

人文关怀在分娩中的作用与伦理学思考

韩懿, 雷巧茹, 麦春燕

(广东省开平市中心医院, 广东开平 529300)

[摘要] **目的** 探讨人文关怀在分娩时的作用与医学伦理学意义. **方法** 按照随机数字表法将待产产妇 700 例分为观察组与对照组各 350 例, 对照组常规分娩, 观察组给予人文关怀分娩. 对 2 组产妇各方面的情况进行比较. **结果** 经过实施人文关怀, 可使产妇的自然分娩率提高、产程缩短、出血量减少、新生儿窒息率下降及疼痛等级降低 ($P < 0.05$). **结论** 人文关怀能提高顺产率, 缩短产程, 保证母婴安全, 符合医学伦理学基本原则, 值得在产时推广服务模式.

[关键词] 分娩; 人文关怀; 医学伦理学

[中图分类号] R714.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2015) 12-0128-03

The Role and Ethical Thinking about Humanistic Care in Childbirth

HAN Yi, LEI Qiao-ru, MAI Chun-yan

(The Central Hospital of Kaiping, Kaiping Guangdong 529300, China)

[Abstract] **Objective** Investigate the role and ethical thinking about humanistic care in childbirth. **Methods** According to the random number table, 700 cases were divided into observation group and control group with 350 cases in each. The control group was conventional delivery, while the observation group was given the humanistic care delivery. Then all aspects of the situation of mothers were compared in the two groups. **Results** After the implementation of humanistic care, the natural childbirth rate of the maternal was improved, birth process was shorten, the amount of bleeding was reduced, the rate of neonatal asphyxia was reduced, and the level of pain was decline ($P < 0.05$). **Conclusion** Humanistic care can improve the natural delivery rate, shorten the birth process, ensure maternal and child safety. It is worthy to promote the service model in childbirth.

[Key words] Childbirth; Humanistic care; Medical ethics

分娩是妇女正常的生理现象, 又是一个较复杂的生理过程, 分娩期妇女由于其特殊性, 在医护工作中潜在许多风险^[1]. 其中影响分娩预后的一个重要因素是产妇的精神心理因素, 分娩时的焦虑、紧张情绪可使孕产妇的疼痛阈值降低, 对阴道分娩没有信心, 以及对阴道分娩应对能力下降, 进而导致剖宫产率高、出血量多、及疼痛程度高等问题. 另外, 孕产妇对自然分娩知识的缺乏及对剖宫产术的片面认识也是导致剖宫产率居高不下的原因. 而人文关怀就是以人为本^[2], 注重人的发展与完善. 人文关怀强调人的价值与需要, 认同

人的整体性. 对一个人各个层面的需要将尽可能地给予满足, 符合医学伦理学的基本原则. 产科开展人文关怀是当前对于医护工作的要求^[3,4]. 广东省开平市中心医院2012年6月至2014年6月实施人文关怀式生产, 现将结果报告如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 6 月至 2014 年 6 月收治的产妇 700 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组,

[基金项目] 广东省江门市科技计划项目 (2014020)

[作者简介] 韩懿 (1968~), 女, 广东湛江市人, 大专, 副主任医师, 主要从事孕妇营养状况与妊娠合并症发病的相关性研究工作.

观察组 350 例, 对照组 350 例. 所有产妇胎产式为纵产式头先露, 且为单胎妊娠, 年龄 23 ~ 35 岁, 平均 25.8 岁; 孕周 38 ~ 42 周, 平均 38.5 周; 体重 60.5 ~ 75.1 kg, 平均 69.8 kg, 入选 700 名产妇均经产检、超声检查, 确认无阴道分娩禁忌症.

1.2 处理措施

对照组给予常规分娩, 观察组在给予常规分娩的同时实施人文关怀, 其具体措施有: (1) 每位产妇入院均有专职护士接待, 入院后详细向产妇讲解正常分娩的生理过程、在分娩过程中可能会出现症状以及临产时阵发性腹痛的特点等分娩知识, 使产妇对正常分娩充分认识; (2) 助产师全程陪伴产妇的产程, 助产师与产妇的陪伴关系为“朋友”式, 根据产程的进展, 随时告知产妇进展信息, 增加产妇对自然分娩的信心, 产房内播放能使产妇放松的轻音乐, 讲解放松技巧; 正确使用腹压可缩短第 2 产程, 在不断给予产妇鼓励的同时, 教会产妇使用腹压的方法. 比较对照组与观察组 2 组产妇的产程时间、分娩方式、出血量、疼痛分级及新生儿窒息情况.

1.3 产痛评定评定时间

以规律性宫缩开始到胎儿娩出结束; 根据产妇疼痛症状依据 WHO 疼痛分级评定: 0 级: 分娩过程中无疼痛、产妇安静并且配合; I 级: 分娩过程中轻度疼痛, 产妇能够易忍受, 并且能够配合; II 级: 分娩过程中中度疼痛, 产妇难忍受, 配合欠佳; III 级: 分娩过程中重度疼痛, 产妇不能忍受, 不能配合.

