

人性化护理对顺产产妇分娩出血量、分娩时间和护理满意程度的影响

于培慧

龙井市妇幼保健计划生育服务中心

DOI:10.12238/carnc.v3i6.15855

[摘要] 目的：本研究探讨人性化护理模式对顺产产妇关键分娩指标的影响。方法：抽取调查组中120例单胎头位初产妇，随机分为观察组（人性化护理）与对照组（常规护理）各60例。观察两组在干预后的分娩出血量、分娩时间及护理满意度。结果：观察组产后2h出血量、第三产程时间均显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理满意度评分观察组亦显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：人性化护理能有效优化分娩结局并提升产妇体验，体现了以产妇为中心护理理念的临床价值。

[关键词] 人性化护理；顺产产妇；出血量；分娩时间；护理满意度
中图分类号：R473.7 文献标识码：A

To Explore the Effect of Humanized Nursing on the Amount of Bleeding, Delivery Time and Nursing Satisfaction of Puerpera with Natural Labor

Peihui Yu

Longjing Maternal and Child Health and Family Planning Service Center

Abstract: Objective: To explore the effect of humanized nursing model on the key delivery indicators of natural labor women. Methods: A total of 120 primiparas with singleton head presentation were randomly divided into an observation group (humanistic nursing) and a control group (routine nursing), 60 cases in each group. The blood loss, delivery time and nursing satisfaction of the two groups were observed after intervention. Results: The blood loss 2 hours after delivery and the time of the third stage of labor in the observation group were significantly lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The nursing satisfaction score of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). Conclusions Humanized nursing can effectively optimize the delivery outcome and improve the maternal experience, reflecting the clinical value of the concept of maternal-centered nursing.

Keywords: humanized nursing; Puerpera with natural labor; Amount of blood loss; The time of delivery; Nursing satisfaction

引言

分娩作为重大应激事件，其过程体验与结局受生物、心理及社会环境多重因素交织影响^[1]。传统产科护理侧重于生理监测与流程化管理，常忽视产妇作为独立个体的情感需求与自主性^[2]。随着“以患者为中心”理念的深化，人性化护理强调在保障安全基础上，通过尊重、沟通与个性化支持赋能产妇。这引发了一个核心问题：此种护理模式的转型能否在关键硬性指标及软性评价上产生可量化的积极效应？现有文献虽支持其心理效益，但对生理指标的直接影响及作用路径仍缺乏系统证据^[3]。本研究旨在填补这一实践认知的缺口，为护理模式革新提供实证依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

抽取纳入2023年10月至2024年10月调查组中的120例单胎头位、无严重妊娠合并症的顺产初产妇。采用随机数字表法（由独立统计师使用SAS 9.4生成随机数字序列，区组长度设为4。将分配方案装入密封不透光信封，信封编号与患者筛查序号对应，研究者拆解对应编号信封，按内藏卡片标记干预组或对照组）分为观察组（ $n=60$ ，年龄 30.74 ± 3.86 岁）与对照组（ $n=60$ ，年龄 30.74 ± 3.86 岁），两组患者的年龄、孕周以及胎形等基线资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本试验所有产妇均已签署知情同意书，本院伦理委员会也已知情且批准此次研究。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：年龄 20~35 周岁；孕 37~42 周；无严重妊娠并发症（如重度子痫前期、前置胎盘、胎盘早剥等）；骨盆外测量正常；胎儿估重 2500~4000g；具备自然分娩条件且自愿选择顺产。

排除标准：存在明确剖宫产指征；合并严重内外科疾病（如心脏病、肝肾功能不全、未控制糖尿病等）；沟通障碍或精神疾病史；存在明确剖宫产指征；产程中因医学指征中转剖宫产者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组干预方法

对照组遵循标准产科护理规程，具体包括：定时监测产妇的生命体征如血压脉搏等，与胎儿宫内状况（胎心监护）；密切观察并记录产程进展（宫缩频率、强度、宫口扩张及胎头下降情况）；按医嘱执行医疗处置（如静脉通路建立、药物应用等）；提供基础性的健康宣教，内容多聚焦于分娩流程的通用性说明。模式侧重于确保分娩过程的安全性与规范性，但护理行为相对标准化，互动形式以指令性和告知性为主，对产妇个体的心理状态、情感需求和主观体验关注有限。

