

[文章编号] 1000-2200(2011)08-0888-04

· 护理学 ·

## 个体化健康教育对降低社会因素剖宫产率效果分析

苗从艳<sup>1,2</sup> 闫 华<sup>2</sup> 胡文杰<sup>2</sup> 许 勤<sup>1</sup>

**[摘要]**目的:探讨个体化健康教育对降低社会因素剖宫产率的效果。方法:将某三甲医院2009年待分娩的1 922孕妇设为对照组,接受一般孕期知识健康教育;2010年的2 089例行门诊定期产检和分娩的孕妇作为研究组,在常规健康教育基础上,于孕37周后,通过问卷调查对产前门诊选择剖宫产和不确定分娩方式者及住院期间提出社会因素剖宫产的孕妇,了解具体想法和原因,并给予一对一健康教育。比较2组分娩方式和社会因素剖宫产产妇一般资料及具体原因,分析个体化健康教育对减少社会因素剖宫产的效果及相关影响因素。结果:研究组剖宫产821例,低于对照组的889例( $P < 0.01$ );研究组社会因素剖宫产159例,低于对照组的388例(43.6%) ( $P < 0.01$ )。2组社会因素剖宫产产妇的一般资料 and 具体原因比较差异有统计学意义( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。结论:个体化健康教育可以降低社会因素剖宫产率,但要贯穿于入院前后,健康教育对不同年龄、学历、职业及选择剖宫产具体原因不同,其效果存在差异。

[关键词] 剖宫产; 社会因素; 个体化健康教育

[中国图书资料分类法分类号] R 719.8

[文献标识码] A

### Role of individualized antepartum health education in decreasing the rate of cesarean delivery due to social factors

MIAO Cong-yan<sup>1,2</sup>, YAN Hua<sup>2</sup>, HU Wen-jie<sup>2</sup>, XU Qin<sup>1</sup>

(1. School of Nursing, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 210029;

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Bengbu Third People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

**[Abstract] Objective:** To investigate the role of individualized antepartum health education in decreasing the rate of cesarean delivery due to social factors. **Methods:** Two thousand and eighty-nine pregnant women who had their routine prenatal examinations and labors during 2010 in a Three-A hospital were studied and 1 922 pregnant women who had their labors during 2009 in the same hospital acted as control. The control group received only the antepartum health education, while the study group received one-to-one individual antepartum health education. A questionnaire was conducted in the pregnant women having chosen cesarean delivery, not confirmed about the delivery style and requiring for cesarean delivery due to social factors during hospital stay. The delivery patterns and the constituent ratio of cesarean delivery due to social factors were compared, and the influence of individualized antepartum health education was analyzed. **Results:** There were 821 cesarean deliveries in the study group (39.3%) and 889 in the control group (46.3%) ( $P < 0.01$ ). The number of cesarean delivery amounted to 159 in the study group (19.4%) and 388 in the control group (43.6%) ( $P < 0.01$ ). There were also some differences in the demographic data and the constituent ratio of specific social factors for cesarean deliveries between the two groups ( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ). **Conclusions:** Individualized antepartum health education could decrease the rate of cesarean delivery due to social factors and should be carried out before and after hospital admission. The effect of individualized antepartum health education is influenced by the age, educational background, occupation and specific social factors leading to cesarean delivery.

[Key words] cesarean delivery; social factors; individualized antepartum health education

剖宫产术是处理高危妊娠和异常分娩,挽救孕产妇和新生儿生命的有效手段。目前,发达国家的剖宫产率稳定于5%~26%,但亦曾达40%以上<sup>[1]</sup>。

国内大多数医院剖宫产率为40%~60%,有的甚至高达70%~80%<sup>[2]</sup>。较高的剖宫产率已经成为国际上普遍关注的公共卫生问题<sup>[3-4]</sup>。社会因素剖宫产指无任何医学指征,由孕妇及家属强烈要求实行剖宫产,是剖宫产率迅速升高的一个重要原因,在国内有些地区社会因素已成为剖宫产的第一位原因<sup>[5-6]</sup>。WHO 1985年即提出剖宫产率不应超过15%,并指出超过15%的剖宫产率对降低产妇病死率和新生儿病死率都没有益处<sup>[7]</sup>。为了提高自然

