

- [4] 李娟清,黄秀峰. 子宫内膜息肉发病机制、高危因素等基础研究进展[J]. 中国计划生育和妇产科,2021,13(7):27-29.
- [5] 曾静. 宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的效果分析[J]. 中外医疗,2016,35(4):84-85.
- [6] 蒋冬萍. 曼月乐治疗子宫内膜增生症患者的临床疗效[J]. 中国实用医药,2021,16(18):114-117.
- [7] 冯国丹,聂志伟,钟细妹. 曼月乐联合 NovaSure 子宫内膜去除术治疗异常子宫出血的临床疗效及对痛经改善的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34(20):3591-3593.
- [8] 赵淑芬,柳怡,郑雪湘. 宫腔粘连患者子宫内膜组织中雌激素受体及孕激素受体的表达情况和临床意义分析[J]. 中国计划生育和妇产科,2018,10(7):33-36.
- [9] 梁利云. 子宫内膜息肉患者宫腔镜手术后放置曼月乐环对月经量及复发的影响[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(2):254-255.
- [10] 张翼. 宫腔镜电切术+曼月乐治疗异常子宫出血患者的效果研究[J]. 系统医学,2021,6(15):111-113.
- [11] 袁学芝,郭金荣. 米非司酮联合曼月乐对功血患者雌孕激素受体及子宫内膜 bFGF、VEGF 表达的影响[J]. 中华保健医学杂志,2019,21(1):56-59.

(收稿日期:2022-03-08 修回日期:2022-08-08)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 24. 030

心理及行为干预联合家庭式无痛分娩对产后抑郁及分娩过程的影响分析*

邵秀兰,张锋英,徐水芳[△]

上海市金山区亭林医院妇产科,上海 201505

摘要:目的 探讨心理及行为干预联合家庭式无痛分娩对产妇产后抑郁发生及分娩过程的影响。方法 选取 2019 年 3 月至 2020 年 3 月于该院妇产科分娩的 290 例产妇,按随机数字表法均分为对照组(145 例)和观察组(145 例)。对照组采用无家属陪产而由助产士进行心理护理及陪同的无痛分娩,观察组针对性给予产妇科学的心理及行为干预,由助产士及丈夫共同陪护的家庭式无痛分娩。观察并记录两组产妇的疼痛评分、总产程时间、分娩方式、产后出血及产后抑郁发生情况。结果 与对照组比较,观察组的疼痛评分、剖宫产率、产后出血量、产后出血发生率、爱丁堡产后抑郁量表评分、产后抑郁发生率均降低($P<0.05$),总产程时间缩短,而阴道顺产率升高($P<0.05$)。结论 心理及行为干预联合家庭式无痛分娩对产妇分娩过程有帮助,对预防产后抑郁有一定的作用。

关键词:心理及行为干预; 家庭式无痛分娩; 产后出血; 产后抑郁; 剖宫产

中图分类号:R715.9

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)24-3427-04

产后抑郁是临床上产妇常见的一种心理临床症状,一般多出现在产后 2 周,产后 4~6 周症状最明显,不仅严重危害产妇的产后生活质量和身心健康状况,甚至会波及育婴过程,进而影响婴幼儿的情绪、智力和行为发育^[1-2]。目前,传统的分娩模式更多关注分娩过程中的镇痛、出血等医学因素,却容易忽视分娩过程中产妇可能出现的焦虑、抑郁等心理问题^[3]。鉴于此,建议临床妇产科医护人员应在借助麻醉药物减轻产妇疼痛的同时,多关注产妇的心理健康状况,重视提高产后抑郁的识别能力,对产后抑郁等心理问题做到早预防、早诊断、早干预,从而避免产妇身心问题对自身及家庭造成不良影响。本研究通过对在本院进行分娩的产妇产褥期心理状态和分娩过程进行观察和记录,旨在探讨心理及行为干预联合家庭式无

