

〔文章编号〕 1007-0893(2023)12-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.12.041

# 聚焦解决模式在不孕女性心理护理中的应用效果

周飞京 董悦芝\* 孙致敏

(郑州大学第一附属医院, 河南 郑州 450052)

〔摘要〕 目的: 探讨以聚焦解决模式为基础的心理干预方法对不孕女性生育压力、应对方式及妊娠结局的影响。方法: 选取郑州大学第一附属医院 2019 年 9 月至 2020 年 3 月期间初次接受体外受精-胚胎移植的 94 例不孕女性患者, 按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各 47 例。对照组采用常规心理护理, 观察组在对照组的基础上根据聚焦解决模式制定心理干预策略, 比较两组干预前后生育压力问卷(FPI)、简易应对方式问卷(SCSQ)评分以及临床妊娠率。结果: 观察组患者移植术后, 社会压力、性压力、夫妻关系评分及总分均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者移植术后积极应对评分高于对照组, 消极应对评分低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者的临床妊娠率高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 应用聚焦解决模式进行心理护理, 可减轻不孕女性的生育压力, 改善其应对方式, 并提高妊娠率。

〔关键词〕 不孕症; 聚焦解决模式; 生育压力; 心理护理

〔中图分类号〕 R 271.14 〔文献标识码〕 B

不孕症的发生率呈上升趋势, 尽管辅助生殖技术快速发展, 但仅能帮助部分不孕症夫妇成功受孕, 且不孕症本身及其治疗都会造成患者情感和心里的压力, 并威胁其生活质量<sup>[1]</sup>。心理因素与不孕症治疗密切相关, 可直接或间接影响其治疗效果, 国内研究大多集中在焦虑抑郁等负面情绪的研究, 且心理干预方案没有系统的理论支撑。因此, 如何制定系统的针对性方案已经成为不孕症患者心理护理中亟待解决的问题。聚焦解决模式是在积极心理学背景下发展的干预效率高于传统模式的临床干预模式, 其核心是充分尊重个体、相信个体自身资源和潜能, 既可以减轻患者的负性心理, 又可以增强自我效能感, 已广泛应用于临床护理实践中<sup>[2]</sup>。本研究在聚焦解决模式的基础上制定针对不孕症女性的心理干预措施, 并评价其对不孕女性生育压力、应对方式及妊娠结局的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取郑州大学第一附属医院 2019 年 9 月至 2020 年 3 月期间初次接受体外受精-胚胎移植的 94 例不孕女性患者, 按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各 47 例。对照组年龄 23~45 岁, 平均( $29.1 \pm 7.8$ )岁; 观察组

年龄 25~45 岁, 平均( $30.2 \pm 8.6$ )岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 被确诊不孕症并初次进入体外受精-胚胎移植治疗周期的患者; (2) 不孕原因为单纯输卵管因素或原因不明者; (3) 采用方案为控制性超促排卵的超长方案; (4) 表达能力正常, 并自愿参与本研究。

1.1.2 排除标准 精神异常或无法自行填写问卷者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规心理护理, 包括一般治疗咨询、基础心理护理和常规健康教育 3 个方面。一般的治疗咨询主要包括生殖专家介绍、就诊程序咨询、治疗方案咨询等内容; 基础心理护理包括保护患者隐私、加强医患沟通、倾听患者需求等内容; 常规健康教育包括用药指导、术前术后健康指导、随访指导等内容。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上由研究者组织小组成员学习聚焦解决模式, 并接受护理学专家和心理学专家的指导, 共同制定心理干预策略, 本组共干预 5~6 次, 每次时间 15~30 min, 干预时间自降调日起每周干预 1 次, 由研究者本人进行干预。小组成员密切配合, 如干预过程中遇到问题及时向专家请教解决方案, 切实保证干预效果, 干预方案具体内容见表 1。

〔收稿日期〕 2023-03-25

〔基金项目〕 郑州大学第一附属医院院内青年基金(70217)

