

社区老年人睡眠障碍个性化干预效果分析*

杜艳英¹ 李淑杏² 陈长香² 邢琰²

关键词: 老年人; 睡眠质量; 匹兹堡睡眠质量指数; 睡眠干预

中图分类号: R 181.3⁺2 文献标志码: A 文章编号: 1001-0580(2011)11-1462-02

2009 年中国 ≥60 岁老年人口占总人口的 12.5%, 老龄化问题突出, 睡眠障碍是老年人常见问题, 长期失眠可诱发心脑血管疾病、精神疾患并影响其记忆功能等⁽¹⁻²⁾。因此, 改善老年人睡眠状况, 提高睡眠质量是医务人员要解决的问题, 为探索一种健康的非药物睡眠干预模式, 本研究于 2008 年 10 月-2009 年 5 月对河北省唐山市社区 100 名睡眠障碍老年人进行对照干预研究, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2008 年 10 月-2009 年 5 月, 选取唐山市 3 个城市社区, 整群筛查 ≥60 岁 805 名常态老年人(排除标准: 患有严重的内科疾病; 药物或酒精依赖症; 既往有精神或神经疾病病史; 日常生活能力⁽³⁾异常者)。对评测结果显示患有睡眠障碍的老年人 236 例, 从中随机抽取 100 例作为研究对象, 采取自愿性原则, 在取得研究对象配合的情况下, 将其随机分为干预组 50 例, 对照组 50 例。干预组男性 21 例, 女性 29 例, 平均(67.17 ± 5.94) 岁; 对照组男性 21 例, 女性 29 例, 平均(67.23 ± 7.36) 岁。2 组在性别、年龄及睡眠评分均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 评测工具 (1) 采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)⁽⁴⁾进行睡眠测试。按照量表要求经综合分类成 7 项, 每项按 0、1、2、3 分记分, 得分越高表明睡眠质量越差。PSQI 总分 0~21 分, >7 分为睡眠障碍者。(2) 自行设计一般状况调查表。

1.3 干预方法 干预组: 根据课题组前期的研究结果, 对与睡眠障碍相关的可干预因素实施干预, 鼓励教育老年人建立一套健康睡眠生活模式: 如规律三餐、晚饭不能过晚过饱、睡前泡脚或洗热水澡、睡前不喝饮料或浓茶咖啡、固定时间起床、固定 20 min 午休、经常室外活动。根据匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评测结果来确定睡眠障碍的老年人在不同方面存在的问题, 并在健康睡眠生活模式的基础上, 根据不同问题可增加不同的干预方法。(1) 睡眠质量差: 即浅睡眠, 可采取淋浴疗法(每周不少于 4 次, 每次 20~30 min) + 饮食疗法;(2) 入睡时间长: 即入睡困难, 可采取刺激控制疗法 + 音乐疗法(每周不少于 4 次, 每次 30~60 min), 促进睡眠;(3) 睡眠效率低: 在床上的时间过长使睡眠时断时续, 可采取睡眠限制疗法(限制时间可依据自身感觉定);(4) 白天觉醒困难: 可适当的增加室外活动, 采用运动疗法等⁽⁵⁾(每周不少于 4 次, 每次 30~60 min)。对照组: 顺其自然。6 个月后再次评测。

1.4 统计分析 采用 SPSS 13.0 软件进行 t 检验。

2 结果

2.1 个性化睡眠干预对社区老年人睡眠质量的影响(表 1) 干预组在睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠困难、PSQI 总分的评分均下降, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 提示非药物的睡眠干预效果良好。但是对于安眠药使用、日间功能项的影响较小, 差异无统计学意义。

