

增加了患者安全感和认可度^[8]。同时,针对患者的病情科学地讲解手术的效果及术后可能出现的问题,避免夸大手术效果,减少病人的心理落差,从而提高患者的满意度。

综上所述,SBAR 标准化沟通模式充分体现了以患者为中心的优质护理服务理念,增进护患之间的信任感,改善了患者口腔的清洁度,提高患者满意度,确保沟通的有效性,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 任国琴,易利华,张燕,等.标准化沟通模式对医护患三方满意度的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(27):3453-3456.
- [2] 张春萍,安俊红.SBAR 沟通模式在激光美容治疗护患沟通中的应用[J].护理研究,2018,32(17):2791-2793.
- [3] 洪美娜,杨彩虹.口腔冲洗在口腔内手术后患者护理中的应用[J].中国卫生标准管理,2017,7(20):255-257.

- [4] Raymond M, Harrison MC. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology [J]. SAfr Med J, 2014, 104 (12): 850-852.
- [5] 杨敏. 239 例颌骨骨折的围手术期整体护理 [J]. 医学信息, 2009, 22 (5): 477-479.
- [6] 张薇,王美香,徐倩.SBAR 标准化沟通模式在门诊造口患者护理中的应用 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2018, 4 (9): 143-145.
- [7] 朱丽萍,周焕芳,任国琴,等.标准化沟通模式在急性心肌梗死患者中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23 (27): 3468-3471.
- [8] 沈蕴之,蒋红,黄莺,等.个体化现状-背景-评估-建议沟通模式的临床应用及效果评价 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49 (6): 688-692.

(收稿日期:2018-12-28)

(本文编辑:郭俊杰)

探讨手术室护士对剖宫产产妇实施心理护理的临床价值

尹红芳

【摘要】目的 探讨手术室护士对剖宫产产妇实施心理护理的临床价值。**方法** 选取 2016 年 12 月—2017 年 12 月于本院进行剖宫产手术的初产妇共 300 例作为研究对象,依据随机数表法分为干预组与对照组,每组各 150 例。对照组实施常规护理,干预组在常规护理基础上实施心理护理。分别于干预前及干预 7 d 对产妇的心理状态进行评估,并比较两组的术后疼痛发生情况、术后不良反应发生情况及产妇对护理的满意程度。**结果** 干预 7 d 后,干预组的 SAS [(40.94±3.66) 分 VS (47.77±3.71) 分] 及 SDS [(43.19±4.49) 分 VS (48.21±6.13) 分] 评分显示低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。剖宫产后 72 h, 干预组疼痛情况优于对照组,差异具有统计学意义 ($Z = 6.219, 0.000$)。干预组不良反应发生率为 6.0%, 显著低于对照组的 13.0% ($\chi^2 = 12.997, P < 0.05$)。干预组产妇护理满意度体优于对照组 ($Z = 10.261, P < 0.05$)。**结论** 手术室护士对剖宫产产妇实施心理护理可有效缓解患者的负面情绪,减少术后疼痛及不良反应,提高护理满意度,值临床上进行大力推广。

【关键词】 手术室; 护士; 剖宫产; 产妇; 心理护理

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.047

近年来,因多种原因致使我国的剖宫产率连年增高,部分大城市的剖宫产率甚至超过了 70%^[1]。从心理层面分析,剖宫产对于产妇属强烈的应激源,有可能引起产妇在围生期前后发生较大的应激反应,可能会对分娩结局产生影响^[2]。特别是初产妇对分娩充满恐惧产生较大的心理压力与负面情绪,会降低疼痛的忍耐程度,会对产后康复造成负面影响^[3]。故对产妇实施心理护理显得十分必要。本院手术室护士对剖宫产产妇实施心理护理,取得了较好的临床效果,现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:选取 2016 年 12 月—2017 年 12 月于本院进行剖宫产手术的初产妇共 300 例作为研究对象,依据随机数表法分为干预组与对照组,每组各 150 例。观察组年龄 21~33 岁,对照组年龄 22~35 岁。纳入标准:单胎,初产;孕周 37~42 周;符合剖宫产术指征^[4];意识清醒自愿参与本研究。排除标准:合并严重脏器病变患者;存在腹部手术史;中枢系

统障碍或精神病史患者。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 1,具有可比性。所有产妇均签署知情同意书,且本研究经本院伦理委员会批准。

