

针对性护理干预对产后抑郁症的影响

周海燕, 蒋红梅

(第三军医大学第三附属医院妇产科, 重庆 400042)

[中图分类号] R473.71

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)35-5030-03

产后抑郁症(postpartum depression)是女性生产之后最常见的精神障碍,主要是由于产后性激素、社会和心理因素带来的身体、情绪、心理等一系列的变化所造成的症状^[1]。产后抑郁症主要在产后 6 周内发生,抑郁症状可能会持续整个产褥期,在产后 3~6 个月可自行恢复。产后抑郁症的发病率在 15%~30%,其预防主要是通过产前针对性的心理疏导^[2]。本研究选取本院 2014 年 1 月至 2015 年 1 月收治的 92 例产妇为研究对象,初步探讨了实施针对性的护理干预措施对产妇产后抑郁症的影响与作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2014 年 1 月至 2015 年 1 月收治的 92 例产妇为研究对象,其中初产妇 78 例,经产妇 14 例,所有产妇均对本研究知情同意。采用随机数字表法进行分组,观察组 46 例实施针对性的护理干预措施,年龄 22~36 岁,平均(27.6±3.1)岁;其中,分娩男婴 24 例,分娩女婴 22 例;对照组 46 例仅接受基础护理,未实施针对性护理干预,年龄 23~35 岁,平均(26.8±2.9)岁;其中,分娩男婴 21 例,分娩女婴 25 例。所有产妇既往均无精神病史,具有较强的认知和沟通能力,学历均在初中文化程度以上,能配合完成本研究的调查与随访。两组临床资料比较,差异均有统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组产妇的临床资料比较($n=46$)

| 项目 | 观察组 | 对照组 | t/χ^2 | P |
|------------------------|----------|----------|------------|---------|
| 年龄($\bar{x}\pm s$,岁) | 27.6±3.1 | 26.8±2.9 | 1.278 2 | 0.204 5 |
| 孕周($\bar{x}\pm s$,周) | 37.8±1.4 | 37.5±1.3 | 1.065 0 | 0.289 7 |
| 分娩方式(n) | | | | |
| 顺产 | 26 | 27 | 0.012 0 | 0.912 9 |
| 剖宫产 | 20 | 19 | | |
| 产次(n) | | | | |
| 初产 | 38 | 40 | 0.027 8 | 0.867 7 |
| 经产 | 8 | 6 | | |
| 文化程度(n) | | | | |
| 高中以下 | 10 | 12 | 0.146 8 | 0.701 6 |
| 大专以上 | 36 | 34 | | |

1.2 方法

1.2.1 护理方法 对照组实施基础护理,包括常规的产科检查、产前基本教育及心理指导、产后基本健康指导等。观察组则在对照组基础护理的基础上实施针对性的护理干预措施:(1)从孕 20 周起夫妻双方参加本科室的定期授课,每周 1 次,帮助孕妇了解有关妊娠、分娩、新生儿护理等知识,增强其孕期

的自我监护能力,并以良好的心态迎接分娩。(2)对孕妇的资料进行收集,全面评估产妇的情况,并建立起良好的护患关系,做好产前的心理指导。(3)在分娩过程中进行导乐陪伴,指导孕妇深呼吸,保持轻松的心态,并触摸孕妇的腹部,使其腹部及会阴部的肌肉放松,并对其进行安慰及鼓励,使其转移疼痛的注意力;按其要求可使用导乐仪器,减轻疼痛;或者用镇痛泵,进行无痛分娩。(4)加强与产妇的产后交流,倾听她们的想法和感受,将成功的经验与产妇交谈,提高产妇的期望值,同时责任护士对产妇的身心、家庭支持情况及夫妻关系等进行评估。并了解产妇的心理状况及家属对产妇和婴儿的关心程度,及时地进行心理上的疏导,消除家庭成员间对婴儿护理等方面的分歧,帮助产妇协调好家庭关系。(5)加强产后相关知识的健康教育,加强育婴指导。(6)对于情绪不稳定或疑有产后抑郁症的产妇进行定期的访视,并随时为产妇提供心理方面的咨询。