[收稿日期] 2011-05-09

[作者单位] 1. 南京医科大学 护理学院,江苏 南京 210029; 2. 安徽省蚌埠市第三人民医院 妇产科 233000

[作者简介] 苗从艳(1974-),女,硕士研究生,主管护师。

[通讯作者] 许勤,硕士研究生导师,副教授。E-mail: njxjqin@yahoo.com.cn

分娩率,促进母婴健康,我们在蚌埠市某三级甲等医院妇产科尝试通过深化产前门诊教育、入院后进行个体健康教育,提高孕妇对自然分娩及剖宫产手术的认识,以期减少社会因素剖宫产,取得较好的效果,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年该院住院分娩的 1 922 例产妇作为对照组,2010 年在该院行产前检查和分娩的 2 089 例孕妇作为研究组。病例纳入标准:年龄 20~34 岁,孕 37~41<sup>+6</sup>周。无绝对头盆不称,无严重的妊娠合并症,无前置胎盘、胎盘早剥、羊水过多、羊水过少、过期妊娠、重度妊娠高血压疾病等妊娠并发症。2 组孕产妇的年龄、文化程度、职业、孕产次、孕周、身高均具有可比性。

1.2 方法 (1) 对照组接受孕期常规知识宣教,如孕期营养、产褥期生理变化、自然分娩过程、剖宫产对母婴影响、新生儿护理、母乳喂养优点等。(2) 调查对照组社会因素剖宫产原因。首先通过查阅分娩登记本回顾性分析对照组 388 例社会因素剖宫产产妇的临床资料,并通过电话回访分析其要求剖宫产的具体原因。有效回访 373 例,有效回访率为 96.1%。(3) 通过分析对照组社会因素剖宫产具体原因,结合相关文献资料,自行设计妊娠晚期孕妇入院前选择分娩方式问卷调查表。将有关自然分娩过程及剖宫产对母婴影响知识宣教作为孕期最后一次健康宣教内容,在孕 37 周后集体授课;对接受完宣教的研究组孕妇由研究者统一发放问卷调查表,现场收回;并对选择剖宫产或不确定分娩方式者针对具体原因给予不同的健康教育。全年于产前门诊共收回有效问卷 1 968 份。(4) 研究组孕妇住院待产时由责任护士加强沟通,针对孕妇的年龄、职业、学历、居住地不同及孕妇所担心的问题不同给予不同的关注与教育。并通过人文关怀鼓励其坚定自然分娩的信心,对在住院期间要求社会因素剖宫产的孕妇,责任护士认真倾听孕妇及家属要求剖宫产的具体想法和原因,给予一对一的针对性解析。对进入产房分娩的产妇,助产士通过细致的关怀,给予其生理、心理、体力与技术支持。通过访谈,提取 159 例最终选择社会因素剖宫产产妇的具体原因并记录。

1.3 评价指标 评价指标包括 2 组分娩方式、社会因素在剖宫产术中所占比例、社会因素剖宫产具体

因素与一般资料构成比。

1.4 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

2.1 2 组分娩方式及社会因素剖宫产率比较 结果显示,研究组产妇剖宫产率及社会因素剖宫产率均低于对照组 ( $P < 0.01$ ) (见表 1、2)。

表 1 2 组产妇分娩方式的比较 [n; 构成比 (%) ]

分组	n	自然分娩	阴道助娩	剖宫产	$\chi^2$	P
研究组	2 089	1 192(57.1)	76(3.6)	821(39.3)		
对照组	1 922	968(50.4)	65(3.4)	889(46.3)	19.87	<0.01
合计	4 011	2 160(53.85)	141(3.52)	1 710(42.63)		

表 2 2 组剖宫产术因素比较 [n; 构成比 (%) ]

分组	剖宫产	社会因素	非社会因素	$\chi^2$	P
研究组	821	159(19.4)	662(80.6)		
对照组	889	388(43.6)	501(56.4)	115.64	<0.01
合计	1 710	547(32.0)	1 163(68.0)		

