

Department of Obstetrics, the Affiliate Hospital of Kangda College of Nanjing Medical University (the First People's Hospital of Lianyungang), Lianyungang 222000, Jiangsu, China

Corresponding author: Nie Zhui, E-mail: 418195989@qq.com

**【Abstract】** **Objective** To explore the effects of a family-centered care model on post-traumatic growth, family care ability, and other outcomes in parturient women undergoing obstetrics interventional procedures. **Methods** From January 2023 to January 2026, a total of 28 parturient women who underwent interventional procedures in the Department of Obstetrics of Lianyungang First People's Hospital were selected as the research subjects. Using the cluster grouping method, they were divided into an experimental group (15 cases) and a control group (13 cases). The experimental group received structured family-centered care on the basis of routine care, while the control group received routine care only. One day before discharge, the Post-Traumatic Growth Inventory, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Family APGAR Index, and a nursing satisfaction questionnaire were used to evaluate the intervention effects. **Results** The score of the experimental group for total Post-Traumatic Growth Inventory [(67.93 ± 4.23) points vs. (56.77 ± 3.83) points,  $t=7.268, P<0.001$ ] and its dimensions, Family APGAR Index [(7.93 ± 1.28) points vs. (6.62 ± 1.33) points,  $t=2.673, P=0.013$ ], nursing satisfaction [100.00(95.00, 100.00)

收稿日期: 2026-01-11

基金项目: 江苏省妇幼健康科研项目(F202140)

points vs. 90.00 (90.00, 97.00) points,  $Z=3.147$ ,  $P=0.002$ ] were higher than those of the control group, while the Edinburgh Postnatal Depression Scale score [(8.80 ± 3.36) points vs. (11.69 ± 3.43) points,  $t=2.250$ ,  $P=0.033$ ] was lower than that of the control group. **Conclusion** The family-centered care model can effectively enhance the level of post-traumatic growth, improve family function, reduce the risk of postpartum depression, and increase nursing satisfaction in parturient women undergoing interventional procedures.

**【Keywords】** Family-centered care model; Intervention; Parturient; Post-traumatic growth

产科介入手术包括腹主动脉球囊阻断术、髂内动脉球囊阻断术、子宫动脉栓塞术等,常用于经保守治疗无效的难治性产后出血及预防胎盘植入的术中出血<sup>[1-2]</sup>。其严重并发症有下肢静脉血栓、肺栓塞、子宫严重感染、子宫坏死、膀胱坏死等,远期并发症有月经减少、再次妊娠胎儿生长受限、卵巢功能减退等<sup>[2]</sup>。产科介入手术虽能有效救治危重症产妇,但其侵入性与实施的紧急性常使产妇产生强烈的心理应激,常对心理健康产生负面影响。Grönvall等<sup>[3]</sup>对接受介入手术治疗的产妇进行调查,结果显示三分之二的女性出现了心理后遗症,甚至 18.37% 出现了创伤后应激障碍症状。创伤后成长(post-traumatic growth, PTG)指个体在经历了重大创伤或生命挑战后,不仅恢复到原有的心理状态,而且在某些方面实现了超越以往的个人成长<sup>[4]</sup>。提高产妇的 PTG 水平不仅促进其自身的身心恢复,而且对婴儿的健康成长和家庭整体幸福都有着不容忽视的积极作用<sup>[5]</sup>。现国内对产妇 PTG 研究较少,特别是干预类研究,既往研究证明配偶及家庭成员的支持能够很好地促进产妇创伤后成长<sup>[6-7]</sup>。以家庭为中心的护理模式(family-center care, FCC)是以家庭为单位,以孕产妇为中心,在坚持“支持、尊重、合作、灵活、信息、选择、力量与授权”8 大核心理念的基础上,医护人员为孕产妇及其家庭提供围产期相关的知识、技能、心理支持,从而保证母婴健康及安全,能够降低分娩恐惧及产后抑郁<sup>[8]</sup>。因此本研究旨在探讨以家庭为中心的护理模式对产科行介入手术产妇创伤后成长的影响,为完善产科危急重症护理的心理支持提供依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2023 年 1 月至 2026 年 1 月期间,在连云港市第一人民医院产科病区行介入手术的产妇为研究对象。纳入标准:(1)因妊娠行介入手术;(2)年龄 ≥ 18 岁,意识清楚,能独立或在研究者帮助下完成问卷;(3)知情同意,自愿参与本研究。排除标准:(1)存在严重精神疾病或认知障碍;(2)病情危重(如住 ICU、无法交流)。

