

• 调查与分析 •

胎儿异常孕妇社会支持及家庭关怀现状调查分析

孙世文, 李君琴, 卜惠莲, 余晓燕

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江杭州 310006)

摘要:目的 调查胎儿异常孕妇社会支持及家庭关怀的现状,并探讨社会支持及家庭关怀对孕妇心理的影响。方法 采用一般情况调查表、社会支持评定量表、家庭关怀度指数量表、焦虑自评量表、爱丁堡产后抑郁量表对 210 例胎儿异常孕妇进行问卷调查。结果 胎儿异常孕妇社会支持总分为 (41.03 ± 6.71) 分,社会支持低分 35 例(16.7%),一般 118 例(56.2%),高分 57 例(27.1%);家庭关怀总分 (7.20 ± 2.52) 分,家庭功能严重障碍 19 例(9.0%)、家庭功能中度障碍 60 例(28.6%)、家庭功能良好 131 例(62.4%);有良好社会支持及家庭关怀的孕妇焦虑、抑郁得分显著低于社会支持及家庭关怀较差者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。社会支持、家庭关怀总分及其各条目与焦虑、抑郁均呈负相关($P < 0.05$)。结论 胎儿异常孕妇社会支持及家庭关怀均处于中等水平,良好的社会支持及家庭关怀可以改善胎儿异常孕妇的负性情绪。

关键词:胎儿异常;孕妇;心理;社会支持;家庭关怀;调查分析 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.05.005

Survey and analysis on present situation of social support and family care for pregnant women with fetal abnormality// Sun Shiwen, Li Junqin, Pu Huilian, Yu Xiaoyan// Women's Hospital School of Medicine Zhejiang University, Hangzhou Zhejiang 310006, China

Abstract: **Objective** To investigate the present situation of social support and family care for pregnant women with fetal abnormality and study the impacts of social support and family care for pregnant women's psychology. **Method** Investigate 210 pregnant women with fetal abnormality by general information questionnaire, social support rate scale (SSRS), family APGAR index, self-rating anxiety scale (SAS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). **Result** The total score on social support for pregnant women with fetal abnormality is (41.03 ± 6.71) . 35 cases (16.7%) is low, 118 cases (56.2%) is normal and 57 cases (27.1%) is high on score of social support. The total score on family care is (7.20 ± 2.52) , in which 19 cases (9.0%) have serious obstacle in family function, 60 cases (28.6%) have moderate obstacle in family function and 131 cases (62.4%) have nice family function. Pregnant women with nice social support and family care get lower score on anxiety and depression than pregnant women with poor social support and family care. The difference is significant ($P < 0.05$). The total score on social support and family care and each dimension all have negative correlation with anxiety and depression ($P < 0.05$). **Conclusion** Social support and family care for pregnant women with fetal abnormality is in middle level. Nice social support and family care can relieve negative emotions of pregnant women with fetal abnormality.

Key words: fetal abnormality; pregnant woman; psychology; social support; family care; survey and analysis

中图分类号:R473.71

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2018)05-0016-05

胎儿异常包括胎儿先天畸形及死胎,先天畸形为出生前存在结构性或功能性异常,死胎是指妊娠 20 周后胎儿在子宫内死亡。近年来因环境等

因素的影响及我国“全面二孩”政策的实施,高龄高危产妇相继增多,导致胎儿异常发生率呈上升趋势^[1-2]。胎儿异常会对孕妇产生巨大的心理冲击,使其产生焦虑、抑郁等不良情绪^[3]。研究表明社会支持能有效缓解胎儿异常孕妇的焦虑、抑郁情绪^[4]。家庭作为社会支持的重要来源,家人的情感和物质支持对孕妇心理具有很好的缓冲作用^[5]。2016 年 11 月至 2017 年 3 月,笔者对 210 例胎儿

