

全国高等卫生职业教育创新教材

供助产专业用

# 助产心理护理

主编 刘慧 刘凌霜

人民卫生出版社

全国高等卫生职业教育创新教材

供助产专业用

# 助产心理护理

主编 刘 慧 刘凌霜

副主编 邓翠珍 常 青

编者（按姓氏笔画排序）

邓翠珍 （邵阳医学高等专科学校）

刘 慧 （黑龙江护理高等专科学校）

刘凌霜 （漳州卫生职业学院）

李龙飞 （黑龙江护理高等专科学校）

李改娟 （山西职工医学院）

邹春杰 （黑龙江护理高等专科学校）

张海丽 （锡林郭勒职业学院）

柳 红 （深圳职业技术学院）

曹娇娇 （黑龙江护理高等专科学校）（兼秘书）

常 青 （皖西卫生职业学院）

黄秋莲 （福建卫生职业技术学院）

人民卫生出版社

# 前言

随着“生物-心理-社会医学模式”的建立，产科知识和技术快速发展，分娩科学知识的不断普及，人们自然分娩意识日益增强，对助产专业发展提出了更高的要求。助产专业教育相较临床实践发展相对较慢，急需实践性、实用性强的专业教材。

助产专业大部分教材是与护理共用，不能突出其特色。助产士面对的是孕产妇，并不是病人，低危妊娠是女性可经历的正常生理过程，所以孕产妇的心理发展和病人是不同的，心理因素在孕产期起重要作用。助产士应充分重视孕产妇的心理问题、相关因素及由此对母胎产生的影响，做到早期发现和识别，积极处理，及时采取有效的心理护理和干预措施，调节孕产妇心理平衡，缓解心理压力，使其安全度过围生期。《助产心理护理》就是为了适应需要，解决学生及医护人员学习和工作遇到的问题，使其能适应临床工作及国际化发展的需要，而亟需增设的特色教材。

助产心理护理是助产学、心理学和护理学相结合的产物，是护理心理学的重要分支，也是整体护理不可缺少的重要组成部分。它是运用心理学的原理和方法，以孕产妇为研究对象，研究妊娠、分娩、产褥期中孕产妇的心理活动规律，用科学的方法校正孕产妇的不良心理状态，充分引导、调动、激发孕产妇的主观能动性，从而提高和保障母婴安全，顺利完成妊娠、分娩这一生理过程的一门学科。本教材在编写过程中，始终坚持“三基五性”的教材编写原则，即基本理论、基本知识、基本技能；思想性、科学性、先进性、启发性、适用性。基本理论和基本知识以“必需、够用”为度，适当拓展。在保证教材思想性和科学性的基础上，特别强调教材的适用性、先进性与可读性。适合我国目前分娩率比较低的国情，突出助产心理护理的核心内容，提高孕产妇的护理质量。

本书从组织编写到最终完成，历经两年时间，克服了很多困难，但因编者能力有限，仍难免存在错漏，敬请读者斧正。

刘 慧 刘凌霜

2015年1月

# 目录

## 第一章 绪论

### 第一节 医学模式的转变与助产心理文化的发展

#### 一、医学模式的转变及其对临床医护工作的影响

#### 二、助产心理文化的发展

### 第二节 助产心理护理的研究对象和任务

#### 一、助产心理护理的学科性质

#### 二、助产心理护理与相关学科

#### 三、助产心理护理的研究对象和任务

### 第三节 研究和学习助产心理护理的意义

#### 一、加深对现代医学模式的理解和应用

#### 二、匡正助产学科的专业定位和发展方向

#### 三、全面提高产科护理质量

#### 四、维护和促进[助产士心理](#)健康

## 第二章 心理学基础知识

### 第一节 心理学及其基本内容

#### 一、心理现象

#### 二、心理的实质

### 第二节 心理过程

#### 一、认知过程

#### 二、情绪和情感过程

#### 三、意志过程

### 第三节 个性心理

#### 一、个性概述

#### 二、个性倾向性

#### 三、个性心理特征

#### 四、自我意识

## 第三章 心理应激和心身疾病

### 第一节 心理应激

一、心理应激的概念

二、心理应激的过程

三、心理应激的应对

第二节 心身医学

第三节 心身疾病

一、心身疾病的概念

二、心身疾病的范围

三、心身疾病的研究途径

四、与心身疾病有关的危险因素

五、心身疾病的诊断、预防和治疗原则

第四节 常见的心身疾病及心理护理

一、原发性高血压

二、冠心病

三、消化性溃疡

四、支气管哮喘

五、糖尿病

六、癌症

第四章 心理护理技能

第一节 心理评估

一、心理评估的概念

二、心理评估的主要功能

三、心理评估的程序

四、对评估者的要求

五、心理评估的方法

六、心理评估的实施原则和注意事项

第二节 心理咨询

一、心理咨询的概念

二、心理咨询的意义

三、心理咨询的形式

四、心理咨询的范围

五、心理咨询的原则

六、心理咨询的程序和技术

七、心理咨询的手段

八、心理咨询工作者的基本要求

九、护理中常见心理咨询的内容和方式

第三节 心理护理

一、心理护理的概念及意义

二、心理护理的基本原则

三、心理护理的程序与方法

四、影响心理护理效果的主要因素

五、护患沟通与护患关系

六、护患关系

第五章 正常妊娠期心理护理

第一节 妊娠早期心理护理

一、生理变化

二、心理护理

第二节 妊娠中期心理护理

一、生理变化

二、心理护理

第三节 妊娠晚期心理护理

一、生理变化

二、心理护理

第四节 妊娠期心身疾病

附：胎教

第六章 正常分娩期心理护理

第一节 第一产程产妇心理护理

一、生理变化

二、心理护理

## 第二节 第二产程心理护理

### 一、生理变化

### 二、心理护理

## 第三节 第三产程心理护理

### 一、生理变化

### 二、心理护理

## 第四节 母乳喂养

附 1：非药物性无痛分娩

附 2：联合国儿童基金会、世界卫生组织促使母乳喂养成功的十点措施

附 3：国际母乳代用品销售十守则

## 第七章 正常产褥期心理护理

### 第一节 产褥期生理变化

#### 一、生殖系统的变化

#### 二、乳房泌乳

#### 三、心血管系统的恢复

#### 四、血液系统的恢复

#### 五、内分泌系统的恢复

#### 六、其他系统恢复

### 第二节 产褥期心理护理

#### 一、心理护理评估

#### 二、心理护理诊断

#### 三、心理护理目标

#### 四、心理护理措施

#### 五、心理护理评价

附：常用产后抑郁症筛查量表

## 第八章 异常妊娠心理护理

### 第一节 流产心理护理

#### 一、疾病概要

#### 二、心理护理

## 第二节 异位妊娠心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第三节 妊娠期高血压疾病心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第四节 前置胎盘心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第五节 胎盘早剥心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第六节 多胎妊娠心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第七节 妊娠合并心脏病心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第八节 妊娠合并糖尿病心理护理

### 一、疾病概要

### 二、心理护理

## 第九章 异常分娩的心理护理

### 第一节 疾病概要

#### 一、产妇异常状况

#### 二、胎儿异常状况

### 第二节 心理护理

#### 一、心理护理评估

#### 二、心理护理诊断

#### 三、心理护理目标

#### 四、心理护理措施



## 五、护理评价

### 第十章 异常产褥心理护理

#### 第一节 产褥感染妇女的心理护理

##### 一、生理变化

##### 二、心理护理

#### 第二节 晚期产后出血妇女的心理护理

##### 一、生理变化

##### 二、心理护理

#### 第三节 剖宫产妇女的心理护理

##### 一、生理变化

##### 二、心理护理

### 第十一章 其他类型孕产妇心理护理

#### 第一节 精神分裂症孕产妇心理护理

##### 一、精神分裂症概述

##### 二、心理护理

#### 附：精神分裂症孕产妇的自杀预防

#### 第二节 人工终止妊娠心理护理

##### 一、心理护理评估

##### 二、心理护理诊断

##### 三、心理护理目标

##### 四、心理护理措施

##### 五、心理护理评价

#### 附：应用试管婴儿的女性心理护理

### 第十二章 妇产科心身疾病

#### 第一节 概述

#### 第二节 妇产科常见的心身疾病

##### 一、产科心身疾病

##### 二、妇科心身疾病

### 第十三章 助产士心理健康及维护

#### 第一节 心理健康概述

一、健康和心理健康的界定

二、心理健康的评估标准

三、心理健康的基本原则

第二节 助产士的职业心理素质及其培养

一、助产职业心理素质的概念

二、助产职业心理素质的影响因素

三、助产士应具备的职业心理素质

第三节 助产士心理健康及维护

一、助产士的职业倦怠

二、助产士的职业压力

三、助产士职业心理健康的维护与促进

中英文名词对照索引

参考文献

## 第一章 绪论

助产心理护理 (midwifery psychology) 是助产学、心理学和护理学相结合的产物, 是护理心理学的重要分支之一, 也是整体护理不可缺少的重要组成部分。它是运用心理学的原理和方法, 以孕产妇为研究对象, 研究妊娠、分娩、产褥期中孕产妇的心理活动规律, 用科学的方法校正孕产妇的不良心理状态, 充分引导、调动、激发孕产妇的主观能动性, 从而提高和保障母婴安全, 顺利完成妊娠、分娩这一生理过程的一门新兴学科。

本课程突出助产心理护理的核心内容, 适合我国目前分娩率比较低的国情, 提高孕产护理质量, 甚至对临床医学、助产学、护理学及心理学的发展与变革也都产生了广泛而深远的影响。

### 第一节 医学模式的转变与助产心理文化的发展

医学模式 (medical model) 是指一定时期内人们对疾病和健康的总体认识, 并成为医学发展的总体思想。医学模式的转变使临床护理工作不断充实、发展, 满足人类对健康的追求。

#### 一、医学模式的转变及其对临床护理工作的影响

一定的医学模式影响着护理工作的思维及行为方式, 使它们带有一定的倾向性和习惯化了的风格和特征, 从而影响到护理工作的结果。迄今为止医学模式经历了几种模式的转变, 这里重点介绍近代以来的两种医学模式即生物医学模式 (biological medical model) 和生物-心理-社会医学模式 (biological-psychological-social medical model) 对助产学和助产心理护理研究的影响。

##### (一) 生物医学模式及其影响

欧洲文艺复兴后, 随着自然科学及其各领域不断取得进展, 医学家广泛采用物理学、化学、生物学等学科先进理论和技术, 对人体进行步步深入的研究。医学科学出现了诸如实验生物学和细胞病理学, 各种诊疗仪器、技术、成果的问世, 使得人类对自己身体的认识水平不断提高, 也极大提高了疾病的诊治水平。

生物医学模式的基本观点认为, 每一种疾病都能在人体某一特定的器官、细胞, 乃至生物分子水平上发现形态或化学的变化, 从而确定生物或理化的原因并制订相应的治疗措施。在此模式下, 护理工作习惯于将人看成是生物的人, 忽视了人作为社会成员的一面。在实际工作中, 重视躯体的因素而不重视心理和社会的因素; 在科学研究中较

多地着眼于躯体的生物活动过程，很少注意行为和心理过程，忽视后者对健康的作用。近代医学建立在经典的西方医学尤其是生物学和细菌论基础上，在发展过程中又受到身心二元论影响，对健康与疾病及其两者关系建立在自然科学机械还原论的研究视角，因此，有关这种医学模式就被称为生物医学模式。

受生物医学模式的影响，护理工作形成了以下特点：①护理模式是以疾病为中心的“疾病护理模式”；②护理对象是有病的人；③护理出发点是病人的躯体；④护理服务的范围局限在医院；⑤医护关系是一种附属关系，护士是医生的助手；⑥护理方式是以执行医嘱和完成护理操作为目的的功能制护理；⑦护士的职能是执行医嘱，配合手术、检查，进行各种护理技术操作，并提供生活护理。由此形成了护理技术是衡量专业水平的唯一标准。

## （二）生物-心理-社会医学模式及其影响

20世纪中期以后，随着生产力的发展和社会的进步，人们的生活与工作方式也发生了巨大变化，在追求多层次需要的同时，心理-社会因素对人类健康与疾病的影响也日显突出。无论是发达国家还是发展中国家，对“疾病谱”和死亡原因的调查都表明当今威胁人类健康、造成死亡的主要原因已并非昔日的战争、营养不良和传染病等，而是心、脑血管疾病、肿瘤及意外事故等所谓“文明病”。在这一背景下，生物医学模式已不能概括和解释现代医学所面临的全部课题，并且对一些功能性障碍及行为问题更是束手无策，显露出这一模式的内在缺陷和局限性：①注重人的生物属性而忽略了人的社会属性；②注重人的躯体而忽略了人是有复杂心理活动的心身统一的整体；③注重生物因素而忽略了心理-社会因素对健康和疾病的影响。

1977年美国罗彻斯特大学教授恩格尔（G.L Engel）在《科学》杂志上撰文《需要新的医学模式——对生物医学的挑战》，批评了生物医学模式的“身心二元论”，并提出了“生物-心理-社会”现代医学模式。这一模式并不排斥生物医学的研究，而是要求生物医学以系统论为框架，以“心身一元论”为基本的指导思想，对于疾病与健康而言，无论是致病、治病，还是预防、康复等都将人视为一个整体，综合地考虑各方面因素的交互作用。

在生物-心理-社会医学模式的影响下，护理工作形成了以下特点：①护理模式是以提高健康水平为中心的“系统化整体护理模式”；②护理对象不仅是病人，而且包括健康的人；③护理出发点是人的整体；④护理服务的范围由医院扩展到家庭和社区；⑤医

护关系是既合作又各有一定的独立性；⑥护理方式是以护理程序为核心的系统化整体护理；⑦护士的职能是全方位的，既是护理的提供者、决策者、管理者和研究者，又是教育者、沟通者和代理人。这些特点既明确了护理工作的目标，也显示了整体护理的科学方法，更充分体现了护理专业的社会价值和护士的自身价值。

总之，医学模式的转变是社会进步和现代医学发展的必然，只有从生物、心理、社会三个维度综合研究健康与疾病问题，才能全面实现 1989 年世界卫生组织（WHO）提出的健康新定义：“健康不仅是没有疾病，而且包括躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康。”助产心理护理研究的核心内容在于心理护理，心理护理实质上是整体护理的重要组成部分。因此，医学模式的转变以及护理模式的日臻完善，对助产心理护理的研究与实践起到重大指导作用，在助产心理护理的研究和实践中应始终体现新医学模式和健康的新理念。

## 二、助产心理文化的发展

助产是在人类文明进步和多学科影响下形成和发展起来的，具有科学性、技术性、社会性和服务性等综合性特点，了解助产心理文化的发展概况有助于培养助产士职业情感，积累职业素养，构筑复合型知识结构，履行好服务于社会、服务于家庭、服务于个体的复合型助产工作。

### （一）国外发展概况

人类的世代繁衍都离不开助产士，古印度、古希腊、古罗马甚至《圣经》中都有对这个角色的记载。公元二世纪时，希腊的 Soranus 曾在他的著作中讲到，一个好的助产士要聪明、风趣；有很好的听觉、嗅觉、视觉；有柔软、细长的手指、简短的指甲；有同情心；有良好的记忆力，热爱工作、值得尊敬。助产士的优良素质使得她们成为古罗马非常受人尊敬的群体，许多罗马法律条文显示，助产士的地位和报酬比男医生还要高。基督纪元时代，欧洲的助产士对教会来说变得很重要，因为她们在洗礼的时候扮演着关键的角色，而教会也通过一定的规则对助产士实施管理。

18 世纪后，随着医学的发展，医生掌握了一些无菌技术，而助产士却没有受到这方面的训练，所以由助产士参与的分娩接生工作，产妇和婴儿的死亡率明显要比由医生参与的高。于是外科医生对助产士展开了猛烈的攻击。他们宣言科学的分娩接生过程要比来自民间的助产士参与的分娩接生对母亲和孩子更好。到了 19 世纪初，大部分接生工作都有一个外科医生的参与，但是，当医生们试图全权接替助产士的工作时，却发现他

们在接生方面的知识和技能非常欠缺。为了更加规范专业的接生工作，1881年，英国政府组织成立了助产士训练班（1947年改为皇家助产学院），1902年通过了英格兰助产士法，成立了中央助产委员会（Central Midwives Board），以协助进行专业助产士的培育及考试。1949年，英国实施国民医疗服务制度（National Health Service）以后，非高危孕产妇皆由国家认可的助产士负责。但同时，助产士对产妇的护理权却仍掌握在全科医生的手中，她们只能协助产妇进行简单的“正常”分娩。在美国，随着医生在产妇分娩过程中的作用日益增强，加上利益的驱使，他们甚至极力宣扬助产士的愚昧、无知，助产士的角色及地位迅速衰落。1935年后，由助产士开展的助产活动大幅度减少。

20世纪60年代后，英美女权主义者们主张妇女应该在分娩过程中负起责任、从妇产科男医生那里夺回主动权，这为助产士以及助产职业的发展提供了大好机会。20世纪70至80年代，助产士数量迅速增长，她们为促进产妇和婴儿的健康作出了极大的贡献。1919年创立的国际助产士联盟是一个由75个国家88个助产士协会组成的组织，它在1992年5月5日宣布建立“国际助产士日”，主题是“2000年前实现全世界安全分娩”。由此，每年5月5日这一天，国际助产联盟（the International Confederation of Midwives, ICM）都会举行仪式庆祝自己的节日，这一天ICM的所有成员表现出空前的团结，采取行动，强调助产士的知识和技能，强调助产士对国家民族健康所作出的贡献。

## （二）我国发展概况

在我国几千年来，妇女所扮演的助产士角色，迄今走过了以下几个发展阶段。

1. 古代自助式阶段 人类依靠繁衍而延续，但助产作为一种职业并不是与分娩活动相伴产生的。远古时候，妇女多靠自己完成分娩过程，这几乎被视作一种妇女的本能。所谓祸福生死全靠天意与命运决定，人类本身束手无策。尽管如此，在古代医学特别是我国医学发展史上，重视优生优育，调节心理卫生，保障母婴健康等孕育心理文化却早已呈现端倪。譬如，在胎教与养胎问题上，中医古籍《烈女传·胎教论》、《孕产集·孕忌》、《万氏妇人科·胎前章》、《景岳全书·妇人规上》、《育婴家秘·胎养》等，都论述了调养精神、房事有节、饮食适宜、劳逸结合、寒温适宜、审慎针药等胎教和养胎的知识和方法。祖国医学的许多著作如《史记》、《孕产集》、《宜麟策》等也论及从孕育胎儿到养子成人，对其先天遗传因素与后天环境影响的作用，都有不少精深的见解。

2. “旧产婆”助产阶段 随着人类社会的发展，一部分有生育经验的妇女开始协助其他妇女处理分娩过程且逐渐形成一种职业化倾向，“稳婆”即“产婆”，最早是为

宫廷或官府服役的接生婆，为古时妇人常见的职业之一。她们在中国的起源甚早，自汉代以来，已有“乳医”或女性医疗照顾者，履行看产之职；宋代称为“蓐母”、“产媪”、“坐婆”；明代则多称为“稳婆”、“老娘”；江淮之间亦有称为“收生婆”、“接生婆”；北京又称为“姥姥”；绥远地区则唤为“老娘婆”等，其名称不一，不可谓不多。元初赵素将“稳婆”列于“三姑六婆”之列，其后，或因这些“姑”“婆”不知自爱，或因同行之间互相竞争，加上“稳婆”常利用接生的机会盗取胎衣贩卖，更有甚者，还经常是溺婴的实际执行者。因此，“三姑六婆”成为士大夫笔下“搬弄是非”、“道人长短”的代名词，现实生活中世人针对“稳婆”的攻讦也不少。

3. 助产职业化阶段 近代有识之士目睹了中国妇女分娩状况且深感忧虑，意识到教育是解决这一问题的唯一途径，我国正式的助产教育始于20世纪初。

1908年8月由中国第一位留美女大学生金雅梅创办的隶属于女医院的北洋女医学堂就设有助产和护理两个班，为国人培养了最早的助产士。1921年杨崇瑞女士在北平开设了第一所孕妇检查所，1929年又创办了国立第一助产学校并亲任校长，成为中国早期妇幼卫生工作助产教育的创始人。在她的带动下，全国范围内相继开办了不少助产学校，如建立于1933年秋的中央助产学校，附设有产科医院，直属国民党中央卫生部、教育部领导（南京解放后更名为南京卫生学校）。中国从此有了第一批有文化有技术的助产人才。她们大多是有理想的文化人，甚至相当一部分是“大家闺秀”（我们熟悉的妇产科专家林巧稚就是这样一个人物）。

对于传统未受教育之旧式助产士的“稳婆”或“产婆”，民国以后，则依当时政府的规定，将受过新式训练、且考试合格的“稳婆”改称“接生婆”；至于日后接受了西医学正规助产教育者，一律以“助产士”称呼。“助产士”刷新了助产队伍的历史，赋予了助产工作崇高的意义。这一时期的洪式间（1934年）、师哲（1936年）先后推出《助产学》著作，还有其他学者的助产或产科著作，这些在助产发展史上也具有里程碑的意义。

4. 普及“新法接生”阶段 新中国成立后，1950年在第一次全国妇幼卫生工作座谈会上，确定将对妇女、儿童威胁最大的接生问题列为妇幼保健的首要任务，提出“改造旧产婆，推行新法接生”的工作方针，并严格规定必须选择在群众中有威信又有接生经验的热心为公众服务的人进行培训。农村的接生状况有了一定的改善，接生人员在公众心目中的地位和受尊重的程度也有很大提高，接生人员开始认识到自己肩负的神圣使

命与职责，教育界和学术界也形成了一定的理论研究，出版了《初级助产学》（中央卫生部妇幼卫生局编，1951年）、《助产学校教本·产科及产科技术》（周萼芬著，1954年）、《简易助产学》（奚翠岚，1960年）等著作和教材，一种具有中国特色的助产文化从此初步形成。

但十年动乱期间，全国助产学校均停办，助产士队伍的发展受到极大影响。动乱结束后，立即恢复的卫生行政机构抓的第一件大事就是普及新法接生，各地中级卫生学校也相继开办助产士专业和医士助产班，为我国妇幼保健队伍提供中级技术人员。这一时期，由于高等院校毕业人数有限，助产士成了基层妇幼保健的主要力量。与此同时，大城市医院由于助产士不足，大量护士就被充实到助产士队伍中，致使助产专业的学科属性模糊，从某种意义上限制了助产专业的发展。

5. 现代科学助产阶段与助产心理文化的发展 随着70年代围生医学的兴起与发展以及人们对优生优育的倡导与需求，助产工作已逐步向科学化与现代化方向发展。1993年8月，黄祝玲撰写的我国现代第一部助产学科方面的专著《助产学》的出版，标志着中国助产学作为一门相对独立的学科的形成，书中首次给助产学做了明确的定义：助产学是一门范围较广的学科，除了研究妇女在受孕、妊娠、分娩及产褥期的各个过程和种特殊的生理变化外，还包括心理学、社会学、遗传学与优生学等综合性内容的一门学科，书中第七章明确写进“产科心理学”以及心理护理的有关内容。教材同时指出助产士是一项光荣而神圣的职业，除了需具备护士的基本素质外还肩负着母婴两代人的健康。

2005年我国卫生部颁发的《2005~2010年中国护理事业发展规划纲要》中强调，要“建立和发展临床专业护士”，提出了助产专业区别于护理专业的指导意见，突出了助产专业的发展方向和地位。由此可见，助产士的职业发展、职业素质与道德水平已不再是个人行为范畴，而是一种强大的社会文化现象。助产工作已成妇幼卫生事业的一个重要组成部分，助产士不但要负责产妇的接生，还要协助产科医生处理难产并负责计划生育、围生期保健和妇婴卫生的宣教及技术指导等工作。

为适应社会发展和人们对生育及医疗需求的提高，母婴保健和整体护理理念逐渐为人们所接受，保健场所逐渐由医院扩大到家庭、社区，并且逐步设立新颖的分娩环境（如“爱婴医院”、“温馨待产”、“母婴同室”等类似家庭式的待产及分娩环境）。开展孕期健康指导、导乐分娩、催眠分娩、无痛分娩、产褥期健康指导等新的心理护理技术；



产科方面，极大地降低孕产妇及其家庭成员的紧张与顾虑，使孕产妇以最佳的心情轻松地渡过孕产期。

纵览古今中外发展概况，传唱“繁星从你眼前升起，生命从你手中开始”的天籁之声，重温助产士的英文单词“midwife”，记住它在古英语中的涵义是“与妇女在一起的人”——它暗示着助产士所起的作用是支持性而不是治疗性的，也昭示着现代助产工作要综合应用躯体护理与心理护理、心理保健和社会管理等多学科技术，为妇女们在她生命历程的特殊时期筑就一个温馨支持母婴健康的安全停靠站。

(刘凌霜)

## 第二节 助产心理护理的研究对象和任务

了解助产心理护理的概念、学科性质和相关学科的关系，特别是认识其研究对象与任务，能够加深我们对助产心理护理的认识，更加深刻理解学习助产心理护理的重要意义。

### 一、助产心理护理的学科性质

从隶属关系上看，助产心理护理既是心理护理的重要分支之一，又是助产学和心理学的重要组成部分。从研究范围来看，助产心理护理涉及诸如基础医学、临床医学、妇产科学、预防医学和康复医学等多学科知识和技术的交叉，又融入了心理学（特别是妇幼心理学）、教育学、伦理学、社会学、管理学、美学和营养学等学科知识，具有科学性、技术性、社会性和服务性的特点，可以说是一门交叉学科。从基础和应用的角度来看，助产心理护理既是助产学的一门基础学科，也是心理学的应用学科。从医护模式的转变及要求看，助产心理护理涉及孕产期母婴健康与护理的一系列工作，强调从护“病”转移到护“人”，更好地服务于母婴健康和孕产期防治结合工作，因此，它又是一门极具综合性的应用学科。

我国卫生部颁发的《中国护理事业发展规划纲要（2005～2010年）》中强调，要“建立和发展临床专业护士”，提出了助产专业区别于护理专业的指导意见，突出了助产专业的发展方向和地位。《中国护理事业发展规划纲要（2011～2015年）》中的重点任务（八）指出“完善护理教育方式，坚持以岗位需求为导向，促进理论与实践相结合，大力培养临床实用型人才，注重护理实践能力的提高；突出护理专业特点，在课程设置中加大心理学、人文和社会科学知识的比重，增强人文关怀意识。”

### 二、助产心理护理与相关学科

现代助产专业正逐步分化为一个独立专业，助产心理护理是综合国内外相关学科的内容而建立起来的一门新兴学科。由于其本身还没有一个理论体系为大家所接受，加之学者们专业不同、研究的侧重点不同等原因，有关相关学科的观点也存在不同认识。在形成助产心理护理学科体系中，对其有影响意义的主要有助产学、普通心理学、医学心理学、护理心理学、心理诊断学、咨询心理学、心身医学、健康心理学等学科。

此外，与助产心理护理有关的还有康复心理学、心理生理学、临床心理学、缺陷心理学等心理学分支学科，它们为助产心理护理研究提供了丰富的理论积淀，为形成助产心理护理学科体系奠定扎实的理论基础。

### 三、助产心理护理的研究对象和任务

#### （一）助产心理护理的研究对象

助产心理护理的研究对象比较特殊，主要研究孕产妇，孕妇是指妊娠期的妇女，产妇是指分娩期或产褥期中的妇女，是人类社会的一个身份。孕产妇，尤其低危孕产妇不是病人（① [patient]指等候接受内、外科医师的治疗与照料的病人；② [sufferer]忍受或经受痛苦的人）。助产士不能把其看成病人，低危孕产妇是在完成一个自然的生理过程。孕产妇的心理活动非常复杂，了解其心理活动，并依据心理活动规律采取全面恰当心理护理措施，使其在这一特殊时期具有良好心理状态，以促进良好的生理状态，良好的生理状态又促进良好的心理状态，形成身心之间的良好循环，使孕产妇感到生理上舒适、心理上舒畅，从而大大提高妇产科护理质量。也就是研究孕产期母婴保健和护理中遇到的各种心理问题。主要有以下几个方面。

1. 研究孕产妇一般的心理活动规律和特殊心理活动特点 孕产妇心理及其护理是助产心理护理研究的主要内容之一。首先妊娠对妇女及其家庭而言是人生一件大事，无论什么样的妇女，妊娠与分娩、手术与治疗、母婴的保健与安全等一系列问题均会对她的心理活动产生影响。例如，对妊娠又喜又惊、担心胎儿是否健康、分娩是否顺利以及自身健康状况如何等，孕产妇一般都会产生忧虑或紧张的心理反应。其次，不同孕程、产程或不同类型的孕产妇其心理反应也各有差异，如正常妊娠或异常妊娠、已婚孕产或非婚孕产、计划生育孕产或流动人口孕产的心理反应都各有其特点。再次，孕产妇的社会背景、文化程度、经济状况对其心理活动也有很大影响，如对孕育有一定科普卫生知识的妇女，在心理护理和保健指导下能及时解除在孕期中产生的恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪反应。反之，孕产妇的心理因素对其妊娠、分娩、治疗和预后以及孕产妇本身的

生活质量等也都会产生不同程度的影响。因此，研究孕产妇一般心理活动规律和特殊心理活动特点能够更好地对其进行系统护理，促进孕产妇顺利分娩和早日康复。

2. 研究孕产妇身心交互作用对其健康的影响以便作好身心护理工作 心身医学研究表明，人的心理活动对躯体生理活动会产生积极和消极两方面的影响，躯体生理活动特别是疾病则会对心理产生消极影响。那些异常妊娠的生理变化对孕产妇心理最易产生消极影响。譬如，妊娠剧吐导致孕妇不能进食，甚至出现脱水、电解质紊乱或酸中毒，影响孕妇身体健康，加剧焦虑、紧张的情绪反应或心理负担。助产心理护理必须深入研究这些影响，进而揭示生理活动与心理因素之间的内在联系。只有掌握了这些规律和联系，助产士才能做到自觉采取适当的措施进行心理护理。

3. 研究助产士自身的心理活动及其影响 助产士是产科工作的主要力量，其工作所面对的是生理和心理都遭受压力的人——孕产妇，工作的性质要求助产士要有奉献精神，要有一颗宽容、同理之心，特别是在遇到孕产妇或其亲属焦急、紧张或不理解时，要克制自己的情绪，耐心给予解释。在助产士个人或家庭有矛盾时，不能把情绪带到工作中，穿上工作服就要有一种责任感，在心理上把工作与家庭分开。所以，助产心理护理也应研究助产士的心理活动，使助产士始终保持稳定平和的心态，为孕产妇提供高质量的心理护理。

4. 研究产科医护人员的言行对孕产妇的影响 良好的医（护）患关系是助产心理护理顺利实施的保证。产科医护人员真挚的爱心、微笑的面容、鼓励支持的语言、暖人肺腑的呵护、娴熟的助产技术能对孕产妇心理产生正面影响，增强孕产妇战胜困难的信心和力量；反之亦然。因此，研究产科医护人员的言行对孕产妇的影响，以及建立良好的医（护）患关系，对解决孕产妇的心理问题提供指导，是助产心理护理的一项具体任务。

5. 研究助产士应具备的职业心理品质及其培养 “生命从你手中开始”，助产工作是一项伟大而崇高的职业。助产士必须具有优良的心理品质，如要具有同理心、敏锐的观察力、准确的记忆力、得体的仪表与语言、精湛娴熟的助产技术，甚至良好的体魄等，都是完成助产工作必备的品质。只有深入研究这些心理品质和培养措施，才能有目的、有针对地培养出具有优良心理品质的助产士，才能使“白衣天使”的形象更加崇高美好。

6. 研究心理护理的干预理论与技术以服务于助产工作 护理教育的先驱费洛伦

斯·南丁格尔曾说过：“人是多种多样的，由于社会职业、地位、民族、信仰、生活习惯和文化程度不同，所得的疾病与病情也不同，要使千差万别的人都能得到治疗或康复所需要的最佳身心状态，本身就是一项最精细的艺术。”助产心理护理研究的重要任务之一就是心理护理这项“艺术”，譬如：如何运用心理咨询和心理护理技术，改变孕产妇错误的认知模式，理性对待遇到的各种问题；如何运用积极的暗示使孕产妇的身体和心理尽快进入到积极状态以解除压力；如何采取松弛疗法调节紧张情绪，激发孕产妇战胜痛苦的信心和勇气；如何实施导乐分娩、催眠分娩等技术减轻产程痛苦等，都是助产心理护理所关注和研究的问题。形成心理护理的干预理论和技术，促进助产心理护理的学科发展是助产心理护理的重要任务之一。

## （二）助产心理护理的研究任务

助产心理护理的研究任务主要涉及理论和实践两个方面。

1. 理论方面 一是要确立学科发展的具体目标。在确立助产心理护理发展目标时，既要根据 WHO 所推行的“保护、促进、支持自然分娩”国际合作项目和围产医学的发展要求，又要充分考虑我国的国情，突出助产心理护理的专业特色，强调对孕产护理实践的指导作用。二是要努力建立并逐步完善助产心理护理理论体系，这是助产心理护理发展的最根本任务。在形成助产心理护理理论体系时，首先要把握好助产心理护理的学科界限，特别是与护理心理学、医学心理学的界限，并在此基础上形成自己的理论框架。不能简单地重复护理心理学、医学心理学已有的研究。

2. 实践方面 运用理论研究成果去指导助产心理护理实践，为孕产期病人以及社会人群提供最佳的心理护理服务。具体地说，助产心理护理实践方面的任务主要包括培养助产心理护理方面的专业人才，为临床助产工作提高人力资源；研究妇产科医护人员心理特点，为选拔、培养和任用专科护士提供依据；研究助产心理护理的科学方法和模式，以指导助产心理护理工作的正确实施；研究服务对象（孕产妇）的心理特点，为助产心理护理提供指南；研究孕产护理活动中复杂的人际关系处理方法，提高妇产科护理质量。

（刘 慧）

### 第三节 研究和学习助产心理护理的意义

研究和学习助产心理护理，不仅能正确揭示孕产期的心理现象，提高生命质量，而且对改善妇产科诊疗和孕产期护理实践具有重要的现实意义。

### 一、加深对现代医学模式的理解和应用

从现实情况看，虽然临床工作已基本转向以现代医学模式为指导，医务工作者也能认识到心理-社会因素对健康与疾病的作用和意义，在疾病的诊断、治疗、护理、康复中也部分采用了符合心理学原理的技术和措施，但这种认识还是较为局限，缺乏普遍性和深刻自觉性，还没有深刻理解和普遍自觉地发挥心理-社会因素对健康与疾病的影响和作用。因此，强化医务工作者包括助产士对医学模式转换的认识是研究助产心理护理的前提，在医学教育和临床工作中，必须加强医学心理学及其相关学科的专业教育和实践应用，作为医学心理学的分支之一，助产心理护理正是适应这一现实需要而走向发展。

### 二、匡正助产学科的专业定位和发展方向

尽管人类始终强调生命至上、健康第一，生命离不开助产和助产士。但传统重治疗轻预防、重临床轻护理的观念根深蒂固，使助产工作长期以来一直附属于医疗，助产心理护理又附属于护理工作，结果阻碍了助产学科的专业化发展，影响了学科体系的完善。

现代医学模式的转变和助产学的发展，要求助产工作既要重视生物因素、生理变化对孕产妇的影响，更要重视心理-社会因素对孕产妇的影响。为了顺应现代医学模式的转变和 WHO 提出的“自然分娩”健康理念，为了提高妇产科护理质量，确保母婴安康，要求助产士要学习和应用助产心理护理的理论和方法，实施助产心理干预，满足孕产妇的生理、心理需要，确保优生优育各项工作落到实处，由此，助产心理护理的功能得到人们的重视并潜心挖掘出来。

助产学和助产心理护理共同致力于研究生物-心理-社会因素对服务对象（孕产妇）健康和疾病的影响，研究孕产妇心理、生理问题，主张躯体护理和心理护理融为一体，实行整体护理，大大拓宽助产工作的范畴，从理论上丰富了助产学和助产心理护理的学科内容，改善和提高了助产心理护理地位，使助产心理护理顺应社会的发展而不断发展，并在助产学独立的专业化发展的引领下逐步走向科学化与现代化的发展方向。

### 三、全面提高产科护理质量

助产服务对象非常特殊，孕产妇系母婴统一体。助产工作是一门范围较广的学科，除了研究妇女在受孕、妊娠、分娩及产褥期的各个过程和各种特殊的生理变化外，还交织着心理学、社会学、管理学、遗传学与优生学等综合性应用工作。这就要求助产士必须学习助产心理护理，认识和掌握孕产妇的心理活动规律，采取相应技术提供生理、心理、生活乃至社会方面的整体护理。只有全面认识孕产和养育、助产士和病人以及个体

和社会之间的关系，并以此为依据进行全面护理，才能使孕产妇感到生理上舒适、心理上舒畅和整体上舒坦满意，这有助于全面提高妇产科护理质量，促进孕产妇康复，维护个体和社会的健康发展。

#### 四、维护和促进[助产士](#)心理健康

紧张而繁重的助产工作对产科医护人员提出了许多心理学方面的要求，如沉着宁静的心境，丰富的情绪感染力，超常的忍耐力，良好的认知判断能力，精练的语言表达能力等。这些心理素质的培育与养成，需要在心理学理论和方法的指导下，经过教育、实践、自我修养与不断磨炼中才能获得。因此，学习助产心理护理，有助于培养产科医护人员特别是助产士良好的心理品质，提高自我心理修养。这对于胜任专业要求和劳动强度较高的助产工作，对于克服助产士的职业倦怠和不良心理影响，对于维护和促进[助产士](#)心理健康都是有益的。

（刘凌霜 [刘慧](#)）

## 第二章 心理学基础知识

助产心理学是介于心理学和助产学之间的一门交叉学科，是在心理学应用研究向助产领域渗透以及现代医学、助产学迅速发展的基础上建立起来的。心理学是研究心理现象及其规律的一门科学。

助产心理学的重要基础在于心理学 (psychology) 及其基本理论与观点。

### 第一节 心理学及其基本内容

#### 一、心理现象

心理现象 (mental phenomenon) 是心理活动的表现形式。一般人的心理现象包括心理过程和个性心理 (图 2-1)。

图 2-1	心理现象结构图
出处：刘凌霜 护理心理学 第 11 页 图 2-1	

图 2-1 心理现象结构图

#### 二、心理的实质

现代心理科学用辩证唯物主义观点来解释人的心理现象，认为心理起源于物质，是大脑活动的产物，心理是脑的功能；客观现实是心理活动的源泉，心理是人脑对客观现实主观的、能动的反映。

##### (一) 脑是心理的器官

1. 从物种发生史来看 心理是物质发展到高级阶段的属性。无生命物质的反映形式是物理的或化学的，生物体最先出现的反映形式是感应性，随后出现了感受性、知觉，到灵长类动物时，出现了思维的萌芽，到人类就产生了意识。因此，心理是物质的一种反映形式，是物质世界长期发展的产物。

2. 从个体发展史来看 人类心理的发生、发展与脑的发育完善关系紧密。根据专家对人的大脑研究发现，随着儿童的脑重量的增加和脑皮质细胞的功能成熟，儿童的心理水平也随之提高，具体表现在从感觉阶段上升至表象阶段，形象思维阶段上升至抽象思维阶段。

3. 从近现代医学研究来看 脑的一定部位与相应的心理功能密切相关，这些部位受到损伤会引起相应的心理功能发生丧失。

##### (二) 心理是脑的功能

心理是脑的功能，而心理的内容来源于客观现实，是客观现实在人脑中的能动反映。

1. 客观现实是心理活动的内容和源泉 客观现实是指人们赖以生存的自然环境和进行人际交往并从事实践活动的社会环境。人的心理活动不论是简单到复杂，其内容都可以从客观事物中找到它的源泉。如，对于我们的感觉，看到什么、听到什么、闻到什么，都不能由人的主观决定，而是取决于外部环境中具体事物，所以可以说，有什么样的客观事物作用于脑，就会产生什么样的心理活动。

2. 社会生活实践对人的心理起制约作用 科学心理学特别强调人的心理基础是人的社会实践，认为没有人的社会生活实践就没有人的心理。例如，1920年印度的狼孩卡玛拉和阿玛拉、立陶宛的熊孩、撒哈拉沙漠的羊孩、20世纪80年代初沈阳郊县的女性猪孩等。这些小孩的共同特点是出生后由于种种原因，脱离了社会生活，与兽为伍，尽管他(她)们有大脑器官，但就是没有人的心理。

3. 心理是客观现实在人脑中主观能动反映 心理的内容是客观的，反映的都是外界事物和现象，是由外部事物决定的。心理又有主观的一面，对同一客观事物的反映，因其性别、年龄、阅历、经验、文化水平、社会地位等差异而不同。譬如，一本《红楼梦》，文学家眼里能看到满篇的美文佳句，建筑师眼里能看到满篇的亭台楼阁，营养师眼里能看到满篇的精美佳肴，伦理学家眼里能看到满篇的道德礼教。站在不同的立场或角度，不同的人看到的是不同的《红楼梦》。可见，人对客观现实的反映具有主观性。

## 第二节 心理过程

心理过程 (mental process)是指人对客观现实的反映过程，是一个人的心理现象的动态过程，包括认识过程、情绪情感过程和意志过程。

### 一、认知过程

认知过程 (cognitive process)是人们获得知识或应用知识的过程，也就是信息加工的过程，也是人的最基本的心理过程。它包括感觉、知觉、记忆、想象、思维、注意等心理现象。通过认知活动，人类可以认识客观规律，适应并创造性地改造世界。

#### (一) 感觉与知觉

##### 1. 感觉

(1) 感觉及其对人的意义：感觉 (sensation)是人脑对直接作用于人的感觉器官的客观事物的个别属性的反映。例如，橘子放在我们面前，我们可以通过眼睛看到其颜色、形状，鼻子闻到其气味，舌头尝到其酸、甜味，皮肤触摸到其硬度、温度和光滑程度，其中每一种特性都是橘子的一种属性。



(2) 感觉的种类：根据刺激的性质以及它所作用的感觉器官的不同可把感觉分为两种。①外部感觉：是指接受外部世界的刺激并反映它们属性的感觉，包括视觉、听觉、嗅觉、味觉、皮肤觉(触觉、压觉)等；②内部感觉：是指接受机体内部刺激并反映它们属性的感觉，包括运动感觉、平衡感觉、内脏感觉等。

(3) 感受性与感觉阈限：感觉器官对适宜刺激的感觉能力叫感受性。感受性的大小是用感觉阈限来衡量的。感受性与感觉阈限呈反比关系，即感觉阈限越小，感受性越强；反之，感觉阈限越大，感受性越弱。

(4) 感觉的特性(感受性变化的一般规律)：

1) 感觉的适应：在刺激物的持续作用下，感受性发生变化的现象称为感觉适应。适应可使感受性提高或降低。例如，皮肤温度觉的适应，炎炎夏日从室外进入到室内，顿时觉得清凉，待的时间久了就不觉得那样凉了。所谓“入芝兰之室，久而不闻其香；入鲍鱼之肆，久而不闻其臭”，就是嗅觉的适应现象。视觉适应有明适应和暗适应现象，暗适应可以使人在微弱的光线下提高感受能力，看清周围的事物；明适应可以降低感受能力，避免强光对眼的伤害。适应现象具有重要的生物学意义。人所生存的环境变化巨大，假如没有适应机制，人就不容易在变化的环境中作出精确的反应。

2) 感觉的对比：同一感觉器官在不同的刺激物的作用下，感觉在强度上和性质上发生变化的现象称为感觉对比。不同刺激同时作用于同一感受器时，便产生同时对比，例如，“绿肥红瘦”。不同刺激先后作用于感受器时，便产生继时对比，例如，刚吃过药后再喝水，会觉得水很甘甜。

3) 感觉的相互作用：是指在一定条件下，各种不同的感觉都可能发生相互作用，从而使感受性发生变化。如，红光照明下听觉感受性下降；食物的凉热会影响它的味道；强烈的噪声刺激可使牙痛得更厉害；视觉变换可以破坏平衡觉，使人眩晕或呕吐。感觉相互作用的一般规律是：弱刺激可提高其他感觉的感受性，强刺激则会降低其他感觉的感受性。

4) 联觉：是感觉相互作用的一种特殊表现。是指当某种感官受到刺激时出现另一感官的感觉和表象。如，色觉能引起不同的温度觉，红、橙、黄等颜色使人联想到太阳、火焰而产生温暖的感觉，这些颜色被称为暖色；蓝、绿、青等颜色与海水、森林的颜色接近，使人感到凉爽，被称为冷色。联觉现象是由人们日常生活中各种感觉现象经常自然而然有机地联系在一起所致。

5) 感觉后象：当外界刺激停止后，感觉并不立即消失、还能保持一定时间的感觉现象，这一现象称为感觉后象。视觉、听觉都有这种现象。我们常说的“晕轮效应”、“余音缭绕”。该现象是由于神经兴奋所留下的痕迹作用。

6) 感觉的发展与补偿：人的感受性在某些因素的影响下，不仅能适应暂时性的变化，而且还能在长期的社会实践和有意训练下获得提高和发展。例如，印染工人能分辨出 40 多种深浅不同的黑色，而普通人只能分辨出 3~4 种黑色；心内科医生能听出心脏的各种杂音；品酒师能品出各种各样葡萄酒的质量；盲人在生活实践中训练出异常敏锐的听觉和触觉，可以“以耳代目”；有些聋哑人可以学会“看话”等。这说明一种感觉的感受性有了缺陷，可以通过提高其他感觉的感受性加以补偿。人的各种感觉能力有很大的发展潜力。

## 2. 知觉

(1) 知觉的概念：知觉 (perception) 是指人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的各种属性以及它们相互关系的整体反映。例如，当人感觉到橘子的颜色、滋味、香气、硬度、温度、大小和形状等，人脑在综合对橘子的各种感觉的基础上就构成了对“橘子”整体的映像，这就是对橘子的知觉。又如当人们看到燕尾帽、护士服、端庄的站姿时，人们的脑海就形成了护士的整体映像。

(2) 知觉的种类：根据知觉对象的性质可把知觉分为 3 种。①空间知觉：它是指个体对物体空间特性的知觉，包括对物体的形状、大小、方位和远近等特性的认识。②时间知觉：指个体对客观事物延续性和顺序性的反映。时间知觉还可能以人体内部的各种节律性变化活动现象为依据，即所谓的“生物钟”。③运动知觉：指人脑对物体的空间位移和移动速度的反映。主要有视觉运动知觉、听觉运动知觉、触觉性运动知觉等。其中视觉、听觉在运动知觉中起着主要的作用。

### (3) 知觉的特性：

1) 知觉的整体性：当客观事物的个别属性作用于人的感觉器官时，人们并不将其作为个别、孤立的部分，而是能根据已有的知识和经验将其知觉作为一个整体，这种使知觉保持完备性的特性被称为知觉的整体性（图 2-2）。知觉的整体性依赖于知觉对象本身的特点，如空间或时间上的远近，大小、形状和颜色上的相似、图形的连接、对称等特点。另外，人的知识经验也影响知觉的整体性。

图 2-2 知觉的整体性

出处：刘凌霜 护理心理学 第 16 页 图 2-2

图 2-2 知觉的整体性

2) 知觉的选择性：生活中，人们根据当前需要，有选择地以少数刺激物作为知觉对象，把它们与背景区分开来，以致对它们的感知格外清晰，这就是知觉的选择性。如，人们看电视时，电视屏幕成为当时知觉的对象，而电视墙以及电视柜上的其他物品就成了背景。

在一定条件下，知觉的对象和背景可以互换（图 2-3）。影响知觉选择性的因素是多方面的，有主观的，也有客观的。

图 2-3 知觉的选择性

出处：刘凌霜 护理心理学 第 17 页 图 2-3

图 2-3 知觉的选择性

3) 知觉的理解性：是指人在知觉过程中，不是被动地反映知觉的对象，而是主动根据已有的知识经验来解释它、理解它，并用概念的形式把它标示出来，这种知觉的特性称为知觉的理解性（图 2-4）。知觉的理解性与人们的知识经验密切相关。例如，同一张肺部 x 线片，医生能从其中发现病灶处，而外行人只能看到一片模糊。

图 2-4 知觉的理解性

出处：刘凌霜 护理心理学 第 17 页 图 2-4

图 2-4 知觉的理解性

4) 知觉的恒常性：指知觉的客观条件在一定范围内发生变化时，知觉映像仍保持相对稳定性（图 2-5）。即知觉的恒常性。知觉的恒常性能使人在不同情况下按照事物的实际面貌反映事物，从而使人们根据对象的实际情况适应环境、改造环境。如果知觉不具有恒常性，人就难以适应瞬息万变的外界环境。

图 2-5 知觉的恒常性

出处：刘凌霜 护理心理学 第 17 页 图 2-5

图 2-5 知觉的恒常性

(4) 错觉：是在特定条件下产生的对客观事物的歪曲知觉，即错觉是一种歪曲的知觉。错觉不同于幻觉，它是在一定条件下产生的。视错觉在错觉中表现得最明显（图 2-6）。

除了视错觉之外，常见的还有形重错觉，如，1斤铁和1斤蚕丝的重量是相等的，但人们用手提起时，总觉得铁比蚕丝要重些。还有方位错觉，如，人们新到一个陌生的地方，往往颠倒东、西、南、北等。

图 2-6 错觉图例
出处：刘凌霜 护理心理学 第 18 页 图 2-6

图 2-6 错觉图例

## （二）记忆

1. 记忆的概念 记忆（memory）是过去的经验在头脑中的保持和再现，是在头脑中积累和保存个体经验的心理过程。人们感知过的事物、思考过的问题、体验过的情绪、从事过的活动，都不同程度地被保留在头脑中，在一定条件诱发下能够重现，这就是记忆。

### 2. 记忆的分类

#### （1）根据记忆内容的分类：

1) 形象记忆：是以感知过的事物形象为内容的记忆。例如，熟人的面容、看过的电影、听过的音乐、吃过的水果的味道、母校的建筑物等，这些在头脑中留下事物的形象，就是形象记忆。

2) 逻辑记忆：是以概念、判断、推理等逻辑思维过程为内容的记忆。例如，人们对概念、判断、推理、公式、定理、法则的记忆就是逻辑记忆。

3) 情绪记忆：是以体验过的某种情绪或情感为内容的记忆。例如，人们对快乐、悲伤、愤怒、恐惧、热爱、憎恨等体验的记忆就是情绪记忆。

4) 运动记忆：即以操作过的动作或运动为内容的记忆。例如，人们身上所形成的技能、技巧、行为习惯动作等，都是动作记忆（如游泳、开车、输液、铺床）。

#### （2）根据记忆内容保持时间的长短分类：

1) 瞬时记忆：当外界刺激停止后，感觉信息有一个非常短暂的停留，这就是瞬时记忆。其特点是：信息保持时间短、为 0.25~2 秒，信息存储容量大，形象鲜明，以视觉图像为主要的编码形式，也有听觉编码，以感觉形式保持。瞬时记忆容易消失，如果这些感觉信息受到注意，则进入短时记忆。

2) 短时记忆：也称工作记忆，是瞬时记忆和长时记忆的中间阶段，其特点是：信息在头脑中保持时间一般不超过 1 分钟，信息存储容量有限，记忆广度为  $(7 \pm 2)$  个单

位，信息经过复习可进入长时记忆。如，人们临时查询的电话号码，打通电话后，如果不再复述该号码，就可能会将这个电话号码忘掉；如果重复几遍，就会将它记住。

3) 长时记忆：信息贮存在1分钟以上甚至终生的记忆。它是对短时记忆的内容加工复述。其特点是：信息保持时间长，信息存储量很大，主要以词为媒介进行意义编码。

3. 记忆的过程 记忆是一个过程，识记、保持、再现(再认和回忆)是记忆的3个基本过程。从信息论的观点来看，记忆就是对输入信息进行编码、储存和提取的过程。

(1) 识记 (memorization)：是识别和记住事物，从而积累知识经验的过程。它是记忆的初始环节。要提高记忆的效果，首先必须有良好的识记。

识记的形式多种多样，根据有无预定的目的、可将识记分为两种。①有意识记：是指事先有明确的目的，并运用一定的方法，必要时，需要付出一定意志努力的识记。这种识记要求人们具有高度的积极性与自觉性。实际生活中，为了掌握系统的科学知识、技能，必须依靠有意识记。②无意识记：是指事先没有明确的目的，也不用任何意志努力的识记。如，偶然听过的歌曲、阅读过的小说、在一定情况下体验过的情绪、仓促间作出的动作等，在当时并没有一定的目的想记住它，然而却记住了。人们的许多知识经验，特别是日常生活经验，大多通过无意识记获得的。

根据对识记材料理解的程度，又可将识记分为两种。①机械识记：指依照识记材料的外部联系，通过机械地重复而进行的识记。例如，地名、人名、年代等材料的识记，大都属于机械识记。②意义识记：是指依照识记材料本身所具有的内在联系，通过理解而进行的识记。如，数学公式、科学概念等识记。机械识记有助于识记材料精确化，意义识记有助于识记材料系统化。在实际生活中，这两种识记是相辅相成、必不可少的。

(2) 保持 (retention)：是把知识经验存储在头脑中的过程，即对信息的储存、巩固的过程。保持是识记和再现的中间环节，没有保持就无所谓记忆。能否保持以及保持时间的长短，是记忆力强弱和记忆品质优劣的重要标志。保持的对立面是遗忘。

1) 遗忘的概念：遗忘 (forgetting)是指识记过的事物不能再认与回忆，或错误地再认与回忆。遗忘可分为暂时性遗忘与永久性遗忘。

2) 遗忘规律：德国心理学家赫尔曼·艾宾浩斯率先对遗忘现象作了系统的研究。研究的结果表明，遗忘的发展进程是不均匀的，在识记的最初阶段遗忘得较快，后来逐渐缓慢，到了一定的时间，稳定在一个水平上。也就是说，遗忘的发展速度是先快后慢。遗忘速度这种随时间先快后慢的变化规律用曲线表示，这一曲线被称为“艾宾浩斯遗忘”

曲线”（图 2-7）。

图 2-7 艾宾浩斯遗忘曲线图
出处：刘凌霜 护理心理学 第 20 页 图 2-7

图 2-7 艾宾浩斯遗忘曲线图

3) 遗忘的原因：关于遗忘的原因有各种不同的看法，主要有以下几种。

衰退说：这一说法认为遗忘是记忆痕迹得不到强化而逐渐减弱，以致最后消退。记忆的痕迹是以一定物质为基础，各种物质尤其是蛋白质的代谢，随着时间的推移而不断变化甚至消失。

干扰说：这一说法认为是新输入的信息对原储存信息的干扰而造成遗忘。遗忘是储存的信息不能提取，是在学习和回忆之间受到其他刺激的干扰所致。一旦干扰排除，记忆仍能恢复。

压抑说：这一说法认为遗忘是由于情绪或动机的压抑作用引起。如果压抑被解除，记忆就能恢复。这一说法是由西格蒙德·弗洛伊德(Sigmund Freud)在给精神病病人做催眠时发现的。他认为，人每当回忆起痛苦的往事或个体意识不能接受的冲动，常常有意地压抑，将其排斥于记忆之外，通常称作“动机性遗忘”。其实被压抑的痛苦或冲动并未真正消失，只是从意识转入潜意识中，也就是被潜意识动机所压抑。此外，情绪过分紧张也影响回忆，能使一些本来掌握的内容一时回忆不起来。如，考试紧张时，本来记忆的知识却忘了。压抑说虽然缺乏有力的实验证明，但它提出了人的需要、动机、情绪等对记忆的影响，具有一定意义，是值得重视的一种理论。

提取失败说：这一说法认为，存储在大脑中的信息是永远不会丢失的，遗忘是因为没有接到适当的提取线索造成的信息提取失败。例如，多年未见的老同学，见面时想不起他的名字。

4) 抵制遗忘的方法：为了更好地抵制遗忘，人们总结了一些方法。

首先，应进行牢固的识记。要具有明确的识记目的和任务、积极的识记态度，以及掌握合理的识记方法(如，一次识记的数量如何；是否在理解的基础上进行识记等)。其次，要组织有效的复习。①及时复习；②合理分配复习的时间；③反复阅读与试图回忆相结合；④复习过程多样化。再次，学习者个人的主观因素对遗忘也有很大影响。如，学习动机、情绪、生理状态等与遗忘都有密切关系；如，学习者是否有强烈的学习动机、情绪紧张或稳定、身体是否有病痛等，它们对记忆的影响不能忽视。

(3) 再现 (reproduction): 它是记忆过程的最后一个环节, 记忆的品质是通过再现表现出来的, 它包含两种基本形式, 即再认 (recognition) 和回忆 (recall)。再认是记忆的初级表现, 是比回忆较为容易和简单的一种恢复经验的形式。回忆是记忆的高级表现, 是比再认更为困难和复杂的一种恢复经验的形式。

记忆是一个完整的过程, 这个过程三个环节之间是密不可分的, 缺少任何一个环节, 记忆都不可能实现。

4. 记忆的品质 人们通常以记忆的品质来评价记忆力的优劣。良好的记忆品质表现在以下几个方面。

(1) 记忆的敏捷性: 指的是记忆的速度和效率特征。一般以在一定时间内能记住多少事物来衡量。例如, 有的人在一定时间内比他人记得快, 回忆得快, 能“过目成诵”, 那么这个人记忆的敏捷性就好。记忆的敏捷性对指挥员、飞行员、宇航员等是一种很重要的品质。

(2) 记忆的持久性: 指的是记忆在头脑中保持时间的长短, 是记忆的保持特征。如, 有的人能“过目不忘”。敏捷性与持久性大多数人呈正相关, 但也有少数人不呈正相关。

(3) 记忆的准确性: 指的是记忆内容正确与否, 是记忆的精确特征。助产士工作细致繁琐、复杂多样, 如果记忆的准确性不强就很容易出差错。因此, 记忆的准确性是助产士工作的一种重要品质。

(4) 记忆的准备性: 指的是对记忆信息的提取能力, 是记忆的提取和应用特征。一个记忆准备性好的人, 能在需要时迅速、灵活地提取储存在头脑里的信息, 并加以运用。如在临时抢救车祸病人时, 护士能迅速找到所需的药品或器械, 就是体现记忆准备性的一个例证。

### (三) 思维

1. 思维的概念及特征 思维 (thinking) 是人脑对客观事物间接的、概括的反映。思维和感知觉、记忆都是人们对客观现实的反映, 但它是认识过程的高级阶段, 人类通过思维, 能够获得对事物的本质属性、内在联系和发展规律的认识。

思维的两大特征是间接性和概括性。间接性是以其他事物或已有的经验为媒介来认识客观事物, 它对客观事物的反映不是直接的。例如, 早晨看到雪, 就能判断出昨晚下雪了。医护人员通过病人的舌苔、体温、脉搏、血压、面容等便可了解病人身体内部脏器的活动状态, 也是一种间接认识。概括性是指对客观事物的共同特征和内在规律的本

质认识。通过感知可以认识部分事物，通过思维可以认识一类事物。如流脑、乙肝、伤寒在临床上看是完全不同的疾病，但它们共同的本质特征，都属于传染病。

## 2. 思维的分类

### (1) 根据思维的形式或凭借物分类：

1) 直观动作思维：以实际行动来解决具体问题的思维。例如，修理机器要依靠实际动作来解决，幼儿利用掰手指来数数，跳水运动员一边进行运动、一边考虑动作要领。这种边动作边解决问题的思维，都属于动作思维。3岁前幼儿的思维方式主要靠直观动作来解决问题。

2) 形象思维：利用具体形象解决问题的思维。例如，人们日常生活中常遇到哪条路可更快地到达指定地点，且以直观形象选择捷径。又如，插花时，思考着每朵花的位置、搭配，以及整体形象。文学家、艺术家、设计师进行创作时则更多地依赖形象思维。学龄前儿童游戏活动中的角色扮演、情境设想就属于这一类思维。

3) 逻辑思维：运用抽象的概念，判断推理的形式解决问题的思维。逻辑思维是人类思维的核心形态，其发展较晚，青年期以后才比较发达。例如，习科学文化知识等都需要运用逻辑思维。儿童的思维发展经历着从动作思维、形象思维到抽象逻辑思维的过程。成人往往综合运用上述3种思维形式来解决问题，但以抽象思维为主。

### (2) 根据思维的指向性分类：

1) 聚合式思维：把问题提供的各种信息聚合起来，指向一个固定正确的答案的思维方式。这是一种有方向、有范围和有条理的思维方式。例如，医生在给病人看病时，根据病人的各种症状、体征以及实验室检查的结果作出正确的诊断。值得一提的是，这种思维利用已有知识经验或传统方法解决问题，对取得知识是必要的，但形成习惯会妨碍思考问题的灵活性。

2) 发散式思维：指解决一个问题时，思路沿着各种不同的方向去积极思考，找出两个以上可能的答案、解决方法或结论。如，学生做练习时一题多解；医生在治疗疾病时考虑采用药物、手术或是中西医结合等多种治疗方法；护士为了给病人降温而使用冰袋、酒精擦浴、灌肠等方法。与聚合式思维相比发散式思维具有更大的主动性和创造性。人类世界所有科学发明、艺术创作、理论研究，主要是发散式思维的结果。

### (3) 根据思维的创造性分类：

1) 习惯性思维：又称再造性思维或常规思维，是指人们运用已有的知识经验，按



照现成的方案和程序直接解决问题的思维。如，发现婴儿啼哭时，就猜测是否饿了，马上喂奶等。这种思维的创造水平低，对原有的知识经验不需进行明显改造。

2) 创造性思维：指根据已有的知识经验重新组织，提出某些新颖的、前所未有的方案和程序，创造出新的思维成果的思维活动。这种思维是多种思维的综合，同时还要结合想象，进行构思才可能实现，也是智力高度发展的体现。创造性思维具有以下特征：敏捷性、流畅性、独创性、洞察性。

3. 思维的基本过程 人的思维过程极其复杂，一般经历以下几个操作方式加以完成。

(1) 分析与综合：分析与综合是思维的基本过程。分析是人脑把客观事物的整体分解为各个组成部分；综合就是人脑把组成事物的各个部分、个别属性综合为整体的过程。分析与综合是解决问题过程中不可缺少的两个方面。它们互为依存、互为补充，只有分析与综合相统一，思维才会全面而深刻。

(2) 比较与分类：比较是对事物的各个组成部分或各个属性进行对比，从而确定出它们之间异同或者之间的关系，它其实是更为复杂的分析与综合的思维操作过程。例如，学习中药鉴别时，要对两种药材的色泽、形态等进行区别鉴定。在比较的基础上确定事物的共同点和不同点，并根据这些特点把事物划分为不同的种类，这是分类的过程。例如，医院分内科、外科、妇科、儿科、五官科等，就是根据疾病的不同特点把事物划分为不同的类别，是分类的操作过程。

(3) 抽象与概括：抽象是指人脑对事物的本质和非本质特征进行区别，并抽取事物本质特征而舍去非本质特征的过程。概括是指对抽象出来的事物的本质属性加以综合的过程。例如，严重腹水的病人一般都有移动性浊音，这是一代医生对“严重腹水”和“移动性浊音”之间规律的认识并概括出的结论。现在，临床上只要一见到有严重腹水，就可断定病人有移动性浊音。

分析与综合是抽象与概括的基础，比较与分类是抽象与概括的前提。

(4) 系统化与具体化：系统化即在概括的基础上，把同一类事物按不同顺序与层次组织成一定系统的思维过程。如生物学的界、门、纲、目、科、属、种，就是系统化的结果。具体化则是将事物的一般原理、定律、规律应用到具体事物上的思维过程。例如，以举例或图解去说明具体一般的原理，通过事例来说明抽象的概念，这就是具体化的表现。

4. 问题解决的思维过程 问题解决是一种有目的的复杂的思维活动，它由一定的问题情境引起，指向一定的目标，包含着一系列的思维操作，最终使问题得以解决。

(1) 问题解决的基本阶段：

发现问题：解决问题是从发现问题开始，发现问题是人的思维活动的积极表现。例如，对新入院的病人进行入院评估就是为了发现问题。

分析问题：分析问题就是在正确评估资料的基础上，区分主要矛盾，抓住问题关键，将问题明确、具体化的过程。分析问题应当抓住问题的核心，找出关键所在，使思维活动具有明确的指向性和方向性，并有选择地再现和运用已有的知识经验来解决面临的问题。

提出假设：就是找出解决问题的方案、策略或途径，这是解决问题的关键。它往往以假设的形式出现。

检验假设：是通过实际活动或思维操作验证所提假设是否能够真正解决问题。检验假设的方法有两类：一是实际操作，即用实验和实践的方法，按假设去解决具体问题。例如，家里的灯突然熄灭，而邻居灯亮着，可能是保险丝断了，或灯泡坏了等，实际验证即可知道真相；另一类是通过智力活动来检验，如警察破案用智力推理较多。如果假设是错误的，则要重新审查材料，提出新的假设。

(2) 影响问题解决的心理因素：

情绪：个体在怎样的情绪状态对问题解决，对活动的效果有着直接的影响。因为良好的情绪状态可以提高思维活动的积极性，推动问题的解决；反之，则可能阻碍问题的解决。例如，考试时，学生情绪积极将有利于答题，考出好成绩，而过分紧张则影响思路，甚至本来会做的题都束手无策。

动机：动机虽然不能直接调节人的思维活动，但它可以影响个体思维活动的积极性。动机太强会造成很大的心理压力，可抑制思维活动，降低解题成效；动机太弱则不能调动个体解决问题的积极性，不利于活跃个体思维活动。因此，中等强度的动机最有利于问题的解决。

迁移：是指已获得的知识、技能、方法对解决问题所产生的影响。如果这种影响能产生积极、有利的作用，我们称它正迁移。如举一反三、触类旁通。若产生消极、不利的作用，我们称它是负迁移，如方言口音太重能影响普通话的标准发音。

定势：也叫习惯。是由先前活动所形成的，并影响后继活动趋势的一种心理准备状

态。定势有时有助于思维活动、问题的解决，有时也妨碍思维活动。

心理学家卢钦斯（Luchins）1942年曾做过一个著名的实验。在实验中，他给被试者3个大小不同的量杯A、B、C，要求被试者利用这3个杯量出一定量的水（表2-1）。

表 2-1 卢钦斯的定势实验

题序	不同杯子的容量(ml)			要求量出的水的容量(ml)
	A	B	C	D
1	21	127	3	100
2	14	163	25	99
3	18	43	10	5
4	9	42	6	21
5	20	59	4	31
6	23	49	3	20
7	15	19	3	18
8	28	76	3	25

实验结果表明，通过序列1~5实验，受试者可能形成利用 $B - A - 2C$ 这个公式的定势。因此，对序列6和序列7，他们也就用同样的方式去解决问题。其实，对这两个序列显然可以利用简单得多的办法去解决（即 $A - C$ 和 $A + C$ ）。由此可见，定势对解决问题并不总是有利的。

功能固着：即人们习惯把某种功能牢固地赋予某一事物的倾向。例如，说到衣服的功能，人们通常只是想到它能保暖、装扮，其实它还可以包裹东西、灭火、遮阳等。

原型启发：是指在其他事物或现象中获得的信息对解决当前问题的启发。日常用品、自然现象、机器示意图、口头提问、文字描述等，都可成为原型而对解决问题产生启发作用。例如，人类受到飞鸟和鱼的启示发明了飞机和轮船。原型所以具有启发作用，是由于原型与所要解决的问题有某些相同点和相似点，通过联想能找到解决问题的新方法。

知觉情境：是指被直接感知到的事物的空间组织形式产生的情境，对解决问题往往会产生重要影响（图2-8）。

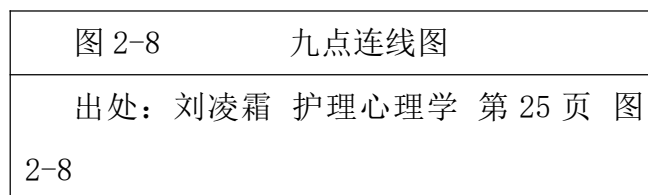


图 2-8 九点连线图

## 5. 思维的品质

(1) 广阔性：又称思维广度。是指在思维过程中，善于全面分析问题、顾全大局的思维特性。既要看到问题的普遍性，又要看到问题的特殊性。例如，思维广阔性好的护士，在确定护理诊断时，不会只局限于病人生理方面的反应。相反，思维狭窄的人，“只见树木，不见森林”，就是思维的狭隘性。

(2) 深刻性：又称思维深度。是指在思维过程中，善于透过问题的表面现象而深入问题的本质，抓住问题的关键，看问题总能“入木三分”，掌握事物发展的规律，预见事物的发展趋势。相反，思维肤浅的人，认识停留在事物的表面现象和外部联系上，就是思维的肤浅和片面性。

(3) 灵活性：是指根据环境的变化，机智灵活地考虑问题，应付变化。反之，就是思维的固执性和刻板性。

(4) 敏捷性：是指在思维过程中，思维活动迅速、果断、应变力强，能迅速地发现问题和及时解决问题。

(5) 独立性：是指在思维过程中，善于独立思考、发现问题、分析问题，提出自己的见解，独立解决问题，这是创造性思维的基本品质之一。相反，人云亦云，自以为是，故步自封，都是不良的思维品质。

(6) 批判性：是指善于冷静地考虑问题，不轻信、不迷信权威，能客观地分析评价事物，不易受别人暗示的影响，明辨是非，坚持真理。

(7) 逻辑性：是指在思维过程中，具有严密的逻辑思维能力。在解决问题时，能严格遵守逻辑规律或规则、思路连贯、条理清楚、层次分明、概念准确、判断有据、论据有理。相反，思维混乱、条理不清、无层次，是缺乏逻辑的表现。

