

孕妇分娩恐惧的潜在剖面分析

黄丽萍¹, 刘萍萍², 董志霞², 唐惠艳¹

(1.华北理工大学 护理与康复学院,河北 唐山 063210;2.唐山市丰南区中医院 妇产科,河北 唐山 063300)

【摘要】目的 探讨孕妇分娩恐惧的潜在类别及影响因素,为实施针对性干预提供参考。**方法** 2022年7-9月,采用便利抽样法选取在唐山市某三级甲等医院进行产前检查的598名孕妇为调查对象,采用分娩态度问卷、患者健康问卷、广泛性焦虑量表、领悟社会支持量表等对其调查。对孕妇分娩恐惧进行潜在剖面分析,采用多元 Logistic 回归分析不同类别的影响因素。**结果** 孕妇分娩恐惧可分“低分娩恐惧-高应对能力组”“中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组”“高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组”3个潜在类别,其在文化程度、自评健康状况、产次、产前教育等方面的差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。文化程度、产前教育、产次、抑郁、焦虑、倾向分娩方式、妊娠并发症是孕妇分娩恐惧不同类别的影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 孕妇分娩恐惧存在明显的分类特征,医护人员应根据不同类别的影响因素对孕妇进行心理疏导及针对性干预,以降低其分娩恐惧水平。

【关键词】 孕妇;分娩恐惧;潜在剖面分析;影响因素

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.03.015

【中图分类号】 R473.71 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2024)03-0061-05

Latent Profile Analysis of Pregnant Women's Fear of Childbirth

HUANG Liping¹, LIU Pingping², DONG Zhixia², TANG Huiyan¹ (1.College of Nursing and Rehabilitation, North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, Hebei Province, China; 2.Department of Obstetrics and Gynecology, Fengnan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063300, Hebei Province, China)

Corresponding author: TANG Huiyan, Tel:0315-8805730

【Abstract】Objective To explore the potential categories and influencing factors of pregnant women's fear of childbirth, and to provide reference for the implementation of targeted intervention.**Methods** From July to September 2022, 598 pregnant women who had a check-up in a tertiary A hospital in Tangshan city were selected using convenience sampling method. Childbirth attitude questionnaire, patient health questionnaire, generalized anxiety disorder and perceived social support scale were used to investigate the patients. Latent profile analysis was conducted on pregnant women's fear of childbirth, and the influencing factors of different categories were analyzed by Multivariate Logistic Regression.**Results** Pregnant women's fear of childbirth can be divided into three potential categories; low fear of childbirth-high coping ability group, medium fear of childbirth-fear of pain injury group, and high fear of childbirth-fear of pain injury group. There were statistically significant differences in education level, self-rated health status, parity, prenatal education (all $P<0.05$). Education level, prenatal education, parity, depression, anxiety, preferred delivery mode and pregnancy complications are the influencing factors of different types of pregnant women's fear of delivery (all $P<0.05$).**Conclusions** There are obvious classification characteristics of pregnant women's fear of childbirth, and medical staff should give psychological counseling and targeted intervention to pregnant women according to different types of influencing factors to reduce their level of fear of childbirth.

【Key words】 pregnant woman; fear of childbirth; latent profile analysis; influencing factor

[Mil Nurs, 2024, 41(03): 61-64, 69]

分娩恐惧(fear of childbirth, FOC)是女性孕中晚期及产时因畏惧分娩阵痛、担心母体及胎儿受损、分娩过程失去控制及未知因素等而导致的孕产妇身心障碍和分娩应对困难^[1]。据报道^[2], FOC 的发生率为 67.1%。FOC 严重损害孕产妇身心健康, 可导致硬膜外镇痛增加、第二产程延长、剖宫产率上升、

胎儿宫内缺氧、母乳喂养困难, 甚至影响产后母子关系^[3]。潜在剖面分析(latent profile analysis, LPA)可以将具有相似特征的个体归为同一类别, 通过不同类别量表维度或条目的得分判断其潜在特征, 并且能够得到不同类别在整体所占比例^[4]。目前, 对孕妇 FOC 的研究大多按量表得分高低评判其 FOC 水平^[2], 缺少对个体异质性的考量, 尚未见有关孕妇 FOC 的潜在剖面研究。本研究旨在采用 LPA 探讨不同特征孕妇 FOC 特点及影响因素, 为临床给予针对性干预提供参考。