1.2.2 问卷评定方法 分别于产前第 1 周、产后第 1 周、产后第 6 周对两组产妇进行问卷调查,共发放调查问卷 92 份,有效问卷 92 份,失访率为 0。爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)和焦虑自评量表(SAS)发给产妇后要求产妇在 1 h 内填完后交回。EPDS 表包括 10 项内容:(1)能看到事物有趣的一面;(2)欣然期待未来的一切;(3)当事情出错时,自己毫无必要地责备自己;(4)无缘无故感到焦虑和担心;(5)无缘无故感到害怕和惊慌;(6)很多事情使自己透不过气;(7)很不开心,以至失眠;(8)感到难过和悲伤;(9)不开心到哭;(10)想过要伤害自己。SAS 表包括 20 项内容:(1)觉得比平常容易紧张和着急;(2)无缘无故感到担心害怕;(3)容易心烦意乱或感到恐慌;(4)觉得可能将要发疯;(5)感到事事都很顺利,不会有倒霉的事情发生;(6)四肢抖动和震颤;(7)因头痛、颈痛和背痛而烦恼;(8)感到无力而且容易疲劳;(9)感到平静,能安静坐下来;(10)感到心跳很快;(11)因阵阵的眩晕而不舒服;(12)有阵阵要晕倒的感觉;(13)呼吸时进气和出气都不费力;(14)手指和脚趾感到麻木和刺激;(15)因胃痛和消化不良而苦恼;(16)必须频繁排尿;(17)手总是温暖而干燥;(18)觉得脸发烧发红;(19)容易入睡,晚上休息很好;(20)做噩梦。

1.2.3 抑郁评定标准^[3] 采用 EPDS 和 SAS 量表进行评定。根据症状的严重度,EPDS 问卷每项内容分 4 级评分,分别为 0、1、2、3 分,满分为 30 分,当总分小于或等于 5 分时为无抑郁;6~9 分为轻度抑郁; ≥ 10 分时为中重度抑郁。SAS 每项内容亦分为 4 级评分,分别为 1、2、3、4 分,满分为 80 分,当总得分分为 50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分及以上为重度焦虑。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对数据进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数与百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差

表 2 两组产前及产后 EPDS 和 SAS 评分比较($n=46, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

| 组别 | EPDS 评分 | | | SAS 评分 | | |
|----------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|
| | 产前 1 周 | 产后 1 周 | 产后 6 周 | 产前 1 周 | 产后 1 周 | 产后 6 周 |
| 观察组 | 9.7±2.4 | 8.5±1.8 | 6.9±0.9 | 32.4±3.9 | 34.1±4.1 | 34.8±3.8 |
| 对照组 | 9.6±2.3 | 9.2±2.1 | 12.1±2.8 | 32.7±4.1 | 35.8±4.2 | 39.6±4.7 |
| <i>t</i> | 0.204 0 | 1.716 5 | 11.991 5 | 0.359 6 | 1.964 4 | 5.386 4 |
| <i>P</i> | 0.838 8 | 0.089 5 | 0.000 0 | 0.720 0 | 0.052 6 | 0.000 0 |

异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组产前及产后 EPDS 和 SAS 评分比较 两组产妇在产前 1 周和产后 1 周的 EPDS 及 SAS 评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 产后 6 周时, 观察组 EPDS 和 SAS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

2.2 两组产后 6 周时抑郁症发生率比较 产后 6 周时, 观察组抑郁症发生率为 8.7%(4/46), 对照组为 28.3%(13/46), 观察组抑郁症发生率低于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2=4.049 2, P=0.044 2$)。

