论著　文章编号：1004-9231（2021）12-1176-05

· 健康危害因素监控 ·

激励式配偶协同心理干预模式对初产妇分娩结局的影响

陈黎红，顾月红，潘君，周海英，谢震宇
上海市浦东新区妇幼保健院，上海　201206

摘要：

【目的】观察激励式配偶协同心理干预模式对初产妇分娩结局的影响。【方法】选取2019年7月—2020年7月在上海市浦东新区妇幼保健院产科门诊建卡，并在院分娩的300例初产妇作为研究对象，按数字表法随机分为对照组和干预组，每组150例。对照组实施常规护理，干预组实施激励式配偶协同心理干预模式，采用SPSS 22.0统计软件比较两组产妇的分娩结局。【结果】干预后，干预组的剖宫产率、产后2 h出血量、顺产分娩会阴撕裂伤发生率均低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。干预组顺产产妇的第一、第二产程及总产程均短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。两组新生儿窒息发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。两组产妇的阴道分娩体验得分，干预组优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。【结论】激励式配偶协同心理干预可以降低初产妇的剖宫产率、减少初产妇产后2 h出血量、改善会阴损伤情况、缩短产程，有效改善初产妇的分娩结局。

关键词：激励式心理干预；配偶协同；分娩结局；初产妇
中图分类号：R473.71　　**文献标志码：**A　　**DOI：**10.19428/j.cnki.sjpm.2021.20664
引用格式：陈黎红，顾月红，潘君，等.激励式配偶协同心理干预模式对初产妇分娩结局的影响[J].上海预防医学，2021，33（12）：1176-1180.

Effect of incentive spouse cooperative psychological intervention on the delivery outcome of primipara

CHEN Li-hong, GU Yue-hong, PAN Jun, ZHOU Hai-ying, XIE Zhen-yu
Shanghai Pudong New Area Maternal and Child Health Care Hospital, Shanghai 201206, *China*

Abstract: [**Objective**] To explore the effect of incentive spouse collaborative psychological intervention on delivery outcomes of primipara. [**Methods**] From July 2019 to July 2020, 300 primiparas with an uneventful pregnancy were recruited and divided into the control group and the intervention group, with 150 cases in each group. The control group was managed by routine nursing care, and the intervention group was managed by incentive spouse collaborative psychological intervention. The delivery outcomes in two groups, including delivery route, postpartum blood loss, and perineal laceration were compared. [**Results**] After intervention, the cesarean section rate, the 2-hour postpartum blood loss and perineal laceration in the intervention group were less common than those in the control group and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The first, second and total stages of labor duration in the intervention group were shorter than those in the control group and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of neonatal asphyxia between these two groups ($P>0.05$). In terms of vaginal delivery experience scores of the two groups, the intervention group was better than the control group and the difference was statistically significant ($P<0.05$). [**Conclusion**] The mode of incentive spouse collaborative psychological intervention can reduce the rate of cesarean section, the amount of bleeding 2 hours after delivery, and perineum injury. It can shorten the labor process, and effectively improve the delivery outcome of primiparas.

Keywords: motivational psychological incentive; spouse collaboration; delivery outcome; primipara

分娩是女性自然的生理过程。初产妇因缺乏临产经验，越临近分娩越会出现焦虑、恐惧、害怕，这些负性心理反应会导致神经内分泌失调，影响妊娠结局及母婴安危[1]。有研究发现，持续性躯体功能的运动指导及情感支持，可以减轻分娩的疼痛，最大限度地保证自然分娩，减少止痛药物的使用，改善分娩结局[2]。在分娩过程中，配偶的支持与承担是最好的心理护理，能使初产妇在最佳的心理状态下分娩[3]。本研究将激励式配偶协同心理干预应用于初产妇的孕晚期及住院分娩护理

【基金项目】上海市浦东新区科技发展基金民生科研专项资金（医疗卫生）项目（PKJ2019-Y76）
【作者简介】陈黎红，女，本科，主管护师；研究方向：妇产科护理；E-mail：lilychen0607@163.com。顾月红，女，本科，副主任护师；研究方向：护理管理、妇产科护理；E-mail：pdfyhl@163.com。并列第一作者
【通信作者】谢震宇，E-mail：xiezhenyu@sina.com

