

助产人员正常产程管理实践的质性研究

王晓娇¹, 张铮², 闵辉², 杨燕², 顾春怡¹

Management of normal labor and birth: a qualitative study of midwifery staff Wang Xiaojiao, Zhang Zheng, Min Hui, Yang Yan, Gu Chunyi

摘要:目的 了解助产人员对正常产妇产程管理现状,为持续完善产程管理服务机制、改善产妇产娩体验提供参考。方法 选取上海市3所医疗机构的13名助产士和3名产科医生进行半结构式深度访谈和现场参与式观察,运用Colaizzi分析法提炼主题。结果 共提炼5个主题:入产房管理指征,产程标准的认知和执行,产程干预角色与内容,分娩支持性服务,障碍因素。结论 助产人员对正常产程管理服务存在较大异质性和医疗化干预倾向;管理者和提供者需克服障碍因素,建立基于最佳证据的标准化正常产程管理模式,以提高产时服务质量和效率。

关键词:助产士; 产科医生; 正常产程; 产程标准; 分娩支持性服务; 分娩; 助产机构; 质性研究

中图分类号:R473.71;C931.3 **文献标识码:**C **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.02.048

WHO调查显示,中国的剖宫产量居世界首位,总体剖宫产率为46.2%,其中产时剖宫产占有所有剖宫产分娩量的37.3%^[1]。全面二孩政策实施后,累积生育需求集中释放,高龄高危产妇比例进一步增加,成为导致产程干预和剖宫产率上升的潜在因素^[2-3]。正确实施产程管理并减少不必要的产时干预,是促进正常分娩和优化母儿结局的重要基础。Zhang等^[4]提出新产程标准,即重新定义活跃期起点为宫口扩张>6 cm;明确第二产程延长的标准(初产妇第二产程持续时间由2 h延长至3 h,实施硬膜外分娩镇痛的初产妇可延长到4 h);不再使用警戒线及处理线。为降低剖宫产率,尤其是初次剖宫产率,中华医学会妇产科学分会产科学组发布“新产程标准及处理的专家共识”^[5],建议助产士和产科医生在产程管理时应用新产程处理理念。在新旧产程处理理念交替过程中,多数助产机构开展了新产程标准应用对母儿分娩结局影响评价的定量研究^[6-7],而对正常产程管理实践状况的深度剖析尚未见相关定性研究报告。本研究通过对上海市3所医疗机构的助产士和产科医生展开深入访谈及现场参与式观察,了解现阶段医疗机构产程管理实践的关键问题或障碍因素,为持续完善国内正常产程管理服务机制、改善产妇产娩体验提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2018年4~6月,采用目的抽样法在上海市3所助产医疗机构,包括1所三级甲等专科医院、1所三级甲等综合医院及1所二级甲等综合医院,按照最大差异法,选取机构的助产人员作为访谈对象。纳入标准:从事临床产科或助产专科工作3年以上,自愿参与本研究。个人访谈由具备助产专业背景的研究人员主持,确保讨论的充分性。访谈样本量按照信息饱和而确定,即在分析资料时没有新主题出

现为止。2018年6~9月,采用参与式观察法,由熟悉助产专业领域的研究人员担任观察员,在上述3所医疗机构观察、记录研究对象的工作内容。本研究在获得研究对象知情同意及伦理委员会审批后进行。共调研助产相关医护人员16人,其中助产士13人,产科医生3人;年龄25~45(33.31±6.12)岁。助产工作年限3~28(10.81±8.11)年;大专学历6人,本科7人,硕士以上3人(均为医生);初级职称6人,中级8人,高级2人;已婚11人,未婚5人。

1.2 方法

1.2.1 深入访谈法 采用半结构式访谈法收集资料,访谈前向研究对象介绍本研究目的和意义,取得知情同意,全程录音。访谈核心内容围绕:目前所在机构产程管理标准;现行标准下产妇产房时机和指征;产时干预指征或干预情况;机构支持性分娩服务项目(如分娩镇痛、非药物性镇痛、产程活动及体位、陪伴分娩服务等);对现阶段正常产程管理模式的意见或建议等。访谈时间30~60 min,观察并适时记录访谈对象的非语言行为。

1.2.2 参与式观察法 研究者以观察者角色进入研究对象的临床工作环境,观察并记录研究对象实施的正常产程实践管理关键环节的具体标准、流程及内容。每次观察结束后通过现场笔记和回忆完成记录。观察次数取决于资料饱和的进程,本研究共观察7次,每次2~4 h。

