

激励式心理护理对产妇分娩方式和母婴结局的影响

王卫卫

(江苏无锡市惠山区第二人民医院, 江苏 无锡 214000)

【摘要】目的:探讨激励式心理护理对产妇分娩方式和母婴结局的影响。**方法:**选择 2020 年 1 月至 2022 年 7 月于江苏无锡市惠山区第二人民医院待产的 100 名产妇作为研究对象,以随机数字表法分为对照组和观察组,各 50 名。对照组采用常规心理护理干预,观察组采用常规心理护理联合激励式心理护理干预,持续干预至产妇第一产程结束,比较两组产妇负性情绪、分娩方式及母婴结局。**结果:**干预前,两组 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);临产前,两组产妇 SAS、SDS 评分均低于同组干预前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组自然分娩率高于对照组,不良母婴结局发生率低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:**激励式心理护理可减轻产妇焦虑、抑郁情绪,同时可有效提高产妇自然分娩率,改善母婴结局。

【关键词】分娩;产妇;激励式心理护理;母婴结局

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)30-0124-03

分娩是大多数女性需要经历的特殊生理过程,但随着距离预产期越来越近,产妇一方面会为胎儿的即将出生感到幸福和愉快,另一方面也会对分娩带来的疼痛存在一定恐惧心理,且诸多产妇由于害怕自然分娩疼痛而要求剖宫产^[1-2]。此外,恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪也会影响分娩过程,导致产妇宫缩乏力,进而增加不良母婴结局的发生风险^[3]。因此,在产妇分娩前给予有效的心理干预帮助其缓解负性情绪尤为必要。激励式心理护理可针对特定的心理状况进行有效干预,帮助患者克服困难,重建信心,已逐渐被应用于临床护理中^[4]。考虑将其应用于产妇中或可减轻其负性情绪,增加其自然分娩信心。鉴于此,本研究旨在探讨产妇采用激励式心理护理对其分娩方式和母婴结局的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2020 年 1 月至 2022 年 7 月于我院待产的 100 名产妇作为研究对象,以随机数字表法分为对照组和观察组,各 50 名。对照组年龄 22~32 岁,平均 (25.94 ± 1.82) 岁;孕周 37~39 周,平均 (38.03 ± 0.55) 周;体质指数 $23.6 \sim 27.2 \text{ kg/m}^2$,平均 $(25.95 \pm 0.68) \text{ kg/m}^2$;初产妇 35 名,经产妇 15 名;文化程度:初中及以下 5 名,高中 17 名,专科及以上 28 名。观察组年龄 23~32 岁,平均 $(26.11 \pm$

1.65) 岁;孕周 37~39 周,平均 (38.14 ± 0.57) 周;体质指数 $23.9 \sim 27.4 \text{ kg/m}^2$,平均 $(26.03 \pm 0.77) \text{ kg/m}^2$;初产妇 30 名,经产妇 20 名;文化程度:初中及以下 5 名,高中 13 名,专科及以上 32 名。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。(1)纳入标准:均为单胎妊娠;经 B 超检查显示胎位正常;产妇精神及认知功能正常,可配合完成本研究;产妇或法定监护人均签署研究知情同意书。(2)排除标准:合并凝血功能障碍;合并妊娠并发症,如妊娠高血压、先兆子痫、妊娠糖尿病等疾病;合并心、肝、肾等器官功能不全;存在明显剖宫产指征;合并生殖系统畸形;合并免疫系统疾病或血液系统疾病;合并恶性肿瘤。

1.2 方法:对照组采用常规心理护理干预,具体内容如下。(1)责任护士热情接待产妇,并向产妇介绍病房环境,了解产妇对分娩知识的认知程度,向产妇详细地讲解分娩相关知识,包括分娩方式、生产体位、如何缓解疼痛等,同时引导产妇提出自己内心的疑虑,并由责任护士耐心地向产妇解答。(2)责任护士向产妇讲解既往成功顺利自然分娩的案例,同时展示新生儿的照片,激发产妇的母爱心理,讲解自然分娩对产妇自身及新生儿的好处,增加产妇自然分

