

• 心理护理 •
• 论 著 •

孕期心理保健方案的构建与实践

钱舒华¹, 丁焱², 朱新丽³, 沈蓓蓓³, 胡卫红³, 施慎邈⁴, 李笑天³, 周慧欣³

摘要:目的 在循证方法学指导下构建孕期心理保健理论及其实践方案。方法 在“促进健康的综合干预措施发展和评价框架”的方法学指导下,通过文献评阅确定证据基础,通过逻辑推演和专家咨询形成孕期心理保健方案。根据循证医学原理具化方案中的关键要素,整合形成初步的干预路径和具体方案,根据专家意见修改完善,通过模拟测试,确定最终的适宜干预路径和实践方案。结果 构建了以助产士为基础、以多学科合作为支撑的孕期心理保健方案,对不同心理危险等级的孕妇予以普遍性干预、选择性干预、指征性干预。模拟测试期间有 4 878 名初诊登记孕妇接受了心理筛查,占同期孕妇的 97.99%,11.02%的孕妇按照干预路径接受心理保健服务,有 6 名孕妇全程参与了模拟测试过程。结论 所构建的孕期心理保健方案基于实践人员能力,契合干预场所情境,符合心理卫生服务发展趋势。为了充分发挥孕期心理保健方案的潜力,需要全面提高产科医务人员的心理保健能力。

关键词: 孕妇; 助产士; 多学科合作; 循证护理; 专家咨询; 孕期心理保健方案

中图分类号: R473.71; R395.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.21.056

Construction and practice of prenatal mental health care practice protocol Qian Shuhua, Ding Yan, Zhu Xinli, Shen Beibei, Hu Weihong, Shi Shenxun, Li Xiaotian, Zhou Huixin. School of Nursing, Fudan University, Shanghai 200032, China

Abstract: **Objective** To construct a prenatal mental health care model and its related practice protocol under the guidance of evidence-based methodology. **Methods** Under the guidance of the "MRC framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health", the evidence foundation was identified through literature review, and the prenatal mental health care model was formed through logical deduction and expert consultation. The key elements of the model were specified and integrated into the preliminary intervention path and practice protocol according to the philosophy and methods of evidence-based medicine. The practice protocol was finalized through expert consultation and simulation test. **Results** The established prenatal mental health care model was characterized with midwife-based and multidisciplinary cooperation, and could manage the mental health of pregnant women according to their different psychological risk levels by universal, selective and indicated intervention. During the simulation test, 4 878 pregnant women received mental health screening, accounting for 97.99% of the total pregnant women; 11.02% accessed the intervention path and received mental health services. Six pregnant women participated in the whole test process. **Conclusion** The model suits local situation and the competence of the practitioner and is in line with the trend of mental health services. In order to exploit the potential of the prenatal mental health care model, it is necessary to comprehensively improve the ability of providing mental health care by obstetric professionals.

Key words: pregnant woman; midwife; multidisciplinary cooperation; evidence-based nursing; expert consultation; prenatal mental health care model

产后抑郁危害较大,甚至会导致自杀,现已引起全社会的关注。而孕期的心理问题不仅是产后抑郁和多种不良妊娠结局的危险因素^[1-3],同时也对胎儿、未来婴幼儿的心理、认知、行为产生深远影响^[4]。有文献显示,国外孕晚期焦虑症状检出率为 20%~25%,抑郁症状检出率为 15%~22%^[5];国内 6 个县/区孕期焦虑症状检出率为 8.5%,抑郁症状检出率为

12.5%^[6]。目前国内孕期心理保健服务模式的探索还处于起步阶段,只有单层次、单方位、单阶段的研究性干预^[7],主要是以某种单一方式为主^[8],或者是针对某种心理治疗方法的研究^[9],系统性弱,没有连续性。如何依托我国完善的妇幼保健体系,利用现有的医疗资源,尽快建立起适宜的服务模式迫在眉睫。本课题小组于 2017 年 10 月至 2018 年 10 月,以促进健康的综合干预措施发展和评价框架理论为指导,构建与现行产前保健服务相契合的孕期心理保健模式,并具化形成基于科学证据和现实情境的实践方案,以帮助医务人员提供系统的孕期心理保健服务。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 专家 专家遴选标准:①来自妇幼健康或心理精神健康相关领域的资深工作者,具备丰富的工作