中，旨在探讨改善初产妇分娩结局、降低剖宫产率的有效方法。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月在上海市浦东新区妇幼保健院进行孕期检查并分娩的初产妇为研究对象。纳入标准：① 单胎足月初产且孕检及各项指标正常；② 夫妻均为初中及以上学历，有良好的理解与沟通能力；③ 夫妻感情稳定，配偶有意愿陪产且配偶无陪产经验。排除标准：① 高危妊娠；② 分娩过程中发生严重并发症；③ 夫妻双方患有精神疾病或有精神疾病家族史。按纳入标准招募孕 32~34 周的初产妇，采取数字表法随机分成干预组和对照组，每组 150 例。

1.2 方法

对照组进行一般情况问卷调查，并给予常规心理护理及配偶陪伴分娩。内容包括：配偶产前共同参加孕妇学校分娩常规课程、入院后常规优质护理、配偶陪伴分娩等。

干预组除一般情况问卷调查外，在常规护理的基础上给予激励式配偶协同心理干预。内容包括：

1.2.1 产科门诊时 ① 进行一般情况问卷调查；② 为每对夫妻建立心理护理档案；③ 通过所采集到的夫妻双方信息及心理需求，制定个性化心理干预计划；④ 制作关于潜伏期、活跃期、产时激励式配偶协同心理干预陪产的宣教视频，在门诊孕妇学校多媒体播放；⑤ 初产妇和配偶在孕 34、36 周时共同参加心理课堂 2 次；⑥ 进行激励式配偶协同心理干预相关知识及分娩、配偶陪产等相关知识的系统培训，夫妻一起学习；⑦ 2 次现场培训结束后，评估夫妻双方的培训效果，如有薄弱环节再予个性化加强；⑧ 设立微信群，护士将阴道分娩相关知识、孕期营养知识、潜伏期在产科病房配偶如何积极应对、产时配偶应如何协助、接产配合等结合激励式配偶协同心理干预模式的分娩支持方法等，定期发至群内供夫妻双方共同学习。

1.2.2 入院时 ① 针对产妇家庭的经济状况、文化程度、心理需求等提供个性化的心理支持。② 了解配偶在妻子妊娠期间的感受，鼓励其主动表达自己的情绪，耐心回答他们提出的问题。③ 安排沟通能力强的医护人员，根据夫妻的不足之处，结合激励式配偶协同心理干预模式，个性化地讲解孕晚期的保健、分娩的相关知识及导乐陪伴家庭化产房分娩的相关要求与知识等。④ 安排成功案例与产妇夫妻进行交流，向配偶分享作为新爸爸的喜悦与自然分娩的自豪。累计时间不少于 30 min，需在入院 24 h 内完成。

1.2.3 潜伏期 ① 责任护士教会配偶帮助初产妇缓解产痛的方法，推荐适合放松令其心情愉悦的乐曲，鼓励配偶陪伴产妇适当活动。对产妇夫妻给予临产知识的宣教与讲解，指导配偶如何在宫缩时安抚产妇，鼓励产妇树立信心。② 教会并指导配偶为产妇按摩、热敷腰骶部、指导调整呼吸及参与肌肉放松的方法，以缓解产妇因疼痛带来的身心不适。

1.2.4 活跃期 进入家庭化产房后，安排经验丰富沟通能力强的助产士观察产程进展，给予个性化心理护理。① 配偶在旁协助助产士指导产妇进行呼吸调节减痛，倾听轻音乐，分散自身注意力以减轻产痛，鼓励和表扬对痛感应良好的产妇，形成助产士-配偶-产妇之间的良性互动。② 指导配偶站在产妇身旁，在产妇宫缩时按摩产妇腰骶部并热敷，帮助产妇全身肌肉放松。③ 对产程进展比较缓慢的产妇，助产士不告诉产妇查到的实际宫口值，而是将检查顺序或理想值告诉产妇，在合适的场景告诉配偶，并将最佳处理方案告知配偶。

1.2.5 产时 产妇分娩时全程由助产士指导，配偶积极参与，提供情感支持性护理及非药物减痛专业指导。① 在第二产程的过程中鼓励产妇积极配合宫缩进行用力，并正确地使用腹压，配偶积极配合助产士一起为产妇鼓励加油。② 进入第二产程后，配偶可以站在产妇头部正前方，双手放在产妇的肩上，产妇宫缩屏气时轻轻下推产妇肩部，宫缩间隙时改为按摩产妇肩部，以上动作也可以由助产士完成，配偶站在旁边助威鼓劲，给产妇信心。③ 在产妇宫缩欠佳时，配偶可在助产士指导下轻捏产妇的