【收稿日期】 2023-06-01 **【修回日期】** 2024-01-04
【基金项目】 河北省医学科学研究课题计划项目(20211504)
【作者简介】 黄丽萍, 硕士在读, 主管护师, 电话: 0315-8805730
【通信作者】 唐惠艳, 电话: 0315-8805730

1 对象与方法

1.1 研究对象 2022年7—9月,采用便利抽样法选取在唐山市某三级甲等医院产科门诊进行产前检查的孕妇为调查对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)妊娠中晚期;(3)具备正常读写沟通能力且自愿参加本次调查。排除标准:(1)伴有胎儿发育异常;(2)严重躯体疾病、精神疾病者。本研究共计25个变量,样本量取变量的10~20倍,考虑10%的无效问卷,样本量为278~556例,最终纳入598例。本研究已通过华北理工大学医学伦理委员会批准(2022142)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料问卷 自行设计,包括人口学因素(年龄、文化程度、现居住地、家庭人均月收入等)和产科因素(孕周、自评健康状况、产次、孕期知识、产前教育、倾向分娩方式、妊娠并发症等)。

1.2.1.2 分娩态度问卷(childbirth attitude questionnaire, CAQ) 采用危娟等^[5]汉化版本,评估孕妇FOC严重程度^[6]。该问卷包括对孩子健康的恐惧(5个条目)、对失去控制的恐惧(4个条目)、对分娩疼痛的恐惧(4个条目)、对医疗干预与医院环境的恐惧(3个条目)4个维度。采用Likert 4级评分法,从“无”到“重度”依次计1~4分,总分16~64分,分数越高代表孕妇FOC程度越高。该量表的Cronbach's α 系数为0.910^[5]。本研究中,该问卷的Cronbach's α 系数为0.944。

1.2.1.3 患者健康问卷(patient health questionnaire, PHQ-9) 采用卞崔冬等^[7]汉化版,用于患者过去两周抑郁症状的评估。该问卷包括做事时提不起兴趣、心情低落、入睡困难、疲倦、食欲不振、觉得自己很失败、对事物专注有困难、动作缓慢、有死掉的念头9个条目,采用Likert 4级评分法,从“完全没有”到“几乎每天”依次计0~3分。总分0~27分,分数越高代表抑郁症状越重。0~4分无抑郁,5~9分轻度抑郁,10~14分中度抑郁,15~27分重度抑郁。该问卷Cronbach's α 系数为0.857^[7]。本研究将得分5~27分者定为存在抑郁症状。本研究中该问卷Cronbach's α 系数为0.834。

1.2.1.4 广泛性焦虑量表(generalized anxiety disorder, GAD-7) 采用何筱衍等^[8]汉化版本,用于评估患者过去两周的焦虑症状。该量表包括感觉紧张、不能停止担忧、对事情担忧过多、很难放松下来、因不安而无法静坐、容易急躁、感觉有可怕的事情发生而害怕7个条目,采用Likert 4级评分法,从“完全没有”到“几乎每天”依次计0~3分。得分0~21分,分数越高代表个体焦虑症状越重。0~4分无焦虑,5~9分轻度焦虑,10~14分中度焦虑,15~21分重度焦虑。该

量表的Cronbach's α 系数为0.898^[8]。本研究将得分5~21分者均定为存在焦虑症状。本研究中,该量表的Cronbach's α 系数为0.900。

1.2.1.5 领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS) 由姜乾金^[9]引入并修订,用于评估个体感受到的社会支持程度,包括家庭支持(4个条目)、朋友支持(4个条目)和他人支持(4个条目)3个维度。采用Likert 7级评分法,从“极不同意”到“极同意”依次计1~7分。得分12~84分,分数越高支持水平越高,12~36分支持水平低,37~60分支持水平中等,61~84分支持水平高。该量表Cronbach's α 系数为0.854^[9]。本研究中该问卷Cronbach's α 系数为0.966。

