《云南医学教育》·内部资料

编辑委员会：

主任：姜润生

副主任：黄兴黎 杨芑

委员（按姓氏笔划排列）：王昆华　王平　韦嘉　李立　陆林　黄云超　蒋立虹　谭晶

编辑部：

主编：熊世杰

副主编：彭纯莉

编辑：俞亚刚　谢君

编辑出版　《云南医学教育》编辑部

地　　址　昆明市高新开发区高新苑 6 幢 401 室

电　　话　0871-68329226

电子邮箱　ynyxjy@126.com

邮政编码　650018

准印证号（53）Y000128

图文设计　昆明市盘龙区昌帝图文

印制单位　昆明高湖印务有限公司

印刷日期　2023 年 4 月 30 日

印　　数　1000 本

发送范围　全省医疗卫生单位

目 录

卷首语

春回云岭——写在 2023 年立春……1

院校教育

混合式教学模式在护生临床实习教学中的研究进展
……昆明医科大学第一附属医院 马丽娴 李梦婕 4
叙事护理在临床护理实习带教中的应用现状及研究进展
……昆明医科大学第一附属医院 杨涛 余婷 7

护理学论坛

老年住院患者衰弱的预防管理研究进展
……1、云南大学附属医院 2、大理大学 3、云南中医药大学 4、昆明医科大学 黄容[1、2] 李敏嘉[3] 石蕊[4] 陶媛[4] 姬卫云[1、2] 段宝凤[1*] 12
维持性血液透析合并营养不良患者护理的研究进展
……1、云南大学附属医院 2、云南中医药大学护理学院 3、大理大学护理学院 4、昆明医科大学护理学院 李敏嘉[1、2] 黄容[3] 石蕊[4] 陶媛[4] 段宝凤[1*] 18
中医情志护理对心房颤动患者焦虑抑郁的影响
……1、云南大学附属医院 2、大理大学 3、河南理工大学第一附属医院 姬卫云[1、2、3] 杨彦萍[3] 段宝凤[1*] 24
金的达标理论在临床护理实践中的应用研究进展
……1、云南大学附属医院 2、云南中医药大学 吕仙[1、2] 段宝凤[1*] 28
实习护生中医体质与睡眠质量的相关性分析
……1、云南大学附属医院 2、昆明医科大学 聂萍[1] 孙彤[1] 石蕊[1,2] 陶媛[1,2] 段宝凤[1*] 35
认知障碍患者家庭照护者应对策略的研究进展
……昆明医科大学第一附属医院 秦瑞 李梦婕 45

征文通知……49

封面：全麻下眼科手术

封Ⅱ、封Ⅲ：2022 年度云南省卫生科技成果评奖工作圆满完成

春回云岭

——写在 2023 年 立春

春回云岭，万象更新！

春风又绿高原，万紫千红争艳。

2023 年，兔年；2 月 4 日，立春。

从 2019 年底开始，一场特大的公共卫生事件——新冠病毒引发肺部感染的传播和流行，是人类历史上近百年来传播面最广、流行速度最快、感染人数最多的一次传染病。

三年来，全省党政军民在党中央的坚强领导下，和全国人民一道，忘我工作，砥砺前行，取得了有目共睹的伟大胜利，保证了云南经济社会的稳步发展。

三年来，中国人民对新冠病毒疫情防控的胜利，充分证明了中国特色社会主义制度的优越性；证明了我们党“人民至上，生命至上”执政理念的正确；证明了中国共产党领导下的中国人民能够战胜一切艰难险阻的决心、勇气和智慧；证明了习近平总书记指出的“没有全民健康，便没有全面小康”论述的重要性。

三年来，全省抗击新冠肺炎疫情取得重大成果。**一是打好省外疫情输入阻击战。**全省 42 万卫生健康工作者奋战在一线战场，30 天控制住疫情蔓延，50 多天时间实现病例清零，成为全国较早清零的省份；坚持“人民至上、生命至上”理念，千方百计救治患者，治愈率高达 98.85%，优于全国平均水平，向全省人民交上了一份优异的答卷。**二是打好湖北、咸宁驰援战。**10 批 1158 名医疗队员肩负全省人民的重托，一夜成军、英勇逆行，紧急驰援武汉、咸宁两地，谱写了湖北大会战的云南壮举。**三是打好境外疫情输入阻击战。在**边境地区严格落实“五个管住”，做细做实各项封闭预案和应急准备，坚持防线前移。派出多批专家组，代表国家分赴缅甸、老挝，支援疫情防控工作。**四是做好疫情常态化防控。在持续三年的**疫情防控工作中，全省日核酸最大检测量曾经提升到 50 余万人/份，同时稳妥推进新冠肺炎疫苗接种工作，科学安排接种人群。在输入风险最高、防控难度最大的情况下，坚决守住了祖国西南大门。

三年来，健康扶贫获取全面胜利。连续开展健康扶贫 3 个“百日攻坚”行动和挂牌督战，全省 112.6 万因病致贫返贫人员全部脱贫，贫困地区县乡村医疗卫生机构全部达到脱贫退出标准和巩固要求，2832 个易地扶贫搬迁集中安置点均有医疗卫生机构提供服务，全面消除了医疗卫生机构和人员的“空白点”。在深入实施健康扶贫六大攻坚行动中，88 个贫困县医院实现三级综合医院、中医医院对口帮扶全覆盖，怒江州人民医院、迪庆州人民医院成功创建三甲医院，贫困地区医疗服务能力全面提升。

三年来，全省卫生健康领域在疾病预防控制、爱国卫生运动、卫生应急、食品安全与卫生监督执法、农村卫生、妇幼保健与社区卫生、医政和医疗服务监管、医学教育和科学技术、中医药事业、对外交流与合作及卫生法制建设等方面的长足发展，有力地推进了健康云南的建设。针对影响全省居民健康的主要因素和重点疾病实施干预，实施了 16 项重大行动；全省甲乙类传染病报告发病率连续 16 年低于全国平均水平；在全国率先实现艾滋病防治“三个 90%”目标；母婴传播率控制在 1.36%，保持全国最好水平；历史性实现消除疟疾的目标；职业病、地方病防治攻坚行动目标按期完成。

2016 年 10 月 25 日，中共中央、国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》，是此后建设健康中国的行动纲领；2017 年 8 月 15 日，中共云南省委、云南省人民政府以云发【2017】17 号文件印发《“健康云南 2030”规划纲要》（以下简称《规划纲要》），是落实“健康中国 2030”的云南省具体行动方案。

《规划纲要》的总目标、具体目标、主要指标如下：

总目标：到 2030 年，促进全民健康的制度体系更加完善，健康领域发展更加协调，健康生活方式得到普及，健康服务质量和健康保障水平不断提高，健康产业发展繁荣，基本实现健康公平。人均预期寿命等主要健康指标达到全国平均水平，健康环境指标，重大慢性病过早死亡率指标优于全国平均水平，建成”生态云南、健康云南、幸福云南”。

具体目标：归纳起来，由以下 5 个方面组成。一是人民健康水平持续提升，人均预期寿命显著提高；二是主要健康危险因素得到有效控制，健康生活方式得到全面普及，有利于健康的生产生活环境基本形成，食品药品安全得到有效保障；三是健康服务能力大幅提升，健康服务质量和水平显著提高；四是健康产业规模显著扩大；五是

促进健康的制度体系更加完善。

主要指标：由 5 个方面组成。一是在健康水平方面，人均预期寿命、婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率，分别由 2015 年的 72.76 岁、8.7‰、11.34‰、23.63/10 万，提升到 2030 年的 79 岁、5.0‰、6.0‰、12.0/10 万；二是在健康生活方面，居民健康素养水平，由 2015 年的 9.1%提升到 2030 年的 30%；三是在健康服务与保障方面，常住人口执业（助理）医师数（人），由 2015 年的 1.68‰，增加到 2030 年的 3.0‰；个人卫生支出占卫生总费用的比重，由 2015 年的 30.01%，到 2030 年下降为 25.0%左右；四是在健康环境方面，州（市）及以上城市空气优良质量天数和地表水质量达到或好于Ⅲ类水体比例，分别由 2015 年的 90%、65%，到 2030 年均有持续的改善；五是在健康产业方面，健康服务业总规模，由 2015 年的 1800 亿元，提高到 2030 年的 7600 亿元。

为落实《规划纲要》中的各项要求，到 2020 年底，全省孕产妇死亡率由 2015 年的 23.63/10 万下降至 12.38/10 万；婴儿死亡率由 2015 年的 8.70‰下降至 4.47‰；人均预期寿命提高至 75.1 岁；全省实现消除疟疾目标；传染病总体发病率连续 16 年、孕产妇死亡率和婴儿死亡率连续 3 年保持低于全国平均水平。这些成绩的取得，是各级党委、政府关心和支持卫生健康工作的结果，是全省各族群众共同努力的结果，也是全省 40 余万卫生健康工作者落实《规划纲要》不懈奋斗的结果。

“雄关漫道真如铁，而今迈步从头越。”

——看春天，春潮涌动，我们不忘三年来的抗疫历程；

——看明天，心潮澎拜，我们踔厉奋发健康云南可期。

让我们紧密团结在以习近平总书记为核心的党中央周围，只争朝夕，不负韶华，奋力推进全省卫生健康事业高质量跨越式发展，不断提高各族群众健康水平，为谱写好中国梦的云南篇章作出新的更大贡献！

本刊编辑部　2023 年 2 月 4 日

混合式教学模式在护生临床实习教学中的研究进展

昆明医科大学第一附属医院
马丽娴　李梦婕
云南　昆明　650032

【摘要】本文分别介绍了混合式教学（Blended learning,BL）的背景、概念、框架，综述这种教学方法在临床护理实习教学中的应用效果，探析其对临床护理实习教学质量的提升作用，旨在强化护理带教者对混合式教学模式的认识，激发研究兴趣，推动混合式教学模式在我国临床护理实习教学中的应用。

【关键词】混合式教学法；护理教学；护生；

我国目前对护生的培养模式要求护生在实习过程中，学生完成理论与实践的快速转化与结合，然护生实习任务繁重，轮转科室种类众多，对护理临床教学设计与安排提出了更高的要求。如何高效的完成临床实习阶段的学习任务。并且培养护生终身学习的自主学习的能力及批判性思维能力成为当下急需解决的问题。因此，在教学信息化背景下，笔者就混合式教学模式在护生临床实习教学中的研究进展综述如下

1、混合式教学的起源和演变

“混合式教学”一词的确切起源尚不明确。然而，这个词的第一次是出现在 1999 年位于亚特兰大的 EPIC Learning 公司发布的一份新闻稿。这篇新闻稿对“混合式教学“的定义是模棱两可的。他们定义的“混合教学”意味着教师与学生共存的教学活动，也可能意味着教师进行网上的教学活动。[1] 2000 年以后，“混合教学”似乎出现了很多折衷的意义，例如：：Clark 提出它是使用两种或两种以上不同的训练方法。比如:混合课堂教学与在线教学，混合在线教学与教练或教员的指导，混合模拟结构化的课程，结合非正式会议的工作培训，混合通过电子学习活动进行管理培训。[2]2000 年到 2013 年的混合式教学是以“教师为中心”的技术应用与整合阶段，本阶段强调技术的应用对教学产生的影响，对混合式教学的定义停留于线上教学与线下教学按照一定比例的结合。现今，Singh 提出每个学习者的学习要求和偏好往往是不同的。组织必须在战略中混合使用学习方法，以便在正确的时间以正确的格式向正确的人提供正确的内容，旨在相互补充，促进学习和应用学习行为。[3]

2、混合式教学的概念

20 世纪初，国外就开始对混合式教学进行了研究，在此后十几年里，国外有关它的理论研究得到了迅速发展,混合式学习也有了很多版本的定义。目前在卫生职业教育中，Moradimokhles[4]等人将混合式学习定义为是一种将说教式教学与多媒体技术相结合的现代教学方式。这种方法在呈现内容方面是灵活的，学生可以获得额外的学习媒介，作为正式课堂教学、辅导课或实践的补充。

3、 Badrul Khan 的混合式教学理论框架

Badrul Khan[5]的混合教学框架，在这里称为Khan的八角形框架(图1)。Khan的框架旨在探索有效学习和绩效策略的组织必须考虑各种各样的问题，以确保学习的有效传递，从而获得高投资回报。系统地理解这些因素可以帮助教学设计者创造有意义的分布式学习环境。这些因素构成了八角框架。该框架有八个维度:制度、教学、技术、界面设计、评估、管理、资源支持和伦理。基于这个理论框架，Singh[3]提出混合式学习项目可能会结合以下一个或多个维度。例如：混合离线和在线教学，混合自学和协作教学， 混合结构和非结构化的学习， 混合自定义内容和现成内容教学， 混合学习、实践和绩效支持的教学。

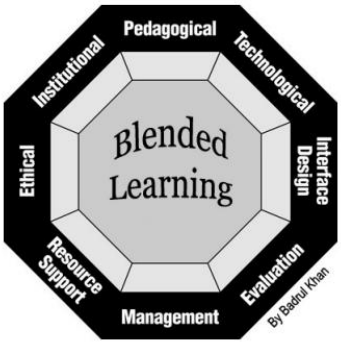

图 1

4、Kerres 和 Witt 的混合式教学理论框架

Kerres 和 Witt[6]提出了一个关于混合式教学通用框架。这个框架是基于一个 3C 模型所提出的，即，内容（Content），交流(Communication）和建构（Constructive）。本框架指出在混合式教学安排中，必须确定不同的教学方法和授课格式的混合。适当的解决方案必须符合教学参数，如学习目地和目标、内容特征、目标群体和情景/机构需求。这将可以描述为内容，沟通和建构性的组成一个教学环境。

5、Graham 等人的混合式教学理论框架

Graham 等人[7]的混合式教学理论框架是基于实施层面的。本理论框架主要包括三个关键要素：策略（Strategy）、结构（Structure）、支持（Support）。本框架可用于许多处于意识/探索阶段的高等教育机构希望过渡到教学的实施阶段。也可以使调查机构用来将混合式教学制度化的具体过程和干预措施。

6、职业混合式学习理论框架

Dewi 等人[8]近年来提出一个职业混合式学习理论框架。基于职业化发展的混合式教学的成功应用取决于人力资源、讲师和学生的能力。还要根据模型的需要设计教案，选择符合职业教育特点的教材。在学习媒体的情况下，需要道具，可以模拟实际的工作条件为了确定学习模式，本框架需要考虑教育模式、技术、教学方法、设施和基础设施的适用性。职业混合学习模型的框架描述了三个阶段，从计划、分析、设计或自我评估和原型作为实施阶段。该框架可作为发展职业教育混合式学习的必要基础。

7、混合式教学在护理教育中的应用

目前，混合式教学无论是对护理学科或是护生都取得了较多的应用成果。例如对于护理人际沟通课程，混合式教学把课堂学习和网络学习相结合能够有效缓解护理人际沟通课程课时少，课堂时间有限的矛盾，综合运用混合式教学，能提高护生的临床护理实践能力，人文关怀能力和护生对实践教学的效果评价。[9]张红和陈元金[10]在对内科护理学实施混合式教学后，发现此方法提高了护生的自主学习能力，加深了护生各学科间的知识联系，提高了其学习兴趣，使得课堂效果良好，还提高教师的教学水平、备课水平、使用智慧型教学软件的水平以及团队协作能力。在外科护理学教育中，运用该教学方式表明有效提高了学生的学习兴

趣、学习效率及能力形成终身学习的意识，并且该教学方式与临床护理工作紧密结合，护生通过案例的分析，情景模拟的演绎，促使护生将理论知识与临床相结合，增强护理操作技能。[11]对于护生来说，混合式教学能做到线上教学与下线教学互补，提高学习效果，提升护生综合素质。综上所述，这种教学方式对护理专业学生似乎是有效的，但在这一领域还需要更多的研究，以研究混合式教学在护理专业和护生教学中的有效性。

【参考文献】

[1] Friesen N. Report: Defining blended learning[J]. 2012.

[2] Clark D. Blended learning: An epic white paper[J]. Brighton: Epic Group plc, 2003.

[3] Singh H. Building effective blended learning programs[M]//Challenges and Opportunities for the Global Implementation of E-Learning Frameworks. IGI Global, 2021: 15-23.

[4] Moradimokhles H, Hwang G J. The effect of online vs. blended learning in developing English language skills by nursing student: an experimental study[J]. Interactive Learning Environments, 2020: 1-10.

[5] Khan B H. The global e-learning framework[J]. The Technology Source. May/June issue, 2003.

[6] Kerres M, Witt C D. A didactical framework for the design of blended learning arrangements[J]. Journal of educational media, 2003, 28(2-3): 101-113.

[7] Graham, C. R., Woodfield, W., & Harrison, J. B. (2013). A framework for institutional adoption and implementation of blended learning in higher education. *The internet and higher education*, *18*, 4-14.

[8] Dewi, K. C., Ciptayani, P. I., & Surjono, H. D. (2018). Modeling Vocational Blended Learning Based on Digital Learning Now Framework. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, *17*(2), 89-96.

[9] 刘会，陈晓庆，朱坤，等. 基于网络平台的混合式教学在护理人际沟通实践课程的应用[J]. 护理学杂志，2019，15.

[10]张红，陈元金. 混合式教学在内科护理学课程中的应用研究[J].大学教育,2019，9.

[11]李莲，王文文，廖武军. “互联网+” 混合式教学在外科护理教学中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2020，6.

叙事护理在临床护理实习带教中的应用现状及研究进展

昆明医科大学第一附属医院
杨涛　余婷

【摘要】叙事护理是一种以病人为中心的护理模式，它强调了护士和患者之间的沟通和信任关系，这种模式在护理实践中已经得到广泛的应用。其在临床护理中的应用具有很大的优势，可以提高患者治疗效果和生存质量，增强医患沟通关系。在护理专业实习生临床带教中，叙事护理也受到越来越多的关注。本文将以叙事护理在护理专业实习生临床带教中的研究为主题，介绍叙事护理的基本概念，探讨其在护理实习期间的应用以及优势，同时总结相关研究成果，希望能够为护理专业实习生临床带教提供一些借鉴和参考。

【关键词】叙事护理；应用现状；临床带教；

[Abstract]Narrative nursing is a patient-centered model of care that emphasizes the communication and trust relationship between nurses and patients, and this model has been widely used in nursing practice. Its application in clinical nursing has great advantages, which can improve the treatment effect and life quality of patients, and enhance the doctor-patient communication relationship. In nursing interns, narrative nursing also receives more and more attention. This paper will take the research of narrative nursing in the clinical teaching of nursing interns as the theme, introduce the basic concept of narrative nursing, discuss its application and advantages during the nursing practice, and summarize the relevant research results, hoping to provide some reference and reference for the clinical teaching of nursing interns.

