

【调查研究】

母亲情绪心理及家庭管理对早产儿校正12月龄 低体质量的影响分析

赵丽金¹, 段 怡¹, 赵敏慧¹, 张 莹²

(1. 同济大学附属第一妇婴保健院, 上海 201204; 2. 上海交通大学 护理学院, 上海 200025)

【摘要】目的 分析母亲情绪心理因素及家庭管理对早产儿校正12月龄体质量的影响。**方法** 采用便利抽样法, 选取2016年7月—2017年11月上海市某三级甲等妇婴保健院新生儿科住院的早产儿及其母亲各264例作为研究对象。在早产儿校正1月时采用焦虑自评量表、围产期创伤后应激障碍问卷以及中文版家庭管理量表对母亲进行评估, 采用一般资料调查表收集早产儿及其父母的相关资料。采用二分类Logistic回归分析早产儿校正12月龄体质量的影响因素。**结果** 早产儿校正12月龄时低体质量的发生率为27.3%。二分类Logistic回归分析结果显示, 校正1月时患儿认可($OR=0.855, P=0.045$)、校正1月时照护能力($OR=0.904, P=0.019$)是早产儿校正12月龄时低体质量的保护因素; 男孩($OR=3.409, P=0.002$)、校正1月时母亲焦虑($OR=1.085, P=0.032$)、校正1月时照护负担($OR=1.183, P=0.043$)是早产儿校正12月龄时低体质量的危险因素。**结论** 影响早产儿校正12月龄低体质量的因素有校正1月时患儿认可低、校正1月时照护能力低、男孩、校正1月时母亲焦虑得分高、校正1月时照护负担得分高。建议在早产儿出院前, 教会其母亲照护的知识及基本技能; 与社区医院联动, 建立并完善早产儿随访体系; 随访时尤应注意男孩体质量情况, 找出发生低体质量的原因, 并给予相应处理; 心理咨询师介入, 帮助早产儿母亲建立照护信心, 同时利用同伴间交流及互助, 缓解母亲的焦虑情绪及照护负担, 提高母亲对早产儿的认可度, 从而保障早产儿顺利完成追赶生长, 减少低体质量的发生。

【关键词】 早产儿; 低体质量; 母亲; 焦虑; 家庭管理

【中图分类号】 R473.71 **【文献标识码】** A **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.23.055

Analysis the Influence of Maternal Emotional and Psychological Factors and Family Management on Preterm Infants Underweight at 12 Months of Corrected Age

ZHAO Li-jin¹, DUAN Yi¹, ZHAO Min-hui¹, ZHANG Ying²

(1. Shanghai First Maternal and Infant Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 201204, China;

2. School of Nursing, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200025, China)

Abstract: Objective To analysis the influence of maternal emotional and psychological factors and family management on preterm infants underweight at 12 months of corrected age (CA). **Methods** With convenient sampling, a total of 264 preterm infants with their mothers were recruited from one tertiary grade A maternal and infant hospital in Shanghai were recruited from July 2016 to December 2017 and investigated by the self-rating anxiety scale (SAS), the perinatal PTSD questionnaire (PPQ) and the Chinese version of Family Management Measure (FaMM) at the 1st month of CA. Binany Logistic regression was used to analyze the influencing factors of preterm infants underweight at 12 months of CA. **Results** According to the weight, the ratio of growth retardation was 27.3% on preterm infants at 12 months. The results of binany Logistic regression analysis showed that higher scores of child identity ($OR=0.855, P=0.045$) and caring ability at the 1st month of CA ($OR=0.904, P=0.019$) were protective factors of weight growth at 12 months of CA. Boy ($OR=3.409, P=0.002$), mother's anxiety ($OR=1.085, P=0.032$) and caring burden at the 1st month of CA ($OR=1.183, P=0.043$) were risk factors of weight growth at 12 months of CA. **Conclusion** The factors influencing preterm infants underweight at 12 months CA include low child identity at the 1st month CA, condition management ability at the 1st month CA, boys, high maternal anxiety at the 1st month CA, and high condition management effort at the 1st month. We should teach mothers the knowledge and basic skills of caring for premature infants before they discharged, cooperate with community hospitals, establish and perfect the follow-up system for premature infants. Pay attention to the growth outcome of boys, find out the reason of underweight, and give corresponding treatment. Psychological counselors intervene to help mothers of premature infants build up confidence. Meanwhile, through peer communication to relieve mothers' anxiety and condition management effort, improve their recognition of premature infants, so as to ensure catch up growth of premature infants and reduce the occurrence of underweight at 12 months CA.