家庭成员纳入标准:(1)年龄在 18~65 岁;(2)产后同住,且每日接触时间 ≥ 8 h;(3)意识清楚,沟通无

障碍,自愿参与。排除标准:患有严重身心疾病。为避免组间沾染,采用护理单元的整群分组法:将符合条件的 1 个护理单元的全部产妇纳入试验组( $n=15$ ),另一个护理单元的全部纳入对照组( $n=13$ )。本研究方案已通过连云港市第一人民医院伦理委员会审查批准(LW-20240920001-01)。所有研究对象均签署书面知情同意书。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 实施常规护理,术前 1 d: 责任护士进行术前准备,包括备血、备皮、术前宣教(物品准备、禁食水时间、手术大致流程)。手术当天: 责任护士密切监测产妇生命体征、子宫收缩情况及阴道出血量; 观察介入手术穿刺点有无渗血、血肿及肢端血运。指导患者穿刺侧肢体制动及制动时间,评估疼痛与镇痛护理。术后宣教饮食过渡(从流质到普食)及术后活动(被动踝泵运动-主动踝泵运动-翻身活动)。若母婴分离,指导产妇术后 6 h 内开始,1 次/2~3 h 用手或吸奶器刺激乳房,以建立并维持泌乳,同时讲解手法挤奶及乳汁储存方法;若母婴同室,指导母乳喂养及新生儿护理。术后 24 h 后: 继续观察产妇生命体征及穿刺点情况。指导产妇循序渐进地下床活动,进行症状管理包括腹胀、疼痛、泌乳不足、生理性乳胀等。出院前 1 d: 责任护士进行出院指导,内容涵盖居家母婴注意事项、个人卫生指导、饮食与活动建议。告知复诊时间、需要返院的异常症状。

**1.2.2 试验组** 在常规护理组的基础上实施以家庭为中心的护理模式,具体如下。

**1.2.2.1 组建研究团队** 干预团队包括护士长 1 名,负责审核方案内容、干预方案质量控制;资深责任护士 2 名(副主任护师),参与方案构建及方案实施;护理学硕士研究生 1 名,负责文献回顾、小组讨论资料分析、制定干预方案内容。

**1.2.2.2 干预方案构建** 以“以家庭为中心”“赋权理论”“创伤知情照护”及“产科介入手术/围手术期护理”为关键词,在 PubMed、Web of Science、中国知网、万方等数据库进行检索,根据研究主题相关性 & 文献质量进行筛选后,总结了以家庭为中心的赋能干预内容。研究团队结合病区实际工作流程、资源条件及产妇家庭结构的特点,最终形成了应用于本研究的结构化、分阶段家庭中心护理干预方案,见表 1。

**1.2.2.3 干预方法** 干预前对 2 名责任组长进行以家庭为中心的护理干预方案的同质化培训,之后由责任护士依据该方案对产妇及其家庭成员实施干预。具体干预措施根据手术类型调整:行择期介入手术的产妇落实全程干预方案,行急诊介入手术的产妇则从术后至出院前 1 d 实施相应的干预方案。

### 1.3 观察指标

(1)一般资料调查问卷。自行设计,包括年龄、学历、终止妊娠孕周、产次、医保类型、新生儿出生后 Apgar 评分。

(2)创伤后成长量表(Post-traumatic Growth Inventory, PTGI)。由 Tedeschi 等<sup>[4]</sup>编制,用于测量创伤后个体心理方面的正性变化。由汪际等<sup>[9]</sup>汉化,包括新的可能、与他人关系、个人力量、精神变化、对生活的欣赏 5 个维度 20 个条目。采用 Likert 6 级评分法,从“完全没有”到“非常多”分别计 0~5 分,总分 0~100 分,得分越高表示创伤后成长水平越好。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.611~0.874。

