

以家庭为中心的护理模式对早产儿父母出院准备度和家庭照护能力影响

卓珍玉

中南大学湘雅二医院新生儿科 湖南长沙 410000

[摘要] 目的 探讨以家庭为中心的护理模式对早产儿父母出院准备度和家庭照护能力影响。**方法** 选择2017年12月-2018年8月我院新生儿科收治纳入标准的84名早产儿作为研究对象,按入院时间顺序分为对照组和实验组两组,每组各42名早产儿。对照组采用常规护理模式干预,实验组采用以家庭为中心的护理模式干预,干预前后采用中文版患者家属出院准备度量表和新生儿父母家庭照护能力问卷对两组患儿父母进行测评,比较两组患儿父母出院准备度和家庭照护能力变化情况及两组患儿门诊就诊与再入院情况。

结果 干预前,两组患儿父母出院准备度量表和新生儿父母家庭照护能力问卷得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,实验组患儿父母出院准备度量表和新生儿父母家庭照护能力问卷得分明显高于对照组患儿父母,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组患儿门诊就诊率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但再入院率比较无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 以家庭为中心的护理模式在早产儿中运用,是将患儿父母视为早产儿在院期间的照顾者与医护人员治疗的合作者,为他们提供患儿疾病及家庭照护相关信息支持与心理支持,从而提高早产儿父母出院准备度和家庭照护能力,降低早产儿门诊就诊与再入院率,节约医疗资源,减少医疗费用。

[关键词] 早产儿;父母;以家庭为中心的护理模式;家庭照护能力;出院准备度

[中图分类号] R473.72

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)01-143-03

早产儿是指胎龄 <37 周出生的新生儿,各系统发育不成熟,近年来,我国早产儿的发生率达8.1%,上升至世界第二位,极易发生黄疸、吸入性肺炎、上呼吸道感染、窒息等并发症^[1-2],故早产儿出生后需住院治疗。目前,国内大多数医院新生儿科实施无陪护制度,早产儿入院后,父母通常被认为是患儿探视者,并不能经常参与早产儿护理,使得他们缺乏早产儿照顾经验,家庭照护能力不足,产生无助感^[3-4],加上父母婴儿分离,无疑更是对早产儿父母是一个巨大的精神应激,父母不了解环境,对疾病缺乏认知以及担忧早产儿安危,导致早产儿父母害怕患儿出院后不知该如何应对,父母的出院准备度水平不高。而患儿父母出院准备度不够,会致其患儿在家照护质量不佳,早产儿出院后的营养支持和发育促进情况不容乐观,导致患儿感染和再入院率高,给早产儿及其家庭带来沉重的负担^[5-6]。早产儿作为一特殊的患者群体,经住院治愈出院后,父母的家庭照护能力直接关系到其健康与预后^[7]。如何在患儿住院期间能够兼顾其父母教育,保证提高患儿父母出院准备度和家庭照护能力,使患儿能够得到全程、科学的照顾,从而改善患儿预后,降低其并发症发生率和再入院率。以家庭为中心的护理模式的重要因素是家长,并根据患儿的具体情况,制定个性化护理,家长积极的参与到医疗过程中^[8]。本研究选择2017年12月-2018年8月我院新生儿科收治纳入标准的84名早产儿作为研究对象,对其中的42名早产儿采用以家庭为中心的护理模式干预,在提高早产儿父母出院准备度和家庭照护能力,降低早产儿再入院方面取得一定的成效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究选择2017年12月-2018年8月我院新生儿科收治纳入标准的84名早产儿作为研究对象,病例纳入标准:①患儿28周 $<$ 胎龄 <37 周;②患儿父母自愿参与本研究,并有一定的阅读和理解能力,能独立完成问卷调查者;③无先天性畸形及遗传代谢性疾病者。排除对象:①患儿母亲有严重的产后抑郁、传染性疾病者;②母亲合并产后并发症,或患儿需行各种外科手术手术治疗者;③单亲家庭者。84名早产儿按入院时间顺序分为对照组和实验组两组,每组各42名早产儿。对照组早产儿情况:性别:男27例,女15例;胎龄:28-36周,平均胎龄(32.94 $\pm$ 2.59)周;体质量1000-2900 g,平均体质量(2041.33 $\pm$ 190.40) g;身长36-47cm,平均(41.54 $\pm$ 5.40) cm;住院时间11-43天,平均(20.40 $\pm$ 4.62)。父母情况:文化程度:初中及以下16人,高中或中专11人,大专7人,本科或以上5人;居住地:农村16人,城市26人;胎次:头胎27人,二胎15人。实验组早产儿情况:

