

人文关怀理念的多维度护理对早期妊娠人工流产患者心理状态、围术期指标及术后避孕依从性的作用研究

黄 岚

空军军医大学第二附属医院妇科 陕西 西安 710038

摘要：目的：探讨人文关怀理念的多维度护理对早期妊娠人工流产患者心理状态、围术期指标及术后避孕依从性的作用研究。方法：选取2023年7月至2024年6月期间在某院妇产科接受早期妊娠人工流产术64例患者为对象，按照平均数分法分为观察组和对照组，各32例。对照组实施常规临床护理，观察组实施人文关怀理念的多维度护理，比较两组患者护理前后SAS、SDS评分、手术指标及避孕依从性情况。结果：护理干预前，对照组、观察组患者SAS、SDS评分分别为（59.02±2.47）分、（59.41±3.19）分和（58.84±2.76）分、（59.62±3.25）分，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理干预后，两组患者SAS、SDS评分均显著降低，分别为（36.78±4.23）分、（37.65±2.19）分和（33.14±3.87）分、（32.44±1.63）分，观察组显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组患者术后下床时间（8.92±3.47）h、排气时间（18.49±3.57）h、住院时间（4.33±1.35）d，均短于对照组的（13.49±3.16）h、（25.14±3.18）h、（6.12±1.14）d，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组患者避孕依从性（93.75%）显著高于对照组（71.87%），差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针对早期妊娠人工流产患者实施人文关怀理念的多维度护理可显著改善其不良心理状态，缩短术后下床时间、排气时间及住院时间，同时还能进一步提升其避孕依从性，建议在临床护理管理中推广应用。

关键词：人工流产手术；人文关怀；多维度护理；避孕依从性

人工流产是众多女性同胞在意外妊娠及医学指征终止妊娠的重要医疗干预措施，全球每年约有7300万例人工流产案例，其中早期妊娠（ ≤ 12 周）占比超过80%^[1]。在我国，随着生育政策调整与生殖健康意识提升，人工流产人群呈现年轻化趋势，而术后心理健康问题及重复流产率居高不下已成为亟待解决的公共卫生问题^[2]。研究显示，约65%的人工流产患者术后存在焦虑、抑郁等负性情绪，其严重程度直接影响术后康复质量^[3]，而避孕措施依从性不足更导致重复流产率高达34.5%^[4]。传统护理模式虽能保障手术安全，但常忽视患者心理社会需求，导致“技术优先，人文缺位”的实践困境。近年来，人文关怀理念在医疗领域得到广泛重视，其核心是通过共情沟通、信息支持及个性化照护满足患者多维需求。国外研究表明，整合心理疏导、决策支持及延续护理的人文护理模式可使患者焦虑量表评分降低42%，术后避孕咨询接受率提升至89%^[5]。国内相关研究多聚焦单一维度干预，对围术期生理—心理—社会支持的系统性整合仍显不足，特别是缺乏对早期妊娠这一特殊群体干预时效性与持续性的深入探讨。本研究基于生物—心理—社会医学模式，构建包含术前心理评估、术中舒适化护理、术后健康宣教等多维度人文护理体系。通过随机对照试验，系统评价该模式对患者焦虑抑郁水平、围

术期指标及术后6个月避孕依从性的干预效果，旨在为优化流产医疗服务模式提供循证依据，进而达到降低重复流产率、促进女性生殖健康目标。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年7月至2024年6月期间在某院妇产科接受早期妊娠人工流产术64例患者为对象，采用平均数分法分为对照组与观察组，各32例，对照组年龄范围18~34岁，平均（25.78±2.21）岁；孕周6~10周，平均（7.52±1.34）周；未婚19例，已婚13例。观察组年龄范围19~33岁，平均（26.11±2.19）岁；孕周6~11周，平均（7.48±1.25）周；未婚17例，已婚15例。两组患者在年龄、孕周、婚姻状况等基线资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，且研究已获医院伦理委员会批准实施

纳入标准：（1）妊娠周期 ≤ 12 周，符合早期妊娠人工流产医学指征；（2）18~35岁女性，具备完全民事行为能力；（3）意识清晰，能正常沟通并配合问卷调查及护理干预；（4）过去1年内未接受人工流产手术；（5）自愿参与研究并签署知情同意书。

