

- 18(5):325-330.
- [6] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(11): 90-92.
- [7] 曾莉, 胡德英, 刘义兰, 等. 经历患者自杀事件护士的心理干预[J]. 护理学杂志, 2014, 29(15): 78-80.
- [8] Talseth A G, Lindseth A, Jacobsson L, et al. Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients[J]. Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad, 2009, 51(5): 359-364.
- [9] Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact[J]. Clin Med, 2014, 14(6): 585-590.
- [10] 于剑. 肿瘤患者自杀事件致护士职业疲溃原因分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(9): 115.
- [11] 胡德英, 曾莉, 黄笛, 等. 住院病人自杀时值班护士心理状况的质性研究[J]. 护理研究, 2014, 28(28): 3492-3494.
- [12] Seys D, Wu A W, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review[J]. Eval Health Prof, 2013, 36(2): 135-162.
- [13] Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events[J]. Qual Safety Health Care, 2009, 18(5): 325-330.
- [14] West C P, Huschka M M, Novotny P J, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy[J]. J Am Med Assoc, 2006, 296(9): 1071-1078.
- [15] 杨巧, 郑双江, 陈登菊, 等. 应关注患者安全事件中第二受害者的支持需求[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(3): 38-41.
- [16] Schröder K, Jørgensen J S, Lamont R F, et al. Blame and guilt — a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2016, 95(7): 735-745.
- [17] Chan S T, Khong P C B, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims[J]. Int Nurs Rev, 2017, 64(2): 242-262.
- [18] 刘华. 护士经历患者自杀事件后心理体验的质性研究[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [19] Mira J J, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals[J]. BMC Health Serv Res, 2015, 15: 151.
- [20] Butler S M. The Just Culture, Second Victimization and Clinician Support: An Educational/Awareness Program[J]. Sichuan Daxue Xuebao, 2015, 47(2): 191-197.
- [21] van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events[J]. Qual Safety Health Care, 2008, 17(4): 249-252.

(本文编辑 宋春燕)

早产儿母亲积极感受与疾病不确定感相关性分析

刘艳红¹, 王燕², 李胜玲¹, 孙彩霞³, 马惠荣⁴, 安春燕⁵, 刘琴⁶

Correlation between positive aspects and uncertainty in illness among premature infants' mothers Liu Yanhong, Wang Yan, Li Shengling, Sun Caixia, Ma Huirong, An Chunyan, Liu Qin

摘要:目的 了解早产儿母亲积极感受和疾病不确定感水平,并分析二者的相关性。方法 方便抽取宁夏 5 所三级甲等综合医院和 2 所三级甲等专科医院 2 836 名早产儿母亲为研究对象,在早产儿从 NICU 转入过渡病房的第 2 天,采用照顾者积极感受量表和中文版疾病不确定感父母量表进行调查。结果 早产儿母亲积极感受总分为(29.85±4.21)分,疾病不确定感总分为(79.28±9.46)分;早产儿母亲积极感受与疾病不确定感呈显著负相关($P<0.01$)。结论 早产儿母亲疾病不确定感处于中等水平,有中等偏上的积极感受,且两者密切相关;医护人员应及时提供早产儿治疗、护理、康复的相关信息,提供参与照护的机会,以提高早产儿母亲的积极感受。

关键词:早产儿; 母亲; 积极感受; 疾病不确定感

中图分类号:R473.72 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.24.077

早产儿由于器官和组织发育不成熟,多数出生后需入住新生儿重症监护病房(NICU)接受治疗,而 NICU 严格的探视制度和管理模式造成母婴分离,影响早产儿母亲获得早产儿病情和治疗效果等相关信息,易产生疾病不确定感。研究表明, NICU 早产儿

母亲存在不同水平的疾病不确定感^[1-2],且疾病不确定感水平越高,越易使其产生焦虑甚至抑郁等负面感受^[3]。研究证明,照护任务在带给照顾者负面影响的同时,也可使其从中获得积极感受^[4]。积极感受是指照顾者在照护过程中产生的一种积极体会,主要表现为较强的压力应对能力和较好的主观健康状态^[5]。较高的积极感受可以调节、缓冲照顾负担,并提高照顾质量^[6]。本研究对早产儿母亲的疾病不确定感及积极感受进行调查,并揭示两者之间的相关性,为提高照护质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2018 年 1~12 月在宁夏 5 所三级甲等综合医院和 2 所三级甲等专科医院 NICU 住院

