

情志护理联合人流后关爱对流产患者自我效能及负性情绪的护理效果研究

吴蓉瑛

义乌市妇幼保健院, 浙江 义乌

收稿日期: 2026年9月18日; 录用日期: 2026年10月15日; 发布日期: 2026年10月23日

摘要

目的: 探讨情志护理联合人流后关爱对流产患者自我效能及负性情绪的护理效果。方法: 选取2024年10月至2025年4月于本院接受首次无痛人流手术的140例患者, 随机分为观察组与对照组, 每组70例。对照组实施常规流产后关爱健康关怀服务, 观察组在对照组基础上实施情志护理联合人流后关爱(包括个性化咨询、延续随访等)。实施随机分配隐藏, 本研究因护理干预特性无法对研究对象与干预实施者设盲, 仅对结局评价人员实施单盲。比较两组患者干预前后自我效能感量表(GSES)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分, 以及两组患者人工流产相关知识掌握程度及护理服务满意度情况。结果: 干预后观察组一般自我效能感量表评分为 (32.5 ± 4.2) 分, 高于对照组的 (26.8 ± 5.0) 分($P < 0.001$); 观察组焦虑自评量表评分为 (38.2 ± 5.6) 分、抑郁自评量表评分为 (40.5 ± 5.8) 分, 均低于对照组的 (45.6 ± 6.4) 分、 (47.2 ± 6.5) 分($P < 0.001$); 观察组人工流产相关知识掌握程度评分为 (85.2 ± 6.8) 分(总分100分), 高于对照组的 (68.5 ± 7.2) 分($P < 0.001$); 观察组护理服务满意度评分为 (46.2 ± 3.5) 分(总分50分), 高于对照组的 (38.5 ± 4.1) 分($P < 0.001$)。结论: 情志护理联合人流后关爱能够有效提高流产患者的自我效能感, 缓解焦虑、抑郁等负性情绪, 提高人工流产相关知识掌握程度与护理服务满意度, 值得临床推广应用。

关键词

情志护理, 人流后关爱, 流产, 自我效能, 负性情绪

A Study on the Nursing Effect of Emotional Care Combined with Post-Abortion Support on Self-Efficacy and Negative Emotions in Abortion Patients

Rongying Wu

Yiwu Maternal and Child Health Hospital, Yiwu Zhejiang

文章引用: 吴蓉瑛. 情志护理联合人流后关爱对流产患者自我效能及负性情绪的护理效果研究 [J]. 护理学, 2026, 15(10): 307-315. DOI: 10.12677/ns.2026.1510355

Abstract

Objective: To explore the nursing effect of emotional care combined with post-abortion support on self-efficacy and negative emotions in abortion patients. **Methods:** A total of 140 patients who underwent their first painless artificial abortion at our hospital between October 2024 and April 2025 were randomly divided into an observation group and a control group, each consisting of 70 cases. The control group received routine post-abortion health care services, while the observation group received emotional care combined with post-abortion support (including personalized counseling and follow-up visits) based on the interventions provided to the control group. Pre- and post-intervention scores on the General Self-Efficacy Scale (GSES), the Self-Rating Anxiety Scale (SAS), and the Self-Rating Depression Scale (SDS) were compared between the two groups, along with assessments of knowledge acquisition regarding abortion and satisfaction with nursing services. **Results:** After intervention, the GSES score in the observation group was (32.5 ± 4.2) points, significantly higher than the control group's (26.8 ± 5.0) points ($P < 0.001$). The SAS score in the observation group was (38.2 ± 5.6) points and the SDS score was (40.5 ± 5.8) points, both significantly lower than those in the control group (45.6 ± 6.4) and (47.2 ± 6.5) points, respectively ($P < 0.001$). The knowledge acquisition score regarding abortion in the observation group was (85.2 ± 6.8) points (out of 100), significantly higher than the control group's (68.5 ± 7.2) points ($P < 0.001$). The nursing service satisfaction score in the observation group was (46.2 ± 3.5) points (out of 50), significantly higher than the control group's (38.5 ± 4.1) points ($P < 0.001$). **Conclusion:** Emotional care combined with post-abortion support effectively enhances self-efficacy, alleviates anxiety and depression, improves knowledge about abortion, and increases patient satisfaction with nursing services, making it worthy of clinical promotion and application.

