

# 胎儿畸形孕产妇心理健康状况及干预研究进展

李瑶<sup>1</sup> 秦春香<sup>1,2</sup> 孙政<sup>1</sup> 白文辉<sup>1</sup> 唐四元<sup>1\*</sup>

(1. 中南大学湘雅护理学院 社区护理系, 湖南 长沙 410013;

2. 中南大学湘雅三医院, 湖南 长沙 410013)

**【摘要】** 综述国内外胎儿畸形孕产妇心理健康状况及干预策略,为胎儿畸形孕产妇引产后制定全方位、个体化的干预模式是日后研究的重要方向。

**【关键词】** 胎儿畸形;引产;心理健康;干预

**【中图分类号】** R395.1 **【文献标识码】** A

近年来,由于孕妇因素、遗传因素、环境因素等影响,胎儿先天性畸形呈不断上升的趋势,由1999年的87.7万,上升到2010年的149.9万,增长幅度达70.9%。我国每年出生缺陷儿童总数高达80万~120万,占出生人口总数的4%~6%<sup>[1]</sup>。对于发现有严重畸形可致出生后生存率低和生活质量极差的胎儿,权威产前诊断中心专家会诊后往往会建议终止妊娠,49%~90%的女性会选择以引产(termination of pregnancy, TOP)<sup>[2]</sup>的方式结束妊娠。胎儿畸形孕产妇与正常产妇不同,除了分娩的创伤外,来自家庭、社会方面的压力也会给其带来不同程度的哀伤、恐惧、躯体化症状等<sup>[3]</sup>。如果不及时处理,压力超出其承受能力时则可能导致心理障碍的发生。国际上对于胎儿畸形孕产妇引产术后的心理健康状况已逐渐从关注评估现状转向强调干预,期待能通过多种个性化干预方式来改变长期以来单一的住院期间心理干预的工作方式,建立一支由多角色、多组织参与的为胎儿畸形孕产妇术后提供持续性心理干预的队伍<sup>[32]</sup>。目前国内对孕产妇心理健康状况的研究主要集中在正常孕妇围产期抑郁和焦虑方面。由于胎儿畸形的发生率仅占有所有妊娠的3%<sup>[4]</sup>,且胎儿畸形孕产妇较分散,所以对该人群的

关注及心理健康状况研究较缺乏。现将胎儿畸形孕产妇引产后心理健康状况及干预的研究综述如下,以期为我国的胎儿畸形引产人群的心理研究及妇幼保健事业之完善提供实践指导。

## 1 胎儿畸形孕产妇引产术后的常见心理健康问题

胎儿畸形孕产妇作为孕产妇中的特殊群体,不仅经历分娩带来的生理上的痛苦,还承受着自身和外界原因导致的巨大心理压力,更易在引产后发生心理健康问题。国内外多项研究表明<sup>[8,11,12]</sup>,胎儿畸形孕产妇人群在引产后发生心理健康问题的比率较高,其心理健康状况不容乐观,主要心理问题包括复杂性哀伤、抑郁、创伤后应激等,且具有程度强烈、持续时间长的特点。

1.1 复杂性哀伤 对于诊断出胎儿畸形的患者而言,引产是一件充满痛苦的创伤性丧失事件<sup>[5]</sup>,这一不可预测的事件可能对患者造成极大的身心打击。复杂性哀伤(complicated grief, CG),又叫延长性哀伤(prolonged grief),被认为是创伤性或延长性的哀伤障碍,比一般的哀伤更为严重且持续时间长,以闯入式思维、回避和适应不良为核心症状<sup>[6]</sup>,并会导致日常生活功能障碍<sup>[7]</sup>。复杂性哀伤的情绪症状以悲伤、后悔为主,表现为极度思念逝者,强烈自责,感到绝望、痛苦,拒绝接受丧亡事实等,其在全球人口中的总发生率为2%~3%,且在丧子人群中患病率最

DOI: 10.13470/j.cnki.cjpd.2017.02.010

基金项目:CMB护理青年教师科研基金(13-168-201606);中南大学大学生创新类项目(YC2016499)