痛分娩对产妇产后抑郁发生及分娩过程的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 3 月至 2020 年 3 月于本院妇产科进行分娩的 290 例产妇作为研究对象,按随机数字表法分为对照组(145 例)和观察组(145 例)。纳入标准:(1)单胎妊娠的已婚初产妇;(2)孕周 37~42 周,足月分娩;(3)年龄 20~35 岁;(4)头位正常,具备自然阴道分娩的指征并同意阴道试产。排除标准:(1)合并凝血、心、肝、肾功能障碍及肿瘤等严重疾病者;(2)精神及认知功能障碍,无法沟通者;(3)孕产期前后存在重大负性情感事件者;(4)麻醉禁忌证者;(5)临床资料不完整者。对纳入研究的两组产妇发放本院自行设计的产妇一般资料调查表进行问卷

* 基金项目:上海市金山区科学技术创新项目(2019-3-17)。

[△] 通信作者,E-mail:Xsfjxs120@163.com。

调查,调查内容包括年龄、职业、经济状况、文化程度、生育史、夫妻关系、家庭关系和个人性格爱好等,从而了解产妇家庭实际情况。两组产妇的年龄、体质量、文化程度、孕次和孕周等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已获得本院医学伦理委员会审查通过且患者知情同意。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采用传统无痛分娩方式在普通产房待产和分娩,产前常规产检,无需家属陪产,由助产士全程一对一责任制助产陪护及心理护理。主要方法是:(1)待产时由助产士讲解分娩相关知识和注意事项,进行产前教育指导和心理护理疏导,除常规的孕期营养保健、产后康复、新生儿护理等基础知识之外,对产妇的孕期和产后常见的心理问题、产后抑郁的预防方法及分娩前后可能出现的问题进行系统指导,并多观察产妇的心理状况,教导产妇学会如何控制自身情绪,在产妇情绪波动时及时和耐心开导;(2)分娩过程中为其提供生理、心理、精神等全方位的支持服务及分娩适时指导,包括放松和休息调整、协助摆正舒适体位和调整呼吸节奏等。持续与产妇进行交流,了解和关心产妇的问题,疏导产妇分娩过程中可能产生的恐惧、焦虑等负性情绪,减少各种心理应激反应的发生;(3)产后为产妇继续提供生命体征监测和新生儿喂养协助,护理人员主动与产妇沟通,并及时介绍产褥期相关知识、母乳喂养优点和传授育婴知识等;(4)后期应鼓励产妇尽早活动,并嘱咐家属与产妇充分沟通,以缓解产妇的产后压力及可能出现的自卑、沮丧等心理。

1.2.2 观察组 采用科学性心理及行为干预联合家庭式无痛分娩方式。根据产妇自填的一般资料信息,针对性地制订符合产妇具体情况的个性化心理和行为干预措施。具体包括:(1)孕期督促产妇夫妻双方参加由资深助产士和妇保医生负责授课的产妇学校进行专门课程培训,选择恰当的语言,对产妇及其丈夫进行宣教,强调和谐夫妻(家庭)关系对产妇分娩和母婴身心健康的重要性;(2)进入产房待产时由资深助产士和丈夫共同陪护,分娩室家庭化布置为产妇营造温馨、轻松的待产环境,并根据产妇喜好播放平缓、舒适的轻音乐,产房保证光线柔和,指导产妇夫妻双方一起观看分娩过程录像,共同分享将为人父母和喜迎宝宝的愉悦心情;(3)分娩过程中指导丈夫对产妇进行言语鼓励和按摩放松,为产妇提供亲情上的鼓励、支持,以减少产妇的紧张、恐惧情绪;(4)产后督促丈夫参与新生儿护理及安慰产妇,并及时关心和体贴产妇,耐心倾听产妇感受与想法,满足产妇需求,消除产妇产后可能出现的自认无能、沮丧等负性情绪。

