

失眠认知行为治疗对不同程度失眠伴抑郁焦虑患者疗效分析

卢静芳¹,李静茹²,张洁¹,葛方梅³,苑成梅¹

(1 上海交通大学医学院附属精神卫生中心 临床心理科,上海 200030;

2.中南大学 大学生心理健康教育中心,湖南 长沙 410000;

3.上海市普陀区精神卫生中心 医务科,上海 200065)

【摘要】 目的 探讨失眠认知行为治疗(cognitive behavioral therapy for insomnia,CBT-I)对不同程度失眠障碍合并抑郁、焦虑患者的疗效。**方法** 2020年7月至2023年1月,采用便利抽样法选取上海市精神卫生中心126例失眠障碍伴抑郁、焦虑症状的患者,分为中度失眠组和重度失眠组,两组均接受8周的CBT-I治疗。分别在基线、2周、4周及8周时,使用匹兹堡睡眠质量表(Pittsburgh sleep quality index,PSQI)、汉密尔顿抑郁量表(17-item Hamilton depression scale,HAMD-17)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale,HAMA)以及睡眠信念和态度量表(dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale,DBAS-16)等进行评估。**结果** 治疗后,中度组和重度组患者的PSQI[5.00(4.00,8.00) vs. 7.48(7.00,10.25)]分、HAMD-17[6.00(2.00,6.44) vs. 6.44(5.00,8.00)]分、HAMA[5.10(2.00,5.20) vs. 5.20(3.00,7.25)]分;两组治疗效果差异无统计学意义($P=0.216$)。中度组所有指标在2周末均明显改善(均 $P<0.05$);重度组DBAS-16后果因子和药物因子在4周末明显改善(均 $P<0.05$),且睡眠潜伏期和生活质量存在波动现象。**结论** CBT-I对失眠、抑郁和焦虑均有显著疗效,但不同失眠严重程度患者的失眠改善幅度存在差异。

【关键词】 失眠;认知行为治疗;焦虑;生活质量

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.07.016

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)07-0063-05

Efficacy Analysis of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Patients with Different Degrees of Insomnia Accompanied by Depression and Anxiety

LU Jingfang¹, LI Jingru², ZHANG Jie¹, GE Fangmei³, YUAN Chengmei¹ (1.Clinical Psychology Department, Shanghai Mental Health Center, Shanghai 200030, China; 2.Mental Health Education Center, Central South University, Changsha 410000, Hunan Province, China; 3.Medical Department, Putuo Mental Health Center, Shanghai 200065, China)

Corresponding author: GE Fangmei, Tel:021-56079469

【Abstract】 Objective To explore the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in different levels of insomnia accompanied with depression and anxiety. **Methods** From July 2020 to January 2023, 126 insomnia patients accompanied with depression and anxiety symptoms participated the study at the Shanghai Mental Health Center, and were divided into a moderate insomnia group and a severe insomnia group. Both groups received 8 weeks of CBT-I treatment and were evaluated by the Pittsburgh Sleep Index (PSQI), Hamilton Depression Scale (HAMD-17), Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and Sleep Belief and Attitude Scale (DBAS-16) at baseline, 2 weeks, 4 weeks, and 8 weeks. **Results** After treatment, moderate and severe groups scored PSQI [5.00(4.00,8.00) vs. 7.48(7.00,10.25)], HAMD-17 [6.00(2.00,6.44) vs. 6.44(5.00,8.00)], HAMA [5.10(2.00,5.20) vs. 5.20(3.00,7.25)]; there was no significant difference in the treatment effect between the two groups ($P=0.216$). All indicators in the moderate group showed significant improvement at the end of 2 weeks (all $P<0.05$); in the severe group, the consequence factor and medication factor of DBAS-16 showed significant improvement at the end of 4 weeks (all $P<0.05$), and sleep latency and quality of life exhibited fluctuating phenomena. **Conclusions** CBT-I demonstrates significant efficacy in improving insomnia, depression, and anxiety. The extent of improvement varies among patients with different levels of insomnia.

