DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20240767

· 短篇论著 ·

失独父母创伤后应激障碍和创伤后成长的现状及影响因素

周　娜[1]，许智博[2]，华　敏[3]，丁　岚[4]，刘伟志[1*]
1. 海军军医大学（第二军医大学）心理系，上海 200433
2. 海军军医大学（第二军医大学）基础医学院，上海 200433
3. 中部战区疾病预防控制中心，北京 100066
4. 上海市静安培熠社区幸福调解事务所，上海 200041

［摘要］ **目的**　探讨失独父母群体的创伤后应激障碍（PTSD）和创伤后成长（PTG）现状，并分析两者的主要人口学特征差异。**方法**　以自编人口学信息问卷、创伤后应激障碍筛查量表第5版（PCL-5）、创伤后成长评定量表（PTGI）为调查工具，采用方便抽样法对上海市某区148名失独父母进行调查。**结果**　失独父母的PCL-5得分为（27.97±11.34）分，PTGI得分为（28.59±15.78）分，PTSD症状检出率为37.16%（55/148）。PCL-5得分在不同家庭月收入、失独时长、年就医次数、患慢性疾病数量的失独父母之间差异均有统计学意义（均$P<0.05$），PTGI得分在不同家庭收入、不同慢性病患病数量、是否有宗教信仰和不同失独时长的失独父母之间差异均有统计学意义（均$P<0.01$）。此外，PTSD症状阳性者的PTGI得分低于PTSD症状阴性者［（20.06±10.44）分vs（33.64±15.85）分，$P<0.001$］。PCL-5得分与失独时长（$r=-0.390$）和家庭月收入（$r=-0.215$）均呈负相关（均$P<0.01$），PTGI得分与失独时长（$r=0.359$）和家庭月收入（$r=0.197$）均呈正相关（均$P<0.05$）。PCL-5得分与PTGI得分呈负相关（$r=-0.535$，$P<0.01$）。**结论**　上海市某区失独父母的PTSD症状较明显，PTG水平较低。对该群体的心理健康需给予更多的关注，在实践工作中应根据不同失独父母的具体特征有针对性地进行心理干预。

［关键词］ 失独父母；创伤后应激障碍；创伤后成长；心理健康；影响因素
［引用本文］ 周娜，许智博，华敏，等. 失独父母创伤后应激障碍和创伤后成长的现状及影响因素[J]. 海军军医大学学报，2026，47（10）：1379-1385. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20240767.

Status of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among parents who lost their only child and its influencing factors

ZHOU Na[1], XU Zhibo[2], HUA Min[3], DING Lan[4], LIU Weizhi[1*]
1. Faculty of Psychology, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China
2. College of Basic Medical Sciences, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China
3. Center for Disease Control and Prevention, Central Theater Command of PLA, Beijing 100066, China
4. Shanghai Jing'an District Peiyi Social Work Institute, Shanghai 200041, China

［**Abstract**］ **Objective**　To explore the current status of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic growth (PTG) among parents who have lost their only child, and to analyze the differences in these 2 aspects based on major demographic characteristics. **Methods**　A self-designed demographic information questionnaire, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Fifth Edition (PCL-5), and the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) were administered. Convenience sampling was adopted to investigate 148 parents who have lost their only child in a district of Shanghai. **Results**　The PCL-5 score of the parents who have lost their only child was (27.97±11.34), and the PTGI score was (28.59±15.78). The detection rate of PTSD symptoms was 37.16% (55/148). There were significant differences in the PCL-5 scores among parents who lost their only child with different monthly family incomes, time since losing their only child, annual medical visits, and the numbers of chronic diseases (all $P<0.05$). PTGI scores differed significantly among parents who lost their only child across different family income levels, numbers of chronic diseases, religious belief status, and time since losing their only child (all $P<0.01$). In addition, the PTGI score of those screening positive for PTSD was lower than that of those screening negative (20.06±10.44 vs 33.64±15.85, $P<0.001$). The PCL-5 score was negatively correlated with the time since losing their only

［收稿日期］ 2024-11-12　［接受日期］ 2025-03-17
［作者简介］ 周　娜，硕士，讲师. E-mail: 373873940@qq.com
*通信作者（Corresponding author）. E-mail: 13024141970@163.com

child (r=−0.390) and family income (r=−0.215) (both P<0.01), while the PTGI score was positively correlated with the time since losing their only child (r=0.359) and family income (r=0.197) (both P<0.05). The PCL-5 score was negatively correlated with the PTGI score (r=−0.535, P<0.01). **Conclusion**　The PTSD symptoms of parents who have lost their only child in a district of Shanghai are relatively obvious, and their PTG levels are relatively low. More attention should be paid to the mental health of this group, and targeted psychological intervention should be carried out based on the characteristics of different groups of parents who have lost their only child.