1.3 评价指标 (1)疼痛程度:利用 Muleteer 镇痛程度量表^[4]对两组产妇分娩过程中疼痛程度进行评分。按照 0~4 分依次为无疼痛、轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛、剧烈疼痛;1~2 分代表疼痛能耐受,3 分以上疼痛不能耐受,需镇痛药物干预,4 分代表出现昏死情况;(2)分娩方式:分为阴道顺产、阴道助产、剖宫产;(3)总产程时间:即记录宫口开 2 cm 至胎儿胎盘娩出的总时间;(4)产后出血:产后 2 h 记录产后出血量,以产后 24 h 出血量 ≥ 500 mL 定义为产后出血^[5];(5)产后抑郁:产后 6 周随访,采用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)^[6]在独立无干扰的状态下完成评分,EPDS 包括 10 项内容,4 级评分(0~3 分),以 EPDS ≥ 10 分表示有抑郁症状,EPDS <10 分表示无抑郁症状。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理和分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组产妇疼痛评分、总产程时间比较 与对照组比较,观察组的疼痛评分降低,总产程时间缩短,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组产妇疼痛评分、总产程时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	疼痛评分(分)	总产程时间(min)
观察组	145	1.53 $\pm$ 0.36	487.45 $\pm$ 96.72
对照组	145	2.37 $\pm$ 0.51	619.45 $\pm$ 113.40
<i>t</i>		16.197	10.656
<i>P</i>		<0.001	<0.001

2.2 两组产妇的分娩方式比较 与对照组比较,观察组的阴道顺产率升高,剖宫产率降低,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组产妇的分娩方式比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	阴道顺产	阴道助产	剖宫产
观察组	145	111(76.55)	15(10.34)	19(13.10)
对照组	145	91(62.76)	21(14.48)	33(22.76)
χ^2		6.526	1.412	5.825
<i>P</i>		0.011	0.285	0.016

2.3 两组产妇产后出血情况比较 与对照组比较,观察组的产后出血量、产后出血发生率均降低($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组产妇产后抑郁情况比较 与对照组比较,观察组的产后 EPDS 评分、产后抑郁发生率均降低($P<0.05$),见表 4。

表 3 两组产妇产后出血情况比较

组别	n	产后出血量($\bar{x}\pm s$, mL)	产后出血发生率[n(%)]
观察组	145	186.67±82.53	3(2.07)
对照组	145	245.81±91.06	11(7.59)
t/ χ^2		5.795	4.803
P		<0.001	0.028

表 4 两组产妇产后抑郁情况比较

组别	n	EPDS 评分($\bar{x}\pm s$, 分)	产后抑郁发生率[n(%)]
观察组	145	6.93±2.78	12(8.28)
对照组	145	8.91±3.45	31(21.38)
t/ χ^2		5.381	9.857
P		<0.001	0.002

3 讨 论

对于孕产妇而言,妊娠分娩不仅会影响和伤害产妇身体,而且会导致产妇产生紧张、害怕、焦虑等不良情绪,心理会出现较大的波动从而产生强烈的心理应激反应,进而影响体内激素如儿茶酚胺的分泌,造成宫缩乏力,同时过度紧张可能导致产妇精神紊乱,出现睡眠不足、烦躁易怒、食欲缺乏,进而造成免疫力低下,引起脉搏加速、子宫血管收缩、乳汁分泌不足等生理变化^[7]。研究报道发现,经历了妊娠和分娩后,产妇的心理及生理上均将出现剧烈变化,在内分泌变化和负面情绪的影响下,极易发生产后抑郁^[8]。据调查显示,国外学者发现产妇分娩后的产后抑郁发生率达 27%^[9],而国内报道产生抑郁发生率在 10%~15%,近年更是持续呈递增趋势^[10]。流行病学资料表明,女性发生抑郁的可能性比男性高 2 倍,其中孕产期即是女性抑郁症发生的首次高发期^[11]。有报道指出,处于孕产期的女性其精神障碍的发生率比未处于孕产期的女性高出近 20 倍^[12],表明妊娠期是女性精神和心理障碍发生的高危期,产后抑郁的发生与妊娠分娩密切相关。

