

# 认知行为团体心理护理对辅助生殖技术治疗不孕患者不良情绪及自我效能的影响

林美娜

(福建医科大学附属第二医院 泉州 362000)

**摘要:**目的:探讨认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者对其不良情绪及自我效能的影响。方法:选取医院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的辅助生殖技术治疗不孕患者 60 例为研究对象,随机分为对照组和观察组,各 30 例。对照组行常规护理,观察组在对照组基础上行认知行为团体心理护理干预。对比两组干预前后 SAS、SDS、SF-36 评分,自我效能及生活质量,干预期间治疗依从性。结果:干预后两组 SDS 与 SAS 评分均较干预前降低,且观察组均低于对照组( $P<0.05$ );两组自我效能评分、SF-36 评分、生活质量评分则均较干预前提高,且观察组均高于对照组( $P<0.05$ );干预期间,观察组治疗总依从率 96.67%,高于对照组的 73.33%( $P<0.05$ )。结论:认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者,可减少患者不良情绪,提升患者自我效能及治疗依从性。

**关键词:**不孕;辅助生殖技术;团体心理护理;认知行为;自我效能;不良情绪

中图分类号:R473

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.039

不孕在育龄期女性中发病率约为 5%,多为女性体内孕激素分泌不足,卵巢排卵后没有完全形成黄体所致,主要伴随症状为月经淋漓不尽、月经频发等。临床上大龄不孕患者多需进行一定治疗来实现她们的生育目标,但由于对于辅助生殖技术的不了解,不孕患者常常会对该技术出现恐惧等不良情绪,还会出现焦虑症状,并对相关事物产生逃避,不愿面对。常规护理干预对使用辅助生殖技术治疗不孕患者的病情改善有一定的积极作用,但是其依据患者心理变化及时调整护理方案的能力较差<sup>[1]</sup>。有研究发现,心理干预可明显降低患者行体外受精-胚胎移植(IVF-ET)时的单因素用药量<sup>[2]</sup>。认知行为团体心理干预是通过团体的形式帮助患者从整体治疗、日常生活、生理、心理等方面进行自我认知。本研究主要探讨认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者对其不良情绪及自我效能的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的辅助生殖技术治疗不孕患者 60 例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 30 例。对照组年龄 21~43 岁,平均( $31.25\pm 7.65$ )岁;结婚年限 3~8 年,平均( $5.26\pm 0.45$ )年;不孕年限

1~5 年,平均( $3.04\pm 0.45$ )年。观察组年龄 22~42 岁,平均( $31.27\pm 7.35$ )岁;结婚年限 3~8 年,平均( $5.31\pm 0.43$ )年;不孕年限 1~4 年,平均( $3.03\pm 0.47$ )年。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批准。诊断标准:参照《实用内科学(第 11 版)》<sup>[3]</sup>中不孕诊断标准。纳入标准:符合上述诊断标准者;患者及家属对本研究知情并签署知情同意书;精神状态正常且可进行有效语言沟通者。排除标准:其他因素引起的不孕患者;非首次接触不孕知识及治疗者;配偶无精子者;严重心脑血管疾病患者等。

**1.2 干预方法** 对照组行常规护理:由护士及医生每周在医院进行生殖知识讲座,引导患者回家阅读生殖知识宣传手册,与患者建立密切的联系,随时为患者治疗过程中的问题进行解答,并于胚胎移植日前对患者进行相关专业知识讲解等。观察组在对照组基础上予以基于认知行为团体方式的心理护理干预:(1)将患者组织起来,以团体的形式为患者讲解干预的详细内容,患者进行自我介绍,让患者互相认识。(2)采用 Beck 认知疗法,鼓励患者积极进行自我分析。患者在治疗时难免会出现一些负性情绪,因此需对其负面情绪进行具体分析,并提出针对性的解决方案,以调整患者的自我认知观念。(3)总结

患者在辅助生殖技术中出现的各种负性情绪及焦虑症状，护理人员需帮助患者对已有问题进行答疑解惑，重新构建正确的行为模式。(4)协助患者对护理过程进行回顾总结，建议患者记录日常情绪及思维变化，同时可在经验总结分享会上进行积极的分享，以帮助患者建立治疗的信心。两组均连续干预 3 个月。

1.3 观察指标 (1)干预前后对比两组患者的心理状态，采用焦虑自评量表 (SAS) 及抑郁自评量表 (SDS) 进行评估，总分 100 分，分数与心理状态成反比<sup>[4]</sup>。采用简明健康状况调查量表 (SF-36)<sup>[5]</sup>对两组患者生活质量进行评估，总分为 100 分，分数越高，生活质量越好。(2)干预期间，使用我院自行设计的依从性调查问卷，对两组患者治疗依从性进行评估，总分为 100 分。分为完全依从(>80 分)、部分依从