娩信心。(3) 责任护士向产妇讲解负性情绪对分娩的影响,同时指导产妇通过音乐疗法、转移注意力、深呼吸疗法等方式减轻自身负性情绪。(4) 产妇在进入第一产程后,责任护士给予产妇更多的安慰、鼓励和情绪疏导,同时指导产妇进行深呼吸、变换体位缓解疼痛。持续干预至产妇第一产程结束。观察组采用常规心理护理联合激励式心理护理干预,具体内容如下。(1) 健康宣教:责任护士通过产妇既往产检资料了解产妇情况,同时根据其不同文化程度、理解能力、性格等进行多样化健康宣教;责任护士通过健康手册、图片、视频等方式向产妇讲解关于分娩各个阶段的特点及相关知识,同时重点讲解自然分娩的好处,重视产妇自身的恢复,并对产妇担心的分娩疼痛、侧切相关知识进行重点讲解,解答产妇的疑虑,增加产妇对分娩知识的了解程度。(2) 分娩预演:由责任护士指导产妇进行分娩预演,向产妇讲解第一产程相关知识,包括如何缓解宫缩疼痛、宫缩疼痛时的呼吸模式、如何了解产程进展、如何补充体力等,详细讲解并示范模拟分娩的过程,包括在分娩时如何与助产士配合、呼吸方法、用力技巧等,帮助产妇了解整个分娩过程。(3) 心理咨询师干预:心理咨询师与产妇进行沟通,在沟通中了解产妇的心理状况和心理需求;根据不同产妇的心理状况及心理需求制定个体化心理干预。心理咨询师通过个体面谈、群体治疗、支持小组、心理训练等方式帮助产妇掌握减轻负性情绪的技能;在干预期间及时评估产妇心理调节状况,并根据调节状况不断调整心理干预计划。(4) 家庭支持:责任护士主动与产妇家属沟通,指导产妇家属尤其是产妇丈夫给予产妇充分的关怀、照顾与支持,增加产妇安全感及信心,同时可联系产妇日常亲密的朋友来陪同产妇,与产妇讲解其感兴趣的事情,分散产妇的注意力。(5) 第一产程干预:第一产程由责任护士及产妇丈夫对产妇进行陪护,在产妇出现宫缩疼痛时不断安抚产妇,指导产妇进行深呼吸,并帮助产妇按摩腰部,减轻其恐惧心理,在宫缩间歇时帮助产妇进食饮水,补充体力,并鼓励产妇 2~3 h 排尿 1 次,避免膀胱充盈影响胎头下降,同时帮助产妇调整体位,对于可耐受疼痛的产妇可搀扶其下床缓慢行走,促进产程进展;责任护士密切观察宫缩强度及胎心音情况,并及时告知产妇

产程进展。持续干预至产妇第一产程结束。

1.3 观察指标:(1) 负性情绪:采用焦虑自评量表^[5](self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表^[6](self-rating depression scale, SDS) 评估两组干预前、临产前焦虑、抑郁症状,2 个量表均包含 20 个项目,每个项目 1~4 分,分数越高则焦虑症状、抑郁症状越严重。(2) 分娩方式:记录两组产妇分娩方式,包括阴道分娩、阴道助产分娩、转剖宫产。自然分娩率=(阴道分娩人数+阴道助产分娩人数)/组人数×100%。(3) 母婴结局:记录两组不良母婴结局发生情况。

1.4 统计学处理:采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 负性情绪:干预前,两组 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);临产前,两组产妇 SAS、SDS 评分均低于同组干预前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组 SAS、SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	人数	SAS		SDS	
		干预前	临产前	干预前	临产前
对照组	50	58.73 ± 4.93	46.73 ± 5.03 ^a	59.63 ± 4.46	49.13 ± 5.26 ^a
观察组	50	59.63 ± 5.16	42.18 ± 4.24 ^a	60.13 ± 4.37	45.25 ± 4.78 ^a
t		0.892	4.891	0.566	3.860
P		0.375	<0.001	0.573	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$

2.2 分娩方式:观察组自然分娩率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组分娩方式比较[例(%)]

组别	人数	阴道分娩	阴道助产分娩	转剖宫产	自然分娩情况
对照组	50	20(40.00)	18(36.00)	12(24.00)	38(76.00)
观察组	50	25(50.00)	21(42.00)	4(8.00)	46(92.00)
χ^2					4.762
P					0.029

2.3 母婴结局:观察组不良母婴结局发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组母婴结局比较[例(%)]

组别	人数	胎儿窘迫	新生儿窒息	产后出血	难产	总发生情况
对照组	50	4(8.00)	4(8.00)	1(2.00)	1(2.00)	10(20.00)
观察组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2						6.061
P						0.014