1.2.2 资料收集方法 对调查员培训并使用统一指导语。发放问卷前向孕妇解释调查目的及内容,填写问卷所需时间,并承诺对其所填信息进行保密。在调查对象知情同意并且自愿参加的前提下,签署知情同意书。严格按照纳入、排除标准,选取符合条件的调查对象并独立完成问卷的填写。若孕妇填写过程中有疑问及时给予解答。所有问卷均现场填写并回收,若存在错填或漏填及时纠正。共发放问卷623份,回收有效问卷598份,有效回收率为96.0%。

1.2.3 统计学处理 采用SPSS 22.0统计软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示。计数资料采用频数及构成比描述,组间比较采用 χ^2 检验。应用多元Logistic回归分析不同类别孕妇FOC的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。采用Mplus 8.0软件进行潜在剖面分析,以CAQ问卷16个条目得分作为外显变量。剖面模型检验指标为(1)信息指标:对数似然值(log likelihood, LL)、艾凯克信息标准(akaike information criterion, AIC)、贝叶斯信息标准(bayesian information criterion, BIC)、样本矫正BIC(adjusted bayesian information criterion, aBIC);(2)分类指标:熵(Entropy)取值范围0~1;(3)似然比检验指标:罗-蒙戴尔-鲁本校正似然比检验(lo-mendell-rubin likelihood ratio, LMR)、Bootstrap似然比检验(bootstrap likelihood ratio test, BLRT)。最优模型判断标准:LL、AIC、BIC、aBIC越小越好;Entropy >0.7 ,越接近1,表示分类越准确;LMR、BLRT存在统计学意义($P<0.05$)表示第k个模型优于第k-1个模型^[10]。

2 结果

2.1 孕妇一般资料及FOC现状 孕妇19~44岁,平均(30.34 \pm 4.48)岁;孕周33(27, 36)周;独生女162例(27.1%)、非独生女436例(72.9%);现居住地为城镇492例(82.3%)、农村106例(17.7%);家庭人均月收入 >6000 元261例(43.7%)、4000~

6000元 207例(34.6%)、<4000元 130例(21.7%)。本组孕妇 FOC 得分为 30(23,38)分。

2.2 孕妇抑郁、焦虑及社会支持水平得分 本组孕妇抑郁得分为 4(2,7)分,焦虑得分为 2(0,5)分,社会支持水平得分为 24~84 分,平均(66.84±11.43)分。

表 1 孕妇 FOC 潜在类别模型拟合指标(n=598)

Model	Log(L)	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR	BLRT	类别概率
1	-11939.598	23943.196	24083.791	23982.200	—	—	—	1
2	-10084.260	20266.519	20481.805	20326.244	0.937	<0.001	<0.001	0.65/0.35
3	-9444.209	19020.418	19310.395	19100.864	0.926	0.011	<0.001	0.40/0.42/0.18
4	-9200.979	18567.958	18932.626	18669.125	0.917	0.147	<0.001	0.32/0.20/0.40/0.08

2.4 孕妇 FOC 潜在类别命名 Class1 组共 241 例(40.0%),该组孕妇 FOC 水平整体最低,并且在条目 1“害怕分娩时不能控制自己的行为,失去自控能力”、条目 2“害怕分娩过程”、条目 5“害怕分娩时不能很好的配合医生,帮倒忙”上的得分低于其他条目,因此将该组命名为“低分娩恐惧-高应对能力组”;Class3 组共 110 例(18.4%),该组孕妇 FOC 水平整体最高,并且在条目 9“害怕顺产转剖宫产”、条目 10“害怕分娩时会阴撕裂”、条目 11“害怕孩子在分娩时受损伤”、条目 12“害怕子宫收缩引起的疼痛”上的得分高于其他条目,因此将该组命名为“高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组”;Class2 组共 247 例(41.6%),该组孕妇 FOC 水平整体中等,FOC 整体得分趋势和 Class3 组相似,但各条目得分较 Class3 组低,因此将该组命名为“中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组”,见图 1。