Keywords

Emotional Care, Post-Abortion Support, Abortion, Self-Efficacy, Negative Emotions

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

人工流产是处理非意愿妊娠的主要医学措施，在全世界范围内已经成为一个重要的公共卫生成本问题。中国随着手术数量的不断增加，其年轻化趋势和反复妊娠率明显上升的趋势也越来越引起人们的注意[1]。虽然现代医疗技术在提高手术安全性和效果方面取得了重大的进展，但是由于它的高度侵入性特性，它给女性生殖健康和心理健康带来的影响还需要进一步的研究[2]。目前研究结果表明，手术患者常常会产生焦虑、抑郁等负性情绪反应，而且有可能会发展成精神心理障碍。不仅会影响到社会功能的恢复以及日常生活是否稳定，而且还会通过神经内分泌途径影响到子宫的收缩以及子宫内膜修复的过程，导致整个康复时间变长。因此，创建起一个生理监测同心理扶持相融合的综合服务系统有其重要意义。根据自我效能理论，个人对未来的某个目标能够实现的信念会直接决定具体的行动。人工流产女性“复原自我效能”就是术后能够战胜身体不适，顺利地回到正常生活的能力。有研究表明自我效能感高的人会减少抑郁症状，加快康复的速度[3]。传统的护理模式大多依靠西医的技术为主来开展工作，重视对患

者生理参数的监测和药物的使用,但是缺少情感上的支持,不能很好地满足患者的需要。因此,引入中医情志调养思想,根据个体差异制定情绪管理计划就显得十分重要了[4]。根据“七情伤身”的中医理论、“形神共治”的整体观,用辨证施治的方式给术后女性提供心理咨询服务,可以缓解焦虑情绪,也可以指导建立积极的认知模式,提高康复效率,降低再次妊娠的风险[5]。本文主要研究情志护理疗法联合人工流产术后关怀计划(PAC)对受术者的自我效能感、情绪变化产生何种影响,并探究其可行性,从而给创新性护理方案的研究给予理论支撑与实践参照[6]。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本研究选择的是 2024 年 10 月到 2025 年 4 月期间在某医院门诊手术中心做负压吸引人工流产手术的病人作为研究对象,采用前瞻性队列研究的方法。纳入标准为:① 首例做人工流产手术;② 年龄 ≥ 18 岁;③ 妊娠第 6~10 周、技术可行;④ 生命体征稳定;⑤ 语言及交流无障碍;⑥ 签署知情同意书参与研究者。排除标准为:① 精神疾病或者重度认知障碍的患者;② 基础性疾病造成的凝血功能障碍,例如高血压、冠心病、脑血管疾病和肝肾功能衰竭等;③ 异位妊娠或者葡萄胎等特殊的妊娠情况;④ 严重的躯体或者认知障碍者;⑤ 不能配合评估的。

随机分配、分配隐藏与盲法:采用随机数字表法生成 1~140 的随机序列,由不参与病例纳入、护理干预、结局测评的第三方研究人员完成序列生成;将分组编号密封于不透光、顺序编码的信封内,病例入组后按照信封顺序拆封确定分组,实现分配隐藏。由于本研究属于护理干预,患者、实施情志护理与 PAC 服务的护士无法做到设盲;为减少偏倚,对结局评价统计人员实施单盲,量表填写、问卷收集由未参与干预实施的护士完成,数据统计人员不掌握分组信息。将符合条件的受试者分成实验组和对照组,两组各有 70 例。基线资料比较后可知两组平均年龄分别是 28.6 ± 5.2 岁、 29.1 ± 5.5 岁,平均妊娠周数是 8.4 ± 1.3 周、 8.6 ± 1.4 周,以往生育次数的均值及标准差也分别为 1.3 ± 0.7 次、 1.2 ± 0.8 次。根据统计学检验可以得知以上各个关键指标之间不存在显著性差异($P > 0.05$),保证了两组数据具有可比性。

