

床时间较晚,下床活动次数和时间较少^[8-9]。近年来,FTS 理念受到广泛关注,许多研究报道胃癌术后实施 FTS 能提前术后通气时间,缩短术后住院时间,降低住院费用^[3,7,10]。

优质的护理是预防术后并发症的重要措施之一,本文分析 FTS 理念指导术后护理对胃癌根治术后并发症发生率的影响,结果显示 FTS 组患者术后肺部感染的发生率较对照组明显降低($P < 0.05$),提示督促患者术后早期下床活动、鼓励患者家属拍背等措施可预防术后肺部感染的发生。术后缩短尿管留置时间可预防尿路感染,本文 FTS 组患者尿路感染及 DVT 发生率也低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$),可能与病例数较少有关。患者肺部感染、尿路感染发生率较高,主要是因为胃癌多发生于老年患者。本研究早期拔出胃管,鼓励患者积极下床活动等措施未增加患者不适,也未增高术后出血、肠梗阻、吻合口瘘等其他并发症的发生率。

综上所述,FTS 理念指导胃癌患者术后护理可有效降低术后肺部感染、尿路感染等并发症的发生率的重要措施,且安全可行。

参考文献

[1] 刘尚龙,周岩冰.胃癌围手术期加速康复外科理念指导下的规范化管理[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(2):116-120.

[2] 李勇,郑佳彬.老年胃癌患者手术并发症和非手术相关并发症的治疗对策[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(5):

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.31.032

502-506.

[3] 李益萍,邱江锋,曹晖.加速康复外科在腹腔镜胃癌根治术围术期中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(3):269-273.

[4] 陆晟,燕敏,李琛,等.老年胃癌患者临床病理特征与术后并发症危险因素的分析[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(5):514-521.

[5] 毛宏铭,王光远,毛洪绪.肠内营养支持对胃癌患者术后营养状况和免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(15):4362-4363.

[6] MARANO L, PORFIDIA R, PEZZELLA M, et al. Clinical and immunological impact of early postoperative enteral immunonutrition after total gastrectomy in gastric cancer patients: a prospective randomized study[J]. Ann Surg Oncol, 2013, 20(12): 3912-3918.

[7] 王公平,杨言通,周博,等.快速康复外科理念应用于胃癌患者围术期的前瞻性随机对照研究[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(5):489-491.

[8] 李晶,路潜.胃肠道恶性肿瘤患者术后早期下床活动现状调查[J].中华现代护理杂志,2012,18(5):500-504.

[9] 邢小利,郑秀萍,张淑霞,等.胃癌患者术后早期下床活动状况调查及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(29):4179-4182.

[10] 丁杰,汪灏,管文贤.快速康复外科在胃癌手术中应用的 Meta 分析[J].中华普通外科杂志,2015,30(10):808-812.

(收稿日期:2018-02-18 修回日期:2018-06-16)

人文护理对慢性失眠症患者情绪及睡眠质量的影响

钟代曲¹,于瑞英²,蒋晓江²,沈盈盈²,曾昌琴²

(1. 华泰国际医院护理部,四川广安 638550;2. 陆军军医大学大坪医院野战外科研究所神经内科,重庆 400042)

[中图分类号] R473.74 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)31-4081-04

调查显示,约有 25% 的成年人存在睡眠质量不满意的问题,其中达到失眠症诊断标准者为 6%~10%,主要表现为入睡困难、易醒、早醒和醒后再入睡困难^[1],严重影响了人们的生活质量与社会功能^[2]。慢性失眠(chronic insomnia, CI)可引起焦虑、抑郁等负面情绪,增加乙醇、药物滥用及自杀的风险^[3],导致机体免疫力下降,诱发高血压、心脏病、糖尿病等疾病^[4]。因此,做好 CI 患者的护理,减少失眠对患者的危害是护士义不容辞的责任。人文护理是以人文关怀理念为核心的一种护理模式,强调以人为本,尊重