作者单位:1. 宁夏医科大学护理学院(宁夏 银川,750004);2. 宁夏回族自治区妇幼保健院(宁夏回族自治区儿童医院);3. 宁夏医科大学总医院;4. 银川市第一人民医院;5. 宁夏回族自治区人民医院;6. 银川市妇幼保健院

刘艳红:女,硕士在读,护师

通信作者:李胜玲,lish_ling@163.com

科研项目:国家自然科学基金项目(81660385)

收稿:2019-07-28;修回:2019-09-28

的 2 836 例早产儿的母亲为研究对象。纳入标准:①孕周<37 周分娩;②年龄≥18 岁(为宁夏少数民族女性法定结婚年龄);③早产儿住院时间>72 h,转入过渡病房;④意识清楚,有基本的语言沟通交流能力,能独立或在调查员的帮助下完成问卷;⑤对本研究知情同意,愿意配合调查。排除标准:①有精神、心理障碍类疾病;②有产科重症合并症;③家中有其他重大疾病或发生重大负性事件(如交通事故、自然灾害等)。年龄 18~46(29.62±4.58)岁;孕周 28~36⁺3(33.94±6.72)周;早产儿住院时间 13~27(18.44±4.12)d。民族:汉族 1 658 人,少数民族 1 178 人。孕产次:一胎 1 739 人,二胎及以上 1 097 人。本次分娩方式:自然分娩 1 124 人,剖宫产 1 712 人。家庭月收入:≥4 000 元 1 472 人,<4 000 元 1 364 人。文化程度:初中及以下 829 人,高中或中专 1 151 人,大专及以上学历 856 人。职业:农民 347 人,教师 481 人,医务人员 242 人,公务员 263 人,个体业 151 人,服务业 156 人,工人 559 人,无业 562 人,其他 75 人。费用支付方式:自费 589 人,农村合作医疗 1 979 人,医保 268 人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般人口学信息调查表:自行设计,内容包括孕周、年龄、民族、文化程度、月收入、孕产次、婚姻状况、职业、居住地、本次分娩方式、费用支付方式等。②照顾者积极感受量表(Positive Aspects of Caregiver, PAC):采用张睿等^[7]汉化版本。PAC 属于自评量表,共 9 个条目,包括自我肯定(第 1~5 条)和生活展望(第 6~9 条)2 个维度,评估照顾者在提供照顾过程中产生的主观收获感、荣誉感和个人成长等。采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”划分为 5 个等级,依次计 1~5 分,总分 9~45 分,得分越高说明照顾者积极感受水平越高。中文版量表总 Cronbach's α 系数为 0.90,自我肯定维度、生活展望维度 Cronbach's α 系数分别为 0.89、0.83。③中文版疾病不确定感父母量表(The Parent Perception of Uncertainty Scale, PPUS)^[8]:包括疾病状态复杂性(8 个条目)、疾病状态不明确性(11 个条目)、与疾病相关信息缺乏(5 个条目)和疾病预后不可预测性(4 个条目)4 个维度共 28 个条目,采用 Likert 5 级评分法,“非常不同意”到“非常同意”依次赋 1~5 分,总分 28~140 分,得分≥102.8 分为高水平,65.4~102.7 分为中等水平,≤65.3 分为低水平,得分越高表示疾病不确定感水平越高,该量表 Cronbach's α 系数为 0.844。

1.2.2 调查方法 调查前,统一培训 10 名调查员(5 名硕士研究生和 5 所医院 NICU 护士长各 1 名)。在早产儿从 NICU 转入过渡病房的第 2 天对早产儿母亲进行调查。说明调查的目的及意义,征得同意后,调查对象根据自己的第一感觉选择答案,对文化程度

低、理解能力较差的调查对象,由调查员根据其所表达的意思选择相应的答案,填写完毕当场收回、编号并对有逻辑性错误的问卷进行核对、补充,以确保问卷填写的完整性和准确性。共发放问卷 2 957 份,回收有效问卷 2 836 份,有效回收率为 95.91%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行方差分析、Pearson 相关性分析,检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 早产儿母亲积极感受及疾病不确定感评分 早产儿母亲照顾者积极感受评分 13~42(29.85±4.21)分,疾病不确定感评分 40~136(79.28±9.46)分,各维度评分及得分率见表 1。