［**Key words**］ parents who lost their only child; post-traumatic stress disorder; post-traumatic growth; mental health; influencing factors

［**Citation**］ Zhou N, Xu Z, Hua M, et al. Status of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among parents who lost their only child and its influencing factors[J]. Acad J Naval Med Univ, 2026, 47(10): 1379-1385. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20240767.

独生子女家庭是我国过去几十年中极具代表性的家庭类型，然而，由于意外或疾病等原因，部分家庭失去了唯一的孩子，父母丧失了再生育能力的同时也无领养意愿，这些家庭便成为失独家庭。国家统计局数据显示，目前我国 15～30 岁的独生子女总数约有 1.9 亿人，这一年龄段的年死亡率为 4/10 000，因此每年约产生 7.6 万个失独家庭[1]。据此推算，目前我国的失独家庭至少已超百万，且数量仍在增加[2]。由此，失独父母因无子女照顾而面临的一系列养老、健康和社会问题越来越受到关注。

创伤后应激障碍（post-traumatic stress disorder，PTSD）是指个体在经历包括超乎寻常的生活事件、自然灾害、战争或亲人亡故等重大创伤事件后，数日至半年内出现的一系列精神心理方面的综合症状[3]。子女去世属于严重的创伤性事件，研究显示，与一般人群相比失独父母更容易患 PTSD[4]。然而，目前国内关于失独父母 PTSD 的研究较少，相关的研究也主要关注地震后丧失子女的父母[5-6]，并未强调“失独”人群。不同创伤类型会导致不同的 PTSD 特征[7]，在中国传统文化背景下，唯一孩子的死亡预示着父母无法完成“传宗接代”的任务，这可能使得此类创伤事件对个体的负性影响更严重。因此，在我国文化背景下，针对失独父母 PTSD 的研究具有重要意义。

除了研究创伤带来的负面影响，近年来人们越来越多地关注创伤后个体的积极变化。创伤后成长（post traumatic growth，PTG）是指个体在经历逆境或创伤事件后所体验到的心理层面的积极变化[8]。PTG 似乎是一种内在心理资源，可以帮助人们处理压力生活事件的后果。此外，作为创伤后呈现的积极一面，PTG 可被视为个体对抗创伤的一种策略，有助于重新构建积极的心理结构和对创伤的理解。然而，PTG 是否可以改变 PTSD 症状的发生、发展，还需要更多的研究验证。

本研究以上海市某区失独父母为研究对象，对失独父母的 PTSD 症状和 PTG 现状进行横断面调查，同时分析人口学因素对两者的影响。在此基础上，本研究将进一步考察失独父母 PTSD 症状与 PTG 的关系，以期为失独父母制定针对性的心理干预方案提供依据和参考。

1　对象和方法

1.1　*研究对象*　采用方便抽样法，于 2023 年 4 月至 10 月选择上海市某区的失独父母作为研究对象。纳入标准：（1）有失去独生子女的创伤经历；（2）愿意接受调查及访谈；（3）年龄≥50 岁，且无领养及再生育意愿。排除标准：（1）明确诊断为精神障碍或严重躯体疾病、无法完成问卷者；（2）调查中途退出或没有完成问卷者。根据该区针对失独父母的某项帮扶计划信息，对 200 名失独父母进行了电话预约，其中接受访谈调查并完成问卷的有 148 人，有效应答率为 74.0%。

1.2　*研究工具*

1.2.1　*自编人口学信息问卷*　问卷内容包括性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、家庭月收入、是否有宗教信仰、失独时长、年就医次数以及患慢性疾病情况。

