

老年卧床患者从医院到家庭的无缝隙康复管理应用效果评价*

任晓晓¹ 卢少萍^{1,2} 李绣球¹ 徐永能¹ 肖凤霞¹

卧床是指老年人因为患病而导致ADL能力降低,日常生活部分或全部需要他人帮助的一种临床现象^[1]。随着我国老年人口的增加,卧床的老年人数逐渐增加。目前,我国社区提供的居家服务与老年人需求不匹配,不能满足老年人的实际养老需求^[2]。因此,大部分老年卧床患者出院都是自行找到老人院或更愿意在自己家中进行康复训练。老年卧床患者的家庭照顾者缺乏专业的家居照护知识和技能,使部分患者得不到及时的康复护理技术服务或指导。老年患者长期卧床加上体质的衰弱,容易出现各种并发症,而再次入院,增加了患者的痛苦和经济负担^[3]。本研究采取从医院到家庭的无缝隙康复管理模式,通过对专门的护理人员进行规范化培训,对老年卧床患者出院后实施康复管理,并为其提供个性化的干预措施。探讨提高老年卧床患者的生存质量,减少卧床导致的并发症的效果。报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2012年10月—2013年7月在广东省人民医院老年医学研究所出院的老年卧床患者120例,按照出院时间的先后顺序进行排序,奇数的为试验组,偶数的为对照组。纳入标准:①患者及家属自愿参加本研究;②通过简易智能精神状态检查量表得分(minimum mental state examination, MMSE)筛查认知能力评分 ≥ 10 分;③年龄 ≥ 65 岁;④根据日本的卧床分级,纳入第三级、第四级的卧床患者,且大部分时间卧床6个月以上者^[4];⑤采用Barthel指数评定评分 ≤ 61 分。

排除标准:①有明显的精神病史者;②晚期肿瘤、严重心肺疾病或体质极度衰弱卧床患者及临终患者。

120例患者完成随访,无失访或脱落病例。两组患者年龄、性别、MMSE、文化程度等一般资料的比较,无显著性差异,说明两组具有可比性(表1)。本研究项目获得本院伦理委员会批准。

1.2 干预方法

对照组和试验组患者在住院时都按照老年病房的护理

表1 两组患者一般资料比较 (例)

项目	对照组	试验组
例数	60	60
性别 ^①		
男	44	44
女	16	16
年龄 ^① (岁)	85.67 \pm 5.57	85.08 \pm 5.31
MMSE评分 ^①	21.02 \pm 5.10	20.05 \pm 4.36
文化程度 ^①		
小学	4	4
初中	14	11
高中及中专	21	26
大学及以上	21	19
民族 ^①		
汉族	58	59
回族	1	0
满族	0	1
其他	1	0
职业 ^①		
教师	0	1
干部	3	4
离/退休	57	55

①两组比较 $P > 0.05$

常规进行护理,对长期卧床的并发症和康复的重要性进行知识教育,发给老年卧床患者书面康复手册。

对照组的干预方法:按照老年患者护理常规要求在患者出院时给予出院康复指导,指导患者和家属进行自我康复训练并电话随访1次。

试验组的干预方法:①对出院前两天,有医生、护士、治疗师和营养师组成的医院外展小组对老年卧床患者进行综合评估,制定个性化的出院家庭康复计划和建立健康档案。②出院3天内,上门随访,与家属沟通,根据患者的ADL能力改善家居环境,帮助其适应家居生活。③每2周上门随访1次,在随访护理记录单上记录患者的生命体征和存在的主要的康复问题并给予解决。④根据患者的病情,教会照顾者协助患者减少卧床时间的方法,如卧坐转移训练、坐站转移训练、步行训练等,同时协助患者选择使用适当的辅助康复用

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2016.06.015

*基金项目:广东省医学科学技术研究基金(A2012004);广东省科技计划项目(2012B040301039)

1 广东省人民医院,广东省老年医学研究所,广东省医学科学院,510080; 2 通讯作者

作者简介:任晓晓,女,主管护师;收稿日期:2015-03-11

具,如助行器、轮椅或其他代步工具外出活动。⑤由经过康复专科培训的护士按计划的时间、顺序、内容对患者尽心实施指导,并教会照顾者进行主动或被动的康复锻炼,如肢体功能训练、坐位平衡训练和ADL能力训练等。⑥每周电话随访1次,督促老年卧床患者按照出院康复计划完成康复训练,我们将出院康复计划设置成表格式,每完成一项,打一个勾,方便我们随访人员了解老年卧床患者的康复训练情况。⑦开通24h护理咨询电话,随时接受患者或照顾者的咨询,并给予相应的照顾指导,必要时按需上门解决实际照顾问题。⑧每2个月举办群组活动1次,由外展服务小组的全体成员,每组20个患者和照顾者,每次活动持续2h,其中1.5h热身、健康教育、休息、问题互答,0.5h进行个体诊疗。⑨教会照顾者如何预防老年卧床引起的并发症,如何进行翻身、拍背排痰、进食、防跌倒、体位转移等。