2.2. 方法

2.2.1. 对照组

对照组使用的人工流产护理方式是 PAC,它包含着三个主要部分,手术时,医护人员会不间断地监测病人的生命体征,记下所有相关信息;术后恢复期间,着重开展健康教育和行为引导工作,比如提醒病人术后一周内不要进行剧烈运动,一个月内要避免性生活以及盆浴,在此期间要加强自身的个人卫生;药物辅助治疗方面,按照医生的指示服用相应的药物,并且合理改变饮食习惯,多吃些富含蛋白质和铁元素以及各种维生素的食物来加快自身恢复。在此过程中又用书面资料向患者介绍排卵功能恢复时间以及对生育力的影响,并且宣传基础生殖保健知识。整个护理周期还有定期电话随访来观察患者的恢复情况并催促及时复诊。从术前的准备到术后的一切均由具有丰富临床经验的护士进行有条不紊地开展,向病人交代人工流产的全过程和术后的相关知识、操作方法及注意事项,增强病人的自我保健意识和避孕的知识,按照病人实际情况来选择短、长期避孕措施。这种方法强调的是医学知识的传递与整合运用,但是缺少对中医情志调节的特别干预措施。

2.2.2. 观察组

本文立足于传统的 PAC 护理模式,加上情绪管理措施来创建起全面的流产手术后护理干预体系。该方案由专业的医护人员执行,主要部分有:

情志护理模块

1) 术后心理评估和诊断是护理人员在手术结束之后采用访谈法和量表测评工具来完成的,对患者的术前情绪状态进行全方位的评价,同时确定主要的心理困扰类型,即焦虑、恐惧或者抑郁。根据个体的心理特点以及干预的需求来制定个性化的护理计划,加入中医情志调和的理念,采取具体的措施达到精准的干预目的。

2) 情绪调控和心理辅导策略就是用专业的发泄、转移等技术来帮助患者控制自己的负面情绪,形成理性的认识模式来缓解焦虑的症状。咨询活动时长一般在 15~20 分钟之间,以现实生活中的具体情境为载体进行,用正向典型案例来激发患者自我认同感,从而提高患者的应对心理压力的能力。

本文设计出一个综合化的护理方案,将传统的心理干预模式(PAC)和个性化的个性化情志治疗结合在一起,贯穿于术前、术后全过程,采用单对单的模式。护理人员采用开放式沟通的方式了解患者可能存在的心理压力、具体需要等信息,在对手术有认知度的基础上对患者的恐惧、紧张进行心理疏导,使病人能够对即将进行的手术有充分的认识和理解,从而减少患者因对自身健康问题的担忧而产生的紧张感。术中护理人员采用温馨的语言鼓励患者配合操作,教患者做深呼吸等放松的方法,给予肢体接触、非语言上的支持信号,在保证医德医风的情况下,适时播放轻柔的音乐,营造安静舒适的诊疗环境。术后通过多媒体平台向病人详细说明医院设施、治疗方法、药物用法以及康复指导等各方面的内容,提高病人的自我护理能力;重视家庭成员或者伴侣的作用,营造有利于患者心理恢复的家庭环境。该种情志护理方式具有“因人而异”的特点,主要是从提高患者的情绪表达力、情绪调节力和抗压能力着手,使患者树立正确的价值观、健康观念及改善患者的健康管理信念。

3. 流产后关爱(PAC)服务体系

创建以专业服务为主要目的的团队体系,培训内容要全面包含 PAC 服务体系的规范化标准、心理咨询技能、生殖健康知识、客户跟进管理等各个方面。考核不合格者不得参加该项业务实践活动。该服务体系有三个主要功能模块,分别是:

1) 个性化的护理计划制订,即对于接受救助的每一个人,都应该进行个性化的咨询。内容包括人工流产术后的子宫恢复机理、生理机能变化的解释性讲述;高危人员做心理状况评定并采取相应心理干预举措;依照服务对象的生育意愿与健康状况,给出科学有效的避孕意见,重点是说明长效或者高效避孕手段的操作技巧以及适用的对象特性。

