

# 家庭参与式护理对极低/超低出生体质量儿管理的影响

福建省立金山医院新生儿重症监护室（福州 350007） 张亚需 傅雅琨 钟水平 林秀英

随着二胎政策放开高龄产妇的增加，早产儿的出生率也在逐年增加，数据显示我国早产儿的出生率居全球第二<sup>[1]</sup>，而极低/超低出生体质量儿因胎龄小、体质量轻、住院时间长以及后遗症多，引起了社会、家庭、医院的广泛关注。在我国，新生儿重症监护室（NICU）普遍采用的是封闭式管理模式<sup>[2]</sup>，这些极低/超低出生体质量儿一出生便入住 NICU，所有的护理工作由护士完成，家长只能通过电话、视频、隔窗的探视来了解患儿的病情，直到患儿出院。这种长时间的分离，导致家长父母角色缺失<sup>[3]</sup>，再加上缺乏相关的知识，无法实现从医院到家庭的延续性护理。家庭参与式护理（family integrated care, FIC）是新生儿专科护士在对家长进行教育和指导的基础上，允许家长进入 NICU 参与住院期间的非医学性常规生活护理的一种照护模式<sup>[4]</sup>。本文报告我室对极低/超低出生体质量儿开展 FIC 的情况和应用效果。

## 1 对象与方法

**1.1 对象：**选取 2015 年 5 月至 2018 年 5 月在我院出生的患儿及家属作为研究对象，入选标准：1) 出生胎龄 <34 周且体质量 <1 500g；2) 已经脱离呼吸机，各项生命体征稳定；3) 实现经口喂养；4) 家长知情同意并签署知情同意书；5) 无先天畸形。排除标准：1) 家长不能配合；2) 患儿死亡；3) 家长放弃治疗或自动出院。按照随机抽样的方法分为对照组 23 例和观察组 25 例，两组患儿的性别、出生体质量、胎龄、Apgar 评分、住院时间、分娩方式等方面比较的差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准，符合医学研究的相关法律及伦理学要求。

**1.2 方法：**1) 对照组在入院前进行常规的入院宣教，住院期间所有护理工作均由护士完成，家长每天按规定时间送母乳、入床边探视或是视频探视，探视时间在 30 分钟以内，患儿达到出院标准时，进行常规的出院宣教并发放健康宣教手册，手册上详细记录了出院后随访的时间。2) 观察组采用 FIC，具体操作方法如下。

**1.2.1 布局设置和师资培训：**我院 NICU 共有 2 个病区，均为层流病房，其中有家庭参与式病房 2 间，每间病房有 2 个床位，每个床位均配有监护仪、吸氧、吸痰的设备及急救药品，同时配有沙发、冰箱、感应式的洗手设备，屏风、泵奶设备，每间病房可同时入住 2 名患儿。在师资培训方面由我院具有新生儿科副高级以上职称的医生和主管以上职称的护士组成，对科室参与 FIC 的护理骨干进行培训并考核，考核合格后方可参与。

**1.2.2 实施阶段：**患儿生命体征平稳，不需要呼吸机辅助呼吸（包括有创呼吸机和无创呼吸机），能进行经口喂养，由新生儿专科团队将 FIC 的知情同意书发放给家属，并取得

家属同意。每间家庭参与式护理的病房均配备有一名经培训合格的新生儿专科护士全程对家长进行指导。将患儿连同暖箱移至家庭参与式病房，并接上心电监护仪继续监护，家长按约定的时间来院，进病房前要更衣、换鞋、戴好口罩、帽子并洗手，要求家长每天至少在 NICU 的时间 >4 h（从 09:00—16:00），且参与每日的学习直至出院。均采用床边授课，指导的内容包括：袋鼠式护理，母乳喂养，新生儿基础护理：包括手卫生、沐浴、抚触、口腔护理、臀部护理、脐部护理、体质量及身长的评估及意外情况的紧急处理如呛奶、呼吸暂停的处理。从出院的前 3 d 开始，父母独立完成患儿的生活护理；患儿达到出院标准时，同样进行常规的出院宣教并发放健康宣教手册，手册上详细记录了出院后随访的时间。

