

整合照护图模式对高危产妇出院准备度与育儿胜任力的协同提升效应

吴迎春 康祯媛 朱鹏露 蔡雯鸾 陶美霞
南通大学附属妇幼保健院 江苏 南通 226001

摘要:目的: 评估整合照护图(ICM)对高危产妇出院准备度(RHD)及育儿胜任力(PSC)的协同提升效果, 为优化延续性护理提供依据。方法: 采用前瞻性、双盲、随机对照试验设计, 2024年10月至2026年3月在南通市妇幼保健院招募294例高危产妇, 随机分为干预组($n=147$)和对照组($n=147$)。对照组接受常规护理, 干预组在此基础上引入ICM。在六个时间点, 用中文版出院准备度量表(RHDS)和育儿胜任力量表(PSOC)评估, 用SPSS26.0软件处理数据。结果: 干预组在T1至T5各时间点RHDS总分及各维度得分均显著高于对照组($P<0.001$), PSOC总分及两个维度得分也显著优于对照组($P<0.001$)。重复测量方差分析显示, 时间、组别及交互效应均具高度统计学意义($P<0.001$)。亚组分析表明, 该模式对不同特征产妇均具普适性。结论: ICM作为多学科协同干预工具, 能有效提升高危产妇RHD与PSC, 构建了无缝衔接支持体系, 为高危孕产妇精细化管理和优质护理服务创新提供实践范式。

关键词: 整合照护图; 高危产妇; 出院准备度; 育儿胜任力; 随机对照试验

引言

随着我国“全面三孩”政策实施及高龄、高危妊娠比例攀升, 保障高危产妇围产期安全与健康成为重点。高危产妇因多种并发症, 出院前后心理压力、照护挑战多。“出院准备度”(RHD)与“育儿胜任力”(PSC)是衡量产妇能否成功实现角色转换的核心指标。良好的出院准备度可降低再入院率、减少并发症、提升满意度, 高危产妇出院准备度不足源于对病情认知模糊、对新生儿护理焦虑等; 低下的育儿胜任力会削弱母亲信心, 诱发心理问题, 影响母婴关系^[1]。当前出院指导内容泛化、形式单一, 无法满足个体化需求, 导致产妇出院后陷入困境。整合照护图(ICM)将医疗护理信息转化为直观图表, 可个性化定制, 优势在于可视化呈现、个性化定制、动态更新、多学科协同。基于此, 本研究依托南通大学科研项目, 设计随机对照试验, 验证整合照护图模式对高危产妇出院准备度与育儿胜任力的协同提升效应, 为构建延续性护理服务体系提供支撑。

1 研究对象与方法

1.1 研究设计

本研究采用前瞻性、双盲、平行、随机对照试验

南通大学临床医学专项科研基金

课题名称: 照护图对高危产妇出院准备度及育儿胜任力影响的研究

课题编号: 2024HY018

(Randomized Controlled Trial, RCT)设计, 严格遵循《赫尔辛基宣言》伦理原则。

1.2 研究对象

1.2.1 纳入标准

年龄 ≥ 18 周岁; 经产科医生确诊为高危妊娠, 具体包括但不限于: 妊娠期高血压疾病(含子痫前期、子痫)、妊娠期糖尿病、前置胎盘(尤其是凶险性前置胎盘)、胎盘早剥、妊娠合并心脏病、HELLP综合征等; 单胎妊娠; 具备基本的中文阅读和理解能力, 能够独立完成问卷填写或在研究者辅助下完成。

1.2.2 排除标准

合并有严重内外科疾病(如恶性肿瘤、终末期肾病、严重肝功能衰竭等), 预期寿命小于6个月; 有明确的精神疾病史(如精神分裂症、重度抑郁症等)或认知功能障碍, 无法配合研究; 明确表示不愿意参与本研究或无法保证完成随访。