2) 整合型照护服务的重要因素就是创建起数字化健康管理平台,把患者的个人信息,比如身份认证,手术日期,应急联络方式这些统统加以结构化地保存并加以管理。术后第 10 天的跟踪调查以医学专业为依托,从患者的术后疼痛、阴道出血、心理等各方面指标入手做评价,以此来衡量干预措施的效果。采用标准化的量表进行术前、术后十日的的数据收集和分析工作。根据首期评价结果需要制定术后 1 个月、3 个月电话随访计划,促使病人按照医嘱完成复查项目,传授自我监测和维护知识,改善长期康复情况,提高整体护理质量。

3) 依靠专业化随访程序,为患者提供情感支持和健康指导,以缓解患者的心理压力、提高患者应对疾病的水平。

4. 围术期情志护理

根据情感调节理论框架来设计出有针对性的护理干预方案,该方案涵盖患者术前、术中、术后全过程,力求给患者提供系统的、连续的医疗服务。术前主要用互动式沟通来减轻患者的焦虑,在术中加入放松技术来改善生理感受、改善手术室环境来提高舒适度,在术后进行健康教育、增强家庭支持的作用,全方位促进患者自我调控效能的提高和术后恢复信心的树立。

4.1. 观察指标

本文所建立的评价体系具有很强的科学性、系统性，从各个方面进行分析。

1) 采用一般自我效能量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)，用十个具体的问题来测量个体的自我效能水平。参与者采用四点 Likert 量表(1 到 4 分)，对于每一个题项做相应的打分，并最终得出一个综合分数最高的总分为 40 分，数值越高就说明被试者的自我效能感越强。经过信度检验可知，此次应用中量表的 Cronbach's α 系数为 0.87，说明本次量表的测量工具可靠性、稳定性较好。

2) 负性情绪评估：采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)与抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)进行评估。SAS 得分低于 50 分为正常，50~59 分为轻度焦虑，60~69 分为中度焦虑，70 分及以上为重度焦虑；SDS 得分小于 53 分为正常，53~62 分为轻度抑郁，63~72 分为中度抑郁，73 分及以上为重度抑郁。

3) 人工流产相关知识掌握程度：采用自主开发的《人工流产相关知识调查问卷》进行评价。本问卷共设计 10 个评价指标，术后生理恢复、避孕方式的选择、并发症预防和处理、术后随访等为主要指标内容。所有问题全部用单选题的形式来呈现，每个选项设定为满分 10 分(正确选项得满分)，其他答案不得分，总分为 100 分，得分越高则说明被试者对该项知识理解的越好。

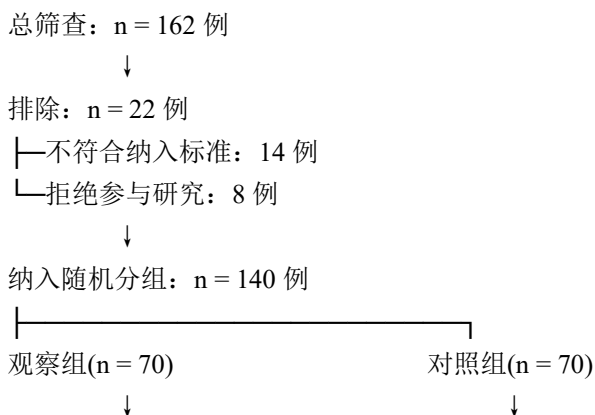
4) 护理服务满意度评价：采用自主开发的护理服务满意度测评问卷进行评价。本研究用五级李克特量表来设计调查问卷，主要从服务态度、心理护理、健康教育、随访管理和综合满意度这五个方面设置十个题目。各题答案对应分数为 1 到 5，总分为 10 到 50 分，得分为越高代表被调查人对护理服务质量的认同程度越高。

数据采集与录入阶段的研究团队成员需要依照事先制定好的标准，用专门的数据库平台去获取、分门别类存放和保存数据。整个操作要严格依照经过伦理审查委员会审核同意的研究方案以及有关技术要求，保证数据处理活动既符合法律规定又具有科学合理性。

