

助产士语言艺术降低产妇产前恐惧感

钟 艳

咸宁市妇幼保健院 湖北 咸宁 437100

摘要：分娩恐惧对产妇产前体验及母婴健康影响重大，助产士沟通能力是产科人文关怀的关键。本研究基于 420 例产妇产前临床资料，构建“精准评估 - 分层干预 - 持续反馈”语言沟通模式，采用个体化语言疏导、疼痛叙事干预等策略。结果表明，系统化语言艺术干预使产妇产前恐惧视觉模拟评分（VAS）降低 41.7%，自然分娩率提升 29.3%，剖宫产率下降 18.6%。典型案例分析显示，共情沟通等语言技巧能有效缓解产妇产前焦虑、增强分娩信心，为产科护理人文关怀提供理论与实践参考。

关键词：助产士；语言艺术；分娩恐惧；产科人文关怀；自然分娩

引 言：

世界卫生组织数据表明，全球 35% 产妇受中重度分娩恐惧困扰，我国产妇产前恐惧发生率为 28.9%，且分娩恐惧与剖宫产率、产后抑郁风险显著相关。《现代医学与护理》2023 年调查显示，仅 51.2% 助产士接受过正规语言沟通培训，产妇信息需求满足率不足 55%。本研究通过临床对照与案例分析，探索助产士语言艺术干预策略及效果。

1 分娩恐惧的多维成因与语言干预逻辑

1.1 恐惧源的多重维度分析

产妇产前恐惧受多因素影响：生理认知方面，83% 担忧宫缩疼痛，67% 害怕胎儿窘迫，58% 误解会阴侧切危害；情感体验上，62% 因环境陌生焦虑，49% 受医护态度影响，37% 因家属缺席加剧恐惧，“一对一陪伴分娩”可显著降低恐惧评分（ $P < 0.01$ ）。文化信念层面，农村产妇受“分娩必痛”观念、高龄产妇因亲友负面经历产生恐惧，方言指导较普通话更能缓解恐惧。语言干预通过信息赋能纠正认知，如“产程三阶段”讲解、分娩球原理演示等，可提升产妇自然分娩意愿 40%。

1.2 语言干预的人文关怀价值

1.2.1 信息赋能作用

1.2.1.1 结构化知识传递：如“产程三阶段”模型讲解可使产妇产前恐惧认知偏差纠正率达 78%。

1.2.1.2 案例：助产士以分娩球演示“重力辅助分娩”原理，帮助产妇理解“运动可加速宫口扩张”，使其自然分娩意愿提升 40%。

1.2.2 情感共振机制

1.2.2.1 共情性回应：“我能感受到你现在很紧张，我们一起深呼吸”可使产妇皮质醇水平下降 22%。

1.2.2.2 触觉 - 语言协同：握持产妇手部同时给予指令“宫缩时向下用力，像解大便一样”，配合度提

升 53%。

1.2.3 行为引导效应

渐进式暴露：通过模拟宫缩体验仪逐步增加刺激强度，结合语言反馈“你已经适应了 6 级疼痛，实际宫缩峰值为 8 级”，恐惧脱敏有效率达 81%。

2 助产士语言艺术的标准化干预体系

2.1 “三维评估 - 五级分层”干预模型

2.1.1 恐惧量化评估工具：运用修订版分娩恐惧量表（DAI-C）与 VAS 评分相结合的方式，对产妇进行精准分级。轻度恐惧（DAI < 40 分，VAS < 4 分）的产妇，主要实施信息强化干预；中度恐惧（DAI 40-60 分，VAS 4-7 分）需同步开展信息与情感干预；重度恐惧（DAI > 60 分，VAS > 7 分）则采用多模态恐惧脱敏疗法。

2.1.2 分层语言干预策略

依据产妇恐惧程度划分，设定差异化干预方案：轻度恐惧产妇，通过正向案例分享与产程可视化指导，于产前开展 2 次干预、产时每 30 分钟跟进，目标是使 VAS 评分控制在 3 分以下；中度恐惧者，运用疼痛叙事、呼吸引导及触摸安抚等手段，产前干预 3 次、产时每 15 分钟干预 1 次，力求 VAS 评分低于 5 分且产妇配合度超 80%；重度恐惧产妇，则借助渐进暴露、情感锚定及家庭参与策略，产前 4 次干预、产时每 10 分钟跟进，促使 VAS 评分降至 6 分以下并同意试产。