乳头，使产妇产生自主用力欲望。④ 顺利分娩的第一时刻，配偶最关注的是产妇，配偶应在第一时间感谢、赞赏妻子。

1.3 观察指标

观察指标包括剖宫产率、产后2 h出血量及产后出血率；顺产产妇会阴切开率、会阴损（裂）伤率；产妇3个产程及总产程时长；新生儿窒息率。

产后出血是指胎儿娩出24 h内，阴道分娩者出血量≥500 mL，剖宫产者≥1 000 mL。产后出血量的计算统一用称重法：失血量（mL）=［胎儿娩出后接血敷料湿重（g）-接血前敷料干重（g）］[4]。会阴裂伤分为4度，是分娩时最常见的软产道损伤[5]。第一产程为规律宫缩至宫口开全的时间，第二产程为宫口开全至胎儿娩出的时间，第三产程为胎儿娩出至胎盘娩出的时间。新生儿窒息判定采用Apgar评分法，分值1~7分为新生儿发生窒息，其中1~3分为重度窒息，4~7分为轻度窒息[6]。

采用廖培培[7]汉化的中文版分娩体验问卷（CEQ2.0）对产妇进行分娩体验调查。该问卷包括4个维度，共25个条目，总分为25~100分，分值越高表明分娩体验越好。问卷的Cronbach's α为0.81。

1.4 统计学分析

资料收集后统一录入Excel软件建立数据库。采用SPSS 22.0软件进行分析，定量资料用$\bar{x} \pm s$表示，计数资料用例数及构成比（%）表示，采用独立样本t检验和χ^2检验进行统计学分析。检验水准双侧α=0.05。

2 结果

2.1 基本情况

干预组产妇150例，年龄（26.08±3.02）岁，配偶年龄（28.32±2.98）岁；对照组产妇150例，年龄（25.99±2.79）岁，配偶年龄（28.52±3.23）岁。两组产妇和配偶的年龄差异无统计学意义（t=0.46，P=0.52；t=0.51，P=0.57）。两组产妇和配偶的学历以本科及以上为主，职业以专业技术人员和公务员为主。两组产妇和配偶的学历、职业及家庭平均月收入的差异均无统计学意义（P>0.05）。见表1。

表1 两组产妇及配偶的基本情况

项目	干预组		对照组		χ^2值	P值
	例数	构成比（%）	例数	构成比（%）		
学历						
产妇					0.30	0.96
初中	14	9.33	13	8.67		
中专及高中	28	18.66	25	16.66		
大专	29	19.35	31	20.67		
本科及以上	79	52.66	81	54.00		
配偶					0.10	0.99
初中	9	6.00	8	5.33		
中专及高中	29	19.33	30	20.00		
大专	26	17.34	27	18.00		
本科及以上	86	57.33	85	56.67		
职业						
产妇					1.96	0.58
公务员	41	27.33	39	26.00		
专业技术人员	58	38.67	64	42.67		
个体	22	14.67	26	17.33		
自由职业	29	19.33	21	14.00		
配偶					1.44	0.70
公务员	28	18.66	29	19.33		
专业技术人员	88	58.67	79	52.67		
个体	19	12.67	22	14.67		
自由职业	15	10.00	20	13.33		
家庭平均月收入（元）					1.94	0.38
3 000~	23	15.33	16	10.67		
8 000~	46	30.67	43	28.67		
>10 000	81	54.00	91	60.66		

2.2 剖宫产及产后出血情况

干预组剖宫产21例，剖宫产率为14.00%，对照组剖宫产54例，剖宫产率为36.00%，两组差异有统计学意义（χ^2=4.84，P=0.03）。干预组产后出血6例，产后出血率为4.00%，对照组产后出血7例，产后出血率为4.66%，两组差异无统计学意义（χ^2=2.92，P=0.87）。干预组产妇产后2 h出血量平均为270 mL，低于对照组的339 mL，差异有统计学意义（t=46.39，P<0.05）。

2.3 顺产产妇会阴损伤情况

干预组顺产产妇的会阴完整率高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。干预组与对照组的会阴侧切、会阴撕裂及宫颈损伤发生率，差异无统计学意义（P<0.05）。见表2。

表 2　顺产产妇的会阴损伤情况

项目	干预组（n=129）		对照组（n=96）		χ^2值	P值
	例数	发生率（%）	例数	发生率（%）		
会阴侧切	25	19.37	27	28.12	0.75	0.39
会阴完整	30	23.27	12	12.50	10.52	0.01
会阴裂伤						
Ⅰ度	74	57.36	58	60.42	1.94	0.16
Ⅱ度	0	0.00	1	1.04	0.34	0.89
宫颈损伤	1	0.77	0	0.00	1.94	0.17