2.2 无医学指征剖宫产产妇入院前选择的分娩方式 通过对产前门诊 1 968 例无医学指征剖宫产孕妇问卷调查结果显示,选择自然分娩的孕妇 1 678 例(85.3%),选择剖宫产的孕妇 56 例(2.8%);不确定分娩方式的孕妇 234 例(11.9%)。

2.3 2 组社会因素剖宫产产妇一般资料比较 结果显示,2 组社会因素剖宫产产妇的年龄、学历、职业构成存在差异 ( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ),而居住地差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) (见表 3)。

2.4 2 组社会因素剖宫产主要原因比较 结果显示,社会因素剖宫产中研究组的“怕痛”、“无信心”、“超期妊娠”所占百分率降低,而“脐带绕颈”、“年龄偏大”所占百分率增高,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ) (见表 4)。

### 3 讨论

3.1 个体化健康教育模式,有效降低社会因素致剖宫产 个体化的健康教育,注重尊重个人,整体全面地看待患者,让她们表达期望,澄清想说出想改变的内容及意义,根据优先次序予以健康教育,符合个体的差异,满足不同的需求,促进独立性<sup>[8]</sup>。影响自然分娩的因素包括产力、产道、胎儿及精神心理因素。孕妇的心理状况对分娩方式存在较大影响<sup>[9]</sup>。

表3 2组社会因素剖宫产产妇一般资料比较[n;构成比(%)]

分组	n	年龄		学历		职业		居住地	
		<30岁	≥30岁	大专以下	大专及以上	工人、农民、无业	教师、医务人员、职员	农村	城市
研究组	159	126(79.2)	33(20.8)	70(44.0)	89(56.0)	117(73.6)	42(26.4)	10(6.3)	149(93.7)
对照组	373	332(89.0)	41(11.0)	209(56.0)	164(44.0)	305(81.8)	68(18.2)	32(8.6)	341(91.4)
合计	532	458(86.1)	74(13.9)	279(52.4)	253(47.6)	422(79.3)	110(20.7)	42(7.9)	490(92.1)
$\chi^2$	—	6.8		6.44		4.55		0.80	
P	—	<0.01		<0.05		<0.05		>0.05	

表4 2组社会因素剖宫产的主要原因比较[n;百分率(%)]

分组	n	怕痛	无信心	脐带绕颈	超期妊娠	医生建议	羊水混浊或偏少	胎儿双顶径较大	年龄偏大	胎盘老化	身高较矮	珍贵儿	其他
研究组	159	42(26.4)	28(17.6)	70(44.0)	18(11.3)	26(16.4)	24(15.1)	24(15.1)	33(20.8)	17(10.7)	14(8.8)	8(5.0)	10(6.3)
对照组	373	142(38.1)	121(32.4)	95(25.5)	82(22.0)	54(14.5)	47(12.6)	43(11.5)	38(10.2)	32(8.6)	24(6.4)	10(2.7)	14(3.8)
合计	532	184(34.5)	149(28.0)	165(31.0)	100(18.8)	80(15.0)	71(13.3)	67(12.6)	71(13.3)	49(9.2)	38(7.1)	18(3.4)	24(4.5)
$\chi^2$	—	6.69	12.16	17.94	8.30	0.31	0.60	1.29	10.76	0.60	0.94	1.88	1.66
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

而孕妇分娩前的心理状况却是千差万别的,应根据每位孕妇及家属对分娩方式认识上的局限性及误区,采取针对性的干预措施。对不同时期提出社会因素剖宫产的孕妇,要让其充分表达主要原因和想法,从中寻找合适的切入点,有的放矢地进行健康教育,从根本上消除孕妇的疑惑,减轻其恐惧、焦虑的心理。本研究结果显示,研究组剖宫产率及社会因素剖宫产率均明显降低( $P < 0.01$ ),从而直接提高了阴道分娩率,减少剖宫产术对母婴无谓的损伤<sup>[10]</sup>,同时降低了产妇住院费用,提高了孕产妇对护理服务的满意度。