### (四) 想象

1. 想象与表象的概念 想象(imagination)是人脑对已有表象进行加工改造重新组合成新形象的心理过程。表象(image)是人脑对过去感知过的事物形象的反映，是过去感知过的事物痕迹的再现。想象不同于表象。想象的基本特点是形象性、新颖性和创造性。

2. 想象的意义 爱因斯坦曾说：“想象力比知识更重要，因为知识是有限的，而想象力概括着世界上的一切，推动着进步，并且是知识的源泉。”所以，想象对科学的发展，人类的精神生活，学习和进步都是至关重要的。

3. 想象的分类 根据想象产生时有无目的性分类，可分为以下两种。

(1) 无意想象：是一种没有预定目的、不自觉的、不由自主的想象。如，看到海上的珊瑚或贝壳，就想象它为动物或人物的形象。

(2) 有意想象：指根据一定的目的自觉进行的想象，有时需要一定的意志努力。根据想象内容的新颖性和创造性不同，有意想象又分为3种。①再造想象：根据词语描述或图形描绘在头脑中形成新形象的过程。如学习解剖时通过解剖挂图想象实体的情况。②创造想象：不依据现存的描述而独立创造出新形象的过程。具有首创性、独立性、新颖性的特点，它比再造想象复杂而困难，需要对已有的感性材料进行深入地分析、综合、加工改造，在头脑中进行创造性构思。创造想象是人的创造活动的必要组成部分。如新仪器的设计、文学艺术创造、科学发明都是创造想象的结果。如，鲁迅笔下的“阿Q”形象。③幻想：是创造想象的一种特殊形式，是一种与人的愿望相联系并指向未来的想象。

#### (五) 注意

1. 注意的概念 注意(attention)是人的心理活动或意识对一定对象的指向和集中。所谓指向是指对心理活动的对象所做的一个选择和朝向。如学生上课时开小差，关心教室外发生的事情了。所谓集中是指心理活动稳定在所选择的对象上。如学生“全神贯注”、“聚精会神”地听老师讲课。注意不是一个独立的心理过程，而是始终伴随其他心理过程的心理状态。

2. 注意的分类根据有无目的性以及是否伴随意志努力，可分为以下3种。

(1) 无意注意：指没有预定目的，也不需要意志努力的注意。如大街上一排迎亲婚车引起的注意。无意注意不受人的意识控制，主要是由周围环境的变化引起。另外，人们自身的主观状态，如需要、兴趣、情绪，态度以及对事物所持的期待等，也都影响着人们的无意注意。

(2) 有意注意：指有预定目的，需要一定意志努力的注意，并受人的意识自觉调节和支配。它与心理活动的任务、目的性及意识水平有关。如，学生听课、护士配药就是有意注意。

(3) 有意后注意：指有预定目的，但不需要意志努力的注意。有意注意在一定条件下可转换为有意后注意。它是一种自觉的、有目的的注意，但却不需要意志努力。

有意后注意是一种高级类型的注意，具有高度的稳定性，是人类从事创造性活动的

必要条件。有意后注意的关键是要对活动本身产生直接兴趣。

### 3. 注意的基本品质

(1) 注意的广度：又称注意的范围。指在单位时间内注意到对象的数量。一般的在 1 / 10 秒时间内成人能注意到 4~6 个彼此不相联系的外文字母。注意广度受知觉特点的影响，如知觉对象越集中，排列越有规律，越能成为相互联系的整体，注意的范围也就越大。另外，个人的知识经验、活动任务、情绪与兴趣状态也影响注意广度。如果扩大注意广度，就可以提高学习和工作效率，如，“一目十行”就能在同样时间内输入更多的信息。

(2) 注意的稳定性：也称注意的持久性。指注意长时间地保持在某种事物的能力。注意的稳定性取决于事物的性质和主体的状态，通常，人们集中注意的时间 10 分钟左右。容易被人感兴趣的事物，注意的稳定性就强。同时也与训练有关，如，做手术时，医护人员的注意力需要长时间集中在手术部位；摄像师能长时间扛着摄像机对着目标。同注意稳定性相反的心理状态是注意的分散，也叫分心，它常由无关刺激的干扰或由单调刺激长期作用所引起。

(3) 注意的分配：指在同一时间内把注意分配在两种或两种以上活动的的能力。例如，学习时边听课边记笔记；医生一面倾听病人诉说病情，一面对病人进行观察或体格检查；护士一边给病人注射，一边跟病人拉家常分散病人注意力等。注意分配的基本条件是熟练，只有熟练，才可能“一心二用”，才能提高工作效率。所以注意分配能力是可以通过训练提高的，对驾驶员、飞行员、乐队指挥、教师工作都是十分需要的。

(4) 注意的转移：指根据需要有目的地主动地把注意力从一个对象转移到另一个对象上，或由一种活动转移到另一种活动上去。如，正在配药的护士，见到需急救的病人，能马上投入到抢救病人的工作中。一般地说，注意转移的快慢和难易，取决于原来注意的稳定程度、引起注意转移的新事物的性质、主体的兴趣和神经活动的灵活性。

## 二、情绪和情感过程

### (一) 情绪和情感概述

人在认识世界和改造世界的实践活动中，不是无动于衷、冷漠无情的，而是表现出不同的态度：喜、怒、哀、乐、忧、愤、憎等，对这些态度的内心体验就是情绪 (emotion) 和情感 (affection)。

### (二) 情绪和情感的区分与联系

## 1. 情绪和情感的区别

(1) 从需要的角度看：情绪是与生理需要相联系的，如人们对食物、衣服、空气等的需要，所产生的是较低级的、简单的体验；而情感是与人的社会性需要相联系的，如友谊感、道德感、理智感等所引起的是较高级、复杂的体验。

(2) 从发生的角度看：情绪是人和动物都具备的，它带有本能的特点，发生时间早；而情感发生的较晚，是人类所特有的，是个体发展到一定阶段才产生的。新生儿只有哭、笑等情绪表现，而且多与食物、水、温暖、困倦等生理性需要相关联；情感是通过一定的社会实践才逐渐产生形成的，如友爱、归属感、自豪感、责任感、道德感等，多与交往、求知、人生追求等社会性需要相关联。

(3) 从反映的角度看：情绪带有情境性、激动性和暂时性的特点，往往随着情境的改变而改变；而情感则具有较大的稳定性、深刻性和持久性，是人对事物稳定态度的反映。

(4) 从外部表现看：情绪较为强烈，冲动性较大，具有明显的生理变化和外部表现，如狂喜、愤怒。而情感一般比较微弱，较少冲动，外部表现不明显，如荣誉感、责任感。

2. 情绪和情感的联系 情绪和情感虽有区别，但它们又属同一类心理过程，因而存在着密切的联系。一方面，情感依赖情绪，稳定的情感是在情绪的基础上形成的，同时又通过情绪反应得以表达，离开情绪的情感是不存在的；另一方面，情绪也依赖情感，情绪变化往往反映内在的情感，在情绪发生的过程中常常包含着情感。因此，情绪和情感是不可分割的。

### (三) 情绪和情感的种类

#### 1. 情绪分类 一般根据情绪的状态分类。

(1) 心境 (mood)：是一种微弱、平静、持久、渲染性的情绪状态，有时也称为心情。它构成了人的心理活动的背景，当一个人处于某种心境时，就像戴上了一副有色眼镜，心境愉快的时候，无论遇到什么事情都会感到愉快；心境苦闷的时候，无论遇到什么事情都会感到闷闷不乐。

(2) 激情 (intense emotion)：是一种强烈、短暂、爆发性的情绪状态，如暴怒时拍案、绝望时捶胸、狂喜时捧腹等都属于这种情绪体验。在激情状态下，主体往往伴随明显的生理和外部表情变化，如心跳加快、血压升高、呼吸急促、大发雷霆、暴跳如

雷等。

(3) 应激 (stress): 是在出乎意料的紧迫情况下引起的急速而高度紧张的情绪状态。如汶川地震、司机面对危险情境紧急刹车。在应激状态下, 整个机体的激活水平高涨, 人的肌张力、血压、内分泌、心率、呼吸系统发生明显的变化。身体各部分功能的改变, 使得个体发生不同的心理和行为变化。所以, 如果人长期处于应激状态会降低健康水平, 甚至导致某些疾病的产生。

2. 情感的种类 情感是情绪的高级形式, 为人类所独有。按其性质和内容不同, 基本分为 3 种。

(1) 道德感 (moral feeling): 是人们根据一定的道德标准, 评价自身或他人的思想、意图和言行时所产生的情感体验。

道德感对人的言行有巨大的推动、控制和调节作用, 是一种重要的自我监督力量。如, 学生认识到自己违反了校规, 往往感到羞愧、后悔; 看到别人见义勇为, 就会对他产生敬重感。

(2) 理智感 (rational feeling): 是人们对认识活动本身的情感体验。理智感是人们学习知识、认识事物、发现规律和探求真理所必须的, 不可或缺的动力源泉。

(3) 美感 (aesthetic feeling): 是根据一定的审美标准评价事物时所产生的情感体验。

由于美感是人们的主观情感体验, 所以面对同一事物能否产生美感就因人而异, 而且美感也会随时代、生活、价值观念、艺术观点的转变而相应地发生改变。

#### (四) 情绪的调节与控制

情绪调节 (emotion regulation) 是个体对自己和他人情绪的管理和改变的过程。一个有良好修养的人, 是能自觉而有效地调节和控制自己的情绪, 使之有利于身心健康, 这在临床上具有重要的意义。简单易行的方法有:

1. 意识调控 自身的意识水平可以调控人们的情绪发生与否及其强度。如, 人在愤怒即将爆发失去理智时, 告诫自己: 冲动是魔鬼, 则可以降低激情的强度, 使之趋于缓和。

2. 语言调控 俗话说: “良言一句三冬暖, 恶语伤人六月寒。”同一件事情, 以不同方式的语言表达, 可以引起或抑制情绪反应。所以护士在工作中, 应该提高语言表达能力, 做到表达恰当。



3. 释放调控 让有意见的人、受到不公正对待的人、遇到愤怒事物的人，坦率地把话说出来，或者面对沙包(偶人)猛击，以发泄或消除强烈的情绪反应。即提倡利己不损人的合理宣泄。

4. 转移调控 即把强烈的情绪反应转化为从事工作的动力。通过有意识的动作去抑制不良的情绪情感及其由此产生的神经内分泌反应。如在宿舍遇到某事想骂人时，可以暂时离开宿舍，找自己高兴的事做(逛街、打球、上图书馆等)，这样就避免了情绪的爆发。

5. 激励调控 即用自我激励的办法调控自己的情绪。人们的不良情绪产生时往往机体内部会积蓄很多能量，利用这些能量继续努力，就可以激励自己积极行动。人们常说：“失败是成功之母”、“化悲痛为力量”就是这个道理。

### 三、意志过程

#### (一) 意志的概念

意志(will)是指有意识地支配、调节行为，通过克服困难，以实现预定目的的心理过程。意志是人的主观能动性最突出的表现，也是人和动物本质区别的特点之一。

#### (二) 意志行动的基本特征

如果说感知觉是外部刺激向内部意识的转化，那么，意志过程就是内部意识向外部行为的转化。因为意志过程总是要伴随着行动，并指向外部的特定目标。我们把意志过程中所表现出来的行动称之为意志行动。

意志行动是人类所特有的，意志行动具有以下3个基本特征。

1. 具有明确的目的性 意志行动的目的性特征是人与动物的本质区别。能够自觉地确定目的是人行为的首要特征。动物只能本能地、无意识地、消极地适应环境，动物是没有意志的。

2. 以随意运动为基础 人的行动可以分为随意运动和不随意运动两种。不随意运动是指不受意志支配的、自发的运动，主要是指由自主神经支配的运动。随意运动是指受到意识调节和支配的、具有一定目的性或自主性的运动。

3. 与克服困难相联系 人的意志行动除了要有目的性和以随意运动为基础之外，还必须与克服困难相联系。意志是在人们克服困难和障碍的过程中表现出来的。

意志行动的这3个基本特征是相互联系的。明确的目的性是意志行动的前提，随意运动是意志行动的基础，克服困难是意志行动的核心。

### （三）意志行动的心理过程

意志是对行动的积极能动的调节过程，分为准备和执行两个阶段。

1. 准备阶段 它包括在思想上权衡行动的动机、确定行动的目标方向、选择行动的方法并规定未来意志行动的轨迹等。

2. 执行阶段 是意志行动的完成阶段，在这个阶段里，也是执行所采取决定的阶段。意志由内部意识向外部行动转换，人的主观目的转换为客观结果，观念的东西转换为实际的行动，实现对客观世界的改造过程。

### （四）意志的品质及其培养

#### 1. 意志的品质

（1）自觉性：是指人在行动中具有明确的目的性，能充分认识到行动的社会意义，并且可以使自己的行动始终服从于社会要求，直至达到目标的意志品质。

（2）果断性：是指善于明辨是非、抓住时机、迅速而合理地采取决定并实现决定的意志品质。

（3）坚韧性：是指对行动目的的坚持性，能在行动中保持充沛的精力和毅力，百折不挠地克服一切困难，实现预定目的的意志品质。

（4）自制性：是指在意志行动中能够自觉、灵活地控制自己的情绪，约束自己的动作和言语方面的意志品质。

2. 意志品质的培养 ①树立远大的理想和健康的人生观；②立足现实，从小事做起；③加强体育锻炼；④加强自身修养。

总之，坚强的意志不是天生的，而是后天培养起来的。从小做起、从小事做起，利用日常生活中各种事情磨炼、锻炼自己，日后才有可能成为意志品质坚强的人。

## 第三节 个性心理

个性，也称人格，中国人习惯称个性，它是一个十分复杂的心理现象。研究个性，对于加强自我修养，提高工作效率，搞好人际关系和身心保健，有很强的现实意义。

### 一、个性概述

#### （一）个性的概念

对个性的理解，心理学家所持观点各异，尚未形成公认的定义。我国目前多数心理学教材把个性定义为一个人的整体精神面貌，即在一定社会条件下形成的、具有一定倾向的、比较稳定的心理特征的总和。

个性的心理结构包括个性倾向性和个性心理特征以及自我意识。

个性倾向性 (personality inclination) 是指决定人对事物的态度和行为的动力系统, 它是个性中的动力结构, 主要包括需要、动机、兴趣、理想、信念、世界观等心理成分。它受先天因素的影响较少, 主要是在后天的社会化过程中形成的。

个性心理特征 (psychological characteristic of personality) 是指在人格结构中, 一个人身上经常、稳定地具有决定意义的成分, 包括能力、气质和性格。能力是个性的水平特征, 气质是个性的动力特征, 性格是个性心理特征中最核心的成分。个性心理特征形成相对较早, 在不同程度上受先天生理因素的影响, 构成个性结构中比较稳定的成分。

自我意识 (self-consciousness) 对人的个性发展具有重要的调节作用。它是个性结构中的调节系统, 对保证人格的完善和统一具有重要作用。

## (二) 个性的特征

1. 个别性与整体性 个性又称人格, 每个人的人格倾向性和人格心理特征是由各不相同的子人格构成, 各个不同的子人格对个体的发展有其不同的意义, 显示出个别性和独特性。

2. 独特性与共同性 个性的独特性是指人与人之间的心理和行为是各不相同的, 正如俗语所说的“人心不同, 各如其面”, 这是因为构成个性的各种因素在每个人身上的侧重点和组合方式是不同的。

3. 生物性与社会性 一个人的个性是在先天自然、遗传素质的基础上, 通过后天的学习、教育与环境的作用逐渐形成起来的。因此, 个性首先只有生物性, 但人的个性并不仅仅是单纯生物的产物, 在很大程度上受社会文化、教育内容和方式的影响, 个性又充满社会性。

4. 稳定性与可塑性 个性的稳定性是指个体的人格特征具有跨时间和空间的一致性。人在行为中暂时的偶然表现不能代表他的个性。尽管如此, 个性绝对不是一成不变的。随着社会现实、生活条件和教育条件的变化, 以及年龄的增长和主观的努力, 个性也可能发生某种程度的改变, 这就是个性的可塑性。当然, 个性的变化比较缓慢, 不可能立竿见影。由此可见, 个性既有相对的稳定性, 又有一定的可塑性。

## (三) 个性形成发展的影响因素

影响人格 (个性) 形成的因素是复杂的, 一般认为人格是在先天遗传与后天环境的

交互作用下逐渐形成的，其中后天生长环境及所受的教育起着更为重要的作用。

1. 生物遗传因素 遗传因素是个性形成和发展的物质基础和自然前提。但是，遗传因素对个性的作用程度随个性特征的不同而异。

2. 环境因素 环境是影响个性形成和发展的决定性因素。这里所说的环境是指社会环境，它包括家庭、学校和社会文化环境等。首先是家庭环境的影响，主要包括家庭经济条件、氛围、子女出生顺序、父母的教养方式和言行榜样所造成的影响。其中最主要的还是父母对子女的教育方式。另一个方面是学校的影响，人的一生有相当长的时间是在学校渡过的，而这段时期又是个性形成和发展的重要阶段。除了家庭和学校的影响之外，社会文化环境也是影响个性形成和发展的一个重要环境因素。在这方面，电视、电影和文艺读物的影响是十分明显的。

3. 实践活动 实践是制约个性形成和发展的一大要素。

4. 自我教育 环境因素以及一切外来的影响，都必须通过个体的自我调节才能起作用，一个人在个性的形成过程中，从环境中接受什么影响、希望成为什么样的人都具有一定的自主权，这取决于人们对自己进行什么样的自我教育。所以从某种意义上说，个性是靠自己塑造的。

## 二、个性倾向性

### (一) 需要

1. 需要的概念 需要（need）是对自身或外部生活条件的要求感到某种缺失，并力求获得满足的状态在人脑中的反映。需要是人所共有的心理现象，同人的活动紧密相连，其根本特征是它的内在动力性。

### 2. 需要的种类

(1) 按需要的起源分类：自然性需要：对呼吸、饮食、休息、性、排泄等的需要都是人的自然属性需要，它们是维持机体生存和延续种族所必需的。人的自然属性需要受着社会生活条件的制约。社会性需要：对交往、劳动、道德、威信、成就、爱、求知等的需要属于社会需要，它们是后天习得的，是人类所特有的，是人类在社会历史过程中产生的高级需要。

(2) 按需要对象的性质分类：物质需要：是人类生存的基础，以占有物质产品而获得满足。如对空气、阳光、水、物品、书籍等的需要。物质需要既包括生理需要，也包括社会需要。精神需要：是人类特有的需要，如交际、认识的需要，创造的需要，美

和道德的需要。精神需要的满足不能离开物质产品，所以，我们应物质文明和精神文明同时建设，不能忽视任一方面。正是为了满足日益增长的物质需要和精神需要，人们才自强不息，奋斗不止。

3. 需要层次学说 美国人本主义心理学家马斯洛（A. H. Maslow）认为，人的一切行为都是由需要引起，需要的满足是人类发展的一个最基本的原则。他把人的需要分 5 个层次（图 2-9）。

图 2-9	人类需要的层次
出处：蒋继国 护理心理学 第 34 页 图 4-1	

图 2-9 人类需要的层次

马斯洛的需要层次论也有一定的局限。首先他的理论虽然反映了一定的客观事实，但缺乏客观的测量指标。其次，他离开了社会历史条件，离开了社会制度和阶级地位抽象地谈人性和需要，这是脱离具体实际的。他把个人的自我实现作为最高需要，没有在最高层次中强调为实现人类理想、为劳苦大众利益的需要而努力，因而它是一种追求个人发展的需要自发论，这是不可取的。

## （二）动机

1. 动机的概念 动机（motive）是一种驱使人们进行满足需要或达到目标的行动的内部动力。它包含以下内容：①动机是一种内部刺激，是个人行为的直接原因；②动机为个人行为提出目标；③动机为个人行为提供力量以达到体内平衡；④动机使个人明确其行为的意义。

2. 动机的功能 动机是在需要的基础上产生的，对人的行为活动具有如下功能。

（1）始动功能：动机功能激发一个人产生某种行为，对行为起着始动作用。例如，一个青年想要掌握汽车的驾驶技术，他就会在这个动机驱动下报考驾校、考取驾照。

（2）指向功能：动机不仅能激发行为，而且能使行为具有稳定和完整的内容，使人趋向一定的志向。动机是引导行为的指示器，使个体行为具有明显的选择性。例如，一个学生确立了为从事未来的实践活动的学习动机，其头脑中所具有的这种表象可以使之力求注意他所学的东西，为完成他所确立的志向而不懈努力。

（3）激励功能：动机功能使个体的行为维持一定的时间，对行为起着继动作用。当活动指向于个体所追求的目标时，相应的动机便获得强化，这种活动就会持续下去；相反，当活动背离个体所追求的目标时，就会降低活动的积极性或使活动完全停止下来。

需要强调的是，将活动的结果与个体原定的目标进行对照，是实现动机的激励功能的重要条件。

由于动机具有这些功能，而且它直接影响活动的效果，因此，研究和分析一个人的活动动机的性质和作用就显得非常重要。

3. 动机的种类 动机对于活动有不同方面的作用和影响，由此可对动机进行不同的分类。

(1) 根据动机的性质分类：生理性动机：起源于人的生理需要，具有先天性，它是以人的本能需要为基础的。例如，饥饿、干渴、睡眠等动机。人的生理性动机也受社会生活条件的制约。社会性动机：又称心理性动机，或习得性动机。它起源于社会性需要，如，交往动机、学习动机、成就动机等。社会性动机具有持久性的特征，是后天习得的。

(2) 根据动机的产生的原因分类：内在动机：是由活动本身产生的快乐和满足所引起。它不需要外在条件的参与。内在动机的强度大，时间持续长。外在动机：是由活动外部因素引起。持续时间短，往往带有一定的强制性。对人的意义来说，两种动机缺一不可，必须结合起来才能对个人行为产生更大的推动作用。

(3) 根据动机在活动中所起的作用不同分类：主导动机：是指在活动中所起作用较为强烈、稳定、处于支配地位的动机。主导动机通常对活动具有决定作用。辅助动机：是指在活动中所起作用较弱、不稳定、处于辅助性地位的动机。辅助动机起到加强主导动机，坚持主导动机所指引的方向的作用。主导动机与辅助动机的关系是相对的，在某些情况下可以相互转换。

4. 动机冲突 动机冲突 (motive conflict) 是泛指具有相互对立的事件、动机、行为、目的等情境或过程。常见的动机冲突类型有如下几种。

(1) 双趋冲突：两个对象同时对个体产生吸引力，产生同样强度的动机，而个体只能选择其中一个而放弃另一个时所引起的动机冲突。如“鱼和熊掌不可得兼”就是一种双趋冲突。

(2) 双避冲突：两个对象同时对个体产生威胁，引起同样强度的逃避动机，但个体又必须选择其一才能避免其二所造成的动机冲突。如处于“前有埋伏，后有追兵”境遇时的心理冲突。

(3) 趋避冲突：同一对象使个体产生既想接近，又想回避两种动机，个体必须对

此作出抉择时形成的心理动机冲突，即“想吃鱼又怕腥”。如根治手术可延长生命，但又可能造成残疾，病人对是否接受手术治疗而作出抉择就是这种动机冲突。

(4) 多重趋避冲突：是指同时有两个或两个以上目标，存在两种或多种选择，但每种选择既可能有吸引力，又会带来不利，使人左顾右盼，难以抉择。如某毕业生同时有两个医院录用他，一个离家远工资高，一个离家近工资低，各有利弊，他必须抉择。

### (三) 兴趣

1. 兴趣的概念 兴趣 (interest) 是指个体积极探究某种事物或从事某项活动的心理倾向。表现为个体对客观事物的选择性态度。

2. 兴趣的种类 一般根据兴趣的来源和倾向性分类。

(1) 直接兴趣：人们对事物或活动过程本身的兴趣称为直接兴趣。如对艺术家的创作过程感兴趣。

(2) 间接兴趣：对活动目的或结果的兴趣称为间接兴趣。例如，奥运会期间，有人不关注比赛过程，只关注某一比赛项目的金牌得主，这是间接兴趣。活动中，人的直接兴趣和间接兴趣是可以相互转换的。

3. 兴趣的品质

(1) 兴趣的倾向性：是指个人对什么事物感兴趣。兴趣有高雅、低俗之分，人与人之间在兴趣的倾向性方面差异很大。如有的人对文学感兴趣，有的人对数学感兴趣，有的人对音乐感兴趣等。

(2) 兴趣的广阔性：是指个体兴趣范围的大小程度，也称作兴趣的广度。兴趣的广度也具有明显的个体差异。有的人兴趣十分狭窄，对什么都没热情，也不感兴趣；而有的人兴趣十分广泛，多才多艺、才华横溢。

(3) 兴趣的稳定性：又称为兴趣的持久性，是指兴趣持续的时间或稳定的程度。有的人兴趣是持久而稳定的，这种人一旦对某种事物或活动产生兴趣，就始终保持不变，还会一步一步地深入下去，达到很好的效果；而有的人兴趣极不稳定，经常会对某种事物产生兴趣，但又不能持久，所谓“朝秦暮楚”，这种暂时的兴趣纵使很强烈，但对实践活动的推动作用不大。

(4) 兴趣的效能性：是指个体兴趣推动活动的力量。兴趣对人的行动动力作用有积极和消极两种。凡是对社会的进步和个人身心发展起推动作用的兴趣，就是具有积极效能的兴趣；反之，对社会的进步和个人身心发展起阻碍作用的兴趣，就是具有消极效能的兴趣。

能的兴趣。

### 三、个性心理特征

#### (一) 能力

1. 能力的概念 能力(ability)是指直接影响人的活动效率并使活动得以成功地完成必备的心理特征。

能力与知识、技能不同。能力是人的一种个性心理特征,知识则是人类社会历史经验的总结和概括,技能是通过练习而获得和巩固下来的完成活动的动作方式和动作系统。能力是掌握知识技能的前提,没有某种能力就难以掌握相关的知识和技能;能力决定着掌握知识、技能的方向、速度、程度和达到的水平。如没有色彩辨识力,就不能顺利掌握绘画的知识和技巧,绘画能力比较低,想在美术上取得成就比较困难。

能力与才能、天才也不尽相同。要顺利完成某种活动,单凭一种能力是不够的,必须靠多种能力的结合。我们把多种能力的有机结合称为才能。才能常以活动的名称来命名,如音乐才能、管理才能、教学才能等。

如果完成各种活动所必备的各种能力得到最充分的发展和最完美的结合,并能创造性地、杰出地完成相应的活动,就表明这个人具有从事这种活动的天才。天才就是高度发展的能力之最完美的结合。如数学天才就是由对数学材料的高度概括,把运算过程迅速“简化”,由正运算灵活过渡到逆运算等几种高度发展的能力完美结合而成的。

#### 2. 能力的分类

(1) 根据能力所表现的活动领域分类: ①一般能力: 是指在进行各种活动必须具备的基本能力, 又称普通能力。它能保证人们有效地认识世界, 也称认知力或智力。智力包括个体在认识活动中所必须具备的各种能力, 如, 感知能力(观察力)、记忆力、想象力、思维能力、注意力等, 其中抽象思维能力是智力的核心。②特殊能力: 又称专门能力(专长)或特长, 是指在某种专门活动中所表现出来的能力。它只在特殊活动领域内发生作用, 是完成特殊活动必不可少的条件, 如, 画家的色彩鉴别力、音乐家的音乐表达力等。

一般能力和特殊能力密切相连。一般能力是特殊能力形成和发展的重要组成部分, 为特殊能力的发展创造有利的条件; 特殊能力的发展又有助于一般能力的发展。一般能力和特殊能力在活动中共同起作用。

(2) 根据能力所涉及的领域分类: ①认知能力: 是指接收、加工、储存和应用信



息的能力，即获取知识的能力，也是智力。如知觉、记忆、注意、思维和想象能力等。是人们成功地完成活动最重要的条件。②操作能力：是指支配肢体完成某种活动的的能力。如劳动能力、艺术表现能力、实验操作能力、身体协调能力等。操作能力是在操作技能的基础上发展起来的，成为顺利掌握操作技能的重要条件。③社交能力：是指人们在社会交往活动中所表现出来的能力。如组织能力、管理能力、言语感染能力、亲和力等。在社交能力中包含着认知能力和操作能力。

### 3. 能力发展的一般趋势和个别差异

(1) 能力发展的一般趋势：在人的一生中，能力发展的趋势大致如下：在 12 岁以前智力呈直线发展，即智力发展与年龄增长几乎是同步的；此后，随着年龄的增长，智力发展趋于缓慢，在 20 岁左右人的智力发展达到顶峰，以后保持水平状态直到 35~40 岁；40 岁以后智力开始缓慢下降；到 60 岁以后迅速衰退。

(2) 能力发展的个别差异：①能力类型的差异：能力的不同成分按不同方式组合起来，由此产生结构上的差异，主要表现在知觉、记忆、想象、思维、言语的类型和品质方面。如，有的人擅长音乐，有的人擅长绘画。②能力发展水平的差异：人与人之间在能力发展水平上存在着明显的差异。能力发展水平的差异主要是指智力上的差异，它表明人的能力发展有高有低。研究发现，就一般能力来看，在全世界人口中，能力基本呈常态分布，也就是两头大，中间小。即智力极低或智力极高的人很少，绝大多数的人属于中等智力（表 2-2）。智力水平的高低并不是一个人成就大小的唯一决定因素，它只是一个人创造成就的基本条件，机遇和一个人的人格品质也是极为重要的条件。③能力表现早晚的差异：各种能力不仅在质或量的方面表现出明显的差异，而且能力表现的早晚也存在着明显的差异。有的人少年早慧，有的人中年成才，还有些人大器晚成。

表 2-2 智商在人口中分布的百分比

智商(IQ)	等别	百分比(%)
140 以上	非常优异(very superior)	1.33
120~139	优异(superior)	11.30
110~119	中上(high average)	18.10
90~109	中等(average)	46.50
80~89	中下(low average)	14.50
70~79	临界(border line)	5.60
70 以下	智力迟钝(mentally retarded)	2.90

## (二) 气质

1. 气质的概念 气质 (temperament) 即是人们常说的脾气、禀性、天性、本性，是一个人心理活动的动力特征，它表现在心理活动强度、速度、稳定性和灵活性上。

对此定义的理解应注意以下 4 点：①气质是个体心理活动和行为的外部动力特征，这种动力特征主要是指心理活动的强度、速度、稳定性、指向性方面的特征；②气质作为人的心理活动的动力特征，与人的心理活动的内容、动机无关；③气质受先天生物学因素影响较大，即先天因素占主要地位；④气质具有一定的可塑性。气质虽然具有先天性和稳定性，但并不意味着一成不变，在生活环境和教育条件的影响下，在性格的修饰下，气质可以得到相当程度的改造。

2. 气质类型学说 气质有很多特征，按这些特征的不同组合，不同的学者见解不同，因而形成不同的气质理论。比较有代表性的有以下两种。

(1) 希波克拉底的体液说：希波克拉底是古希腊著名的医生，他最早提出气质的概念。他认为气质的不同是由于人体内不同的体液决定的，提出人体内有血液、黏液、黄胆汁、黑胆汁 4 种体液，根据每种体液在人体中所占的优势比例把人的气质分为多血质、胆汁质、黏液质、抑郁质 4 种类型 (表 2-3)。

表 2-3 气质类型、高级神经活动类型及行为表现特征

类 型	高级神经活动类型	行 为 特 征
多血质	活泼型	活泼易感好动，敏捷而不持久，适应性强，注意易转移，兴趣易变换，情绪体验不深刻且外露
粘液质	安静型	安静沉着，注意稳定，善于忍耐，情绪反应慢且持久而不外露，容易冷淡、颓废
胆汁质	兴奋型	精力充沛，动作有力，性情急躁，情绪易爆发，体验强烈且外露，不易自制，易冲动
抑郁质	抑郁型	反应迟缓，敏感怯懦，情绪体验深刻、持久且不易外露，动作缓慢，易伤感，孤僻，善观察小事细节

希波克拉底还认为，每种体液都是由冷、热、湿、干 4 种性质相匹配产生的。血液由热和湿配合，所以多血质的人热情、湿润，好似春天；黏液质是冷和湿的配合，因此黏液质的人冷漠、无情，好似冬天；黄胆汁是热和干的配合，因此胆汁质的人热而躁，好似夏天；黑胆汁是冷和干的配合，所以抑郁质的人冷而躁，好似秋天。

(2) 巴甫洛夫高级神经活动类型说：高级神经活动类型学说是俄国生理学家巴甫洛夫创立的。他认为，高级神经活动有两个基本过程：兴奋过程和抑制过程。这两个神经过程有 3 个基本特性，即神经过程的强度、神经过程的平衡性、神经过程的灵活性。

神经过程的强度是指神经细胞兴奋抑制的工作能力和耐力，也就是受强烈刺激和持久工作的能力。兴奋过程的强度表现在忍受强烈刺激的能力上；抑制过程的强度表现在忍受持续抑制状态的能力上。它被认为是神经类型最重要的标志，具有重大意义。

神经过程的平衡性是指兴奋和抑制两种神经过程的相对力量。两者力量大体相当，是平衡；否则，就是不平衡。

神经过程的灵活性是指个体对刺激的反应速度以及兴奋过程与抑制过程的相互转换的速度。如果两种过程转换得迅速，表明神经过程灵活；反之则表明灵活性低。

根据神经过程这些特性的独特组合，巴甫洛夫确定出 4 种高级神经活动类型，并且与希波克拉底的气质类型具有一定的对应关系(表 2-4)。

表 2-4 气质类型、特性与高级神经活动类型的关系

气质类型	高级神经活动类型	神经过程的特性			气质特性					
		强度	均衡性	灵活性	感受性	耐受性	敏捷性	可塑性	兴奋性	倾向性
胆汁质	兴奋型	强	不均衡	灵活	低	高	快	不稳定	高而强烈	外倾明显
多血质	活泼型	强	均衡	灵活	低	高	快	可塑	高而不强	外倾
黏液质	安静型	强	均衡	不灵活	低	高	迟缓	稳定	低而强烈	内倾
抑郁质	抑制型	弱	不均衡	不灵活	高	低	慢	刻板	高而体验深	严重内倾

另外，还有体型说、血液说、激素说，在此不一一介绍了。

3. 气质对人的生活实践的意义 气质贯穿在心理活动和行为方式中，对人的各种实践活动都有一定的影响。

(1) 气质本身没有好坏之分，不决定人的成就大小和社会价值高低：每种气质都有积极的和消极的方面。正因如此，个体在任何一种气质的基础上，都可以发展良好的性格特征和优异的才能，也可能发展不良的性格特征并限制才能的发展。例如，俄国的四大文豪就是四种气质类型的典型代表：赫尔岑是多血质，克雷洛夫是黏液质，普希金具有明显的胆汁质特征，而果戈理则是抑郁质。

(2) 气质影响人的活动方式与效率：在各种实践领域中，气质虽不起决定作用，但它对人的工作方式有影响，并在一定程度上影响人的工作效率。因此在职业的选择上，考虑气质因素是十分必要的。

(3) 气质影响人的健康：一些研究表明，不同气质类型对人的身心健康具有不同影响。情绪不稳定、易伤感，或者过分性急、冲动等消极特征不利于心理健康，有些可能成为身心疾病的易感因素。

(4) 气质影响性格特征形成的难易和对环境的适应：不同气质类型的人在形成性格特征时有些比较容易，有些比较难。如，胆汁质的人容易形成勇敢、果断、坚毅的性格特征，但很难形成善于克制自己情绪的性格特征。环境是在不断变化，当遇到变化时，怎样应对、能否自如、不同气质的人表现不一。因此，不同气质的人适应环境的能力也不同。

### (三) 性格

1. 性格的概念 性格(character)是一个人在对客观现实的稳定态度以及习惯化了的行为方式中所表现出来的人格特征。人的性格是在实践活动中、在人与环境的相互作用中逐渐形成和发展起来，但一经形成就比较稳定，并且贯穿在全部行动中。性格在人格心理特征中具有核心意义，它最能反映人的本质属性。

性格和气质是两个较易混淆的概念，它们既相互区别又相互联系、相互渗透。

#### 2. 性格的特征

(1) 性格的态度特征：主要是在处理社会关系各方面的性格特征，它对于人的一生是最重要的。比如，对社会、对他人的态度特征(如善于交往或性情孤僻、礼貌或粗暴、正直或虚伪等)，对学习和工作态度的特征(如认真或马虎、勤奋或懒惰等)，对自己态度的特征(如自信或自卑、谦虚或骄傲等)。

(2) 性格的意志特征：主要是指人在对自己行为自觉地进行调节的特征。良好的意志特征是理想远大、行动有计划、独立自主、果敢坚毅、自制力强。不良的意志特征时鼠目寸光、盲目随大流、易受暗示、优柔寡断、任性固执等。

(3) 性格的情绪特征：是指人的情绪对他参与活动的影响，以及他对自己情绪的控制力。如，情绪稳定、积极乐观、这是良好的情绪特征；情绪易波动，心境又容易消极悲观，这是不良的情绪特征。

(4) 性格的理智特征：是指人在认知过程中的性格特征，即认知活动的特点和风格。

主要包括感知过程、记忆过程、想象活动、思维过程方面的性格特征。如，感知觉方面的快速型和精细型，记忆方面的形象记忆型和逻辑记忆型，想象过程中的独创型和依赖型，思维过程中的分析和综合型等。

性格的4个方面的特征并非孤立存在着，这些特征相互联系，构成了一个独特的规律，从而形成一个人不同于其他人的独有的心理特征。

3. 性格的类型 性格有代表性的分类有以下几种。

(1) 根据理智、情绪、意志3种心理活动在性格结构中所占比重不同分类：①理智型：即以理智看待一切事物，从而理智地支配和调节自己的行为；②情绪型：即言行举止主要受情绪支配和控制，不善于冷静思考，情绪体验深刻；③意志型：行动的目的非常明确，行为自制，坚定持久。

(2) 根据心理活动倾向性分类：①外倾型：心理活动倾向于外部，又称外向。一般倾向于活跃、开朗、善交际，但也有轻率的一面。②内倾型：心理活动倾向于内部，又称内向。一般表现为谨慎、孤僻、沉稳、反应慢、交际面窄等。

(3) 根据个体独立性程度分类：①独立型：善于独立思考，不易受外来因素的干扰，具有坚定的信念，能独立地发现问题和解决问题，但也易于把自己的意志强加于人。②顺从型：易受外来因素的干扰，缺乏主见，常常不加分析、批判、接受他人的意见，依赖性强，易与人相处。

(4) 根据心理特征对心身疾病的易罹患性分类：这是美国心脏病学家弗里德曼(Friedman)、和罗森曼(Rosenman)等研究心脏病时划分的性格类型。

A型行为类型(type A behavior pattern, TABP)：其特征是时间感强，说话、走路、办事快速，脾气暴躁、容易激动；抱负高、争强好胜、不甘示弱；竞争意识强、对人怀有敌意等。具有A型行为的人，容易患高血压、冠心病、高血脂、动脉硬化等疾病。

B型行为类型(type B behavior pattern, TBBP)：其特征是悠然自得、顺从安宁、行为迟缓、说话声低音小；无时间紧迫感、抱负较少、有耐心、能容忍，对受到的阻碍反应平静、少有敌意；喜欢娱乐和不紧张的工作，爱过松散的生活。是一类知足常乐、悠然豁达的人(不易患上述A型的心身疾病)。

C型行为类型(type C behavior pattern, TCBP)：是压抑出来的“好性格”。其特征是童年遭受挫折，成长中经历坎坷；克制、忍耐、顺从、压抑各种情绪(特别是愤怒)；焦虑、抑郁、过度谦虚和谨慎等。具有C型行为的人，机体免疫力低下，容易患各种恶

性肿瘤。

## 四、自我意识

### （一）自我意识的概念

意识是反映现实的最高形式，自我意识是指个体对自己的认识和评价。自我意识是个性结构中的协调控制系统，其作用是对个性结构中的各种成分进行调控，从而保证个性的完整、统一与和谐。

### （二）自我意识系统

自我意识又是一个复杂的认识过程，它既依赖于感知觉、记忆和注意、语言和思维的发展，同时还常常伴随着个体情感和意志活动的参与。所以，它是一个具有三维结构的心理系统，包括自我认知、自我体验和自我调控。

1. 自我认知 是指个体对自己的洞察和理解，包括自我观察和自我评价，是自我意识在认识上的表现形式。自我观察是指对自己的感知、思想和意向等方面的觉察；自我评价是指对自己的期望、想法、人格特征及行为的判断与评估。一个人如果不能正确地认识自我，过高地估计自己，就会自命不凡、目空一切，从而导致失误。

2. 自我体验 是指个体伴随自我认识而产生的内心体验，是自我意识在情感上的表现形式。例如，一个人对自己作出积极评价时，就会产生自尊、自信；而作出消极评价时，就会产生自卑、内疚。自我体验一方面可以使自我认识转换为信念，进而指导一个人的言行；另一方面还可伴随自我评价，激励适当的行为，抑制不适当的行为。

3. 自我调控 是指个体对自己行为的调节和控制，是自我意识在意志行为上的表现形式。如，一个学生若能意识到网瘾有害健康、荒废学业，他就会远离电脑，将时间投入到学习和体育锻炼中，使自己成为一个健康的人。

当然，自我意识是个体在后天日常生活学习中，通过与外界环境的相互作用逐渐形成和发展起来的。自我意识发展的水平如何，直接反映出个性(人格)形成和发展的水平。

（黄秋莲）

## 第三章 心理应激和心身疾病

在当今社会，人们的生活节奏不断加快，竞争日益激烈，各种应急事件增多，心理应激（psychological stress）对人们心身健康的影响已经成为当代医学研究的重要课题。适度的心理应激对个体的成长、发展和功能活动都有积极的促进作用，但心理应激超过个体的承受能力，则可导致机体抗病能力下降、已有的疾病加速或复发，甚至罹患心身

疾病 (psychosomatic diseases)。

## 第一节 心理应激

### 一、心理应激的概念

应激 (stress) 一词的原意是指一个系统在外力作用下，竭尽全力对抗时的超负荷过程。1936 年加拿大著名的生理学家塞里 (H.Selye) 将这个词引入到生物学和医学领域。并根据对其本质认识的发展而不断对它进行修正、补充和扩大。当前，在医学心理学领域中，应激的含义可概括为：

#### (一) 应激是一种刺激物

把应激看作是一种来源十分广泛的刺激物，这些刺激物构成心理应激源。

#### (二) 应激是一种反应

应激是对不良刺激或应激情境的反应。这是由 Selye (1956) 的定义发展而来。他认为应激是一种机体对环境需求的反应，是机体固有的，具有保护性和适应性功能的防卫反应，这一系列反应称为“一般适应综合征”，由三个连续的生理阶段组成。

1. 警觉阶段 当机体受到伤害性刺激后，会产生一系列生理、生化的变化，以唤起体内的整体防御能力，故亦称为动员阶段。主要表现为肾上腺素分泌增加、心率和呼吸加快、血压增高、出汗、手足发凉等。此时，全身血液优先供应到心、脑、肺和骨骼肌系统，以确保机体处于“战”或“逃”的准备阶段。

2. 阻抗阶段 生理和生化改变继续存在，合成代谢增强，如垂体促肾上腺皮质激素和肾上腺皮质激素分泌增加，以增强对应激源的抵抗程度。在大多数情况下，应激只引起这两个阶段的变化，即可达到适应，机体功能恢复正常。

3. 衰竭阶段 如果应激源持续存在，阻抗阶段延长，机体会丧失所获得的抵抗能力，最终进入衰竭阶段，表现为淋巴组织、脾、肌肉和其他器官发生变化，导致躯体的损伤而产生所谓的“适应性疾病”，甚至死亡。

#### (三) 应激是一种察觉到的威胁

认为应激发生于个体处在无法应对或调节的需求之时。它的发生并不伴随于特定的刺激或特定的反应，而发生于个体察觉或估价一种有威胁的情境之时。这种估价来自对环境需求的情境以及个体处理这些需求的能力（或应付机制，coping mechanism）的评价。这种说法，可以解释对应激性刺激（应激源）作出反应的个体差异，该理论认为，个体对情境的察觉和估价是关键因素。

综上所述，心理应激指个体察觉到内、外刺激经过认知评价后引起的心理和生理反应性适应或不适应的过程。心理应激有时也称为心理-社会应激、紧张状态、心理压力或简称应激。

## 二、心理应激的过程

心理应激过程比较复杂，它受许多因素的影响和作用，应激过程可分为输入、中介机制、反应和结果 4 个阶段。应激过程的模式如图 3-1。

图 3-1 心理应激过程模式
出处：马存根 医学心理学 第 59 页 图 4-1

图 3-1 心理应激过程模式

### （一）输入阶段

个体生存环境里的多种应激源直接或间接刺激或作用于躯体。

心理应激源是指那些引起机体稳态失调，并唤起适应反应的环境事件与情境。可分为五类。

1. 躯体性应激源 直接作用于人的躯体，产生刺激的应激源，包括各种理化刺激物、生物刺激物和疾病等因素。例如，高温或低温、辐射、电击、振动、噪声、外伤、感染、毒物或病原微生物侵袭和各种疾病等。

2. 心理性应激源 人体在生活中遇到的各种冲突、工作压力、人际矛盾等，不切实际的凶事预感引起的心理障碍，在满足基本需要和愿望过程中遭受的挫折等。例如，日常生活中遇到的失恋、离婚、丧偶、亲人亡故、伤病、子女升学、失窃、遭抢劫、负债、意外事故的打击等；工作中所遇的各种麻烦，对工作性质的不满，面对超出本人实际能力限度的工作困惑、工作调动、下岗或失业等；人际关系所遇到的个体与领导、同事、邻居、朋友、家人之间的矛盾冲突和意见分歧等。

3. 社会性应激源 由客观的社会学指标差异与变化、社会地位的变化及社会的变动性对个体产生的刺激。可以概括为 3 大类：①客观的社会学指标包括经济、职业、婚姻、年龄、受教育水平等差异；②社会地位的变化指个体的生活、工作、社会交往等在层次水平方面的变化；③社会的变动性指重大的社会、政治、经济的变革对个体产生的作用和影响。

4. 文化性应激源 指因语言、习俗、生活方式、宗教信仰等变化对个体所产生的刺激。如迁居异国他乡、语言环境改变等“文化性迁移”。



5. 自然或社会灾变性应激源 指各种自然灾害或人为因素，或社会因素造成的灾难事件对个体的刺激。例如，地震、火灾、洪水泛滥、车祸、空难、海难、社会动乱、战争等。

## （二）心理应激中介机制

当个体受到应激源刺激将要发生应激反应之前，由中介机制在应激源及其反应之间起调节作用。中介机制包括察觉、认知评价。

1. 察觉 即个体对环境刺激或预感到刺激的感受或体验。察觉是决定个体对上述刺激是否作出防御反应的关键。应激反应的发生并不都是由于特定的刺激造成的，还与个体对未来事件的预测有关，当个体预感到威胁的存在或潜在的危机将要来临之时，也会发生防御性应激反应。所有人都以各自不同的方式察觉环境刺激或预测将要到来的刺激，但人们对同一应激源的反应有所不同，甚至应激源的刺激也不都能引起相应的应激反应发生，这与人们认知评价水平的差异有关。

2. 认知评价 即个体从自身的角度对遇到的应激源或预感到的应激源的性质、程度和可能的危害情况作出估计和判断。认知评价也是决定个体对环境刺激或预感到的威胁是否产生防御性反应的关键。人生会遇到无数的应激事件，只有与人发生利害关系的刺激物，或者虽然与人没有直接利害关系但能引起人的兴趣或人感兴趣并给予关注的事件的发生，才能引起心理应激反应。而有些事物对于人而言属于中性或无关紧要的，之所以能引起某些人的心理应激反应，是由于人对其作出错误的认知评价和不准确的判断缘故。此外，人对应激源的态度直接影响到认知评价的结果。例如，对待消极的生活事件，若采取积极主动的态度去认知评价，可能会避免心理应激反应的发生。Selye 将个体对应激的认知评价分为两种：一种是积极的应激，它可以增强个体的自信心，提高个体的防御能力；另一种是消极的应激，它可以减弱个体的应对能力，降低躯体功能系统的反应能力，耗费机体的能量储备。

## （三）心理应激反应

当个体觉察到应激源威胁后，就会引起生理与心理、行为的变化，这种变化称为应激反应。应激反应包括个体心理和生理方面的反应变化。

1. 应激的心理反应 个体对应激的心理反应存在积极和消极的两个方面。积极的心理反应即大脑皮质觉醒水平提高，情绪紧张而亢奋、意识清醒、注意力集中、思维清晰、反应敏捷、行动果断，能够准确地评定应激源的性质，作出符合理智的判断和决定；

消极的心理反应表现为过度焦虑、紧张、意识不清醒、认识水平降低、情绪波动比较大、思维混乱，在一定程度上失去了判断和决策能力。心理反应过程中与人们的心身健康密切联系的主要是认知、情绪和行为方面的反应和变化。

(1) 认知反应：常见的认知性应激反应表现为：意识障碍，如意识朦胧；注意力受损，表现为注意力集中困难、注意范围狭窄等；记忆、思维、想象力减退等。认知能力下降是因应激下唤醒水平超过了最适水平，另外，情绪性应激反应如焦虑、抑郁等，也会影响注意、记忆、思维等认知过程。

人在应激下认知活动会发生很多改变，如视野狭窄，思维偏激，容易“钻牛角尖”，“灾难化”反应等。“灾难化”是一种常见的认知性应激反应，主要表现为过度强调负性事件的潜在后果。比如有考试焦虑的学生在考试时常会这么觉得，别人都比自己复习的好，自己要落后了，考试不及格对不起父母亲人，学业不好影响升学和就业等等，就是强调负性事件的潜在后果。某些认知反应也可以是心理防御机制的一部分，如否认、投射等等，有某些重大应激后则可出现选择性遗忘。类似感知、思维、注意、记忆（或遗忘）等出现问题说的就是认知的改变。

(2) 情绪反应：心理应激状态下的情绪反应主要有焦虑、恐惧、愤怒和抑郁 4 种表现形式。

焦虑：是个体预感危险来临或事物的不良后果时的紧张、担忧、急躁和不安的情绪状态。适度的焦虑可以提高人的警觉水平，促使人们采取行动，适当提高人们对环境的适应和应对能力。而过度焦虑则干扰人的正常思维和行动，不利于排解心理压力。

恐惧：是一种企图摆脱已经明确的、特定危险的、会受到伤害或威胁生命的逃避情绪。

愤怒：由于个体在追求目标时受到阻碍或自尊心受到伤害时所表现的情绪激动、脾气暴躁，甚至采取过激行为发泄不满的状态。

抑郁：消极低沉、悲观、失望、厌世、孤独无助的情绪状态。

(3) 行为反应：心理应激状态下的行为反应主要表现在以下几个方面。

回避与逃避：回避是指事先知道应激源将会出现，立即采取行动，避免与应激源的接触；逃避是指已经接触应激源后，采取行动远离应激源。两种方式都是为了避免发生强烈的应激反应所造成的心理和身体的伤害。

敌对与攻击：敌对指个体表现出来的不友好、憎恨、怒目而视等情绪；攻击指个体

的行为举止对他人构成威胁和侵犯。例如，嘲笑、辱骂别人、动手打人、毁损财物等。攻击对象可以是人或物，可以针对别人，也可以针对自己。一般说来，对引起愤怒的应激源发泄的称为直接攻击，而由于种种原因不能对直接的应激源发泄的，则把攻击矛头转向易于宣泄的人或物，称为转向攻击。例如，有人在家受了妻子的气，则动手打孩子或者摔家具等；青少年受了体罚或粗暴对待，常把怒气发泄到学校弱小学生身上等。转向攻击的另一种方式是攻击自己，即自我惩罚，表现为自伤、自损、严重时可导致自杀行为。

**退化和依赖：**退化指无法承受挫折和应激反应带来的压力和冲击所表现的与自己年龄不相称的幼稚行为，以获得别人的同情和支持。例如，女人受了委屈，像孩子们的哭泣，找父母诉说。依赖包括对人的依赖和对物的依赖。对人的依赖指需要别人的照顾和帮助完成一些本因自己能够完成的活动。例如，当个体丧失亲人时，受到严重的打击，基本生活难以自理，需要朋友、同事的安慰、照顾和帮助。对物的依赖，主要指借烟、酒、药物度日，麻痹自己，暂时摆脱烦恼和困境。

**无助和自我放弃：**无助指面对应激情境无法控制的局面，个体表现出的无能为力、听天由命、被动挨打的行动状态；自我放弃指面对应激，个体多次努力应对，人在无法奏效的情况下表现出不再力争的行为状态。有自我放弃行为的个体在态度上表现为冷漠，对应激情境熟视无睹、漠不关心。在表现形式上为转移注意力，从事一些能够寄托自己情感和精神方面的活动，以逃避现实。

**过激行为和受暗示性：**过激行为指个体对应激源过于敏感，反应强烈、情绪极度亢奋、行为举止夸张；受暗示性指个体在应激过程中盲目相信别人，言行举止容易受他人的指使或操纵。

2. 应激的生理反应 应激的生理反应过程是通过神经系统、内分泌系统和免疫系统相互间联系和调节作用实现的。调节过程从以下三方面进行。

(1) 交感神经-肾上腺髓质系统调节：当机体遭遇特殊紧急情况(如严重脱水、失血、暴冷、暴热以及缺氧、窒息等)或应激状态时，交感神经系统兴奋性提高，反应灵敏；血液重新分配，内脏血管收缩、肌肉血液增多，心率加快，心输出量增加；肝糖原及脂肪分解，使血糖升高，游离脂肪酸增加，为机体适应和应对紧急情况或应激反应提供充足的能量。如果应激反应过于强烈或持续时间太长，可造成副交感神经活动相对增强或紊乱，使得心率变慢，心输出量减少，血压下降，血糖降低，引起眩晕或休克。

(2) 下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质系统调节：腺垂体和肾上腺皮质都属于人体重要的内分泌腺。当应激源作用于人体感官时，引起神经冲动，通过脑干的感觉通路传递到下丘脑，引起促肾上腺皮质激素释放因子（CRF）分泌，CRF通过垂体门脉系统再作用于腺垂体，促使腺垂体合成分泌促肾上腺皮质激素（ACTH），ACTH再刺激肾上腺皮质激素的合成与释放，引起一系列的生理反应。在应激状态下，ACTH和糖皮质激素分泌的量增加，以增强机体对有害刺激的耐受力。糖皮质激素能提高机体很多组织对神经和内分泌调节因素的反应能力。糖皮质激素有抗炎、抗过敏、抗休克和抗毒素等作用。

在应激状态下，分解代谢类激素如，肾上腺皮质激素、肾上腺髓质、生长激素和甲状腺素分泌量增加，而合成代谢类激素如，胰岛素、睾丸素等分泌量减少。恢复正常状态时，上述激素分泌的变化正好相反。

(3) 神经、内分泌、免疫系统的相互调节作用：神经系统、内分泌系统和免疫系统之间存在着密切联系，一方面神经系统直接支配胸腺、淋巴结、骨髓、脾等免疫器官，通过5-羟色胺等递质作用于免疫细胞上的受体；另一方面，促肾上腺皮质激素等也可通过与淋巴细胞表面的受体结合发挥调节作用。通过人们的研究发现，温和而短暂的应激反应不影响或略增强免疫功能，而强烈持久的应激过程影响下丘脑的正常功能发挥，使肾上腺皮质激素分泌过多，导致胸腺和淋巴组织退化或萎缩，巨噬细胞活动能力减弱等，机体的免疫功能下降。而机体免疫功能下降，导致各种疾病发生，反过来影响神经系统和内分泌系统功能调节的正常发挥。

#### (四) 心理应激的结果

适度的应激有利于人的身心健康，并且可以提高人的适应能力和承受各种压力的能力。而长久的、超强度的应激使人难以适应，并且破坏了机体的内、外平衡，有损于人的身心健康，引发各种疾病。

### 三、心理应激的应对

应对指个体为消除或减轻应激源对自身造成的压力和影响所采取的各种策略或措施。应对也可称作应对策略。应对方式包括[以下三类](#)。

1. 行动上的应对 即行为反应，其中包括针对自身的行为反应，即改变自身条件、行为方式和生活习惯以顺应环境的需求，如远离应激源，进行必要的放松运动，或通过活动转移个体对应激源的注意力；还有针对应激源的行为反应，即通过改变环境来处理应激源，如开展消除或减弱应激源的各种活动。

2. 认识上的应对 即自我防御反应，指对自己或自己的应对效果重新作出解释，以缓解应激所引起的紧张和不适。例如，使个体改变认知评价，采取“再评价”的应对方式，换一个角度去重新认识应激源，以减轻应激反应。

3. 求助形式的应对 例如，个体可采取寻求社会支持和他人的帮助以减轻由于应激反应所造成的自身压力。社会支持指个体与社会各个方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等以及家庭、单位、工会、社团组织之间所建立的物质和精神方面的联系。社会支持有缓解应激反应的作用，并且在一定程度上可保护个体的心身健康，是个体在应激过程中可利用的外部资源。

## 第二节 心身医学

心身医学（psychosomatic medicine）发源于 20 世纪前叶，由哈利迪（Halliday）和亚历山大（Alexander）等医学家最早提倡。心身医学科学体系确立于 20 世纪 30 年代，至今有 60 年左右的历史。心身医学一词是德国精神医师亨罗斯 1818 年正式提出的。1939 年，精神病研究专家邓伯（Dunber）首次出版《美国心身医学杂志》，5 年后他又领导建立了美国心身医学会。这标志着心身医学作为一门正式学科的诞生。到现在，越来越多的人发现，由心理因素导致的身体疾病，是造成现代人死亡率升高的重要原因。身心医学由此也越来越多得到医学界的重视。

医学的发展，往往与人类对身体和疾病的科学认识的变迁，有着密切联系。在远古，医学是建立在人们对疾病的神魔化认识的基础上的，注重祭祀、祈祷、巫术等原始宗教的方法。古代和近代的西方传统医学，则是以机械论和还原论来解释身体现象和疾病的结果，并随着人体生物学、病理学的发展，这种医学成为现今世界最普遍的医学模式，叫“生物医学模式”。随着时代的发展，尤其是人本主义观念的深入人心，科学对人的审视越来越全面和系统，对人类疾病的心理和社会因素也越来越重视。1948 年，WHO 就在其成立宣言中，把人的健康定义为“身体、心理和社会上的完满状况”。事实上，越来越多的疾病已被发现不能单纯从生理学角度去研究和治疗，除非把心理因素和社会因素也考虑进去。于是，美国精神病学家、内科学专家恩格尔（Engel）就强调，在新时代，进行医学模式的转变十分必要，即建立一种“生物-心理-社会医学模式”。这里有两个转变方向，一种是医学研究对象宏观化，注重社会宏观状况对全体社会成员健康的普遍影响，由此诞生“医学社会学”。而另一个方向是个体研究的系统化，即从生物、心理、社会角度全面系统地诊断病人个体，“心身医学”由此产生。

心身医学是从心身相关的基本立场出发，考察人类健康和疾病问题，试图提出“综合——整体性医学学科”。其理论基础是“心身相关原理”。心身医学狭义概念，主要指研究心身疾病（简称心身症），即“心理、生理疾患”的病因、病理、临床表现、诊治和预防的学科。广义概念，是研究人类同疾病斗争中一切心身相关的现象。涉及医学、生物学、心理学、教育学、社会学等多学科，其含义非常广泛，是当前国际上引人注目的新学科之一。

### 第三节 心身疾病

心身疾病亦称心理-生理疾病（psychophysiological diseases），是一些与心理-社会因素有密切相关的躯体疾病的总称。这些疾病的发生、发展和转归都不同程度地受到心理-社会因素的影响，临床上主要表现为躯体症状，并伴有病理、生理和病理形态学的改变，其疾病过程的诊断、治疗、护理都需要采用心身统一的观点及注重个体与环境协调。

#### 一、心身疾病的概念

##### （一）心身疾病的概念

心身疾病（psychosomatic diseases）是心身医学的研究和治疗对象。

中国自古以来就重视心理因素对人体疾病的重要影响。中医注重从整体论和生机论角度研究人体，中国早期医书《黄帝内经》就说：“心者，五脏六腑之主也，故悲、哀、忧、愁则心动，心动则五脏皆摇。”“喜伤心、怒伤肝、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾”，“百病生于气”等。

心身医学在西方诞生后，心身疾病的概念不断被完善。目前认为“心身疾病”是指心理-社会因素起着重要致病作用的躯体器官病变或功能障碍。对心身疾病的临床诊断有如下几个重要指标。

1. 有明显的躯体症状和体征。
2. 发病原因以心理-社会因素为主，且随着病人情绪与人格特征的不同而有明显的病症差别。
3. 对该病用单纯的生物学治疗，效果不理想。

心身疾病有广义和狭义之分。广义的心身疾病是指心理-社会因素在发病发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病（如原发性高血压、消化性溃疡等）和躯体功能性障碍（如偏头痛、神经性呕吐等）。狭义的心身疾病是指其发生、发展、转归和防治都与心

理因素密切相关的躯体器质性疾病。由于具有生理上的障碍，心身疾病又称为心理-生理疾病。心身疾病的定位可参考图 3-2。

图 3-2 心身疾病定位示意图
出处：詹泽群 曾美华 护理心理学 第 93 页 图 5-4

图 3-2 心身疾病定位示意图

心身疾病与一般生理性躯体疾病的不同主要表现在病因与发病机制上；心身疾病也与神经症不同，神经症往往只有比较模糊的躯体症状，而很难找到具体的器质性病变。

### （二）心身疾病的特点

1. 病人具有一定的遗传素质、性格特点或心理缺陷 换句话说，就是这类病人因为自身的特点，造成心理状态不稳定，容易受到外界刺激的影响。

2. 存在心理-社会紧张刺激的因素 这一点对于心身疾病的诊断尤为重要。在心身疾病的发生发展过程中，一定要有心理-社会因素的刺激，而且这种刺激要么在时间上比较长久，要么在强度上比较剧烈，或者两者兼备，它们长期作用，导致病人的心境长期不稳定，最终导致心身疾病。

3. 心理-社会紧张刺激与疾病的发生有密切的时间关系 一般来说，应该是先有不良刺激，然后才有心身疾病的发生，不良刺激和发病不可能颠倒过来，那样的话，这个疾病也就不是由心理刺激引起的了，当然不是心身疾病。

4. 心身疾病的演变过程与心理-社会刺激因素呈现出一种正比例关系。也就是说，刺激因素越强烈，持续的时间越久，那么心身疾病的表现就会越重。

5. 如果单纯进行生物医学的治疗措施而不从心理上进行调适，治疗效果较差。

## 二、心身疾病的范围

医学心理学家根据引发心身疾病的中介机制的特点，将心身疾病分为三大类：第一类为自主神经系统紊乱引发的偏头痛、神经性厌食、习惯性便秘等；第二类为机体代谢和内分泌紊乱引起的糖尿病、肥胖症、甲状腺功能亢进、月经不调、阳痿等；第三类为过敏性疾病，如神经性皮炎、荨麻疹、过敏性哮喘等。随着人们对于心身疾病研究的深入，心身疾病的病种范围有逐渐扩大的趋势，临床上常见的心身疾病涉及以下器官系统。

### （一）心血管系统

原发性高血压、原发性低血压、冠心病、阵发性心动过速、心动过缓、期前收缩、雷诺病、神经性循环衰弱综合征等。



## （二）神经系统

偏头痛、自主神经失调症、心因性知觉异常、心因性运动异常、慢性疲劳等。

## （三）内分泌代谢系统

甲状腺功能亢进、[甲状旁腺功能亢进](#)、[甲状旁腺功能减退](#)、糖尿病、低血糖、艾迪生病、垂体功能减退等。

## （四）呼吸系统

支气管哮喘、过度换气综合征、心因性呼吸困难、神经性咳嗽等。

## （五）消化系统

胃溃疡、十二指肠溃疡、神经性呕吐、神经性厌食、溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎、贲门痉挛、幽门痉挛、习惯性便秘、直肠刺激征等。

## （六）骨骼肌系统

全身性肌肉疼痛、类风湿关节炎、肌紧张性头痛、慢性腰痛、书写痉挛等。

## （七）皮肤科

皮肤瘙痒症、湿疹、慢性荨麻疹、牛皮癣、圆形脱发、白癜风、多汗症等。

## （八）泌尿、生殖系统

遗尿症、痛经、经前紧张征、阳痿、过敏性膀胱炎、慢性前列腺炎等。

## （九）其他

妇产科：月经不调、功能性子宫出血、不孕症、更年期综合征、心因性闭经等；  
眼科：原发性青光眼、弱视、中心性视网膜炎；口腔科：复发性慢性口腔溃疡、口臭、唾液分泌异常、特发性舌痛症；耳鼻喉科：梅尼埃病(Meniere disease)、耳鸣、晕动病、口吃、过敏性鼻炎；小儿科：夜惊、站立性调节障碍、继发性脐周绞痛、肿瘤、癫痫等。

### 三、心身疾病的研究途径

心身疾病的发病学机制是目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一。就目前的水平而言，有多种理论对此作出自己的解释。这里介绍主要的3种。

#### （一）心理动力学途径

这一理论始终重视潜意识心理冲突在各种心身疾病发生中的作用。

早期，Alexande认为个体特异的潜意识动力特征，决定了心理冲突引起特定的心身疾病。例如，哮喘的发作被解释成是试图消除被压抑的矛盾情绪(如婴儿与母亲隔离引



起的焦虑)或避开危险物,此时病人不是以意识的行为,而是以躯体症状哮喘来表达;消化性溃疡是由于病人企图得到他人喂食与款待的潜意识欲望被压抑;原发性高血压是由于病人对自己的攻击性决断的潜意识压抑等。

后来的一些心理动力学学者修正了这种理论。目前认为,潜意识心理冲突是通过自主神经系统功能活动的改变而造成某些脆弱器官的病变而致病的。例如,心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘、溃疡病等;在交感神经功能亢进基础上可造成原发性高血压、甲状腺功能亢进等。因而他们认为只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。

心理动力理论发病机制的不足是夸大了潜意识的作用。

## (二) 心理、生理学途径

心理、生理学发病机制的研究重点包括:有哪些心理-社会因素、通过何种生物学机制作用于何种状态的个体、导致何种疾病的发生。近几十年有关这方面的研究相当活跃,积累的资料也非常丰富,但由于机制的复杂性,至今尚无法完全阐明心理-生物学详细发病机制。

根据心理、生理学研究,从大体角度来看,心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心理-社会因素造成心身疾病的三项形态学意义上的心理、生理中介机制。由于心理-社会因素对不同的人可能产生不同的生物学反应,以及不同生物反应过程涉及不同的器官组织,因而不同的疾病可能存在不同的心理、生理中介途径。

心理、生理学研究也重视不同种类的心理-社会因素,如紧张劳动和抑郁情绪,可能产生的不同心身反应过程。这方面也有许多研究成果,因而不同心身疾病的发生也可能与特定的心理-社会因素有关。

心理、生理学理论还重视心理-社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异,例如,有证据证明,高胃蛋白酶原血症的个体在心理因素作用下更可能产生消化性溃疡,从而确认个体素质上的易感性在疾病发生中的重要作用。

## (三) 行为途径

行为学习理论对于心身疾病发病机制的解释是,某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应,如情绪紧张、呼吸加快、血压升高等,由于个体素质上的问题,或特殊环境因素的强化,或通过泛化作用,使得这些习得性心理和生理反应可被固定下来而

演变成为症状和疾病。紧张性头痛、过度换气综合征、高血压等心身疾病症状的形成，都可以此作出解释。

行为学习理论对疾病发生原理的理解，虽然缺乏更多的微观研究的证据，但对于指导心身疾病的治疗工作已显得越来越有意义。

#### 四、与心身疾病有关的危险因素

##### （一）社会因素

曾经有调查显示，溃疡病和原发性高血压患病男性高于女性，约为4：1；而近年来男女患病比例已逐渐接近，溃疡病约为3：2，原发性高血压已接近1：1。据分析可能是由于愈来愈多的妇女参加了工作和社会活动，因而增加了社会心理刺激的结果。另一项流行病学调查表明，发病机会最多者是中层社会中经济条件偏低者，为了竞争以获得较好的生活条件，他们要付出较多的努力，但他们的个人要求和需要并非经常可以得到满足，因而这种个人需求和社会压力之间的冲突就可以引起心身疾病。

人们对社会因素的应激可使肾上腺素活性升高，如焦虑、紧张、陌生情况可增加肾上腺素分泌，恐惧、愤怒、挫折均可使血压升高，对有高血压素质（生理始基）者，血压持续增高的倾向更强。愤怒似乎与收缩压增高有关，如果愤怒被阻抑，或对自己的行为感到内疚，则可引起交感神经功能亢进，延续下去可发展为以肾上腺素和去甲肾上腺素含量增高为特征的原发性高血压。

##### （二）心理因素

一般能引起人产生损失感、威胁感和不安全感心理刺激最易致病。人的心理活动通常与某种情绪活动相关联，如愤怒、恐惧、焦虑、忧愁、悲伤、痛苦等情绪虽然是适应环境的一种心理反应，但强度过大或时间过久，都会使人的心理活动失去平衡，导致神经系统功能失调，对健康产生不良影响。如果这些消极情绪经常反复出现，引起长期或过度的精神紧张，还可产生如，神经功能紊乱、内分泌失调、血压持续升高等病变，从而导致某些器官、系统的疾病。

