

孕产期综合干预对初产妇分娩认知及分娩结局的影响^①

李雪静¹, 罗琳雪², 卢彩合¹, 陆小曲¹, 陈丽芬²

(1. 右江民族医学院护理学院, 广西 百色 533000 E-mail: 77378685@qq.com;
2. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000)

摘要: **目的** 探讨孕产期综合干预对初产妇分娩认知及分娩结局的影响。**方法** 选择在我院建卡定期产检并住院分娩的初产妇220例, 随机分为实验组和对照组各110例。两组孕产妇均给予常规孕期指导, 此外, 实验组孕产妇还在孕妇学校接受个体化健康教育及分娩准备课程等综合干预。产后比较两组孕产妇分娩知识掌握情况、分娩方式、产程时间、产后2h出血量、新生儿Apgar评分及对护理服务满意度。**结果** 干预前两组分娩知识得分差异无统计学意义($P > 0.05$), 干预后实验组孕产妇分娩知识掌握情况、阴道分娩率、对护理服务满意度均高于对照组, 产后2h出血量、平均产程时间、新生儿轻度窒息发生率均低于对照组, 经比较差异均有统计学意义($P < 0.001$)。**结论** 全程、系统、规范、有针对性的孕产期综合干预措施有利于提高孕产妇对分娩的认知水平, 在一定程度上改善了分娩结局, 减少了分娩并发症, 提高了孕产妇及家属的满意度, 从而促进自然分娩。

关键词: 妊娠; 围产期; 综合干预; 分娩; 认知; 效果评价

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0466-02
doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.082

分娩是正常的生理过程, 但对于产妇来说是持久而强烈的应激过程, 尤其对于初产妇, 由于缺乏分娩知识及宫缩引起的疼痛不适, 容易产生焦虑、抑郁等不良情绪。据统计, 90% 产妇对分娩有恐惧感^[1]。产妇的不良情绪增加了分娩风险及剖宫产率。最近公布的一份WHO调查报告指出, 中国的剖宫产率为46.2%, 为全球第一, 远远超出了1985年WHO提出剖宫产率不应超过15%这一水平^[2]。这就要求产科工作者在孕产期对孕产妇实施必要的干预, 缓解其消极情绪, 帮助其树立信心, 增加其对分娩的理解, 以保证妊娠、分娩的顺利进行。本研究主要通过对孕产妇实施全程、系统、规范、有针对性的综合干预, 探讨其对分娩认知及分娩结局的影响, 现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选择2010年1月~2011年12月, 在我院实施定期产前检查并住院分娩的220例初产妇作为研究对象, 入选条件为足月单胎头位, 排除妊娠合并症或并发症者。实验组110例, 年龄(26.53±7.10)岁, 孕周(37.25±1.85)周, 文化程度: 初中43例(39.09%), 高中48例(43.64%), 大学及以上19例(17.27%), 月收入: <1 000元的21例(19.09%), 1 000~2 500元的54例(49.09%), ≥2 500元的35例(31.82%)。对照组110例, 年龄(25.73±8.14)岁, 孕周(37.11±1.63)周, 文化程度: 初中38例(34.55%), 高中50例(45.45%), 大学及以上22例(20.00%), 月收入: <1 000元的17例(15.45%), 1 000~2 500元的52例(47.27%), ≥2 500元的41例(37.27%)。两组孕产妇年龄、孕周、学历、经济收入经比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 干预方法 两组孕妇在确诊为宫内孕后均给予常规孕期指导, 实验组在此基础上还在孕妇学校进行系统管理, 干预措施为: ①产前干预: 于孕12周前进行第一次培训, 内容包括指导孕妇建立良好的生活习惯, 告知孕妇早孕检查的相关内容及早孕期间就医的征兆; 孕13~20周进行第二次培训, 内容包括指导合理营养、产前运动及乳头护理等, 教会孕妇科学健康饮食、帮助孕妇树立健康理念; 孕21~28周进行第三次培训, 通过结合图片、录像及模型讲解自然分娩常识、剖宫产与阴道分娩的利弊, 同时指导产后盆底康复训练, 解除产妇阴道分娩后性生活质量降低的顾虑; 指导每周进行1~3次孕产妇体操或