**1.3 评价指标：**记录两组患儿纠正胎龄 1 个月的体格生长，住院期间院感的发生率，纠正胎龄 1 个月来我科随访的依从性以及第三方出院随访的满意度，其中满意度调查表由我院制定，调查表共有 10 个条目，满分 100 分，>90 分为满意，由我院的出入院服务中心负责在患儿出院 1 个月进行护理满意度调查。

**1.4 统计学处理：**采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用  $t$  检验；计数资料采用  $\chi^2$  检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 两组患儿纠正胎龄 1 个月的生长发育情况比较：**两组患儿经随访，测量纠正胎龄 1 个月生长发育情况，其中，对照组失访 2 人，随访测量 21 人；观察组无失访人员，生长发育的主要指标如体质量、身长、头围观察组优于对照组，经比较的差异有统计学意义（表 1）。

表 1 两组患儿纠正胎龄 1 个月的生长发育情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	体质量/g	身长/cm	头围/cm
观察组	25	4 863.88±463.59	55.26±1.01	34.66±0.67
对照组	21	4 361.78±305.38	52.65±0.82	34.62±0.87
$t$ 值		2.834	6.628	9.344
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组患儿住院期间院感的发生率比较：**对照组院感发生率为 4.0%（1/25），观察组为 8.6%（2/23），两组患儿在住院期间院感的发生率经比较的差异无统计学意义（ $\chi^2=0.01$ ， $P>0.05$ ）。

**2.3 两组患儿第三方满意度调查和纠正胎龄 1 个月随访的依从性比较：**两组患儿在第三方满意度调查，观察组优于对照组（ $\chi^2=10.36$ ， $P<0.01$ ）；在纠正胎龄 1 个月随访的依从性方面对照组有 6 名家属未准时来院随访，其中 2 名患儿

因路途太远,未能来我科随访,有 4 名患儿忘记随访时间,观察组无失访的患儿,经比较的差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 7.45, P < 0.05$ , 表 2)。

表 2 两组患儿第三方满意度调查和纠正胎龄 1 个月随访的依从性比较 (例)

组别	例数	满意度			随访依从性		
		满意	一般	不满	随访	提醒后随访	失访
观察组	25	22	3	0	25	0	0
对照组	23	11	8	4	17	4	2

### 3 讨论

**3.1 开展 FIC 的意义:** 极低/超低出生体质量儿胎龄小、体质量低、死亡率高,伴随着 NICU 的普及使其死亡率得到明显的下降;但同时也给家庭,尤其是极低/超低出生体质量儿的父母带来更大的责任。当患儿在 NICU 抢救时,家长情绪焦虑不安,长时间分离使家长不能顺利地进入父母角色;而患儿从 NICU 治疗康复后,家长又要马上承担起照顾孩子的责任,许多家长无所适从,不知如何下手。这不仅影响患儿的生长发育,也会导致家长角色紊乱,严重的将对父母与孩子的关系产生影响<sup>[5]</sup>。因此,在我国开展 FIC 非常必要,以往 NICU 只有在患儿出院前进行健康宣教,现在必须将健康知识贯穿到整个住院期间,尤其是在患儿病情稳定后的 FIC 更是全面的照顾了家长的感受和患儿出院后的生长发育情况。Ahlqvist-Bjorkroth 等<sup>[6]</sup>的一项研究显示,家属参与护理后,家长及患儿身体和心理健康系数都得到了明显提升。李颖<sup>[1]</sup>的研究也显示,FIC 可以促进早产儿 (18 月龄) 的生长发育。因此这项工作值得在国内有条件的医院推广。