(3)爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)。由 Cox 等<sup>[10]</sup>编制,用于评估围产期孕产妇抑郁症状。由香港中文大学教授 Lee 等<sup>[11]</sup>汉化,包含 10 个条目。采用 Likert 4 级评分法,从“一点也没有”到“经常这样”分别计 0~3 分,总分 0~30 分,得分越高表示抑郁症状越严重。

(4)家庭关怀度指数问卷(Family APGAR Index, APGAR)。由 Smilkstein 等<sup>[12]</sup>编制,用于对家庭功能

进行主观满意度评价,由吕繁等<sup>[13]</sup>汉化,包括适应度、合作度、成熟度、情感度和亲密度 5 个条目,采用 Likert 3 级评分法,从“很少这样”到“经常这样”依次计 0~2 分,总分 0~10 分,总分越高说明对家庭功能的主观满意度越高。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.85。

(5)护理满意度。用于评价对护理服务与技术的满意情况,采用 0~100 分评价法。所有观察指标制作成问卷,问卷于出院前 1 d 发放。

### 1.4 统计学方法

使用 SPSS 27.0 软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  描述,组间比较采用独立样本 *t* 检验;非正态分布计量资料采用  $M(P_{25}, P_{75})$  表示,组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。计数资料采用例(%)描述,组间比较采用 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床特征的比较

与对照组相比,实验组患者在年龄、学历、医保类型、产次、终止妊娠孕周、新生儿体重及不同时间点新生儿 Apgar 评分等指标差异均无统计学意义( $P$ 均  $> 0.05$ ),见表 2。

### 2.2 两组患者结局指标的比较

与对照组相比,不同护理模式干预后,实验组患者的创伤后成长总分及各维度得分、家庭关怀指数

表 1 以家庭为中心的护理干预方案

干预时机	干预对象	预设核心问题/需求	预期负性情绪	阶段护理目标	具体结构化措施
术前 1 d	责任护士与产妇及家庭	1. 对介入手术未知恐惧 2. 决策冲突 3. 信息不足	1. 恐惧 2. 矛盾 3. 茫然	1. 达成共同决策 2. 建立治疗联盟	1. 召开家庭决策会议:讲解手术必要性、过程、预期获益与风险。 2. 评估与整合家庭支持:了解家庭沟通模式与主要照顾者;明确家庭成员在术后的支持角色。 3. 创伤知情沟通:认可产妇的恐惧情绪,强调医疗团队与家庭共同面对。
	责任护士与主要照顾者	1. 不知如何有效支持产妇 2. 自身焦虑	1. 无助 2. 焦虑	1. 赋能照顾者 2. 减轻其自身压力	1. 明确支持任务:指导其如何在术前进行情感安慰(如倾听、鼓励)。 2. 提供信息支持:告知手术当日流程、等待区域如何获取术中信息。
术后	研究者与产妇	1. 疼痛、 2. 对手术效果及新生儿安全的担忧	1. 痛苦 2. 焦虑 3. 脆弱	1. 有效管理症状与情绪 2. 强化安全感	1. 联合查房与反馈:主管医生与护士共同床旁访视,同步向产妇及在场家属解释手术结果与后续计划。 2. 赋能家属参与非技术性照护:教会家属如何协助产妇进行活动、协助进食、观察情绪变化等。 3. 疼痛与情绪的共同评估:鼓励产妇表达不适,并邀请家属补充观察,制定个性化的镇痛与安抚策略。
	研究者与主要照顾者	1. 担心照顾不当 2. 疲劳	1. 疲惫 2. 担心	1. 提升照护能力与信心 2. 关注照顾者	1. “教练式”指导:演示并让家属练习被动踝泵运动、辅助翻身、辅助下床、辅助吸奶器使用、辅助哺乳等简易护理技能。 2. 提供喘息支持:告知医院可提供的支持资源(如租借陪护床、护理员),鼓励家庭内部轮换照顾。
出院前 1 d	研究者与产妇及家庭	1. 对出院后康复的担忧 2. 自身照护能力及可能并发症的担忧	1. 焦虑 2. 不确定	1. 制定家庭康复计划 2. 连接延续性支持资源	1. 共同制定康复计划表:包括服药、活动强度、复诊时间、异常症状识别(如剧痛、出血、发热),由产妇与家属共同确认。 2. 情感回顾与意义建构引导:引导谈论手术经历中的困难与克服过程,肯定家庭的支持作用,初步链接至创伤后成长概念。 3. 提供资源清单:给出科室联系电话、在线咨询平台(医院官方 APP)、可信任的科普资源。
	研究者与主要照顾者	1. 担心无法应对出院后问题	1. 焦虑	1. 巩固家庭支持系统 2. 明确求助途径	1. 强化协作训练:复习异常状况识别,明确家庭内部分工(如谁负责观察、谁负责联络、谁负责照顾新生儿)。 2. 鼓励自我关怀:提醒照顾者关注自身健康,是提供长期支持的基础。