表 1 个性化睡眠干预对社区老年人睡眠质量的影响

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠困难	安眠药使用	日间功能	PSQI 总分
干预前								
对照组	1.43 ± 0.50	1.40 ± 1.10	1.50 ± 0.97	1.70 ± 1.15	0.90 ± 0.40	0.33 ± 0.66	0.83 ± 0.91	7.87 ± 2.36
干预组	1.70 ± 0.65	1.93 ± 1.11	1.63 ± 1.10	1.40 ± 1.22	1.03 ± 0.41	0.30 ± 0.70	1.23 ± 0.77	9.23 ± 3.62
t 值	1.770	1.870	0.500	0.980	1.270	0.189	1.830	1.730
P 值	0.810	0.067	0.621	0.331	0.211	0.850	0.072	0.088
干预后								
对照组	1.57 ± 0.57	2.07 ± 0.69	1.73 ± 0.69	1.80 ± 0.96	1.13 ± 0.57	0.23 ± 0.63	0.97 ± 0.89	9.50 ± 1.85
干预组	0.90 ± 0.40	0.90 ± 0.89	0.60 ± 0.62	0.43 ± 0.68	0.87 ± 0.35	0.10 ± 0.40	0.63 ± 0.49	4.37 ± 2.19
t 值	5.240	5.690	6.680	6.360	2.190	0.980	1.800	9.805
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.033	0.331	0.078	0.000

3 讨论

本研究结果显示, 通过个性化的睡眠干预模式的应用 6

个月后, 干预组老年人 PSQI 各项评分下降, 与对照组比较, 差异有统计学意义, 提示非药物的睡眠干预效果良好。大多数老年人健康欠佳, 疾病的疼痛不适影响睡眠质量, 加之服用各种药物, 如拟交感神经药、类固醇、利尿剂等, 会引起睡眠障碍。Bixler 等⁽⁶⁾发现老年人睡眠呼吸暂停低通气综合征的患病率较高, 而影响睡眠。不坚持日常运动者, 容易出现打鼾睡, 精神紧张度下降, 致正相睡眠及异相睡眠均减少, 使睡眠

* 基金项目: 河北省科技厅科技支撑项目(2009276103D-7)
作者单位: 1. 河北联合大学附属开滦医院, 河北唐山 063000; 2. 河北联合大学护理学院
作者简介: 杜艳英(1963-), 女, 河北人, 副主任护师, 本科, 主要从事护理管理与社区护理研究。
通讯作者: 陈长香, E-mail: hlxcex@163.com

- 觉醒周期缩短,睡眠位相提前,容易早睡早起,易患位相综合征⁽⁷⁾,而且活动量少可使提高睡眠质量的功能性储备减少⁽⁸⁾。居住在噪音环境刺激中可影响老年人的睡眠质量⁽⁹⁾。个性化的睡眠干预可针对性的解决睡眠问题,良好的健康睡眠模式是促进睡眠的保障和基础⁽¹⁰⁾。提示社区护士应加强老年人的睡眠管理,鼓励老年人保持良好的日常运动、改善周围及家庭自身的环境,培养自身生活兴趣和业余爱好,以改善睡眠质量。

参考文献

- (1) 陈长香,李建民,赵雅宁,等.睡眠干预配合记忆训练对老年人记忆障碍的影响[J].中华物理医学与康复医学,2010,32(7):516-519.
- (2) 刘连启,王汝展,刘贤臣,等.老年人睡眠质量及其相关因素研究[J].中国老年学杂志,2002,22(11):437-440.
- (3) 陈长香.老年护理学[M].北京:人民卫生出版社,2009:54.

- (4) 内山真,谭新.睡眠障碍诊疗指南[M].西安第四军医大学出版社,2006:254-259.
- (5) Forbes D, Culum I, Lischka AR, et al. Light therapy for managing cognitive, sleep, functional, behavioural, or psychiatric disturbances in dementia [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2009, 7(4): CD003946.
- (6) Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, et al. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity [J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 157: 144-148.
- (7) 赖文娟,刘雪琴.老年病人睡眠状况及护理干预研究进展[J].护理研究,2007,21(8A):1987-1989.
- (8) 柏秀玲,越健康,张艳玲.老年人睡眠障碍的评估及治疗[J].中国实用乡村医生杂志,2006,13(1):14-15.
- (9) 杨亚娟,席淑华.脑卒中患者失眠原因分析及护理对策[J].中华护理杂志,2002,37(10):750-752.
- (10) 刘小平,陈长香,李建民,等.睡眠和记忆干预对老年人记忆功能的影响[J].中国公共卫生,2009,26(5):518-519.

