

• 论 著 •

老年髋部骨折术后患者自我管理量表的编制及信效度检验

左晓琳¹, 温艳¹, 王莹辉², 张景纬¹, 李玉伟¹

摘要:目的 编制老年髋部骨折术后患者自我管理量表,并进行信效度检验。方法 采用文献回顾、半结构化访谈法形成量表的条目池,经专家函询和预调查对量表条目进行筛选和修订,形成初始量表。在漯河市2所医院分别选取236例、292例老年髋部骨折术后患者进行调查,检验量表的信效度。结果 老年髋部骨折术后患者自我管理量表包含4个维度,30个条目。探索性因子分析提取4个公因子,累计方差贡献率为63.943%;验证性因子分析显示四因子结构拟合良好($\chi^2/df=1.445$, RMSEA=0.039, IFI=0.962, TLI=0.959, CFI=0.962);条目水平的内容效度指数为0.824~1.000,量表水平的内容效度指数为0.916。量表总的Cronbach's α 系数为0.932,折半信度为0.971,重测信度为0.960。结论 老年髋部骨折术后患者自我管理量表信效度良好,可用于评价老年髋部骨折术后患者的自我管理水平。

关键词:老年人; 髋部骨折; 自我管理; 症状识别; 功能康复; 量表; 信度; 效度

中图分类号:R473.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.17.022

Development and psychometric testing of a Self-management Scale for Elderly Patients after Hip Fracture Surgery

Zuo Xiaolin, Wen Yan, Wang Yinghui, Zhang Jingwei, Li Yuwei.

Traumatic Orthopedics Inpatient Ward, the Central Hospital of Luohe (the First Affiliated Hospital of Luohe Medical College), Luohe 462000, China

Abstract: **Objective** To develop a Self-management Scale for Elderly Patients after Hip Fracture Surgery and to test its reliability and validity. **Methods** The item pool of the scale was formed after literature review and semi-structured interview, which was improved to form an initial scale by expert consultation and pilot investigation. Then 236 and 292 elderly patients after hip fracture surgery from two hospitals in Luohe city were respectively selected and investigated to test its reliability and validity. **Results** The final version of the scale consisted of 4 dimensions and 30 items. Four factors were identified through exploratory factor analysis, accounting for 63.943% of the total variance. Confirmatory factor analysis showed excellent goodness of fit indices for the four-factor structure ($\chi^2/df=1.445$, RMSEA=0.039, IFI=0.962, TLI=0.959, CFI=0.962). The content validity index of each item of the scale ranged from 0.824 to 1.000, and the overall content validity was 0.916. The Cronbach's α coefficient of the total scale was 0.932, the split-half reliability was 0.971, and the test-retest reliability was 0.960. **Conclusion** The self-management scale for elderly patients after hip fracture surgery has good reliability and validity, which can be used to evaluate the self-management level of elderly patients after hip fracture surgery.

Keywords: the elderly; hip fracture; self-management; symptom identification; function rehabilitation; scale; reliability; validity

髋部骨折在老年人群中具有高发病率、致残率和病死率的特点,已成为全球性的公共健康问题^[1]。手术是主要的治疗方式,而术后康复时间至少6个月以上,25%~75%的患者术后1年的髋关节功能及日常活动能力无法恢复到伤前水平^[1-3]。在加速康复外科理念下,患者住院时间缩短,导致老年髋部骨折术后患者院外普遍存在自我管理水平不佳的问题^[4],直接影响康复进程并增加再入院风险。自我管理指患者在医护人员指导下,主动承担疾病管理责任,持续进行健康决策与行为实践的过程^[5],这与我国《全民健

康素养提升三年行动方案(2024—2027年)》^[6]所倡导的“个人是健康第一责任人”的主动健康理念相契合。相关研究指出,有效的自我管理能够改善髋部骨折术后患者的关节功能,降低术后并发症和再入院率,缓解抑郁、焦虑,提高生活质量^[7]。因此,加强对该类患者自我管理能力的评估并及早进行针对性干预,帮助其顺利度过康复全周期尤为重要,但目前缺乏科学且特异性的评估工具。现有研究多依赖普适性自我管理评价量表或借鉴其他慢性病自我管理评估工具,这些工具未能充分涵盖髋部骨折术后康复的特殊性,如基于骨折愈合阶段的渐进性功能锻炼、疼痛管理、营养支持、跌倒预防以及社会心理适应等核心内容,从而限制了相关研究的开展。本研究旨在编制适合老年髋部骨折术后患者的自我管理评估量表,并检验其信效度,以期系统、全面地测量该类患者自我管理行为提供评估工具。

