

协同护理预防产后抑郁症的临床效果

王玉丽

单县妇幼保健院 山东 菏泽 274300

摘要：目的：探究协同护理预防产后抑郁症的临床效果。**方法：**纳入 80 例产妇资料作为研究基础，患者均于 2022 年 11 月~2023 年 11 月期间在我院就诊接受护理，为进行研究，采用随机数字表法，将这 80 例患者分为对照组与实验组，每组人数一致都是 40 例。对照组采用常规护理模式，实验组接受协同护理，比较两组的抑郁状态、自我效能感、生活质量以及母亲角色适应程度。**结果：**护理前两组 EPDS、GSES 评分无明显差异 ($P>0.05$)，护理后实验组显著高于对照组 ($P<0.05$)；护理前两组的生活质量评分差异不明显 ($P>0.05$)，护理后两组的生理功能、躯体健康、情感职能、社会功能评分相较本组护理前有所提高，而实验组评分均显著高于对照组 ($P<0.05$)；经过不同护理方式干预后，实验组母亲角色适应程度显著优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论：**对产妇实施协同护理效果显著，能有效预防产妇产后抑郁，提高自我效能感及生活质量，同时也显著增强了产妇的母亲角色适应程度，具备推广的价值。

关键词：协同护理；产后抑郁；预防

产后抑郁症 (Postpartum Depression, 简称 PPD) 是一种常见而严重的产后精神障碍，其发生率逐年上升，成为困扰产妇及其家庭的重要问题。面对新生儿的照顾、家庭责任的增加以及生理、心理等多方面的变化，产妇容易陷入情绪波动、疲惫和焦虑之中^[1]。在现代社会中，女性在孕期和产褥期面临着来自各方面的压力。心理学研究表明，女性在怀孕和产后时更容易受到激素水平波动、身体变化和社会角色转变等因素的影响，从而增加了患上抑郁症的风险^[2]。产后抑郁症的发生不仅对产妇本人的身心健康构成威胁，也可能影响到新生儿的健康和家庭和谐。因此，寻找一种既可行又有效的干预手段成为了亟待解决的问题。协同护理作为一种集合多学科、全方位护理资源的模式，强调医护人员、社工、心理医生等专业团队的紧密协作，为产妇提供个性化、全程化的综合护理服务^[3]。这种护理模式在促进产妇身体康复、提高心理健康水平、改善家庭关系等方面具有独特的优势。其关键在于通过协同作战，形成护理团队，为产妇提供更全面、个性化的服务，以期在身体和心理上全方位地支持她们度过产后的特殊时期。通过深入挖掘协同护理在产后抑郁症预防中的潜在机制和作用途径，有望为制定更为切实可行的护理方案提供依据。因此，本研究将探讨协同护理的临床成果，为产后抑郁症预防提供更为创新和实用的护理方案，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 80 例产妇资料作为研究基础，患者均于 2022 年 11 月~2023 年 11 月期间在我院就诊接受护理，为进行研究，采用随机数字表法，将这 80 例患者分为对照组与实验组，每组人数一致都是 40 例。对照组：年龄 22~35 岁，平均 (29.06 ± 1.47) 岁；初产妇 30 例，经产妇 10 例；顺产 26 例，剖宫产 14 例。实验组：年龄 23~38 岁，平均 (29.35 ± 1.53) 岁；初产妇 31 例，经产妇 9 例；顺产 25 例，剖宫产 15 例。相比两组各项基本资料， $P>0.05$ ，比较差异不明显，可对比。

纳入标准：(1) 仅包括产后 6 周内的产妇；(2) 产妇不存在明显精神疾病史或其他严重心理障碍；(3) 本人及家属均愿配合本研究。

排除标准：(1) 患者有严重基础疾病 (如心血管疾病、恶性肿瘤等)；(2) 正在接受精神药物治疗或其他可能影响心理状态的药物治疗的产妇；(3) 因沟通困难 (语言障碍、认知障碍等) 而难以参与协同护理的产妇。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用常规护理模式，包括产妇的药物管理、饮食、心理疏导、康复锻炼，以及新生儿的监测、护理、母乳喂养。