Key words: preterm infant, underweight; mother; anxiety; family management

近20年来, 随着新生儿科医疗水平的提高, 对

早产儿的营养支持和积极控制感染大大提高了低体质量、小于胎龄早产儿的存活率^[1], 但早产儿低体质量的发生率却仍然持续增高^[2]。据报道, 早产儿宫内生长受限(intrauterine growth retardation, IUGR)的发生率约为38.1%, 早产儿在出院时宫外发育迟缓

【收稿日期】 2019-09-18

【基金项目】 上海市教育委员会护理高原学科项目-国际合作科研基金(H1gy1804g); 上海交通大学医学院护理科研重点项目(Jyhz1602)

【作者简介】 赵丽金(1988-), 女, 内蒙古赤峰人, 本科学历, 护士。

【通信作者】 张 莹(1973-), 女, 上海人, 博士, 副教授。

(extrauterine growth retardation, EUGR)发生率高达80.9%^[3],至校正12月龄时,低体质量的发生率仍有17.1%^[4]。低体质量不仅影响早产儿近期体格发育和并发症,还会影响到患儿出生后6~12个月内认知、语言及动作的发展^[5],并增加青春期肥胖症、代谢综合征及心血管疾病的风险^[6]。早产儿校正12月内是体格增长最快的时期,也是完成“追赶生长”关键的时间节点^[7],找出早产儿校正12月龄低体质量发生的影响因素,把握其中的可控因素,对降低早产儿低体质量的发生率至关重要。然而,目前国内外针对早产儿体格生长的影响因素主要聚焦在出生胎龄、出生体质量、住院期间的并发症等不可控因素,而有关母亲情绪、家庭管理等因素对早产儿校正12月龄时低体质量的影响相关研究较少。早产儿出院后其照护者由医务工作者转换为父母,家长能否提供合适的照护及家庭管理对早产儿生长发育的影响更值得关注。本研究选取校正12月龄体质量的生长结局作为测量指标,对影响早产儿体格生长的一般因素加以控制,探究母亲在早产儿校正1月时的焦虑、产后创伤性应激障碍、家庭管理方面对低体质量的发生是否有影响,以提示医护人员早产儿家庭健康教育的重点,同时为临床延续性护理的开展提供一定的参考和依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象 采用方便抽样法,选取2016年7月—2017年11月上海市某三级甲等妇婴保健院新生儿科住院的早产儿及其母亲为研究对象。纳入标准:(1)出生胎龄<37周;(2)无先天性胃肠道畸形、先天性遗传代谢病和染色体异常等疾病;(3)出院后能够参与门诊随访至校正12月;(4)早产儿母亲精神正常,意识清醒,自愿参加本次研究并签署知情同意书。排除标准:(1)早产儿住院期间转院或死亡;(2)对应病史资料缺失。本研究已获得上海交通大学医学院伦理委员会的批准(批准编号:2016027)。

1.2 低体质量、宫内与宫外发育迟缓的诊断标准

1.2.1 低体质量评价标准 按照《世界卫生组织儿童生长发育标准》(2006年版)^[8]对早产儿校正12月时的体质量进行评价。采用标准差分(Z)法对体质量生长结局进行评价, $Z=(\text{实际测量体质量}-\text{该性别该月龄平均体质量})/\text{该性别该月龄的标准差}$ 。评价标准: Z 分 >-1 表示体质量达到平均水平以上,即体质量生长正常; Z 分 ≤-1 表示体质量低于该性别该月龄参照人群的平均水平,即低体质量。

1.2.2 宫内与宫外发育迟缓 以出生体质量低于同胎龄儿第10百分位为宫内发育迟缓(intrauterine

growth retardation,IUGR),反之称为非宫内发育迟缓^[9];以出生后某时期或出院时体质量低于同胎龄儿第10百分位为宫外发育迟缓(extrauterine growth retardation,EUGR)^[10],反之则称为非宫外发育迟缓。

1.3 调查工具

1.3.1 一般资料调查表 自行编制,包括早产儿出生胎龄、出生体质量、是否存在宫内发育迟缓、性别、分娩方式、是否双胎、Apgar 5min评分、疾病诊断(急性呼吸窘迫综合征、先天性心脏疾病、败血症)、开始经口喂养时间(日龄)、完全经口喂养时间(日龄)、出院时体质量、是否存在宫外发育迟缓、住院时间、母亲年龄、父亲年龄、母亲学历、父亲学历、校正12月时体质量。