2. 研究方法:对照组实施常规护理,护理内容包括:术前健康宣教,术前准备,术后饮食、生活及切口护理,同时仅以语言疏导进行浅显的心理护理。

观察组由手术室护士实施心理护理。耐心与产妇交流,评估产妇对于剖宫产的认知,评估产妇心理水平,对不合理的心理认知进行纠正,并讲解其负面情绪对于分娩结局的不利影响,协助产妇建立自我责任感。借助图文小册向产妇说明剖宫产手术过程、安全性及术后疼痛原因与控制等,缓解产妇的担忧情绪。进行反馈式提问,提高产妇对于产后疼痛与并发症的认识,建立信念,缓解负面情绪。具体实施方法如下:(1) 阳性暗示疗法:产妇入院即进行积极地心理疏导,通过与麻醉师、医生的交流进行语言暗示,给予阳性鼓励安慰。术中通过肢体动作及语调引导产妇积极回应。产后恢复时可邀请恢复好的病例进行现场宣教分享其分娩前后的心理状态,应

对方法与经验,对产妇产生榜样式暗示,激发产妇的自信心。
 (2) 音乐放松疗法:在温馨的环境下给产妇播放舒缓音乐,指导产妇于听音乐时进行冥想,或想象与宝宝嬉戏等,逐步放松。注意指导产妇进行全身放松,头至脚部肌群逐步收缩并放松,体会肌肉收缩至放松的感觉,每日 1 次,每次 15~25 min。
 (3) 呼吸调节疗法:产妇取舒服体位,左右手分别置于脑、腹部,经鼻缓慢吸气并憋气 2 s,后经口缓慢吐出,配合节奏性暗示,并注意感受自我的呼吸过程,有呼吸过程对自己进行轻松的暗示,体验身上放松的感觉,循环 20~30 次,每日 2 次。

3. 观察指标:分别于干预前及干预 7 d 对产妇的心理状态进行评估,并比较两组的术后疼痛发生情况、术后不良反应发生情况及产妇对护理的满意程度。
 (1) 焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 及抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS) 对产妇的心理状态进行评估, SAS 与 SDS 均有 20 小项,每项评分 1~4 分,得分越高焦虑或抑郁程度就越高^[5]。
 (2) 术后疼痛评估:剖宫产术后 72 h,采用视觉

模拟评分(Visual Analogue Score, VAS)^[6]进行评估,总分 0~10 分,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~7 分为中度疼痛,8~10 分重度疼痛。采用本院自制的满意度调查表,对护理满意度进行评估,总分 0~100 分,<60 分为不满意,60~80 为基本满意,>80 分为很满意。

4. 统计学处理:采用 SPSS 24.0 统计软件进行数据分析,计数资料以[n(%)]表示,进行 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,进行 t 检验;等级资料采用秩和检验取,以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

二、结果

1. 干预前后两组产妇负面情绪比较:干预前两组的 SAS 与 SDS 评分差异无统计学意义(P>0.05)。干预 7 d 后,干预组于对照组的 SAS 与 SDS 评分均显著低于干预前,差异具有统计学意义(P<0.05);且干预 7 d 后,干预组的 SAS 与 SDS 评分均显著低于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05)。见表 2-3。

表 1 两组一般资料比较

| 组别 | 平均年龄($\bar{x}\pm s$,岁) | 平均孕周($\bar{x}\pm s$,周) | 小学及以下(n) | 初中及高中(n) | 大专及以上学历(n) |
|------------|--------------------------|--------------------------|----------|----------|------------|
| 干预组(n=150) | 27.20±3.57 | 39.07±1.53 | 13 | 53 | 84 |
| 对照组(n=150) | 27.28±3.16 | 35.56±1.36 | 12 | 57 | 81 |
| 统计值 | -0.216 | 1.277 | | -0.259 | |
| P 值 | 0.829 | 0.202 | | 0.795 | |

表 2 两组产妇干预前后 SAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | 干预前 | 干预 7 d | t 值 | P 值 |
|------------|------------|------------|--------|-------|
| 干预组(n=150) | 55.61±5.82 | 40.94±3.66 | 26.085 | 0.000 |
| 对照组(n=150) | 55.56±6.32 | 47.77±3.71 | 12.275 | 0.000 |
| t 值 | 0.062 | -16.050 | | |
| P 值 | 0.950 | 0.000 | | |

表 3 两组产妇干预前后 SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | 干预前 | 干预 7 d | t 值 | P 值 |
|------------|------------|------------|--------|-------|
| 干预组(n=150) | 58.73±5.66 | 43.19±4.49 | 26.320 | 0.000 |
| 对照组(n=150) | 58.50±6.67 | 48.21±6.13 | 13.909 | 0.000 |
| t 值 | 0.325 | -8.081 | | |
| P 值 | 0.745 | 0.000 | | |

2. 两组剖宫产术后 72 h 疼痛情况比较:两组剖宫产术后 72 h 疼痛情况比较如表 4 所示,干预组疼痛情况优于对照组,差异具有统计学意义(Z=6.219,0.000)。

