

产科护士共情能力与初产妇产后母乳喂养成功率的相关性研究

才央卓玛

西藏那曲市人民医院妇产科 西藏 那曲 852000

【摘要】：目的：探究产科护士共情能力与初产妇产后母乳喂养成功率的相关性。方法：选取2023年5月—2025年5月本院产科分娩的200例初产妇，随机数字表法分为观察组（100例）与对照组（100例）。观察组由接受共情专项培训的护士提供护理，对照组采用常规护理。比较两组产后1周、2周、4周母乳喂养成功率，及产后4周哺乳信心、护理满意度。结果：相比对照组，观察组产后4周母乳喂养成功率、BSES评分、满意度评分均较高（ $P<0.05$ ）。护士共情能力评分与母乳喂养成功率呈正相关（ $r=0.712$ ， $P<0.001$ ）。结论：强化产科护士共情能力可显著提高初产妇母乳喂养成功率，增强哺乳信心与满意度。

【关键词】：产科护士；共情能力；初产妇；产后母乳喂养；成功率；相关性

DOI:10.12417/2811-051X.25.12.076

母乳喂养可降低婴儿过敏、感染风险，同时促进产妇产后子宫复旧。但初产妇因哺乳技能空白、产后心理应激，产后1个月母乳喂养中断率较高。产科护士作为母婴护理第一接触者，其共情能力对产妇情感的精准捕捉与回应，是维系母乳喂养的纽带。基于此，本文旨在探究产科护士共情能力与初产妇产后母乳喂养成功率的相关性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年5月—2024年2月在本院分娩的200例初产妇，随机数字表法分为观察组与对照组各100例。观察组：年龄21—36岁，平均（ 27.8 ± 3.3 ）岁；孕周37—41周，平均（ 39.2 ± 0.8 ）周。对照组：年龄20—37岁，平均（ 28.1 ± 3.5 ）岁；孕周37—42周，平均（ 39.4 ± 1.0 ）周。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），有可比性。纳入标准：均为单胎足月妊娠，无母乳喂养禁忌证（如活动性肝炎、HIV感染等），新生儿Apgar评分 ≥ 8 分。排除标准：合并严重妊娠并发症，精神疾病史或认知障碍，因医疗原因需终止母乳喂养（如重症感染用禁药）。

1.2 护理方法

对照组采用常规产科护理：（1）基础护理：每日测生命体征，观察子宫收缩、恶露情况，指导伤口护理；协助翻身、活动，预防血栓。（2）哺乳指导：产后6小时内演示哺乳姿势、含乳技巧；告知按需哺乳。（3）新生儿护理：指导脐部、臀部护理，讲解黄疸观察要点。（4）健康宣教：发放《产后护理手册》，每周1次集中讲座。

观察组采用共情强化护理：（1）护士共情能力系统化培训。选取8名护士开展为期6周的专项培训，每周3次、每次90分钟。培训采用理论筑基、场景实操模式：理论模块涵盖产后心理变化规律、共情响应要素，结合《产科护理实践指南》中母婴情感互动章节内容深化认知；实操模块设置8类典型场景演练，包括乳汁分泌不足时的自责情绪疏导、乳头皲裂导致的哺乳恐惧缓解等，通过角色扮演模拟护患对话，由心理咨询

师现场点评共情表达的精准度，如将别担心优化为第一次遇到这种情况，心里肯定特别着急，考核达标后方可参与护理。（2）个体化情感支持方案。产后2小时内启动首次情感评估，采用主诉采集、行为观察双维度模式：通过开放式提问（如现在身体和心理最明显的感受是什么？）获取主观体验，同步记录肢体语言（如紧握拳头、沉默落泪）等隐性信号，建立情感档案。每日早间进行情绪动态监测，采用0-10分视觉模拟评分法评估焦虑、疼痛等情绪强度， ≥ 6 分时启动分层干预：对疼痛相关情绪，先确认感受，如刀口疼加上涨奶，确实很难受，再联合镇痛团队调整方案；对角色适应不良，采用正常化回应（如很多妈妈刚开始都觉得手忙脚乱，这是必经的过程）降低心理压力。（3）共情式哺乳指导流程。产前2周开展一对一预沟通，聚焦哺乳顾虑进行针对性疏导，结合产妇体型演示适配哺乳姿势，如矮胖体型推荐侧卧式。产后首次哺乳时，护士采用平视沟通、同步指导模式：半蹲至与产妇视线平齐，用“我们一起试试”替代“你应该这样做”，在调整含乳姿势时同步解释，如让宝宝下巴贴紧乳房，这样你会舒服些。出现哺乳困难时，先处理情绪再解决问题，如乳汁淤积时，先共情乳房硬得像石头，碰一下都疼，再实施手法通乳，过程中持续反馈，如现在是不是感觉轻松点了？。（4）家庭支持协同干预。每周组织1次家属共情能力培训，重点指导支持性表达技巧，如用我来帮你擦汗替代别喊疼，发放家庭共情支持手册，包含5类场景下的回应范例。建立每日哺乳小成就记录制度，由护士、产妇、家属共同填写，通过正向反馈强化家庭支持效能。干预周期为4周。