1.2.2　*创伤后应激障碍筛查量表第 5 版（post-traumatic stress disorder checklist-5，PCL-5）*　PCL-5 是根据《精神障碍诊断与统计手册（第五版）》中 PTSD 的诊断标准，结合症状描述而制定的筛查量表[9]。该量表共 20 个条目，包含侵入症状、回避症状、负性认知、警觉症状 4 个维度，每个条目按 0（完全没有）～4（非常严重）进行 5 级计分，总分≥33 分视为 PTSD 症状阳性。在本研究

中，PCL-5 各维度及总量表的 Cronbach's α 系数为 0.88～0.94。

1.2.3　创伤后成长评定量表（post traumatic growth inventory，PTGI）　采用汪际等[10]修订的中文版 PTGI。该量表共 20 个条目，包括人际关系、新的可能、个人力量、精神变化、欣赏生活 5 个维度，各条目按 0（完全不符合）～5（完全符合）进行 6 级计分，总分范围 0～100 分，分数越高代表 PTG 水平越高。在本研究中，PTGI 各维度及总量表的 Cronbach's α 系数为 0.61～0.87。

1.3　施测过程　本研究以调研小组为单位进行访谈和问卷施测，每个小组由 1 名课题组成员、1 名社会工作服务机构老师或 1 名社区工作人员组成。在入户调研前先进行电话询问，对参与调研工作的成员进行介绍并征得受访者同意后再上门。调研中使用统一的指导语协助受访者完成问卷，并提供 20 min 的咨询服务。为保障数据质量，本研究在问卷填写环节由施测人员现场核查作答情况，对遗漏、模糊或存疑的回答进行即时确认与澄清，并针对受访者的疑问给予解释说明。本研究经海军军医大学伦理委员会审批。

1.4　统计学处理　使用 SPSS 25.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，二分类组间比较采用独立样本 t 检验；多组间比较采用单因素方差分析，事后多重比较采用 Bonferroni 法。变量间的相关关系采用 Pearson 相关分析。本研究中的量表计算结果不完全符合正态分布，但偏离程度在可接受范围，结合本研究的样本量，根据以往研究者的经验和处理方式，这类统计检验对此类偏离具有一定稳健性[11]。计数资料以人数和百分数表示。检验水准（α）为 0.05。

2　结　果

2.1　失独父母的人口学资料　参与调查的 148 名失独父母平均年龄为（70.76±7.85）岁，平均失独时长为（10.19±8.96）年，其中女性占 62.16%（92/148），年龄以 70～79 岁者居多（43.24%，64/148），婚姻状况以初婚者居多（59.46%，88/148），家庭月收入以 6 001～12 000 元者居多（47.97%，71/148），绝大部分失独父母无宗教信仰（92.57%，137/148），失独时长＞12 年的占 35.14%（52/148）。详见表 1。

表 1　调查对象的基本情况

N=148, n (%)

特征	数据	特征	数据
性别		宗教信仰	
男	56 (37.84)	无	137 (92.57)
女	92 (62.16)	有	11 (7.43)
年龄		失独时长	
50～59 岁	8 (5.41)	＜1 年	17 (11.49)
60～69 岁	58 (39.19)	1～3 年	31 (20.95)
70～79 岁	64 (43.24)	4～7 年	24 (16.22)
≥80 岁	18 (12.16)	8～12 年	24 (16.22)
婚姻状况		＞12 年	52 (35.14)
初婚	88 (59.46)	年就医次数	
离异	22 (14.86)	0～2 次	20 (13.51)
再婚	12 (8.11)	3～5 次	72 (48.65)
丧偶	26 (17.57)	6～9 次	34 (22.97)
受教育程度		≥10 次	22 (14.86)
初中及以下	83 (56.08)	患慢性疾病数量	
高中或中专	59 (39.86)	0 种	3 (2.03)
大学及以上	6 (4.05)	1 种	72 (48.65)
家庭月收入		2 种	44 (29.73)
＜3 600 元	10 (6.76)	3 种	24 (16.22)
3 600～6 000 元	64 (43.24)	≥4 种	5 (3.38)
6 001～12 000 元	71 (47.97)		
＞12 000 元	3 (2.03)		