作者单位:1. 复旦大学护理学院(上海,200032);2. 复旦大学附属妇产科医院护理部;3. 复旦大学附属妇产科医院产科;4. 复旦大学附属华山医院精神医学科

钱舒华,女,硕士在读,学生

通信作者:周慧欣, cuicui_12981@163.com

科研项目:国家自然科学基金资助项目(71874030);上海市卫生和计划生育委员会重要薄弱学科建设项目(2015ZB0303)

收稿:2019-05-21;修回:2019-08-06

经历;②具备相关科研经历,主持或参与过相关领域课题研究;③本科及以上学历;④知情同意。有 9 名专家参与研究,其中男 1 人,女 8 人;年龄(42.56±9.36)岁。专业领域从业年限(20.67±9.41)年。学历:本科 3 人,硕士 3 人,博士 3 人。精神科专家 2 名,心理咨询专家 1 名,产科医疗专家 1 名,助产专家 1 名,护理专家 2 名,妇幼管理专家 1 名,公共卫生专家 1 名。人员来自上海市某三甲精神卫生中心、某三甲妇产科医院以及某高校公共卫生学院。

1.1.2 模拟测试干预团队 2 名助产士(副主任护师,主管护师)、1 名心理专科护士(护师)、1 名产科医生(副主任医师)、2 名精神科医生(主任医师、主治医师各 1 名)组成实施团队,按照实践方案进行模拟测试。

1.1.3 参与模拟测试孕妇纳入标准 ①孕周≤16 周;②意识清楚;③能理解并可独立完成问卷填写;④自愿参加此次研究。排除标准:①有严重精神障碍;②有其他严重躯体疾病。

1.1.4 课题组成员 共 5 人,主任护师、副主任护师、主管护师、护师、硕士研究生各 1 人。小组成员共同完成本研究,包括方案设计、证据检索及筛选、人员调配、收集资料等。

1.2 方法

1.2.1 理论依据 本研究选择了“促进健康的综合干预措施发展和评价框架”^[10](framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health)作为本研究的理论框架,此框架包括循序渐进的 4 个阶段,本研究主要践行第 1 个阶段——发展阶段,包括 3 个步骤:明确证据基础,发展理论模式,构建实施过程。选择心理健康干预谱系(由美国国家医学研究所提出的,将心理障碍的预防干预划分为普遍性干预、选择性干预和指征性干预)作为理论指导^[11-12],对于不同危险性人群给予不同干预措施,进行分类管理。整个研究在业务流程管理理论^[13]的指导下,研制孕期心理保健实践方案,明确工作步骤和流程,确定各阶段工作主体,包括主要承担和参与协作,以及部门之间、岗位之间协作关系,明确岗位职责任务。

1.2.2 明确证据基础 查找国内外孕期心理保健干预模式,中文检索词包括“孕期、妊娠期、围产、孕妇”“心理、焦虑、抑郁”“模式、指南、共识、标准、规范、建议”,英文检索词包括“antenatal mental health/maternal mental health/perinatal mood/prenatal mental health/prepartum mental health/ante-partum mental health”“model/guideline/consensus/standard/practice/recommendation”,检索国内外公开发表有关孕期心理保健的临床实践指南、证据总结、推荐实践等高级别证据,来源包括国际指南写作网、英国国家卫生与临床优化研究所、苏格兰学院间指南网等指南库以及 Best

practice、PubMed、中国学术期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、万方等数据库,检索日期为 2008 年 1 月至 2018 年 1 月。国内孕期心理保健干预现状以“孕期、妊娠期、围产、孕妇”“心理保健、心理干预、心理护理、心理教育、心理指导、心理疏导”为检索词检索中国学术期刊全文数据库、万方数据库、中国生物医学文献数据库中孕期心理保健相关的核心期刊文献,检索日期为 2013 年 1 月至 2018 年 1 月。

1.2.3 发展理论模式 结合国内现状,参考国外模式,在心理健康干预谱系理论的指导下,通过逻辑推演找到孕期心理保健相关要素及其相互关系,从而形成孕期心理保健的理论模式。9 名专家参与半结构化焦点群体访谈,确定模式框架及包含的要素是否合适,各要素是否需要增减;确定方案中的心理服务内容是否合适,各项内容是否需要增减。专家对理论模式及其方案的可行性、适宜性、意义和有效性进行评论。围绕初步构建的孕期心理保健理论模式进行集体讨论、分析,根据专家意见完善理论模式初稿。对个别专家进一步采用一对一深入访谈的形式征询意见、建议和优化可能。