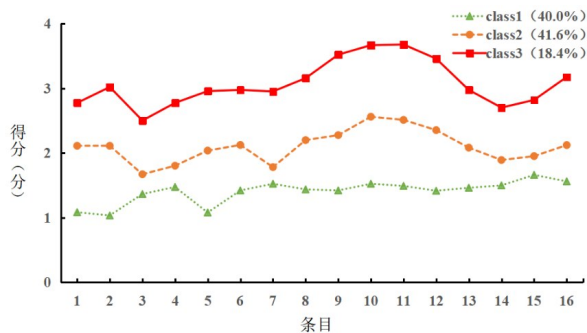


图 1 孕妇 FOC 3 个潜在类别特征分布

2.5 孕妇 FOC 潜在类别的单因素分析 孕妇 FOC 3 个潜在类别在文化程度、自评健康状况、产次、产前教育、倾向分娩方式、妊娠并发症、孕期知识、抑郁、焦虑和社会支持水平方面的差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 2。

2.6 孕妇 FOC 潜在类别的多因素分析 以 FOC 潜在类别为因变量,将单因素分析中有意义的变量为自变量行多元 Logistic 回归分析显示,文化程度、产前教育、产次、抑郁、焦虑、倾向分娩方式、妊娠并发症是孕妇 FOC 不同潜在类别的影响因素(均 $P < 0.05$),见表 3。

2.3 孕妇 FOC 潜在类别分析结果 共拟合 4 个模型见表 1。拟合类别为 3 时,Entropy 为 0.926,LMR、BLRT 均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。拟合类别为 4 时,虽 LL、AIC、BIC、aBIC 最小,但 LMR 无统计学意义($P > 0.05$)。因此,选择 3 个潜在类别为最优模型。

表 2 孕妇 FOC 潜在类别的单因素分析[N=598,n(%)]

项目	例数	Class1 (n=241)	Class2 (n=247)	Class3 (n=110)	χ^2	P
文化程度					27.157	<0.001
高中及以下	57	19(8.1)	18(7.5)	20(18.1)		
大专	361	129(53.4)	159(64.3)	73(66.4)		
本科及以上	180	93(38.5)	70(28.2)	17(15.5)		
自评健康					46.432	<0.001
好	375	175(72.6)	155(62.8)	45(40.9)		
一般	202	60(24.9)	89(36.0)	53(48.2)		
差	21	6(2.5)	3(1.2)	12(10.9)		
产次					13.460	0.001
初产妇	381	134(55.6)	165(66.8)	82(74.5)		
经产妇	217	107(44.4)	82(33.2)	28(25.5)		
产前教育					56.011	<0.001
经常参加	349	171(71.0)	139(56.3)	39(35.5)		
偶尔参加	196	62(25.7)	88(35.6)	46(41.8)		
不参加	53	8(3.3)	20(8.1)	25(22.7)		
倾向分娩方式					12.684	0.002
自然分娩	444	188(78.0)	189(76.5)	67(60.9)		
剖宫产	154	53(22.0)	58(23.5)	43(39.1)		
妊娠并发症					28.752	<0.001
无	408	182(75.5)	174(70.4)	52(47.3)		
有	190	59(24.5)	73(29.6)	58(52.7)		
孕期知识					24.309	<0.001
非常了解	197	103(42.7)	70(28.3)	24(21.8)		
部分了解	364	129(53.5)	162(65.6)	73(66.4)		
不了解	37	9(3.8)	15(6.1)	13(11.8)		
抑郁					81.593	<0.001
无	345	182(75.5)	136(55.1)	27(24.5)		
有	253	59(24.5)	111(44.9)	83(75.5)		
焦虑					63.542	<0.001
无	408	203(84.2)	158(64.0)	47(42.7)		
有	190	38(15.8)	89(36.0)	63(57.3)		
社会支持水平					12.036	0.002
高	414	185(76.8)	163(66.0)	66(60.0)		
中和低	184	56(23.2)	84(34.0)	44(40.0)		

3 讨论

3.1 孕妇 FOC 水平存在群体异质性 孕妇 FOC 得分具有明显分类特征,分别为低分娩恐惧-高应对能力组、中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组、高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组。中分娩恐惧组(41.6%)和高分娩恐惧组(18.4%)孕妇总数在半数以上,说明孕妇 FOC 整体处于中等水平。低分娩恐惧-高应对能力组(Class1)孕妇在分娩时失去控制维度(条目 1、条目 2、条目 5)得分最低,说明此类孕妇具有较高水平

