

产康盆底修复护理中健康教育路径的优化设计与效果评估

沈剑婷

新疆生产建设兵团第七师医院 新疆 奎屯 833200

【摘要】目的：探讨优化设计的健康教育路径在产后盆底修复护理中的应用效果。方法：回顾性分析 2024 年 1 月至 2024 年 12 月收治的 110 例产后盆底功能障碍患者的临床资料，按健康教育方法不同分为对照组（55 例，常规健康教育）和实验组（55 例，优化健康教育路径）。比较两组患者干预前后盆底肌力分级、盆底功能障碍问卷评分、健康教育知识掌握率、治疗依从性及护理满意度。结果：干预后实验组盆底肌力分级优于对照组（ $P < 0.05$ ），实验组 PFDI-20 总分及各维度评分均低于对照组（ $P < 0.05$ ），实验组知识掌握率（94.55%）、治疗总依从率（92.73%）及护理总满意度（96.36%）均高于对照组（78.18%、74.55%、80.00%），差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：优化设计的健康教育路径可显著提升产后盆底修复患者的盆底肌力恢复效果，提高疾病认知水平和治疗依从性，改善护理满意度。

【关键词】：产后盆底修复；健康教育路径；优化设计；盆底肌力；治疗依从性

DOI:10.12417/2705-098X.26.13.053

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

回顾 2024 年 1 月至 2024 年 12 月，在某妇幼保健院产后康复科进行盆底修复治疗的产后患者 110 例临床资料。纳入标准为①年龄 20~40 岁；②产后 6~12 周，经产后 42 天复查确诊为轻中度盆底功能障碍；③盆底肌力 ≤ 3 级；④初次进行盆底康复治疗；⑤认知功能正常，可以配合健康教育和康复治疗；⑥有完整的临床资料。排除标准为妊娠期高血压、糖尿病等严重妊娠并发症史、既往有盆腔手术史、合并泌尿生殖系统急性感染、盆底器官脱垂 III 度及以上、精神疾病或者认知障碍、中途退出治疗或者失访。

根据健康教育的方法不同分为对照组和实验组，每组 55 例。对照组年龄 22~38 岁，平均（ 28.6 ± 4.2 ）岁；分娩方式自然分娩 32 例，剖宫产 23 例；功能障碍类型压力性尿失禁 28 例，盆腔器官脱垂 15 例，混合型 12 例；盆底肌力分级 I 级 12 例，II 级 25 例，III 级 18 例。实验组年龄为 21~39 岁，平均年龄（ 28.9 ± 4.5 ）岁，分娩方式为自然分娩的有 34 例，剖宫产的有 21 例；功能障碍类型为压力性尿失禁 30 例，盆腔器官脱垂 13 例，混合型 12 例；盆底肌力分级 I 级 10 例，II 级 27 例，III 级 18 例。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组：常规健康教育

对照组做常规健康教育。初次就诊时向病人说明病因、危害、治疗方法，发放宣传折页；治疗期间嘱咐病人注意事项；指导凯格尔运动（每天 3 组，每次 10~15 次）；治疗结束后告诉复查时间及居家注意事项。健康教育内容、时机无固定性。

1.2.2 实验组：优化设计的健康教育路径

实验组用改进的健康教育途径。路径是由盆底康复专科护

士、康复治疗师、产科医师三者一起制订的，共分四个阶段。

第一阶段：初诊评估期（首次就诊）。教育目标：建立疾病认知，消除焦虑，建立信心。内容有盆底解剖与功能基础知识、PFD 发病机理（妊娠、分娩损伤过程）、康复治疗必要性及原理、治疗流程及注意事项。方式是单向的讲解结合骨盆模型演示、3 分钟的动画视频播放、发放《盆底康复健康护照》记录每天的锻炼。评价：病人能说出 PFD 的基本概念及治疗方法。

第二阶段：治疗初期（第 1~2 周）。教育目标：掌握正确盆底肌收缩方法，建立锻炼习惯。内容为凯格尔运动的标准化操作步骤，区分盆底肌和腹肌、臀肌的代偿收缩，生物反馈治疗配合要点，“三定”原则（定时、定量、定强度），常见问题解答。方式为治疗前一对一的实操指导，患者现场演示并纠正错误，发家庭作业记录卡。评价患者可以正确完成盆底肌收缩，并且没有代偿动作，连续三天完成每天的锻炼。