心脏病病人情绪紧张时可出现心律失常，如自律性房性心动过速、房性或室性期前收缩。紧张情绪可导致兴奋亢进的交感神经末梢释放大量的去甲肾上腺素，同时肾上腺髓质分泌肾上腺素进入血流，动员储存的脂肪，使血中的脂质增加，当这些游离的脂肪酸不能被肌肉活动所消耗，就可能导致动脉硬化。

心理应激还能引起胃肠分泌增加。愤怒、激动、焦虑、恐惧都能使胃液分泌和酸度

升高，而抑郁、悲伤则可使胃液分泌减少和胃肠蠕动减慢，长期焦虑还可使充血的胃黏膜糜烂。

在支气管哮喘疾患中，心理因素起重要作用者约占 30%。有支气管痉挛素质、易产生 IgE 抗体者，哮喘易被促发。哮喘的病程可因心理因素而改变。有些儿童的哮喘只在家中发作，在学校则不发作，甚至在两种场合都接触同样的致敏源也是如此。说明心理因素起着重要作用，甚至有些哮喘病人可由条件反射而引起哮喘发作。

流行病学调查表明，伴有心理上损失感（feeling of loss）的刺激，对健康的危害最大。根据对居丧的 903 名男女长达 6 年的追踪观察，发现居丧第一年的死亡率高达 12%，第二年为 7%，第三年为 3%，而对照组分别只有 1%、3%和 2%。另一调查表明，中年丧偶者更为严重，比较他们与同年龄组的死因，以 8 种疾病的差异最为显著，脑血管病为对照组的 6.2 倍，冠心病 4.6 倍，非风湿性心脏病 3.4 倍，高血压性心脏病 8.2 倍，全身动脉硬化 7.1 倍，肺结核 7.8 倍，肺炎和流感 5.5 倍。其他如恶性肿瘤、糖尿病等疾病的比例也很高。

### （三）生理因素

1. 生理始基（analogue） 即心身疾病病人在患病前的生理特点。为什么同样的心理-社会刺激，如地震、洪水、战祸、灾荒等波及大量人口的刺激，其中只有少数人得了心身疾病？为什么这些病人的心身疾病又不都是一种病？如，有人患溃疡病，有人患高血压，有人却患冠心病，这主要是由病人的生理特点不同所致，因而使他们具有对不同心身疾病有着不同的易患性（vulnerability）。如在消化性溃疡发病过程中，胃蛋白酶的增高起重要作用，由于它消化了胃黏膜而造成溃疡。实际上，病人在病前，其蛋白酶的前体——胃蛋白酶原的水平就已经比一般人高，因此这种胃蛋白酶原的增高即可称之为消化性溃疡的生理始基。然而有消化性溃疡生理始基并不一定会有消化性溃疡，因为人群中相当多的人具有这一特征，而其中只有一部分消化性溃疡病人是由于社会-心理刺激对他们起着“扳机”（trigger）作用。说明只有生理始基和社会-心理刺激同时存在的情况下，才会有消化性溃疡的产生。

现已发现，高甘油三酯血症是冠心病的生理始基，高尿酸血症是痛风的生理始基，高蛋白结合碘者则为甲状腺功能亢进的生理始基。对生理始基的研究不仅对了解心身疾病的发病机制有重要意义，而且对这些疾病的预防也提供了极为重要的线索。

2. 中介机制（mediator） 心理-社会因素以各种信息影响大脑皮质的功能，而大

脑皮质则通过自主神经系统、内分泌系统、神经递质系统和免疫系统这些重要的生理中介机制，影响内环境的平衡，使靶器官产生病变。

(1) 自主神经系统：当自主神经系统的功能发生过于急剧或持久的改变时，即可能造成心、肺、胃、肠、血管、腺体、皮肤、肌肉等器官和组织持久的活动过度或不足，导致品质性病变，这就是心身疾病发病机制的早期假说：心理因素-大脑皮质功能改变-自主神经功能改变-内脏功能障碍-内脏形态学改变。如结肠过敏症等。

(2) 内分泌系统：内分泌系统在维持内环境稳定方面起着重要作用。在情绪应激下，内分泌系统功能很容易发生变化，焦虑、忧郁等情绪反应都可以用 17-羟皮质类固醇来判定其程度。可见，心理因素或情绪状态与内分泌功能状态之间的相互影响在心身疾病的发生、发展过程中起着重要作用。

(3) 神经递质系统：在情绪应激时都伴有中枢神经递质儿茶酚胺浓度的升高，另一中枢神经递质——5-羟色胺的水平下降。中枢神经递质的改变，可以继发地导致自主神经功能和内分泌腺活动的改变，并可相互影响、相互制约，这些改变在心身疾病的发生、发展过程中都起到一定的作用。

(4) 免疫系统：在社会-心理应激情况下，可影响到 T 细胞的功能，导致免疫功能的紊乱或减退。

#### (四) 情感障碍

在人的精神活动中，情感有极其重要的作用，情绪良好使人精神振奋、干劲倍增、思考敏捷、效率提高，反之则使人精神萎靡、思考迟钝、效率下降。

常见的情感障碍有焦虑 (anxiety)、忧郁 (depression) 和应激性 (irritability)，指各种不同程度的易怒倾向。

#### (五) 人格类型

近代的研究资料支持这样一种观点，即有些心身疾病具有特殊的人格特征。

对癌症的医学心理学研究表明，长期处于孤独、矛盾、抑郁和失望情境下的人易患癌症。如有人对 1337 名医学生进行追踪观察，发现有 48 名癌症病人都具有共同的人格特点，即内向、抑郁、隐藏着愤怒和失望。

有一学者对 100 多名企业人员做长期观察中发现，约有 75% 的人其冠心病发作的主要原因是过度操劳和精力消耗，他们在紧张工作期间血中脂质水平明显升高。还发现大多数病人属于 A 型行为模式 (TABP) 或称为“冠心病易患行为模式”。其特征为：①为

取得成就而努力奋斗；②富有极大的竞争性；③很易引起不耐烦；④有时间紧迫感；⑤语言和举止粗鲁；⑥对工作和职务提出过多的保证；⑦有旺盛的精力和过度的敌意。有的学者认为 A 型行为并非是冠心病的结果，而是起因。A 型行为类型与冠心病之间存在着明确的关系，而且其胆固醇、甘油三酯、去甲肾上腺素、促肾上腺皮质激素及胰岛素对葡萄糖的反应增高，凝血时间缩短。经常出现抑郁的冠心病病人更易患心肌梗死。

#### （六）遗传

患心身疾病如冠心病的家族中，患同类疾病的几率比一般人群高 10 倍，他们往往具有共同的性格和生理素质。此外，冠心病家庭成员多有高脂肪膳食、吸烟、饮酒、缺少体力活动等相似的生活方式。

### 五、心身疾病的诊断、预防和治疗原则

#### （一）心身疾病的诊断标准

心身疾病的诊断除了采集病史和体格检查之外，还应在心身疾病有关理论指导下，结合病史通过晤谈和相关心理测验对病人的心理-社会因素作出评估，按以下标准作出诊断。

1. 有确切、具体的躯体病变存在。
2. 发病前有明确的心理-社会因素存在。
3. 病情的缓解和加剧与情绪因素密切相关。
4. 一定的个性特征成为对某些疾病的易感因素。

#### （二）心身疾病的预防

心身疾病是个体生物遗传、心理、环境、社会等多种因素相互作用的产物。因此对于心身疾病的预防应从个体的生物遗传特性、生存环境、生活习性、认知评价、对心理-社会因素刺激的反应性和适应性等方面进行调节。

1. 培养健全的个性、健康的心理和体魄 正确应对各种生活事件，心境乐观、心胸宽大，减少负性情绪对健康的不利影响。
2. 养成良好的生活方式和健康的行为习惯。
3. 提高认知评价水平和对挫折的承受力。
4. 建立良好的人际关系，储备社会的支持力量。

#### （三）心身疾病的治疗原则

1. 心、身同治的原则 心身疾病应采取心、身相结合的治疗原则，但对于具体病

例，则应各有侧重。

(1) 对于急性发病而躯体症状严重的病人：应以躯体对症治疗为主，辅之以心理治疗。例如，对于急性心肌梗死病人，综合的生物性救助措施是解决问题的关键，同时也应对有严重焦虑和恐惧反应的病人实施床前心理指导；又如对于过度换气综合征病人，在症状发作期必须及时给予对症处理，以阻断恶性循环，否则将会使症状进一步恶化，呼吸性碱中毒加重，出现头痛、恐惧甚至抽搐等。

(2) 对于以心理症状为主、躯体症状为次，或虽然以躯体症状为主但已呈慢性的心身疾病：则可在实施常规躯体治疗的同时，重点安排好心理治疗。例如，更年期综合征和慢性消化性溃疡病人，除了给予适当的药物治疗，应重点作好心理和行为指导等各项工作。

心身疾病的心理干预手段，应视不同层次、不同方法、不同目的而决定，支持疗法、环境控制、松弛训练、生物反馈、认知治疗、行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗方法均可选择使用。

2. 心理干预目标 对心身疾病实施心理治疗主要围绕以下 3 种目标。

(1) 帮助病人消除致病的心理-社会因素。

(2) 提高病人对应激源的认识水平，增强应对能力。

(3) 减轻生理反应，缓解病情。具体方法有：①环境治疗：在干预治疗手段中，可对环境作出适当调整或住院。目的是使病人暂时摆脱引起或加重其疾病的生活和工作环境，减少或消除应激源。②药物治疗：在心身疾病中，情绪因素可致病情变化，而病情变化又可影响疾病本身。因此，当病人负性情绪水平很高或已维持很长时间（焦虑、抑郁）、认知能力很差时，使用药物治疗可降低负性情绪水平，生理反应也随之改善，并有利于心理治疗。③心理治疗：心理治疗方法很多，如精神分析法、认知法、行为疗法等。治疗的目的在于影响病人的人格、应对方式和情绪，以减轻因过度紧张而引起的异常生理反应。其中行为治疗方法对原发性高血压、某些类型的心率失常、偏头痛和紧张性头痛效果较好。

#### 第四节 常见的心身疾病及心理护理

心身疾病种类很多，范围很广，本节仅简要介绍几种最常见的心身疾病。

##### 一、原发性高血压

原发性高血压 (Primary hypertension) 系指成人在未使用抗高血压药的情况下，

非同一日连续三次测得肱动脉收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，并排除症状性高血压者。原发性高血压是最早确立的心身疾病。大多数高血压患者中找不出明确的器质性病因。

一般认为，原发性高血压是一种多因素导致的疾病，除与高盐膳食、遗传缺陷等原因有关外，心理-社会因素在本病的始动机制中起主要作用。

### (一) 心理-社会因素分析

1. 应激生活事件与工作应激 例如，战争时前线士兵血压较高；失业者血压高，获得新的工作后血压下降；在预期要被解雇（最后未发生）期间血压也高。有研究认为心理应激是原发性高血压的重要发病原因，原发性高血压病人具有明显的心理因素者高达70%以上。常见的心理应激因素有：家庭成员缺失、丧偶、伤残、政治冲击、事业受挫等为重度应激事件；失恋、离婚、司法纠纷、人际矛盾等为中度；家庭纠纷、经济拮据、子女失学等为轻度，且精神刺激因素的强度越重、其高血压患病的危险性就越大。慢性应激状态较急性应激事件更易引起高血压，例如，飞机噪声的长期作用可致血压升高；高交通噪声区居民的高血压求治率高于低噪声区，但两者的糖尿病、哮喘、消化性溃疡的就诊率无差异。Von Eiff等（1982）发现噪声可使从事心算时的血压反应增强。

2. 不良行为和生活方式 如高盐饮食、超重、肥胖、缺少运动、大量吸烟及饮酒等因素与高血压的发生有关，而大量调查和实验研究结果证明，这些不良行为因素又直接或间接地受心理或环境因素的影响。

3. 个性心理特征 人格因素特别是A型行为（过分谨慎、急躁易怒、好奇任性、求全责备、敌意、好斗）等对高血压发病关系密切。从个性心理特征看，原发性高血压病人大多数好胜、易激动、过分耿直、认真、固执、求全、强迫性和绝对权威性，对自己要求过分严格；有的为了取得成就而感到有压力，不易暴露自己的思想，常伴烦恼与焦虑；对自己的现状不满足，总想在工作中有所作为，而有紧迫感和压力较大；有的个体则表现为内向压抑、多疑敏感、自卑胆小、缺乏安全感等。一般而言，在各种个性特征的群体中，血压与个体的适应能力有关，与个体对生活事件的评价有关，对社会环境的迅速变化在心理上适应良好并有适当评价者，血压不易波动；而适应不良，易产生焦虑（负性情绪）和心理冲突的个体，则血压易随社会环境的变化而变化，久而久之易形成原发性高血压。

4. 情绪因素 有实验表明个体的情绪变化与血压的高低有密切的关系。如在痛苦

和愤怒时，由于外周动脉阻力增加，舒张压明显上升；而在恐惧时，由于心搏出量增加，而导致收缩压升高。在高血压遗传素质的人身上，就能造成调节血压机制的障碍而引起原发性高血压。亦可能因心理-社会因素而引起的不良心理状态，特别是所谓的负性情绪反应(愤怒、抑郁、焦虑、苦闷等)，提高了肾上腺腺体释放肾上腺素，作用于心脏 $\beta$ 受体，增加心排出量和外周动脉阻力，导致血压升高。因此，心理应激、心理冲突、焦虑、紧张、恐惧、愤怒、敌意情绪等均可引起血压升高，最终易发展成为原发性高血压。而长期的情绪压抑、急剧而强烈的精神创伤是原发性高血压重要的致病因素。长期反复的精神刺激因素或强烈的负性情绪，通过中枢神经系统而引起大脑皮质、丘脑下部及交感-肾上腺系统的激活现象，逐渐产生血管系统的神经调节功能紊乱，引起心率、心输出量、外周血管阻力、肾上腺皮质、肾上腺髓质等功能变化，开始是在负性情绪的影响下出现阵发性的血压升高，经过数月、数年的血压反复波动，最终发生持续性原发性高血压。

## (二) 心理护理

1. 缓解心理应激源 研究表明，心理性应激是原发性高血压的重要发病原因，因而对原发性高血压病人心理护理的首要措施就是要寻找和缓解心理性应激源，以免形成恶性循环。

(1) 通过观察、调查、问卷测查和必要的实验室检查，评估病人的心理状态和生活事件。

(2) 运用沟通技巧了解病人的心理状态，缓解病人的负性情绪(焦虑、恐惧、愤怒、抑郁等)。

(3) 帮助病人理清思路，建立合理认知：通过对个体的深入交谈分析，确定是否存在认知错误，帮助其正确评价面临的困难和自己的能力，运用认知干预技术将病人的期待值调控在合理的范围，从而调动其战胜疾病的信心。

2. 指导病人实施自我心理护理 由于原发性高血压病程长，病情复杂，在治疗方法上主张在采用药物治疗的同时，积极配合心理治疗，

(1) 建立合理认知：原发性高血压病人存在两种错误的认知，一是自我估计过高，多见于较年轻的病人，认为得原发性高血压没什么，没必要紧张，因而出现不遵医行为而导致病情逐步加重；一种是自我评估过低，多见于病程长、久治不愈的病人，往往对治疗失去信心，心理压力。所以影响其提供有关原发性高血压的相关知识，帮助其提



高对原发性高血压的正确认知，作好与疾病做长期斗争的思想准备。

(2) 学会控制情绪：首先对病人进行心理疏导，通过其认知活动意识到自己的病态心理并且通过自己的努力，转变不正确的思想观念，以及思想困惑，并有意识地进行自我心理意识和情感的调节，克服个人性格中易激动、易发怒的缺点，提高适应环境压力和应付环境突变的能力。

(3) 合理安排生活：指导病人合理安排工作和休息，劳逸结合；保证充足的睡眠；制定科学的饮食结构和饮食习惯；适当运动；坚持服药，戒烟、酒等，保持良好心理状态。

### 3. 疏导负性情绪

(1) 帮助病人客观认知：通过宣教有关疾病知识，使病人对疾病和自我有正确认知评价，树立治疗信心。

(2) 帮助病人宣泄压力：可采用情绪宣泄等心理学方法，对病人的怨恨、愤怒、敌意等情绪予以及时疏泄，指导病人保持开朗的心境，切忌强行压抑，避免过度喜、怒，尽量回避那些可使血压急剧升高的应激情境。

(3) 引导病人的能动性：可利用气功、放松训练、音乐疗法或生物反馈疗法等，让病人掌握主动进行身心放松和控制自己血压的方法，以提供机体对各种紧张状态的耐受力。

4. 矫正危险行为 开展有关危险行为矫正的知识教育和技术指导，包括吸烟、酗酒、过量饮食和肥胖、缺少运动，以及 A 型行为。

## 二、冠心病

冠心病 (**coronary heart disease CHD**) 是指由于冠状动脉粥样硬化，使血管腔阻塞导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病，亦称缺血性心脏病 (**ischemic heart disease**)。它是当今世界上危害人类健康和生命最严重而且死亡率最高的心身疾病，其发生、发展除与高血压、高血脂、重度吸烟、遗传因素有关以外，心理-社会因素也是重要的病因之一。

### (一) 心理-社会因素分析

最新研究证明，心理-社会因素是冠心病发病的独立危险因素。心理因素通过不良的生活方式和行为习惯如，吸烟、酗酒、持久紧张的高负荷工作和生活节奏与 A 型行为等，通过激活神经内分泌机制，激活交感和血小板的活性，引起冠状动脉内皮的功能损

伤，形成粥样斑块，促使冠状动脉狭窄，心肌缺血，可引发冠状动脉痉挛和严重的心血管事件。其作用绝不亚于高血压、高血脂、肥胖等传统的危险因素。

与冠心病发生发展密切相关的心理-社会因素包括：①A型行为类型（TABP）；②愤怒、敌意；③心理应激；④职业紧张；⑤心力交瘁；⑥社会孤独和缺乏社会支持；⑦情绪障碍，焦虑和抑郁；⑧不良行为方式等，而且，心理-社会刺激与A型行为不仅是CHD的危险因素，对CHD的预后也起着重要的作用。大量临床资料证实，剧烈的情绪波动、精神创伤、心理紧张冲突均可诱发CHD病人的心绞痛发作，而在继发心肌梗死的可能性上A型行为者明显高于非A型行为者。下面对应激与A型行为作简要介绍。

1. 应激生活事件 急性应激与冠心病显著相关的最强有力的证据是，在配偶死亡后的头两年中，本病的死亡率显著增加。常见的应激生活事件有自然灾害、社会分离、婚姻、工作应激和丧亲、社会经济地位下降等。长期心理冲突可引起强烈而持久地应激反应，易致大脑皮质功能失调，神经内分泌紊乱，血管收缩，血压升高，冠状动脉生理与结构变化，而愤怒、恐惧和激动等强烈情绪起着“扳机”的作用。应激还可以是心力衰竭发作和加剧的预兆。

2. A型行为 Friedman提出著名的A型行为模式，也有人称为易患冠心病人格。A型行为的核心特点是时间匆忙感与竞争敌意倾向。多年来不断有人从不同角度对A型行为与冠心病之间相关性进行了反复论证。虽有异议，但A型行为类型对冠心病的发生和发展起促发作用已被人们广泛接受和认识。

## （二）心理护理

1. 纠正不合理认知 主要是针对冠心病本身的不合理认知，向病人讲解冠心病的危险因素，其发生、发展与预后与心理-社会因素的密切关系。使病人懂得A型行为是冠心病的易患模式，A型性格特征愈典型，发生冠心病变的危险性愈大；使病人充分认识到加强性格重塑，可使A型行为逐渐完成转变，对所患疾病的转归将起积极作用。

2. 实施行为矫正 首先应评估病人是否属于A型行为，分析该行为的心理根源，针对心理根源制订训练计划；然后教会病人自我控制技术和行为矫正训练，如，放松疗法、疏泄疗法、移情疗法等；最后根据事先设置的评价标准，通过病人的自我监督和自我强化，不断减弱其诱发冠心病发作的危险因素。

3. 调控情绪，建立良好的人际关系 A型行为是一种在长期生活中形成的个性定型，不轻易改变。过分的竞争、敌意，有时会增加或加重心悸、胸闷、乏力等症状，使病人

直接体会到 A 型行为的危害，易产生较强烈和持久地行为改造动机。护理中，首先应帮助病人加强个性修养、情感修养，学会克制，遇事冷静地去换位思考、大度、宽容、谅解对方，有意识地改变决断、过激等言行，控制情绪，避免发生冲突，帮助其建立良好的人际关系。

4. 充分发挥医院、家庭和社会支持系统的作用 冠心病病人病程长、病变多，常需施行冠状动脉内支架术和冠状动脉架桥术，因而长期存在心理应激的危险；多数病人为手术和昂贵的治疗费用焦虑，同时因监护室的特殊环境、设施而感到紧张、恐惧，因此，要加强心理指导和教育，讲解手术过程的可靠性、安全性等；请手术成功的病人介绍亲身体会；并及时与家属、单位及社会其他组织联系，解决手术费用，充分利用家庭、社会支持系统，帮助其消除负性情绪。

5. 建立健康的生活方式 指导病人合理饮食、起居，劳逸结合；避免情绪激动、精神紧张等负性情绪；消除对药物的依赖心理；戒烟、限酒等，以避免诱发心绞痛和心肌梗死。

### 三、消化性溃疡

消化性溃疡 (peptic ulcer) 又称溃疡病，系指发生于胃肠道黏膜的慢性溃疡，包括胃、十二指肠溃疡。是一种多发病、常见病。胃酸、胃蛋白酶对黏膜的消化作用是溃疡形成的基本因素。不良的心理-社会因素如工作或经济负担过重、环境突变、人际冲突、精神紧张、焦虑、抑郁等，均可导致神经内分泌调节功能失调，致胃黏膜血管收缩，血供不足，黏膜屏障破坏，细胞代谢更新减低，保护作用减弱，因迷走神经兴奋性增高可致胃酸分泌增多，损害因素增强，诱发溃疡形成。因此，消化性溃疡一直被列为常见的心身疾病之一。

#### (一) 心理-社会因素分析

1. 个性与行为 个性与行为因素与本病的发生有一定关系，它既是病因又影响病情的转归。心理分析学派特别强调儿童早年个性发展在发病中的作用。他们认为婴儿期饥饿-哭泣-喂奶-满足-睡眠-饥饿的回路是婴儿的情绪紧张-发泄-满足的一类表现。如果婴儿的口部需要较高而母亲未能给予满足，以后便可以产生包括吮指、咬指甲、咬铅笔、抽烟和喜嚼口香糖等方式的行为，以“补充”口部需要，而过强的未能满足的“口部需要”常导致消化性溃疡。

2. 应激性生活事件 生活事件与消化性溃疡的发生有密切关系，尤其是十二指肠

溃疡。主要的生活事件因素有：①严重的精神创伤，特别在毫无思想准备的情况下遇到重大生活事件和社会的重大改变，如，失业、丧偶、失子、离异、自然灾害和战争等；②长期的家庭不和、人际关系紧张、事业上不如意等导致持久的不良情绪反应；③长期的紧张刺激，如，不良的工作环境、缺乏休息等。

3. 情绪改变 情绪改变可诱发消化性溃疡的发生，实验研究也证明了这一点。1941年 Wolff HG 报告对一胃痿病人的观察情况，发现该病人情绪激动、焦虑、发怒或呈攻击性情感（如怨恨、敌意）时，胃黏膜充血、胃蠕动增强、血管充盈、胃酸分泌持续升高，可使充血的黏膜发生糜烂；当他情绪低落、悲伤忧虑、抑郁失望、自责沮丧时，胃黏膜就变得苍白、蠕动减少、胃酸分泌不足；在情绪愉快时，血管充盈增加、胃液分泌正常、胃壁运动也会有所增强。

## （二）心理护理

消化性溃疡病程漫长，愈合慢、易复发，所以病程长达数年、数十年甚至终生。在漫长的病程中，尽管多数病人的症状不严重，以及病理改变也可以有自然缓解和较长时间的相对稳定期，但慢性疾病所致的精神压力，尤其是害怕癌前期病变的心理，常影响病情转归。心理护理必须结合考虑上述因素。

1. 行为干预治疗 向病人介绍消化性溃疡的诱因、临床特点和治疗要点，使其明白消化性溃疡是可以治愈的，但应坚持长期、全面、持续的治疗。指导合理安排膳食（如少食多餐、忌坚硬、过冷、过热食物）、休息和睡眠、生活起居要有规律、矫正吸烟、饮酒不良习惯。

2. 支持性心理护理 针对消化性溃疡病人临床心理特点，心理护理工作首先要重视病人的情绪变化。除了通过解释、支持、暗示等基本心理护理技术以外，应选择认知调整指导模式，向病人介绍消化性溃疡的性质，讲明情绪变化与消化性溃疡的关系，并耐心倾听病人的痛苦与忧伤，了解病人的不良精神因素及各种应激。在取得病人绝对信任的基础上，指导病人调整各种不良的生活方式与饮食习惯，消除各种心理、社会压力。例如，帮助病人建立正确的自我观念，不苛求自己，不给自己造成过重的压力；要学会放松自己，做到悦纳自己；学会表达自己的内心感受，让别人理解自己；应适当处理自己的不良情绪，不至于太压抑自己。在人际关系处理上学会顺其自然，不过分关注自己，克服自我中心；也不要过分地迎合别人，以致委曲求全。

3. 加强家庭及自我护理 消化性溃疡的康复在很大程度上取决于家人的关心和照

顾，因此，家属应参与治疗计划的制订，并掌握正确的治疗与护理方法。帮助和监督病人改变不良的生活习惯和行为，协调各种人际关系，促进疾病的康复和防止疾病的复发。

#### 四、支气管哮喘

支气管哮喘 (bronchial asthma) 很早就被公认为呼吸系统中典型的心身疾病。其病因主要有过敏反应，感染和心理-社会因素，不过不同的病人对这三大主因的敏感性不同。有些学者认为，心理因素与生理因素几乎各占一半，也有学者对 487 例病人的研究表明：过敏因素为主者占 29%，感染占 40%，而心理因素为主者占 30%。在儿童病人中，心理-社会因素显得更为重要。

##### (一) 心理-社会因素分析

1. 人格特征 研究表明，部分支气管哮喘病人具有依赖性强、较被动顺从、幼稚、神经质、自我中心、易受暗示、社会适应不良及欲望值过高等个性特征。许多哮喘病人有强烈的需要别人照顾和关心的潜意识，且此意识使病人对与母亲分离特别敏感。一旦需求得不到及时满足，就有可能出现哮喘发作。

2. 负性情绪 焦虑、失望、恐惧、愤怒、抑郁等不良情绪等均可诱发或加重哮喘。

3. 心理应激与环境因素 有研究认为，家庭关系尤其是母子关系是与哮喘有关的另一个心理因素。如对变应源过敏的孩子，在家里时哮喘反复复发，可是一离开家里，即使变应源依然存在，孩子也不发病了，这说明家庭环境中的某些心理因素在发病中起一定的作用。临床上也可见到有些病儿，在父母面前发作很重，离开父母在医护人员照料下，却很少发作。

##### (二) 心理护理

1. 心理支持 仔细观察和分析病人心理状态，按不同的类型有针对性地采取相应的心理护理措施，多与病人接触，以诚恳的态度与病人交流，以暗示、说服、示范、诱导的学习方法，是指放松和转移注意力，消除负性情绪，增强治愈信心。

2. 健康指导 及时向病人讲解卫生常识和相关知识，让病人及其家属了解及掌握哮喘的发病机制，治疗、休养中的注意事项，以及精神因素对疾病的影响。作好出院解释工作，阐明病人病情好转，缓解期只要耐心坚持治疗，定期随访，精神开朗，查明诱发因素，提高对疾病的认识，避免接触过敏源，就可减少和避免复发。

3. 帮助和指导病人进行自我护理 指导病人在感到有哮喘发作先兆时立即放松、静坐稳定情绪，在发作期间尽量保持平静，转移注意力，进行松弛训练，纠正负性情绪。

同时，在护理中应尊重病人，作好恰当的解释，缓解和消除病人的依赖心理，加强其自我护理能力。

## 五、糖尿病

糖尿病（diabetes mellitus）是由于胰岛素缺乏或相对不足引起的全身内分泌代谢性疾病。多见于中老年，包括非胰岛素依赖型糖尿病（NIDDM，2型）约占90%以上和胰岛素依赖型糖尿病（IDDM，1型）。临床主要以三多一少的代谢紊乱综合征和糖尿病慢性病变为主要表现。糖尿病的病因，大体上可概括为遗传和环境两大方面，环境因素包括生物学和心理-社会两大类。

### （一）心理-社会因素

心理-社会因素包括生活与工作中的重大变故、挫折和心理冲突等。

1. 应激性生活事件 Stein等（1985年）对38名青少年糖尿病病人与38名患其他慢性疾病病人进行对照研究，结果发现糖尿病组双亲去世和严重的家庭破裂的生活事件者远较对照组多，且77%发生在糖尿病发病前。还有一些研究也发现1型糖尿病病人与父母离异、丧失亲人、离婚、生活贫困、失业、政治上受歧视、生活上动荡不安等生活事件的发生密切相关。

2. 负性情绪 负性情绪可以使正常人显示糖尿病的某些症状，移除应激后很快恢复正常，而糖尿病病人负性情绪可使病人的血糖水平显著增高，应激强度与血糖升高呈正相关。其他的研究也证实，安定的情绪常可导致病情缓解，而忧郁、紧张和悲愤等常导致病情加剧或恶化。

3. 人格特征 易焦虑、忧心忡忡、被动、刻板、依赖、优柔寡断、对外界刺激反应过度强烈等，影响糖尿病病程。生活事件对疾病的影响往往是间接的作用，生活事件是否对疾病产生影响以及影响的程度，往往受个体的认知评估和人格特征等中介因素的制约。

### （二）心理护理

1. 情绪疏导 大多数糖尿病病人想到疾病将伴随终生很难过，表现为精神抑郁、心情不畅。此种心态，自然会削弱机体的免疫功能，使抵抗力下降，不利于糖尿病的控制，严重影响治疗效果。因此，在糖尿病的治疗中，心理治疗和护理是十分重要的，尤其是一般病人住院时间都比较长，与医护人员朝夕相处，作好情绪疏导尤为重要，护理应从以下几方面入手。

(1) 鼓励病人倾诉：初患糖尿病或新入院病人，常由于对糖尿病缺乏认识，一般都存有不同程度的消极、疑惧、悲观等情绪，因而在护理上，应主动与病人真诚交流，鼓励其倾诉情感体验，以充分了解病人的心理反应和情绪状态；然后，向病人解释有关问题，恰当说明病情，介绍糖尿病知识，纠正病人对此病的错误认识，讲清楚糖尿病并非不治之症，以解除其精神压力，克服心理失衡状态。

(2) 转移注意力：有些病人在确诊后，精神紧张，对所患疾病过度关注，希望医生、护士给予同情帮助，把自己的康复寄托在医生、护士身上，常反复地询问自己的病情和治疗方案，十分注意医生、护士的一举一动。担心病情恶化及并发症发生，整日胡思乱想、夜不能寐。为此，应鼓励病人到室外活动，呼吸新鲜空气。并告知适当运动能使病人心情舒畅，并有利于葡萄糖的利用，降低血糖。因此，要根据疾病的需要及某些活动的可行性和有益性，向病人解释其所以然，使他们理解这些活动与适当的休息相结合，有助糖尿病的稳定；使他们从心理上接受这些安排，而达到配合治疗的目的。

(3) 提供积极信息：医护人员可向病人介绍成功案例或请治疗效果较好的病人现身说法，让病人明白只要坚持系统的治疗就能控制血糖、预防并发症的发生。

(4) 鼓励与外界交流：鼓励病人积极与外界交流，参与各种活动，如与病友交流，使之在团体活动中学习、适应病后生活，建立有益于健康的生活方式。同时可分散对所患疾病的注意力，宣泄不良情绪，找到自我价值，重拾自信心。

2. 健康教育 教育前应充分了解病人及其家属的文化程度、接受能力，以及对糖尿病有关知识（包括对糖尿病的知识、用药知识、饮食管理、心理调节的知识等）的了解程度，以便制订教育计划、选择合适的语言和教育阶段、教育方式以及重点内容。

3. 倡导身心自护 糖尿病是终身性疾病，住院时间相对短暂，绝大部分时间在院外治疗，因而倡导病人心身自护十分重要。

(1) 正确认识糖尿病：帮助病人认识虽然目前的医疗技术水平尚达不到根治糖尿病目的，但是完全可以控制，病人可以像正常人一样生活、工作和学习。

(2) 放松情绪：向病人讲解情绪变化与血糖的关系，介绍和谐的工作和家庭环境的意义；适当参加活动，如，太极拳、瑜伽、听轻音乐、外出旅游等都是身心放松的好方法，既可保持心情舒畅，也有利于降低血糖。其目的是使病人认识到保持稳定、乐观情绪的重要性，在生活中时刻提醒自己养成大度、遇事冷静的良好品格。

## 六、癌症

癌症(cancer)是否属于心身疾病，学者们还有不同的意见，尽管理化因素、病毒、慢性感染、遗传、药物、激素及年龄都被证实为癌症的病因。然而，人类发现，心理-社会因素与癌症有不可忽视的密切关系。人体在不良的心理-社会因素作用下，中枢神经系统功能障碍，通过下丘脑直接作用于免疫系统，或抑制淋巴细胞而伤害免疫系统，提高了各种致癌因素对人体的破坏作用。

### （一）心理-社会因素分析

1. 负性情绪 负性情绪在癌症的发生、发展和转归过程中具有非常重要的作用，癌症好发于一些受到挫折后，长期处于精神压抑、焦虑、沮丧、苦闷、恐惧、悲哀等情绪紧张的人。调查发现，癌症病人患病前有负性情绪的比例为 66.9%，明显高于普通病人的 15.5%。现代医学发现，精神心理因素并不能直接致癌，但它却往往以一种慢性持续性地刺激来影响和降低机体免疫力，增加癌症的发生率。这些刺激主要是通过神经生理、神经内分泌和免疫 3 个系统的相互联系起作用的，最后使肾上腺皮质等内分泌增加，进入血液循环，从而损害人体免疫功能，导致正常细胞癌变。研究表明，当强烈的精神紧张刺激，使人丧失应对能力而表现出抑郁、沮丧的情绪时，会促使皮质类固醇分泌过度，从而抑制了免疫系统的功能，癌症就有可能在免疫系统功能下降时形成。专家还发现，情绪极度沮丧的人，血液中的 T 淋巴细胞数量明显减少，免疫功能下降。

2. 应激性生活事件 国内外不少研究发现，癌症病人发病前的负性生活事件发生率较高，尤其以家庭不幸事件，例如，配偶死亡、离婚等为显著。有关统计资料也表明，癌症病人病前的家庭负性事件发生率比一般内、外科病人高。医学家在一项调查中发现，81.2%的癌症病人在患病前曾遭受过负性生活事件的打击，如配偶死亡、夫妻不和、生活规律重大改变、工作学习压力大、子女管教困难、夫妻两地分居等。

3. 不良个性特征 心理学把人的性格分为 A、B、C、D 四种主要类型，A 型性格的人争强好胜，B 型性格的人容易满足于现状，C 型性格的人总是强烈压抑自己的情绪，D 型性格又称“忧伤人格”。研究发现 C 型性格易患癌症，一些人过分谨慎、细心、忍让、追求完美、情绪不稳而又不善疏泄，在遇到不幸事件时，往往体验到更多的“不幸”而产生更多的失望、悲伤、忧郁等。这些不良个性特点被证实与癌症的发生有联系。有报告指出，容易发怒或攻击性强的男性，体内抗癌免疫细胞功能较一般人偏低，特别是压抑、愤怒越甚者，细胞抗癌能力越低。

4. 不良生活方式 如，缺少运动、过度吸烟、酗酒、不良饮食习惯、不良性行为



等与癌症的发生也有关系。一些人随着生活水平的提高，开始步入了单纯追求味觉享受的误区。想吃什么就吃什么，或爱吃什么就吃什么，是一种典型的不健康的生活方式。吸烟对健康构成多种危害，不仅会导致癌症，还会增加心、脑、血管疾病的发生率等。

5. 不良应对方式 研究和观察表明，具有坚强信念、乐观精神和不屈斗志者，这些人得知自己患癌症后，泰然处之、方寸不乱，积极配合医生治疗，多数预后良好；反之，若采取悲观绝望、听之任之、对疾病屈从等消极的应对方式，则可直接影响病人的心身健康，加速病情的恶化。

6. 社会支持不良 癌症病人能否获得来自社会各方面的物质及精神上的支持，也影响着身体的康复，能够获得较多社会支持者往往康复得较好，而社会家庭支持系统不良者往往影响康复，社会与家庭的不理解、歧视，沉重的经济负担，尤其是病程较长、治疗手段复杂、治疗费用昂贵等会加重病人的心理负担，加快病情进展。

综上所述，心理-社会因素与肿瘤的关系表现在两个方面：一是成为癌症的病因之一；二是影响癌症病人的存活时间与预后。毫无疑问，重视心理-社会因素有助于癌症的防治。

## （二）心理护理

1. 对病情适度保密 交谈时语言要慎重，多谈些有关病人生活起居、业余爱好等轻松的话题，鼓励其继续保持良好的心态，并对以往的治疗效果加以肯定，对其真实的病情适度保密，以免导致病人过于紧张和恐惧，但必须将病情如实告知病人家属。虽然病人有知情权，但根据我国目前的情况，是否将病情如实告知病人，需要与病人家属及主管医师一起协调，然后作出决定。当需要将病情告知病人时，可配合医生用分阶段告知的方法，每个阶段告知病人哪些情况，告知病情应留有余地，让病人有一个逐渐接受现实的机会，然后根据病人的心理反应逐步深入，避免给病人过于肯定的预后不良的结论，尽可能给病人以希望，以免造成不良后果。

2. 引导有效应对 当病人得知病情进展情况时，要及时作好心理上的安慰和指导，帮助其正视病情、积极应对，鼓励病人调动自身的力量，去遏制癌症的发展，保持良好的心态，提高生存的质量。

3. 建立良好的护患关系 对于癌症病人来说，使他们抱有希望是一种具有科学性和艺术性双重意义的治疗方法。要做到这一点就要求通过护患关系的改善，增强病人对医务工作者的信任感，从而对治疗抱有希望，这也是减缓痛苦的重要条件。要让病人信

任，必须具有高度的同情心和责任心，热忱关怀并尊重病人，耐心地倾听病人的倾诉，细心地作好解释工作。但需与医生的意见保持一致，以免引起病人疑虑。在向病人解释时，注意一次不可谈太多，应分次逐渐使病人真正理解所谈的问题，这可使病人了解病情、治疗和预后，对医护人员产生信任感，积极配合治疗。

4. 合理的心理治疗 根据病人的社会、文化背景、个性特征、生活习惯、对疾病的认识、态度等，有计划地采取一些心理治疗技术，如，暗示疗法、行为疗法、认知疗法、生物反馈等技术，调动其内在的心理抗衡能力，从而缓解紧张，恢复心理平衡。

5. 信息支持 在病人进行手术时、放疗或化疗前不仅要向病人宣传进行这种治疗的重要性，也向病人讲清治疗期间可能出现的不良反应使病人有足够的心理准备，主动克服困难，积极配合治疗。

(邓翠珍)

## 第四章 心理护理技能

目前在我国许多大的综合医院、专科医院、社区保健机构和从事家庭护理的护士，能够运用心理学实践所形成的心理护理技能(包括心理评估、心理咨询和心理护理等)，以研究病人的心理特征和心理水平，诊断和处理病人的心理问题和心理疾病等，并卓有成效。本章仅就与护理心理学相关的心理评估、心理咨询和心理护理的理论知识和临床技能做一简介。

### 第一节 心理评估

在人类疾病发生、发展、治疗、护理、康复和预防的过程中存在着诸多心理、社会文化以及精神价值观的影响，这就意味着健康评估必须包括另一个侧面，即心理评估。

心理评估和心理测验已广泛应用在心理学、医学、护理、教育、管理、军事、司法、人才选拔、择业指导等领域。在临床护理中采用心理评估和心理测验，可对有心理问题、心理障碍或心理疾病的人作出心理方面的判断、筛查和鉴别，这对提供心理护理实施依据，作好心理护理工作和评价心理护理效果是至关重要的。

#### 一、心理评估的概念

心理评估 (psychological assessment) 是评估者依据心理学的理论和方法对个体某一心理现象作全面、系统和深入的客观描述，即对人的心理过程和人格的状态、特征和水

平做出客观测量或描述。

## 二、心理评估的目的

作为健康评估的一个重要部分，心理评估的主要目的是评估病人在疾病发生发展过程中的心理过程，包括认知过程、情感与应激、健康行为，以及个体的自我概念和精神价值观等等，发现现存或潜在的心理或精神健康问题，为心理和精神健康护理提供科学依据。

## 三、心理评估的内容

一般将人的心理活动分为心理过程和人格心理两个方面，两者相互影响。心理过程是指人的心理活动发生、发展和消失的动态过程，即人脑对客观现实的反映过程，包括认知过程、情绪情感过程和意志与行为过程。人格是具有不同素质基础的人，在不尽相同的社会环境中所形成的意识倾向性和比较稳定的个性心理特征的总和，反映了一个人独特的心理品质。其中，自我概念作为人格结构的重要成分，与个体的健康密切相关。此外，精神价值观是人类特有的心理现象，表现为人们对世界观、人生观和价值观的信奉和遵从。精神价值观作为知、情、意统一的一种状态，不仅是人格的根基，而且是影响整个人格结构形成与完善的前提与基础，也是健康的重要影响因素。因此，对个体的心理评估应涵盖上述心理活动和心理现象，即人的认知水平、情感与应激、健康行为。

### （一）认知水平的评估

认知评估包括对感知觉、注意、记忆、思维、语言、定向和智能的全面评估。

#### 1. 感知觉评估

（1）会谈：可通过询问病人以下问题了解其有无感知觉异常。

你觉得最近视力有变化吗？你有夜间视物困难吗？

你的视力对你的生活有何影响？你觉得你的听力有问题吗？

你做过听力测试吗？你的听力对你的生活有影响吗？

你觉得最近你的味觉或嗅觉有变化吗？

你能否辨别气味，能否尝出食物的味道？

有没有一些平时没有的特殊感觉吗？

独自一个人时，能听到有人与你说话吗？声音从哪里来？

什么人的声音？讲些什么？

（2）医学检测：可通过相应的视力、听力、味觉和嗅觉检查验证经会谈获取的主观

资料。

## 2. 注意力评估

(1) 无意注意评估：可通过观察病人对周围环境的变化有无反应等评估无意注意，如对所住病室来新病人、开灯和关灯有无反应等。

(2) 有意注意评估：评估有意注意的方法为指派某些任务让病人完成，如请病人叙述自己入院以前的治疗经过；或嘱病人“用你的左手拿起铅笔，放到右手，然后递给我”，同时观察其执行任务时的专注程度；或询问其“能集中精力做事或学习吗”等。对于儿童和老人，应着重观察其能否有意识地将注意力集中于某一具体事物。

3. 记忆评估 评估记忆的方法有很多种，最为常用的是回忆法和再认法。

(1) 回忆法(recall method)：是评估记忆最常用的一种方法，可用于测量短时记忆和长时记忆。评估短时记忆时，可让病人重复听到的一句话或一组由5~7个数字组成的数字串如电话号码。评估长时记忆时可让病人说出当天进食过哪些食品，或自己的生日，或家人的名字，或叙述孩提时代的重要事件等。

(2) 再认法(recognition method)：也是评估记忆最常用的一种方法，如试卷中的是非题或选择题，在性质上均属以再认法测量学过的知识。再认法可用于测量感觉记忆、短时记忆和长时记忆3种不同的记忆类型，尤其当回忆法无法使用时，如因学习时练习程度不够，或在学到的经验为时已久、记忆模糊的情况下。回忆法已不适用，此时再认法可以弥补回忆法的不足。

(3) 评定量表测评：记忆测验常用于神经心理研究，尤其适用于脑损伤、老年痴呆、智力低下等的研究，多为成套测验，如韦氏记忆量表(Wechsler, memory scale, WMS)及其修订版、Rivermead 行为记忆测验(Rivermead behavioural memory test, RBMT)、再认量表(Recognition memory test, RMT)、临床记忆量表等。

4. 思维评估 主要针对思维形式和思维内容进行评估。

(1) 概念化能力评估：对病人概念化能力的评估可在日常护理过程中进行，如请经过数次健康教育后的病人总结概括其所患疾病的特征、所需的自理知识等，从而判断病人对这些知识进行概念化的能力。同时注意病人言语的速度、连贯性等，评估其有无联想障碍。

(2) 判断力评估：可询问病人有关日常生活或工作中可能出现的情况并请其做出判断，评估其有无判断能力受损。

你感到疼痛时怎么处理?

你出院后准备如何争取他人的帮助?

如果你违反了交通规则,警察示意你停下,你将怎么办?

(3) 推理能力评估:评估推理能力时,护士必须根据病人的年龄特征提出问题,通常让病人解释一些成语的意义,如拔苗助长、坐井观天、过河拆桥等,或让病人比较两种事物的异同点,如询问病人“橘子与苹果有什么异同点”等。推理能力受损者不能正确比较事物间的差异,或不能正确地解释成语。

(4) 思维内容评估:可询问病人以下问题评估病人有无思维内容障碍。

周围的人,如你的同事或家人对你的态度如何?

有没有人对你不友好,对你暗中使坏?

外界有没有东西能影响或控制你的思维或行动?

5. 语言能力评估 可通过提问、复述、自发性语言、命名、阅读和书写等方法进行评估,如发现语言能力异常,应进一步明确其语言障碍的类型。

(1) 提问护士提出一些由简单到复杂,由具体到抽象的问题,观察病人能否理解及回答是否正确。

(2) 复述护士说一个简单词句,让病人重复说出。

(3) 自发性语言让病人陈述病史,观察其陈述是否流利,用词是否恰当,或完全不能陈述。

(4) 护士取出一些常用物品,要求病人说出名称,如不能,则让病人说出其用途。

(5) 阅读让病人:①诵读单个或数个词、短句或一段文字;②默读一段短文或一个简单的故事,然后说出其大意。评价其读音及阅读理解的程度。

(6) 书写包括:①自发性书写:要求病人随便写出一些简单的字、数码、自己的姓名、物品名称或短句;②默写:让病人写出护士口述字句;③抄写:让病人抄写一段字句。

6. 定向力的评估 可通过下述问题评估病人时间、地点、空间和人物定向力有无异常。

(1) 时间定向力:请问现在是几点钟?你知道今天是星期几?请告诉我今年是哪一年?

(2) 地点定向力: 请告诉我你现在在什么地方?你家住在哪里?

(3) 空间定向力:我站在你的左边还是右边?呼叫器在哪儿?床旁桌放在床的左边还是右边?

(4) 人物定向力:你叫什么名字?你知道我是谁吗?

7. 智能评估 临床常通过一些有目的的简单提问和操作了解病人的常识、理解能力、分析判断能力、记忆力和计算力等,从而对病人智能是否有损害及其损害的程度做出粗略的判断。此外,还可使用简明智能状态检查(mini-mental state examination, MMSE)、长谷川痴呆量表(Hastgawa dementia scale, HDS)、神经行为认知状态测试(neurobehavioral cognitive status examination, NCSE)、洛文斯作业疗法认知评估(Loevewstein occupational therapy cognitive assessment, IJOTCA)等工具对病人的智能进行评估。

此外,画钟测验也是较为常用的评估智能的方法。该法要求病人在白纸上独立画出一个钟,并标出指定的时间如9点15分,10分钟内完成。画钟测验看似简单,完成它却需要很多认知过程参与。本测验与文化相关性很小,不管何种语言和文化程度,只要能够听懂简单的提示语,都能按要求完成。

## 8. 相关护理诊断

(1) 急性意识障碍、慢性意识障碍 与感觉器官疾病、精神病性疾病、药物滥用等有关。

(2) 记忆功能障碍 与脑部器质性疾病、应激事件、注意力不集中等有关。

(3) 语言沟通障碍 与思维障碍、意识障碍、言语发育障碍等有关。

(4) 感知觉紊乱 与感觉器官疾病、精神病性疾病、药物滥用等有关。

### (二) 情绪与情感的评估

1. 会谈 是评估情绪与情感最常用的方法,用于收集有关情绪、情感的主观资料。可通过询问以下问题进行,并应将问诊结果与病人的家属如父母、配偶、同事、朋友等核实。

你近来心情如何?你如何描述你此时和平时的情绪?

有什么事情使你感到特别高兴、担心或沮丧?

这样的情绪存在多久了?你感到生活有意义吗?

2. 观察与医学检测 观察与测量病人情绪与情感的外部表现与生理变化。

(1) 情绪与情感的外部表现:情绪与情感的外部表现又称为表情,包括面部表情、身体表情和言语表情。

1) 面部表情：是情绪在面部肌肉上的表现。人的眼睛是最善于传情的，不同的眼神可以表达不同的情绪，如高兴时眉开眼笑、气愤时怒目而视等。口部肌肉的变化也是表现情绪的重要线索，如憎恨时咬牙切齿、哭泣时口角向下等。整个面部肌肉的协调活动能显示出人类丰富多彩的情绪状态。

2) 身体表情：是情绪在身体动作上的表现。人在不同的情绪状态下身体姿势会发生不同的变化，如得意时摇头晃脑、紧张时坐立不安、悔恨时捶胸顿足等。在身体表情中，以手势最为重要。

3) 言语表情：是情绪在语言的音调、速度和节奏等方面的表现。言语不仅是交流思想的工具，也是表达情绪的手段，如喜悦时音调高亢、速度较快；悲哀时音调低沉、速度缓慢等。

3. 情绪与情感的生理表现情绪过程总伴随着一系列的生理变化，主要为呼吸系统、循环系统等等的变化。因此可观察和测量病人的呼吸频率、心率、血压、皮肤颜色和温度、食欲及睡眠状态等变化，以获得其情绪与情感改变的客观资料。注意对会谈所收集的主观资料进行验证，如紧张时常伴有皮肤苍白，焦虑和恐惧时常伴有多汗，抑郁时可有食欲减退、睡眠障碍、体重下降等。

此外，对于情绪抑郁者，还需要观察其有无自杀倾向和自伤或自杀行为。常见的自杀倾向包括行为的突然改变，如将自己珍藏的财物捐献出来，回避社交场合，愿独处等。

#### 4. 相关护理诊断

- (1) 焦虑 与需要未得到满足、过度担心、自责、不适应环境等因素有关。
- (2) 疲乏 与缺乏兴趣、精力不足等有关。
- (3) 恐惧 与躯体部分残缺或功能丧失、疾病晚期、环境因素、恐怖症等有关。
- (4) 绝望 与情绪抑郁、无价值感有关。
- (5) 睡眠形态紊乱 与疾病因素、心里应激、情绪抑郁、兴奋状态、环境改变等有关。
- (6) 有自伤/自杀的危险 与情绪抑郁、无价值感、沮丧等有关。
- (7) 有对他人施行暴力的危险 与易激惹、自控能力下降等有关。

#### (三) 应激的评估

通常可采用问诊、观察、评定量表测评和体格检查等方法对个体面临的应激源、应激中介因素及应激反应等进行评估。

1. 会谈 会谈的重点包括应激源、应激心理中介因素及应激反应。

(1) 应激源：通过询问下列问题了解病人近 1 年内是否经历重大生活事件和日常生活困扰及其对个体影响的主次顺序。

目前让你感到有压力或紧张焦虑的事情有哪些?近来你的生活有哪些改变? 由于疾病、住院、生活改变或家庭事件,你经历了哪些压力?

你所处的环境是否让你紧张不安或烦恼?什么原因?你与家人的关系如何?

有无不和?有无使你感到痛苦或烦恼?你是否感到工作压力很大,无法胜任?你的经济状况如何?是否感到入不敷出?

(2) 应激心理中介因素：包括病人对其所面临的应激源的认知评价、应对方式、社会支持及个性特征。

1) 对应激源的认知评价：这件事对你意味着什么?你是如何看待的?你认为自己是否有能力应对这件事?如果你无法控制这件事,你会有何感觉?

2) 应对方式：通常你采取什么方式缓解紧张或压力?告诉我下列措施中最能描述你应对方式的是哪种?与他人交谈、想办法解决问题、抱怨他人、寻求帮助、从事体力活动、祈祷、试图忘却、用药或酗酒、睡觉、什么都不做、认命或其他?

3) 社会支持：当你遇到困难时,你的家人、亲友和同事中谁能帮你?当你遇到困难时,你是否主动寻求家人、亲友或同事的帮助?你对家人、亲友或同事的帮助是否满意?

4) 个性特征：一般你面对困难时采取什么样的态度和行为?你做事情和作决定是独立完成还是依赖他人?遇到不开心的事,你是喜欢说出来还是闷在心里?

(3) 应激反应：通过询问下列问题了解病人应对的有效性 & 应激的心身反应。通常你能否解决你的问题和烦恼?你采取的措施是否有用?你是否觉得身心疲惫?

## 2. 观察与医学检测

(1) 一般状态与行为：观察有无畏食、胃痛、多食、疲乏、失眠、睡眠过多、头痛或胸痛等应激所致的生理反应；有无记忆力下降、思维混乱、解决问题能力下降等应激所致的认知改变；有无焦虑、抑郁、无助和愤怒等情绪反应；有无行为退化或敌对、物质滥用、自杀或暴力倾向等应激所致的行为反应。

(2) 全身各系统的变化：注意评估有无心率、心律、血压改变；呼吸频率和形态的变化情况；消化道功能情况，有无畏食、腹痛等主诉；肌张力和身体活动情况；皮肤的温度、湿度和完整性情况。



### 3. 相关护理诊断

- (1) 应对无效 与没有自信、无助感有关。
- (2) 精神困扰 与感觉超负荷、认识障碍、支持系统不足等有关。
- (3) 创伤后综合征 与重大创伤或事故有关。
- (4) 社会交往障碍 与疾病所致活动受限、行为异常、家庭和社会支持缺乏有关。
- (5) 有对他人施暴的危险 与酒精或药物依赖、过度焦虑、情绪不稳等有关。

#### (四) 健康行为的评估

健康行为评估的侧重对行为的描述，与心理测验一样同属心理评估的范畴。可以通过会谈、观察和评定量表测评等方法对健康行为进行评估。

1. 会谈 通过询问下列问题了解病人是否存在不良的生活方式与习惯、是否有危害健康的行为和在疾病过程中的行为，以及是否存在危害健康的行为模式等。

##### (1) 生活方式与习惯

你的饮食是否规律? 你是否有饮食过度的情况?

你是否喜欢高盐或高脂肪的饮食? 你是否喜欢油炸食品?

你每天进食多少蔬菜和水果? 你经常运动吗? 每周多少次? 每次多少时间?

##### 日常健康危害行为

你是否吸烟? 若是，每天的量是多少?

你是否饮酒? 若是，每天的量是多少?

你是否有吸毒行为? 若是，何时开始?

你有过不洁性行为吗? 何时? 频度如何?

##### (3) 病感行为

你是否经常怀疑自己患有疾病? 你是否害怕到医院看病?

你身体不舒服时是否及时就医? 你是否遵从医生的治疗方案?

你是否想放弃治疗?

##### (4) 致病行为模式

你做事是否有耐心? 你喜欢做富有竞争性的事情吗?

你是否经常觉得时间紧张? 你是否觉得压力较大?

2. 观察 观察内容包括病人的健康行为或损害健康行为发生的频率、强度和持续时间等，如饮食的量、种类，有无节食或暴食行为；日常运动类型、频次；就诊过程

中出现的行为；有无吸烟、酗酒、吸毒行为或皮肤注射痕迹、瘢痕；是否存在致病行为模式等。

3. 评定量表测评 健康促进生活方式问卷，用于测量健康促进行为。量表共有 52 个条目，包括健康责任、自我实现、营养、人际间关系、压力应对和运动等 6 个方面内容。采用 1—4 级评分。得分越高表示健康促进生活水平越高。

#### 4. 相关护理诊断

(1) 健康维持能力低下 与健康知识缺乏、个人应对无效等有关。

(2) 不依从行为 与健康知识缺乏、不能耐受药物不良反应、对健康人员不信任有关。

(3) 调节障碍、精神困扰 与无能力改变生活方式、认识障碍、支持系统不足有关。

### 四、心理评估的方法

#### (一) 调查法

调查法是通过各种询问、问卷、调查和座谈等方式了解被评估者的心理特征、心理状态等有关资料，并进行定性分析研究的一种方法。调查的对象主要以被调查者的自我陈述为依据，也可以是“知情人”，即家属、朋友、同事等相关人员的陈述，这样获得的是间接资料。

调查包括历史调查和现状调查两个方面。历史调查包括查阅档案、文献资料和向了解被调查者过去经历的人调查等。现状调查则主要围绕与被调查者当前心理、行为异常问题有关的情况进行。调查方式除了一般询问以外，还可以采用调查表或问卷的方式，以及电话、网络和信函方式进行。根据调查取样特点，可以分为普查、抽样调查和典型调查(即对某一范围内的少数典型对象进行调查)。

#### (二) 观察法

观察法是质性研究中的另一种收集资料的方法。评估者通过对被观察者的可观察行为(如动作、姿态、表情、言语)表现进行有目的、有计划地观察和记录，进行定性分析和心理评估。

观察的途径可以是直接观察或间接观察(如通过摄像等)。根据研究者是否参与被观察者的活动，观察法可以分为自然观察法和控制观察法两种形式。自然观察法是指在自然情境中被观察者的行为不受观察者的干扰，按照其本来的方式和目标进行时所得到的观察。自然观察时观察者必须防止被观察者察觉到自己的行为受到他人的观察，否则

会影响到被观察者的行为表现，导致观察失效。控制观察法是指在经过预先布置的特定情境中观察被观察者的行为表现。

观察法使用方便，得到的材料比较真实而客观，对儿童、重症病人和一些精神障碍者进行心理评估更为切实。观察法的不足之处在于观察得到的只是外显行为，被观察者的外显行为可能受多种因素的作用，经常带有一定的偶然性，使观察结果不易重复。因此，对于内隐的认知评价、态度、情感等过程的研究难以应用该方法。

### （三）晤谈法

晤谈法在心理评估中，又叫访谈法或会谈法。晤谈法是心理评估者与被评估者面对面交谈收集资料的一种方法。根据晤谈的组织结构，可以分为自由式晤谈和结构式晤谈两种形式。

1. 自由式晤谈 晤谈双方以自然的方式进行交流。谈话是开放的，没有固定的问题和程序，通过自由交谈，让被评估者毫无戒心地、自然而然地说出想说的话，评估者可以根据评估的目的和被评估者的实际情况灵活提问。

2. 结构式晤谈 评估者根据特定的目的预先设定好晤谈的提纲或问题表，根据此表向被评估者提出问题，被评估者按要求回答。结构式会谈的内容有所限制，谈话的效率较高。评估者可以根据统一的方法处理被评估者的回答，资料便于统计分析和交流。

### （四）心理测验法

心理测验是指用心理学的理论和技术对人们的心理状态和行为表现进行客观的标准化的测量，以确定心理现象在性质和程度上差异的一种评估方法。标准化是心理测验的最基本要求。心理测验可以对心理现象的某些特定方面进行系统的评估，如个体的能力、态度、性格、情绪状态等。由于心理测验一般采用标准化、数量化的方法，所得结果可以参照常模进行比较和解释，因此，可以减少主观因素的影响。

心理测验的种类繁多，应用范围十分广泛。在护理领域应用心理测验主要是对健康者、病人进行心理学有关方面的内容，如智力、人格、特殊能力、症状、情绪状态、行为表现等方面的评定。心理测验可以为心理评估提供巨大帮助，但应用不当也会造成不良后果。这就要求对心理测验的应用和测验结果的解释应当慎重，不可夸大和滥用，应当结合其他方面的信息作为必要的参照，才能充分发挥心理测量的效力。

## 五、心理评估的主要功能

心理评估对护理实施及质量评价具有指导意义，是护理过程中不可缺少的环节。护

理过程中，心理评估主要有以下功能。

#### （一）筛选心理病人

大多数病人都伴有不同程度的心理问题，通过心理评估，可以筛选病人心理问题的程度，并给予主动及时干预，帮助病人恢复心理健康。

#### （二）提供心理护理实施依据

通过心理评估，可以把握病人心理问题轻重缓急，进一步了解引发原因，了解主要影响因素，为实施干预性措施提供依据。

#### （三）评估实施效果

心理评估的另一个重要功能是评价心理护理效果，了解病人心理问题是否解决及恢复程度。

### 六、心理评估的程序

#### （一）确定评估目的

明确评估希望达到的目标，如是为了鉴定智力、人格特征，还是判断被评估者有无心理问题、心理障碍等。

#### （二）资料收集

主要应用调查法、晤谈法和观察法。在这个过程中，详细了解被评估者当前心理状态（心理反应的性质和强度）、心理问题和异常行为；了解问题的起因及发展、可能的影响因素、早年生活经历、家庭背景、当前的人际交往、社会环境适应情况等。

#### （三）资料分析

这个过程经常要应用心理测验的方法，对被评估者的特殊问题和重点问题作深入、全面地了解 and 评估。

#### （四）作出结论

将前面评估获得的资料进行分析、处理，得出评估结论，并对被评估者及有关人员解释评估结果，以确定下一步对问题处理的目标、方案等。

### 七、对评估者的要求

#### （一）专业知识要求

临床心理评估者首先要具备心理学方面的专业知识，如心理评估和心理测验学方面的专业知识，以及经过有关技术的专门训练。其次，评估者还应具备对个体健康与疾病及其相互影响的医学和护理学知识、心理、病理学有关知识，能够鉴别正常与异常的心

理现象。

## （二）心理素质要求

1. 评估者要有敏锐的观察能力 善于观察被评估者外部表情变化及与其晤谈时的语音、语调，以推测其内部心理活动的性质和变化情况。

2. 评估者应具有较高的智能水平 如分析、综合、比较、判断和推理能力。

3. 评估者应具有稳定愉快的情绪 给予被评估者轻松自如的感受，也利于双方建立良好的协调关系。

4. 评估者应具有健全的人格 评估活动需要评估者镇定、沉着、反应敏捷、勤奋、坚毅的个性参与。

5. 评估者应认识自我 只有正确地认识自己才有可能正确地认识他人，评价他人。

6. 评估者应具备良好的沟通能力 心理评估离不开与人打交道，缺乏沟通能力或技巧则很难使对方敞开心扉，这样就得不到所需要的评估信息。

## （三）职业道德要求

评估者要严格遵守心理评估的职业操守。尊重被评估者的人格，认真、严肃对待被评估者的健康和疾病问题，保护被评估者的利益，保守心理测验结果的秘密，测验的结果，仅限个人及相关人员了解，而不对外公开，妥善保管心理评估的个人资料。

# 八、心理评估的实施原则和注意事项

## （一）实施原则

1. 标准化原则 心理评估的结果对于制定个性化的护理方案十分重要，准确评估病人的心理，有利于指导护士选择合适的健康教育方式。因此，评估病人临床护士应该具有一定的心理护理技能，切不可因为强调对病人的生理评估而忽略心理评估或使其流于形式。

2. 动态性原则 病人的心理活动受疾病发展进程、环境等因素影响而不断变化。临床心理评估必须因时而异，动态评估病人心理状态。

2. 综合性原则 了解量表评估的局限性，不宜将量表评估绝对化，需结合其他方法和诊断结果，综合评定。

## （二）注意事项

1. 主试 需要经过严格训练，有一定心理基础，熟悉测验的内容、功能、适用范围、优缺点。必须按照标准化程序操作。应热情、耐心、细致、尊重被试。操作熟练，

仔细观察被试的表情和反应，形成良好的主、被试关系，以便密切配合。

2. 被试 意识清醒，能控制自己的情绪和行为以适应测验要求。精力充沛、自愿合作。符合测验所规定的其他要求。

3. 时间 一般选择被试精神状态最佳的时期，上午最好，以不超过 1 小时为宜。

4. 环境 安静清洁，室内布置不宜新奇华丽，以免分散被试者的注意力。

## 第二节 心理咨询

迄今世界上心理咨询的发展已有近百年的历史，我国从 20 世纪 80 年代以来心理咨询事业也得到了迅速的发展。随着心理咨询工作的推进，人们越来越认识到了心理咨询是一种关注心灵的科学和艺术，它正被广泛应用于各行各业。

### 一、心理咨询的概念

“咨询”一词来源于拉丁语 *consultation*，有询问、商议、建议、忠告、给人以帮助的意思，是一个帮助、指导和教育的过程，一般需要多次进行。

心理咨询 (psychological counselling) 概括地说，是指心理咨询师协助来访者解决心理问题的过程。具体地讲，心理咨询是来访者（即要求进行心理咨询的人）与心理咨询师之间，就来访者提出的问题和要求进行共同分析、研究和讨论，找出问题的所在，经过心理咨询师的启发和指导，找出解决问题的方法，以克服情绪障碍，恢复与社会环境的协调适应能力，维护身心健康。

### 二、心理咨询的意义

#### （一）促使行为变化

来访者通常会出现各种各样的行为问题，于是改变来访者的不良行为就成为咨询的重要目的之一。咨询者可以采用专门的心理治疗技术或配合必要的药物或器械进行治疗，把治疗方案付诸实施，达到改变来访者不良行为的目的。

#### （二）提高问题处理能力

咨询的目的必须基于来访者的需要，咨询有两个基本目标：一是提高来访者处理问题和发展机会的能力；二是帮助来访者学会更有效的处理其生活中的问题。

#### （三）提高决策水平

心理咨询的一个根本目的是协助来访者作出适合自己的决定。然而来访者往往由于认知偏差或强烈的内心冲突而无法作出决定，因此通过咨询来纠正来访者的认知偏差，减轻来访者的内心冲突，可以提高其决策水平。

#### （四）改善人际关系

一个有效的心理咨询，可以帮助来访者认清个人与他人相互关系中存在的的人际困扰，化解自身人际交往中的困难或障碍，获得更好的社会支持，提高社会适应能力。

#### （五）挖掘和发展来访者潜能

心理咨询的一个重要方面是协助来访者全面认识自我并评价自我从而能够更好的适应社会和生活。心理咨询不仅能让来访者全面认识自我，也能促使来访者加强自我内省，找出真实的自我或解除对真实自我的困惑，使他对自我的理解得以提高或深入，享受属于自己的生活。

### 三、心理咨询的形式

#### （一）按照咨询途径分类

1. 门诊咨询 是咨询中最主要、最有效的形式。指来访者到专门的心理咨询机构或医院的心理咨询门诊进行登门求助。通过面谈，来访者可以充分详尽地倾诉，可将自己的烦恼、焦虑、不安和困惑都直接告诉咨询者，咨询者在耐心倾听的基础上，可与来访者进行面对面的磋商、讨论、分析和询问。

2. 电话咨询 利用电话通话的方式给予来访者劝告、安慰、鼓励和指导。此形式通过电话进行交谈，是一种较为方便而又迅速及时的心理咨询方式。

3. 书信咨询 书信心理咨询是通过书信的形式进行的，多用于路途较远或不愿暴露身份的来访者。

4. 互联网咨询 此形式是心理咨询师通过互联网帮助来访者。常见于电子邮件、QQ、MSN、论坛等形式。网络以其极强的保密性、隐蔽性、快捷性、及实时性，为心理咨询提供了无限发展的空间。

5. 专栏咨询 专栏咨询是通过报刊、期刊、电视、广播等大众传媒形式，对读者、听众、观众的典型心理问题公开解答。

6. 现场咨询 是咨询机构的专业人员深入到基层，如学校、家庭、机关、企业、工厂、社区等地方，现场接待来访者，为广大来访者提供多方面服务的一种咨询形式。

#### （二）按照咨询对象的数量分类

1. 个别咨询 由来访者单独向咨询机构提出咨询要求，一般也由单个咨询者出面解答、劝告和帮助的一种形式。它是心理咨询的主要形式。

2. 团体咨询 由咨询机构根据来访者提出的问题，将他们分成小组进行商讨、引导，

解决他们共同心理问题的一种形式。团体咨询是由咨询机构根据来访者所提出的问题，将他们分成若干小组(每组 2 人以上至几十人，但一般以 10 人左右为宜)，进行商讨、引导，解决他们共同心理问题的一种形式。

#### **四、心理咨询的范围**

心理咨询的范围较广，主要有发展心理咨询、社会心理咨询和医学心理咨询。

##### **(一) 发展心理咨询**

按人的发展历程分为优生与胎教、儿童心理咨询、青春期心理咨询、青年心理咨询、中年及更年期心理咨询、老年心理咨询等。

##### **(二) 社会心理咨询**

包括人际交往心理咨询、婚恋心理咨询、家庭心理咨询、求学与就业心理咨询、不良行为方式的心理咨询、性心理咨询、司法犯罪心理咨询等。

##### **(三) 医学心理咨询**

包括各类精神轻度失调及精神疾患、各种神经症、各种身心疾病、人格及行为障碍、各种慢性疾病、伤残心理咨询等。

#### **五、心理咨询的原则**

在心理咨询过程中，为了有效地帮助来访者排忧解难，必须遵循以下指导性的原则。

##### **(一) 保密性原则**

咨询者应保守来访者的谈话内容和内心秘密；妥善保管个人信息、来往信件、测试资料等；不得向外部任何人公开。该原则是咨询原则中很重要的一条原则，它既是咨询双方建立相互信任的基础，也是伦理道德和法律的要求。