4.2. 统计学分析

本文使用 SPSS25.0 软件进行数据分析和统计处理。对连续性变量用均值加减标准差($\bar{x} \pm s$)来描述；对 GSES、SAS、SDS、流产知识掌握程度、护理满意度等结局指标采用协方差分析，以各组干预前基线评分作为协变量，校正基线水平对结局的影响。对于分类变量用频数、百分比形式表示，并用 χ^2 检验来检验各个亚组间比例差异是否有统计学意义。所有的结论都用 $P < 0.05$ 为显著性水平来检验两变量之间是否有统计学的相关性。

5. 结果





选择初次行无痛人流手术的 140 例患者为研究对象, 用随机数字表法将患者分成观察组和对照组, 每组 70 例。本研究无病例脱落, 全部完成随访与测评。

5.1. 两组患者一般资料比较

观察组平均年龄(28.6±5.2)岁, 平均妊娠周数(8.4±1.3)周; 对照组平均年龄(29.1±5.5)岁, 平均妊娠周数(8.6±1.4)周。经独立样本 t 检验分析可知, 两组在基础特征上没有统计学差异(P>0.05), 有较好的均衡性、可比性(表 1)。

Table 1. Comparison of general data between two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n = 70)	对照组(n = 70)	t 值	P 值
平均年龄(岁)	28.6 ± 5.2	29.1 ± 5.5	0.553	0.581
平均孕周(周)	8.4 ± 1.3	8.6 ± 1.4	0.876	0.382

5.2. 两组患者自我效能感及负性情绪评分比较

基线数据比较发现, 在干预实施之前, 干预前两组的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、自我效能感量表的测得结果不存在差异, 即 P>0.05。经协方差分析校正基线评分后, 干预结束后, 观察组 SAS、SDS 评分均明显低于对照组, 自我效能感量表评分也显著高于对照组, 两组间差异有统计学意义(P<0.001), 如表 2 所示。

Table 2. Comparison of self-efficacy and negative emotion scores between the two groups before and after intervention (score, $\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组患者干预前后自我效能感及负性情绪评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	GSES 评分		SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	70	22.8 ± 4.5	26.8 ± 5.0	52.6 ± 6.8	45.6 ± 6.4	54.2 ± 7.0	47.2 ± 6.5
观察组	70	22.5 ± 4.8	32.5 ± 4.2	53.0 ± 7.0	38.2 ± 5.6	53.8 ± 7.2	40.5 ± 5.8
t 值(组间)		0.385	7.285	0.347	7.314	0.335	6.492
P 值(组间)		0.701	<0.001	0.729	<0.001	0.738	<0.001

5.3. 两组患者人工流产相关知识掌握程度及护理服务满意度比较

以协方差分析校正基线水平后, 干预措施实施之后, 实验组在人工流产之后相关知识的掌握水平比对照组高很多, 平均得分为 85.2 ± 6.8 分(总分为 100 分), 对照组为 68.5 ± 7.2 分。同时, 在护理服务质

量满意度评分上实验组也比对照组好很多,实验组得分最高达 46.2 ± 3.5 分(满分 50 分),比对照组得分高 6.7 分以上。通过统计分析得知两组间差异均具有显著统计学意义($P < 0.001$),具体的数据见表 3。

Table 3. Comparison of knowledge regarding induced abortion and satisfaction with nursing services between the two groups of patients (score, $\bar{x} \pm s$)

表 3. 两组患者人工流产相关知识掌握程度及护理服务满意度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	人工流产相关知识掌握程度(分)	护理服务满意度(分)
对照组	70	68.5 ± 7.2	38.5 ± 4.1
观察组	70	85.2 ± 6.8	46.2 ± 3.5
t 值		8.991	8.536
P 值		<0.001	<0.001

6. 讨论

人工流产虽然是终止非意愿妊娠的医学措施,但是由于它的本质属性具有明显的心理应激性特点,容易给受术者造成不同程度的精神创伤。经由已有的文献剖析得知,融合情志调摄同流产后关爱(PAC)理念的综合干预手段,在改良患者的自我效能感、压制消极情绪波动、加强健康教育的参加程度、改善患者的整体护理体会等各方面,相比传统的 PAC 模式有着更好的优势,给推动术后身心功能的完全康复给予了有力支撑。

