

多元一体护理模式对人工授精患者妊娠结局与心理状态的影响

王晓桂 杨文 (通讯作者)

连云港市第一人民医院生殖健康不孕不育中心 江苏 连云港 222000

【摘要】目的：分析多元一体护理模式对人工授精患者的影响。方法：选择本院 2024.1-2024.8 期间收治 78 例人工授精患者，随机数字表分组，39 例/组；对照组常规护理、观察组多元一体护理。比较两组心理状态（SAS、SDS 评分）、自我效能感（GSES）、妊娠结局（妊娠率、顺利分娩率、流产率）、护理满意度。结果：观察组 SAS、SDS 评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 GSES 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组生化妊娠率、临床妊娠率、活胎分娩率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：多元一体护理模式可减轻人工授精患者焦虑、抑郁等负面心理，提升其自我效能感，改善妊娠结局，获得患者认可，具有较高实施价值。

【关键词】人工授精；多元一体护理模式；妊娠结局；心理状态；自我效能感

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.064

人工授精指将洗涤优选后的精子以非性交方式注入女性生殖道以协助妊娠的一种辅助生殖技术，其适用于排卵障碍、不明原因不孕、宫颈因素不孕、男方少弱精症等群体治疗^[1]。作为周期短、非侵入性的辅助生殖手段，人工授精临床应用广泛。但人工授精的妊娠成功率受多方面因素影响，其中患者生理准备与心理状态同等重要^[2]。人工授精治疗中，患者普遍承受较大的心理压力。不孕症本身属于长期应激源，加之反复监测卵泡、临床操作不适、治疗不确定性、担忧治疗失败等影响，患者焦虑、抑郁情绪高发^[3]。而负面情绪可经下丘脑-垂体-卵巢轴对卵泡发育、子宫内膜容受性产生影响，可间接降低妊娠率。常规护理多以治疗流程配合与基础宣教为主，缺乏对患者心理-行为-社会层面的系统性支持，难以消除或减轻患者负面情绪。多元一体护理则强调整合心理疏导、伴侣支持、健康行为指导与连续性随访，将其统一纳入护理框架中，形成多维协同的护理方案。此模式核心在于，不仅重视技术操作对妊娠结局的改善作用，也重视患者心理状态的稳定、健康行为的落实、社会支持体系的健全。对此，本项目以我院 78 例人工授精患者为例，分析应用多元一体护理模式的作用。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2024.1-2024.8 期间收治 78 例人工授精患者，随机数字表分组，39 例/组；对照组年龄 23~39 岁，平均（ 31.50 ± 4.26 ）岁；原发性不孕 31 例、继发性不孕 8 例。观察组年龄 23~40 岁，平均（ 31.40 ± 4.36 ）岁；原发性不孕 31 例、继发性不孕 8 例。统计基线（ $P>0.05$ ）。本研究经医院伦理委员会批准，纳入患者知情。

纳入标准：①首次或再次人工授精，有治疗适应证；②年龄 20~40 岁；③无意识或认知障碍。

排除标准：①伴有未控制的甲状腺功能异常、糖尿病等内分泌疾病；②正在用抗焦虑/抑郁药，或既往严重精神、心理疾

病史；③心、肝、肾功能严重不全；④伴有性传播疾病或生殖系统急性感染；⑤伴侣拒绝配合。

1.2 方法

对照组常规护理。遵医嘱指导患者进行卵泡监测，配合 hCG 扳机时机、人工授精操作；术前口头介绍手术流程、注意事项；术后强调卧床休息时间，告知黄体支持用药方法；常规电话随访，了解患者妊娠结果。

观察组基于对照组实施多元一体护理模式：

（1）心理疏导。责任护士一对一沟通，分别于启动治疗前、人工授精操作前、术后等待期三个关键节点进行心理评估与疏导。①启动治疗前，了解患者对人工授精的认知水平、存在顾虑，对患者错误认知进行纠正，引导其建立合理的治疗预期。②治疗操作前，以渐进式放松训练指导患者放松紧张心理，播放患者喜欢的舒缓音乐减轻其应激反应。③术后等待期，提供情绪表达空间，指导患者识别、接纳自身情绪反应，避免对身体感受过度关注而放大焦虑心理。针对焦虑、抑郁评估提示中重度焦虑或抑郁者，适当增加疏导频次，必要时指导患者转心理专科会诊。