##### **(二) 时间限定的原则**

心理咨询必须遵守一定的时间限制。咨询时间一般规定为每次 45 分钟左右，原则上不能随意延长咨询时间或间隔。

##### **(三) 自愿的原则**

到心理咨询室咨询的来访者，必须出于完全自愿，这是确立咨询双方关系的先决条件。

##### **(四) 感情限定的原则**

在咨询过程中，咨询者和来访者除咨询关系外，不能产生其他情感关系，双方最好不以其他关系进行接触和交往，以避免咨询者客观、公正地判断事物。



## （五）助人自助原则

咨询者的咨询不是为来访者出主意、想办法、作决定，而是帮助来访者自己想清楚问题所在，从而双方共同找出解决问题方法的过程。“自助”是指通过心理咨询，帮助来访者增强自己、帮助自己的能力。

## 六、心理咨询的程序和技术

### （一）心理咨询程序

1. 初始阶段 初始阶段首先是收集资料，了解情况。

（1）来访者的一般情况，如姓名、性别、年龄、民族、文化水平、职业、兴趣、爱好、生活经历等。

（2）来访者所面临的主要问题，如学习焦虑、失恋、就业困难、人际关系失调、经济困难、竞争压力、躯体、精神方面的主要症状；想迫切解决的心理困扰、最痛苦的内心体验、近期重大的生活事件、想要达到的咨询目的等。

（3）来访者心理问题的背景资料，即与主要问题相关的资料。

（4）建立咨询关系：良好咨询关系的建立受咨询者和来访者双方的影响，对来访者而言，其咨询动机、合作态度、期望程度、自我觉察水平、行为方式以及对咨询者的反应等，会在一定程度上影响咨询关系。对咨询者而言，其咨询态度对咨询关系的建立和发展具有更为重要的作用。

（5）咨询者对来访者采取尊敬、真诚和赋予同感的态度，是影响咨询进程和效果的关键。尊敬体现在以礼待人、信任对方、保护隐私，让来访者感到获得咨询者的重视。咨询者的真诚，可以为来访者提供一个安全自由的氛围，可以消除对方的疑虑，让他完全袒露自我，积极自我探索，促进自我的改变，从而增进咨询者和来访者双方更深入地交流。

（6）同感指的是体验别人内心世界的的能力，即咨询者借助来访者的言行，深入对方内心去体验他的情感、思维，把握来访者的体验与他的经历和人格之间的关系，更好地理解问题的实质。良好的咨询关系应贯穿在心理咨询的全过程。

2. 分析与认知问题阶段 通过对所掌握的材料进行分析、比较和讨论，找出主要的问题，然后制订咨询目标、计划和策略，这是心理咨询的深入阶段。常采用的方法有询问、提问，让来访者自我解释，帮助来访者进一步了解自己，发现自己的问题，弄清问题的实质。

3. 行动转变阶段 这是咨询过程中最重要的阶段。来访者在这一阶段开始自我转变。行动转变过程，来访者自己作决定，别人不能代替。咨询者在一般情况下不要直接地、具体地告诉来访者应该如何做，而是提出建议，初步设想可能解决的办法，以及对这些办法可能引起的结果进行评价，让来访者通过对比，自己去体会其可行性，并选择其中最适合自己的办法，或启发来访者自己运用在咨询过程中得到的领悟，制定解决目前心理主要问题的方案，并采取行动。

4. 结束与巩固阶段 咨询者应对整个咨询过程、咨询目标、存在的问题、主要症结、处理建议和咨询效果作简洁、明确的小结，可使来访者更清楚地认识问题、获得领悟启示，以后要依靠自己的力量塑造自己，使咨询者理清思路，总结经验，巩固咨询效果。如果咨询效果不佳，应重新确定咨询目标，选择新的咨询方案。

## （二）心理咨询的基本技巧

所谓技巧，就是基本方法的灵巧运用。心理咨询工作的成败，与咨询者在工作过程中是否能灵巧地运用心理咨询的基本方法与技术紧密相关。根据国内、外心理咨询工作的实践经验总结，心理咨询的基本技巧包括参与技巧、影响技巧和非言语交流技巧。

1. 参与技巧 具体包括倾听、封闭式提问、开放式提问、鼓励、释义、情感反应和概括等。

（1）倾听：是参与的关键，也是心理咨询的核心。美国心理咨询学家基伯森曾言：“学会倾听是心理咨询的先决条件。”心理咨询条件下的倾听不同于一般社交谈话中的聆听，它要求心理咨询者认真地听对方讲话，认同其内心体验，接受其思维方式，以求设身处地之功。

在倾听当中，心理咨询师要随着当事人的主述作出一系列言语与体语表示。其中言语的表示通常包括“嗯、噢、是的、我明白了”等伴语。而体语表示则通常包括点头、注视、面部表情的变化、适宜的坐姿及一定的沉默等。这些言语与体语的表示应随着当事人主诉的喜、怒、哀、乐的变化而变化，借以加深当事人对心理咨询员的信任，并强化其继续讲话的欲念。在这层意义上讲，倾听是使当事人打开“话匣子”的开关。

在实践中，倾听意味着学会沉默，学会设身处地地去体验来访者的内心感受并作出赋予同感的反应。同时，倾听不是要心理咨询者放弃个人的信念与价值观，而是要让他学会兼容并蓄，学会从他人的角度思考问题，并学会在不放弃个人的信念与价值观的条件下，接受他人的信念与价值观，以能够更好地体验其感受，把握其思路，作出由衷的

同感反应。

(2) 封闭式提问：是指咨询者事先对来访者的情况有一个固定的假设，而期望得到的回答，只是验证假设的是与否。常用“是不是、对不对、有没有、喜不喜欢”等形式的提问，如：“你经常失眠吗？”“你经常去看望父母吗？”“你和同事相处得好吗？”，来访者听到提问后，只用“是”、“否”等一两个字简单回答问题。其作用是获得特定的信息、澄清事实、缩小讨论问题的范围，如“我们先谈你与同学交往的问题好不好？”。

当来访者偏离正题时，运用此技巧把话题引回正题，在探索问题阶段用此技巧来证实某些事情，能节约时间。但是在咨询过程经常用封闭式提问，让来访者总是处在被动的地位，会降低来访者的咨询动机，压制其愿望和积极性，易产生被询问感而压抑自己，不配合咨询工作。在咨询中封闭式提问与开放式提问结合使用，对把握来访者的问题更全面。

(3) 开放式提问：是指咨询者让来访者从自己的参考框架出发，自主地确定回答问题的方向和内容，用自己的话表达内心所想的问题，给来访者回答问题留有充分的自由度，通常不能用一两个字就能回答问题，如“你能谈谈与同学的关系吗？”，常用“什么、如何、能不能、要不要、为什么”等形式来提问。

运用此技巧来访者可以自由发表意见，没有限制和固定答案，可以就认识、行为、态度、人际关系等随意详细地谈论，从而带来更多的信息。其作用一是让来访者自由发挥，便于收集更多的材料；二是让来访者用自己喜欢的方式详细回答问题，便于他们深入地分析自我，充分地展现出自己的人格心理特征和挖掘心理问题，也利于推动交谈向纵深方面发展。

(4) 鼓励：是指对了解自己的适应问题、心理困扰或疾病的性质之后，消极悲观、缺乏自信的来访者得到咨询者的关注、理解和鼓励。其作用是使来访者能振作精神、鼓起勇气、增强应对危机的信心。鼓励所用的技巧，有咨询者向来访者点头示意或说出肯定、赞同的话，如“好”、“我理解”，或者“你以前那么困难都过来了，说明你是很有潜力的”、“你有许多地方比别人强”，以此让来访者振作，增强自信心。

(5) 释义：亦即说明，就是将来访者谈话的主要内容、意思，用咨询者自己的话再反馈给来访者。其作用一是咨询者向来访者核对自己对来访者说话内容的理解程度，确保理解的准确性；二是对来访者起鼓励作用，支持他继续说下去；三是重复的主要是“关键词”、“引导词”，帮助来访者重新探索自己的问题，重新审视和分析自己所面临

的情感、适应等困扰，把谈话引向深入。

(6) 情感反应：是指咨询师把自己的情绪情感活动状况告诉来访者，让其明白，即咨询者把来访者在交谈中所叙述的情感内容、各种体验、感受表达出来，如咨询者“听了你的话我很难过”、“我很高兴你有这样的进步”。其基本作用就是引导来访者注意和探索自己的感受和情绪体验，重新认识和审视自己的情绪反应。有时，也能起到稳定来访者会谈心情的作用。

(7) 概括：是指咨询者将来访者言语和非言语行为进行分析综合，归纳整理，将其情感、事实观点系统地整理一遍。其作用是使来访者有机会把自己叙述的信息再次回顾整合，使其有一个重新审视自己的机会，更好地认识自己，补充材料，以便确定咨询者是否正确理解了自己，使咨询者有机会检查自己对谈话内容的理解是否正确。此技巧可在一次会谈结束或一阶段会谈结束时使用。

2. 影响技巧 具体包括解释、指导、自我暴露、反馈等。

(1) 解释：是指咨询者运用有关的心理学理论说明来访者思想、情感和行为产生的原因、发展过程、实质、影响因素等，促使其从一个新的角度加深对自身问题的认识和理解，产生领悟，进而作出积极的改变。

解释形式一般有两种，一种是根据咨询者个人的经验及对来访者问题的了解与分析得出的；另一种是根据不同的心理咨询与治疗的理论，对来访者的问题作出的解释。不管哪一种解释，其目的都是为了帮助来访者对自己所遇到的问题有一个新的认识。

运用解释技术时，一是咨询者要针对不同来访者的具体问题，灵活而富有创造性地进行思考和表达，而不是生搬硬套、牵强附会地解释一通。二是解释应因人而异，例如，对受教育程度较高的来访者，解释可以系统、全面些，而对受教育程度较低来访者，应使用他们能听得懂的理论 and 语言，对其问题作出科学的解释，使其感到明白可信。所以咨询者必须掌握有关理论，并具有一定的工作实践经验，才能对来访者的问题作出恰当的解释，使其接受，这样的解释才有效。

(2) 指导：是指咨询者直接告诉来访者去说某话、做某事、如何做，并鼓励他去做。指导是一种极具影响力的会谈技巧，在咨询的各个阶段都可以使用。例如，在评估问题、确定目标阶段，咨询者可以指导来访者的言行作出某种改变：“请你将‘我的身体实在不好’改为‘我希望自己的身体通过治疗和锻炼好起来…’”，这能使病人清晰地理解自己的目标。

指导的形式：一是根据某种心理咨询理论进行指导，针对来访者不同原因，不同情况采用不同理论技巧予以具体指导。如系统脱敏疗法理论说服、指导来访者进行各种训练、用新的行为代替旧行为；二是咨询者根据个人经验进行指导。

运用指导时注意咨询者应该让来访者真正理解指导内容，咨询者应知道自己对来访者指导的方向，考虑会收到什么效果。对来访者指导时，咨询者不能以权威的身份出现，强迫来访者接受指导，避免伤害他们的自尊心，影响咨询关系和指导效果。

(3) 自我暴露：是咨询者把自己的情感、思想、经验等方面的信息告诉来访者，与来访者共同分担。其作用一是增加了咨询者对来访者的吸引力，提高了来访者对咨询者的认同感，促进双方互相信任的咨询关系；二是使来访者从咨询者身上感到温暖和通情达理，感到有人分担他的困扰，促进了来访者的自我了解、自我认识和自我接纳。

应注意咨询者自我暴露的是与来访者所谈内容有关的体验，要求咨询者的自我暴露程度应恰到好处，重点始终都应放在来访者身上，不可喧宾夺主，更不应以自己的长处来反对来访者的短处。自我暴露的内容要实事求是，情感反应符合内容。咨询者自我暴露的目的不是表白自己，而是引导来访者开放，如：“你目前的感受我能想象得出，我以前也有类似的经历”，以启发、帮助来访者。

(4) 反馈：是指来访者所发出的信息到达咨询者后，咨询者通过某种方式又把信息传回给来访者，使来访者的本意得以扩展、澄清或改变。反馈的作用是让来访者知道他个人的问题、想法和做法，在咨询者看来是否合理、有效，咨询者是否赞同。反馈技术的运用能让来访者感到咨询者对自己的尊重和关注，从而使咨询双方关系更融洽。

3. 非言语交流技巧 人的心理活动是通过外部的行为（面部表情、体态表情、言语表情等）表现出来的。心理咨询的实践表明，在咨询过程运用言语表达技术，促进咨询者与来访者双方交流信息、沟通感情、建立咨询关系。与此同时结合非言语交流，能收到加强和配合言语、实现反馈、传达情感的效果。可见，言语和非言语交流在咨询活动中都起着重要的作用。

非言语交流的途径包括身体姿势、肢体运动、眼睛、目光接触、面部表情、皮肤接触及声调等。

在咨询过程中应注意：一是咨询者要尽可能用有帮助的非言语反应。如儿童来访者在与咨询者的交谈中身体紧缩，双手紧交叉在一起，表现紧张、害怕和恐惧，这时，咨询者应轻轻抚摸孩子，让其感到亲切、平静、放松下来。咨询交谈中，咨询者对来访者

保持善意的目光接触；咨询者听到来访者谈论的话题，不时点头表示赞扬，这都能让来访者感受到咨询者的接受、尊重和理解。二是咨询者避免作出不利于晤谈的非言语反应。如当来访者交谈中表现痛苦、忧愁，咨询者用冷冰冰的语调说：“我知道你的痛苦，有什么需要帮助的？”，这种言语表达本身是理解和关爱，语调却传达了咨询者的漠不关心信息。咨询者要学会更多的非言语交流信息的技巧，有助于了解来访者的内心活动，也便于咨询者健康的心理感染来访者，促进咨询活动的顺利发展，以达到咨询的目标。

## 七、心理咨询的手段

心理咨询过程的完成需要一定的手段和方法，它是咨询人员知晓来访者心理问题的前提。

### （一）宣泄

是指来访者把自身郁积已久的，压抑在心底深处的焦虑不安、恐惧心理、罪恶感、屈辱感、烦恼、内心苦衷与变态行为通过某种途径发泄出来或倾诉给咨询人员的过程。它是一种发泄痛苦的形式，可以给人以极大的解脱，使人感觉到像卸下重担后的一种轻松和舒畅。因此，宣泄是人摆脱恶劣心境的一种重要的手段，是咨询者了解来访者的心理不适和精神障碍的重要途径。在心理咨询过程适当给予来访者宣泄，这可强化来访者战胜困难的信心和勇气。

### （二）领悟

指来访者在咨询者的帮助下，全面深刻地认识其心理不适与情绪障碍的过程。它常伴有深刻的认识飞跃，使来访者得以积极地协调自我与环境的关系。改变某些偏见与消极的行为方式，防止和减弱不良情绪对身心的危害。因此，领悟是来访者克服心理不适与障碍的关键。

### （三）强化自我控制

在心理咨询中，发现某些来访者对自身的异常或变态行为无法自我控制。强化自我控制（如进行厌恶疗法的治疗），可使来访者解除某种不良情绪状态与行为方式对自我的禁锢，协调个人与环境的关系，从而获得内心的和谐。这样，就可以消除自我意识中的混乱与偏差，进而有效地控制心理失常加重及变态行为的发展。

### （四）增强自信心

有心理问题的人都有一个共同的弱点，自卑而缺乏自信心，一旦有外在侵袭，就容易产生心理问题。心理咨询者在咨询的全过程中，始终应把增强来访者自信心放在重要

位置，信心的缺乏与人对自身的认知失调有关。例如，有人个子矮，相貌丑，对自己缺乏信心而出现羞于见人的恐惧心理；有人记忆力差，想象力弱，对自己缺乏信心，因而害怕学习。最直接的是帮助他们调整认知，如世上万物没有十全十美、每个人的生存都有其合理性、绿叶和红花的辩证关系等，逐步使他们对自身的生理和心理有一个正确的认识。

信心的丧失也反映了人对自身的悦纳不够。“我很丑而憎恶自己”，“我能力差而讨厌自己”，这是从情感上对自己不能接受。在来访者认知得以调整后，要帮助他们学会悦纳，要帮助他们找出自身的闪光点，如“我很丑，但我很温柔”，“我口笨拙，我笔雄健”，以此来恢复对自身的信心，重建合理的情感结构，保持良好的心境，以更有效地应付生活中的忧愁、烦恼，不断地走向心理成熟。因此，增强自信心是心理咨询最重要的目标。

## 八、心理咨询工作者的基本要求

心理咨询的对象既有病人也有健康人，他们来自社会各个阶层，其职业、文化水平、社会经历、性格特点、人生观和信仰各不相同。这就对心理咨询工作者提出了严格的要求。从事心理咨询工作的人员必须经过国家心理咨询师资格认证考试和培训，得到认可后才能承担咨询工作。此外，还应具备如下基本要求。

### （一）具备良好的人格基础和道德素质

1. 情绪稳定 健全的、乐观的人生观；民主的人际关系；真诚地关心来访者；不断地完善自我；为理解人的本质而不懈努力；与人协作配合的能力；亲切、和蔼、平易近人。

### 2. 道德素质

（1）不得因求助者性别、年龄、职业、民族、国籍、宗教信仰、价值观等任何方面的因素而歧视求助者。

（2）在咨询关系建立起来之前，必须让求助者了解心理咨询的工作性质、特点、工作的局限性以及求助者的权利和义务。

（3）在对求助者进行工作时，应与求助者对工作的重点进行讨论并达成一致意见，必要时（如采用某些疗法）应与求助者达成书面协议。

（4）与求助者之间不得产生和建立咨询以外的任何关系，尽量避免双重关系（尽量不与熟人、亲人、同事建立咨询关系），更不得利用求助者对咨询师的信任谋取私利，尤其不得对异性有非礼的言行。

(5) 当心理咨询师认为自己不适于对求助者进行工作时，应对求助者作出明确说明，并且应本着对求助者负责的态度将其介绍给另一位合适的心理咨询师或医师。

(6) 心理咨询师应始终严格遵守保密原则，心理咨询工作者要有较高的伦理道德标准，尊重来访者的意愿和权利，与其建立平等友好的咨询关系。

## (二) 广泛的知识 and 技能

心理咨询过程需要助人自助。所以，心理咨询工作者应该具备普通心理学、社会心理学、发展心理学、医学、伦理学、教育学、心理健康与心理障碍、心理测验学、咨询心理学等基础知识和与心理咨询相关的法律知识。掌握与人交谈和解决问题的基本方法与技巧，善于与不同来访者建立和谐的人际关系，这些也是心理咨询人员必备的条件。

## (三) 良好的心理素质

心理咨询人员应具备敏锐的观察力，在咨询过程，善于洞察来访者的内心世界。有思维判断、表达、人际沟通能力，及自我控制、自我心理平衡、交往控制能力；有流畅的言语表达能力，富有幽默感；对来访者热情、耐心，善于与人交流思想和感情；乐观、开朗、自信，具有一定的情绪感染力；真诚、坦率，容易取得来访者的信任；坚强的意志、旺盛的精力、沉着、镇静的品质。良好的心理素质是咨询人员工作成败的基础。

## 九、护理中常见心理咨询的内容和方式

### (一) 常见心理咨询的内容

护理中常见心理咨询的内容包括从病人及家属等信息源获得有关病人的心理问题、心理障碍的资料；对病人的心理成长、人格发展、智力、社会文化及家庭、婚姻生活事件等进行全面评估，概括心理和生理测查；根据心理发展史和心理、生理测查的结果，对病人作出心理评定，协助主管医生制订心理治疗计划，并辅助指导实施；在心理咨询中发现病人有精神障碍或躯体疾病时应及时上报主管医生。

1. 心身疾病咨询 许多躯体疾病，如，高血压、冠心病、肿瘤等，其疾病的发生、发展与转归也均与心理-社会因素有一定关系，可以及时进行心理咨询，从而解除心理压力，以防止躯体疾病加剧。

2. 保健问题咨询 包括饮食起居、生活习惯、术后调养、酒和药物依赖等各种心理卫生问题。要求护士尽可能满足社会各阶层、不同年龄、不同疾病、不同性格和不同要求病人的需要。

3. 心理危机干预 病人因天灾人祸或疾病遇到沉重的心理创伤和打击，如，亲人



的意外死亡、病情恶化等导致急剧的精神崩溃时采取的心理咨询。

4. 精神障碍咨询 如，神经症、人格改变及其他精神障碍病人，可就有关药物治疗、社会功能康复、婚姻与生育等问题征求医护人员的意见。

5. 其他心理卫生问题咨询 如家庭、群体心理卫生问题亦可进行心理咨询。

## （二）护理中常见心理咨询的方式

护理中常见心理咨询的方式是个别咨询，由病人单独向护士提出问题，一般也由单个护士出面解答、劝告和帮助的一种形式。它是护理心理咨询的主要形式。当然也包括电话咨询、现场咨询等方式，请参见前面“心理咨询形式”部分，这里不再重复。

## 第三节 心理护理

心理护理是整体护理的核心内容，心理护理的质量高低决定着对病人护理质量的高低。随着整体护理、心身护理、系统化护理、个体化护理等现代护理理念、护理模式的相继提出，心理护理的核心是以护士为中心，为其提供生理、心理、社会、文化等全方位的整体护理。因此，护士学习并掌握心理护理的相关理论和应用技术是有效开展心理护理、实现现代护理模式总体目标的重要前提和关键所在。在学习了护理心理学的有关理论知识后，需要掌握如何在临床上运用这些知识，以促进病人的康复，心理护理是临床应用的重要内容。

### 一、心理护理的概念及意义

#### （一）心理护理的概念

心理护理是护士针对病人的心理状态，运用心理学知识和技术为病人提供支持与帮助，提高病人和家属对疾病带来变化的适应能力，促进其康复或保持健康的方法或过程。

#### （二）心理护理的意义

心理护理是护理心理学的重要内容之一，也是整体护理中不可缺少的重要组成部分。每个人都是生理、心理、社会因素的复合体，诸多因素相互影响、相互依赖，共同对健康和疾病发生作用。因此掌握病人的心理状况，有针对性地进行护理具有非常重要的意义。

1. 调整病人的不良心理状态，帮助其建立稳定协调的心理环境，从而增强抗病能力，并有助于发挥药物和手术的疗效。

2. 帮助病人消除不良的心理刺激，避免身心疾病的恶性循环，并能对某些神经精神性疾病起到治疗作用。

3. 帮助病人适应新的社会角色，建立新的人际关系，特别是医患关系，以适应新环境。

## 二、心理护理的基本原则

### （一）心理护理和生理护理协调的原则

心理护理要遵循生理护理原则，心理护理要按心理规律办事，生理护理也要遵循心理活动规律，两者不能互相取代，必须互相配合。

### （二）交往的原则

心理护理是护士与病人在交往过程中完成的，在这个过程中要注意加强交往，平等交往，发挥护士的主导作用，不断提高交往技巧。

### （三）针对性原则

即个性化原则。人的心理活动有一定规律，心理护理原则上也有统一的模式，但作为个体的人，因年龄、性别、心理特征、文化素养或病情的差异，其心理反应也各不相同。因此心理护理必须在全面、客观的观察、分析、评估的基础上，因人而异，因时、因地制宜，采用灵活的护理措施。

### （四）启迪的原则

在心理护理中，护士要不断地向病人进行医学知识和心理学知识的宣传解释，消除病人对疾病的错误观念、错误认识。

### （五）自我护理的原则

心理护理的目的在于调动病人的主观能动性，帮助和指导病人尽可能地进行自我护理，切不可企图包办一切，这样才能更好地满足病人的心理需要。

## 三、心理护理的程序与方法

心理护理是护理工作的重要组成部分，科学的心理护理程序与方法有助于心理护理的实施。

### （一）心理护理的程序

心理护理程序是一个科学确认病人的心理问题和解决问题的护理工作方法，是一个综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程。护理程序是一个持续地循环过程，根据护理程序，将心理护理分为心理护理评估、心理护理计划、心理护理实施和心理护理评价等4个步骤。

1. 心理护理评估 心理评估是心理护理的第一个步骤，是实施心理护理的首要环

节。它的核心是广泛搜集资料，将病人现存的或潜在的心理-社会问题和异常生理信息有机结合起来，为下一步进行系统分析和提出护理问题作好充分准备。因此，系统收集病人资料、分析并作出心理护理诊断的过程称为心理评估。其中，收集资料主要采用常规的心理研究方法，包括观察法、晤谈法和调查法，有时要用到心理测量技术。在全面的心理评估的基础上，进一步对病人作出心理诊断。

#### (1) 心理资料的收集：

1) 主观资料：①病人过去的健康问题及病人对这些问题的态度；②病人过去如何看待自己，现在又如何看待自己；③病人在病前如何处理问题、找谁帮助；④病人靠什么生活，对家庭的主要责任是什么，还能回到原来的工作岗位吗，能担负起对家庭的责任吗等；⑤对所患疾病的理解；⑥身体结构或功能改变对病人的意义；⑦病人亲属对病人的反映。

2) 客观资料：可通过观察和实验来收集。护士一般可通过自然观察，如观察病人的表情、行为来发现其心理变化（如焦虑、抑郁、愤怒、恐惧等）。用实验方法收集病人心理信息，就要通过一些心理测验，如个性测验、气质测验，或用某些症状评定量表来测定病人的心理状态（如抑郁、焦虑的程度），或生活事件的冲击等。

护士在收集病人心理资料时，需要的基本知识技能包括：①知识和经验：特别是有关社会、心理、文化方面的知识和经验；②交往的技能：可依靠其建立良好的护患关系，使病人乐意把所有的心理问题都告知护士；③观察技术：护士要善于察言观色，从病人的细微变化中获得心理变化的信息。

收集的资料需及时记录。各医院都有自己设计的各种表格，填写时要注意正确反映病人的问题，不能带有自己的主观判断和结论。记录病人主观资料时应尽量用病人的原话，记录客观资料时尽量应用医学术语。

(2) 心理护理诊断的拟定和应用：心理护理诊断尚在不断发展和完善之中。北美护理诊断协会（NANDA）定义的 201 条的护理诊断，其中反映病人心理-社会问题大约占 38.9%。由此可见，心理-社会因素对人健康的作用是十分明显的，应当加强病人的心理护理诊断。

需要指出，心理护理程序和护理程序是完全一致并同步进行的。因此，心理护理诊断只不过是整个护理诊断的一部分，护理诊断的内容包含了心理护理诊断与评估的内容。

一般护理诊断所应用的 PES 公式在心理护理诊断中仍可以适用。护理诊断在结构上包括健康问题 (P)，产生问题的原因 (E)，症状或体征 (S)。健康问题是一种描述病人整体情况的一种名称，简要说明病人存在的或潜在的健康问题，常使用“改变、不足、失调、紊乱、损害”等词。问题产生的原因是指造成存在或潜在健康问题的因素。护士只有知道病人健康问题的原因，才能够拟定护理计划和措施，使病人达到预期的健康目标。护理诊断用结构方式 PES 公式书写，就是把问题、原因、症状都反映出来，例如，病人失眠是由于疾病威胁所致，表现为入睡困难、惊醒或早醒。这就是护理诊断的描述。

护理诊断的描述必须确切、规范、具体，有了确切的护理诊断，才能控制护理工作目标。书写护理诊断要注意：①问题要明确、具体，诊断要规范；②一项护理诊断只针对一个护理问题；③以收集的资料作为诊断的依据；④护理诊断的内容是全方位的，即有生物性的、心理性的、社会性的内容。以下内容均在心理护理的评估范围内。

躯体评估：常规体检记录心率、血压和呼吸，以及生活方式和烟酒、嗜好等。

社会评估：涉及人际关系中的应激源，社会支持网络，对现实生活的适应性。

情绪评估：从病人的仪表、行为判断心境与情感，可以使用评定量表。

智力评估：智力水平会影响认知，要了解病人的非理性思维。

心灵评估：宗教信仰、个人的理想抱负、价值观、生死观以及生活目标。

环境评估：医院家庭、单位和社区的环境条件。

### (3) 护理诊断中常见的心理问题：

1) 自我概念紊乱：是个人对其本人的感觉、想法和看法的消极改变或不适应，包括身体意象、自尊，以及角色行为的消极改变。

自我概念紊乱发生于对各种健康问题、某些情境及矛盾的反应，如病理生理因素，由于身体部分结构或功能的丧失、严重创伤致使活动能力丧失或毁容等；情境因素，由于亲人丧亡、离婚、失业、大手术等；其他因素，例如，更年期、白头发、脱发、退休等。

自我概念紊乱的表现不十分典型，可能的表现有拒绝抚摸或观察身体变化了的部分；不愿意讨论其缺陷或毁容问题；拒绝进行康复活动；自己对残缺部位进行不恰当的处理；否认残缺或损害的存在；低头不语或悲伤表现（哭泣、失望、愤怒等），或依赖性增强；拒绝参与或回避社交；自毁行为（大量吸烟、饮酒）。

2) 知觉改变：是指输入知觉量的变化引起的反应异常，如知觉剥夺和知觉过负荷。

导致知觉改变的常见因素包括病理、生理方面，如感觉器官异常、神经系统疾病、水、电解质和酸碱平衡失调、肌肉骨骼异常等；情境方面：药物作用，如镇静药、抗焦虑药、噪声污染的环境、酗酒或药瘾；其他如老年人及儿童的孤独、隔离等。

知觉改变的表现有明显特征，如对时间、地点、人物的定向障碍，解决问题的能力改变，行为沟通方式变化，睡眠型态紊乱，冷漠或恐惧、焦虑。

3) 睡眠型态紊乱：由于睡眠时间、睡眠质量的混乱引起的身体的不适感，干扰了所期望的生活方式。常见原因有生活环境变化。躯体不适，如，疼痛、咳嗽等；药物因素，如咖啡因、安眠药等；精神因素，如焦虑、恐惧等。睡眠型态紊乱可表现为难以入睡、睡眠不深或早醒，也可表现为贪睡、白天打瞌睡等。

2. 心理护理计划 是根据心理护理诊断的结果制订实现心理护理目标、设计行动步骤。

(1) 设定优先次序：心理护理计划第一步是决定哪些问题需要立刻采取行动。按马斯洛的人类需要层次论进行排列，解剖生理需要优先，如对生命有威胁的情况，包括有自杀倾向等。

(2) 设定心理护理目标：目标就是预期结果，心理护理目标是指病人在接受心理护理后，期望达到的健康状况。目标设计要以个体为基础，护患双方相互认可，目标应能反映病人健康状态中的某项变化。心理护理目标有长期目标和短期目标之分，长期目标需要较长时间才能达到，短期目标在短期内能达到，一般少于7天。

干预的目标应该针对身心障碍，包括与病人健康问题相关的心理教育、心理干预和自我护理活动。一般情况下，一个目标来自一个护理诊断。目标陈述中应有具体日期，可观察、可测量，在目标陈述中注意运用“能”、“会”、“执行”、“解释”、“增加”、“减少”等动词，不用含糊不清的词。

(3) 选择心理护理措施（设定计划）：拟定符合实际的、病人能够接受的心理护理措施，以达到预期的心理护理效果。

(4) 计划成文：一般用护理计划表格，包括心理护理诊断（一般只列出护理问题）、心理护理措施（须注明拟定日期、时间、解决问题的日期）及护士的签名等项目（一般心理护理计划包含在生理计划表格中）。

3. 心理护理的实施 是将心理护理计划中的各项措施变为实践。实施心理护理计划过程中，护士还要不断地收集资料，评估病人的病情对措施的反应，并随时进行调整。

还应及时书写心理护理记录，记录内容包括心理护理活动内容、时间、病人的反应等。

心理护理实施的过程中有许多具体措施，如，改善睡眠、客观信息准备、告之真事情况、产前教育、危机干预、陪伴、治疗性触摸、疼痛控制、叙旧疗法、价值澄清、集体支持、放松训练等。

实施心理护理应注意措施的可行性和病人的接受性，要求护士懂得心理护理措施的原理与有关知识，具备必要的动手能力、人际关系技巧和有效运用资源的能力。

4. 心理护理的评价 根据预期结果来衡量现实，了解病人经过一系列的计划并实施心理护理的效果。包括诊断是否正确、计划是否恰当、是否达到预期目标等。在理论上，心理护理评价是心理护理程序的最后一个环节。但实际工作中，评价心理护理措施的效果应是随时发生、动态的、贯穿心理护理工作全程。因此，心理护理评价应该是灵活的、动态的。心理护理的评价内容应包括确定评价标准、实际结果与标准对照比较、明确评价意义、总结评价结果、补充资料、修订诊断、调整评价标准。

## （二）心理护理的方法

心理护理应具有针对性，其方法可分为一般性心理护理和治疗性心理护理两种。

1. 一般性心理护理方法 是适用所有病人的共同的护理方法，是所有的护士都应当掌握并在工作中应用的。

（1）建立良好的护患关系：良好的护患关系是进行心理护理的前提和基础，适用于对所有病人的心理护理工作。它本身也具有缓解心理应激、调节情绪的作用。

（2）强化病人的心理支持系统：社会支持系统是个体面对应激性事件时的应对能源之一。因此，应当努力促进病人与家人、朋友、同事之间的友好交往，同时促进病友间的良性交往，减轻病人对疾病以及相关问题的心理应激。

（3）创造良好的治疗休养环境：安静、舒适而优雅的治疗环境对病人的心理调节有重要的作用，而情绪对身体健康的巨大影响早已被科学所证明。

（4）加强健康教育：通过各种医学相关知识的宣教，提高病人对疾病的认识，帮助病人树立战胜疾病的信心，同时可以预防疾病的复发。

2. 支持性心理疗法 又称精神支持疗法，是运用治疗性语言，如，鼓励、安慰、解释、指导、启发、支持和保证等方法帮助病人改变认识，改善不良情绪，矫正不良行为。通过心理-生理的交互作用，调节生理功能，改善健康水平，促进疾病的康复并预防其复发。

在心理护理中，支持性心理治疗是很重要的一项基本技术，能使病人增强安全感，减少紧张、焦虑和恐惧。其基本要求是在建立和发展相互尊重、信任和理解的良好护患关系的同时，积极倾听病人的讲述，鼓励消极情绪的适当宣泄，提供适当解释、安慰、保证和暗示等，必要时征得家属、亲友和有关人员的配合，或动员已康复、有相同经历的病友现身说法，配合实施，提高效果。

此外，护士还应当学习和掌握心理咨询与心理治疗等相关知识和技能，以便能适当地运用各类方法进行心理护理，以获得较好的护理效果。

#### **四、影响心理护理效果的主要因素**

心理护理的效果如何，除了与护理程序和具体护理措施有关外，还受到许多其他因素的影响。

##### **（一）护士的心理修养**

缺乏心理护理知识与技能，心理护理工作就难以开展，当然更难保证质量了。因此，要作好心理护理工作，护士不仅要有心理学知识，还应有良好的心理素质。为此，护士必须学习和运用心理学知识，首先要正确认识自我，形成健康的心理结构；其次，将心理学知识运用于临床，为病人提供高质量的心理护理。

##### **（二）传统生物医学模式的影响**

生物医学模式长期影响医疗服务系统，使医务工作者只重视与躯体疾病有关的生理变化，而忽视心理-社会因素，有时甚至由于医务人员对病人的态度和方法使其应激水平增加。可见，医护人员对病人心理需求的忽视，往往无意识地导致病人的心理损害。不管医护人员有怎样好的出发点，只要他们的实践还表现在以躯体治疗为首要，与病人保持距离，以缺少人文的方式与病人联系，那么病人的心理需要就得不到承认和重视，当然也无法得到满足。

护理专业的本质是关怀和照顾伤病员和体弱者，由于传统医学模式的影响，护理被看作是医疗专业的附属工作，而且工作范围仅限于病人的生理方面，因此，离其“关怀”的本质有一定距离。护理专业的发展体现在对病人关怀的范围扩大到心理、社会及生理各领域，也体现在用科学的方法关怀、照顾病人。

##### **（三）心理护理效果不易评价**

心理护理涉及的因素往往是主观的，难以量化和测量。很多资料是靠护士的感知能力、对信息的整理能力、解译和判断、推理等能力加工后产生的。因此，护士、病人及

其家属的个人价值观、信仰、情绪及个人偏见都会影响心理-社会护理的效果。心理护理效果的评价常常采用问卷调查的方法，在这个过程中很多因素的存在，可能使问卷的可信性下降。在生物医学模式占主导地位的医疗服务机构中，实验性研究被认为是最有科学性的，而问卷调查的价值，得不到同样的认可，同时由于我国的心理护理的科研基础比较薄弱，需要在参照国外经验的基础上，对标准的量化心理护理工作方法进行大量研究，才能促进其发展。

#### （四）认知和管理的偏差

心理护理的领域很宽，从完全技术性到全面关怀的医疗服务，护患联系的方法及所创造的人际关系氛围都是很重要的，也就是说心理护理既有随时反应的行动，又不能缺少实施预先制订的系统计划。多数情况下，心理护理是帮助病人及家属应对疾病带来的情绪反应。

人们在面对疾病这样重大生活事件时，会产生各种情绪，护士的责任是帮助他们完成正常的情绪过程，尽早达到积极应对的阶段。有许多社会-心理因素会使情绪过程复杂化，甚至使之偏离正常范围，最后出现无效应对。从这个意义上说，心理护理是复杂的，需要护士与病人或家属一起制订系统的计划，并逐步实施。

心理护理工作首先需要改变认识和态度，更新观念，把心理护理的含义和内容贯穿于护理工作全程。在很多情况下，生理护理和心理护理并不是截然分开的。例如，在做处置时，帮助病人遮盖身体，这不仅是为保暖，同时也是满足病人隐私的心理需求；再如，在给年幼的儿童注射时，如果懂得注射后的躯体疼痛产生负性情绪，而儿童又没有能力控制冲动，因此，以哭的形式宣泄不良情绪，我们就不会说：“打针不哭才是好孩子”，因为不让孩子哭意味着强迫他忍受躯体痛苦的同时，克制情绪反应，即是在躯体痛苦上增加一份心理痛苦。护士和护理管理者应充分认识心理护理的本质，不断学习，更新观念，重组心理结构，甚至改变自身某些行为，才能更好地掌握心理护理的技艺。

#### （五）文化心理背景

我国的传统文化背景，不鼓励人们暴露个人的感受和情绪，忍受痛苦常常被视为美德而受称赞。人们认为情绪反应是不良状态，因此对情绪反应，有的人多有防御行为，压抑个人情绪，否定主观感受，而有的人面对表达情绪的人总觉得不舒服，想尽办法回避，如不能回避，便阻止别人的情绪反应。

常常看到有的人宁愿用行为发泄情绪，也不用语言表达，更不愿口头承认自己的情



绪。遗憾的是这样的行为重复出现会形成习惯，习惯便是人格的一部分，习惯于行为发泄久之容易形成攻击性人格，而面对这样的服务对象，开展心理护理工作显然更难，更有挑战性。也常常看到由于护士对情绪反应的错误认识，认为情绪反应通常是“问题”挑起的，因此总要想办法减轻或限制病人的正常情绪反应，急于使痛苦中的人安静下来。实际上，这样做不仅没有帮助病人，而且起到相反的效果，因为不允许病人正常的情绪表达，而是“鼓励”情绪压抑，这很不利于病人的心理健康。可见，要作好心理护理工作必须改变不合理的传统观念，并且在实践中不断学习和锻炼。

## 五、护患沟通与护患关系

心理护理能否达到目标，其中一个重要因素就是是、否具备良好的护患关系，而善于与病人进行沟通是形成和谐护患关系的决定因素。

### （一）护患沟通的概念与特点

护患沟通是护士与病人之间有关各种思想和感情的信息交流过程，它是心理护理的核心，是整体护理不可分割的重要组成部分。护患沟通具有一般人际沟通的特点，但同时护患关系具有一定的特殊性，也就决定了护患沟通具有一些特点。

1. 在护患沟通中，虽然双方都是信息交流的主体，但护士始终应当是交流的主动方面和主导方面。

2. 在沟通的初期，护士不仅要克服自身的心理沟通障碍，而且要帮助病人消除心理上的沟通障碍。

3. 护士在改变病人某些态度和行为的同时，必须给予病人心理上的安抚，促进病人积极情绪的发展。

4. 护士不仅对病人的行为应当是积极性的，而且对病人消极性行为也必须作出热情、友好的行为反应。

### （二）护患沟通方式

1. 言语沟通 是护患沟通的基本形式，是信息交流的必要手段，言语沟通可分为书面言语和口头言语两种。护患沟通中主要采用口头言语，它包括听和说两个方面。护士能否很好地进行听和说，即能否正确辨认和使用语言，是沟通能否成功的关键。

（1）正确辨认语言：句子本身叫做语言的表面结构，句子传达的意义则称为语言的意义结构。语言的理解就是由表面结构向意义结构的转换，辨别语言重要的是正确辨认语言的意义结构，具体则要根据这句话的上下文、说话时的情境以及对客观情况的了

解来完成，以免造成沟通障碍。

在有些情况下，一个人的语言与他的真实意图可能不一致或完全相反，未能直接表达他的意图，因此要善于辨认对方意图表达的隐蔽性和虚假性。护士要能体会到这种言外之意，必须对病人的病情、职业、文化、性格等有较全面的了解，并善于察言观色，同时还必须对病人有高度的同情心和对自身工作有高度的责任感。另外，限于知识背景或语言水平，有时病人不能准确表达他的意图，护士则应通过提问和启发，帮助病人理清头绪，并善于从他的整个谈话中捕捉其中心意思，并向对方进行核实。

(2) 正确使用语言：总的要求是遵循恰当原则，即要避免使用伤害性语言(直接伤害性语言、消极暗示性语言)，又要把准确表达意图和积极的心理影响有机结合起来。具体可概括为八个方面。

1) 注意语言的准确性：正确选择词语，避免词不达意和出现歧义。可以应用非言语信息进行辅助，以增强表达的准确性。

2) 注意语言的通俗性：医护人员往往高估病人具备的医学知识，使用较多的医学术语，导致沟通困难。因此，要尽量使用易为病人理解的通俗词语。

3) 注意语言的针对性：要根据病人的病情、职业、文化、性格、年龄、知识背景等，使用繁简不同的适合于谈话对象的语言。

4) 注意语言的科学性：在涉及病人疾病情况的问题时，必须使用科学严谨、有理有据的语言，切不可过于随意。

5) 注意语言的教育性：运用教育性的语言，一方面解释疑难，消除病人思想顾虑；另一方面可以激励病人，使其增强战胜疾病的信心；其三可以指导病人自护，增强其自护能力。

6) 注意语言的礼貌性：使用文明礼貌的语言，既能赢得病人的尊重，又能满足病人希望受到尊重的心理需要，这是护患沟通的首要环节。

7) 注意语言的安慰性：使用温暖热情的语言，让病人感受到同情、关怀和体贴，这不但能有效进行信息交流，也促进了情感交流，进而实现深层次的护患沟通。

8) 注意语言的艺术性：使用鲜明、生动、幽默的语言，不但能很好地传递信息，而且能改善病人情绪，活跃病房气氛。

总之，护士应当努力培养自己的语言能力，促进护患间的良好沟通，以达到促进病人身心健康的目的。

2. 非言语沟通 人际沟通中，除了使用语言，非言语信息也是其中很重要的一部分。有心理学家认为一个信息总的效果等于 7%的语词、38%的音调、55%的面部表情之和。

(1) 目光接触：从一般意义上说，目光接触的次数、时间、转移目光或完全缺乏目光接触可以反映交谈者的兴趣、关系、情绪等。护士要善于理解目光传达的信息，并善于运用目光接触，使病人从中得到鼓励和支持，密切护患关系。

(2) 超语言线索：它包括说话的声调、速率和流畅性。这些信息可以提供病人的情绪和紧张程度，护士应注意这些信息提示，并给予恰当的处理。

(3) 身体姿势：是一种复杂的心理表现形式，它与面部表情相结合能表达极其丰富的含义，相当于无声的语言，护士要善于理解此类信息。

(4) 面部表情：往往能迅速真实地反映复杂的内心世界，护士可从病人的面部表情获取心理信息，也要善于运用面部表情来传达信息。

(5) 接触：对一些病人，特别是年幼病人的抚摸、拍背等，是一种无声的安慰。但护士要十分谨慎地使用这一沟通方式，以免引起消极反应。

### (三) 护患沟通成功的标准

1. 护士的输出信息准确、适度 and 可被接受 信息的准确是指护士确切表达了自己的意图；信息的适度是指主题明确，信息量和输出速度恰如其分；信息的可接受性是指使用能为病人理解的词语，并且根据病人的心理状态而选择合适的信息内容。

2. 病人的反馈信息与护士的输出信息相吻合 说明病人理解了所接受的信息，并作出了适当的反应。

3. 护士在沟通中起主导作用，沟通双方融洽和谐 在沟通中能及时、适宜地提示病人，引导交谈内容；交谈中双方不拘谨、不放任、融洽和谐，并有适度的情感交流。

### (四) 护患沟通技巧

#### 1. 交谈的艺术

##### (1) 倾听的技巧：

1) 倾听的距离、姿势与举止：护患距离以 1m 左右为宜，太远或太近，双方都会感到未受到注意或不舒服。一般采用放松舒适的坐姿，稍向病人倾斜。倾听时护士要大方、稳重，不要动来动去或东张西望。

2) 倾听时护士要集中注意力，提高够感性，并对病人的诉说始终表示兴趣。

3) 倾听过程中可通过简短谈话或提问来启发和引导病人的话题，并使双方不感到拘谨。

4) 倾听完毕，护士要给予回应，否则病人会感到失望，并对护士不信任。回答不要过于抽象，一般也不要过于直率和不适当的坦诚，也不要过于具体，未留余地。

#### (2) 提问的技巧：

1) 温暖性原则：提问要用关切的口气，使病人感到温暖亲切，不要突如其来，用命令、质问或责备的语气。

2) 开放式原则：向病人所提的问题，应当尽量少用“是”或“否”，这种封闭式回答方式，而应由病人根据实际情况 1 小时内回答；不要用诱导式提问，使回答的内容包含在提问之中，这样很难听到真实情况，有时使病人陷入难于作答的窘境；要少用自问自答式，以免使谈话陷入僵局或使病人失去信心。

3) 启发式原则：在遇到病人不愿说出自己的问题时，不要连续发问，而要启发解释，以消除其顾虑；要提示病人较确切地描述自己的问题。

4) 中心性原则：提问应围绕主要环节和主导线索进行，因为问得太多，杂乱无章，其结果一是有的病人说多了话于病情不利；二是病人难于准确回答；三是护士自己也不好判断。

#### (3) 告知的技巧：

1) 告知的内容：应是有利于治疗或康复需要的，与此无关或应保密的内容均不得告知；一次告知的内容不能太多，以免病人难以接受；告知的事实或资料必须准确无误，不能含糊不清。

2) 告知的态度：要诚恳、和蔼，充满同情关切，不要用训斥、恩赐的口吻或呆板的讲授。

3) 告知的语言：要通俗易懂，少用医学术语。

4) 告知过程：对病人的提问要耐心解答；对病人难以理解的内容，要稍加停顿或作必要的重复、解释。

(4) 安慰的技巧：一方面态度要诚恳，充满对病人的关心和同情；另一方面，这种同情要恰如其分，切忌过分做作，以免让人有言不由衷、虚情假意之感。必须注意语言的消极、暗示作用，否则达不到安慰目的，有时还会适得其反。

2. 沉默的应用 沉默也是一种交往形式和交往技巧。在下列情况下，恰当地使用沉

默，有利于促进与病人的交往沟通。

(1) 在病人十分悲痛的情况下，此时护士默默无语地陪伴在病人身边，无声胜有声，能给病人莫大的安慰。

(2) 在病人过分激动或愤怒的情况下，此时除必要的提醒或制止外，最好的办法就是沉默，使其冷静下来。

(3) 在病人感到非常孤独、失望的情况下，此时护士的默默陪伴，能给病人以温暖和力量。

(4) 在病人的提问难于回答或不应回答的情况下，此时的沉默，可以避免不必要的麻烦或不良后果。

#### (五) 影响护患沟通的主要因素

1. 不恰当地改变病人的话题 对病人提出的问题除应避免谈论的内容外，不要答非所问，否则会引起病人不满，扰乱病人心理活动，如确有必要改变话题，应加以解释。

2. 谈话态度不妥 用教训、责备的口吻说话，不礼貌地打断病人说话，不耐烦倾听病人的陈述。

3. 不恰当的保证 这不但起不到安抚作用，反而会增加病人疑虑，降低病人信心，加大护士与病人的距离。

4. 超前表示自己的感情 对新入院不甚了解自己的病人，表现出过度的热情，说些过分亲密的话，病人会感到护士不真诚。

5. 片面提出主观意见 匆忙作出结论或提出解决的办法，这不但可能影响或耽误病情，而且一旦出现差错，就会造成病人心理负担，对护士产生埋怨情绪。

6. 医学知识缺乏或运用不当 无根据想当然地解释问题，不懂装懂，会使病人产生不信任感甚至反感；护士说理不明，论证不清，会使病人难于领会，造成沟通障碍。

## 六、护患关系

### (一) 护患关系的概念、类型和性质

1. 护患关系的概念 指护士与病人通过特定的护理与被护理而形成的人际关系，是护理实践中人际关系的主要方面。

2. 护患关系的类型 美国学者萨斯·荷伦德提出了医患关系的三种模式，也是护患关系常见模型。

(1) 主动-被动模式：在这种模式中，护士居主动地位，病人被动服从护士的命令，

或者完全被动接受护士的护理。这种关系强调了护士的权威，却忽略了病人的主动性，主要适用于昏迷、休克、全麻、严重创伤、婴儿及精神病病人。

(2) 指导-合作模式：在这种模式中，护士居主导地位，对病人进行指导，在取得病人信任与合作的情况下开展护理工作，包括常规指导、随时指导、情感指导，适用于众多的一般疾病病人和急性病病人。

(3) 共同参与模式：这种模式以护患双方平等关系为基础，病人不仅主动配合，还主动反映情况，与护士共同探讨采用何种护理措施。此模型适用于有一定受教育水平的病人、慢性疾病病人和一般的心理治疗。

3. 护患关系的性质 护患关系不同于一般人际关系，它具有独特的性质。

(1) 护患关系不仅是某一护士与某一病人的关系，而且体现了医护系统和病人系统两个系统之间的关系。

(2) 护患关系建立过程中，护士不能以自己的好、恶、亲、疏去对待病人，而必须遵循规范的行为模式。护士是建立护患关系的主动方。

(3) 护患关系是相互影响、相互作用的，但这种影响和作用又不是对等的，是一方（病人）依赖另一方（护士）的关系，是决定护患关系发展与好坏的主导方面。

(4) 护患关系的实质，在于作为关系一方的护士要满足病人的需要。是“给予者”而不是“索取者”。

(5) 护患关系中含有工具性关系成分，同时含有感情性关系成分；护患关系应当是吸引性关系而绝对不能成为排斥性关系，是平等性关系而非支配性关系。

(二) 良好护患关系的标准

这里所提的标准，就一般病人而言，不适用于婴幼儿和昏迷等危重病人以及精神病病人。

1. 护患双方互相尊重、互相理解、互相接受。

2. 护士指导病人，病人密切配合或积极主动参与护理活动。

3. 医嘱和护理计划得以正确实施，其结果既有利于病人身心康复，又有利于护士心理需要的满足。

(三) 建立良好的护患关系

能否建立良好的护患关系，涉及护士与病人两方面，但是从护患关系的性质可以看出，关键在于护士。

1. 护士要提高自己的自尊与自信 对己、对人、对人际关系均应有正确的认识，尤其是对自己应有正确的认识，这是人际关系中的理性条件。在对己认识中，首先要自尊、自信。护理病人，担负着消除各种不利因素，建立有助于病人身心康复的物理和社会-心理环境的任务，护士应充分认识到自己工作的崇高性质，充满荣誉感和自豪感。这样，在护患交往中就会有良好的心理基础。

2. 护士要有高尚的职业道德 良好的心理品质和精湛的技术水平这是心理护理取得成功的基本条件。护士的优良品质，能增加品质吸引；而护士的言行如果恰好与病人的期望相符，就会产生相互吸引。调查结果显示，病人对护士的期望主要是应当同情病人、尊重病人、热情服务；应当性格温柔、情绪稳定、善于忍耐、活泼敏捷；护士要有高超的护理技术。

3. 护士要满足病人的需要 护士在护理工作中担负着治疗和照顾角色，应从各个方面去满足病人需要。这既是护理工作的实质，也是一种人际吸引。

4. 护士要提高交往水平和技巧 护患关系体现在护患交往过程中，交往水平与技巧具有非常重要的作用，护士除了要掌握各种沟通技巧外，还要注意增加接触吸引。在向病人传授卫生保健知识的同时，也学习他们的长处，可增加互补吸引。

5. 护士要善于处理医护过程中所有的人际关系 医护过程中的其他人际关系，如护患关系、医护关系等，都可能影响到护患关系。护士不应把情绪带到工作中，更不能迁移到病人身上。

(邹春杰)

## 第五章 正常妊娠期心理护理

国内外专家研究显示，女性妊娠期间的心理状态与情绪变化，不仅影响自身的身体状况，而且对体内的胎儿发育以及孩子成年后的性格、心理素质发育都有直接影响。

据英国剑桥大学的一项最新研究发现，孕妇如能避免压力，放松心情，很好地适应妊娠，会有利于胎儿的发育，孩子出生后可能更擅长交际。反之，负性情绪会导致神经活动和内分泌失调，影响母婴安危，孩子将来会在社交、交流和语言等方面的发育受到影响，严重的还可能患上孤独症。如果出现过度紧张、恐惧则母体血管痉挛、肾血流量减少，会影响母体内分泌和胎儿血液循环，导致胎心率改变，影响胎儿宫内发育。

我国近期一项大样本回顾性调查研究显示，妊娠早期有轻度心理问题者，其胎儿患出生缺陷的风险是正常者的 1.60 倍。孕妇情绪不安时，胎动次数较正常多 3 倍，最高时可达正常的 10 倍。孕妇过度的心理精神压力会对胎儿的神经系统造成不良影响，并使胎儿未来罹患心脏病的危险增加；妊娠 7~10 周内孕妇情绪过度不安，可导致胎儿口唇畸变，出现腭裂。

妊娠是女性生活较重要的应激事件，孕妇可能会出现一些负性情绪，影响胎儿发育。因此，助产士要首先了解孕妇身心的变化，从而指导孕妇构建积极健康的心理状态，循序渐进的提升孕妇心理健康水平，接受并适应妊娠这一应激事件。提高产前保健质量、保障母婴安全。

### 第一节 妊娠早期心理护理

妊娠的全过程为 40 周，共计 280 天，从末次月经开始到妊娠 12 周末为早期妊娠，13~27 周末为中期妊娠，28~40 周为晚期妊娠。心理学家按妊娠期内分泌活动状态，将孕妇生理与心理变化分为三个时期：不可耐受期（妊娠早期）、适应期（妊娠中期）、过度负荷期（妊娠晚期）。所以在不同妊娠时期，孕妇会分别出现不同的生理和心理变化。

#### 一、生理变化

##### （一）孕妇

1. 停经 生育年龄有性生活史的健康妇女，平时月经周期规律，一旦出现月经过期 10 日以上应怀疑妊娠。若停经达两个月，妊娠的可能性更大。停经是妊娠最早也是最重要的症状。

2. 早孕反应 约 60% 妇女在停经 6 周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲缺乏、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等一系列症状，称早孕反应。一般在 12 周后自行消失。

3. 尿频 于妊娠早期出现，增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致，当子宫逐渐增大超出盆腔后，尿频症状自然消失。

4. 乳房变化 体内增多的雌激素促进乳腺腺管发育及脂肪沉积，孕激素促进乳腺腺泡发育。乳房逐渐增大、胀痛。哺乳妇女妊娠后乳汁明显减少。乳头及乳晕着色加深，由于皮脂腺增生，乳晕周围出现深褐色结节-蒙氏结节。

##### （二）胎儿



妊娠早期是胎儿神经系统及重要器官高度分化和形成的黄金时期，易受内、外界因素的影响。妊娠第4周，神经系统发育，能对外界刺激作出反应。第8周时大脑皮质已粗略分化，胎儿对母体信息比较敏感。

## 二、心理护理

妊娠早期是心理护理的关键时期，正确把握妊娠早期孕妇的心理情绪变化，有针对性地作好心理护理，提高孕妇的心理健康水平，可避免妊娠合并症，有利于母婴健康，确保孕妇顺利渡过妊娠。

### （一）心理护理评估

心理护理评估可以从认知、情绪与情感、应激、健康行为、自我概念、精神价值观等方面进行评估。但对孕妇的心理评估主要以情绪与情感、应激评估为主。

1. 影响因素 从现代心身医学观点看，导致孕妇身心变化的主要因素是神经内分泌系统的变化、个性心理特征、所面临的生活情景，即生理因素、心理因素和环境因素。

#### （1）生理因素：

1) 生理变化：妊娠时雌、孕激素的含量都比较高，母体在神经内分泌的影响下，全身各系统均会发生解剖与生理变化，这些生理变化作为应激源，给孕妇带来很大的压力，引起一系列心理变化。

2) 年龄大小：年龄与孕期抑郁和焦虑相关，尤其是高龄产妇和青少年妊娠，易造成心身障碍。年龄偏小的孕妇心理发育还未完全成熟，心理承受能力较差；年龄过大的孕妇社会压力较大，还会担心分娩过程中遇到危险，产生不良情绪。

3) 孕产经历：产前焦虑与孕次、产次呈负相关，即初产妇缺乏对妊娠的直接体验更容易焦虑、抑郁、不安和强烈的依赖感，一切都得重新适应，包括身体的变化，新的生活内容，新的职责，新的角色和各种各样新的生活问题。因此，她们要比有过妊娠经验的女性表现出更多的心理问题。有妊娠、分娩并发症者对再次妊娠多有一定的心理恐惧，担心妊娠终止，严重影响其精神状态。

4) 既往史和家族史：以往曾有经前期紧张综合征病史，或患心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺功能亢进、子宫肌瘤等疾病合并妊娠，有焦虑、抑郁、精神病史倾向家族病史的孕妇易在孕期发生焦虑、抑郁等心身障碍。

#### （2）心理因素：

1) 对妊娠的心理准备：有心理准备的孕妇在妊娠期间更为愉快、顺利、平和，妊娠反应轻，孕期中并发症较少，胎儿健康成长在优良的环境中，分娩也较顺利。意外妊娠的孕妇很容易处于矛盾之中，引起种种消极的情绪和强烈的应激反应，使心情难以稳定，易于出现心身障碍，对身体变化和妊娠反应的心理适应力低，需要很长一段时间才能调整过来或整个孕期以至产后都调整不过来。

2) 个性特征：性格不稳定、情绪控制差、敏感、多疑、易激惹、压抑、悲观的孕妇在孕期较易出现心身障碍。而情绪稳定、控制力强、自信心与自尊心强、乐观的孕妇心理稳定性高，孕期心理健康状态好。

### (3) 社会因素：

1) 经济状况：经济水平和健康状况负相关，收入低、经济状况差、住房拥挤的孕妇易发生焦虑和抑郁。

2) 婚姻状况：单身、再婚、婚姻状况不稳定，与丈夫关系紧张均易导致孕妇发生心身障碍。

3) 工作压力：工作高度紧张的孕妇所生胎儿比工作不紧张或没工作的孕妇所生胎儿的出生体重低，且差异显著。

4) 社会支持：社会支持系统除了包括产妇所处的社会环境（国家、医院、社区）外，主要是丈夫、家人的有形和无形支持。社会支持分为 3 个维度：客观支持（现实性支持）、主观支持（个体主观的）、对支持的利用度（体验到的情感），客观支持及对支持的利用度与孕产期抑郁发生关系最为密切。同样情境之下，不同个体对社会支持的利用存在差异。社会支持程度与孕妇的心身障碍情况呈负相关。得到社会支持越少，孕妇心身障碍的发生率越高，程度越严重。增加社会支持能够降低孕妇情感不稳。

5) 生活事件：生活事件作为心理应激源，种类很多，如孕期经历了家庭成员的死亡或者重病、地震等自然灾害性事件。这些严重事件可导致分娩及胎儿出生结局的异常。日常生活中经常会发生一般性生活事件，如家庭成员情感事件、家庭经济事件、邻里同事关系、日常争吵等。已有少量文献报道了孕期的一般应激性生活事件越多，早产和低出生体重儿出生的风险越高，儿童注意缺陷障碍（伴多动）的风险越高，儿童智力发育指数越低。

孕早期心理应激与早产、低出生体重、胎儿生长受限、出生缺陷有关，也可影响儿童期神经行为发育，如不良情绪增多、注意持久性下降，还可以降低产后早期母乳喂养

率从而间接影响儿童的脑神经发育。

2. 心理状况 妊娠早期，母体对胚胎的免疫排异反应及免疫耐受性需要一个调整过程，激素水平的明显变化易引起孕妇的妊娠反应，因此，孕妇常表现为身体上的不适，并伴有焦虑的情绪，这一时期又叫做不可耐受期。随着生理的变化，会出现感知、记忆、智力水平下降，也会因害怕流产或不愿意妊娠而产生心理压力，出现焦虑、抑郁、强迫、敌对、恐惧等心理健康问题。针对不同情况下妊娠的孕妇，我们将从计划妊娠和意外妊娠两个方面阐述孕妇心理状况。

(1) 计划中妊娠：

1) 惊喜：计划中妊娠时，孕妇会心满意足、惊喜甚至震惊，对身体变化和妊娠反应有很强的心理适应力。据统计 82.82%的孕妇会感到心情愉快，93.47%的孕妇幻想自己的孩子健康、漂亮，幸福感的增强使孕妇身心更加放松。

2) 焦虑：焦虑是心理应激最常见的反应。妊娠期间孕妇体内的内分泌激素分泌增加，使得孕妇普遍处于类似甲状腺功能亢进的敏感期，易产生焦虑及抑郁情绪，所有关注的重点均放在胎儿身上，对其他方面如家庭、工作、人际关系等的关注度明显降低。国外相关文献报道，孕妇在妊娠期，其抑郁或焦虑的发生率为 29.2%，且妊娠早期和晚期的焦虑水平明显高于妊娠中期。常表现为情绪不稳，好激动、脆弱敏感、流泪、容易接受暗示、对别人产生不满情绪。

适度的焦虑可提高人的警觉水平，可提高人对环境的适应和应对能力，是一种保护性反应。但如果焦虑过度或不适当，就是有害的心理反应。焦虑过度后促肾上腺分泌糖皮质激素增高，导致抗体产生减少，自身免疫力相对较低。也可以使微循环阻滞，导致胎儿缺氧、生长发育迟缓、妊娠期高血压疾病、早产、孕期抑郁症等。

3) 担心：孕妇在不同妊娠期所担心的内容不同。妊娠早期，担心妊娠失败，担心胎儿是否正常，担心曾接触过的不利因素，如放射线、电脑、装修、药物、宠物、病人等，担心妊娠会变丑、会影响夫妻关系、性生活会伤害胎儿、会影响工作、生孩子很痛苦、产后休养问题、新家庭的经济问题、照料婴儿等问题。尤其妊娠早期用过药的孕妇，这样的担心会持续整个孕期。

4) 抑郁：抑郁是不愉快、精神痛苦或者悲伤，是对一些不良的情绪或者事件的反应。有文献报告大约 4%~15%的孕妇在妊娠期有抑郁表现，尤其是过去有抑郁史的人，

会增加抑郁风险。生理方面，妊娠期间雌激素、孕激素、皮质醇等明显升高，使孕妇对焦虑和抑郁情绪的易感性增加。

5) 紧张恐惧：过多的担心会导致孕妇心理上的高度紧张。使神经系统功能不稳定，会导致妊娠呕吐从而引起脱水及酸中毒，影响胎儿的智力发育，也可使体内皮质酮水平升高，使胎儿大脑中的受体变得不敏感，这样出生的孩子胆小脆弱，情绪易激动，行动畏缩。

德国儿科专家蒙特格尔对德国畸形婴儿进行长期的研究后发现，阿道夫·希特勒上台前，新生儿的畸形率是 0.70%；阿道夫·希特勒发动第二次世界大战前，已上升为 1.7%，二战时又上升为 2.6%，战后则高达 6.5%。他认为，战争的恐怖和战后政治危机引起孕妇心理紧张，是导致畸形儿增加的重要因素。

6) 依赖：依赖心理增强，妊娠和分娩对大多数育龄妇女是一种正性的应激事件，但妊娠后躯体的不适、工作和生活的压力等，都会使孕妇的自理能力下降，依赖性增强。心理上的退缩，使孕妇更需要帮助和支持。因此，社会支持尤其是家庭支持非常重要。

总之，妊娠早期的孕妇过分忧虑、情绪紧张、易怒、恐惧、焦虑会影响胎儿的躯体和脑神经系统的发育，也可造成胎儿发育迟缓、畸形、早产、流产、低体重甚至胎儿死亡。受惊吓时可造成胎儿腭裂和唇裂，孕妇长时间存在的不良情绪，婴儿也会出现情绪障碍。

## (2) 意外妊娠：

1) 心理冲突：由于意外妊娠的孕妇自身及家庭在客观条件上没有作好迎接新生命的准备，生活节奏被打断，对妊娠心理反应较为复杂。既高兴又担心，产生心理冲突，引起种种消极的情绪。

2) 担心：比计划内妊娠担心的事多一些。“我怎么会妊娠”“工作怎么办”“要这个孩子吗？”如怕自己身体不能胜任、怕胎儿发育不好、怕万一这时生病了不能用药怎么办、怕家庭经济发生变化、怕自己的地位、人际关系发生变化等。这一系列的担心造成孕妇情绪不稳定。

3) 焦虑：意外妊娠时对身体变化和妊娠反应的心理适应力很低，需要很长一段时间才能调整过来，导致许多孕妇郁郁寡欢。

4) 抑郁：意外妊娠孕妇的抑郁发生率显著高于有计划妊娠的孕妇。他们有时会感

到失望和无助，生活在压迫感当中，感到自己生活的世界将因妊娠而受到破坏，怨恨自己，感觉自己好像是生病了，且对身体不适抱怨很多。此时如不能得到家人的心理支持和医护人员的心理疏导，很容易造成情绪低落，甚至抑郁。

5) 烦躁：孕妇厌恶妊娠，则会对妊娠心理准备不足，产生烦躁等负性情绪，这些情绪能改变中枢神经系统的功能状态，使呕吐中枢过度兴奋，发生妊娠呕吐。早孕反应与孕妇的情绪关系非常密切，情绪不稳定者，早孕反应重。也会造成早产儿和婴儿体重过轻等并发症的情况。

## （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与确诊妊娠后心理、身体不适有关。
2. 疲乏 与早孕反应不适有关。
3. 应对无效 与不能适应突然怀孕，没有自信有关。
4. 精神困扰 与支持系统不足有关。
5. 性生活形态无效 与早期妊娠夫妻担心流产有关。
6. 感知觉紊乱（嗅觉、味觉） 与早孕反应有关。

## （三）心理护理目标

心理护理目标是针对护理诊断，希望通过心理护理达到心理状况的改变。心理护理目标同时也是检验心理护理效果有效性的标准。

1. 孕妇情绪稳定，适应准母亲角色。
2. 孕妇早孕反应、疲乏减轻。
3. 孕妇对妊娠分娩充满信心。
4. 孕妇得到社会支持增多。
5. 孕妇及丈夫了解早期妊娠应尽量避免性生活。
6. 孕妇了解早孕反应的临床表现。

## （四）心理护理措施

母体是胎儿生长的小环境，孕妇的生理和心理活动都会波及胎儿。大量研究资料证明，情绪困扰的孕妇易发生妊娠期、分娩期并发症。由此可见，心理因素也是致病的原因。因此，妊娠期孕妇的护理中要把心理护理放在首位，使孕妇逐渐形成对妊娠及分娩过程的正确认知和把握，从而指导孕妇构建积极健康的心理状态，循序渐进的提升孕妇

心理健康水平，使孕妇慢慢接受并适应妊娠这一应激事件，避免心理障碍对妊娠和分娩的消极影响。努力作好孕妇的心理护理，以帮助其顺利分娩。

### 1. 一般心理护理

(1) 保持良好心态：婚后妊娠是正常的生理生活现象，因此应把妊娠看作是一件平常事。妊娠后要保持良好的心境和情绪，不要因过喜而激动，也不要因一些小事而自感悲伤。妊娠期要做到心宽、开朗、随和、不斤斤计较、始终以平稳的心态为人处事。

(2) 合理安排生活：饮食起居要有规律，按时作息，可参加适度的工作、劳动和锻炼。保持八九个小时的睡眠，卧室空气要流通，室内温度不宜过冷或过热，睡眠姿势提倡左侧卧位，以舒适为主。定期参加孕妇学习班，更多地掌握孕期的保健知识。

(3) 接受事实：准备要孩子的夫妻，在孕前就应该从心理和精神上作好各种准备。包括从心理上接受妊娠期特殊的变化，如形体、饮食、情绪、生活习惯变化；接受小生命诞生后使夫妻生活空间和自由度减少的变化；接受夫妻双方自觉或不自觉地将自己的情感转移的变化；接受妊娠后丈夫应该尽更多责任的变化，如体贴、理解、照顾等。要以平和、自然的心情和愉快、积极的态度，迎接妊娠和分娩。

2. 创造良好的社会支持系统 良好的心理-社会支持能对处于应激状态中的孕妇提供全方位的心理帮助。所以必须通过多种方式调动其社会支持和帮助。社会支持作为个体社会生活中一种重要的环境资源，影响着人们的身心健康和行为模式。据调查显示，社会支持越高，抑郁发生率越低，良好的社会支持有利于妊娠期健康。