**3.2 FIC 对院感发生率的影响:** 在我国实施 FIC 的医院甚少,很多是因为考虑到院内感染的问题。本研究发现,FIC 并不增加院内感染的发生率,这与最早开展 FIC 的加拿大多伦多西奈山医院研究的结果一致,在该院的 NICU 开展 FI-Care 院内感染率的统计为<sup>0</sup><sup>[4]</sup>。我院的院感科对我室实行目标性管理、重点监控,每个月将院感的患者及院感的发生率汇报给科室。本研究 48 名患儿有 3 名发生院感,调查这 3 名患儿均有使用过有创呼吸机及 PICC 导管,且使用时间均在 1 周以上,院感发生的时间与 FIC 的时间并不一致。在实行 FIC 的过程中,我们发现家属经过医务人员的培训后,卫生的依从性很高,在实施 FIC 的过程中,和医务人员起到相互监督的作用。故在 NICU 开展 FIC 并不增院感的发生率,相反可能会减少院感的发生。

**3.3 FIC 提高了满意度和随访依从性:** 本研究发现,超过

75% 的家长因考虑到后遗症问题曾想过放弃治疗,超过 50% 的家长对新生儿出院后的护理没有信心,这与 Welch 等<sup>[7]</sup>的研究结果基本一致。在我国,NICU 基本采用的是封闭式管理模式,虽然短暂的探视或通过医生讲解可让家长了解孩子病情;但并不能减轻因疾病、分离所带来的紧张焦虑情绪,再加上产妇产后的情绪波动较大,往往在探视过程中直接失控,泪流满面。Baia 等<sup>[8]</sup>的研究也显示,NICU 中存在明显的分离焦虑,而且孕母的年龄越大焦虑越严重。本研究采用 FIC 形式,且由专业人员指导,不仅可为宝贝进行袋鼠护理,喂奶、换尿布、沐浴抚触等,同时还可实时与专业医护人员沟通、交流,达到床边授课的效果。这样即可将指导的方法直接应用于患儿,最大程度地提高了满意度和家属的遵医行为。

综上所述,在极低/超低出生体质量儿实施 FIC 有利于缓解家长的焦虑,提高家长对患儿出院后的照护水平,改善患儿的生长发育情况及家长的遵医行为,实现患儿从医院到家庭的顺利过渡,提高患儿的生存质量。

### 参考文献

- [1] 李颖,高翔羽,向希盈,等.家庭参与式管理模式对早产儿 18 月龄生长发育的影响 [J]. 中华儿科杂志,2016,54 (12): 902-907.
- [2] 何利,谭彦娟,黑明燕.新生儿重症监护病房实施家庭参与式综合管理对住院早产儿母亲紧张焦虑情绪影响的自身前后对照研究 [J]. 中国循证儿科杂志,2015,10 (6): 409-413.
- [3] 夏建新,胡娟娟,朱晓丽.NICU 中患儿家属焦虑状况分析与对策 [J]. 基层医学论坛,2015, (25): 3461-3463.
- [4] 熊晓菊,陈锦秀,叶天惠.家庭参与式照护模式在加拿大 NICU 应用现状及对我国早产儿护理的启示 [J]. 护理研究,2017,31 (6): 652-655.
- [5] 叶天惠,熊晓菊,陈锦秀,等.早产儿照护模式的应用现状 [J]. 护理研究,2015,29 (11C): 4105-4108.
- [6] Ahlqvist-Bjorkroth S, Boukydis Z, Axelin A M, et al. Close collaboration with parents intervention to improve parents psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol [J]. Behav Brain Res, 2016, 10 (20): 5.
- [7] Welch M G, Halperin M S, Austin J, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU [J]. Arch Womens Ment Health, 2016, 19 (1): 51-62.
- [8] Baia I, Amorim M, Silva S, et al. Parenting very preterm infants and stress in neonatal intensive care units [J]. Early hum Dev, 2016, 4 (101): 3-9.