·论　　著·

基于孕产妇视角的围产期脆弱性构成要素及交互模式的质性研究

朱梓凝[1,3]，袁梦梅[2]，曾铁英[2]，赵梅珍[2]，张希[1]，张可[2]

摘要：目的 探讨孕产妇围产期脆弱性的构成要素及交互模式，为围产期脆弱性管控策略提供依据。**方法** 以脆弱性理论为理论框架，于2023年10—11月采用目的抽样法选取22名围产期孕产妇为研究对象，基于解释性质性研究方法对其进行一对一面对面半结构式访谈，采用反思性主题分析法对访谈资料进行分析。**结果** 孕产妇围产脆弱性要素及交互模式可被归纳为3个主题，9个亚主题，即形影不离的扰动枷锁（健康危险、现实困扰、风险敏感）；由内而外的应对力量（资源满足、关怀感知、自我复原）；扰动与应对交互共生（深陷失控感、赋能后适应、战胜不确定性）。基于质性研究结果形成孕产妇围产期脆弱性要素交互模式的概念模型，认为孕产妇的围产期脆弱性会随着扰动要素与应对要素相互制约、此消彼长的相互作用而发生改变。**结论** 孕产妇围产期脆弱性包含多种构成要素，要素间相互作用形成不同脆弱性状态。医护人员、孕产妇家庭及社区可通过多元化措施帮助孕产妇获得心理能量，提升应对扰动的能力，以降低围产期脆弱性，预防不良孕产结局发生。

关键词：孕产妇；　围产期；　脆弱性；　扰动；　应对；　孕产结局；　质性研究
中图分类号：R473.71　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.18.042

Perinatal vulnerability components and interactive patterns: a qualitative study based on the perspective of pregnant and postpartum women

Zhu Zining, Yuan Mengmei, Zeng Tieying, Zhao Meizhen, Zhang Xi, Zhang Ke. School of Nursing, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective To explore the components and interactive patterns of perinatal vulnerability in pregnant and postpartum women, providing a basis for developing vulnerability management strategies in China's perinatal care system. **Methods** Using the vulnerability theory as the framework, a purposive sampling method was employed to select 22 pregnant and postpartum women for interviews at a tertiary hospital in Wuhan, Hubei Province, from October to November 2023. One-on-one semi-structured interviews were conducted based on interpretive qualitative methodology. Data were analyzed using reflective thematic analysis. **Results** Perinatal vulnerability components and interactive patterns among pregnant and postpartum women were organized into three themes with nine subthemes: inseparable disturbance-related constraints (health risks, practical concerns, and sensitivity to risk); internally and externally derived coping capacities (resource fulfillment, perceived care, and self-recovery); and dynamic interaction and co-existence of disturbance and coping (feeling trapped in loss of control, adaptation following empowerment, and overcoming uncertainty). Based on the qualitative findings, a conceptual model of the interaction among these components was developed. This model suggests that perinatal vulnerability is not static but evolves through the reciprocal and shifting influence between disturbance-related and coping-related factors. **Conclusion** Perinatal vulnerability in pregnant and postpartum women is composed of multiple interacting components, and different vulnerability states emerge from their dynamic interplay. Healthcare providers, families, and communities can implement comprehensive strategies to support women in gaining psychological strength and enhancing their capacity to cope with disturbances, thereby reducing perinatal vulnerability and preventing adverse maternal outcomes.

Keywords: maternal women; perinatal period; vulnerability; disturbance; coping; perinatal outcomes; qualitative research

围产期脆弱性（Perinatal Vulnerability）是指妊娠28周至产后1周这一关键时期，孕产妇受到自身、胎儿/婴儿及其家庭与社会环境等多重内外部扰动而应对不足的状态或过程[1]。脆弱性越高，预示着不良围产期结局越易发生，如母婴死亡、早产、低出生体重儿、产后抑郁等[2-4]。早期识别与干预高度脆弱的孕产妇尤为重要。然而，当前研究缺乏理论指导，多将孕产妇生理、心理或社会层面中某一危险因素作为脆弱性要素[1,5-7]，忽视了各要素间的叠加效应[8]，这种倾向导致临床上仅依据单一指标对孕产妇进行风险识别与临床处置，从而忽视了其多元化的健康需求。