患者的人格、尊严与价值,要求护理人员关爱患者、融洽护患关系、创造有利于患者康复的环境,为患者提供身体、心理、精神等全方位照护^[5-6]。本研究应用人文护理方法解决 CI 患者失眠与情绪障碍的问题,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1—12 月在陆军军医大学大坪医院野战外科研究所神经内科门诊就诊的 CI 患者 160 例,将其分为观察组与对照组各 80 例。研究方案经该院伦理委员会批准,患者均自愿参加并

签署知情同意书。纳入标准:(1)CI 的诊断符合《精神疾病诊断与统计手册(DSM-5)》相关标准^[7]; (2)有充足的睡眠时间及良好的睡眠环境; (3)近 1 年无重大生活事件及严重心理问题。排除标准:(1)存在严重躯体疾病影响睡眠质量者; (2)存在精神分裂症等精神疾病^[8]; (3)存在乙醇、药物滥用或依赖者; (4)有癫痫病史脑电图异常者; (5)不能正常配合完成全程治疗者。两组患者年龄、性别等比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($n=80$)

组别	年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	性别[n(%)]		受教育年限 ($\bar{x}\pm s$, 年)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 年)
		男	女		
观察组	42.19±8.32	36(45.00)	44(55.00)	11.24±3.65	5.65±6.58
对照组	43.25±7.14	38(47.50)	42(52.50)	11.34±3.82	6.18±7.84
t/χ^2	0.671	0.101		-0.511	0.905
P	0.601	0.751		0.608	0.651

1.2 方法

1.2.1 常规护理方法 两组患者均由医生制订治疗方案, 包括镇静安眠药物治疗与认知行为治疗, 3 个月为 1 个疗程。护士告知患者治疗方案及配合方法, 发放个人管理手册, 指导患者自主填写, 定期反馈给管理者查看。护士每周实施团队健康教育 1 次, 每次约 60 min, 内容包括失眠相关知识宣教, 睡眠卫生宣教, 用药知识宣教, 认知行为治疗方法介绍^[9]。教育内容每月循环 1 次, 患者每个课程最少参加 1 次。

1.2.2 观察组管理方法 由两名经过培训的护士成立人文护理小组, 参照文献[6, 10]报道及失眠患者治疗管理全程需求制订本研究人文护理方案, 观察组在常规护理方法的基础上给予人文护理。(1)人文关爱: 专职护士与患者一对一沟通, 评估失眠及情绪状况, 了解患者对失眠的认知, 告知失眠治疗的总体疗效, 与患者一起分析失眠的病因、目前应对失眠的方法及存在的问题, 商定应对方法, 让患者明确治疗目的, 充分感受人文关爱。(2)人文治疗: 告知拟采取的治疗方案, 协助患者选择合适的治疗药物和认知行为训练方法, 指导患者治疗, 及时解决治疗中遇到的问题, 引导其顺利完成治疗。(3)人文管理: 建立微信群管理, 让患者有归属感; 每次健康宣教后将相关内容发到微信群中, 让患者再次学习; 每天清晨在微信群中推送“心灵鸡汤”, 让患者保持积极乐观的心态; 每天晚上提示患者开展认知行为练习及睡前服药, 避免遗忘影响疗效; 当患者在微信群中提问或发起群聊时加强引导, 采用科学的方法解除其疑虑。此外, 患者在治疗过程中遇到的问题可通过电话或门诊咨询。