1.3.2 围产期创伤后应激障碍问卷(the Perinatal PTSD Questionnaire,PPQ) 由DeMier于1996年编制,用于评估住院患儿母亲在产后6个月及18个月时产后创伤应激障碍情况^[11],该量表Cronbach α 系数为0.83^[12]。Zhang等^[13]于2018年汉化,用于评估母亲产后创伤后应激障碍,其Cronbach α 系数为0.84,重测信度为0.88,内容效度为0.99。该量表包括14个条目,每个条目代表1项产后创伤性经历,若该项经历持续时间 >1 个月则标为是,记1分;无此经历则为否,记0分。得分范围为0~14分,得分越高说明产后创伤应激障碍症状越明显。评价标准: <6 分为轻度产后创伤应激障碍, ≥ 6 分为重度。本研究中该量表的Cronbach α 系数为0.790。

1.3.3 焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale,SAS) 由Zung于1971年编制,用于评估患者的主观症状及感受,适用于有焦虑症状的成年人^[14]。王征宇等^[15]于1984年汉化,量表的Cronbach α 系数为0.80^[16]。该量表包括20个项目,每个项目按症状出现的频度评1~4分,20个条目得分相加得SAS粗分,标准分=SAS粗分 $\times 1.25$ 。标准分 ≥ 50 为存在焦虑,其中50~59分为轻度焦虑,60~69为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。本研究中该量表的Cronbach α 系数为0.822。

1.3.4 家庭管理测量量表(Family Management Measure,FaMM) 采用我国学者张莹等^[17]于2009年翻译和验证的中文版家庭管理测量量表,用于评估慢性病患儿的家庭管理模式,各维度的Cronbach α 系数为0.52~0.86,内容效度指数为0.80。早期用于评估慢性患儿家庭对疾病的反应和照护方式,现也扩展至早产儿、临终患儿及痴呆老人的照护体验和认知的评定^[18]。该量表包括患儿认可(5个条目),照护能力(12个条目),家长关系(8个条目),生活困难(14个条目),照护负担(4个条目),疾病影响(10个

条目),共 6 个维度 53 个条目。均采用 Likert 5 级评分,从完全不同意~完全同意分别赋值 1~5 分。计算维度得分,患儿认可、照护能力和家长关系得分越高,说明家长的照顾能力越强;照护负担、疾病影响、产后困难分量表得分越高说明患儿的照护越困难。针对早产儿,本研究作者将中文版家庭管理测量表中“疾病”、“患儿”等关键词改为“早产”、“早产儿”等,并对个别条目进行了修订,咨询 4 名副高级以上儿科专家,并对 50 例校正 1 月龄的早产儿母亲进行预调查,量表各维度的 Cronbach α 系数为 0.614~0.869,内容效度为 0.837。

1.4 资料收集方法 调查前征得被调查医院领导和科室护士长的同意,研究组成员通过护理信息及病案管理系统,查阅并摘录早产儿住院期间病史资料,获得早产儿及其父母的基本信息。早产儿随访期间体质量由 1 名门诊专职护士使用精确度为 10 g 的电子秤(生产厂家:中山乐易电子科技有限公司,型号:B37)进行测量,测量时脱去全部衣物及尿布,测量数据由门诊护士录入电子随访系统。早产儿校正 1 月随访时由患儿母亲填写焦虑自评量表、围产期创伤后应激障碍问卷和家庭管理测量量表,首先采用统一指导语向其解释调查目的、意义及问卷填写方法,获得知情同意并签订知情同意后,由其自行填写问卷。问卷现场发放,现场回收。共发放问卷 264 份,回收有效问卷 264 份,有效回收率为 100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 分析数据。正态分布的计量资料采用 $\bar{X}\pm S$ 描述,组间比较采用独立样本 t 检验;偏态分布的计量资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,组间比较采用非参数检验;计数资料采用频数、构成比描述,组间比较采用 χ^2 检验。将单因素分析 $P<0.05$ 的变