1.2.3 样本量

本研究共招募高危产妇294例, 随机分为干预组($n=147$)和对照组($n=147$)。

1.3 干预措施

1.3.1 对照组

接受所在医院产科提供的标准化常规护理, 内容包括: 产后生命体征监测、伤口护理、饮食与活动指导、母乳喂养技巧示范、新生儿基础护理(沐浴、抚触、脐

部护理)宣教、出院注意事项口头告知等。

1.3.2 干预组

干预组在常规护理基础上接受整合照护图(ICM)干预。ICM由研究团队(含产科医生、高年资助产士等)共同开发,以A3幅面彩色海报呈现,内容分四大模块:产后自我照护涵盖伤口护理、心理调适等;新生儿照护针对早产等问题提供喂养、疫苗接种等指导;疾病特异性管理依产妇高危因素嵌入个性化内容,如妊娠期糖尿病的血糖监测等;社区资源与应急指南列出社区卫生服务中心联系方式及紧急情况处理步骤。干预实施方面,产前在产妇入院待产时,统一培训的责任护士介绍ICM理念与使用方法,依其情况初步填充讲解;住院期间,ICM张贴于床头,医护人员查房时结合图谱指导答疑;出院时,装订成册交给产妇及家属并重点讲解出院后1-2周关键内容;出院后,产妇可参照ICM自我管理和育儿,研究团队在随访时询问使用情况,依产妇反馈和恢复进展,通过电话或门诊动态更新补充^[2]。

1.4 研究工具与资料收集

(1)一般资料调查表:自行设计,收集产妇年龄、孕周等基本信息及新生儿情况。(2)出院准备度量表(RHDS):采用Weiss等开发、国内检验的中文版,含4维度22条目,0-10分计分,得分越高准备度越好,本研究Cronbach's α 系数0.92。(3)育儿胜任力量表(PSOC):采用Gibaud-Wallston编制、国内修订的中文版,含2维度17条目,1-6分计分,得分越高胜任力越强,本研究Cronbach's α 系数0.88。

1.5 资料收集时点

T0(入院时):收集一般资料,作为基线数据。

T1(出院前24小时内):评估两组产妇的初始RHD与PSC水平。

T2(出院后1周)、T3(2周)、T4(4周)、T5(8周):通过电话随访或门诊复查,再次评估RHD与PSC。

1.6 统计学分析

用SPSS26.0分析数据。计量资料以均数 \pm 标准差表示,组间用独立样本 t 检验;计数资料以频数(百分比)表示,组间用 χ^2 检验。用重复测量方差分析比较两组T1至T5时RHDS和PSOC得分变化,分析主效应及交互效应, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 研究结果

2.1 研究对象基线特征

本研究共招募高危产妇294例,随机分为干预组($n = 147$)和对照组($n = 147$)。研究期间,干预组失访8例(主要原因为失联),对照组失访10例,最终纳入分析

的有效样本为276例(干预组139例,对照组137例),总随访率为93.9%。两组在年龄、孕周、文化程度、家庭收入、分娩方式、主要高危因素构成及新生儿出生体重等基线特征上差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有良好的可比性(见表1)。

表1 两组高危产妇基线资料比较($\bar{x} \pm s$ 或 $n(\%)$)

变量	干预组 ($n = 139$)	对照组 ($n = 137$)	t/χ^2 值	P 值
年龄(岁)	32.4 \pm 4.1	31.9 \pm 4.3	0.98	0.328
孕周(周)	37.6 \pm 2.8	37.9 \pm 2.5	-1.02	0.309
文化程度 (大专及以上)	98(70.5%)	94(68.6%)	0.12	0.729
顺产	102(73.4%)	105(76.6%)	0.45	0.502
主要高危因素 (妊娠期高血压)	58(41.7%)	55(40.1%)	0.08	0.777
新生儿出生体重(g)	3050 \pm 520	3100 \pm 480	-0.89	0.374

2.2 出院准备度(RHD)结果分析

重复测量方差分析结果显示,时间主效应($F = 186.32, P < 0.001$)、组别主效应($F = 45.78, P < 0.001$)及时间 \times 组别交互效应($F = 32.15, P < 0.001$)均具有高度统计学意义。这表明,随着时间的推移,两组产妇的RHD水平均有所变化,且干预组的变化轨迹显著优于对照组。

具体而言,在T1(出院前)时,干预组的RHDS总分(168.5 \pm 18.2)已显著高于对照组(152.3 \pm 20.1)($P < 0.001$)。在随后的随访中,干预组的得分持续稳步上升,在T5(8周)达到峰值(185.6 \pm 15.8);而对对照组的得分在T2(1周)后出现小幅下降,之后缓慢回升,但在所有随访时间点上均显著低于干预组($P < 0.001$)。对RHDS四个维度的分析也呈现出一致的趋势。干预组在“疾病知识”和“出院后应对能力”两个维度上的提升尤为显著,这直接反映了ICM在传递精准化知识和增强实际操作信心方面的独特优势。