1.2.3 对照组管理方法 对照组实施常规护理与门

诊随访管理。患者可通过电话或门诊咨询解决治疗过程中遇到的问题。

1.2.4 评价方法 (1)情绪与睡眠质量相关量表评估^[11]: ①匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)。可评价患者近 1 个月的睡眠质量, 共有 18 个问题, 分为 7 个因子分(睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能), 总分为 0~21 分, 总分越高提示失眠程度越严重。②失眠严重程度指数(ISI)。记录被试者最近 1 个月的睡眠障碍、睡眠本质和睡眠障碍严重程度等指标, 包含 7 个项目, 每个项目评分 0~4 分, 总分为 0~28 分, 0~7 分无睡眠障碍, >7~14 分睡眠情况一般, >14~21 分中等程度失眠, >21~28 分重度失眠。③汉密顿焦虑量表(HAMA)。包括 14 个条目, 每项评分 0~4 分, 总分小于 7 分为无焦虑, 7~14 分可能有焦虑, >14~21 分肯定有焦虑, >21~<29 分明显有焦虑, ≥29 分严重有焦虑。④汉密顿抑郁量表(HAMD)。包括 17 个条目, 每项评分 0~4 分, 总分小于 7 分为正常, >7~<17 分可能有抑郁症, 17~<24 分肯定有抑郁症, ≥24 分为严重抑郁症。⑤睡眠个人信念与态度简化量表(DBAS-16): 内容分为 4 个部分, 对失眠后果的估计、对睡眠的担心、对睡眠的期望、对药物的认识, 共 16 个条目, 每个条目评分 1~5 分, 总分 16~80 分, 总分越低提示受试者的错误认知越严重。于患者护理前及护理 3 个月后由专职护士指导患者完成量表评估。(2)睡眠日记评价^[11]: 睡眠日记记录的主要参数有入睡潜伏期、夜间觉醒次数、总睡眠时间、睡眠效率和主观睡眠质量等。患者每天清晨记录前 1 d 的情况, 护士采集患者记录数据评价患者的睡眠质量, 评价指标包括睡眠潜伏期、总睡眠时间、睡眠中觉醒的次数和时间、睡眠效率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计分析, 计数资料采用频数或百分比表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 组间比较采用随机样本 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者睡眠及情绪相关量表评分比较 护理干预前两组患者睡眠质量及情绪状况的各个量表评分比较, 差异无统计学差异($P>0.05$); 干预 3 个月后观察组患者睡眠质量及情绪状况评分优于对照组, 两组患者比较差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

2.2 两组患者睡眠日记记录参数比较 护理干预前两组患者睡眠潜伏期、入睡后觉醒、总睡眠时间、睡眠效率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 护理干预 3 个月后观察组患者睡眠质量优于对照组, 两组患者睡眠潜伏期、入睡后觉醒、总睡眠时间、睡眠效率比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者睡眠及情绪相关量表评分比较($\bar{x}\pm s, n=80$, 分)

项目	护理前		<i>t</i>	<i>P</i>	护理后		<i>t</i>	<i>P</i>
	观察组	对照组			观察组	对照组		
PSQI	17.32±2.71	16.90±2.82	1.305	0.281	7.32±3.26	9.72±3.44	2.841	0.018
ISI	21.34±6.22	21.67±5.83	0.927	0.419	9.26±4.74	12.75±4.53	2.217	0.034
HAMA	18.86±10.24	17.94±9.56	21.18	0.276	9.08±1.42	11.54±2.33	2.625	0.016
HAMD	16.24±7.82	15.73±6.91	0.287	0.786	11.32±1.65	13.35±1.84	2.536	0.021
DBAS-16	43.82±7.39	47.38±7.31	1.247	0.291	67.50±20.10	75.00±26.90	9.723	0.001

表 3 两组患者护理前后睡眠日记记录参数比较($\bar{x}\pm s, n=80$)

项目	护理前		<i>t</i>	<i>P</i>	护理后		<i>t</i>	<i>P</i>
	观察组	对照组			观察组	对照组		
睡眠潜伏期(min)	60.33±21.52	61.58±25.82	1.172	0.425	25.34±10.45	28.74±12.88	4.262	0.016
入睡后觉醒时间(min)	154.23±60.17	151.32±62.56	0.261	0.768	50.47±28.52	55.85±30.46	3.548	0.039
总睡眠时间(min)	292.44±45.36	289.63±47.87	0.684	0.513	372.53±35.75	356.53±45.45	3.678	0.028
睡眠效率(%)	59.18±11.36	58.54±10.83	0.431	0.651	83.47±8.25	76.87±7.88	3.787	0.036