量纳入到 Logistic 回归分析,以确定校正 12 月龄时低体质量发生的影响因素。检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料 264 例早产儿,其中男 144 例(54.5%),女 120 例(45.5%);出生胎龄为(33.20 \pm 1.78)周;出生体质量为(1966.96 \pm 542.26)g;141 例(53.4%)为单胎,123 例为(46.6%)双胎;79 例(29.9%)顺产,185 例(70.1%)剖腹产;37 例(14.0%)发生宫内发育迟缓者;诊断:急性呼吸窘迫综合症者 108 例(29.7%),败血症 15 例(5.7%),先天性心脏病者 118 例(32.4%);88 例(33.3%)出现宫外发育迟缓者;开始经口喂养时间为 4.5(1.0,17.5)d,全经口喂养时间为 9.0(1.0,23.0)d;住院时间为 15.0(8.0,32.0)d;母亲年龄为(31.67 \pm 3.76)岁,父亲年龄为(33.47 \pm 4.51)岁;早产儿校正 12 月龄体质量为(9225.60 \pm 918.65)克,低体质量发生率为 27.3%。

2.2 早产儿校正 12 月龄时发生低体质量的单因素比较 依据早产儿校正 12 月龄时体质量分组,校正 12 月龄时体质量 Z 分 ≤ -1 为低体质量组 ($n=72$),校正 12 月龄时体质量 Z 分 > -1 为正常组 ($n=192$),比较早产儿在出生基本情况、母亲基本情况及校正 1 月时母亲焦虑、校正 1 月时母亲创伤后应激障碍及校正 1 月时家庭管理等方面的差异。结果显示,2 组早产儿在出生胎龄、出生体质量、性别、是否双胎、开始经口喂养时间、完全经口喂养时间、住院时间、有无呼吸窘迫综合症、有无先天性心脏疾病、校正 1 月时母亲焦虑、校正 1 月时母亲产后创伤后应激障碍得分、家庭管理 6 个维度得分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 早产儿校正 12 月龄时发生低体质量的单因素比较

项目	低体质量组($n=72$)	正常组($n=192$)	统计量	P
早产儿出生胎龄[$M(P_{25}, P_{75})$,周]	32.7(28.9,34.7)	34.3(32.7,35.4)	$H=0.244$	<0.001
早产儿出生体质量[$M(P_{25}, P_{75})$,g]	835.0(1175.0,2240.0)	2110.0(1767.5,2370.0)	$H=0.213$	<0.001
早产儿性别(例,%)			$\chi^2=3.688$	<0.001
男	52(72)	92(47.9)		
女	20(28)	100(52.1)		
双胎(例,%)	41(57)	82(42.7)	$\chi^2=2.149$	0.033
剖腹产(例,%)	43(42)	142(74.0)	$\chi^2=1.983$	0.050
宫内生长受限(例,%)	13(18)	24(12.5)	$\chi^2=0.570$	0.569
Apgar 5min 评分[$M(P_{25}, P_{75})$,分]	9.0(7.0,9.0)	10.0(9.0,10.0)	$H=1.697$	0.093
开始经口喂养时间[$M(P_{25}, P_{75})$,d]	9.0(1.0,51.0)	3.0(1.0,12.0)	$H=3.809$	<0.001
完全经口喂养时间[$M(P_{25}, P_{75})$,d]	18.5(3.5,51.5)	5.0(1.0,19.5)	$H=3.783$	<0.001
住院时间[$M(P_{25}, P_{75})$,d]	24.0(12.0,56.0)	13.0(8.0,26.0)	$H=3.530$	0.001
患急性呼吸窘迫综合症(例,%)	38(53)	70(36.5)	$\chi^2=2.419$	0.016
患低血糖(例,%)	11(15)	18(9.4)	$\chi^2=0.646$	0.519
患心脏疾病(例,%)	43(60)	75(39.1)	$\chi^2=3.408$	0.003
患败血症(例,%)	7(8)	8(4.2)	$\chi^2=3.019$	0.118
出院时宫外生长迟缓(例,%)	38(53)	50(26.0)	$\chi^2=0.841$	0.401
母亲年龄[$M(P_{25}, P_{75})$,岁]	32.0(29.0,34.0)	31.5(29.0,34.0)	$H=0.375$	0.708
父亲年龄[$M(P_{25}, P_{75})$,岁]	32.5(30.0,35.0)	32.5(30.0,36.0)	$H=0.561$	0.575