1.2.4 构建实施方案并测试过程 筛查汇总的高级别证据,对以上形成的孕期心理保健方案中的关键要素进行具化,然后在业务流程管理理论指导下,整合形成初步的干预路径和具体方案。然后进行专家论证,主要是:基于干预人员能力和资源可及性对实践方案的可行性进行论证,论证方法同前。为了检测方案实施的具体程序,对于以上干预路径和具体方案进行模拟测试。整个实践过程以助产士为基础,由多学科团队合作完成,由 6 名医务人员组成的干预团队开展模拟测试。测试过程由实施者和研究者共同参与,每完成一项任务均需进行分析讨论,从而有利于及时获得信息,研究者和实施者进行最有效沟通,进行最适应的调整。研究者主要负责审核调整后方案是否是“科学的,相关的,以证据为基础的”,实施者主要负责考察调整后方案是否能够“在现实环境中实施,被受者所接受”。双方确认后则运用调整后方案对受者实施干预。如果有重要内容需要修改,则根据具体需要召开专家会议讨论决定。最后研究小组根据方案进一步细化形成培训手册、工作手册等干预工具。

1.2.5 统计学方法 将收集的数据录入 SPSS19.0 软件并进行统计分析,双人录入数据。计算权威系数反映专家权威程度,专家权威系数(Cr)用来判断研究结果的可靠性,由判断系数(Ca)与熟悉程度(Cs)共同决定, $Cr = (Ca + Cs) / 2$ ^[14]。一般认为专家权威系数≥0.7 表明可接受。

2 结果

2.1 纳入证据特征 现阶段尚未检索到国内孕期心理保健模式的相关文献。针对国外孕期心理保健干预模式所采用的证据主要来源于结构化的文献检索,

共纳入 6 篇指南,其中澳大利亚 2 篇,分别由澳大利亚新南威尔士州卫生部^[15]、Beyondblue 网站^[4]发布;英国 3 篇,分别由妇产科皇家学院^[16]、苏格兰学院间指南网络^[17]、英国国家卫生与临床优化研究所^[18]发布;新西兰 1 篇,由惠灵顿卫生部发布^[19]。

对于国内孕期心理保健干预现状的文献检索,最终获得 50 篇相关文献,结果总结如下:目前干预目的主要是提高正常孕妇自我照顾能力和合并疾病孕妇的应对能力。干预对象主要局限于有特殊疾病的孕妇,干预时间多集中在孕晚期。干预种类单一,以健康教育为主,部分结合其他干预措施。干预实施人员以护士/助产士为主,心理精神卫生专业人员参与度

不高。

2.2 构建孕期心理保健方案 基于上述文献评阅结果,在充分了解国内服务现状的基础上,借鉴国外成熟的心理保健模式,开展逻辑推演。参与模式论证专家的权威系数为 0.89,表明参与专家会议的专家在关于孕期心理保健领域的权威性较高,专家会议的讨论结果具有较高可信度。将专家意见综合,最后形成孕期心理保健方案。此方案的关键要素包括普遍性干预、选择性干预、指征性干预,三者是逐层递进关系,可相互转化,充分体现了“全员筛查,高危干预,专业诊治”的核心思想,见表 1。

表 1 孕期心理保健方案

| 干预类别 | 目标 | 对象 | 干预团队 | 干预策略 |
|-------|---------------------|---|--------------------|--|
| 普遍性干预 | 通过提高认知水平,促进心理健康自我维护 | 全体孕妇 | 助产士为主,产科医生和精神科医生为辅 | ①线上健康教育;②线下健康教育;③孕早、中、晚期心理筛查;④告知寻求心理帮助方式 |
| 选择性干预 | 通过降低危险因素,防止心理疾病发生 | GAD-7 评分 10~14 分或 PHQ-9 评分 10~14 分 | 助产士和产科医生为主,精神科医生为辅 | ①助产士门诊心理保健;②产科医生门诊心理保健 |
| 指征性干预 | 通过专业诊治随访,尽快恢复心理健康 | GAD-7 评分≥15 分或 PHQ-9 评分≥15 或自伤/自杀倾向或精神疾病史 | 精神科医生为主,产科医生和助产士为辅 | ①本院心理多学科会诊;②转诊外院精神科;③告知孕妇及家属危险性,并签字确认;告知寻求心理帮助方式 |