【Key words】 insomnia; cognitive-behavioral therapy; anxiety; life quality

【收稿日期】 2025-01-22 **【修回日期】** 2025-06-17

[Mil Nurs, 2025, 42(07): 63-67]

【基金项目】 国家重点研发计划(2022YFC2503902);上海市科委科技创新行动计划(20Y11906600);上海市申康发展中心重大临床研究项目-青年项目(SHDC2020CR4074)

【作者简介】 卢静芳,博士,初级心理治疗师,电话:021-34773090

【通信作者】 葛方梅,电话:021-56079469

《中国睡眠研究报告2023》^[1]显示,16.79%的民众每晚睡眠不足7h,成年人失眠发生率高达38.2%。失眠与焦虑、抑郁的共病率极高^[2],三者互

为因果,相互预测,存在复杂的双向联系。此外,失眠引发的负面认知和情绪会降低生活质量。失眠认知行为治疗(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)作为失眠治疗的一线疗法,已在临床中得到广泛运用,其优势在于矫正患者的不良睡眠认知,培养良好的睡眠卫生习惯,且无需担心药物依赖问题。尽管多项研究探讨了 CBT-I 在缓解抑郁、焦虑症状方面的有效性,但相关研究仍不够深入:现有研究多采用总体效应分析,缺乏对不同严重程度失眠患者的分层分析;同时,大多数研究关注 CBT-I 的整体疗效,而对其在不同基线特征人群中的差异化效应探讨不足。为此,本研究旨在探讨 CBT-I 对不同程度失眠障碍伴抑郁、焦虑倾向患者的疗效,以期临床干预提供更为精准的理论依据。

1 对象与方法

1.1 对象 2020 年 7 月至 2023 年 1 月,采用便利抽样法选取上海市精神卫生中心征集失眠障碍合并抑郁、焦虑症状患者作为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 周岁;(2)符合 DSM-5 失眠障碍诊断标准^[3];(3)匹兹堡睡眠质量量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)总分 ≥ 10 分;(4)伴有焦虑或/

和抑郁症状,即汉密尔顿焦虑量表 ≥ 14 分且 ≤ 29 分,和/或 17 项汉密尔顿抑郁量表 ≥ 14 分且 ≤ 23 分,但不符合焦虑障碍、抑郁障碍的诊断标准;(5)入组前 2 周末服用安眠药、抗抑郁药、抗焦虑药、抗精神病药,或入组前 4 周使用相关药物种类、剂量稳定。排除标准:(1)存在 DSM-5 中其他睡眠问题,如呼吸暂停综合症等;(2)怀孕、哺乳的女性被试;(3)酒精或物质滥用引起的失眠问题;(4)排除既往或目前诊断为精神障碍、创伤及应激相关障碍、进食障碍等患者;目前或既往诊断为焦虑障碍、抑郁障碍达到临床治愈但维持稳定不足 6 个月者;(5)排除癫痫病史或其他严重躯体疾病患者;(6)排除经历过 3 个月及以上心理治疗无用者。患者根据 PSQI 得分分组,10~14 分为中度失眠组,15~21 分为重度失眠组。

1.2 干预方法 所有患者均接受一对一失眠认知行为治疗,1 次/周,共 8 次,50 min/次。根据《失眠的认知行为治疗-逐次访谈指南》^[4]编写结构化的 CBT-I 手册,包括睡眠卫生教育、睡眠限制、刺激控制、放松训练和睡眠认知矫正 5 个模块。具体治疗方案见表 1。

表 1 CBT-I 治疗方案内容

治疗次数	治疗内容
第 1 次	建立治疗关系,认识失眠认知行为治疗,睡眠卫生教育,教授放松练习
第 2 次	认识睡眠机制,分析失眠原因,学习睡眠限制技术,制订睡眠计划,进行放松练习
第 3 次	评估治疗获益和依从性,调整睡眠计划,促进行为改变,进行放松练习
第 4 次	评估治疗获益和依从性,调整睡眠计划,学习刺激控制技术,阶段性总结,进行放松练习
第 5 次	调整睡眠计划,讨论妨碍计划执行的因素,调整睡眠计划,进行放松训练
第 6 次	调整睡眠计划,进行不良睡眠认知矫正,进行放松练习
第 7 次	调整睡眠计划,进行不良睡眠认知矫正,为治疗结束做准备,进行放松练习
第 8 次	评价治疗获益,讨论药物相关问题,预防复发,结束治疗

