

老年骨折患者出院准备度的研究进展

金大中 朴龙范

吉林省延吉市延边大学 吉林延吉 133000

【摘要】对出院准备度的概念、评估工具、相关影响因素及研究现状进行归纳总结,为进一步研究和完善老年骨折患者出院准备度和相关护理事宜提供参考。

【关键词】老年人、骨折、出院准备度、综述

随着我国人口老龄化的不断加重,老年骨折已成为主要的公共卫生问题^[1]。至2025年,预测老年骨折患者人数将达到599万,相应的医疗支出高达1745亿元。将近20%的老年骨折患者在一年内死于多种并发症,50%的患者致残,且老年骨折患者出院后非计划再入院问题严峻^[2]。绝大部分老年骨折患者术后由于身体机能下降,康复周期长,术后并发症发生率高,导致出院预后不良^[3],在此形势下,对老年骨折患者展开详细的出院准备情况评估,提供有效出院指导,使其顺利从医院过渡到家庭非常重要,出院准备度是对患者出院准备程度和出院后康复能力的重要预测指标^[4]。目前,国外对出院准备度的研究发展较早并趋于成熟,对各类疾病的出院准备度研究较为丰富,国内对出院准备度的研究起步虽晚,却发展迅速,对老年骨折患者的出院准备度研究相对较少。本文通过对老年骨折患者出院准备度的概念、评估工具、影响因素及研究现状进行综述,为更好地制定适应于老年骨折患者的出院准备服务提供参考。

1. 出院准备度的概念

出院准备度由最初的提出者 Fenwick, A.M^[5]定义为:病人做好面对现实的能力或准备, Tuler^[6]认为出院准备是出院计划的一部分,是一个多维度的概念,用于评估患者及其家属离开医疗机构的能力, Galvin 通过文献回顾和概念分析总结提取了出院准备度的概念为:生理上的稳定、充分的社会支持、良好的心理能力,丰富的知识和信息素养。目前,对于出院准备度尚无统一的国际标准化的定义,2024年 Feldbusch 等对以往出院准备度的概念进行了范围审查,由此总结确定了五个维度和类别:身体维度、心理维度、教育和知识维度、足够的个人以及社会和组织支持。可见,随着研究的不断进步,发现出院准备度不仅仅局限于生理和心理方面,也与社会和个人的综合素养息息相关,这些因素将会影响病人的出院的能力。

2. 老年骨折患者出院准备度的评估工具

2.1 出院准备度量表 (Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)

美国学者 Weiss 等开发了出院准备度量表,用于评估患者出院准备情况的看法,该量表由21个条目组成,分为4项分量表,分别衡量患者出院前的个人状态、知识、应对能力及出院后的预期支持,该量表采用 Likert 10级评分法,分值越高,说明出院准备度状况越好,<7表示出院准备程度低,目前,出院准备度量表是使用最为广泛的出院准备度评估量表,并被多个国家翻译应用,该量表在各种不同人群中的 Cronbach's α 系数为 0.856-0.904,信效度良好。该量表在老年骨折患者中的特异性和适用性还需进一步证实,今后的研究需不断发展、心理学测量指标完善的针对老年脆性骨折患者的出院准备度测评工具。

2.2 中文版出院准备度量表

由 Lin 等 2014 年翻译修订,量表由三个维度,12个条目组成:个人状态、应对能力和预期支持,该量表的 Cronbach's α 系数为 0.89,2017 年 Zhao 等^[15]进一步翻译修订了 RHDS 量表,应用于喉切除术后的患者,研究结果显示 Cronbach's α 系数为 0.97,信效度良好。

2.3 出院准备度专科评估量表

目前,国内针对具体疾病的出院准备度评估量表已得到初步发展,根据具体的某一疾病而编制的出院准备度量表相较于普适性量表更能够细化,更加贴合患者的实际情况。莫星星通过德尔菲法修订了冠心病经皮腔内冠状动脉介入治疗 (PCI) 术后患者的出院准备度量表,该量表包含5个维度(自身状况、应对能力、社会支持、依从性、疾病相关知识)和17个条目,结果显示该量表 Cronbach's α 系数为 0.945,并在验证性因子分析中得出,该量表理论模型的总体拟合度良好,量表的信效度较好。尚志丽翻译编制的成人2型糖尿病患者出院准备度量表分4个维度,32个条目,该量表的 Cronbach's α 系数为 0.955,折半信度为 0.846,内部一致性较好。Chen C 等于 2019 年的翻译汉化的量表在对 HIV 感染者的研究中得出样本和4维度及23个条目拟合度较好,Cronbach's α 系数为 0.912,信效度可靠。