通过面对面宣教、发放健康手册，对初产妇及家属进行健康教育，出院前进行全面评估和技能指导。

1.2.2 实验组

实验组接受协同护理，详细措施如下：(1) 组建协同护理小组：对团队成员进行专业培训，涵盖协同护理模式的相关知识。准备并整理宣教资料，同时建立微信群，以促进产妇的信息交流。(2) 协同护理方案：产前，通过视频等方式让产妇家属了解分娩过程，深化对产妇心理和情绪变化的理解。重点向整个产妇家庭提供技能指导，包括家庭成员在新生儿护理中的参与。宣教内容着重于家庭整体护理、产妇喂养学习、产妇哺乳饮食方案等。激发产妇的自我护理欲望，通过案例分享鼓励她们尽可能独立完成事务。通过微信群和公众号传递孕育和产妇保健的短视频和资料，便于产妇及家属查阅。定期组织产后抑郁讲座，关注抑郁倾向的产妇，联合家属进行心理疏导。在生产过程中，鼓励家属积极参与，确保产妇在生产后得到及时关怀，避免感到被忽视。(3) 产后指导：引导产妇早期接触、早期吸吮，促进亲子情感建立，助力产妇尽快适应母亲角色。家属被指导协助产妇保持清洁，勤换洗衣物、床单，确保母婴舒适。鼓励家庭帮助分担育儿任务，保障产妇充足睡眠时间。鼓励家属根据产妇饮食习惯为其提供营养膳食。同时，倡导家属陪同产妇进行适度体育锻炼、舒缓压力。出院后，每天通过微信回答母婴相关问题，专业护士提供微信私信答疑和远程指导，并鼓励产妇主动倾诉情绪。叮嘱家属关注初产妇情绪，如有异常请及时向干预小组报告，共同制定解决方案。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者护理前后的抑郁状态、自我效能感：①抑郁情绪使用爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS)^[4] 进行评估，分数越高表示抑郁程度越严重，以比较两组患者在护理前后的抑郁状态变化。②考察自我效能感的变化，使用一般自我效能量表 (GSES)^[5] 进行评估，分值越高代表自我效能感越强。(2) 生活质量表包括生理功能、躯体健康、情感职能、社会功能，这 4 项的分数范围均在 0~100 分之间。(3) 评估产妇的母亲角色适应程度，涵盖婴儿对产妇生活的影响、照顾婴儿的信念、照顾婴儿的能力、母亲角色的幸福感等四个方面，总共包含 16 个小条目；分值在 16~80 分之间，得分等于或小于 47 分时代表母亲角色适应差，得分在 48 至 63 分之间时代表角色适应中等，得分等于或大于 64 分时代表角色适应良好。

1.4 统计学方法

用 SPSS 21.0 对本研究所得结果中的数据进行分析， $P<0.05$ ，这表示组间数据差异有统计学意义，计量资料经 t 检验，用 ($\bar{x}\pm s$) 来书面表示，计数资料经 χ^2 检验，用 (%) 作为书面表示。

2 结果

2.1 两组患者护理前后的抑郁状态、自我效能感对比分析
护理前两组 EPDS、GSES 评分无明显差异 ($P>0.05$)，
护理后实验组显著高于对照组 ($P<0.05$)，详细数据参考表 1。
2.2 两组患者的生活质量对比分析
护理前两组的生活质量评分差异不明显 ($P>0.05$)，护理
后两组的生理功能、躯体健康、情感职能、社会功能评分相
较本组护理前有所提高，而实验组评分均显著高于对照组 (P

<0.05)，详细数据参考表 2。

表 1 护理前后的抑郁状态、自我效能感比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	EPDS (分)		GSES (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	17.05±2.11	9.87±1.96	17.38±3.43	24.55±5.34
实验组	40	16.78±2.14	7.01±1.23	17.02±3.51	28.99±5.27
t		0.568	7.817	0.464	3.743
P		0.572	0.000	0.644	0.000

表 2 两组患者的生活质量对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	生理功能		躯体健康		情感职能		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	58.97±5.13	65.81±5.86	60.24±4.51	66.35±4.86	60.36±4.55	70.53±5.67	58.63±4.22	67.95±5.62
实验组	40	58.93±5.08	71.75±6.34	60.19±4.47	72.63±6.34	60.28±4.42	77.28±6.81	58.52±4.17	89.88±6.43
t		0.035	4.351	0.050	4.972	0.080	4.818	0.117	16.241
P		0.972	0.000	0.960	0.000	0.937	0.000	0.907	0.000

2.3 两组患者的母亲角色适应程度对比分析

经过不同护理方式干预后，实验组母亲角色适应程度显
著优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，详细数据参考
表 3。

表 3 母亲角色适应程度比较 n (%)