1.2.3 资料整理与分析 通过反复听取访谈资料录音,回忆访谈情景,整理成文档。对每份访谈及观察记录编序(护士以M1~M13编序,产科医生以O1~O3编序),所有访谈资料和观察记录按照Colaizzi七步法分析法^[8]进行整理分析,采用合众法,由2名研究者独立分析提炼编码。

2 结果

2.1 入产房管理指征

2.1.1 入产房指征宽泛 产妇产娩发动进入产程后在产房接受产程管理,但入产房指征宽泛。O2:“我们医院产房收治的(产妇)情况比较杂,如胎膜早破、宫口开2 cm以上、经产妇适当放松指征至宫口开一指或一指松,先兆早产用药治疗等也经常收敛(产

作者单位:复旦大学附属妇产科医院 1. 护理部 2. 产房(上海,200011)

王晓娇:女,硕士,护师

通信作者:顾春怡, guchunyi@fudan.edu.cn

科研项目:国家自然科学基金资助项目青年项目(72004029);上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项立项项目(202040097)

收稿:2020-07-12;修回:2020-10-25

房),其实很多可以在病区观察……”M2:“没有明显的难产指征(像头盆不称之类的),基本上宫口开到 3 cm 入产房。瘢痕子宫临产,如果有强烈试产意愿,宫口开 3 cm 也是可以进产房的。”

2.1.2 入产房时机过早 因入产房指征宽泛,导致产妇入产房过早、产房内暴露时间过长等。M4:“入产房的标准还没有更新,也会收一些胎膜早破、没有规律宫缩的产妇进产房。”M11:“有些产妇仅仅见红或者宫口开 1 指也会收入产房,太早进来的话休息不好,待的时间长了、进展又慢的话,产妇也很焦虑。”

2.2 产程标准的认知和执行

2.2.1 对产程标准的认识差异 受访者对潜伏期和活跃期临界点的认识存在差异,包括宫口扩张 3 cm、4~6 cm 以及 6 cm 3 种不同情况。O3:“我们使用新产程标准,宫口扩张以 6 cm 为界。”M4:“并没有特别强调以宫口扩张 6 cm 为活跃期临界点,还是认为宫口开 3 cm 是活跃期开始。”O1:“现在是以宫口开 4~6 cm,就考虑进入了活跃期。”

2.2.2 新旧产程标准执行不统一 部分受访者表示其所在机构已按照新产程标准实施产程管理,另一部分受访者则表示仍按旧产程标准执行。O1:“按新产程管理标准来,潜伏期内一般每 4 小时观察宫缩及宫口扩张,进入活跃期每 2 小时 1 次。”M5:“虽说已有新产程标准了,但我们临床上宫口开 3 cm 后,还是每 2 小时进行阴道指检。如果出现 2~3 个 3 cm,医生还是会积极处理的。”M2:“还是按照以前的产程标准,新产程是去年才听说的,还没按照这个来做。”

2.3 产程干预角色与内容

2.3.1 正常产程管理界限不清 产科医生和助产士往往会共同介入正常产程管理,二者角色任务缺乏明确分界,在正常产程发生异常时的转介机制缺乏清晰路径。M6:“在正常产程中助产士和医生一般都会查宫口、观察宫缩、做胎心监护。”M9:“通常,产程中医生会开医嘱决定采取的措施,助产士如果发现产程异常,会通知医生。但现在产房医生资源很多,往往医生发现异常后就直接处理了。”

2.3.2 正常产程医疗化干预倾向 参与式观察发现,阴道检查、连续电子胎心监护、缩宫素静脉滴注、人工破膜是正常产程管理中频繁使用的医疗干预方式。O2:“所有产妇宫口开 2 cm 后连续胎心监护会更合适,可以更早发现一些异常,更加及时处理。”O1:“这些干预是为了更好地保障母婴安全,如果不给予连续胎心监护,可能容易遗漏异常胎心变化。”M9:“对于正常未破膜或破膜后胎头已衔接的产妇,助产士仍然提倡使用多普勒胎心听诊。”