2.3 两组中产后抑郁症患者的恢复情况比较 对两组产妇进行 1 年的随访, 观察组 4 例产后抑郁症患者的抑郁症状在产后 3 个月内 3 例全部恢复, 对照组中 13 例产后抑郁症患者中仅 1 例在产后 3 个月内全部恢复; 观察组中有 1 例产后抑郁症患者在 3~6 个月内恢复, 对照组中有 9 例产后抑郁症产妇在 3~6 个月内恢复, 对照组中余下 3 例患者在产后 6 个月至 1 年时间内恢复, 两组产后抑郁症患者的恢复时间分布比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组中产后抑郁症患者的恢复时间比较[$n(\%)$]

| 组别 | <i>n</i> | <3 个月 | 3~<6 个月 | 6 个月至 1 年 |
|-----|----------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 4 | 3(75.0) | 1(25.0) | 0 |
| 对照组 | 13 | 1(7.7) | 9(69.2) | 3(23.1) |

3 讨 论

产后抑郁症患者在产后 4~6 周临床表现尤为明显, 主要为产妇的兴趣下降、情绪低落、心情压抑、对生活没有信心或激情、对亲人或婴儿失去了感情^[4]。产后抑郁症的发生原因主要为产后部分产妇充满压力, 导致情绪低落而出现产后心绪不良。而产后针对产妇采用的针对性护理干预措施主要是通过产前对产妇的心理疏导, 产后与产妇进行心灵的沟通, 建立起和谐的护患关系, 并即时排除产妇的心理问题及产妇与家庭内的问题, 对减少或避免产妇产后抑郁症的发生有重要的作用^[5]。

EPDS 是用于对产妇产后抑郁症进行初步筛查的自评表, 于 1987 年编制^[6]; 而本研究采用的 EPDS 为汉化修订的抑郁量表, 且修订后的 EPDS 信度为 0.76, 效度为 0.933 3, 当总分小于或等于 5 分时为无抑郁, 总分 6~9 分为轻度抑郁, 总分大于或等于 10 分为中重度抑郁, 该量表简单易懂, 操作方便, 具有良好的临床使用性能^[7]。而 SAS 是用于测量焦虑状态轻重程度及心理变化的量表, 在对产后抑郁症的评测中能辅助 EPDS 对产妇是否出现产后抑郁症做出更精确的预测^[8], 总得分 50~59 分为轻度焦虑, 60~69 分为中度焦虑, 70 分及以上则为重度焦虑^[9]。本研究在产前 1 周、产后 1 周、产后 6 周对所有产妇进行 EPDS 问卷调查, 实施针对性护理干预的观察组产妇得分明显下降, 提示产妇没有抑郁倾向的表现, 而实施基础

护理的对照组产妇 EPDS 得分有上升趋势, 提示产妇有抑郁倾向的表现。在 SAS 问卷调查中了解到, 所有产妇产前 1 周的评分均正常, 在产后 1 周的调查中观察组产妇评分略优于对照组, 在产后 6 周的调查中观察组评分明显优于对照组。在产后 6 周由本院精神科医生的诊断下观察组仅有 4 例产妇确诊为产后抑郁症, 对照组有 13 例产妇确诊为产后抑郁症, 表明针对性的护理干预能有效防止产妇产后抑郁倾向, 预防产后抑郁症的发生。

国内外相关研究显示, 产妇产后抑郁症可能导致产妇产生情感淡漠、心情压抑、泌乳量减少、创造性思维受损等并发症, 对母婴的身体健康造成严重的影响, 产妇产后抑郁症的阳性率为 6%~30%, 在国内部分地区则高达 40%^[10-11]。本研究通过对产妇产后 6 周的随访调查了解到, 接受针对性护理干预措施的产妇产后抑郁症发生率为 8.7%, 而未接受针对性护理干预措施的对照组产妇产后抑郁症发生率为 28.3%, 表明护理干预措施能有效降低产妇产后抑郁症的发生率, 这可能与针对性护理干预措施中对产妇心理、生理、家庭等各方面的干预密切相关^[12]。本研究在对产后抑郁症产妇 1 年的随访调查记录中发现, 接受针对性护理干预措施的产后抑郁症产妇在恢复时间上较未接受针对性护理干预措施的对照组孕妇快, 表明针对性护理干预措施能有效促进产后抑郁症患者的恢复。