续表 1

项目	低体质量组(n=72)	正常组(n=192)	统计量	P
父亲学历(例,%)			$\chi^2=0.613$	0.504
初中及以下	3(4)	6(3.1)		
高中/中专	23(32)	63(32.8)		
大专/本科及以上	46(64)	123(64.1)		
母亲学历(例,%)			$\chi^2=0.078$	0.938
初中及以下	3(2)	4(2.1)		
高中/中专	26(36)	60(31.3)		
大专/本科及以上	43(60)	128(66.6)		
校正1月时母亲焦虑($\bar{X}\pm S$,分)	36.94±7.59	31.37±5.86	$t=5.635$	<0.001
校正1月时创伤后应激障碍($\bar{X}\pm S$,分)	5.37±2.32	4.01±1.82	$t=4.505$	<0.001
校正1月时患儿认可($\bar{X}\pm S$,分)	18.49±3.58	20.85±3.00	$t=5.415$	<0.001
校正1月时照护能力($\bar{X}\pm S$,分)	39.65±7.83	41.86±6.48	$t=2.323$	0.035
校正1月时生活困难($\bar{X}\pm S$,分)	40.43±11.17	34.33±9.29	$t=4.128$	<0.001
校正1月时照护负担($\bar{X}\pm S$,分)	13.42±3.37	11.55±2.87	$t=4.470$	<0.001
校正1月时疾病影响($\bar{X}\pm S$,分)	28.83±5.56	26.20±5.91	$t=3.279$	0.001
校正1月时家长关系($\bar{X}\pm S$,分)	26.42±6.31	28.47±7.07	$t=2.166$	0.031

2.3 校正12月龄时早产儿低体质量的影响因素分析 以校正12月龄是否发生低体质量为因变量(0=正常,1=低体质量),单因素分析中有统计学意义的17个变量(出生胎龄、出生体质量、性别、双胞胎、开始经口喂养时间、完全经口喂养时间、住院时间、有无急性呼吸窘迫综合症、有无先天性心脏疾病、校正1月时母亲焦虑、校正1月时母亲创伤后应激障碍、校正1月时患儿认可、校正1月时照护能力、校正1月

时生活困难、校正1月时照护负担、校正1月时疾病影响、校正1月时家长关系)为自变量,进行二分类 Logistic 回归。结果显示,校正1月时患儿认可、校正1月时照护能力是早产儿校正12月龄时低体质量的保护性因素;男孩、校正1月时母亲焦虑、校正1月时照护负担是早产儿校正12月时低体质量的危险因素,见表2。

表2 早产儿校正12月龄时低体质量影响因素 Logistic 回归分析

项目	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
早产儿性别	1.226	0.392	9.813	0.002	3.409	1.583~7.343
校正1月时母亲焦虑	0.082	0.038	4.590	0.032	1.085	1.007~1.170
校正1月时患儿认可	-0.157	0.078	4.005	0.045	0.855	0.733~0.997
校正1月时照护能力	-0.101	0.043	5.496	0.019	0.904	0.830~0.984
校正1月时照护负担	0.168	0.083	4.105	0.043	1.183	1.005~1.391

注:Cox and Snell $R^2=0.251$,Nagelkerke $R^2=0.370$;自变量赋值,早产儿性别(0=女,1=男);校正1月时母亲焦虑,校正1月时患儿认可,校正1月时照护能力,校正1月时照护负担均以实际数值录入。

3 讨论

3.1 早产儿校正12月龄低体质量发生率为27.3%

本研究结果显示,早产儿校正12月龄体质量为(9225.60±918.65)g,低体质量发生率为27.3%。目前针对早产儿低体质量发生率,各国家和地区报道的不尽相同。国内1项针对272例早产儿的研究结果显示,早产儿校正12月龄时,低体质量的发生率为26.5%^[9],与本研究结果相近。由此可见,至早产儿校正12月龄时低体质量发生率仍处于高水平。由于早产儿与足月儿比较,容易合并各种并发症和喂养困难等问题,而住院期间常常累积营养不足^[20],在出院时宫外生长迟缓发生率较高,出院后由于家长未做好家庭照护的准备,缺乏必要的喂养照护知识和技能^[21],早产儿在回家后的最初过渡阶段通常存在喂养方面的问题,导致早产儿在校正12月龄时体质量追赶生长完成慢,低体质量发生率高。

3.2 校正12月龄时早产儿低体质量的影响因素

3.2.1 男孩是早产儿校正12月龄低体质量的危险因素 本研究结果显示,男性是早产儿校正12月龄时低体质量的危险因素($OR=3.409, P=0.002$),即与女孩相比,男孩在校正12月龄时更容易发生低体质量。Hintz等^[22]在1项针对极早早产儿的多中心研究中发现,早产儿的生长结局呈现出“男性劣势”,即男孩更容易出现低体质量。此外,来自欧洲大型数据集的结果表明,与女孩相比,男孩发育迟缓的风险更高^[23]。可能与男孩的出院时宫外发育迟缓发生率较高有关。本研究中,男孩宫外生长迟缓的发生率为36.3%,女孩宫外生长迟缓的发生率为32.1%,男孩较女孩发生率高。而GouLart等^[24]研究表明宫外生长迟缓是早产儿校正12月龄时低体质量的独立危险因素,男孩宫外生长迟缓发生率高导致其在校正12月龄时低体质量发生率高。