作者单位：1.华中科技大学同济医学院护理学院（湖北 武汉，430030）；2.华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部；3.密歇根大学护理学院
通信作者：袁梦梅，1248935639@qq.com
朱梓凝：女，博士在读，学生，zhuzining0607@163.com
科研项目：国家自然科学基金青年科学基金资助项目（72304105）
收稿：2026-02-07；修回：2026-05-07

当前研究也忽视了孕产妇的自身应对力量，当医护人员未能识别并激发个体的内在调适资源时，往往会倾向于采取全盘接管式的外部支持，这易导致干预过度，甚至浪费医疗资源[9]。脆弱性理论（Vulnerability Theory）认为脆弱性是由系统面临的扰动力和应对力所构成的叠加状态[10-11]，关注孕产妇面对外界困境时的主观感受和应对过程。Briscoe 等[12]总结了孕产相关脆弱性要素，即“威胁、阻碍、修复”，但该研究仅停留在要素内涵层面，未进一步探讨不同要素的相互作用。鉴于此，本研究基于脆弱性理论的“扰动力”与“应对力”，对围产期孕产妇进行质性访谈，从扰动和应对两方面综合探索围产期脆弱性构成要素及其交互模式，为准确识别和高效管理高脆弱性的孕产妇、改善母婴围产期结局提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 2023 年 10－11 月，以目的抽样法选取就诊于华中科技大学同济医学院附属同济医院产科门诊或病房的孕产妇为研究对象。纳入标准：①年龄≥20 岁；②孕 28 周至产后 1 周；③神志清楚，语言表达良好。排除标准：有严重疾病且处于急性期。当资料分析时不再出现新的主题且能满足本研究目的时，再继续访谈 2 人[13]。最终，本研究共纳入 22 名孕产妇，其一般资料见表 1。本研究已通过医院伦理委员会批准（TJ-IRB20230832），受访对象均知情同意并自愿参与研究。

表 1 孕产妇的一般资料

编号	年龄（岁）	居住地	学历	职业	访谈时间	子女数	计划/实际分娩方式	高危因素
M1	28	城镇	硕士	公务员	产后 3 d	1	顺产	无
M2	32	城镇	本科	公务员	产后 5 d	2	剖宫产	耻骨联合分离
M3	39	城镇	初中	自由职业	产后 4 d	2	剖宫产	前置胎盘、妊娠期糖尿病
M4	30	城镇	硕士	无业	孕 38 周$^{+1}$	0	计划顺产	无
M5	29	城镇	大专	职员	产后 2 d	1	剖宫产	妊娠期糖尿病
M6	30	城镇	本科	民航乘务员	产后 4 d	1	剖宫产	脐带绕颈 1 周
M7	37	农村	本科	教师	孕 35 周$^{+1}$	1	计划剖宫产	前置胎盘
M8	34	城镇	硕士	职员	产后 2 d	1	顺产	胎膜早破
M9	31	城镇	高中	无业	孕 37 周	0	计划剖宫产	无
M10	31	城镇	本科	无业	孕 39 周$^{+1}$	1	计划顺产	脐带绕颈 2 周、羊水过少
M11	28	农村	初中	自由职业	产后 5 d	1	剖宫产	胎儿生长发育迟缓、脐带过短
M12	34	城镇	大专	销售员	产后 4 d	1	剖宫产	妊娠期高血压及糖尿病、早产
M13	32	城镇	本科	教师	孕 32 周$^{+4}$	1	顺产	无
M14	30	城镇	高中	无业	孕 31 周	0	计划剖宫产	胎儿双侧脑室增宽
M15	40	城镇	高中	自由职业	孕 39 周$^{+5}$	0	计划顺产	无
M16	35	城镇	硕士	公务员	产后 1 d	2	剖宫产	无
M17	32	城镇	大专	自由职业	孕 38 周$^{+5}$	1	计划剖宫产	无
M18	20	农村	初中	无业	孕 29 周$^{+4}$	0	计划顺产	胎儿双侧脑室增宽
M19	31	城镇	本科	教师	孕 38 周$^{+3}$	0	计划顺产	无
M20	28	城镇	本科	护士	孕 39 周$^{+5}$	0	计划顺产	无
M21	31	城镇	本科	瑜伽教练	产后 7 d	1	剖宫产	无
M22	36	城镇	本科	职员	孕 37 周	1	计划顺产	双胎妊娠

