

协同护理模式对初产妇分娩结局及精神状态的影响

郑明新

(郑州大学第三附属医院产科 河南郑州 450052)

摘要:目的:探讨协同护理模式在初产妇中的应用效果。方法:选择 2018 年 3 月~2020 年 3 月分娩的 96 例初产妇作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 48 例。对照组接受常规护理,观察组在此基础上实施协同护理模式。比较两组分娩结局,分娩前和分娩 2 周后爱丁堡产后抑郁量表、焦虑自评量表评分。结果:分娩前两组爱丁堡产后抑郁量表、焦虑自评量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组分娩 2 周后爱丁堡产后抑郁量表评分(3.18 ± 0.52)分、焦虑自评量表评分(8.89 ± 0.21)分,均低于对照组的(4.96 ± 0.84)分、(11.32 ± 2.33)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组不良分娩结局发生率为 2.08%,低于对照组的 16.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:协同护理模式能够改善初产妇分娩结局,缓解产妇产后焦虑、抑郁等消极情绪,利于产妇产后康复。

关键词:协同护理;初产妇;分娩结局;精神状态

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.072

初产妇在分娩和照顾新生儿方面缺乏经验,往往存在较大心理压力,加之担心胎儿预后、产后身份转变等因素影响,常出现不同程度的负面情绪,影响分娩和产后康复^[1]。在分娩过程中因剧烈产痛易导致焦虑、抑郁情绪加重,引发机体神经功能紊乱,导致子宫收缩乏力、疼痛增加,影响宫缩和产程进展,增加剖宫产风险^[2-3]。协同护理模式(Callabortire Care Model, CCM)在常规护理基础上建立合作型护患关系,鼓励产妇和家属共同参与健康管理,强化产妇、护理人员与家属的协同作用,有助于缓解产妇紧张、焦虑情绪,从而达到改善分娩结局的目的^[4]。本研究以初产妇作为研究对象,观察协同护理模式对分娩结局及精神状态的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月~2020 年 3 月于我院分娩的 96 例初产妇作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 48 例。观察组孕周 37~40 周,平均孕周(38.78 ± 0.54)周;文化程度:小学及以下 4 例,初中及高中 13 例,中专及大专 18 例,本科及以上 13 例;年龄 24~34 岁,平均年龄(29.56 ± 2.02)岁。对照组孕周 37~41 周,平均孕周(38.57 ± 0.53)周;文化程度:小学及以下 3 例,初中及高中 14 例,中专及大专 16 例,本科及以上 15 例;年龄 24~34 岁,平均年龄(29.58 ± 2.00)岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院医学伦理委员会审批同意。纳入标准:均为初产妇;胎儿各项指标检查正常;产妇及其家属签署知情同意书。排除标准:严重认知功能障碍、精神障碍者。

1.2 护理方法 对照组采用常规护理,向产妇和家属介绍入院注意事项,营造安静舒适的住院环境,每

日通风 30~60 min,保证病房空气流通;带领产妇参观分娩室,讲解分娩流程;密切监测产妇胎心变化,出现异常立即通知医生处理;依据产妇意愿和身体情况选择合适的分娩方式,鼓励并指导产妇行母乳喂养。观察组在此基础上实施 CCM 干预:(1)产前护理。健康宣教,每周一上午 8:00~9:00 开展分娩知识健康讲座,鼓励产妇和家属共同参加,发放产妇知识学习手册,讲解分娩方式的选择、产后母乳喂养知识、新生儿护理技能等,并在讲座结束前 15 min 进行理论考核;建立初产妇家属交流群,嘱产妇和家属共同关注产科护理公众号,加入产妇关爱之家的微信交流群,以图片、文字、视频等方式推送孕期保健、分娩过程,如何缓解产前压力等相关知识,耐心解释产妇和家属疑问,使产妇做好充足思想准备,减少不必要担心。(2)分娩时护理。鼓励产妇丈夫和家属全程陪伴产妇分娩,分娩过程中指导产妇及时调整呼吸频率,并给予鼓励,定时汇报产程进展,分散其对疼痛的注意力。(3)产后护理。产后指导,鼓励产妇母乳喂养,对产妇和家属进行新生儿护理技能、母乳喂养护理等相关知识培训,讲解并示范母乳喂养姿势、新生儿皮肤护理和大小便观察等,演示完毕后让产妇和家属重复操作;舒适护理,向产妇和家属演示循序式肌肉放松法,逐步收缩面部、肩颈部、胸部、四肢肌肉 10 s,逐渐放松 5~10 s,感受肌肉的收缩,嘱家属提醒并监督产妇行肌肉放松;同伴支持,安排初产妇与经产妇同一间病房,鼓励其相互交流分娩经验,每月举行产后联谊活动,鼓励产妇和家属参加,相互交流产后康复经验、分享育儿心得体会;出院指导,指导产妇养成良好生活习惯,注意合理饮食和休息,适量活动,以高热量、高蛋白、高维生素食物为主,多食水果蔬菜,保持大便通畅;指导新生儿喂养及添加