性别:男26例,女16例;胎龄:28-35周,平均胎龄(32.87 $\pm$ 2.57)周;体质量1000-2870 g,平均体质量(2030.33 $\pm$ 189.59) g;身长36-48cm,平均(41.49 $\pm$ 5.39) cm;住院时间11-45天,平均(21.82 $\pm$ 4.63)。父母情况:文化程度:初中及以下17人,高中或中专12人,大专6人,本科或以上4人;居住地:农村17人,城市25人;胎次:头胎29人,二胎13人。两组研究对象一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组早产儿采用常规护理模式干预,即患儿入院后,由责任护士为患儿父母提供入院知识宣教,包括热情接待患儿父母,介绍科室相关各项规章制度、病室环境、患儿探视制度、患儿喂养方法、母乳喂养、疾病相关知识等;住院期间,告知父母探视时间与注意事项,及时为其提供患儿疾病信息支持和心理支持,定时为患儿父母进行早产儿喂养、护理等相关知识,并注意对早产儿保暖、喂养、病情观察等护理,促进患儿生长发育,预防并发症发生。出院时,由责任护士为患儿父母提供出院指导,包括出院后喂养方法、注意事项、出院用药护理、病情观察、定期来院复诊等。出院后,责任护士定期对患儿进行电话随访,嘱患儿定期来院复查。

1.2.2 实验组在对照组基础上,采用以家庭为中心的护理模式干预,为期2个月,具体操作步骤如下。

1.2.2.1 成立早产儿以家庭为中心的护理模式干预小组:成立以新生儿科护士长为组长,3名护士(具有护师或以上职称,新生儿科临床工作经验超过3年或以上)、1名心理咨询师、1名新生儿科医生(具有主治医师或以上职称、5年或以上新生儿科临床工作经验)为组员的早产儿以家庭为中心的护理模式干预小组。小组成员负责制定和实施早产儿以家庭为中心的护理模式,并完成数据资料收集与分析等工作。

1.2.2.2 早产儿以家庭为中心的护理模式的制定:了解早产儿父母需求,首先由小组成员运用访谈、分析法、文献查询等多种方法结合,全面了解早产儿父母心理状况、早产儿父母对早产儿出院后护理准备度、目前最迫切想掌握的早产儿照顾知识与技能、其最能接受教育的方式、其对以家庭为中心的护理模式了解与配合程度等,查阅国内外相关文献,总结出前期早产儿常规护理利与弊,结合评估结果,制定出早产儿以家庭为中心的护理模式。

1.2.2.3 早产儿以家庭为中心的护理模式的实施:根据早产儿父母需求评估和患儿的特殊情况,制定出个性化早产儿以家庭为中心的护理模式,建立早产儿电子档案,给父母布置参与患儿疾病管理的任务,具体如下。①患儿在入院后,小组成员取得患

儿父母信任后,向患儿父母讲解以家庭为中心的护理模式,取得其理解和配合,根据早产儿父母需求评估结果,与患儿父母共同商议制定父母布置参与患儿疾病管理的任务,并将每一位早产儿父母任务记录入电子档案。②住院期间:医护人员定期开展新课堂,对患儿父母进行讲座培训,内容包括患儿疾病发生的诱因、发病机制、治疗手段及预后、病情观察方法、育儿的相关知识、预防感染等;根据患儿父母最迫切想掌握的早产儿照顾知识与技能、其最能接受教育的方式,利用家庭护理时间,为其提供相关知识宣教和传授技能,鼓励和引导早产儿父母参与患儿的基础护理,包括教会父母观察病情、正确掌握早产儿喂养技巧、洗澡、更换纸尿裤、新生儿抚触、新生儿运动操、教会其认识早产儿发出的信息并作出回应技巧等。引导患儿父母书写早产儿养育日记心得,指导其规范记录早产儿养育日记。了解患儿父母心理压力、照顾能力的增加情况,协助患儿父母认识到疾病的发展及预后,规范用药,提高治疗依从性的重要性,尽量满足患儿父母的需求,缓解其精神压力。③出院前一天,由责任护士通知早产儿的父母亲来病室,由小组成员共同考核早产儿父母对早产儿主要日常护理工作情况和对疾病相关知识掌握程度。根据患儿父母掌握程度,再进行一对一的早产儿父母知识强化和护理技术指导。评估每一名患儿父母实际情况,建立随诊和延伸护理计划,建立患儿父母微信交流群,分享相关早产儿最新的资讯,及时解答患儿父母的疑问。