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 基于脆弱性理论[10]，研究者从围产期脆弱性扰动与应对两方面，制订初版访谈提纲，经课题组讨论修改提纲后，对孕妇及产妇各 1 名进行了预访谈。预访谈纳入最终的资料分析。最终确定的访谈提纲为：①您在孕晚期/产后有什么困扰、不适的消极感受或体验吗？具体是哪些方面的感受呢？②您感觉这种消极感受或体验是如何产生的，受到什么因素影响呢？③您自己如何应对这些消极感受或体验的？医护人员与家人是如何帮助您的？④您认为这种消极感受或体验对您产生了怎样的影响？⑤您还希望获得怎样的帮助？

1.2.2 资料收集方法 1 名经过培训并掌握质性研究访谈技巧的研究者通过一对一面对面的半结构式访谈收集资料。访谈前研究者充分告知受访者研究目的及相关事项，并签署知情同意书。访谈中研究者回答受访者的问题，以确保受访者理解所有访谈主题。访谈地点选择在较为安静的产科病房进行。访谈资料由 1 名经过培训的研究者记录，同时采用讯飞 H1 录音笔录制现场对话资料并观察记录研究对象的表情、语气、肢体等非语言资料。每例访谈时间为 30～50 min。

1.2.3 资料处理与分析方法 访谈结束 24 h 内将录音转录成文字，并由 2 人对转录后的文字资料进行核

对，对于访谈内容有疑问的内容或者含糊的地方及时与访谈对象进行澄清和确认。对研究者收集到的包括文字资料及非语言资料导入至 NVivo14。本研究基于解释性质性研究方法[14]，利用 Braun 等[15]反思性主题分析法进行资料分析，初步得出主题编码（见附件 1）后再将其归纳为要素，主题归纳出现分歧时课题组共同讨论并决定。具体步骤：①熟悉数据并编写熟悉笔记；②系统性数据编码；③从编码和整理的数据中生成初始主题；④制定和审查主题；⑤精炼、定义和命名主题；⑥撰写报告[15]。

2　结果

2.1　围产期脆弱性构成要素

孕产妇围产脆弱性要素可被归纳为 3 个主题（即要素），9 个亚主题，围产期扰动、应对及交互与共生要素主题网，见附件 2。

2.1.1　主题 1：形影不离的扰动枷锁

围产期脆弱性中的扰动是指围产期中孕产妇暴露于内外部风险或变化时受到的冲击力，包括孕产妇的健康危险、现实困扰以及风险敏感。这三大要素会伴随孕产妇的整个围产期，如同枷锁一般束缚着她们，让她们时刻面临挑战又难以挣脱。

2.1.1.1　亚主题 1：健康危险　围产期孕产妇的身心健康更容易受到如孕晚期生理反应、妊娠相关并发症等因素的威胁。本研究中有 12 名孕产妇提及围产期的生理不适（如子宫压迫脏器和盆腔骨骼，导致腰痛、耻骨痛、漏尿等）与疾病（如重度子痫前期、心脏病、妊娠期糖尿病等）、产检异常（如胎儿侧脑室增宽、早产儿发育不全等），这些经历大大加重了孕产妇的身体负担，使母体与胎儿处于危险之中。M12：“突然间我的血压就起来了，到最后（离预产期）还有几个月，我全身水肿、肺水肿，怀不住了，没办法宝宝要早产。”M10：“孕晚期就是宝宝太大了顶着胃，最难受的就是烧心想吐，吐完之后吃不了饭喝不了水，精神和身体状态都不好才住的院。”

2.1.1.2　亚主题 2：现实困扰　孕产妇除要面对生理挑战外，有 16 名孕产妇提及了来源于家庭、医疗或经济方面的现实问题，家庭困扰包括夫妻与婆媳矛盾、照顾家中孩子的任务过重等；医疗相关问题包括挂号困难、家距离医院远、孕检结果难以看懂、病房环境不佳等；经济方面的困扰包括孕产相关的费用负担较大，医保报销办理困难或怀孕降低工作绩效等。这些问题困扰着她们，加大了围产期负担。M16：“孕晚期我各种身体不舒服，早上还要送老大去上学，晚上给他辅导作业，这好难的，照顾不过来就感觉好累。”M3：“有时候好不容易挂上专家号，看了之后又要到 B 超室排队，有时候还排不上，可能要一、两天后（才排上），就觉得很麻烦。”M7：“我在医院（保胎）住院了一个月，但我们当地医保不报销，所以在经济上还是有一定压力的。”