\*通讯作者:唐四元, E-mail: tangsyuan@126.com

高,为23.6%<sup>[8-10]</sup>。在国外的胎儿畸形孕产妇引产后心理健康状况研究中,复杂性哀伤多与创伤后应激、抑郁、焦虑、疲惫、受挫、睡眠障碍等同时出现<sup>[11-13]</sup>。在胎儿畸形孕产妇中,复杂性哀伤普遍性存在,部分患者哀伤持续时间超过1年,其哀伤情绪主要源自引产事件导致的角色转换间的心理落差,即从“由孕妇而成为母亲”的角色转换被迫变成了“由孕妇而成为失去亲人者”<sup>[14,15]</sup>。近年来,国内也开展了关于胎儿畸形孕产妇哀伤情绪的研究<sup>[16]</sup>,主要通过问卷调查的方法对住院期间的胎儿畸形孕产妇哀伤情绪进行评估,并结合患者的抑郁焦虑等情绪进行心理干预,其研究重点多在于干预,对于其产生原因却并未进行探讨。

目前我国关于胎儿畸形孕产妇引产后复杂性哀伤的研究仅仅停留在定量研究层面,相关研究样本量较少<sup>[16]</sup>且质量不高,缺乏对此人群中复杂性哀伤发生机制、患病率及其影响因素的分析,缺乏对患者情绪体验的研究。鉴于胎儿畸形孕产妇出院后分布不集中、人群不宜获得等原因,建议未来的研究可通过访谈、观察等研究方法,以更加全面、真实地了解其复杂性哀伤的体验及经历,从而为进一步深入调查研究并为患者制定个性化心理护理措施、帮助其尽快回复复杂性哀伤情绪奠定基础。

### 1.2 抑郁 产后抑郁症(postpartum depression, PPD)多发生于产后6周内,是产褥期最常见的并发症。有研究表明,因胎儿严重畸形而致引产的患者中其抑郁症状发生率为19.6%,明显高于普通人群(3.8%~16.7%)<sup>[17,18]</sup>,且不良的分娩结局是诱发下次妊娠产后抑郁症的危险诱发因素<sup>[19]</sup>。胎儿畸形患者从得知胎儿严重异常的诊断起,其内心就承受着巨大的压力与痛苦。当胎儿的死亡不可避免时,因其对本次妊娠的不良结局产生的失落以及对手术及下次妊娠的担忧等均极易导致产生抑郁情绪。国外Anette Kersting等<sup>[20]</sup>的关于胎儿畸形孕产妇与正常分娩健康婴儿产妇的为期14个月的追踪调查中,胎儿畸形孕产妇组得分显著高于同期正常分娩健康婴儿产妇组得分,提示胎儿畸形孕产妇的引产后抑郁症状表现的更为强烈、持续时间更长,此结果与Korenromp等<sup>[21]</sup>关于胎儿畸形孕

产妇引产后的纵向研究结果一致。

### 1.3 创伤后应激障碍 创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder, PTSD)是指经历了强烈的创伤性应激事件后出现的一种强烈的恐惧感、无助或厌恶等严重的心理反应的精神障碍<sup>[22]</sup>,对个体的社会功能、家庭生活和身心健康会造成长期的破坏性影响。对于期待孕育出健康后代的孕妇而言,得知胎儿异常与接受引产手术是一次强烈的生理及心理应激的过程,尤其引产过程中对胎儿生命流逝的体验<sup>[23]</sup>,这可能使胎儿畸形患者因为应对不良而产生轻生想法<sup>[24]</sup>。国内外均有调查显示,胎儿畸形或异常孕产妇引产后创伤后应激水平显著高于正常分娩产妇<sup>[25,26]</sup>。此外,胎儿畸形孕产妇引产后的创伤后应激具有长期性,一项对254名胎儿畸形孕产妇术后2~7年的心理健康状况的横断面研究中<sup>[27]</sup>,17.3%的胎儿畸形的患者在引产2年后仍有创伤后应激,且胎儿畸形孕产妇的创伤后应激在引产后2~7年内症状并没有减少。当前国内外关于胎儿畸形孕产妇创伤后应激障碍的研究较少,且主要为流行病学调查。关于其发生机制、影响因素的研究较少,鲜有站在患者主观的角度对其情感体验进行描述、了解创伤后应激对其个人生活、家人及下次妊娠产生影响的具体表现的研究,仍有待于进一步开展。

## 2 胎儿畸形孕产妇心理健康问题干预策略

### 2.1 临床支援服务心理干预 临床支援服务是一种在现有临床健康宣教及心理护理的基础上的多角色参与的闭环式的临床干预模式。在临床支援小组中,通过不同岗位医护人员的配合、交流,及时将患者的生理及心理需求进行传递及反馈,辅助临床决策,对患者进行全面的个性化的健康教育及心理干预,给予其全程的服务、关怀与指导。吴艳慈<sup>[28]</sup>在其对于围产期胎儿畸形或死亡的孕产妇心理干预的研究中,对比了由妇产科医生及助产士、心理医生、护士组成的临床支援服务小组与传统的由护士主导的心理护理干预效果,研究结果显示临床支援服务对患者心理干预效果优于传统临床心理干预模式。临床支援服务具有整合医疗资源、提供人文关怀、提

