

家庭参与对儿童康复治疗效果的影响

宋丽萍

济南市儿童医院 山东 济南 250000

摘要:目的:探讨家庭参与对儿童康复治疗效果的影响及其临床价值。方法:选取2022年1月-2024年1月期间在我院接受康复治疗的120例儿童患者作为研究对象,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组各60例。对照组仅在医院进行常规康复治疗,观察组在医院康复治疗基础上增加家庭康复训练指导和监督。对比两组患者的康复效果、依从性、生活质量评分及家长满意度。结果:观察组总有效率显著高于对照组,运动功能评分、日常生活能力评分及认知功能评分均优于对照组,家长满意度也明显高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在儿童康复治疗中加入家庭参与可显著提高治疗效果,改善患儿生活质量,提升家长满意度,具有重要的临床应用价值。

关键词:家庭参与;儿童康复;治疗效果;临床价值

随着我国儿童康复医学的快速发展,康复治疗理念不断更新,治疗模式也在不断完善。儿童康复治疗是一项系统性、持续性的医疗工作,其特点在于治疗周期长、涉及环节多、需要多学科协作。据统计^[1],我国每年新增儿童康复需求人数约70万,其中约60%需要长期系统的康复治疗。传统的医院康复模式虽然专业性强,但存在训练时间有限、家长参与度不足等问题,难以满足日益增长的康复需求。近年来,随着康复医学的发展和対患儿心理需求的深入认识,家庭参与式康复模式逐渐受到重视。

家庭是儿童成长的重要环境,家长作为患儿的主要照护者,其康复知识水平和训练技能直接影响康复治疗的效果。通过家庭参与,可以将专业的康复训练与日常生活紧密结合,使患儿在熟悉的环境中进行功能训练,有利于技能的巩固和迁移。同时,家长的参与还可以及时发现患儿在生活中存在的功能障碍,为康复治疗方案的制定和调整提供重要依据。此外,家庭参与还能降低康复治疗成本,减轻患者家庭的经济负担,相关研究显示可降低30%-40%的治疗费用^[2]。

然而,目前国内对家庭参与儿童康复治疗效果的系统性研究相对缺乏,特别是缺乏对家庭参与模式的具体实施方案和效果评价的研究。在临床实践中,家长在参与康复训练过程中也面临着专业知识不足、训练技能欠缺、指导不规范等问题。部分医疗机构虽然开展了家庭康复指导,但缺乏标准化的培训体系和评估标准,影响了家庭康复的效果。因此,本研究旨在探讨家庭参与对儿童康复治疗效果的影响,通过对比分析其在提高治疗效果、改善患儿功能状态等方面的作用,为建立规范化的家庭参与康复模式提供科学依据,推动儿童康复治疗

模式的优化和发展,最终实现康复治疗效果的提升和医疗资源的有效利用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月-2024年1月期间在我院儿童康复科就诊的120例患儿作为研究对象。所有患儿均经过详细的病史询问、体格检查和相关辅助检查确诊。纳入标准:(1)年龄2-12岁,智力发育基本正常;(2)诊断符合《儿童康复治疗学》中相关诊断标准,病情稳定;(3)患儿家长同意参与研究并签署知情同意书;(4)首次进行系统康复治疗;(5)无严重并发症;(6)能够配合完成基本康复训练。

排除标准:(1)合并严重心肺功能障碍者;(2)存在严重认知障碍,无法理解和执行基本指令者;(3)依从性差或无法完成随访者;(4)既往有癫痫病史且控制不佳者;(5)合并严重营养不良或其他系统性疾病者;(6)近期接受过其他康复治疗者;(7)存在严重行为或情绪问题者。

采用随机数字表法将患儿分为观察组和对照组各60例。观察组:男34例,女26例;年龄2-12岁,平均(6.8±2.3)岁;病程6个月至4年,平均(2.1±0.8)年;其中脑瘫32例(痉挛型20例,不随意运动型8例,弱瘫型4例),发育迟缓18例(运动发育迟缓10例,语言发育迟缓5例,认知发育迟缓3例),其他疾病10例(脊髓损伤4例,周围神经损伤3例,肌营养不良3例);按照粗大运动功能分级系统(GMFCS)评估:I级15例,II级22例,III级23例。