得分和护理满意度均高于对照组 ( $P < 0.05$ ) ;爱丁堡产后抑郁得分低于对照组,且差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表 3。

### 3 讨论

本研究发现试验组产妇创伤后成长总分及各维度得分均高于常规护理组,与王晓旭<sup>[14]</sup>在血液透析患者中的研究结果一致,表明构建家庭支持系统能够促进创伤后积极心理改变。创伤后成长理念认为,稳固的社会支持(尤其家庭支持)是促进认知加工、挑战核心信念的关键因素<sup>[4]</sup>。本研究中,术前家庭决策会议通过信息共享,让产妇及家属共同参与手术方案讨论,降低了产妇对未知风险的恐惧,建立了护患治疗联盟,为术后心理成长奠定了认知基础。术后情感支持与照护技能培训则通过赋权家属,使其从被动探视者转变为主动照护者,这种角色转变增强了家庭凝聚力和产妇的被支持感,从而促进产妇在“新的可能”“个人力量”等维度上成长。本研究结果还显示对照组产妇术后创伤后成长得分( $56.77 \pm 3.83$ )分低于实验组( $67.93 \pm 4.23$ )分,同时,也低于分低于一般产后水平,如陈久丽等<sup>[15]</sup>对产后 6 个月产妇的研究为( $64.39 \pm 13.64$ )分,范藏贞等<sup>[16]</sup>对剖宫产产妇的研究为( $58.73 \pm 14.82$ )分,说明介入手术作为重大的应急源,产妇难以通过自身完成心理成

长,需要外部干预支持。

本研究显示,试验组采用的 FCC 护理模式能提高产妇的家庭关怀指数,表明其感知到更多的家庭支持。与张宏等<sup>[17]</sup>在宫颈癌患者以家庭为中心的护理中的研究结果一致,说明 FCC 模式对增强不同患者的家庭功能具有普适性。FCC 模式视家庭为一个整体,成员间相互影响,医护成员通过赋权对家庭成员提供知识、技能和资源从而提升关怀能力<sup>[18]</sup>。本研究中通过明确家属照护角色、鼓励参与决策、提供情感支持三项核心措施,为产妇营造了安全、理解的家庭环境。家属通过健康教育掌握了科学的照护技能(如术后观察要点、心理安抚方法、新生儿照护),减少了因“不知如何帮忙”而产生的无力感;同时,医护人员在家庭会议中肯定家属的支持作用,增强了其照护信心,产妇从中得到了有效的家庭支持,从而能够更好地度过创伤经历,促进创伤后成长。

本研究中,试验组抑郁量表得分低于对照组,与项佳华<sup>[19]</sup>在初产妇中的干预研究一致,进一步证实了家庭支持是干预产后心理的有效方法。产后抑郁不仅是神经内分泌变化的结果,也与心理压力、社会支持不足密切相关<sup>[20]</sup>。产科介入手术作为重大应急源,增加了心理风险,FCC 模式通过提供信息降低不确定感(术中流程说明)、情感支持缓冲压力(倾听与鼓励)、实际帮助分担照护(掌握护理技能),直接缓解了压力。此外,家庭会议增强了家庭成员的沟通与凝聚力,改善了