表 1 早产儿母亲积极感受及疾病不确定感评分情况(n=2836)

项目	条目均分	评分	得分率(%)
照顾者积极感受	3.32±0.47	29.85±4.21	66.40
自我肯定	3.23±0.52	15.39±2.76	64.60
生活展望	3.12±0.55	15.13±2.22	62.40
疾病不确定感	2.85±0.73	79.28±9.46	57.00
疾病预后不可预测性	3.34±0.57	14.80±1.82	66.80
与疾病相关信息缺乏	3.21±0.46	16.72±1.99	64.20
疾病状态不明确性	2.54±0.52	27.94±3.52	50.80
疾病状态复杂性	2.47±0.44	20.26±2.33	49.40

2.2 不同水平疾病不确定感早产儿母亲积极感受得分比较 见表 2。

表 2 不同水平疾病不确定感早产儿母亲积极感受得分比较

疾病不确定感	人数	积极感受总分	自我肯定	生活展望
低水平	695	31.68±2.32 [#] *	16.52±2.53 [#] *	16.07±1.95 [*]
中等水平	1233	29.44±2.60 [*]	15.14±2.48	15.21±2.47 [*]
高水平	908	27.71±3.58	14.45±2.91	14.18±2.21
F		4.259	3.901	3.057
P		0.026	0.031	0.042

注:与高水平组比较,*P<0.05;与中等水平组比较,[#]P<0.05。

2.3 早产儿母亲积极感受与疾病不确定感的相关性 见表 3。

表 3 早产儿母亲积极感受与疾病不确定感的相关性(n=2836)

积极感受	疾病不确定感总分	疾病状态复杂性	疾病状态不明确性	疾病相关信息缺乏	疾病预后不可预测性
总分	-0.812 ^{**}	-0.433 ^{**}	-0.251 [*]	-0.396 ^{**}	-0.151
自我肯定	-0.761 ^{**}	-0.266 [*]	-0.232 [*]	-0.365 ^{**}	-0.124
生活展望	-0.532 ^{**}	-0.285 [*]	-0.277 [*]	-0.293 [*]	-0.133

注:*P<0.05,**P<0.01。

3 讨论

3.1 早产儿母亲积极感受现状分析 积极感受又称照顾者满意度,主要表现为较强的压力应对能力^[9]。本研究中,早产儿母亲积极感受总分为(29.85±4.21)分,处于中等偏上水平。相较于早产儿出生就入住 NICU 接受治疗且只能在规定的时间内探视,现早产儿已从 NICU 转入过渡病房,在解除母婴分离的同时又提供了母亲参与照顾早产儿的机会,因此提高

了早产儿母亲的积极感受。本研究中,61.32%的早产儿母亲为初产妇,初为人母的喜悦增加了其积极感受,同时在尝试怀抱、喂养及生活照护早产儿的过程中,不断了解早产儿的特殊表现,也将会拥有越来越熟练的育儿技能,增加了信心,故早产儿母亲自我肯定维度得分率高于生活展望维度。同时早产儿转入过渡病房后,不仅意味着病情稳定并能很快出院,还意味着照护早产儿的主要任务由医护人员转向早产儿母亲及其家庭成员。研究报道,早产儿母亲及家庭成员共同参与早产儿照顾时,家庭成员共同创造和谐的育儿环境、轻松的家庭氛围,可减弱消极因素的影响,增强其育儿行为,并增加早产儿母亲对未来生活的期望^[10]。提示医护人员应尽早提供母亲照顾早产儿的机会,同时鼓励其他家庭成员共同承担照顾任务,从而提高其积极感受。

3.2 早产儿母亲疾病不确定感现况分析 疾病不确定感是指确定与疾病有关事物的能力。本研究中,早产儿母亲疾病不确定感总分(79.28±9.46)分,处于中等水平,稍低于崔慧敏等^[11]的研究结果,其原因为崔慧敏等^[11]是在早产儿入住 NICU 第 5 天对早产儿母亲进行调查,而本研究是在早产儿转入过渡病房的第 2 天调查,此时早产儿母亲自身由分娩带来的不适已减轻,也亲自体验了早产儿接受治疗和护理后的康复效果,并获得较多关于早产儿的相关信息,因此,疾病不确定感较低。但早产儿的出生都是非预期,加之对外界的适应性差,使其患病风险增加,会引起一系列相关并发症,甚至脑功能发育不良^[12],且早产儿后期的发育与各种因素有关,因此,本研究也证实疾病预后不可预测性得分率最高,其次为疾病相关信息缺乏。提示医护工作者在早产儿的日常照顾过程中尽可能提供早产儿母亲参与的机会,评估早产儿母亲疾病不确定感的来源和影响因素,利用预后良好的早产儿信息作为榜样示范,并通过微信、视频和指导手册^[13]等途径提供早产儿疾病预后的相关信息,以此降低早产儿母亲的疾病不确定感。