1.3 评价指标与方法

比较两组患者出院时、出院后6个月的生存质量和并发症的发生。①采用WHOQOL-BREF量表评估患者的生存质量。WHO生存质量简表(WHOQOL-BREF)^[9],由WHO编制,方积乾翻译,用于测量与个体健康有关的生存质量,包含对生理领域、心理领域、社会关系领域和环境领域4个领域的质量评估。有29个条目,每个条目采用1—5分5级评分,得分越高,说明生存质量越好,该量表具有良好的信效度和反应度。评定量表的填写者采用访谈法,让患者自己做出生存质量与健康的有关判断,访谈者做出记录。②本研究中的并发症指老年患者因卧床而发生的疾病或症状,经文献检索参考老年临床评估中卧床及活动缺乏相关并发症^[2,6-7,10],咨询老年康复医学专家,总结出易判断的卧床相关并发症包括肌肉萎缩、跌倒或跌床、尿路感染、肺炎、压疮、静脉曲张、便秘,统计两组患者出院后6个月的两组患者肺部感染、泌尿系感染、压疮、跌倒、肌肉萎缩的发生。③试验组、对照组患者出院6个月时的生存质量评分分别减去出院时的评分,得到试验组和对照组6个月后各项评价指标的差值。以该差值评价试验组和对照组处理措施的作用。

1.4 统计学分析

采用独立样本t检验比较两组患者出院6个月和出院时各项评价指标差值的均值,对并发症的发生采用χ²检验。统计软件使用SPSS 13.0。

2 结果

出院时和出院6个月时,试验组、对照组生存质量各项评价指标的得分见表2。出院6个月后,试验组和对照组的各项评价指标差值的对比见表3。出院后6个月,试验组和对照组的并发症发生的对比见表4。

表2 出院时和出院6个月时,实验组、对照组生存质量评分 (x±s)

评价指标	试验组		对照组	
	出院时	出院6个月	出院时	出院6个月
环境领域	24.38±4.92	24.76±4.56	22.93±3.19	23.40±3.11
社会领域	8.96±1.64	9.01±1.88	8.60±1.71	8.61±1.40
心理领域	15.76±3.43	17.66±3.20	15.38±3.86	16.60±2.69
生理领域	14.66±4.42	18.60±4.37	15.25±5.30	15.26±4.66
个体对生存质量总的主观感受	2.48±0.98	2.95±0.89	2.53±0.87	2.56±0.74
个体对健康状况总的主观感受	2.16±0.92	2.85±0.70	2.18±0.81	2.30±0.67

表3 出院6个月后,实验组和对照组患者的各项评价指标差值的对比 (x±s)

评价指标	组别		t	P
	试验组差值	对照组差值		
环境领域	0.38±3.04	0.46±2.09	0.17	0.86
社会领域	0.05±1.26	0.01±1.50	0.13	0.89
心理领域	1.90±3.18	1.21±3.40	1.13	0.25
生理领域	3.93±4.02	0.016±2.72	6.24	<0.01
个体对生存质量总的主观感受	0.46±0.67	0.03±0.75	3.30	<0.01
个体对健康状况总的主观感受	0.68±0.81	0.11±0.58	4.383	<0.01

表4 两组干预前后各种后并发症的比较 (例)

	压疮	尿路感染	肺炎	肌肉萎缩	下肢静脉曲张	便秘	坠床/跌倒
对照组	17	11	15	12	4	48	3
试验组	6	2	3	9	2	42	1
χ ²	6.508	6.988	9.412	0.519	0.702	1.600	1.034
P	0.013	0.008	0.002	0.471	0.686	0.206	0.614

3 讨论

欧美等国家早在半个世纪之前就对卧床的并发症进行研究,同时由于重视对老年卧床及活动受限的预防,注重各种辅助器具的提供和环境的改善,较少老年患者长时间卧床。随着我国进入老龄化,医疗技术的进步,卧床的老年患者逐渐增多,我国近几年也开始对老年卧床的患者进行研究。我国由于传统习惯,大部分的老年患者出院后喜欢回家居家康复。老年卧床患者在出院转入家庭,而大部分社区又尚未完善或开展相关医疗护理服务措施,一方面使患者长时间卧床,容易产生各种并发症,丧失生活能力,从而影响其身心健康和生存质量;另一方面也因照护困难使家庭和老年卧床患者害怕出院,导致部分老年卧床患者长期住院,占据了有限的医疗资源,成为医院常见的“压床”现象。这些问题给家庭和社会带来沉重的精神和经济负担。无缝隙护理管理是指在护理活动的过程中,针对当前在护理管理中的条块分离所出现的质量缝隙进行全面管理的新型护理管理模式^[8],它是