为孕妇营造良好的家庭环境。营造一个雅静、整洁、柔和的生活环境。可以将小家庭布置得更漂亮、整洁，播放一些优美动听的轻音乐，让孕妇一进入房间就感到放松、愉快，使精神保持充分松弛。

为孕妇营造良好的家庭氛围。孕妇责怪或喜、怒无常时丈夫和家人不要计较，尽量多包容，以免孕妇受到不良刺激。特别是早孕反应较重时，要积极帮助缓解症状。要多关心孕妇及时沟通，协助他们适应妊娠带来的变化，让其感到舒适安慰，以减轻心理负担，从而防止和减轻抑郁情绪的发生。可以向同伴或同事咨询，找到信心，通过改变其认知来减轻焦虑的情绪。

为孕妇营造良好的工作环境。荷兰研究人员发现，女性在妊娠初期面临巨大的工作压力可能会使他们生产低出生体重儿的风险增加。许多孕妇往往在妊娠后期开始减少工作时间或工作量，但这一研究提示，如果在妊娠早期就采取措施可能会取得更好的效果。

3. 产科心理护理 妊娠早期孕妇容易接受暗示，依赖性增强，常表现为愿意与人交往，渴望与人分享快乐。因此，要改善早期妊娠妇女的负性情绪，重点要加强心理干预，促进其心理健康。

1) 作好产前检查：孕妇首次产前检查时，陌生的环境因素会增加孕妇的不安定情绪。此时，医护人员要积极主动地介绍科室环境、医术水平，关心体贴她们的生活，消除陌生感，让孕妇表达出自己的想法。

2) 倾听：对有心理障碍的孕妇要作好宣教工作。尽量满足孕妇生理、心理需要，最大限度地减少孕妇的不适，缩短彼此间的心理距离。必要时，避免打断孕妇的谈话。

3) 及时沟通：成立孕妇学校，组织孕妇小组讨论，交流经验、互相支持、诉说苦恼、分享快乐。如果出现一些不利于胎儿的因素，如服药、发热或被病菌感染，使孕妇对胎儿发育非常担心，指导其请教专家，以消除不必要的担心。必要时去做一些鉴定，也可找心理医生咨询并进行疏导。过于关注妊娠过程的孕妇，容易发生并发症，分娩时也常常更危险。

4) 胎教指导：胎儿不仅具有视觉、听觉、活动和记忆能力，而且能够感受母亲的情绪变化。在妊娠期间，采取适当的方法和手段，有规律地对胎儿的听觉和触觉实施良性刺激，通过神经系统传递到大脑，可促进胎儿大脑皮质得到良好的发育，不断开发潜在能力。（详见附）

5) 指导性生活：妊娠早期、晚期应避免性生活。妊娠早期，胎盘在子宫内还没有生长牢固，性生活易使子宫收缩引起流产。妊娠最后两个月，宫颈口微张开，性行为会将细菌带进子宫内，可能引起产褥感染，子宫受刺激，还会引起早产或出血。因此，夫妇双方一定要相互体谅、相互体贴，共同渡过这一特殊时期。

6) 个性化教育：对于担心分娩痛苦的孕妇，要向其解释分娩是一个正常生理过程，让孕妇了解这一生理现象，从而降低或避免因担心分娩痛苦而产生的焦虑心态；对于担心胎儿性别的孕妇，要教育使其树立男女平等的正确思想；对于担心体形变化的孕妇，要让其明白妊娠和分娩不是改变体形的决定因素，产后体育锻炼可以使其恢复良好的体形；对于有妊娠合并其他疾病或妊娠并发症的孕妇，要特别注意心理护理的全方位发展，即除了常规护理之外，还应加强相关疾病的教育。

7) 音乐疗法：在心理干预中注意结合音乐疗法、头部放松及四肢松弛疗法的应用，音乐以节奏明快、旋律流畅为主，减轻孕妇的心理压力。

8) 鲁宾心理调适: 美国心理学家鲁宾(Rubin, 1984)提出妊娠期孕妇为接受新生命的诞生, 维持个人及家庭的功能完整, 必须完成 4 项孕期母性心理发展任务: ①情绪上与胎儿连成一体。②确保自己及胎儿能安全顺利地渡过妊娠期、分娩期。③学习为孩子贡献自己。④促使家庭重要成员接受新生儿。

#### (五) 心理护理评价

1. 孕妇情绪是否稳定, 是否适应准母亲角色。
2. 孕妇早孕反应及疲乏是否减轻。
3. 孕妇是否对妊娠、分娩充满信心。
4. 孕妇是否得到社会支持增多。
5. 孕妇及丈夫是否了解早期妊娠应尽量避免性生活。
6. 孕妇是否了解早孕反应的临床表现。

## 第二节 妊娠中期心理护理

### 一、生理变化

#### (一) 孕妇

进入中期后, 对妊娠有所适应, 早孕反应等症状减轻或消失, 食欲恢复, 子宫进一步增大, 这段时期智力与事物的反应速度可略有下降, 对周围环境变化的敏感性也不如孕早期, 这是一种正常的母性防御机制, 可减少对环境的不良刺激反应所造成心理反应的能量消耗。

宫底随妊娠进展逐渐增高, 腹部逐渐增大。手测宫底高度或尺测耻骨上子宫长度可以初步估计胎儿大小及孕周。在不同妊娠周宫底的增长速度不同, 妊娠满 36 周时宫底最高, 足月时略有下降。妊娠 20~24 周时增长速度较快, 妊娠 36~40 周时增长速度较慢。

#### (二) 胎儿

18~20 周时出现胎动, 是胎儿在子宫内冲击子宫壁的活动, 有时可以看见胎动或触到胎动。胎动随妊娠进展逐渐增强, 至妊娠 32~34 周达高峰, 38 周后逐渐减少, 正常胎动每小时约 3~5 次。

### 二、心理护理

#### (一) 心理护理评估

1. 影响因素 同“本章第一节 妊娠早期心理护理”。



2. 心理状况 孕妇已经从心理上适应并接受了妊娠的事实，逐渐有了准备为人之母的心理感觉及心理准备。

(1) 接受：早孕反应的消失，身体状况的安定，使孕妇开始适应身体的变化，当孕妇自觉胎儿在活动时，就会体验到新生命的存在。接受妊娠的事实，并去关心胎儿的生长、发育过程，从而增加了幸福、自豪和期待感。同时能够调适并忍受妊娠所造成的生理不适，降低妊娠过程中矛盾的心情，情绪相对稳定，有自信能够应对妊娠过程。所以说，妊娠中期是孕妇心理上的黄金时期。

(2) 焦虑：虽然妊娠中期距分娩尚有一段时间，但有些孕妇已经开始承受分娩的压力。有些孕妇因为听信了“过来人”宣讲的分娩如何痛苦的传言，或受到影视作品对分娩场面的过分渲染，为选择分娩方式，而感到惶恐不安。

(3) 依赖：此时孕妇腹部开始逐渐膨隆，因体形显露，运动的不便，怕引起别人的关注而不愿活动，不愿意做事情。被丈夫和家人、朋友照顾得多，逐渐产生依赖感。

(4) 以自我为中心：孕妇表现出以本人为中心的倾向，专注于自己及身体变化。关心自己的一日三餐、体重、穿着，也关心自己的休息，喜欢独处。表现为宁可别人给予她而不是她给予别人，这种自私的行为还可来自体内激素的变化，以及本人对妊娠过程的理解。某些孕妇情感可能变得更为敏感，喜、怒无常，这样可能会影响其家庭的关系。

## (二) 心理护理诊断

焦虑 与选择分娩方式有关。

## (三) 心理护理目标

孕妇情绪稳定，树立自然分娩信心。

## (四) 心理护理措施

没有妊娠早期的不适应，距分娩尚有一段时间，所以妊娠中期心理安定，护理的重点应在于通过生活、工作和休息的适当搭配，使身体、心理保持良好的状态。

1. 掌握妊娠知识 详细介绍妊娠期起居、饮食及工作中的注意事项，教会孕妇计数胎动，进行自我监测，避免依赖。

2. 适当的劳动及运动 在没有异常疾病情况下，妊娠中期仍应正常上班，也可从事力所能及的家务劳动，参加一些平缓的运动。妊娠期适当的劳动及运动，可以增强孕妇的肌肉力量，身心愉悦，对顺利分娩有一定帮助。

3. 增强做母亲的感觉 由于已经有了胎动,这种新生命存在的感觉,可以帮助自己增强做母亲的感觉。也可把丈夫的手放到孕妇腹部,一起分享胎动的幸福,或为胎儿的出生做一些准备,更加能够增加这种感觉。

4. 减轻分娩压力 助产士可向其讲解分娩的生理知识,减轻对分娩产生的恐惧感,孕妇也可翻阅书刊,或与已生育过的女性交谈,或和家人一起为孩子准备一些必需品,这样都会使心情得到放松,对分娩从恐惧逐渐变为急切的盼望。

#### (五) 心理护理评价

孕妇是否情绪稳定,树立自然分娩信心。

### 第三节 妊娠晚期心理护理

#### 一、生理变化

##### (一) 孕妇

妊娠 28 周后,腹部增长较快,宫底稍向前向上压迫膈肌,引起呼吸增快,弯腰困难,激素影响使骨盆韧带松软,孕妇感到腰酸,髋部轻度痛感,间歇性子宫收缩更加频繁等。体重增长较快,外形变化更为显著,孕妇活动笨重、行动不便、胃部不适、呼吸困难、腰、腿疼痛等都相继出现,妊娠水肿、妊娠高血压、妊娠期糖尿病等并发症也容易发生,且妊娠末期常呈甲状腺功能亢进状态易发生失眠、便秘等健康问题,加之分娩日期一天天临近,孕妇的生理及心理负担加重。

##### (二) 胎儿

胎儿生长发育迅速,体重明显增加,胎动更明显。

#### 二、心理护理

##### (一) 心理护理评估

##### 1. 健康史

(1) 评估孕妇: 孕妇对本次妊娠有无不良的情绪反应,如紧张、焦虑、易哭、心悸不安、忧郁这些负性情绪及认知障碍;对即将为人母或分娩有无焦虑和恐惧心理;是否担心能否顺利分娩、分娩过程中母婴安危、胎儿有无畸形;是否担心婴儿的性别能否为家人接受。

(2) 评估社会支持系统: 尤其是配偶对此次妊娠的态度。评估孕妇的家庭经济情况、居住环境、宗教信仰以及孕妇在家庭中的角色等。

2. 心理状况 妊娠晚期由于肾上腺皮质功能亢进、雌激素增高、甲状腺功能减退、胎盘变老，孕期再度出现焦虑不安、情绪不稳定等症状。孕妇在体力、情感和心理状态方面经历一个异常脆弱的时期。此时，孕妇增加了对分娩的恐惧与担忧，尤其对分娩引起的疼痛、损伤和婴儿的健康担心，因此睡眠常受影响。孕妇也很敏感，与非妊娠人群相比，较易出现身体不适感和抑郁、焦虑等负性心理。

孕妇长期处于焦虑、紧张、抑郁状态时，应激过强，导致机体产生一系列神经内分泌反应，血中儿茶酚胺类激素及肾上腺皮质激素水平增高，致使机体耗氧量增加，心脏负荷加重，子宫血管收缩，血流量减少，血中去甲肾上腺素等增高可降低子宫内胎盘灌注，导致胎儿宫内窘迫等。

(1) 焦虑：调查显示，很多孕妇在妊娠晚期会产生焦虑心理，有些人善于调节自己的情绪，会使焦虑心理减轻，有些人不善于调节，心理焦虑越来越重。身体有任何一点异样变化都要到医院咨询医生。

1) 焦虑对孕妇影响：有研究发现，产前焦虑是剖宫产率增加的一个方面，产前的过度焦虑症状使孕妇对自己分娩的承受能力产生疑虑，选择通过实施剖宫产术来缓解面对分娩的心理压力，是当今剖宫产率不断上升的主要因素之一。

2) 焦虑对胎儿影响：焦虑会使孕妇肾上腺素分泌增加，导致代谢性酸中毒，引起胎儿宫内缺氧，新生儿窒息，进而影响新生儿 Apgar 评分。孕妇过度焦虑不只是增加胎儿的风险，还易使其在日后的成长中发生情绪和行为方面的问题。

英国精神病学家在对妊娠 18~32 周的孕妇进行的研究中发现，孕妇焦虑程度高，生下的孩子在 4 岁左右就会出现不同程度的行为和情绪问题，如过度活跃、无法集中精力等，发生率是正常人的 2~3 倍。专家认为，焦虑情绪使孕妇内分泌系统发生了异常，对胎儿大脑发育造成不良影响，增加了孩子在未来的发育过程中的异常概率。

(2) 担心：担心胎儿是否正常、是否能顺利生出、是否会突然分娩、来不及到医院、分娩时能否会有生命危险、会不会在分娩时忍受不了疼痛、孩子的抚养问题、有孩子后会影响到夫妻间的感情及性生活、生孩子之后自由时间减少、不能给孩子提供良好的生活条件、猜测孩子性别、害怕早产等。担心孩子出生后，自己的职业受到影响或家庭经济压力加大。

(3) 依赖：妊娠晚期孕妇的心理更加脆弱，胎儿也变得珍贵，孕妇担心稍有不慎会给胎儿带来伤害，害怕身体变化使自己保护胎儿的能力减弱，处处小心，大部分时间

待在家里，并要求丈夫更多地陪伴和保护，希望得到更多的关心。家庭其他成员会对其倾注更多的精力，不再让孕妇从事可以正常完成的事务，长期发展下来，孕妇无形之中会形成对家人强烈的依赖感。

(4) 恐惧：迫切期待结束分娩，可以排除来自妊娠的“困扰”，害怕、担心分娩的过程是否顺利，自己能否耐受分娩的疼痛；随着预产期的临近，紧张、恐惧的情绪会加剧，一直延续到分娩期。

(5) 烦躁：过多的焦虑、担心等压力源使孕妇的情绪不稳定，经常感到烦躁。而且妊娠晚期，由于胎儿不断长大，孕妇体重增加，开始感觉行动不方便，非常容易疲倦、劳累和身体不适、易怒、易激惹。有认知障碍者比认知正常者产后抑郁症的发生率高。

(6) 矛盾：对要做母亲感到兴奋，愿意与人交往，渴望与人分享快乐，但又会对分娩感到恐惧，特别是临近预产期，对分娩的恐惧、焦虑更为加重。

(7) 以自我为中心的倾向：这种变化可来自前人的偏见、本人的需要以及体内胎儿的需要。表现为宁可别人给予她而不是她付予别人，这种自私的行为还可来自体内激素的变化，以及本人对妊娠过程的理解。孕妇情感表现为敏感、易怒、泪汪汪和喜怒无常。

(8) 期待分娩：妊娠晚期，对分娩的事情越来越关注，主动向周围有分娩经历的人或产科专家咨询，了解分娩过程，解决自己的疑虑，有时为选择分娩方式犹豫不决。期盼见到自己的婴儿，为婴儿准备用物，为分娩作好心理和物质准备。

(9) 睡眠障碍：妊娠晚期复杂的心理活动常常扰乱了正常睡眠，睡梦增多。睡梦大多反映了孕妇对胎儿及本人的担心、忧虑和烦恼。

妊娠晚期腹部膨隆难以入睡、伴有合并症的孕妇，失眠的发生率高，特别是臀位、多胎孕妇的入睡时间及夜间觉醒次数比正常孕妇明显增加。也有很多孕妇到了妊娠晚期，由于要维持左侧卧位、怕压着胎儿或胎儿胎动频繁而几乎不能睡好。妊娠晚期有睡眠障碍的孕妇产后发生抑郁症机会增加。

有研究显示：非孕妇女平均入睡时间 19 分钟，妊娠晚期及产褥期妇女平均入睡时间 27 分钟，约 40% 明显延长。非孕妇女夜间觉醒次数不足 1 次，妊娠晚期及产褥期妇女平均夜间觉醒次数 4 次，明显增多。妊娠晚期及产褥期妇女深度睡眠期的时间明显缩短，瞌睡期延长，即在妊娠晚期孕妇睡眠深度浅，时间短。

## (二) 心理护理诊断

1. 焦虑 与担心胎儿健康状况及分娩有关。
2. 恐惧 与担心疼痛及分娩引起的身体损伤有关。
3. 身体意象紊乱 与妊娠引起的体形改变有关。
4. 睡眠型态紊乱 与子宫增大、胎动增多有关。
5. 个人应对无效 与妊娠晚期行动不便有关。

### （三）心理护理目标

1. 孕妇获得知识，担心胎儿健康状况及分娩情况减轻。
2. 孕妇情绪稳定，对分娩无恐惧感，能正确说出分娩的相关知识。
3. 孕妇身心愉悦对分娩充满信心。
4. 孕妇睡眠型态紊乱情况得到改善。
5. 孕妇能够适应晚期妊娠，适应新角色。

### （四）心理护理措施

国外的研究已经表明，妊娠晚期是孕妇发生心理应激的危险时期，此时心理状态非常复杂，不良的心理状态会通过相关的内分泌、免疫等机制影响孕妇全身各系统、各器官的功能。此时要给孕妇提供具体的心理护理措施，以帮助缓解症状减轻不适，并为孕妇及其家庭提供心理上的支持。

1. 一般心理护理 妊娠晚期加强心理护理将有助于调动孕妇的主观能动性，使其积极主动地作好自我护理，以利于身体恢复正常及保持心理健康水平。

（1）了解分娩：可以克服分娩恐惧。产前可以到“孕妇学校”了解有关的分娩的知识，了解分娩的全过程及可能出现的情况，进行分娩前的配合训练，这对有效地减轻心理压力，解除思想负担。

（2）作好准备：分娩的准备包括妊娠晚期的健康检查、心理上的准备和物质上的准备，准备的过程也是对孕妇的安慰。孕妇可以了解到家人及医护人员为自己做了大量的工作，缓解其紧张情绪。

（3）转移注意力：根据兴趣做一些转移注意力的事，如，编织一件小毛衣、布置喜欢的居室、听优美的轻音乐或漫步于环境优美的大自然。这些方法都可舒缓孕妇忧虑、紧张的情绪。

（4）语言暗示：可以经常对自己说：“我就要见到日思夜想的宝宝了”、“我的骨盆较宽，生宝宝没问题”、“我很健康，生宝宝时肯定有力”、“分娩疼痛是幸福的开端”等。

(5) 宣泄紧张：当孕妇感到焦虑紧张时，可以找丈夫、家人、朋友倾诉，这样也可使孕妇的情绪得到抚慰和安定。传授孕妇沟通技巧，使其能主动寻求各种心理调节措施来减少压力带来的消极效果。

(6) 散步：妊娠晚期最适宜的运动是散步。散步有利于血液循环和神经调节，可安定孕妇的神经系统，放松紧张与焦虑的心态，振奋精神，有利于分娩。

(7) 调整睡眠姿势：有睡眠障碍者尽量避免白天睡觉的习惯，减少咖啡、红茶的摄入量。睡眠时尽量左侧卧位，但可以适当改变睡姿，右侧睡姿不会对胎儿造成过多的影响，胎儿也会调节自己的姿势。

2. 完善社会支持系统 WHO 指出 21 世纪个体、家庭和社会在决定和满足孕妇健康要求方面将扮演重要角色。家人平时要以良好的情绪和积极的态度鼓励和支持孕妇的日常活动，使孕妇心中有所依托。树立乐观向上的态度，培养良好的心理品质，以积极的方式去应对应激源，促进心理健康水平的提高。不要在孕妇面前做反面知识的宣传，以防加重孕妇的心理负担。增强新家庭处理问题的能力，协助家庭获得各种经验，使孕妇以最佳身心状态迎接分娩。

有研究发现，45.73%的孕妇愿接受亲朋好友经验交流，40.64%愿阅读有关书籍或听课，21.25%需通过休息，17.78%采取娱乐来缓解负性情绪。所以这些信息提示我们，应该通过有计划、有系统、有目标的对孕妇、家人、社区支持组织实施健康教育，实现社区、家庭护理干预。

### 3. 产科心理护理

(1) 树立正确的认知：向孕妇讲解孕期的生理变化、可能引起的心理反应，使其知道怀孕不是生病，教会孕妇一些简单的心理自我调节方法，减轻孕妇的焦虑程度，从而减轻她们的心理应激，帮助她们消除人为的焦虑和担心，鼓励孕妇阅读保健资料，通过家属参与营造良好的家庭氛围。

(2) 开展分娩知识讲座：实施产前教育，使孕妇在产前学习的分娩法与产时助产士指导的内容相一致，分娩时能迅速听从助产士指导配合分娩，增强了产妇配合产程的主动性和正确性，减少因心理因素而导致的宫缩异常及其继发的产程延长或停滞，从而促进产程进展，顺利完成自然分娩。

(3) 学会适应新角色：为使孕妇在本阶段考虑承担母亲的作用，建议她们建立广泛的社会交往，增加与其他母亲接触的机会，获得更多有关做母亲的知识。

(3) 学习产后护理：为产妇家庭提供照顾新生儿的培训课程，使其了解新生儿的特点、护理方法、容易出现的问题及应对措施，从而能胜任照顾新生儿的工作，降低孕妇和配偶的心理压力。

(4) 开展个体心理咨询：在产科开设心理咨询门诊，对少数心理健康状况较差的孕妇进行个体心理咨询和治疗，及时排除心理障碍和不良情绪。

(5) 心理辅导：目前开展较多的是音乐疗法，音乐疗法（music therapy）是一个系统的干预过程，是一门新兴的，集音乐、医学和心理学为一体的边缘交叉学科，是音乐的作用在传统的艺术欣赏和审美领域之外的应用和发展。

选曲原则为带有诗情画意、轻松优雅和抒情性强的古典音乐和轻音乐。平卧位或半卧位听音乐，音量 40db 左右，不带耳机，CD 机播放或电脑播放。每晚 30 分钟左右，连续 4 周。

音乐疗法可以改善妊娠睡眠障碍。对孕妇情绪的改善有着长远的影响。孕妇们慢慢习得了情绪宣泄的适当表达和调节的方式，再遇到情绪问题时会采用同样宣泄表达的方式，从而形成良性循环。建立“预防-干预”一体化的心理治疗体系，使孕妇和胎儿及更多家庭受益。

#### （五）心理护理评价

1. 适应妊娠及环境。
2. 情绪稳定，对分娩无恐惧感，能正确说出分娩的相关知识。
3. 身心愉悦，继续妊娠。
4. 能够适应新家庭角色。

（刘 慧）

## 附：胎教

### 一、概述

胎教一词最早出现在汉朝，那时胎教的基本含义是孕妇必须遵守的道德、行为规范。古人认为，胎儿在母体中能够感受孕妇情绪、言行的感化，所以孕妇必须谨守礼仪，给胎儿以良好的影响，名为胎教。胎教主要指孕妇自我调控身心的健康与欢愉，为胎儿提供良好的生存环境；同时也指给生长到一定时期的胎儿以合适的刺激，通过这些

刺激，促进胎儿的生长。

现代科学的发展已证明，胎儿从第5周开始即有较复杂的生理反射功能，10周时已形成感觉、触觉功能；20周左右，开始对音响有反应；30周时有听觉、味觉、嗅觉和视觉功能，不仅能听到母亲的心跳、说话的声音，而且对外界发出的各种声音，音乐都会有一定的反应，如听到外界过响或不舒服的噪音时，胎儿会皱眉、踢脚、显得烦躁等动作反应。听到熟悉的母亲的声音或优美的音乐时，会有舒服安静的吸吮手指、轻轻踢脚等表现。

据美国著名的心理学家对千余名儿童的多年研究，得出的结论是：人的智力获得，50%在4岁以前，30%在4~8岁之间获得，另20%在8岁以后完成。4岁以前完成的50%就包括胎教在内。婴儿出生前形成的大脑旧皮质，是出生后形成的大脑新皮质的基础，只有在旧皮质良好的基础之上才能使大脑新皮质得到更好的发育，以达到超常的智商水平，发挥其非凡的才能。为此，许多国家在胎教方面都做了大量研究，并成立了胎儿大学或胎教指导中心，推广普及胎教知识，以培养更多的早慧儿童。

## 二、方法

国内外的有关胎教资料分析，以下四种胎教方法效果最好，也最重要：

### 1、避免刺激

孕妇尽量避免刺激及遇到应激事件，不看惊险刺激或恐怖的影视剧、不参加紧张的活动，保持正常的生活规律。

### 2、稳定情绪

孕妇要精神愉快，情绪安定，遇事要自我控制，不要大喜、大悲、大怒，排除有害信息对情绪的干预。国外心理学家的实验还证明，怀孕期间的情绪激动会影响后代的情绪特征。这种情绪胎教是通过对孕妇的情绪进行自我调节，使之忘掉烦恼和忧虑，创造清新的氛围及和谐的心境，孕妇愉悦的情绪可促使大脑皮质兴奋，使孕妇血压、脉搏、呼吸、消化液的分泌均处于相互平稳、相互协调状态，有利于孕妇身心健康，改善胎盘供血量，促进腹中胎儿健康发育。

### 3、腹部按摩

孕妇可以在临睡之前，把双手放在腹部，由上至下的用手轻轻的抚摸胎儿，每次五分钟，可以轻轻地和胎儿聊天。并对其讲话，想着孩子的模样，为日后与孩子建立良好的情感奠定基础。



#### 4、听觉训练

即音乐胎教。

### 三、音乐胎教

音乐胎教，是通过胎儿不断施以适当的乐声刺激，促使其神经元轴突、树突及突触发育，为优化后天的智力及发展音乐天赋奠定基础。智力的优劣与神经元的发育直接相关联。医学研究表明，音乐胎教可以使胎儿的神经元增多，树突变稠密，突触数目增加，甚至使本无关联的脑神经元相互连通。

研究认为，胎儿在一段时间内反复听同一首曲子很有好处，不仅能使胎儿熟悉音乐，对音乐产生兴趣，而且能使已有记忆的胎儿记住乐曲。孕妇要选择音质柔和、优美、节奏明快或舒缓，频率适中的音乐，为自己选择一个舒适的姿势，放松全身，让呼吸保持轻松自然通畅，摒弃杂念，让自己完全浸入音乐所表达的意境和音乐的节奏之中，想象带着爱意与胎儿一同徜徉在美丽的大自然中。还可以唱歌给胎儿、如能经常对胎儿哼唱优美的歌曲，或跟着音乐哼哼曲调、胎儿的音乐素养及各方面的综合素质会更好。胎儿在宫内最适宜听中、低频调的声音，而男性的说话声及唱歌声正是以中、低频调为主。因此，父亲是音乐胎教中的最佳老师。

## 第六章 正常分娩期心理护理

妊娠满 28 周及以后，胎儿及其附属物从母体临产发动至全部娩出的过程称为分娩（delivery）。分娩是一个自然生理过程，但对产妇而言却是一件重大的应激事件，尤其是初产妇，非常容易出现复杂的心理变化。分娩应激反应，是产妇对内、外环境中各种因素作用于身体时，所产生的非特异性反应，是指当产妇察觉到自己的安全、稳定状态受到威胁时出现的一种生物反应。这种引起应激的威胁被称为应激源。祖国医学十分重视产妇临产时的精神状态，认为产妇的精神状态对分娩过程影响极大。如《竹林女科》中指出：“人有疑虑，则气结血滞而不顺，多致难产。”因此，产妇临产时要镇静，要有充分的信心，才能顺利分娩。

据全国产时保健学术经验交流会报道：“WHO 规定的剖宫产率必须在 15% 以下，但目前我国有些地区的剖宫产率达到了 50%~70%”。决定分娩的因素有产力、产道、胎儿及精神心理 4 方面，其中产力和软产道受精神心理因素的影响比较多。许多孕产妇因

为对分娩不正确的认知而选择剖宫产术，一些产科医护人员已经意识到这些问题，并开始关注分娩期产妇的心理健康状况，以提高自然分娩率。分娩期有效地实施心理护理可减轻产妇的焦虑紧张，使其情绪安定，精力充沛地顺利完成分娩。

## 第一节 第一产程产妇心理护理

### 一、生理变化

第一产程（宫颈扩张期）从开始出现规律性子宫收缩到子宫颈口开全。初产妇约需11~12小时，经产妇约需6~8小时。

#### （一）规律宫缩

产程开始时，宫缩持续约30秒，间歇约5~6分钟。随着产程进展，宫缩持续时间逐渐延长，间歇时间逐渐缩短，且宫缩强度不断加强。宫口近开全时，宫缩持续时间可长达60秒，间歇期缩短为1~2分钟。

#### （二）宫口扩张

随着宫缩不断增强，宫颈管进行性缩短直至消失，宫颈口逐渐扩张直至开全（10cm），同时胎头不断下降。潜伏期是指从出现规律宫缩开始至宫口开大3cm，此期宫口扩张速度较慢，平均每2~3小时扩张1cm，约需8小时历时较长且产妇体力消耗较大。活跃期是指宫口开大3cm至宫口开全，此期扩张速度明显加快，约需4小时。

#### （三）疼痛

分娩时子宫的收缩和产道的扩张会带来剧烈的疼痛。子宫收缩造成平滑肌肉组织缺血、缺氧，刺激神经末梢，产生电冲动，从子宫经内脏传入神经，经脊神经、胸10、11、12的后段进入脊髓腰骶神经丛，然后传到大脑痛觉中枢，引起疼痛的感觉。其特点为弥散性疼痛，疼痛范围、部位不定。子宫下段和宫颈扩张引起的疼痛会牵涉到下腹部、腰部、大腿等处。另外，在第二产程初期的胎头拨露和着冠的时候会在外阴处产生明显的胀痛，会有体表疼痛感。

疼痛使产妇过度换气，对产妇心血管、内分泌、心理等均有不利影响，使机体产生一系列的神经内分泌变化，导致各种功能和代谢的改变，直接威胁到分娩时母婴健康。但分娩时的阵痛是自然现象，与受伤、疾病的疼痛有本质上的区别，如果自我感觉不安，中枢神经会有非常敏感的反应，疼痛就会严重。

### 二、心理护理

心理护理可降低产妇的心理应激程度，良好的心理状态是产妇顺利分娩的重要条

件。在分娩过程中，加强心理护理，可减轻分娩疼痛，缩短产程，稳定心率、血压。及时消除各种不良情绪，增加正常分娩的信心，使产妇以积极健康的情绪面对分娩，提高自然分娩率，降低剖宫产率、新生儿窒息率及产后出血率，提高产科护理工作的质量。真正体现了 WHO 倡导的“爱母分娩”行动的实质，回归自然。

### （一）心理评估

助产士可通过观察、交谈来判断产妇的心理需求，准确地掌握产妇的心理反应。根据产妇分娩前后不同阶段的不同需求，预测其在不同时期的心理反应，根据不同的产妇有的放矢地进行护理诊断，并采取相应心理护理措施，以满足产妇不同阶段的基本需求。同时，还应注意到同一产妇同一阶段可同时存在多个层次的基本需求，除生理需要，安全需要外还可能会存在爱与归属的需要和自尊的需要等，真正做到从生理上和心理上满足产妇各层次的基本需要。

1. 影响因素 影响产妇正常分娩的心理因素很多，有些因素会直接影响产程的进展，使正常分娩失败。主要有两个方面。

#### （1）生理因素：

1) 产程延长：产妇因精神紧张引起神经内分泌紊乱，导致饮食摄入减少，由于在产程中消耗过多，致使能量不足，均能影响子宫肌纤维的收缩、宫口扩张缓慢，胎先露下降受阻可使潜伏期延长，活跃期阻滞，产程延长，造成心理性难产。

2) 胎儿宫内窘迫：产妇焦虑不安和恐惧的心理使机体产生一系列变化，如心率加快、呼吸急促，致使子宫缺氧收缩乏力，同时也促进产妇神经系统交感神经兴奋，释放儿茶酚胺、血压升高，导致胎儿缺血、缺氧，出现胎儿宫内窘迫。

3) 产后出血：产后出血是指胎儿娩出后 24 小时内出血量大于 500 ml，子宫收缩乏力是产后出血的重要因素，因产妇精神过度紧张，常常处于焦虑不安和恐惧的状态，导致宫缩乏力引起产后出血。

4) 产科干预率：增加不良心理因素使产妇对分娩没有信心，难以忍受分娩的痛苦，提出尽早结束分娩的要求，干扰了正常的医疗秩序，医务人员静脉滴注缩宫素、产钳术、剖宫产术等产科干预措施来结束分娩，使产科干预率升高。

#### （2）社会因素：

1) 年龄：随着女性社会经济地位的提高和社会压力的增加，女性的婚育年龄也相应延迟，因年龄增加所带来的心理和生理状况的改变对分娩方式的选择有重要影响。大

于 35 岁的产妇剖宫产选择率高达 53.5%。

2) 认识上的误区：家属与产妇对母婴安全的期望值很高，有的产妇对分娩方式的认识上存在误区，认为阴道分娩的不确定性因素很多，而剖宫产的可控性相对高一些，剖宫产比较最安全。

3) 知识不足：产妇对分娩过程知识不足，包括对产时疼痛、胎儿性别、分娩时医护人员的照顾程度、胎儿及本人的健康等的担心，易使其产生焦虑及抑郁。如果产妇缺乏分娩知识，就会因宫缩痛产生恐惧心理而影响饮食、休息，易导致宫缩乏力，宫颈扩张缓慢，产程延长，造成胎儿宫内窘迫。

4) 受教育程度：高龄初产妇且文化程度较高者，往往敏感、多虑，对自己能否正常分娩持怀疑态度，也是造成焦虑和抑郁明显高于正常人群的因素。

5) 产前检查情况：产前检查次数越多的产妇，正常分娩的可能性越高。产前保健是提高正常分娩的一个重要环节，应抓好产前检查这一重要时期，多与产妇进行交流，讲解正常分娩的知识，减轻顾虑，提高产前保健的服务质量，促进正常分娩率的进一步提高。

6) 有过异常孕产史：有过异常孕产史的产妇本次分娩会产生恐惧、紧张、焦虑、抑郁等不良情绪，使其一直处于高应激状态，对母婴及分娩产生不利影响。

## 2. 心理状况

(1) 认知偏差：中国人对分娩的认知会有消极的一面，常认为分娩是“过鬼门关”，由于认知上的偏差，一些产妇只是知道疼痛却不知道如何应对疼痛，使得疼痛非但没有减轻反而更加重。这种认知使很多产妇害怕自然分娩的疼痛，强烈提出行剖宫产术，分娩过程中可能会引起宫缩异常、心因性宫缩无力，导致心因性难产。

(2) 情绪情感因素：分娩时消极的情绪情感因素包括忧虑、失眠、焦虑、紧张、担忧等。在消极情绪情感状态下，疼痛的感受性会增强，痛阈降低，会加剧产妇的疼痛。产妇避免疼痛的要求很强烈，这是最基本的心理需要。

1) 恐惧：所有产妇均存在，以初产妇多见。生理方面，由于宫缩所致疼痛呈进行性加剧，会使产妇产生恐惧心理，甚至大喊大叫，不能自我控制，恐惧可导致交感神经兴奋性和机体对外界刺激敏感度增强，使产妇的痛阈及适应性降低，体内儿茶酚胺分泌增加，去甲肾上腺素分泌减少，从而导致宫缩乏力，产程延长，增加了难产的机会，危及母婴生命。心理方面，如陌生的产房、陌生的医护人员、对分娩缺乏经验、害怕分娩

会引起身体损伤及死亡、婴儿是否健康有无畸形、亲朋好友不正确的传说。

有的产妇对分娩非常恐惧，产前精神状态极度紧张。产时大喊大叫，不按助产士的要求去做，将消毒好的接生区域污染，或在胎头娩出关键时刻，挣脱助产士的保护，强行坐起，这些情况会造成产道的裂伤，甚至造成胎儿突然窒息死亡，产后还会引起感染。

2) 焦虑：适当的焦虑可提高产妇适应环境的能力，过度的焦虑可影响产妇的痛阈。轻微疼痛时可产生焦虑反应，子宫收缩和子宫颈口扩张的协调性失去平衡，形成焦虑-紧张-疼痛的恶性循环，加重疼痛。

还有人认为焦虑的产妇不能很好的掌握放松技巧，在分娩过程中对疼痛的耐受性较差。过度的紧张和焦虑也可导致体内儿茶酚胺类激素物质分泌增加，使子宫收缩和子宫血流量受到影响，造成子宫平滑肌和胎盘血液供应减少，最终导致子宫收缩乏力、潜伏期及总产程延长、滞产等，增加助产率及产后出血的机会。

3) 紧张：产妇情绪过度紧张导致过度换气造成的呼吸性碱中毒，使母体血红蛋白释放量下降，影响胎盘供氧；大喊大叫会导致代谢性酸中毒，这些可导致新生儿窒息。产妇精神紧张后心率增加，胎儿也可在 45 秒之内有类似反应。

4) 忧虑：过去隐瞒了婚前做过人工流产术甚至是多次人工流产术的产妇，会担心对此次分娩有影响而感到不安。还有些产妇有重男轻女思想，唯恐新生儿性别不合心意，担心遭到丈夫或公婆、旁人的冷待。

5) 依赖：许多初产妇入院后就盼望有良好技术、态度和蔼、责任心强的助产士为其接生。当出现宫缩痛时，特别渴望家人及助产士时刻陪伴在身旁给予支持和安慰，依赖感增强。

6) 期待：宫缩带来的疼痛感使产妇想尽快结束分娩，经常会询问宫口开大的情况或宫缩的强度，距离分娩大概还有多长时间等情况，盼望尽快顺利结束分娩。

## (二) 心理护理诊断

1. 应对无效 与错误认知后无自信，害怕分娩会引起身体损伤及死亡有关。
2. 恐惧 与第一产程宫缩疼痛及环境陌生有关。
3. 焦虑 与不能掌握放松技巧，对疼痛的耐受性差有关。
4. 抉择冲突 与要面临危险时，需要采取剖宫产术或缩短产程等有关。
5. 有个人尊严受损的危险 与产科检查不注意保护产妇隐私有关。

### （三）心理护理目标

1. 产妇得知正确认知，对分娩有信心。
2. 产妇熟悉环境，适应宫缩疼痛。
3. 产妇掌握放松技巧，增加对疼痛的耐受性。
4. 产妇了解产程进展，积极配合助产人员。
5. 产妇隐私得到保护。

### （四）心理护理措施

目前促进自然分娩已成为广大助产士的共识，而在分娩中的人文关怀已是我们助产士在服务中主要的内容。

1. 一般心理护理 入院时，助产士应以热情、耐心、亲切、和蔼的态度接待产妇，要像对待自己的亲人一样去关心和照顾她们，主动关心产妇的需求，尽可能多陪伴产妇，助产士必须具备丰富的专业知识、熟练的操作技能和良好的人际沟通能力。这样才能根据产程进展的不同阶段及产妇不同的情况和不同的心理反应，给予相应的语言和非语言沟通，增加产妇的信任感、安全感，消除孤独、紧张、恐惧的心理，使以愉快的心情与助产士配合，顺利完成分娩

2. 产科心理护理 认真作好检查，测体重、体温、脉搏、血压做实验室检查等。需要做产科检查时，应尽量保护产妇的隐私，关上房门或用屏风遮挡，请家属或亲友在外等候，操作结束后应该帮助擦净血污，穿好衣服，适当遮盖，避免了患者尴尬，解除心理顾虑。

（1）树立正确认知：如果是在积极的认知影响下，通过在产前对产妇进行正常分娩知识的宣传教育和引导，消除不必要的顾虑，使产妇对于分娩过程的每一步骤与方式都非常清楚。讲解子宫收缩在产程中的作用、产生疼痛的生理基础、疼痛出现的时间及持续时间、分娩的正确方法、分娩不适的应对技巧，让产妇了解自己的产程进展情况，以消除顾虑、增强信心。让产妇树立“分娩是一种自然的生理过程”、“宫缩阵痛是一种正常的过程，是能够耐受的”、“宫缩是帮助胎儿娩出的正常现象”、“待产的过程不能急躁，既来之，则安之”。帮助产妇分析顺产的优点及剖宫产的弊端，从而增强其分娩的信心。

有了正确的认知，产妇将更好地控制自身的感觉，并与助产士配合，利用最适合产妇的方式来减轻疼痛。有准备地分娩，即使疼痛来临，产妇也会主动地、积极地面

对。

(2) 观察产程：第一产程发动时即将产妇送至待产室，待产室内保持温、湿度适宜，最好由助产士陪伴产程。监测血压、胎心、检查宫口扩张情况，及时向产妇及家属交代。潜伏期时间长，心理及生理变化大，所以既要注意观察其心理变化，还要注意观察异常情况，如胎心改变、胎位异常、羊水污染等情况，及时给予对症处置。

(3) 耐心倾听：倾听不是不动脑筋地随便听，而是全神贯注地，倾心地听。在听的过程中，不要随便打断产妇的话。倾听，不单是听，还要注意思考，要及时而迅速地判断产妇除了心理需求外，是否身体发生分娩并发症，在听的过程中要及时地把握“关键点”，及时处理。并尽可能多使用非语言交流，如微笑的表情、目光的接触及身体的姿势等。与产妇适当近距离及触摸，都可以为产妇带来安全感和亲切感，建立情感交流。

(4) 亲切交谈：对产妇的话表现出感兴趣，并及时回答，话语应亲切、温柔、生动。经常询问产妇的感觉，并表示理解。尽量应用开放式问题，以引导她们发挥，获得详细资料。告之所需准备的物品及预测分娩的时间，以减少产妇及家属的担心。

了解她们的思想状况、对分娩知识的掌握情况，以便在分娩过程中有针对性地进行护理。针对产妇的社会角色、性格、文化素质等特点，尊重产妇，以礼相待，采取多样化的形式，给予必要的健康心理疏导和行为指导，消除重男轻女、传宗接代的旧思想，严格遵守保护性医疗制度，并为其保守秘密。

(5) 适时鼓励：经常表扬及鼓励，以使产妇树立信心。

对于人体来说，心情舒展，全身肌肉会放松；心情紧张，全身肌肉越紧张。分娩时，产妇精神紧张，心理负担重，则肌肉也紧张，产道不容易打开，胎儿不能顺利娩出，宫缩的疼痛及紧张、恐惧等也会使产妇的胃肠功能减弱，不愿意进食，个别产妇可出现恶心、呕吐现象，助产士应鼓励产妇在宫缩间歇期摄入高热量、易消化、营养丰富的食物（以清淡而具有丰富营养的半流质饮食为宜），在宫缩间歇期尽量休息。对于不能进食又呕吐者应静脉补充能量，增强体力，以适应分娩时的体力消耗，鼓励适当的休息和睡眠，鼓励产妇多走动，促使胎头下降，缩短产程。

助产士要尊重产妇对疼痛的反应，鼓励产妇表达其对疼痛的感受，应以鼓励和安慰的态度设法减轻产妇的心理压力。鼓励产妇将自己的想法、情绪公开化，认识自己错误的认知，从而减轻心理负担。每次宫缩时都要鼓励产妇，给产妇信心，增强产妇对助产士的依赖感。让产妇知道只有疼痛才能带来希望，不断鼓励和表扬产妇，使她们树立信

心，产生有效宫缩。

(6) 激励式分娩：激励式分娩是指持续激发产妇动机的心理过程，通过激励使机体始终处于高度兴奋状态，对分娩充满信心。激励式干预可缩短产程的生理机制可能与下丘脑-垂体-神经内分泌系统有关，激励可使机体处于高度兴奋状态，增强机体应激能力。同时能促进内源性垂体后叶催产素的释放，增加子宫平滑肌细胞内钾离子浓度，增强兴奋-收缩偶联，增强产力。

助产士在整个产程中可采用持续地生理、心理、体力支持，激发产妇自然分娩的信心。进入产程后，查体完立即告知产妇，满足对产程宫口扩张进展的关注心理。还可以通过相对地对产程的限时，使产妇认识到分娩并不是一个遥遥无期的痛苦过程。助产士在产床边一边指导用力，一边看时间，可以显著兴奋产妇的大脑皮质，使产妇注意力高度集中，产力倍增，能积极有效地配合，在预定的时间内结束分娩。同时指导产妇根据宫缩的强度、频率和持续时间，主动调整呼吸频率和节律，从而使产妇的注意力转移到对呼吸的调整上，缓解因宫缩所产生的心理压力，保持情绪稳定，减少对分娩的恐惧，达到了减轻分娩疼痛的目的。

(7) 缓解疼痛：人们希望选择一种既能避免或减轻分娩的痛苦，又能完成做母亲的神圣使命的方式来结束分娩，研究显示，假如在产程中实施镇痛措施，孕妇会倾向于选择正常分娩。

每位产妇缓解疼痛的方式不同，尽量帮产妇找到适合的减轻疼痛的方法。宫缩时助产士轻轻按摩腹部，并握住产妇的手与其一起做腹式深呼吸，观察宫缩持续和间歇时间，潜伏期陪伴产妇在待产区随意走动以转移注意力。活跃期时根据产妇需要变换体位，握着产妇手或按摩下腹部及腰骶部，指导产妇做深呼吸，使其精神安定、放松，可用指压合谷、三阴交穴位，达到镇痛、缩短产程的效果，使其安全进入第二产程。同时还可给予擦汗、喂水、抚摸，听音乐、分散注意力、控制呼吸、放松等方法来达到心理放松。让其感到家庭式的温暖，消除恐惧心理。

产妇在分娩时心理状态十分复杂，助产士应为产妇创造实现愿望的条件，随时向产妇提供相应的病情信息及应对措施，帮助产妇获得相关知识和技能，使产妇充分发挥自己的能力、潜能，运用自己的才智，参与相关治疗、护理活动及诊疗决策，相互合作，实现自己的愿望。

(五) 心理护理评价



1. 产妇得知正确认知，是否对分娩有信心。
2. 产妇熟悉环境是否能适应宫缩疼痛。
3. 产妇是否掌握放松技巧，增加对疼痛的耐受性。
4. 产妇是否了解产程进展，积极配合助产人员。
5. 产妇隐私是否得到保护。

## 第二节 第二产程心理护理

### 一、生理变化

第二产程又称胎儿娩出期，是指从子宫颈口开全到胎儿娩出。初产妇约需 1~2 小时，经产妇仅数分钟即可完成，最长不超过 1 小时。

宫口开全后产妇出现排便感，从而不自主地向下屏气用力。随着产程进展，会阴渐膨隆且变薄，肛门括约肌松弛。当宫缩时胎头露出，于阴道口可见，而宫缩间歇期，胎头又缩回阴道内，称胎头拨露。胎头露出部分随产程进展而不断增大，直至胎头双顶径越过骨盆出口，在宫缩间歇期胎头也不再缩回，称胎头着冠。胎头继续下降，枕骨达耻骨联合下，胎头仰伸，接着胎头完成复位及外旋转动作后，前肩与后肩相继娩出，胎体随即娩出后羊水随之涌出。

宫口开全后，宫缩每次持续 1 分钟或以上，间歇时间仅 1~2 分钟。胎儿的下降对产道牵拉压迫，造成产道损伤和撕裂，从而引起的疼痛由骶神经 2、3、4 感觉神经纤维输送冲动到脊髓。其特点是疼痛部位明确、集中在阴道、会阴，如刀割样锐痛。

其他系统变化：如血压升高、心率加快、呼吸增加、血糖升高、肌肉紧张等。肾上腺素分泌增加，导致子宫收缩乏力，影响产程的进展。

### 二、心理护理

#### （一）心理护理评估

第二产程时产妇已经进入分娩室，躺在陌生的产床上，产妇对分娩充满了恐惧感，担心自己有意想不到的情况发生，也担心新生儿分娩后有窒息和其他异常情况发生，第二产程中对安全的需要明显超出了第一产程的生理需要。安全需要包括生理上的安全与心理上的安全，生理上的安全是指个体需要处于一种生理上的安全状态，以防身体上的伤害；心理上的安全感是指个体需要有一种心理上的安全感觉，避免恐惧、害怕、焦虑等的发生，因此，安全需要是第二产程的基本需要，其次是生理需要。

分娩过程中产妇比较关心产程进展、胎儿状况，还想得到助产人员的鼓励和表扬、

希望得到分娩技巧指导、提供分娩镇痛方法及助产士全程陪护等帮助。

## （二）心理护理诊断

焦虑、恐惧与第一产程类似。

1. 自我评价下降 与应激状态的产妇心理承受能力下降，缺乏安全感，希望得到助产士理解、关心和帮助有关。

2. 有无能为力感的危险 与宫缩疼痛及产程进展缓慢有关。

## （三）心理护理目标

1. 产妇得到关心和帮助自我评价增强。

2. 产妇增强分娩的信心，主动配合，宫缩力量增强，宫口逐渐扩张。

## （四）心理护理措施

1. 增强安全感 为产妇提供安全、清洁、舒适的待产环境，如完善的管理制度、齐备完好的急救药品、配置先进的医疗器械，以增加其生理和心理上的安全感。近年来，应用一对一全程负责的导乐分娩法，是在温馨的家庭环境中，专由1名助产士负责1名产妇从产程开始到结束的一种助产模式，这种模式既增加了产妇生理上的安全感，又增加了产妇心理上的安全感，满足了其安全的需要。

2. 及时告知 产妇在第二产程会觉得极其无助，非常希望得到帮助，对将要面临的各种问题，以及所要进行的必要检查和处理，会感觉非常恐惧和紧张，助产士在进行各种检查或护理前，将目的、程序告诉产妇，提供相应的信息，可以减轻焦虑，降低疼痛的强度。将产程的进展及胎儿情况随时告知产妇及家属，使她们在知情无顾虑情况下分娩，每次宫缩时都要鼓励产妇，给产妇信心，使产妇对我们更加信赖，以取得密切配合，保证胎儿顺利娩出。

3. 及时鼓励 此时助产士要更加和颜悦色、忙而不乱、熟练果断，指导产妇正确使用腹压并与助产士密切配合。不断给予产妇精神上的安慰和安全感。采取的各项检查要对产妇耐心解释，让其理解，产妇有点滴进步应及时给予肯定和鼓励，并注意多进行情感交流，如微笑的表情、目光的接触及身体的姿势等。

4. 想象及暗示 第二产程历时较短，但宫缩持续时间长，间歇时间短，产妇难忍宫缩的疼痛，这时要向产妇说明疼痛的道理，让她想象宫缩时宫口在慢慢开放，阴道在扩张，胎儿渐渐下降，同时自我暗示“我很顺利，很快就可以见到我的宝宝了”、“一个活泼可爱的小宝宝即将降临”的幸福情景，增加期待感以提高对疼痛的耐受阈。

5. 作好产科指导 指导初产妇摆好体位，当子宫收缩时先深吸一口气，然后闭上嘴随子宫的收缩如排大便向下屏气用力，宫缩间歇时全身肌肉放松，安静休息，等待下次宫缩时再做屏气。每次宫缩时都要鼓励产妇，给产妇信心，使产妇对助产士更加信赖。头先露娩出胎头时应嘱产妇以呼吸深浅来调整腹压强度，避免因胎头娩出过快造成会阴严重裂伤。宫缩乏力无效的可改用其他方法加强宫缩。

6. 有效配合 有的产妇这时显得特别被动，误认为胎儿娩出是助产士的事，不懂得自己在分娩时的作用，如果用力不当，无效消耗体力，容易引起子宫收缩乏力，影响产程进展而致第二产程延长，易使胎儿发生宫内窒息及颅内出血。

7. 激励 尤其在第二产程，在产床上一边用力，一边看时间，发现能显著兴奋产妇的大脑皮质，使产妇注意力高度集中，主观上感到疼痛减轻，产力倍增，能在预定的时间内结束分娩。

8. 有助于放松的方法 如肌肉松弛训练、深呼吸、按摩、水中分娩、自由体位分娩。当子宫收缩时，全身肌肉必须放松，才能让足够的氧气输送到子宫，以供胎儿使用。此外，肌肉放松后，产妇才能集中精神运用呼吸技巧，以达到减缓疼痛的目的。

9. 适当宣泄 可借助于哼、呻吟、叹气等减轻疼痛。许多妇女发现分娩时呻吟，有助于解除紧张情绪。如果能够忘记周围的人，让自己的感情随着身体的进展尽情宣泄，那么将会更有效地进行分娩。

#### （五）心理护理评价

1. 产妇得到关心和帮助自我评价增强。
2. 产妇增强分娩的信心，主动配合，宫缩力量增强，宫口逐渐扩张。

### 第三节 第三产程心理护理

#### 一、生理变化

第三产程又称为胎盘娩出期，指从胎儿娩出到胎盘娩出，约需 5~15 分钟，最长不应超过 30 分钟。

胎儿娩出后，宫底下降至脐平，产妇感到轻松，宫缩暂停数分钟后又重现。子宫继续收缩，胎盘剥离，同时进行新生儿处理。此时多数产妇已筋疲力尽，可嘱其休息，注意产妇血压、脉搏、阴道出血量及软产道裂伤情况。

#### 二、心理护理

##### （一）心理护理评估

第三产程由于胎儿娩出，产妇会感到轻松，心情暂时比较平静。基本需要是安全的需要和自我实现的需要。此时产妇会担心自身安全和孩子的安全，有安全需求，同时由于孩子出生，产妇抚育孩子的愿望逐渐显现，也有自我实现的需要。

有一部分产妇由于产后疲惫、会阴切口疼痛而不能实现早接触、早吸吮、早开奶。也有产妇不能接纳自己孩子的性别，反而会引起情绪激动，表现为沮丧或兴奋，这两种情况可直接通过大脑皮质，影响其对子宫收缩的调节，加速血液循环，而导致宫缩乏力而引起产后出血。

## （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与担心新生儿的安全有关。
2. 无效性否认 与新生儿性别不理想有关。
3. 母乳喂养无效 与刚娩出胎儿与其接触时间短，没有形成母婴连接有关。
4. 应对无效 与产后疲惫、会阴切口疼痛不能达到早接触、早吸吮、早开奶有关。

## （三）心理护理目标

1. 产妇得知新生儿安全，满足心理安全需要。
2. 产妇能够接受新生儿性别。
3. 产妇逐渐接纳新生儿。
4. 产妇情绪稳定，达到早接触、早吸吮、早开奶。

## （四）心理护理措施

1. 密切观察 虽然第三产程时间很短，但对产妇来说却很关键，产妇的情绪对宫缩影响极大。情绪激动可导致宫缩乏力而引起产后出血、胎盘残留等。胎儿娩出后多数产妇极度疲倦，要让产妇安静休息，同时密切观察产妇生命体征及阴道出血情况。

2. 及时告知 胎儿娩出后，首先要告诉产妇新生儿是健康的、无畸形。事先要了解产妇对新生儿性别有无思想顾虑，以免新生儿的性别与产妇期望的相反而精神受打击，引起产妇情绪波动，影响子宫收缩能力，导致子宫收缩乏力，产后大出血。所以待胎盘娩出后，子宫收缩良好时再告实情，避免产妇精神波动。

如新生儿畸形或其他异常情况发生，暂时不告诉产妇，待胎盘娩出，子宫收缩良好时再向其解释，或选在其他适当时间再告诉产妇。如遇到新生儿窒息，需要抢救时，应及时给产妇作好解释工作，或者避开产妇，以免增加其心理负担。

3. 肯定和赞扬 此时产妇既疲惫又兴奋，助产士可以用赞美和夸奖新生儿的语言，

详细描述胎儿的头发、皮肤、身长和相貌等情况，充分调动起产妇的自豪与满足感。同时应该对产妇的表现给予肯定和赞扬，倾听产妇的诉说。良好的心情有利于子宫收缩，有利于胎盘完整剥离娩出，缩短第三产程，减少产后出血。若因宫缩乏力，软产道裂伤或胎盘滞留而出血较多，则应根据原因作好相应的处理，并安慰产妇以减少其顾虑。

4. 协助哺乳 如果母婴一般状况良好，可以让新生儿与母亲皮肤接触，吸吮双侧乳房，鼓励并协助产妇触摸与拥抱新生儿，宣传母乳喂养的好处，让产妇了解母乳喂养对新生儿生长、发育的重要性，同时可加快子宫恢复，减少产后出血的发生，多给她们鼓励与支持，实现早接触、早吸吮、早开奶。

5. 增加社会支持 产妇在分娩后往往会感到非常空虚、无助、委屈，很希望得到亲人、朋友及周围人们的关心、爱护、支持、理解。因此，良好的护患关系对于满足产妇爱与归属的需要非常重要。应与产妇建立彼此信赖的友好关系，同情、理解、关心、体贴产妇。鼓励家属多关心产妇，为产妇营造温馨的、有家庭氛围的分娩环境，家属多陪伴产妇，满足产妇爱与归属的需要。

#### （五）心理护理评价

1. 产妇是否得知新生儿安全，满足心理安全需要。
2. 产妇是否能够接受新生儿性别。
3. 产妇是否逐渐接纳新生儿。
4. 产妇是否情绪稳定，达到早接触、早吸吮、早开奶。

### 第四节 母乳喂养

妊娠期血中雌激素及孕激素含量增高抑制了垂体后叶分泌功能，分娩后，随胎盘排出，体内孕激素及雌激素水平突然下降，解除对垂体后叶的抑制，催乳激素大量分泌并作用于乳腺，产生并分泌乳汁。

哺乳时，由于乳头受到新生儿吸吮的刺激，这种刺激通过神经反射传递到垂体前叶，使之产生催乳激素，催乳激素在血中的浓度随吸吮的强度和频率的增加而增高；同时新生儿吸吮乳头的刺激通过神经反射传递到垂体后叶，也促使其分泌催产素，催产素随血液进入乳房后，使乳腺周围的肌上皮细胞的平滑肌收缩，使腺泡组织缩小，致使乳腺内的乳汁流入乳腺管，再经乳头排出。如果产后哺乳，则催乳激素水平就迅速下降。

催乳素和催产素的分泌受产妇的情绪、精神状况和营养状态的影响，如情绪紧张、焦虑、烦恼、恐惧、过度疲劳及营养不良等，都可抑制这二种激素的分泌，故要增加乳

汁分泌，就要保持精神愉快、注意充分休息，进食营养丰富的食物、增加婴儿的吸吮次数及时间，这样有助于乳汁的旺盛分泌。

分娩完的产妇，只要产妇健康允许，就可以开始喂奶。“早接触、早吸吮、早开奶”是保证母乳喂养成功的关键。

1. 早接触 是指新生儿断脐后让母亲和新生儿早期肌肤接触（early skin-to-skin contact, SSC），持续至少 1 小时。将新生儿裸体纵向俯卧于母亲裸露的胸、腹部，进行“腹对腹”形式的肌肤接触，就能从根本上激发和满足基本生物学需要的神经行为，这是符合哺乳动物神经科学的基本原理。当母亲怀抱新生儿时，便会把深厚的爱带给宝宝，母婴都会在精神和心理上感到愉快和满足。

肌肤接触的时机非常重要，需在出生后 24 小时内进行，通常是宜早不宜迟。因为大多数新生儿在出生后 2 小时内非常敏感；已观察到，新生儿往往会在出生后第 1 小时自己能正确地贴到乳头上。研究发现，早接触且能自己找到乳头的的新生儿，母亲可以持续有效的喂哺。而有效的喂哺可以增加乳汁的分泌，从而使新生儿体重增加

注意保温，如能保持“腹对腹”直接肌肤接触，新生儿完全干燥，且背部盖有一条预热过的毯子，头戴一顶干燥的帽子，健康新生儿的体温将会保持在安全范围内。且皮肤接触的同时，新生儿体温也可得到提高。

2. 早吸吮 指生后 30 分钟内，在新生儿开始本能的寻找母乳的时候，及时协助开始吸吮。分娩后新生儿的觅食反射最强，是练习吸吮的好时机，可建立觅食和吸吮反射，使母体内产生泌乳素和催产素，同时诱发泌乳反射和喷乳反射，促进乳汁分泌及流出；同时还可强化新生儿的吸吮能力，满足母婴间情感交流和联系，增进母婴感情。

越早开始吸吮，越更容易成功的母乳喂养。生后的第一天內，至少吸吮十次以上（不管新生儿是否吸到母乳），将明显的提高母乳喂养的成功率。第一次吸吮的重点是在认识乳房，更多的协助是在第二次喂哺。

3. 早开奶 是指新生儿降临第 1 次母乳喂养。是由于及早做了早接触、早吸吮，从而建立了母婴之间的感情，使母亲在愉快的心情下喂养新生儿，从而达到早开奶的目的。开奶晚，垂体反应会减弱，乳汁量少，新生儿黄疸严重；产后两天不进食，易发生低血糖，使脑部受到损害；有的也会发生脱水热。即使母亲想哺乳，也可能没奶或回奶。

泌乳过程是一个复杂而且多种内分泌参与的生理过程。有的产妇在分娩后会出现“一过性”忧郁状态，主要表现为郁闷、易落泪、哭泣、不安、易疲劳、轻度情绪紊乱

或焦躁等。这种抑郁状态如果轻微，一般无需用药都能安全度过产褥期。如果产妇出现较严重的忧郁，可能造成母亲对哺乳行为不够积极，影响泌乳素的分泌。有的产妇发现自己乳汁少后，情绪可能更低落，对母乳喂养更加缺乏信心，由此形成恶性循环，最终导致整个哺乳期母乳喂养率的下降，甚至无母乳而选用代用品喂养。

（刘 慧）

### 附 1： 非药物性无痛分娩

无痛分娩又叫做“分娩镇痛”。是用各种方法使分娩时的疼痛减轻甚至使之消失。目前通常使用的分娩镇痛方法有两种：一种方法是药物性的，是应用麻醉药或镇痛药来达到镇痛效果；另一种方法是非药物性的，是对产妇分娩等知识教育，训练产妇采取特殊呼吸技术，转移注意力，松弛肌肉，减少恐惧、紧张，使其在助产士的鼓励（或暗示）和帮助下，来减轻产痛，能顺利渡过分娩期的心理疗法。

分娩镇痛是每位产妇都应享有的权利，也是现代文明产科的标志。分娩疼痛来自于精神性（如紧张）及功能性（子宫肌肉阵发性收缩和胎儿通过产道时对软产道压迫所致的牵拉）。它往往使产妇恐惧，对分娩失去自信心，影响产程正常进行。如果产妇对于镇痛方法有所了解，就会在分娩时合理应用，使宫缩更协调，体力消耗降低，利于产程进展。

分娩是一个正常、自然和健康的过程，通过适当的方法可激发产妇的内在智慧，能引导她们顺利渡过分娩。目前，大多使用简单易行的非药物镇痛，以减少药物对母亲和胎儿的不良影响，分娩中可选择的镇痛方法有：

#### 一、拉玛泽分娩呼吸法

拉玛泽分娩法源于 1952 年，由产科医师拉玛泽（Lamaze）先生研究、发明并发扬至欧洲、南美洲、北美洲及亚洲各国。

“拉玛泽分娩呼吸法”又称为“心理预防式的分娩准备法”，通过对神经肌肉控制、呼吸技巧的训练，在阵痛来临时，能熟练地运用各种呼吸技巧有效地让产妇把分娩时的疼痛转移到呼吸上来，自然的减少分娩时的恐惧和痛楚，达到加快产程并让胎儿顺利娩出的目的。

##### （一）廓清式呼吸

慢慢用鼻子深深吸口气，再缓缓以口呼出，像吹灭蜡烛一样。使全身放松并使体内

O<sub>2</sub> 与 CO<sub>2</sub> 维持平衡。

## （二）胸式呼吸

此阶段为子宫收缩初期，收缩程度较轻，每次收缩时间 30~50 秒钟，间隔 5~20 分钟收缩 1 次，此时子宫颈开口 2~3cm。由鼻孔吸气、嘴巴吐气，腹部保持放松，每分钟 6~9 次吸气及吐气，每次呼吸速度平稳，吸入及呼出量保持均匀。

## （三）浅而慢加速呼吸

此阶段为加速阶段，是分娩中最久、最辛苦的阶段。子宫 2~4 分钟收缩一次，每次约 60 秒，子宫开口 4~8cm。由鼻孔吸气、口吐气。随子宫收缩之增强而加速呼吸，随子宫收缩减慢而减缓呼吸。

## （四）浅的呼吸

此阶段收缩强烈，且频率高。子宫收缩时间为 60~90 秒，每 30~90 秒收缩 1 次，子宫口开 8~10cm。保持高位呼吸，在喉咙处发声，微张开嘴巴吸、吐（发出“嘻嘻”的声音），呼吸速度依子宫收缩强度调整，吐及吸的气量一样，以免过度换气。

## （五）闭气用力运动

此阶段子宫颈口全开，胎儿随时会娩出，是最困难的时刻。此时期时间的长短决定于产妇是否会用力，因此要把握子宫收缩时用力，而子宫停止收缩时休息并完全放松，以便获得力量再奋斗。平躺地板上，两脚抬高放在椅子上或沙发上，臂部尽量移到椅子边缘，两膝盖屈曲，两腿分开，手握住椅子的脚；头略抬起向肚脐看，下巴向前缩；大口吸气后憋气，往下用力；尽可能憋气 20~30 秒，吐气后马上再憋气用力直到收缩结束。

## （六）哈气运动

此阶段为胎头着冠以后，即将要仰伸时，易造成会阴部裂伤，不能用力，却又不自主想要用力时，此时可用哈气运动。全身放松，嘴巴张开，像喘息式的急促呼吸。

## （七）吹蜡烛运动

与（六）阶段相同，故选一种即可。以吹蜡烛方式快速呼吸，但不要用力吹。“拉玛泽分娩呼吸法”必须在身心完全放松的情况下，才能发挥最好的减痛效果。因此，平时做神经肌肉放松的练习，进行正确的呼吸技巧训练。分娩时产妇才能集中精神运用呼吸技巧，以达到减缓疼痛的目的。同样，子宫收缩时，只有全身肌肉完全放松，才能让足够的氧气输送到子宫，以供胎儿需求。



## 二、导乐分娩法

“导乐”是希腊语“Doula”的音译，原意为“女性照顾女性”。导乐分娩是由美国的医生 M.Klans 在 1996 年倡导的一种比较新式的分娩模式，是目前最受推崇的一种自然分娩方式，具体指在一个有生育经验的妇女的指导下，在产前、产时及产后陪伴产妇，尤其在分娩过程中持续地给产妇生理上、心理上、情感上的支持，使产妇感到安全舒适并不断获得这位女性的支持鼓励和指导，从心理上给予产妇支持和安慰，暗示或鼓励其增强信心，使产妇消除紧张感，从而减轻产痛。在全身放松的情况下，与助产士配合，顺利分娩。

### （一）第一产程潜伏期

在这时宫缩痛刚刚开始，产妇的精力还比较充沛，应该多与她们进行语言交流，运用倾听等技巧，了解产妇和丈夫对分娩知识的掌握程度，并给予补充。不断解释说明产生疼痛的生理基础、减轻疼痛的方法以及疼痛时产程的变化情况。尽可能鼓励产妇多走动，促使胎头下降，缩短产程。多喝水、进食、及时排尿。温习或示范肌肉松弛及呼吸技巧，不断给予产妇表扬和鼓励。

### （二）第一产程活跃期

随着疼痛加重，恐惧不断增加，产妇害怕分娩出问题，依赖性更强。这时，更应该加强关心和支持，尽量运用有帮助的非语言交流技巧，帮助树立信心。经常变换体位，如站、蹲、走，避免平卧位。根据产妇的需要握着她们的手或给她们按摩背部，指导产妇做深呼吸，使她们的精神安定、放松。随时告知产妇及家属产程的进展及胎儿的情况。

### （三）第二产程

多在身边称赞与鼓励，使她们增强信心。指导产妇配合宫缩屏气用力，对她们的点滴进步及时给予肯定和鼓励。当无屏气感时，产妇应该坚持进行活动，如立、足、蹲等。随时满足产妇的生理需要，如饮水、擦汗等。

### （四）第三产程

胎儿娩出后，产妇顿觉腹内空空，产道如释重负，身心疲惫不堪，但内心充满了幸福及自豪：“我终于顺利地把小宝贝带到这个世界”，家人要共同分享产妇的喜悦，并尽早进行早接触、早吸吮。

## 三、催眠分娩法

由美国催眠镇痛分娩协会提出，催眠分娩（hypnobirthing）被成功的用于减缓与分

娩有关联的内在与外在的压力上，帮助女性消除恐惧、学会唤醒机体内自然，有些产妇被当场催眠或是预先条件化而不觉得产痛，只要产妇保持放松的水平，血压、血流和激素都能维持良好的水平，胎儿的心率将保持在一个正常的范围内，由于子宫的适当收缩力，软产道逐渐顺利扩张，胎儿易于旋转下降。

催眠分娩是通过培训把分娩疼痛观念，转变为分娩舒适。通过心态调整，改变思维，对内心世界进行治疗。它涉及大量心理治疗方面内容。

#### （一）分娩前

在分娩前，通过自我催眠练习，使得产妇全身肌肉放松，给子宫收缩和舒张最大的空间，而不会感觉到势不可当的疼痛，当子宫收缩的信号来临，产妇通过训练后形成条件化反射，使用学过的呼吸方法并且放松，产妇会感到正常分娩及娩出胎儿的幸福过程，不会产生强烈的恐惧，也不会注意相关联的疼痛，虽然一些不适依然是无法避免的，但是程度大大减低。

#### （二）分娩时

通过呼吸练习，分散注意力，引导想象，渐进放松，实现催眠和自我催眠，把这个方法与助产技术结合在一起，让产妇在整个的分娩过程中，实现身心完全放松，子宫收缩适当，产程进展顺利的目的，极大减少了镇静、麻醉药物的应用。不仅提高了自然分娩率，而且能够减少产伤。