表 4 术后 72 h 两组疼痛情况比较(n)

| 组别 | 重度疼痛 | 中度疼痛 | 轻度疼痛 | 无痛 |
|------------|------|-------|------|----|
| 干预组(n=150) | 6 | 26 | 92 | 26 |
| 对照组(n=150) | 21 | 59 | 65 | 5 |
| Z 值 | | 6.219 | | |
| P 值 | | 0.000 | | |

3. 两组剖宫产术后不良反应发生情况比较:干预组不良反应发生率为 6.0%,显著低于对照组的 13.0%,差异具有统计学意义($\chi^2=12.997, P<0.05$)。见表 5。

表 5 剖宫产术后两组不良反应发生情况比较[n(%)]

| 组别 | 腹胀 | 尿潴留 | 产后出血 | 便秘 | 下肢静脉血栓 | 合计 |
|------------|----|-----|------|----|--------|----------|
| 干预组(n=150) | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 9(6.0) |
| 对照组(n=150) | 3 | 6 | 9 | 9 | 3 | 30(13.0) |
| χ^2 值 | | | | | | 12.997 |
| P 值 | | | | | | 0.000 |

4. 两组护理满意度比较:干预组产妇护理满意度体优于对照组,差异具有统计学意义(Z=10.261, P<0.05)。见表 6。

表 6 两组护理满意度比较(n)

| 组别 | 很满意 | 基本满意 | 不满意 |
|------------|-----|--------|-----|
| 干预组(n=150) | 127 | 27 | 6 |
| 对照组(n=150) | 28 | 102 | 20 |
| Z 值 | | 10.261 | |
| P 值 | | 0.000 | |

讨论 分娩是所有女性生命过程中不可或缺的生理过程,亦可说是女性生命过程中的重大应激事件^[7]。负面情绪如抑郁、焦虑等是产妇围生期最为常见的心理应激,特别是经验不足的初产妇特别明显^[8]。围生期负面情绪不仅会降低初为人母的幸福感和,还有可能致过多关注分娩后的疼痛反应,增加疼痛感受,不利于产后的康复^[9]。临床上围生期常规的手术室护理多集中于术前准备、术中配合及术后监护方面,对于产妇的心理变化重视不够,无法

完全消除产妇的负面情绪^[10]。

心理干预于 20 世纪 50 年代开始逐步被人所理解与接受,当下心理护理是提高护理质量的重要干预措施^[11]。确定负面情绪的来源认知,认知的偏差会加重负面情绪的产生^[12]。谢建英等^[13]报道显示,分娩初产妇的实际分娩疼痛值远小于心中所想。郭瑛等^[14]研究结果指出,多种心理干预手法综合使用,引导产妇正确认识剖宫产、负性情绪及术后疼痛,可有效缓解负面情绪。特别是正性暗示于细节之处采用目的性、针对性地语言或暗示,对产妇进行心理诱导,树立积极正面地心理效应^[15]。鲁为凤等^[16]研究显示,正性暗示可有效缓解围术期恐惧感。放松训练基于行为治疗,进行特定的引导方式使产妇进行身体放松。而音乐疗法则是借助音乐的节律对神经进行刺激,传导缓和的情绪,终达到调节负性情绪的作用^[17]。音乐放松疗法是将上述二者结合,有利于负性情绪的缓解。呼吸调节疗法是一种应激免疫干预技术能够帮助产妇于舒缓的呼吸节奏中控制自己的身体,提高控制感^[18]。应泽华等^[19]研究显示,在剖宫产产妇中开展呼吸调节疗法,有利于转移注意力,进行自我情绪调控,缓解术后疼痛。

本研究通过结合正性暗示疗法、音乐放松疗法及呼吸调节疗法对围生期初产妇进行心理干预,取得了较为显著的效果。结果显示,干预 7 d 后,干预组的 SAS (40.94 ± 3.66) 分 VS (47.77 ± 3.71) 分]及[SDS (43.19 ± 4.49) 分 VS (48.21 ± 6.13) 分]评分显示低于对照组($P < 0.05$)。剖宫产术后 72 h,干预组疼痛情况优于对照组($Z = 6.219, 0.000$)。与刘婷婷等^[20]研究结果相一致,说明对剖宫产产妇进行心理护理可显著缓解患者的负面情绪,减少术后疼痛。同时本研究结果还显示,干预组不良反应发生率为 6.0%,显著低于对照组的 13.0%,差异具有统计学意义($\chi^2 = 12.997, P < 0.05$)。干预组产妇护理满意度体优于对照组,差异具有统计学意义($Z = 10.261, P < 0.05$)。推测原因为,实施心理护理改善了产妇的心理状态,以积极心态的采取健康行为,有利于术后的康后,从而有利于减少术后不良反应,提高护理满意度^[21]。