2.4　产程时长情况

顺产的产妇中，第一、第二产程及总产程的平均时间，干预组低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。两组第三产程的平均时间差异无统计学意义（P>0.05）。见表 3。

表 3　顺产产妇的产程时长（h）比较

项目	干预组	对照组	t值	P值
第一产程	10.36	13.01	9.37	0.01
第二产程	0.80	1.02	4.33	0.02
第三产程	0.16	0.15	0.93	0.35
总产程	11.34	14.18	9.63	0.03

2.5　新生儿窒息情况

干预组新生儿 Apgar 评分为 8~10、4~7 分者分别有 148 例（98.67%）、2 例（1.33%），对照组为 144 例（96.00%）、6 例（4.00%），差异均无统计学意义（χ^2=0.06，P=0.82；χ^2=2.00，P=0.16）。

2.6　顺产产妇分娩体验得分情况

干预组顺产产妇的分娩体验总分高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）；两组自身能力和参与性的得分差异无统计学意义（P>0.05）；专业支持和安全感知得分干预组高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表 4。

表 4　顺产产妇分娩体验及各维度得分（$\bar{x}\pm s$）情况

项目	得分范围	干预组（n=129）	对照组（n=96）	t值	P值
分娩体验总分	25~100	71.64±9.08	59.34±6.08	7.26	0.02
自身能力得分	8~32	20.29±4.57	19.01±3.79	5.94	0.28
参与性得分	5~20	14.70±3.26	13.65±3.49	6.10	0.31
专业支持得分	6~24	17.32±4.98	14.01±6.10	8.72	0.01
安全感知得分	6~24	18.96±3.99	14.88±3.76	9.33	0.01

3　讨论

本研究结果显示，激励式配偶协同心理干预可以降低初产妇的剖宫产率。国外研究显示，68% 的初产妇需要丈夫陪产[8]。协同护理是在常规责任制护理的基础上，充分调动患者的积极性，发挥其自我护理能力，以促进患者及其家属共同参与健康管理的一种新型的护理模式[9]。配偶的协同心理干预有助于产妇巩固和接受分娩信息，对生育现象有积极的认识[10]。刘香兰[11]将激励式心理干预用于减低初产妇的剖宫产率，但未从人文角度给予配偶关怀。本研究将配偶在陪产中的作用最大化，凸显配偶在陪产中的作用，是激励理论与协同护理相结合，并运用在产科护理中的良好形式。将激励式配偶协同心理干预用于初产妇分娩中，是对传统配偶陪伴分娩模式内涵的人文升华与学术创新。激励式配偶协同心理干预支持产妇在分娩期间选择伴侣支持，是 1 项成本低且有效的干预措施。

将激励式配偶协同心理干预用于产妇孕晚期及分娩期，将第一产程从 13.01 h 缩短到 10.36 h，第二产程从 1.02 h 缩短到 0.80 h，总产程从 14.18 h 缩短到 11.34 h，减少了产妇产程的时长。第三产程则无明显变化，这与刘香兰[11]、冯珍娇等[12]的研究有所不同，需扩大样本量进一步探讨。

在孕晚期对产妇夫妻开展分娩适宜技术的支持与培训，提高配偶在产前、产时陪伴的应对能力，使干预组阴道分娩产妇的会阴完整率高于对照组，提升了产妇应对自然分娩的自我效能感[13]。干预组产妇产后 2 h 的平均阴道出血量较对照组减少，但产后出血率下降不甚明显，有待进一步观察研究。

分娩体验是一种主观感受，配偶陪伴分娩，可以提高产妇分娩体验[14]。本研究中，由于产妇及配偶受到系统的，包括心理、产科分娩知识、配偶陪产等多角度的干预，配偶在陪产时“学以致用”，产妇在身心上均得到呵护，使产妇的分娩体验得以提高。在分娩体验各维度中，产妇自身能力及产妇参与性无明显提高，但专业支持及安全感知正性效果明显，说明本模式可以改善产妇的分娩体验。而满意的分娩体验还可增强女性的成就感和满足感，并期望再次妊娠，在再次分娩时更倾向于自然分娩[15]，对于当前推动二孩政策，降低初产妇剖宫产