1.3 质量控制 治疗师来自上海市精神卫生中心,接受系统 CBT-I 培训,严格遵循治疗手册,每次治疗后需填写治疗进程,接受督导 2 周/次。评估员为心理学研究生,接受临床量表一致性培训,一致性系数大于 0.80。研究通过医院伦理委员会审核(审批号 2020-23,跟踪审批号 2020-23C1),实验注册序列号为 NCT045855282,治疗地点均在上海市精神卫生中心治疗室,研究对象均签署知情同意书。

1.4 评价工具

1.4.1 一般情况调查表 自行设计,包括性别、年龄、教育年限、婚姻状态等。

1.4.2 匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 该量表由 Buysse 等^[5]于

1989 年编制,用于评估患者近 1 个月的睡眠质量。PSQI 包含睡眠质量(1 个项目)、入睡时间(2 个项目)、睡眠时间(1 个项目)、睡眠效率(2 个项目)、睡眠障碍(9 个项目)、催眠药物(1 个项目)、日间功能障碍(2 个项目)等维度,总分 0~21 分。5~9 分为轻度失眠,10~14 分为中度失眠,15~21 分为重度失眠。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.77。研究结果中的入睡潜伏期(sleep of latency, SOL)、睡眠总时长(total sleep time, TST)、睡眠效率(sleep efficiency, SE)通过 PSQI 数据计算得出。 $SE = \text{总睡眠时长} / \text{在床时间} \times 100\%$, $PSQI \text{ 减分率} = (\text{治疗前评分} - \text{治疗后评分}) / \text{治疗前评分} \times 100\%$ 。临床痊愈:PSQI 减分率 $\geq 75\%$,症状消失;显效:PSQI

减分率 $\geq 50\%$,且 $<75\%$,症状减轻;有效:PSQI 减分率 $\geq 30\%$,且 $<50\%$,症状有改善或部分症状消失;无效:PSQI 减分率 $<30\%$ 。

1.4.3 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA) 该量表由 Hamilton^[6]于 1959 年编制,用于评估患者近 1 周焦虑严重程度,为单维度量表,共 14 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“无”到“极重度”分别计 0~4 分,总分 0~56 分。7~13 分为轻度焦虑,14~20 分为中度焦虑,21 分以上为重度焦虑。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.79。

1.4.4 17 项汉密尔顿抑郁量表 (17-items Hamilton depression scale, HAMD-17) 该量表由 Hamilto^[7]于 1967 年编制,评估患者近一周抑郁严重程度,共 17 个条目,采用 0~4 分 5 级评分法,经公式计算后总分 0~52 分。8~16 分为轻度抑郁,17~23 分为中度抑郁,24 分以上为重度抑郁。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.72。

1.4.5 世界卫生组织生活质量简表 (World Health Organization quality of life assessment, WHOQOL-BREF) 该量表由世界卫生组织生活质量小组 (the World Health Organization quality of life group, the WHOQOL group)^[8]于 1996 年编制,用于评估患者主观生活质量,26 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常差”到“非常好”分别计 1~5 分,经公式转换后总分 0~100 分。分值越高表示生活质量越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.76。

1.4.6 简式睡眠功能失调信念和态度量表 (brief version of dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale-16, DBAS-16) 该量表由 Morin 等^[9]于 2007 年编制,评估个体对睡眠信念和态度的认知。包括失眠后果、失眠担忧、不切实际的睡眠期望、药物的错误理解 4 个分量表,共 16 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常同意”到“非常不同意”,分别计 1~5 分,总分 16~80 分。分数越高表示对合理信念的认同度越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.86。

1.5 资料收集方法 干预前,研究者指导患者填写一般资料调查表,并分别于干预前(基线)、干预 2 周、4 周和 8 周后发放 PSQI、HAMD-17、HAMA、QOL 和 DBAS-16 等量表,患者自行填写,研究者当场回收并检查量表填写情况。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理。在实施意向性分析的基础上,选择干预后至少接受 2 周末随访的患者作为有效数据集;随访缺失数据,采用末次观测值结转法进行填充;个别数据缺