1.4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS 软件进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 2 组产妇分娩方式及新生儿窒息比较

对对照组、观察组产妇分娩方式及母婴并发症进行统计, 观察组 350 例中剖宫产 81 例新生儿窒息例数 5 例, 对照组 350 例中剖宫产 143 例, 新生儿窒息例数 14 例, 见表 1. 由表 1 可见, 观察组较对照组剖宫产率明显降低, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组较对照组新生儿窒息率降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$).

2.2 2 组产妇产程时间及出血量比较

笔者比较了 2 组产妇的产程及出血量, 具体数据见表 2. 表 2 显示了观察组较对照组第 1、第 2

产程均缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组较对照组出血量减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$).

2.3 2 组产妇分娩疼痛的比较

观察组较对照组 I 级疼痛比率增高, III 级疼痛比率降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3.

表 1 2 组产妇分娩方式比较及新生儿窒息情况比较 [n (%)]

Tab. 1 Comparison of the delivery modes of puerperae and the asphyxia neonatorum between the two groups [n (%)]

组 别	n	剖宫产数	新生儿窒息数
观察组	350	81(23.1)*	5(1.4)*
对照组	350	143(40.9)	14(4.0)

与对照组比较, * $P < 0.05$.

表 2 2 组产妇产程时间、出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 2 Comparison of the birth process duration and the amount of bleeding of puerperae between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	第 1 产程(h)	第 2 产程(min)	出血量(mL)
观察组	350	5.1 \pm 1.4*	48.1 \pm 26.0*	186.4 \pm 26.2*
对照组	350	8.2 \pm 1.6	73.3 \pm 32.0	233.8 \pm 35.9

与对照组比较, * $P < 0.05$.

表 3 2 组产妇分娩疼痛分级比较 [n (%)]

Tab. 3 Comparison of the delivery pain score of puerperae between the two groups [n (%)]

组 别	n	I 级	II 级	III 级
观察组	350	247(70.6)	94(26.9)	9(2.6)*
对照组	350	185(52.9)	132(37.7)	33(9.4)

与对照组比较, * $P < 0.05$.

3 讨论

在分娩过程中, 女性的躯体生理功能及心理功能均有涉及, 影响分娩的四大因素包括孕妇的心理因素、产力、产道、胎儿, 此四大因素在分娩中起着同等重要的影响. 庞炜等实验发现妊娠大鼠接受不良情绪刺激可使其子代大鼠学习记忆能力障碍, 其中情绪应激对子代的影响较生理应激更为显著^[9]. 人文关怀强调以人为本, 以健康为中心. 本研究表明, 将人文关怀应用到产妇分娩中, 收到良好的效果, 具体表现: 缩短了产程, 其中第 1 产程观察组与对照组比较 [(5.1 \pm 1.4) h vs (8.2 \pm 1.6) h, $P < 0.05$], 第 2 产程观察组与对照组比较 [(48.1 \pm 26.0) min vs (73.3 \pm 32.0) min, $P < 0.05$]. 分娩出血量减少, 观察组与对照

组比较 [(186.4 ± 26.2) mL vs (233.8 ± 35.9) mL, $P < 0.05$]. 对于疼痛程度, 观察组 I 级疼痛比率较对照组增高 (70.6% vs 52.9%, $P < 0.05$), III 级疼痛比率较对照组降低 (2.6% vs 9.4%, $P < 0.05$). 对分娩方式的影响为观察组顺产率较对照组增高 (76.9% vs 59.1%, $P < 0.05$), 剖宫产率较对照组降低 (23.1% vs 40.9%, $P < 0.05$), 且新生儿窒息率较对照组降低 (1.4% vs 4.0%, $P < 0.05$).

3.1 知情同意的落实

研究^[6]表明, 多数孕产妇在待产和分娩时有不同程度的紧张、焦虑、恐惧等心理状态, 其中见红、假性阵痛、规律性宫缩、胎膜早破等可致孕产妇高度紧张; 另有一些产妇因害怕自然分娩带来的疼痛、怕影响日后夫妻性生活质量、害怕影响体型、及害怕挤压孩子的大脑, 影响孩子的智商, 而主动要求行剖宫产. 但剖宫产较自然分娩出血量要多, 术后下地活动晚不利于产后恢复, 并有发生子宫内膜异位症、盆腔炎及肠粘膜等并发症的风险. 剖宫产可造成母婴近期或远期并发症已被许多专家所认同. 有报道称剖宫产率的升高在一定程度上降低了围生儿病死率, 但剖宫产术是降低围生儿病死率的一种手段而非唯一手段^[7,8]. 自然分娩是自然、安全、对母婴均有利的分娩方式, 可避免剖宫产术后的许多并发症和后遗症^[9]. 知情同意是当患者的选择与自身、他人、社会的利益发生矛盾时, 医者应本着既不损害他人、社会, 又要使患者的损失降低到最低程度的原则, 让患者真实地了解与病情有关的医疗信息和资料, 并针对患者的具体情况作必要的解释. 本研究在产妇入院后由专职护士接待, 通过详细向产妇讲解正常分娩的生理过程、在分娩过程中可能会出现症状以及临产时阵发性腹痛的特点等分娩知识. 消除患者认识的偏见, 同时医护人员不断鼓励产妇并给予肯定, 增强产妇信心^[10]. 观察结果, 观察组较对照组产妇剖宫产率降低、产程缩短、出血量减少、新生儿窒息率降低, 明显降低了分娩风险.