组别	n	角色适应良好	角色适应中等	角色适应差
对照组	40	23 (57.5)	11 (27.5)	6 (15.0)
实验组	40	32 (80.0)	6 (15.0)	2 (5.0)
χ^2		11.782	4.669	5.556
P		0.001	0.031	0.018

3 讨论

产后抑郁症 (PPD) 是一种常见的精神障碍，对产妇及其
家庭造成严重影响。这种抑郁症与新生儿的到来相关，但
并非正常的产后情绪波动，而是一种严重的精神健康问题。
协同护理作为一种综合性的护理方式，通过多方面的干预，
旨在提高产妇的心理健康水平、自我效能感、生活质量，以
及适应新的母亲角色。

产后抑郁症是指女性在生育后出现的一种心理障碍，通
常在分娩后的几个月内显现。这是一种常见而严重的产褥期
心理健康问题，对产妇和家庭都可能造成深远的影响。产后
抑郁症在全球范围内都很普遍，据统计，大约有 10% 至 15%
的新妈妈会受到其影响^[6]。这一比例可能因文化、社会经济
因素而异，但普遍表现为一个不可忽视的问题。在某些群体
中，尤其是社会经济状况较差、社会支持较少的地区，产后
抑郁症的发生率可能更高。产后抑郁症的症状通常包括情绪、
生理和行为方面的变化。情绪上，产妇可能会感到持续的沮
丧、无助、焦虑，甚至出现自罪感和对母亲角色的否定。这
些情绪会对正常的母婴关系产生负面影响。社会因素如社会
支持体系的完整性、家庭关系的稳定性等也被认为对于抑郁
症的发生有一定的影响^[7]。生理上，激素水平的急剧变化，
特别是雌激素和孕激素水平的下降，被认为可能与抑郁症的
发生有关。同时，产后抑郁症可能伴随着睡眠问题，包括难
以入睡或过度睡眠。产妇可能会感到疲劳、体力不支，对日
常活动失去兴趣。食欲的改变也是常见的体征，可能表现为
食欲不振或暴饮暴食。在行为方面，产妇可能对自己的外貌、
能力和母亲角色的履行产生负面的自我评价。社交隔离也是
产后抑郁症的一个特征，患者可能避免与亲友交往，使得社
会支持系统的破裂。

协同护理是一种综合性的护理模式，其核心理念是通过
不同专业的护理人员和团队成员之间的合作与协同，为患者
提供更全面、连续、个性化的护理服务。这种模式的机制涉
及多方面的因素，旨在最大程度地满足患者的综合护理需求，
提高整体医疗质量。首先，协同护理的机制之一是建立一个

协同工作的护理团队。这个团队由来自不同领域的专业人员
组成，包括医生、护士、康复治疗师、社会工作者等。这样
的团队构建有助于充分发挥各专业的优势，形成一支多元化
的力量。通过定期的沟通和协商，团队成员能够更好地了解
患者的状况和需求，制定更为全面和针对性的护理计划^[8]。
其次，协同护理模式强调患者和家属的参与。患者和家属在
整个护理过程中被视为重要的合作伙伴，而不仅仅是护理的
接受者。通过积极地参与决策、了解治疗计划、并与护理团
队建立密切的关系，患者及其家属能够更好地理解和配合治
疗，提高治疗的整体效果。另外，协同护理的机制还包括全
程性的护理服务。这意味着护理团队在患者从入院到出院的
整个过程中都持续关注 and 参与。这种全程性的服务保证了患
者在不同阶段都能够得到及时、连贯、协同的护理，避免了
信息的中断和缺失^[9]。此外，信息共享和协同的技术支持也
是协同护理机制的一部分。通过建立电子健康记录系统，护
理团队能够及时获取和分享患者的病历信息、治疗计划和护
理方案。这种高效的信息共享促进了护理团队成员之间的协
同工作，确保了患者得到全方位、个性化的医疗服务。最后，
协同护理强调评估和反馈的循环。护理团队定期对患者的状
况进行评估，并根据评估结果不断调整和优化护理计划。同时，
患者和家属的反馈也被纳入评估体系，以确保护理服务更加
符合患者的期望和需求。