收稿日期:2010-11-25

(郭长胜编辑 李贵福校对)

【调查研究与分析】

精神分裂症患者早期技能训练康复效果分析*

苏雅芳,江爱玉,徐丽芬,吴卫英,陈爱学,毛依予,王莲娥,李婷

关键词:技能训练;精神分裂症;康复

中图分类号:R 195

文献标志码:A

文章编号:1001-0580(2011)11-1463-02

精神分裂症是一种慢性迁延和易复发的疾病,反复发作或不断恶化者可出现人格改变、社会功能下降,临床上呈现出不同程度的残疾状态⁽¹⁾,对人群健康造成严重威胁⁽²⁾。患者在幻觉、妄想等精神病性症状的支配和影响下容易产生冲动、毁物、伤人、自杀、放火等行为,严重妨碍社会治安⁽³⁻⁴⁾。为尽可能地提高患者的社会性和职业性角色,帮助患者重返社会,提高康复水平和生活质量,本研究于2009年3月-2010年9月对在浙江省嘉兴市康慈医院住院的96例进行早期技能训练及103例未进行早期技能训练的精神分裂症患者进行问卷调查,评价早期康复技能训练的效果。结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 将2009年3月-2010年9月在浙江省嘉兴市康慈医院住院的199例精神分裂症患者随机分为干预组和对照组,其中干预组96例,对照组103例。所有患者均为符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)中精神分裂症诊断标准⁽⁵⁾,且病程<10年、年龄≤55周岁、排除伴有明显躯体疾病及智能障碍、文盲者。

1.2 方法 (1)简明精神病量表(The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)⁽⁶⁾:用于反映病情的严重性。包含焦虑忧郁、缺乏活力、思维障碍、激活性、敌对猜疑5个因子共18个项目,采用1~7级评分,“无症状”记1分,“可疑或很轻”记2分,“轻度”记3分,“中度”记4分,“偏重”记5分,“重度”记6分,“极重”记7分,总分18~126分,分数越高,病情越重。

(2)日常生活能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)⁽⁶⁾ 392:包括躯体生活自理和工具性日常生活能力2部分14个项目,采用1~4级评分,“自己完全可以做”记1分,“有些困难”记2分,“需要帮助”记3分,“根本没办法做”记4分,总分<16分为完全正常,>16分为有不同程度的功能下降。

(3)精神分裂症患者生活质量量表(Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS)⁽⁶⁾:包含心理社会、动力和精神、症状和副作用3个分量表共30个项目,采用0~4级评分,“从不”记0分,“偶尔”记1分,“有时”记2分,“经常”记3分,“总是”记4分,每个量表分从0~100分,其中0代表最好的生活质量,100代表最差的生活质量。量表由所在病区经量表评定训练的护士任评定员,评定员对随机及分组情况不知情,对于自评量表使用统一指导语,于患者入院后为二级护理时进行第1次评定,第1次评定后满8周(即完成2疗程的康复技能训练)时进行第2次评定。

1.3 早期康复技能训练干预 患者入院后均采用系统的抗精神病药物治疗和做好各项常规护理措施。干预组患者在此基础上自二级护理之日(平均住院1周)即开始每天进入康复科进行康复技能训练45 min/4周为1个疗程。训练时配有专职治疗师进行指导,内容包括生活技能、文体娱乐活动、社交技巧、职业技能、学习行为的教育及技能训练等;最初训练时速度宜慢,并逐渐增加难度及强度;治疗师随时注意监测患者病情,较好地控制训练量。技能训练后,观察和评估患者治疗后的反应,及时给予鼓励,适时进行物质和精神奖励;关注患者的精神及心理状态,根据不同患者、不同心理状态做好心理疏导工作,使病人处于最佳心理状态完成每个阶段的康复训练计划。对照组未进行早期技能训练,仅于入院1个月

* 基金项目:桐乡市科技计划项目(200803085)

作者单位:嘉兴市康慈医院护理部 浙江 314500

作者简介:苏雅芳(1964-),女,浙江桐乡人,主任护师,本科,主要从事精神科护理管理与临床护理工作。