综上所述,手术室护士对剖宫产产妇实施心理护理可有效缓解患者抑郁与焦虑情绪,减少术后疼痛,降低不良反应发生,促进剖宫产术后康复,提高护理满意度,值在临床进行大力推广。

参 考 文 献

- [1] Bao Y, Xu C, Qu X, et al. Risk factors for transfusion in cesarean section deliveries at a tertiary hospital [J]. *Transfusion*, 2016, 56 (8): 2062-2068.
- [2] Curran EA, Khashan AS, Dalman C, et al. Obstetric mode of delivery and attention-deficit/hyperactivity disorder: a sibling-matched study [J]. *Int Epidemiol*, 2016, 45(2): 532-542.
- [3] Wei KY, Chang SY, Wang SH, et al. Short-term starvation with a

near-fatal asthma attack induced ketoacidosis in a nondiabetic pregnant woman: A case report [J]. *Medicine*, 2016, 95 (26): e4042.

- [4] 郑媛媛, 邹颖, 范玲. 新产程标准实施后产程中剖宫产指征的变化及母儿预后分析 [J]. *中华妇产科杂志*, 2016, 51(4): 245-249.
- [5] Wang T, Yan J, Li S, et al. Increased insular connectivity with emotional regions in primary insomnia patients: a resting-state fMRI study [J]. *Eur Radiol*, 2017, 27(9): 1-7.
- [6] Reich A, Chatzigeorgkidis E, Zeidler C, et al. Tailoring the Cut-off Values of the Visual Analogue Scale and Numeric Rating Scale in Itch Assessment [J]. *Acta Derm Venereol*, 2017, 97(6): 759-760.
- [7] Lam YY, Ravussin E. Indirect calorimetry: an indispensable tool to understand and predict obesity [J]. *Eur Clin Nutr*, 2017, 71(3): 318-322.
- [8] Black M, Entwistle VA, Bhattacharya S, et al. Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices [J]. *BMJ Open*, 2016, 6(1): e008881.
- [9] Waalewijn BP, Van DA, Koroma AP, et al. Learning Curve Characteristics for Caesarean Section Among Associate Clinicians: A Prospective Study from Sierra Leone [J]. *World J Surg*, 2017, 41 (9993): 1-8.
- [10] 田玉闪, 杨会义, 刘雯爽, 等. 护理干预对硬膜外分娩镇痛中转剖宫产妊娠期高血压产妇的影响 [J]. *河北医药*, 2016, 38 (19): 3033-3036.
- [11] Rodin G, Lo C, Rydall A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer [J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36(23): 2422-2432.
- [12] Eckerdal P, Kollia N, Löfblad J, et al. Delineating the Association between Heavy Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression [J]. *PLOS One*, 2016, 11(1): e0144274.
- [13] 谢建英, 蔡玉娟, 钟少平, 等. 全程硬膜外分娩镇痛联合护理支持对产妇的影响 [J]. *解放军护理杂志*, 2016, 33(14): 29-31.
- [14] 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 (5): 911-914.
- [15] 陈亚芳, 徐芳, 邵爱娣, 等. 手术室正性暗示语言及细节护理对患者的影响 [J]. *北京医学*, 2017, 39(1): 107-108.
- [16] 鲁为凤, 曹勃, 黄晓惠, 等. 玻璃体切割手术患者围手术期使用正性暗示的效果评价 [J]. *实用医院临床杂志*, 2017, 14(3): 101-103.
- [17] 张玲, 蒋薇, 李灏来. 运用音乐疗法对深颞患者治疗时进行疼痛干预的护理研究 [J]. *国际口腔医学杂志*, 2016, 43(2): 137-139.
- [18] Dóro CA, Neto JZ, Cunha R, et al. Music therapy improves the mood of patients undergoing hematopoietic stem cells transplantation (controlled randomized study) [J]. *Support Care Cancer*, 2017, 25 (3): 1013-1018.
- [19] 应泽华, 孙德友, 徐鹏, 等. 不同术后镇痛方式对剖宫产产妇术后微循环与疼痛指标的影响比较 [J]. *四川医学*, 2017, 38(5): 554-556.
- [20] 刘婷婷, 费英俊. 浅析个体化心理护理联合健康教育对剖宫产产妇的临床影响 [J]. *山西医药杂志*, 2017, 46(22): 2809-2811.
- [21] 周雪微. 国际产科护理模式在孕妇产前紧张和恐惧心理护理中的效果分析 [J]. *中国计划生育学杂志*, 2017, 25(10): 57-60.

(收稿日期: 2019-02-26)

(本文编辑: 陈頔)