

• 护理研究 •

老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担现状及与医学应对方式和残疾接受度相关性分析^{*}

李楠, 张凤梅

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] 目的 了解老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担水平, 探讨其与医学应对方式和残疾接受度的相关性, 为临床开展干预措施提供借鉴。方法 选取 2019 年 8 月至 2021 年 5 月在该院接受治疗的 162 例老年骨质疏松性骨折患者为研究对象, 采用医学应对方式量表(MCMQ)、残疾接受度量表(ADS-R)、自我感受负担量表(SPBS)评估所有患者医学应对方式、残疾接受度和自我感受负担水平, 采用双变量 Pearson 直线相关检验医学应对方式和残疾接受度与自我感受负担水平的相关性。结果 162 例老年骨质疏松性骨折患者平均 SPBS 得分为(34.09±8.12)分, 其中轻度感受负担 51 例, 中度感受负担 79 例, 重度感受负担 32 例; 平均 ADS-R 得分为(70.67±10.67)分, 其中轻度感受负担组 ADS-R 中的包容、转变、扩大、从属各维度得分及 ADS-R 总分最高, 其次为中度感受负担组、重度感受负担组, 3 组间 ADS-R 各维度得分及总分对应比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); MCMQ 中面对、回避、屈服维度平均分分别为(17.31±3.24)、(15.45±3.17)、(13.58±3.36)分, 其中轻度感受负担组面对维度得分最高, 重度感受负担组回避、屈服维度平均分最高。经双变量 Pearson 直线相关性检验分析证实, 自我感受负担与残疾接受度各维度和医学应对方式中的面对维度呈负相关($P<0.05$), 与医学应对方式中回避、屈服维度呈正相关($P<0.05$)。结论 老年骨质疏松性骨折患者医学应对方式和残疾接受度与自我感受负担关系密切, 临床应重视对其积极面对疾病的促进干预, 提升残疾接受度, 降低自我感受负担。

[关键词] 骨折; 骨质疏松; 医学应对方式; 残疾接受度; 自我感受负担; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.17.029

中图分类号: R473.6

文章编号: 1009-5519(2023)17-3018-04

文献标识码: B

骨质疏松是机体骨代谢功能异常所导致的骨组织结构损坏和骨量降低为主要临床特征的一种代谢性疾病。由于骨量降低, 骨质疏松患者易诱发骨折, 称为骨质疏松性骨折。老年人群是骨质疏松性骨折的高危人群, 有流行病学调查显示, 我国 60 岁以上人群骨质疏松性骨折发病率为 21%, 且随着年龄的增加, 发病率呈上涨趋势^[1]。自我感受负担是患者在内心对自身疾病因素、治疗费用因素、家庭支持因素、情感因素等方面的担忧, 是一种负性心理体验^[2]。残疾接受度是患者个体对自身疾病所导致的伤残状态或结局的接受程度。医学应对方式是指患者内心针对疾病创伤应激源所采取的应对方式, 包括认知和行为两部分的积极或消极应对方式^[3]。由于老年人机体修复能力下降, 合并疾病较多, 导致并发症增加, 骨折愈合时间延长, 不仅增加治疗费用, 而且还增加患者致残率和死亡率, 容易使患者产生消极情绪, 不能接受残疾现状, 加重自我感受负担。目前, 临床多从干预效果方面对患者残疾接受度和自我感受负担方面开展研究^[4], 忽略了医学应对方式和残疾接受度对患者自我感受负担的影响及三者间的关系。鉴于此, 本研究将对老年骨质疏松性骨折患者医学应对方式和

残疾接受度与自我感受负担相关性进行研究, 旨在为临床干预研究提供新思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 本研究经医院医学理论委员会批准(批准文号: 20190519)。选取 2019 年 8 月至 2021 年 5 月在本院接受治疗的 162 例老年骨质疏松性骨折患者为研究对象, 其中男 65 例, 女 97 例; 年龄 60~84 岁, 平均(67.94±5.37)岁; 骨质疏松病程 0.9~11.0 年, 平均(4.85±1.31)年; 骨折部位: 股骨颈骨折 38 例, 粗隆间骨折 50 例, 椎体压缩骨折 41 例, 其他部位骨折 33 例; 教育程度: 小学及以下 59 例, 初中 46 例, 高中 32 例, 大学 25 例。