（2）健康行为指导。基于身体准备-行为优化-症状识别三维度指导。①指导患者合理饮食、补充营养，避免摄入酒精与咖啡；②指导患者正确识别排卵期身体信号，合理安排治疗周期内生活方式；③讲解常见并发症识别与应急处理措施，如卵巢过度刺激综合征等。

（3）伴侣参与式支持。邀请患者伴侣全程参与护理，并于治疗关键节点同步参与宣教与心理支持护理。指导伴侣掌握情感支持技巧，如肯定表达、耐心倾听、非语言安慰方法等，同步掌握治疗配合要点，鼓励伴侣在等待期联合患者制定“备孕生活计划”，并配合患者坚持，以转化治疗过程为夫妻共同面对的经历，减轻患者孤独感与心理负担。

（4）全程连续性随访。为患者建立个人档案，专人负责

治疗启动-确认妊娠结局的全程随访。治疗周期内,于卵泡监测期、人工授精日、术后黄体支持期分别主动电话/微信沟通,了解患者用药依从性、身体反应、心理状态,及时识别异常、针对性指导。术后 12~14d 协助患者确认妊娠结果,针对未妊娠者,指导后续治疗并提供心理支持。

两组均持续随访至妊娠患者分娩后。

1.3 观察指标

(1) 心理状态:干预前后(治疗启动日、术后 12~14d 验孕日),分别以焦虑/抑郁自评量表(SAS、SDS)评估;二者均包含小项 20 条,4 级评分法,粗分 0-80 分,×1.25 转化为标准分,SAS<50 分、SDS<53 分为无焦虑、抑郁,评分越高焦虑、抑郁越严重。

(2) 自我效能感:干预前后,以一般自我效能感量表(GSES)评估,10 条目内容,1~4 分 Likert 4 级评分法,总分 10~40 分,分值越高越好。

(3) 妊娠结局:记录妊娠结局,统计生化妊娠率,即术后 12~14d 血清 hCG>25IU/L 患者占比;临床妊娠率,即术后 4~5 周 B 超可见孕囊及胎心搏动;活胎分娩率,即顺利妊娠≥37 周,正常分娩,包含顺产、剖宫产。

(4) 护理满意度:术后 12~14d 验孕日,发放医院自制问卷评价,百分制计分,≥90 非常满意,60~89 满意,0~59 不满意。总满意度=(非常满意+满意)人数/组内总人数×100%。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件。计数项(n, %)表述, χ^2 检验;计量项($\bar{x} \pm s$)表述, t 检验;对比差异, $P<0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 心理状态

干预前比较 SAS、SDS 评分,差异无意义 ($P>0.05$);干预后,观察组较对照组低 ($P<0.05$)。如表 1:

表 1 心理状态 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组	观察组	t	P
例数		39	39		
SAS	干预前	48.62±7.46	49.18±7.72	0.326	0.745
	干预后	42.34±6.82*	36.46±5.76*	4.113	<0.001
SDS	干预前	46.28±6.84	46.84±7.02	0.357	0.722
	干预后	41.56±6.38*	34.72±5.86*	4.931	<0.001

注:比较组内干预前数据, * $P<0.05$ 时有意义

2.2 自我效能感

干预前比较 GSES 评分,差异无意义 ($P>0.05$);干预后,

观察组较对照组高 ($P<0.05$)。如表 2:

表 2 自我效能感 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	39	39		
干预前	24.46±4.28	24.82±4.42	0.365	0.716
干预后	27.82±3.96	31.64±3.52	4.503	<0.001
t	3.599	7.538	-	-
P	0.001	<0.001	-	-

2.3 妊娠结局

观察组生化妊娠率、临床妊娠率、活胎分娩率均高于对照组 ($P<0.05$)。如表 3:

表 3 妊娠结局 (%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	39	39		
生化妊娠率	3(7.69)	13(33.33)	7.863	0.005
临床妊娠率	3(7.69)	13(33.33)	7.863	0.005
活胎分娩率	1(2.56)	12(30.77)	11.169	0.001