[Key words] narrative nursing;application status;clinical teaching;

1、引言

随着医疗技术的不断发展和人们对健康的日益重视，护理专业也逐渐成为了医疗领域中不可或缺的一部分。在护理实习期间，临床带教是非常重要的环节，可以提高学生的实践能力和专业水平，使其更好地适应未来的工作[1]。叙事教育的目标是通过叙述、解释和重建教师和学生的故事和经历来进行教育和探索这是一种通过讲故事来整合思想以达到教育目标的方法。叙事护理是一种以病人为中心的护理模式，它强调了护士和患者之间的沟通和信任关系，这种模式在护理实践中已经得到广泛的应用。其在临床护理中的应用具有很大的优势，可以提高患者治疗效果和生存质量，增强医患沟通关系[2]。在护理专业实习生临床带教中，叙事护理也受到越来越多的关注。本文将以叙事护理在护理专业实习生临床带教中的研究为主题，介绍叙事护理的基本概念，探

讨其在护理实习期间的应用以及优势，同时总结相关研究成果，希望能够为护理专业实习生临床带教提供一些借鉴和参考。

2、叙事护理的概念

叙事护理的基本概念叙事护理是指通过叙述患者疾病过程中的个人经历和感受，来帮助患者理解自己的疾病，消除焦虑和恐惧，提高治疗效果的一种护理方式[3]。它强调患者的主体性和全面性，关注患者的情感需求和心理状态，以人为本的理念为指导，通过情感共鸣和沟通，建立起护士与患者之间的信任和理解。念叙事护理是一种以患者为中心的护理模式，它通过沟通和共享故事的方式，让患者感受到被听取和理解，从而建立更好的信任和合作关系。叙事护理的核心思想是[4]：护理不仅是技术和技能，更是人文关怀和情感支持。在叙事护理中，护士需要具备良好的沟通技巧和敏锐的洞察力，以帮助患者更好地理解自己的身体状况和需求。

3、叙事护理临床相关研究进展

20 世纪 90 年代初，美国人类学家迪克尔曼(Diekelmann1)首次将叙事教育方法引入护理教育，并表示叙事来自于教师和学生在学习和教学中的共同经历。随后，Charon2 在 2001 年首次提出了“叙事医学”的概念[5]。叙事教育是一种教学方法，其基础是通过解释性现象学对学生、教师和临床医生的生活经验进行解释学研究。2009 年美国一项研究显示在被调查的 125 所医学院校中至少有 69 所院校将叙事教育作为必修课程，可见叙事教育早已在国外如火如荼地开展起来了[6]。目前临床护理教育以行为主义为主，强调学生的实践能力，但缺乏文化教育。叙事教育所强调的人生经历有利于临床护理教育，在临床护理教育中的应用值得进一步肯定。2016 年，韩国一项研究探讨了叙事护理在癌症治疗患者中的应用，并发现通过叙事护理可以提高患者的生存质量和心理健康状况[7]。2018 年，美国一项研究通过比较普通护理和叙事护理的效果，发现采用叙事护理的患者治疗效果更好，恢复速度更快[8]。

虽然叙事护理在中国还没有形成一个明确的概念，但与随着时间的推移，国内的临床护理部门也开始了叙事护理被研究和讨论，并向更深层次和更大的模式周长扩大了。学者一致认为叙事护理是一种有效的治疗方法床上干预法，改善患者病情，营造和谐、温馨的护理病人和病人之间的关系是非常有益的[9]。然而，叙事护理在这个国家才刚刚开始流行，只是局限于各个部门的分散使用，并没有具体的规范实施叙事护理。深入的研究和讨论叙事护理，以尽快实现叙事护理在国内的规范化、合理化，促进叙事护理在临床护理中的整体应用。提高整体护理质量，使病人恢复得更好更快[10]。2019 年[11]，中国一项研究探讨了叙事护理在心理护理中的应用，并发现通过叙事护理可以有效减轻患者的焦虑和抑郁情绪，提高患者的心理健康水平。以上研究成果表明，叙事护理在临床护理中有着广泛的应用前景和优势，可以为患者提供更好的护理服务，同时也能够培养出具有高素质的护理专业人才。叙事护理在护理实践中有着广泛的应用，它可以帮助护士更好地与患者交流和沟通，提升病人的满意度和治疗效果[12]。具体来说，叙事护理可以帮助患者找到自己身体和心理问题的原因，

并且给予他们必要的情感支持和鼓励。同时，叙事护理也可以帮助护士更好地理解和感受患者的痛苦和困扰，从而提供更符合患者需求的护理服务。

4、叙事护理在护理专业实习生临床带教中的应用

提高护理实习生的沟通能力在护理实习期间，学生需要面对各种不同病情的患者，针对每个患者的个性化需求进行沟通。而叙事护理可以帮助学生更好地了解患者的生活背景和经历，了解其内心感受和情绪变化，从而更好地进行沟通和交流。促进学生的专业素养叙事护理注重个人经历和感受的表达，要求护士具备较强的情感共鸣能力和人文关怀意识。通过实践叙事护理，可以让学生更加重视患者的情感需求，提高他们对患者的关怀和尊重，培养出一批具有高度人文素养的护理专业人才[13]。增强护理实习生的实践能力叙事护理需要护士主动与患者交流，听取其讲述疾病经历和感受，并根据患者的需求进行针对性护理。这种交流过程可以提高学生的实践能力和专业技能，让他们在实践中逐步掌握护理技能，增强实际操作能力。叙事护理在实习生临床带教中的重要性在护理专业实习生的临床带教中，叙事护理具有重要的应用价值。实习生需要通过与患者的沟通和交流来了解他们的实际状况和需求，叙事护理可以帮助他们更好地理解患者的个人经历和需求。其次，叙事护理可以增强实习生与患者之间的信任感和互动效果，从而提高护理质量和满意度。叙事护理在实习生临床带教中的应用是多方面的，主要包括以下几个方面[14]：第一，实习生需要通过针对性的问题来引导患者讲述他们的病史、家族病史、情感状态等信息，以便更好地了解患者的身体和心理状态。第二，实习生需要在倾听和理解患者的同时，及时记录他们的情况和表现，并且向上级医生做出恰当的推荐和反馈。

5、叙事护理在实习生临床带教中的优势

叙事护理在实习生临床带教中有着诸多优势。首先，叙事护理可以帮助实习生更好地了解患者的身体和心理状况，提高他们的诊疗水平和能力。其次，叙事护理可以增强实习生与患者之间的信任感和互动效果，有助于建立更好的患者关系和促进患者治疗效果。第三，叙事护理还可以帮助实习生了解不同文化和背景的患者，提高跨文化沟通和合作的能力。建立良好的护士-患者沟通关系叙事护理着重强调护士与患者之间的感情沟通和情感共鸣，通过倾听患者讲述自己的病情经历和感受，帮助患者消除恐惧和焦虑，建立起相互信任和尊重的关系，提高患者治疗的合作性和满意度[16]。提高患者治疗效果通过叙事护理，可以让患者更深刻地理解自己的疾病和治疗过程，消除不必要的恐惧和焦虑，从而更加积极地配合治疗，提高治疗效果。

培养护士的人文关怀意识，叙事护理强调了护士对患者情感需求的重视，让护士更加注重患者的个人经历和感受，倡导人文关怀的理念。这样不仅可以提高患者满意度，也可以让护士在实践中逐渐培养出高度人文关怀意识，成为具有专业素养的优秀护理人员。

叙事护理成为一种以患者为中心的护理模式，在护理专业实习生临床带教中具有重要的应用价值。通过叙事护理，实习生可以更好

地了解患者的需求和状态，提高护理质量和满意度，促进患者的健康恢复和治疗效果[17]。因此，在日后的护理实践和专业学习中，我们应该更加注重叙事护理的应用和发展，为护理事业的进一步发展做出贡献。

6、叙事教育对我国护理学发展的启示

6.1 培养护理人员的叙事能力，帮助护患之间进行有效沟通

在临床工作中，护士与患者接触最多，更容易发现患者的精神变化和需求。护患之间发生矛盾，有时候正是由于护士未能够很好地理解和回应患者。如果能培养护士的叙事能力，让护士和患者之间进行有效的沟通，通过交流让护士及时发现患者的需求和困难，不断反思自己的护理行为，那么将极大促进护患关系朝着更好的方向发展。因此培养护生和临床护士的叙事能力是大势所趋，但目前国内尚未针对此问题制定标准化的教学模式，这就需要相关研究者加大研究力度，早日构建培养护理人员叙事能力的教学模式。

6.2 弥补不足，创建符合我国文化和护理学科特点的叙事教育方式

叙事教育在我国的开展才刚刚起步，叙事素材不够广泛和新鲜，缺乏创造力，主要依托于西方艺术作品。在以往的开展的护理叙事教育中，教师多借鉴国外的文学作品，由于文化背景和意识形态的不同，学生有时并不能很好地理解这些素材的深刻意义，从而导致教学目的无法达成。因此今后我们应结合我国文化和护理学科特点，建立具有中国特色的护理叙事素材资源库。此外护理叙事教育师资建设和教学评价体系尚不完善，这就需要护理研究者汲取国外经验，创建符合我国社会需求的师资队伍和质量评价工具。

小结

叙事护理是一种以情感共鸣和沟通为核心的护理方式，在护理实习期间可以帮助学生提高沟通能力、专业素养和实践能力。其在临床护理中的应用具有很大的优势，可以提高患者治疗效果和生存质量，增强医患沟通关系。未来，我们需要更多的研究来探讨叙事护理的应用范围和深度，为护理专业的发展和提升贡献力量。

【参考文献】

[1] 邬敏,郭玉芳,许宝惠.国内叙事护理研究现状及趋势的可视化分析[J].全科护理,2023,21(08):1035-1040.

[2] 袁翠红,汪为聪,汤凌平,王林,周月.叙事教学在高职护理学导论课程中的应用[J].卫生职业教育,2023,41(05):35-37.

[3] Villar Feliciano,Westerhof Gerben J.. A conversational, small-story approach to narrative care for people with dementia living in care institutions: Strategies and challenges[J]. Journal of Aging Studies,2023,64.

[4] 胥昕延,赖即心,蒋文静,李海霞,余欣欣.叙事疗法研究进展[J].护理学报,2023,30(03):51-56.

[5]Gonçalves Isabel,Mendes Diana Arvelos,Caldeira Sílvia,Jesus Élvio,Nunes Elisabete. The Primary

Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health,2023,20(3).

[6] Ferri Grace M,Morgan Sarah,Pasco John Carlo,Restrepo Jessica,Demers Lindsay,Young Megan E,Jindal Shivani K. Listening more and measuring less: Student and faculty perspectives on social narratives in care for older adults.[J]. Journal of the American Geriatrics Society,2023.

[7] Picard Christopher,Kleib Manal,Norris Colleen,O'Rourke Hannah M,Montgomery Carmel,Douma Matthew. The Use and Structure of Emergency Nurses' Triage Narrative Data: Scoping Review.[J]. JMIR nursing,2023,6.

[8] 刘玲,高立硕,陈美芳,阚燕,张丽.选修《叙事护理》的护理本科生对该课程期待体验的质性研究[J].上海护理,2023,23(01):58-61.

[9] 赵茹,吕婷.叙事护理对脑出血康复期患者焦虑、抑郁状态的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(01):134-136.

[10]卢健,凌燕兰,罗小琼,李小妹,陈玉科.叙事护理模式对不孕症患者相关压力和生活质量的影响研究[J].中国社区医师,2022,38(36):120-122.

[11]唐文帅,喻爱芳,高燕,马香,李勇,张思容.叙事护理在护理专业本科生临床见习中的应用效果研究[J].华夏医学,2022,35(06):194-197.

[12]武彩霞.叙事护理实践临床应用研究进展[J].黑龙江医学,2022,46(23):2941-2944.

[13]Yuwei Huang. The Application of Narrative Education in Developing Professional Attitudes of Undergraduate Nursing Students[J]. Adult and Higher Education,2022,4(12).

[14]周立恒,李阿敏,汪苗,张彩侠,王莹,张惠娟,李梦,王丽伟.不同级别医院护士叙事护理知信行现状及影响因素分析[J].安徽医学,2022,43(06):707-711.

[15]程青云,张艳,田雨同,刘珍,许冰.叙事护理现状及发展对策思考[J].护理管理杂志,2022,22(06):441-445.

[16]陈琼,周洁.叙事护理临床应用的研究现状[J].医学食疗与健康,2021,19(06):213-214.

[17]刘金秀,张敏,郭小庆.护生临床实习适应现状及干预研究[J].当代护士(中旬刊),2021,28(03):14-16.

老年住院患者衰弱的预防管理研究进展

1、云南大学附属医院 2、大理大学 3、云南中医药大学 4、昆明医科大学
黄容[1,2] 李敏嘉[3] 石蕊[4] 陶媛[4] 姬卫云[1,2] 段宝凤[1*]
云南 昆明 650000

【摘要】衰弱是常见的老年临床综合征之一,近年来逐渐成为老年医学领域的研究热点。衰弱可增加老年人跌倒、住院甚至死亡等一系列不良事件发生的风险,因此,及时识别和采取措施干预衰弱对于改善老年人的健康状况、减轻社会医疗体系的压力有重要的现实意义。本文将针对住院老年患者衰弱的识别及预防干预策略等方面进行综述,介绍在老年衰弱人群中护理干预的研究进展,旨在为后续临床医护人员对衰弱进行干预的研究提供参考依据。

【关键词】衰弱；老年；预防；护理；

[Abstract]Frailty is one of the common clinical syndromes of the elderly, which has become a hot research topic in the field of geriatrics in recent years. Frailty can increase the risk of a series of adverse events such as falling, hospitalization and even death in the elderly. Therefore, timely identification and intervention of frailty is of great practical significance for improving the health status of the elderly and alleviating the pressure on the social medical system. This paper will review the identification and prevention intervention strategies of frailty in hospitalized elderly patients, introduce the research progress of nursing intervention in the elderly frailty population, in order to provide reference for the follow-up study of clinical medical staff on frailty intervention.

[Key words[Frailty; Elderly; Prevention; nursing;

人口老龄化是当前国际社会面临的一个严峻的公共健康问题，目前世界范围内老龄人口正在迅速增长,预计到 2050 年世界老年人口将达到 20 亿[1]。中国现已成为世界上老年人口最多的国家，也是人口老龄化发展速度最快的国家之一。据联合国统计，到本世纪中期，中国将有近 5 亿人口超过 60 岁,而这个数字将超过美国人口总数[2]。据第七次人口普查资料数据[3]，2020 年我国 60 岁及以上人口有 2.6 亿人，占总人口的 18.70%。其中，65 岁及以上人口 1.9 亿人，占总人口的 13.50%。目前，衰弱是影响老年群体健康的主要因素，它的发生与多种不良健康结局有关，例如跌倒、骨折、感染、自杀，甚至死亡等。衰弱已成为现代老年医学领域研究的热点,受到国内外学者的广泛关注。

1、老年衰弱概述

虚弱(Frailty)是一种复杂的老年综合征，是人体内多个系统生理功能和储备的进行性下降，也是老年人群面临的一个最具挑战性的临床问题。衰弱作为医学科学中的一个新概念，目前尚无统一的定义。2004 年美国老年医学会/国立衰老研究所将老年衰弱描述为“由于年龄

相关神经肌肉、代谢和免疫系统的生理储备下降，从而更易受应激因素影响的状态”[4]。2017 年发布的一项专家共识[5]把衰弱定义为老年人生理储备下降导致机体易损性增加、抗应激能力减退的非特异性状态。目前，普遍采用的是 Fried 等[6]于 2001 年提出的虚弱概念作为基础，认为虚弱是以体质量减轻、握力减退、步速减慢、体力活动减弱、自觉疲惫感等 5 种表型共同构成的症候群。随后 Rockwood 等[7]在 2007 年对虚弱的概念做出补充，认为虚弱不只是上述 5 种表型简单的组合，而是疾病、健康不良事件、各种功能下降在时间上的积累。

医疗机构中老人衰弱患病率高于社区老人[5]。杨帆等[8]于 2018 年采用虚弱表型（Phenotype of Frailty，FP）量表探讨中国西南地区 3 所医院内科年龄≥60 岁住院患者的衰弱患病率及其影响因素，结果调查的 1 400 例患者中衰弱患病率为 18.0%，衰弱前期患病率为 32.7%，而年龄、BMI、低收入、自我健康评估、认知障碍、抑郁、残疾、过去 1 年跌倒史、服药数量是衰弱的影响因素。许春秀等[9]运用Tiburg衰弱评估量表对500名健康体检的老年人进行衰弱评定，共有 131 例老年人符合衰弱标准，衰弱发生率为 26.2%；田鹏等[10]在 2019 年针对中国人群老年衰弱进行了系统综述，研究显示医院人群衰弱患病率为 22.6%，显著高于社区人群，且年龄越大患病率越高。王湾湾等[11]于 2021 年的研究中采用 FRAIL 量表对老年科 352 名患者进行衰弱评估，结果显示，老年住院患衰弱发生率为 25.1%，与李晓飞等[12]的研究结果相似。衰弱会增加老年人跌倒、住院、死亡等不良事件的发生风险。因此，及时识别衰弱并采取针对性的干预措施能够改善老年群体的健康状态，并减轻医疗体系的压力。

2、老年衰弱的评估与筛查

早期识别衰弱是衰弱管理中的重要一环。目前已有多种工具用于评估老年衰弱，但尚缺乏公认的“金标准”，且各种工具的测量方式也并不相同。《亚太老年人衰弱管理临床实践指南》推荐应用经过性能验证的监测方法有效识别衰弱[13]。目前，世界范围内常用的衰弱评估工具为 Fried’s 衰弱表型（frailty phenotype，FP）[6]和 Rockwood、Mitnitski 的衰弱指数（Frailty Index，FI）[7]。

