

# 心理护理结合体位护理干预对无保护会阴接生产妇影响

张兴琴 刘川 钟叶<sup>通讯作者</sup>

陆军特色医学中心 400050

**【摘要】**目的 探究联合实施心理护理与体位护理干预对无保护会阴接生产妇产生的影响。方法 以2021年1月至2022年8月为研究时间区间,甄选无保护会阴接生产妇一共100例实施研究分析,分组方法选择随机数字表法,可分为对照组和观察组,各50例,对照组实施常规护理干预措施,将心理护理结合体位护理干预应用于观察组内,比较两组产妇各产程时间、产后会阴情况、心理状态以及疼痛情况。结果 ①干预前对比观察组以及对照组HAMA以及HDMD评分,差异不显著无具备统计学意义( $P>0.05$ ),干预后观察组HAMA和HDMD评分高于对照组,差异显著具备统计学意义( $P<0.05$ );②第一产程和总产程时间观察组均短于对照组,差异显著( $P<0.05$ ),第二产程和第三产程时间两组无显著差异,不具备统计学价值( $P>0.05$ );③现实疼痛强度量表、言语反应量表以及视觉模拟量表等疼痛评价指标评分观察组均低于对照组,差异显著具备统计学意义( $P<0.05$ )。④会阴完整、I度裂伤观察组高于对照组,会阴侧切和II度裂伤观察组低于对照组,差异显著具备统计学意义( $P<0.05$ )。结论:联合实施心理护理与体位护理干预应用于无保护会阴接生产妇中可获得突出作用效果,利于改善患者心理状态,缓解疼痛,缩短产程,并且可改善产妇产后会阴情况,建议临床推广应用。

**【关键词】**心理护理;体位护理干预;无保护会阴接生;心理状态;产程;会阴情况

随着我国二孩政策的推出,剖宫产人数持续上升,由于剖宫产会对胎儿和产妇产生不良影响,因此人们对其的重视程度越来越高。阴道分娩往往具有更高的安全性,但是阴道分娩会产生剧烈疼痛,产妇易产生负面情绪,对分娩进程产生影响。因此,积极采取有效的心理干预措施予以负面情绪疏导,维持情绪稳定具有重要价值。过去在产妇分娩时,体位包括仰卧、站立、蹲姿、坐姿等,其中仰卧位可方便医护人员监测产妇产道情况和胎儿情况,但是产妇骨盆可塑性降低,会导致骨盆狭窄,继而导致产妇产娩出胎儿的阻力增加,延长产程<sup>[1-3]</sup>。由此可见,实施有效的体位护理具有重要价值<sup>[4]</sup>。基于此,本研究于2021年1月至2022年8月为期间从我院选取100例无保护会阴接生产妇作为研究对象,分析了心理护理结合体位护理干预的作用价值,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以2021年1月至2022年8月为研究时间区间,通过选取100例无保护会阴接生产妇展开分析研究,通过随机数字表法将其分为对照组( $n=50$ )和观察组( $n=50$ )。对照组患者年龄区间为22至34岁,平均值( $28.88 \pm 5.30$ )岁,孕周介于36~42年,平均孕周为( $39.88 \pm 2.31$ )周。观察组患者年龄区间为23至35岁,平均值( $28.88 \pm 5.31$ )岁,孕周介于36~42年,平均孕周为( $39.92 \pm 2.42$ )周。比较两组产妇各项一般资料,无显著差异, $P>0.05$ ,具备可比性。

纳入标准:(1)满足阴道妊娠相关指征;(2)胎儿属于足月头位;(3)单胎妊娠,且为初产妇;(4)本次研究得到伦理委员会的批准;患者及家属知情并主动配合开展研究。

排除标准:(1)患者存在甲状腺功能异常、糖尿病以及高血压;(2)患者胎儿窘迫,显著头盆不称;(3)患者并发精神类疾病。

### 1.2 方法

将常规护理干预措施应用于对照组内,监测胎心、健康宣教、监测生命体征等。

将心理护理结合体位护理干预应用于观察组内,具体方法如下:(1)心理护理。产妇在进入产程后多数会因为疼痛而产生负面情绪,继而会对分娩产生不良影响,尤其是初产妇,因为缺乏分娩经验,极易出现较重

的心理负担,需积极采取有效的心理疏导措施,认真安抚产妇,维持良好心理状态。要求护理人员耐心询问产妇阵痛情况和进度,讲解阵痛相关知识,消除负面情绪,稳定产妇情况,提升其安全感,提升产妇对疼痛的耐受程度,同时通过转移注意力等方式缓解疼痛。(2)体位护理。积极结合产妇实际情况,于护士阴道下用手膝支持俯卧位或上身直立位,于护士的辅助作用下每间隔30分钟变换1次体位,避免相同体位时间过长而对母婴产生损伤。