3 讨论

3.1 人文护理在 CI 患者管理中的作用 人文护理是通过采取一系列的护理措施,使患者在生理-心理-社会上达到愉悦的状态,减少不愉悦因素对身心的影响^[12]。有研究显示 CI 患者的失眠程度与焦虑抑郁情绪呈正相关,二者互为因果,形成恶性循环^[13],表明在解决失眠问题的同时应关注患者的情绪状态。本研究人文护理在常规失眠护理的基础上,针对患者完成整个疗程的各个环节制订详细的人文护理计划,目的是运用人文护理的方法解决患者的负性情绪,在患者初诊时实施人文关爱,帮助患者树立起战胜失眠的信心;在治疗过程中适时指导,调动参与积极性,主动配合完成药物治疗与行为训练;通过微信群实施人文管理,起到调节情绪、宣泄压力、解除疑虑的作用,同时督导患者按时完成治疗,提高患者的治疗依从性。人文护理从人文关爱的角度为患者提供需要的服务,满足患者生理-心理-社会需求,体现出人文护理在失眠患者管理中起到重要作用^[14]。

3.2 人文护理能改善 CI 患者的负性情绪 失眠因素分为心理因素、生物因素与社会因素,心理因素对 CI 的发生、发展有重要影响,心理认知调控在失眠治疗中具有积极的作用^[15],人文护理是根据人的心理需求提供全方位的护理,能起到调控心理状态的作用^[12]。本研究运用 HAMA、HAMD 及 DBAS-16 评估患者的情绪及睡眠认知状况,结果显示,观察组患者 HAMA 及 HAMD 评分更低、DBAS-16 评分更高,表明人文护理对失眠患者情绪及疾病认知调控效果更佳。因观察组由专职护士为患者实施人文护理,针

对失眠治疗全程心理需求设计人文护理方法,在治疗之初纠正患者对失眠认知的偏差,解除紧张焦虑情绪;治疗过程中运用人文关怀手段疏导患者焦虑、抑郁情绪;全程实施微信管理,给予患者心理支持,保障其顺利完成治疗。因此,与常规护理方法比较,人文护理方法更能改善失眠患者负性情绪,改变其对失眠的认知,从而改善患者的睡眠质量^[16]。

3.3 人文护理能提高 CI 患者的睡眠质量 睡眠日记、PSQI、ISI 是评价患者睡眠质量可靠指标^[17]。本文结果显示,护理干预 3 个月后观察组患者睡眠质量优于对照组,因观察组患者治疗全程得到了人文关怀,主动参与的意愿高,积极寻找失眠的原因,自主配合治疗,采取正确的措施应对失眠。通过微信群管理,患者关于睡眠的认知得到了更好的改善,睡眠的正确行为得到进一步巩固,治疗中遇到的问题得到及时解决,加之管理者的监管及鼓励,重复刺激患者建立条件化、程序化的睡眠行为^[18],而使患者睡眠质量改善更明显。对照组患者虽然治疗方法相同,但缺乏重复刺激及有效监管,治疗依从性逐步下降,影响整体疗效。因此,人文护理方法与常规护理方法比较,患者的睡眠质量改善更明显,与相关研究结果一致^[19]。

CI 患者负性情绪高发,影响疾病预后,人文护理在常规护理的基础上,特别关注个体心理方面的问题,帮助患者建立积极的心理防御机制,能够改善 CI 患者的负性情绪、提高睡眠质量,是临床慢性疾病伴情绪障碍患者值得推广的护理方法。由于疾病间存在差异,在临床应用中应针对不同疾病、不同患者、不