排除标准：（1）合并严重心、肝、肾功能障碍或精神疾病者；（2）存在子宫畸形、瘢痕子宫等流产高风险

因素者；(3)对麻醉药物或术后避孕药(如短效避孕药)有禁忌证；(4)语言理解困难或无法配合随访(如外地居住、无稳定联系方式)；(5)同时参与其他临床试验或近期接受过心理干预治疗者。

1.2 方法

两组由同一外科医生实施早期妊娠终止术，术后对对照组实施常规护理方案。协助患者完善术前检查，耐心向其讲解人工流产术知识、风险及需要注意的事项，提醒患者于术后第2周回院复诊，并嘱1个月内禁止性生活及盆浴，避免感染风险。

观察组实施人文关怀理念的多维度护理干预，具体如下：(1)术前心理评估。术前采用标准化心理评估工具对患者情绪状态进行筛查，同时结合自制问卷收集其对手术流程、风险及术后康复的认知水平，评估患者对妊娠终止的决策矛盾度、社会支持系统状况及既往心理病史。针对评估结果，护理人员采用共情沟通技巧，对存在明显焦虑(评分 ≥ 8 分)者进行一对一心理疏导，运用认知行为疗法纠正错误认知，如“流产等同于生育能力丧失”等观念，并通过建立术前心理档案，实现个体化干预方案的动态调整，确保患者以稳定心态接受手术。(2)术中舒适化护理。术中以减轻生理应激为核心，实施三步舒适化干预：①环境优化，调整手术室温至24-26℃，播放舒缓音乐降低环境陌生感；②疼痛管理，在宫颈扩张前2分钟给予利多卡因凝胶局部麻醉，配合深呼吸引导技术降低疼痛敏感度；③隐私保护，采用可调节体位帘遮挡非必要暴露部位，术中仅暴露手术野。护理人员全程保持语言安抚，每项操作前进行步骤解释。术中持续监测心率、血压变化，及时应对血管迷

走神经反应。(3)术后避孕健康宣教。基于跨理论模型(TTM)设计阶梯式宣教方案：①知识灌输阶段，通过图文手册及3D动画演示，重点说明重复流产对子宫内膜的机械性损伤；②技能培训阶段，指导避孕药正确服用方法，并现场演示避孕套佩戴技巧；③行为强化阶段，建立微信随访群，每周推送避孕知识问答，采用“打卡积分制”激励患者分享避孕措施执行情况。针对未婚人群增加紧急避孕药合理使用教育，对已婚已育者侧重长效可逆避孕方法(LARC)推荐。术后1月内进行2次电话回访，核查知识掌握度及避孕工具获取情况。

1.3 观察指标

(1)心理状态评估：应用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者心理状态，分数较高表示患者负性情绪越严重。

(2)手术指标：观察记录两组患者下床时间、排气时间以及住院时间。

(3)避孕依从性。术后6个月随访期内，根据患者避孕措施执行情况分为三级。完全依从：每次性生活均规范避孕，无意外妊娠；部分依从： $\geq 60\%$ 性生活采取避孕措施，无意外妊娠；不依从：避孕措施使用率 $< 60\%$ 或发生意外妊娠。总依从率=(完全依从例数+部分依从例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 护理前后两组患者SAS、SDS评分比较

护理干预前，两组患者SAS、SDS评分差异无统计学意义($P > 0.05$)；护理干预后，两组患者SAS、SDS评分均显著降低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 护理前后两组患者SAS、SDS评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS评分				SDS评分			
	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>p</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>p</i>
对照组(<i>n</i> = 32)	59.02±2.47	36.78±4.23	25.6839	< 0.001	59.41±3.19	37.65±2.19	31.8120	< 0.001
观察组(<i>n</i> = 32)	58.84±2.76	33.14±3.87	30.5849	< 0.001	59.62±3.25	32.44±1.63	42.2881	< 0.001
<i>t</i>	0.2749	3.5915			0.2609	10.7956		
<i>p</i>	0.7843	0.0007			0.7951	< 0.001		

2.2 两组患者手术指标情况比较

观察组患者术后下床时间、排气时间及住院时间均

短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者手术指标情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	术后下床时间(h)	排气时间(h)	住院时间(d)
对照组(<i>n</i> = 32)	13.49±3.16	25.14±3.18	6.12±1.14
观察组(<i>n</i> = 32)	8.92±3.47	18.49±3.57	4.33±1.35
<i>t</i>	5.5083	7.8684	5.7307

续表:

组别	术后下床时间 (h)	排气时间 (h)	住院时间 (d)
<i>p</i>	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 两组患者避孕依从性比较