2.1.1.3　亚主题 3：风险敏感　风险敏感是为孕产妇面临围产期风险因素时，其判断风险对自身造成威胁的心理敏感程度，风险敏感程度越高，心理受到扰动的程度越大。部分受访者曾经历焦虑、恐惧或自我怀疑情绪。她们担心分娩意外、手术转变及产后并发症，网络负面信息也加剧不安；既往不良孕产经历如胎停会引发自我怀疑，心理负担明显增加。M17：“我就是愁心很大的那种，有时候刷手机刷到一个有不好孕产经历的产妇就很焦虑、很失落。”M14：“我本来就不是一个很坚强的人，我先在医院做检查发现检查结果有问题，但没有咨询医院的医生，先咨询网上（的医生），网上说得吓死人，我在家一直很担心，完全承受不了。”

2.1.2　主题 2：由内及外的应对力量

围产期脆弱性的应对是孕产妇调动自身与外部资源以预防、减轻或适应扰动，其要素包括自我复原、资源满足以及关怀感知。孕产妇以心理自我复原为起点，加上获得资源与关怀，进一步促进了自我复原，从而有能力应对围产期挑战。

2.1.2.1　亚主题 4：自我复原　共有 16 名孕产妇提及将孕产过程视作正常的生理变化、转移注意力、自我鼓励以及避开消极信息等。说明面对内外部扰动时，孕产妇会调整自身心态以良好适应，迎接新的围产期挑战。自我复原提高了其对于围产期挑战的接受程度，减轻其内心的压力与焦虑，并引导她们更好地接纳自己与过去，战胜恐惧。M5：“虽然我有妊娠纹这些，但是我不会有这些困扰，我觉得这些都是很正常的事情……就连去拍孕妇照，妊娠纹我也说可以不用修。”M2：“我从（预产期前）100 天的时候开始倒计时，到三四十天的时候给自己鼓励，最后一周一周的这样，我每天数日子，一点一点地给自己‘画大饼’，往前走。”M21：“我只关注对自己有用的信息，像网上看到会引起焦虑或家庭关系复杂的话题，我都会自动避开。在孕期提前入院时，我会询问需要准备什么物品，遇到问题也会积极提问，并总能获得有益的回复。这对我来说是积极的影响。”

2.1.2.2　亚主题 5：资源满足　半数以上孕产妇获得来自家庭、朋友、医疗机构和工作单位的工具性资源支持，满足了其围产期照护的多重需求。家庭资源如物资准备和照顾技能，让孕产妇能安心分娩；医疗资源如医生护士专业服务，增强了孕产妇的信任与安心感；互联网及科普书籍成为补充知识的渠道，帮助解决实际问题；时间资源如工作单位支持请假，使孕产妇能够顺利完成产检和保胎等重要安排。M13：“怀二宝了，家人已经做好各种准备了，如果有各种突发情况来住院，都准备好了，要打有准备的仗，我安心生娃。”M12：“我血压高来医院，护士提前给我测血压，一个小时测一次，这让我对医院信心比较大。”M10：

“我就喜欢看一些(科普)书,把它当参考书,宝宝出现了问题我就翻一下,看一下怎么解决就可以了。”

2.1.2.3 亚主题 6:关怀感知 孕产妇感知的他人关怀,如源于家人朋友、医护人员等的安慰、同情、情感支持,感知关怀能帮助孕产妇调整心态,缓解孕产的压力,并降低对分娩的恐惧。M19:“当我第一次检查的时候我知道了(产检异常),我觉得风险太大,婆婆就给我打电话,说让我别担心,我听了我心里面还是有点难受,后来她一直安慰我,我就慢慢想通了。”M10:“我妈妈的情绪会影响到我,很多时刻是老公疗愈了我,他站在第三方角度分析我跟我妈妈的矛盾,所以我怀孕期间都很开心。”M13:“有的医生语言比较幽默,护士也很温柔,当我感到疼痛和焦虑的大部分时间,他们开个玩笑,我觉得心里很放松。”