1.1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 年龄大于或等于 60 岁; 经骨密度检测仪检测骨密度 $T<-2.5SD$, 符合老年骨质疏松诊断标准; 经影像学检查确诊为骨折; 精神及意识状态正常, 认知功能正常, 能够配合独立完成调查研究; 对本研究知情, 自愿参与研究, 并签订知情同意书。排除标准: 合并恶性肿瘤; 合并心、脑、肝、肾、肺等脏器疾病; 合并精神类疾病; 合并血液系统疾病或感染性疾病者; 存在意识障碍者; 临床资

* 基金项目: 河南省医学科技攻关项目(19210321016)。

料不完整、主动退出研究或研究期间失联者。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 (1)残疾接受度量表(ADS-R):包含转变、包容、扩大、从属 4 个维度 32 个条目,采用 Likert 4 级评分法计分,其中 10 个条目为正向计分,其余 22 个条目为反向计分,总分 32~128 分,得分越高说明患者对自身残疾接受度越高,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.921,信度良好。(2)医学应对方式量表(MCMQ):是目前临床应用最广泛的反映患者医学应对方式的评价工具,包含面对、回避、屈服 3 个维度 20 个条目,采用 Likert 4 级评分法计分,3 个维度分别独立计分,得分越高说明患者更倾向于该应对方式。该量表面对、回避、屈服 3 个维度在本研究中的 Cronbach's α 系数分别为 0.893、0.905、0.889,信度良好。(3)自我感受负担量表(SPBS):包含身体负担、情感负担、经济负担 3 个维度 10 个条目,采用 Likert 5 级评分法计分,总分 5~50 分,得分越高说明患者自我感受负担越高,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.917,信度良好。参考以往研究^[5],本研究将 SPBS<30 分设置为轻度感受负担组,将 SPBS 30~<40 分设置为中度感受负担组,将 SPBS $\geq$ 40 分设置为重度感受负担组。

1.2.2 研究方法 由接受相关培训且考核合格的研究者,分别在入院当天、复位固定术后、出院前向研究对象发放调查问卷,向其介绍本研究目的、临床意义、调查问卷填写方法,所有与患者沟通关于调查问卷的内容均采用研究前统一设计的固定语言,避免在沟通

和解释过程中对患者产生诱导效果,保证调查结果的真实性。调查问卷均要求在 30 min 内容完成答卷并当场收回,本研究问卷回收有效率为 100%,每项调查取 3 次得分均分作为该项调查最终得分,逐项将调查得分输入电脑,并由双人核对。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件对调查数据进行统计学分析,所有数据符合正态分布,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用单因素方差分析,医学应对方式和残疾接受度与自我感受负担相关性采用双变量 Pearson 直线相关分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担情况 本研究 162 例老年骨质疏松性骨折患者平均 SPBS 得分为(34.09 $\pm$ 8.12)分,其中轻度感受负担 51 例,占 31.48%,SPBS 得分为(26.45 $\pm$ 3.28)分;中度感受负担 79 例,占 48.77%,SPBS 得分为(34.91 $\pm$ 3.92)分;重度感受负担 32 例,占 19.75%,SPBS 得分为(44.25 $\pm$ 4.63)分。

2.2 不同自我感受负担患者 ADS-R 得分比较 本研究 162 例老年骨质疏松性骨折患者平均 ADS-R 得分为(70.67 $\pm$ 10.67)分,其中轻度感受负担组 ADS-R 中的包容、转变、扩大、从属各维度得分及 ADS-R 总得分最高,其次为中度感受负担组、重度感受负担组,3 组间 ADS-R 各维度得分及总分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 不同自我感受负担患者 ADS-R 各维度及总得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	包容	转变	扩大	从属	总得分
轻度感受负担组	51	21.93 $\pm$ 5.72	20.98 $\pm$ 5.31	21.27 $\pm$ 5.86	12.35 $\pm$ 2.93	76.53 $\pm$ 9.87
中度感受负担组	79	19.95 $\pm$ 4.93	19.67 $\pm$ 4.89	19.52 $\pm$ 5.11	10.47 $\pm$ 2.87	69.61 $\pm$ 9.59
重度感受负担组	32	18.17 $\pm$ 4.48	17.82 $\pm$ 4.17	18.04 $\pm$ 4.42	9.92 $\pm$ 2.38	63.95 $\pm$ 9.42
<i>F</i>	—	5.538	4.099	3.929	9.695	17.534
<i>P</i>	—	0.005	0.018	0.022	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

