

• 临床探讨 •

母婴床旁护理对初产妇自我护理能力及护理满意度的影响

杜小雅

(海南省儋州市人民医院妇产科 571700)

摘要:目的 观察母婴床旁护理模式对初产妇自我护理能力及护理满意度的影响。方法 选取该科初产妇 178 例,随机分成对照组和观察组,对照组初产妇施行传统的母婴同室护理;而观察组初产妇则施行母婴床旁护理,比较两组初产妇的自我护理能力和护理满意度。结果 干预后,观察组患者焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分[(22.53±8.72)分、(29.48±7.82)分]低于对照组[(36.72±8.55)分、(40.12±10.85)分],差异有统计学意义($P<0.05$);观察组产妇自我护理能力优良率、护理满意度(84.27%、59.55%)高于对照组(92.13%、76.40%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 通过母婴床旁护理模式能有效改善产妇的负面心理,提高产妇自我护理能力及护理满意度。

关键词:母婴床旁护理; 初产妇; 自我护理能力; 护理满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.054 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)18-2789-03

随着对产妇及新生儿重视程度的不断提升,产科护理工作在不断的发生变化,积极探索新的模式已成为产科护理工作的发展方向^[1]。母婴床旁护理模式是产科创新型式的护理模式,其秉承以家庭为中心的服务理念,突出产妇以及家庭成员的作用,更好地为产妇及新生儿提供护理服务^[2]。本科于 2015 年开始采用母婴床旁护理模式对本科分娩的初产妇及其新生儿进行干预,取得了较满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取在本科进行分娩的 178 例初产妇为研究对象,根据入院日期分为观察组和对照组。纳入标准:年龄 18~40 岁,能独立完成本研究调查问卷的初产妇女;单胎,所分娩新生儿健康;入组前无特大疾病和精神障碍史;自愿参与及配合医务人员的指导和安排;签定知情同意书。排除标准:高龄产妇;合并其他主要脏器功能障碍者;虽为初产妇,但既往有过妊娠史,配合性差,不愿意听从医务人员的指导和安排;初产妇伴有精神障碍或沟通障碍者。两组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	观察组	对照组	χ^2/t	P
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	26.79±4.03	27.31±3.37	0.311	0.577
孕周($\bar{x}\pm s$,周)	39.12±0.75	40.52±0.64	0.492	0.483
住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	5.16±1.47	4.69±1.58	0.527	0.376
分娩方式[n(%)]				
阴道分娩	55(61.80)	58(65.17)	1.749	0.417
剖宫产	34(38.20)	31(34.83)		
新生儿性别[n(%)]				
男婴	47(52.81)	44(49.44)	2.318	0.509
女婴	42(47.19)	45(50.56)		
学历[n(%)]				
初中及以下	49(59.76)	43(52.44)	0.891	0.345
高中及以上	33(40.24)	39(47.56)		

1.2 方法 对照组给予传统的护理,新生儿的沐浴、抚触等护理均由医护人员完成,产妇及其家属不参与。对产妇及家属的教育由医务人员到病房,对病房内所有产妇及家属进行宣讲教

育。试验组给予母婴床旁护理,(1)床旁心理干预:采取“一对一”模式,责任护士每天到产妇床旁进行一次心理交流,时间为每次 20~30 min,主要了解初产妇的心理状态及认知水平等,耐心听取初产妇的诉说,针对患者的不同心理采取合理的护理方法,采用心理暗示和鼓励等心理治疗手段,逐渐消除产妇存在的负面情绪。床旁心理护理一直持续至产妇出院前 1 d^[3]。(2)床旁宣教:同样,采取“一对一”模式,在初产妇入院后即刻开展宣教服务。首先进行住院环境及医务人员情况介绍;其次就生产过程所需要准备的物品、胎动测定方法、饮食注意事项等方面做细致的讲解;第三,在产妇分娩前通过“一对一”模式床旁宣教让产妇全面认识分娩的过程,尤其是临产征兆以及母乳喂养的意义;最后,于分娩后对产妇进行产后恢复以及保健、新生儿护理、母乳喂养等方面的教育,以保证产妇能够对自己以及新生儿做好有效的护理。(3)床旁沐浴:在新生儿出生后 1 d,由医护人员在床旁通过实际操作向产妇及其家属示范新生儿沐浴的步骤,对于操作过程中涉及的技术要点要反复向产妇及家属强调^[4]。(4)床旁抚触:在新生儿沐浴前后或睡觉前等时段,首先由医护人员在新生儿相对平静和清醒的时候进行抚触,抚触过程中向产妇及家属讲解抚触步骤和要点,抚触的意义;其次,让产妇或其家属对新生儿进行抚触护理,医护人员在旁边指导^[5]。(5)床旁脐部护理:对新生儿进行脐部护理时,将护理方法及注意事项向产妇及家属说明,让其亲自动手参与到初生儿的护理过程中。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[6]进行评定。其中,SDS 共 20 个项目,4 级评分,标准分总分 53~62 为轻度抑郁,63~72 为中度抑郁,72 分以上为重度抑郁;SAS 共 20 个项目,四级评分,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。