综上所述, 产后抑郁症的病因主要是产妇产后情绪波动、内分泌变化、自身性格等, 对产妇做好产后的心理疏导, 并及时解决产妇家庭关系问题尤为重要。而针对性的护理干预通过贯彻产妇的心理、性格、家庭等方面, 全方位地对产妇产前和产后进行细心的护理, 可有效减少产妇产后抑郁症的发生, 改善产妇的不良情绪, 并且还能促进产妇抑郁症状的恢复。因此, 临床中对产妇应积极实施针对性的护理干预措施, 有效维护孕产妇的身心健康。

参考文献

- [1] 刘萍花, 肖亚. 产后抑郁影响因素及护理策略分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(33): 5402-5403.
- [2] Goyal D, Park VT, McNiesh S. Postpartum depression among Asian Indian mothers[J]. MCN Am J Matern Child Nurs, 2015, 40(4): 256-261.
- [3] 郭秀静. 爱丁堡产后抑郁症量表在成都地区产妇中应用的效能研究[J]. 四川大学, 2007, 25(1): 4-6.
- [4] 任菲菲, 刘沫, 王阳. 对产后抑郁症患者进行按摩护理的效果评价[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(17): 2692-2694.
- [5] 冯琼, 蔡茵, 周义文, 等. 分段心理干预对产后抑郁的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(5): 676-678.
- [6] Lee PJ, Liaw JJ, Chen CM. Concept analysis of postpartum depression[J]. Hu Li Za Zhi, 2015, 62(3): 66-71.
- [7] 王光丽, 吴小妹, 阙小妙. 全程人性化服务对孕期及产后抑郁的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(6): 830-832.

- [8] 谭红彤,刘丹,陈敏枝,等. 产后 6 周妇女产后抑郁症状调查分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(18):2812-2814.
- [9] Chuffo Siewert R, Cline M, Segre LS. Implementation of an innovative nurse-delivered depression intervention for mothers of NICU infants[J]. Adv Neonatal Care,2015,15(2):104-111.
- [10] 侯永梅,胡佩诚,张咏梅,等. 认知行为治疗联合系统性家庭治疗改善轻中度产后抑郁[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(10):741-747.
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.35.045
- [11] 王素芹. 护理干预对预防产后抑郁症的影响[J]. 现代预防医学,2011,38(8):1439,1444.
- [12] Goodman JH, Prager J, Goldstein R, et al. Perinatal dyadic psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial[J]. Arch Womens Ment Health, 2015,18(3):493-506.

(收稿日期:2016-05-26 修回日期:2016-08-14)

人性化护理在小儿麻醉诱导中的探讨*

钟雅,符明君,覃颖鲜,郑碧汝

(海口市第三人民医院手术室 571100)