一种先进的护理管理理念,能让患者获得更全面、更细致的照护^[9]。

3.1 无缝隙康复管理对老年卧床患者生存质量的影响

老年卧床患者出院后由受到康复专业培训的护士通过家庭跟进服务,一方面对照顾者进行培训和跟进,使得老年卧床患者在家庭得到专业的照护。另一方面,对照顾者及家属起到监督、指导、教育作用,提升了康复训练的意识及技能,完成从医院到家庭的延续性康复,保证了康复训练的连续性。此外,通过康复培训的护士通过上门随访,能够发现患者居家康复中的不利的环境因素,建议家属对居家环境进行改善,方便老年卧床患者进行康复训练,同时利于患者安全。本研究中,试验组出院6个月后生理领域、个体对生存质量总的主观感受、个体对健康状况总的主观感受、评分的差值均高于对照组($P<0.05$)。说明我们通过无缝隙的康复管理对老年卧床进行康复训练,可以提高老年卧床患者生理功能,改善患者对生存质量和健康状况总的感受。这可能是因为无缝隙的康复管理,保证了患者在家庭的康复训练,提高了老年卧床患者活动能力,扩大老年卧床患者的活动范围,同时分散了老年卧床患者对疾病的关注度,使得老年卧床患者对健康和生存质量的主观感受有所提高。而两组患者社会、心理和环境领域的得分变化不明显,可能的原因是由于干预时间短,家属和照顾者对患者由医院到家庭的过渡,在心理、生理上有个适应的过程,心理还存在不同程度的负性情绪,还没有主动的参与到社会活动中去。

3.2 无缝隙康复管理对老年卧床并发症的影响

老年卧床患者回到家庭后,由于照顾者缺乏康复知识、辅助用具的缺乏和环境的限制,人为造成的卧床较多。陈茜等^[10]发现,老年卧床患者卧床导致机体活动减少或缺乏是产生并发症的重要原因。我们通过无缝隙的康复管理,对老年卧床出院患者进行从出院到家庭的康复管理,帮助患者和照顾者学习使用各种辅助器具,改善居家康复环境,减少患者的卧床时间。同时教会照顾者减少卧床患者并发症的方法,如饮食的注意事项、翻身的技巧、体位转移等,使得照顾者的照顾能力提高,患者得到优质的照顾。本研究结果显示试验组和对照组相比,压疮、尿路感染、肺炎三种并发症较对照组明显下降($P<0.05$)。可能的原因是照顾者在短期内容易实施饮食干预、压疮的预防和翻身拍背等预防压疮、尿路感染

和肺炎的措施。而肌肉萎缩、下肢静脉血栓、便秘、坠床或跌倒的发生无显著性意义,可能被动肢体功能活动在短期的干预下,效果不明显,而且老年卧床患者的便秘多属于功能性便秘,单纯通过护理干预效果不大,跌倒和坠床主要是试验组患者活动能力的增强,同时也增加了跌倒或坠床的风险。

综上所述,对于老年卧床患者实施从医院到家庭的无缝隙康复管理能够提高患者的生存质量,减少肺炎、泌尿系感染、压疮的发生,减少患者再住院次数,节省医疗费用,减轻患者家庭及社会的经济负担。加拿大的Worrall G^[11]也提倡对患者进行连续医疗、护理服务,从而建立一种持久的信任感,目的在于降低医疗费用,减少患者身体、心理残疾,提高患者满意度,最近的研究也认为这种关系的持续性亦成为“人际连续性”,是传统上最有价值的初级护理。

参考文献

- [1] Hay D, Parker MJ. Hip fracture in the immobile patient[J]. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 2003, 85(7): 1037.
- [2] 庞亚莉. 潍坊市城市社区居家养老服务需求与对策研究[D]. 济南: 山东财经大学, 2014: 1—44.
- [3] 杨锦宏, 魏秀华, 韩雪松, 等. 老年卧床患者常见并发症的预见性护理措施及临床效果[J]. *中国卫生标准管理*, 2015, 6(11): 243—244.
- [4] 井口昭久. これからの老年学[M]. 名古屋: 名古屋大学出版社, 2000. 71.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京: 中国医学会电子音像出版社, 2005. 77—83.
- [6] 曲艳霞, 王科英, 王雪峰, 等. 早期康复介入对卧床病人常见并发症的影响[J]. *中国伤残医学*, 2013, 21(8): 328—329.
- [7] 孙美珍, 林建英, 邱淑琴. 卡通宣教卡及视频对出院卧床患者预防并发症的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2015, 21(3): 117—118.
- [8] 李莉, 夏柳勤, 朱明丽. 体外循环术后心包纵隔引流管的无缝隙管理[J]. *护理学报*, 2012, 19(2B): 51—53.
- [9] 黄丽璇, 吕桂兰. 无缝隙护理管理在连续性血液净化患者中的实践与效果[J]. *护理管理杂志*, 2014, 14(4): 282—283.
- [10] 陈茜, 袁丽, 郭菊红. 老年卧床患者并发症的调查分析[J]. *华西医学*, 2008, 23(1): 147—148.
- [11] Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it[J]. *Canadian Family Physician*, 2006, 52: 755—759.