1.3 评价

1.3.1 两组早产儿父母家庭照顾能力评价:本研究采用自制早产儿父母家庭照顾能力问卷对两组患儿进行测评。查阅国内外相关文献^[7,9],自行设计问卷,问卷包括早产儿日常家庭照护方

表1:两组患者出院准备度情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	自身状况	疾病知识	可得到的社会支持	出院后应对能力	总分
实验组	60.35±5.49	72.84±5.75	33.37±4.57	26.67±1.28	186.69±19.25
对照组	51.27±5.25	65.31±3.92	29.51±5.03	20.60±1.22	157.66±18.42
t 值	3.957	4.081	3.877	4.149	10.905
P 值	0.034	0.027	0.036	0.040	0.002

表2:两组早产儿父母家庭照顾能力比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组	实验组	t 值	P 值
新生儿日常家庭照护方面儿知识及技能	17.84±1.03	26.84±2.55	8.983	<0.01
新生儿喂养知识及技能	18.97±1.06	29.97±2.68	9.957	<0.01
新生儿预防接种与用药知识	17.57±1.14	28.88±2.67	11.904	<0.01
新生儿预防感染知识及技能	17.32±1.03	29.39±2.87	12.764	<0.01
新生儿常见的异常问题及处理技能	16.80±1.12	28.88±2.44	11.091	<0.01
总分	86.94±1.63	148.60±4.70	16.892	<0.01

2.3 两组早产儿复诊与再入院率

实验组患儿门诊就诊率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但再入院率比较无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表3:两组早产儿复诊与再入院率(%)

组别	复诊率	再入院率
实验组	2 (4.76)	0 (0)
对照组	10 (22.22)	2 (4.76)
χ^2	4.326	1.362
P 值	0.037	0.127

3 讨论

3.1 以家庭为中心的护理模式对早产儿父母家庭照顾能力影响

本研究结果表2显示,对照组早产儿父母家庭照顾能力问卷总分为(86.94±1.63)分,处于中低水平,这与贾玉双等^[11]研究结果相似,分析原因:一方面,由于国内绝大部分新生儿病房采取无家属陪伴的封闭式管理模式,早产儿出生后就与父母分开,父母不能进入病房亲自照顾患儿,对于照顾早产儿没有亲身体会,

面儿知识及技能、早产儿喂养知识及技能、早产儿预防接种与用药知识、早产儿预防感染知识及技能、早产儿常见的异常问题及处理技能5方面,共40个问题。每题根据早产儿父母回答情况,采用Linkert4等级计分,从掌握、了解、不确定到不知道分别计4分、3分、2分、1分,总分为40-160分,分值越高,说明早产儿父母家庭照顾能力越好。该问卷经本院4位护理专家审核、测试信度为0.877,各问题的一致性信度在0.891-0.927之间,具有良好的信效度。

1.3.2 两组早产儿父母出院准备度评价:本研究采用的家属出院准备度量表,由王定玺汉化^[10],不改变原量表的结构和评分方法,仅进行人称变换和表述内容的调整。例如:条目“您知道多少出院回家后满足您个人需要方面的知识”修改后为“您知道多少出院回家后满足患者个人需要方面的知识”,得分越高,表明家属的出院准备度越高。该量表的Cronbach's α 系数为0.89,各维度为0.92-0.95^[10]。

1.3.3 两组早产儿复诊与再入院率评价:由小组成员统计两组早产儿复诊与再入院率。

1.4 统计学处理

采用SPSS19.0统计软件包进行数据录入和统计分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,t检验法检验。计数资料采用例(%)表示,卡方(χ^2)检验。 $P<0.05$ 表示为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿父母出院准备度比较

干预后,实验组出院准备度量表不管是各个维度得分还是总分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组早产儿父母家庭照顾能力比较,见表2。