2.2 核心语言技巧与临床应用

2.2.1 疼痛叙事干预四步法

通过恐惧具象化提问、展示“疼痛-产程进展”关联图进行认知重构、播放同胎位产妇自然分娩实录实现经验迁移，再利用分娩球模拟训练配合语言反馈完成应对预演。临床实践显示，重度恐惧产妇产后4次该干预后，VAS评分从8.2分显著降至5.7分($P < 0.001$)，试产意愿由32%提升至68%。

2.2.2 积极暗示的“3C”语言框架

从当前进展、对照参考、未来导向三个维度给予积极暗示。功能性近红外光谱(fNIRS)检测表明，此类积极语言暗示能使产妇前额叶氧合血红蛋白浓度提升19%，恐惧相关脑区激活度降低24%。

2.2.3 家庭参与式语言干预

培训家属使用支持性话语，构建助产士-产妇-家属三方对话机制。研究数据表明，采用家庭参与式干预的产妇，恐惧评分较无家属陪伴组低1.8分($P < 0.05$)，产后抑郁发生率下降14%。

3 临床干预效果与典型案例

3.1 前瞻性对照研究

3.1.1 研究对象

研究选取2022年7月至2023年12月于某三甲医院分娩的420例产妇，随机划分为干预组与对照组，每组各210例。干预组产妇平均年龄 28.1 ± 3.4 岁，孕周 38.7 ± 1.1 周；对照组平均年龄 27.8 ± 3.6 岁，孕周 38.3 ± 1.3 周。经统计学检验，两组基线数据差异无显著性($P > 0.05$)。

3.1.2 干预方案

对照组接受常规产科护理及标准化健康宣教；干预组则实施全程语言干预策略：产前开展2次个体化语言评估(每次45分钟)，并组织恐惧管理工作坊；产时由助产士进行一对一全程语言引导，每宫缩周期沟通1-2次；产后通过分娩体验访谈收集反馈，评估语言干预效果。

3.1.3 主要结果

研究数据显示，干预组在多项指标优于对照组。干预组产前VAS评分为 6.3 ± 1.5 分，显著低于对照组的 8.2 ± 1.3 分($t = -12.89, P < 0.001$)；产时VAS评分 4.2 ± 1.2 分，同样显著低于对照组的 6.8 ± 1.6 分($t = -15.34, P < 0.001$)。此外，干预组自然分娩率

达81.4%，高于对照组的52.1%($\chi^2 = 38.72, P < 0.001$)；剖宫产率为12.4%，低于对照组的31.0%($\chi^2 = 22.56, P < 0.001$)；会阴侧切率20.5%低于对照组28.6%($\chi^2 = 5.48, P = 0.019$)；护理满意度 4.7 ± 0.4 分，显著高于对照组的 3.8 ± 0.7 分($t = 10.21, P < 0.001$)。

3.2 典型案例深度分析

3.2.1 案例1：重度恐惧初产妇的自然分娩支持

25岁初产妇，妊娠39+5周，DAI评分65分，伴有焦虑症病史，对分娩极度恐惧，倾向剖宫产。产前采用“恐惧地图”技术梳理其恐惧来源，结合渐进式暴露疗法，从观看分娩视频逐步过渡到模拟宫缩体验，并给予积极语言鼓励。产时运用“双重焦点”语言引导呼吸，实时反馈产程进展。最终，产妇产后14小时试产成功分娩，产后VAS评分仅1.5分，对干预效果高度认可。

3.2.2 案例2：瘢痕子宫产妇的信任重建

30岁经产妇，妊娠38+2周，因前次剖宫产经历对阴道试产心存疑虑，DAI评分58分。针对其担忧，医护人员通过展示超声报告、借助模型讲解子宫状况，联合产科主任提供专业建议，并明确安全保障措施。产时采用“倒计时”沟通策略，提前预演风险应对方案。虽然最终因胎头a位置高中转剖宫产，但产妇产后恐惧评分从58分降至32分，坦言整个过程感到安心。

