

·全科护理·

助产士团队参与产前门诊对初产妇分娩方式和妊娠结局的影响

郭丹洁 俞可惠 俞飞云 宣文

目前,我国因无医学指征的社会因素的剖宫产率呈逐年显著上升趋势^[1],其中以初产妇尤甚^[2]。初产妇惧怕分娩疼痛,缺乏对围产期保健知识认知和分娩信心,且顾虑顺产后身材变化,担忧新生儿到来等,是导致初产妇的剖宫产率高主要因素^[3]。新型助产士实践模式在我国近年兴起的产前干预模式,可为孕产妇提供连续不断的专业产前照护,且能减低剖宫产率^[4]。本次研究将该模式应用于初产妇围产期,探讨其对初产妇分娩方式选择及妊娠结局的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2016年1月至2018年10月期间在诸暨市人民医院妇产科门诊进行产前检查的初产妇442例的病例资料。纳入标准:孕周在28~32周者;头胎、足月妊娠、单胎者;不具备剖宫产指征者;骨盆各径线值及胎儿双顶径值在正常范围内者;文化程度在初中及以上者;签署知情同意书者。排除标准:高龄产妇;存在妊娠期合并症或并发症者;存在孕期高危因素者;精神障碍或认知功能不全者;孕期产检过程中出现异常情况者;产前甲状腺功能异常等内分泌系统疾病者;有听力、语言交流、智力障碍或行为问题者;其他系统疾病者。最终156例初产妇纳入研究,并遵循密封信封法随机分组,分为对照组和观察组,各78例。两组患者基线资料见表1,两组比较,差异无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组给予常规产前门诊检查及孕期常规指导。观察组在以上护理基础上,为初产妇提供定题助产士团队的产前门诊咨询服务。①定题助产士团队设立:增设助产士产前门诊,设立以“提高初产妇自然分娩率和改善妊娠结局”活动主题,于每周一、三、五及周末上午8:00~12:00开诊,选

表1 两组基线资料对比

基线资料	观察组($n=78$)	对照组($n=78$)
年龄/岁	28.25 ± 3.58	28.19 ± 3.46
孕次/次	1.25 ± 0.56	1.27 ± 0.72
体重/kg	57.98 ± 8.01	58.12 ± 7.89
学历/例		
初中	15	13
高中或大专	38	42
本科及以上	25	23
髌棘间径/cm	24.55 ± 1.54	24.67 ± 1.49
髌嵴间径/cm	26.54 ± 1.63	26.48 ± 1.71
骶耻外径/cm	19.65 ± 1.05	19.78 ± 1.11
坐骨结节间径/cm	8.65 ± 0.55	8.71 ± 0.61
胎儿双顶径/cm	84.54 ± 3.55	84.26 ± 3.56

择产房工作经验在10年及以上、职称在中级及以上、沟通表达能力良好的临床一线助产士5名组成定题助产士团队。②孕32周产前教育:与初产妇及家属建立良好医患关系,根据孕妇意愿制定分娩计划并记录存档,内容包括入院待产环境要求、镇痛方法选择、母乳喂养时间选择等。干预时间在20~40 min。③孕34~35周产前教育:采用多媒体为初产妇展示产房实景图及录像,让其了解产房环境消除陌生感及紧张感。采用模型为初产妇形象展示子宫、胎盘、脐带、胎儿,并将子宫、胎盘等比作大地、树根、树干、果实,让产妇认识胎盘牢固在子宫对胎儿安全的重要性,讲解胎盘早剥、胎膜早破、脐带脱垂等对胎儿的危害。为孕妇讲解临产征兆,规律性子宫收缩的表现及特性,指导其自数胎动,学会识别先兆临产征兆及应对措施,掌握破水的处理方法和入院时间,提前做好分娩心理准备和物品准