3.2.2 校正 1 月时母亲焦虑是早产儿校正 12 月龄低体质量的危险因素 本研究结果显示,早产儿校正 1 月时母亲焦虑是校正 12 月时低体质量的危险因素($OR=1.085, P=0.032$),即早产儿校正 1 月时母亲焦虑得分越高,早产儿校正 12 月龄时越易出现低体质量。究其原因,可能是由于在早产儿校正 1 个月时,其母亲角色还未完全适应,加之关心早产儿的结局,担心自己的孩子无法追赶上正常足月儿^[25],因而出现焦虑。同时早产儿校正 1 月龄是追赶生长的关键时期,母亲的焦虑情绪也随早产儿的生长状况波动,早产儿校正 1 月内虽会有体格迅速的增长,但是在校正 1 月时低体重的发生率仍较高,这也是早产儿母亲在校正 1 月内焦虑程度较高的原因^[26]。而存在焦虑情绪的母亲往往表现为情绪低落、容易疲乏、不思饮食和失眠等,这些因素均可影响下丘脑及垂体的正常功能,使得内分泌系统失调,从而抑制催乳素的分泌,泌乳量明显降低,从而不利于早产儿早期的体格生长。

3.2.3 校正 1 月时照护负担是早产儿校正 12 月龄低体质量的危险因素 本研究结果显示,校正 1 月时照护负担评分是校正 12 月时低体质量的危险因素($OR=1.183, P=0.043$),即早产儿校正 1 月时母亲的照护负担得分越高,早产儿校正 12 月龄时越易出现低体质量。Cipolletta^[27]及 Sisk 等^[28]的研究与本研究结果一致。究其原因,照护负担得分越低,早产儿母亲对其孩子疾病的认知越佳,而对孩子疾病的认知较佳的母亲往往可以识别孩子给出的各种信号,比如饥饿,均有利于早产儿的生长发育。也有研究指出,早产儿出院后社区提供的保健服务不能满足早产儿母亲的需求,早产儿母亲需要获得支持、如何促进早产儿生长的相关知识及照护基本技能,却常常因资源不足而无法获得导致母亲照护负担重,影响早产儿的体格生长^[29],出现低体质量。

3.2.4 校正 1 月时患儿认可、照护能力是早产儿校正 12 月龄低体质量的保护因素 本研究结果显示,校正 1 月时患儿认可($OR=0.855, P=0.045$)、照护能力得分($OR=0.904, P=0.019$)是早产儿校正 12 月时低体质量的保护因素,即早产儿校正 1 月时母亲对患儿认可越高和照护能力越强,早产儿校正 12 月时低体质量发生的可能性越小。由于早产儿母亲认为早产儿很脆弱,新生儿重症监护的体验导致母亲感到无能为力,认为自身无法保护和照顾孩子。加之早产儿吸吮力较足月儿弱,喂养更需足够的耐心,而早产儿母亲对患儿的认可及照护能力低,早产儿得不到良好的护理,常因喂养困难导致营养不能保证,进

而影响早产儿体质量的增长,与 Spinelli 等^[30]的研究结果一致。另外,母亲若对早产儿的认可度及照护能力低,母亲缺乏照护经验,在养育早产儿的过程中,容易因早产儿照护困难出现焦虑、抑郁等负性情绪,影响母亲的泌乳量,导致早产儿断奶早^[31]。而研究表明母乳喂养的早产儿,体质量增长更好,母乳量的不足及早断奶均会影响早产儿体质量的增长,导致低体质量发生率增加^[32]。因此,校正 1 月时患儿认可、照护能力是早产儿校正 12 月龄低体质量的保护因素。