### 1.3 观察指标

比较两组产妇各产程时间、产后会阴情况、心理状态以及疼痛情况。

1.3.1 选择HAMA(汉密尔顿焦虑评估量表)和HAMD<sup>[7]</sup>(汉密尔顿抑郁评估量表)评估两组患者的心理情况,HAMD采用24项评估指标,严重抑郁评分大于35分,中度抑郁评分范围20~35分,可能抑郁评分范围9~20分,无抑郁评分小于8分;HAMA评分0~64分,严重焦虑评分大于29分,显著焦虑评分范围14~21分,可能焦虑评分范围8~14分,无焦虑评分小于7分;而后比较观察组以及对对照组患者认知水平评分以及心理顺应性评分,分数和评估指标呈现正相关性<sup>[5]</sup>。

1.3.2 各产程时间,第一产程、第二产程、第三产程时间以及总产程时间。

1.3.3 产后会阴情况,包括会阴完整、会阴侧切、I度裂伤、II度裂伤。其中I度裂伤主要指会阴皮肤和阴道入口黏膜存在撕裂,但出血量较少;II度裂伤主要指会阴体筋膜和肌层裂伤,对阴道后壁黏膜产生累及,同时向上延伸并撕裂,没有达到肛门括约肌<sup>[6]</sup>。

1.3.4 疼痛情况分别应用现实疼痛强度量表、言语反应量表以及视觉模拟量表进行评价,现实疼痛强度量表评分介于0~5分之间,言语反应量表评分介于0~60分之间,视觉模拟量表评分介于0~10分之间,评分越高表示疼痛越剧烈<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学方法

使用SPSS22.0统计软件处理分析此次研究全部数据,满足正态分布,计数数据应用“[例(%)]”表示,差异检验采用“ $\chi^2$ ”,计量数据采用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示,差异检验采用“t”, $P<0.05$ ,表示有意义。

## 2 结果

2.1 两组患者 HAMA 和 HDMD 评分改善情况比较

干预前对比观察组以及对照组 HAMA 以及 HDMD 评分, 差异不显著无具备统计学意义 ( $P>0.05$ ), 干预后观察组 HAMA 和 HDMD 评分高于对照组, 差异显著具备统计学意义 ( $P<0.05$ )。详细数据如表 1 所示。

表 1 对比两组患者干预前后的 HAMA 和 HAMD 评分 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	HAMA		HDMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	37.44 ± 3.62	11.20 ± 3.16	34.13 ± 4.10	12.12 ± 3.38
对照组	50	37.58 ± 3.71	19.58 ± 3.08	34.25 ± 4.12	20.85 ± 3.06
t	-	0.191	13.428	0.146	13.539
P	-	0.849	0.000	0.884	0.000

2.2 各产程时间对比

第一产程和总产程时间观察组均短于对照组, 差异显著 ( $P<0.05$ ), 第二产程和第三产程时间两组无显著差异, 不具备统计学价值 ( $P>0.05$ )。见表 2。

表 2: 对照比较各产程时间组间差异 ( $\bar{x}\pm s$ , min)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程时间
对照组	50	514.65 ± 126.15	47.11 ± 10.64	5.88 ± 1.57	568.95 ± 129.79
观察组	50	451.24 ± 126.35	49.45 ± 10.26	6.09 ± 1.45	506.42 ± 132.65
t	/	2.511	1.119	0.695	2.382
P	/	0.014	0.266	0.489	0.019

2.3 疼痛情况对比

现实疼痛强度量表、言语反应量表以及视觉模拟量表等疼痛评价指标评分观察组均低于对照组, 差异显著具备统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3: 对照比较疼痛情况组间差异 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	现实疼痛强度量表	言语反应量表	视觉模拟量表
对照组	50	3.98 ± 0.85	29.65 ± 4.36	8.75 ± 1.86
观察组	50	2.75 ± 0.64	20.24 ± 4.62	6.34 ± 1.65
t	/	8.174	10.474	6.854
P	/	0.000	0.000	0.000

2.4 产后会阴情况对比

会阴完整、I 度裂伤观察组高于对照组, 会阴侧切和 II 度裂伤观察组低于对照组, 差异显著具备统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4: 对照比较产后会阴情况组间差异[n (%)]

组别	例数	会阴完整	会阴侧切	I 度裂伤	II 度裂伤
对照组	50	10 (20.00)	23 (26.00)	14 (28.00)	10 (20.00)
观察组	50	2 (4.00)	11 (22.00)	27 (54.00)	2 (4.00)
$\chi^2$	/	6.061	6.417	6.986	6.061
P	/	0.014	0.011	0.008	0.014