率是一项有效的干预措施。

激励式配偶协同心理干预模式挖掘了配偶的分娩陪伴潜力，发挥了配偶的主观能动性。配偶是孕产妇最重要的支持者，与孕妇共同承担孕育抚养责任，有助于日后家庭关系融洽[16]。将这种角色优势及配偶陪伴分娩的成功期望相结合，提高了配偶成功陪伴分娩的信念[17]，提升配偶对陪产照护的满意度[18]。Coutinho等[19]研究显示，配偶在孕期和分娩时的积极陪伴会导致配偶和母婴之间的有效依恋，提升家庭幸福感。本研究在产前课堂开展产科分娩健康教育，并播放自制的宣教视频，使产妇及配偶对顺产分娩过程的了解更直观，是本模式对传统产前教育的创新和延伸；通过微信群开展激励式心理干预的同时，传递顺产分娩相关知识，显著提高了配偶的陪伴分娩支持能力，配偶参与度更高。本研究关注到配偶的情绪和需求，更利于医护患三方沟通，加强了健康教育效果[20]，是1种新型的产科健康教育模式。

本研究的两组孕妇学历偏高，可能存在自我保健意识较强，且依从性更高的可能，今后将开展多因素分析。本研究为单中心研究，研究对象是正常初产妇，样本的选择存在局限性且样本量收集有限，有待进一步扩大研究人群开展多中心对照研究来评价本模式的效果。

综上所述，激励式配偶协同心理干预模式对加快初产妇的产程进展，降低初产妇的剖宫产率，优化初产妇的分娩结局等有一定效果，值得推广应用。

（作者声明本文无实际或潜在的利益冲突）

参考文献

[1] 王海鸣，荣荷花，曹敏，等. 上海市嘉定区2 589例孕产妇心理健康状况及保健需求调查[J]. 上海预防医学，2017，29(12)：350-352.

[2] JENNINGS J，NIELSEN P，BUCK M L，et al. Executive summary：collaboration in practice：implementing team-based care：report of the American College of Obstetricians and Gynecologists′ task force on collaborative practice[J]. Obstet Gynecol，2016，127(3)：612-617.

[3] 赵子献. 无剖宫产指征初产妇选择剖宫产原因的现象学研究[J]. 当代护士，2015(5)：54-56.

[4] 谢幸，孔北华，段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018：204.

[5] 谢幸，苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京：人民卫生出版社，2013：213.

[6] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 6版. 北京：人民卫生出版社，2017：88-98.

[7] 廖培培. 自然分娩产妇分娩体验的研究[D]. 合肥：安徽医科大学，2016.

[8] 黎丹娜，张贤，陆虹，等. 初产妇分娩期望和分娩体验的比较[J]. 中国妇幼保健，2013，28(1)：29-32.

[9] LOTT T F，BLAZEY M E，WEST M G. Patient participation in health care：an underused resource[J]. Nurs Clin North Am，1992，27(1)：61-76.

[10] CHENG E R，RIFAS-SHIMAN S L，PERKINS M E，et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes[J]. J Womens Health (Larchmt) 2016，25(7)：672-679.

[11] 刘香兰. 激励式心理干预对初产妇产程情况及分娩结局的影响[J]. 齐鲁护理杂志，2014，20(15)：12-14.

[12] 冯珍娇，韩田凤. 激励式心理干预对初产妇负面情绪、产程情况及分娩结局的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报，2016，37(16)：2126-2127.

[13] 吴玲霞，杨波，杨剑，等. 上海市部分城区2015年剖宫产的Robson分类分析[J]. 上海预防医学，2019，31(4)：314-318.

[14] MUNKHONDYA B M J，MUNKHONDYA T E，CHIRWA E，et al. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear，self-efficacy，and maternal support in primigravid women in Malawi[J]. BMC Pregnancy Childbirth，2020，20(1)：48.

[15] O′HARA M W，McCABE J E. Postpartum depression：current status and future directions[J]. Annu Rev Clin Psychol，2013，9：379-407.

[16] World Health Organization. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care[EB/OL]. [2020-10-12]. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/#.

[17] 张珊珊. 初产妇配偶陪伴分娩期望与价值的质性研究[D]. 合肥：安徽医科大学，2019.

[18] 付玉惠，赵红，吴丽萍，等. 初产妇配偶陪产体验的调查研究[J]. 中华护理杂志，2018，53(1)：52-56.

[19] COUTINHO E C，ANTUNES J，DUARTE J C，et al. Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence[J]. Procedia Soc Behav Sci，2016，217：435-442.

[20] 孔金芳. 配偶陪同式健康教育在非药物性分娩镇痛中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志，2017，23(28)：3603-3606.

（**收稿日期**：2020-10-28；**网络首发**：2021-10-20）

（**责编**：姚正鸣；**校对**：张俊焱）