美国路易斯安那州的资深助产士 Linda 在这方面别有心得。“我教产妇们学会想象。想象眼前是一片开满鲜花的原野，或者想象已经把小宝宝拥在怀里。”当然，既然是想象，你就完全可以发挥自己的创造力。“在阵痛一次接一次地袭击我时，我想象自己在攀登山峰，攀上一个，又攀一个。”

### 四、水中分娩

水中分娩起源于苏联和法国，后又传到北欧和美国。20 世纪 80 年代后期，美国成立首家水中分娩中心。产妇身体浸泡在水中，水波轻微地撞击着产妇的身体，可使其子宫肌肉的活性增强，使分娩更顺畅、更容易。在 36~37℃ 的温水中便于休息、翻身，自主选择分娩最舒服的位置，最大程度地减少产妇待产的痛苦，缩短产程，降低产妇血压，使产妇更容易放松情绪，也减少了会阴侧切率及新生儿缺氧的危险。

水中分娩的优点：

#### （一）减轻疼痛

人体浸泡在水中，温水使皮肤局部血管扩张，局部组织的体温、代谢、神经传导速度以及肌肉松弛度增加。所以泡在温水中，适宜的水温能使产妇感到镇静，情绪得到放松，促使全身肌肉放松，分娩的疼痛感明显减轻。

#### （二）缩短产程

由于浮力的作用，产妇在水中可以自由采取舒适的姿势和体位，使肌肉放松，焦虑程度降低，催产素分泌增加，子宫收缩加强，从而使子宫颈口快速扩张。水的浮力也有助于产妇自主调节体位，使得分娩时的用力更为自然，效果更显著，缩短了产程。

#### （三）减少会阴切开率

水中产妇多采用直立位，有利于保护会阴，且由于水的浮力作用于会阴体，使阴道内外的压力差变小，会阴组织逐渐扩张，容受性增加，从而减少会阴裂伤。

#### （四）产后恢复快

由于分娩时间相对较短，产妇体力消耗相对小一些，产后恢复也明显优于其他分娩形式。

#### （五）对胎儿伤害相对少

水中的状态与母体羊水里的感觉很类似，可以形成感觉的过渡。水中分娩产妇盆底肌放松，胎儿更容易通过产道，这样可以缓解胎儿出生时重力对脑细胞的冲击，同时，分娩的时间缩短，可以减少胎儿缺氧的风险。

### 五、自由体位分娩

自由体位分娩是指在分娩过程中产妇采用自感舒适的体位（如卧、走、立、坐位、跪位、手膝位、蹲位等各种姿势），而不是传统的仰卧截石位分娩。

有研究发现，发现蹲位和手膝支持俯卧位时，骨盆出口径线和坐骨径线要长于仰卧位，蹲位时骨盆的坐骨结节径线长于其他部位。认为产妇蹲位和手膝支持俯卧位时骨盆增宽，有利于胎头下降和内旋转。传统仰卧位及截石位的待产和分娩，由于产程时间长，增大的子宫压迫下腔静脉极易造成体位性低血压，引起产妇头晕、视物模糊、全身乏力、出冷汗、恶心等不适。自由体位分娩不但可以消除产妇的紧张与恐惧，而且可以增大骨盆的倾斜度，纠正异常胎位，预防胎儿缺氧，增强宫缩，使会阴放松，可减少会阴水肿和裂伤，减轻腰痛感，也便于助产士观察。

让产妇在分娩过程选择自己喜欢和感觉舒适的体位，分娩回归自然，减少医疗干预的体现，不仅满足了产妇的身心需求，调动了产妇和家属的主观能动性，而且还促进和

支持了自然分娩率，降低了剖宫产率及新生儿窒息率，减少了产伤的发生，同时提高了产科质量，保障了母婴安全，是促进自然分娩更人性化、更有效的分娩方式，值得助产士在临床中普及应用。

## 六、分娩球（羊角球）

用一个直径为 1 m 的彩色充气橡胶球，将其固定好后，由助产士指导产妇在宫缩间歇期骑坐上去，也可随意选择产妇认为舒适的姿势如蹲位、跪位、坐位、站位、半坐卧位等。

分娩球有弹性、柔软，可增加产妇的舒适度，同时改变骨盆倾斜度，可放松盆腔肌肉，减轻疼痛。也可以直接减轻宫缩时胎儿对盆腔底的压迫感，从而减少大脑皮质对疼痛冲动的感应，提高产妇的疼痛阈值，缓解会阴神经的疼痛。产程中依赖分娩球不断变换各种体位，分散了产妇对宫缩的注意力，消除产妇恐惧紧张心理，达到减轻分娩疼痛，加速产程进展的作用。

无痛分娩是现代文明产科的标志。在美国产妇选择无痛分娩占 85%，英国高达 90%，而中国实行无痛分娩的不到 1%。目前国内一些大医院也逐步开展这项技术。分娩疼痛是客观事实，具备生理及心理学基础。但人类一直在追求让产妇安全、无痛苦地渡过分娩过程。无痛分娩不同程度地提高了分娩期母婴的安全。产妇有权享受安全、幸福的分娩服务，胎儿也有权在此过程中受到保护与善待。

### 附 2：联合国儿童基金会、世界卫生组织促使母乳喂养成功的十点措施

1. 有书面的母乳喂养政策，并常规地传达到所有保健人员。
2. 对所有保健人员进行必要的技术培训，使其能实施这一政策。
3. 要把有关母乳喂养的好处及处理方法告诉所有的孕妇。
4. 帮助母亲在产后 30 分钟内开始母乳喂养。
5. 指导母亲如何喂奶，以及在需与其婴儿分开的情况下如何保持泌乳。
6. 除母乳外，禁止给新生儿吃任何食物或饮料，除非有医学指征。
7. 实行母婴同室，让母亲与婴儿一天 24 小时在一起。
8. 鼓励按需哺乳。
9. 不要给母乳喂养的婴儿吸人工奶头，或使用奶头作安慰物。
10. 促进母乳喂养支持组织的建立，并将出院的母亲转给这些组织。

### 附 3：国际母乳代用品销售十守则

1. 禁止对公众进行代乳品、奶瓶或橡皮奶头的广告宣传。
2. 禁止向母亲免费提供代乳品样品。
3. 禁止在卫生保健机构中使用这些产品。
4. 禁止公司向母亲推销这些产品。
5. 禁止向卫生保健工作者赠送礼品或样品。
6. 禁止以文字或图画等形式宣传人工喂养，包括在产品标签上印婴儿的图片。
7. 向卫生保健工作者提供的资料必须具有科学性和真实性。
8. 有关人工喂养的所有资料包括产品标签都应该说明母乳喂养的优点及人工喂养的代价与危害。
9. 不适当的产品如加糖炼乳，不应推销给婴儿。
10. 所有的食品必须是高质量的，同时要考虑使用这些食品的国家的气候条件及储存条件。

## 第七章 正常产褥期心理护理

孕产妇在妊娠期和分娩期心理状态会发生一定的变化。产褥期的产妇也可能由于新生命的降临感到巨大的快乐、兴奋，还会因为担心婴儿的健康状况以及担心自己能否应对这些状况，加上自我形象的改变而出现焦虑和矛盾的复杂情绪。产妇产后发生心理问题，不仅影响家庭功能和亲子关系，严重者可危及产妇和婴儿的健康和安全。恰当的产后心理护理和及时有效的干预，使产妇能积极乐观地适应新角色，提高处理新角色与周围关系的应变能力，有效地预防和降低产后心理障碍的发生，提高了产妇的生活质量。

### 第一节 产褥期生理变化

从胎盘娩出至产妇全身各器官（乳腺除外）恢复至正常非孕状态所需的时间，称为产褥期（puerperium），一般为6周。

在妊娠期间，孕妇承担了供给胎儿生长、发育所需的各种营养的重任，因此孕妇的各个器官系统都发生了一系列的生理性适应变化。妊娠结束后，这些生理性的变化，都要逐渐恢复正常。

#### 一、生殖系统的变化

##### （一）子宫恢复

1. 子宫复旧 妊娠子宫从胎盘娩出后逐渐恢复至非孕状态的过程称为子宫复旧。产后第1天宫底平脐，以后每天下降1~2cm，产后7天缩小至约孕12周末宫底高度，降入骨盆腔内，6周可恢复至非孕期大小。

2. 子宫内膜的再生 产后宫缩导致血管腔闭锁或狭窄，胎盘剥离处出血减少，蜕膜缺血、坏死、脱落，子宫内膜重新再生。产后3周，除胎盘剥离处外，胎膜附着处的子宫内膜均由新生的内膜修复。胎盘附着处的子宫内膜至产后6周全部修复。随蜕膜的脱落，子宫内膜的修复，产后经阴道流出的血液、坏死蜕膜、黏液等统称恶露。恶露可分为血性恶露、浆液性恶露和白色恶露3种。血性恶露主要由血液组成，色红、量多，约持续3~7天；以后逐渐变为浆液性恶露，主要由蜕膜组织组成，色淡红、量逐渐减少，持续大约1周；再变为白色恶露，主要含有大量白细胞、退化的蜕膜组织，量少、黏稠而色白，持续2~3周。

3. 宫颈 产后宫颈松软而薄，形成皱襞。产后1周宫颈外形及子宫颈内口基本恢复至未孕状态，产后4周宫颈完全恢复至正常形态，因分娩时宫颈两侧轻度裂伤，使初产妇的宫颈外口由圆形（未产型）变为“一”字横裂形（已产型）。

#### （二）阴道恢复

分娩时阴道壁被扩张而松弛及肌张力低，黏膜皱襞消失。产后3周，阴道黏膜皱襞重新出现，阴道壁张力逐渐恢复，但不能完全恢复至非孕状态。

#### （三）外阴和盆底组织恢复

产后外阴因高度伸展而有不同程度的水肿，2~3天即可消退。处女膜在分娩时断裂形成痕迹，称处女膜痕。盆底组织及其筋膜在分娩时过度扩张使弹性减弱，常伴有部分肌纤维断裂。产褥期如能坚持产后运动，盆底肌肉可能恢复至接近非孕状态。如盆底组织有严重断裂或产褥期过早重体力劳动，可影响盆底组织恢复，导致阴道壁膨出，甚至子宫脱垂。

#### （四）月经及卵巢功能的恢复

未哺乳妇女月经通常在产后6~10周复潮，卵巢平均在10周左右恢复排卵。哺乳妇女的月经复潮延迟，甚至哺乳期一直不来潮。产后恢复月经较晚者，首次月经来潮前多有排卵，故哺乳妇女虽未有月经却有受孕的可能。

## 二、乳房泌乳

乳房的主要变化为泌乳活动。产后母体内雌激素、孕激素、胎盘生乳素急剧下降，垂体生乳素升高，刺激泌乳；加之新生儿吸吮动作致使垂体生乳素和缩宫素升高，促进

泌乳；产后产妇的睡眠、营养、健康状况及精神状态均会影响乳汁的分泌。产后2~3天乳房极度膨胀、变硬、胀痛明显，腋下淋巴结也会肿大，并开始分泌少量浑浊淡黄色乳汁，称为初乳，内含有较多的蛋白质和矿物质，是新生儿最理想的天然食物。产后7~14天分泌的乳汁为过渡乳，蛋白质含量逐渐减少，脂肪和乳糖含量升高。产后14天以后分泌的成熟乳呈白色。初乳和成熟乳均含有大量抗体，故母乳喂养的新生儿抵抗力强。

### 三、心血管系统的恢复

分娩解除了子宫对下腔静脉的压迫，静脉血回流量增加；子宫肌缩复，使大量血液从子宫回流入体循环，加之妊娠期组织间液的回吸收，致使产褥期血容量增加，尤以产后24小时内，心脏负荷最重。产后2~3周血容量恢复至非孕状态。

### 四、血液系统的恢复

产后红细胞计数和血红蛋白值增高，白细胞总数增加，可达 $20 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞和血小板也增多，血沉于产后3~4周降至正常。产后一段时间内，产妇血液仍处于高凝状态，有利于胎盘剥离创面迅速形成血栓，减少产后出血。纤维蛋白原、凝血活酶、凝血酶原于产后2~3周内降至正常。

### 五、内分泌系统的恢复

在产褥期垂体前叶、甲状腺及肾上腺功能逐渐恢复正常。雌激素及孕激素水平在产后急剧下降，至产后1周已降至未孕水平。胎盘生乳素于产后6小时已不能测出。催乳素水平因是否哺乳而异，哺乳产妇的催乳激素于产后下降，但仍高于非孕时水平，吸吮乳汁时催乳激素明显增高；不哺乳产妇的催乳激素于产后2周降至非孕时水平。

### 六、其他系统恢复

#### （一）消化系统

消化系统产后1~2周内消化功能逐渐恢复正常。产褥早期胃肠肌张力仍较低，产妇食欲欠佳，喜进汤食，加之产妇活动少，肠蠕动减弱，容易发生便秘。

#### （二）泌尿系统

泌尿系统产后第1周，一般为多尿期，因孕期滞留在体内的大量液体在产褥早期主要通过肾排出。由于分娩过程中膀胱受压，黏膜充血、水肿对尿液刺激敏感性下降以及外阴疼痛使产妇不愿用力排尿，可出现一过性尿潴留，尤其在产后最初12小时。

#### （三）腹壁的变化

妊娠期出现的下腹部正中色素沉着，在产褥期逐渐消退。初产妇腹壁紫红色妊娠纹逐渐会变成银白色陈旧性妊娠纹。腹壁皮肤受增大的妊娠子宫影响，部分弹力纤维断裂，腹直肌也会出现不同程度分离，导致产后腹壁明显松弛。

## 第二节 产褥期心理护理

产妇分娩过程的疼痛与不适，体内激素水平变化，使产妇躯体和心理的应激增加，易造成心理障碍，产后心理障碍是可以预见的，助产士对产后心理障碍的表现形式要有一个正确的认识，准确的判断，要对产妇的心理作出正确的评估，并对产妇潜在的刺激作出相应的判断，更重要的是要对产妇的情绪和心理状态作好评估，了解产妇心理问题的严重程度，采取的心理护理措施，确保母婴安全。

### 一、心理护理评估

#### (一) 影响因素

目前对产后发生心理障碍的真正原因还不清楚，认为可能与下列因素有关。

1. 生理因素 产后 24 小时内，体内激素水平的急剧变化会影响产妇的情绪，是产后抑郁症发生的生物学基础。

(1)动物研究显示，产后黄体酮的撤退导致了 Y-氨基丁酸(GABA)能的活性受抑制，而雌激素的撤退导致了多巴胺受体的超敏，增加了多巴胺转运体在脑部的表达。这些激素撤退带来的神经递质改变，可能促发某些个体发生心境障碍。还有研究发现，孕激素下降幅度与抑郁量表得分呈正相关，即孕激素下降幅度越大，产后抑郁的可能性越大。

(2)研究证明，有产后抑郁病史的女性对雌孕激素的变化敏感。这种敏感性在月经初潮时就已经体现出来。这一类人群在生育年龄表现为心理脆弱，对环境和生理压力缺乏调节能力。在妊娠分娩阶段由于激素水平的急剧变化，发生心理疾病的几率明显增高。

(3)还有研究证明，分娩过程中疼痛与不适，使肾上腺皮质激素、皮质醇、儿茶酚胺等释放过多，导致产妇躯体和心理的应激增强 产妇疾病(尤其是感染、发热)或残疾亦可促发产后抑郁。

有关激素与产后忧郁、产后抑郁症的关系还有待进一步的研究和证实。

2. 心理因素 心理分析专家认为所有妇女在怀孕期和产后第一个月，均有暂时性的心理退化现象，即她们的行为变得更原始或更具孩子气，此改变可引起心理冲突。而不良的社会心理因素可诱发其发生，加速其发展。产后抑郁症多发生于以自我为中心、神经质、情绪不稳定、固执、好强、社交能力不良、内向性格等个性特点的人群。而心



理退化现象则是产后抑郁症发生的心理学基础。尤其我国初产妇较多，大多产妇缺乏对分娩过程的正确认识，对即将承担母亲角色不适应，对照料新生儿的一切事物都需从头学起，导致产褥期妇女情感处于极其脆弱阶段，特别是产后一周情绪变化更为明显，很容易引起情绪紊乱、抑郁、焦虑、人际关系敏感，形成心理障碍。

3. 社会因素 丈夫及家属的情感和物质支持，被认为是产后抑郁症的重要影响因素之一。社会支持不足是产后抑郁症的一个显著性预测因子。夫妻关系不和、家属关心不够、婴儿性别与期望不符、夫妻分离、居住环境简陋、家庭经济拮据、产妇的年龄、民族、职业、文化程度、孕产期保健服务的质量、产后的母乳喂养、产妇成长过程中所经历的不幸事件等因素都与产后抑郁相关。

4. 遗传因素 通过对家族遗传史及双胞胎的追踪性研究发现，一级亲属中有情绪异常相关疾病的女性发生产后抑郁症的几率比普通人群的发生率明显增高。家族遗传使得产妇对某些心理障碍疾病具有易感性，以自我为中心或成熟度不高，敏感、好强、认真和固执的性格特征会加重产后心理的不稳定状况。

5. 其他因素 与分娩有关的身体创伤及心理创伤史、产前及产时焦虑、新生儿窒息或有异常情况、人工喂养、精神抑郁病史、吸烟、低自尊、产前或产时抑郁、经济状况低下、低社会支持、计划外或非意愿怀孕、单亲母亲或婚姻关系差等。

## （二）心理状况

对产妇的情绪和心理状态作好评估，了解产妇是否感到孤独、无助、恐惧、焦虑，情绪低落或沮丧的程度，有无厌世倾向；产妇如何看待本次妊娠及分娩，是否为计划外受孕；产妇有无自我护理能力和照顾新生儿的能力，母婴的交流是否正常，有无对新生儿性别不满意；产妇是否真正体会到来自社会和家庭的温暖，尤其是来自丈夫和长辈的关怀至关重要。通过与产妇交谈了解其情绪及精神状态；通过体格检查了解产妇产后恢复情况，包括子宫复旧、会阴伤口愈合及哺乳情况等；通过相关量表，了解产妇心理问题的严重程度。

产褥期须从妊娠期及分娩期的不适、疼痛、焦虑中恢复，需要接纳家庭新成员和组成新家庭，这一过程称为心理调适过程。根据鲁宾（Rubin）的研究将产褥期的心理调适分为3个时期：① 依赖期：产后1~3天，在这一时期产妇的很多需要是通过别人来满足，如对孩子的关心、喂奶、沐浴等。② 依赖-独立期：产后3~14天，这一时期产妇表现出较为独立的行为，改变依赖期中接受特别的照顾和关心的状态，学习和练习护

理自己的孩子，这一时期产妇容易产生心理异常。③ 独立期：产后 2 周~1 月，新家庭形成并运作，开始恢复分娩前的家庭生活。

产褥期是产妇心理转换时期，容易受体内、外环境不良刺激而导致心理障碍。产后心理异常包括产后忧郁（postpartum blues or baby blues）、产后抑郁症（postpartum depression, PPD）和产后精神病（postpartum psychosis）3 种类型。

1. 产后忧郁 在分娩后的最初几天，产妇进入了一个新的身心变化时期，容易受各种不良因素的影响，从而造成身心障碍。高达 80%的产妇会出现情绪低落的现象，这通常被称为产后忧郁。产后忧郁的特点是出现一系列的症状，最常见的是情绪不稳的欣快感和痛苦之间的复杂情绪。另外此阶段的常见症状还有烦躁易怒、食欲缺乏、疲劳、失眠、沮丧、无助、注意力和记忆力减退，甚至莫名哭泣等。这些症状通常不会持续太久，在产后 1~2 周会自然消失。产后忧郁不是疾病，不需要药物治疗。

2. 产后抑郁症 产后抑郁症发病于分娩后，故而得名。实际上产后抑郁症与普通抑郁症并没有本质上的区别。

流行病学研究证明，产后抑郁症的发病率占分娩总人数的 10%~20%之间。产后抑郁症多在产后 6 周内发病，亦有约 8%~15% 的产妇在产后 2~3 个月内发病，症状最长可以持续 2 年。产妇常常有紧张、疑虑、内疚、恐惧等症状，极少数严重的会有绝望、离家出走、伤害孩子或自杀的想法和行动。研究显示，50%~75%的女性都将随着孩子的出生经历一段“baby blues”，多数女性征兆不明显或转瞬即逝，性格上出现一段不稳定情绪，比如莫名的哭泣或情绪欠佳。

（1）产后抑郁症的诊断标准：国际疾病分类（ICD10）中对产后抑郁症没有明确诊断标准。目前多采用美国精神病学会（1994）《精神障碍诊断和统计手册第 4 版》（DSM-IV）诊断标准，指产后 4 周内发生的抑郁发作。其症状主要表现为产妇产后情绪低落、内疚自责、思维迟缓、食欲不振、爱哭、悲观厌世及自杀倾向等。典型的产后抑郁症常于产后 2 周发病，产后 4~6 周症状明显，病程可持续 3~6 个月。

表 7-1 美国精神病学会（1994）产褥期抑郁症诊断标准

#### 产褥期抑郁症诊断标准

1. 在产后 2 周内出现下列 5 条或 5 条以上的症状，必须具备①，②两条

① 情绪抑郁

②对全部或多数活动明显缺乏兴趣或愉悦

- 
- ③ 体重显著下降或增加;
  - ④失眠或睡眠过度;
  - ⑤精神运动性兴奋或阻滞;
  - ⑥ 疲劳或乏力;
  - ⑦ 遇事皆感毫无意义或白罪感;
  - ⑧思维力减退或注意力溃散;
  - ⑨反复出现死亡想法。

## 2. 在产后 4 周内发病

---

(2) 产后抑郁症对婴儿的影响：产后抑郁症可造成母婴连接障碍。母婴连接是指母亲和婴儿间的情绪纽带，它取决于一些因素，包括母婴间躯体接触、婴儿的行为和母亲的情绪反应性。母婴连接不良时母亲可能拒绝照管婴儿，会影响婴儿的正常发育、生长并可能出现意外伤害，对婴儿造成不良影响。

产后抑郁症的严重程度与婴儿的不良精神和运动发展呈正比。产后抑郁症妇女的婴儿在出生后前 3 个月会出现行为困难，婴儿较为紧张，较少满足，易疲惫，而且动作发展不良。12~19 个月时婴儿的认识能力和性格发展不良。产后第 1 年有抑郁症的母亲，其孩子在 4~5 岁的能力和认知指数均显著低于健康妇女的孩子。据报道，注意缺陷障碍（伴多动）即与婴儿时期的母婴连接不良有关。基于产后抑郁症对母亲和孩子的不良影响，此症一旦诊断成立就应开始治疗。

## 3. 产后精神病

产后精神病是一种严重的精神错乱状态，发生率约占分娩妇女的 1%~2%，多发生在产后数天至 4~6 周，这是与分娩相关的最严重的精神疾病。可包括不能休息、烦躁、失眠、幻想、幻觉、思维障碍、错乱行为和退缩行为等。

产后精神病的临床症状复杂根据其表现大致有如下几种状态。

(1) 抑郁状态 是产后精神病中最多见的一类状态，多在产后 7 天内发病。发病与心理因素密切相关。主要表现为情绪低落、悲观、失望、伤感、不安、焦虑、不愿与外界接触，病情加重时可出现抑郁自卑、自责、自罪。表现出对新生儿强迫性担心或对新生儿厌恶，甚至有杀新生儿的想法存在。

(2) 谵妄状态 起病多在产后早期。初期可有失眠、烦躁、情绪不稳、食欲缺乏

等，以后发展成对新生儿过分担心，易激惹、猜疑，然后很快出现明显的精神运动性兴奋，思维紊乱伴有各种幻觉，听到新生儿哭泣声及别人议论她等对新生儿根本不能关心也有杀害新生儿的危险。

(3) 躁狂状态 产后1~2周发病表现为少睡眠、兴奋多、好动、唱歌情绪高涨、好夸耀自己、昼夜忙碌不停精力充沛、记忆增强、自我感觉良好，躁狂状态镇静后可发展为抑郁状态故又称为躁郁状态。

(4) 幻觉妄想状态 产后大多数急性或亚急性起病，情感症状明显，妄想内容波动且欠系统，存在片段的关系妄想嫉妒妄想，大喊大叫行为孤僻、伤人、伤物等，类似精神分裂症样精神病状态。国内资料表明，大多数急性起病，国外文献报道，以紧张型和青春型较多。

(5) 反应性精神病 表现为焦虑、紧张、乱语、意识欠清、定向障碍、反复发生错觉及幻觉等。

(6) 感染性精神病 临床症状有高热、意识恍惚或朦胧状态、语言不清、定向障碍、行为紊乱、有时喃喃自语，分娩后抑郁症的早期表现很难与“产后忧郁”相区别。但若发生了自杀的倾向或企图，或妄想就可以诊断为产后精神病。

## 二、心理护理诊断

常见的护理诊断如下。因为产妇的家庭背景、性格、分娩经历等的差异，故护理诊断不尽相同。

1. 焦虑 与产后会阴（腹部）伤口疼痛及缺乏照顾新生儿的知识等有关。
2. 应对无效 与无法适应母亲的角色或不能完成原有的家庭活动有关。
3. 睡眠型态紊乱 与母乳喂养及照顾新生儿有关。
4. 母乳喂养无效 与产妇焦虑情绪后引起神经内分泌紊乱有关。

## 三、心理护理目标

1. 产后会阴（腹部）伤口疼痛减轻，指导照顾新生儿。
2. 适应母亲的角色或完成原有的家庭活动。
3. 指导母亲与新生儿适当休息与活动。
4. 产妇情绪稳定。

## 四、心理护理措施

针对不同的情况，护士可以给予不同的保健对策。

1. 产后忧郁 加强对产妇的照顾是缓解产后忧郁最有效的方法。

(1) 作好入院宣教：为了使产妇保持良好的情绪，使其自己认识到产褥期生理变化对情绪的影响，入院后作好解释，让产妇有充分的思想准备，一旦情绪波动较大，尽量自我克制，同时要善于调节，例如：听音乐、与周围的人聊天等。丈夫要拿出较多的精力来照顾产妇，注意观察产妇的身体变化、饮食营养、睡眠等状况，同时要以亲切温和的态度与语言和妻子交流，以调节产妇的情绪，使产妇在分娩后处于最佳的心理状态。

(2) 让产妇及家属知道，产后忧郁不是病理状态，大多数产妇分娩后都或多或少的有类似的经历。

(3) 入院后加强与产妇沟通：了解产妇在妊娠前及妊娠时是否有情绪低落的情况，正确评估产妇的心理状况；尽可能地让产妇说出心中的焦虑，进行情感的宣泄。

(4) 积极向产妇宣传和普及产褥期的心理卫生知识，及时进行母乳喂养指导，给产妇讲解新生儿正常的生理发育过程，尽量减轻她们照顾新生儿的压力。同时要尊重产妇，对高龄初产妇应给予更多的关注，指导和帮助她们减轻生活中的应激压力。出院后，在作好常规产后访视、产后检查、了解生殖器官恢复状况的同时，也应注意观察产妇的心理变化，以便及时发现问题，适时开导产妇，保持产妇心理卫生健康。

(5) 宣传男女平等的思想：讲解生男、生女的原因并纠正重男轻女的错误思想，消除产妇的自卑和失望感，举出实例说明不良的情绪可以影响产妇的身心健康。

(6) 摄入太多简单的碳水化合物，可以使情绪波动更明显。故针对产妇的忌口心理，要宣传产后营养的重要性。产妇一方面自己需要营养以补充怀孕和分娩期的消耗；另一方面，还要担负哺育的责任，要做到营养合理，同时对她们的饮食进行科学的指导。在产褥期，进食原则应该多食高蛋白、高热量、高碳水化合物，忌食辛辣等刺激性食物，多食新鲜的鱼、虾、肉、蔬菜及水果等。饮食过于单调，难以满足产妇的营养需要，也会影响母婴的身心健康。

(7) 正确指导产妇产后的休息或锻炼：产妇产后强调充分的休息，但并不意味着不活动，适当的活动或者锻炼，是一种积极的休息方法，也是非常必要的。一般顺产妇于产后 6~8 小时就可以坐起吃饭喝水；24 小时后可以下床适当活动，如在室内走动、到厕所大、小便等，还可以在床做一些简单的、活动量小的康复体操或一些轻微的家务劳动，但难产、高龄危产和剖宫产的产妇应适当的推迟下床活动的时间。也可以适当

地在室外活动，呼吸新鲜空气，暂时抛开母乳喂养、换尿布等的繁琐工作，有时即使几分钟，情绪就会有很大的改善。

(8) 产妇产后承担了照顾婴儿的主要工作，特别是初产妇及高龄经产妇，常常会有身心疲惫的感觉。护士如产后访视人员应鼓励产妇量力而为，适当地寻求帮助。并且指导产妇在特殊的时期调整好哺乳和睡眠的时间，并适应新的生活习惯。

2. 产后抑郁症 轻度产后抑郁症与产后忧郁在症状上很难区分，故在护理上两者没有太大的区别。虽然产后抑郁症难以预防，但是医护人员可以通过帮助识别和减少主要危险因素而避免重度产后抑郁症的发生。

医护人员加强妊娠期、分娩期及产褥期的健康教育，包括产后期以及新生儿和婴幼儿保健对有效地预防重度产后抑郁症的发生。

首先通过提供必要的教育，帮助产妇和家属认识到产后抑郁症的早期症状和体征，有助于早期发现并及时处理；其次，医护人员可以帮助产妇了解如何表达内心的烦躁和焦虑，达到情绪的宣泄。这种方式可以提高产妇的整体精神健康状态，从而有可能预防或减少重度产后抑郁症发生的可能。Dennis (2004) 发现，一些干预措施，包括提供产前培训课程，在产前、产时的支持，产后早期检查和连续性的护理，可能有显著的非药物性预防效果。

如提供一个简单的症状清单（表 7-2、表 7-3），将帮助产妇及家属了解什么症状提示发生产后抑郁症，并知道怎样寻求帮助。

**表 7-2 产后抑郁症症状识别表**

---

进行性加重的失眠，即使婴儿已熟睡  
极度情绪不稳定，哭闹  
暴饮暴食或者食欲减退甚至拒食  
持续抑郁或烦躁不安  
有伤害自己或婴儿的念头  
越来越不能融入社会  
焦虑或恐惧  
轻度躁狂、语速快、多动

---

产后抑郁症的症状（可能在产后 4 周至 1 年发生）

表 7-3 产后忧郁症状识别表

---

情绪波动

哭泣

偶发的轻度焦虑

持续抑郁或烦躁不安

疲劳

轻度的睡眠障碍

轻度焦虑

---

#### 产后忧郁的症状（产后 2 周内发生）

虽然产后抑郁症很常见，但有些严重的不能自行恢复而需要专家的帮助。有一些产妇甚至很快发展到产后精神病。所以，如果发现某个产妇有严重的产后抑郁症状，一定要建议她去找心理专家进行咨询和治疗。抑郁症产妇认为自己只是心理问题，只要进行心理治疗就可以彻底治愈。精神科专家指出一个人的性格、心理，或者家庭等都可能诱发抑郁症，但其实抑郁症更深一层的因素是由于生物学的因素，即脑部神经系统-脑神经递质发生改变，故需要进行专科治疗。

3. 产后精神病 对于产后精神病的产妇，不仅要给予药物治疗，更要给予心理安抚和在日常生活方面无微不至的关怀，如将产妇安排在阳光充足、安静的病室，室内空气新鲜，尽力满足生活需求，鼓励进食有营养的食物。针对病人不同的诱因，进行心理方面的护理，主动关心病人，采取个别谈心，了解其心理活动，协助解决实际困难。提高病人的生活信心，认识自身价值，建立正性情感。

#### 五、心理护理评价

1. 产后是否会阴（腹部）伤口疼痛减轻，是否能照顾新生儿。
2. 是否适应母亲的角色或完成原有的家庭活动。
3. 母亲与新生儿是否能适当休息与活动。
4. 产妇情绪是否稳定。

产褥期是妇女一生中很重要的时期，在这个时期妇女在生理、心理及社会角色上，都面临着巨大的转变。科学教导她们适应心理变化，及时合理地干预异常的不良心理刺激，减少产褥期心理异常，促进母婴健康，是现代围产医学中重要的组成部分。

附：常用产后抑郁症筛查量表

目前，常用的产后抑郁症筛查工具可分为两大类：一类是专门针对产后抑郁症设计的筛查工具，如爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)、产后抑郁症筛查量表(PDSS)等；另一类是抑郁症通用的筛查工具，包括抑郁自评量表(SDS)、90项症状自评量表（Symptom checklist-90, SCL-90）贝克抑郁量表(BDI)、一般健康问卷(GHQ)等。其中，爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)因其敏感性好、特异性高、评分简单、耗时少而成为目前西方国家应用最广泛的产后抑郁症筛查工具。

(1) 爱丁堡产后抑郁量表（Edinburgh postnatal depression scale, EPDS）。

爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)是应用广泛的自评量表，包括10项内容，根据症状的严重程度，每项内容分4级评分(0、1、2、3分)，于产后6周进行，完成量表评定约需5min。  
指导语：

你刚生了宝宝，我们想了解一下你的感受，请选择一个最能反映你过去七天感受的答案。A计0分，B计1分，C计2分，D计3分。

1	我能看到事物有趣的一面，并笑的开心	2	我欣然期待未来的一切
	A、同以前一样 B、没有以前那么多 C、肯定比以前少 D、完全不能		A、同以前一样 B、没有以前那么多 C、肯定比以前少 D、完全不能
3	当事情出错时，我不必要地责备自己	4	我无缘无故感到焦虑和担心
	A、没有这样 B、不经常这样 C、有时会这样 D、大部分时候会这样		A、一点也没有 B、极少这样 C、有时候这样 D、经常这样
5	我无缘无故感到害怕和惊慌	6	很多事情冲着我来，使我透不过气
	A、一点也没有 B、不经常这样 C、有时候这样 D、相当多时候这样		A、我一直像平时那样应付得好 B、大部分时候我都能像平时那样应付得好 C、有时候我不能像平时那样应付得好 D、大多数时候我都不能应付
7	我很不开心，以至失眠	8	我感到难过和悲伤
	A、一点也没有 B、不经常这样 C、有时候这样 D、大部分时间这样		A、一点也没有 B、不经常这样 C、相当时候这样 D、大部分时候这样



9	我不开心到哭	10	我想到要伤害自己
	A、一点也没有 B、不经常这样 C、有时候这样 D、大部分时间这样		A、没有这样 B、很少这样 C、有时候这样 D、相当多时候这样

评分结果参考标准：

总分在 12~13 分可能患有不同程度的抑郁性疾病。总分相加 $\geq 13$  分者可诊断为产后抑郁症。

## (2) 产后抑郁症筛查量表(PDSS)

指导语：下面的问题是想了解一下您在过去 2 周内的心身状况，请仔细阅读每一个条目，然后选出最符合您实际情况的选项。每个条目只能选一个答案，请在您认为的最佳答案内画“√”。

在过去的 2 周里		非常不同意	不同意	既不同意也不反对	同意	非常同意
1	即使孩子睡着了我也很难入睡					
2	只要与我小孩有关，即使再小的事情，我都很担心					
3	我觉得我的情绪起伏不定					
4	我觉得我精神错乱了					
5	我担心我再也不是原来的我了					
6	我觉得我没有成为我理想中的母亲					
7	我曾经想过死亡或许是逃离目前这种噩梦般生活的唯一出路					
8	我没有食欲					
9	我真的觉得压力很大					
10	我害怕我以后都不会再开心了					
11	我对任何事情都不能集中精力					
12	我觉得我好像已经变成了一个连自己都不认识的陌生人					
13	我觉得很多母亲都比我优秀					
14	我开始觉得自己死了会更好					
15	我会在半夜自然醒来，然后很难再入睡					
16	我觉得自己坐立不安					
17	我经常无缘无故地哭泣					
18	我觉得我快要疯掉了					
19	我不再认识自己了					
20	我觉得很愧疚，因为我感觉不到我很爱我的孩子					
21	我想伤害自己					
22	夜间我辗转反侧难以入睡					

23	我感到很孤独					
24	我很易怒					
25	即使做一个很简单的决定我都感觉很困难					
26	我觉得自己不正常					
27	我觉得我不得不隐藏我对孩子的想法或感觉					
28	我觉得孩子没有我会更好					
29	我知道我应该吃些东西，但我吃不下					
30	我觉得我必须不停地走动或踱步					
31	我觉得我满腔的怒火就要爆发了					
32	我很难集中精力做一件事情					
33	我感觉不真实					
34	我觉得自己作为一个母亲很失败					
35	我只想离开这个世界					

产后抑郁症筛查量表(PDSS)评分结果参考标准:

总分范围 35~175 分。一般以总分>60 分作为筛查产后抑郁症患者的临界值，以总分>80 分作为筛查严重产后抑郁症患者的临界值。

### (3) 抑郁自评量表 (SDS)

指导语: 请您仔细阅读每一条, 然后根据自己最近一星期的实际感受选择答案并打“√”, 在做完全部题目后计算总分, 阅读题目后请尽快回答, 不必思考过长时间。

项目		偶尔	有时	经常	持续
1	我感到精神沮丧, 郁闷	①	②	③	④
2	我感到早晨心情最好	④	③	②	①
3	我要哭或想哭	①	②	③	④
4	我夜间睡眠不好	①	②	③	④
5	我吃饭象平时一样多	④	③	②	①
6	我的性功能正常	④	③	②	①
7	我感到体重减轻	①	②	③	④
8	我为便秘烦恼	①	②	③	④
9	我的心跳比平时快	①	②	③	④
10	我无故感到疲劳	①	②	③	④
11	我的头脑象往常一样清楚	④	③	②	①
12	我做事情象平时一样不感到困难	④	③	②	①
13	我坐卧不安, 难以保持平静	①	②	③	④

14	我对未来感到有希望	④	③	②	①
15	我比平时更容易激怒	①	②	③	④
16	我觉得决定什么事很容易	④	③	②	①
17	我感到自己是有用的和不可缺少的人	④	③	②	①
18	我的生活很有意义	④	③	②	①
19	假若我死了别人会过得更好	①	②	③	④
20	我依旧喜爱自己平时喜爱的东西	④	③	②	①

抑郁自评量表评分结果参考标准：

正常 < 40；轻度抑郁 40~48；中度抑郁 48~56；重度抑郁 > 56

(柳红 刘慧)

## 第八章 异常妊娠心理护理

妊娠期间由于各种内在因素与外界因素的综合作用，有可能使母胎不能互相适应，生理妊娠就转变为病理妊娠。

### 第一节 流产心理护理

流产是指妊娠不足 28 周，胎儿体重不足 1000g，某种原因使其中断妊娠者；发生在妊娠 12 周以前称为早期流产，发生在 12 周以后称为晚期流产。根据症状的轻重及病情的发展，流产分为先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产、稽留流产和习惯性流产等。

#### 一、疾病概要

##### (一) 先兆流产

先兆流产 (threatened abortion) 指妊娠 28 周前，先出现少量阴道流血，常为暗红色或血性白带，继而出现阵发性下腹痛或腰背痛。妇科检查宫颈口未开，胎膜未破，子宫大小与停经周数相符。经休息及治疗，症状消失，可继续妊娠；若阴道流血量增多或下腹疼痛加剧，可发展为难免流产。

##### (二) 难免流产

难免流产 (inevitable abortion) 指流产已经不可避免。由先兆流产发展而来，表现为阴道流血量增多，阵发性下腹痛加剧，或出现阴道流液 (胎膜破裂)。妇科检查宫颈口已扩张，组织物尚未排出，有时可见胚胎组织或胎囊堵塞于子宫颈口内，子宫大小

与停经周数相符或略小。

### （三）不全流产

不全流产（incomplete abortion）指难免流产继续发展，部分妊娠物排出体外，尚有部分残留于子宫腔内或嵌顿于子宫颈口处，影响子宫收缩，导致阴道流血不止，严重时甚至发生失血性休克。妇科检查见子宫颈口已扩张，宫颈口或阴道见妊娠物，子宫体小于停经周数。

### （四）完全流产

完全流产（complete abortion）指妊娠物已全部排出，阴道流血逐渐停止，腹痛逐渐消失。妇科检查子宫颈口已关闭，子宫体接近正常大小。

### （五）稽留流产

稽留流产（missed abortion）指胚胎或胎儿已死亡滞留子宫腔内未自然排出者。胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小，早孕反应消失。中期妊娠，孕产妇胎动消失，腹部不再增大。妇科检查子宫颈口关闭，子宫小于停经周数，听不到胎心。

### （六）习惯性流产

习惯性流产（habitual abortion）连续自然流产3次或3次以上者称为习惯性流产。近年有学者常用复发性流产取代习惯性流产，指连续2次及2次以上的自然流产。每次流产多发生于同一妊娠月份，其临床经过与一般流产相同。早期流产常见原因为胚胎染色体异常、黄体功能不足、免疫因素、甲状腺功能低下等。晚期流产常见原因为子宫颈内口松弛、子宫畸形或发育不良、子宫肌瘤等。

### （七）流产感染

流产过程中，若阴道流血时间长，有组织残留于宫腔内或非法堕胎等，有可能引起宫腔感染，严重时感染可扩展到盆腔、腹腔甚至全身，并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等，称流产感染（septic abortion）。

先兆流产者应卧床休息，减少刺激，必要时给予对胎儿无危害的镇静剂；难免流产和不全流产一旦确诊，应尽早行吸宫术或钳刮术使胚胎及胎盘组织完全排出，以防止出血和感染；完全流产者，如无感染征象，一般不需要特殊处理；稽留流产者，应及时促使胎儿和胎盘排出；习惯性流产者，在妊娠期，男女双方均应进行详细检查，查出原因，对因治疗。

## 二、心理护理

很多妇女认为自己一旦怀孕，就会顺顺利利地做妈妈。当她们发现少量阴道流血或轻微腹痛时，就情绪极度紧张、烦躁不安，既担心胎儿保不住，又怕胎儿发育畸形，有的还担心发生习惯性流产，以后无法生育。

### （一）心理护理评估

1. 健康史 流产对女性有很大的危害，可以引起宫内感染、习惯性流产、终生不孕、手术意外甚至危及生命。流产经历的心理反应会持续到再次妊娠期。经常会对自己的能否顺利完成分娩而产生怀疑，这种怀疑感会贯穿整个妊娠期，影响孕产妇的心理健康。

流产孕妇的心理压力来源有以下几方面。

（1）自身的生育要求：渴望有一个健康的孩子，同时证明自己作为一个常人具有正常的生育能力。急切盼望胎儿健康发育，同时又担心能否顺利继续妊娠。心理压力加重，渴望治疗有效。

（2）来自身边的亲人、周围社区的同情或鄙视：在许多地区，尤其是某些农村，传宗接代的观点根深蒂固，受中国传统观念和社会习俗的影响，迫使她们要承受身边许多人尤其是来自家庭内部、亲戚朋友的压力，主要是配偶及其父母对自己的指责。研究表明，孕产妇及家庭成员文化水平越低，孕产妇所承受的压力越大。

（3）自身有限的心理承受能力：流产的次数、时间长短、病因、家庭背景及治疗过程的不同，都会影响其承受的压力。

（4）经济上的压力：家庭生活环境与经济来源的限制，使得住院安胎治疗的孕产妇心理上产生一种负罪感，生怕这次安胎失败，浪费了金钱，使原本并不富裕的家庭雪上加霜。

（5）有流产史且年龄较大者，往往妊娠初期就精神欠佳，整天卧床保胎。因此，应引导其对这次妊娠树立足够信心，建议其多听欢乐音乐，有意识与其有类似病史而成功分娩的产妇交往，以激发其信心。

（6）其他因素：社会支持是影响孕期心理问题的一个重要因素。有研究表明，孕妇的人际关系敏感、焦虑与社会支持呈负相关，即孕妇的社会支持水平越高，人际关系越敏感、焦虑症状越轻，产前抑郁发生与孕期情感支持、物质支持、信息支持和评价支持均呈显著负相关。

近年来，流产问题已经成为世界性的医学和社会问题，全世界不孕、不育率日益升高，约累计 10%~15%的育龄夫妇。它不仅给无数个家庭带来困惑，同时也给孕产妇带

来各种各样的情绪变化，最常见的为焦虑、抑郁等，轻则影响个人的社交能力及夫妻间的生活，重则出现夫妻感情破裂、家庭失和等社会问题。

2. 心理状况 虽然造成流产的原因是多方面的，但心理因素的影响不可忽视。在长期心理负重感的重压下，孕妇对生活中的其他活动兴趣降低，与社会的接触发生障碍，人际关系紧张和淡漠、自尊心下降、挫折感、孤独感、负罪感增加。

(1) 焦虑、抑郁：由于婚后反复发生流产，为人母的美好愿望一次次破灭，再加上公婆及丈夫的责备，容易产生抑郁、焦虑、悲观失望的心理。“养儿防老”等传统思想的影响，更加重了孕妇的抑郁、焦虑情绪反应。

过度焦虑作用于自主神经系统和下丘脑-垂体-内分泌系统，从而影响女性生殖器官的状态，流产症状加重，因此对孕妇的心理治疗具有重要的作用。

1) 流产孕妇的抑郁、焦虑水平与积极应对呈负相关。应对的目的在于调整自身的价值系统，从而改变自己对挫折的认知和情绪反应，借以减少精神痛苦，减轻心身反应。建议对流产的妇女，应帮助她们建立积极有效的应对方式。

2) 流产孕妇的抑郁、焦虑水平与主观支持及社会支持利用度呈负相关。因此，增加对这类孕妇的社会支持尤其是主观上的同情、理解与沟通，提高她们对社会支持的利用，可减轻其抑郁、焦虑情绪反应。

3) 流产孕妇的情绪稳定性、精神质与其抑郁、焦虑水平呈正相关。据艾森克研究，情绪不稳定与自主神经的先天灵活性有密切关系。情绪不稳定的人自主神经功能也不稳定，易激惹，对刺激的反应过于强烈，一旦被激活后又很难平静下来，因而容易产生心理症状。

(2) 恐惧、悲观和失望：随着怀孕的次数增加，年龄的增大，盼子心切却始终不能成功，流产反复治疗却又失败，对自己已失去信心，悲观和失望。

(3) 角色紊乱与行为退化：从家庭、社会生活转入病房这个陌生环境，接触陌生的医护人员，以及对流产的恐惧，都会引起心理上的不适应，导致生活能力下降，依赖性增强。

(4) 自卑、自怜、负罪感：受“不孝有三，无后为大”的心理影响，会产生强烈的自卑心理，尤其是婆媳关系不太和睦的家庭，总觉得自己是家里的罪人。“前世作孽，因果报应”，在一些人的心目中根深蒂固，冷眼、指责、使她们心力交瘁，因而感到自身无价值、负罪感。

(5) 急躁、情绪不稳定：受孕后的妇女，身体内分泌系统处于变动过程中，加上多次流产经历、常使其处于应激状态之中，易发生精神状态变化，出现情绪不稳定，行为异常等。

(6) 恐药心理：许多人都将“孕期不能乱用药”误解为“孕期不能用药”，虽然检查表明有些孕妇有这样那样的阳性体征，她们还是对用药充满了恐惧、疑虑，甚至拒绝用药。

(7) 孤独、烦恼：由于始终不能生育一个健康的孩子，女性的自尊受到了严重的伤害，她们没兴趣参加社会活动，不愿与邻里、同事、朋友交流，甚至对家庭成员也闭口不谈。

## (二) 心理护理诊断

1. 知识缺乏 与缺乏妊娠保健知识有关。
2. 焦虑 与担心胎儿和自身的安危有关。
3. 恐惧 与流产反复治疗却又失败有关。
4. 味觉、嗅觉感知紊乱 与妊娠引起的早孕反应有关。

## (三) 心理护理目标

1. 病人了解妊娠保健知识，增进再妊娠信心。
2. 病人了解生命体征平稳，焦虑消除。
3. 病人情绪稳定，积极配合治疗。
4. 病人味觉、嗅觉感知紊乱 与妊娠引起的早孕反应有关。

## (四) 心理护理措施

对流产孕妇进行心理干预，不仅能提高孕妇对应激的认知水平，增强应对能力，而且能调整由应激引起的情绪反应，以减轻过于强烈的情绪反应对身体器官的损害。因此，在躯体治疗的同时，应从影响孕妇抑郁、焦虑水平的相关因素着手采取综合性心理干预策略。

1. 一般心理护理 对新入院孕妇，给予热情接待、充分关注、详细做入院介绍，使之尽快熟悉环境，了解即将与之打交道的医护人员，减少对陌生环境的恐惧和分离性焦虑。对即将要做的检查、治疗操作前与之进行充分的沟通，得到充分的确认，产生依从性心理后再实施，消除不必要的恐惧、忧虑。必要时允许家属陪伴，使之有安全感。

2. 帮助孕妇自我心理调适 流产的孕妇，对妊娠、流产存在一些不良认知，产生

较大的心理压力，影响身心健康。帮助孕妇建立正确的认知，个体的情绪和行为是由其认知过程所决定的，当个体遇到紧张性应激事件时，会产生不同的情绪和行为反应，与个体对事件的认知和评价有关。挖掘个体不良的认知，并加以分析、辩论，使其能形成理性的、现实的认知模式，以缓解其心理压力，减轻情绪反应。

3. 完善孕妇的社会支持系统 对流产的孕妇进行心理支持，对预防流产的发生具有重要意义。因此，对孕妇进行心理干预，必须完善其社会支持系统。丈夫、父母、朋友和同事等都要从物质上、精神上关心孕妇，多给予支持和帮助，特别是孕妇的丈夫更应从生活上、心理上多安慰、体贴孕妇，减轻其心理压力；同时要不断培养和增强孕妇对这些社会支持的主观感受性，提高其对社会支持的利用度。

#### 4. 产科心理护理

(1) 控制或回避应激源：指导孕妇通过问题解决的方法，从根本上消除应激源，这是最理想的控制应激的办法。可采用“回避”的办法，使之远离应激源以减少某些心理应激的发生。如不要经常在孕产妇面前谈论怀孕、流产等问题。

(2) 分散注意：指导孕妇参加适当的文体活动，转移注意力，解除抑郁、焦虑等不良情绪。如听轻松的音乐、进行适度的体育锻炼。

(3) 松弛训练：指导通过一定的放松训练即“松弛”应对，降低大脑皮质的紧张度，从而减轻抑郁和焦虑等情绪反应。

1) 发现角色紊乱与行为退化者：根据孕妇不同病情特点，语言亲切、态度和蔼地向她们讲明孕期活动的重要性及孕产妇行为对胎儿的影响，尤其是无阴道出血、早孕反应的孕产妇，鼓励她们尽量生活自理。这样既有利于调整心理状态，也有利于身体健康，最终利于胎儿的生长、发育。

2) 自卑、自怜、负罪感：有这种心理状态的孕妇，一般对此次怀孕不乐观。往往会觉得又是一次无为的牺牲。针对这种状况，要积极与孕妇沟通，告知她们有研究证明孕期的悲伤情绪导致体内肾上腺皮质激素分泌增加，容易导致流产的发生或胎儿畸形。只有健康、自信、良好的心态才能孕育出健康、活泼、有生命力的孩子。

3) 急躁、情绪不稳定：不管怀孕多少次，每次怀孕的身心变化都会使孕产妇有精神上的不稳定，尤其是孕早期的诸种种不适，加上不能工作，需要住院治疗等，更令孕妇难以接受。护士要主动及时帮助孕妇调整这种心态，告诉她们释放坏心情的有效方法：如听轻音乐、看轻松幽默的文章、找人倾诉或写日记、博客等。



4) 恐药心理：是孕产妇缺乏医学常识的一种表现，护士在平时的健康教育指导中，要经常向孕妇灌输孕期用药知识，同时告知大夫用药会考虑孕产妇的“特殊身份”，不会用对胎儿产生不良后果的药。很多疾病如不及时治疗导致的后果远高于药物的危害，使孕产妇权衡利弊后作出正确的选择。

(4) 改变不良个性特征：虽然人的个性特征不存在绝对的好与坏，但目前许多研究发现一些疾病的发生与个性特征有关。因此，培养健康良好的人格十分重要，研究表明，流产的抑郁、焦虑水平与情绪不稳定和精神质呈负相关。所以，临床上对该类孕妇要采取针对性的心理干预措施，改变不良的个性特征，保障心理健康。

#### 5. 对流产孕妇进行心理指导

(1) 健康教育心理指导：医护人员首先能够尊重和关心孕妇，保护自尊和隐私。在治疗、护理过程中给予精神安慰，减轻其对怀孕的恐惧心理。构建和谐医患关系，健康教育包括认真、细致地提供充足的相关信息，一起讨论她们的期望，讲解有关疾病的发生、发展经过和治疗前景，共同分担治疗方案可能对她们形成的压力，使其在精神上得到安慰和情绪上的稳定。

流产反复治疗，对本次怀孕信心不足，疑虑重重。与其谈心，给予更多的同情、支持和鼓励，告知病人有关对流产的治疗方法和成功的例子，以稳定其心理、树立信心。使用美好语言、态度诚恳，避免生硬地说教介绍。使其感到亲切温暖、获得安全感、从而消除陌生环境带来的不适。

#### (2) 缓解心理压力的措施：

1) 寻找信息：正确认识情绪变化对妊娠的影响，通过了解流产治疗成功的相关知识，介绍一些安胎治疗成功的病人给她们认识，以达到放松情绪，舒缓心理压力。指导孕妇充分利用自己的时间，住院期间通过听音乐、锻炼或参加院内一些健康知识讲座的活动，使自己的注意力从痛苦或压抑中转开，从而使心理压力得到有效的缓解。这有助于提高对治疗的心理承受力和更有利于配合治疗，提高妊娠的成功率。

2) 心理咨询：由于这类人群特有的社会-心理特点，可建议并实施对孕产妇的心理咨询或心理治疗，一方面缓解孕产妇的压力，提高她们对挫折的心理承受能力，提供应对技巧减轻情绪反应，改善家庭关系。另一方面，向她们提供足够的信息和医疗咨询，指导就诊程序与就诊时机。

3) 音乐疗法 优雅的音乐利于身心健康，对减轻紧张、恐惧、烦躁和不安有很好

的疗效。

4) 其他措施: 家庭支持, 研究表明流产病人在痛苦的时候主要依靠其配偶和家庭的支持。不良的社会因素影响孕产妇的应对方式, 使支持其产生不良的情绪反应, 因此应向社会各界呼吁转变世俗观念, 使社会对她们多一些宽容和关怀, 减轻她们的精神负担和家庭、社会的压力。

总之, 通过对流产病人的心理状态分析, 使深深体会到心理因素在疾病的发生、发展、治疗中起着非常重要的作用, 它不仅是致病因素同时也是治疗因素, 及时、恰当的心理护理可以促进疾病的痊愈和转归。

#### (五) 心理护理评价

1. 病人是否了解妊娠保健知识, 增进再妊娠的信心。
2. 病人是否了解生命体征平稳, 焦虑消除。
3. 病人是否情绪稳定, 积极配合治疗。
4. 病人是否了解早孕反应会引起味觉、嗅觉紊乱。

## 第二节 异位妊娠心理护理

孕卵着床于子宫体腔以外, 称为异位妊娠 (ectopic pregnancy), 习称宫外孕 (extrauterine pregnancy)。异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一, 发病率约为 1/100, 是孕产妇的主要死亡原因之一。异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及阔韧带妊娠等, 其中以输卵管妊娠最常见, 占异位妊娠的 95%。其次为峡部妊娠, 伞部和间质部妊娠较少见。

### 一、疾病概要

输卵管妊娠的临床表现, 与受精卵着床部位、有无流产或破裂以及出血量多少与时间长短等有关。

#### (一) 停经

除输卵管间质部妊娠停经时间较长外, 大多有 6~8 周停经史。有 20%~30% 病人无停经史, 或即使病人月经过期数日, 因无明显停经史, 可将异位妊娠时出现的不规则阴道流血误认为月经。

#### (二) 腹痛

是输卵管妊娠的主要症状。输卵管妊娠发生流产或破裂之前, 由于胚胎在输卵管内

逐渐增大，常表现为一侧下腹部隐痛或酸胀感。当发生输卵管妊娠流产或破裂时，病人突感一侧下腹部撕裂样疼痛，常伴有恶心、呕吐。血液若局限于病变区，主要表现为下腹部疼痛。血液若积聚于直肠子宫陷凹处时，可出现肛门坠胀感。随着血液由下腹部流向全腹，疼痛可由下腹部向全腹部扩散，若血液刺激膈肌，可引起肩胛部放射性疼痛及胸部疼痛。

### （三）阴道流血

胚胎死亡后，常有不规则阴道流血，色暗红或深褐，量少呈点滴状，一般不超过月经量，少数病人阴道流血量较多，类似月经。阴道流血常伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出，系子宫蜕膜剥离所致。阴道流血一般常在病灶祛除后方能停止。

### （四）晕厥与休克

由于腹腔内出血及剧烈腹痛，病人可出现晕厥、面色苍白、脉快而细弱等表现，严重者出现失血性休克。出血量越多越快，症状出现越迅速越严重，但与阴道流血量不呈正比。

### （五）腹部检查

下腹有明显压痛、反跳痛，以患侧为著。出血多时，叩诊有移动性浊音，腹肌紧张不明显。有的孕产妇下腹可触及包块。

### （六）盆腔检查

阴道内常有来自宫腔的少许血液，阴道后穹隆饱满，有触痛；子宫颈举痛或摇摆痛。一侧附件可触及边界不清、压痛明显的包块。内出血多时，检查子宫有漂浮感。

内出血并发休克的急症孕产妇以手术治疗为主，即在积极纠正休克的同时，迅速开腹或经腹腔镜进行病变输卵管切除术或保守性手术。早期异位妊娠，要求保存生育能力的年轻病人可在严密监护下进行保守治疗。

## 二、心理护理

异位妊娠病人都存在心理上的恐惧、焦虑、失落、担忧等情绪变化，对以后是不是能生育有着很大的疑虑。当她们发现少量阴道流血或剧烈腹痛时，就情绪极度紧张、烦躁不安；胎儿保不住，又威胁到大人的生命安全，担心以后无法生育，更加重了恐惧、焦虑、抑郁情绪反应。

### （一）心理护理评估

1. 健康史 在治疗的过程中因担心治疗不成功、化疗药物不良反应、再次异位妊

娠及继发不孕等常表现出心理问题。

## 2. 心理状况

(1) 恐惧、悲观：突发产生的急性腹痛常使病人出现痛苦面容，表现为极度烦躁不安。病人及家属对疾病的预后也产生恐惧感，并迫切期待确诊及尽早实施有效的方法减轻腹痛。

对陌生环境、各种抢救治疗和医疗护理操作、手术、死亡等惧怕。表现为不能面对现实，悲观、失望或有濒死感，对医护人员技术水平缺乏信任、不愿合作等。这与晕厥或休克急诊入院的病人居多有关。

(2) 焦虑、抑郁：当孕妇被确诊为异位妊娠时，往往表现出焦虑、沮丧心理，加之入院后，医护人员会将保守治疗可能出现的后果以及化疗药物的不良反应告知病人，使其产生不同程度的焦虑情绪。

保守治疗的病人在用药后均需经历漫长的等待过程，在此期间，有一部分病人会因腹腔出血增多而不得不行手术治疗，加之化疗药物产生脱发和厌食等不良反应，很多病人因而出现焦虑、烦躁，甚至抑郁情绪。

(3) 轻视病情心理：有的病人怀疑医护人员夸大严重后果，轻视病情，突发异位妊娠破裂时可能得不到及时救助。有报道称，有病人因不听劝告执意回家吃饭，结果突发输卵管妊娠破裂，回院手术时已有 1800ml 腹腔内出血。

(4) 角色紊乱与行为退化：从家庭、社会生活转入病房这个陌生环境，接触陌生的医护人员，以及对异位妊娠的恐惧，都会引起心理上的不适应，导致生活能力下降，依赖性增强。

(5) 急躁、情绪不稳定：受孕后的妇女，身体内分泌系统处于变动过程中，加上异位妊娠经历、常使孕产妇处于应激状态之中，易发生精神状态变化，出现情绪不稳定，行为异常等。

## (二) 心理护理诊断

1. 恐惧 与生命受到威胁及担心影响未来生育有关。
2. 抑郁 与妊娠失败有关。
3. 焦虑 已生育过的妇女与害怕手术有关。
4. 有个人尊严受损的危险 与未婚先孕，害怕被别人发现有关。

## (三) 心理护理目标

1. 病人生命体征在正常范围时及时告知，缓解恐惧心理。
2. 病人能正视现实，积极配合治疗和护理。
3. 病人了解病情及治疗过程。
4. 未婚先孕者，要最大程度上保护个人隐私。

#### （四）心理护理措施

1. 帮助孕妇建立正确的认知 护士应利用女性的有利条件，对病人进行有针对性的心理疏导，通过细致的观察关怀和通俗语言使病人获得病情的认识，诱导病人谈及有关性史和怀孕的证据，这种由女性同类关心病人的做法容易取得比男医生询问更好的效果。

在询问病情及进行体格检查时，注重保护病人的隐私。通过富有同情心的健康教育与病人交流，以医护人员的科学诚恳态度，消除病人的戒备心理，降低医生的误诊率，将取得的资料提醒或给医生参考。

2. 重视未生育病人的心理护理 此类病人大都存在心理上的恐惧、焦虑、自尊心受损，尤其是未婚女青年表现更为强烈，不好意思、后悔、自卑、顾虑多、不愿与人交谈等。应注意观察病人的言行举止，多与其多交谈以增加相互间的信任感，同时可以了解其心理状态，帮助其打消顾虑，积极配合治疗。

对于愿意倾诉心声的病人更应让对方感受到尊重，保护其隐私。与其沟通时还应当注意掌握语言的技巧，使其正确认识疾病，了解治疗时的注意事项，树立信心。

3. 术前宣教及心理护理 首先向病人讲解并不是每例异位妊娠都会发生破裂大出血；同时还要限制病人活动，并密切观察。对医护技术不放心的病人可多向其讲解疾病知识，并告之异位妊娠是常见病，一般都能得到及时有效的治疗。并解释手术的目的是为了挽救生命，即使切除一侧输卵管，还有另一侧，仍有生育的希望。

4. 个性化心理护理 根据病人不同的人格特征、文化背景以及不同需求，采用不同的健康教育方式、内容及适当时机实施，是化解负性心理问题有效的护理干预措施。

已婚已育的手术病人术前心态相对较为平静，部分焦虑趋向于害怕手术疼痛，这与病人对生育的愿望已没那么强烈有关。对这部分病人术前应主要向病人讲明手术的必要性和安全性，对病人加强心理支持，介绍术前、术后注意事项，增加病人的安全感，使其有充分的心理准备，能主动地配合治疗接受手术。

对已婚未育的病人，则重点向病人讲明手术的重要性，多介绍成功病例，说明术后

一般都有再怀孕的希望，使病人减少顾虑，树立信心。

对未婚未育的病人，应尊重其人格，避免语言的不良刺激，并为病人保守秘密。对病史提供不确切的病人应使其消除害羞、恐惧心理，启发其提供真实病史，如婚史、性交史、停经史等，以便为诊断提供准确依据。

#### （五）心理护理评价

1. 病人是否缓解恐惧心理。
2. 病人是否能正视现实，积极配合治疗和护理。
3. 病人是否了解病情及治疗过程。
4. 未婚先孕者，是否被最大程度上保护个人隐私。

### 第三节 妊娠期高血压疾病心理护理

妊娠期高血压疾病（hypertensive disorder complicating pregnancy），是妊娠特有的疾病。是指妊娠 20 周后出现高血压、水肿、蛋白尿三大症候群，严重者出现头昏、眼花，甚至抽搐、昏迷、心肾功能衰竭，是导致母婴死亡的重要原因。

#### 一、疾病概要

##### （一）妊娠期高血压（gestational hypertension）

血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 或较基础血压 $\geq 30/15\text{mmHg}$ ，妊娠期首次出现，产后 12 周恢复正常；尿蛋白（-）；可伴上腹部不适或血小板减少，产后方可确认。

##### （二）子痫前期（pre-eclampsia）

子痫前期可分为：①轻度：血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ，孕 20 周后出现，尿蛋白（+）或定量超过  $0.3\text{g}/24\text{h}$ ，伴有水肿及轻度自觉症状如上腹部不适、头痛等。水肿最初可表现为体重的异常增加（即隐性水肿），每周超过  $0.5\text{kg}$ ，或出现凹陷性水肿，多由踝部开始，逐渐延至小腿、大腿、外阴、腹部，按之凹陷。水肿可分为四级，足踝和小腿，在膝部以下者，以（+）表示；水肿延至大腿，皮肤如橘皮样者，以（++）表示；水肿延至外阴或下腹部，皮肤发亮，以（+++）表示；全身水肿，甚至伴腹水者，以（++++）表示。②重度：血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ ，蛋白尿（++）或定量测定 $\geq 2.0\text{g}/24\text{h}$ ，血肌酐 $>106\mu\text{mol/L}$ ；血小板 $<100\times 10^9/\text{L}$ ；持续头痛或其他脑神经或视觉障碍；持续性上腹部不适。

##### （三）子痫（eclampsia）

子痫前期的孕产妇发生抽搐不能用其他原因解释者称子痫。子痫抽搐发展迅速，前

驱症状短暂，表现为抽搐、面部充血、口吐白沫、深昏迷；随后深部肌肉僵硬，很快发展成典型的全身高张性阵挛惊厥、有节律的肌肉收缩和紧张，持续 1~1.5 分钟，其间孕产妇无呼吸运动；此后孕产妇抽搐停止，呼吸恢复，但仍昏迷，最后意识恢复，但困惑、易激惹、烦躁。抽搐期间孕产妇神智丧失，易发生唇舌咬伤、摔伤甚至骨折等多处创伤，昏迷时呕吐可造成窒息或吸入性肺炎。子痫多发生在妊娠晚期和临产前，称产前子痫；少数发生在分娩过程中，称产时子痫；偶有在产后 24 小时发生者，称产后子痫。

（四）慢性高血压并发子痫前期（pre-eclampsia superimposed upon chronic hypertension）

特征为高血压孕产妇妊娠 20 周前无蛋白尿，若出现蛋白尿 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$ ；或高血压孕产妇妊娠 20 周前突然尿蛋白增加，血压进一步升高或血小板 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 。

（五）妊娠合并慢性高血压（chronic hypertension）

其特征为血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ，妊娠前、妊娠 20 周前或妊娠 20 周后首次诊断高血压并持续到产后 12 周后。

## 二、心理护理

由于孕产妇对妊娠期高血压疾病缺乏认识及担心胎儿的预后，而会产生各种心理反应。也会因为应用硫酸镁、地西泮等药物治疗时会出现药物不良反应而产生自信心不足。或是对生男生女及胎儿能否成活的担忧等不良心理反应。孕产妇会精神高度紧张，加重全身小动脉的痉挛，加重病情的发展，甚至导致子痫发作。

（一）心理护理评估

1. 健康史 孕产妇的心理状态与病情的严重程度密切相关。轻者由于尚未感到明显不适，一般不会出现明显的心理反应。随着病情的发展，当血压明显升高，甚至出现自觉症状时，孕产妇可感到紧张、焦虑、恐惧等。

2. 心理状况

（1）紧张、焦虑：由于孕产妇对妊娠期高血压疾病知识的缺乏，以及预感到自己生命将受到威胁，担心预后，或因头痛、头晕而导致身体不适，或担心因疾病而影响到个人的命运，以及给家庭造成的影响等，都有可能使孕产妇出现紧张、焦虑心理。

（2）忧郁：一些多愁善感的孕产妇，会认为自己给家人增加了负担，情绪低落，严重者甚至悲观厌世，烦躁不安。加之服药对孕产妇的身心造成一定负面影响，一些孕产妇调整不好心态。

(3) 偏执易怒：孕产妇情绪不稳定，易对周围的人和所发生的事情抱有愤怒、怀疑的想法，经常会因为一些不起眼的小事情而乱发脾气。特别是一开始即出现高血压和水肿、蛋白尿等症状时，更易固执己见、脾气暴躁。

(4) 轻视病情：妊娠期高血压疾病的孕产妇大多数并无自觉症状，往往认为自己没病，是医护人员吓唬自己，因此容易导致严重后果。

## (二) 心理护理诊断

1. 焦虑 与担心胎儿和自身的安危有关。
2. 恐惧 与意识丧失及抽搐有关。

## (三) 心理护理目标

1. 病人了解病情，积极配合治疗。
2. 减少干扰，避免抽搐。

孕产妇焦虑程度减轻，能够正视疾病，积极配合医生治疗。

## (四) 心理护理措施

### 1. 实行心理疏导

(1) 建立良好的护患关系，作好健康教育工作，接诊时要耐心热情的询问孕产妇的病情，主动关心、体贴孕产妇，协助孕产妇尽快进入病人的角色。

(2) 进行耐心、细致地讲解，指导合理进食及休息，保持足够的休息和愉快的心情。

(3) 鼓励孕产妇表达自己的感受，对孕产妇的紧张、焦虑表示理解。进行有针对性的沟通交流，使孕产妇能够科学的对待自己的疾病，积极地配合治疗。

(4) 帮助孕产妇结识病友，让病情好转的孕产妇予以现身说法，鼓励孕产妇家属与孕产妇多交谈，满足其爱与归属的需要。

(5) 安置有助于睡眠和休息的良好环境，保持室内温湿度适宜，建立比较规律的活动和休息时间表，有计划地安排好护理活动，尽量减少对病人睡眠的干扰。

2. 产科处理 适时终止妊娠，子痫前期孕妇 34 周可终止妊娠，对于宫颈条件成熟者可先行人工破膜，羊水清亮者可给予静脉滴注缩宫素引产，密切观察产程及病情进展，必要时行剖宫产术结束分娩；宫颈条件不成熟者可选择性行剖宫产术。出现病情进展，宜结束分娩。