2.1.3 主题 3:扰动与应对交互共生

围产期的扰动与应对要素会受外界与内在因素的影响而发生变化,它们相互制约、交互与共生。当扰动要素逐渐增多,若不及时补充应对要素,应对会呈相对弱势状态,孕产妇将会陷入失控的局面;当应对逐渐增加,二者能够抗衡,则会出现暂时的适应;若应对继续增加,则扰动为弱势,孕产妇便能战胜未来的不确定。

2.1.3.1 亚主题 1:深陷失控感 半数以上孕产妇在围产期面临多重扰动时,因应对能力有限,陷入深深的失控感。部分孕产妇尝试通过自我调节或寻求外界协助应对分娩风险、身体变化等困境,但效果不佳,使得焦虑和无力感增加。在孕产意外或资源不足情况下,孕产妇因无法有效协同家人或医护人员而感到委屈和暴躁,甚至于对于某些突发事件只能被动接受,出现情绪崩溃与不满。这种严重的失控感影响了她们的心理健康与围产期自我管理。M8:“我们就是属于很突然的,37 周就破水了,什么物品都没带,直接来了医院……因为他(丈夫)爸妈也不知道,前期都是我一个人准备的东西放在家里,反正这几天就很慌乱。”M1:“阵痛之后就感觉缓和了两个小时就没有什么用了,而且吃什么吐什么,就是对那个药有点过敏……感觉无痛就是无处不痛。如果再给一次机会我可能会剖吧。”

2.1.3.2 亚主题 2:赋能后适应 有 13 名孕产妇在获得医护人员、家人等外部支持或自我调节能力提升后,成功适应围产期挑战。面对健康问题、现实困扰以及心理变化,她们借助有效帮助增强应对能力,从困境中逐步实现身心适应。具体而言,孕产妇能够独自管控孕产期痛苦和情绪波动,自我调节不陷入低落,体现出内外资源协同、积极面对的适应模式。这种积极转变提升了孕产妇的心理复原和实际应对能力。M12:“我肯定担心啊,提前知道他(早产)病了之后我还是一直哭……我老公刚刚跑过去(新生儿病房)说孩子还行,我就才放点心。”M21:“当时是我没有母乳,然后宝宝老哭,又不知道是什么原因,很焦虑……就这么拖了几天,后来有问题就找护士,然后喂奶也找护士,就这么解决的。”M8:“我自己开导自己,不让自己陷入一直不好的情绪……去公园晒晒太阳,看点综艺。”

2.1.3.3 亚主题 3:战胜不确定性 半数以上孕产妇通过内部成长和外部资源支持,有效增强了自信心和承受力,顺利应对围产期的不确定性。她们主动学习孕产知识,逐步接受身体与情绪的变化,并用积极心态面对挑战。具体而言,孕产妇从自我关注转向兼顾母婴需求,不仅能够预防风险,还能相信自身具备战胜困难的能力。这一过程强化了心理适应力,有助于改善围产期体验和健康结局。M22:“其实你相信是好的,结果就是好的……而且医生护士都有保障,医生说生第一个肯定没问题,第二个可能胎位会变,但是我还是愿意来挑战一下顺产这个双胞胎。”M6:“我怀孕之后长了 40 斤,刚开始确实焦虑,但后来我就觉得毕竟当妈妈了,只要宝宝有营养,胖就胖。”M9:“我之前有稽留流产,我对这些知识也很匮乏,之后,我就会着重去关注。这次怀孕之后我会主动去查资料,去买书,去跟这些过来人多问经验,以后再遇到什么事我都不怕了。”