3.2 无医学指征剖宫产的孕妇入院前较少首选剖宫产作为分娩方式 本研究调查结果显示,无医学指征剖宫产的孕妇入院前仅2.8%选择剖宫产,而11.9%选择不确定其分娩方式者,也非常希望能自然分娩,但考虑可能存在的一些不利因素,如年龄偏大、身高偏矮、胎儿脐带绕颈等,而不排除行剖宫产结束分娩的可能。这一结果表明,一方面孕妇主观上大多是认同自然分娩的,当入院后遇到种种问题而产生疑惑时,就容易经过针对性健康教育,促进坚定自然分娩的信心;另一方面,孕妇入院后医生交代病情时,一般需将一些极少发生但后果比较严重的分娩情况向孕妇及家属说明,致使孕妇受到更多的是分娩痛苦过程中的负面影响,这都会增加孕妇对自然分娩的恐惧并剥夺其信心。孕妇入院后比入院前更加倾向剖宫产这种分娩方式<sup>[11]</sup>。我们应认识到分娩是一个动态的过程,分娩方式的选择又是一

个多因素参与、多因素作用的结果。所以,单纯依靠向孕妇及家属门诊健康宣教是不够的,需要护理人员全程干预,适时指导。

3.3 不同年龄、学历、职业孕妇接受健康教育效果不同 本研究结果显示,研究组选择社会因素剖宫产的孕妇年龄、学历、职业构成与对照组差异有统计学意义。这主要是由于年龄≥30岁的孕妇对自然分娩信心不足;高学历、高社会阶层的孕妇则会更加关注新生儿的安全,而忽略剖宫产手术的不利影响。所以这部分孕妇接受有关分娩方式教育的效果不是很好。这也与年龄>30岁,文化程度大专以上,有公费医疗的孕妇更倾向于选择剖宫产的观点<sup>[12]</sup>一致。

3.4 不同原因选择社会因素剖宫产的孕妇接受健康教育效果不同 由表4可见,对“怕痛”、“无信心”的孕妇,在病房通过责任护士不断提供有效沟通交流;在产房,采用无痛分娩技术及助产士无微不至的关怀,整个分娩过程中对产妇及家属提供持续生理、心理、信息支持,比较容易消除孕妇怕疼心理,坚定其自然分娩信心。对“超期妊娠”孕妇,通过告知过期妊娠是指平时月经周期规则,妊娠达到或超过42周(≥294天)尚未分娩者,而不是超过40周,也较容易宣教成功;而当一些不利因素存在时,尤其是“脐带绕颈”、“年龄偏大”,较难通过健康教育减少其选择剖宫产结束分娩。尽管脐带绕颈者只要有有效脐带长度>30cm,经阴道分娩仍是安全的<sup>[13]</sup>。但B超不能给医生提供脐带的长度(下转第893页)

## [ 参 考 文 献 ]

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 343.
- [2] de Campos JR, Das-Neves-Pereira JC, Lopes KM, et al. Technical modifications in stabilisers and in bar removal in the Nuss procedure[J]. Eur J Cardiothorac Surg 2009, 36(2): 410-412.
- [3] Krasopoulos G, Dusmet M, Ladas G, et al. Nuss procedure improves the quality of life in young male adults with pectus excavatum deformity[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2006, 29(1): 1-5.
- [4] 吴学东. Ravitch 手术及其主要并发症研究进展[J]. 中华小儿外科杂志 2003, 24(1): 79-80.
- [5] 刘平波, 王敬华, 曾德斌, 等. 微创手术矫治漏斗胸 125 例[J]. 临床小儿外科杂志 2008, 6(7): 22-23.
- [6] Nuss D, Kelly RE Jr, Croitoru DP, et al. A 10-year review of minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum[J]. J Pediatr Surg, 1998, 33(4): 545-552.
- [7] 李卫燕, 吴玉娥. 小儿漏斗胸 Nuss 术后的康复护理[J]. 杭州师范学院学报: 医学版 2006(2): 96-97.
- [8] 杨峥, 戴天阳. Nuss 手术治疗漏斗胸的研究进展[J]. 重庆医学 2010(1): 117-119.
- [9] 陈新华. 漏斗胸 Nuss 矫形术 15 例围术期护理[J]. 临床医药 2009, 13(9): 1139-1140.
- [10] 张莉, 谷穗, 张影. 小儿漏斗胸 Nuss 手术的康复护理[J]. 吉林医学 2010, 31(1): 123.
- [11] 段贤伦, 曾骥. 微创 Nuss 手术治疗小儿漏斗胸[J]. 临床小儿外科杂志 2008, 7(1): 77-78.
- [12] Poullis M. Modified Nuss repair for pectus carinatum[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2010, 11(3): 221-222.
- [13] 关雅欣, 韩凤英, 崔瑜. Nuss 手术治疗小儿漏斗胸的护理体会[J]. 吉林医学 2007, 28(12): 1367-1368.
- [14] Kim do H, Hwang JJ, Lee MK, et al. Analysis of the Nuss procedure for pectus excavatum in different age groups[J]. Ann Thorac Surg 2005, 80(3): 1073-1077.
- [15] 曾骥, 段贤伦, 张娜, 等. 大年龄组漏斗胸的微创 Nuss 手术[J]. 中华胸心血管外科杂志 2007, 23(3): 193-195.