3. 产后心理护理 对产妇及家属讲解未排气之前禁食奶、糖、豆浆及不好消化的食物，排气后给予半流质饮食，通便后给予软食。术后子宫收缩痛及切口的疼痛，使体内



的儿茶酚胺分泌增加，血管收缩，血压升高，故要保持病室安静，减少噪声，继续给孕产妇戴上墨镜，医护人员动作轻柔，各种治疗、护理操作相对集中，尽量避免诱发抽搐的刺激因素，并且注意保暖。同时做好产妇及家属的安慰工作，积极配合新生儿科对新生儿进行治疗。

#### （五）心理护理评价

1. 病人了解病情，是否积极配合治疗。
2. 是否减少干扰，避免抽搐。

### 第四节 前置胎盘心理护理

#### 一、疾病概要

（一）正常胎盘附着于子宫体部的前壁、后壁和侧壁。

若妊娠 28 周后，胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部，称为前置胎盘（placenta previa）。前置胎盘是妊娠晚期的严重并发症，也是妊娠晚期出血最常见的原因。

前置胎盘的典型症状是妊娠晚期或临产时发生无诱因、无痛性、反复阴道流血。阴道流血发生迟早、反复发生次数、出血量多少与前置胎盘类型有关。完全性前置胎盘初次出血时间早，多在妊娠 28 周左右，反复发生的次数多、出血量大，甚至一次出血就能导致休克。边缘性前置胎盘出血多发生在妊娠晚期或临产后，出血量较少。部分性前置胎盘的初次出血时间、出血量及反复出血次数介于两者之间。

（二）体征

孕产妇一般情况与出血量有关，大量出血呈现面色苍白、脉搏细速、血压下降等休克表现。腹部检查：子宫软、无压痛、大小与妊娠周数相符。由于子宫下段有胎盘占据，影响胎先露部入盆，故先露部高浮，易并发胎位异常。反复出血或一次出血量过多可使胎儿宫内缺氧，严重者胎死宫内。如果前置胎盘附着于子宫前壁，可在耻骨联合上方听到胎盘杂音。临产后子宫收缩基本正常。

#### 二、心理护理

（一）心理护理评估

1. 健康史 前置胎盘的孕产妇，在保胎期间出现反复阴道流血后，怕失去胎儿而显得忧心忡忡、脾气暴躁，甚至暗自流泪。孕产妇自制力差、性格孤僻，与医护人员配合差。

## 2. 心理状况

(1) 理智、乐观：此型病人常见于边缘性及低置性前置胎盘。孕产妇性格开朗、乐观、文化素质较高，加上阴道流血不多，故对疾病有正确的认识，能控制情绪，积极配合治疗。

(2) 恐惧、情绪不稳定：当孕产妇得知自己前置胎盘，担心自己的安危，更担心胎儿保不住，表现为情绪不稳定，失眠、抑郁，渴望医护人员给予最佳和最及时的抢救和护理。由于阴道大流血、休克、母婴生命受到威胁而产生极度恐慌心理，她们往往把注意力集中在医护人员的言行上，同时也把一切希望寄托在医护人员身上，希望能尽快脱离危险。

(3) 忧虑、急躁：陌生的环境，病房的设备和仪器，医务人员的繁忙给孕产妇造成极大的心理压力，表现出紧张、忧虑、烦躁不安，甚至失眠。此类孕产妇自制力差、性格孤僻，与医护人员配合差，住院后往往要求尽快止血，甚至尽快手术。

### (二) 心理护理诊断

1. 恐惧 与担心胎儿和自身的健康与生命安全有关。
2. 忧虑 与前置胎盘发生时间早，病程长有关。

### (三) 心理护理目标

1. 病人遵医嘱不再恐惧，对医护人员充分信任。
2. 病人及时了解病情，积极地配合治疗。

### (四) 心理护理措施

1. 建立良好的护患关系 医护人员在语言、行为上热情周到，在生活上多关心，在病情上多解释，取得孕产妇的信任。根据孕产妇的不同情况，指导孕产妇自我控制，使其知道自己的意愿对情绪稳定的重要性。鼓励进高热量、高蛋白食物，保证充足的睡眠，使其有饱满的精神状态和良好的体力迎接分娩。作好安抚解释工作，帮助消除不良情绪。

2. 提高孕产妇认知，使其配合各项治疗 采取认知疗法，首先做一名倾听者，让孕产妇说出她的烦恼、担心的问题，然后对其正确的认知给予肯定，改变不良认知，并了解引产的方法、过程、内容及有关知识等。使孕产妇看到治疗中的有利因素，消除因不了解而产生的恐惧和担忧，能够配合各项检查治疗。

### (五) 心理护理评价

1. 病人是否不再恐惧，是否对医护人员充分信任。

2. 病人是否及时了解病情，是否积极地配合治疗。

## 第五节 胎盘早剥心理护理

### 一. 疾病概要

妊娠 20 周以后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离称胎盘早剥（placental abruption）。胎盘早剥是妊娠晚期严重并发症，具有起病急、发展快的特点，若处理不及时，可危及母婴生命。

临床表现是妊娠晚期突然发生的腹部持续性疼痛，伴有或不伴有阴道出血。根据胎盘剥离面的大小和出血量多少，可分为 3 度。

I 度：多发生于分娩期，胎盘剥离面积小，孕产妇可无明显自觉症状。子宫与妊娠周数相符合，胎位清楚，胎心正常。在产后检查胎盘母体面时，见凝血块及压迹。

II 度：胎盘剥离约 1/3，孕产妇表现为突然发生的持续性腹痛，阴道流血量少或无出血，贫血程度与外出血量不符。子宫大于妊娠周数，胎位清楚，胎心多正常。

III 度：胎盘剥离面约 1/2，主要症状为突然发生的持续性腹部疼痛伴腹胀，严重时孕产妇可出现恶心、呕吐，以及面色苍白、出汗、脉弱及血压下降等休克征象。可无阴道流血或少量阴道流血，贫血程度与外出血量不相符。子宫比妊娠周数大，硬如板状，有压痛，以胎盘附着处最显著。子宫处于高张状态，间歇期不能放松，因此胎位触不清楚，胎心异常或消失。

### 二. 心理护理

#### （一）心理护理评估

1. 健康史 孕产妇及家属因突然发生大出血和急性腹痛而感到恐惧、手足无措，非常担心母婴安危。恐惧、紧张和疼痛会形成一个恶性循环。

#### 2. 心理状况

（1）焦虑、恐惧：因胎盘早剥发病急、病情进展快且危重，孕产妇及其家属常有焦虑、恐惧等不良情绪，担心胎儿能否保住及孕产妇的生命。

（2）悲观、失望：一旦发生胎盘早剥，常有弥散性血管内凝血（DIC）、产后出血、急性肾衰竭及羊水栓塞等严重并发症发生，从而导致孕产妇及胎儿死亡。孕产妇及其家属常常对救治不抱希望，悲观、消极，不能很好地配合治疗。

#### （二）心理护理诊断

1. 知识缺乏 与缺乏知识不能意识到疾病的严重程度有关
2. 焦虑 与担心胎儿和自身的健康与生命安全有关。
3. 恐惧 与胎儿死亡有关。
4. 无效性否认 与胎儿死亡后难以接受事实，否认对某一事件有关。

### （三）心理护理目标

1. 病人了解相关知识，有心理准备。
2. 病人与胎儿的健康与生命有安全保障。
3. 病人消除恐惧感。
4. 病人逐渐接受胎儿死亡事实。

孕产妇的焦虑程度逐渐减轻，能够正视现实，能够积极地配合治疗。

### （四）心理护理措施

重度胎盘早剥多数起病急、发展快，对母婴危害大，胎儿可能会发生宫内窘迫，甚至死亡。确诊胎盘早剥后，抢救时须沉着镇定，与家属做好沟通，缓解病人急性应激反应的心理状态。

干预前要与患者建立良好的交流基础，选择适宜沟通交流的时间、地点。充分尊重个体、相信个体自身资源和潜能，把我们解决问题的关注点集中在人的正向方面，并且寻求最大化地挖掘个体的力量、优势和能力，易激发患者主动参与的能力。

1. 同理心 深入了解患者及其曾经做过的努力，设身处地理解其痛苦、恐惧等心境，帮助和鼓励患者更充分、自由地宣泄，表露其隐藏在内心的郁结，认识自己的问题所在，使自己的心理和行为发生良性变化。“我很理解你，这么大的打击，任何人都会有这样的反应，你和家人是怎么振作起来的？”

2. 倾听 倾听是一个积极参与的过程，适用于整个心理护理过程。目的是要鼓励患者更多的倾诉她的感受，帮助患者意识到并能够支配自己的情感，让患者清楚虽然这是一个不幸的事件，但从中也会有意外收获。“这次异常情况有无让你产生一些生活感触”，“夫妻、父母的关心和支持对你有哪些帮助？”

2. 引导 帮助患者确立目标，认识和管理情绪，准确识别良好情绪，并进一步帮助患者朝着自己期望的方向进步。“现在你最大的愿望是什么？”“接下来你和丈夫有什么打算？”

3. 肯定 对患者及家属所作出的决定给予肯定，以消除患者心中的疑惑及罪恶感。

“我发现你和你丈夫非常坚强，而且对这件事的处理非常理智、谨慎”

4. 及时评估 告知患者的心理应对技巧，帮助患者学会获得其他的社會支持，以解决今后更多的问题，及时对患者进行心理评估。

#### （五）心理护理评价

1. 病人是否了解相关知识，有心理准备。
2. 病人与胎儿的健康与生命是否有安全保障。
3. 病人是否消除恐惧感。
4. 病人是否逐渐接受胎儿死亡事实。

## 第六节 多胎妊娠心理护理

### 一、疾病概要

临床特点：一次妊娠同时有两个或两个以上的胎儿，称双胎妊娠（twin pregnancy）或多胎妊娠（multiple pregnancy）。多胎妊娠属高危妊娠范畴，孕产妇并发症较多，围生期死亡率高，应倍加重视。临床以双胎妊娠最常见，分为双卵双胎和单卵双胎两种。

#### （一）妊娠期

双胎妊娠时，早孕反应较重；从妊娠 10 周开始子宫增大速度比单胎快，妊娠 24 周以后更明显，妊娠晚期因子宫过大易出现压迫症状，如呼吸困难、胃部饱满、行走不便、下肢水肿等；容易并发贫血、妊娠期高血压疾病、羊水过多、前置胎盘、胎位异常、胎儿畸形、胎儿宫内发育迟缓、死胎、胎膜早破及早产等。腹部检查发现：子宫大于孕周，常伴有羊水过多；孕 20 周以后腹部可触及两个胎头和多个小肢体；胎头较小，与子宫大小不成比例；在不同部位听到两个频率不同的胎心音，两者相差 10 次/分以上，两个胎心音之间隔有无音区。

#### （二）分娩期

双胎分娩时，由于子宫过度膨胀，肌纤维过度伸展易发生宫缩乏力，产程延长；因胎儿较小及胎位异常，破膜后易发生脐带脱垂；第一个胎儿娩出过速可导致第二个胎儿的胎盘早期剥离；第一个胎儿娩出后，第二个胎儿的活动范围加大易转成横位；若第一个胎儿为臀位，第二个胎儿为头位，则可能发生胎头交锁；两个均为头先露的胎头同时入盆，可发生嵌顿，导致梗阻性难产。

#### （三）产褥期

双胎分娩后腹压突然下降，易发生休克；过度膨胀的子宫在产后易发生收缩乏力，

加之胎盘剥离面大，常导致产后出血；双胎妊娠并发症多，产妇抵抗力差，手术产机会增加，容易发生产褥感染。

## 二、心理护理

双胎妊娠属于高危妊娠，应评估孕产妇及家属对双胎妊娠的反应。孕产妇常既兴奋又担心母婴安危，尤其是担心胎儿的存活率。双胎妊娠的孕产妇在孕期还必须适应接受妊娠和成为两个孩子母亲的两次角色转变。

### （一）心理护理评估

1. 健康史 孕产妇中均有不同程度的恐惧、紧张等心理问题，担心早产、畸形、新生儿低体重、不易抚养等。为延长胎儿在宫内的时间，个别孕产妇甚至隐瞒病情。

#### 2. 心理状况

（1）焦虑、紧张：孕产妇及家属忧心忡忡，担心在多年不孕的治疗中获得的多胎，是否能妊娠成功，是否会出现流产，再次不孕等并发症，疼痛能否忍受，导致孕产妇产生严重的紧张、恐惧、焦虑、抑郁。

（2）悲观、失望：一旦出现新生儿畸形、早产、新生儿低体重等情况，孕产妇往往不知所措，不知如何应对。甚至自暴自弃、悲观失望，不能很好地配合治疗，增加了治疗过程中危险性。

### （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与担心胎儿和自身的安危有关。
2. 知识缺乏 与缺乏新生儿畸形、新生儿低体重等知识有关。

### （三）心理护理目标

1. 孕妇焦虑程度减轻，能够正视疾病，积极配合医生治疗。
2. 孕妇得知相关双胎妊娠方面的知识，消除对母婴安危的担心。

### （四）心理护理措施

一定要加强心理护理、了解孕产妇心态，讲明科室的医疗条件，技术水平及设备，增加孕产妇的安全感，增强对妊娠分娩的信心，能主动参与、积极配合治疗护理。并及时将新生儿的情况反馈给产妇，鼓励产妇加强营养，促进机体康复并配合医院治疗。在产妇抵抗力极低的情况下，使产妇保持精神愉快，增强信心，体质迅速恢复。

### （五）心理护理评价

1. 孕妇焦虑程度是否减轻，是否能够正视疾病，积极配合医生治疗。

2. 孕妇是否得知相关双胞胎妊娠方面的知识，是否消除对母婴安危的担心。

## 第七节 妊娠合并心脏病心理护理

### 一、疾病概要

妊娠合并心脏病是围生期严重的妊娠合并症。在妊娠、分娩及产褥期均可加重心脏疾病孕产妇的心脏负担而诱发心力衰竭，是孕产妇死亡的重要原因之一。发病率为1%~4%，占我国孕产妇死亡原因第二位，占非直接产科死亡原因的首位，其胎儿死亡率也较高。因此，应引起高度重视。目前在妊娠合并心脏病的孕产妇中以先天性心脏病最常见。

根据美国纽约心脏病协会（NYHA）根据孕产妇所能耐受的日常体力活动将心功能分为4级。

心功能Ⅰ级：一般体力活动不受限。

心功能Ⅱ级：一般体力活动稍受限制，休息时无自觉症状。

心功能Ⅲ级：心脏病孕产妇体力活动明显受限，轻微日常活动即感不适、心悸，呼吸困难，休息时无不适，或既往有心力衰竭病史者。

心功能Ⅳ级：不能进行任何体力活动，休息状态下即出现心悸、呼吸困难等心力衰竭症状，体力活动后加重。

### 二、心理护理

#### （一）心理护理评估

1. 健康史 由于缺乏妊娠合并心脏病相关知识，孕产妇及家属的心理负担可能较重，甚至产生恐惧心理而不能合作。

#### 2. 心理状况

（1）担忧、恐惧：当病人确诊入院后，因环境的改变和对疾病知识的缺乏而出现情绪不安和躁动，既考虑个人的生命安危，又担心胎儿的生长、发育和健康状况。表现对医护人员的言语、交流极为敏感、多疑，甚至对治疗缺乏信心。

（2）紧张、焦虑：因自身疾病在医疗过程中未能治愈所致的紧张和焦虑心理，表现为：烦躁不安、情绪低落、抑郁、封闭不愿和别人交谈、失眠、多尿、血压升高、心脏病症状加重，心跳加快、胸闷、呼吸加快，甚至诱发心力衰竭的发生。

#### （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与经常到医院做各项相关检查有关。
2. 恐惧 与担心胎儿和自身的健康与生命安全有关。
3. 知识缺乏 与缺乏疾病相关知识有关。

### （三）心理护理目标

1. 病人焦虑症状减轻。
2. 病人恐惧感减轻，能够积极地配合治疗。
3. 耐心解释疾病相关知识。

### （四）心理护理措施

1. 认真调查孕产妇及其家庭背景和个人资料，酌情设计好科学的心理干预方法，根据先进的心理学理念和经验对孕产妇实施有效的心理帮助。

2. 为孕产妇营造良好的治疗环境 良好的治疗环境与病人心理状态是息息相关的。医务人员对妊娠合并心脏病的孕产妇从心理上、生理上多给病人以安慰、鼓励和帮助，增强孕产妇战胜疾病的信心和勇气；同时运用沟通技巧，向孕产妇介绍治疗成功的病例等，给予精神安慰，并向孕产妇介绍妊娠合并心脏病的知识，教会她们配合治疗的方法，同时耐心解答孕产妇和家属的各种疑问，以消除不良心理因素，减轻心理负担，主动配合治疗护理。

3. 争取家属、亲友的合作与支持 告知孕产妇家属多给予孕产妇关心和帮助，有利于提高治疗效果。家属的帮助、支持、鼓励，可减轻孕产妇的恐惧、紧张心理。督促家属和亲友常到医院探视，从心理上、生理上多给病人以安慰、鼓励和帮助，同时病人通过与亲友交谈，不仅可以从中获得对过去生活的回味，还能由此体会到自我价值的社会意义，从而以积极乐观的态度面对疾病，安心治疗。

### （五）心理护理评价

1. 病人焦虑症状是否减轻。
2. 病人恐惧感是否减轻，是否能够积极地配合治疗。。
3. 病人是否了解疾病相关知识。

## 第八节 妊娠合并糖尿病心理护理

### 一、疾病概要

#### 临床特点

妊娠合并糖尿病包括妊娠前已患糖尿病和妊娠后才发生或首次发现的妊娠期糖尿



病两种，后者又称妊娠期糖尿病，约占糖尿病孕产妇的 80%。妊娠合并糖尿病属高危妊娠，可增加相关的围生期疾病的患病率和病死率，对母婴都有较大的危害，应予重视。

注意孕产妇有无糖代谢紊乱症候群，如多饮、多食、多尿、体重下降即“三多一少”症状，孕产妇有无皮肤瘙痒，尤其外阴瘙痒症状。糖尿病孕产妇有无并发症，如妊娠期高血压疾病、羊水过多、胎膜早破、视网膜病变、糖尿病肾病等。胎儿宫内发育情况，注意有无巨大儿或胎儿生长受限。分娩期重点评估孕产妇有无低血糖及糖尿病酮症酸中毒症状，如心悸、出汗、面色苍白、饥饿感或出现恶心、呕吐、视力模糊、呼吸快且有烂苹果味等。监测产程的进展、子宫收缩、胎心音、母体生命体征等有无异常。产褥期主要评估有无低血糖或高血糖症状，有无产后出血及感染征兆，评估新生儿状况。

## 二、心理护理

我国医学模式的重点是诊断和治疗糖尿病，而忽视了与糖尿病有关的心理因素和社会因素。妊娠合并糖尿病属产科高危妊娠，如果血糖控制不良，得不到及时治疗，会出现母婴合并症，产生不良结局。许多研究表明，如果妊娠合并糖尿病孕产妇得到较好的心理护理，母婴的预后会得到明显改善，合并症明显降低。所以，健康教育和心理护理在妊娠合并糖尿病孕产妇的治疗、护理中占有重要的地位和作用，直接关系到病情控制的程度和妊娠结果。

### （一）心理护理评估

1. 健康史 了解可能出现的心理状况的相关因素，作出相应的评估。

2. 心理状况 易出现抑郁、焦虑、恐惧等精神或心理问题。对妊娠糖尿病孕产妇来说，突然被确诊为妊娠糖尿病，往往缺少心理准备，会表现得恐惧和焦虑。糖尿病妊娠妇女则担心胎儿会出现畸形或某些并发症，所以她们的压力一般都很大。最常见的表现是情绪低落，不喜欢与人交往，遇事爱发火，而且考虑问题较悲观。

（1）紧张、恐惧、焦虑：妊娠合并糖尿病产妇，绝大多数是初产妇，由于缺乏分娩经验，以及社会媒体对分娩痛苦不适当的宣传，产妇临产伴随着宫缩阵痛，心理负担逐渐增加，产生紧张、恐惧。又由于产妇各自家庭和文化背景不同，对高危妊娠缺乏了解，对母婴危害及并发症又了解不多，常担心新生儿健康问题而出现紧张心理。

（2）抑郁、急躁：进入待产室分娩室，产妇要面对陌生的环境且缺少亲人的陪伴，产程中伴随着宫缩的疼痛，深感孤独和委屈。个别妊娠合并糖尿病的产妇，在分娩过程中糖利用不足，能量消耗过多，使产程进展缓慢，易产生焦虑、急躁心理。

## （二）心理护理诊断

1. 知识缺乏 与缺乏糖尿病相关知识有关。
2. 焦虑 与孕产妇自认为对家庭造成巨大的经济负担，担心夫妻感情、家庭和睦、自身病情的变化、治疗效果有关。
3. 抑郁 与担心有母婴受伤的危险有关。
4. 睡眠形态紊乱 与生命受到威胁及担心胎儿健康有关。

## （三）心理护理目标

1. 病人了解糖尿病相关知识。
2. 病人焦虑症状减轻。
3. 病人恐惧感减轻，积极配合治疗和护理。
4. 病人睡眠情况好转。

## （四）心理护理措施

1. 作好产前宣教 产妇进入待产室或分娩室后助产士应热情接待，介绍周围环境及医院规章制度使产妇尽快适应环境，消除紧张情绪和陌生感。讲解正常分娩生理，针对性地对产妇进行心理疏导和宣教，使之认识到生育是一种自然的生理现象，纠正产妇对分娩疼痛的错误认识及对母婴危害性的过高评估。

2. 取得产妇信任和配合 实施导乐分娩，临产后整个分娩过程中，家属和具有分娩经验的助产士始终陪伴在产妇身边给予心理安慰和科学指导。操作过程中动作应轻柔熟练，以娴熟的技术取得家属及产妇信任，减轻产妇心理负担，使产妇保持最佳心理状态。

鼓励产妇增强信心，做检查和处理时，及时与产妇沟通，向其解释作用、目的，让家属和产妇了解产程进展中宫缩、宫口胎儿情况。了解产妇家庭背景，满足其心理需求，鼓励产妇增强信心，以顺利通过分娩。

3. 社会支持 家人、家庭是孕产妇的主要精神支柱。糖尿病孕产妇的治疗离不开家属的参与，通过家属对孕产妇的心理支持，使其得到心理上的最大安慰和关心，对于摆脱顾虑，增强战胜疾病的信心起着重要作用。丈夫应经常抽空陪妻子散步、听音乐、聊天，或一起想象未来的孩子、设计未来等，尽量减少家庭琐事对孕产妇的劣性刺激。

## （五）心理护理评价

1. 病人是否了解糖尿病相关知识。
2. 病人焦虑症状是否减轻。
3. 病人恐惧感是否减轻，积极配合治疗和护理。
4. 病人睡眠情况是否好转。

（曹娇娇 常青 刘慧）

## 第九章 异常分娩的心理护理

分娩期的产妇心情复杂，不良的情绪可影响正常分娩，从而导致异常分娩的比例上升。现已证实，无论哪种原因导致产妇出现对分娩的恐惧和焦虑心理，不仅能导致母体生理和体力上的消极改变，而且可能影响胎儿的生理变化，造成胎儿窘迫、新生儿窒息等，导致新生儿的死亡率和致残率上升。因此，当出现异常分娩时，助产士不仅要严密观察产程变化，分析生理因素对分娩的影响，同时应关注产妇社会-心理因素对分娩的影响。正确评估产妇心理状况，给予科学的心理护理，能够提高产妇对于自然分娩的顺应性，有效降低剖宫产率和难产率。

### 第一节 疾病概要

产妇的精神心理状态与产力、产道、胎儿四因素中任何一个因素不正常或相互之间不能适应，可使分娩过程受阻，称为异常分娩（abnormal labor），俗称难产（dystocia）。异常分娩加重产妇的心理负担，出现一系列不良反应。

#### 一、产妇异常状况

##### （一）产力异常

产力异常（abnormal labor force）分为子宫收缩乏力和子宫收缩过强两类，每类又分为协调性和不协调性两种类型，临床上以协调性子宫收缩乏力最常见。

1. 子宫收缩乏力 协调性宫缩乏力表现为子宫收缩力弱，持续时间短，间歇期长且不规律，宫缩 $<2$ 次/10分钟，导致产程延长。不协调性宫缩乏力表现为持续腹痛，宫缩间歇期子宫壁也不完全松弛，产妇烦躁不安、疲乏，出现产程停滞。

2. 子宫收缩过强 协调性子宫收缩过强表现为子宫收缩的节律性、对称性和极性均正常，仅子宫收缩力过强、过频。若产道无阻力，宫口迅速开全，总产程不足3小时，称急产，多见于经产妇。不协调性子宫收缩过强表现为产妇烦躁不安，持续性腹痛，拒

按，有时可出现病理缩复环、血尿等先兆子宫破裂征象。

## （二）产道异常

产道异常（abnormal birth canal）包括骨产道异常和软产道异常，临床以骨产道异常多见。常见的骨产道异常有骨盆入口平面狭窄、中骨盆及出口平面狭窄、均小骨盆、畸形骨盆。软产道异常所致的难产少见，容易被忽略，应于妊娠早期了解软产道有无异常。产道异常可使胎儿娩出受阻，致使分娩发生困难。

## （三）胎儿异常

胎儿异常（fetal abnormalities）以胎位异常为主，胎儿的发育异常少见。分娩时枕前位（约占90%）为正常胎位外，其余均为异常胎位，是造成难产的常见因素之一。胎位异常、胎儿发育异常均可继发宫缩乏力，使产程延长，常需手术助产，容易发生软产道损伤，增加产后出血及感染机会。

## 二、胎儿异常状况

1. 协调性宫缩乏力容易造成胎头在盆腔内旋转，形成异常胎位，使手术产机会增加；不协调性宫缩乏力，胎儿在子宫内缺氧，容易发生胎儿窘迫。

2. 子宫收缩过强、过频时影响子宫胎盘血液循环，胎儿在宫内缺氧，易发生胎儿窘迫、新生儿窒息甚至死亡。若产道无阻力，胎儿娩出过快可致新生儿颅内出血、感染、外伤。如产道阻力过大引起子宫破裂，胎儿往往在短时间内死亡。

3. 头盆不称、胎位异常易发生胎膜早破、脐带脱垂，导致胎儿窘迫甚至胎儿死亡；产程延长，胎头受压，缺血、缺氧容易发生颅内出血；产道狭窄，手术助产机会增多，易发生新生儿产伤及感染。

## 第二节 心理护理

分娩是一生理过程，但易受产妇精神心理因素的影响。因此，产程中助产士要以高度负责，热情而又镇定的态度作好一切工作，加强心理护理，将心理护理结合到各种治疗和护理行为中使专业知识和技术发挥较大作用，更有效地为产妇服务。

### 一、心理护理评估

正常分娩里讲到产妇的年龄、受教育的程度、异常的孕产史、对疼痛的害怕等均造成产妇临产前的紧张，当产妇获知自己存在异常分娩因素时，出现过度的紧张、恐惧，增高了难产的发生率。异常分娩时影响产妇心理的因素很多，主要与以下因素有关。

#### （一）影响因素

1. 对剖宫产安全性的担心 异常分娩时，如果确实需要剖宫产，此时产妇及家属担心剖宫产术的安全性，担心手术是否会保障母婴平安，以及剖宫产术后是否会有远期并发症，部分经济困难的家庭还担心由此带来的经济负担。尤其是阴道分娩过程中改为剖宫产，有些家属迟迟不在手术同意书上签字，使得产程进一步延长，胎儿窘迫、新生儿窒息等并发症增加。

2. 增加的医疗操作 人工破膜、静脉滴注缩宫素、不断地检查宫缩、听胎心、阴道检查次数增加，使产妇心理负担不断加剧，加上产程长，产妇出现焦虑状态，休息不好，进食少，可引起脱水、酸中毒、低钾血症，严重者出现肠胀气、排尿困难等，加重子宫收缩乏力，甚至形成膀胱阴道瘘或尿道阴道瘘。产妇及家属对阴道分娩失去信心，通常要求尽快手术结束分娩。

3. 社会支持系统 周围产妇难产，尤其是已造成了母婴生命危险的情况。会不由自主地担心自己和胎儿是否也会出现同样的危险，加重产妇及家属的心理负担，影响产程进展。产妇及家属对分娩相关知识的了解程度，对本次分娩的期待程度也会使产妇心理状态发生变化。

4. 知识不足 异常产妇对分娩过程知识不足，表现为产程中不配合，甚至大喊大叫，更严重者甚至会拒绝进食、进水，结果是精力与体力消耗很大甚至衰竭，很容易造成宫缩乏力，使产程延缓、胎儿窘迫，增加剖宫产的几率。另有一部分产妇专科知识缺乏，产程中体力大量消耗，镇静药物的使用等使产妇自感对分娩无能为力，产生顺应心理。

5. 助产士的态度 存在异常分娩因素的产妇，希望在产程中获得更多鼓励和安慰。如果分娩时助产士对产妇关心不够，使产妇缺乏安全感，加重心理负担，增加难产几率。

## （二）心理状况

由于产妇性格、文化程度、家庭状况、孕产次的不同，所以在异常分娩过程中，产妇的心理反应也不尽相同。产妇的心理状态直接影响子宫收缩，助产士要不断评估产妇的精神状态及其影响因素。

1. 紧张、恐惧心理 异常分娩是一个重大的不良刺激，可引起产妇的应激反应，主要表现为恐惧与紧张。子宫收缩乏力时，由于产程长，同时又用各种方法加强宫缩，产妇及家属担心母婴安危，紧张、恐惧感加剧，对经阴道分娩失去信心，请求助产士帮助尽快结束分娩；子宫收缩过频、过强时，产妇感觉腹部宫缩阵痛难忍，无喘息之机，产程进展很快，产妇思想准备不足，担心自身与胎儿的安危，以及对即将出生的新生儿

健康状况、有无畸形存在顾虑，出现恐惧和紧张感。

2. 焦虑心理 存在异常分娩因素的产妇，在最初得知自己的病情或决定手术产前焦虑心理加重。原因有异常分娩时阴道检查次数增多；以往有异常分娩或手术体验、心理创伤史；须行阴道助产者，担心胎头吸引或产钳术给新生儿带来颅脑损伤，影响智力发育，又怕经阴道试产失败改行剖宫产而“遭两遍罪”。需要手术结束分娩者，担心手术者的技术水平不能保证分娩的安全进行，担心剖宫产术是否会顺利等。

3. 顺应心理 漫长产程中体力的大量消耗，加上镇静药物的使用，以及面对异常因素时产妇缺乏专业知识，使产妇自感对分娩无能为力，产生顺应心理，只希望尽快结束分娩。

4. 挫折与抑郁 挫折是由于发生新生儿产伤、窒息，胎儿性别不满意等，使产妇欲望得不到满足而产生的沮丧、失意等心理现象。抑郁常与产妇发生大出血等并发症，或产前即有抑郁加上异常分娩的刺激加重了抑郁有关，也与剖宫产或胎儿有异常等有关。

## 二、心理护理诊断

异常分娩时，产妇对家人及助产士依赖感增强，希望他们帮助选择正确的终止妊娠的方式，从而使难产转变为顺产，保障母婴的安全。

1. 知识缺乏 与缺乏异常分娩知识有关。
2. 焦虑 与担心胎儿及自身安危有关。
3. 恐惧 与发生胎儿窘迫、产后出血等并发症有关。
4. 无能为力感 与分娩过程中产程延长及分娩结果的未知有关。
5. 悲伤 与胎儿死亡有关。

## 三、心理护理目标

1. 产妇了解异常分娩知识。
2. 产妇担心胎儿及自身安危状况减轻。
3. 产妇精力充沛、情绪稳定，安全渡过分娩期。
4. 产妇分娩过程中能积极配合医生，无并发症。
5. 产妇了解病情，悲伤情绪减轻。

## 四、心理护理措施

产妇有的是本次难产，有的是有过难产史，对本次分娩格外紧张、恐惧。有的产妇还未临产就偷偷流泪，宫缩开始后吓得发抖、出冷汗。遇到此情况，助产士应用肯定而

又温和的语言稳定产妇情绪，让产妇相信助产士一定有办法处理好难产，会尽量保障母婴的安全。

### （一）入院心理护理

1. 产前检查确诊为产道明显异常、胎位异常的产妇，入院前就表现出对分娩的恐惧和紧张。入院后助产士应热情接待产妇，为产妇提供安静舒适、轻松愉快的待产环境，主动关心产妇，获取产妇的信任，减少产妇的负面心理状态，从而使产妇产生安全感和信赖感。

2. 帮助产妇选择适合的终止妊娠的方式 产前检查有异常者，产妇及家属担心母婴安危，表现出过度焦虑、恐惧，加之产科专业知识缺乏，希望医生、助产士帮助选择合适的终止妊娠的方法，所以入院后有较多的问题需要解答。此时医生、助产士应注意倾听产妇的陈述，耐心地解答她们提出的各种问题，综合各项检查结果，选择合适的分娩方式。对于有手术产指征者，在告知危险性的同时，说明手术的必要性及安全性，消除其焦虑、恐惧情绪。对于疼痛敏感不能忍受者，可以选择镇痛分娩，帮助其树立顺利分娩的信心，降低因产妇不良的心理因素而采取的手术产。

### （二）产时心理护理

分娩过程中，助产士通过观察产妇对疼痛和焦虑所表现的语言和非语言的行为，如手握拳头，肌肉绷紧僵硬、哭泣、拍打、身体扭动等评估产妇的精神状况，若产妇过度激动、反抗、兴奋或过度沉默，应进一步评估其焦虑程度。

#### 1. 一般护理

（1）产力异常：向产妇及家属就产力异常的知识做简单介绍，属于精神过度紧张者，应进行思想工作，消除产妇对分娩的顾虑和恐惧，指导产妇合理进食、规律休息、有效保存体力，及时将大、小便排出；依据产妇情况给予导尿和灌肠。鼓励产妇深呼吸、行背部按摩等对疼痛采用支持性措施缓解疼痛。

（2）产道异常：向产妇及家属讲清产道异常的类型及程度，阴道分娩的可能性及优点。轻度头盆不称时，向产妇及家属说明试产的必要性及试产可能出现的结果。

（3）胎儿异常：保持体力、必要时补液、指导合理用力，防止胎膜早破，协助阴道助产及新生儿窒息抢救的物品准备。

2. 加强产时监护，随时发现异常 密切观察母体的生命体征、宫缩、宫口扩张程度、胎先露的下降程度以及胎心率，及早发现异常因素，特别在使用前列腺素或缩宫素时，对胎先露下降和宫颈扩张情况进行持续评估，对产程进展情况进行详细了解。

3. 适当说明产程中出现的异常 产程中发现异常及时报告医生，针对情况及时处理，同时有分寸地向产妇及家属说明目前产程中存在的问题，即将进行的各项操作的目，增加产妇对病情的了解，增强其安全感。切记不要惊慌失措，要有条不紊地去处理，避免给产妇造成不必要的思想负担。遇见心理状态欠佳的产妇，我们要从各方面着手实施心理护理，使她们顺利地渡过这一难关。当宫缩乏力使用缩宫素后出现产力加强，枕横位、枕后位转为枕前位时，一定要告诉产妇、鼓励产妇，加强其自然分娩的信心。

4. 积极沟通、随时鼓励 鼓励家属及产妇表达出他们的不适与担心，耐心听取产妇关于紧张、恐惧的诉说，对其表示同情和理解。在这个过程中应当注意口吻，要让产妇感受到自身的感受被理解，同时又要起到鼓励和支持的效果。讲解周围产妇存在类似情况，顺利完成阴道分娩的实际例子，鼓励产妇自然分娩的信心。鼓励家属给予产妇身体和情感的舒适，运用松弛、暗示及分散注意力的方法，降低宫缩痛。对于耐受力强的产妇要给予鼓励；对于耐受力弱、疼痛高度敏感者要多关心，在宫缩过强过频时多与产妇交谈以分散其对疼痛的注意力。

5. 指导产妇配合产程 第二产程中指导产妇合理屏气。对于急产的产妇，指导产妇在宫缩时张嘴哈气。宫缩乏力时由于产程长，阴道检查次数增多，产妇不免产生不配合情绪，在每次检查宫缩的时候，谈些轻松的话题，讲些儿童的可爱故事，引起产妇将要成为母亲的幸福感，分散其注意力。

### （三）产后心理护理

异常分娩产后，产妇从分娩的紧张、恐惧中恢复，需要接受家庭新成员，或者必须面对产程中已发生的意外情况，如果实际的分娩与计划距离甚远，产妇产生严重的失败感。研究发现产后1周内出现心理问题的产妇要占到58.3%~86.4%，主要的情绪问题是焦虑，其次为抑郁、人际关系敏感、躯体化和睡眠障碍等。故产后仍应观察产妇的情绪与反应，评估其心理状态，针对产妇存在的心理状况及时进行情感疏导和健康教育，使产妇情绪稳定。

1. 产后2小时指导 助产士应尽可能将护理操作集中进行，对于产程较长或阴道助产的产妇，产后身心处于极度疲劳状态，让其充分休息是关键，给产妇创造良好和安静的环境，指导产妇与新生儿同步休息，保证产妇有足够的休养时间。指导产妇尽量闭目养神，不可太抑郁或兴奋。此时产妇最关心新生儿的健康状态，新生儿的健康状态也是对产妇的心理安慰和精神支持。助产士应主动协助产妇与新生儿尽早开始互动，鼓励亲子间皮肤接触、目光的交流，鼓励抚摸和拥抱新生儿；教给母亲母乳喂养的正确方法，



帮助新生儿在产后 30 分钟内进行早吸吮。

2. 引导产妇及家属正确对待新生儿 如果新生儿评分不佳，需转到儿科，母婴暂时分离者，指导母亲实行间接母乳喂养，新生儿病情有好转时，及早告诉母亲，减轻母亲心理担忧。如果新生儿发生意外，多给予产妇安慰，允许产妇适当释放悲伤的情感，帮其分析原因，为今后的生育提供具体的指导。

3. 及早发现并发症 向产妇讲清产后可能出现的问题及需注意的事项，增加产妇的知识，消除产妇不必要的紧张、焦虑情绪。鼓励产妇及早排尿，因膀胱膨胀会影响宫缩，导致出血。注意观察子宫收缩、阴道出血、产妇的生命体征，及早发现产后出血、产褥感染等并发症。

4. 提供缓解会阴疼痛的措施 与阴道自然分娩相比，产钳或者胎吸助产的产妇会阴疼痛发生几率更高，由于明显的疼痛，产妇会出现明显的失败感。告诉产妇，注意保持外阴清洁；休息的时候健侧卧位；哺乳时，可以选择侧躺在床上喂，这样可以减轻部分的肌肉压力。如果条件合适，也可以试着坐在中空的橡皮垫上哺乳婴儿，但是，不要坐得过久，否则可能会导致会阴部的肿胀。

5. 调动社会支持系统 在异常分娩中，产妇在心理、体力上倍感疲劳，尤其是产后 1~3 天，产妇处于依赖期，家属的言行会很敏感地直接影响产妇的情绪。指导家属、亲戚、朋友不仅要给产妇补充营养、保障充分休息，还要给予更多的情感支持和关怀，尤其是丈夫应该及时调整心态，耐心倾听产妇关于产程辛苦的诉说，分享产妇精神上的压力，生活上给予无微不至的关爱，帮助照料婴儿。通过创造愉快、温馨的家庭环境，舒缓产妇紧张和焦虑的情绪。与产妇多聊一些愉快的话题，使产妇忘记产程中的不愉快，促使早日康复。

#### （四）预防

异常分娩的预防需要孕妇、家庭及社会的共同努力。

1. 作好孕期宣教 坚持产前检查是孕妇保持良好心理状态的基础。

（1）解除孕妇思想顾虑和消除恐惧心理：通过电视录像、模型等主动手段，使产妇们了解分娩是一生理过程，即使存在胎位异常、骨盆狭窄等问题，现代的医疗技术也能通过剖宫产的方式将婴儿娩出，最大限度地保证母婴安全。产前检查时如发现有贫血、营养不良及其他疾病时要尽早治疗，解除孕妇不必要的紧张、恐惧心理，有效预防子宫收缩乏力所致的难产。

(2) 强调充分休息：让孕妇意识到充分的休息、良好的精神状态和体力，既是心理因素的前提，又是保持产力的保证。对于产道异常、胎位异常的孕妇，只要不是剖宫产的绝对指征，在分娩时，良好的产力可以增加阴道分娩的机会。休息包括精神休息及体力休息，精神休息是指在一段时间内放下精神负担或把注意力转移到轻松愉快的事情上去，如编织，绘画，唱歌、散步等，不要闭门在家，整日躺在床上，把注意力集中到对未来的担忧上。使精神和体力得到休息，肌肉及身体各部放松。

(3) 避免体重增加过多：孕期体重以增加 12.5kg 为宜。由于我国实行计划生育，社会和家庭给予产妇过度照顾，许多产妇一旦怀孕，以保障胎儿生长、发育为由，拼命增加营养，活动量也明显减少，使得孕期体重明显增加，胎儿体重过大，最终必须选择剖宫产结束分娩。

(4) 提高家属的心理健康水平：初产妇与其家属的心理健康水平相互影响，提高家属的心理健康水平将有助于改善初产妇抑郁等不良情绪。心理支持应从妊娠前开始，为准备妊娠的夫妇提供相关知识，协助调整心理适应能力和应对能力，以良好的心理状态迎接妊娠。妊娠后继续提供有关妊娠、分娩的知识及可能出现的异常情况的宣教，使其在认知、情绪、心理等方面不断进行调整以适应妊娠的进展，提高其对分娩的应对能力，消除产前的紧张恐惧心理，减少因心理因素所致的异常分娩。

2. 提高助产技能 产妇从入院起，助产士的形象和行为都会影响产妇的心理状态。存在异常因素的产妇，更希望有一位技术精湛的助产士帮助自己完成分娩。如果获知主管自己的助产士被大家公认为不仅认真负责，而且业务熟练，技术精湛，无形之中多了一份安全感，少了一份恐惧。这些都需要助产士在不断提高自己道德品质修养的同时，加强助产技能的培养与锻炼，扎扎实实地提高自己的业务能力。

3. 改变服务观念 助产士应转变产时服务模式，将以助产士为主体、产妇为病人的传统医疗模式，转变为以产妇为中心的自然分娩过程。助产士以无微不至的关怀和高度负责的态度对待产妇，严密观察产妇和胎儿情况，及时发现产程中的异常，给予相应准确的医疗处理，保障母婴安全，降低母婴并发症。

4. 改进分娩方式 通过一些新的方法和药物，比如开展家庭式陪伴分娩、导乐分娩、分娩镇痛等，减轻产妇的心理压力，消除焦虑不安的情绪，减少由于心理因素造成的宫缩乏力。

## 五、护理评价

1. 产妇是否了解异常分娩知识。

2. 产妇担心胎儿及自身安危状况是否减轻。
3. 产妇是否精力充沛、情绪稳定，安全渡过分娩期。
4. 产妇分娩过程中是否能积极配合医生，无并发症。
5. 产妇是否了解病情，悲伤情绪是否减轻。

（李改娟）

## 第十章 异常产褥心理护理

产褥期母体除了生理方面的变化，在经历了妊娠期，特别是分娩期，随着家庭结构的改变，产妇的心理变化很大。如果在产褥期出现异常情况，不但影响了产妇正常生理功能的复原，对产妇的心理必将有很大的影响。

### 第一节 产褥感染妇女的心理护理

产褥感染（puerperal infection）是指分娩时及产褥期产妇生殖道受病原体感染，引起局部或全身的炎性变化。

#### 一、生理变化

##### （一）疼痛

外阴炎产妇多感觉外阴局部灼热、疼痛、下坠感；子宫肌炎则表现为腹部尤其是子宫底部有压痛；急性盆腔腹膜炎及弥漫性腹膜炎产妇下腹部有明显压痛、反跳痛；血栓性静脉炎引起“股白肿”时，下肢持续性疼痛。

##### （二）子宫复旧不良

子宫肌炎则表现为子宫复旧不良，恶露增多。

##### （三）分泌物增多

外阴炎产妇如外阴切口部感染，可有脓性分泌物从针孔流出；阴道炎、宫颈炎时可见黏膜充血、溃疡，分泌物增多呈脓性；急性子宫内膜炎表现为阴道内有大量脓性分泌物且有臭味；急性盆腔结缔组织炎、急性输卵管炎，病原体沿宫旁淋巴和血液到达子宫周围组织，引起急性炎性反应而形成炎性包块，严重者侵及整个盆腔形成“冰冻骨盆”；急性盆腔腹膜炎及弥漫性腹膜炎有时可在直肠子宫陷凹形成局限性脓肿，如波及肠管与膀胱则可出现腹泻、里急后重、排尿困难等症状。

##### （四）皮肤、黏膜局部变化

外阴炎产妇局部皮肤红肿，如外阴切口部感染，可见缝合处缝线陷入肿胀组织，切口红肿、切口边缘硬；阴道炎、宫颈炎时可见黏膜充血、溃疡，严重者可致阴道粘连甚

至闭锁；急性子宫内膜炎表现为子宫内膜充血、水肿；下肢血栓静脉炎时表现为局部静脉触及硬条索状、患肢水肿、皮肤发白。

#### （五）其他

产妇还可以出现寒战、高热、头痛、腹胀等症状。

## 二、心理护理

### （一）心理护理评估

分娩过程消耗了产妇大量的体力和精力，进入产褥期又要担负起哺乳新生儿的重负，而产褥感染所带来的身体舒适度的下降，加重了产妇的不适感，更易使产妇出现情绪波动，甚至会出现产后精神障碍。如果产妇出现持续地高热、寒战，医护人员甚至会要求产妇暂时停止为新生儿哺乳，此举给产妇带来焦虑、恐惧，产妇因不能照顾新生儿还会自感愧疚。

### （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与认为产后患病不易治愈的旧观念有关。
2. 无能性家庭应对 与母婴隔离不能照顾新生儿及母乳喂养暂时中断有关。
3. 有无能为力感的危险 与产后身体的异常改变后的不适有关。

### （三）心理护理目标

1. 产妇了解产褥感染的知识，消除其思想顾虑。
2. 产妇了解新生儿情况，自责心理减轻。
3. 产妇情绪稳定，积极配合治疗。

### （四）心理护理措施

1. 理解和尊重 当阴道分泌物多且有异味时，产妇多会因羞怯而感觉形象受损，尤其是当医护人员为其检查、治疗时，表现更甚。对表现羞怯的产妇首先应给予理解和体谅，而不要责备和训斥，更不要嫌弃她们，要尊重她们的人格和自尊心，严肃认真的医护操作会减轻产妇的不安。

2. 解除思想顾虑 对病情较重需要暂时停止哺乳的妇女应作好解释工作，同时帮助其家属照顾好孩子，解除产妇的后顾之忧，减少其自责心理。

3. 稳定情绪 持续的全身不适症状给产妇带来焦虑和恐惧，不良的情绪会影响治疗的效果，所以培养产妇积极的情绪状态非常重要。护士可以指导产妇自己评估情绪状态，及时发现自己的不良情绪，介绍一些简单的方法使产妇稳定情绪，如积极地自我暗

示“这个病没什么可怕”，尽量以平和的心态对待疾病，积极接受治疗。

#### （五）心理护理评价

1. 产妇了解产褥感染的知识，消除其思想顾虑。
2. 产妇了解新生儿情况，自责心理减轻。
3. 产妇情绪稳定，积极配合治疗。

## 第二节 晚期产后出血妇女的心理护理

晚期产后出血（late puerperal hemorrhage）是指分娩 24 小时后，在产褥期内发生的子宫大量出血，也称产褥期出血。多发生在产后 5~6 天或更长时间，亦有迟至产后 6 周发病者。阴道流血可为少量或中量，持续或间断，亦可表现为急剧大量流血，同时有血凝块排出。产妇多伴有寒战、低热，且常因失血过多导致严重贫血或休克。

### 一、生理变化

#### （一）阴道流血

胎盘胎膜残留、蜕膜残留引起的阴道流血多在产后 10 日发生。胎盘附着部位复旧不良常发生在产后 2 周左右，可以反复多次阴道流血，也可突然大量阴道流血。剖宫产子宫切口裂开或愈合不良所致的阴道流血多在术后 2~3 周发生，常常是子宫突然大量出血，可导致失血性休克。

#### （二）腹痛和发热

出血常合并感染，并发恶露增加有恶臭，产妇可有发热；当剖宫产切口裂开或切口愈合不良时，产妇出现明显腹痛。

#### （三）全身症状

继发性贫血，严重者因失血性休克危及生命。

### 二、心理护理

#### （一）心理护理评估

随着产褥期的推进，产妇的阴道流血量应该逐渐减少才对，如果产妇在阴道出血渐减少过程中再次出现阴道多量出血，会使产妇及其家属感到惶恐不安、手足无措，有的产妇甚至一次失血量就很大，加之精神过度紧张，可出现面色苍白、出冷汗、头晕、乏力等症状，产妇担心自己的生命安全。

#### （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与产妇再次阴道出血量增多后，[产妇缺乏相关知识](#)有关。
2. 恐惧 与阴道大量出血有关。
3. 有无能为力感的危险 与出血量多，伴发明显全身不适症状有关。

#### （三）心理护理目标

1. [产妇了解晚期产后出血的相关知识。](#)
2. [产妇情绪稳定。](#)
3. [产妇全身不适症状缓解，自信心增强。](#)

#### （四）心理护理措施

1. 阴道大量出血产妇非常焦虑、恐惧 心理护理的重点是在对症躯体治疗护理的前提下提供心理支持。通过耐心、细致地解释与安慰，支持、鼓励性的语言，使产妇感到支持与关爱，缓解其消极情绪。

2. 失血量大，产妇全身及局部抵抗力均下降，不良的情绪会影响到产妇的日常生活，不利于感染的预防。护士应指导产妇进行自我心理调适，把注意力转移到其他事情上，比如让她多接触新生儿，想想孩子还需要她哺乳等，增强产妇生活、治疗的信心。

#### （五）心理护理评价

1. 产妇是否了解晚期产后出血的相关知识。
2. 产妇情绪是否稳定。
3. 产妇全身不适症状是否缓解、自信心是否增强。

### 第三节 剖宫产妇女的心理护理

剖宫产术（cesarean section）是指妊娠 28 周及其以上，经剖腹和切开子宫取出已达成熟的成活胎儿及其附属物的手术。

#### 一、生理变化

##### （一）腹部切口

因剖宫产术式不同，妇女下腹部有横行或纵行手术切口，目前多采用横切口。

##### （二）疼痛

麻醉过后，产妇因下腹切口有明显的疼痛感。

#### 二、心理护理

剖宫产术对产妇而言是一种心理刺激，可引起一系列心理反应。精神因素在剖宫产术中的作用不容忽视，恐惧、紧张可使交感神经兴奋，影响产妇痛阈，增加疼痛。

#### （一）心理护理评估

异常分娩使原本期望值很高的产妇容易情绪低落。麻醉过后手术切口带来的疼痛，活动的受限，新生儿哭闹等现象使产妇时常感到精神困扰，甚至失眠。

#### （二）心理护理诊断

1. 焦虑 与担心手术对胎儿及自身安危有关。
2. 有无能为力感 与未能正常分娩有关。
3. 睡眠型态紊乱 与剖宫产术后身体的不适以及未能实现预期目标有关。

#### （三）心理护理目标

1. 产妇了解剖宫产相关知识。
2. 产妇接受手术事实，减轻其思想顾虑。
3. 产妇睡眠型态紊乱减轻。

#### （四）心理护理措施

1. 术前 了解其思想状况及存在的心理问题，根据产妇的性格、文化程度、家庭状况、孕产次及产妇的心理状态及其需求，因人而异地给予心理护理。向产妇讲解手术的重要性及优点，强调主观因素在手术及术后恢复过程中的作用，对手术中可能发生的危险，既要说明实际情况，又要避免给产妇增加心理负担，从而增强产妇的安全感。

2. 术中 要保持手术室安静，避免喧闹和闲聊，尊重、关怀和重视产妇询问产妇有无不适，增强其对护士信任感。胎儿取出后，立即告知产妇，并详细描述新生儿的特征，充分调动产妇的自豪感。

3. 术后 当产妇从手术室回到病房后，及时告知产妇手术进行顺利，母婴平安，使其对手术结果感到安心和满意，有助于术后的恢复。术后也会出现抑郁的心理状态，常导致产妇自我评价降低，悲观失望。此种心理状态如不及时地排解，必将影响产妇及时下床活动，进而对身体的复原产生影响。因此，医护人员要准确分析产妇的性格、心理特点，主动关心和体贴她们。让她们意识到既然已经顺利渡过手术，就要争取早日恢复健康。

向产妇讲解术后正常下床活动的重要性，指导产妇在床上翻身、饮水、咳嗽方法，给予生活及饮食指导，并鼓励及早下床活动。还要及时向产妇宣教有关母乳喂养的知识，

尽量在术后 4 小时内行纯母乳喂养。满足新生儿基本需要。

4. 产褥期 剖宫产后产妇思想顾虑较多，如担心剖宫产后体形不易恢复、剖宫产的孩子抵抗力低等问题，加之手术切口产生的疼痛，往往影响到产妇的睡眠。术后，医护人员应及早告诉产妇术后疼痛的情况，让产妇先有心理准备，并及时加以处理，必要时给予镇痛剂减轻疼痛。鼓励产妇运用术前训练的放松技巧如通过调节呼吸来缓解疼痛；暗示也是一种减轻疼痛的有效心理学手段；转移注意力，多与产妇交流，让其听自己喜欢的音乐等均可有效缓解疼痛。至于因手术所带给产妇的其他顾虑，医护人员应耐心给予讲解。

#### （五）心理护理评价

1. 产妇是否了解剖宫产相关知识。
2. 产妇是否能接受手术事实，减轻其思想顾虑。
3. 产妇睡眠型态紊乱是否减轻。

（张海丽）

## 第十一章 其他类型孕产妇心理护理

近年来，随着围生医学的发展，孕产妇心理情绪的变化日益得到重视。同时，随着医学模式的转变和护理技术的发展，运用护理心理学进行心理护理，使护患心理达到相互配合的效果，已被医护人员所接受和认同。心理护理在提高护理质量中的作用越来越明显。

为了使孕产妇的心理护理起到更好的效果，必须对病人所处的社会地位、家庭环境、文化程度、生活习惯有所了解，根据不同的人群，不同的疾病，以及不同的心理状态，更有针对性地应用心理护理技术，来达到应有的目的。

### 第一节 精神分裂症孕产妇心理护理

#### 一、精神分裂症概述

精神分裂症（schizophrenia）是一组病因未明的精神疾病，具有思维、情感、行为等多方面的障碍，以精神活动和环境不协调为特征。病人一般意识清楚、智力尚好，部分病人可出现认知功能损害，对自身疾病缺乏认识能力，是一种常见的、严重的慢性



精神疾病。

20世纪90年代国内学者进行了7个地区城乡各500户的精神疾病流行病学调查，结果表明：本病终生患病率（包括已愈和未愈者）为6.55%，城市高于农村。终生患病率与80年代相比，有增高的趋势。在各类精神疾病中患病率居首。其在精神病科临床较常见，但妊娠合并精神分裂症的分娩或引产病例在产科临床较少见，具体的护理知识也相对缺乏。

## 二、心理护理

精神分裂症孕产妇是极为特殊的人群，要加强心理护理，心理干预也必须贯穿护理活动全过程。加强护患沟通，指导病人家属给予病人更多的关心和爱护，解除病人思想负担，增强信任感，积极配合治疗和护理。

### （一）心理护理评估

1. 影响因素 其发病可能与下列因素相关。

（1）遗传因素：调查显示精神分裂症与遗传有关。大量实验结果提示，精神分裂症可能是多基因遗传，由若干基因的叠加作用所导致。

1) 本病病人近亲中的患病率要高于一般人群，在一般人群精神分裂症患病率为0.5%~1%，而在精神分裂症亲属中则为5%~10%。血缘关系越近，患病率越高，近亲中以父母及同胞的精神分裂症患病率最高。有资料显示如双亲之一是病人，其子女罹患精神分裂症的几率为17%；如双亲均为病人，其子女罹患精神分裂症的概率为46%。

2) 孪生子研究表明，精神分裂症同卵孪生同病率比异卵孪生高4~6倍。

3) 寄养子研究发现，为排除家庭环境的影响，对本病病人的子女47名自幼寄养出去由健康父母抚养，与精神健康父母寄养出去的50名子女对照。成年后，实验组5人患精神分裂症，22人有病态人格；对照组无精神分裂症病人，9人有病态人格，差别有显著性，提示该病有明显的遗传倾向。

（2）神经生化病理假说：

1) 多巴胺（DA）功能亢进假说：依据精神药理方面的研究，吩噻嗪类药物可有效治疗精神分裂症的症状，与其阻断DA受体的功能有关。

2) 5-羟色胺（5-HT）受体假说：5-HT<sub>2A</sub>受体拮抗剂不仅可以减少5-羟色胺的释放，还可以减少DA的释放，并使DA神经元放电减少。

3) 脑结构研究：通过头颅CT和MRI研究，发现30%~40%精神分裂症病人有脑室扩大或其他脑结构异常。

(3) 社会-心理因素：研究发现，精神分裂症病人发病前有性格内向、孤僻、敏感、沉溺于幻想，与其他家庭成员关系紧张，不能融入社会等问题。此外，精神分裂症还多发生在经济水平低或社会低阶层人群中，这可能与该人群社会-生理-心理应激负荷较大有关。

## 2. 心理状态

### (1) 认知障碍

1) 言语性幻听或命令性幻听：病人情绪和行为受幻听影响，可出现伤人、自伤行为。

2) 思维联想障碍：病人在意识清醒的情况下出现思维松弛、思维破裂、思维中断、强制性思维、病理性象征性思维、词语新作等。

3) 妄想：内容以关系妄想、被害妄想和影响妄想最为常见。

4) 认知受损。病人不能实施正常的认知模式，解决问题的能力明显受损。

### (2) 情感障碍

1) 情感淡漠，常伴抑郁情绪。

2) 情感活动与当时的思维内容和环境不协调。

3) 情感反应在本质上的倒错。

### (3) 意志行为障碍

1) 意志活动减少，如孤僻离群、懒散被动、活动减少。

2) 意志活动缺乏时对生活缺乏基本要求，整日呆坐或卧床。

3) 意向倒错，矛盾意向。

(4) 内向性：不暴露内心体验。

(5) 自知力受损：不认为自己处于疾病状态，拒绝就医。

精神分裂症孕产妇表情有时可与普通孕产妇无明显差异，但发作时，可出现自伤行为或攻击他人行为，甚至后果严重，而且由于病人对分娩的恐惧以及临产后疼痛的刺激，可诱发精神分裂症症状的发生，不能与医务人员很好地配合，带来风险。因此，对精神分裂症孕产妇及时作好心理护理，可预防病人意外发生，确保病人安全分娩、顺利引产、平安出院。同时给予科学的健康指导，使其顺利渡过产褥期和提高生活质量。

## (二) 心理护理诊断

1. 知识缺乏 与患有精神分裂症的孕产妇不了解妊娠分娩的知识有关。

2. 恐惧 与害怕分娩疼痛，不能正确表达感受有关。

3. 感知觉紊乱 与幻觉妄想、兴奋躁动、情绪变化等有关。
4. 防卫性应对 与感知觉紊乱后，拒绝接受治疗及护理，导致暴力行为发生有关。

### （三）心理护理目标

1. 病人了解妊娠分娩有关的知识。
2. 病人能正确表达感受，能够简单地自我生活照顾。
3. 病人感知觉紊乱病情缓解，主动参与和积极配合产程进展。
4. 病人在治疗和护理过程中没出现暴力行为。

### （四）心理护理措施

#### 1. 产前护理

（1）入院时护士热情接待孕妇，爱护、关心、尊重病人。精神病孕妇虽然不能正确认识 and 评价自己，但也有被尊重、被关心的基本需求。用爱心和耐心建立良好的护患关系，取得病人信任，配合医护人员开展工作。

（2）提供安静、舒适的单间病房，保持室内温暖，空气流通，帮助病人减少心理应激，增加安全感，以适应病区环境。保护好病人的隐私，避免其他人的干扰和刺激。至少安排1位熟悉病人生活习惯的家属24小时陪护以防意外。

（3）与病人和家属进行直接的、诚恳的心灵交流，介绍有关产褥期精神疾病的常识，讲解药物治疗的必要性和常见的药物副作用，多方面了解病人的需要，耐心解答病人及家属提出的问题，消除负性情绪。

#### 2. 产时护理

（1）作好病人的思想工作，由护士陪同，适当约束，必要时可有病人家属陪同，以消除其紧张情绪。对不合作病人先镇静后约束，特别是手术时保持体位的固定，手术中注意保护性措施以及心理安慰、抚摸、关心、体贴病人，为其提供表达内心情感的机会，减轻病人的无助感，使病人积极配合。

（2）第一产程中病人处于紧张时期，要作好心理护理，并适当给予精神科保护措施，防止冲动行为发生。助产士陪伴在旁，给予产妇安慰和心理支持，缓解、消除其紧张和恐惧。由于精神分裂症病人自知力缺失，不能主动诉说病情，还要特别注意病人的面部表情、行为、肢体语言等间接获取病人信息，适时采取相应的护理措施。

（3）进入第二产程，宫缩时指导产妇正确屏气，宫缩间歇期，全身肌肉放松，安静休息，恢复体力，减轻疼痛。由于疼痛可诱发或加重精神症状，宜采取加速产程进展，

缓解疼痛的手段。因疼痛是生理和心理因素的综合反应，让产妇表述疼痛可使其心情得到安抚，疼痛得以减轻。

### 3. 产后护理

(1) 分娩时的体力消耗，产后激素水平的改变，子宫收缩疼痛，会加重病人精神和身体的负担，由于产褥期是精神病复发或加重的危险期，产后有半数病人的病情会发生波动，仍须严密的观察病人的精神状况及加强安全管理，不能掉以轻心。

(2) 要多与产妇交流，因病人诉说不能正确反映真实的感受，护士要认真评估产妇的身心状况，监测生命体征，提供良好的休息环境。同时发挥支持系统作用，让病人家属参与产后护理，为产妇提供良好的生活护理，多给予关心照顾，帮助其顺利地渡过产褥期。

### 4. 出院指导

(1) 家庭治疗可提高病人的家庭亲密度和适应性，改善病人家属的情感表达方式，增强与病人沟通表达情感的能力，有利于病人的疾病康复和回归社会。对家庭成员尤其是丈夫进行精神卫生宣教，使其了解有关疾病知识及如何预防复发的常识。同时交代引产后注意事项，介绍避孕知识，指导合适避孕方法，避免再次怀孕。

(2) 鼓励病人树立战胜疾病的信心，教会病人正确处理与自己有关的社会矛盾和生活事件，避免有害刺激对自己的不良影响，掌握自我调控技巧，适应社会、家庭生活，预防疾病复发。

(3) 病人出院后，坚持每月复诊1次，并随访18个月，了解病人的精神状态和心理问题，及时给予心理疏导。

#### (五) 心理护理评价

1. 病人是否了解妊娠分娩有关的知识。
2. 病人是否能正确表达感受，是否能够简单地自我生活照顾。
3. 病人感知觉紊乱病情是否缓解，是否能主动参与和积极配合产程进展。
4. 病人在治疗和护理过程中是否出现暴力行为。

### 附：精神分裂症孕产妇的自杀预防

大部分精神病人住院自杀死亡的原因为精神分裂症，国内统计为65%。因此，对患有精神疾病的孕产妇自杀的预防是在实施医疗护理活动中不可忽视的一个重要环节。

#### (一) 精神分裂症孕产妇自杀的原因

精神分裂症病人自杀大多发生在入院后不久，出院前和出院后的最初几个月。其自杀的病态心理机制是：精神症状驱使，如命令性幻听、妄想（被害妄想、罪恶妄想、疑病妄想、自责妄想、妒忌妄想等）；意识模糊或精神错乱状态；强迫症或主观性失眠；严重情绪低落；产妇出院后面临社会隔离、孤独、儿女抚养，产生悲观、失望、抑郁、焦虑情绪；心理-社会因素诱发自杀。

## （二）精神分裂症病人自杀的方式

1. 自缢 发生地点多在僻静的转角处、床栏、钢窗框、门框、厕所等。所用物品多为床单、被套、枕套、衣服、毛巾等撕成条状，或用腰带、鞋带、约束带等。
2. 吞服大量药物 平时慢慢存积或潜入药品存放处偷窃。
3. 吞服异物 如钥匙、体温计、图钉、注射针头、铁钉、玻璃碎片等。
4. 锐利物品扎刺 用尖锐利器刺伤颈、头、胸或腹部，或割破血管。
5. 外走 从医院逃走后触电、跳楼、跳河、撞车、卧轨等。
6. 拒食 因受幻觉妄想支配，拒绝进食，企图饿死自己。
7. 捏造犯罪或故意犯罪 捏造自己有罪而向公安机关自首，或故意犯罪达到被处死的目的。

## （三）精神分裂症病人自杀多发的时间及特点

### 1. 自杀多发时间

（1）午夜后：因值班人员已筋疲力尽且值班人员较少，也有的病人熟知查房规律乘隙进行自杀活动。

（2）进餐时：进餐时家属及医护人员大多都集中于食堂，病人可趁此时进行自杀活动。

（3）清晨或黄昏光线不足时。

2. 自杀行为的特点 部分精神分裂症病人自杀行为显露，易被发现。但有部分病人隐瞒意图，不漏声色，甚至为了麻痹医护人员而与其谈笑，从而达到其自杀的目的。

## （四）精神分裂症病人自杀的预防措施

1. 严密观察病人病情变化 掌握病人的思想动态和行为，有下列情况者应高度警惕严加防范

（1）凡在病史中有自杀企图和自杀言行的病人。

（2）明显情绪低落的病人。

- (3) 无特殊原因，突然表现过分合作，并有支使他人离开的举动。
- (4) 喜欢向僻静处观察，寻找合适自杀地点的病人。
- (5) 有收集绳索或利器等行为。
- (6) 有储集药物的行为。
- (7) 总是询问医护人员何种药物可以用于自杀的病人。

## 2. 预防措施

- (1) 严格保管危险物品：加锁专人保管，并严格执行交接班。
- (2) 加强环境安全检查：定期检查办公室、值班室、浴室、仓库、治疗室以及室内电源、电器等。窗户和阳台安装护栏，预防病人跳楼。
- (3) 严格执行安全制度：定期或不定期检查病人的床铺、床头柜以及所属物品，是否有收集药品的情况。
- (4) 经常巡查病房：夜间巡查尤为重要，重点病人重点监督。
- (5) 严禁有自杀倾向的病人单独行动，此类病人病情好转时也不能放松警惕。
- (6) 对有自杀倾向或行为的病人耐心作好细致的心理护理。
- (7) 在康复期的病人作好卫生宣传工作。
- (8) 突然表现异常者应密切注意：对突然烦躁不安或突然表现主动接触医护人员者，或坐立不安者，或徘徊不断、东张西望者，均要注意其言行，防止意外发生。

## 第二节 人工终止妊娠心理护理

人工终止妊娠是避孕失败后所采取的补救措施。当代社会，由于人们的性观念和婚姻观发生了转变，人工终止妊娠的人群中以未婚先孕女性居多，未婚先孕是指处于育龄期的未婚女性发生的意外妊娠。未婚先孕女性在其家庭、社会中都难以得到充分支持，受家庭、社会、传统习俗、文化程度等客观因素影响，会产生不同程度心理和精神上的压力，从而影响正常的工作、学习和生活等。护士应充分给予心理护理，表达同情和理解、安抚、支持，帮助病人顺利渡过这一特殊时期。

### 一、心理护理评估

评估病人对流产的认知程度，针对病人存在的不同心理问题制订不同的护理方案，术中护士陪伴和术后加强观察及健康宣教等一系列针对性并行之有效的心理护理方法，以帮助病人以最佳的状态进入手术并获得最佳的手术治疗效果。

#### (一) 影响因素

年龄越小，紧张害怕和焦虑不安越多，应激反应越强烈。

1. 生理因素 人工终止妊娠术前可能有身体的不适感，可能是早孕反应，也可能是身体疾病的结果，还可能是心理问题转化为身体的不适感，或者是情绪引起的身体反应。会出现机体功能或组织损伤，影响免疫功能，导致不良后果。人工终止妊娠次数多，将会不同程度损伤子宫内膜及继发感染，使患子宫内膜炎的机会增加，再次妊娠时胎盘粘连、植入、残留的发生率相应上升，发生产后出血的几率也会大大地增加。

## 2. 心理因素

(1) 人工终止妊娠对大多数夫妇来说也是一种心理创伤，是生活中经历的最有压力的事件之一，会出现情绪不稳定和精神压力。大量的研究证明，流产者经历了更多的负性情绪，如焦虑、抑郁、自卑、内疚、孤独、无助等，轻则影响个人的社交能力及夫妻间的生活，重则出现夫妻感情破裂、家庭失和等社会问题。流产的夫妇中尤其是女性往往更容易出现自责。