作者简介:孙世文(1991—),女,硕士,护士。

收稿日期:2017-11-12

通信作者:余晓燕,浙江大学医学院附属妇产科医院

中国疾病预防控制中心妇幼保健中心合生元母婴营养与健康研究项目,编号:2017FYH006

异常孕妇进行调查,以期了解该类孕妇社会支持及家庭关怀的现状,并探讨社会支持及家庭关怀对孕妇心理的影响。现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法抽取在本院就诊的胎儿异常孕妇为研究对象。纳入标准:孕期突发胎儿异常,经浙江省产前诊断中心或门诊确诊胎儿畸形或死胎的孕妇;年龄 ≥ 18 周岁,孕周 ≥ 12 周;意识清楚,能理解并可独立完成问卷填写;既往无精神、心理疾病史;愿意参加本研究,签署知情同意书。本研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般情况调查表 为自编问卷,内容包括年龄、文化程度、职业、婚姻状况、宗教信仰以及产科一般资料(孕周、产次、不良孕产史、妊娠合并疾病等)。

1.2.1.2 社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS) 量表由肖水源等^[6]于 1987 年编制,已在国内广泛应用。该量表共 3 维度 10 条目,客观支持维度,由条目 2、6、7 题总分得出(分值 1~22 分);主观支持维度,由 1、3、4、5 题总分得出(分值 8~32 分);支持利用度维度,由 8、9、10 题总分得出(分值 3~12 分)。SSRS 具体评定方法:第 1~4、8~10 题,每题只选一项,选择 1、2、3、4 项分别计 1、2、3、4 分;第 5 题分 A、B、C、D、E 五项计总分,每项从无到全力支持分别计 1~4 分;第 6、7 题如回答“无任何来源”计 0 分,回答“下列来源”者,有几个来源就计几分。总分即 10 条目计分之总和,总分越高说明社会支持状况越好,社会支持总分 < 35 为低分组,35~45 分为一般,45 分为高分组。该量表的重测信度 r 为 0.92, $Cronbach's \alpha$ 系数为 0.89~0.94^[6]。

1.2.1.3 家庭关怀度指数量表(Family Adaptation Partnership Growth Affection and Resolve index, APGAR) 该量表由 Smilkstein^[7]于 1978 年设计而成,用来检测家庭功能,由家庭适应度、合作度、成长度、情感度、亲密度 5 条目组成,采用 3 级评分制,“经常这样”得 2 分,“有时这样”得 1 分,“几乎很少”得 0 分,5 个条目计分相加为总分。总分为 0~3 分表示家庭功能严重障碍,4~

6 分表示家庭功能中度障碍,7~10 分表示家庭功能良好。该量表 $Cronbach's \alpha$ 系数为 0.713^[5],在国内应用比较广泛,具有良好的信度和效度。

1.2.1.4 焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[8] SAS 是由 Zung 于 1971 年编制而成,包含 20 条目,采用 4 级评分制,其中 5 个条目反向计分。SAS 标准分 < 50 分为无焦虑症状,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。SAS 应用于胎儿异常孕妇时 $Cronbach's \alpha$ 系数为 0.852^[9],显示较好的内部一致性。

1.2.1.5 爱丁堡产后抑郁量表(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) 此量表是由英国 Cox 等^[10]于 1978 年编制,并于 1987 年重新修订,1998 年李德诚等译成中文版。应用于筛查孕产妇围产期抑郁症状。该量表包含 10 个条目,分别涉及心境、乐趣、自责、焦虑、恐惧、失眠、应付能力、悲伤、哭泣和自伤等。采用四级评分制(0~3 分),按其所显示的症状严重程度从轻到重分别赋值,即 0 分(从未)、1 分(偶尔)、2 分(经常)、3 分(总是)。总分范围是 0~30 分,推荐使用总分为 9 分作为轻度抑郁的临界值,13 分作为严重抑郁的临界值。该量表的 $Cronbach's \alpha$ 系数为 0.914^[11],具有良好的信度和效度。

1.2.2 调查方法 在本院门诊由研究者向研究对象解释研究目的及内容,知情同意后签署知情同意书。研究对象根据统一指导语自行填写问卷,填写过程中如有疑问,研究者随时解答。问卷现场回收并由研究者对问卷进行初步核查,防止缺项、漏项。