(≥60 分，≤80 分)及不依从(<60 分)，总依从率=(完全依从例数+部分依从例数)/总例数×100%。

(3)干预前后采用我院自行设计的自我效能评分、生活质量评分对两组患者自我效能及生活质量进行评估，总分均为 100 分，分数越低，自我效能或生活质量越低。

1.4 统计学方法 数据分析应用 SPSS22.0 软件。计数资料以%表示，行  $\chi^2$  检验；计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，行  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SAS、SDS 及 SF-36 评分对比 相较于干预前，干预后两组 SDS 与 SAS 评分均降低，且观察组均低于对照组；干预后两组 SF-36 评分均提高，且观察组高于对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组 SAS、SDS、SF-36 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | SAS         |              | SDS         |              | SF-36       |              |
|-----|----|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|     |    | 干预前         | 干预后          | 干预前         | 干预后          | 干预前         | 干预后          |
| 对照组 | 30 | 54.23± 4.76 | 51.42± 3.21* | 57.43± 4.56 | 54.32± 3.46* | 52.16± 4.66 | 56.59± 5.55* |
| 观察组 | 30 | 54.16± 4.65 | 49.42± 3.11* | 57.38± 4.44 | 51.89± 3.31* | 52.11± 4.69 | 61.55± 5.46* |
| t   |    | 0.058       | 2.451        | 0.043       | 2.780        | 0.041       | 3.489        |
| P   |    | >0.05       | <0.05        | >0.05       | <0.05        | >0.05       | <0.05        |

注：与本组干预前相比，\* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗依从性对比 干预期间，观察组治疗总依从率为 96.67%，高于对照组的 73.33% ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗依从性对比[例(%)]

| 组别       | n  | 完全依从      | 部分依从      | 不依从      | 总依从       |
|----------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 对照组      | 30 | 9(30.00)  | 13(43.33) | 8(26.67) | 22(73.33) |
| 观察组      | 30 | 11(36.67) | 18(60.00) | 1(3.33)  | 29(96.67) |
| $\chi^2$ |    |           |           |          | 6.405     |
| P        |    |           |           |          | <0.05     |

2.3 两组自我效能及生活质量对比 相较于干预前，干预后两组自我效能与生活质量评分均提高，且观察组均高于对照组( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组自我效能及生活质量对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 自我效能评分      |              | 生活质量评分      |              |
|-----|----|-------------|--------------|-------------|--------------|
|     |    | 干预前         | 干预后          | 干预前         | 干预后          |
| 对照组 | 30 | 60.11± 5.16 | 71.32± 3.24* | 59.77± 4.89 | 71.06± 3.21* |
| 观察组 | 30 | 60.03± 5.23 | 88.95± 2.36* | 59.97± 5.51 | 89.62± 2.31* |
| t   |    | 0.060       | 24.090       | 0.149       | 25.705       |
| P   |    | >0.05       | <0.05        | >0.05       | <0.05        |

注：与本组干预前相比，\* $P<0.05$ 。

3 讨论

不孕成为近年来妇科临床上比较常见的一种疾病，且随着女性患者年龄的增加，卵巢功能会随之降低，而排卵障碍等多为女性常见的不孕因素，此时往往需要寻求辅助生殖技术的帮助。同时于治疗过程中，患者还会面对自身、家庭等各个方面的压力，常表现为焦虑、抑郁等情绪<sup>[6]</sup>。因此需采取一定护理手段帮助患者缓解压力和负面情绪。常规护理干预仅包含疾病介绍等基本护理内容，很难针对性地对患者心理及病情变化进行实时干预处理，且患者的自主性较差。因此，亟需探讨更为完善有效的护理干预方法<sup>[7]</sup>。

认知行为团体心理护理干预是根据不孕患者心理随时可能变化的情况，从患者症状、生理、心理等方面出发进行护理干预的一种模式。认知行为团体心理护理干预在常规护理的基础上引入训练认知干预、心理干预等，以确保患者能得到足够、全面的健康教育。认知行为团体心理护理干预还可通过科学的护理方法，依据患者具体的焦虑/抑郁症状及其