的分娩控制感,可能与孕妇具有较高的分娩认知、分娩自我效能和应对能力有关^[11]。中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组(Class2)孕妇表现出对疼痛和伤害具有较高程度的担忧,可能与此类孕妇对于妊娠和分娩具有较大的心理压力有关。高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组(Class3)孕妇在条目 10(害怕分娩时会阴撕裂)、条目 11(害怕孩子在分娩时受损伤)得分最高,反映该类孕妇更加担忧自身健康和孩子的安危,可能与孕妇本身的个性特征如神经质人格等原因有关^[12]。医护人员应早期识别高危孕妇,针对不同类别孕妇特点给予分层干预,降低 FOC 水平。

表 3 孕妇 FOC 潜在类别的多元 Logistic 回归分析 (n=598)

自变量	β	Wald χ^2	P	OR	95% CI
Class2					
产次(初产妇)	0.551	7.384	0.007	1.736	1.166~2.583
产前教育(不参加)	1.126	6.313	0.012	3.082	1.281~7.415
产前教育(偶尔参加)	0.541	6.546	0.011	1.717	1.135~2.598
抑郁	0.549	6.240	0.012	1.731	1.126~2.663
焦虑	0.880	13.062	<0.001	2.412	1.496~3.888
Class3					
文化程度(本科及以上)	-1.463	8.365	0.004	0.232	0.086~0.624
产次(初产妇)	1.101	12.915	<0.001	3.008	1.650~5.485
产前教育(不参加)	2.407	23.075	<0.001	11.104	4.158~29.653
产前教育(偶尔参加)	1.138	14.373	<0.001	3.120	1.733~5.618
倾向分娩方式(剖宫产)	0.683	4.979	0.026	1.980	1.087~3.608
妊娠并发症	1.054	13.621	<0.001	2.869	1.639~5.021
抑郁	1.593	26.423	<0.001	4.920	2.680~9.031
焦虑	1.240	15.762	<0.001	3.455	1.873~6.372

3.2 孕妇 FOC 潜在类别的影响因素分析 本研究显示,文化程度本科及以上的孕妇更易归入低分娩恐惧-高应对能力组[OR = 0.232, 95% CI (0.086~0.624)],与 Onchonga^[13] 研究结果一致。可能因为文化程度较高孕妇自主学习能力强,对分娩知识理解和接受度较高,能多途径获取分娩相关知识,也更有信心战胜困难。

经常参加产前教育的孕妇更易归于低分娩恐惧-高应对能力组,与 Dereje 等^[14] 研究结论一致。心理应激理论^[15] 提出,认知评价在生活事件和应激反应之间起重要的中介作用。产前教育有利于提高孕妇对妊娠分娩的认知,增强分娩应对能力和分娩信心,有助于预防 FOC 的发生。医护人员应加强孕产期知识的宣传,使孕妇对分娩知识有更深层次的理解。初产妇更易归于中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组[OR = 1.736, 95% CI (1.166~2.583)]和高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组[OR = 3.008, 95% CI (1.650~5.485)],与 Huang 等^[2] 研究结果一致。相对于初产妇,经产妇对于分娩过程有着更多的经验和认知。然而,高昌霞等^[16] 研究表明,经产妇 FOC 水平更高,通常与上次分娩创伤或负面分娩经历有关。目前关于产次

对 FOC 影响的研究结论并不一致。抑郁、焦虑更易归于中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组[OR = 1.731, 95% CI (1.126~2.663); OR = 2.412, 95% CI (1.496~3.888)]和高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组[OR = 4.920, 95% CI (2.680~9.031); OR = 3.455, 95% CI (1.873~6.372)],与 Molgora 等^[17] 研究结论一致。可能与孕妇担心怀孕是否会引起一些身体健康问题,如盆底功能受损引起的尿失禁、性功能障碍等有关^[18]。医护人员应加强对孕妇孕期情绪的筛查。倾向分娩方式为剖宫产孕妇更易归于高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组[OR = 1.980, 95% CI (1.087~3.608)],与娄艺等^[19] 研究结果一致。害怕分娩疼痛是孕妇偏好剖宫产作为分娩方式的最主要原因^[20]。医护人员应充分讲解分娩疼痛缓解方法,提高孕妇对自然分娩的认知。妊娠并发症孕妇更易归于高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组(OR = 2.869, 95% CI: 1.639~5.021)。Berhanu 等^[21] 研究表明妊娠并发症孕妇发生 FOC 风险是正常孕妇的 7 倍。可能的原因为,孕妇因妊娠并发症的存在,更加担忧自身的健康及腹中胎儿的安危,对身体控制能力差,从而失去了对分娩的信心^[22]。医护人员应加强高危孕妇的孕期保健。