同状态制订个体化人文护理方法,才能取得理想的护理效果。

参考文献

- [1] KALDO V, JERNELÖV S, BLOM K, et al. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment—a randomized trial[J]. *Behav Res Ther*, 2015, 71(1): 90-100.
- [2] MORIN C M, BENCA R. Chronic insomnia[J]. *Lancet*, 2012, 379(9821): 1129-1141.
- [3] HO F Y, CHUNG K F, YEUNG W F, et al. Weekly brief phone support in self-help cognitive behavioral therapy for insomnia disorder: relevance to adherence and efficacy[J]. *Behav Res Ther*, 2014, 63(1): 147-156.
- [4] LI Y, VGONTZAS A N, FERNANDEZ-MENDOZA J A, et al. Insomnia with physiological hyperarousal is associated with hypertension[J]. *Hypertension*, 2015, 65(3): 644-650.
- [5] 王妍, 李秀娟, 林征, 等. 护理人文关怀研究热点的共词聚类分析[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(5): 627-631.
- [6] 吴为, 刘义兰, 许娟, 等. 我国医院住院患者护理人文关怀标准构建研究[J]. *中国医院管理*, 2017, 37(12): 72-74.
- [7] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. VA: American Psychiatric Publishing, 2013: 1-4.
- [8] LAIZO A. Chronic obstructive pulmonary disease—a review[J]. *Rev Port Pneumol*, 2009, 15(6): 1157-1166.
- [9] 叶圆圆, 杨信举, 蒋晓江. 失眠症的网络化认知行为治疗[J]. *中国临床神经科学*, 2015, 23(5): 459-464.

(上接第 4079 页)

- A M. Infection after acute ischemic stroke: a manifestation of brain-induced immunodepression [J]. *Stroke*, 2007, 38(3): 1097-1103.
- [9] 吴东川, 尹石华, 王广君, 等. 血清 HS-CRP、PCT 水平与脑卒中患者疾病的关系[J]. *实用临床医药杂志*, 2013, 17(24): 27-30.
- [10] 田洪, 周虎传, 张玉波, 等. 268 例高血压脑出血高压氧治疗临床资料分析[J]. *西南国防医药*, 2015, 25(9): 932-935.
- [11] 范丹峰, 孟祥恩, 胡慧军, 等. 中青年出血性脑卒中的高压

- [10] 刘义兰, 官春燕, 胡德英, 等. 医院护理人文关怀规范化管理及成效[J]. *中华医院管理杂志*, 2016, 32(3): 226-229.
- [11] 钟代曲, 蒋晓江, 许志强, 等. 慢性失眠症患者网络管理平台的建立与应用效果研究[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(6): 702-706.
- [12] 郭红英, 舒玉兰, 肖雪英. 人文关怀在手术室护理中的应用及效果评价[J]. *中外医疗*, 2013, 32(3): 153-154.
- [13] 顾鑫, 顾平, 刘义晗, 等. 慢性失眠患者焦虑、抑郁情绪及交感神经皮肤反应的相关性[J]. *中华神经科杂志*, 2017, 50(9): 665-670.
- [14] BOOT M. Exploring the district nurse role in facilitating individualised advance care planning [J]. *Br J Community Nurs*, 2016, 21(3): 144-147.
- [15] 冯帆, 王处渊, 汪卫东. 失眠症中医心理认知过程探微[J]. *中医杂志*, 2016, 57(21): 1828-1830.
- [16] HORVATH A, SZUCS A, MONTANA X, et al. Individual differences in sleep macrostructure: effects of anxiety, depression, aging and gender[J]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2015, 17(3): 146-156.
- [17] 李训军. CBT-I 联合药物治疗伴有条件性觉醒失眠症的疗效分析[D]. 重庆: 第三军医大学, 2015.
- [18] PERLIS M L, SMITH M T, BJM FNP-C B J M, et al. Cognitive behavioral treatment of insomnia [J]. Springer New York, 2005, 51(4): 421-428.
- [19] 邱杨. 人文关怀对急性心肌梗死病人心理状况及睡眠质量的影响[J]. *全科护理*, 2017, 15(2): 191-192.

(收稿日期: 2018-02-28 修回日期: 2018-05-30)

氧综合治疗分析[J]. *转化医学杂志*, 2015, 4(4): 218-222.

- [12] OSTROWSKI R P, TANG J P, ZHANG J H. Hyperbaric oxygen suppresses NADPH oxidase in a rat subarachnoid hemorrhage model[J]. *Stroke*, 2006, 37(5): 1314-1318.
- [13] 李金林. 早期高压氧治疗高血压脑出血的临床研究[J]. *海南医学*, 2013, 24(23): 3537-3538.
- [14] 钱瑾, 赖登攀. 高压氧治疗脑出血的机制及临床疗效研究进展[J]. *中国现代医生*, 2013, 51(28): 25-27.

(收稿日期: 2018-03-26 修回日期: 2018-06-21)