失,采用序列均值法填充^[8]。一般人口统计学资料、基线数据采用独立样本 t 检验和 χ^2 检验;将基线时的用药情况作为协变量,采用单因素重复测量方差分析探讨两组患者治疗前后变化情况。以 $P<0.05$ 或 $P<0.01$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般资料 共 141 例患者参与治疗(中度组 65 例,重度组 76 例)。治疗期间 20 例脱落(中度组 8 例,重度组 12 例),总体脱落率为 14.18%(20/141),中度组和重度组脱落率分别为 12.31%和 15.79%,两组脱落率差异均无统计学意义($P=0.12, P=0.73$)。20 例脱落患者中,5 人至少完成 2 周末随访,最终 126 例患者(中度组 60 例,重度组 66 例)纳入统计分析。重度组服药人数高于中度组($P=0.015$),其余两组人口学资料差异无统计学意义,详见表 2。

表 2 两组患者人口学资料比较 (N=126)

	中度组 (n=60)	重度组 (n=66)	χ^2 或 t	P
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	34.33 $\pm$ 9.95	36.29 $\pm$ 10.93	-1.046	0.298
受教育年限 ($t/a, \bar{x} \pm s$)	16.57 $\pm$ 2.19	16.22 $\pm$ 2.39	0.841	0.402
性别[n(%)]			0.165	0.685
男	23(38.33)	23(34.85)		
女	37(61.67)	43(65.15)		
民族[n(%)]			4.018	0.134
汉族	58(96.67)	64(96.97)		
其他	2(3.33)	2(3.03)		
职业[n(%)]			2.427	0.119
在职	49(81.67)	46(69.70)		
无业	11(18.33)	20(30.30)		
婚姻[n(%)]			0.336	0.562
未婚	34(56.67)	34(51.52)		
已婚	26(43.33)	32(48.48)		
是否用药[n(%)]			5.950	0.015
是	30(50.00)	47(71.21)		
否	30(50.00)	19(28.79)		

2.2 治疗前后两组患者情况比较 重度组 HAMD-17、WHOQOL-BREF 得分符合球形检验($P>0.05$),其余指标采用“Greenhouse-Geisser”校正。两组所有指标均存在显著时间主效应($P<0.05$)。中度组所有指标在 2 周末已显著改善($P<0.05$),见表 3;重度组 DBAS-16 后果因子和药物因子分数在 4 周末才显著提高。重度组生活质量和睡眠潜伏期分别在 4 周和 8 周末持续好转,出现波动。见表 4。

2.3 两组患者临床治愈率比较 两组患者所有指标均好转($P<0.001$),见表 3。两组临床治愈率差异无统计学意义($P=0.216$),见表 5。

表 3 中度组患者治疗前后各项指标比较[*n*=60,*M*(*P*₂₅,*P*₇₅)]