2.2　不同人口学特征失独父母的 PCL-5、PTGI 得分比较　148 名失独父母的 PCL-5 得分为（27.97±11.34）分。由表 2 可见，不同家庭月收入、失独时长、年就医次数、患慢性疾病数量组间的失独父母的 PCL-5 得分差异均有统计学意义（均 P＜0.05）。多重比较结果显示，各家庭月收入组间 PCL-5 得分差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$＞0.0083）；失独 4～7 年者的 PCL-5 得分低于失独＜1 年者［均值差为－18.417（95%CI －27.171～－9.663），$P_{校正}$=0.001］和 1～3 年者［均值差为－10.336（95%CI －17.711～－2.961），$P_{校正}$=0.001］，失独＞12 年者 PCL-5 得分低于失独＜1 年者［均值差为－18.010（95%CI －25.782～－10.238），$P_{校正}$＜0.001］、1～3 年者［均值差－9.929（95%CI －16.106～－3.752），$P_{校正}$＜0.001］和 8～12 年者［均值差为－9.415（95%CI －16.447～－2.382），$P_{校正}$=0.002］，其余组间差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$＞0.005）；各年就医次数组间的 PCL-5 得分差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$＞0.0083）；不同慢性疾病患病数组间的 PCL-5 得分差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$＞0.005）。

表 2　不同人口学特征失独父母的 PCL-5、PTGI 得分比较

$\bar{x}\pm s$

特征	n	PCL-5			PTGI		
		得分	统计量	P 值	得分	统计量	P 值
性别			t=0.19	0.851		t=1.41	0.160
男	56	27.76±11.08			25.88±14.74		
女	92	28.13±11.59			29.71±16.04		
年龄			F=0.13	0.943		F=0.76	0.517
50～59 岁	8	26.50±15.80			33.62±15.99		
60～69 岁	58	27.65±11.20			30.13±15.90		
70～79 岁	64	28.62±11.10			27.18±16.07		
≥80 岁	18	27.83±11.35			26.38±11.93		
婚姻状况			F=0.75	0.522		F=1.11	0.349
初婚	88	28.63±10.93			28.95±14.18		
离异	22	29.59±14.29			23.36±17.05		
再婚	12	26.33±12.04			30.41±15.81		
丧偶	26	25.46±9.64			30.96±18.24		
受教育程度			F=1.41	0.248		F=1.92	0.150
初中及以下	83	29.72±11.44			26.51±14.79		
高中或中专	59	25.43±11.28			30.84±15.84		
大学及以上	6	26.83±10.43			35.16±20.21		
家庭月收入			F=3.13	0.028		F=4.72	0.004
<3 600 元	10	30.00±14.46			29.30±20.04		
3 600～6 000 元	64	31.15±11.09			23.57±13.36		
6 001～12 000 元	71	24.87±10.47			33.19±15.65		
>12 000 元	3	29.66±10.06			24.33±11.84		
宗教信仰			t=0.34	0.735		t=3.53	<0.001
无	137	27.93±11.50			27.48±14.85		
有	11	29.20±9.89			44.80±16.96		
失独时长			F=16.08	<0.001		F=7.88	<0.001
<1 年	17	40.50±6.35			19.25±8.03		
1～3 年	31	32.41±8.98			21.37±9.80		
4～7 年	24	22.08±9.22			30.73±16.70		
8～12 年	24	31.90±13.51			25.04±13.67		
>12 年	52	22.49±8.75			36.60±17.25		
年就医次数			F=3.66	0.014		F=1.91	0.131
0～2 次	20	20.42±8.93			32.11±19.16		
3～5 次	72	29.56±11.29			26.09±14.55		
6～9 次	34	29.41±11.65			28.03±16.36		
≥10 次	22	27.23±10.83			34.36±14.67		
患慢性疾病数量			F=3.79	0.006		F=4.07	0.004
0 种	3	18.33±12.74			49.33±12.66		
1 种	72	25.24±11.01			31.61±16.22		
2 种	44	32.39±10.39			22.93±13.93		
3 种	24	28.25±10.71			28.81±13.57		
≥4 种	5	34.40±14.25			18.80±15.35		

PCL-5: 创伤后应激障碍筛查量表第 5 版；PTGI：创伤后成长评定量表.