1.2.3 统计学方法 采用统计软件 SPSS 19.0 进行统计分析。通过双人录入的方法建立数据库,并进行逻辑检错,以确保资料录入的准确。采用描述性统计、单因素方差分析和 Spearman 相关分析,检验标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 问卷发放与回收 共发放问卷 220 份,回收有效问卷 210 份,有效回收率 95.5%。

2.2 研究对象一般资料 本组 210 例,年龄 18~44 岁,平均(29.35 $\pm$ 4.80)岁;文化程度:初中及以下 38 例(18.1%),高中或中专 46 例(21.9%),大

专 66 例(31.4%),本科及以上 60 例(28.6%);婚姻状况:已婚 206 例(98.1%),未婚 3 例(1.4%),离异 1 例(0.5%);在职 188 例(89.5%),无业 22 例(10.5%);有宗教信仰 39 例(18.6%),无宗教信仰 171 例(81.4%);孕周为 12~38 周,平均(27.03±5.57)周;初产妇 104 例(49.5%),经产妇 106 例(50.5%);有不良孕产史 29 例(13.8%),无不良孕产史 181 例(86.2%);有妊娠合并疾病 22 例(10.5%),无妊娠合并疾病 188 例(89.5%)。

2.3 SSRS 得分情况 SSRS 得分 24~57 分,平均(41.03±6.71)分,低分组 35 例占 16.7%,一般组 118 例占 56.2%,高分组 57 例占 27.1%。SSRS 总分及各维度得分情况见表 1。

表 1 SSRS 总分及各维度得分情况(n=210)

项 目	得分($\bar{x} \pm s$)
客观支持维度	10.01±2.78
主观支持维度	23.29±4.19
支持利用度维度	7.73±1.78
SSRS 总分	41.03±6.71

2.4 APGAR 得分情况 APGAR 得分 0~10 分,平均(7.20±2.52)分,家庭功能严重障碍 19 例占 9.0%,家庭功能中度障碍 60 例占 28.6%,家庭功能良好 131 例占 62.4%。APGAR 总分及各维度得分情况见表 2。

表 2 APGAR 及各条目得分情况(n=210)

项 目	得分($\bar{x} \pm s$)
适应度	1.59±0.61
合作度	1.38±0.65
成长度	1.39±0.66
情感度	1.42±0.63
亲密度	1.44±0.70
APGAR 总分	7.20±2.52

2.5 不同社会支持水平孕妇 SAS 和 EPDS 得分比较 见表 3。

表 3 不同社会支持水平孕妇 SAS 和 EPDS 得分比较

组 别	例数	SAS	EPDS
低分组	35	49.51±9.49	13.77±3.56
一般组	118	43.69±8.36	11.99±4.73
高分组	57	40.21±9.95	10.00±5.08
F 值		11.574	7.467
P 值		<0.001	0.001

注:两两比较发现 3 组间 SAS、EPDS 得分均存有统计学意义($P<0.05$)

2.6 不同家庭关怀度孕妇 SAS 和 EPDS 得分比较 见表 4。

表 4 不同家庭关怀度孕妇 SAS 和 EPDS 得分比较

组 别	例数	SAS	EPDS
家庭功能严重障碍组	19	53.16±9.55	15.79±3.39
家庭功能中度障碍组	60	44.45±8.37	11.87±4.35
家庭功能良好组	131	42.02±9.11	11.11±4.91
F 值		13.157	8.477
P 值		<0.001	<0.001

注:两两比较发现家庭功能严重障碍组与中度障碍组、良好组 SAS、EPDS 得分均有统计学意义($P<0.05$),中度障碍组与良好组 SAS、EPDS 得分无统计学意义($P>0.05$)

2.7 社会支持及家庭关怀与胎儿异常孕妇焦虑、抑郁的相关性 社会支持、家庭关怀与孕妇焦虑、抑郁之间的相关性采用 Spearman 相关分析,结果显示社会支持、家庭关怀及其各维度与焦虑、抑郁均呈负相关,见表 5。