升医院整体服务质量的优点,但临床支援服务在国内开展较少,在其具体操作中如何保证各环节参与者进行有效沟通、共同提升服务质量还有待完善与验证。

2.2 社区妇幼保健服务及心理干预 有横断面研究<sup>[29]</sup>证实,胎儿畸形引产事件对患者造成的悲痛与创伤后应激会对其产生长期持续性影响,由于胎儿畸形孕产妇引产后留院时间较短,因而传统的临床心理干预方法无法较好地实现长期有效的心理护理,因此需要进行延续性护理。1988年,英国政府成立了专门针对胎儿畸形引产人群的机构 ARC (Antenatal Results and Choices),它的核心工作是为胎儿畸形孕产妇人群及其家庭提供医学信息支持和情感支持<sup>[30]</sup>。ARC为胎儿畸形孕产妇提供一整套成熟的贯穿引产前后的服务,包括产前检测结果分析及专业性援助、夫妻同处的引产手术间及根据需求提供胎儿丧葬服务、志愿者及同伴互助小组的长期随访、干预与互助、使用简报的方式宣传积极案例鼓励引产家庭等。

由于中国没有成立相关组织,引产患者如无特殊情况,基本于术后1~5天即可出院回到社区进行恢复,因此转由社区医院承担此类工作,其提供的妇幼保健服务及护理干预成为了发现及干预胎儿畸形孕产妇心理健康问题、为患者及家庭提供咨询及援助的重要途径。目前国内对于胎儿畸形孕产妇的社区妇幼保健的护理干预内容主要为集中培训护理人员妇幼保健的相关知识;了解每位患者的病情及心理健康状况,针对性地对其进行护理干预及产褥期、优生优育健康指导;带领患者家属为其创造和睦的家庭氛围;对于情绪悲观者给予恢复良好并成功再次妊娠的患者案例的正面支持,恢复其生活信心;对于抑郁程度严重者指导其及时就医;在社区内开展针对患者及其家庭的产褥期心理健康专题讲座等<sup>[31,32]</sup>。相对于医院内进行的临床心理干预,社区妇幼保健服务及心理护理干预有着受众广、易于开展、随访持时间长、对患者文化水平要求低、可给予患者家庭针对性的帮助及指导等特点。但由于我国社区卫生服务起步较晚,妇幼保健服务体系尚不完善,社区护理人员文化水平不一,在实际工作中往

往难以完成对胎儿畸形孕产妇进行有效心理干预并进行长期随访的预期目标。因此,社区护理管理者需进一步完善对于胎儿畸形孕产妇群体整体护理及长期随访的体制建立,并加强对护理工作者的心理护理知识及干预措施培训,以期对胎儿畸形引产产妇的心理问题进行系统化干预。

2.3 基于互联网的心理干预 随着互联网的发展,结合现代科技手段对研究对象进行干预和随访的方式越来越被研究人员所重视。已有研究证实,在创伤后应激以及复杂性哀伤的心理干预疗法方面,运用PC端互联网的干预已经形成了相对成熟的体系,且其干预效果与传统“面对面”干预没有差异<sup>[33,34]</sup>。Anette Kersting等人<sup>[35]</sup>研究并创建了针对孕期失子妇女的互联网在线课程,为其提供与心理治疗师的匿名的网络书信交流课程;通过在线交流及课程结束后的随访,结果表明此方法有效降低了此人群创伤后应激、复杂性哀伤等负性情绪的发生率。基于PC端互联网的干预优势如下:①其匿名性、跨地域性、跨时空性可给予患者充分的个人隐私保护从而使其提升安全感;②可采用文字、图片、语音、视频、案例等多种形式实施干预;③为相关人群提供更多的与同类人群及治疗师交流的途径,提高其依从性,有利于其获得更多的社会支持;④可通过后台管理数据,便于跟踪随访和提供个性化服务,提高服务质量<sup>[36]</sup>。国内相关领域起步较晚,目前主要以通过微信、QQ、电话随访等方式,对产褥期妇女进行心理干预<sup>[37]</sup>。