4 小结

孕妇 FOC 水平可分为低分娩恐惧-高应对能力组、中分娩恐惧-担忧疼痛伤害组、高分娩恐惧-担忧疼痛伤害组,文化程度、产前教育、产次、抑郁、焦虑、倾向分娩方式、妊娠并发症是不同类别孕妇 FOC 的影响因素,医护人员应根据孕妇 FOC 不同类别及特点,开展针对性干预措施。本研究调查对象仅局限于一所三级甲等医院,未来可开展多中心、大样本的纵向研究,进一步验证和补充本研究结果。

【参考文献】

[1] RINGLER M, PAVELKA R. Fear of childbirth-definition and description of the term on the basis of empirical data (author's transl)[J]. Z Geburtshilfe Perinatol, 1982, 186(1): 55-57.
 [2] HUANG J, HUANG J, LI Y, et al. The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: a hierarchical regression analysis[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2021, 21(1): 643-653.
 [3] SANNI K R, EEVA E, NOORA S M, et al. The influence of maternal psychological distress on the mode of birth and duration of labor: findings from the finnbrain birth cohort study[J]. Arch Womens Ment Health, 2022, 25(2): 463-472.
 [4] 王孟成. 潜变量建模与 Mplus 应用. 进阶篇[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2018: 13-15.
 [5] 危娟, 刘洁英, 张莉芳, 等. 分娩恐惧量表的汉化及信效度检测[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2): 81-83.
 [6] 危娟, 刘洁英, 吴艳萍, 等. 孕妇分娩恐惧状况及其影响因素调查[J]. 护理学杂志, 2016, 31(14): 86-89.