3 讨论

临床中阴道分娩属于常见分娩方式, 保护会阴接生技术属于传统接受措施, 而无保护会阴接生技术则是以传统接受措施为基础实施进行改进的新型技术, 需助产士在接生期间辅助胎儿俯屈, 保证胎儿顺利通过产道, 降低会阴撕裂出现<sup>[8]</sup>。通过实施无保护会阴接生可有效保护会阴部位, 减少会阴水肿, 缩短伤口愈合时间, 利于阴道分娩, 确保母婴安全<sup>[9]</sup>。在提倡阴道分娩, 减少人为干预的过程中缩短产程时间, 减少产妇疼痛<sup>[10]</sup>。

本次研究所得结果提示, 干预后观察组 HAMA 和 HDMD 评分高于对照组; 第一产程和总产程时间观察组均短于对照组; 现实疼痛强度量表、言语反应量表以及视觉模拟量表等疼痛评价指标评分观察组均低于对照组; 会阴完整、I 度裂伤观察组高于对照组, 会阴侧切和 II 度裂伤观察组低于对照组。由此可知, 联合实施心理护理与体位护理干预应用于无保护会阴接生产妇中可获得突出作用效果, 利于改善患者心理状态, 缓解疼痛, 缩短产程, 并且可改善产妇产后会阴情况, 分析原因: 产妇阴道分娩期间因为宫缩会导致疼痛感加重, 产妇极易产生负面情绪, 积极给予心理安抚, 选择合适体位对疼痛缓解具有十分重要的价值。仰卧位属于常见分娩知识, 利于医护人员观察阴道和胎儿情况, 但是早期应用该体位时会阻碍宫口扩张<sup>[11]</sup>。通过实施体位护理可保证母婴安全, 让产妇自行选择分娩知识, 可缩短产程, 缓解疼痛, 避免仰卧位导致的宫缩乏力<sup>[12]</sup>。在体位护理过程中助产士指导产妇更换体位, 利于产妇执行配合宫缩, 利于胎儿娩出, 在配合实施心理护理的情况下, 可针对性干预不良情绪, 促使产妇能够正确应对疼痛, 维持情绪稳定, 并配合助产士<sup>[13]</sup>。

综上所述: 联合实施心理护理与体位护理干预应用于无保护会阴接生产妇中可获得突出作用效果, 利于改善患者心理状态, 缓解疼痛, 缩短产程, 并且可改善产妇产后会阴情况, 建议临床推广应用。

参考文献:

- [1] 杨在霞, 杜娟. 无保护会阴接生法在初产妇自然分娩中的应用效果观察[J]. 中国基层医药, 2022, 29 (06): 816-819.
- [2] 甘新春. 产妇侧卧位分娩配合无保护会阴接生的临床护理价值[J]. 宜春学院学报, 2022, 44 (03): 76-78.
- [3] 宋艳芳. 无保护会阴接生法对阴道分娩产妇会阴裂伤程度及产后疼痛的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (05): 869-872.
- [4] 兰云乔. 体位护理干预在无保护会阴接生产妇中的应用效果及价值研究[J]. 中外医疗, 2022, 41 (06): 181-184+189.
- [5] 静睿亚, 李阳. 心理护理结合体位护理在无保护会阴接生产妇中的应用[J]. 临床医学工程, 2022, 29 (01): 99-100.
- [6] 李波, 杜继贤. 硬膜外镇痛分娩与非镇痛分娩产妇无保护会阴接生宫颈及会阴裂伤程度对比的临床研究[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (32): 4613-4614.
- [7] 王洁, 戚璋红, 吴海花. 无保护会阴接生对产妇分娩结局的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (28): 4142-4143.
- [8] 吕丽平, 谢小欢. 体位护理干预对无保护会阴接生产妇的影响研究[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (20): 131-132.
- [9] 邱瑞颖, 王娜娜, 李昱. 全程心理护理结合无保护会阴接生法对初产妇分娩方式和会阴损伤情况的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7 (03): 89-91.
- [10] 臧艳. 产妇侧卧位分娩配合无保护会阴接生的临床护理[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (26): 142-143.
- [11] 邓金凤, 喻莉. 体位护理干预在无保护会阴接生产妇中的临床应用研究[J]. 海军医学杂志, 2020, 41 (04): 424-426.
- [12] 曾丽容, 梁燕嫦, 吴结英, 陈小莲. 无保护会阴接生技术对正常分娩初产妇的临床价值探讨[J]. 吉林医学, 2020, 41 (07): 1680-1681.
- [13] 彭泉. 无保护会阴接生法在提高产妇自然分娩率的临床应用价值研究[J]. 临床医学工程, 2020, 27 (07): 891-892.