1.3.2 产妇自我护理能力 采用自行设计的产妇自我护理能力调查问卷进行测评^[7],内容包括:下床、洗漱、修饰、如厕、哺乳、新生儿护理等方面的日常生活自理能力。(1)优:阴道分娩后 30 min 内可进行哺乳,6 h 内自解小便,分娩当天能下床、洗漱、修饰、如厕,第 2 天能进行新生儿护理;剖宫产当天哺乳,第 2 天能下床、洗漱、修饰、如厕,第 3 天能进行新生儿护理。哺乳需自行完成,其他活动可在家属协助下完成;(2)良:阴道分娩后 30 min 内哺乳,6 h 内自解小便,分娩第 2 天能下床、洗

漱、修饰、如厕,第 3 天能进行新生儿护理;剖宫产当天哺乳,第 2 天可在床上自解小便,第 3 天能下床、洗漱、修饰、如厕,能对新生儿进行部分护理。哺乳及其他活动均在家属协助下完成;(3)差:哺乳困难,不能参与新生儿的护理,自然分娩后 6 h 内不能自解小便,第 3 天才能下床,剖宫产第 3 天仍不能下床,日常生活完全依靠医务人员或家属。

1.3.3 满意度 采用自行设计的满意度调查表,该表有 12 个条目,包括:护士服务、技术、健康教育等内容,每个条目有满意、基本满意、不满意 3 个选项。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 *t* 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者心理状态比较 比较两组患者治疗前和结束时 SAS 评分和 SDS 评分改变情况,发现观察组在治疗结束时的 SAS 评分和 SDS 评分明显较对照组低($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心理状态变化比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	n	观察组		对照组	
		SAS	SDS	SAS	SDS
干预前	89	56.24±12.13	58.05±11.91	55.63±10.21	59.57±12.62
干预后	89	22.53±8.72 ^a	36.72±8.55 ^a	29.48±7.82	40.12±10.85
<i>t</i>	—	18.456	13.173	16.416	10.553
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$;—为此项无数据

2.2 两组产妇自我护理能力 观察组产妇自我护理能力优良率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组产妇自我护理能力[n(%)]

组别	n	优	良	差	优良率
观察组	89	50(56.18)	25(28.09)	14(15.73)	75(84.27)
对照组	89	30(33.71)	23(25.84)	36(40.45)	53(59.55)
χ^2	—	—	—	—	10.636
<i>P</i>	—	—	—	—	0.001

注:—为此项无数据

2.3 两组产妇护理满意度比较 观察组产妇护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组产妇护理满意度比较[n(%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意率
观察组	89	51(57.30)	31(34.83)	7(7.87)	82(92.13)
对照组	89	28(31.46)	40(44.94)	21(23.60)	67(76.40)
χ^2	—	—	—	—	13.394
<i>P</i>	—	—	—	—	0.000

注:—为此项无数据

3 讨 论

近年来,随着人们健康意识的不断提升,对于护理要求也越来越高,致使临床护理人员的工作内容以及工作方式均在不断地发生变化,尤其是产科护理,特别是初产妇,因其无生产经验,对于生育知识掌握较少,而伴随着新生儿的降生,产妇还要适应母亲的角色,需要有照顾新生儿的能力。而传统的产妇及

新生儿护理方法往往存在局限性甚至错误,对于产妇的恢复以及新生儿的护理均产生不利影响^[8]。因此,创新产科护理模式,对于提高产妇的自我保健及新生儿护理知识具有重要意义。