4 对策

在早产儿出院前,让其母亲进入病房,由专职护士指导,学习早产儿的喂养技巧及基本的照护;建立含有儿科医护人员的微信群,帮助解决早产儿居家照护相关问题;与社区医院联动,增加早产儿随访、体格检查及护理指导门诊,建立并完善早产儿随访系统,帮助早产儿母亲解决其照护方面的疑问。通过心理咨询师的介入,对早产儿母亲进行心理疏导,同时邀请已治愈出院的早产儿母亲,进行同伴交流,缓解母亲的焦虑情绪及照护负担,提高母亲对早产儿的认可度,增强母亲的照护信心^[33]。在早产儿体格发育随访时,尤其需要关注男孩体质量情况,若发现男孩出现低体质量,应查找喂养方面的原因,并给予相应处理。同时也应告知家长随访的重要性^[34],以便及早发现低体质量发生的原因并采取干预措施,从而保障早产儿顺利完成追赶生长,减少低体质量的发生。

5 本研究的不足

本研究的不足之处在于未对早产儿不同胎龄段进行分组,不同胎龄组的早产儿面临不同的生长发育问题,低体质量的影响因素可能存在差异,有待今后进一步探讨。

[参 考 文 献]

- [1] Clark R H, Thomas P, Peabody J. Extruterine Growth Restriction Remains a Serious Problem in Prematurely Born Neonates[J]. Pediatrics, 2003, 111(5):986-990. DOI:10.1542/peds.111.5.986.
- [2] Tuzun F, Yucesoy E, Baysal B, et al. Comparison of Inter-growth-21 and Fenton Growth Standards to Assess Size at Birth and Extruterine Growth in Very Preterm Infants[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2018, 31(17):2252-2257. DOI: 10.1080/14767058.2017.1339270.
- [3] 中国医师协会新生儿专业委员会-营养专家委员会协作组. 极低出生体质量早产儿院内营养现状多中心调查[J]. 临床儿科杂志, 2015, 33(1):32-37. DOI:10.3969/j.issn.1000-