2.1 Fried’s 衰弱表型（FP）

Fried’s 衰弱表型（FP）将虚弱描述为一种特定表现的生物综合征，其中至少满足以下五个标准中的三个则认为是衰弱:无意识的体重减轻、自觉疲惫、握力减退、步行缓慢和低体力活动水平，而只满足其中一至两条标准则为衰弱前期。衰弱表型的研究为社区老年人的衰弱提供了一个潜在的标准化定义，也为衰弱区别于共病和残疾提供了证据，为衰弱和高危患者的临床评估提供了潜在的基础。在研究和临床实践中，虚弱表型是一种被很好地验证和最常用的测量方法。但该研究把帕金森病、卒中史、认知功能异常及抑郁患者排除在外，且在临床使用时部分变量不易测量，在该标准中也未包含其他重要系统功能障碍的变量。

2.2 衰弱指数（FI）

衰弱指数（FI）的评估是基于健康缺陷理论发展而来，也称为缺陷累积的评估方法。FI 指个体在某一个时点潜在的不健康测量指标占所有测量指标的比例。FI 认为虚弱是生命过程中健康缺陷累积造成的一种非特异性风险增加状态，反映了多系统生理变化和患者存在的潜在缺陷的比例，这些缺陷可以是症状、体征、

疾病、残疾、实验室、放射学或心电图异常和社会特征，它能够定量的总结出脆弱性。衰弱指数认为衰弱是多因素和动态的，是死亡率的一个强有力的预测因子。以上两种评估方法均可预测死亡、失能、跌倒、手术及住院的风险，在亚太地区广泛应用。

2.3 Frail 量表

衰弱（Frail）量表是 2008 年由国际营养、健康及老年工作组的老年专家团提出的，适用于临床老年衰弱人群的筛查[14]。该量表完全基于患者的自我陈述，不受身体功能受损等意外状况的影响，使用简单方便且可操作性强，可较好反应老年人的衰弱状况。我国学者卫尹[15]和景冬梅等[16]将 Frail 量表进行了汉化和信效度检验，中文版衰弱量表 Cronbach’α 系数为 0.725～0.826，均具有较好的信效度，可作为中国老年患者衰弱风险的筛查工具，为有效识别衰弱人群并提早进行干预提供了可能。

2.4 综合老年医学评估(Comprerehensive Geriatric Assessment，CGA)

近年来，基于遗传、生物、功能、认知、心理和社会经济等多个领域(也称为维度)之间的和谐互动缺失,并最终导致体内平衡不稳定,在此基础上出现了综合老年医学评估（CGA）这一新的衰弱模型[17]，它可以从多个维度捕捉老年人评估老年人的躯体健康、功能状态、心理和社会环境状况。该工具已被应用于不同的临床环境和几个患有特定急慢性疾病的老年人队列中，其结果与 FI 高度相关，在根据死亡风险和其他负面健康结果(即住院)对人群进行分层时始终显示出极佳的准确性，能较好地预测死亡和入院需求[18]，这可能有助于老年衰弱患者的临床决策管理。

2.5 其他筛查工具

应巧燕等[19]的研究总结了目前关于老年人衰弱筛查和评估的有关证据，研究结果要求在任何与老年人存在互动的临床情境下均应对其进行衰弱筛查，其中躯体功能、步速和认知功能是最常用来识别衰弱的指标，其次是体质量下降、日常生活能力和营养状况（A 级推荐），但尚没有权威统一的工具。天津中医药大学的杨丽峰等[20]基于现有衰弱评估量表，以 Gobbens 衰弱模型为理论指导，通过专家函询编制了新的老年人衰弱评估量表，总量表 Cronbach’sα 系数为 0.952,重测信度为 0.937，具有良好的信效度,可用于我国老年人衰弱水平的评估。

3、老年衰弱预防及护理管理

目前老年衰弱的预防和治疗尚处于初步探索阶段，缺乏特异性的临床试验研究，但早期识别衰弱并进行干预对于改善患者预后及提高其生存质量具有极大的指导意义。指南[21]强烈推荐针对衰弱患者实施综合的护理计划，其内容包括多药治疗、肌肉减少症的治疗、针对体重减轻的治疗和疲惫的治疗等。

3.1 共病及用药管理

陈近近[22]通过回归分析结果显示：存在有两种及以上疾病的老年住院患者，其认知衰弱的发生率更高。一体多病是衰弱的潜在因素，如抑郁、心力衰竭、肾衰竭、认知功能受损、糖尿病、视力及听力问题等，均可促进衰弱的发生与发展。衰弱的预防和治疗应包括积极管理老年人现患共病,尤其重视处理可逆转疾病。临床医护人员应多关心共病老年衰弱患者，以延缓老年住院患者认知衰弱的进展，改善身体和认知功能，提升患者晚年生活质量。有研究发现，多药和抗胆碱能药物的使用与老年人衰弱独立相关[23, 24]。评估衰弱老人用药合理性并

及时纠正不恰当用药，建议临床根据 Beers、STOPP 及 START 标准评估衰弱老人的用药情况，减少不合理用药，对改善衰弱具有较好效果[25]。

3.2 营养支持

营养通常被看作是衰弱的衡量标准和预后的预测指标。指南推荐给予体重下降的衰弱患者能量和蛋白质补充，同时，建议给衰弱老年人补充必需氨基酸。有研究[26]报道,补充富含亮氨酸的必需氨基酸可以改善老年人的生理功能。老年人蛋白质摄入需求高于年轻人，欧洲营养和代谢学会(European Society for Clinical Nutrition and Metabolism,ESPEN)建议每天摄入至少 1.2 g/kg 体重的蛋白质,且营养不良者应增加到 1.2 g/kg 体重～1.5 g/kg 体重，且蛋白质的摄入量应结合肾功能情况调整[27]。近期的临床试验显示，多种干预手段的结合应用可能有益于老年衰弱的预防，例如在补充摄入蛋白质的同时进行抗阻训练等[28]。维生素 D 缺乏在衰弱患者中较为普遍。老年人可能由于活动困难等因素造成日晒时间偏少;同时,老年患者皮肤中的维生素 D 合成能力下降。为了优化维生素 D 的摄入,建议老年人外出时暴露双手和手臂数分钟,并且选择在冬季的中午和夏季上午或下午紫外线指数低的时间外出，以减少紫外线带来的伤害。研究显示，对于维生素 D 缺乏的老年人，补充维生素 D 可减少死亡、跌倒、骨折等风险[29]。但对于老年衰弱患者，补充维生素 D 是否有益目前尚未达成共识。

3.3 身体活动

身体活动（Physical Activity,PA）被认为是健康老龄化的重要预测因子。Venicius 等[30]的研究指出，衰弱在老年人中更为普遍，他们表现出身体活动不足、久坐不动的行为。随着年龄的增长，身体功能包括有氧能力、肌肉功能和姿势平衡等出现恶化，并导致日常生活活动能力(ADL)受损[31]。Marina 等[32]的研究中把低体力活动定义为：男性每天消耗低于 383 卡，女性每天消耗低于 270 卡，相当于老年人能量消耗的最低五分之一。其所在的老年多病与心理健康调查小组采用多成分运动方案对年龄 60 岁以上的老年人进行了为期 12 周多成分运动方案的干预及 3 个月的随访，研究发现由手臂和腿部力量练习、防止跌倒的平衡协调及柔韧性练习、心血管耐力(即步行)练习组成的多成分方案的运动干预不仅能改善维持老年人身体功能的参数，改善平衡和预防跌倒，而且可以降低慢性炎症的生物标志物水平。

功能衰退在住院的老年患者中很普遍，尤其是急性期住院的老年患者。西班牙学者 Nicolás Martínez-Velilla 等[33]研究表明，在急性住院期间应用包括个体化的中等强度阻力训练、平衡和步行的早期运动康复方案可以预防老年患者身体功能和认知功能的下降。Elizabeth 等[34]研究也指出，身体活动可以预防肌肉减少症、骨质疏松症、跌倒和许多其他阻碍健康衰老的疾病，可以提高行动能力、认知能力和独立功能，让老年人从有氧、力量、柔韧性和平衡训练中受益。因此，医护人员可根据患者的具体情况制定适合老年人的身体活动方案，鼓励老年人积极参与锻炼，改善其日常活动能力，以减缓身体功能退化。

3.4 多学科联合干预

老年衰弱患者的护理应以患者为中心，强调多学科团队合作，对衰弱老人进行评估和管理。多学科团队成员应包括老年科医生、护理人员、临床药师、康复治疗师、营养师、专科

医师和社会工作者。老年衰弱患者的照护应以提高功能为目标，使衰弱老人从中受益。同时医疗护理模式应实现个体化，强调尊重老年人意愿、维护老年人自己的价值观[5] 。

4、小结与展望

老年衰弱涉及到多系统的生理学变化过程，为老年人从生理、心理以及社会支持等多个方面进行健康指导，对延缓老年人衰老和提高老年人生活质量具有积极意义。当前研究要求对住院的老年患者进行衰弱筛查，但尚没有权威统一的评估工具，也缺乏大样本的临床干预研究。未来研究需根据我国实际情况，探索多学科合作的干预新方法，制定适合我国老年衰弱患者评估和干预的标准流程，建立符合我国老年衰弱患者实际情况的综合照护体系，促进健康老龄化的实现。

【参考文献】

[1] 周敏,韩景,薛敏. 住院老年手术患者术前衰弱及其危险因素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2020,36(31):2439-2444.

[2] 周国庆,彭巧玲,段立晖. 老年虚弱的研究进展[J]. 临床神经病学杂志, 2017,30(4):316-319.

[3] 童玉芬. 中国人口的最新动态与趋势—结合第七次全国人口普查数据的分析[J]. 2021,35(4):15-25.

[4] Walston J, Hadley E C, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2006,54(6):991-1001.

[5] 郝秋奎,李峻,董碧蓉等. 老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2017,36(3):251-256.

[6] Fried L P, Tangen C M, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001,56(3):M146-M156.

[7] Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2007,62(7):722-727.

[8] 杨帆,陈庆伟. 老年住院患者衰弱状态及其影响因素分析研究[J]. 中国全科医学, 2018,21(2):173-179.

[9] 许春秀,孟超. 老年人衰弱的发生率及危险因素分析[J]. 山西医药杂志, 2019,48(6):650-652.

[10]田鹏,杨宁,郝秋奎等. 中国老年衰弱患病率的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2019,19(6):656-664.

[11]王湾湾,李园园,石小天等. 老年住院患者衰弱的影响因素...及其与营养不良的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2021,24(6):678-684.

[12]李晓飞,陈芳芳,陈旭. 老年住院病人衰弱的影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2019,39(04):970-974.

[13]褚娇娇,陈旭娇,严静. 亚太老年人衰弱管理临床实践指南解读[J]. 中华老年医学杂志, 2019,38(11):1213-1214.

[14]Lopez D, Flicker L, Dobson A. Validation of the frail scale in a

cohort of older Australian women[J]. J Am Geriatr Soc, 2012,60(1):171-173.

[15]卫尹,曹艳佩,杨晓莉, 等. 老年住院患者衰弱风险筛查工具的汉化及信效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2018,34(20):1526-1530.

[16]景冬梅,沈冲,莫永珍,等. 中文版衰弱量表在老年衰弱评价中的信效度研究[J]. 护士进修杂志, 2021,36(9):784-788.

[17]Pilotto A, Custodero C, Maggi S, et al. A multidimensional approach to frailty in older people[J]. Ageing research reviews, 2020,60:101047.

[18]焦静,应巧燕,刘华平,等. 老年人衰弱状态筛查与评估工具研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2019(18):2361-2364.

[19]应巧燕,刘华平,郭新颖,等. 老年人衰弱筛查和评估的证据总结[J]. 护理学杂志, 2017,32(1):95-98.

[20]杨丽峰,杨洋,张春梅,等. 老年人衰弱评估量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2017,52(01):49-53.

[21]Gosselink R. Appraisal of Clinical Practice Guideline: Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management[J]. J Physiother, 2022,68(1):75.

[22]陈近近. 老年住院患者认知衰弱现状及影响因素研究[D]. 河南大学, 2020.

[23]Herr M, Sirven N, Grondin H, et al. Frailty, polypharmacy, and potentially inappropriate medications in old people: findings in a representative sample of the French population[J]. Eur J Clin Pharmacol, 2017,73(9):1165-1172.

[24]Ruiz S J, Cevallos V, Baskaran D, et al. The cross-sectional association of frailty with past and current exposure to strong anticholinergic drugs[J]. Aging Clin Exp Res, 2021,33(8):2283-2289.

[25]Herr M, Robine J M, Pinot J, et al. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people[J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2015,24(6):637-646.

[26]Bauer J M, Verlaan S, Bautmans I, et al. Effects of a vitamin D and leucine-enriched whey protein nutritional supplement on measures of sarcopenia in older adults, the PROVIDE study: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial[J]. J Am Med Dir Assoc, 2015,16(9):740-747.

[27]Bounoure L, Gomes F, Stanga Z, et al. Detection and treatment of medical inpatients with or at-risk of malnutrition: Suggested procedures based on validated guidelines[J]. Nutrition, 2016,32(7-8):790-798.

[28]Landi F, Cesari M, Calvani R, et al. The "Sarcopenia and Physical fRailty IN older people: multi-componenT Treatment strategies" (SPRINTT)

randomized controlled trial: design and methods[J]. Aging Clin Exp Res, 2017,29(1):89-100.
[29]Morley J E, Vellas B, van Kan G A, et al. Frailty consensus: a call to action[J]. J Am Med Dir Assoc, 2013,14(6):392-397.
[30]Da S V, Tribess S, Meneguci J, et al. Association between frailty and the combination of physical activity level and sedentary behavior in older adults[J]. BMC Public Health, 2019,19(1):709.
[31]St J P, Tyas S L, Menec V, et al. Multimorbidity, disability, and mortality in community-dwelling older adults[J]. Can Fam Physician, 2014,60(5):e272-e280.
[32]Marina Petrella I A R L. The effect of a multicomponent exercise protocol on inflammatory profile and physical performance of older adults[J]. BMC Geriatrics, 2021.
[33]Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial[J]. JAMA internal medicine, 2018,179(1):28-36.
[34]Eckstrom E, Neukam S, Kalin L, et al. Physical Activity and Healthy Aging[J]. Clinics in geriatric medicine, 2020,36(4):671-683.

维持性血液透析合并营养不良患者护理的研究进展

1、云南大学附属医院 2、云南中医药大学护理学院 3、大理大学护理学院 4、昆明医科大学护理学院

李敏嘉[1.2] 黄容[3] 石蕊[4] 陶媛[4] 段宝凤[1*]

【摘要】回顾影响维持性血液透析患者营养状况的因素及干预措施，为进一步制定护理干预措施提供参考和理论依据，以期改善患者的营养状况。

【关键词】维持性血液透析；营养不良；护理；研究进展；

[**Abstract**]To review the factors and intervention measures affecting the nutritional status of maintenance hemodialysis patients, and to provide reference and theoretical basis for the further development of nursing intervention measures, in order to improve the nutritional status of patients.

[**Key words**]maintenance hemodialysis; Malnutrition; Nursing; The research progress;

维持性血液透析（*maintenance hemodialysis*,MHD）是终末期肾脏疾病（*end-stage renal disease,ESRD*）病人最主要的治疗方式,对延长病人的生命有重要意义。目前，在全球范围内有超过 300 万人接受透析治疗[1]。我国接受维持性血液透析的患者已突破 60 万人[2]，且逐年递增。随着透析技术的发展，MHD 病人的生存期得到了延长[3]，透析所引发的问题也随之出现，营养不良是 MHD 患者常见且难以纠正的并发症之一,国外研究显示，69% MHD 患者存在不同程度的营养不良[4]，在我国 MHD 患者营养不良的患病率为 30.0%-66.7%[5]。营养不良已经成为导致维持性血液透析患者死亡的独立危险因素[6]。因此，本研究将 MHD 患者营养不良的影响因素及干预措施综述如下,以期为进一步的研究提供参考。

1、MHD 病人营养不良的影响因素

1.1 饮食依从性

饮食依从性是指避免因饮食不节而引发相关并发症造成患者住院率及额外透析次数增加，而是否遵循医嘱健康饮食方案的一种情况[7]。病人遵医行为差、知识缺乏、健康教育不到位会影响其治疗依从性及预后[8]。饮食不依从是 *MHD* 患者营养摄入不足的主要原因[9]。

1.2 焦虑、抑郁

维持性血液透析病人因透析改变了他们在家庭及社会中的角色，需要放弃工作，接受日复一日的治疗，重复住院，导致家庭经济困难[10]，经济状况的下降是一个非常重要的问题，经常导致进一步的改变：生活方式或习惯性的改变，甚至放弃爱好[11]。患者角色的强化、家属心理和行为状态的转变极易导致患者产生绝望的心态，造成患者产生较多的心理障碍，日常生活和社会角色的转变使患者产生许多不良心理情绪，其中最常见的是焦虑和抑郁。抑郁症和焦虑症在接受血液透析的患者中非常普遍[12]，*Vasilopoulou C*等研究结果表明，47.8%的人有高焦虑症，38.2%的人有高抑郁水平[13]。抑郁和焦虑是维持性血液透析患者营养状况的主要影响因子[14]，这些不良情绪通过影响患者的食欲使患者营养摄入减少而加重营养不良[15]。

1.3 年龄

MHD 患者随着年龄的增长牙齿松动，胃肠道的运动或分泌功能减退，影响了食物的摄入量[16]。既往研究结果显示，与成年 MHD 患者相比年龄≥65 岁的老年 MHD 患者营养不良发生率较高且营养状况较成年患者差[17, 18]。卓银霞[19]等研究表明，老年 MHD 病人营养状况差，可能与老年病人机体代谢紊乱、组织器官衰退、运动量减少、牙齿脱落有关。随着年龄的增长，老年维持性透析病人机体功能衰退，各组织器官逐渐老化，胃肠功能减退可影响营养物质的吸收和消化；老年维持性透析病人多有其他合并症，丧偶和退休等原因可导致其社会支持减少，引起不同程度的抑郁、焦虑等心理问题，促进营养不良的发生。