148 名失独父母的 PTGI 得分为（28.59±15.78）分。由表 2 可见，有宗教信仰者的 PTGI 得分高于无宗教信仰者（t=3.53，P<0.001）；在不同家庭月收入（F=4.72，P=0.004）、失独时长（F=7.88，P<0.001）、患慢性疾病数量（F=4.07，P=0.004）的失独父母中，PTGI 得分差异均有统计学意义。多重比较结果显示，家庭月收入为 3 600～6 000 元失独父母的 PTGI 得分低于 6 001～12 000 元者［均值差为−9.546（95%*CI* −16.74～−2.35），$P_{校正}$=0.003］，其余家庭月收入组间差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$>0.0083）。失独<1 年者、1～3 年者 PTGI 得分低于失独>12 年者［均值差为−17.350（95%*CI* −29.18～−5.52），$P_{校正}$=0.001；均值差为−15.233（95%*CI* −24.74～−5.72），$P_{校正}$<0.001］，其余各失独时长组间差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$>0.005）。各慢性疾病患病数组间 PTGI 得分的差异均无统计学意义（均 $P_{校正}$>0.005）。

2.3　失独父母 PTG 水平与 PTSD 症状的相关性分析　根据 PCL-5 得分将参与者分成有 PTSD 症状组（PCL-5 得分≥33 分，55 人）和无 PTSD 症状组（PCL-5 得分＜33 分，93 人），比较两组的 PTGI 得分情况。结果显示，无 PTSD 症状组 PTGI 得分及其各维度得分均高于有 PTSD 症状组，差异均有统计学意义（均 P＜0.001，表 3）。

对 148 名参与者人口学资料中的连续变量与 PTGI、PCL-5 量表的得分进行 Pearson 相关分析结果见表 4。PTGI 总分与失独时长、家庭月收入呈正相关（均 P＜0.05）；个人力量维度与年龄呈负相关（P＜0.05）；人际关系与家庭月收入呈正相关（P＜0.05）；精神改变维度与家庭月收入和年就医次数呈正相关（均 P＜0.01），PTGI 的 5 个维度得分均与失独时长呈正相关（均 P＜0.01）。PCL-5 总分与失独时长和家庭月收入呈负相关（均 P＜0.01）；PCL-5 的 4 个维度得分与失独时长和家庭月收入均呈负相关（均 P＜0.05）。

表 3　有无 PTSD 症状失独父母的 PTGI 得分比较

$\bar{x}\pm s$

指标	有PTSD症状组 n＝55	无PTSD症状组 n＝93	t值	P值
人际关系	5.13±3.07	8.05±4.11	19.85	＜0.001
新的可能	3.83±3.23	7.38±4.51	25.25	＜0.001
个人力量	3.36±2.69	5.93±3.59	20.70	＜0.001
精神变化	2.72±1.79	4.27±2.01	21.48	＜0.001
欣赏生活	5.58±2.58	8.08±3.63	19.64	＜0.001
PTGI 总分	20.06±10.44	33.64±15.85	30.11	＜0.001

PTSD：创伤后应激障碍；PTGI：创伤后成长评定量表；PCL-5：创伤后应激障碍筛查量表第 5 版.

表 4　失独父母人口学资料与 PTGI、PCL-5 得分的相关性

r

指标	年龄	失独时长	家庭月收入	年就医次数	PCL-5 侵入症状	PCL-5 回避症状	PCL-5 负性认知	PCL-5 警觉症状	PCL-5 总分	PTGI 人际关系	PTGI 新的可能	PTGI 个人力量	PTGI 精神改变	PTGI 欣赏生活	PTGI 总分
年龄	1														
失独时长	0.114	1													
家庭月收入	−0.058	−0.008	1												
年就医次数	0.079	0.074	0.146	1											
侵入症状	0.010	−0.401**	−0.264**	0.073	1										
回避症状	0.114	−0.283**	−0.268**	−0.034	0.741**	1									
负性认知	−0.024	−0.396**	−0.164*	0.115	0.827**	0.748**	1								
警觉症状	−0.004	−0.325**	−0.167*	0.102	0.832**	0.817**	0.880**	1							
PCL-5 总分	0.007	−0.390**	−0.215**	0.091	0.924**	0.846**	0.954**	0.957**	1						
人际关系	−0.053	0.348**	0.179*	0.057	−0.474**	−0.429**	−0.517**	−0.449**	−0.508**	1					
新的可能	−0.054	0.368**	0.081	−0.004	−0.442**	−0.386**	−0.519**	−0.445**	−0.495**	0.891**	1				
个人力量	−0.173*	0.316**	0.161	0.110	−0.476**	−0.447**	−0.447**	−0.441**	−0.484**	0.790**	0.733**	1			
精神改变	−0.084	0.237**	0.364**	0.227**	−0.446**	−0.430**	−0.345**	−0.380**	−0.416**	0.695**	0.581**	0.785**	1		
欣赏生活	−0.112	0.362**	0.141	0.051	−0.487**	−0.373**	−0.481**	−0.432**	−0.488**	0.809**	0.731**	0.732**	0.676**	1	
PTGI 总分	−0.106	0.359**	0.197*	0.098	−0.514**	−0.464**	−0.520**	−0.483**	−0.535**	0.948**	0.882**	0.893**	0.826**	0.886**	1