表 5 社会支持及家庭关怀与孕妇焦虑、抑郁相关性分析(n=210)

项 目	焦虑		抑郁	
	r 值	P 值	r 值	P 值
SSRS 总分	-0.301	<0.001	-0.244	<0.001
客观支持	-0.263	<0.001	-0.142	0.040
主观支持	-0.207	0.003	-0.189	0.006
支持利用度	-0.238	0.001	-0.274	<0.001
APGAR 总分	-0.350	<0.001	-0.351	<0.001
适应度	-0.261	<0.001	-0.271	0.002
合作度	-0.329	<0.001	-0.339	<0.001
成长度	-0.275	<0.001	-0.256	<0.001
情感度	-0.274	<0.001	-0.299	<0.001
亲密度	-0.244	<0.001	-0.275	<0.001

3 讨 论

3.1 胎儿异常孕妇社会支持与家庭关怀的现状

社会支持作为一种可利用的外部资源,有助于减轻个体心理应激反应、缓解精神紧张状态^[12]。本研究中胎儿异常孕妇 SSRS 总分为(41.03±6.71)分,社会支持低分者比例占 16.7%,社会支持一般者占 56.2%,表明胎儿异常孕妇社会支持以中等水平为主,该支持现状明显低于正常孕妇的社会支持水平^[13]。家庭功能作为一个整体具备满足家庭成员需求的能力,与个人健康状况和疾病的发生、预后有着密切的联系^[14]。本研究中胎儿异常孕妇的 APGAR 总分为(7.20±2.52)分,家庭功能严重障碍者占 9.0%,家庭功能中度障碍者占 28.6%,明显低于孟春艳等^[5]研究的正常孕

妇的家庭关怀水平。胎儿异常孕妇社会支持、家庭关怀水平不高,原因可能与传统文化观念的影响、支持需求较为专业复杂、支持内容和支持需求不匹配、心理状态较差等相关。由于我国传统文化观念的影响,胎儿异常孕妇获得的客观支持、家庭关怀明显少于正常孕妇。同时,孕妇也有对家庭的内疚感或担心亲友对其有异样眼光,在面对胎儿异常事件时多呈回避与伪装的心理,不愿面对亲友的关注^[15],故其对支持的利用度明显低于正常孕妇。其次,胎儿异常孕妇在疾病原因、产后心身恢复、再次妊娠等方面都需要科学的指导和建议,支持需求更加专业和复杂,而现有的支持资源尚无法完全满足,家人也常表现为相关信息缺乏和经验缺失,无法为孕妇提供有效支持。此外,家庭提供的支持内容与孕妇的支持需求不匹配,或孕妇存在较高的焦虑、抑郁水平均会妨碍其对支持的感知,导致其主观支持水平较低。在研究中还发现,孕妇渴望和家人更深层次的情感交流,但相比情感支持,家人更善于提供物质的、有形的帮助。由此可见,目前的研究在胎儿异常孕妇社会及家庭支持的需求、内容、形式等方面存在诸多盲点,仍有待进一步的研究探讨。

3.2 社会支持对胎儿异常孕妇心理的影响 胎儿异常是强烈的精神创伤性事件,社会支持可作为缓冲机制调节孕妇面对心身挑战。本研究中有良好社会支持的孕妇焦虑、抑郁得分显著低于社会支持较差者,SSRS 总分及其各维度与焦虑、抑郁水平均呈负相关,这与 Flenady 等^[4]的研究结果相似。其原因在于,拥有良好社会支持的个体在面临应激性的生活事件时,物质、信息等客观支持可以增加其喜悦感、归属感,提高自尊感、自信心,充分有效的主观心理支持,可以阻止或缓解应激反应,从而增加正性情感并抑制负性情感^[16]。因此,有必要完善对胎儿异常孕妇的社会支持,医护人员应该为胎儿异常孕妇提供信息与情感支持,如专业化健康教育、人性化心理疏导和关怀等,还可为其提供经验交流的平台,促进病友之间相互支持。此外,社会各方应共同努力,积极为胎儿异常孕妇搭建完善的社会支持网络,以提高其社会支持水平,促进其心身恢复。