1.4 社会支持

社会支持是个人的相互关系,保护他/她免受压力，减少疾病带来的困扰，并创造一种心理和身体的幸福感，对透析患者的生活有深远的影响，它通常由家庭成员、朋友、和任何相关人员提供[20]。有研究显示，社会支持水平是维持性血液透析病人营养风险发生的影响因素[14]。张颖君等[21]研究结果显示，82.5%的维持性血液透析病人处于中低等水平社会支持。在慢性病影响的调节因素中，社会支持突出地具有与个人健康直接成正比的影响[22]和较低的

发病率和死亡率，它吸收了社会心理和身体压力的影响，有助于促进健康行为，以及慢性病的控制和适应，它也对适应疾病和健康恢复的过程有影响。维持性透析病人长期依靠透析治疗来维持生命，大部分病人无稳定工作，不能较好的回归社会，并且日常活动能力下降，探访亲友、聚会等日常社会活动受到不同程度的影响，获得社会支持的机会减少，易产生负性心理，心态较为消极，认为自己是家庭、社会的负担，导致病人出现营养物质摄入不足、厌食、食欲减退等情况，引起营养不良的发生[9]。

2、改善 MHD 病人营养不良的干预措施

2.1 加强饮食管理，改善营养状况提高生活质量

营养状况直接影响患者生活质量及并发症的发生，需要通营养教育过或饮食指导提高患者对营养治疗的认识和依从性[23]。营养干预的方法较多，由于个人饮食习惯、摄食量和病情等的差异性，营养干预应当建立在个性化的基础上[24]。在制定实用的、个性化的营养策略和建议时，需要根据患者的饮食需求确定并综合其个人和文化偏好，以循序渐进的方式强调对患者有切实好处的饮食教育,可以更好的调整、激励和接受饮食变化[25]。曹亚娟等[23]研究发现，除了采用传统健康教育以外，结合营养与膳食讲座、病友会、饮食 *DIY* 活动等互动方式，提高患者参与度、认知度和依从性，结合多种模式的饮食行为干预一定程度上能改善患者预后和营养状况。曾金萍等[26]研究发现，病人参与饮食管理模式，以病人为中心，医护人员为其提供信息支持及护理指导，让病人参与到饮食管理过程中，了解饮食管理的作用，提高病人饮食依从性，有效改善病人营养状况，提高病人生活质量。

2.2 实施认知行为干预，改善焦虑抑郁情绪

认知行为干预（*Cognitive Behavioral Inventation，CBI*）是在临床护理实践中，由护理人员全面评估患者对疾病和自我的观点与态度，通过各种方法对患者不正确的认知进行矫正，并结合行为训练改变患者不恰当的行为方式，减轻精神因素的影响，帮助患者相对正确地评价自己的身体状况与健康状态[27]。多项研究表明[28-30]：认知行为干预可以帮助 *MHD* 患者改善抑郁和焦虑症状。（1）心理干预: 护士主动与患者交流，观察患者心理变化，提供针对性心理咨询，转移患者注意力，在保持冷静的同时，也和他们一起演奏轻快的音乐。他们在透析后恢复过来，并呼吁分享他们的经验，以消除担忧，建立治疗信心，减轻痛苦和抑郁。（2）认知干预:为患者制定个体化健康指导计划,围绕慢性肾衰竭发生机制、危险因素控制方法、调整及维持健康心态、血液透析目的及意义,指导患者及时发现问题,管理自身情绪等,提升患者对疾病及透析的认知水平。（3）运动行为干预: 帮助患者制定个性化的培训计划，支持和引导患者进行有氧运动，如爬楼梯、徒步旅行、自行车、太极拳等，并鼓励家属参与对患者的护理，发挥监督作用。认知行为干预通过改变患者错误的认知,帮助患者树立信心，纠正其不良习惯，培养健康理性的思维方式，传授患者应对焦虑抑郁的技巧,从而改善其焦虑抑郁情绪[31, 32]。

2.3 老年 MHD 患者定期评估,指导其饮食、运动增强体质

在临床工作中，应当注重对高龄患者进行着重护理，对其普及相应的肾病营养知识，由营养科医护人员对患者的具体膳食情况提出改

善建议，嘱咐患者正常进食，保持健康良好的心态，以避免和缓解营养不良给血透患者带来的不良影响[33]。护理人员应每 1 ～ 3 个月监测患者的生化指标,并结合 *MQSGA* 评价患者的营养状况，及早发现患者营养不良的现象，尽早给予膳食营养指导和护理干预，指导其进食清淡、易消化的食物，保证蛋白质、 钙、维生素的摄入，减少胆固醇和饱和脂肪酸的摄入。改善患者的营养状况。鼓励患者积极参与运动康复，坚持适量运动，改善肌肉的质与量，从而提高患者生活质量，提高生存率[16]。邹金华等[34]研究发现，老年 MHD 患者通过适量的运动锻炼能有效缓解焦虑、抑郁情绪，对增加食欲有良好的促进作用。

2.4 给予社会支持，有效面对压力

MHD 患者的心理状况经常受到来自社会和家庭的影响。社会支持能帮助患者有效应对压力，减少疾病带来的困扰，对患者透析治疗的依从性产生积极影响[35]。社会支持包括物质支持和情感支持，本研究主要描述的是情感支持对 MHD 患者的影响。家庭成员对疾病的适应程度似乎对增强患者的社会支持起着至关重要的作用[36]。良好的社会支持缓解了 MHD 患者的不良情绪，提高了其适应社会的能力，促进了营养物质的摄入[37]。社会及家庭的支持不仅能减轻病人的心理负担，还能增强机体的免疫力，有利于病情的治疗和维护。所以 *Silva* 等人建议将社会支持纳入护理规划中[38]。护士应主动协助病人建立有效的社会支持系统，如提供疾病相关信息支持，透析并发症预防的相关知识等；其次，协助病人获得社会互动性支持，如与病人家属进行沟通，促使其与病人多谈心交流，鼓励病人与亲朋好友互动，多参加社会休闲娱乐活动，避免病人发生社会隔离[39]；临床医务人员应当对血液透析患者的社会支持状况有一定的了解,帮助患者获取更多的社会支持，鼓励患者充分利用社会支持资源。同时加强对患者家属尤其是主要照顾者的健康教育，使患者能获得高质量的健康教育[40]。

3、小结

维持性血液透析病人营养不良状况普遍存在，这不仅影响了患者的生活质量，还可能危及生命。目前，帮助患者改善营养状况是亟待解决的问题。现存的针对 MHD 营养不良患者的护理方案仍有不足，需要进一步的探讨。由于饮食习惯、年龄、社会角色、心理压力的不同，影响 MHD 患者营养状况的因素也就不同，需要护理人员在日常工作中多关心了解患者，结合患者个体的饮食习惯、心理状况、年龄、社会支持等具体情况，制定出适合每一位患者的有针对性的护理方案。

【参考文献】

[1] Iyasere O, Brown E, Gordon F, et al. Longitudinal Trends in Quality of Life and Physical Function in Frail Older Dialysis Patients: A Comparison of Assisted Peritoneal Dialysis and In-Center Hemodialysis [J]. Perit Dial Int, 2019, 39(2): 112-8.

[2] 鲁华, 郭更新, 刘爱翔, 等. 普拉克索联合低温血液透析治疗尿毒症患者不宁腿综合征的效果观察 [J]. 解放军医药杂志. 2020: 75-9

[3] 我国面临快速增长的终末期肾病治疗负担 [J]. 中国血液净化. 2010: 47-9

[4] Ali Bokhari S R, Faizan Ali M A, Khalid S A, et al. The development of

malnutrition is not dependent on its traditional contributing factors in patients on maintenance hemodialysis in developing countries [J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2018, 29(2): 351-60.

[5] 关注慢性肾脏病患者营养治疗的临床实践 [J]. 中华医学信息导报. 2021: 9-

[6] Hertzberg-Bigelman E, Barashi R, Levy R, et al. Down-Regulation of Cardiac Erythropoietin Receptor and its Downstream Activated Signal Transducer Phospho-STAT-5 in a Rat Model of Chronic Kidney Disease [J]. Isr Med Assoc J, 2016, 18(6): 326-30.

[7] 李华, 易海飞, 池向耿, 等. 维持性血液透析患者饮食依从性相关影响因素的调查 [J]. 中外医学研究. 2021: 180-2

[8] 霍婷婷, 任晓东, 杨晓静, 等. 协同联合认知行为护理在慢性肾病患者中的应用效果 [J]. 中国医药导报. 2018: 172-5

[9] 辛彦雨. 维持性透析病人营养现状及饮食依从性与心理社会因素的相关性研究 [D]; 中国医科大学, 2019.

[10]Dziubek W, Kowalska J, Kusztal M, et al. The Level of Anxiety and Depression in Dialysis Patients Undertaking Regular Physical Exercise Training--a Preliminary Study [J]. Kidney Blood Press Res, 2016, 41(1): 86-98.

[11]Bargiel-Matusiewicz K, Łyś A, Stelmachowska P. The positive influence of psychological intervention on the level of anxiety and depression in dialysis patients: A pilot study [J]. Int J Artif Organs, 2019, 42(4): 167-74.

[12]Gadia P, Awasthi A, Jain S, et al. Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from western Rajasthan [J]. Journal of family medicine and primary care, 2020, 9(8): 4282-6.

[13]Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, et al. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients [J]. Global journal of health science, 2015, 8(1): 45-55.

[14]王倩, 魏仔龙, 李瑛, 等. 维持性血液透析患者营养风险影响因素分析 [J]. 武警后勤学院学报(医学版). 2016: 354-8

[15]秦启发, 李金梅, 王振. 改善维持性血液透析患者营养不良措施的研究进展 [J]. 中国医药科学. 2020: 49-52+60

[16]张彩虹, 刘倩, 周茵, 等. 维持性血液透析患者营养不良现况调查与护理对策 [J]. 当代护士(中旬刊). 2018: 101-4

[17]印荻, 章旭, 曹娟, 等. 维持性血液透析老年和成年患者营养参数比较 [J]. 中国中西医结合肾病杂志. 2013: 990-2

[18]沈晓洁, 吴灏, 余日臻, 等. 成年与老年维持性血液透析患者营养状况的比较研究 [J]. 中国全科医学. 2015: 1927-30

[19]卓银霞, 汪应霞, 陈桂英, 等. 维持性血液透析患者营养状况及其影响因素调查分析 [J]. 护理管理杂志. 2014: 169-70

[20]Alshraifeen A, Al-Rawashdeh S, Alnuaimi K, et al. Social support predicted quality of life in people receiving haemodialysis treatment: A cross-sectional survey [J]. Nursing open, 2020, 7(5): 1517-25.

[21]张颖君，熊晓红，袁怀红. 维持性血液透析患者健康素养和社会支持的现状分析 [J]. 重庆医学. 2018: 3792-5

[22]Sousa H, Ribeiro O, Paúl C, et al. Social support and treatment adherence in patients with end-stage renal disease: A systematic review [J]. Seminars in dialysis, 2019, 32(6): 562-74.

[23]曹亚娟，赵旭，陈容. 院外膳食指导对血液透析患者预后和营养状况的影响 [J]. 护理实践与研究. 2021: 1501-4

[24]卞凌云，徐丽，马金，等. 56 例慢性肾脏病营养不良患者个体化营养干预 [J]. 护理学报. 2017: 55-7

[25]Stevenson J, Tong A, Gutman T, et al. Experiences and Perspectives of Dietary Management Among Patients on Hemodialysis: An Interview Study [J]. J Ren Nutr, 2018, 28(6): 411-21.

[26]曾金萍，郑惠仪，李志琴. 慢性肾脏病病人参与饮食管理对其营养状况影响的研究 [J]. 全科护理. 2021: 2667-70

[27]庹焱. 慢性腰背痛患者认知—情感应对、自我和谐与适应水平关系的研究 [D]; 第二军医大学，2007.

[28]Natale P, Palmer S C, Ruospo M, et al. Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 12(12): Cd004542.

[29]Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, et al. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients [J]. Psychol Psychother, 2017, 90(1): 105-23.

[30]Zegarow P, Manczak M, Rysz J, et al. The influence of cognitive-behavioral therapy on depression in dialysis patients - meta-analysis [J]. Arch Med Sci, 2020, 16(6): 1271-8.

[31]周建平，郑淑瑛，陈海燕. 认知行为干预对肾病维持性血液透析患者负性情绪影响的 Meta 分析 [J]. 中国预防医学杂志. 2020: 937-42

[32]李沛沛. 认知行为干预联合视频宣教对冠心病患者自我效能感及遵医行为的影响 [J]. 临床研究. 2021: 174-5

[33]毕明明，姜美娟. 老年维持性血液透析营养不良患者营养状况评估及其相关因素分析 [J]. 中国基层医药. 2021: 899-903

[34]邹金华，卞宝花，胡登科. 个体化运动干预对改善老年维持性血液透析病人生活质量的效果 [J]. 实用老年医学. 2018: 649-52

[35]Gerogianni G, Babatsikou F, Polikandrioti M, et al. Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of

non-pharmacological methods [J]. Int Urol Nephrol, 2019, 51(1): 113-8.
[36]Jiang H, Wang L, Zhang Q, et al. Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses [J]. Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress, 2015, 31(2): 166-74.
[37]徐清娥, 谢海清. 社会支持对血液透析患者生存质量影响研究 [J]. 现代预防医学. 2011: 3818-9
[38]Silva S M, Braido N F, Ottaviani A C, et al. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis [J]. Rev Lat Am Enfermagem, 2016, 24: e2752.
[39]卿颖. 尿毒症血液透析病人失志水平调查及影响因素分析 [J]. 循证护理. 2021: 1307-10
[40]田青, 姜亚芳, 向晶, 等. 血液透析患者健康素养现状及其影响因素分析 [J]. 中国护理管理. 2018: 492-6

中医情志护理对心房颤动患者焦虑抑郁的影响

1、云南大学附属医院 2 大理大学 3、河南理工大学第一附属医院
姬卫云[1,2,3] 杨彦萍[3] 段宝凤[1*]

【摘要】目的 探讨中医情志护理对心房颤动患者焦虑抑郁的应用效果。**方法** 将我院于 2020 年 9 月-2021 年 8 月收治的 100 例心房颤动伴焦虑抑郁患者做为主要研究对象，采用便利抽样法分为对照组与观察组，对两组干预前后的护理满意度、SAS 评分、SDS 评分进行比较分析。**结果** 与对照组相比观察组的护理满意度评分得分更高、与对照组相比观察组 SAS 评分、SDS 评分得分更低，存在显著性差异（P＜0.05）。**结论** 针对心房颤动患者，通过对其进行中医情志护理，能够有效减轻或者消除患者的消极情绪，有效提高患者的护理满意度，值得在临床中推广与运用。

【关键词】心房颤动；中医情志护理；焦虑；抑郁；

在临床中，心房颤动是一种极为常见的疾病，主要表现为快速性心律失常[1]。随着我国社会经济的快速发展，人们生活、工作压力变得越来越大，心房颤动患者人数也在随之增多。根据相关统计资料发现，目前我国心房颤动疾病患者数量已超 820 万人，心律失常就诊患者越来越多[2-3]。心房颤动患者的病情发展深受患者心理状态的影响，特别是在心房颤动发病环节，大多数心房颤动患者的情绪较为消极，导致患者病情的进一步加重，因此，在心房颤动疾病恢复过程中，注重患者的心理变化十分重要[4]。西医心理护发展已经较完善，临床效果

得到认同，应用比较广泛，但是中西方文化传统、价值观念及生活习惯等多方面均存在差异，中国人的心理特点与西方人有明显区别，需要根据我国患者的实际情况制定针对性的护理方案。中医情志疗法作为传统中医疗法，充分体现了形神合一、天人相应的整体观，对心血管疾病的治疗有积极作用，该方法是以中医基础理论为指导，建立良好的护患关系，应用科学、有效的护理方法，为患者消除不良情绪，改善心理状态，从而达到治疗护理目的的护理方法[5]。基于此，本文选取我院于 2020 年 9 月-2021 年 8 月收治的 100 例心房颤动患者为主要研究对象，探讨中医情志护理对心房颤动患者焦虑抑郁的应用效果，现报告如下。

1、研究对象与研究方法

1.1 研究对象

本文选取我院于 2020 年 9 月-2021 年 8 月收治的 100 例心房颤动的患者为主要研究对象，采用便利抽样法分为对照组与观察组，2020 年 9 月-2021 年 2 月收治的患者选取 50 例纳入对照组，将 2021 年 3 月-2021 年 8 月收治的患者选取 50 例纳入观察组。纳入标准：①确诊为心房颤动者（根据心血管疾病诊断标准）②具有焦虑、抑郁倾向者： SAS 评分≥50 分，SDS 评分≥50 分；③年龄≥18 岁（男女不限）；④意识清楚，能够正确理解量表的内容；⑤自愿作为受试对象，知情同意者。排除标准：①病情严重或伴有认知、意识障碍，不能配合者；②伴明显失语、失用临床表现者及聋哑人；③有精神障碍既往史或家族史阳性者；④并存严重器官衰竭或其他严重躯体疾病不能配合者；剔除标准：①试验中出现其他严重疾病或病情加重者；②未完成全部干预及数据资料收集欠缺的病例。在对照组中，24 例女性患者，26 例男性患者，年龄范围为（22.0-32.9）岁，平均年龄（27.1 士 2.3）岁。在观察组中，23 例女性患者，27 例男性患者，年龄范围为（21.2-33.8）岁，平均年龄（27.5 士 2.1）岁；两组患者之间一般资料无显著性差异(P>0.05)，具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组：针对对照组患者，主要对其进行常规性护理，包括健康教育、基础护理、用药护理、心理护理、定期复查等[6]，研究周期为患者入院第 1 天到出院前 1 天。①健康教育：告知患者心房颤动疾病知识介绍，容易诱发心房颤动发生的机制，预防注意事项。②基础护理：告知病房环境，休息、饮食、运动指导，倡导健康的生活习性，保证充足的睡眠忌熬夜，戒烟限酒。③用药护理：指导患者安全用药，勿私自买药或不按医嘱擅自加药、减药量。④心理护理：应用心理学方法给予患者倾听、关心、同情、安慰、鼓励、解释等心理护理。⑤定期复查：叮嘱患者定期到医院复查，病情变化时及时就医。