*P＜0.05, **P＜0.01. PTGI：创伤后成长评定量表；PCL-5：创伤后应激障碍筛查量表第 5 版.

3　讨　论

本研究以上海市某区的失独父母为研究对象，调查了该群体的 PTSD 症状和 PTG 现状。结果显示，失独父母的 PCL-5 得分为（27.97±11.34）分，PTSD 症状检出率为 37.16%。这一结果与 Zhou 等[12] 在 536 名失独父母中的 PTSD 症状检出率（37.31%）相似，但高于 Peng 等[6] 对汶川地震老年幸存者的检出率（9.4%）。不同的创伤类型可能是造成检出率差异的主要原因。此外，本研究中失独父母的 PTGI 得分为（28.59±15.78）分。在一项包含 466 名失独父母的研究中，PTGI 的得分为（58.96±20.61）分[13]，明显高于本研究结果，这一差异可能是由于被试来源及地区帮扶政策不同导致，也有可能由于不同时期社会环境和经济发展趋势的不同导致。

本研究发现，收入较低的失独父母会表现出更严重的 PTSD 症状，但是经济状况是失独父母在遭遇精神创伤后社会功能的一种间接反映，还是经济状况对于失独父母的心理健康来说是一种影响因素，目前缺乏实证研究尚不能进一步明确。不同失独时长者的 PTSD 症状也有显著差异，本研究结果显示，失独＞12 年者的 PCL-5 得分低于失独＜1 年者、1～3 年者和 8～12 年者（均 $P_{校正}$＜0.005），提示随着时间的推移，失独父母的 PTSD 症状呈逐步缓解趋势。以往研究表明，独生子女的

死亡是令父母最痛苦的事件，会引发严重的应激反应，并且这些症状在一定时间范围内可能会持续且加剧，但随着时间的流逝，大多数失独父母会逐渐适应，情绪症状也会慢慢减轻[14]。但是在适应的过程中，是否存在重要的干预节点，还需要进一步研究。在本研究中，就医行为积极性越高、患慢性疾病越多的失独父母有着更高的 PCL-5 得分。就医行为积极性高、患慢性疾病数量多可能反映了个体对身体健康的焦虑和敏感性更高，同时也反映了这部分个体具有生理疾病基础，这些都是 PTSD 的风险因素[15]。

本研究发现，失独父母的慢性病患病数量与 PTSD 风险、PTG 水平均相关。有研究报道了 PTSD 与焦虑、抑郁等精神心理障碍的共病现象[16]，但针对 PTSD 与客观慢性躯体疾病共病的研究仍较为匮乏。已有研究显示，在 PTSD 共病焦虑障碍群体中，疑病观念及反复就医行为可作为焦虑障碍的重要躯体化表现[17]。本研究结果显示，失独父母的 PTG 水平与慢性病患病数量相关，慢性病患病数量越少 PTGI 得分越高。这提示，躯体慢性疾病负担较轻的失独父母，更易出现创伤后积极心理改变。