(2) 未婚人工终止妊娠者心理健康状况，受自身的社会人格、年龄、初孕年龄、初恋年龄、父母教养方式影响。未婚人工终止妊娠者年龄越小、初恋年龄越小、社会责任感越差、依赖性越差、父母教养方式越差，其心理健康状况越差。

3. 社会支持 人工终止妊娠术后，与配偶的性生活将受到一定程度的影响。这主要是由于心理创伤和担心再度非意愿怀孕的原因。故作好避孕指导，减少人工终止妊娠次数，从根本上减轻焦虑。

## (二) 心理状态

### 1. 人工终止妊娠前的心理状态

(1) 试探、矛盾：在未婚女性流产的心理分析中，认为未婚女性妊娠后，特别是学校学生，心情十分复杂，在不得已的情况下才来医院行人工终止妊娠术，她们总是希望在尽可能保密的情况下施行人工终止妊娠术，加上她们对人工终止妊娠术一知半解，心里总是忐忑不安，感到不踏实，就医时常常抱着试探的心理。

有学者提出初次受孕者由于人们对优生优育的要求愈来愈高，所以有些因患病服过药，有的因新婚饮酒或旅游中受孕，担心胎儿会受到影响，欲施手术，但又怕术后造成不良后果而影响生育，表现出顾虑重重，动摇不定的矛盾心理。病人在选择流产前存在

很多矛盾的心理，由于社会、个人经济、男友不想要等多种原因而选择流产。因此，流产后病人很需要心理健康护理。

(2) 急躁、焦虑：选择人工终止妊娠后的妇女，有手术后广泛性焦虑的高发生率。有研究指出急躁、焦虑心理是早孕妇女流产前普遍的心理反应。她们常表现出后悔、悲观和抱怨男友的情绪，另外一层是由于恐惧父母的训斥，所以行为上表现伪装现象，她们到医院后常常要求立即施行手术，表现得急躁和焦虑心理比较明显，这些反过来也常常给流产带来一些不利的影响，术者的精神-心理因素尤其焦虑是影响术中耐受力的主要因素。

未婚女性第一次做人工终止妊娠手术，会背负沉重的思想包袱，并且人工终止妊娠术属于创伤性手术，实施时对人体会产生疼痛和创伤，所以人工终止妊娠者进行流产时内心极易产生焦虑、抑郁和恐惧等情绪反应。而实施手术时由于精神紧张，对疼痛特别敏感，再加上手术操作的刺激，手术时很容易出现心律失常、血压下降、面色苍白、出汗、胸闷等躯体症状。即“人工终止妊娠综合征”。

(3) 紧张、恐惧：多发生在签阅知情同意书和手术同意书时，此种心理反应是每个受术者共同存在的心理反应，未婚女性尤为突出。产生这种心理的主要原因是人工终止妊娠术不够了解，担心自己身体承受不了，怕引起大出血，危及生命，怕对以后的生育有影响，怕引起其他方面的后遗症。

(4) 积极、主动：在人工终止妊娠受术者的心理及其护理研究中，认为这种人多为认真恪守计划生育者，只是由于避孕失败而导致怀孕。因此，她们表现为积极主动的明朗态度。

## 2. 人工终止妊娠后的心理状态

(1) 羞愧、抑郁：有30%妇女人工终止妊娠后3~4周内不同程度的焦虑或严重的不良应激反应，这种焦虑情绪将持续数周。认为这种心理的产生主要来自于受骗或受害的女性。她们身心受到摧残和打击，阴影笼罩心头，难言苦衷，羞于见人，人工终止妊娠后常沉默寡言，情绪消沉，缺乏面对现实的勇气，怕受到社会的歧视。

(2) 自卑：认为因未婚先孕者不论是在家庭或社会上都受到指责嘲讽。如果发现妊娠就后悔自责，特别是中学生，害怕同学、老师、家长知道而受到歧视。陷于顾虑重重中，表现为愁眉不展、敏感、学习及工作效率下降。渴望找到一个能使自己认为安全



可靠的保证，同时又不和他人交谈。担心流产后是否会造成不孕，影响自己体形，或医务人员态度冷淡，而使她们自尊心受挫，自卑感增强，更沮丧和消沉。

(3) 消极悲观：研究认为部分病人有消极悲观心理，由于病人或多或少受到对方不负责任的对待，无形之中加剧了其心理刺激，为此而痛不欲生，暗自哭泣。

(4) 茫然、变态：未婚人工终止妊娠妇女躯体化、忧郁、偏执、精神病性因子分较高，特别是躯体化、忧郁因子分较高，说明她们存在较多的躯体性不适感和心理障碍，因而表现出心血管、胃肠道、呼吸和其他系统的不适感，对生活的兴趣减弱、容易哭泣、感到孤独、苦闷、和过分担忧，以至于感到受骗上当，前途渺茫，产生自杀的念头。

人工终止妊娠者对应激事件易用消极应对的方式，这与人工终止妊娠者的人格是有密切关系的，依赖性强和自我力量、自我支配性差的人，遇到问题喜欢依靠他人解决，而当别人不能提供帮助时，具有这种人格的人不会积极想办法解决，而采取消极对抗的态度，最终是事情产生严重的后果。

## 二、心理护理诊断

1. 知识缺乏 与缺乏避孕及人工终止妊娠知识有关。
2. 焦虑 与担心术后能否再妊娠有关。
3. 有沟通增进的趋势 与想要了解手术方法，术后有无并发症有关。
4. 有个人尊严受损的危险 与未婚先孕，害怕被别人发现有关。
5. 情境性低自尊 与未婚先孕被人发现后，缺乏面对现实的勇气，怕受到社会的歧视有关。

## 三、心理护理目标

1. 病人了解避孕及人工终止妊娠的有关知识。
2. 焦虑情绪减轻，配合治疗。
3. 了解手术方法，术后有无并发症。
4. 未婚先孕者，要最大程度上保护个人隐私。
5. 未婚先孕被人发现后，尽量鼓励面对现实，积极想办法解决。

## 四、心理护理措施

有效的心理护理，能使病人建立起对护士的信赖感和安全感，使病人处于接受手术的最佳状态，以配合手术顺利完成。实施人工终止妊娠过程中，必须充分考虑其身份背

景和社会背景。根据其年龄、妊娠次数、文化层次、职业、经济收入及对妊娠、生育过程的了解程度等情况进行相应的心理干预。降低人工终止妊娠综合反应的发生率。

1. 建立干预基础 良好的护患关系是进行心理干预的核心。手术前30分钟由专管护士以亲切而礼貌的语言与病人交谈，了解病人的有关病情。在言行与感情上认可病人的主诉，耐心倾听病人的诉说，对病人热情诚恳、关心、体贴，取得病人的高度信任感。

2. 认知干预 运用认知疗法，使病人以正确的认知观点面对手术。减少不良的心理、情绪反应。尽可能选择术中精神比较放松、积极配合的术后病人，以其亲身经历体验讲述术中感受及应对方法，减轻焦虑。应用认知干预，通过手术室张贴的女性生殖系统解剖图谱，用通俗易懂的语言向病人讲解生理、解剖及相关医学知识，说明此手术的方法、优点。不会失去女性特征，不会影响生育及夫妻性生活，术后不良反应极少等，术中疼痛只是暂时的不适等。扩宫及吸宫时，受术者一般都感受到疼痛和腰酸胀难忍，可以提前暗示“有些不舒服，马上就好了”或“忍耐一分钟，手术马上结束了”等。使受术者保持安静，配合手术。

3. 情绪干预 在心理干预在减轻流产的恐惧和疼痛中的作用研究中，应用情绪干预，用医学的观点讲解情绪与疾病的关系，针对病人对流产的恐惧心理给予安慰，实施情绪心理干预对减轻流产的恐惧和疼痛具有确定的临床效果。还可采用暗示、转移、分散注意力的方法，减轻受术者的心理负担，提高其痛阈值，与其谈一些轻松话题

4. 行为放松干预 采取行为放松技术，包括腹式深呼吸和渐进性肌肉放松训练。通过锻炼使手术者进入完全松弛状态，全身骨骼肌张力下降，呼吸频率和心率降低，从而缓解手术时的紧张、恐惧心理；同时教会病人有规律地收缩和放松，使其将注意力转移，并体会到深度放松的感觉，从而减轻手术时疼痛，避免人工终止妊娠综合征的发生。或握住其双手、抚摩其头部，与其交流，或做一些分散痛觉的动作，如擦汗、按摩腹部，指压内关、合谷穴等，使受术者保持安静，减轻术中反应。

#### 5. 术后健康教育

(1) 加强卫生知识宣传，提高人的性道德水平。生殖健康知识的宣传教育技术服务要实行社会化、家庭化，对年轻人性行为自控能力差，性知识缺乏，这代年轻人普遍比上一代人发育成熟早，但结婚较晚的特点，动员全社会加强青少年的青春期卫生和性知识教育，提高性道德水平。

(2) 普及节育避孕知识，将避孕措施落实到每一个育龄妇女。要降低人工终止妊娠率，就必须提高育龄妇女的避孕成功率。避孕方面知识的不良教育，是促成青少年意外怀孕和人工终止妊娠的主要原因。可采取不同的方式进行，例如，文字材料、宣传图片、专题讲座、医患交流等。

(3) 合理饮食，加强营养、饮食宜清淡、易消化，忌辛辣助热之品；注意饮食卫生，防止肠道感染，以免因腹泻引起流产；保持足够热量、蛋白质，及充足的维生素，脂肪不宜摄入过多，但不强调高糖和低脂饮食；多食蔬菜、水果，保持大便通畅，防止便秘以减轻腹压。

(4) 防寒保暖，预防感冒，衣着应宽大，多卧床休息，适当活动，但应减少不必要的活动，以保证充足睡眠，避免劳累。

## 五、心理护理评价

1. 了解避孕及人工终止妊娠的有关知识。
2. 焦虑情绪减轻，配合治疗。
3. 了解手术方法，术后有无并发症。
4. 最大程度上保护个人隐私。
5. 尽量鼓励面对现实，积极想办法解决。

(李龙飞)

## 附：应用试管婴儿的女性心理护理

体外受精-胚胎移植 (in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET 简称 IVF-ET) 俗称试管婴儿，而事实上，体外受精是一种特殊的技术，是把卵子和精子都拿到体外来，让它们在体外人工控制的环境中完成受精过程，然后把早期胚胎移植到女性的子宫中，在子宫中孕育成为胎儿。目前，这一技术已成为治疗不孕症，克服生殖障碍最有效的助孕技术之一。为了使病人以轻松平静的心境接受治疗，了解掌握病人的思想，针对病人的不同心理特点给予心理护理是非常必要的。

### 一、应用IVF-ET的女性心理特征

#### (一) 焦虑抑郁心理

多见于文化程度低的孕妇。由于人们受传统思想的影响，又对妊娠生理知识的缺乏，以及社会舆论和家庭邻里的歧视。往往把久未怀孕以至于做试管婴儿都归罪于女性，使

她们长期处于孤独、自责、压抑无助的状态中，终日精神恍惚，甚至担心丈夫变心。其实夫妇不孕症中，男方因素导致的大约占40%。

### （二）兴奋心理

因多年未孕，经受反复治疗之苦，现一经怀孕，喜悦之情溢于言表，过度喜悦或过度紧张将导致情绪不稳定，出现大脑皮质高度兴奋，破坏正常生物钟，将影响胎儿的身心健康。明显的激动又可使子宫对交感神经活动的敏感性增高而发生宫缩，导致流产或早产的发生。

### （三）担心流产或早产

多见于文化程度高的孕妇。试管婴儿毕竟是一门新技术，与正常妊娠相比，有一定的失败率，多年不育久治无效，为此信心不足。加之试管婴儿费用昂贵使她们潜藏着一定的负性心理，表面上无忧无虑，表情平静，内心可能已潜藏着过分紧张的一种心理抑郁。

### （四）担心胎儿发育不正常

多见于文化程度高的孕妇。由于促排卵药物的治疗和孕激素的应用，使孕妇顾虑较多。另外，国家提倡一对夫妇只生育一个孩子的政策和优生优育普遍已被人们重视。

### （五）渴望提供孕期保健知识

多见于文化程度高的孕妇。她们担心自己已超过最佳生育年龄，怕自己不能平安渡过妊娠期及分娩期。因此，对医护人员寄予厚望，渴望得到医护人员更多的指点和特殊的重视。为确保妊娠期的安全，她们迫切寻求保胎知识，严格遵循医生的指示或建议，神经过于敏感，对医护人员的言行甚至一个眼神都很在意。

## 二、心理护理

### （一）治疗周期前

病人经过多年的不孕症治疗，反复的期盼与失望，最后决定接受“试管婴儿”的治疗。对IVF-ET抱有极高的希望，同时也带有许多疑问，如就诊程序、检查的项目、治疗过程、费用、成功率等。这就要求护士本着高度的责任心和同情心，热情接待理解她们，给予耐心的解释，建立和谐融洽的护患关系，利用良好的沟通技巧，为病人提供就医指导。客观委婉分析、疏导降低过高的期望值，让病人明确一点，治疗成功与否受很多因素影响，如女性的年龄、卵巢的储备能力和对药物的反应、配子的质量、胚胎的质量及宫腔的内环境和容受性等，对即将出现的问题尤其是手术的各项必要准备及操作规程，

手术方法及失败的可能性有心理准备，对成功率有合理的期望；同时向家属及配偶讲解病情，使他们掌握更多的信息，更好地配合医护人员，这对治疗不孕症的成功与否有着重要的意义。

## （二）取卵手术前

经过促排卵治疗，卵泡已接近成熟，这时病人的心理相当复杂，对取卵穿刺手术的恐惧和担心，害怕取不出卵子、取卵后不受精及胚胎移植后不怀孕等。针对不同的心理问题，给予心理健康疏导，讲解卵泡成熟的机制、注射促排卵药物的作用、可能发生的不良反应、注意事项及相应的处理措施，以取得病人高度信任，消除病人的不良情绪，缓解精神压力。向病人、丈夫作好宣传工作，利用家属良好的心理传递作用，使病人抛开家庭的压力，处于最佳的心理状态接受治疗。

## （三）取卵手术中

取卵手术在意识清醒的状态下进行，病人对取卵手术有恐惧心理，有时还会表现为依赖心理增强，这时护士要用亲切的语言向病人介绍手术的方法、体位、所需的时间及采取麻醉的方式，以便病人对手术过程有充分的心理准备。术前叮嘱病人排空膀胱，迎接病人入手术室，协助病人摆好体位，同时，不要过多暴露病人躯体，注意保护病人的隐私。安慰病人不必为手术中可能发生的出血和疼痛担心。在手术过程中护士指导病人做深呼吸，并与病人交谈轻松的话题，分散病人对穿刺取卵手术的注意力，减轻紧张和恐惧心理。取卵术后多巡视病人，了解病人有无不适，告知获卵的数量，卵子及精子的质量，术后注意事项等，使病人感受到医护人员的体贴和关怀。

## （四）胚胎移植

胚胎移植所需要的时间短，无痛苦。胚胎移植前，让病人了解胚胎发育的情况，消除病人的顾虑，移植时全身放松，工作人员之间要减少不必要的交谈，这样可以减少病人的误解。移植后，告知病人移植胚胎的数目，向病人及家属介绍移植后的注意事项，遵医嘱按时准确进行黄体支持治疗。指导病人学会自我放松，保持心情愉快，并告之减轻心理压力，对保持机体内环境的平衡和提高胚胎着床有一定的意义。

## （五）胚胎移植后

不孕症病人是一个特殊的就医群体，来自家庭及社会的压力、高额医疗费用及对妊娠的迫切期望致使病人表现出不同程度的焦虑和抑郁。对此我们开放了两部咨询电话，方便与病人随时沟通，解决病人的疑难问题，给予精神上的安慰和支持，使问题得到随

时的指导和解决。在胚胎移植后2周需要做妊娠试验，阳性只能提示生化妊娠，必须在生化妊娠后2~3周做阴道B超检查，了解是否宫内妊娠，同时排除宫外孕。若为多胎应早期实施减胎术。此时可提供给她们一些有关妊娠的书籍，安慰她们保持平静的心态，以保证安全进入围生期。

#### （六）胚胎移植失败

对未成功者出现的消极和悲观情绪，医护人员应理解同情她们，稳定其情绪，并帮助病人分析失败的原因，同时作好家属的思想工作，让其理解病人的心情并能对病人进行安慰，以便在以后的治疗中采取合适的方法。

（李龙飞）

## 第十二章 妇产科心身疾病

### 第一节 概述

生物-心理-社会因素在妇产科疾病的发生和发展中起着重要作用。

1. 社会因素 在不断发展变化的社会经济生活中，来自升学、就业、家庭、婚姻和计划生育等方面的问题，更多地冲击着女性的心理，影响着女性的心理平衡。

2. 心理因素 较之男性，女性情感丰富而细腻，心理敏感度高极容易感知外界的各项刺激，又容易出现情绪波动，因而更容易产生心理压力、心理冲突、造成身心功能的障碍。

3. 生物学因素 女性生殖系统功能受下丘脑-垂体-卵巢轴直接控制。社会-心理因素以情绪反应为中介，作用于自主神经系统和下丘脑-垂体-内分泌轴，进而影响女性生殖器官功能状态，以致引起平衡失调而致病。另外，乳房发育、月经的来临和消退、妊娠和分娩等这些女性特有的生理现象，有时也会成为妇女的心理问题，并可引起强烈心身反应或转化成妇产科心身障碍。

例如，一些少女因乳房发育问题而郁郁寡欢；一些少女因缺乏生理卫生知识，对月经初潮惶恐不安，认为月经肮脏，行经“倒霉”、痛苦、麻烦，从而导致经前期紧张综合征、心因性痛经、闭经和功能失调性子宫出血等。成年女性怀孕、分娩，是正常的生理现象；然而，由于妊娠和分娩关系着母婴两代的健康和生命，又因为是独生子女家庭老人对孩子性别比较敏感，因此，许多女性妊娠、分娩过程中常有各种担心和害怕，有的因为不良心理刺激造成妊娠、分娩的心理障碍。产后乳汁分泌和哺乳也是女性正常

的生理现象。然而，产妇哺乳期过度劳累、睡眠不足、精神紧张、不良情绪可造成乳汁分泌障碍，也有一些年轻母亲担心哺乳影响体形而不愿哺乳，以致影响婴儿的生长、发育，有的因乳汁淤积造成乳腺炎。

妇产科心身疾病涉及范围较广，心理-社会因素可影响妇女月经、妊娠、分娩和哺乳正常生理功能，从而与多种妇产科疾病有关。而且，妇产科的心身疾病，多以躯体异常为主，但同时出现的认知障碍，可通过导致忧郁、焦虑、紧张和多疑等而加剧躯体的异常。如妊娠期高血压疾病、闭经、不孕及更年期综合征等，常因伴有忧郁、焦虑、恐惧不安和神经衰弱等精神方面的症状，而导致病情加重，从而形成了身-心-身的恶性循环，对此尤其需要心理干预。

## 第二节 妇产科常见的心身疾病

妇产科常见的心身疾病，包括痛经、闭经（经闭）、月经不调（先期、后期、先后不定期）、功能失调性子宫出血、更年期综合征（绝经期前后诸症）和不孕症（不孕）等。

### 一、产科心身疾病

大量的临床实践研究证实，各种妊娠期不良心理-社会因素对孕产妇的母婴身心健康均有重要的影响。例如，妊娠期间各种情绪创伤、重大生活事件等心理-社会因素可导致情绪异常和中枢神经系统功能紊乱，从而诱发早产、妊娠剧吐、流产、胎位异常、胎儿发育障碍，还可能引起分娩时产力异常和难产。

#### （一）常见产科心身疾病

1. 妊娠剧吐 多发生于妊娠早期，妊娠呕吐与绒毛激素分泌有关，但也受心理因素的影响，如要孩子思想准备不足，心理上矛盾，如孕妇厌恶妊娠，对妊娠心理准备不足；对分娩恐惧；对哺育新生儿担心等这些负性情绪能改变中枢神经系统的功能状态，使呕吐中枢过度兴奋，发生妊娠呕吐。如果孕妇本身性格外露，心理和情绪变化大，还会发生剧烈呕吐和其他反应。

2. 流产与早产 家庭不幸事件，孕妇有心理压力，情绪焦虑，会引起体内变化，下丘脑分泌促肾上腺皮质激素释放因子，使肾上腺皮质激素释放，数分钟内糖皮质激素分泌增加至20倍。肾上腺素与去甲肾上腺素成协同作用，使血管收缩。此时交感、副交感神经高度活动，使心动过速、动脉压上升、代谢增加、胃肠痉挛等，对胎儿、子宫和胎盘血流的影响虽未阐明，但观察到流产与早产均与生活中意外事件有明显关系。在妊娠

前3个月，经历地震刺激后大多在第38孕周分娩；在妊娠后3个月经历者，往往是在第39孕周分娩。由此可见，精神心理刺激对妊娠的伤害。

3. 妊娠期高血压疾病 病因尚不清楚，但情绪紧张会引起血管收缩、血压上升，可能成为妊娠期高血压疾病的诱因，孕妇心理压力较大，本病比较多见。尤其是担心胎儿，工作学习负担过重者出现频率最大。

4. 难产 除了胎儿与骨盆因素之外，孕妇受社会因素影响，执意要剖宫产，对自然分娩没有任何准备，精神特别紧张可以造成宫缩不协调，从而发展成滞产，可导致胎儿缺氧，缺血性脑病，影响婴儿质量。

(二) 心理护理 前面章节已经详细讲述

## 二、妇科心身疾病

### (一) 痛经

痛经(dysmenorrhea)是女性行经期间或经期前、后发生下腹疼痛或伴有其他不适，一直影响日常工作与生活的病症。临床可分为原发性、膜样性、充血性与继发性痛经四种，尤为未婚女性多见。其中原发性者生殖系统无明显器质性病变，常在月经初潮即开始出现，心理因素常贯穿始终。

1. 病因 痛经的生物学因素包括组织解剖因素、内分泌因素以及遗传因素等。但痛经的心理因素是明显的，据资料反映，约有5%~10%青少年女性患心因性痛经，是由于初潮时对月经现象缺乏了解或错误的理解，造成紧张，厌恶等情绪，从而使子宫峡部不成熟，有神经质性格，当今为保持体形苗条而节衣、缩食致消瘦、体虚的女性，或性格急躁、倔强、冲动、对自身过于敏感、暗示性强和自控力差易感受应激者，易发生痛经。

2. 心理护理 心因性痛经的护理应从改变病人对痛经的错误认识入手，这样才能消除紧张、焦虑及恐惧状态，减少机体的过度反应，促进良性循环；对于具有不良性格特征的人，应让她认识自己性格的缺陷，树立信心，使个性全面和谐发展，增强自己适应社会，战胜疾病的能力；对痛经紧张焦虑症状严重的，可运用心理放松疗法，通过听音乐、看电视和做一些有兴趣的娱乐等分散对痛经的注意力，缓解其紧张情绪，从而减轻症状。另外，还要指导病人在经期避免寒冷、潮湿，不吃生冷瓜果和饮食，避免过度疲劳。

### (二) 闭经



闭经（amenorrhea）是女性常见症状，一般指女性年满18岁，月经尚未来潮者为原发性闭经；月经初潮之后又停经3个月以上者称继发性闭经。由心理因素造成者称心因性闭经，它是继发性闭经的一种。

1. 病因 闭经病因很多，正常月经的建立有赖于下丘脑-垂体-卵巢轴的神经内分泌调节，以及靶器官子宫内膜对性激素的周期性反应，其中任何一个环节发生障碍，都可导致闭经。因此，应对闭经病人做全面检查，然而，临床上因为心理-社会因素造成闭经的并不少见，如过度的精神紧张、恐惧、忧虑、悲伤，突然的环境改变、生活的规律打乱、剧烈的思想斗争、强烈的妊娠愿望等，都可以扰乱中枢神经与下丘脑间的联系，从而影响内分泌的功能，发生卵泡成熟障碍而致闭经。例如，女学生在临近重要考试前、新兵入伍后和女犯人拘禁期间的闭经，都属这类。

研究发现，性格内向、依赖性强、不喜交往、多想多疑的女性易在心理刺激下产生不良情绪而致闭经。

2. 心理护理 闭经是妇女很敏感的问题，未婚女性会担心影响健康，影响婚恋；已婚女性担心影响生育，因此忧心忡忡、敏感多疑、烦躁不安。这样的情绪应激又常会引起内分泌紊乱而加重病情。因此，治疗闭经很重要的是让病人了解月经的生理卫生及月经与情绪的关系，进行情绪放松训练，相信过分担忧、多疑、紧张的情绪改善后，月经周期是可以恢复正常的，对有明显个性缺陷的女性，应指导帮助他们提高对外界的适应能力，保持情绪的稳定，阻断不良情绪导致闭经又加重不良情绪的恶性循环，少数闭经病人在全身调整的基础上可在医生指导下补充适当的雌激素，以调节卵巢功能，制造人工周期，当人工周期建立之后，病人的紧张及忧虑状态得以改善，易使月经恢复正常。

### （三）经前期紧张综合征

经前期紧张综合征即指发育年龄的健康妇女于经前1~2周所表现出的一系列情绪及躯体症状群，本病是成年女性最常见的心身疾病。Morton统计1000例各类女性发生率达95%，轻重各不相同，以20~30岁生育旺盛期最多见，国内统计女性罹患率为50%左右，但病情严重持久者少见。

1. 症状和病因分析 发病时，病人情绪不稳定、身体疲乏、倦怠、思想不集中，病人对月经来潮十分恐惧，症状严重的一次行经如生一场大病，对下腹阵痛，乳房胀痛十分抑郁、焦虑不安、易于激怒。本病心身症状有明显的周期性，均于每次月经前1~3

周出现，以来潮3天最严重，月经过后症状即消失，下次经期临近，症状又再次出现，周而复始，恶性循环。

本病发生与女性激素分泌失调有关，由于大脑皮质兴奋减低，自主神经功能紊乱，FSH分泌过多，至月经前雌激素增高，使水、钠代谢与糖代谢紊乱，引发一系列精神症状。某些药物如前列腺素、泌乳素的不当使用亦可治病，在心理方面，缺乏月经知识，认为月经是脏东西，行经倒霉，有一系列的痛苦麻烦，产生紧张、恐惧等不良情绪，以及女性少年时的不幸、负性生活事件的刺激等，可使雌激素分泌异常而致病。

## 2. 心理护理

(1) 帮助病人正确认知：加强卫生宣教，使病人认识到经前期紧张综合征是育龄女性的普遍现象，通过一系列生活方式的调整和简单的药物治疗，就可获得缓解，从而消除病人对本病的顾虑和不必要的精神负担，使在症状出现前有心理上的准备和采取预防措施。亦采用认知疗法改变病人对月经的错误认识，增强社会适应能力。

(2) 鼓励病人疏泄负性情绪：女性经前期总是会出现一些负性情绪，如抑郁、烦躁、失眠等。在这一时期即将来临时即注意自我情绪的控制，首先，要解除精神上的紧张与思想上的负担，坦然地对待月经来潮，尽量做到宽慰、放松。多做一些自己感兴趣的事，让自己“忙”起来，借此分散注意力。工作上的难题，如有条件的可后处理。积极与家人沟通，让家人明白自己不是“耍脾气”，而是特殊时期的情绪变化，把自己不愉快的情绪释放出去，并得到家人的理解与宽容，家人的关爱是缓解不良情绪的法宝。其次，在日常生活中要避免不必要的精神刺激，生活要有规律，以使症状明显减轻甚至消失，对于症状比较严重者，可通过松弛训练、催眠疗法等方法缓解情绪状态。

(3) 引导病人分散注意力：鼓励病人多参加一些文娱和体育活动，服用一些维生素制剂。有研究认为，补充维生素B<sub>6</sub>及钙、镁，对沮丧、烦躁等症状有改善作用。因此，在此阶段摄入高碳水化合物、低蛋白的食物对平稳情绪非常有帮助。

转移控制法是一种经验治疗，要求病人发挥自己解决问题的能力，根据自己周期性情绪变化的特点，在情绪不好之前，积极参加有趣活动，可以使用音乐、绘画、书法疗法，避开易发生冲突烦恼的事情，从而减轻症状。

### (四) 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血（功血）是一种躯体因素较强的妇科心身疾病，表现为月经失去正常周期，出血量过多，经期延长，检查内外生殖器均无显著器质性病变，无妊娠并发症和其他出血性疾病。

1. 病因 本病的发生与心理因素密切相关，多见于青春期和更年期。可因气候寒热骤变、生活贫困、躯体疾病、长期营养不良、正常生理代谢紊乱，并通过大脑皮质的神经介质干扰下丘脑，致使卵巢功能失调，性激素分泌失常，最终导致功能失调性子宫出血。在心理因素方面，国外报告70%的功能失调性子宫出血病人有情绪障碍和性生活不和谐。因突然生活事件如亲人亡故，重大的精神创伤，生活环境和方式的改变等，是许多女性适应不良，情绪反应剧烈从而通过自主神经使盆腔淤血致使月经量过多，多次发生功能性子宫出血者，每次行经时间延长，经量过多都会造成病人的紧张恐惧，从而加重病情，造成恶性循环。研究发现，性格内向执拗、感情脆弱、易偏听偏信、不听劝阻者易患此病。

## 2. 心理护理

（1）帮助病人正确认知：应主动介绍有关月经的生理卫生知识，针对不同的对象，耐心给予解释；向病人讲明病情，让病人了解此病是可治之症，进行精神鼓励，使病人积极配合治疗。对有性生活问题的病人应指导其纠正不正确的性生活方式，重建和谐美满的家庭环境，放下思想包袱后定能取得较好的疗效。

（2）充分利用家庭、社会支持系统：月经调节受多种因素影响，因此，要同家属取得联系，让他们了解真实的病情，取得他们的支持理解。

（3）选择合适的心理技术：根据病人的心理特点，选择合适的心理技术，如可以通过自我松弛或放松训练使病人心情舒畅以利康复。常用的心理治疗有认知疗法和松弛疗法。

（刘 慧）

## 第十三章 助产士心理健康及维护

心理健康（mental health）影响生活和工作效率早已成共识，助产士的心理健康也直接影响到助产工作的服务质量。因此，助产心理学除了关注孕产期的心理问题与心理护理外，研究助产士的心理健康也是其重要任务之一。

### 第一节 心理健康概述

#### 一、健康和心理健康的界定

健康是人类永恒的课题。对健康的理解和追求古今中外各不相同。早在公元2世纪，

著名的古罗马医生盖伦（Galen）定义为“没有疾病的状态。”这种健康观念一直占据着人们的健康意识，认为疾病是影响健康的主要因素。人们对健康的认识局限于躯体的生物学变化。20世纪初，《简明不列颠百科全书》把健康定义为：“没有疾病和营养不良以及虚弱状态。”最经典的应当是1948年WHO成立时，在其宪章中的定义：“健康乃是一种身体上、精神上和社会适应上的完好状态”。1978年9月，国际初级卫生保健大会所发表的《阿拉木图宣言》中宣称：“健康不仅是疾病与体弱的匿迹，而是身心健康、社会幸福的完美状态。”1989年，WHO又为“健康”补充新的定义：“健康不仅是没有疾病，而且包括躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康。”对健康的理解和应用现在通常使用这一新定义。

与健康有多种理解一样，不同学者、不同版本的学习用书对心理健康的界定也可谓是“百花齐放、百家争鸣”。1946年第三届国际心理卫生大会为心理健康下的定义是：“所谓心理健康是指身体上、智能上以及情感上，在与他人的健康不相矛盾的范围内，将个人心境发展成最佳的状态。”这是从广义上所做的定义。在我国，心理咨询师国家职业资格考试用书里做的界定是：“心理健康是指各类心理活动正常、关系协调、内容与现实一致和人格处在相对稳定的状态”。这是从狭义上所做的解释。此外，心理健康通常也指个体的心理即知、情、意等内在关系的协调，心理内容与客观世界保持统一，并据此能使个体的内、外环境平衡和促使个体与社会环境相适应的状态。上述种种定义尽管描述不同，但都很好地诠释了心理健康的内涵，并且都强调了协调、一致、平衡的“状态”。概括而言，心理健康就是个体心理的和谐状态。

## 二、心理健康的评估标准

评估一个人的心理是否健康，必须要有基本的标准。对这一标准，目前学界有几个不同观点。

### （一）马斯洛（Maslow）和密特尔曼（Mittelman）的心理健康十条标准

马斯洛作为人本主义心理学的代表人物，重视人的本性，强调人的潜能对个体发展具有积极作用，他和密特尔曼提出的心理健康十条标准较为广传。

1. 是否有充分的安全感。
2. 是否对自己有较充分的了解，并能恰当地评价自己的行为。
3. 自己的生活理想和目标能否切合实际。
4. 能否与周围环境、事物保持良好的接触。
5. 能否保持自我人格的完整与和谐。
6. 能否具备从经验中学习的能力。
7. 能否保持适当和良好的人际关系。
8. 能否适度地表达和控制自己的情绪。

9. 能否在集体允许的前提下，有限地发挥自己的个性。
10. 能否在社会规范的范围内，适当地满足个人的基本要求。

### （二）许又新的心理健康三条标准

我国心理卫生领域比较受推崇的是许又新教授 1988 年提出的评估标准。他认为，衡量心理健康有 3 类标准：体验标准、操作标准和发展标准。这 3 类标准，也应联系起来综合地加以考察和评估。

1. 体验标准 是指以个人的主观体验和内心世界为准，主要包括良好的心境和恰当的自我评价。

2. 操作标准 是指通过观察、实验和测验等方法考察心理活动的过程和效应，其核心是效率，主要包括个人心理活动的效率和个人的社会效率或社会功能（如工作及学习效率，人际关系和谐等）。

3. 发展标准 前两种标准主要着眼于横向考察和评价一个人的心理状态。而发展标准着重对人的心理状况进行纵向考察，既要了解一个人过去的经历，又要估计他未来发展的可能性和趋势。也就是说，如果个人具有明确目标和向较高水平发展的可能性，并能很好地自我调控，促使可能性变成现实性，则是心理健康的表现。

### （三）郭念锋的心理健康十条标准

《心理咨询师·国家职业资格等级考试教程》的主编郭念锋教授提出评估心理健康水平的十条标准是：

1. 周期节律性 人的心理活动在形式和效率上都有着自己内在的节律性，比如白天思维清晰、注意力高、适于工作；晚上能进入睡眠，以便养精蓄锐第二天工作。如果一个人每到了晚上就睡不着觉，那表明他的心理活动的固有节律处在紊乱状态。

2. 意识水平 意识水平的高低，往往以注意力水平为客观指标。如果一个人不能专注于某种工作，不能专注于思考问题，思想经常开小差或者因注意力分散而出现工作上的差错，就有可能存在心理健康方面的问题了。

3. 暗示性 易受暗示性的人，往往容易被周围环境引起情绪的波动和思维的动摇，有时表现为意志力薄弱。他们的情绪和思维很容易随环境变化，给精神活动带来不太稳定的特点。

4. 心理活动强度 这是指对于精神刺激的抵抗能力。一种强烈的精神打击出现在面前，抵抗力低的人往往容易遗留下后患，可能因为一次精神刺激而导致反应性精神病或癔症，而抵抗力强的人虽有反应但不致病。

5. 心理活动耐受力 这是指人的心理对于现实生活中长期反复地出现的精神刺激的抵抗能力。这种慢性刺激虽不是一次性、强大剧烈的，但却久久不消失，几乎每日每时都要缠绕着人的心灵。

6. 心理康复能力 由于人们各自的认识能力不同，人们各自的经验不同，从一次打击中恢复过来所需要的时间也会有所不同，恢复的程度也有差别。这种从创伤刺激中恢复到往常水平的能力，称为心理康复能力。

7. 心理自控力 情绪的强度、情感的表达、思维的方向和过程都是在人的自觉控制下实现的。当一个人身心十分健康时，他的心理活动会十分自如，情感的表达恰如其分，词令通畅、仪态大方，既不拘谨也不放肆。

8. 自信心 一个人是否有恰当的自信心是精神健康的一种标准。自信心实质上是一种自我认知和思维的分析综合能力，这种能力可以在生活实践中逐步提高。

9. 社会交往 一个人与社会中其他人的交往，也往往标志着一个人的精神健康水平。当一个人严重地、毫无理由地与亲友断绝来往，或者变得十分冷漠时，这就构成了精神病症状，叫做接触不良。如果过分地进行社会交往，也可能处于一种躁狂状态。

10. 环境适应能力 环境包括自然环境和社会环境，涵盖工作环境、生活环境、工作性质、人际关系等。人不仅能适应环境，而且可以通过实践和认识去改造环境。

心理健康的标准是相对而不是绝对的。同时，标准仅适合于大多数人，未能完全符合标准的人并不意味着心理不健康，心理健康只是个体在自身和环境许可下的一种最佳功能状态。但在某一标准上表现极端异常的人，必定是心理不健康（心理异常）。

### 三、心理健康的基本原则

“2000年人人享有卫生保健”，参照全球初级卫生保健这一基本理念，追求心理健康人人有责。为维护个体的心理健康，应注意遵循必要的几个原则。

#### （一）悦纳自我

一个人要对自己的生理状况、能力大小、性格特点、社会角色、经济地位等都有自知力，能客观看待自己。要正确看待自己的优点和不足，既要看到自己的优势，树立自信心，又要避免骄傲自大和过度自负；还要了解自身的弱点和不足，认识到没有人是完美的或是万能的。只有正确、全面并愉快地接纳自我，才能在此基础上，调整好个人抱负和成就动机的水平，并根据自身的条件量力而行，合理进行自我规划，谋求自我发展。善于接纳自我，才能合理定位，方能有所作为。

#### （二）学会控制自己的情绪

情绪与健康的关系早有研究并已成共识。情绪有两种：消极的和积极的。个体的生活无时无刻不伴随着某种情绪，它是我们应对外在世界正常的心理反应。但是我们不能成为情绪的奴隶，不能让消极的情绪左右我们的生活。因为消极的情绪对我们的健康十分有害，经常发怒和充满敌意的人很可能罹患各种心身疾病如高血压、冠心病等。可以毫不夸张地说，学会控制你的情绪是你生活中一件涉及生死攸关的大事。为了健康，我

们必须善于及时消除有害情绪，迅速转移不良心境，善于化激动为平静，化紧张为放松，保持平和心态，促进心理健康。

### （三）积极运动

健身运动是非常有效地驱除不良心境的自助手段。健身运动能使你的身体产生一系列的生理变化，其功效与能提神、醒脑的药物类似。但比药物更胜一筹的是，健身运动对你是有百利而无一害。在运动中，随着你能量的输出，身心进行代谢，使你不快的事情，也都得到发泄而排出体外。因此，我们可以做一些有氧运动，如跑步、骑车、体操、游泳和其他有一定强度的运动。积极运动有益于强身健体，也有助于心理健康。

### （四）建立良好的人际关系

人之所以成为人，就在于人具有社会性，人的本质在于社会性。而人的社会性重要的内容之一就是人际关系和人际交往。良好的人际关系，与他人亲密、和谐，可以互相关心、互相爱护、互相帮助，这样可以降低心理压力，化解心理障碍，有利于心理健康。不良的人际关系则使人际环境恶劣，缺乏知心密友，有话不想说、也不能说，只能把所有的问题都压抑在心中。这样，产生的问题不能得到有效的化解，就很容易把心理问题积蓄和放大起来，久之就很容易产生心理障碍。

## 第二节 助产士的职业心理素质及其培养

助产专业的发展方向和地位以及“以病人为中心”的整体护理模式的建立，意味着对助产士的职业心理素质提出了更高的要求，而具备良好的职业心理素质则是助产士心理健康的充分体现。

### 一、助产职业心理素质的概念

助产职业心理素质是指从事助产职业的人们，共同具备并能够形成相似的角色适应性行为的心理特征的总和。其中“角色适应性行为”是此概念的关键所在，它隐喻着助产士必须具备职业所必需的适应性行为。譬如，遇到异常分娩或新生儿窒息时能紧急施救以确保母婴安全，正是体现了助产士所具备的严格娴熟的职业适应性行为。

### 二、助产职业心理素质的影响因素

助产士应养成良好的职业心理素质才能胜任助产工作，提高服务质量，履行好神圣职责。而良好的职业心理素质的养成不是一蹴而就的，它受到来自社会方面、职业教育、人生价值观与自我调控等多方面的影响。

#### （一）社会期望值的影响

随着优生优育理念的深入人心和“一对夫妇只生一个孩子”的计生国策影响，社会、家庭以及人们对生育一个孩子的期望不断提高，对助产工作和助产士的素质要求也寄予极高的厚望。助产职业心理素质的养成不可避免地被寄予极高的社会期待。

## （二）职业教育的影响

职业教育的职能是培养专业人才，其重要地位随时代发展、社会分工而确立。现代职业教育的灵魂是职业态度的教育，这是影响助产士职业心理素质的核心所在。全球性助产教育培养目标明确指出，助产士不是一般概念上的接生护士，而是受过高等专门教育的独立专业的医务人员，是介于医生与护士之间的特殊医护群体。助产士要从生理、心理、社会、文化等各方面保护和促进母婴身心健康，尤应注意进行职业心理素质方向的教育。而职业心理素质方向的教育，最实质最关键的应是职业态度和职业价值观的教育。有了积极的职业态度和职业价值观，助产士才能在其职业心理素质的形成、发展过程中充分发挥其主观能动性，并且真正养成良好的职业心理素质，把自己塑造成为母婴健康的捍卫者。

## （三）人生价值观的影响

我国教育心理学家韩进之教授指出：“价值观是人对客观事物的需求所表现出来的评价，它包括对人的生存和生活意义的看法，它属于个性倾向性范畴。”心理学所说的个性亦称人格。个体的人生价值观是其人格发展的前提。人生价值观对助产职业心理素质的影响作用在于，若助产士的人生价值取向能认同助产职业的社会价值，或有助其确立恰当的职业价值观，其在助产士职业人格的形成过程中，便会产生积极的职业态度并借以指导其职业行为。反之，就容易产生消极的职业态度，甚至难以胜任职业角色，妨碍职业行为。可见，人生价值观不仅是职业心理素质的重要构成要素，而且影响到助产士的人格和职业行为的形成和发展。

## （四）自我调控的影响

自我调控是个体自我意识的结构之一，自我意识对个体的个性（人格）和心理健康具有重要的影响作用。自我调控是对自己的行为、活动和态度的调控，包括自我检查、自我监督、自我控制等。我国古代思想家老子说：“知人者智，自知者明。”这句话精辟地说明了自我意识、自我调控所具有的重要意义和地位。自我调控对助产职业心理素质的作用表现在助产士对其职业角色行为能否成功地实现自我调控，并对其日后的职业心理素质形成具有反馈性影响。人的一生是一个不可逆过程，要提高人的社会价值，使人生更有意义，就必须善于认识自我、设计自我、调控自我，使个人的发展与



社会的进步相协调、相和谐。助产士要尽所能去发展个人的自我调控能力，适应时代的发展，形成独立学习新知识、获取新信息、更新能力结构，培养灵活应变和创造能力，增强自我调节和约束能力，打造现代职业心理素质，成为现代新型职业人才。这样，不仅有利于个体的自我完善和发展，而且有利于社会健康事业乃至整个人类的进步和发展。

### 三、助产士应具备的职业心理素质

助产士应具备的职业心理素质见图 13-1。

图13-1 助产士应具备的职业心理素质

图 13-1 助产士应具备的职业心理素质

#### （一）正确的角色认知

这是助产职业心理素质中影响最直接的因素之一。了解自我价值，正确地评价自我、适当地自我定位，热爱、尊重自己的专业和职业，只有自我尊重才能获得他人尊重。助产士要将专业责任感、使命感作为前进的动力，把自身发展和追求与助产专业紧密联系起来，真诚善良地关爱病人，感受她们的病痛，理解她们的烦躁、痛苦和哭闹，欣慰她们的痊愈。另外，病人及家属的信任，也更能使助产士自觉地尊重自己，疏导自我，从中获得重要精神力量。

#### （二）忠于职守与责任感

这是助产职业心理素质的核心成分，也是助产士整体素质的首要成分，在助产职业心理素质的优化过程中居主导地位，具导向性、决定性作用。忠于职守，由助产职业的特殊性所决定。无论置身何时何地，助产士都必须忠实执行各项工作规则，自觉遵守职业道德和职业法规。独自工作时，助产士必须严格、自觉地执行“三查七对”，不允许有半点敷衍、搪塞等。

#### （三）爱心与同情心

它是助产士职业心理素质中最活跃、影响最直接的因素。根据心理学一般原理，相似的刺激反复呈现，接受者易对刺激产生适应或疲劳，逐渐降低对刺激的敏感性。虽然长期的助产职业工作可能导致助产士感知觉疲劳和对病人痛苦的麻木和“熟视无睹”，但“治病救人”的神圣职责，却不允许助产士对发自病人的反复、持续的“相似信号”

（如待产痛苦的呻吟等）有丝毫迟钝或疏忽。职业道德和良心要求助产士凭借高度负责与同情心，对来自病人的各种刺激保持“警觉状态”，及时、准确地对病人的“报警信

号”作出迅速反应，以爱心和热情温暖病人，减轻病人的痛苦。

#### （四）完备的心理能力

心理能力是助产职业心理素质的直接体现，并且是其主要成分。包括以下几个方面。

1. 敏锐的观察力 其内涵为能够及时准确地观察产程、病情以及病人心理状况的能力。敏锐的观察力来源于助产士广博的知识、熟练的技能和高度责任感的结合。

2. 优秀的注意品质 助产工作头绪繁杂，病人病情又变化多端，所以助产工作要求助产士应当具备“注意”的全部优秀品质。

3. 准确的记忆力 按职业性质的要求而言，助产士要具备记忆准确性的品质。这是因为：第一助产士要严格执行医嘱，量体温、听胎音、数脉搏、打针、发药等；第二，病人是经常变动的，病情又是不断变化的，工作计划、诊疗方案、用药品种与数量等都在经常变化，如果记忆不准确，一旦混淆，后果将不堪设想。

4. 思维的独立性 现代医护关系既是合作又各有一定的独立性。国外护理专家认为，现代护理的独立功能占70%左右，而依赖功能只有30%左右。虽然医嘱是医生临床思维的结果，一般说来是合乎客观规律的，应当坚决执行，但由于助产对象的特殊性——孕产妇各有互不相同的特点，每个孕产妇的产程病情等又时刻处于动态变化之中，因此，要求助产士具备思维的独立性，对孕产妇的产程病情等具备独立判断能力，随时对可能发生的分娩进行正确判断，才能切实维护病人的母婴健康。

5. 出色的沟通能力 这是助产士的核心能力之一。助产士始终处于孕产工作关系的中心，具有与病人密切接触的优势，是连接各种人际关系的纽带。具备出色的沟通能力有助于化解疑惑，减轻痛苦。

6. 熟练的操作能力 娴熟的技术是作好助产工作、满足病人需要的重要条件。而娴熟的技术应是深刻理解技术操作的原理、目的、操作正规，手法熟练、准确，才不至于增加病人痛苦。对娴熟的助产操作技术要求是：稳、准、好、快，要求做到质量高、效果好、病人满意、自己也满意。

#### （五）良好的情绪调节与自控能力

这是助产职业心理素质的核心能力。稳定的情绪，其内涵为工作中保持稳定的心态。一方面，助产特殊的工作性质、环境氛围等，易使助产士产生情绪问题；另一方面，特定的工作对象，要求助产士始终保持稳定、积极的情绪状态，为病人营造良好情绪氛围。良好的情绪调节与自控能力，是助产士情绪修养的基础，也是为病人营造积极、乐观情

绪氛围的前提。

#### （六）健全的自我适应和环境适应

自我适应是助产职业心理素质高低的内在标志。环境适应是心理健康的晴雨表，是心理素质高低的外显标志。助产士既是临床工作者，又兼而具有“社会工作者”的职业属性，这就要求助产士要学会适应各种环境，无论置身于怎样纷繁或孤寂中，都能保持良好的适应，沉着应对。

#### （七）适宜的性格

助产士的职业性格是表现在助产职业心理素质中的一种比较稳固的态度体系以及与之相适应的习惯化的行为方式。助产士应具备的性格特征主要是：待人接物诚恳、正直、热情、有礼、乐于助人等；对工作应当是满腔热情、作风严谨、认真负责、机智果断、沉着冷静、干净利落等；对自己来说，应当是开朗而又稳重、自尊而又大方、自爱而又自强、沉着而又活泼等。

助产士职业心理素质是作好助产心理护理的关键。因此，要依据高职助产学生的学习心理特点，以培养学生动手能力和实践能力为逻辑起点，让学生在参与、体验、分享、提高的基础上不断磨炼，尽快促使个人的成熟和成长。

### 第三节 助产士心理健康及维护

关注心理健康已经成为个人、职业群体乃至整个社会不可回避的问题。职业心理问题的研究主要集中在职业倦怠、职业压力、职业应激等诸多方面，这些状态会影响职业者的心理健康进而影响职业决策和职业发展。本节主要介绍助产士的职业倦怠和职业压力及其应对（职业应激部分参阅第三章“心理应激与心身疾病”有关内容）。助产士作为一个特殊的职业群体，特别需要重视和维护自身的心理健康。

#### 一、助产士的职业倦怠（job burnout）

职业倦怠最早由美国精神病学家 Freudenberger 于 1974 年提出，在当代，职业倦怠已成为职业压力研究领域的一个热点问题。职业倦怠又称“职业枯竭”，它是一种由工作引发的心理枯竭现象，是指一个人自身的能量和资源无法适应外界环境的过度要求时所产生的生理、情绪情感、行为等方面的耗竭状态和身心疲惫的感觉。职业倦怠并非因身体劳累所致，而是缘自心理的疲乏。它往往出现在单调作业，比如，千篇一律、快速、重复、无精神活动余地的工作，还有经常出现在付出性的行业，比如教师、警察、医护人员包括助产士等。

##### （一）助产士职业倦怠原因分析

助产士的每项工作均关系到母婴安危，责任重大，她们在工作中经常会遇到一些不可预知但须紧急处理的事件，如经产妇宫口开全急诊入院、新生儿窒息抢救等，这些都会对助产士的心理造成很大的刺激，使精神长期处在高度紧张状态，久之则产生疲惫和倦怠感。随着产科服务模式的改变，社会对助产士的要求也越来越高，使得助产士面临专业发展、知识更新的紧迫感。另外助产士还会受到来自人际关系、晋升、评比、学习进修及家庭等诸多问题，这些社会-心理因素，都会加剧助产士的心理疲惫，甚至产生职业倦怠。而助产士的职业倦怠在损害助产士身心健康的同时也直接影响到孕产工作的服务质量。

## （二）助产士职业倦怠的应对

1. 创建优秀的医院文化 创建温馨的环境文化、建设刚柔兼济的制度文化、营造和谐的人际文化，以优秀的医院文化凝聚人心，克服对立、冲突等消极的人际环境，消解助产士的消极心态和工作倦怠，进而增强工作积极性，提高工作效率。

2. 开展有针对性的心理健康指导工作 利用医院党工团组织、科教机构以及便捷的师资条件和物质条件，开展心理健康方面的教育和培训工作，提供心理健康服务，指导助产士学会负性情绪的宣泄，增强助产士抗打压能力。

3. 关注和研究助产士的精神卫生状况 开展心理健康状况调查评估，发现问题，及时寻找对策，防范职业倦怠的形成和蔓延。

## 二、助产士的职业压力（occupational stress）

随着文明进程的加快和社会保障事业的发展，人民群众的医疗需求越来越高，医护人员（包括助产士）不知不觉成了职业压力面前的弱势群体，并且还不被人所关注，因为社会关注的焦点是医患关系，其中尤以病人利益为重点，医院关注的主要是医生和临床诊疗。那么，作为压力面前的弱势群体，助产士总体的压力和困扰是什么？

### （一）助产士职业压力源分析

1. 职业风险压力 医疗行业与其他行业不同，风险性极大，尤其是产科工作。“母婴安全”的职业法规要求，医疗机构要为孕产妇提供规范、安全的孕产期保健及住院分娩服务。而鉴于目前我国医药资源供需不一的现实困难，难免出现产科医疗效果与病人期望的结果不一致，比如处理产妇异常分娩时，虽拼尽全力仍回天乏术，出现产妇或胎儿甚至两者都保不住的结果，就容易引发医（护）患纠纷甚至医院被投诉或被索赔，这种职业风险无形中给助产士带来极大压力。

2. 工作环境和制度的压力 助产士每天接触到东西从形态气味到表情言谈都是让人感觉不好甚至痛苦的现实刺激物；每天要面对孕产妇特殊情况随时出现的不确定性；应对非正常分娩以及夜班的不便和劳顿；没有周末和法定节假日的正常休息；始终

站在与疾病和生死拼搏的第一线等，身心疲劳，压力远比他人大。

3. 职业低人一等的传统压力 蒙受传统“接生婆”旧有观念和不被重视的遗毒侵袭，使得助产士的社会地位显失公平甚至低人一等；“重治轻防”、“重医疗轻护理”的业内错误倾向也长期困扰着助产士们的心态，与医生或其他专业人员相比，助产士升职、深造、加薪的机会少，难免产生心理失衡；日常工作常遇到病人及家属的不理解，职业的期望值和实现值落差大等，都一定程度上加重助产士内心的压抑和自卑感。

4. 女性性别特征压力 女性的生理特征、情绪变化周期波动以及家务劳动、生育育女、自我提升和求学深造等多方重负，造成助产士精力不济和人际交往以及医患关系中不时产生矛盾冲突，恶性循环之下又加重心理压力。

## （二）助产士职业压力的应对

1. 激活自助和他助机制 一方面助产士应注重提高自身心理素质，自觉构筑健康的人格品质，坦然面对自己的职业角色，抵制社会歧视和传统遗毒的侵袭，学会自我心理调节，遇到压力问题应懂得及时寻求社会支持系统的帮助；另一方面，各方努力，完善社会支持系统。单位应提供促进助产士身心健康的咨询机构，为助产士提供缓解压力的专业帮助，及时有效解除心理压力，改善慢性职业倦怠。助产士要善于调动来自病人及家属、同事、亲友和社会各方力量，学会让自己在遇到心理压力时做到话说出去，病人能理解、家属能包容、单位能支持、社会能认同，使自己获得良好的心理支持力。

2. 能力补偿和克服角色冲突 工作负荷重、人员普遍不足是导致助产士职业压力的主要原因。随着业务量的增加，人性化服务项目的开展，助产士的角色冲突屡见不鲜。现实中，助产士除了忙于常规护理、产程观察、病历书写及其他常规工作，还要给予孕产妇心理支持、心理咨询与心理辅导、各种新型助产技术，如导乐分娩、无痛分娩等对助产职业能力无疑是个挑战。如果不能适应现代助产工作对自身的能力要求，助产士的职业适应性和工作效率必然会受到影响。为此，在单位合理配置产科人力资源、有计划增加助产士数量、加强队伍建设之外，助产士自己应正确面对和解决角色冲突，端正职业价值观和职业心态，学习心理学知识和心理护理技能，提升自身心理素质，开发自身潜能，让个体身上的不同能力之间相互替代或补偿，以积极的应对方法来替代消极适应，缓解工作压力，维护身心健康。

3. 提高工作满意度 随着人性化管理理念深入职场，助产士应善于改善工作环境，营造和谐的职业氛围，和谐人际关系。同事之间要互相学习、取长补短，不断提高团队凝聚力，使大家“有福同享、有难同当”，“人心齐泰山移”，才有望缓解工作压力。并

且还要积极创设各种维系良好人际关系的沟通场所、开展健身、健美活动的操练场所、消除身心紧张的放松场所等，对助产士职业心态施加长期积极的影响，提高工作满意度，强化职业认同感，才能有效减轻心理压力。

### 三、助产士职业心理健康的维护与促进

#### （一）正确认识助产职业对健康的积极意义，提高职业认同感和荣誉感

职业不仅给人们提供衣食住行等经济上、社会上的支持，还对人的心理和人格的稳定和成熟起到积极作用。人是社会的人，职业使人保持与现实和环境的亲密接触，人们的人格特质，诸如思维方式、自我意识、行为风格、人际交往的健全态度和良好形象等，往往在职业的过程和成果中展露无遗。职业工作还可以帮助人们排解一些不必要的烦恼和忧愁，提高生活和工作乐趣。因此，作为一种相对稳定的社会行为，职业对人的身体强健和心理健康都起到非常重要的作用。对助产职业的认识更是有助于加深助产士对自己所从事职业的认同感。

众所周知，助产职业是一份既神圣又美丽的职业，它担负着迎接新生命、幸福送万家的光荣职责。助产士们应把工作的性质、特点与自身的有关条件（包括知识水平、智力水平、能力、个性等）结合起来进行人生定位和分析，不仅仅是以工作地位的高低或待遇的优劣去对待工作，更重要的应该从精神层面，从心理的感同身受上去理解生命，去体验迎接新生命、捍卫生命健康的神圣感和价值感，才能促进自己在工作上逐步取得成功，并且把职业的成功和成就感作为调适心理的良药。因此，从助产职业中获得价值感和成就感，激发自尊心和荣誉感，非常有助于促进助产士的心理健康。

#### （二）进行心理健康自我评估诊断，缓解职业倦怠和职业压力

职业劳动需要付出体力和脑力，它既不轻松，也不浪漫，有时甚至很有压力。职业活动有锻炼发展身体的有效一面，也有妨碍损害其发展的消极一面，助产工作便是如此。如何在职业活动中，发掘职业的积极性，克服职业的局限性，保证个人的身心健康，很有必要学习一些简易的心理健康自我评估和诊断方法，以便做到有问题早发现、早诊断、早处理。表13-1可供心理健康自我评估诊断所使用。

表13-1 心理压力自测表

---

根据日本调查研究报告编制的这份诊断表，列举了30项自我诊断的症状，如在这些症状中出现了5项，属于轻微紧张型，只需多加留意，注意调适休息便可以恢复；如有11项至20项，则属于严重紧张型，就有必要去看医生了；倘若在21项以上，那么就会出现适应障碍的问题，这就需要引起特别的注意。

---

1. 经常患感冒，且不易治愈
  2. 常有手脚发冷的情形
  3. 手掌和腋下常出汗
  4. 突然出现呼吸困难的苦闷窒息感
  5. 时有心脏悸动现象
-

- 
6. 有胸痛情况发生
  7. 有头重感或头脑不清醒的昏沉感
  8. 眼睛很容易疲劳
  9. 有鼻塞现象
  10. 有头晕眼花的情形发生
  11. 站立时有发晕的情形
  12. 有耳鸣的现象
  13. 口腔内有破裂或溃烂情形发生
  14. 经常喉痛
  15. 舌头上出现白苔，面对自己喜欢吃的东西，却毫无食欲，常觉得吃下的东西像沉积在胃里
  18. 有腹部发胀、疼痛感觉，而且常腹泻、便秘
  19. 肩部很容易坚硬酸痛
  20. 背部和腰经常疼痛
  21. 疲劳感不易解除
  22. 有体重减轻的现象
  23. 稍微做一点事就马上感到很疲劳
  24. 早上经常有起不来的倦怠感
  25. 不能集中精力专心做事
  26. 睡眠不好
  27. 睡觉时经常做梦
  28. 在深夜突然醒来时不易继续再睡着
  29. 与人交际、应酬变得很不起劲
  30. 稍有一点不顺心就会生气，而且时有不安的情形发生
- 

### （三）借助职业疗法原理，有效调节和控制心境

助产职业活动是辛苦的劳作，要付出较大的体力和脑力，生理耗能较大。从本质上说它又是一种重复的工作活动，而重复性工作难免会使人感到枯燥，给人带来单调呆板的感受。助产士长期处于既有压力又枯燥单调的职业氛围中，容易出现精神萎靡、没有情趣、影响食欲等情况，如不能有效调节和控制，势必造成心境障碍，损害身体健康。为此要学会采取有效办法，化紧张枯燥的职业活动为轻松，才有利于增加职业生活情趣，有益于身心健康。为此，除了松弛疗法等专业疗法外（参阅第四章“心理咨询与心理护理”相关内容），这里推荐一个压力分解法，比如，一想到10天内要完成一万字的论文，心理负担就很重，紧张感和压力感就莫名提高。但若分解为每天只写一千字，那么心理压力就会减轻，情绪也随之振奋。这就是压力分解法的妙用所在。如果有意识地借助和使用压力分解等方法，即使碰到单调枯燥或者紧张压力的工作，心理负担也会减轻，也不觉得辛苦，工作效率也就不易受到影响。善于把要完成的事分解为几个步骤——确定第一步要达到什么目标，第二步准备怎样做，最终的目标是什么，这样做起来步步推进就顺利多了，就不会有那么大的压力。



#### （四）学习运用职业心理保健技巧，维护自身心理健康

1. 提倡积极的休息和休整 人是会疲劳的，他不是机器人，再紧张繁忙的工作，也不会没有忙里偷闲的机会。这个忙里偷闲不是要偷懒，而是为了解除疲劳而进行的一种积极的休息和休整。一感觉到累，即表示身体亮起了“红灯”，可能是身体某个部位负担太重，此时要及时作出调整，让负荷的身体功能尽快恢复正常运转。

2. 调节职业紧张度和工作节奏 现代社会，没有紧张度的职业是不存在的，助产工作具有明显的紧张度。但据资料分析，有益健康长寿的职业，是紧张度较低或能自觉控制紧张度的职业，助产士要认识到所从事职业的紧张度，在工作中要有意识地采取一些缓解紧张的措施，才能收到职业心理保健的功效。

3. 善于运用自我激励法 有人研究乐观系数，说一个人经常保持正向乐观的心，处理问题时，他就会比一般人多出20%的机会得到满意的结果。因此正确乐观的态度不仅会平息由压力而带来的紊乱情绪，也能使问题导向正面的结果。乐观能让我们看到更多的人生希望，有利于促进心理健康。因此，要经常进行自我激励，让自己充满乐观和自信。比如对所有的出色工作都记录在册，并时不时查阅一下，一来总结经验，二来替自己寻找自信，以此进行自我激励。可供助产士借鉴和有益自我激励的方法多种多样，“自我激励九誓词”不妨常念、常试（表13-2）。经常背诵，有助于激励自我，保持乐观自信的健康心态。

表13-2 自我激励九誓词

---

**1. 我为成功而生，不为失败而活** 我不再悲痛地追忆过去，过去不会再来。我把握现在，不断向前去邂逅神奇的未来。我没有恐惧，没有疑虑，没有失望，永远不再自怜、自残。

**2. 我当然是最优秀的** 当一个人养成制订目标，完成计划的习惯时，他已赢得了一半的成功，任何微小的工作，无论多么枯燥、沉闷都会使我更加接近最终的胜利。

**3. 我满怀喜悦迎接新的一天** 当我迈进新的一天时，我有了三个心伙伴：自信、自尊和热情。而热情是自信和自尊的根源。

**4. 我不再难以与人相处** 生活不是由伟大的牺牲和责任构成的，而是由一些小事情，像微笑、善意和小小的职责构成的，每时每刻地微笑，无论对朋友，还是敌人，并努力发现他们身上的品质，难与人相处，问题大多出在自己身上。

**5. 我在每一次困境中寻找成功的萌芽** 逆境是一所最好的学校，每一次失败，每一次打击，每一次损失都孕育着成功的萌芽，不再对失败耿耿于怀，不再逃避现实，不再拒绝从以往的错误中获取经验。逆境是通向一切成功的重要途径。

**6. 我将尽最大努力爱自己** 为了事业兴旺发达，我必须严守职责，并且永远走在时间前面，那些顶尖人物都是不以份内之事为满足的，他们比常人做得更多，走得更远。他们不图回报，因为他们知道最终将尝到硕果。

---



---

**7. 我正在全力以赴地工作** 最弱小的人，只要集中力量于一点也能得到好的结果，相反最强大的人，如果把力量分散在许多方面，那么也会一事无成，小小的水珠，持之以恒，也能将最坚硬的岩石穿透；相反，湍流呼啸而过，却了无踪迹。

**8. 我永远不再空想与空等** 生活中成功的人总是充满快乐和希望。面带笑容地处理工作，富有幽默感，愉快欢乐，善于把握机会，对生活中的变化非常敏感，无论棘手的事还是顺利的事，他们都能以同样的态度对待。

**9. 我将永远反省自身** 如果每天都找出自己所犯的错误和坏习惯，那么，我们身上最糟糕的缺点就会慢慢减少，每天要问自己，今天，我发现了什么弱点？对抗了什么情感？抵御了什么诱惑？获得了什么美德？

---

**4. 随时可用的轻松方法** 所谓随时可用的轻松方法，是指张手即来、虽不显眼但又确实有效的实用方法。如助产士在工作疲劳的时候，随时调整一下姿势；或用就近可取的小镜子照照，看看自己紧张的面孔，对着镜子笑一笑。其他方法如戴上有色眼镜暂时“隔离”一下，或听听音乐，或自我语言暗示，或深呼吸，做闭目养神、想象和沉思，或站起来走动，还可以移目窗外，远眺几眼，随时做些调整等，都能起到缓解紧张、产生一定的放松作用。总之，只要注意摸索，适合自己的轻松方法总会有的。

综上所述，助产士应积极关注自身的心理健康，并且汲取各种有益心理健康的保健知识和技巧，注意劳逸结合，将合理的闲暇活动作为工作的必要补充，通过各种娱乐活动化解紧张和压力，可达到放松生理和心理，恢复精力和体力，从而更加充满热情地投入到职业工作中。

（刘凌霜）

## 中英文名词对照索引

请工厂提取中英文名词对照索引

## 参考文献

1. 魏碧蓉. 高级助产学. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
2. 刘凌霜. 护理心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
3. 吕探云, 孙玉梅. 健康评估. 人民卫生出版社, 2012.
4. 姜安丽. 新编护理学基础. 人民卫生出版社, 2012.
5. 乐杰. 妇产科学. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
6. 郑修霞. 妇产科护理学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
7. 黄醒华. 产科服务新模式. 北京: 中华预防医学会妇女保健出版社, 2005.
8. 任庆运. 常见疾病的心理护理. 海口: 南海出版公司, 2006.
9. 杜昭云. 心理学基础. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
10. 蒋继国. 护理心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
11. 周郁秋. 护理心理学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
12. 郭念锋. 心理咨询师(三级). 北京: 民族出版社, 2005.
13. 阎立安. 医护心理学概要. 北京: 中医古籍出版社, 2007.
14. 陈素坤, 周英. 临床护理心理学教程. 北京: 人民军医出版社, 2007.
15. 卢桂珍. 医学心理学. 西安: 第四军医大学出版社, 2006.
16. 马存根. 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
17. 姚树桥, 孙学礼. 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
18. 杜玉凤, 李建明. 医学心理学. 天津: 天津科学技术出版社, 2003.
19. 王江红. 护理心理学. 南京: 东南大学出版社, 2006.
20. 董湘玉, 李琳. 中医心理学基础. 北京: 北京科学技术出版社, 2003.
21. 王若楷, 李法升, 刘长青. 现代分娩学. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
22. 刘克俭, 顾瑜琦. 职业心理学. 北京: 中国医药科技出版社, 2005.
23. 李守忠, 李建明. 当代医学心理学. 石家庄: 河北人民出版社, 2005.
24. 白杨. 医学心理学. 郑州: 郑州大学出版社, 2008.
25. 彭锦. 优生优育与中医孕产期保健. 北京: 中医古籍出版社, 2008.
26. 春仙. 最新科学妇幼保健大全. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 1998.
27. 陈海峰. 中国卫生保健史. 上海: 上海科学技术出版社, 1993.
28. 王淑贞. 中国医学百科全书·妇产科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1987.
29. 崔艳杰, 孙秀发. 产后抑郁症的病因研究概况. 国外医学(社会医学分册), 2004, 24(4): 166.
30. 张凤荣. 围产保健技术指南. 天津: 天津科学技术出版社, 2010.
31. 刘海棠. 心理疗法与分娩镇痛. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16, (2): 77-78.
32. 黄彦清, 叶桂香, 程小燕, 等. 对产妇第二产程服务需求的调查及护理对策. 北京

中华护理杂志, 2006, 5, 41 (5): 427.

33. 唐淑英, 蒋红梅. 激励式心理护理促进自然分娩的临床运用. 中华护理杂志, 1997, 32(1): 9.

34. 蒋红梅, 李力, 王贤华, 等. 激励式护理干预促进自然分娩的随机对照研究. 解放军护理杂志, 2005, 22(9): 12.

35. 范玲, 吴连方. 产妇分娩期的生理及心理特点. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(5): 276-278.

36. 施若莱. 分娩前后孕产妇焦虑抑郁状况观察与护理. 重庆医学, 2008, 37(2): 312-313.

37. 陆秀凤, 沈国梅, 孙岳琴. 医学应对方式与产妇分娩质量的相关性研究. 护理研究, 2007, 21(5): 1271-1272.

38. 陈婉, 黎培石, 张莲爱. 产妇的焦虑症状与分娩质量的关系. 中国妇幼保健, 2006, 21(12): 1638-1639.

39. 冯静英, 陈华, 史丽娟, 等. 孕产妇抑郁的发生率及护理. 中国妇幼保健, 2003, 18(8): 487.

40. 余晓燕, 徐凌燕, 胡引聚, 等. 聚焦解决模式在胎儿异常孕产妇心理护理中的应用. 中华护理杂志, 2011, 46 (3): 254-256.

41. O' Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. Int Rev Psychiatry, 1996, 8: 37-54.

42. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996. 2-3.

43. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, et al. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory. J Affect Disord, 2001, 63: 233-238.

44. Zung wwK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry, 1965, 12: 63-70.

45. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in The general population. App Psychol Meas, 1977, 1: 385-401.