起因进行精细地护理,进而改善患者的心理认知状况。本研究结果显示,干预后观察组的治疗总依从率较对照组比更高,提示认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者可提高患者的治疗依从性,这与徐丽红等<sup>[9]</sup>的研究结果一致。SAS 与 SDS 评分是用于测量焦虑、抑郁状态轻重的心理量表,能够评价患者的主观感受。认知行为团体心理护理干预通过为患者制定个性化的护理方案,在分析个性化自我认知教育工作方面的内容时,可以将护理效果做出更为准确的评估,制定效果显著的护理方案,改善患者的焦虑、抑郁等负面情绪。认知行为团体心理护理干预基于科学的护理理念,在与患者进行交流沟通中对患者的心理进行分析,对其性格、情绪等进行了解,以引导患者主动参与到自我认知的行为中。通过护患之间的合作,可更好地帮助患者进行治疗,同时增强患者的自信心及自主训练程度<sup>[9]</sup>。本研究结果显示,干预后,观察组 SDS 与 SAS 评分均低于对照组,生活质量评分、自我效能评分、SF-36 评分则均高于对照组,提示认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者可减少不良情绪的发生,同时还可提升患者的自我效能感,这与董玮等<sup>[10]</sup>的研究结果一致。

综上所述,认知行为团体心理护理应用于辅助

(上接第 83 页)五倍子、苦参均具有不同程度的抗病毒活性、抗菌功效,虎杖能够扩张血管,改善创面血供;苦参生物碱能够加快白细胞分解  $\alpha$ -干扰素,起到抗病毒的作用;当归主要成分为阿魏酸,不仅具有镇痛效果,还能够清除氧自由基,减轻术后患者创面炎症<sup>[10]</sup>。诸药共同作用下,可发挥消肿止痛、活血祛瘀、祛风除湿的作用,进而加快创面愈合,且治疗时患者侧卧位体位对肛周压力影响较小,患者舒适度更高,进而有利于缓解疼痛症状。综上所述,针对混合痔术后患者采取温热熨法疗效更为确切,能够有效缓解切口疼痛,促进创面愈合。

参考文献

[1]许华娇,黄建芬.混合痔术后中药坐浴最佳温度和时间研究[J].护理研究,2017,31(25):3152-3155.  
[2]何健忠,王爱亮,刘春辉.桃红四物汤加熏洗治疗混合痔术后肛周疼痛水肿临床观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(19):2111-2113.

生殖技术治疗不孕患者,可减少患者不良情绪,提升患者自我效能及治疗依从性,值得临床应用。

参考文献

[1]李丽丽,李慧.心理护理在不孕不育临床治疗中的效果分析[J].中外女性健康研究,2019(15):68-69.  
[2]张静梅.心理护理干预对输卵管阻塞性不孕症患者心理状态及社会支持的影响[J].中国现代药物应用,2017,11(18):177-178.  
[3]陈颢璇.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2018.1863-1866.  
[4]李姿慧,吴梦蝶,李琪,等.汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表在功能性消化不良伴焦虑状态中的应用[J].长春中医药大学学报,2018,34(4):787-790.  
[5]李艳敏,郑晓龙,江东彬,等.应用 SF-36 量表评估中轴型 SpA 患者非甾体抗炎药治疗后生活质量变化[J].中国免疫学杂志,2017,33(7):1062-1067,1071.  
[6]丁孝芹.综合心理护理干预对不孕症患者心理状况的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(22):3751-3752.  
[7]孟丽萍.社会支持护理对不孕症患者社会功能、心理状态及远期预后的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(11):1984-1986.  
[8]徐丽红,戴涛.认知行为团体心理治疗对抑郁症患者抑郁症状以及应对方式社会支持影响的干预研究[J].中国药物与临床,2016,16(9):1347-1349.  
[9]王荣,李艳敏,周永红.团体认知行为疗法对经前期紧张综合征患者的护理效果[J].检验医学与临床,2018,15(17):2657-2659.  
[10]董玮,李艳宏,路晓冰,等.认知行为团体心理护理干预在高龄妇女实施辅助生殖技术中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2020,20(19):3304-3305.

(收稿日期: 2021-08-24)

[3]谭建勤,刘兴高,王伟,等.止痛如神汤对痔疮手术后伤口愈合及疼痛的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):775-777.  
[4]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.  
[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.112-113.  
[6]曹卉娟,邢建民,刘建平.视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J].中医杂志,2009,50(7):600-602.  
[7]卢勇,翁霞惠,俞凡,等.坐浴 1 号对痔疮术后疼痛和水肿及创面菌落的影响研究[J].临床外科杂志,2018,26(1):43-45.  
[8]张志刚,邹勇,王雨来,等.中药熏洗坐浴治疗混合痔术后并发症的临床观察[J].中国中医急症,2018,27(2):315-317.  
[9]李积良,王继宁.中医药内外结合法治治疗混合痔术后并发症的临床观察[J].陕西中医,2016,37(12):1636-1637.  
[10]宋成昆,杨巍,陆宏,等.湿热熨法用于混合痔术后的临床疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2019,43(1):71-75.

(收稿日期: 2021-07-20)