本研究中，失独父母的 PTG 水平还受家庭月收入、失独时长和宗教信仰的影响。首先，PTG 水平受到家庭收入的影响，这可能与家庭收入和个人获得社会资源的能力以及社会支持的利用有关[18]。相关分析显示，失独时长与 PTG 水平呈正相关。单因素分析显示，PTG 水平随着失独时长的增加呈现曲折向上的态势。这一变化规律是否在其他样本中依然显著，还需要更多的研究支持。此外，有宗教信仰的失独父母表现出更高的 PTG 水平，这可能是因为有宗教信仰的失独父母精神世界的活跃度更高，更能促进内省行为。内省和反思作为心理调节的重要方式，对于创伤后的精神心理改变起着重要作用[19]。

本研究发现，与 PTSD 症状阳性组相比，PTSD 症状阴性组的 PTG 水平更高。该结果与一项纳入 52 项研究的 meta 分析所得出的 PTSD 与 PTG 呈显著正相关的结论[20]不一致。该分歧可能与创伤事件类型以及 PTSD 症状严重程度存在关联。当创伤程度较低时，个体遭受的冲击相对有限，其认知图式与信念虽受到一定挑战，但仍具备应对痛苦的心理资源，能够对创伤体验开展积极认知加工，进而推动 PTG 的产生；而当创伤程度较高时，创伤事件超出个体心理应对阈值，PTG 发生所需要的认知加工过程会受到明显限制[21]。本研究的研究对象为失独父母，失独属于严重的丧失类创伤，这也可能是本研究观察到两者存在负向关联的重要原因。现有证据提示，PTSD 与 PTG 的关联并非恒定不变，会受到创伤类型、人群特征等因素的调节。例如新型冠状病毒感染（coronavirus disease 2019，COVID-19）疫情相关研究中，既观察到 PTSD 与 PTG 呈正相关[22]，疫情经历也可促使部分个体发生 PTG；也有研究显示，COVID-19 疫情背景下，PTSD 与 PTG 的关联存在明显的人群异质性[23]。一方面，性别、受教育水平上的研究结果与相互抵消的两个极端（two cancel out extremes）理论相契合：女性、受教育水平低的人群更易出现较高水平的 PTSD，而男性、受教育水平较高的人群更易出现较高水平的 PTG；另一方面，年龄层面的结果支持同高同低（two facet）理论，中年人群可同时表现出较高水平的 PTSD 与 PTG[24]。从心理干预视角来看，失独父母创伤后的心理疗愈目标，在于降低 PTSD 症状水平并促进 PTG 发展。本研究结果显示，PTSD 症状水平越高的失独父母，其 PTG 倾向更低。但本研究尚无法确定两者的因果方向，即尚不能断定 PTSD 症状直接阻碍 PTG 的发展。反过来，提升 PTG 能否有效缓解 PTSD 症状，仍有待更多后续研究进一步验证。

综上所述，上海市该区失独父母的 PTSD 症状筛查阳性率为 37.16%，PTG 水平较低。失独时长、宗教信仰是失独父母 PTSD 症状和 PTG 水平的影响因素。此外，失独父母的 PTSD 症状严重程度与 PTG 水平呈负相关，PTSD 症状阳性组的 PTG 水平明显低于 PTSD 症状阴性组。

本研究存在以下不足：（1）为横断面调查研究，对于失独父母的 PTG 和 PTSD 影响因素分析仅停留在某个时间点上。（2）预约上门访谈调查的应答率不高，这一行为特征是否与失独创伤相关还未可知。（3）研究采用了方便抽样的方法，研究结果可能存在偏倚。

［参 考 文 献］

［1］　辜子寅. 我国独生子女及失独家庭规模估计：基于第

六次人口普查数据的分析[J]. 常熟理工学院学报，2016，30(1)：83-89. DOI: 10.16101/j.cnki.cn32-1749/z.2016.01.017.

[2] 刘旭阳，王广州. 中国死亡独生子女母亲总量及变动趋势再研究[J]. 人口与经济，2024(2)：29-43. DOI: 10.3969/j.issn.1000-4149.2024.00.008.

[3] American Psychiatric Association DSM-5 Task Force Arlington VA US. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5[M]. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013: 271-272.

[4] 汪连新. 失独家庭养老服务困境及应对策略：基于社会性别视角[J]. 中华女子学院学报，2024，36(5)：37-44. DOI: 10.13277/j.cnki.jcwu.2024.05.005.