孕期瑜伽。孕28周后每2周进行1次分娩准备课程培训, 每次培训8~10对夫妻, 由资深助产士主持, 运用情景、角色模拟、讨论、示范等教学方法, 课程内容为成员介绍; 孕妇及家属分享怀孕时的心里感受或不适; 助产士讲解住院待产时间; 分娩物品准备和分娩先兆的知识; 待产各阶段待产妇的身心变化及分娩过程的注意事项; 分娩时疼痛与不适的应对技巧; 分娩模拟培训; 产褥期自我照护及新生儿护理技巧等^[3-4]。②产时干预^[5]: 孕妇自宫口开大2 cm进入家庭特需产房待产开始至产后2 h, 由受过专业培训的“导乐”护理人员为其提供全程导乐陪伴服务, 包括对其生理、心理、精神等方面的支持和照护, 如产程观察、呼吸指导、抚触按摩等, 同时允许丈夫或家属1人陪伴。

1.2.2 测评工具 查阅相关文献并咨询专家, 自行设计问卷调查表, 该量表包括孕产妇的一般情况; 对妊娠及分娩知识的了解程度; 分娩前的准备情况; 对分娩过程的认识程度及对分娩方式的态度等6个部分, 共20道题, 采用Likert3级计分, 2~4部分从“知道”至“不知道”分别计3~1分; 第5部分从“自然分娩”至“不知道”分别计3~1分, 满分60分。<36分视为不及格, 36~47分视为及格, 48~53分视为良好, ≥54分为优秀。在干预前及产后征得孕妇知情并同意后, 发放该问卷由孕妇自行填写, 问卷当场收回, 回收率为100%, 有效率100%。统计分析两组产妇的分娩知识掌握优良率。

1.2.3 观察指标 观察两组孕产妇顺产率、平均产程时间、产后2h出血量、Apgar评分及对护理服务的满意度。

1.2.4 统计学处理 所得数据采用SPSS 15.0 统计分析软件进行分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较应用两独立样本 t 检验, 计数资料的比较采用 χ^2 检验, 等级分组资料的比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕产妇干预前后分娩知识掌握情况 干预前, 两组优良率差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组优良率均优于干预前, 但实验组显著优于对照组($P < 0.001$), 见表1。

2.2 两组产妇分娩结局比较 实验组阴道分娩86例(78.18%), 对照组58例(51.73%), 两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 15.760, P < 0.001$)。两组产妇平均产程时间、产后2h出血量比较差异有统计学意义。两组新生儿Apgar评分的比

① 基金项目: 广西医疗卫生计划课题(Z2011148)

② 通讯作者

较差异有统计学意义,见表 2、表 3。

表 1 两组干预前后分娩知识掌握比较 (n)

组别	n	干预前					干预后						
		及格	良好	优秀	优良率(%)	χ^2	P	及格	良好	优秀	优良率(%)	χ^2	P
实验组	110	100	8	2	9.09	0.058	0.810	46	41	23	58.18	21.472	<0.001
对照组	110	101	7	2	8.18			80	20	10	27.27		

注:实验组干预前后比较, $\chi^2=59.378, P<0.001$;对照组干预前后比较, $\chi^2=13.744, P<0.001$

表 2 两组平均产程时间、产后 2 h 出血量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	平均产程时间 (min)	产后 2 h 出血量 (ml)
实验组	110	355±14.2	186±18.4
对照组	110	418±16.2	220±17.8
t		30.672	13.929
P		<0.001	<0.001

表 3 两组新生儿 Apgar 评分的比较 (n,%)

组别	n	新生儿 Apgar 评分		
		8~10 分	4~7 分	0~3 分
实验组	110	107(97.27)	3(2.73)	0
对照组	110	92(83.64)	18(16.36)	0

注:实验组与对照组比较, $Z=-3.434, P=0.001$

2.3 两组孕产妇及家属满意度比较 实验组孕产妇及家属满意度高于对照组($P<0.001$),见表 4。

表 4 两组孕产妇及家属满意度比较 (n,%)

组别	n	很满意	一般	不满意
实验组	110	107(97.27)	3(2.73)	0
对照组	110	52(47.27)	41(37.27)	17(15.45)