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.010.028

作者单位:311800 浙江诸暨,诸暨市人民医院妇产科

备,并告知丈夫在产程中作用和家属陪伴的作用。干预时间在20~40 min。④孕36周产前教育:助产士应用幻灯片或3D模拟分娩视频为初产妇介绍三个产程感受、操作流程及配合要点。第一产程:帮助初产妇了解监测胎心音、宫缩、产程进展情况;为初产妇示范分娩自由体位,学会转换待产不适体位;助产士配合视频现场示范并指导初产妇在宫缩时拉马泽呼吸法,学会运用分娩球,掌握缓解产痛的按摩手法,并为其讲解麻醉无痛分娩,为其展示骨盆内器官排列,讲解第一产程2~4 h排尿重要性和意义,同时,使产妇注意在宫口近开全时,切忌擅自去厕所和用力排便。第二产程:利用分娩模型为初产妇讲解接产步骤,通过骨盆模型使其认识骨盆入口平面、中骨盆及出口平面径线变化,告知在分娩过程中的配合要点。第三产程:采用婴儿模型教具为初产妇讲解胎头径线特点,以便产妇明确头盆关系变化,为其讲解、演示胎儿在产道中的连贯下降过程,使初产妇认识分娩机制,识别正常和非正常产程,消除非客观认知。干预时间在20~40 min。⑤孕37周产前教育:为产妇讲解胎盘置留和留脐带血的注意事项和处理措施。干预时间在20~40 min。⑥孕38~39周产前教育:利用幻灯片和视频形式为初产妇介绍产褥期保健知识。干预时间在20~40 min。

1.3 观察指标 ①分娩方式:包括正常阴道分娩、阴道助产、自愿剖宫产、非自愿剖宫产。②分娩认知行为:干预前后,采用分娩知识问卷^[5]对两组初产妇的基本知识、何时住院分娩、生理认知、心理认知、知识来源共5个方面进行评估,得分越高,表明初产妇掌握分娩知识情况越佳。③应对方式:干预前后采用简易应对方式问卷^[6]评估,内容涉及积极应对方式和消极应对方式,采用Likert 4等级评分法(0~3)分,分别为不采用、偶尔采用、有时采用及经常采用共4个选项,得分越高,表示个体越倾向选择相对应的应对方式解决问题。④社会支持:干预前后采用《社会支持评量表》^[7]评估,得分越高,表示初产妇社会支持越高。⑤妊娠结局:统计两组初产妇围生期并发症发生情况(产后出血、产程延长、会阴伤口感染、裂伤情况和胎盘胎膜遗留等)和新生儿不良结局(早产、新生儿窒息、死亡等),采用新生儿Apgar评分评估两组新生儿情况,当Apgar评分 ≤ 7 分记录为新生儿Apgar低评分。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件分析处理。

计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用独立样本 t 检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇分娩方式比较见表2

表2 两组初产妇分娩方式比较/例(%)

组别	<i>n</i>	正常 阴道分娩	阴道 助产	自愿 剖宫产	非自愿 剖宫产
观察组	78	57(73.08)*	5(6.41)*	13(16.67)*	3(3.85)*
对照组	78	28(35.90)	8(10.26)	35(44.87)	7(8.97)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组的正常阴道分娩率明显高于对照组,阴道助产率、自愿剖宫产率和非自愿剖宫产率明显低于对照组(χ^2 分别=192.94、13.50、196.63、31.20, $P<0.05$)。

2.2 两组干预前后的初产妇分娩认知行为、应对方式、社会支持评分对比见表3

表3 两组分娩认知行为、应对方式、社会支持评分比较/分

组别	分娩认知 得分	应对方式		社会支持 总分
		积极	消极	
观察组				
干预前	8.16 \pm 1.76	1.02 \pm 0.22	1.98 \pm 0.36	38.64 \pm 7.12
干预后	18.25 \pm 3.21*	1.89 \pm 0.32*	1.08 \pm 0.21*	45.89 \pm 8.23*
对照组				
干预前	8.32 \pm 1.81	1.04 \pm 0.19	1.96 \pm 0.33	38.18 \pm 7.34
干预后	13.59 \pm 2.58	1.46 \pm 0.26	1.54 \pm 0.28	41.36 \pm 8.12

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,干预前两组患者分娩认知得分、积极应对方式评分、消极应对方式评分、社会支持总分比较,差异无统计学意义(t 分别=0.56、0.61、0.36、0.39, P 均 >0.05)。干预后,观察组的分娩知识问卷得分、积极应对方式评分、社会支持总分明显高于对照组(t 分别=9.99、7.66、3.46, P 均 <0.05),消极应对评分明显低于对照组($t=-9.66$, $P<0.05$)。

2.3 两组妊娠结局比较见表4

由表4可见,观察组的产妇围生期并发症总发生率和围产儿结局中早产率、新生儿窒息率及新生儿Apgar低评分率明显低于对照组(χ^2 分别=157.30、105.30、97.50、124.18, P 均 <0.05)。

表4 两组妊娠结局比较

组别	n	产妇围生期并发症情况					围产儿结局//例(%)		
		产后出血 /例	会阴伤口感染、 裂开/例	产程延长 /例	胎盘胎膜 滞留/例	总发生 率/%	早产	新生儿窒息	新生儿Apgar 低评分
观察组	78	1	0	1	0	2.56*	3(3.85)*	0*	4(5.13)*
对照组	78	4	3	4	2	16.67	12(15.38)	5(6.41)	15(19.23)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