1.2.1 观察组：针对观察组患者，除了对其进行常规性护理以外，还对其进行中医情志护理干预[7]。具体内容包括言语开导法[8]、解释疑惑法[9]、音乐疗法[10]。

言语开导法：针对患者焦虑、抑郁等不良情绪采用该方法，护理人员在住院宣教时通过温暖的语言鼓励和纠正患者的不良情绪，但是，运用言语开导法的前提是保持友好、亲切的态度，形成良好的护患关系，有效解除患者内心的疑虑，拉近护患距离，提高患者治疗护理依从性。向患者告知有关疾病的知识、治疗方法、治疗效果等，提高战胜疾病的信心，使之主动配合，对其进行积极乐观的思想引导，客观看

待疾病，摆脱杂念，达到消除心理压力的目的，尤其是对心房颤动反复急性发作的患者，解除其思想顾虑。

解释疑惑法：心房颤动疾病反复发作，特别是负性情绪可诱发疾病加重，针对思想包袱重的患者，护理人员选择在患者治疗护理完成后，相对放松的情况下单独交谈，解释疑惑，制作“问题清单”，将心房颤动患者最容易出现的问题进行汇总，归纳出高频问题（a、我为什么会得这个病？b、这个病需要终身吃药吗？c、什么情况会诱发疾病加重？等），展示“问题清单”，鼓励患者自主提问，并耐心解答，避免患者一知半解，小病大疑，轻病疑重，导致精神紧张、情绪焦虑抑郁等，使患者明白良好的情志和心态促进疾病康复。

音乐疗法：该法是根据患者的情志状况和个人喜好等，以中医的五行(金、木、水、火、土)、五音(商、角、羽、徵、宫)为理论基础，选择适宜音调、旋律和强度的音乐来播放，达到怡情养神、调节情志的目的。根据患者病情及个人爱好，嘱咐患者每天静听音乐 30 分钟，每天两次或根据自身需要或时间安排酌情加减次数，注意选择的曲目不能大喜大悲，引起患者情绪波动过大，达到疏导患者的不良情绪，改善心理状态为目的。

1.3 观察指标

在本次研究中，主要采用的观察指标包括：护理满意度、焦虑自评量表(SAS)[11]评分、抑郁自评量表(SDS)[12]评分。

1.3.1 护理满意度：制定护理满意度调查表，在患者出院之前，通过患者填写护理满意度调查表，以获取护理满意度评分，总分为 100 分，＜60 分为不满意，60-90 分为一般满意，≥90 分为满意，一般满意度与满意度之和为总满意度。

1.3.2 SAS：由 Zung 编制，共有 20 个项目，用于评价患者的焦虑的主观感受：标准分<50 分为正常；50～60 分为轻度；61～70 分为中度；70 分以上为重度。该量表为成熟的量表，有较好的信度和效度。

1.3.3 SDS：由 Zung 编制，共有 20 个项目，用于评价患者的抑郁的主观感受：用于评价患者的焦虑的主观感受：标准分<50 分为正常;50～60 分为轻度;61～70 分为中度;70 分以上为重度。该表为成熟的量表，有较好的信度和效度。

对患者进行 2 次焦虑、抑郁评估：入院时第一次，出院前 24 小时第二次，护理满意度评估在出院前 24 小时评估。

1.4 统计学方法

本文主要选用统计学软件 SPSS 21.0 来分析研究数据；当 P＜0.05 时，表明存在显著性差异，具有统计学意义。

2、结果

2.1 两组护理满意度对比分析

干预后与对照组的护理满意度（81.82%）相比，观察组的护理满意度（95.45%）更高，存在显著性差异(P＜0.05)。

组别	例数	护理满意度			
		不满意（例）	一般满意（例）	满意（例）	总满意度（%）

对照组	50	9	18	23	81.82
观察组	50	2	16	32	95.45

2.2 两组 SDS、SAS 评分干预前后对比分析

与对照组干预前后的 SDS 评分相比，观察组的 SDS 评分更低，存在显著性差异(P<0.05)；与对照组干预前后的 SAS 评分相比，观察组的 SAS 评分更低，存在显著性差异(P<0.05)。具体情况见表 1。

表 1 两组 SDS、SAS 评分护理前后对比分析

组别	例数	SDS		SAS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	58.13±9.94	46.37±7.26	52.75±9.33	46.24±8.01
观察组	50	58.02±10.08	25.48±7.93	52.43±9.62	23.15±7.93
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3、讨论

近年来，我国心房颤动发病率呈不断上升趋势，现已发展成为社会高度关注的一大公共健康问题，心房颤动疾病极易引发并发症，对患者的生命安全造成严重威胁。如果患有心房颤动疾病，则会对患者的日常生活造成严重影响，对人们的社交活动、工作造成不同程度的影响，同时患者极易出现消极情绪降低患者的生活质量。中医情志护理可以作为有效的情绪疏导方法，为医护人员更为深入了解患者的病况，帮助其战胜焦虑抑郁的消极情绪，解答患者的疾病困惑，提高疾病康复信心。通过本文研究发现，与对照组的护理满意度、SDS 评分、SAS 评分相比，观察组更具有优势，存在显著性差异(P<0.05)，与沈菊凤等[13]人在心肌梗死患者中的研究结果一致，提示通过对心房颤动疾病患者进行中医情志护理，有助于患者治疗依从性的提高,有助于患者护理满意度的提高，有助于患者消极情绪的减轻或者消除。《灵枢·师传》中云：“人之情，莫不恶死而乐生，告知之其败，语之 其善，导之以其所便，开之以其所能，虽无道人，恶有听者乎”，体现了情志护理在疏导患者消极情绪的重要作用[14,15]。

综上所述，针对心房颤动患者，通过对其进行中医情志护理，能够有效减轻或者消除患者的消极情绪，有效提高患者的护理满意度，值得在临床中推广与运用。

【参考文献】

[1] 汪婷婷. 优质护理措施对心房颤动射频消融术后患者的影响 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(32): 110-112.

[2] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2020 概要 [J]. 中国循环杂志, 2021, 36(6): 521-545.

[3] 方储馨, 周晓娟, 张理想. 正念减压疗法对心房颤动射频消融术患者负性情绪的影响 [J]. 当代临床医刊, 2019, 32(2): 154,145.

[4] 程春华. 基于 CARTO 三维标测的围手术期护理在心房颤动射频消融中的应用 [J].

临床与病理杂志，2020，40(5)：1234-1238.
[5] 葛君丽，曹斌，丛丛，等. 中医情志疗法在心系疾病中的应用概述［J］. 山东中医杂志，2021，40(8)：890-894.
[6] 吴金春，常荣. 影响心房颤动射频消融术后复发的一些因素概述？［J］. 中国心脏起搏与心电生理杂志，2019，33(2)：73-76.
[7] 孟晓媛,鞠宝兆,刘继东,等. 《黄帝内经》心理学理论基础研究[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(6):76-78.
[8] 薛国斌，何丽清，张平，等. 《内经》中心理治疗理论探析［J］. 山西中医药大学学报，2020，21(4)：235-238.
[9] 刘静茹，胡光展. 中医情志护理方法探析［J］. 辽宁中医杂志，2005，32(1)：79-80.
[10]龚卓之，杜炎远，徐旻灏，等. 失眠病因病机与中医五音疗法理论探析［J］. 中国医药导刊，2021，23(2)：96-99.
[11]吴文源. 焦虑自评量表[J]. 中国心理卫生杂志，1999，(增刊):235-238
[12]舒良. 自评抑郁量表[J]. 中国心理卫生杂志，1999，(增刊):194-196
[13]沈菊凤，侯雪芬，刘春霞. 中医情志护理干预对心肌梗死患者心理状态的影响［J］. 新中医，2021，53(17)：188-190.
[14]姜小平. 中医情志护理干预对急诊心肌梗死抢救患者心理状态的改善作用［J］. 国际护理学杂志，2019，(15)：2354-2356.
[15]王爱群，廖红英. 情志干预对心肌梗死患者焦虑、抑郁情绪及预后的影响［J］. 中医药导报，2013，(9)：115-117.

金的达标理论在临床护理实践中的应用研究进展

1、云南大学附属医院　2、云南中医药大学
吕仙[1,2]　段宝凤[1*]
云南　昆明　650000

【摘要】金的达标理论是基于人是开放系统这一哲理，主要围绕个人、人际间和社会系统提出的概念框架，注重护患之间的感知、互动和交流，强调护理是为全人类健康服务的。在临床护理实践中，护士通过应用金的达标理论，有效促进了护患共同目标的实现，提高病人生存质量。本文就达标理论的临床护理实践综述。

【关键词】达标理论；临床护理实践；互动；开放系统；

[Abstract]King's standard theory is based on the philosophy that human is an open system. It

mainly focuses on the conceptual framework proposed by individuals, interpersonal and social systems, pays attention to the perception, interaction and communication between nurses and patients, and emphasizes that nursing is to serve the health of all mankind. In clinical nursing practice, nurses effectively promote the realization of the common goals of nurses and patients and improve the quality of life of patients through the application of King's standard theory. This article reviews the clinical nursing practice of the standard theory.

[Key words]Standard theory; Clinical nursing practice; Interaction; Open systems

达标理论，又称互动达标理论，于 1981 年由美国著名护理理论家伊莫詹姆金(Imogen M King)首次提出，如今已运用于多学科领域的健康教育活动中，并收到了显著的效果[1-3]。

1、达标理论的基本内容

该理论是以贝塔朗菲的一般系统论为依据，顺应“以人为本”的医学模式发展的一种护理理论，被证实可作为护理人员工作的指导[4-6]。以系统论、符号互动论及多学科范式为基础，主要围绕个人、人际间和社会系统提出的概念框架[7]。达标理论是在概念框架的基础上建立的互动过程模式，注重护患之间的感知、互动和交流，成为达标理论的精髓[8]。由三个概念系统和理论假设构成。

1.1 三个概念系统

由个人系统、人际间系统和社会系统组成，每个系统都由特定的概念。如：个人系统包含感知、自我、成长、发展、体像、时间和空间；人际间系统包含互动、沟通、交流、角色、应激；社会系统包含组织、权威、权力、地位[9]。（见图 1）

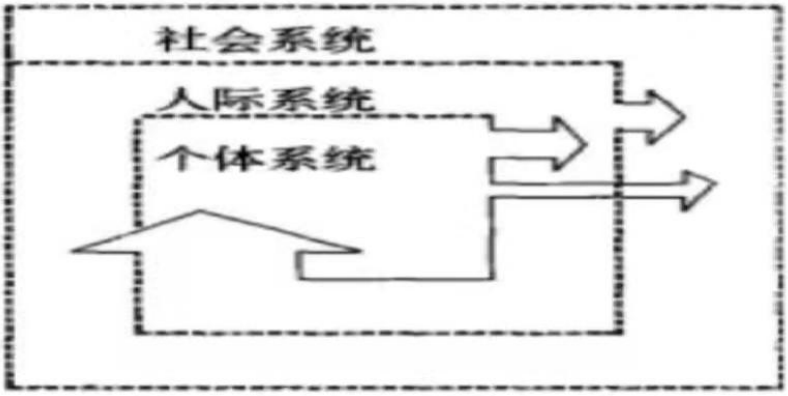

图 1

1.2 基本假说

金在其专著《护理理论：系统、概念及程序》中提出了关于达标理论的 17 项假说，总体可以概括为以下 3 点[10]：(1)从护患角度来看，若护士和患者的行为和目标相一致，就会增进交流；反之，就会出现应激和焦虑。(2)从护患

互动角度来看，若护患之间的感知目标是一致的，就会促进沟通，然后共同完成目标的制定，努力实现目标；反之，则会使交流的效果受到影响并且影响目标的实现[11]。(3)从实现护士和患者目标的角度出发，若达到目标，就可以证明护理工作的有效性，提高患者的依从性，减少护理情境中的压力和焦虑；反之，则出现相反的效果[6]。

1.3 理论框架

金进一步阐述了达标理论的基本假说，并形成了护士和患者的互动沟通模式，解释了护患之间通过相互作用来实现最终的目标[12]。在相互作用的过程中，护士与患者之间通过感知、相互判断来采取一系列行动，然后双方作出反应，并相互作用、交流，最后通过反馈的结果来判断是否实现目标[13]。（见图 2）

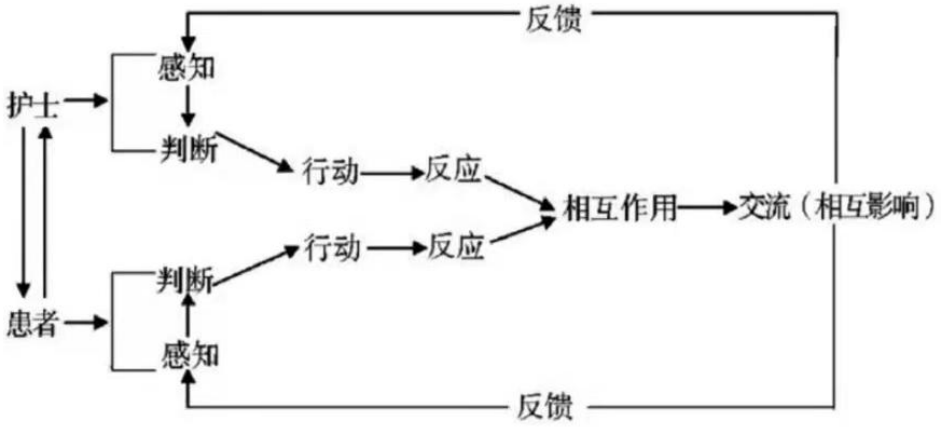

图 2 护患互动过程

1.4 工作方法

金认为护理程序是一种工作方法，达标理论则提供了应用护理程序的理论基础，达标理论的所有概念在护理程序中均得到了应用。内容架构分为五大部分：（1）评估（2）诊断（3）计划（4）互动达标（5）评价 。在评估阶段，收集患者的一般资料和健康史。诊断阶段：在收集资料的基础上通过资料分析，确定患者寻求帮助解决的问题，得出患者的护理问题。计划阶段：针对患者的健康问题，护患彼此交换信息，共同制定健康目标。互动达标阶段：其核心是护患双方相互作用促进建立健康目标，落实双方的决策，执行各项促进达到目标的行动。评价阶段： 评价目标是否实现，同时评价护理的有效性。若达到目标，则结束护理程序；若目标未达到，则需要进一步分析没有达到目标的原因[8]。

2、达标理论在临床护理实践中的应用

2.1 在临床护理中的应用

2.1.1 在内科护理方面的应用

张静雅[14]将 72 名经皮冠状动脉介入治疗术后患者随机分为实验组和对照组，对照组接受常规健康教育和心脏康复指导，试验组实施为期 3 个月的基于互动达标理论的心脏康复训

练，对 PCI 术后患者严格遵循互动达标理论对患者从个人系统、人际间系统和社会系统 3 个相互作用的系统进行评估，通过护患双方共同制订心脏康复训练目标，根据制订的“心脏康复目标单”进行心脏康复训练，与患者共同核对心脏康复目标完成情况。结果发现基于互动达标理论的心脏康复训练，有助于提高患者自我管理能力，增加其心脏康复知识，提高其有氧运动耐力和生活质量,促进康复目标的实现。桑丽云[15]研究的创新点在于让肝硬化患者主动参与达标理论的每一个环节中来，鼓励患者诉说住院期间及出院居家可能存在的护理问题和护理需求,同患者共同制定干预目标及措施，有效的激发了患者的潜能，使患者能主动的管理自己得健康行为。提高患者了出院准备度和患者疾病确定感，降低了非计划再入院率。梁俊茹[16]将达标互动理论引入脑出血康复期病人的康复护理干预实践之中，结合脑出血康复期患者护理特点设计达标互动干预方案，能够显著提高该类病人的自我管理效能、治疗依从性以及康复效果。

2.1.2 在外科护理方面的应用

刘婷婷[17]通过探讨互动达标理论对乳腺癌改良根治术后患者的应用效果，通过设置观察组和对照组，在病人出院前 1 d 对两组患者用乳腺癌病人日常生活质量评价量表（QLSBC）和抑郁自评量表（SDS）进行测评，得出通过让护士与病人或家属一起制定乳腺癌术后护理目标清单并共同努力，病人术后心理状态可明显改善、生活质量明显提高。李桂杰[18]将 King 达标理论融入到喉癌术后患者早期颈肩功能康复训练中 ，能有效促进患者术后颈肩功能恢复，提高其生活质量。陈莉琼[19]研究发现，互动达标护理可提高 PICC 置管患者的自护能力及健康教育知晓率,减少置管后并发症的发生。Araujo- ESS[20]等通过研究得出达标理论的护理干预在改善糖尿病患者生活质量和治疗依从性方面有可行性。Evi Karota 等[21]使用质性研究的方法，对糖尿病患者进行横断面调查研究，结果发现基于 King 达标理论的护士-患者交流模型可提高糖尿病患者自我管理能力和对疾病的感知。李婧[22]探讨达标互动理论视阈下的护理模式在基底节区高血压脑出血患者术后的应用价值,可提高基底节区高血压脑出血患者术后健康行为的依从性及疾病自我管理效能，提高及生活质量和运动功能。丁玲[23]将互动达标理论应用于老年髋关节置换术后康复，提升了医护团队临床服务能力，同时提升了老年半髋关节术后治疗依从性，降低了并发症发生率， 最终改善了患者生活质量。

2.1.3 在妇产儿科护理方面的应用

范国荣[24]将达标理论应用在产后尿失禁患者康复训练中，通过护患双方感知、互动，共同制订长期及短期的居家盆底康复训练目标。调动了患者的主观能动性. 促进了产后尿失禁患者盆底康复目标的实现。石晓萍[25]以子宫肌瘤手术患者为研究对象，应用达标理论进行术前访视。首先对护士进行达标理论相关知识培训,之后采取评估-计划-实施-评价的程序进行干预,患者的不良情绪明显缓解,访视后心率、舒张压及收缩压水平均明显下降($P<0.05$)，生理指标趋于稳定，能确保手术的顺利进行。姚建玲等[26]研究发现，达标理论可改善注意力缺陷多动障碍儿童的品行问题、学习问题，降低多动指数，提高心身健康水平。