项目	基线	2 周末	4 周末	8 周末	<i>F</i>	<i>P</i>
PSQI(分)	12.00(11.00,14.00)	8.50(7.00,10.00) ^a	7.00(5.00,9.00) ^{ab}	5.00(4.00,8.00) ^{abc}	66.894	<0.001
SOL(<i>t</i> /min)	45.00(30.00,60.00)	30.00(15.00,41.25) ^a	19.00(10.00,30.00) ^{ab}	15.00(10.00,30.00) ^{ab}	16.259	<0.001
TST(<i>t</i> /h)	6.00(5.50,7.00)	6.50(5.63,7.00) ^a	6.50(5.50,7.00) ^a	7.00(6.00,7.44) ^{abc}	17.039	<0.001
SE(%)	70.00(62.50,80.00)	85.07(75.37,88.84) ^a	88.89(83.33,93.65) ^{ab}	90.32(85.06,96.64) ^{ab}	42.299	<0.001
HAMD-17(分)	14.00(13.00,18.00)	9.00(5.00,12.00) ^a	5.50(3.25,9.00) ^{ab}	6.00(2.00,6.44) ^{ab}	57.124	<0.001
HAMA(分)	14.00(12.25,16.00)	8.50(5.00,11.75) ^a	5.00(3.00,7.00) ^{ab}	5.10(2.00,5.20) ^{ab}	73.370	<0.001
WHOQOL-BREF(分)	54.17(50.00,62.50)	58.83(50.00,66.67) ^a	59.78(50.00,70.83) ^a	62.50(51.04,70.83) ^{ab}	5.612	0.003
DBAS-16 总分(分)	36.50(30.00,43.00)	41.00(35.25,48.00) ^a	44.00(37.25,54.00) ^{ab}	48.01(40.00,55.00) ^{abc}	29.443	<0.001
DBAS-16 后果因子(分)	10.50(10.00,13.00)	12.50(10.25,14.75) ^a	14.00(11.00,16.00) ^{ab}	15.00(12.00,17.00) ^{abc}	16.773	<0.001
DBAS-16 担忧因子(分)	11.00(9.00,14.00)	13.00(11.00,17.00) ^a	15.00(12.25,19.00) ^{ab}	17.00(13.00,20.75) ^{abc}	34.518	<0.001
DBAS-16 期望因子(分)	4.00(3.00,6.00)	5.00(4.00,7.00) ^a	6.00(4.00,7.00) ^{ab}	6.00(4.25,8.00) ^{abc}	15.978	<0.001
DBAS-16 药物因子(分)	9.00(7.00,11.00)	10.00(8.00,12.00) ^a	10.50(8.00,12.00) ^{ab}	11.00(8.25,12.00) ^{abc}	5.295	0.004

a:*P*<0.05,与基线比较;b:*P*<0.05,与 2 周末比较;c:*P*<0.05,与 4 周末比较。

表 4 重度组患者治疗前后各项指标比较[*n*=60,*M*(*P*₂₅,*P*₇₅)]

项目	基线	2 周末	4 周末	8 周末	<i>F</i>	<i>P</i>
PSQI(分)	16.00(15.00,18.00)	11.00(10.00,15.00) ^a	8.16(7.00,11.25) ^{ab}	7.48(7.00,10.25) ^{ab}	35.339	<0.001
SOL(<i>t</i> /min)	66.23(48.75,120.00)	36.54(20.00,45.00) ^a	22.08(10.00,30.00) ^{ab}	23.93(15.00,30.00) ^{ab}	28.708	<0.001
TST(<i>t</i> /h)	4.50(4.00,5.40)	6.00(5.00,6.20) ^a	6.14(5.50,6.50) ^{ab}	6.47(6.00,6.50) ^{abc}	17.989	<0.001
SE(%)	57.89(50.00,62.45)	78.91(66.67,82.60) ^a	86.78(82.08,91.40) ^{ab}	86.90(80.94,90.69) ^{ab}	49.498	<0.001
HAMD-17(分)	16.50(14.00,20.00)	11.00(7.75,14.00) ^a	7.45(6.00,11.25) ^{ab}	6.44(5.00,8.00) ^{abc}	19.913	<0.001
HAMA(分)	16.00(13.00,19.00)	9.68(6.00,14.00) ^a	6.90(5.75,11.00) ^{ab}	5.20(3.00,7.25) ^{abc}	36.075	<0.001
WHOQOL-BREF(分)	50.00(45.84,54.17)	54.09(45.84,62.50) ^a	53.55(45.84,58.33) ^a	56.17(50.00,62.50) ^{ac}	3.242	0.023
DBAS-16 总分(分)	36.85(33.00,42.00)	40.09(34.00,45.25) ^a	42.50(37.00,45.00) ^{ab}	47.03(39.50,49.00) ^{abc}	16.166	<0.001
DBAS-16 后果因子(分)	11.63(10.00,14.00)	12.28(10.00,14.00)	13.14(11.00,14.00) ^{ab}	14.47(12.00,15.25) ^{abc}	7.084	0.001
DBAS-16 担忧因子(分)	12.00(10.75,14.00)	13.48(11.75,15.00) ^a	15.00(12.75,16.00) ^{ab}	16.46(14.00,17.25) ^{abc}	14.800	<0.001
DBAS-16 期望因子(分)	4.71(4.00,5.25)	5.33(4.00,6.00) ^a	5.81(4.00,7.00) ^{ab}	6.10(5.00,7.00) ^{abc}	13.277	<0.001
DBAS-16 药物因子(分)	8.60(7.00,9.00)	8.99(7.00,10.00)	9.30(8.00,10.00) ^{ab}	9.90(8.00,10.00) ^{ab}	6.971	0.001

a:*P*<0.05,与基线比较;b:*P*<0.05,与 2 周末比较;c:*P*<0.05,与 4 周末比较。

表 5 两组患者临床疗效比较[*N*=126,*n*(%)]