1.3.2 观察组干预方法

观察组在覆盖上述常规护理的基础上，系统性地融入了人性化护理理念与实践，其精髓在于将产妇视为具有独特需求和自主性的个体，提供全方位的身心支持。产前阶段即开始建立深度信任关系，通过个体化评估（如运用焦虑量表）精准识别每位产妇的恐惧源与期望值，并采用认知行为干预技术针对性缓解焦虑；同时摒弃通用化宣教，转而详细讲解与个体分娩计划密切相关的生理机制与配合技巧，并邀请产妇共同参与制定其专属的分娩方案。进入产时阶段，安排经过认证的导乐提供一对一、全程不间断的陪伴支持，成为产妇持续的情感依靠与信息桥梁；充分尊重产妇的自主权，允许并协助其在待产与分娩时自由选择舒适体位，而非强制仰卧截石位；鼓励并引导其信任的家属（配偶或母亲）在产房内参与陪伴，提供情感慰藉；积极运用多种非药物性镇痛方法（如腰骶部按摩、温水浸浴/淋浴、引导性呼吸放松技术、音乐疗法等）辅助疼痛管理；在进行任何检查或操作前，均进行清晰易懂的解释说明并获得产妇明确知情同意，最大限度维护其隐私与尊严，避免不必要的暴露或不舒适。产后阶段干预同样需要体现其人性化：在确保安全的前提下，第一时间促成母婴皮肤接触并支持早吸吮，促进亲子联结与母乳喂养启动；主动向产妇反馈其在分娩过程中的积极表现，增强其成就感与自我效能感；提供细致且个体化的母乳喂养指导及新生儿护理实操教学；敏锐关注产妇产后情绪变化，及时提供倾听、肯定与必要的心理疏导，预防早期情绪困扰。这种护理模式的核心是持续的、有温度的、以产妇需求为主导的互动，旨在最大程度地减轻其心理压力，增强控制感与

舒适度，从而优化整体分娩体验与生理反应。

1.4 观察指标

本研究需要观察两组产妇的分娩出血量、分娩时间以及护理满意度指标的区别。

分娩出血量：需要观察胎儿娩出后至产后 2 小时累计出血量（容积法+称重法）。

分娩时间：需要观察记录活跃期开始至胎儿娩出（总产程）及胎盘娩出时间（第三产程）。

护理满意度：需要观察产后 24 小时采用本院自制量表（Cronbach's $\alpha=0.92$ ）评估，涵盖沟通、尊重、支持、疼痛管理、信息提供 5 维度，满分 100 分。

1.5 统计方法

采用 SPSS 26.0 软件，使用 t 和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料，组间比较采用 t 检验及方差分析，诊断效能通过 ROC 曲线评估。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产妇的分娩出血量与产程时间指标比较

在经过护理干预之后，观察组的出血量相较于对照组显著减少，临床意义明确且差异有统计学意义（P<0.05）；同时观察组的胎盘娩出时间相较于对照组明显缩短，差异有统计学意义（P<0.05）。详细数据见表 1。

表 1 两组产妇分娩出血量与产程时间详细数据对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后 2h 出血量 (mL)	总产程 (min)	第三产程 (min)
观察组	60	168.35 ± 15.24	385.72 ± 45.63	6.82 ± 1.73
对照组	60	205.46 ± 20.18	398.15 ± 50.41	9.41 ± 2.15
t	-	11.38	1.42	7.27
P	-	0.01	0.16	0.01

2.2 产妇的护理满意度评分指标比较

在经过护理之后，观察组的人性化护理在满意度所有子维度评分以及总分上均显著高于对照组，差距最大的维度为尊重程度与支持感知，反映自主权与情感支持是产妇核心诉求。差异均有统计学意义（P<0.05）。详细数据见表 2。

表 2 两组产妇的护理满意度评分指标详细数据对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	60	60	-	-
沟通质量	18.92 ± 0.85	15.33 ± 1.76	14.23	0.01
尊重程度	19.45 ± 0.72	15.82 ± 1.54	16.54	0.01
支持感知	19.27 ± 0.91	16.05 ± 1.68	13.05	0.01
疼痛管理	18.63 ± 1.05	16.28 ± 1.92	8.32	0.01
信息提供	18.05 ± 1.12	15.19 ± 1.89	10.08	0.01
信息提供	94.32 ± 3.15	82.67 ± 5.89	13.51	0.01

3 讨论

顺产产妇在分娩的过程中具有显著的生理与心理上的应激特性,在生理层面上,自然分娩需经历规律宫缩、宫颈扩张、胎头下降及胎盘剥离等连续的阶段,期间伴随剧烈疼痛、体力消耗及潜在软产道损伤风险,其中第三产程的子宫收缩效率直接决定产后出血量^[4]。心理层面,初产妇普遍存在对未知疼痛的恐惧、失控感及对胎儿安全的担忧,焦虑情绪可激活交感神经-肾上腺轴,释放儿茶酚胺类物质,抑制宫缩力并延长产程,这种身心交互影响使分娩结局呈现高度个体化特征^[5]。

目前对于顺产产妇的护理多以常规护理为主,核心为保障产妇的医疗安全,通过标准化流程管理分娩进程:定时监测宫缩强度与频率、胎心变化、宫口扩张程度,并且严格遵循产程时间节点实施干预。在产后即刻检查胎盘完整性并按摩子宫预防出血。常规护理的优势在于可快速识别异常情况(如胎儿窘迫、产后出血),确保基础医疗安全。然而,其局限在于过度聚焦生理指标,将产妇视为被动接受处置的对象。护理行为多具指令性(如“不要用力”“保持体位”),疼痛管理依赖药物干预,情感支持流于形式化安慰(如“忍一忍就过去了”),忽视产妇对尊严维护、决策参与及持续情感支持的核心诉求^[6]。此类护理虽能控制极端风险,却易加剧产妇的孤独感与无助感,导致应激反应放大。