2.4 护理满意度

观察组总满意度较对照组高 ($P<0.05$)。如表 4:

表 4 护理满意度 (%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	39	39		
非常满意	12(30.77)	22(56.41)	-	-
满意	18(46.15)	15(38.46)	-	-
不满意	9(23.08)	2(5.13)	-	-
总计	30(76.92)	37(94.87)	5.186	0.023

3 讨论

人工授精属于一线辅助生殖技术,其妊娠结局不仅与精子质量、排卵时机精准把握有关,与患者心理-生理-行为多系统交互状态也密切相关^[4]。而常规护理多聚焦于流程配合、基础宣教,未重视患者心理状态。多元一体护理则可整合心理疏导、行为指导、伴侣支持、连续性随访为贯穿治疗全周期的系统性干预,可从情绪调节、认知重塑、社会支持、自我效能提升等路径同步施力,打破常规护理单一维度干预的局限。

本研究显示,观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, GSES

评分高于对照组 ($P<0.05$)。分析来看,心理状态改善为护理效果的基础体现。启动期的认知纠正可帮助患者建立对治疗过程的合理预期;操作期渐进式放松训练可降低自主神经兴奋性,减轻围操作期患者急性应激反应;等待期提供情绪表达空间,可为患者创造情绪宣泄、认知重评机会,避免其过度关注自身感受,错误解读正常生理变化,加剧焦虑、抑郁心理。自我效能感提升则为心理状态改善在行为层面的延伸。自我效能感可反映个体完成特定任务的信念,在人工授精患者中表现为患者对治疗与取得积极结果的信心水平。其中,伴侣参与式支持可发挥重要作用,在患者感受到伴侣理解,获得陪伴与支持后,可摒除“孤军奋战”感受,这一社会支持的强化可通过社会认知路径提升患者对自身应对能力的评估。连续性随访中进行主动反馈,可通过阶段性成功体验强化患者正向认知,促进其整体自我效能感提高。

同时,观察组生化妊娠率、临床妊娠率、活胎分娩率、满

意度高于对照组 ($P<0.05$)。妊娠率提高可从心理-生理通路解释,焦虑、压力可激活下丘脑-垂体-肾上腺轴,提高皮质醇水平,抑制下丘脑-垂体-卵巢轴,干扰卵泡发育所需的激素环境,影响卵母细胞质量与排卵精确性。多元一体护理则可通过持续性心理支持下调应激激素水平,为卵泡发育、排卵创造有利的内分泌环境^[5]。流产率降低可能涉及如下因素:较低的焦虑水平可减轻对黄体功能的影响,规律的生活行为与科学的营养支持可为早期胚胎着床、发育提供稳定的内环境。伴侣参与护理,提供充分的情感支持,可转变患者应对压力的生理反应模式,可能降低应激相关的早孕期子宫收缩风险,减少流产发生,提高活胎分娩率。满意度提升则与贯穿治疗周期的耐心陪伴与专业护理密切相关。

综上,多元一体护理模式可减轻人工授精患者焦虑、抑郁心理,提高其自我效能感,优化妊娠结局,获得患者认可。

参考文献:

- [1] 吴亚丽,王冰.健康教育联合个体化心理干预在人工授精护理中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(2):44-45.
- [2] 蒲鑫,周宜洁,张盈.希望疗法对无排卵障碍不孕症患者人工授精结局及自我效能感的影响观察[J].贵州医药,2024,48(5):792-794.
- [3] 岳丹丹,孟晓楠.IKAP 护理模式联合心理干预在人工授精患者中的应用效果研究[J].生物医学工程学进展,2025,46(2):248-253.
- [4] 吴园园,李洁,周丽菲,等.认知行为疗法在宫腔内夫精人工授精患者中的应用效果[J].医学临床研究,2025,42(6):1068-1071.
- [5] 谢凤妹,郝岚,董宇雁,等.多元一体护理模式对人工授精患者妊娠结局与心理状态的影响[J].基层医学论坛,2025,29(23):111-115.