1.3 观察指标

（1）护士共情能力：用杰弗逊共情量表（JSE）^[1]，总分30—210分，得分越高共情越强。（2）母乳喂养成功率：按WHO定义，纯母乳喂养指仅喂母乳。统计产后1周、2周、4周成功率。（3）哺乳信心：用母乳喂养自我效能量表（BSES）^[2]短版，总分14—70分，得分越高信心越强。（4）满意度：自制问卷（10条目），10分制，含护理态度（4条）、指导效

果（3条）、情感支持（3条），总分10—100分，产后4周测评。

1.4 统计学方法

SPSS23.0 统计学软件，哺乳信心和满意度评分以“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，“t”检验，母乳喂养成功率以[n(%)]表示，“ χ^2 ”检验，相关性用 Pearson 系数， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组母乳喂养成功率比较

观察组产后各时间点成功率均高于对照组 ($P<0.05$)，(表 1)。

表 1 产后母乳喂养成功率[n (%)]

组别	例数	产后 1 周	产后 2 周	产后 4 周
观察组	100	81 (81.0)	88 (88.0)	92 (92.0)
对照组	100	49 (49.0)	57 (57.0)	63 (63.0)
χ^2 值		30.641	32.157	35.826
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组哺乳信心评分比较

观察组产后 4 周 BSES 评分高于对照组 ($P<0.001$)，见表 2。

表 2 哺乳信心评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	BSES 评分
观察组	100	47.8±3.9
对照组	100	30.5±3.2
t 值		15.241
P 值		<0.001

2.3 两组护理满意度比较

观察组产后 4 周满意度高于对照组 ($P<0.001$)，见表 3。

表 3 护理满意度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	满意度评分
观察组	100	93.5±3.6
对照组	100	74.8±4.2
t 值		9.665
P 值		<0.001

2.4 相关性分析

干预前两组 JSE 评分无差异 ($P>0.05$)；干预后观察组

(117.8±8.9) 分高于对照组 (85.1±7.0) 分 ($P<0.001$)。护士 JSE 评分与产后 4 周母乳喂养成功率 ($r=0.712$)、BSES 评分 ($r=0.678$)、满意度 ($r=0.693$) 均呈正相关 ($P<0.001$)。

3 讨论

母乳喂养作为生命早期健康的核心支撑，其价值早已超越单纯的营养供给范畴，延伸至母婴情感联结、免疫构建乃至长期健康轨迹的塑造^[3]。在全球倡导母乳喂养促进行动的背景下，初产妇群体的哺乳体验与持续性，始终是产科护理质量评估的关键维度。这一群体因缺乏哺乳经验、面临角色转换冲击，往往在产后初期陷入生理不适、心理焦虑的双重困境，而这种困境的化解，不仅依赖于专业的哺乳技能指导，更需要情感层面的精准回应^[4]。产科护士作为初产妇产后接触最频繁的专业照护者，其职业能力的构成不应局限于技术操作层面，更应包含对产妇内心世界的感知与回应能力，即共情能力。这种能力体现在能否识别产妇沉默背后的压力，能否理解哺乳失败带来的自我否定，能否用恰当的语言与行为传递被看见、被接纳的感受^[5]。然而，当前临床护理模式中，任务导向的倾向仍较明显，护士更多聚焦于哺乳姿势矫正、泌乳量评估等技术性工作，对产妇情感需求的关注常处于被动响应状态，这种失衡可能成为制约母乳喂养成功率的隐性因素^[6]。

从整体护理理念出发，初产妇的哺乳行为是生理本能、心理状态与社会支持共同作用的结果。当护士的共情能力不足时，即便提供了正确的哺乳知识，也可能因沟通方式的生硬引发产妇抵触，削弱其坚持哺乳的动力。反之，高共情能力的护士能够通过情感先行的互动模式，降低产妇的心理防御，增强其对护理指导的接纳度，进而为母乳喂养的持续进行搭建心理安全网^[7]。探讨产科护士共情能力与初产妇产后母乳喂养成功率的相关性，本质上是对护理人文性与护理有效性内在关联的探索。这一研究不仅能够优化产科护理实践提供新的思路^[8]。