本研究针对初产妇的特点特性,将定题助产团队的前门诊咨询服务应用于我院156例初产妇围产期干预中,观察组的正常阴道分娩率明显高于对照组,阴道助产率、自愿剖宫产率和非自愿剖宫产率明显低于对照组,提示定题助产团队的前门诊咨询服务可帮助初产妇提高自然分娩意愿,减少剖宫产率,与金梅等^[9]报道一致。考虑其原因在于,助产士属于新型产科服务模式,注重医学产科模式由传统以“医护人员为中心”的医疗处理过程逐渐转变为“以孕妇为中心”的自然分娩过程,由产经验丰富的产高年资助产士坐诊,为孕产妇提供包括妊娠、分娩及产后的个性化教育,对其生理、心理、精神和社会健康进行持续关注,引导其正确选择分娩方式,对产妇实施围产期连续性照护等,能避免传统医疗模式所带来的非必要的产时干预,满足孕产妇身心需求,支持并促进其自然分娩从而降低剖宫产术选择率^[8,9]。

本次研究中观察组的分娩认知行为、积极应对能力和社会支持水平改善效果明显优于对照组($P < 0.05$),分析原因,定题助产士团队针对初产妇此心理特性和行为特点,在不同孕周进行针对性教育和指导,能消除初产妇的陌生、恐惧心理,纠正其对妊娠分娩不正确认知,能增强其积极应对困难信念,提高其社会支持水平;提高初产妇的临产时安全性;同时,能纠正产妇负性情绪,调节中枢神经和内分泌功能紊乱,提高机体痛觉耐受性,避免因心理应激反应造成产妇宫缩乏力和产程延长,以降低产后出血、难产风险^[10];定题助产士团队指导初产妇了解胎盘留置和留脐带血的注意事项和产褥期保健知识等,能有效降低产妇产后并发症,改善妊娠结局。因此,本次研究的观察组的围生期并发症总发生率和围产儿结局中早产率、新生儿窒息率及新生儿Apgar低评分率均明显低于单纯常规围产期干预的初产妇($P < 0.05$),说明该形式的护理干预模式可利于初产妇的母婴结局改善,与王波等^[9]和李霞

等^[11]报道一致。

综上所述,定题助产士团队参与产前门诊可有效提高初产妇的自然分娩意愿,降低以“社会因素”为指征的剖宫产率,有效提高其分娩时认知行为,促使产妇采用积极应对方式解决困难,增强其社会支持水平,从而有效改善母婴不良结局。

参考文献

- 张汉英,曹月华,张桂丽,等.近6年剖宫产率及剖宫产指征的相关因素调查研究[J].中国妇幼保健,2013,28(36):6028-6030.
- 蒋海霞,左洁,卫小玉,等.产妇焦虑、抑郁情绪与分娩方式及不良分娩结局的关系[J].检验医学与临床,2018,15(5):624-626,629.
- 范秀丽,季庆华,叶张艳,等.系统化心理干预对初产妊娠孕妇社会行为、分娩方式及妊娠结局的影响[J].实用预防医学,2018,25(3):352-354.
- 徐海燕.助产护士产前门诊对高龄初产妇分娩的影响[J].生殖医学杂志,2013,22(5):370-372.
- 金梅.助产士参与产前门诊对初产妇分娩认知行为及分娩结局的影响[J].安徽医药,2013,17(12):2171-2172.
- 汪向东.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999(增刊),122-124.
- 肖水源.社会支持评定量表[J].中国心理卫生杂志,1999(增刊):127-133.
- 彭艳俊,沈莺.助产士介入产前门诊对产妇应对方式、社会支持及其分娩方式的影响[J].中国医药导刊,2016,18(4):431-434.
- 王波,贺英英,郭肖兰.助产士咨询门诊建立对初产妇焦虑抑郁情绪和妊娠结局的影响[J].现代医学,2014,(8):925-928.
- 徐雯,莫应平,朱侠,等.初产妇情绪与应对方式、相关内分泌激素及妊娠结局的相关性[J].检验医学与临床,2018,15(6):848-851.
- 李霞,郑柳.助产士主导的体质量管理对妊娠结局的影响[J].临床医药文献杂志,2018,5(29):129.

(收稿日期 2019-05-05)

(本文编辑 蔡华波)