【参考文献】

- [1] KOH W J, ABU-RUSTUM N R, BEAN S, et al. Cervical cancer, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2019, 17(1): 64-84.
- [2] LAWLER M, DE LORENZ F, LAGERGREN P, et al. Challenges and solutions to embed cancer survivorship research and innovation within the EU Cancer Mission[J]. Mol Oncol, 2021, 15(7): 1750-1758.
- [3] BRADLEY J M, HOJJAT M. A model of resilience and marital satisfaction[J]. J Soc Psychol, 2017, 157(5): 588-601.
- [4] REVENSON T A, KAYSER K, BODENMANN G. Emerging perspectives on couples coping with stress[M]. Washington, DC: Psychological Association, 2005: 13-15.
- [5] 叶慧慧, 葛莉娜, 臧爽, 等. 二元应对在中老年妇科癌症患者配偶婚姻满意度与生活质量间的中介效应[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(5): 26-30.
- [6] KENNY D A, LEDERMANN T. Detecting, measuring, and testing dyadic patterns in the actor-partner interdependence model[J]. J Fam Psychol, 2010, 24(3): 359-366.
- [7] 周晖, 刘昀昀, 罗铭, 等. 《2020 NCCN 子宫颈癌临床实践指南(第1版)》解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(2): 131-138.
- [8] CASTRO ALVES L, KENDALL M C. Sample size and the establishment of safety in perioperative medicine[J/OL]. [2023-12-31]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480618301335?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.j.acuro.2018.05.007.
- [9] STEWART A L, HAYS R D, WARE JR J E. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population[J]. Med Care, 1988, 26(7): 724-735.
- [10] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.
- [11] BODENMANN G, REVENSON T A, KAYSER K. Emerging perspectives on couples coping with stress[M]. Washington, DC: Psychological Association, 2005: 13-15.
- [12] XU F, HILPERT P, RANDALL A K, et al. Validation of the dyadic coping inventory with Chinese couples: factorial structure, measurement invariance, and construct validity[J]. Psychol Assess, 2016, 28(8): e127-e140.
- [13] LOCKE H J, WALLACE K M. Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity[J]. Marriage Fam Living, 1959, 21(3): 251-255.
- [14] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 159-161.
- [15] CHEN X, LI Y, SUN H, et al. Dyadic communication quality and family resilience in gynecologic cancer survivors: a study on the mediating role of perceived spousal support[J/OL]. [2023-12-30]. <https://link.springer.com/10.1007/s00520-022-07492-7>. DOI: 10.1007/s00520-022-07492-7.
- [16] 韩雪, 徐仁华, 李国鹏, 等. 基于主客体互倚模型的不孕症夫妻性压力和婚姻调适的关系研究[J]. 中国护理管理, 2021, 21(9): 1418-1422.
- [17] SHYLASREE T S, RANADE R, KATTEPUR A K, et al. Quality of life in long term survivors of cervical cancer: a cross-sectional study[J]. Indian J Cancer, 2021, 58(2): 171-178.
- [18] SHARMA A, SANEHA C, PHLIGBUA W. Effects of dyadic interventions on quality of life among cancer patients: an integrative review[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2021, 8(2): 115-131.
- [19] BRANDÃO T, BRITES R, HIPÓLITO J, et al. Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor-partner approach[J]. J Reprod Infant Psychol, 2020, 38(1): 49-59.
- (本文编辑: 郁晓路)
-
- (上接第 64 页)
- [7] 卞崔冬, 何筱衍, 钱洁, 等. 患者健康问卷抑郁症状群量表在综合性医院中的应用研究[J]. 同济大学学报(医学版), 2009, 30(5): 136-140.
- [8] 何筱衍, 李春波, 钱洁, 等. 广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J]. 上海精神医学, 2010, 22(4): 200-203.
- [9] 姜乾金. 领悟社会支持量表(PSSS). 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 131-133.
- [10] 尹奎, 彭坚, 张君. 潜在剖面分析在组织行为领域中的应用[J]. 心理科学进展, 2020, 28(7): 1056-1070.
- [11] QIU L, SUN N, SHI X, et al. Fear of childbirth in nulliparous women: a cross-sectional multicentre study in China [J]. Women Birth, 2020, 33(2): e136-e141.
- [12] ULUDAG E, CERIT E, KARATEPE Y. Gender roles and personality traits as predictive factors for fear of childbirth[J]. Women Health, 2022, 62(4): 315-324.
- [13] ONCHONGA D. Prenatal fear of childbirth among pregnant women and their spouses in Kenya[J/OL]. [2023-10-02]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575620302342?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100593.
- [14] DEREJE A, DHERESA M, DESALEW A, et al. Fear of childbirth among pregnant women in Eastern Ethiopia: a community-based study[J/OL]. [2023-10-02]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822002662?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103515.
- [15] 姜乾金, 马辛, 林大熙, 等. 医学心理学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 105-106.
- [16] 高昌霞, 林翠萍, 董莉, 等. 孕妇分娩恐惧的影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(4): 531-534.
- [17] MOLGORA S, FENAROLI V, PRINO L E, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: the role of anxiety, depression, and couple adjustment[J]. Women Birth, 2018, 31(2): 117-123.
- [18] NGUYEN L D, NGUYEN L H, NINH L T, et al. Fear of childbirth and preferences for prevention services among urban pregnant women in a developing country: a multicenter, cross-sectional study[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 18(10): 5382-5394.
- [19] 娄艺, 郭胜斌, 顾丽香, 等. 分娩态度量表的修订与信效度研究[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(11): 29-32.
- [20] KHOSRAVI P, PIRDADEH BEIRANVAND S, BEIRANVAND B, et al. Relationship between primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference[J/OL]. [2023-10-02]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161322000035?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.eurox.2022.100143.
- [21] BERHANU R D, ABATHUN A D, NEGESSA E H, et al. The magnitude and associated factors of childbirth fear among pregnant women attending antenatal care at public hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2022, 22(1): 222-232.
- [22] GELAW T, KETEMA T G, BEYENE K, et al. Fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2020, 20(1): 672-679.
- (本文编辑: 郁晓路)