2.3 不同自我感受负担患者 MCMQ 得分比较 本研究 162 例老年骨质疏松性骨折患者 MCMQ 中面对、回避、屈服维度平均分分别为(17.31 $\pm$ 3.24)、(15.45 $\pm$ 3.17)、(13.58 $\pm$ 3.36)分,其中轻度感受负担组面对维度均分最高,重度感受负担组回避、屈服维度均分最高,3 组间 MCMQ 各维度对应比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.4 医学应对方式和残疾接受度与自我感受负担相关性分析 经双变量 Pearson 直线相关性检验分析显示,医学应对方式中的面对维度和残疾接受度各维度与自我感受负担呈负相关($P<0.05$),医学应对方式中回避、屈服维度与自我感受负担呈正相关($P<$

0.05),见表 3。

表 2 不同自我感受负担患者 MCMQ 各维度得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	面对	回避	屈服
轻度感受负担组	51	18.63 $\pm$ 3.73	13.47 $\pm$ 2.79	11.97 $\pm$ 2.35
中度感受负担组	79	17.11 $\pm$ 3.08	15.96 $\pm$ 2.96	13.56 $\pm$ 2.74
重度感受负担组	32	15.68 $\pm$ 2.84	17.34 $\pm$ 3.25	16.17 $\pm$ 2.93
<i>F</i>	—	8.349	19.011	24.451
<i>P</i>	—	<0.001	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

表 3 医学应对方式和残疾接受度与自我感受负担相关性分析(相关系数)

项目	自我感受负担	面对	回避	屈服	包容	转变	扩大	从属	ADS-R 总分
自我感受负担	—	-0.561 ^a	0.617 ^a	0.595 ^a	-0.694 ^a	-0.616 ^a	-0.583 ^a	-0.685 ^a	-0.711 ^a
面对	-0.561 ^a	—	-0.635	-0.619	0.735	0.683	0.691	0.587	0.674
回避	0.617	-0.635	—	-0.645	-0.729	-0.707	-0.665	-0.528	-0.612
屈服	0.595	-0.619	-0.645	—	-0.697	-0.725	-0.612	-0.695	-0.668
包容	-0.694 ^a	0.735	-0.729	-0.697	—	-0.608	0.528	-0.694	0.686
转变	-0.616 ^a	0.683	-0.707	-0.725	-0.608	—	0.617	0.589	0.775
扩大	-0.583 ^a	0.691	-0.665	-0.612	0.528	0.617	—	0.657	0.615
从属	-0.685 ^a	0.587	-0.528	-0.695	-0.694	0.589	0.657	—	0.632
ADS-R 总分	-0.711 ^a	0.674	-0.612	-0.668	0.686	0.775	0.615	0.632	—