护理人员仅仅在探视早产儿时间段给其做宣教远远不够,效果不佳,而且父母更多关注放在了早产儿的救治和疾病预后,忽略了早产儿家庭照顾知识和技能方面知识;另一方面,父母在早产儿出院时接受口头的指导,内容多而杂,知识不系统,大部分父母不能集中精力去学,绝大部分父母没有掌握好早产儿家庭照顾知识和技能。有研究证实^[6],以家庭为中心的护理模式能有效提高早产儿父母的照顾能力。本研究结果显示:干预后,实验组父母家庭照顾能力明显优于对照组,差异有统计学意义($P>0.05$),说明以家庭为中心的护理模式能有效提高早产儿父母家庭照顾能力。分析原因:本研究采用以家庭为中心的护理模式干预,患儿在入院后,小组成员在取得患儿父母信任后,鼓励其加入患儿的护理中来,建立早产儿父母任务管理档案,并根据患儿父母健康需求制定出护理任务并记录入电子档案;住院期间,医护人员定期开展新课堂,对患儿父母进行讲座培训,以增加患儿父母家庭照顾知识需求;利用父母探视时间,鼓励和引导早产儿父母参与患儿的基础护理,让父母亲手进行喂养、洗澡、更换纸尿裤、新生儿抚触等;出院前一天,小组成员对患儿父母进行考核,对于

其薄弱环节进行强化,从而有效的提高了患儿父母家庭照护能力。

3.2 以家庭为中心的护理模式对早产儿父母出院准备度影响

本研究表1结果:干预后,实验组出院准备度量表不管是各个维度得分还是总得分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明以家庭为中心的护理模式能提高早产儿父母出院准备度水平。由于国内绝大部分新生儿病房采取无家属陪伴的封闭式管理模式,父母不能进入病房亲自照顾患儿,对住院环境不了解,对疾病缺乏认知,父母在早产儿住院期间承受着巨大的心理压力,如果压力不能及时缓解,就会产生一系列负面情绪^[12],延续到患儿出院。大部分早产儿父母对早产儿护理经验不足,担心出院后出现以下情况:早产儿出院后不能正确喂养,影响其生长发育;早产儿异常情况不能及时发现,即使发现了不能正确的及时处理;日常生活护理包括洗澡、换尿布等方法不正确,引起不必要的并发症包括烫伤、红臀等,导致早产儿父母一直处于出院准备度水平不高。本研究采用以家庭为中心的护理模式干预,在患儿住院期间重视其父母家庭照顾能力培养,积极尽可能多机会让其加入到患儿护理中来,并引导患儿父母书写早产儿养育日记心得,从早产儿养育日记心得中反思和看到自身的进步,从而缓解其精神压力,提高出院准备度水平。

3.3 以家庭为中心的护理模式对早产儿影响

本研究结果表3显示:实验组患儿门诊就诊率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但再入院率比较无统计学意义($P>0.05$)。以家庭为中心的护理模式为早产儿父母提供了一个早期了解并参与早产儿护理的平台,使他们熟练掌握早产儿日常家庭照护方面知识及技能、早产儿喂养知识及技能、早产儿预防接种与用药知识、早产儿预防感染知识及技能、早产儿常见的异常问题等处理技能,充分提高其出院准备度,有利于患儿及父母顺利从医院向家庭过渡^[13]。

4 结论

综上所述,以家庭为中心的护理模式在早产儿中运用,是将患儿父母视为早产儿在院期间的照顾者与医护人员治疗的合作者,为他们提供患儿疾病及家庭照护相关信息支持与心理支持,从而