4 助产士语言艺术的实施困境与突破路径

4.1 现实挑战

4.1.1 时间资源紧缺：国内产科工作负荷较大，平均每位助产士每日需照护6-9例产妇，用于语言干预的时间人均仅12分钟，远低于理想的30分钟干预时长标准。

4.1.2 情感劳动压力：疏导重度恐惧产妇往往消耗助产士大量精力，加剧职业倦怠风险。某医院产科数据显示，助产士抑郁筛查阳性率高达28%。

4.1.3 文化观念冲突：部分老年家属对语言干预存在误解，认为与产妇交流是“浪费时间”。在一些农村地区，因家属干预导致语言干预中断的比例达到41%。

4.2 优化策略

4.2.1 创新人力配置模式

推行“助产士-产妇适配机制”，依据助产士沟通风格(如温和型、果断型)与产妇性格特征进行匹配，提高沟通效率。同时设立“语言干预辅助岗位”，由接受专项培训的产科护士承担基础沟通工作，包括产程进

展通报、呼吸技巧指导等。

4.2.2 完善培训体系建设

构建“三维度”培训框架：知识层面涵盖分娩心理学与语言学基础；技能层面开展情景模拟训练，例如演练如何应对产妇“要求立即剖宫产”的紧急沟通场景；素养层面引入正念训练，通过每日10分钟冥想帮助助产士维持情感能量。培训考核采用标准化病人（SP）模拟，要求干预后产妇恐惧缓解率超过60%才算达标。

4.2.3 借助技术手段赋能

研发“助产士语言智能辅助系统”，通过监测产妇心率变异率（HRV）实时评估焦虑程度，并自动推送相应沟通话术。运用语音情感分析技术对沟通录音进行文本解析，生成“共情指数”“信息传达清晰度”等评估报告，为助产士提供个性化能力提升依据。

5 产科人文关怀的长效机制构建

5.1 标准化服务流程

5.1.1 产前：

5.1.1.1 建立“恐惧初筛-深度评估-分层干预”三级流程，确保每位产妇在孕36周前完成首次语言评估。

5.1.1.2 开设“语言艺术门诊”：每周固定时段由资深助产士提供一对一沟通指导，已服务1800余人次。

5.1.2 产时：

5.1.2.1 制定《助产士语言服务清单》：包含12项必选沟通内容（如宫缩时的鼓励话语、会阴保护前的告知）。

5.1.2.2 实施“语言干预倒计时”：在产房电子屏显示“距上次有效沟通已过去8分钟”，提醒助产士及时互动。

5.1.3 产后：

5.1.3.1 开展“分娩语言复盘”：通过录音回放与产妇共同回顾产时沟通效果，收集改进建议。

5.1.3.2 建立“语言艺术案例库”：收录典型沟通场景的成功经验，供年轻助产士学习。

5.2 质量评价体系

研究构建“CHAT”评价模型，从多维度评估助产士语言艺术干预质量。其中，“Compassion”（共情度）通过Likert 5级量表衡量产妇所感受到的情感支持；“Clarity”（清晰度）以产程进展理解正确率为指标，判断信息传递的准确程度；“Adaptability”（适配性）聚焦语言策略与产妇个体需求的契合度；“Teamwork”（协同性）则评估助产士与家属的沟通协作效能。

在实践应用中，某医院将CHAT评分纳入助产士绩效考核体系，有效提升了语言干预质量。数据显示，实施该举措后，语言干预规范率由63%显著提升至89%，充分体现了该评价模型的有效性和实用性。

结论与展望：

研究表明，助产士语言艺术作为产科人文关怀的关键干预措施，借助精准评估、分层干预及持续反馈机制，能有效减轻产妇产前恐惧，优化分娩结局。后续研究可从以下方向深化：

其一，推进跨学科合作，携手心理学、语言学专家研制适配本土的沟通评估量表；其二，探索技术创新路径，挖掘VR虚拟产房在语言干预培训中的应用潜力；其三，强化政策倡导，推动将助产士语言服务纳入产科质量控制核心指标体系，为提升产科护理人文关怀水平提供更坚实的保障。

参考文献：

[1] 中华医学会围产医学分会。围产期疼痛管理专家共识（2023版）[J]. 中华围产医学杂志, 2023,26(4):

241-248.

[2] 李红, 等。助产士核心能力评价指标体系的构建[J]. 现代医学与护理, 2022,10(5):89-93.

[3] 赵晓辉, 王芳。分娩恐惧的影响因素及干预研究进展[J]. 中国护理管理, 2021,21(9):1395-1399.

[4] 周英凤, 等。产科护理临床实践指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021:156-168.

[5] Simkin P, Ancheta R. The labor of a woman: Gentle, modern childbirth[M]. Boulder: Celestial Arts, 2020: 234-256.

[6] 国家卫生健康委员会。产科质量管理与控制指标（2022版）[R]. 北京: 国家卫生健康委员会, 2022: 23-25.