2.2 围产期脆弱性的交互模式 本研究结合脆弱性理论,提出了孕产妇围产期脆弱性要素交互模式的概念模型。该模型分为三大部分:围产期扰动要素、围产期应对要素,以及扰动与应对要素此消彼长下的不同脆弱性状态。孕产妇的围产期脆弱性会随着扰动要素与应对要素相互制约、此消彼长的相互作用而发生改变。扰动要素包括:健康危险、现实困扰以及风险敏感。应对要素包括:资源满足、关怀感知以及自我复原。交互模式中两边为扰动与应对要素,这两类要素的强弱会发生变化,于是形成了不同的围产期脆弱性状况。当孕产妇受到的扰动多于应对时,其会深陷于扰动要素带来的失控感中,难以应对;随着内外部支持增长,两类要素叠加并交互,扰动要素逐渐被应对要素制约,扰动与应对平衡,孕产妇能在赋能后适应扰动,而达到要素间的平衡阶段;当应对要素进一步累积,足以抵御扰动时,孕产妇便能迎刃而解围产期的挑战,从而应对充满不确定性因素的围产期。见图 1。

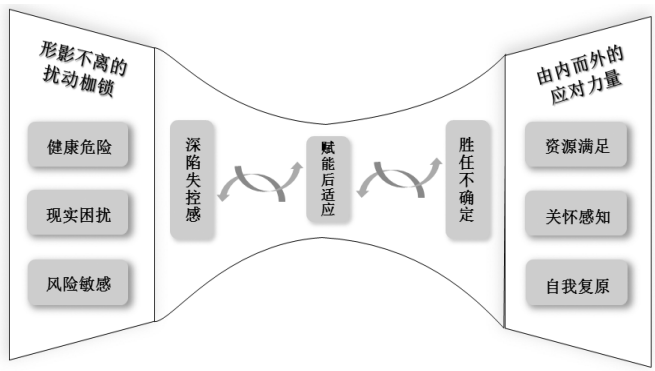


图 1 孕产妇围产期脆弱性要素交互模式图

3　讨论

3.1　从客观存在的风险因素到主观感知的扰动要素

本研究中，扰动要素包括健康危险、现实困扰以及风险敏感，是孕产妇暴露于围产期风险与变化时受到的冲击。其中的“健康危险”以及“现实困扰”与既往研究的客观风险因素（如妊娠并发症[4]、医疗保健不足[4]等）基本一致。既往研究认为，孕产妇遇到相同的客观风险就会表现出相似的脆弱性[4]。然而，本研究发现，即使存在相似的外部扰动因素，如消极的互联网信息，不同孕产妇受到扰动的程度不一样，脆弱性也会不同，这是因为她们对于风险的敏感程度不同。荷兰一项质性研究亦发现，孕产妇对风险的个人敏感度影响其脆弱表现[9]。因此，本研究认为扰动要素不仅包含客观的健康和现实风险，还包含孕产妇对风险的主观感知（即风险敏感性），如担忧、自责及不确定感[16-17]。这种风险敏感性与“孕产风险感知”概念类似，即孕产妇对潜在伤害严重程度的感知不同，导致她们对相同情景产生不同的情感和行为反应[18]。情感和行为反应的过程受到个体心理素质、信息获取能力和社会支持水平的共同影响。研究表明，心理韧性越高，孕产妇对不确定性的容忍度越低，进而影响风险感知与应对策略[19]。同时，有效的信息获取能力有助于孕产妇准确评估自身处境，减缓因风险感知带来的焦虑。社会支持则不仅能够直接降低孕期焦虑，还能通过调节孕产妇的风险感知，进一步提升其心理适应力[20]。本研究结果提示孕产保健不应局限于生理指标（如血压、血糖、胎位）监测，还应从单一风险评估转向心理－社会敏感度评估，建立包含信息管理、社会支持与认知重塑的综合干预方案，从而降低扰动要素所导致的脆弱性。