注:实验组与对照组比较, $Z=-8.247, P<0.001$

3 讨论

3.1 孕产期综合干预可提高孕产妇的分娩认知 本研究结果显示,干预前孕产妇的分娩认知情况低于干预后,但两组在干预前的分娩知识测评结果差异无统计学意义,干预前孕产妇对“何时住院分娩”和“分娩过程”的认知情况最低,可见初产妇对分娩生理过程知识的缺乏。在实施综合干预之后实验组分娩知识掌握情况高于对照组($\chi^2=21.472, P<0.01$)。这说明在孕产期对孕产妇实施全程、系统、规范的综合干预,提高了其对妊娠及分娩的认知水平,解除了思想顾虑,使其能正确地看待自然分娩,从而提高了分娩的应对能力,促进了产时的应对行为,使孕产妇对妊娠及分娩的过程有了正性体验,增加了她们对产科服务的满意度。这与孙慧^[6]的研究结果相一致。本研究中,孕晚期的分娩准备课程根据孕产妇及家属的不同需求采取小班制,以孕妇为主体,运用情景、角色模拟等教学方法,鼓励其配偶积极参与,提高了孕产妇的学习兴趣,促进了准父母间的和谐行为。此外,在角色模拟练习中,孕妇和医护人员的良好互动,建立了相互信任的关系,并且为准妈妈们之间的经验分享营造了良好的交流氛围,提高了护理服务的满意度,实验组产妇及家属满意度高于对照组($P<0.001$)。认知理论(cognitive theory)认为只有在人们感知信息,认同信息内容、产生行为意愿,并具有行为所需技巧后才能实现^[7]。孕妇的产时应对行为主要由其对妊娠及分娩知识的掌握和对分娩的态度

决定,因此在孕产期对孕产妇进行综合干预是必要的。

3.2 孕产期综合干预改善了分娩结局 表 2 显示,接受综合干预的孕产妇阴道分娩率高于对照组($\chi^2=15.760, P<0.001$)。这可能是由于孕期综合干预使孕产妇认识到分娩是一个正常的生理过程,产妇和胎儿天生具有完成分娩的潜在能力,并使其了解到剖宫产与阴道分娩的利弊,掌握了分娩应对技巧及产后盆底康复训练。使其阴道分娩的意识和信心增强,解除其产后性生活质量降低的顾虑,从而促进了阴道分娩。因此,孕期系统、个性化的健康教育在一定程度上降低了“社会因素”的剖宫产率。陈灵红^[8]的研究也指出,孕产妇对于分娩知识的掌握情况将直接影响她们选择的分娩方式。另外,观察组的平均产程时间、产后 2 h 出血量和新生儿轻度窒息发生率明显低于对照组($P<0.001$),表明在孕晚期的分娩准备课程中,孕产妇通过学习掌握了分娩时疼痛与不适的应对技巧,使产妇出现异常时有心理准备并能积极应对,同时助产士及丈夫在产时陪伴给予了心理上的支持和帮助,减少了因焦虑、恐惧导致宫缩乏力引起的产程延长、产后出血和新生儿窒息。有资料报道^[9],分娩教育是减轻孕产妇产痛和焦虑的方法之一,应当向孕妇传授分娩的相关知识,增加其对阴道分娩的自信心,减少并发症的发生。其结果与我们的研究结果相一致。

由此可见,系统、规范的孕产期综合干预,提高了孕产妇对妊娠分娩这一生理过程的认知水平,缓解其对分娩的消极情绪,中断产妇分娩时的恐惧—紧张—疼痛恶性循环,在一定程度上改善了分娩结局,减少了分娩并发症,提高了护理工作满意度。

参考文献:

- [1] 周昌菊,丁娟,严谨,等.现代妇产科护理模式[M].2版.北京:人民卫生出版社,2010:37-48.
- [2] 周红,王晓黎.陪伴待产及调整待产姿势对降低剖宫产率的影响[J].中华护理杂志,2010,45(9):812-813.
- [3] 罗琳雪.育龄妇女孕产期保健服务需求现状[J].右江医学,2011,39(3):376-378.
- [4] 何凤权,李超,赵凤琼,等.采取综合措施降低剖宫产率的临床研究[J].中国妇幼保健,2011,26(4):489-491.
- [5] 顾春怡,张铮,朱新丽,等.孕晚期干预支持对孕妇产时认知行为及分娩结局的影响[J].中华护理杂志,2011,46(6):569-571.
- [6] 孙慧.孕妇学校健康教育对分娩方式的影响[J].护理研究,2005,19(1):150-151.
- [7] Coodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world; sector-wide approaches may be the key[J]. BMJ, 2001, 322(7291):917-920.
- [8] 陈灵红.孕妇学校健康教育效果评价与分析[J].中国妇幼保健,2009,24(32):4510.
- [9] Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain[J]. Nurs Res, 2010, 59(3):194-202.

收稿日期:2013-12-26;修回日期:2014-03-25