3.3 家庭关怀对胎儿异常孕妇心理的影响 家庭是社会支持中举足轻重的情感支持团体,家人尤其是配偶的关心和支持能很好地缓解应激性生

活事件给孕妇带来的不良影响^[12]。本研究结果表明,自觉家庭关怀度较高的孕妇焦虑、抑郁水平显著低于家庭关怀度较低者,APGAR 总分及其各条目与焦虑、抑郁水平均呈负相关,这一结论与以往关于正常孕妇家庭关怀的研究结果一致^[5]。良好的家庭关怀能给孕妇较多的理解、支持和关爱,促进孕妇的积极应对;同时,能帮助孕妇建立对未来的美好展望,减少妊娠失败带来的内心挫败感和再次妊娠的压力,从而缓解其焦虑、抑郁情绪。因此,医护人员应加强对家属的宣教,指导家属掌握胎儿异常相关知识及有效的心理支持技能,还应与家属共同制定个性化家庭支持计划,并随着治疗的进展,不断完善家庭支持内容,以适应孕妇不同时期生理和心理的需求。

3.4 研究局限性 本研究因客观条件所限,研究样本仅局限于一家医院,因此还有待多中心、大样本的研究资料来佐证本次研究结论,并积极探索提升胎儿异常孕妇社会支持、家庭关怀的有效措施。

参考文献:

- [1] 崔小妹,王凤华,张建敏,等.嘉兴市 2006~2011 年中期引产者特征及趋势分析[J].浙江临床医学,2013,15(12):1898—1899.
- [2] 范建霞,杨帅.单独二胎政策开放高龄产妇面临的临床问题[J].中国临床医生杂志,2015,43(8):1—3.
- [3] Kaasen A, Helbig A, Malt UF, et al. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response; a cohort study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13(1):147—157.
- [4] Flenady V, Boyle F, Koopmans L, et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death[J]. BJOG, 2014, 121(4):137—140.
- [5] 孟春艳,江百灵,苍爽,等.家庭关怀与心理资本对妊娠妇女产前抑郁的影响[J].中国实用护理杂志,2015,31(8):589—591.
- [6] 肖水源,杨德森.社会支持对身心健康的影响[J].中国心理卫生杂志,1987,1(4):183—187.
- [7] Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. J Fam Pract, 1978, 6(6): 1231—1239.
- [8] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:235—237.
- [9] 余晓燕,曹淑殷,李君琴,等. SAS 与 SDS 在胎儿异常引产孕妇中的适用性研究[J]. 护理与康复, 2016, 15(8):723—727.
- [10] Cox JL, Hoiden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale[J]. Br J Psychiatry, 1987(150):782—786.

(下转第 22 页)

染及腹腔感染相关,另医院获得性感染以革兰阴性杆菌多见,与郑翠玲等^[1]研究结果一致。

3.2 重症肝炎患者医院感染危险因素 重症肝炎在临床上的发病率较高,是肝炎的危重阶段,该阶段的患者治愈率较低,死亡率较高^[5]。重症肝炎患者由于肝细胞大量坏死,肝脏 Kupffer 细胞吞噬能力下降,在临床上的主要特征为免疫功能下降和肝功能损伤,加之门静脉高压导致胃肠道瘀血,易造成病原菌定植于全身各个器官,更易发生医院感染^[6]。本研究结果显示,住院时间长(≥ 30 d)、治疗过程中有侵袭性操作和血中性粒细胞数值 $< 1.5 \times 10^9/L$ 是患者发生医院感染的独立高危因素。住院时间越长,同一病房的病患若存在呼吸道、消化道等感染,重症肝炎患者易通过空气和接触等传播途径感染,同时病房中的医疗设备存在一定细菌的定植,增加患者感染的概率。重症肝炎患者住院期间进行的侵袭性操作如腹腔穿刺、留置导尿管、动静脉置管等,可打破和损伤机体皮肤、黏膜的天然防御屏障,同时若操作时未注意无菌操作原则或没有严格消毒器械,在操作过程中带入微生物,增加微生物定植可能性和患者对感染的易感性。慢性重症肝炎患者往往伴有门静脉高压和脾功能亢进,伴脾功能亢进可引起血液白细胞自身破坏增加,主要表现为中性粒细胞减少,中性粒细胞趋化、变形、黏附、吞噬以及杀菌等功能下降,机体防御和抵抗病原菌侵袭能力降低,易发生医院感染^[7]。