3.2 无伤害原则的落实

在心理上对分娩疼痛的无限放大是很多产妇紧张的主要原因, 而在现实中, 产科医生往往对分娩疼痛视为“正常现象”, 忽视对产妇的心理疏导. 理想的分娩镇痛方法在达到止痛目的的同时, 对产程进展不造成影响, 并且既能给予产妇心理情感上的支持, 又不对母婴产生不良影响. 有利无害原则是医学伦理学的一项基本原则, 笔者在产房内播放可使产妇放松的轻音乐, 使产妇紧张情绪能够得到舒缓, 使得身心平静, 进而增加产妇对疼痛的对抗能力. 详细向产妇讲解放松技巧, 医者用肢体语言帮助产妇肌肉放松, 如轻抚紧张

部位肌肉使其放松, 可使盆底压迫感减轻, 进而使疼痛刺激减轻, 疼痛阈值降低, 提高疼痛耐受性. 同时, 产妇被激发出来的即将成为母亲的喜悦和自豪, 完全可以战胜分娩的一时痛苦. 而此降低产妇紧张、指导放松技巧的方法完全符合医学伦理的有利无害原则. 观察结果, 在无伤害的情况下, 观察组疼痛程度较对照组降低, 且有统计学意义.

3.3 对传统生育伦理的传承

生殖技术的进步和分娩方式的转变, 在为人类的自我繁衍带来更多医学保障的同时, 也引发了一系列伦理观念的冲突和伦理问题的出现^[11]. 其中居高不下的剖宫产率, 所体现出的是对传统生育伦理的打破和颠覆. 因产妇对正常分娩的不正确认识及对剖宫产术的片面理解所致的“自我选择”, 显然不再具备伦理上的正当性和正义性. 将人文关怀融入到分娩中, 缩短产程, 降低新生儿窒息率, 提高顺产率. 使产妇对自然分娩、剖宫产术优缺点更清楚, 对自然分娩过程更了解, 在真正的明确实情的情况下选择更有利于母婴健康的分娩方式, 这有是对传统生育伦理的传承.

综上所述, 人文关怀融入到分娩中, 可以消除广大女性对分娩的恐惧, 从而正确的面对分娩, 减少不必要的伤害, 缩短产程, 降低新生儿窒息率, 提高顺产率, 符合医学伦理学基本原则, 是值得推广的一种产时服务模式.

[参考文献]

- [1] 石中兰. 人文关怀在分娩时的应用与效果分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(13): 2 589 - 2 590.
- [2] 刘玉馥. 护理工作融入人文关怀的思路探讨[J]. 解放军护理杂志, 2003, 20(7): 76 - 77.
- [3] 赵小红. 孕期健康教育对分娩方式的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(4): 103 - 104.
- [4] MATHEWS T J. Annual summary of vital statistics: 2008 [J]. Pediatrics, 2011, 127(1): 146 - 157.
- [5] 庞炜. 妊娠期接受应激刺激可降低大鼠学习记忆能力[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2002, 23(3): 318 - 319.
- [6] 杨小立, 周春琴. 孕妇心理需求及分娩镇痛的效应评价[J]. 中国医学伦理学, 2002, 15(5): 11 - 12.
- [7] 梁彦萍, 赵翠娥. 我院初产妇剖宫产率及适应证变化分析[J]. 护理研究, 2008, 22(S2): 112 - 113.
- [8] 何宇芬. 剖宫产率的影响因素调查及护理对策[J]. 护理研究(下旬版), 2006, 20(3): 212 - 213.
- [9] 张玉贵. 人文关怀亲情式助产在分娩过程中的应用[J]. 亚太传统医药, 2010, 8(2): 143 - 145.
- [10] 林小兰. 孕产妇分娩期的人文关怀[J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(3): 331 - 332.
- [11] 米莉. 滥用剖宫产术对中国传统生育伦理的影响[J]. 伦理学研究, 2012, 72(3): 121 - 126.

(2015 - 09 - 10 收稿)