根据美国精神病学会制订的 DSM-IV 诊断标准,产后抑郁是一种负性不良情绪,其疾病本身并无精神病特征^[13]。作为一种非药物辅助治疗方法,心理及行为干预手段被证实有助于孕产妇在妊娠和分娩过程中缓解负性情绪,增加自信心。报道指出,持续的心理干预对产妇围生期抑郁的发生具有明显的预防作用,可有效降低产妇的产后抑郁发病率,是现代护理服务模式在产科研究中的具体成果体现^[14]。研究发现,围生期抑郁可能导致产妇分娩时子宫收缩乏力,致使顺产困难,进而引起助产率及产后出血率升高^[15],且围产期抑郁延续至产后,产妇发生产后抑郁

的可能性极大地升高^[16]。有报道表明,产前情绪不良的待产妇中 25.5%~76.0%的会在产后进展为产后抑郁^[17]。本研究结果显示,在产前采用心理及行为干预的观察组的剖宫产率和产后出血发生率低于对照组,且 EPDS 评分及产后抑郁发生率也低于对照组。充分说明心理及行为干预对预防产妇产后抑郁和避免产后出血的发生具有重要作用。密切关注产妇在妊娠和分娩过程中的思维活动和情绪变化,当产妇出现情绪不稳定和认知偏差时,对其给予积极的心理指导及行为干预,消除产妇的紧张、担心、焦虑等负性情绪,以积极、乐观的言语鼓励引导产妇,缓解和消除抑郁情绪,唤起产妇积极的应对机制。

近年来,随着生活质量的提高及围生医疗技术和理念的不断进展,包括产后抑郁在内的孕产妇心理健康问题逐渐受到社会和家庭的重视,产妇分娩后心理的变化亦日益受到愈多临床研究的关注。临床围生医学希望通过改进分娩条件和护理方式来预防产妇产后抑郁的发生。而家庭化产房的出现正是医院产科护理进入全新时代服务模式的标志^[18]。与常规普通产房分娩不同的是,家庭式无痛分娩是涵盖待产、分娩和产后恢复的整体化全方位护理模式,在保证临床产科护理服务质量的要求上,又融入了人文关怀理念^[19]。人文关怀又称人性关怀和关爱照顾,在护理干预过程中,融入人文关怀的人文护理,是一种人性化护理,从产妇的角度出发,考虑产妇的需求,以产妇的需求作为护理的核心原则,坚持“以人为本”的信念,充分尊重产妇心理和生理需求,为产妇提供在常规护理基础之上的更高要求的服务。在家庭式无痛分娩模式中,家庭成员的参与和陪伴无比重要,当产妇进入医院,面对陌生的环境和角色变化,以及对分娩疼痛的害怕,产妇会因承受压力而出现脆弱、敏感心理,渴望获得家人的支持、理解和呵护。家庭式无痛分娩在整个待产、分娩和产后恢复过程中都不会缺少丈夫及其他亲属的参与和陪伴,为产妇提供了亲情的支持和鼓励,同时在助产士和妇产科医生的专业协助和指导下,能最大程度地提高疼痛耐受力,有力消除产妇的负性心理和情绪,确保产妇分娩的健康完成^[20]。而通过心理及行为干预和家庭式无痛分娩的联合,拉近了产妇和助产士之间的距离,无形中增强了二者之间的沟通 and 交流,能对产妇心理和生理的变化及出现的现实问题,给予及时地解决和专业指导,确保产妇在分娩过程中全身心达到最佳水平^[21]。此外,产房家庭化布置为产妇营造出温馨、轻松的待产环境,充满家庭氛围气息,最大程度地避免了不断更换病房和医护人员所带来的陌生感和人际关系带来的抵触情绪或恐惧心理,使产妇在轻松和温馨的产房环境中得到足

够的休息和良好的睡眠^[22]。本研究结果也认为,接受心理及行为干预联合家庭式无痛分娩的产妇总产程时间明显缩短,产后出血情况明显改善,且阴道顺产率升高,有效降低了产妇的产后抑郁情况。

我国自二孩政策开放以来,孕产妇迎来了新的高峰,面对产后抑郁高发的现实情况,分娩前后的心理及行为干预联合家庭式无痛分娩能够有效缓解产妇抑郁情绪,增强产妇的归属感、安全感,丈夫及其他亲属的参与亦能使其真实体会到产妇分娩的不易,从而更加积极地疏导产妇的不良心理问题,使产妇在分娩时及产褥期能够得到更多的照顾及支持,最终使分娩过程更加顺利,此方法可在本单位乃至所有的医疗机构进行广泛推广。

参考文献

[1] FRIEDER A, FERSH M, HAINLINE R, et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: current approaches and novel drug development[J]. *CNS Drugs*, 2019, 33(3): 265-282.