注:—表示无此项;^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

3.1 老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担处于中等水平 本研究结果显示,老年骨质疏松性骨折患者平均自我感受负担得分为(34.09±8.12)分,处于中等水平,提示临床应重视该类患者自我感受负担相关干预。本研究结果水平高于荣娴等^[6]报道的慢性阻塞性肺疾病自我感受负担得分[(27.96±6.04)分],但低于杨靖等^[7]报道的乳腺癌放疗患者自我感受负担得分[(38.06±9.87)分],与邱晓蓉等^[8]报道的糖尿病足患者自我感受负担得分[(35.42±8.05)分]接近。分析其原因,可能与本研究对象骨折后存在肢体功能障碍,甚至残疾,相对于慢性阻塞性肺疾病患者感受更为严重有关,糖尿病足和失能患者身上同样存在残疾现象,因此自我感受负担接近,也印证了上述分析,而乳腺癌放疗患者多为女性,其心理更容易受疾病影响产生波动,并且肿瘤疾病给人的感觉较骨折更严重,因此其自我感受负担更高。另外,本研究人群为老年人,该类患者对家属和经济看得较重,不愿因自身疾病拖累家庭,从而增加自我感受负担。同时,从结果可见,患者的自我感受负担具有明显的个体化差异和主观思想,这就使得群体干预具有局限性,因此,提示临床应根据不同疾病、不同年龄段采取针对性干预措施,同时加强患者疾病相关知识的宣教和普及,消除患者主观意识对自我感受负担的影响,以尽可能降低患者自我感受负担,为促进康复创造基础。

3.2 不同自我感受负担的老年骨质疏松性骨折患者残疾接受度和医学应对方式存在差异 本研究结果显示,不同自我感受负担的老年骨质疏松性骨折患者残疾接受度存在差异($P<0.05$),其中轻度自我感受负担患者的残疾接受度最高,而重度自我感受负担患者的残疾接受度最低。分析其原因,可能与患者残疾接受度对其生活和心理的影响程度不同,而不同的心理和生活质量可对自我感受负担产生影响有关^[9]。另外,残疾接受度和自我感受负担均是患者自身心理

感受,同等的残疾等级患者,由于其自我认知水平不同和自我评判标准不同,可能出现不同的残疾接受度,而对自身残疾现状不能接受或接受度较低的患者内心可能出现焦虑、无助等心理,从而增加其自我感受负担。鉴于此,建议临床应重视患者的残疾相关知识宣教,使患者正视残疾,并客观评价,尽可能地减少因残疾接受度不佳而加重自我感受负担。同时,本研究还显示,轻度自我感受负担患者医学应对方式的面对维度得分最高,而重度自我感受负担患者医学应对方式的回避和屈服维度得分最高。分析其原因,积极面对疾病和残疾现状的患者,其心理受疾病现状的影响较轻,从而自我感受负担也较轻,反之,对自身疾病和残疾现状持回避和屈服的患者,内心不愿接受残疾现实,心理不容易从残疾阴影中走出,因此自我感受负担较重^[10]。提示临床在制定自我感受负担干预的同时,应重视患者疾病应对方式的干预,避免消极应对方式对患者心理和医学行为产生不良影响,建议适当增加疾病相关宣教。帮助患者掌握残疾和肢体功能障碍的自我生活技能,提升其生存质量,避免消极应对方式对自我感受负担的影响。

3.3 自我感受负担与残疾接受度和医学应对方式的关系 本研究结果表明,老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担与残疾接受度各维度和医学应对方式中的面对维度呈负相关($P<0.05$),与医学应对方式中回避维度、屈服维度呈正相关($P<0.05$),即积极面对医学应对方式和较高残疾接受度的患者自我感受负担较低,回避和屈服医学应对方式患者的自我感受负担较重,这与国外学者 JOHNO 等^[11]研究结论一致。分析其原因,患者在对残疾现状内心接受的过程中会对其心理成长产生积极影响,从而使患者从心理上接受现实,并从现实出发采用具有实际意义和积极作用的医学应对方式,进而降低自我感受负担水平。建议临床应适当增加患者的心理干预和残疾相关知识宣教,帮助其掌握相应的生活技能,从而淡化残疾对其生活的影响,实现投稿提升残疾接受度而降低患者自

我感受负担水平的效果。另外,国外学者 MIKI 等^[12]报道指出,积极医学应对方式可缓解患者自我感受负担,与本研究结论一致。分析其原因,患者在对残疾现状内心接受的过程中会对其心理成长产生积极影响,从而使患者从心理上接受现实,并从现实出发采用具有实际意义和积极作用的医学应对方式,进而降低自我感受负担水平。而回避、屈服应对方式是负性方式,不能正面面对疾病和残疾现状,患者的内心多为逃避、认命等心理,很难采取积极有效的疾病应对方式,不利于疾病康复,从而加重自我感受负担水平。建议临床可通过对患者开展积极心理引导,通过针对性干预措施帮助患者树立积极医学应对方式,提升自我管理水平和促进疾病康复,进而降低自我感受负担。