在实施协同护理后，抑郁状态、自我效能感、生活质量、
母亲角色适应程度等方面均得到显著改善。EPDS 和 GSES 评
分的显著提升表明协同护理对产妇心理状态的积极干预效果。
生活质量方面，各项维度的得分均有提高，特别是在生理功
能、躯体健康、情感职能、社会功能方面，提升更为显著。
这说明协同护理在多方面上改善了产妇的生活质量。而母亲
角色适应程度的显著优于对照组，则强调了协同护理在帮助
产妇更好地适应新的母亲角色方面的独特价值。协同护理的
成功实施与其综合性和个性化的特点密切相关。通过将产妇、
家庭、医护人员等多方面纳入护理过程，形成协同工作的合
力，实现了全方位的护理干预。此外，协同护理强调了早期、
连续的干预，使得护理更具时效性和连续性，更好地满足了
产妇在产前、产中、产后的多层次需求^[10]。这种个性化、全
面化的护理方式为产后抑郁症的预防和产妇全面发展提供了
有力的支持。

综合来看，协同护理在预防产后抑郁症方面表现出显著
的临床效果。其综合性和多角度的护理方式，不仅帮助产妇
有效应对生理和心理的变化，还促进了家庭成员的积极参与，
形成了良好的支持系统。

参考文献

(下转 60 页)

表 2：参照组与研究组产妇比较的产程时间

组别	第一产程（min）	第二产程（min）	第三产程（min）
参照组（200）	903.12±30.15	152.63±12.55	26.25±2.20
研究组（200）	792.15±30.10	125.15±12.45	21.10±1.95
t 值	36.837	21.984	24.774
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 参照组与研究组产妇的不良分娩结局发生率比较
两组产妇干预后，研究组的不良分娩结局发生率低于参照组（P < 0.05），差异具有统计学意义；见表 3：

表 3：两组产妇的不良分娩结局发生率比较（n/%）

组别	新生儿窒息 (n)	剖宫产 (n)	产后出血 (n)	不良分娩结局 发生率
参照组（200）	7（3.50）	7（3.50）	1（0.50）	15（7.50）
研究组（200）	0（0.00）	2（1.00）	1（0.50）	3（1.50）
X ² 值	-	-	-	8.377
P 值	-	-	-	0.004

3 讨论

研究显示，正常分娩过程就是全产程，自产妇开始出现规律宫缩直到胎儿胎盘全部娩出的整个过程。有三个产程。第一产程时间初产妇一般在 20 小时以内，是宫缩出现到宫口全开的过程，而经产妇不超过 14 小时。分为潜伏期和活跃期。第二产程是 2 小时以内，即宫口开到成功娩出胎儿的过程^[6]。第三产程是胎儿娩出至胎盘娩出，一般不超过 30 分钟。由于正常分娩会给产妇带来较为严重的疼痛反应，分娩疼痛包含宫缩痛和会阴痛，剧烈难忍。分娩过程中，产妇会经历两种不同类型的疼痛，即宫缩痛和会阴痛。剧烈的疼痛反应会让产妇出现广泛的生理反应，包括呼吸、循环、胃肠功能、代谢、子宫收缩、胎盘灌注甚至胎儿都会受到影响，往往形成恐惧-紧张-疼痛的恶性循环，导致部分产妇对于阴道分娩的信心崩塌，出现情绪激动等极端行为^[7]。分娩还有可能会导致产妇出现过度换气或紧张焦虑等现象，造成血液中二氧化碳含量减少，增加胎儿的缺氧。随着疼痛加剧，还可能诱发出与分娩相关的其他并发症，所以母亲采用无痛分娩的新生儿，缺氧的发生率降低。

因此，在产科临床中提倡使用无痛分娩技术缓解和减轻产妇的疼痛反应。而当前，随着人们生育理念的变化和临床中分娩技术的发展，当前临床中无痛分娩技术在产科中的推广率越来越高。无痛分娩技术主要是通过各种方式缓解和减轻疼痛感，无痛分娩技术可以很好的维护产妇的尊严，无痛分娩能尽可能的减轻产妇的疼痛感、焦虑情绪和紧张心理，保证产妇整个分娩中的尊严得到保证^[8]。其次，无痛分娩技术还能提高整个分娩过程的安全性和可控性，当机体出现较为严重的疼痛感时会增加儿茶酚胺的释放，使得子宫收缩协同性得以降低，阻碍和影响了产妇的宫缩扩张速度，使得产妇的产程时间有所延长，容易引发较为严重的不良母婴结局。