[2] HUANG R, YANG D, LEI B, et al. The short-and long-term effectiveness of mother-infant psychotherapy on postpartum depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2020, 260: 670-679.

[3] 刘一迪, 李晓宏, 张洪涛, 等. 产后抑郁发生现状及其相关社会心理影响因素分析[J]. *中国妇幼保健*, 2015, 30(22): 3794-3796.

[4] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 182.

[5] 张红, 李笑天. 产后出血的诊断与治疗[J]. *中国全科医学*, 2004, 7(14): 1028-1030.

[6] 马秀华, 宋风丽, 康淑玲, 等. 爱丁堡产后抑郁量表在产后抑郁症筛查中的应用[J]. *中国医刊*, 2017, 52(2): 52-56.

[7] 程小霁, 王英, 杨芳雪, 等. 产后抑郁心理的诱发因素及心理保健服务效果[J]. *中国健康心理学杂志*, 2018, 26(11): 1612-1618.

[8] 季平, 邹雪梅, 徐文娟, 等. 无创分娩镇痛对顺产初产妇分娩镇痛及产后抑郁发生的影响[J]. *现代临床护理*, 2015, 14(9): 37-40.

[9] ALSHIKH A H, ALKHATIB A, LUO J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021, 21(1): 542.

[10] 钱耀荣, 晏晓颖. 中国产后抑郁发生率的系统分析[J]. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(12): 1-3.

[11] 王亚军. 孕期心理干预对预防产后焦虑、抑郁疗效观察[J]. *中国健康心理学杂志*, 2014, 22(5): 665-666.

[12] 冯雅慧, 岳和欣, 湛永乐, 等. 孕妇孕晚期心理健康现状及其影响因素的研究[J]. *中华流行病学杂志*, 2021, 42(5): 853-858.

[13] DENNIS C L, GRIGORIADIS S, ZUPANCIC J, et al. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial[J]. *Br J Psychiatry*, 2020, 216(4): 189-196.

[14] 黄雪花, 赖团结, 黄耀东. 产前心理护理干预对初产妇产后心理状态及分娩的影响[J]. *四川解剖学杂志*, 2019, 27(3): 147-148.

[15] 崔莉莉, 王冬娜, 毛佩贤, 等. 产后抑郁症的评估与治疗进展[J]. *国际生殖健康/计划生育杂志*, 2015, 34(2): 169-172.

[16] 徐素君, 陈敏, 陈立新, 等. 持续心理干预对预防高抑郁评分产妇产后抑郁的作用研究[J]. *实用预防医学*, 2015, 22(8): 993-995.

[17] DAOUD N, O'BRIEN K, O'CAMPO P, et al. Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada[J]. *Can J Public Health*, 2019, 110(4): 440-452.

[18] OLIN S C, KERKER B, STEIN R E, et al. Can postpartum depression be managed in pediatric primary care[J]. *J Womens Health (Larchmt)*, 2016, 25(4): 381-390.

[19] 孙建玲, 李翠芝, 尚娟, 等. 家庭化产房联合无痛分娩对产后抑郁的影响以及相关因素分析[J]. *中国妇幼保健*, 2019, 34(7): 1519-1522.

[20] 王恩丽. 家庭化护理模式对提高初产妇自然分娩率的影响[J]. *浙江医学*, 2017, 39(11): 933-935.

[21] 陈静怡, 陈星艳, 叶瑞欢, 等. 以家庭为单位的护理模式对于高龄产妇分娩后恢复情况的影响分析[J]. *中国医药科学*, 2017, 7(19): 86-89.

[22] MUNABI-BABIGUMIRA S, GLENTON C, LEWIN S, et al. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 11(11): CD011558.