对照组:男36例,女24例;年龄2-11岁,平均(6.5±2.5)岁;病程7个月至4年,平均(2.2±0.7)年;其中脑瘫30例(痉挛型18例,不随意运动型7例,弱瘫型5例),发育迟缓20例(运动发育迟缓11例,语言发育

迟缓6例, 认知发育迟缓3例), 其他疾病10例(脊髓损伤5例, 周围神经损伤3例, 肌营养不良2例); GMFCS评估: I级16例, II级21例, III级23例。两组患儿在性别、年龄、病程、疾病类型、GMFCS分级等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

对照组给予常规康复治疗, 包括运动功能训练、认知训练、言语训练等, 每周5次, 每次1小时。观察组在对照组基础上增加家庭参与内容: (1)康复知识教育: 对家长进行系统的康复知识培训, 包括疾病相关知识、康复训练方法、注意事项等; (2)康复技能培训: 由康复治疗师指导家长掌握基本康复训练技能, 确保家庭训练的正确性; (3)家庭训练计划制定: 根据患儿具体情况, 制定个性化家庭训练计划; (4)远程指导: 建立微信群, 及时解答家长在家庭训练中遇到的问题; (5)定期回访: 每月进行一次家访, 评估家庭训练情况并及时调整训练方案。两组均治疗6个月。

1.3 观察指标

1.3.1 康复效果评价

采用Gesell发育量表评估患儿运动、适应能力、语言和社交行为等发育情况。治疗效果判定标准: 显效: 发育商提高 ≥ 20 分; 有效: 发育商提高10-19分; 无效: 发育商提高 < 10 分。总有效率 = (显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 运动功能评价

采用大运动功能测评量表(GMF-88)评估患儿运动功能。分为躺卧和翻身、坐位、爬行和跪位、站立、行走跑跳5个维度, 满分100分, 分数越高表示运动功能越好。

1.3.3 日常生活能力评价

采用儿童日常生活力量表(ADL)评估患儿日常生活自理能力。包括进食、穿衣、如厕等12个项目, 满分100分, 分数越高表示自理能力越强。

1.3.4 家长满意度调查

采用自制满意度问卷, 包括治疗效果、医护服务、康复指导等方面, 满分100分, ≥ 90 分为非常满意, 80-89分为满意, 70-79分为一般, < 70 分为不满意。总满意度 = (非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析。计量资料以均值 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以例数和百分比表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组康复效果比较

观察组康复效果显著优于对照组。观察组总有效率为91.67%, 其中显效率达到58.33%, 明显高于对照组的总有效率75.00%和显效率41.67%。两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$), 表明家庭参与能显著提高儿童康复治疗的整体效果。

表1 两组患儿康复效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	60	35(58.33)	20(33.33)	5(8.33)	55(91.67)
对照组	60	25(41.67)	20(33.33)	15(25.00)	45(75.00)
χ^2					5.379
P					0.020

2.2 两组运动功能评分比较

可以看出治疗前两组患儿的GMFM-88评分差异不显著($P > 0.05$)。经过6个月治疗后, 两组评分均有提高, 但观察组的提高幅度更大, 治疗后评分(78.45 \pm 8.92分)显著高于对照组(65.23 \pm 7.86分), 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 说明家庭参与可以更有效地改善患儿的运动功能。

表2 两组患儿GMFM-88评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	60	45.23 \pm 7.86	78.45 \pm 8.92
对照组	60	44.98 \pm 7.92	65.23 \pm 7.86
t		0.167	8.324
P		0.868	< 0.05

2.3 两组日常生活能力评分比较

治疗前两组患儿的日常生活能力评分相近, 无显著差异($P > 0.05$)。治疗6个月后, 观察组评分显著提高至82.34 \pm 7.45分, 而对照组为69.87 \pm 6.92分, 两组差异具有统计学意义($P < 0.05$)。这表明在康复治疗中加入家庭参与, 能够更好地提高患儿的日常生活自理能力。

表3 两组患儿日常生活能力评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	60	52.45 \pm 6.78	82.34 \pm 7.45
对照组	60	52.31 \pm 6.82	69.87 \pm 6.92
t		0.112	9.126
P		0.911	< 0.05