3.3 早产儿母亲积极感受与疾病不确定感密切相关 本研究中,早产儿母亲积极感受总分、自我肯定、生活展望与疾病不确定感总分、疾病状态复杂性、疾病状态不明确性及疾病相关信息缺乏呈负相关($P<0.05$, $P<0.01$),说明早产儿母亲疾病不确定感水平越低,其积极感受水平越高,越有较强的能力应对与疾病相关的事情。在过渡病房中,早产儿母亲逐渐学习和尝试早产儿的照护,在不断自我肯定的同时,也对未来生活充满了信心,且较高的积极感受源于母亲对疾病相关信息的了解,以及早产儿良好的恢复状态。而疾病预后不可预测性包括不可预测的疾病过程和预后结果,本研究发现早产儿母亲积极感受总分及各维度与疾病预后不可预测性无显著相关性(均 $P>0.05$),这可能因为早产导致的

颅脑损伤等其他并发症引起的发育不良甚至神经性伤残比较隐匿,加之影响早产儿疾病预后和后期发育与成长的因素较多,而早产儿母亲不具备专业知识,尚不能做出预测。

4 小结

早产儿母亲在早产儿入住 NICU 转入过渡病房后疾病不确定感处于中等水平,有中等偏上的积极感受,疾病不确定感负向影响积极感受。医护人员应及时提供早产儿母亲及家庭成员共同参与照顾早产儿的机会,并提供早产儿治疗、护理、康复的相关信息,以降低早产儿母亲的疾病不确定感,增加其积极感受,从而提高照顾质量,达到母婴共同健康。本调查仅在宁夏少数医院开展,是否符合其他地区情况需进一步探讨。

参考文献:

- [1] Bolivar L A, Montalvo A. Uncertainty associated to parents of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units[J]. Invest Educ Enferm, 2016, 34(2): 360-367.
- [2] 张雨亭,王培红,程湘玮,等. NICU 早产儿母亲疾病不确定感与社会支持的相关性研究[J]. 护理学杂志, 2015, 30(1): 23-25.
- [3] 马兰,陶亚琴,凌慧. NICU 早产儿母亲疾病不确定感的影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(7): 71-73.
- [4] Carbonneau H, Caron C, Desrosier S J. Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia[J]. Dementia, 2010, 9(4): 327-353.
- [5] Liew T M, Luo N, Ng W Y, et al. Predicting gains in dementia caregiving[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2010, 29(2): 115-122.
- [6] Kulhara P, Kate N, Grover S, et al. Positive aspects of caregiving in schizophrenia: a review[J]. World J Psychiatry, 2012, 2(3): 43-48.
- [7] 张睿,李峥. 中文版照顾者积极感受量表的信效度研究[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(12): 1068-1071.
- [8] 麦嘉轩,谢婉花,马春花,等. 中文版疾病不确定感父母量表的初步修订[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(28): 46-50.
- [9] 刘东玲,史岩,陈辉,等. 社区脑卒中主要照顾者积极照顾感受及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(18): 5285-5287.
- [10] 瞿彭亚男,张军,范湘鸿. 早产儿母亲心理健康问题及干预研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(12): 102-105.
- [11] 崔慧敏,孙彩霞,李胜玲. NICU 早产儿母亲疾病不确定感与家庭功能的相关性[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(4): 643-645.
- [12] 华丽,钱媛,叶天惠,等. 早期持续家庭康复护理对早产儿智能发育的影响[J]. 护理学杂志, 2014, 29(11): 74-76.
- [13] Germino B B, Mishel M H, Crandell J, et al. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors[J]. Oncol Nurs Forum, 2013, 40(1): 82-92.

(本文编辑 宋春燕)