( 本文编辑 刘璐)

(上接第 890 页) 医生只能将分娩过程中由于脐带绕颈可能出现的问题告知孕妇及家属。面对脐带绕颈、孕妇年龄偏大、羊水混浊或偏少、胎盘老化、胎儿双顶径较大等不利因素时,一方面,孕妇及家属过分相信剖宫产的安全性,另一方面,产科医疗纠纷日益增多,有资料<sup>[14]</sup>显示,发生医疗纠纷最多的是外科和产科,而更有人形容产科的职业风险犹如在高空踩钢丝。产科医生迫于压力而放宽了剖宫产指征。

通过对孕妇实施有效的健康教育而降低剖宫产率是一项长期而艰巨的工作。对无医学指征需剖宫产的孕妇在门诊或入院后给予全程个体化健康教育,在一定程度上可以降低剖宫产率,尤其是社会因素剖宫产。

## [ 参 考 文 献 ]

- [1] Callister LC. Cesarean birth rates: global trends[J]. Am J Matern Child Nurs 2008, 33(2): 129.
- [2] 黄醒华. 对剖宫产术的思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(7): 385-388.
- [3] Leung GM, Lam TH, Thach TQ, et al. Rates of cesarean births in HongKong: 1987-1999[J]. Birth 2001, 28(3): 166-172.
- [4] Mishra US, Ramanathan M. Delivery-related complications and determinants of cesarean section rates in India[J]. Health Policy Plan 2002, 17(1): 90-98.
- [5] 曾国琼, 黄智勇, 高坚欣. 社会因素影响剖宫产的原因分析与干预措施[J]. 中国妇幼保健 2007, 22(4): 418-420.
- [6] 余江萍. 581 例剖宫产原因分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志, 2006, 2(5): 292.
- [7] World Health Organization. Appropriate technology for birth[J]. Lancet, 1985, 326(8): 436-437.
- [8] Gerrish K. Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society[J]. J Adv Nurs 2000, 32(1): 91-99.
- [9] 郭丽岳, 白炳清, 龙鲸. 孕产妇心理状况与分娩方式的关系[J]. 中国实用妇科与产科杂志 2001, 17(5): 281-282.
- [10] 胡映芳, 孙建娣. 孕期干预对社会因素剖宫产影响的研究[J]. 中国实用护理杂志 2009, 25(2): 35-36.
- [11] 郭红燕, 周美梅, 李诗兰, 等. 孕妇要求的不合理剖宫产的影响因素分析[J]. 中华医学杂志 2000, 80(9): 675-677.
- [12] 陈改霞. 产前宣教对孕妇分娩方式选择的影响[J]. 临床研究 2007, 10(3): 284-285.
- [13] 谭卫强. 剖宫产率升高的原因分析及对策[J]. 中国妇幼保健 2007, 22(2): 171-173.
- [14] 周珍真, 范玉兰. 产科待产中医疗纠纷及医疗事故的防范[J]. 实用妇产科杂志 2006, 22(4): 241-243.

( 本文编辑 章新生)