辅食的时间,注意观察其食量和体重变化,出现异常及时就医。

1.3 观察指标 (1)两组剖宫产、产后出血、产程延长等不良分娩结局发生率比较。(2)两组产妇分娩前和分娩 2 周后抑郁、焦虑心理状况评分比较。采用爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS)^[5]从心情是否影响睡眠、对未来保持乐观态度等方面评估产妇产后抑郁心理状态,共 10 个条目,采用 0~3 分评分法,总分 30 分;采用焦虑自评量表 (SAS)^[6]对产妇精神性情感症状、精神运动性障碍、焦虑情感症状等方面进行评估,共 20 个项目,采用 4 级评分,总分<50 分者为正常,评分越高表示焦虑程度越重。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组分娩结局比较 观察组产后出血、剖宫产等不良分娩结局总发生率低于对照组,差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组分娩结局比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	剖宫产	产后出血	产程延长	总发生
对照组	48	3 (6.25)	2 (4.17)	3 (6.25)	8 (16.67)
观察组	48	0 (0.00)	1 (2.08)	0 (0.00)	1 (2.08)
χ^2					4.414
<i>P</i>					0.014

2.2 两组分娩前后 EPDS、SAS 评分比较 分娩前两组 EPDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义 (*P*>0.05);分娩 2 周后观察组 EPDS、SAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组分娩前后 EPDS、SAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	EPDS		SAS	
		分娩前	分娩 2 周后	分娩前	分娩 2 周后
对照组	48	8.24± 1.52	4.96± 0.84	19.02± 3.54	11.32± 2.33
观察组	48	8.20± 1.49	3.18± 0.52	18.98± 3.50	8.89± 0.21
<i>t</i>		0.130	12.483	0.056	7.196
<i>P</i>		0.897	0.000	0.956	0.000

3 讨论

初产妇由于缺乏分娩经验、担心产后形体变化,分娩过程中易出现紧张、焦虑等消极情绪,而不良情绪会引起中枢神经及内分泌功能紊乱,导致产妇机体痛觉耐受力降低、宫缩乏力,增加产后出血和难产的风险,对母婴生命健康构成威胁^[7]。常规护理以疾病为中心,护理人员多被动遵循医嘱对患者实施护理干预,导致产妇在护理过程中的作用被弱化,护理服务缺乏主动性和积极性,整体护理效果欠佳。

CCM 将被动接受护理转化为自我护理,引入产妇家属参与护理,与产妇及其家属建立相互信任、相互协同的关系,强化护理人员、患者和家属三者的协同作用,以保证有效沟通。本研究结果显示,观察组不良分娩结局发生率和分娩 2 周后 EPDS、SAS 评分均低于对照组 (*P*<0.05),表明 CCM 干预能够改善初产妇分娩结局,减轻产妇焦虑、抑郁等消极情绪。实施 CCM 干预,充分体现护理的创新性和灵活性,鼓励产妇和家属参与护理过程,进一步增进相互理解、感情融和,强化家庭与个体的协同护理能力^[8]。产前健康教育的开展和交流群建立,能够提高产妇对分娩知识的了解,避免因认识误区而增加心理压力,充分调动产妇和家属积极性,发挥产妇自我护理和健康决策能力,促进产妇养成健康行为^[9]。家属作为医护人员与初产妇之间的情感纽带,能够更加直接、准确传达护理人员的意志,及时给予产妇情感和精神支持,使其保持乐观、积极的心态,避免产妇抵触心理。产后通过音乐疗法、肌肉放松法等一系列放松训练及产后自我护理技能,能够有效缓解产妇心理压力和生理疲惫,提高舒适度和安全感,使其及时转变母亲的角色^[10]。家庭参与协助育儿,能够充分发挥协同和监督作用,不仅可减轻初产妇育儿的繁重任务,保障新生儿健康成长,还能够给予产妇生理、心理最大限度的帮助,对于产妇产后恢复具有积极意义。

综上所述,初产妇护理过程中采用 CCM 干预,能够改善初产妇分娩结局,减轻焦虑、抑郁情绪,促使初产妇生理、心理方面更好恢复。

参考文献

[1]王秋立,解红岩,郭森,等.人性化体贴式护理对产科围产期产妇情绪稳定性及分娩结局的影响[J].河北医药,2017,39(15):2392-2394.
[2]杨洪萍.穴位按摩联合导乐分娩对初产妇心理状态、分娩情况及母婴结局的影响[J].长春中医药大学学报,2017,33(1):108-111.
[3]王恩丽.家庭化护理模式对提高初产妇自然分娩率的影响[J].浙江医学,2017,39(11):933-935.
[4]李庆书,李庆平,冉约曼,等.产前心理干预对初产妇精神状态、分娩方式和产后出血的影响[J].国际精神病学杂志,2018,45(6):1122-1125.
[5]王建红,张蕊.爱丁堡产后抑郁量表分量表在高危妊娠孕妇心理筛查中的应用效果[J].中国妇幼保健,2017,32(14):3143-3145.
[6]郭瑛,刘亚娇,王华,等.心理行为护理干预对剖宫产初产妇产后焦虑、抑郁及疼痛状态的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(5):911-914.
[7]刘春兰,张秋娥.多科室协同护理模式对肥胖伴妊娠期糖尿病孕妇妊娠结局的影响[J].检验医学与临床,2019,16(5):702-704.
[8]陈雪香,魏碧蓉,杨亚妹.协同护理模式对妊娠糖尿病患者家庭功能和妊娠结局的影响[J].护理学杂志,2018,33(6):87-89.
[9]宋亚琴,徐惠英,冯桂兰.产前护理干预对于高危妊娠初产妇分娩结局的影响[J].护士进修杂志,2017,32(3):248-251.
[10]黄璟,蒋盘华,陆浩雅,等.责任亲情交互护理模式对初产妇母乳喂养及自我效能的影响[J].护理研究,2018,32(16):2588-2590.

(收稿日期: 2020-10-15)