2.3.3 绘制产程图的争议 绘制产程图成为正常产程管理的常规措施,但产程图的绘制时机存在机构差异和服务提供者个体差异,或是根据产妇的产程进展动态绘制产程图,或是在产妇阴道分娩结束后再补充绘制产程图,对产程图绘制的意义存在较大争议。O3:“宫口开 2 cm 后画产程图,但感觉指导意义不大。”M6:“临产后会作产程图,可以直观了解产程的

进展趋势,挺好的。”

2.4 分娩支持性服务

2.4.1 分娩支持性服务项目 医疗机构提供了包括助产士产时陪伴分娩、产程自由体位、非药物性镇痛、硬膜外镇痛、新生儿早接触等分娩支持性服务项目,但支持性服务的覆盖可及度有待进一步提高。M11:“陪伴分娩、自由体位、无痛分娩……对产妇而言都是非常需要的……我们尽量提供吧。但有时候,助产士主要负责好几个待产妇,很难做到一对一服务。”M12:“我们医院有无痛分娩,但还没开展产时陪伴分娩服务。”

2.4.2 分娩支持性服务提供方式 助产士是分娩支持性服务的主要提供者,但受访者对助产士能否胜任主导正常产程管理的意见不一致。M7:“正常产程中的支持服务可以由我们主要负责啊!助产士的支持和专业意见对产妇很重要。”O2:“(助产士)她们完全可以,很早以前的老助产士都是拉产钳的,现在虽然不拉(产钳)了,但一般(正常)的产程管理都是没问题的”。O3:“(助产士主导)不太可行吧,(产科)医生肯定一直要在,因为会出现高危情况。”

2.5 障碍因素

2.5.1 组织管理因素 人力资源、环境设施、薪酬待遇、经济负担等是影响以产妇为中心的分娩支持性服务利用和正常产程管理服务推进的障碍因素。M1:“我们医院助产士都是功能制护理,她们有自己的分管岗位,很难全部开展连续性一对一照护。”O2:“从产妇的角度需要获取更多的支持性服务,但(她们的)经济承受能力受一定限制。”M13:“环境布置要温馨,还有配备促进正常产程的设施,如分娩球、按摩球、导乐车等。”

2.5.2 专业能力因素 除组织管理外部因素外,人员资质、专业技能以及沟通协作能力是影响分娩支持性服务利用和促进正常产程管理实践的障碍因素。M10:“正常产程管理对助产士的能力要求很高,她们的资质和技术水平对产程安全起很大作用,和医生、产妇或家属都需要很好的沟通协作。”

3 讨论

3.1 推动指南落地,制订正常产程管理实践规范

正常产程是指头位、自然临产的低危孕产妇,其母儿状况良好、分娩进展顺利的过程^[9]。正常产程管理应侧重于支持分娩的自然生理过程,同时能够识别潜在的产程异常问题^[10]。本研究发现,产妇入产房指征宽泛、缺乏统一标准,导致入产房时机过早。加拿大妇产科学会、美国妇产科医师协会及 WHO 等权威机构发布的指南均明确提出,卫生服务提供者应延迟至月低危孕妇入产房的时间至宫口扩张 4 cm 以上或活跃期后^[10-12]。与活跃期入产房者相比,在产程潜伏期入产房会增加产科医疗干预(如硬膜外镇痛、缩宫素使用以及剖宫产)^[13]。因此,医院管理者及产科服务提供者需制订正常产程管理规范,宣传及解读“新产程标准”,推动“新产程标准”指南落地,提高产科医护人员正常产程管理的意识。

3.2 积极促进分娩体验,避免正常产程管理医疗化倾向 本研究受访的助产士普遍认为,助产士和产科医生在正常产程管理中的角色职能界限及层级的清晰程度不够,缺乏正常产程发生异常时的明确转介机制,表现为以产科医生主导的产程管理模式^[14]。国外学者提出,产科医疗主导的服务体系增加了产程中医疗干预的使用,忽略了女性分娩发动、生育本能及其感受体验^[15]。本研究发现,连续电子胎心监护、人工破膜、缩宫素滴注是正常产程管理中频繁使用的医疗干预,与 Huet 等^[16]的研究报道相符。国外多项研究表明,产时医疗干预的使用(如人工破膜、缩宫素及连续胎心监护等)不能有效降低剖宫产率和改善母婴健康结局,而且还增加医疗费用^[17-18]。因而,在正常产程管理中,应避免过度干预,注重产妇的分娩体验,强调对母胎状况的严密观察、动态评估和实时记录,在充分评估和权衡利弊后,必要时采取有关干预措施,以促进正常产程进展,保障母婴安全。