针对上述的情况对顺产产妇实施人性化护理逐渐受到了业界的关注,本研究揭示的人性化护理对分娩关键指标的积极影响,可能植根于其有效阻断了由焦虑至应激再到导致不良结局的生理恶性循环。观察组产后出血量相较对照组减少 37.11 mL 且第三产程缩短 2.59 分钟,与 Laura 等提出的“情感支持降低儿茶酚胺分泌”理论形成呼应^[7]——当产妇因持续的导乐陪伴、自主体位选择及被尊重的沟通方式减轻焦虑时,交感神经张力下降可能促进内源性催产素释放效率,从而增强子宫平滑肌的协调性收缩。这不仅加速了胎盘剥离,更通过减少子宫收缩乏力风险直接降低出血量。值得注意的是,针对产妇个性化的自由体位应用可能同步优化了骨盆生物力学结构,减轻了胎头对软产道的压迫损伤,成为出血控制的协同机制。然而总产程时间未现统计学差异的现象,突显了分娩进程影响因子的复杂性,宫颈条件、胎儿枕位等不可控解剖因素在产程早期的决定性作用^[8],可能部分稀释了人性化护理的干预效果;但观察组总产程仍缩短 12.43 分钟的趋势提示,其价值可能在提升产妇疼痛耐受与主动配合度上集中体现——当非药物镇痛(按摩、水疗)和呼吸引导缓解痛苦时,产妇更易保持体力与向下用力的有效性,这对避免第二产程延长尤为重要。这种生理与心理的交互作用在满意度结果中得到进一步印证:观察组高达 94.32 分的满意度中,“尊重程度”(差值 3.63 分)与“支持感知”成为最突出的优势维度,强烈反映现代产妇对医疗决策参与权及情感联结的核心诉求已超越传统技术指标,成为评价护理质量的关键标尺^[9]。值得警醒的是,本研究单一医疗中心的样本

局限提示,在资源匮乏机构或多元文化背景下实施此类护理可能面临导乐人力短缺、传统观念阻碍等现实壁垒,开发阶梯式适配方案(如培训助产士兼任导乐功能、利用数字工具延伸支持)并开展卫生经济学评价,将是推动人性化护理从理想走向普惠的必经之路。唯有如此,分娩体验的革新才能真正成为可复制的临床生产力。

综上所述,将人性化护理理念系统融入顺产产妇的临床照护实践,不仅能在生理层面产生积极效应——表现为分娩出血量的有效控制和产程时间的合理缩短,更在心理社会层面显著提升了产妇的生产体验,其核心在于重构护患关系,将分娩视为一个融合生理、心理与社会维度的整合性生命事件。本研究证实,此种护理哲学能切实减少顺产产妇的出血风险、加速胎盘娩出进程,并深刻塑造其积极的分娩记忆,具有较高的临床实用价值。

【参考文献】

- [1]何胤琰,陈珊,全佳丽.自动程序性控制间歇脉冲注入技术对足月顺产产妇分娩镇痛及妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(14):2717-2720.
- [2]胡广尤,王娜娜,吕连连,等.Kege1 运动训练联合 Watson 关怀理论护理对单胎顺产初产妇产后恢复的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(24):14-17.
- [3]陈春芳,孙海燕.人性化导乐分娩护理对无痛分娩初产妇心理状态及分娩结局的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(10):81-84.
- [4]林梅娜,周雅慧,黄碧珠,等.以助产士为主导的产程饮食管理对阴道顺产产妇助产质量及妊娠结局的影响[J].海南医学,2024,35(19):2866-2869.
- [5]丁怡,周金英,方小芳.顺产转剖宫产产妇产后创伤后应激障碍现状调查及预警因素分析[J].中国妇幼保健,2024,39(04):700-704.
- [6]吴颖.导乐陪伴式护理联合穴位按摩干预对顺产产妇产后疼痛程度及心理应激状态的影响[J].黑龙江中医药,2024,53(02):178-180.
- [7]Laura G ,Elena R ,Sainz C A B D , et al.Fear Detection in Multimodal Affective Computing: Physiological Signals versus Catecholamine Concentration[J].Sensors,2022,22(11):4023-4023.
- [8]陈宝琼,黄育霞,杨晓华.顺产产程中运用不同护理模式对产程的影响及对降低顺产产妇的顺产时程的作用[J].智慧健康,2021,7(21):98-100.
- [9]霍双双,张洁,郑娜.舒适护理在顺产产妇分娩过程及产后的应用价值分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(17):162-164.

作者简介:

于培慧(1979.07-),女,汉族,吉林龙井人,本科,副主任护师,研究方向为护理学。