〔作者简介〕 周飞京, 女, 主管护师, 主要研究方向是生殖医学护理。

〔\*通信作者〕 董悦芝(Tel: 15936207861)

表 1 干预方案具体内容

干预阶段	干预方法
第一阶段：描述问题	对患者进行客观全面的资料收集，评估其心理状况，深入了解患者的信息和内心真实的感受与想法。
第二阶段：构建具体可行的目标	通过对问题的描述，对患者存在的问题进行整理和分析，帮助患者建立可行的目标。
第三阶段：探查例外	正面引导生育困难对自己和家人的影响，回想自己曾经面对痛苦和压力时解决问题成功的“例外”，假设存在的问题得到解决或缓解，患者可能得到的利益（促排卵效果较好或妊娠率增加），鼓励患者保持以往的成功体验，增强患者实现目标的信心。
第四阶段：实施反馈	对患者讲解相关的治疗指导，积极鼓励患者强化治疗目标，探究患者所拥有的优势和资源，对患者所付出的努力给予支持和肯定，消除患者心中的疑虑和罪恶感，增强患者的积极体验。
第五阶段：评价	帮助患者对心理护理的总体效果进行评价，肯定患者的进步，激发患者内心的积极力量，可建立患者的社会支持网络（包括 QQ 群，微信群，论坛等），鼓励患者参加群组讨论，促进患者有效利用优势资源的主观能动性，更加积极努力的面对治疗。

1.3 观察指标

两组患者在降调（通过降调药物对垂体进行降调节，避免自发排卵，同时促进促性腺激素的分泌，增加卵泡的募集数量）前和移植（采用促排卵药物后定期监测卵泡，并决定取卵时间，取卵后 4 ~ 5 h 将处理后的精子与卵子放在同个培养皿中培养，受精后 3 ~ 5 d 进行胚胎移植）术后分别采用生育压力问卷（fertility problem inventory, FPI）和简易应对方式问卷（smiplified coping style questionnaire, SCSQ）进行测评。（1）降调前和移植术后，分别比较两组患者 FPI 评分，此量表是由加拿大 Newton CR 等<sup>[3]</sup>专门设计用来评价不孕不育患者生育压力的工具，已广泛应用于国外的不孕不育症研究。其中文版经验证具有较高的信效度，适用于对中国不孕不育症患者的临床评价<sup>[4]</sup>。它包含 46 个项目，包括社会压力（10 项）、性压力（8 项）、夫妻关系（10 项）、父母角色的需求（10 项）和无生育子女压力（8 项）5 个方面。该量表每个条目分值变动在 1 ~ 6 分之间，“1”代表“完全不认同”，“6”代表“完全认同”，总分范围为 46 ~ 276 分，分数越高，心理压力越大。（2）降调前和移植术后，分别比较两组患者 SCSQ 评分，该问卷由积极应对方式

（条目 1 ~ 12）和消极应对方式（条目 13 ~ 20）2 个维度组成，共 20 个条目，内部一致性信度 Cronbachs  $\alpha$  为 0.90。每个条目从“不采用”、“偶尔采用”、“有时采用”到“经常采用”依次计分 0 ~ 3 分，分别计算 2 个维度总得分，总分为每个维度所包含条目的得分之和<sup>[5]</sup>。（3）统计两组患者临床妊娠率。临床妊娠的评价标准是移植术后 14 d 检测血清人绒毛膜促性腺激素大于 50 mIU · mL<sup>-1</sup>，临床妊娠率 = 临床妊娠例数 / 总例数。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者降调前和移植术后 FPI 评分比较