临床疗效	中度组 (<i>n</i> =60)	重度组 (<i>n</i> =66)	χ^2	<i>P</i>
痊愈	10(16.67)	4(6.06)	4.455	0.216
显效	23(38.33)	26(39.39)		
有效	16(26.67)	25(37.88)		
无效	11(18.33)	11(16.67)		

3 讨论

3.1 CBT-I 对失眠和情绪具有治疗效果 本研究结果显示,两组患者经 CBT-I 治疗后,睡眠质量和情绪均明显改善。中度组在 2 周末时,所有指标均明显好转,重度组在睡眠信念的改善方面较慢,且重度失眠患者多伴随着更严重的抑郁、焦虑情绪。睡眠不足可降低情绪管理能力,或表现出更差的压力调节能力,从而导致情绪问题的发生和持续。有研究^[11]指出,睡眠质量差是重度抑郁症和广泛性焦虑症之间双向关系的中介因素。情绪问题带来的负性思维、睡眠努力与失眠的发作和维持显著相关。例如,焦虑会使自我感知的入睡时间变得更加漫长,导致主观“睡眠感”进一步下降,睡眠效率更差。治疗后

重度组焦虑水平已降至与中度组相当的水平,但抑郁水平差距依然显著。可能原因是 CBT-I 的行为技术,如放松训练、刺激控制可直接缓解生理焦虑,如肌肉紧张、过度警觉;而抑郁的改善还需伴随其他因素,如日间功能,社交动力等,滞后于睡眠和焦虑变化。研究结果支持失眠与抑郁、焦虑的共病机制,与以往研究^[12]结果一致,提示护理人员在临床实践中需关注患者的心理状态与睡眠问题的相互作用。

3.2 睡眠认知和生活质量的提升 中度组负面情绪少,心理负担轻,通过 CBT-I 的认知矫正模块,如挑战不合理信念等,在失眠的担忧上改善更多。重度组接受药物治疗的人数显著高于中度组,且对药物的理解更消极,提示对失眠患者进行药物治疗的同时,需辅以必要的失眠药物教育,护理人员可在社区或医院内,为广大群众开展失眠药物讲座,纠正其对药物的错误认知。生活质量与一系列状况相关,如躯体主诉、精神内耗和身体疲劳,而睡眠对于个体的躯体症状和能量恢复至关重要^[13]。既往研究^[14]表明,失眠患者在接受 CBT-I 后获得了中等效应量的生活质量改善。CBT-I 里的技术,如放松训练,直

接有益于个体的生活质量^[15],其他部分如睡眠卫生教育和认知疗法,可通过减少危害生活质量的压力源,如抑郁等^[16],间接有益于生活质量。

3.3 两组差异原因讨论 中度组睡眠潜伏期和睡眠质量稳步改善,而重度组的生活质量在4周时不升反降,睡眠潜伏期在8周时出现倒退。重度组治疗结果存在波动现象,可能与CBT-I治疗内容有关,睡眠限制、刺激控制等技术限制患者卧床时间,睡不着就要起床,患者会出现疲乏,头晕,精力不济等现象,进而影响生活质量。加之重度患者可能因更严重的抑郁、焦虑症状,导致未能严格限制卧床时间等,干扰睡眠巩固。提示重度失眠患者睡眠恢复需更长时间,8周可能尚未达到稳定期,需加强支持,护理人员可长期关注随访,巩固治疗,避免复发。

4 小结

本研究结果表明,CBT-I对不同程度失眠患者均具有显著疗效;其中,中度失眠组的治疗效果更为稳定,未出现明显波动。然而,研究存在以下不足:首先,样本量较小,难以全面代表所有人群;其次,缺乏长期随访数据,未来应持续追踪患者治疗结束后的睡眠状况及情绪变化。