3.2　从被动获取外界支持到主动发展自身应对能力

本研究中，应对要素包括资源满足、关怀感知以及自我复原，是围产期孕产妇为预防、减轻或适应扰动，而调动内外部资源的能力。本研究资源满足、关怀感知的结果与既往研究[21-22]类似，即孕产妇应对力量包含外部支持，如健康信息、母婴照护、医疗资源等工具性支持[21]，还有情感关怀如孕产妇家人的情感支持、与医护的信任等[22]。这些支持虽能暂时帮助孕产妇对抗扰动要素，但由于没有调动孕产妇的主观能动性，可能使孕产妇产生依赖心理从而不利于个人成长。除了外部支持及情感关怀外，本研究还发现孕产妇为了应对扰动，产生了内生性的应对力量——自我复原，这是促进孕产妇从被动索取支持向主动获得健康的转化。Davis 等[23]也认为围产期本就是孕产妇适应与复原的窗口期。Baattaiah 等[20]的观点也认为复原力在产后十分重要，较低的复原力与产后抑郁高风险有关。本研究中，孕产妇首先能接受围产期挑战带来的孕产不确定性，同时学习并掌握孕产相关知识技能并自我调节情绪，这能使她们在面对孕产相关不确定性中也能保持顺其自然的良好心态，减轻其围产期焦虑、恐惧等不良情绪，从而不断提升自身应对能力，减少对他人支持的依赖。孕产妇的自我复原与我国倡导的主动健康理念类似，都是在充分发挥个体能动性的前提下，调动内外部可控方法，激活自身应对能力，达到降低脆弱性，以消除疾病风险及提高机体能力[24]。本研究结果提示，孕产妇拥有自我调节的潜能，孕产保健服务除了关注资源满足和情感关怀外，应挖掘和培养孕产妇的自我复原力，例如可通过产前赋能教育，鼓励参与决策，建立自我关怀清单，预留自我时间等，提升孕产妇掌控感和自我效能，促使其平稳度过围产期。

3.3　扰动与应对要素互相交互，此消彼长

本研究的扰动要素与 Briscoe 等[12]研究中的“威胁”“阻碍”要素类似，应对要素则对应其研究的“修复”要素。但与 Briscoe 等[12]研究不同的是，本研究发现，扰动与应对要素会互相交互，当扰动超出孕产妇能应对的范围时，她们会感到身心俱疲和失控感，从而导致了脆弱性。这与 LeBeau 等[17]对母乳喂养产妇的质性研究结果类似 。处于高度脆弱的孕产妇可能会出现母婴死亡、早产、产后抑郁等严重后果[1]。当孕产妇渐渐获得应对能力从而能够平衡扰动要素时，她们便能适应围产期中源于健康、现实以及自己内心的扰动，从而缓解脆弱性。当应对力胜于扰动力时，尤其是应对要素中的自我复原占主导时，孕产妇有足够的信心和应对能力持续性克服扰动要素，从而获得胜任感。本研究结果提示，医护人员、孕产妇家庭及社区可通过多元化措施帮助孕产妇获得心理能量，提升应对扰动的能力。建议在产后修复阶段，医护人员为其建立个性化康复计划，开展产后康复指导和运动课程，定期心理健康评估，帮助她们尽快适应和恢复[25]。结合行为改变轮框架，可开展自我管理技能培训，如压力缓解技巧、情绪调节和目标设定实践，提升孕产妇心理复原力[26]和自我应对能力，并可通过追踪随访评估资源使用情况，减少孕产妇对外部资源的过度依赖，节约医疗和社会支持成本。

4　结论

本研究发现，围产期脆弱性是孕产妇在多重内外部扰动与应对要素动态交互、互为制约的状态或过程，包括健康危险、现实困扰、风险敏感等扰动要素，以及资源满足、关怀感知、自我复原等应对要素。随着扰动与应对此消彼长，两者在围产期形成了共生关系，孕产妇的脆弱性表现为不同的失控、适应与战胜不确定性等状态。不同围产期脆弱性情形下孕产妇需求不同，故管理策略需全面且连贯。本研究仅针对孕产妇围产期脆弱性进行要素探究，未涵盖孕产妇伴侣等相关人群，且仅基于孕产妇样本定性

研究提出管理建议，未从医护人员等社会管理者视角探讨管理实践要素，未来可结合孕产妇伴侣探究夫妻共同脆弱性，以及多视角探究脆弱性管理策略与发展。

附件 1 主题编码表
附件 2 围产期扰动、应对及交互与共生要素主题网
请用微信扫码查看

附件 1 主题编码表　附件 2 主题网

参考文献：

[1] Sheikh J, Allotey J, Kew T, et al. Vulnerabilities and reparative strategies during pregnancy, childbirth, and the postpartum period: moving from rhetoric to action [J]. EClinicalMedicine, 2024, 67: 102264.