3.3 克服障碍因素,促进正常产程管理实践 本研究显示,医疗机构在一定范围内提供了包括产时陪伴分娩、第一或第二产程自由体位、药物性和非药物性分娩镇痛等产时支持性服务项目,但由于助产士人力资源条件受限等原因导致相应支持服务受益群体的覆盖度仍不全面,从而对女性分娩体验构成不利影响。分娩的环境设施、助产士的薪酬待遇、分娩服务费用对产妇的经济负担等是组织管理层面上影响分娩支持性服务利用及正常产程管理服务推进的障碍因素。因此,改善助产资源配置和支持性环境,进一步增加产时支持性服务的覆盖度和可及性,才能提高产妇产程体验及分娩舒适度。

产科服务提供者的资质、专业技能以及沟通协作等专业能力,也是分娩支持性服务利用和正常产程管理实践的障碍因素,与 窦珊珊等^[19] 研究报道相符。因此,医疗机构管理者及服务提供者应不断优化分娩支持性服务的提供过程,为满足产妇产娩需求和改善分娩体验提供有利的实施条件。

3.4 注重助产人员能力培养,优化医护合作模式 WHO 和国际助产士联盟等权威机构对“助产士是正常妊娠分娩服务的主要提供者”已形成国际共识^[20];但在本研究中,不同受访对象对助产士能否主导正常分娩的意见存在分歧,多数受访助产士表示能够胜任正常产程管理,而受访的部分产科医生则对此表现出怀疑态度。一方面,这可能与目前国内产程管理模式以产科医生主导有关,另一方面也意味着助产士的产时服务能力有待持续提高,包括正常产程的观察和分娩照护能力、对产程中高危因素的及时识别和转介,增进产科医生和助产士之间的沟通协作,获取产科医生的信任和支持,以期真正能够形成“以助产士主导正常产程,产科医生主导高危及异常分娩”的产时保健服务模式。

4 小结

本研究发现,上海市部分医疗机构在正常产程中

入产房指征不同,对产程标准的认知及执行存在差异,分娩支持性服务项目有待普及等。助产机构管理者和分娩服务提供者需要充分评估并克服影响分娩支持性服务利用和推进正常产程管理实践的障碍因素,强调正常产程管理模式,提高产时服务质量效率,帮助产妇获取积极的分娩体验。

参考文献:

[1] Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu A M, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08[J]. *Lancet*, 2010, 375(9713): 490-499.

[2] Liang J, Mu Y, Li X, et al. Relaxation of the one child policy and trends in caesarean section rates and birth outcomes in China between 2012 and 2016: observational study of nearly seven million health facility births[J]. *BMJ*, 2018, 360: k817.

[3] 邓松清,陈海天,王冬昱,等. 二孩政策前后剖宫产率及剖宫产指征变化[J]. *中华围产医学杂志*, 2017, 20(1): 47-50.

[4] Zhang J, Landy H J, Branch D W, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes[J]. *Obstet Gynecol*, 2010, 116(6): 1281-1287.

[5] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 新产程标准及处理的专家共识(2014)[J]. *中华妇产科杂志*, 2014, 49(7): 486.

[6] 沈丽霞,陈海天,李珠玉. 新产程标准管理下 1089 例自然分娩初产妇的产程特点分析[J]. *中华妇产科杂志*, 2019, 54(2): 93-96.

[7] 李广隽. 新产程标准模式下助产工作面临的问题与对策[J]. *中国妇幼保健*, 2017, 32(16): 3713-3716.

[8] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11): 90-92.

[9] World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience[EB/OL]. [2020-02-16]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=42448EBD33470B7D407F756C0C567368?sequence=1>.

[10] Society of Gynecologists and Obstetricians of Canada. Management of spontaneous labour at term in healthy women[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2016, 38(9): 843-865.

[11] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 687: approaches to limit intervention during labor and birth[J]. *Obstet Gynecol*, 2017, 129(2): 20-28.

[12] World Health Organization. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections[EB/OL]. (2020-02-16). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/>.

[13] Mikolajczyk R T, Jun Z, Grewal J, et al. Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nulliparous women[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2016, 3: 26.

[14] 单珊珊,吴娜,厉跃红. 助产士主导照护模式发展现状及展望[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(22): 95-97.