3 讨论

分娩是一种自然生理过程,但多数产妇由于担心胎儿是否健康、能否顺产等,常会产生焦虑、抑郁情绪,若听到周围朋友讲述自然分娩未成功而转剖宫产、产后大出血等经历,更会增加产妇的恐惧心理,可导致其拒绝自然分娩而选择剖宫产^[7]。此外,严重的负性情绪也会使产妇交感神经兴奋,增加宫缩乏力、宫口扩张延迟等风险,也会对胎儿的神经系统发育产生负面影响,进而增加不良母婴结局发生率^[8]。因此,积极给予产妇有效的心理干预,缓解产妇负性情绪,对减少不良母婴结局的发生十分重要。

本研究结果显示,临产前,观察组产妇 SAS、SDS 评分均低于对照组,且观察组自然分娩率高于对照组($P < 0.05$),表明激励式心理护理可减轻产妇焦虑、抑郁情绪,提高其自然分娩率。分析其原因,激励式心理护理以产妇为中心,通过健康宣教可帮助其树立正确的生育观,使其坦然地面对生育过程;同时,通过分娩预演可使产妇更了解分娩过程,帮助其熟悉临产及分娩流程,进而消除产妇的恐惧心理,增加其自然分娩的信心,有利于自然分娩的顺利进行^[9-10];此外,激励式心理护理通过联合心理咨询师进行干预,可更为准确地评估产妇心理状况及心理需求,进而通过不同心理干预方法减轻产妇的负性情绪,同时给予产妇家庭支持,可增加其安全感,使其从精神上获得心理支持和满足,增加分娩信心,进而使产妇在分娩时充分发挥主动性和积极性,能够有信心面对宫缩痛,确保产程顺利进展,最终提高自然分娩率^[11]。本研究结果还显示,观察组不良母婴结局发生率低于对照组($P < 0.05$),表明激励式心理护理可改善母婴结局。分析其原因,激励式心理护理在第一产程时由责任护士全程陪同,并指导产妇在宫缩疼痛时进行深呼吸,或用双手轻轻按摩腹部或腰骶部,可缓解产妇宫缩疼痛,有助于其在心理及生理上得到安慰及帮助,使产妇保持最佳生理及精神状态完成分娩过程,进而减少不良母婴结局的发生^[12]。

综上所述,激励式心理护理可减轻产妇焦虑、抑郁情绪,同时可有效提高产妇自然分娩率,改善母婴结局。但本研究仍存在一定局限性,纳入样本量较少,且未对产妇产后负性情绪进行观察,未来仍需增

加样本量,延长观察时间,进一步探讨激励式心理护理对产妇的护理效果。

【参考文献】

- [1] 杨晴,曹莉莉,王梦媛. 初产妇产前负性情绪调查及协同式待产心理护理效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2023,31(4):831-836.
- [2] 王晓英,高学军,王欣. 围产期助产士整体护理对孕产妇分娩方式改善作用[J]. 河北医药,2021,43(14):2224-2226,2230.
- [3] 杨飞燕,吴巧珠,苏丹,等. 音乐疗法结合导乐陪伴对自然分娩产妇负性情绪及疼痛的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2022,30(8):1175-1179.
- [4] 须琼英,何晓艳,杨新,等. 激励式心理护理对择期剖宫产初产妇生理和心理应激的影响[J]. 国际精神病学杂志,2019,46(3):551-554.
- [5] Samakouri M, Bouhos G, Kadoglou M, et al. Standardization of the Greek version of Zung's Self-rating Anxiety Scale (SAS)[J]. Psychiatriki, 2012,23(3):212-220.
- [6] Mimura C, Murashige M, Oda T, et al. Development and psychometric evaluation of a Japanese scale to assess depression severity: Himorogi Self-Rating Depression Scale [J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2011,15(1):50-55.
- [7] 杨辛,张俊清. 围产期规范化心理护理对初产妇分娩疼痛及心理状态的影响[J]. 河北医药,2021,43(3):471-473.
- [8] 谈鑫星,潘小萍,管娟. 聚焦解决模式对住院卧床保胎患者负性情绪及妊娠结局的干预效果[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30(12):2783-2786.
- [9] 刘军,刘艳. 激励式心理护理对孕妇自然分娩率、自我管理能力及母婴结局的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020,39(8):1411-1413.
- [10] 余梦婷,王乐园,刁冠伟,等. 体验式分娩模拟教学在国内应用的研究进展[J]. 中国护理管理,2018,18(4):561-565.
- [11] 姜月晨. 产科心理护理对孕产妇妊娠结局及产后抑郁情况的影响[J]. 母婴世界,2017(12):152.
- [12] 许玉凤,侯燕,尹莉,等. 激励式心理干预对高龄产妇自我管理能力及分娩结局的影响[J]. 国际精神病学杂志,2017,44(6):1122-1124,1137.

(收稿日期:2023-03-28)