综上,目前国外对于具体疾病的出院准备度量表开发和编制较早且成熟,国内起步较晚,但是发展迅速,此外,但上述量表是否适用于其他人群还有待探究,日后还需在更多样本、多个人群中进一步验证。

3.老年骨折患者出院准备度的影响因素

3.1 一般人口学因素

研究表明,年龄、性别、文化程度均是出院准备度的影响因素,老年患者随着生理机能及认知能力的下降,术后康复需要更多时间,同时伴随着合并症的影响,出院准备度随之降低,一项研究显示,女性患者因其疾病恢复的同时,兼顾家庭的社会责任,使得女性比男性患者承受更大的压力有关,而另一项研究中出院准备度无明显性别差异。在文化程度方面,受教育水平越高,出院准备度越高。

3.2 疾病因素

芦凤娟等研究发现,患者出院准备度的影响因素主要包括骨折程度、病程及合并症种类等。不同疾病患者出院准备度也不同,相较于食管癌放疗患者,颅脑损伤患者、乳腺癌患者、肠造口患者的出院准备度偏低。有研究显示,老年手术患者因其合并慢性病等因素,相较于慢性病患者,其出院准备度较低。

3.3 出院指导质量

研究显示出院指导质量与出院准备度呈正相关。出院指导以个性化教学提高患者的认知和依从性,并通过相关的教学来改善患者出院时的健康相关信息状态等,以提高出院准备。患者的出院指导质量越高,出院准备度就越高,如果出院指导合适,患者对疾病相关的理解和掌握程度以及出院后处理疾病问题的能力便会提高。

3.4 社会支持

社会支持作为患者重要的外部力量,使患者情绪良好,缓解疾病相关困扰,提高住院期间及出院后的身心恢复,进而提高出院准备能力。因此,医护人员在对病人进行个性化健康教育的基础上,提高护理质量,并鼓励患者更好的利用社会支持体系提升出院准备。

4.国内外老年骨折患者出院准备的研究现状

4.1 横断面研究

杨旅风等通过对 182 例脆性骨折患者调查,结果显示老年患者出院准备度得分较低,原因可能与认知理解能力较差,适应力下降有关,且与医护人员普遍不够重视脆性骨折患者,使其出院指导质量较差有关。章雪芳通过对 252 名胸腰椎骨折患者调查发现,患者出院准备度水平较高,93.7%的患者认为已准备好出院,原因可能与椎体成形术为微创手术,

术后恢复时间较短有关。

4.2 干预研究

王娇通过随机对照实验方法,纳入了 74 例老年髌骨骨折患者,分为实验组与对照组,在患者出院三个月后,老年髌骨骨折患者的关节功能恢复情况和日常生活活动能力得到了显著改善。柯茜通过对 120 例患者采用出院准备护理干预,结果显示实验组在出院后 1 个月、2 个月、6 个月的运动和日常生活能力均高于对照组。

通过对文献的收集分析,可得出老年骨折患者由于治疗的难度和合并症的问题,出院准备水平不够理想,临床上,在治疗老年骨折患者的过程中,可结合适当的康复练习,并且运用适当的方法使得病人的出院准备度提升并使得患者的安全得到保障,减少二次入院和死亡率。

5.总结与展望

正确且综合全面的出院准备评估可以防止患者过早地出院,导致一系列不良结局,由于老年群体身体机能及认知能力的衰退,且大部分患者伴随多种疾病,对这一群体的评估就更加重要,目前,国内大多数研究使用普适性量表,未见针对老年骨折人群的专科量表,今后可积极开发适合我国老年骨折人群出院准备度的测评工具,且国内现有的研究大多集中于横断面研究,今后可积极开展纵向及干预研究,结合我国国情,改善老年骨折患者的出院准备度情况,提高其生活质量。

参考文献:

- [1]Sim, Y.E., et al., Preoperative Anemia, Functional Outcomes, and Quality of Life After Hip Fracture Surgery. *J Am Geriatr Soc*, 2018. 66 (8): p. 1524-1531.
- [2]工作组中国老年骨质疏松症诊疗指南等, 中国老年骨质疏松症诊疗指南(2023). *中华骨与关节外科杂志*, 2023. 16 (10): 第 865-885 页.
- [3]Patel, P.A., et al., From Hospital to Home: A Resident-Driven Quality Improvement Project to Overcome Discharge Prescription Barriers. *Qual Manag Health Care*, 2020. 29 (4): p. 226-231.
- [4]Weiss, M.E., et al., Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec*, 2007. 21 (1): p. 31-42.
- [5]Fenwick, A.M., An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *J Adv Nurs*, 1979. 4 (1): p. 9-21.
- [6]Titler, M.G. and D.M. Pettit, Discharge readiness assessment. *J Cardiovasc Nurs*, 1995. 9 (4): p. 64-74.