【参考文献】

- [1] 何静文,苏彤,唐云翔.关注睡眠,关爱健康:《中国睡眠研究报告2023》解读[J].海军军医大学学报,2023,44(11):1261-1267.
- [2] MORIN C M,BERTISCH S M,PELAYO R,et al.What should be the focus of treatment when insomnia disorder is comorbid with depression or anxiety disorder? [J].J Clin Med,2023,12(5):1975-1975.
- [3] American Psychiatric Association.Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M].5th ed.Washington,DC: American Psychiatric Publishing,2013;361-368.
- [4] PERLIS M L,JUNGQUIST C,SMITH M T,等.失眠的认知行为治疗逐次访谈指南[M].张斌,译.北京:人民卫生出版社,2012:1-98.
- [5] BUYSSE D J,REYNOLDS C F,MONK T H,et al.The Pis-

burghsleep quality index;a new instrument for psychiatric practice and research.Psychiatry Research,1989(28):193-195.

- [6] HAMILTON M.The assessment of anxiety states by rating[J].Brit J Med Psychol,1959,32(1):50-55.
- [7] HAMILTON M.Development of a psychiatric rating scale for primary depression[J].Brit J Soc Clin Psychol,1967(6):278-296.
- [8] The WHOQOL Group.Development of the WHOQOL—BREF quality of life assessment[J].Psychol Med,1998,28(3):551-558.
- [9] MORIN C M,VALLIERES A,IVERS H.Validation of a brief version (DBAS—16)[J].Sleep,2007,30(11):1547-1554.
- [10] 张抗,李文元,冯硕,等.临床试验中脱落、退出和失访病例的统计学处理和报告规范[J].中医杂志,2016,57(14):1204-1207.
- [11] NGUYEN V V,ZAINAL N H,NEWMAN M G.Why sleep is key:poor sleep quality is a mechanism for the bidirectional relationship between major depressive disorder and generalized anxiety disorder across 18 years [J/OL]. [2025-02-26]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35850001/>. DOI: 10.1016/j.janxdis.2022.102601.
- [12] 闫高慧,燕美琴,段爱旭,等.积极心理干预对青少年心理健康状况和睡眠质量的影响[J].军事护理,2024,41(12):27-30,56.
- [13] ESPIE C A,EMSLEY R,KYLE S D,et al.Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life:a randomized clinical trial[J].JAMA Psy,2018,76(1):21-30.
- [14] ANJA F,MERLE C,A A S.Sleep better,feel better? Effects of a CBT-I and HT-I sleep training on mental health,quality of life and stress coping in university students: a randomized pilot controlled trial. [J/OL]. [2025-04-15]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157894/>.DIO: 10.1186/s12888-018-1860-2.
- [15] MERAKOU K,TSOUKAS K,STAVRINOS G,et al.The effect of progressive muscle relaxation on emotional competence:depression-anxiety-stress,sense of coherence,health-related quality of life,and well-being of unemployed people in Greece:an intervention study[J].EXPLORE,2019,15(1):38-46.
- [16] CHENG P,KALMBACH D A,CASTELAN A C,et al.Depression prevention in digital cognitive behavioral therapy for insomnia:is rumination a mediator? [J].J Affect Disord,2020(273):434-441.

(本文编辑:刘于晶)

《军事护理》开通基金论文发表绿色通道

为了最大限度地缩短优秀论文的刊发周期,维护其首发权,同时更快捷地传播先进的新技术、新成果,本刊特开通省部级及以上基金课题资助论文审稿、发表绿色通道,享受优先审稿、优先出版等服务。对有重大课题资助且通过审稿的稿件,编辑部将提供优化研究设计方案、优化统计学处理等编辑深加工服务并由资深编辑负责论文的修改、润色!请登录本刊官网(<http://jfhhlzz.smmu.edu.cn>)“作者投稿系统”进行投稿,勾选并填写基金项目信息,提交基金项目证明文件、论文推荐函,以备登记、审核,务必保证所留信息正确、无误,相关证明材料不全、联系方式不完整或未提交论文推荐函者将直接退稿处理。

本刊编辑部