2012年WHO提出移动健康计划(mobile health, mHealth),即利用手机、患者监护设备及个人数字助理设备等无线电子设备进行医疗和公共健康管理工作的<sup>[38]</sup>。智能手机的迅速普及为通过手机应用软件开展移动健康服务提供了基础,且与传统PC端互联网干预手段相比,智能手机应用软件有用户人群更广、私人属性更强、干预时间更加灵活等优点。国内外智能手机平台已开发出大量健康管理应用软件,其中对产妇进行产后抑郁风险评估和针对孕期丧子人群情感记录及心理量表测评的智能手机软均被证实有着良好的特异度与灵敏度<sup>[39]</sup>。

目前利用手机应用软件干预胎儿畸形孕产妇心

理健康问题的研究尚未见到文献报道。在今后的研究中可以将医学、护理学知识有效地与互联网及智能手机应用软件开发相结合,使胎儿畸形孕产妇在专业人士指导下学会使用网络平台学习自我护理知识,在充分保护个人隐私的情况下与医护人员进行在线交流沟通,与病友进行互相的鼓励与经验交流,从而为该群体提供更为便捷有效的心理支持及帮助。

### 3 小结与启示

综合国内外研究结果显示,对于胎儿畸形孕产妇复杂性哀伤、抑郁、创伤后应激障碍的研究已取得了一些成果,而国内目前仍缺乏对于此类心理健康问题的发生机制、影响因素、患病率及具体的情绪体验描述等研究。在干预层面,国内现阶段对于胎儿畸形孕产妇的心理干预仍是以由经验得来的传统临床干预措施为主,缺乏对新型干预模式的探索、检验及推广,未能形成一整套高效、实用的心理干预方案。胎儿畸形孕产妇的心理健康状况需要全社会共同关怀,尤其医疗卫生机构应给予患者充分的医疗支持与人文关怀。

具体而言,首先要从根源预防胎儿畸形的出现。根据相关文献分析,取消强制婚检后2005~2008年合并出生缺陷率是取消前2002年和2003年合并出生缺陷率的1.32倍<sup>[40]</sup>。因此,如何在强制婚检政策取消后提升育龄群体对于生育健康、出生缺陷预防的关注成为提高出生人口质量的关键。各地卫生部门应继续大力推广和普及高质量、低成本、高效益的出生缺陷和残疾的预防、保健服务,从根源上减少胎儿畸形的发生。

其次,各级医疗卫生机构在对于胎儿畸形孕产妇心理干预方面应做到资源的合理分配、整合并进行新方法的探索。胎儿畸形孕产妇的诊治过程可分为三个阶段:住院治疗期、社区康复期、心理恢复期,不同阶段所对应的医疗卫生服务机构为患者提供着侧重点不同的医疗护理服务。因此这要求各级医疗卫生机构应对于在本机构就诊的人群特点,针对性的提出本阶段心理治疗及干预的方案,并与下级机构进行沟通,协同注意随访及后续干预的实施与落

实。此外,为了有效利用医疗卫生服务资源,各级部门的卫生工作者应共同协作,运用新媒体、使用新手段,积极调试并推广高效、节省人力资源的基于互联网的患者干预及随访的整体化服务。另外,随着全球化的进程,如何为不同文化背景、不同民族、国家、地区的胎儿畸形孕产妇提供个性化、系统化的心理干预模式,也值得医护人员进一步探究与思考。

### 参考文献

- [1] 吕诺. 刘谦谈妇幼卫生工作:为了8.7亿妇女儿童的健康[J]. 医院领导决策参考, 2012: 5-8.
- [2] ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin No. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities [J]. Obstet Gynecol, 2007, 109(1):217-227.
- [3] 张长军,王振英,范茂林,等. 不同妊娠期女性心理卫生状况调查[J]. 临床心身疾病杂志, 2004, 10(2): 118-119.
- [4] 曹泽毅,中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 2594-2610.
- [5] 刘洋,李珊. 浅析丧失与哀伤辅导[J]. 心理咨询师论坛, 2009, 6:747-749.
- [6] Horowitz MJ, Siegel B, Hohen A, et al. Diagnostic criteria for complicated grief[J]. Am J Psychiatry, 1997, 154(7): 904-910.
- [7] Shear MK. Complicated grief[J]. The New England Journal of Medicine, 2015, 372(2):153-160.
- [8] Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample [J]. J Affect Disord, 2011, 131(1-3):339-343.
- [9] He L, Tang S, Yu W, et al. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults[J]. Psychiatry Res, 2014, 219(2):347-352.
- [10] Cleiren M. Adaption after bereavement [M]. The Netherlands: DSWO Press, Leiden, 1991.
- [11] Asplin N, Wessel H, Marions L, et al. Pregnancy termination due to fetal anomaly: women's reactions, satisfaction and experiences of care[J]. Midwifery, 2014, 30(6):620-627.
- [12] Gravensteen IK, Helgadottir LB, Jacobsen EM. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term posttraumatic stress syndrome: a retrospective study[J]. BMJ Open, 2013, 3(10):1-10.
- [13] Badenhurst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007, 21(2): 249-259.
- [14] Marguerite Maguirea, Alexis Lightb, Miriam Kuppermannc,