综上所述,老年骨质疏松性骨折患者自我感受负担不容忽视,是影响康复的相关因素之一,且其与残疾接受度和医学应对方式关系密切,临床应根据患者情况,给予针对性预防干预措施,帮助患者建立积极心理,勇敢面对疾病,提升疾病导致的残疾现状接受度,引导其采取积极医学应对方式,以达到加速疾病康复,降低自我感受负担,提升自我管理水平和生活质量的目的是。

参考文献

- [1] 林华. 中国老年人群迫在眉睫的骨折风险[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2021, 37(5): 436-440.
- [2] REHMANN S C. Self-perceived burden to others as a moral emotion in wishes to die. A conceptual analysis[J]. Bioethics, 2019, 33(4): 439-447.
- [3] CUI S S, WANG R, LU L, et al. Influence of education level on mental health and medical coping modes: A correlation analysis in the elderly[J]. Am J Nurs Sci, 2019, 8(6): 325-329.
- [4] 李咏梅. 脑卒中患者自我感受负担与生活质量的相关研究[J]. 中国疗养医学, 2018, 27(6): 608-610.
- [5] PEDROSO C M, CABRERA I, MARQUEZ G M, et al. Validation of the guilt associated with self-perception as a burden scale(G-SPBS)[J]. Behav Cognit Psychoth, 2020, 49(2): 11-12.
- [6] 荣娴, 吴际军. 老年 COPD 患者自我感受负担及其影响因素分析[J]. 卫生职业教育, 2020, 38(20): 114-116.
- [7] 杨靖, 王睿. 乳腺癌放疗患者自我感受负担与心理症状群的相关性[J]. 临床心身疾病杂志, 2021, 27(2): 72-75.
- [8] 邱晓蓉, 易倩, 陈晓燕. 糖尿病足患者自我感受负担对自我管理水平的的影响[J]. 临床医学工程, 2021, 28(12): 1729-1730.
- [9] 易文琳, 余雨枫, 刘艳, 等. 基于文献计量学的自我感受负担研究可视化分析[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(6): 994-998.
- [10] 王文碧, 黄英. 围手术期综合性护理对高龄骨质疏松性股骨颈骨折半髓关节置换术患者预后及减轻自我感受负担的价值[J]. 现代医药卫生, 2018, 34(21): 3380-3382.
- [11] JOHN K, KEITH G W, LACHLAN A, et al. Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence, and predictors [J]. Pain, 2012, 153(8): 1735-1741.
- [12] MIKI O. Physical and cognitive factors associated with self-perceived burden in patients with advanced cancer [J]. Hiroshima J Med Sci, 2019, 66(3): 55-59.
- (收稿日期: 2022-10-08 修回日期: 2023-03-22)
- (上接第 3005 页)
- [31] LI W, POZZO-MILLER L. Dysfunction of the corticostriatal pathway in autism spectrum disorders[J]. J Neurosci Res, 2020, 98(11): 2130-2147.
- [32] WANG M, WAN J, RONG H, et al. Alterations in gut glutamate metabolism associated with changes in gut microbiota composition in children with autism spectrum disorder[J]. mSystems, 2019, 4(1): e00321-18.
- [33] PITTENGER C, CORIC V, BANASR M, et al. Riluzole in the treatment of mood and anxiety disorders[J]. CNS Drugs, 2008, 22(9): 761-786.
- [34] JOSHI G, WOZNIAC J, FARAONE S V, et al. A prospective open-label trial of memantine hydrochloride for the treatment of social deficits in intellectually capable adults with autism spectrum disorder [J]. J Clin Psychopharmacol, 2016, 36(3): 262-271.
- [35] BELSITO K M, LAW P A, KIRK K S, et al. Lamotrigine therapy for autistic disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial[J]. J Autism Dev Disord, 2001, 31(2): 175-181.
- (收稿日期: 2022-12-09 修回日期: 2023-01-18)