两组患者降调前的 FPI 各维度评分及总分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；观察组患者移植术后，社会压力、性压力、夫妻关系评分及总分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者降调前和移植术后 FPI 评分比较 (n = 47,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	社会压力	性压力	夫妻关系	父母角色的需求	无生育子女压力	总分
对照组	降调前	42.06 ± 6.73	34.97 ± 6.69	40.19 ± 6.68	41.18 ± 6.71	31.02 ± 7.36	179.89 ± 23.24
	移植术后	40.06 ± 6.74	32.98 ± 6.69	38.19 ± 6.70	38.19 ± 6.69	29.02 ± 7.37	167.68 ± 23.09
观察组	降调前	39.85 ± 7.15	32.72 ± 5.43	40.49 ± 6.60	40.36 ± 6.82	31.00 ± 7.34	177.45 ± 21.80
	移植术后	34.80 ± 7.51 <sup>a</sup>	24.72 ± 5.43 <sup>a</sup>	32.49 ± 6.57 <sup>a</sup>	36.48 ± 6.55	27.00 ± 7.35	137.45 ± 21.81 <sup>a</sup>

注：FPI 一生育压力问卷。  
与对照组移植术后比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者降调前和移植术后 SCSQ 评分比较

两组患者降调前的 SCSQ 比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；观察组患者移植术后积极应对评分高于对照组，消极应对评分低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

2.3 两组患者临床妊娠率比较

观察组患者临床妊娠率高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 3 两组患者降调前和移植术后 SCSQ 评分比较 (n = 47,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	积极应对	消极应对
对照组	降调前	18.48 ± 6.46	13.46 ± 5.87
	移植术后	20.28 ± 6.95	13.11 ± 6.36
观察组	降调前	17.49 ± 6.57	13.43 ± 5.75
	移植术后	25.85 ± 7.51 <sup>b</sup>	6.08 ± 3.97 <sup>b</sup>

注：SCSQ 一简易应对方式问卷。  
与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

表 4 两组患者临床妊娠率比较 (n = 47, 例)

组 别	妊娠	未妊娠	临床妊娠率 /%
对照组	21	26	44.7
观察组	32	15	68.1 <sup>c</sup>

注: 与对照组比较, <sup>c</sup>P < 0.05。

### 3 讨 论

常规心理护理多局限于患者被动接受医护人员的说教和指导, 而忽略了患者自身的思考和想法, 不能调动患者的自我管理能力和降低解决问题的效能, 心理压力难以排解。而聚焦解决模式主要从问题产生的原因和正视问题以获得积极体验, 促进患者以积极的力量和正性的思维解决问题, 鼓励患者充分发挥自己的主观能动性, 将自身或周围资源的利用度最大化, 既充分尊重患者, 又能够激发患者的正性能量, 从而更有效地减轻疾病或挫折给患者带来的负性情绪, 提高生活质量。

本研究结果提示, 观察组患者移植术后, 社会压力、性压力、夫妻关系及总分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。表明聚焦解决模式有利于减轻患者的焦虑情绪, 改善其心理状况和生活质量。不孕症会给患者造成极大的心理压力, 心理压力可以影响激素水平, 而激素水平的改变则可影响生育。不孕女性生育压力的产生源自于生育问题本身及其带来的外界影响, 而聚焦解决模式从描述问题阶段来获得患者生育压力的主要来源, 为患者构建具体的解决方案和可行性目标, 并重点关注人们的内在积极力量, 利用患者本身的潜在积极因素来促进问题的解决<sup>[6]</sup>。这种正向引导能力能够促使不孕女性在沟通过程中倾诉和发泄内心的压力, 将注意力从社会舆论、家庭矛盾等负面影响中带出来, 鼓励患者关注社会环境和家庭生活中的美好, 促进患者与配偶的夫妻关系回归到和谐状态, 改善性生活, 从而增强患者的积极体验, 使心理上达到放松状态, 压力也随之下降<sup>[7]</sup>。