注:心理筛查采用 GAD-7^[20]和 PHQ-9^[21]。

2.3 方案实施结果 2018 年 4~10 月有孕妇 4 878 人接受心理筛查,占此阶段初诊登记人数(4 978 人)的 97.99%,已基本实现全员筛查的目标。其中心理筛查结果为高危风险 374 人,占总筛查人数 7.67%;中危风险 924 人,占总筛查人数 18.94%。知情同意后选择助产士门诊接受心理保健 121 人,占中危风险人数 13.10%;选择产科医生门诊接受心理保健 14 人,占中危风险人数 1.52%。在高危人群中预约心理多学科会诊 5 人,占高危风险人数的 1.34%;转诊外院精神科 3 人,占高危风险人数的 0.80%。结果 11.02%(143/1 298)孕妇按照干预路径接受了进一步的心理保健服务。孕妇 6 人按照干预路径参加选择性干预和指征性干预,并完成了全程模拟实践过程。其中参加选择性干预 5 人,指征性干预 1 人,顺利分娩,均表示满意,并认为非常需要这样的心理保健服务。

3 讨论

3.1 孕期心理保健方案构建过程科学 基于国内孕期心理保健现状,依托现有的孕产保健体系,借鉴国外成熟孕期心理保健模式,在科学理论的指导下,本研究形成了以助产士为基础的孕期心理保健理论及其实践方案。综合干预措施在护理和公共卫生领域被广泛运用,对于个人和人群健康具有重要影响^[10,22]。但是综合干预常常难以构建和重复,以至于对它的研发和评价常遇到方法学的限制^[10]。本研究的构建过程以 MRC 发明的“促进健康的综合干预措施发展和评价框架”作为方法学指导,较好地克服了方法学上的问题,保障了整个制定过程科学有序。参

与本研究的专家来自助产、心理、精神、产科医疗、产科护理、公共卫生等多个领域,形成多学科视角,从而保证方案的开放性和兼容性,可以长期指导实践方案的拓展和服务内涵的深入。另外,形成实践方案的过程秉承循证医学的理念,所采用的证据主要来自国外权威机构发布的实践指南,这些指南制定规范、严谨,质量较高,为确保实践方案科学性奠定了基础。

3.2 保健方案的实施以助产士为基础,以多学科合作为支撑 孕期心理保健服务是系统工程,服务提供者必须是多学科团队。但是团队如何合作才能性价比高、效果显著值得探讨。研究结果显示,国内孕期心理保健服务主要由助产士和护士进行,保健方法单一且能力未及^[23-24],缺乏心理专业人员的指导。世界卫生组织明确提出助产士是正常孕产妇的首要照顾者^[25],国际范围内均认可助产士在妇幼保健方面的公共卫生角色^[26]。近年来,国内逐渐发展完善的助产士门诊为孕期心理保健服务提供可能^[27-28]。孕产妇及其家庭在整个孕期可以和助产士建立起良好的伙伴关系,接触时间最多、最频繁,易于发现孕妇可能的心理不良倾向,容易建立心理治疗关系。2018 年 Lancet 发表的一篇述评^[29]指出,由非心理专业公共卫生从业者在日常服务中提供社会心理保健、并由心理卫生专家在必要时提供远程支持应成为心理健康服务的基石。本研究所构建方案的特征即以助产士为基础、以多学科合作为支撑,符合未来心理健康服务的走向和国际潮流。2018 年第十一次全国心理卫生学术大会^[30]也提出:要根据不同的职业特点来制定本职业的心理保健服务策略和心理保健服务内容。

本方案以助产士保健为基础,聚焦预防,早期识别孕期抑郁危险人群和危险因素,在心理专家和产科医生的协同下给予预防性干预,在心理状态恶化的情况下也可以及时转诊孕妇,使其得到心理专家的帮助。这种方案很好地利用了现有人力资源,并能和现行的围生期保健服务体系紧密契合,性价比高,可行性强。