母婴床旁护理模式是产科的一种新型的护理措施,充分体现了护理干预“以人为本”的特点,该护理方法与传统的以医务人员为主的护理方法不同,在整个围生期对产妇及其新生儿的护理措施除医务人员进行操作外,整个过程产妇及家属均参与其中,并均在产妇床旁进行^[9];整个过程医务人员均在积极动员产妇及其家属进行新生儿护理,系统地、全面地讲解相关的护理措施的必要性,现场进行护理操作指导,不但使产妇及其家属充分掌握了正确的产妇保健知识,还提升了产妇及家属护理新生儿的能力,促进母婴生活质量的提升,增强产妇及家属育儿的信心^[10]。本研究结果显示,在干预前,两组患者的焦虑、抑郁评分均较高表明初产妇均存在不同程度的心理障碍,而干预后两组患者焦虑、抑郁评分有不同程度的减轻,与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明有效的护理干预,能够改善产妇的心理状态,而母婴床旁护理对于产妇心理的改善效果要优于传统护理。观察组护理后自我护理能力的优良率及护理满意度明显高于对照组($P < 0.05$),与以往研究结果一致^[11-12]。说明床旁护理措施对提高产妇自我护理能力以及护理满意度十分重要。这主要是由于母婴床旁护理模式,将母婴护理场所移至产妇床边,采取“一对一”的交流模式对产妇进行心理、健康教育等护理,为新生儿进行沐浴、抚触及脐部护理等操作,使产妇及家属真正参与到新生儿护理过程中,掌握新生儿护理技能,规范护理操作方法;同时床旁护理措施也增加了医务人员、产妇及新生儿之间的交流,使新生儿能够得到更加安全舒适的护理。充分体现了以家庭为中心的服务理念。

综上所述,通过母婴床旁护理模式能有效改善产妇的负面心理,提高产妇自我护理能力及护理满意度,对新生儿的护理具有积极的影响。但本研究主要集中于院内护理干预,并未在产妇出院后进行后续相关护理干预,为使干预效能扩大、延伸,所以,未来还需要把护理模式延续到出院后,以加强对产妇的指导和关爱,更好地提高护理效果。

参考文献

- [1] 方翠灵. 母婴床旁护理对产妇及其家属遵医行为的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(15): 51-52.
- [2] 殷秀珠, 陈小荷, 胡善荣, 等. 个体化母婴床旁护理指导在初产妇中应用效果观察[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(15): 24-25.
- [3] 高金兰, 尤丽. 床旁护理模式在初产妇母亲角色适应中的应用[J]. 南通大学学报, 2013, 33(1): 61-63.
- [4] 吴丽萍, 胡晓斐, 王叶飞. 初产妇母亲角色适应与应对方式及社会支持的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(5): 410-413.
- [5] Liu CC, Chen YC, Hsieh YS. Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care[J]. Adv Nurs, 2012, 68(4): 908-918.
- [6] Tran US, Stieger S, Voracek M. Psychometric analysis of Stber's social desirability scale(SDS-17): an item response theory perspective[J]. Psychol Rep, 2012, 111(3): 870-884.

[7] 陈小英. 床旁护理对初产妇自我保健知识及新生儿护理能力的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(20): 34-35.
 [8] 黄泽云. 母婴床旁护理对产科护理工作满意度的影响[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(22): 39.
 [9] 冯祺荣. 母婴床旁护理对初产妇自我护理能力及护理满意度的影响[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(2): 110-111.
 [10] 莫彩燕. 母婴床旁护理新模式在产科病房的应用效果观察[J]. 临床探讨 •

察[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(8): 57-58.
 [11] 吴丽娜. 母婴床旁护理对初产妇的新生儿护理能力及护理满意度的影响[J]. 河北医学, 2016, 22(7): 1206-1207.
 [12] 陈珺. 母婴床旁护理模式在初产妇护理中的实施效果分析[J]. 健康研究, 2014, 34(2): 222-224.

(收稿日期: 2017-05-20 修回日期: 2017-06-29)

快速康复护理对腹腔镜胆囊切除术术后康复中的效果研究

黄花香

(海南省三亚市人民医院肝胆外科 572000)

摘要:目的 探讨快速康复护理的应用对腹腔镜胆囊切除术(LC)患者术后恢复的影响。方法 选取腹腔镜胆囊切除术患者 122 例为研究对象, 按照入院日期分为观察组和对照组, 各 61 例, 对照组应用常规护理, 观察组依照快速康复外科理念进行护理, 比较两组患者术后康复效果。结果 观察组下床活动时间、肛门首次排气时间及住院时间均短于对照组[(9.52±0.37) vs. (16.15±0.28), (22.91±0.62) vs. (33.93±0.79), (3.02±1.54) vs. (4.67±1.30)], 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组在治疗结束时的焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分明显较对照组低[(22.53±8.75) vs. (29.46±7.76), (36.73±8.52) vs. (40.07±10.82)]($P < 0.05$); 观察组术后疼痛程度及并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论 快速康复护理应用于腹腔镜胆囊切除术围术期护理中, 能够加速患者的康复速度, 改善患者不良情绪, 减轻疼痛, 降低并发症。