不孕症容易对患者造成很多负面情绪, 但因个人心态和自我调控能力的差异, 其应对方式也不同, 积极的应对方式对改善不孕症女性的社会支持水平, 降低不良应激有重要作用<sup>[8-9]</sup>。本研究结果显示, 观察组患者移植术后积极应对评分高于对照组, 消极应对评分低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。不孕患者存在较高质量的述情障碍, 更需要接受心理治疗来改善其应对方式, 缓解心理压力, 而聚焦解决模式强调把解决问题的关注点集中在人的正向方面, 通过对其积极力量的发掘和诱导, 使患者正确认识不孕这一事件, 以正向的思维来看待社会舆论, 从而促进患者积极的应对不孕症及其治疗, 有效改善其情感表达能力<sup>[10]</sup>。在研究人员的诱导下, 患者自己提出问题并制定目标, 并主动寻求解决问题的最佳方法, 当进步获得研究人员的肯定和赞扬后, 能够

使患者的自信心增强, 更利于促成目标的实现, 因而在应对不孕症和治疗过程中会采取更加积极的应对方式<sup>[11]</sup>。本研究结果提示, 以聚焦解决模式为基础的心理干预能够有效提高妊娠率, 表明积极的健康教育和心理护理能促进不孕症患者心理状况的改善, 有助于改善妊娠结局。聚焦解决模式能够促进医护人员和患者之间的沟通和交流, 使医护人员更深入的了解患者的内心需求和情绪变化, 从而用积极的语言和行动鼓励患者, 帮助患者轻松愉快的配合治疗, 增强其自信心<sup>[12]</sup>。

综上所述, 以聚焦解决模式为基础的干预策略能有效减轻不孕女性的心理压力, 改善其应对方式, 提高妊娠率。但是, 聚焦解决模式在不孕症治疗中的应用仍处于探索阶段, 应继续进行深入的探讨和研究。

### [ 参 考 文 献 ]

- (1) Hsu P, Lin M, Hwang J, et al. The fertility quality of life questionnaire in Taiwanese infertile couples (J). *Taiwan J Obstetynecol*, 2013, 52(2): 204-209.
- (2) 李月娥, 周金芳, 邓云山, 等. 聚焦解决模式在慢性前列腺炎患者心理干预的应用 (J). *中国性科学*, 2015, 24(3): 104-107.
- (3) Newton C, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress (J). *Fertil Steril*, 1999, 72(1): 54-62.
- (4) Peng T, Coates R, Merriman G, et al. Testing the psychometric properties of Mandarin version of the fertility problem inventory (M-FPI) in an infertile Chinese sample (J). *J Psychosom Obstet Gyn*, 2011, 32(4): 173-181.
- (5) 程丽, 朱姝娟, 秦楠, 等. 不孕症妇女抑郁与其应对方式、生存质量的相关性研究 (J). *护理研究*, 2011, 25(30): 2735-2737.
- (6) 刘丽霞, 张爱霞, 李萍, 等. 聚焦解决模式对手足外科患者心理及生存质量的影响 (J). *国际护理学杂志*, 2015, 34(11): 104-106.
- (7) 周飞京, 董悦芝. 心理韧性和积极情感对不孕症女性生育生活质量的影响研究 (J). *护理管理杂志*, 2019, 19(5): 326-330.
- (8) 刘述珍, 乔海燕, 王笠环. 女性不孕患者社会支持水平及应对方式对其抑郁情绪影响的调查分析 (J). *中国实用护理杂志*, 2014, 30(3): 59-61.
- (9) 李晖, 晏春丽, 朱姝娟, 等. 不孕症女性应对方式、社会支持与负性情绪的关系 (J). *中南大学学报*, 2011, 36(2): 138-142.
- (10) 王玲. 不孕不育患者述情障碍与其生活质量的相关性研究 (J). *医学与哲学*, 2014, 35(11): 85-86.
- (11) 柯雪爱, 叶平. 心理疗法在治疗不孕症中的作用 (J). *江西中医药*, 2011, 9(42): 43-44.
- (12) 余晓燕, 徐凌燕, 胡引, 等. 聚焦解决模式在胎儿异常孕产妇心理护理中的应用 (J). *中华护理杂志*, 2011, 46(3): 254-256.