从数据可知干预组自我效能得分呈明显的上升趋势,在实验前后的变化分别为(22.5 ± 4.8)、(32.5 ± 4.2),与对照组的变化相比要大得多。从统计结果可知,两组间差异有极显著性($P < 0.001$)。结果表明,按照中医情志调摄理论来制订的心理干预方案,并结合个性化的咨询以及同伴支持手段,可以有效地提高患者对于自身康复能力以及日常生活事务管理的信心水平[7]。自我效能是影响健康的认知过程中心的认识机制,自我效能是个体对自己是否能够完成某项任务持有一定信念程度[8]。流产后引发的心理应激反应可能会产生消极的自我评价,也会削减人们对生活感到可控的意识,从而造成自我效能感的降低[9]。本文从手术前、后两个方面入手,用系统化的综合性干预措施来应对,即术前用引导式沟通来减少受试者术前焦虑的情绪,在手术时提供精神上的支持来减轻受试者术中出现恐惧感,在术后持续性的健康教育以及适时的正向反馈激励来形成一个可达到的信念体系。较高的自我效能感有利于参与者主动学习术后护理知识,也可以促使科学避孕选择,产生有益于身心健康的良性循环效应。

由上表可知干预组焦虑、抑郁症状评价的 SAS 评分、SDS 评分均明显小于对照组[10]。干预后,实验组的 SAS 评分为 38.2 ± 5.6 分,SDS 评分为 40.5 ± 5.8 分;而对照组相应指标则分别为 45.6 ± 6.4 分和 47.2 ± 6.5 分,两组差异具有统计学意义($P < 0.001$)。由此说明所设计的综合干预措施对于术后患者情绪障碍的改善有明显的效果。临床实践中,流产后女性产生负性情绪的主要原因有对手术过程的恐惧、对手术终止妊娠行为心理压力、对未来怀孕能力的担忧、术后生理症状加重等各方面因素共同影响造成的[11]。在此基础上本研究用系统化整合型的干预措施,采用多种方法进行具体的实施[12]。在情志护理环节,采用一对一的个性化谈话方式引导受试者认识到自己的情绪,并且能够把感情表达出来,再利用认知疗法来改变不合理的认知方式,以此达到减轻紧张、焦虑等心理应激反应的目的[13]。为了提高患者的术后康复信心,开展全面详细的健康教育课程来减少由于医学知识缺乏所造成的信息不对称给患者带来的不安感;建立家庭支持网络以及同龄人之间的互助平台,增强患者的社会归属感以及心理慰藉的作用,减少患者感到的孤独感和羞愧感。以上措施形成了一种全方位的协同作用机制,给建立完整的心理健康服务体系打下了基础,改善了干预对象的生活质量。

从数据分析结果可知, 观察组人工流产相关知识掌握程度和护理服务满意度均优于对照组。观察组相关知识掌握程度评分为 (85.2 ± 6.8) 分, 显著高于对照组的 (68.5 ± 7.2) 分($P < 0.001$); 在护理服务满意度方面, 观察组评分为 (46.2 ± 3.5) 分, 亦显著高于对照组的 (38.5 ± 4.1) 分($P < 0.001$)。研究表明, 在常规护理模式基础上加入心理干预可提高健康信息的传递效率, 也能提升患者的就医感受。传统的单向灌输式健康教育受个体情绪波动等的影响较大, 很难取得良好的效果[14]。本文采用情志护理的方法缓解受试者的焦虑情绪, 在此基础上再进行系统的知识传授, 让目标人群处在积极、稳定的心理状态之下, 更好地接受信息的吸收, 提高学习效率。而且建立双向互动式的沟通机制也是提高服务质量的一种方式。医护人员如果能主动倾听患者的需求, 表现出共情的意识, 并且持续给予跟踪式的支持而不是一次性服务的话, 一方面可以加强医患之间的信任度和认同感, 另一方面也会影响总体的服务质量, 这与现代护理实践当中“以患者为中心”的基本观点是一致的。已有文献又指出, 以患者为中心的体系可以促进医疗服务质量的提高[15]。