[2] Givens M, Teal E N, Patel V, et al. Preterm birth among pregnant women living in areas with high social vulnerability[J]. Am J Obstet Gynecol MFM, 2021, 3(5): 100414.

[3] Godleski S A, Harris C T, Fitzpatrick K M, et al. Social and behavioral vulnerability, pregnancy, and negative mental health outcomes in the U. S. during the Covid-19 pandemic[J]. AIMS Public Health, 2022, 9(2): 331-341.

[4] Boghossian N S, Radack J, Passarella M, et al. Maternal vulnerability index and severe maternal morbidity[J]. JAMA Netw Open, 2025, 8(6): e2517068.

[5] Ertmann R K, Lyngsøe B K, Nicolaisdottir D R, et al. Mental vulnerability before and depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective population-based cohort study from general practice[J]. Nord J Psychiatry, 2022, 76(4): 243-249.

[6] 肖建鹏. 强热带气旋及大规模断电影响下的孕妇健康风险及脆弱性研究[D]. 广州：南方医科大学，2019.

[7] Crequit S, Chatzistergiou K, Bierry G, et al. Association between social vulnerability profiles, prenatal care use and pregnancy outcomes[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2023, 23(1): 465.

[8] Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels[J]. Int J Fem Approaches Bioeth, 2009, 2(1): 121-139.

[9] van Blarikom E, de Kok B, Bijma H H. "Who am I to say?" Dutch care providers' evaluation of psychosocial vulnerability in pregnant women[J]. Soc Sci Med, 2022, 307: 115181.

[10] Dow K. Exploring differences in our common future(s): the meaning of vulnerability to global environmental change[J]. Geoforum, 1992, 23(3): 417-436.

[11] 童磊，郑珂，苏飞，等. 浙江省人口健康脆弱性评估及影响因素分析[J]. 地理科学，2020，40(8)：1293-1299.

[12] Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period[J]. J Adv Nurs, 2016, 72(10): 2330-2345.

[13] Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales[J]. Qual Res Sport Exerc, 2021, 13(2): 201-216.

[14] 张玉，吴燕铭，陆华贞，等. 自反性主题分析法在护理质性研究中的应用进展[J]. 护理学杂志，2025，40(14)：116-120.

[15] Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches[J]. Couns Psychother Res, 2021, 21(1): 37-47.

[16] Tong A, Brown M A, Winkelmayer W C, et al. Perspectives on pregnancy in women with CKD: a semistructured interview study[J]. Am J Kidney Dis, 2015, 66(6): 951-966.

[17] LeBeau C S, Webster E J. The embodied experience of vulnerability of first-time parents: an existential-phenomenological study of the shared experiences between first-time parent couples[J]. Humanist Psychol, 2021, 49: 519-542.

[18] Lennon S L. Risk perception in pregnancy: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2016, 72(9): 2016-2029.

[19] Altparmak S, Bozal S K. The relationship of risk perception in pregnancy with uncertainty tolerance and psychological resilience[J]. Balkesr Health Sciences Journal, 2025, 14(1): 107-113.

[20] Baattaiah B A, Alharbi M D, Babteen N M, et al. The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health[J]. BMC Psychol, 2023, 11(1): 10.

[21] Zibellini J, Muscat D M, Kizirian N, et al. Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: a systematic review[J]. Women Birth, 2021, 34(2): 180-186.

[22] Dalton E D, Pjesivac I, Eldredge S, et al. From vulnerability to disclosure: a normative approach to understanding trust in obstetric and intrapartum nurse-patient communication [J]. Health Commun, 2021, 36(5): 616-629.

[23] Davis E P, Narayan A J. Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants[J]. Dev Psychopathol, 2020, 32(5): 1625-1639.

[24] 弓衡，杨斌，何玲. 基于 CiteSpace 的国际老年人主动健康研究可视化分析[J]. 体育科技文献通报，2024，32(8)：116-121.

[25] 刘国成，蔺莉. 产科快速康复临床路径专家共识[J]. 现代妇产科进展，2020，29(8)：561-567.

[26] Van Haeken S, Braeken M A K A, Horsch A, et al. Development of a resilience-enhancing intervention during and after pregnancy: a systematic process informed by the behaviour change wheel framework[J]. BMC Psychol, 2023, 11(1): 267.

（本文编辑　钱媛）