第三阶段：治疗中期（第 3~6 周）。教育目标为增强自我管理能力和巩固效果、应对平台期。内容为进阶锻炼技巧（快速收缩、持续收缩、阶梯式收缩），生活方式干预（避免久站、提重物、慢性咳嗽），排便管理，阶段性效果评价。方式为每周一次小组健康教育课（30 分钟，每组 6~8 人）和案例分享、互动问答等方式对恢复缓慢者进行一对一强化指导。评价：能够独立完成进阶锻炼，每天的坚持率大于 80%。

第四阶段为治疗结束和居家巩固期，即第 7 周到第 8 周以及以后。教育目标：建立长期盆底维护习惯，预防复发。内容为居家长效化方案（每周 3~5 次，每次 10~15 分钟），定期随访（3、6、12 个月），异常情况识别及处理，健康生活方式持续宣教。方式为发放居家锻炼指导视频链接、建立微信群长期随访及答疑、每月推送科普文章。评价：掌握居家锻炼方案，知道随访时间、联系方式。护士长每周对健康教育执行情况做质量检查，并做好记录。

1.3 观察指标

(1) 盆底肌力评估：用牛津肌力分级系统（0~5级）在干预前和干预后（治疗8周后）进行评价。由同一名培训合格的康复治疗师双盲评价。

(2) 盆底功能障碍问卷评分：使用盆底功能障碍问卷（PFDI-20），包括排尿困扰、结直肠困扰、盆腔脱垂困扰这三个方面，共计20题，分数越高说明功能障碍越严重。干预前后均进行测评。

(3) 健康教育知识掌握程度：使用科室自拟的盆底康复知识调查问卷（共20题，每题5分，总分100分），≥80分为掌握，60~79分为基本掌握，<60分为未掌握。掌握率=（掌握+基本掌握）/总例数×100%。

(4) 治疗依从性：按照治疗出勤率以及居家锻炼记录卡综合评价分为完全依从、部分依从和不依从，完全依从指治疗出勤率达到100%并且居家锻炼时间达到推荐的80%以上，部分依从指治疗出勤率大于等于80%，居家锻炼时间达到推荐的50%以上，不依从指治疗出勤率小于80%，或者居家锻炼时间小于50%推荐时长。总依从率=完全依从例数+部分依从例数/总例数×100%。

(5) 护理满意度：采用自制问卷（10条目，5级评分，总分10~50分）：非常满意（≥45分）、满意（35~44分）、一般（25~34分）、不满意（<25分）。总满意度=（非常满意+满意）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

使用SPSS 26.0软件，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组内比较用配对t检验，组间比较用独立样本t检验；计数资料用 χ^2 检验；等级资料用Wilcoxon秩和检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者盆底肌力分级比较

干预前两组盆底肌力分级分布相似，差异无统计学意义（P>0.05）。干预后，两组肌力都有所提高，但是实验组的改善更加明显。实验组干预后肌力达到4级及以上者共38例（其中4级23例、5级15例），占69.09%；对照组达到4级及以上者共24例（4级18例、5级6例），占43.64%。经Wilcoxon秩和检验，两组干预后肌力分级差异有统计学意义（Z=-2.417，P=0.016）。具体的数据见表1。

表1 两组患者干预前后盆底肌力分级比较（例）

组别	对照组		实验组	
例数	55		55	
时间	干预前	干预后	干预前	干预后

0级	0	0	0	0
1级	12	2	10	0
2级	25	10	27	4
3级	18	19	18	13
4级	0	18	0	23
5级	0	6	0	15

注：两组干预后肌力分级比较，Z=-2.417，P=0.016。

对照组干预后还有2例1级、10例2级、19例3级，实验组干预后没有1级和2级病例，3级只有一例，4级和5级共38例。因此实验组肌力恢复较好。

2.2 两组患者盆底功能障碍问卷评分比较

干预前，两组PFDI-20总分及各维度评分相近（P>0.05）。干预后，两组总分以及各个维度的评分都比干预前有所降低（P<0.05），实验组的下降幅度更大。实验组干预后排尿困扰评分为（32.4±8.6）分，对照组为（42.6±10.2）分；实验组结直肠困扰评分为（20.3±6.5）分，对照组为（28.5±8.4）分；实验组盆腔脱垂困扰评分为（25.6±7.8）分，对照组为（34.2±9.6）分；实验组总分为（78.3±18.4）分，对照组为（105.3±22.8）分。各组间比较差异均有统计学意义（P<0.05）。具体数据见表2。