提高早产儿父母出院准备度和家庭照护能力,降低早产儿门诊就诊与再入院率,节约医疗资源,减少医疗费用平。

【参考文献】

- [1] World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth.(2012).http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/.
- [2] 卓瑞燕,陈晓欢,郑若菲.在早产儿家属中应用系统化健康指导法的实践与效果评价[J].中国护理管理杂志,2015,15(10):1198-1200.
- [3] 张莹,吴安华.新生儿重症监护病房实施家庭整合护理对早产儿及其父母的影响:一项多国多中心集群随机对照试验[J].中国感染控制杂志,2018,17(4):334.
- [4] 刘秀云.早产儿父母健康教育需求调查[J].吉林医学,2010,31(12):1693-1694.
- [5] 郭红英,赵彦昌,彭海珍,等.居家延续护理对早产儿出院后生长发育的影响[J].全科护理,2016,14(21):2256-2257.
- [6] 蒙景雯,陈华,李雯,等.以家庭为中心的护理方案对早产儿家长照顾能力的影响[J].护理学杂志,2017,32(9):5-7.
- [7] 韩丽军,冯淑菊.早产儿照护者家庭护理知识及技能掌握情况的调查[J].解放军护理杂志,2015,32(4):33-35.
- [8] 黄晓秋,周旭红.以家庭为中心的早产儿应用模式有效性及安全性研究[J].中国卫生管理,2017,33(5):715-717.
- [9] 周志勤.新父母学堂对出院新生儿父母家庭照护能力的影响[J].护理实践与研究,2016,13(16):145-146.
- [10] 刘珊珊,符琰,李俊英.肺癌化疗患者出院准备度现状及影响因素分析[J].护理学报,2016,23(13):11-13.
- [11] 贾玉双,王雅萍,谢薇薇,等.早产儿照顾者家庭护理知识掌握情况调查分析[J].护理学报,2007,14(8):11-13.
- [12] 王丽,何君礼,费淑兰.住院足月新生儿父母心理需求及影响因素研究[J].护理研究,2015,29(12):4441-4443.
- [13] 马盼盼.以家庭为中心的护理模式在级早产儿护理中运用[J].护理管理杂志,2015,15(11):833-835.

(上接第141页)

患者相比明显更低,表明了综合护理能够做到以患者中心,围绕患者进行护理。

由此可见,综合护理用于垂体瘤患者术后护理效果显著,能够完成预期护理目标,值得大力推广。

【参考文献】

- [1] 吴宏娇.综合护理干预改善经鼻内镜垂体瘤术后早期头痛的效果分析[J].中国医科大学学报,2017,46(3):270-272.
- [2] 江春丽,李亚文.垂体瘤术后左侧乳腺癌根治术的护理体会[J].世界临床医学,2016,10(11):180-180.
- [3] 汪小云,田琨.对行经鼻蝶入路垂体瘤切除术后并发尿崩症的患者进行综合护理的效果分析[J].当代医药论丛,2015,5(16):109-109.

(上接第142页)

绿色通道,使得患者到院后的等候时间缩短,为溶栓治疗的尽早实施争取了宝贵时间,这使得患者的脑组织缺血和缺氧状态能够得到快速恢复,因此减少了患者神经功能出现严重障碍的可能;此后在急救完成时对患者进行康复指导和干预,使得患者可接受到早期有效的康复锻炼,进而利于患者神经功能的恢复^[6]。

综上所述,对急性脑梗死患者应用全程优化急诊护理,可获得良好的抢救效果,因此该护理模式具有临床推广使用价值。

【参考文献】

- [1] 马丹,侯丽,蔡媛媛.全程优化急诊护理在急性脑梗死中的抢救效果分析[J].护士进修杂志,2016,31(8):756-758.

5(16):109-109.

- [4] 王新梅.脑垂体瘤手术期综合护理效果分析[J].河南医学研究,2016,25(1):181-182.
- [5] 谭晓洁,陈利莉,李艳等.显微外科手术治理垂体瘤围手术期护理对策及效果评价[J].安徽卫生职业技术学院学报,2016,15(5):90-91.
- [6] Sav, Aydin, Rotondo, Fabio, Syro, Luis V. et al. Invasive, Atypical and Aggressive Pituitary Adenomas and Carcinomas[J]. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 2015, 44(1):99-99.
- [7] Araujo, Paula Bruna, Vieira Neto, Leonardo, Gadelha, Monica R. et al. Pituitary Tumor Management in Pregnancy[J]. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 2015, 44(1):181-181.
- [2] 罗燕玲.全程优化急诊护理在29例急性脑梗死患者抢救中的效果分析[J].基层医学论坛,2017,21(3):299-300.
- [3] 吕晓.优化急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率和生活质量的影响分析[J].中国继续医学教育,2016,8(13):237-238.
- [4] 诸薇薇,孙林红.心肌梗死急救护理中优化急诊护理流程对患者预后的影响[J].中国现代医生,2016,54(35):154-157.
- [5] 佟静,刘宝戈.急诊全程优化绿色通道在抢救急性脑梗死患者中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2016,11(12):1155-1158.
- [6] 邹宇虹,王珩.优化急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率、生活质量和满意度的影响[J].医学信息,2016,29(35):139-140.