2.2 护理教学方面

顾淑芳[27]将 King 达标理论联合回授法应用于临床带教工作中，师生之间互相交流，通

过不断反馈和答疑，结果发现与传统带教模式相比,融入达标理论后,护生在分析能力和解决问题的能力及系统化能力方面明显提高。周娇[28]将 King 达标理论模型为理论框架,构建手术室低年资护士“单兵达标”培训模式,对本院 40 名手术室低年资护士进行为期一年的“单兵达标”培训。结果发现基于 King 达标理论构建的手术室护士“单兵达标”培训模式可以提高手术室低年资护士一般自我效能感、核心能力和工作胜任力。杜心平[29]探索基于 Tower 平台的 King 达标理论模式应用在在新入职护士规范化培训中，通过制定教学方案，创建 Tower 平台进行自主学习，授课老师与新入职护士进行互动交流,答疑解惑，及时反馈。结果显示以 King 达标理论为指导，可显著提高新入职护士规范化培训质量。Ann E.Fronczek[30]等以 King 达标理论为指导,将远程医疗资源应用于本科生和研究生的护理课程教育中, 可显著提高培训效果。南莉[31]采用 King 达标理论对轮转护士在急诊轮转期间带教实施干预.运用自我和谐量表(SCCS)分别对两组进行效果测评.结果发现,运用 King 达标理论方法干预带教可改善急诊科轮转护士的心理和谐状况,使其更顺利完成在急诊科轮转工作。

King 达标理论在护理教学方面的研究，拓宽了教学思路，提高了教学质量，护生的理论知识和实践技能也得到大幅度提升，证明了达标理论的可行性。这也 为今后护理教育的理论支撑提供了有力依据,基于理论融入新技术,是趋势所在。

2.3 其他方面

刘树英[32]行基于沟通达标理论的护理干预结合微信群健康宣教在宫颈癌放化疗患者中,提升了患者和家属自护技能,维持更稳定康复状态,提升生活质量的同时,利于患者学会自行调解自身的情绪状态,对改善患者的心理状态有重要意义。Hui fang Wang[33]给予 ICL 重症急性胰腺炎(Severe Acute Pancreatitis, SAP)患者基于 King 达标理论的心理干预,减轻了患者的病情,改善了心理状态,提高了对护理的满意度。蒋文华[34]等研究将 King 达 标理论与亲情干预模式进行了结合，在护患沟通的同时，赋予护士“亲人”的角色，患者在治疗护理过程中能感受到亲情的慰藉,弥补了 King 达标理论侧重护患之间关系的局限性，结果充分肯定了两种理论结合后的显著作用。

3、小结

King 达标理论经历了数十年的发展,在国内外已经形成了相对稳定的框架，被广泛应用于临床护理的各个领域，可用于指导护理学科[35]。在运用过程中，充分体现了“以患者为中心”的护理理念，通过护患双方共同制定目标，共同努力完成目标，实现最佳的健康状态，最终提升患者自我护理能力及满意度。但在运用过程中也有不足之处，该理论与其他新技术融合不紧密。包含的概念相对比较抽象，要能较好运用到患者中，护士要具备良好的沟通能力和扎实的专业知识，此外，还要具备丰富的感知能力。一般来说，医院研究多倾向于临床实践，高校研究则更偏向于理论研究，提示我国对于达标理论的基本理论方面研究有限，而理论实践应用相对可能较多。临床实践需要达标理论支持和指导，而来自临床的反馈又可以促进达标理论的应用[36]。在今后的护理工作中，强调优质护理及人文关怀的同时，应积极扩大达标理论应用范围，让病人主动参与到护理目标的制订，提高护理服务质量 [37]。

【参考文献】

[1] 莫伊雯,王洁,徐雯,等.达标理论在慢性肾病患者健康教育中的应用和效果评价[J].护士进修杂志, 2012, 27(18):1707-1710.

[2] 陈素文,范红珠.在高血压患者健康教育中应用达标理论效果评价[J].中华护理教育, 2009, 6(7): 327-329.

[3] 努尔古丽·买提哈提. 互动式健康教育在加速康复外科理念下髋关节置换术患者中的应用研究[D].新疆医科大学,2019.

[4] 刘娜,朱雪娇.金的达标理论在国内外社区护理应用的研究进展 [J]. 中华现代护理杂志,2013,19(6):730-732.

[5] Caceres BA.King´s theory of goal attainment:exploing functional status[J].Nursing Science Quarterly,2015,28(02):151-155.

[6] 杨晶，周立新,赵芳.King 达标理论在我国临床护理领域的研究进展中华现代护理杂志,2014,20(12):1470-1472.

[7] 申文英.达标理论在精神病患者伴发糖尿病健康教育中的应用及效果评价[J].疾病监测与控制, 2015, 9(1):57-58.

[8] 姜安丽.护理理论[M].北京:人民卫生出版社，2009:143-157.

[9] 赵继莲.现代护理理论与实践[M].北京:中国科学技术出版社,2007:46-47.

[10] DRAAISTRA H,SINGH M D,IRELAND S,et al.Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program [J].Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 2012 , 34(3) :22-30.

[11]Draaistra H, Singh MD, Ireland S, et al.Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program[J] .Can J Neurosci Nurs, 2012, 34 (3) :22-30.

[12] 廖春霞,马红梅,徐旭等.达标理论在我国慢性病病人健康教育中的应用研究[J].护理研究,2016,30(29):3585-3587.

[13] KING I M.King's conceptual system,theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century[J].Nursing Ence Quarterly, 2007，20(2):109-111.

[14]张静雅,李少玲,曹丽华,等.基于互动达标理论的心脏康复训练在冠心病介入治疗术后患者中的应用[J].中华护理教育,2022,19(2):160-166

[15]桑丽云,商临萍,赵洁,等.基于达标理论的干预方案对肝硬化患者出院准备度的影响[J].解放军护理杂志,2020,37(9):18-21

[16]梁俊茹,周姗红,蔺亚莉.基于达标互动理论的护理干预在脑出血康复病人中的应用[J].护理研究,2018,32(20):3318-3320

[17]刘婷婷.互动达标理论在乳腺癌病人术后护理中的应用[J].护理研究,2018,32(18):2984-2986

[18]李桂杰,赵航,庞灵.King 达标理论应用于喉癌术后患者早期颈肩功能康复训练[J].护理学杂志,2018,33(8):64-6569

[19]陈莉琼,蒋雪飞,李红梅. 互动达标护理提高 PICC 带管患者自护能力及相关知识的效果[J]. 护理实践与研究,2017,15:97-98.

[20]Araujo ESS, Silva LFD, Moreira TMM.ect. Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. Rev Bras Enferm. 2018 May;71(3):1092-1098.

[21] Draaistra H，Singh MD，Ireland S，etal. Patients' sperceptions of the Irrole sing goal setting inaspinal cord injury regional rehabilitation Program [J]. Canadian Journal of Neuro science Nursing，2012，34（3）:22-30.

[22]李婧.达标互动理论视阈下的护理模式在基底节区高血压脑出血患者术后的应用价值[J].河南医学研究,2021,30(7):1331-1333

[23]丁玲.基于 King 互动达标理论的多学科团队合作在老年半髋关节置换术后康复的应用[J].蚌埠医学院学报,2021,46(9):1304-1308

[24]范国荣,薄海欣.达标理论在产后尿失禁患者盆底康复训练中的应用研究[J].中华护理杂志,2019,54(4):506-510

[25]石晓萍.金达标理论在子宫肌瘤手术患者术前访视中的应用[J].临床研究,2018,26(06):102-103.

[26] 姚建玲,王艳明,邓悦,等.King 达标理论在注意缺陷多动障碍儿童中的应用效果[J]. 护理实践与研究,2017,08:81-82.

[27]顾淑芳,刘丹丹,刘亚平，等.King 达标理论联合回授法提高实习护生自主学习及临床思维能力研究[J].护理学杂志,2021,36(24):62-65

[28]周娇,朱斌,崔雅清.King 达标理论在手术室低年资护士培训中的应用研究[J].贵州医药,2021,45(10):1679-1680

[29]杜心平,法天锷,张楠,等. 基于 Tower 平台的 King 达标理论模式在新入职护士规范化培训中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(19):1487-1492.

[30]南莉,陈斐.King 达标理论干预带教对改善急诊科轮转护士的自我和谐状况的影响分析[J].医药前沿,2020,10(20):235-236.

[31]刘树英,王慧,亢延飞,等.基于沟通达标理论的护理干预结合微信群健康宣教在宫颈癌放化疗患者中的应用价值及对其治疗依从性、生活质量、心理状态的影响分析[J].武警后勤学院学报:医学版,2021,30(10):169-171

[32] HUIFANG W.Effect of Psychological Interˆˆention of King's Interacive Standard on the Rehabilitation Process and Nursing Satisfaction of Patients with Severe Acute Pancreatitis in ICU[C]//2018.

[33]蒋文华，施晓萍，黄静，等.基于 King 达标理论的心理干预结合亲情干预模式对 BPH 患者行 PKEP 术后恢复情况及 GQOLI-74.IPSS 评分的影响[J].中国医药导报,2020,17(5) ：164-168

[34]徐林燕,刘晓丹,张倩倩,等 .达标理论在国内外的应用现状[J].护理研究,2014,28(12B):4364-4365.

[35]赵琦,史俊杰,吴也兰,等.2000 年—2019 年国内外达标理论研究的文献计量学分析[J].护理研究,2020,34(18):3328-3332.

[36]孙鸿燕,李帆,陶春花,等.金的达标理论在我国临床护理实践中的应用研究进展[J].护理研究,2017,31(09):1029-1031.

实习护生中医体质与睡眠质量的相关性分析

1、云南大学附属医院 2、昆明医科大学
聂萍[1] 孙彤[1] 石蕊[1,2] 陶媛[1,2] 段宝凤[1*]
云南 昆明 650000

【摘要】**目的** 探讨实习护生中医体质与睡眠质量两者之间的相关性。**方法** 通过便利抽样法以 2021 年 10 月在云南省昆明市某三级甲等综合医院实习的 279 名实习护生为调查对象。采用一般情况调查表、中医体质量表和匹兹堡睡眠质量量表对实习护生进行问卷调查。分析调查实习护生中医体质分布情况、实习护生睡眠质量情况、不同中医体质护生睡眠质量差异或相关性。**结果** （1）279 名实习护生中中医体质为平和质的占 16.13%；偏颇体质者占 83.87%。偏颇体质中排名前三位的依次是阳虚质（34.77%）、气郁质（11.11%）和气虚质（10.39%）。（2）279 例受调查者匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index,PSQI）总分为（7.10±3.34）分，存在睡眠障碍（PQSI＞7 分）者 116 例，睡眠障碍检出率为 41.58%。（3）中医体质类型得分与 PQSI 各因子得分存在线性相关关系。存在各种睡眠障碍的受调查者保持平和质的可能性越低，发生偏颇体质的可能性越高。**结论** 实习护生的睡眠质量不佳，偏颇体质的发生率较高，平和质的实习护生更易有优质睡眠，气郁质的实习护生睡眠质量较差。医学院校管理者可根据实习护生的中医体质类型给予相关的睡眠卫生教育，以改善睡眠质量，促进实习护生的身心健康。

【关键词】实习护生；睡眠质量；中医体质；

[Abstract] Objective To explore the correlation between traditional Chinese medicine physique(TCM physique) and sleep quality of nursing intern. **Methods** Using convenience sampling method, 279 Nursing Interns who practiced in a tertiary grade A general hospital in Kunming City, Yunnan Province in October 2021 were selected as the survey objects. Questionnaires were conducted among the nursing interns by the general situation questionnaire, the traditional Chinese medicine physical quality scale and the Pittsburgh sleep quality index. To analyze the distribution of TCM constitution, the sleep quality of nursing interns, and the difference or correlation between TCM physique and sleep quality. **Results** (1) Among the 279 nursing intern, 16.13% had TCM physique with a peaceful constitution; 83.87% had a biased physique. Among the biased physique, the top three are Yang deficiency constitution (34.77%), Qi Depressed constitution (11.11%) and Qi deficiency constitution (10.39%). (2) The total score of Pittsburgh sleep quality index (PSQI) of 279 respondents was (7.10±3.34) points, and 116 cases had sleep disorders (PQSI>7 points), and the detection rate of sleep disorders was 41.58 %. (3) There is a linear correlation between the scores of TCM physique types and the scores of PQSI factors. Respondents with various sleep disorders are less likely to maintain a

peaceful physique, and more likely to have a biased physique. **Conclusions** The sleep quality of nursing interns is poor, and the incidence of biased physique is higher. The peaceful interns are more likely to have high-quality sleep, while those with stagnant temperament have poor sleep quality. The administrators of medical schools can provide relevant sleep hygiene education according to the TCM physique type of the nursing interns, so as to improve the sleep quality and promote the physical and mental health of the nursing interns.

[Key words] nursing interns; sleep quality; traditional Chinese medicine physique;

近年来世界范围内的睡眠障碍日趋严重，失眠患者人数与日俱增，加拿大的有 17.8%的人患有失眠[1]，日本失眠患病率则为 21%[2]，2020 年睡眠研究会调查数据显示[3]，我国有 38.2%的成年人患失眠。我国大学生约 23.6%存在失眠的情况[4]。这一现象在医学生中尤为常见[5]，医学生睡眠质量差严重影响其身心健康和学习成绩，睡眠的质和量与其学习能力、学习成绩、人际交往等密切相关[6]，已经成为一个备受关注的公共卫生问题。我国在校医学生的睡眠障碍比较严重[7]。其中护理专业大学生由于其专业特点睡眠障碍明显高于其他专业大学生[8]，研究表明[9]，高年级、女性医学生表现出的睡眠障碍尤为严重，这符合实习护生的特征。在实习阶段，对实习护生学习医学的要求很高，身心健康决定了他们未来能否更好地学习、掌握、适应医务工作者这个角色[10]。实习护生睡眠质量与身心健康息息相关，应给予高度关注[11]。

中医体质[12]是指人体在先天禀赋和后天因素的基础上所形成的形态结构、生理和心理方面综合且相对稳定的固有特质，是人类在生长、发育过程中，为适应自然、社会环境所形成的个性特征，不同的个体，中医体质不同，表现出既有共性，又有个性的特征。研究表明[13]医学生中的偏颇体质（81.53%）占比远远高于平和质（18.47%），偏颇体质的医学生更易发生睡眠障碍，尤其是气虚质、阴虚质、气郁质、湿热质睡眠质量最差。平和质是睡眠质量的保护因素。偏颇体质是大学生睡眠障碍的易感因素。体质贯穿于个体的每个阶段，通过辨识中医体质类型，根据不同的体质给予个体化的睡眠健康指导和调护，不紧可以改善睡眠质量达到治标的效果，还可以调理体质达到最终治本的目的[14]。

然而目前院校及学生自己对于睡眠质量关注度不够，缺乏相应的睡眠卫生教育[15]，本文旨在通过调查，了解实习护生的睡眠质量及中医体质类型分布情况，探索不同中医体质类型人群睡眠质量的差异及其相关性。以期提高医学院校对于护生睡眠质量的关注度，为制定改善睡眠质量的干预方案提供理论依据。

1、资料与方法

1.1 调查对象　通过便利抽样法对 2021 年 10 月在云南省昆明市某三级甲等综合医院实习的实习护生进行调查问卷。纳入标准：①实习护生，②实习期大于两个月；③无器质性疾病，无精神病史；④自愿参与。排除标准：①患有器质性病变，或患有精神疾病或精神疾病家族史者；②有药物或乙醇依赖史者；④不能按要求坚持配合研究者。剔除标准：在回收的调查问卷中，

条目缺失值大于 10%者及规律填写者给予剔除。

1.2 调查方法 选择中午及下午休息时段，通过实习护生微信群就本次调查的目的、意义等向被调查者给予说明,取得知情同意后，以问卷星的形式向实习护生发送问卷链接，并由组长督促问卷完成情况，本次研究共发送 300 份问卷，回收有效问卷共 279 份，有效回收率为 93%。问卷调查工具,共分为 3 个部分：一般情况调查表，中医体质调查量表和匹兹堡睡眠质量量表。

1.3 睡眠质量与中医体质判定标准

1.3.1 匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI）由匹兹堡大学精神科医生 Buysee 教授等[16]编制，刘贤臣等翻译成中文[17]。PSQI 用于测评研究对象最近一个月的睡眠质量，该量表包含主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用、日间功能障碍等 7 个成分共 18 个测试项目。通过评分标准计算，每个成分按 0 分～3 分计分，累积各成分的得分就是 PSQI 总分，即睡眠质量得分， PSQI 总分的范围为 0 分～21 分，得分越高表示睡眠质量越差。目前国际上普遍认为 PSQI 得分＜4 分睡眠质量良好，4-7 分为睡眠质量中等，≥8 分为睡眠质量差。该量表用于医学生的睡眠质量评价具有较高的信度与效度，是该人群睡眠研究和筛检的有效工具，Cronbach α 系数为 0.734，Spearman- Brown 分半信度为 0.655[18]。

1.3.2 中医体质量表[19]由中华中医药学会 2009 年 4 月实施的《中医体质分类与判定标准》中的九个体质亚量表共 60 个条目组合而成。该量表具有良好的信度和效度，该量表的 Cronbach's α 系数为 0.980[20]。九个体质包括 1 个正常体质：平和质和 8 个偏颇体质：气虚质、阳虚质、明虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质。判定方法：该量表的每个条目均采用 5 级评分法: 1=没有，2=偶尔,3=有时,4=经常,5=总是。算出原始分数后依据《中医体质分类与判定标准》进行换算得出标准化分数,最后进行体质分类判定。原始分为各个条目分值相加。转化分数=[(原始分-条目数）/(条目数 x4)]x100 。

1.4 统计方法 将收集整理后的全部数据经双人复核录入 EXCEL，应用统计软件 SPSS26.0 对数据进行统计分析，样本的一般资料进行统计描述，计量资料以均数±标准差表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料采用频数、百分比（%）表，采用 x^2 检验。采用重复测量方差分析比较干预期间组内不同时间点睡眠质量评分。相关性分析采用双变量线性相关分析。以检验水准 α =0.05，P＜0.050 表明差异具有统计学意义。