表 2 两组患者临床特征资料比较

	试验组 (n=15)	对照组 (n=13)	t/Z 值	P 值
年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	33.40 ± 6.01	31.77 ± 5.07	0.769 <sup>a</sup>	0.449
终止妊娠孕周 ( $\bar{x} \pm s$ , 周)	35.62 ± 1.64	35.15 ± 2.94	0.528 <sup>a</sup>	0.602
学历 [例 (%)]			-	0.978
本科及以上	8 (53.33)	7 (53.85)		
大专及以下	7 (46.67)	6 (46.15)		
产次 [例 (%)]			-	0.396
经产妇	10 (66.67)	11 (84.62)		
初产妇	5 (33.33)	2 (15.38)		
医保类型 [例 (%)]			-	1.000
职工医保	10 (66.67)	9 (69.23)		
居民医保	5 (33.33)	4 (30.77)		
新生儿出生体重 ( $\bar{x} \pm s$ , g)	2 688.67 ± 385.76	2 515.38 ± 512.89	1.019 <sup>a</sup>	0.318
新生儿 Apgar 评分 [ $M(P_{25}, P_{75})$ , 分]				
婴儿出生后 1 min	8.00 (8.00, 8.50)	9.00 (8.00, 9.00)	1.576 <sup>b</sup>	0.115
婴儿出生后 5 min	9.00 (8.00, 10.00)	9.00 (8.00, 9.00)	0.780 <sup>b</sup>	0.435

注:<sup>a</sup>:t检验;<sup>b</sup>:Mann-Whitney U检验;-:Fisher确切概率法。

表 3 两组患者观察指标比较

结局指标	试验组 (n=15)	对照组 (n=13)	t/Z 值	P 值
创伤后成长总分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	67.93 ± 4.23	56.77 ± 3.83	7.268 <sup>a</sup>	<0.001
新的可能性维度得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	10.87 ± 1.36	8.38 ± 0.96	5.505 <sup>a</sup>	<0.001
与他人关系维度得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	19.40 ± 1.77	16.85 ± 1.28	4.320 <sup>a</sup>	<0.001
个人力量维度得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	13.80 ± 1.52	11.54 ± 1.39	4.080 <sup>a</sup>	<0.001
精神变化维度得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	10.33 ± 0.90	8.08 ± 1.12	5.926 <sup>a</sup>	<0.001
对生活的欣赏维度得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	13.53 ± 1.30	11.54 ± 1.45	3.836 <sup>a</sup>	0.001
爱丁堡产后抑郁得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	8.80 ± 3.36	11.69 ± 3.43	2.250 <sup>a</sup>	0.033
家庭关怀指数得分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	7.93 ± 1.28	6.62 ± 1.33	2.673 <sup>a</sup>	0.013
护理满意度得分 [ $M(P_{25}, P_{75})$ , 分]	100.00 (95.00, 100.00)	90.00 (90.00, 97.50)	3.147 <sup>b</sup>	0.002

注:<sup>a</sup>:t检验;<sup>b</sup>:Mann-Whitney U检验。

产妇的心理家庭环境,从而降低产妇的抑郁水平。

本研究结果表明,试验组对护理服务满意度更高,与刘莉敏等<sup>[21]</sup>研究结论一致,即该模式通过加强沟通、有效的心理疏导、针对性的护理措施,改善了护患关系。满意度不仅取决于技术质量,更受沟通、关怀、尊重等影响<sup>[22]</sup>。FCC模式通过“尊重、合作、信息共享”使产妇及家属从被动的接受者转变为主动参与者,家庭会议尊重了产妇的价值观及决策权,个性化的健康教育满足了家庭的知识需求,情感支持让产妇感受到被理解和关怀,这种模式下产妇需求与价值观被充分尊重,从而使护理的满意度更高。

综上所述,以家庭为中心的护理模式能有效提升产科介入手术产妇的创伤后成长水平,同时改善其家庭功能并降低产后抑郁风险,表明FCC模式对介入后创伤是一种有效的干预方法。