3.3 孕期心理保健方案切实可行,但利用度有待提高 由于本方案的证据多来自国外权威指南,考虑到不同国家或地区的孕妇特征、医疗资源、人力结构等客观条件的不同,为了使构建的孕期心理保健方案更贴合国内的临床情境,本方案经过了真实场景的模拟测试,模拟运作小组吸纳了临床经验丰富的助产士、产科医生、心理咨询师和精神科医生。测试过程根据各方反馈不断修正优化,在整个过程中慎重考虑了干预场所环境的影响,尤其是干预机构和干预人员能力可能对干预效果的影响。建议定期举行进展汇报和专家会议,帮助加强研究人员和实践人员间的合作关系和有效沟通,在提高实践方案临床适宜性的同时保障科学性。

本研究有孕妇 6 人参与了从初诊登记到分娩整个测试过程,并对服务的价值予以肯定。但是值得注意的是:筛查为中危风险的孕妇知情选择接受心理保健服务的只占到 14.61%(135/924),筛查为高危风险的孕妇知情选择接受心理保健服务只有 2.14%(8/374),可见大部分需要心理保健服务的孕妇没有进入心理保健路径,需要进一步的深入调查帮助寻找对策。

4 小结

本研究构建的孕期心理保健方案具有科学性、可行性,但要真正发挥指导作用,需要提高心理保健提供者的能力。提供者能力不足限制了该方案最大程度地发挥作用,实践方案中的部分措施也难以实现。现阶段迫切需要加强助产士和产科医生心理保健能力。随着大众对围生期心理保健需求的增加,产科医务人员对围生期心理保健重要性的不断了解,未来的助产士教育、产科医生培训均需增加心理保健内容,真正做到为孕产妇提供生理-心理-社会全方位的照护。

参考文献:

[1] Wisner K L, Sit D K Y, McShea M C, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings[J]. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70(5): 490-498.

[2] Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression a systematic review and meta-analysis[J]. *JAMA Psychiatry*, 2016, 73(8): 826-837.

[3] Ding X X, Wu Y L, Xu S J, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic

review and meta-analysis of prospective cohort studies [J]. *J Affect Disord*, 2014, 159: 103-110.

- [4] Beyondblue. Clinical Practice Guidelines[EB/OL]. (2011-02-01) [2018-10-21]. <https://www.beyondblue.org.au/health-professionals/clinical-practice-guidelines>.
- [5] Signal T L, Paine S, Sweeney B, et al. The prevalence of symptoms of depression and anxiety, and the level of life stress and worry in New Zealand Mori and non-Mori women in late pregnancy[J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2017, 51(2): 168-176.
- [6] 胡焕青,张继,赵薇,等. 中国 6 个县/区孕妇孕期焦虑、抑郁发生状况及影响因素[J]. *中华预防医学杂志*, 2017, 51(1): 47-52.
- [7] 刘艳佳,熊莉娟,衡艳林. 产前抑郁症的护理研究进展[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(14): 106-109.
- [8] 万春花,吴佳聪,莫朝霞. 团体心理干预对孕产妇焦虑抑郁控制的研究[J]. *中国妇幼保健*, 2016, 31(7): 1378-1380.
- [9] 廖少彬,蔡佳,黄少霞. 认知行为干预模式对妊娠晚期孕妇心理状况及自我效能的改善作用[J]. *国际护理学杂志*, 2014(8): 2161-2162.
- [10] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance[J]. *BMJ*, 2008, 50(5): 587-592.
- [11] 赵敏,杨凤池. 中国社区心理疾患防治: 心理健康促进理论与实践[M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2013: 17-18.
- [12] Commonwealth Department of Health and Aged Care. National action plan for promotion, prevention and early intervention for mental health 2000[EB/OL]. [2018-09-12]. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/me>.
- [13] 蒋志青. 企业业务流程设计与管理[M]. 2 版. 北京: 电子工业出版社, 2004: 151-159.
- [14] 曾光. 现代流行病学方法与应用[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1994: 258-259.
- [15] Department of Health, New South Wales. SAFE START Guidelines: improving mental health outcomes for parents & infants[EB/OL]. (2010-03-03) [2018-10-07]. https://www1.health.nsw.gov.au/PDS/pages/doc.aspx?dn=GL2010_004.
- [16] RCOG. Management of women with mental health issues during pregnancy and the postnatal period[EB/OL]. (2011-06-05) [2018-10-21]. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-14/>.
- [17] SIGN. Management of perinatal mood disorders[EB/OL]. (2012-03-10) [2018-09-22]. <http://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>.
- [18] NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance[EB/OL]. (2016-02-18) [2018-07-05]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.