2.3 育儿胜任力(PSOC)结果分析

同样,重复测量方差分析显示,时间主效应($F = 152.45, P < 0.001$)、组别主效应($F = 38.92, P < 0.001$)及时间 \times 组别交互效应($F = 28.76, P < 0.001$)均高度显著。在T1时,干预组的PSOC总分(78.4 \pm 9.5)显著高于对照组(70.2 \pm 10.3)($P < 0.001$)。随访期间,干预组的育儿胜任力持续增强,特别是在“效能感”维度上,产妇普遍报告“更有信心处理宝宝的哭闹”、“相信自己能做好妈妈”。至T5,干预组总分达85.2 \pm 8.7,而对照组仅为74.8 \pm 9.8,组间差异依然显著($P < 0.001$)。

3 讨论

3.1 ICM对出院准备度的提升机制

本研究显示,干预组产妇RHD水平出院前至出院后8周均显著高于对照组。这主要通过三方面实现:一是知识赋能,ICM将碎片化健康信息整合成结构化知识体系,特别是“疾病特异性管理”模块,让产妇清晰理解自身状况与照护要点,提升疾病知识维度得分,充分掌握疾病相关知识是形成良好出院准备度的基础;二是技能内化,ICM可视化特性降低学习难度,产妇住院期间可反复观摩、模仿,出院后随时复习,将护理技能内化为自身能力,增强“出院后应对能力”;三是信心构建,专属“行动指南”提供心理支持,减少产妇面对未知的焦虑无助,使其对出院后自我照护充满信心,体现在“个人状态”维度高分上^[3]。

3.2 ICM对育儿胜任力的塑造作用

ICM有效塑造高危产妇育儿胜任感。一是降低不确定性,ICM提供喂养计划、生长曲线等,减少新生儿照护不确定性,提升产妇“效能感”;二是强化积极反馈,产妇运用知识解决实际问题获正向反馈,成功体验累积转化为对自身育儿能力的肯定,提升“满意度”;三是加速角色认同,ICM使产妇从“被照顾者”转变为“照护者”,加速向母亲角色转变^[4]。

3.3 整合性与协同效应的独特优势

本研究核心创新在于“整合”。传统健康教育割裂,产科儿科各管一方,ICM打破壁垒,将母婴视为整体整合照护内容,整合多学科专业智慧确保信息权威全面,整合时间维度提供连续照护路径。全方位整合催生RHD与PSC协同提升效应,母亲对自身恢复有信心,更有精力照顾宝宝;宝宝健康成长又增强母亲康复信心。

3.4 研究的局限性与未来展望

本研究存在局限。研究地点局限于一家三级甲等妇

幼保健院,未来需多中心验证评估外部效度;随访周期8周,未能观察ICM对产妇长期育儿行为和心理健康影响,未来可延长随访时间,纳入婴儿生长发育等客观指标;未分析ICM成本效益,这是推广应用前需考量的重要因素。

4 结语

本研究有力地证明,整合照护图(ICM)作为一种创新的、以患者为中心的干预模式,能够显著且持续地协同提升高危产妇的出院准备度与育儿胜任力。它通过可视化、个性化、动态化和多学科整合的方式,有效解决了传统健康教育的痛点,为高危产妇构建了一个从医院到家庭的无缝支持网络。该模式不仅提升了产妇的主观感受和信心,更在实质上增强了其自我照护和育儿能力,对保障母婴安全、促进家庭和谐具有重要的现实意义。建议在各级医疗机构,特别是高危孕产妇救治中心,推广应用此模式,并进一步探索其在其他慢性病、老年病等需要延续性护理领域的应用潜力。

参考文献

- [1]郭宏卿,霍秋桂,阚玉英,等.照护图对高危儿过渡期家庭出院准备度和父母育儿胜任感的影响[J].解放军护理杂志,2022,39(04):9-13.
- [2]王娜,苏高彦,张琳琳.照护图在营养不良重症患儿护理干预中的应用[J].中国校医,2024,38(07):538-541.
- [3]孔良娣,高文洁.初产妇出院准备度现状调查及影响因素分析[J].中国计划生育学杂志,2024,32(10):2242-2247+2254.
- [4]徐玉婷,洪盼,缪秀婷.初产妇出院准备度与产褥期育儿胜任感的相关性分析[J].当代护士(中旬刊),2024,31(02):72-75.