本研究初步探讨以家庭为中心的护理模式在产科介入手术产妇中的应用效果,虽然获得了一定的积极数据,但研究结果存在一定的局限性。首先,样本量小可能影响统计结果的稳定性和结论外推性的确定性。样本量较少的主要原因是近年来我院开展子宫动脉结扎术用于预防前置胎盘术中出血及治疗产后出血,符合条件的病例积累有限。其次,本研究为单中心研究,可能存在地域性及人群特点的差异,对结果的普遍适用性产生影响。同时,观察指标主要采用问卷调查形式,结果易受研究对象社会期许效应的影响。因此,后续研究应着力扩大样本量,开展多中心、长期随访的随机对照试验,以进一步验证该护理模式的远期效果。若条件允许,在现有基础上补充更多病例,以增强研究结论的统计效能与说服力。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参考文献

[1] 中华医学会妇产科学分会产科学组与中华医学会围产医学分会. 产后出血预防与处理指南(2023)[J]. 中华妇产科杂志, 2023, 58(6): 401-409.

[2] 中国医师协会妇产科分会母胎医学专委会, 中华医学会围产医学分会重症学组. 预防性介入治疗在胎盘植入性疾病的应用专家共识(2023)[J]. 中华产科急救电子杂志, 2023, 12(3): 133-140.

[3] Grönvall M, Tikkanen M, Paavonen J, et al. Is there an association between postpartum hemorrhage, interventional radiology procedures, and psychological sequelae? [J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2021, 34(11): 1792-1796.

[4] Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma[J]. J

Trauma Stress, 1996, 9(3): 455-471.

- [5] 元欣玥, 乔建红, 张格格, 等. 产妇产后创伤后成长的研究进展[J]. 当代护士(下旬刊), 2025, 32(7): 4-10.
- [6] Attard R, Iles J, Bristow F, et al. An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples' recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2022, 22(1): 798.
- [7] Taubman-Ben-Ari, Navon M, Davidi O. Mothers' personal growth in the first year: the role of perceived childbirth experience and support[J]. J Reprod Infant Psychol, 2022, 40(6): 633-643.
- [8] 李娜, 张岚, 芮子容, 等. 以家庭为中心的产科护理模式在预防产后抑郁症中的应用研究进展[J]. 护理管理杂志, 2024, 24(7): 575-580.
- [9] 汪际, 陈瑶, 王艳波, 等. 创伤后成长评定量表的修订及信效度分析[J]. 护理学杂志, 2011, 26(14): 26-28.
- [10] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale[J]. Br J Psychiatry, 1987, 150: 782-786.
- [11] Lee DT, Yip SK, Chiu HF, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale[J]. Br J Psychiatry, 1998, 172: 433-437.
- [12] Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. J Fam Pract, 1978, 6(6): 1231-1239.
- [13] 吕繁, 曾光, 刘松暖, 等. 家庭关怀度指数问卷测量脑血管病人家庭功能的信度和效度研究[J]. 中国公共卫生, 1999, (11): 27-28.
- [14] 王晓旭. 成对关系视角下血液透析患者和照顾者创伤后成长的影响因素研究[D]. 天津医科大学, 2021.
- [15] 陈久丽, 郑丽娜, 杨黄静, 等. 产妇产后创伤后成长的现状及影响因素分析[J]. 军事护理, 2024, 41(2): 47-50+55.
- [16] 范藏贞, 韩伟霞, 赵洁. 自悯能力在剖宫产产妇社会资本与创伤后成长之间的中介效应[J]. 临床心身疾病杂志, 2026, 32(1): 55-59.
- [17] 张宏, 吴敏, 高杰, 等. 基于患者和家庭为中心的护理模式对宫颈癌患者膀胱管理应用效果研究[J]. 护理与康复, 2022, 21(8): 25-28+32.
- [18] 俞惠萍, 方小萍, 崔蕾. 以家庭为中心的赋权模式在护理中的研究进展[J]. 实用医院临床杂志, 2024, 21(5): 202-205.
- [19] 项佳华. 以家庭为中心的护理模式在初产妇产后抑郁症患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(16): 2072-2075.

(下转第 50 页)