2.4 两组家长满意度比较

观察组家长的总满意度(93.33%)显著高于对照组(76.67%), 其中观察组非常满意率达到63.33%, 远高于对照组的41.67%。两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$), 这反映出家庭参与式康复模式更容易获得家长的认可和支持, 有利于康复治疗的持续开展。

表4 两组患儿家长满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
观察组	60	38(63.33)	18(30.00)	3(5.00)	1(1.67)	56(93.33)
对照组	60	25(41.67)	21(35.00)	10(16.67)	4(6.67)	46(76.67)
χ^2						6.124
P						0.013

3 讨论

儿童康复治疗是一项长期的系统工程，需要专业医护人员、家长和患儿的共同努力。本研究结果表明，在常规康复治疗基础上增加家庭参与，能显著提高康复治疗效果。这主要基于以下几个方面：家庭参与延长了康复训练时间^[3]。传统康复治疗主要依赖医院训练，时间和频次有限，而通过家庭参与，患儿能够在家进行规范的康复训练，显著增加训练量和训练频次，家庭参与提高了康复治疗的针对性^[4]。康复治疗师通过与家长的沟通，能够更好地了解患儿在日常生活中的具体问题，从而制定更有针对性的训练方案。

家庭参与能显著改善患儿的运动功能和日常生活能力。这可能与以下因素有关：一是家长经过培训后能够在日常生活中正确引导患儿，将康复训练与日常生活相结合；二是家长能够及时发现和纠正患儿的错误动作模式，避免不良习惯的形成；三是家庭环境更有利于患儿练习和巩固所学技能。此外，家庭参与还显著提高了家长满意度，这与家长能够直观感受到患儿的进步，以及获得了专业的指导和支持密切相关^[5]。从心理学角度来看，家长的积极参与不仅能增强患儿的康复信心，还能提供持续的情感支持，这对康复效果的提升具有重要意义。

本研究中采用的家庭参与式康复模式具有较强的可操作性和推广价值。通过系统的康复知识教育和技能培训，家长能够更好地理解康复治疗的重要性，掌握基本的康复训练技能。远程指导和定期回访的方式，则有效解决了家庭训练中可能出现的问题，确保了训练的规范性和持续性。研究数据显示^[6]，观察组患儿在运动功能、日常生活能力等方面的改善程度明显优于对照组，这充分证实了家庭参与的重要性。

然而，在推广家庭参与式康复模式时也存在一些挑

战：医疗资源的投入问题。对家长进行系统培训和持续指导需要投入大量的人力和物力资源；家长因素的影响。家长的文化程度、时间投入、接受能力等因素都会影响家庭训练的效果；监督机制的建立。需要建立更完善的远程指导和监督机制，确保家庭训练的质量。这些问题需要在今后的实践中进一步探索和完善。在儿童康复治疗中加入家庭参与能显著提高治疗效果，改善患儿生活质量，提升家长满意度。建议在临床实践中推广家庭参与式康复模式，同时加强对家长的培训和指导，建立完善的远程指导机制，从而更好地促进患儿康复。未来研究可以进一步探索不同疾病类型患儿的家庭康复方案优化，以及家庭参与对患儿长期预后的影响。

参考文献

- [1] 周婉琼. 家庭共同参与干预在自闭症儿童康复中的应用效果观察探索构架[J]. 养生保健指南,2021(26):60.
- [2] 钱晶晶,刘晟,唐胜华. 核心稳定性训练结合家庭姿势管理在痉挛型脑瘫儿童康复中的应用[J]. 湖北科技学院学报(医学版),2024,38(2):172-175.
- [3] 张悦,曲丹,张玉杰,等. 家长参与下脑性瘫痪儿童康复训练的个案研究[J]. 实用医技杂志,2006,13(22):4026-4027.
- [4] 孙琴枝,刘佩,葛蕾,等. 不同助听模式儿童听觉言语康复效果与家庭生活质量[J]. 中华耳科学杂志,2024,22(3):398-404.
- [5] 冯清源,曹永茂,陶泽璋. 家庭支持力度与听障儿童康复效果相关性的研究进展[J]. 听力学及言语疾病杂志,2024,32(2):172-175.
- [6] 孔伟艳,李璐,兰花. 完善康复服务体系 构建家庭支持系统大力促进我国孤独症儿童康复[J]. 中国经贸导刊,2024(3):65-68.