[5] Yin Q, Shang Z, Zhou N, et al. An investigation of physical and mental health consequences among Chinese parents who lost their only child[J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 45. DOI: 10.1186/s12888-018-1621-2.

[6] Peng Y, Lu B, Wen J. Assessment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in elderly survivors of the Wenchuan earthquake: a cross-sectional study[J]. J Evid Based Med, 2023, 16(4): 455-464. DOI: 10.1111/jebm.12557.

[7] Li W, Cheng P, Liu Z, et al. Post-traumatic stress disorder and traumatic events in China: a nationally representative cross-sectional epidemiological study[J]. Psychiatry Res, 2023, 326: 115282. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115282.

[8] Wan J, Cao C, Fang R, et al. Patterns and transitions of posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth in trauma-exposed youth: a latent transition analysis[J]. Stress Health, 2024, 40(6): e3494. DOI: 10.1002/smi.3494.

[9] 孟祥寒，李强，周彦榜，等. 恐惧管理理论的争议及其对死亡心理研究的启示[J]. 心理科学进展，2021，29(3)：492-504.

[10] 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. DOI: 10.3870/hlxzz.2011.14.026.

[11] Huber P J. Robust Statistics[M]. New York, USA: John Wiley & Sons, 1981: 151-169.

[12] Zhou N, YU W, HUANG H, et al. Latent profiles of physical and psychological outcomes of bereaved parents in China who lost their only child[J]. Eur J Psychotraumatol, 2018, 9(1): 1544026. DOI: 10.1080/20008198.2018.1544026.

[13] 张宇迪，贾晓明. 失独者的心理健康状况：基于潜在剖面分析[J]. 中国临床心理学杂志，2019，27(2)：362-366. DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2019.02.031.

[14] 张静，刘正奎，马珠江，等. 失独父母创伤后应激障碍症状及相关因素[J]. 中国心理卫生杂志，2019，33(1)：21-26. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2019.01.004.

[15] Gomes C C M, Crispim J G, Rosa M M D. Unraveling complex interactions mechanisms linking PTSD and chronic diseases[J]. Curr Neuropharmacol, 2026, 24(2): 163-175. DOI: 10.2174/011570159x392154250730072830.

[16] Jericho B, Luo A, Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a systematic review and network meta-analysis[J]. Acta Psychiatr Scand, 2022, 145(2): 132-155. DOI: 10.1111/acps.13366.

[17] Bourassa K J, Anderson L, Brown J C, et al. Trauma, posttraumatic stress disorder, and incident chronic disease[J]. Ann Behav Med, 2025，59(1):kaaf095. DOI: 10.1093/abm/kaaf095.

[18] 邬晓艳，周娟，周肖榕，等. 5•12地震后PTSD症状严重性和社会支持之间的相关性研究[J]. 神经损伤与功能重建，2010，5(4)：285-287.

[19] Marziliano A, Tuman M, Moyer A. The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis[J]. Psychooncology, 2020, 29(4): 604-616. DOI: 10.1002/pon.5314.

[20] Liu A N, Wang L L, Li H P, et al. Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: a meta-analysis[J]. J Nerv Ment Dis, 2017, 205(5): 380-389. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000605.

[21] Shin Y, Nam J K, Lee A, et al. Latent profile analysis of post-traumatic stress and post-traumatic growth among firefighters[J]. Eur J Psychotraumatol, 2023, 14(1): 2159048. DOI: 10.1080/20008066.2022.2159048.

[22] Zhen B, Yao B, Zhou X. How does parent-child communication affects posttraumatic stress disorder and growth in adolescents during the COVID-19 pandemic? The mediating roles of self-compassion and disclosure[J]. J Affect Disord, 2022, 306: 1-8. DOI: 10.1016/j.jad.2022.03.029.

[23] Hao R, Han P, Wang L, et al. The effect of the social support on PTSD and PTG about university student volunteers in the prevention and controlling of coronavirus: with coping style as the intermediary[J]. Front Psychol, 2023, 14: 1152823. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1152823.

[24] Hamby S, Taylor E, Segura A, et al. A dual-factor model of posttraumatic responses: which is better, high posttraumatic growth or low symptoms?[J]. Psychol Trauma, 2022, 14(S1): S148-S156. DOI: 10.1037/tra0001122.

［本文编辑］　魏学丽