[中图分类号] R473.72

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)35-5032-02

小儿临床麻醉是涉及人性和医学两个方面的重要课题,而随着现代医疗体制的不断完善,逐渐开始重视小儿临床麻醉的人性化干预,旨在为患儿提供更为人性化、舒适化的护理服务。在现代儿科临床护理领域,人性化护理理念及模式逐渐成熟,并广泛应用于儿科临床护理工作中,取得了较好的成绩,但人性化护理在小儿临床麻醉中的应用较为有限^[1]。为进一步探讨人性化护理在小儿临床麻醉中的应用效果,本研究选择 2014 年 4 月至 2016 年 3 月在本院实施麻醉诱导的 82 例患儿作为研究对象,对比分析了人性化护理改善麻醉诱导配合度、患儿情绪等方面的临床效果,旨在为小儿麻醉诱导护理提供一些启示,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 4 月至 2016 年 3 月在本院实施麻醉诱导的 82 例患儿作为研究对象,将其分为对照组和观察组,各 41 例。两组患儿均为 5 岁以下儿童,术前检查均符合手术指征,在本院择期手术治疗。观察组,男 38 例,女 3 例;年龄 8 个月至 5 岁,平均(2.75±2.29)岁;体质量 10~25 kg,平均(17.69±7.49)kg;术式:斜颈矫正术 2 例,小儿斜疝修补术 27 例,睾丸固定术 7 例,其他 5 例。对照组,男 37 例,女 4 例,年龄 8 个月至 5 岁,平均(2.75±2.29)岁;体质量 10~25 kg,平均(17.69±7.49)kg;术式:斜颈矫正术 2 例,小儿斜疝修补术 28 例,睾丸固定术 6 例,其他 5 例。两组患儿家属均自愿参与本次研究,并签署知情同意书,本次研究均经院护理部、医务科批准。受试患儿中已排除凝血功能障碍、智力发育异常、合并神经系统疾病等。两组患儿在年龄、体质量等一般资料方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患儿常规行麻醉诱导护理:术前常规访视及准备,告知患儿家长手术流程及注意事项,获得家属的同意及配合;术前护理人员接患儿到诱导室及手术室,稳定患儿情绪后行麻醉诱导。观察组患儿麻醉诱导期间应用人性化小儿麻醉诱导护理模式,具体如下。

1.2.1 术前访视 术前 1 d,手术室巡回护士与麻醉师一同

进入病房进行术前访视,以亲切的态度与患儿及家长交流;告知患儿家属手术流程、麻醉诱导期间需要配合的主要事项,告知患儿家属其将陪同患儿进入手术室进行麻醉诱导,注意控制自己情绪,配合医护人员操作,不要流露出紧张、恐惧情绪影响患儿情绪。

1.2.2 麻醉诱导前准备 在麻醉诱导室准备各种卡通图册,儿童喜爱的图形,营造轻松愉悦的氛围;室内增加音频播放设备,方便播放儿童喜欢的音乐。患儿进入诱导室前 30 min,调整室温及湿度,使患儿感觉温暖舒适。麻醉诱导室应准备好急救物品及器械,另外根据患儿手术需求准备好移送设备。

1.2.3 术前模拟演练 手术当日,巡回护士带领患儿及家属一同来到诱导室,模拟演练麻醉诱导程序,熟悉诱导室环境。护理人员帮助家属穿戴好防护设备,然后让家属带领患儿来到诱导室内,介绍麻醉诱导流程、家属配合方法及退出时间等。家属带领患儿在诱导室内玩耍、互动熟悉环境,护理人员引导家属拿起面罩放在口鼻处,然后逗乐患儿,再将面罩放在患儿口鼻处,让患儿觉得游戏好玩,不再排斥面罩^[2]。巡回护士也要以热情的态度主动与患儿做游戏,消除患儿的陌生感,为正式麻醉诱导做好准备。

1.2.4 麻醉诱导期间 患儿及家属一同进入麻醉诱导室,护理人员及家属一同与患儿做游戏,但不可奔跑、跳跃,让患儿感觉较为自在。巡回护士引导家属通过微笑、看图画、听音乐、说话等方式吸引患儿注意力,待分散患儿注意力后建立静脉通路,开始实施麻醉诱导。对于认知能力较强的患儿,尽量通过赞美患儿、奖励、鼓励等方式获得患儿的支持,然后护理人员可迅速、娴熟地完成静脉穿刺,尽可能避免多次穿刺引发患儿的躁动情绪。患儿可在母亲怀抱里进行麻醉诱导,达到浅麻醉后立即引导家属离开,避免增加感染等风险。需要移送患儿时,注意保护好各类导管及输液管等,巡回护士两人以上配合麻醉师将患儿移送至手术间。

1.3 观察指标

1.3.1 患儿配合程度评估 采用生活自理能力(ADL)量表配

* 基金项目:海南省医药卫生科研项目(1501032021A2001)。 作者简介:钟雅(1976—),副主任护师,本科,主要从事手术室护理与麻醉护理方面研究。