- 3606.2015.01.009.
- [4] 孙 勇. EUGR 早产儿 1 岁内生长发育迟缓及相关影响因素的临床研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2016.
- [5] The National Cooperation Group on Nutrition—the Chinese Neonologist Association. The Nutritional Status of the Hospitalized Premature Infants with Very Low Birth Weight in China: A Retrospective Multicenter Study[J]. *J Clin Pediatr*, 2015, 33(1):32–37.
- [6] Tozzi M G, Moscuza F, Michelucci A, et al. Extrauterine Growth Restriction (EUGR) in Preterm Infants: Growth Patterns, Nutrition, and Epigenetic Markers. A Pilot Study[J]. *Front Pediatr*, 2018, 6(1):408.
- [7] Choi A Y, Lee Y W, Chang M Y. Modification of Nutrition Strategy for Improvement of Postnatal Growth in very Low Birth Weight Infants[J]. *Korean J Pediatr*, 2016, 59(4): 165–173.
- [8] Bloem M. The 2006 WHO Child Growth Standards[J]. *BMJ*, 2007, 334:705–706. DOI:10.1136/bmj.39155.658843.BE.
- [9] 贺 芳, 陈敦金. 胎儿生长受限的诊断与治疗[J]. *中华产儿科急救电子杂志*, 2018, 7(4):61–63. DOI:10.3877/cma.j.issn.2095–3259.2018.04.013.
- [10] 高晓燕, 冯 琳, 许 靖, 等. 早产儿出院后追赶生长的随访观察及宫外发育迟缓的影响因素[J]. *中国当代儿科杂志*, 2018, 20(6):11–16. DOI:10.7499/j.issn.1008–8830.2018.06.002.
- [11] Quinnell F A, Hynan M T. Convergent and Discriminant Validity of the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ): A Preliminary Study[J]. *J Trauma Stress*, 1999, 12(1):193–199. DOI:10.1023/a:1024714903950.
- [12] Feeley N, Zelkowitz P, Cormier C, et al. Posttraumatic Stress among Mothers of Very Low Birth Weight Infants at 6 Months after Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit[J]. *Appl Nurs Res*, 2011, 24(2):114–117. DOI:10.1016/j.apnr.2009.04.004.
- [13] Zhang J, Zhang D, Gan Q, et al. Validating the Psychometric Characteristics of the Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in a Chinese Context[J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2018, 32(1):57–61. DOI:10.1016/j.apnu.2017.09.016.
- [14] 李宾宾, 关玉霞, 丰 荣, 等. 音乐疗法对炎症性肠病患者疲乏焦虑及抑郁影响的研究[J]. *护理学报*, 2019, 26(18): 65–68. DOI:10.16460/j.issn1008–9969.2019.18.065.
- [15] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. *上海精神医学*, 1984(2):73–74.
- [16] Knafel K A, Deatrick J A, Havill N L. Continued Development of the Family Management Style Framework[J]. *J Fam Nurs*, 2012, 18(1):11–34. DOI:10.1177/1074840711427294.
- [17] 张 莹, 魏 珉. 中文版家庭管理测量量表的信效度研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2009, 25(14):19–22. DOI:10.3760/cma.j.issn.1672–7088.2009.05.050.
- [18] Barakat L P. Advancing the Family Management Style Framework: Incorporating Social Ecology[J]. *J Fam Nurs*, 2012, 18(1):5–10. DOI:10.1177/1074840711430665.
- [19] 蒋雪明. 深圳早产儿矫正月龄 1 岁内体格发育与营养状况研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2014.
- [20] 李蕴慧, 单延春, 杨召川, 等. 低出生体重早产儿 0~2 岁追赶生长的纵向随访研究[J]. *中国儿童保健杂志*, 2019, 27(2):126–128. DOI:10.11852/zgetbjzz2018–0920.
- [21] 丁文雯, 向奕瑾, 马佳莉, 等. 极低出生体重早产儿校正月龄 12 个月内体格生长情况及影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(1):52–57.
- [22] Hintz S R, Kendrick D E, Vohr B R, et al. Gender Differences in Neurodevelopmental Outcomes among Extremely Preterm, Extremely-low-birth Weight Infants[J]. *Acta Paediatrica*, 2010, 95(10):1239–1248. DOI:10.1080/08035250600599727.
- [23] Skiold B, Alexandrou G, Padilla N, et al. Sex Differences in Outcome and Associations with Neonatal Brain Morphology in Extremely Preterm Children[J]. *Pediatr*, 2014, 164(5):1012–1018. DOI:10.1016/j.jpeds.2013.12.051.
- [24] Goulart A L, Morais M B, Kopelman B I. Impact of Perinatal Factors on Growth Deficits of Preterm Infants[J]. *Rev Assoc Med Bras*, 2011, 57(3):269–275.
- [25] 江秀英. 早产儿母亲焦虑抑郁水平与其泌乳量的相关性研究[J]. *中国妇幼卫生杂志*, 2019, 10(3):16–19.
- [26] Kawano A, Emori Y. The Relationship Between Maternal Postpartum Psychological State and Breast Milk Secretory Immunoglobulin a Level[J]. *J Am Psychiat Nurses*, 2015, 21(1):23–30. DOI:10.1177/1078390314566882.
- [27] Cipolletta S, Marchesin V, Benini F. Family Functioning as a Constituent Aspect of a Child's Chronic Illness[J]. *J Pediatr Nurs*, 2015, 30(6):e19–e28. DOI:10.1016/j.pedn.2015.01.024.
- [28] Sisk P, Quandt S, Parson N, et al. Breast Milk Expression and Maintenance in Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Supports and Barriers[J]. *J Hum Lact*, 2010, 26(4): 368–375. DOI:10.1177/0890334410371211.
- [29] 蒋盘华, 陶亚琴, 凌 慧. 新生儿 ICU 早产儿母亲焦虑抑郁及影响因素分析[J]. *护理学报*, 2017, 24(17):43–47. DOI:10.16460/j.issn1008–9969.2017.17.043.
- [30] Spinelli M, Frigerio A, Montali L, et al. 'I Still Have Difficulties Feeling Like a Mother': The Transition to Motherhood of Preterm Infants Mothers[J]. *Psychology Health*, 2015, 31(2):184–204. DOI:10.1080/08870446.2015.1088015.
- [31] 王 燕, 李胜玲, 孙彩霞, 等. NICU 早产儿母亲围生期健康素养与家庭功能的相关研究[J]. *中国健康教育*, 2019(5): 422–426.
- [32] 陆岸锋, 黄海燕, 黄国盛, 等. 早产儿 408 例体格生长与神经运动发育纵向研究[J]. *中国儿童保健杂志*, 2018, 26(5): 472–474. DOI:10.11852/zgetbjzz 2018–26–05–03.
- [33] 张进军, 雷 芳, 武秀梅, 等. 母亲焦虑和抑郁对早产儿体格和智力发育的影响[J]. *临床医学研究与实践*, 2018(11): 137–139.
- [34] 王 艳, 李晓璇. 早产儿出院后的营养管理[J]. *临床医学*, 2018, 38(8):58–60. DOI:10.19528 /j.issn.1003–3548.2018.08.023.

[本文编辑: 王 影]