2、结果

2.1 一般人口学调查 本次调查共发出问卷 300 份，回收有效问卷 279 分，有效回收率为 93%。受调查者均为 18-25 岁。男性 19 人，占比 6.80%；女性 260 人，占比 93.20%，女性明显高于男性。专科学历 144 人，占比 51.60%；本科 135 人，占比 48.40%，本科和专科接近相等。

2.2 中医体质分布情况

表 1 中医体质分布情况

	男	女	合计	x^2	P
N	19	260	279 (100)	6.389	0.604
平和质	5 (26.32)	40 (15.38)	45 (16.13)		
气虚质	2 (10.53)	27 (10.38)	29 (10.39)		
阳虚质	6 (31.58)	91 (35)	97 (34.77)		
阴虚质	3 (15.79)	15 (5.77)	18 (6.45)		
痰湿质	1 (5.26)	15 (5.77)	16 (5.73)		
湿热质	1 (5.26)	24 (9.23)	25 (8.96)		
血瘀质	0 (0)	11 (4.23)	11 (3.94)		
气郁质	1 (5.26)	30 (11.54)	31 (11.11)		
特禀质	0 (0)	7 (2.69)	7 (2.52)		

由表 1 可知，279 例受调查者中，平和质占 16.13%；偏颇体质者占 83.87%。偏颇体质中排名前三位的依次是阳虚质（34.77%）、气郁质（11.11%）和气虚质（10.39%）。男、女学生体质类型分布的差异无统计学意义（x^2=6.389,P=0.604）。

2.3 实习护生 PQSI 评分

表 2 男女之间睡眠障碍发生率对比表

睡眠障碍	男	女	x^2	P
否	11 （ 57.89 ）	152 （ 58.46 ）	0.002	0.961
是	8 （ 42.11 ）	108 （ 41.54 ）		

表 3 PQSI 评分比较结果表

	男	女	T	P
A 睡眠质量	1.32±0.89	1.13±0.76	0.979	0.323
B 入睡时间	1.37±0.96	1.43±0.98	0.063	0.802
C 睡眠时间	1.42±0.51	1.08±0.71	4.059	0.045
D 睡眠效率	0.74±1.05	0.79±0.89	0.058	0.811
E 睡眠障碍	1.11±0.57	1.12±0.57	0.006	0.941
F 催眠药物	0.11±0.32	0.12±0.44	0.030	0.863
G 日间功能障碍	1.16±0.96	1.42±0.95	1.330	0.250
PSQI 总分	7.21±3.31	7.09±3.35	0.022	0.882

由表 2 和表 3 可知，279 例受调查者 PQSI 总分为（7.10±3.34）分，存在睡眠障碍（PQSI≥8 分）者 116 例，睡眠障碍检出率为 41.58%。其中男生 19 人，存在睡眠障碍者 8 例（占比 42.11%），女生 260 人，存在睡眠障碍者 108 例（占比 41.54%）。男女睡眠障碍检出率的差异无统计学意义（x^2=0.002，P=0.961）。男生的睡眠时间平均得分为 1.42，女生为 1.08，二者比较 T=4.059，P=0.045＜0.05，差异性显著，存在统计学差异。由平均值可知，男生睡眠时间得分高于女生。其他各项因子得分比较 P 值均大于 0.05，无统计学差异（表 3）。

2.4 实习护生中医体质与睡眠质量的关联性

表 4 中医体质类型得分与 PQSI 各因子得分的相关系数矩阵（N=279）

中医体质类别		A 睡眠质量	B 入睡时间	C 睡眠时间	D 睡眠效率	E 睡眠障碍	F 催眠药物	G 日间功能障碍	PSQI 总分
平和质	相关系数	-0.04	-0.218	0.136	0.046	-0.096	-0.248	-.365*	-0.171
	P	0.794	0.15	0.372	0.763	0.533	0.1	0.014	0.262
气虚质	相关系数	0.199	0.246	0.215	-0.044	0.239	0.091	0.133	0.259
	P	0.3	0.197	0.263	0.819	0.211	0.638	0.492	0.175
阳虚质	相关系数	0.187	.205*	.371**	.291**	.214*	.245*	.204*	.399**
	P	0.066	0.044	0	0.004	0.035	0.015	0.045	0
阴虚质	相关系数	0.324	0.348	0.421	-0.014	.579*	0.015	.653**	.507*
	P	0.19	0.157	0.082	0.956	0.012	0.953	0.003	0.032
痰湿质	相关系数	0.083	0.162	0.035	0.21	-0.059	0.172	0.076	0.174
	P	0.761	0.55	0.897	0.435	0.828	0.525	0.779	0.52
湿热质	相关系数	.521**	.518**	0.07	-0.01	.492*	.471*	.497*	.564**
	P	0.008	0.008	0.74	0.961	0.012	0.017	0.011	0.003
血瘀质	相关系数	0.117	0.259	-0.082	-0.17	.681*	0.026	.632*	0.416
	P	0.733	0.442	0.81	0.616	0.021	0.939	0.037	0.204
气郁质	相关系数	0.231	.488**	0.203	0.003	.614**	0.354	.550**	.563**
	P	0.211	0.005	0.273	0.989	0	0.051	0.001	0.001
特禀质	相关系数	-0.059	0.205	0.241	-0.149	0.42	-0.103	0.277	0.202
	P	0.9	0.659	0.603	0.75	0.348	0.825	0.548	0.664

由表 4 可知，对 279 例受调查者的中医体质类型得分和睡眠质量各因子得分进行双变量线性相关分析。结果表明中医体质类型得分与 PQSI 各因子得分存在线性相关关系。存在各种睡眠障碍的受调查者较难保持平和质，偏颇体质发生的可能性越高。平和质与 PQSI 总分及 PQSI 各因子中的日间功能障碍呈负相关，表明体质平和的受调查者，睡眠质量佳，发生日间功能障碍的几率低。阴虚质、湿热质、气郁质与 PQSI 总分及 PQSI 各因子中的睡眠障碍及日间功能障碍呈中度正相关。

湿热质与 PQSI 各因子中的入睡时间和睡眠质量呈中度正相关。气郁质与 PQSI 各因子中的入睡时间呈中度正相关。血瘀质与 PQSI 各因子中的睡眠障碍及日间功能障碍呈中度正相关。

表 5 不同中医体质类型者睡眠质量等级比较

	优	中	差	x^2	P
平和质	45 (60.81)	0 (0)	0 (0)	558.000	0
气虚质	29 (39.19)	0 (0)	0 (0)		
阳虚质	0 (0)	97 (58.08)	0 (0)		
阴虚质	0 (0)	18 (10.78)	0 (0)		
痰湿质	0 (0)	16 (9.58)	0 (0)		
湿热质	0 (0)	25 (14.97)	0 (0)		
血瘀质	0 (0)	11 (6.59)	0 (0)		
气郁质	0 (0)	0 (0)	31 (81.58)		
特禀质	0 (0)	0 (0)	7 (18.42)		

参考文献[21]，将 PQSI 总分＜3 分者确定为睡眠质量“优”，PQSI 总分为 3-7 分者确定为睡眠质量“中”，PQSI 总分≥8 分者确定为睡眠质量“差”。不同体质类型的睡眠质量等级比较，差异具有统计学意义（x^2=558.000,P=0＜0.05）。睡眠质量等级评定为“优”者多为平和质（60.81%），睡眠质量等级评定为“中”者多见于阳虚质（58.08%），睡眠质量等级评定为“差”者多为气郁质（81.58%）。见表 5

3、讨论

3.1 实习护生的中医体质分析

本研究对 279 例实习护生的中医体质分布情况进行调查，结果显示，平和质占 16.13%；偏颇体质者占 83.87%。这与杨洁等[13]2019 年对安徽省 1137 名医学生的调查结果不同,实习护生的偏颇体质高于医学生偏颇体质（81.53%），提示了实习护生是偏颇体质发生的高风险人群，应该将其纳入偏颇体质防治的重点管理人群。本研究调查显示实习护生的偏颇体质中排名前三位的依次是阳虚质（34.77%）、气郁质（11.11%）和气虚质（10.39%）。偏颇体质中阳虚质居于首位与杨洁[22]、熊霖[23]等研究结果一致，这可能与实习护生熬夜（夜间学习及值夜班）以及夏季多食生冷寒凉之物，导致阳气损耗有关。气郁质居第二位，与汪海燕[24]对夜班护士的调查结果相似，这可能与护理专业女生偏多有关，女性为阴柔之体，性格细腻，易多愁善感，肝血不足，肝气郁结较多见。以及护理临床工作压力大，值夜班等工作特质有关。实习护生偏颇体质气虚质居多，究其原因可能与饮食习惯、不良生活习惯（如熬夜、缺乏体育锻炼）、学业繁重，学习压力大等多方面有关。

3.2 实习护生的睡眠质量情况

本次研究 PQSI 总分为（7.10±3.34）分，

睡眠障碍检出率为 41.58%，与张莉[25]、王小丹[26]结果相近，高于郑强[27]、黄逸清[28]等研究结果。男生睡眠障碍检出率 42.11%，女生睡眠障碍检出率 41.54%。男女睡眠障碍检出率的差异无统计学意义（x^2=0.002，P=0.961）。这可能与护理专业对于男女生在学业及工作上的要求是一致的有关，护理人员无论男女都要到各个科室实习，都需要轮值夜班。本研究中男生睡眠时间得分高于女生，说明同等条件下，男生比女生更容易有较好的睡眠的量，这可能与女生缺乏运动锻炼，容易多思忧虑等有关，《医方辩难大成》有云：“多思之人，多思善虑，易发失眠”证实了多思忧虑的人难以有较好的睡眠质量。实习护生的睡眠质量不容乐观，研究表明，睡眠质量好的医学生在身心健康及社会健康等方面优于睡眠障碍的医学生[29]。实习护生睡眠质量影响学习成绩，就寝时间/起床时间影响医学生的理论成绩，而睡眠质量则与临床技能能力息息相关[30]。睡眠质量是护士工作安全、履行职责的有力保障，睡眠质量差的护士难以有较高的工作效率，并且有发生护理不良事件的隐患[31]。薛平平研究表明[32]，良好的睡眠质量对于护士非常重要，长时间睡眠不足会让护士的工作疲倦感和离职概率增加。因此，作为未来护理人员的接班者和发扬者，关注实习护生的睡眠质量非常重要。

3.3 实习护生中医体质与睡眠质量的相关分析

如表 4，实习护生的中医体质类型得分与 PQSI 各因子得分存在线性相关关系。存在各种睡眠障碍的受调查者较难保持平和质，偏颇体质发生的可能性越高。平和质与 PQSI 总分及 PQSI 各因子中的日间功能障碍呈负相关，表明体质平和的受调查者，睡眠质量佳，发生日间功能障碍的几率低。通过表 5 得出结论，睡眠质量“优”的被调查者平和质占比比较高（60.81%），说明平和质是睡眠的保护因素，平和质脏腑阴阳气血调和，身体强健，精力充足，气血充盈，所以睡眠质量好。反之，良好的睡眠质量能够使阴阳协调，五脏六腑气血充盈，使得机体维持平和质，两者之间相辅相成。阴虚质、湿热质、气郁质与 PQSI 总分及 PQSI 各因子中的睡眠障碍及日间功能障碍呈中度正相关。湿热质与 PQSI 各因子中的入睡时间和睡眠质量呈中度正相关。气郁质与 PQSI 各因子中的入睡时间呈中度正相关。血瘀质与 PQSI 各因子中的睡眠障碍及日间功能障碍呈中度正相关。偏颇体质是实习护生睡眠障碍的易感因素，其中以阴虚质、湿热质、气郁质尤为明显，与黄亮亮对 800 名在校大学生中医体质及睡眠质量调查的结果一致[33]。实习护生由于专业特点，常常需要夜间学习或者轮值夜班，熬夜以及一些饮食偏好如爱吃油炸食品、膨化食品等温燥的食物，使得阴虚体质的发生。《灵枢》曰：“卫气不得入于阳，.....不得入于阴，则阴气虚，故目不瞑”，说明阳不交阴是不寐的重要病机。阴虚导致机体缺少精血津液等阴液物质的濡养，心阳上亢，心神不宁，引起睡眠障碍。湿热质由于外感湿邪或内生湿浊，蕴而化热，耗损津液，故而导致睡眠障碍。气郁质者肝气郁结，肝失疏泄，气机不畅，气的推动作用减弱，血运不达，心神受扰，易导致睡眠障碍[34]。偏颇体质中，睡眠质量“差”的被调查者气郁质占比最高，达 81.58%（见表 5）气郁质者神情抑郁，忧思烦闷，敏感多虑，故而入睡困难，睡眠障碍严重，进而影响日间功能。

睡眠质量的好与差基于体质，受体质的影

响，个体对睡眠障碍的易感性和严重程度以及发病特点与体质密切相关。通过纠正体质偏颇，转变为平和质，不紧可以改善睡眠质量达到治标的效果，还可以调理体质达到最终治本的目的[14]。《灵枢.大惑论》：“故肠胃大，则未气行留久：皮肤涩，分肉不解，则行迟。留于阴也久，其气不精，则欲暝，故多卧矣。肠胃小，皮肤滑以缓，分肉解利，卫气之留于阳也久，故少卧焉”，由此可见，体质的强弱影响睡眠的好坏，体质强健者，更容易有高质量的睡眠，体质羸弱者，往往睡眠质量较差[35]。

综上所述，实习护生睡眠状况不容乐观，中医偏颇体质是睡眠质量的重要影响因素之一。医学院校应针对性地给予睡眠卫生健康教育。通过中医体质辨识，根据不同的体质，实施个性化的护理，指导饮食调理、改变起居习惯、改善居住环境、调节情志等，纠正偏颇体质转化为平和质，以改善睡眠质量。睡眠卫生教育[36]：（1）规律生活制定可行的作息时间表，按时起床和睡觉，建立自己的生物钟，不能因为周末或放假打乱作息。（2）平时保持规律锻炼，睡前避免剧烈运动。（3）卧室有睡眠环境，确保卧室舒适，无声光干扰，保证夜间温度适宜，床铺舒适干净，不放与睡眠无关的东西。（4）规律进餐，不要空腹上床，晚饭不宜过饱，睡前两小时不再进食。（5）夜间避免过度饮水，避免因起床上厕所影响睡眠。（6）减少刺激性饮料摄入，如咖啡、茶，避免饮酒、吸烟，尤其在夜间。（7）睡觉前调整好心情，别把白天的问题带到床上考虑。（8）不要试图入睡，不因睡不着而心情烦躁，如果睡不着立即离开床，到其他地方分散注意力，做一些有助于睡眠的事。（9）养成良好的睡眠习惯，不在床上看书、玩手机或用电脑。（10）建立良好的睡眠程序，例如睡前洗澡，泡脚，喝适量温牛奶，听轻音乐等。基于中医体质的辩体调护：（1）饮食调理：饮食宜荤素搭配，营养均衡。多吃五谷杂粮、蔬菜瓜果，少食过于油腻及辛辣食品；饮食有节，温度适宜，干净卫生，注意戒烟限酒。气虚质宜选用性平偏温、健脾益气的食物。尽量少吃或不吃耗气的食物，如生萝卜。不宜多食生冷苦寒、辛辣燥热的食物。气郁质宜选用具有理气解郁作用的食物，少食收敛酸涩的食物。湿热质宜选用甘寒或苦寒的清利化湿食物。少食辛温燥热的食物。（2）起居调摄：保持居室保持通风，温暖干燥，安静整洁，光线适度。室内以温度 18-22℃，湿度 50%-60%为宜。湿热质居室忌潮热，可在室内用除湿器或空调改善湿、热的环境。阳虚质室温应稍高，居住环境以温和的暖色调为宜，不宜在阴暗、潮湿、寒冷的环境下长期工作和生活。起居方面，规律作息，按时睡觉及起床，建立自己的生物钟，不能因为周末或假期打乱自己生物钟。（3）情志调摄：应保持心情愉悦平和。可根据个人爱好，选择听音乐、阅读、旅游等放松心情。乐观向上，及时调整自己的消极情绪。不宜生闷气、动怒。可用音乐疗法调节情志，气虚质可以多听节奏明快的音乐，血瘀质多听流畅抒情的音乐。气郁质应多与他人相处，宽容待人对己，减少过多思虑。如情志抑郁不能疏解时，要积极寻找原因，及时寻求帮助。可以应用释疑解惑法、宣泄解郁法、移情易性法等改善不良情绪。还可以应用一些中医特色技术如耳穴压豆、穴位贴敷、中药浴足、芳香疗法等帮助改善睡眠质量。通过上述有针对性的指导，帮助实习护生纠正偏颇体质，改善睡眠质量，从而促进其身心健康。

【参考文献】

[1] Garland SN, Rowe H, Repa LM, Fowler K, Zhou ES, Grandner MA. A decade's difference: 10-year change in insomnia symptom prevalence in Canada depends on sociodemographics and health status. Sleep Health. 2018;4(2):160-165.

[2]Itani O,Kaneita Y, Munezawa T,et al.Nationwide epidemiological study of insomnia in Japan.Sleep Med. 2016;25:130-138.

[3] 耿挺：中国近 40%成年人失眠[N], 2022-03-23.

[4] Li L, Wang YY, Wang SB, et al. Prevalence of sleep disturbances in Chinese university students: a comprehensive meta-analysis. J Sleep Res. 2018;27(3):e12648.

[5] Attal B A, Bezdan M, Abdulqader A. Quality of Sleep and Its Correlates among Yemeni Medical Students: A Cross-Sectional Study[J]. Sleep Disord, 2021, 2021: 8887870.

[6] Tirusew W, Alemayehu M, Haregewoin M, et al. Magnitude and correlates of sleep quality among undergraduate medical students in Ethiopia: cross - sectional study[J]. Sleep Science and Practice, 2021, 5(1).

[7] 唐欢, 张璐姣. 中医院校大学生睡眠质量、焦虑、抑郁现状及相关因素的研究[J]. 贵州医药, 2021, 45(03): 371-372.