本文研究结果显示，观察组母乳喂养成功率随时间稳步提升，4 周达 92.0%，这与护士共情能力的动态支持密切相关。产后 1 周是适应临界点，高共情护士通过每日情感评估，及时化解哺乳初期挫败感；2 周后，在共情支持下，产妇逐步掌握技巧，形成“哺乳-反馈-强化”的良性循环。这种持续共情能有效预防早期放弃，而对照组因缺乏个性化支持，部分产妇在遇到困难时直接终止母乳喂养。观察组 BSES 评分显著更高，源于共情护理的积极强化策略。高共情护士会聚焦小进步，用具体事实替代抽象鼓励，帮助产妇积累自我效能感。这种具象化肯定比泛泛表扬更能重塑信心，尤其对自我怀疑型产妇，能逐步扭转我不行的负面认知，建立我能做好的积极心态。观察组满意度居高，反映出产妇对情感被重视的渴求。在传统护理中，护士多关注做了什么，而共情护理更关注感受到什么。当护士能预判需求、回应潜台词时，产妇会产生被用心对待的体验，这种情感价值对满意度的提升，远超单纯技术服务。护士

共情能力与母乳喂养结局的强正相关，提示共情并非额外关怀，而是有效护理的必要组成。这要求^[9]产科护理从任务导向转向需求导向，将共情能力纳入护士核心竞争力培养体系。

基于以上研究结果，总结临床实践的优化方向：（1）构建共情培训体系：将共情能力培训纳入产科护士必修课，采用理论、模拟、实战模式。理论模块侧重产后心理特点、沟通技巧；模拟模块设置高压场景，如产妇哭闹、家属质疑；实战模块通过护患互动录像复盘，持续优化共情表达。（2）设计共情护理路径：在常规护理流程中嵌入共情节点：产后2小时（情感基线评估）、6小时（首次哺乳共情指导）、24小时（疼痛与情绪干预）、出院前（家庭支持计划）。每个节点明确共情动作，如倾听、回应、解决，使共情支持可操作、可追溯。

（3）拓展效果评价维度：除母乳喂养率外，应关注母婴互动质量、产妇产后抑郁发生率等长期指标。共情护理的价值不仅在于提升短期成功率，更在于促进母婴情感联结，为婴儿早期心理发展奠定基础^[10]。

综上所述，产科护士共情能力是影响初产妇母乳喂养成功的关键变量。通过系统化提升护士共情能力，可破解初产妇哺乳困境，这一模式值得在产科临床全面推广，为提升母婴健康水平提供人文支撑。然而，本研究为单中心研究，样本可能受地域医疗水平影响；未追踪产后6个月以上母乳喂养情况，长期效应待验证；未考虑产妇性格差异对共情响应的影响。未来可开展多中心队列研究，纳入产妇人格特质、家庭支持强度等变量，进一步细化共情护理的适用边界。

参考文献：

- [1] 王远芳.母婴同室下共同参与护理模式对初产妇产后自护能力及母乳喂养和抑郁情绪的影响[J].中外女性健康研究,2021(19):12-14.
- [2] 牛东艳,赵文慧.共同参与式护理模式对初产妇母乳喂养及新生儿护理能力的影响[J].世界中医药,2024,19(3):后插2.
- [3] 周芸,杨丽,覃桂荣,等."互联网+母乳喂养指导"护士上门服务体验的民族志研究[J].护士进修杂志,2022,37(21):1996-2003.
- [4] 谢琛,蔡慧兰,张胜.咸安区产科医护母乳喂养认知、实施、宣教情况调查分析[J].中国卫生标准管理,2023,14(19):33-36.
- [5] 周丹,李保勤,王双玲.共情理念护理联合精细化护理对剖宫产初产妇心理状态及母乳喂养率的影响[J].黑龙江医学,2024,48(14):1763-1765.
- [6] 孙宝会,董文娟,王双双.助产士基于经典案例分析联合共情干预对产妇分娩方式、母乳喂养情况的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(9):1650-1653.
- [7] 姚兰,张小琴,戴莹莹,等.基于共同养育理念的泌乳分期干预对GDM产妇心理状态及母乳喂养影响[J].中国计划生育学杂志,2025,33(3):645-650.
- [8] 吴芬萍.共情理念指导的照护策略对剖宫产初产妇心理状态及自我管理的影响[J].医学信息,2024,37(21):181-184.
- [9] 魏生云.共情护理在产后抑郁初产妇中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(21):187-189.
- [10] 祝琴,唐艳,田策,等.基于共同养育理论的母乳喂养干预方案在初产妇早期母乳喂养中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2021,27(4):457-463.