关键词:快速康复护理; 腹腔镜胆囊切除术; 术后康复; 满意度

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.055 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)18-2791-03

腹腔镜胆囊切除术(LC)是胆道外科常用的手术, LC 具有创伤小、出血少、术后恢复快等优点^[1], 现今被临床广泛用于胆石症的治疗, 但随着应用的广泛, 临床学者发现, LC 仍会对患者产生损伤, 如恶心、食欲下降、腹胀等, 加上患者对疾病的自护能力相对较差, 因此对患者术后恢复也产生一定的影响^[2]。快速康复外科(FTS)是通过应用各种已被证实有效的方法减少手术应激反应、促进术后康复的目的, 因此腹腔镜外科技术结合 FTS 的发展模式, 已经成为当今外科手术的发展方向之一^[3]。本研究对 LC 患者应用 FTS 对其实施护理, 取得了满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象来自 2015 年 1—12 月在本院行 LC 治疗的患者 122 例, 按照入院日期分为观察组(2015 年 1—6 月)与对照组(2015 年 7—12 月), 各 61 例。纳入标准: 年龄 ≥ 18 岁; 计划行 LC 手术治疗者; 能独立完成本研究调查问卷, 依从性好; 无腹腔感染; 入组前无特大疾病和精神障碍史; 自愿参与配合医务人员的指导和安排。排除标准: 恶性胆囊性疾病; 合并其他主要脏器功能障碍者; 妊娠期妇女; 配合性差, 不愿意听从医务人员的指导和安排; 入组前 2 周内应用过影响胃肠动力的药物; 合并有肝炎、黄疸以及免疫系统疾病; LC 手术禁忌者。两组患者基线资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。本研究经本院伦理委员会批准, 所有患者均签定知情同意书。

表 1 两组研究对象基线资料比较

项目	观察组(n=61)	对照组(n=61)	χ^2/t	P
性别[n(%)]				
男	48(78.69)	46(75.41)	1.074	>0.05
女	13(21.31)	16(24.59)		

续表 1 两组研究对象基线资料比较

项目	观察组(n=61)	对照组(n=61)	χ^2/t	P
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	45.01±11.57	44.17±12.96	0.702	>0.05
病程($\bar{x} \pm s$, 年)	4.46±0.57	4.61±0.43	0.793	
疾病类型[n(%)]				
单纯性胆囊结	16(26.23)	14(22.95)	0.679	>0.05
结石性胆囊炎	28(45.90)	30(49.18)		
胆囊息肉	17(27.87)	17(27.87)		
文化程度[n(%)]				
初中及以下	38(62.30)	41(67.21)	0.785	>0.05
高中及以上	23(37.70)	20(32.79)		

1.2 方法

1.2.2 护理方法 两组患者均采用 LC 手术治疗, 手术均由同一组医师完成, 均采用气管插管静脉复合麻醉。对照组患者给予常规护理, 包括术前指导、术前检查、手术配合以及健康指导等。观察组患者应用 FTS 理念实施护理干预, 具体方法如下: (1) 术前护理。①健康指导及心理护理: 术前由护士到患者床前进行“一对一”的沟通, 向患者介绍疾病的相关知识, 手术方法, 麻醉配合以及术前术后注意事项等^[4]; 并在指导的过程中通过与患者的交谈, 掌握患者的情绪变化, 通过安慰、鼓励等方法, 减轻患者的负面情绪, 提高治疗信心^[5]。②手术准备: 手术前 2 d, 禁食产气类的食品, 术前 6 h 禁饮水, 视患者情况置入胃管。手术前 1 d, 护士对患者进行备皮, 剃掉汗毛, 采用 75% 的乙醇清洁手术部位皮肤, 如患者状态良好可安排其洗澡, 清洁皮肤; 并用肥皂水浸脐孔 5 min 后用棉签擦干^[6]; 同时示范术中体位、呼吸方法以及手术配合方法等。术前排空膀胱, 视患者情况是否置入导尿管。(2) 术中护理。手术室温度控制在 23~25 ℃, 手术过程中注意患者保暖, 可采取输入温液