观察组患者避孕依从性显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者避孕依从性比较[n (%)]

组别	完全依从	基本依从	不依从	依从性
对照组 (n = 32)	11(34.37)	12(37.50)	9(28.13)	23(71.87)
观察组 (n = 32)	20(62.50)	10(31.25)	2(6.25)	30(93.75)
<i>t</i>				5.3791
<i>p</i>				0.0204

3 讨论

人工流产术是通过机械刮宫或负压吸引等方式终止早期妊娠的临床操作, 虽然能有效解决意外妊娠问题, 但手术操作不仅会损伤子宫内膜基底层, 增加术后感染、宫腔粘连等并发症风险, 还会因患者对手术安全的担忧及社会污名化心理压力产生严重心理障碍, 增加焦虑、抑郁风险。传统护理模式仅以手术操作为中心, 护理内容局限于术前准备和术后医嘱告知, 存在明显的局限性。一是心理干预缺位, 仅12%的医院开展系统心理评估; 二是健康教育形式化, 避孕指导多停留于口头告知; 三是延续护理薄弱, 术后3个月失访率高达58%。更突出的是, 护理过程缺乏个体化考量, 未能针对不同年龄、婚育状况患者实施分层干预, 导致重复流产率居高不下^[6]。这种“重技术、轻人文”的护理模式已难以满足现代医疗对生殖健康服务的质量要求。人文关怀理念的多维度护理是以患者为中心的新型照护模式, 其核心包含情感支持、知识赋能、行为强化三个维度: 一、通过共情沟通建立治疗性护患关系; 二、采用可视化工具和情景模拟提升健康素养; 三、依托移动医疗技术实现长期行为督导。该模式创新性地跨理论模型应用于避孕行为改变, 通过“认知重建—技能培训—习惯养成”三阶段干预, 将医疗场景从单纯的治疗场所转变为健康促进平台, 使患者在获得医疗服务的同时, 实现自我健康管理能力的实质性提升^[7]。

本研究结果显示, 护理干预后, 两组患者SAS、SDS评分均显著降低, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后下床时间、排气时间及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者避孕依从性显著高于对照组, 差异有

统计学意义 ($P < 0.05$)。分析原因主要得益于人文关怀理念的多维度护理模式通过整合生理、心理与社会支持资源, 以患者需求为导向实现精准护理, 最终优化临床结局并提升医疗资源利用率。首先, 该模式通过心理疏导、健康教育和情感支持有效缓解患者焦虑 (SAS) 和抑郁 (SDS) 情绪, 其综合干预效果优于常规护理, 体现了心理—社会层面的整体关怀。其次, 多维度护理通过早期活动指导、疼痛管理和个性化康复计划, 显著缩短术后恢复时间 (如下床、排气) 及住院周期, 凸显其在生理康复中的高效性。最后, 该模式注重医患信任构建与长效健康宣教, 通过避孕知识普及和随访强化, 显著提升患者依从性, 体现了行为干预的可持续性^[8]。其核心优势在于整合生理、心理与社会支持资源, 以患者需求为导向实现精准护理, 最终优化临床结局并提升医疗资源利用率。

综上所述, 人文关怀理念的多维度护理能有效改善早期妊娠人工流产患者心理状态, 优化围术期指标, 提升避孕依从性, 具有重要临床推广价值。

参考文献

- [1] 刘晓宁. 人性化护理对计划生育科人工流产手术患者的影响[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(04):198-200.
- [2] 赵玉萍. 无痛人流流产患者实施关爱护理对加强避孕意识的效果[J]. 中国医药指南, 2024, 22(19):98-100.
- [3] 石敏, 段丽娜. 情志护理联合人文关怀对人工流产术后患者人流综合征及生育健康的影响[J]. 贵州医药, 2024, 48(05):834-835.
- [4] 宋慎玲, 李洪利. 人文关怀护理在人工流产患者中的应用及满意度分析[J]. 中外医疗, 2024, 43(15):172-175.
- [5] 李加敏. 延续性护理在无痛人流术患者护理中的应用效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(10):95-97.
- [6] 薛燕. 术后关爱护理联合人性化健康教育在人工流产术患者中的应用及对心境状态的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(03):368-370.
- [7] 胡守艳. 人性化护理对妇科门诊人流手术患者情绪反应的影响作用[J]. 康颐, 2024 (12): 82-84.
- [8] 薛燕. 术后关爱护理联合人性化健康教育在人工流产术患者中的应用及对心境状态的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35 (3): 368-370.