[8] 甘萍,赵丰,王启月,朱琳,冯艳,何叶成.护理专业大学生睡眠质量现状调查及影响因素分析[J]. 医学理论与实践,2018,31(16):2508-2510.

[9] 钟小景. 医学生睡眠质量现状及基于微信平台的认知行为干预研究[D]. 南方医科大学, 2019.

[10] Sahly R E, Ahmed A, Amer S, et al. Assessment of insomnia and sleep quality among medical students-benghazi university: A cross-sectional study[J]. Apollo Medicine, 2020, 17(2).

[11] 程平,华龙,袁媛,徐艳.实习医学生睡眠质量与健康状况相关性研究[J].大医生,2018,3(07):166-169.

[12] 王琦.中医体质[M].北京:人民卫生出版社,2009:48-54

[13] 杨洁,朱继民,武松,李静,王鸣瑞,鹿煜炜.医学生中医体质与睡眠质量的相关性分析[J].安徽中医药大学学报,2019,38(06):16-20.

[14] 刘艳,裴胜利,杜谢琴,姚瑶,刘英,高芳芳.基于脑卒中后睡眠障碍患者中医体质的个体化护理[J].护理学杂志,2020,35(22):48-51.

[15] Mazar Daniel and GillelesHilel Alex and Reiter Joel. Sleep education improves knowledge but not sleep quality among medical students.[J]. Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 2021, 17(6) : 1211-1215.

[16] J. B D, F. R C, H. M T, et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Research,

1989, 28(2).

[17] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,王爱祯,吴宏新,赵贵芳,高春霓,李万顺.匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J].中华精神科杂志,1996(02):103-107.

[18] 郑棒,李曼,王凯路,吕筠.匹兹堡睡眠质量指数在某高校医学生中的信度与效度评价[J].北京大学学报(医学版),2016,48(03):424-428.

[19] 王琦,朱燕波,薛禾生,李稍.中医体质量表的初步编制[J].中国临床康复,2006(03):12-14.

[20] 崔光辉,李少杰,尹永田,陈莉军,刘馨谣,于佩琳.睡眠质量与中医体质类型对老年人发生衰弱的影响研究[J].中国全科医学,2021,24(09):1082-1087.

[21] 张娣,宋慧娜,张利岩,林牡丹.某部队医院实习护生睡眠质量调查及影响因素分析[J].护理学报,2012,19(08):1-4.

[22] 杨洁, 朱继民, 武松, 李静,王鸣瑞,鹿煜炜.医学生中医体质的横断面调查[J].牡丹江医学院学报, 2020, 41(01): 155-157.

[23] 熊霖,万飞,林海凤,熊国星,彭园,赵斯静.重庆 950 名高职高专医学生中医体质调查研究[J].中医药导报,2019,25(11):35-37.

[24] 汪海燕, 张广清, 黄秋萍. 夜班护士中医体质类型对睡眠质量的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(33): 188-191.

[25] 张莉. 护理实习生睡眠质量及影响因素调查[J]. 中华护理教育, 2014, 11(07): 526-528.

[26] 王小丹,周曾理,高允锁,陈铭文,陈太才.某三甲医院护理实习生实习前的睡眠质量及其影响因素[J].职业与健康,2016,32(04):534-536.

[27] 郑强,吴金龙,曹珊珊,徐婷,宁珂,张秀军.医学生睡眠质量现状及其影响因素分析[J].蚌埠医学院学报,2017,42(02):253-255.

[28] 黄逸青. 医学实习生睡眠质量及影响因素的现状调查[J]. 广东职业技术教育与研究, 2019(04): 179-183.

[29] 刘海燕,汪俊华,崔迪,贾璐安.医学生睡眠质量与自测健康状况的相关研究[J].现代预防医学,2012,39(13):3288-3291.

[30] Chung K F, Cheung M M. Sleep-wake patterns and sleep disturbance among Hong Kong Chinese adolescents[J]. Sleep, 2008, 31(2): 185-94.

[31] 陈玫瑰,杨晓倩,徐璐,孙芙蓉,邓立华.护士组织气氛、隐性缺勤和工作投入的关系研究[J].护理管理杂志,2021,21(09):614-618.

[32] 薛平平,王慧,陈萍,陈梦,薛亚萍,周芳.徐州市三级甲等医院临床护士生存质量与睡眠质量和工作疲溃感的关系研究[J].中华现代护理杂志,2018,24(01):17-21.

[33] 黄亮亮. 大学生睡眠质量调查及失眠人群中医证候特点研究[D]. 湖北中医药大学, 2021.

[34]江晓玲,章莹,雷莹,胡贵方,张正刚,肖中举.气郁质与失眠相关性的病例对照研究(英文)[J].中西医结合学报,2012,10(06):655-662.

[35] 汪海燕. 倒夜班护士睡眠质量与中医体质相关性的研究[D]. 湖南中医药大学, 2021.

[36] 张斌. 失眠障碍的网络科普教育推动与实践[J]. 世界睡眠医学杂志, 2016, 3(02): 109-114.

认知障碍患者家庭照护者应对策略的研究进展

昆明医科大学第一附属医院
秦瑞　李梦婕
云南　昆明　650032

【摘要】在中国，照顾老人被看成是一个家庭的责任，加之我国目前医疗服务条件及保障体系的问题，家庭成为认知障碍患者最重要的照顾支持来源,家庭照护者扮演着十分重要的角色。本文旨在对老年痴呆家庭照护者应对策略进行综述。

【关键词】认知障碍；家庭照顾者；应对策略；

认知障碍是指一个人在记忆、学习新事物、集中注意力或做出影响他们日常生活的决定方面存在困难。它代表着患者认知功能基线水平的下降，并且必须严重到足以干扰日常活动和独立性[1]。认知障碍患者的家庭照顾者的应对指的是人们对环境变化的反应能力，他们利用自己的应对方式和策略有效地适应挑战。它可以根据一个人的应对模式来衡量一个人对环境变化的反应能力。它指的是人们试图应对压力的过程[2]。不同的应对策略会导致积极和消极的适应结果。对于认知障碍患者的照顾者而言，如果应对有效，照顾者将处于适应状态；如果护理无效，照顾者将不能很好地适应，照顾者将产生抑郁、焦虑和负担，从而影响其身心健康。

1、应对的概念框架

关于应对的概念，Lazarus 和 Folkman 在 1984 年提出的压力和应对模型是第一个被痴呆症患者的照顾者使用的模型。压力和应对的交易模型通常用于研究痴呆症护理人员所经历的压力[3]。Lazarus 和 Folkman 模型[4]提出，对压力的适应是由个人对压力的评估和应对策略所介导的。这个模型将人与环境视为一种动态的、相互的、双向的关系。从这个概念中可以理解压力、应对和适应之间的关系。评估分为初级和次级两种形式。初级评估关注的是对这个人来说什么是利害攸关的。在初级评估中，利害攸关的是伤害/损失、威胁和挑战(例如，痴呆症患者的照顾者可能面临着“失去他们所熟悉的所爱之人”)。最初的评估是：“这对我来说意味着什么?”其次，评估包括个人对他或她所能采取的应对措施的评估。二次评估考虑的是，如果有的话，可以做些什么来管理问题。第二次评估的问题是：“在这种情况下我该怎么做?”二级评价可以影响甚至决定一个人对压力情况的反应。Lazarus 和 Folkman 模型[4]的应对方式分为两类:问题型应对和情绪型应对。前者是指直接解决事件或改变局面的能力，后者是指解决自己情绪反应的能力。Carver 等人[5]将应对概念分为三类:以问题为中心的应对策略、以情绪为中心的应对策略和功能失调的应对策略。Lazarus 和 Folkman 模型等人从特定情境的角度来看待应对方式。根据他们的观点，个体对压力事件的反应方式与情境密切相关。Carver 等人从应对方式的稳定性出发，认为个体具有稳定的应对方式。基于这一想法，他们

开发了一种应对工具，包括 14 个维度：积极应对、计划、否认等。

2、家庭照护者的应对方式

研究表明，认知障碍患者的照护者有三种主要的应对行为[6]：以问题为中心的应对策略(例如，积极应对、工具性支持和计划)；以情绪为中心的应对策略(例如，接受、情绪支持、幽默、积极重建、宗教)；功能失调的应对策略(例如，行为脱离、否认、自我分散注意力、自我责备、物质和发泄)。以问题为中心的应对策略旨在解决当前的问题，并努力做一些积极的事情来缓解压力环境。对于以情绪为中心的应对策略，护理人员经常使用这些应对策略(如情绪支持)来治疗认知障碍患者的抑郁症。对于功能失调应对策略，当照顾者面对患者的某些症状时，如患者的攻击行为，照顾者可能会发现这种情况难以处理。因此，照顾者可能会采取这些应对策略，如自我分散注意力，以消除他们的痛苦。这会分散注意力，有助于避免思考当时的情况[安]。

2.1 以问题为中心的应对策略

以问题为中心的应对策略旨在试图解决当前的问题，通常包括诸如生成问题的解决方案，评估不同替代方案的利弊，以及实施解决问题的步骤。换句话说，就是积极应对、工具性支持和计划。它是努力做一些积极的事情来缓解压力环境。研究表明，大多数痴呆症患者的照顾者倾向于使用以问题为中心的策略。这些策略是“有计划的进行问题解决”(27.5%)[7]。

2.2 以情绪为中心的应对策略

以情绪为中心的策略指的是积极地识别、处理和表达自己的情绪，从而提供关于个人目标状态的信息。这种以情绪为中心的应对方式通过提供不同的解决问题的视角来促进潜在的决策。包括接受、情感支持、幽默、积极重建和宗教信仰。涉及调节压力事件的情绪后果的努力。认知障碍患者的照顾者使用以情绪为中心的策略是“面对应对”(72.5%)、“自我控制”(45%)、“寻求社会支持”(45%)、“接受责任”(42.5%)和“积极重新评价”(35%)。男性和女性使用的以情绪为中心的策略存在性别差异。女性则更倾向于使用以情感为中心的策略。例如，在“寻求社会支持”策略中，女性(M= 1.99，P>0.01)高于男性(M=1.65,P>0.01) [8]。

2.3 功能失调的应对策略

功能失调的应对是心理风险因素或对压力生活事件的不良反应的标志。它会导致人们进入活动(如饮酒)或精神状态(如戒断)，从而阻止他们直接处理压力。这些策略包括行为脱离、否认、自我分散注意力、自责、药物使用和情绪发泄。研究表明，使用功能失调应对策略的痴呆症患者照顾者的比例是“逃避回避”(30%)[7]。

3、应对策略的相关测量工具

目前，研究人员已经开发了几种工具来衡量个人的应对能力。一些工具侧重于个人问题解决和情绪应对，而另一些则侧重于个人认知和行为应对。而不同的工具可以测试患者和护理人员之间不同的应对方式。

3.1 简易应对量表（The Brief COPE）

简易应对量表是 Carver[9]于 1997 年开发的一份自我完成的问卷，用于测量应对策略。它可以评估特质应对(人们在日常生活中应对压力的通常方式)和状态应对(人们应对特定压力情况的方式)。这种工具的发展是基于 Lazarus 和 Folkman 压力和应对模型。该工具的初始人口是受飓风严重影响的社区居民。它包括 28 个描述心理测量特性的项目。该研究将量

表分为三个维度:(1)以情绪为中心：接受、使用情绪支持、幽默、积极重建和宗教(2)以问题为中心：积极应对、使用工具性支持和计划(3)功能失调的应对：行为脱离、否认、自我分散注意力、自我责备、物质使用和发泄。量表共有 14 个分量表，每个分量表有 2 个测量项：(1)积极应对：第 2 项和 7 项；(2)计划：第 14 项和 25 项；(3)积极重构：第 12 项和 17 项；(4)接受：第 20 项和 24 项；(5)幽默：第 18 项和 28 项;(6)宗教：第 22 项和 27 项；(7)使用情感支持：第 5 项和 15 项；(8)使用工具支持：第 10 项和 23 项;(9)自我分散：第 1 项和 19 项；(10)否认：第 3 项和 8 项；(11)发泄：第 9 项和 21 项；(12)药物使用；(13)行为脱离：第 6、16 项；(14)自责：第 13、26 项。这些项目按照 4 分制进行评分，有 4 个回答选项。1 =我根本没做过这件事；2 =我一直在做这件事”；“3 =我一直在做这件事”;4 =我已经做了很多次了。”得分范围为：情绪集中应对 10 - 40 分；以问题为中心的应对 6 - 24 分；功能失调应对是 12-48 分；得分越高，说明使用特定应对策略的频率越高。简易应对量表为研究人员提供了一种快速评估潜在重要应对措施的方法。

3.2 应对方式问卷调查（The Ways of Coping Questionnaire）

应对方式问卷调查是由Folkman和Lazarus在 1985 年[10]开发的一种工具，用于检查个人如何应对压力遭遇。WCQ 是一个 66 个条目的工具，旨在检查个人在压力遭遇中的应对过程。WCQ 包括三个类型和八个维度，如下：(1)一个以问题为中心的应对策略(维度 1，以问题为中心的应对)，(2)六个以情绪为中心的策略(维度 2，一厢情愿的想法；维度 3，超然；维度 5，关注积极的一面；维度 6：自我责备；维度 7，张力降低；(3)一项(维度 4，寻求社会支持)，结合了以问题和情绪为中心的应对策略。问卷回答采用李克特 4 分制，从 0 到 3。这份问卷也是基于 Lazarus 压力和应对模式。WCQ 被广泛应用于应对研究。

3.3 简易应对和适应量表

简易和适应量表是 Callista Roy[11]开发的一种简短的应对和适应处理量表(CAPS-15)。这个工具可以有效地测量个体对慢性和急性健康状况的反应和适应能力。CAPS 的每一项都是关于个人如何应对危机或极其困难的事件的简短陈述。三个项目是反向评分。可能的分数范围是 60 到 15 分，分数越高，表示对所识别的应对策略的使用越一致。该量表是基于应对和适应处理的中等范围理论(MRT)。该工具有四个维度：(1)RF:Resourceful 和 focused (2) SK：self-initiated and know -based (3) PF：Physical and fixed (4) PS：Positive and systematic。CAPS 具有较高的可靠性。四个国家(美国、泰国、哥伦比亚和土耳其)的总体 CAPS 的 Cronbach alpha 系数被描述为在 0.94 到 0.81 之间，CAPS 的内容、结构、预测和并发效度也在许多方面得到了研究人员的支持。

4、总结

在我国的医疗改革制度下，慢性病管理和老年照护被看成是国家医疗卫生服务的重点。通过提高认知障碍老人家庭照护者的照护能力、与痴呆老人沟通交流的能力对于缓解照护负担和应对照护压力是至关重要的；发展针对照护者的应对策略和资源对于减轻照护负担、提高痴呆老人生活质量是非常必要的。同时，痴呆照护服务应以消费者需求为导向,以研究证据为依托，经过谨慎细致的评估，以切实改善痴呆老人及其照护者的生活质量。

【参考文献】

[1]郝文雪，李瑞青，胡延超，等. 2010—2019 年卒中后认知障碍相关研究的可视化分析[J]. 中国全科医学，2021，24(6)：759.

[2]英杰，张欢欢，张美玲，等. 老年痴呆患者家庭照护者应对资源的研究进展[J]. 中国老年学杂志，2017，37(17)：4420-4423.

[3]Hawken T, Turner-Cobb J, Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review[J]. Health psychology open, 2018, 5(2): 2055102918810659.

[4]Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping[M]. Springer publishing company, 1984.

[5]Carver C S, Vargas S. Stress, coping, and health[J]. 2011.

[6]Monteiro A M F, Santos R L, Kimura N, et al. Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review[J]. Trends in psychiatry and psychotherapy, 2018, 40: 258-268.

[7]Chakma P, Goswami H. Burden & Coping in Caregivers of Persons with Dementia[J]. Eastern Journal of Psychiatry, 2016, 19(1).

[8]Papastavrou E, Tsangari H, Karayiannis G, et al. Caring and coping: The dementia caregivers[J]. Aging & mental health, 2011, 15(6): 702-711.

[9]Carver C S. You want to measure coping but your protocol’ too long: Consider the brief cope[J]. International journal of behavioral medicine, 1997, 4(1): 92-100.

[10]Folkman S, Lazarus R S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination[J]. Journal of personality and social psychology, 1985, 48(1): 150.

[11]Roy C, Bakan G, Li Z, et al. Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions[J]. Applied Nursing Research, 2016, 32: 73-79.

云南省卫生科技教育管理协会

征文通知

各会员单位：

云南省医学教育杂志是云南省卫生科技教育管理协会主办的内部刊物，准印证编号：（53）Y000154）。现面向会员单位进行征文活动。现将有关事项通知如下：

一、征文内容

1、院校教育：①院校管理；②教育研究；③教师论坛；④其他。

2、毕业后教育：①住院医师规范化培训论坛；②全科医学培训；③专科医学培训；④其他。

3、继续医学教育。

4、基层医学园地：①农村医学面面观；②城镇社区医学面面观；③其他。

5、全省医学教育动态及管理(含公立、民营医疗机构、网络医学教育等)。

6、公共卫生及计划生育学术论坛。

7、心理医学及其他方面的医学教育论坛。

8、医学教育前沿科技的相关译文、文摘、简讯等。

二、投稿要求

1、一般文稿不超过 3，000 字(包括大小标题、图表所占页面)。来稿一律用小 4 号宋体字，标点符号占空格。正文要求层次清晰，顺序用阿拉伯数字连续编码，简化字以中

国文字工作委员会公布为准，外文用印刷体书写。

2、每篇文章附 200 字内的“摘要”，附“关键词”，注明“参考文献”目录。

3、文中图表要少而精。附表格式规范，符合统计学要求，数字要核实准确，随附电子邮件。

4、编辑部有权对刊用稿件进行删改，作者对实质性内容文责自负。

三、其它事项

1、来稿一经采用，均免费刊登，不收取任何费用。同时，可按照云南省继续医学教育相关要求授予 A 类自管学分。来稿刊登后，由本刊编辑部邮寄刊物一本至作者单位，请投稿者注明联系方式。

2、投稿截止时间：2023 年 12 月 20 日

3、投稿邮箱：ynyxjy@126.com。

4、联系人及电话：俞亚刚，0871-68329226。

云南省卫生科技教育管理协会

2023 年 5 月 5 日