3.3 对策 针对医院感染危险因素,采取有效护理干预,以降低患者医院感染的发生。积极治疗患者原发病,缩短住院时间,提高患者的免疫力和抵抗力。加强诊疗操作过程中的无菌管理,在对

患者进行侵袭性操作治疗的过程中,严格控制操作环境的无菌性,以此减少因侵入性检查与治疗而造成的感染。治疗过程中所用仪器设备严格进行消毒和灭菌,尽量减少操作时间,以减少人为感染因素^[8]。同时保证患者所住环境的通风换气,每天进行紫外线辐照消毒。加强对常见感染部位的护理及卫生宣教,如患者所用的输氧装置必须经过消毒,使用一次性的吸气管等;对患者的饮食进行控制,所用餐具应进行消毒杀菌;根据患者的情况对患者的口腔进行护理,每天 2~3 次,给予不同的漱口液漱口,当出现牙龈出血时,使用过氧化氢进行护理^[9]。对于粒细胞缺乏患者给予刺激粒细胞生长药物,注意病房的消毒灭菌和操作的严格无菌,减少家属的探视。

参考文献:

- [1] 郑翠玲,邢丽,高风至,等.重症病毒性肝炎患者医院感染的影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(4):752-754.
- [2] 张斌.重症病毒性肝炎医院感染病原菌分布及危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(15):3695-3696.
- [3] 井立华.重症肝炎疾病的治疗和预防[J].医药前沿,2013(34):351.
- [4] 中华人民共和国卫生部.医院感染诊断标准(试行)[J].中华医学杂志,2001,81(5):314-320.
- [5] 陈美平,杜杰,刘阳珍.重症肝炎并发医院感染的相关因素分析[J].感染、炎症、修复,2016,17(2):98-101.
- [6] 叶丹青,周敏.老年重症肝炎患者医院感染分析和护理措施[J].黑龙江医学,2012,36(8):630-631.
- [7] 孙子健,胡瑾华.粒细胞集落刺激因子治疗肝功能衰竭机制研究进展[J].肝脏,2014(10):787-789.
- [8] 胡秀霞.重型病毒性肝炎患者医院感染危险因素分析及干预研究[J].中华医院感染学杂志,2014,24(11):2745-2747.
- [9] 刘牧野.重症肝炎并发医院感染的危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(16):3560-3562.
- [11] Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, et al. First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study[J]. Arch Womens Ment Health, 2015, 18(4): 607-612.
- [12] 周彩虹,李乐之.长沙市妊娠晚期孕妇心理压力与社会支持状况的相关性研究[J].中国现代医学杂志,2014,24(2):109-112.
- [13] Jonsdottir SS, Thome M, Steingrimsdottir T, et al. Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women[J]. Women Birth, 2017, 30(1): 46-55.
- [14] 陈佩玲,谢伦芳.系统性红斑狼疮女性患者家庭功能与抑郁情绪的相关性分析[J].中华护理杂志,2013,48(2):133-135.
- [15] 徐彬彬,程云,钱苗红.胎儿异常孕妇的情感体验[J].护理管理杂志,2014,14(8):549-551.
- [16] 梁添玉,陈涵,黄艳,等.福州地区急诊科护士主观幸福感与社会支持的相关性研究[J].中华护理杂志,2015,50(8):1014-1017.

(上接第 19 页)