- et al. Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study[J]. *Contraception*, 2015, 91(3): 234-239.
- [15] Lin SX, Lasker JN. Patterns of grief reaction after pregnancy loss[J]. *Am J Orthopsychiatry*. 1996, 66(2): 262-271.
- [16] 徐彬彬. 中文版围产期悲伤量表在不良妊娠孕妇中应用的信效度研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2014, 20(19): 2323-2326.
- [17] 徐晓琴, 何绍民. 胎儿严重畸形伴抑郁症状孕妇的心理治疗[J]. *中国妇幼保健*, 2012, 27(3): 359-360.
- [18] 王旭梅, 陈琦. 妇产科抑郁症的诊断与治疗[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2006, 22(6): 472-473.
- [19] 张颖, 王燕. 产后抑郁影响因素分析[J]. *中国妇幼保健*, 2008, 23(29): 4170-4172.
- [20] Anette Kersting, Kristin Kroker, Johannes Steinhard, et al. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2009, 12(4): 193-201.
- [21] Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 201(2): 1-7.
- [22] 诺伦-霍克西玛. 变态心理学与心理治疗[M]. 北京: 世界图书出版公司, 2007.
- [23] Leichtenritt RD. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide[J]. *Soc Sci Med*, 2011, 72(5): 747-754.
- [24] Mc Coyd JL. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly[J]. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2007, 28(1): 37-48.
- [25] Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, et al. A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies[J]. *Prenat Diagn*, 2007, 27(8): 709-716.
- [26] 余晓燕, 胡引, 李雅岑, 等. 胎儿异常孕妇创伤后应激障碍调查与相关因素分析[J]. *护理与康复*, 2013, 12(9): 834-838.
- [27] Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, et al. Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners[J]. *Prenat Diagn*, 2005, 25(13): 1226-1233.
- [28] 吴艳慈. 临床支援服务对 109 例畸胎死胎终止妊娠产妇悲伤反应的疗效分析[J]. *齐鲁护理杂志*, 2015, 21(24): 97-98.
- [29] Korenromp MJ, Christiaens GC, van den Bout J, et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study[J]. *Prenat Diagn*, 2005, 25(3): 253-260.
- [30] Fisher J. Termination of Pregnancy for fetal abnormality: the perspective of a parent support organization[J]. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012, 14(2): 187-194.
- [31] 李惠霞, 巫云辉, 麦艳冰. 深圳市光明新区全人口孕产妇社区全程陪护健康管理模式效果评价[J]. *中国全科医学*, 2011, 14(15): 1741-1743.
- [32] 罗虹健. 产后抑郁患者的社区护理干预效果分析[J]. *吉林医学*, 2014, 35(9): 1992-1993.
- [33] Lange A, Ven De wen JP, Schrieken B, et al. Treatment of post-traumatic stress through the Internet: a controlled trial[J]. *Behav Ther Exp Psychiatry*, 2001, 32(2): 73-90.
- [34] Wagner B, Lange A. E-mental-health: NeueMedien in der psychosozialen Versorgung [M]. Berlin: Heidelberg, 2008: 105-120.
- [35] Anette Kersting, Kristin Kroker, Sarah Schlicht, et al. Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study[J]. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2011, 32(2): 72-78.
- [36] Maloni JA, Przeworski A, Damato EG. Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications[J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2013, 27(2): 90-95.
- [37] 钟夏莲, 张映平, 陈爱军. 微信教育和电话随访对降低产褥期产妇抑郁症的效果观察[J]. *现代临床护理*, 2014, 13(5): 24-25.
- [38] Martínez-Pérez B, de la Torre-Díez I, López-Coronado M. Mobile health applications for the most prevalent conditions by the World Health Organization: review and analysis[J]. *J Med Internet Res*, 2013, 15(6): e120.
- [39] Jiménez-Serrano S, Tortajada S, García-Gómez JM. A mobile health application to predict postpartum depression based on machine learning[J]. *Telemed J E Health*, 2015, 21(7): 567-574.
- [40] 郭超, 王灏晨, 郑晓瑛. 从人口出生健康的角度看婚前检查对青年人口的重要性[J]. *中国妇幼保健*, 2014, 29(9): 1313-1315.

(收稿日期: 2016-12-19)

编辑: 宋文颖