并且，无痛分娩镇痛方案还能保存产妇的体力，使得整个分娩的过程变得更加安全和可控。第三，无痛分娩技术还能降低剖宫产率，保证母婴安全，通过无痛分娩技术的处理能减轻产妇的不适感和疼痛感，缩短产程时间，预防和减少由于产妇主观情绪引发的意外，增加自然分娩的成功率，从而降低不必要的剖宫产对母婴产生的不良影响^[9]。最后，无痛分娩技术还能避免产妇缺氧，在分娩过程中，最担心的就是产妇缺氧，影响母婴安全。无痛分娩让产妇整个分娩过程中疼痛降低至最低，抑制产妇的应激反应，降低产程中的代谢率，从而避免缺氧的风险，保证母婴结局^[10]。本研究结果显示，和参照组产妇对比，研究组产妇干预后的产前、产中、产后疼痛评分、不良分娩结局发生率更低，而研究组的产程时间短于参照组，这一数据很好的说明了无痛分娩技术用在产科临床分娩中的推广价值和意义，能很好的缩短产妇的产程时间，尽可能的减轻产妇的疼痛感和不适感，促使产妇更加配合整个分娩过程，加速分娩能顺利的完成，预防一系列不良妊娠结局的发生，保证母婴结局。

综上所述，在产科临床分娩中使用无痛分娩技术能起到十分显著的效果，建议在日后的产科中推广。

参考文献

[1] 刘宏. 助产士责任制联合无痛分娩对分娩方式及胎儿的影响研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(18): 184-185+188.
[2] 孙如丹, 施露露. 无痛分娩技术在产科临床的应用及其对分娩过程的影响[J]. 中国社区医师, 2022, 38(17): 49-51.
[3] 王瀛培, 徐华博. 卫生行政与妇女保健实践: 20 世纪 50 年代精神预防性无痛分娩法在上海[J]. 妇女研究论丛, 2021, 20(01): 93-112.
[4] 黄欣琪, 叶雄娟. 产房开放联合无痛分娩在产科的应用及对分娩过程的影响研究[J]. 智慧健康, 2022, 8(01): 167-169.
[5] 王吉妮. 对高龄产妇行无痛分娩联合助产士全程责任制的应用价值[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(16): 1762-1764.
[6] 马丽萍, 张辰晨, 程义玲等. 硬膜外麻醉无痛分娩、剖宫产和自然分娩对盆底组织功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(11): 2121-2124.
[7] 章颖, 郑庄. 产科无痛分娩技术与常规分娩对产妇的分娩结局影响分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(08): 61-64.
[8] 殷秀莉, 杨小妹, 吕翠等. 探究无痛分娩联合接生手法改变对妊娠高血压孕妇顺产母婴结局及 SAS 评分的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(08): 879-883.
[9] 黎志容, 尹才芳, 郭丽娇等. 无痛分娩中采取自由体位与常规卧位对减少产程干预及分娩结局的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(08): 133-135.
[10] 陆芹洁, 李小娜. 人性化无痛分娩操作模式对降低剖宫产率影响的临床研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2020, 54(06): 651-654.

（上接 58 页）

[1] 郭丽艳, 陈敬, 李阳. 心理护理对产后抑郁症患者的影响[J]. 心理月刊, 2023, 18(07): 108-110.
[2] 王安玲. 综合护理干预对产后抑郁症患者睡眠质量及心理状态的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(12): 2462-2464.
[3] 齐义. 心理护理结合共情护理用于产妇的效果分析[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2022, 32(05): 133-134.
[4] 郑月仙, 曾彩贤, 吴秋玲等. 基于人性化理念的精细化护理与健康保健对产后抑郁症产妇心理状态、依从性、满意度的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2022, 9(25): 88-91.
[5] 刘洋, 李园园. 家庭护理和产后抑郁症的关系[J]. 家庭生活指南, 2021, 37(12): 169-171.

[6] 胡斯琴. 人文关怀护理对产后抑郁症患者的临床意义[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(11): 97-98.
[7] 邹慧颖, 柳薇. 协同护理模式联合共情护理对产后抑郁症初产妇自我效能感及生存质量的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(18): 125-128.
[8] 徐锦. 循证护理在产后抑郁症家庭护理干预中的应用疗效[J]. 中国医药指南, 2020, 18(34): 156-157.
[9] 于洋, 刘余存, 王华等. 心理护理及健康教育对产后抑郁症患者康复情况影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(27): 65+83.
[10] 张宏梅. 全程协同护理管理对预防产后抑郁和生活质量的效果分析[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(06): 105-106.