表2 两组患者干预前后PFDI-20评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	对照组		实验组	
例数	55		55	
时间	干预前	干预后	干预前	干预后
排尿困扰	68.5±12.3	42.6±10.2	70.2±13.1	32.4±8.6
结直肠困扰	45.2±10.6	28.5±8.4	46.8±11.2	20.3±6.5
盆腔脱垂困扰	52.8±11.4	34.2±9.6	53.5±12.0	25.6±7.8
总分	166.5±28.6	105.3±22.8	170.5±30.2	78.3±18.4

与同组干预前相比，P<0.05；与对照组干预后相比，P<0.05。

从表2可知，实验组干预后各个维度的评分以及总分都比对照组低，说明优化健康教育路径可以更好地改善盆底功能障碍相关症状。

2.3 两组患者健康教育知识掌握程度比较

干预结束时，实验组知识掌握36人，基本掌握16人，未掌握3人，掌握率为94.55%（52/55），对照组知识掌握25人，基本掌握18人，未掌握12人，掌握率为78.18%（43/55）。

两组掌握率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=6.253, P=0.012$)。具体数据如表 3 所示。

表 3 两组患者健康教育知识掌握程度比较 (例)

组别	对照组	实验组	组别	对照组
例数	55	55	例数	55
掌握	25	36	掌握	25
基本掌握	18	16	基本掌握	18
未掌握	12	3	未掌握	12
掌握率(%)	78.18	94.55	掌握率(%)	78.18

$\chi^2=6.253, P=0.012$.

表 3 的数据可以得出实验组没有掌握的只有 3 例, 对照组有 12 例, 实验组掌握率比对照组高出了 16.37 个百分点, 说明优化路径大大提高了患者对于盆底康复知识的理解与记忆。

2.4 两组患者治疗依从性比较

实验组完全依从 30 例, 部分依从 21 例, 不依从 4 例, 总依从率为 92.73% (51/55); 对照组完全依从 18 例, 部分依从 23 例, 不依从 14 例, 总依从率为 74.55% (41/55)。两组总依从率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=6.808, P=0.009$)。具体数据见表 4。

表 4 两组患者治疗依从性比较 (例)

组别	对照组	实验组
例数	55	55
完全依从	18	30
部分依从	23	21

参考文献:

- [1] 曾招艳, 谢颖, 曾颂, 等. 线上产后康复促进项目活动方案的设计及实施[J]. 护理学杂志, 2024, 39(18): 102-106.
- [2] 刘东苹, 宁振洁, 伦万娇, 等. 产康汤药浴联合盆底康复操在自然分娩产妇产后康复护理中的应用[J]. 中外医疗, 2025(10).
- [3] 李艳萍, 宋申菊. 产后盆底康复护理在产后盆底功能障碍患者康复中的应用效果[J]. 妇儿健康导刊, 2024, 3(14): 133-136.

不依从	14	4
总依从率(%)	74.55	92.73

$\chi^2=6.808, P=0.009$.

由表 4 可知实验组不依从患者只有 4 例, 对照组有 14 例, 该方法明显提高患者的依从性。

2.5 两组患者护理满意度比较

实验组非常满意 35 例, 满意 18 例, 一般 1 例, 不满意 1 例, 总满意度为 96.36% (53/55); 对照组非常满意 20 例, 满意 24 例, 一般 8 例, 不满意 3 例, 总满意度为 80.00% (44/55)。两组总满意度比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=7.125, P=0.008$)。

3 讨论

实验组干预后盆底肌力达到 4 级及以上者占 69.09%, 对照组为 43.64%, 差异明显。分析原因, 常规健康教育一次性向患者传授大量的信息, 患者理解、记忆能力有限, 在盆底肌锻炼指导方面, 护士示范之后患者自行练习, 错误动作不能得到及时纠正。实验组在分阶段教育之后, 第一阶段是依靠模型来形成直观的认识, 第二阶段则是对每一个病人实施一对一的操作示范及即时纠错。正确的基础动作是康复治疗的基础, 改良路径加强了动作质量的把控。同时第三阶段加入进阶的锻炼技巧, 根据恢复情况逐步加大难度, 防止出现平台现象。这样循序渐进的方案更加符合肌肉生理适应性的规律。

因此优化设计的健康教育路径采用分阶段、多样化、闭环式的方式开展健康教育, 解决了产后盆底修复护理中健康教育碎片化、随意化的问题, 提高了盆底肌力恢复的效果、疾病认知水平、治疗依从性、护理满意度。护理管理者可以把此路径纳入盆底康复科标准化的工作流程中, 对护士开展专项培训, 保证实施的规范性、一致性, 创建起质量评价和持续改进的体系, 依照临床反馈及时改良路径内容。