由上可知情志护理和人工流产术后关怀模式具有明显的身心整合干预特点, 即重视生理机能的恢复同时重视心理健康调适。该模式以中医**情志护理理论**为根本的依据, 又将现代生殖健康服务(Patient-Centered Abortion Care, PAC)的理念加以融合, 创建起了全方位的、多层的体系。通过提高个体的自我效能感来提高其生殖健康认知, 用心理干预减轻情绪困扰以降低生育意愿, 用教育引导妇女生育知识来提高知识知晓度并优化就医体验来促进高效避孕行为的发生。该种模式有着标准化的处理程序以及技术支撑, 在本次研究条件下取得较好的干预效果。

本研究仍存在若干不足之处。第一, 属于单中心研究, 仅来自一家医院门诊病例, 研究对象人群地域、就医背景相对局限, 样本代表性有限, 研究结果外推至其他地区、不同级别医疗机构时应当谨慎。第二, 总样本量 140 例, 样本规模有限, 缺乏大样本数据支撑; 随访观察时间较短, 本研究主要观察干预后短期心理与认知指标, 未对患者 3 个月以上远期心理状态、重复流产发生率、长期避孕依从性等结局开展持续追踪, 该干预方案的远期效应尚不明确。第三, 流产相关知识问卷、护理满意度问卷为研究团队自行编制, 尚未经过大样本信效度全面验证, 测量结果可能存在一定偏倚。第四, 受护理干预的性质限制, 无法做到对受试者和干预实施者双盲, 尽管对结局评价人员执行单盲, 但仍难以完全消除霍桑效应带来的偏倚。

参考文献

- [1] 冯婷婷. 早期进食改良联合心理护理对无痛人流麻醉患者不良情绪、PONV 发生率的影响[J]. 中国典型病例大全, 2026, 20(1): 1242-1246.
- [2] 林秋娟. 情志护理配合护理干预对无痛人流手术患者焦虑、疼痛, 并发症及满意度的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2025, 54(6): 286-287.
- [3] 刘红雷. 情志护理联合人文关怀对静脉麻醉人流手术立即采取高效避孕措施的影响[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(4): 1097-1100.
- [4] 梁小青, 黄晓清, 周祖妹, 冯海洋, 谭凡洁. 专科护士赋能式健康宣教对妇科孕龄期人流后心理状态及生育生活质量的影响[J]. 智慧健康, 2025, 11(20): 202-204+208.
- [5] 张恩玥, 杨倩, 张振瑞, 邸雪燕. 流产后关爱护理在人流术中的效果[J]. 智慧健康, 2025, 11(14): 170-172.
- [6] 鄢秀华, 周文娥. 基于人文关怀的心理护理与健康指导对门诊无痛人流妇女的影响[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(5): 855-857.
- [7] 李文婷. 集束化护理结合健康教育在门诊人流术输液患者中的应用分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2025, 12(1): 84-87.
- [8] 王久月. 情志护理配合护理干预对无痛人流手术患者焦虑、疼痛、并发症及满意度的影响分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(22): 103-105+99.

-
- [9] 石敏, 段丽娜. 情志护理联合人文关怀对人工流产术后患者人流综合征及生育健康的影响[J]. 贵州医药, 2024, 48(5): 834-835.
- [10] 李加敏. 延续性护理在无痛人流产术后患者护理中的应用效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(10): 95-97.
- [11] 吴爱萍. 延续性随访护理对门诊人流术后患者自护能力的影响[J]. 婚育与健康, 2024, 30(2): 136-138.
- [12] 盛熠. 循证护理在妇科门诊无痛人流中的应用研究[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(1): 142-144.
- [13] 王文娜. 中医护理干预人工流产术后的护理有效性评价[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(1): 121-123.
- [14] 唐贺, 刘赞. 强化心理与健康管理对行无痛人流术孕妇负性情绪与机体营养状态的影响[J]. 临床医学工程, 2023, 30(9): 1253-1254.
- [15] 叶惠玲, 刘鸿燕. 基于互联网的延续性同伴教育护理对流产患者负性情绪、睡眠质量及自护能力的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(7): 1559-1561+1565.