作者单位:1. 漯河市中心医院(漯河医学高等专科学校第一附属医院)创伤骨科(河南 漯河,462000);2. 漯河市骨科医院创伤骨科

左晓琳:女,硕士,副主任护师,护士长,1135261756@qq.com

科研项目:河南省科技攻关项目(LHGJ20200888)

收稿:2026-02-20;修回:2026-05-10

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 函询专家 2023 年 8—11 月,邀请山东、山西、河北、河南、浙江、北京和天津 7 个省/直辖市的专家进行函询。纳入标准:①在髌部骨折医疗与护理领域、护理教育领域有 10 年及以上工作经验;②本科及以上学历;③中级及以上职称;④自愿参与本研究。剔除标准:不能按时返回量表。最终 17 名专家完成 2 轮函询,其中正高级职称 7 名,副高级 10 名;博士学历 3 名,硕士 8 名,本科 6 名;年龄 35~58(47.50±6.44)岁;从事骨科医疗 3 名,临床骨科护理 6 名,骨科护理研究 4 名,护理管理 4 名;工作年限 10~32(23.62±5.50)年。

1.1.2 调查对象 采取便利抽样法,于 2024 年 1—6 月对漯河市 2 所三级甲等医院骨科门诊就诊的患者进行调查。纳入标准:①符合《老年髌部骨折诊疗与管理指南(2022 年版)》^[8] 诊断标准;②在髌部骨折前能够行走且平衡能力正常(包括使用辅助器具);③年龄≥60 岁;④初次行内固定术或髌关节置换术后 6 个月内;⑤知情同意,自愿参加本研究。排除标准:①并存其他严重疾病(重度感染、恶性肿瘤或严重的心、脑、肾疾病等);②有认知、记忆功能障碍,不能正常沟通。本研究经 2 轮德尔菲专家函询后量表条目 36 个,探索性因子分析的样本量以量表条目数的 5~10 倍选取,考虑 10%无效量表,样本量为 200~400;验证性因子分析的样本量大于 200 结构较为稳定;因此,总样本量至少为 400。本研究有效调查老年髌部骨折术后患者 528 例,其中男 252 例,女 276 例;年龄 60~92(71.04±8.29)岁;初中及以下文化程度 296 例,高中/中专 130 例,大专及以上 102 例;已婚 191 例,未婚 83 例,离异 109 例,丧偶 145 例;独居 167 例,仅与子女居住 113 例,仅与配偶居住 80 例,与子女、配偶居住 97 例,其他 71 例;全髌关节置换术 116 例,髌关节表面置换术 137 例,股骨近端防旋髓内钉内固定术 138 例,切开复位内固定术 103 例,其他术式 34 例;术后能独立行走 271 例,依靠辅助器具行走 257 例;术后时间 1~6(3.92±1.73)月。本研究已通过医院伦理委员会批准(LH-KY-2023-005-019)。

1.2 量表研制方法

1.2.1 理论框架 本研究以 Corbin 等^[9] 提出的自我管理理论(包括疾病管理、情绪管理和日常生活管理 3 个方面)为概念框架,并结合相关指南^[8,10] 和其他自我管理量表^[11-12] 的内容,初步形成量表的 4 个维度:①症状识别与管理,即患者识别并正确应对髌部骨折术后常见的症状及并发症,主动寻求医疗帮助;②功能康复管理,即患者遵从医学指导循序渐进地完成康复训练,康复依从性高;③日常生活管理,即患者明确术后康复的危险因素,主动纠正并建立正确的生

活方式与习惯;④社交心理管理,即患者通过自身积极的调适和利用身边的社会资源,调节心理情绪问题,促进社会适应性。

1.2.2 文献分析 在中国知网、万方数据服务平台、维普网、医脉通、国际指南协作网、PubMed、Web of Science、Cochrane Library、Scopus、ProQuest、BMJ Best Practice 进行检索。中文检索词:老年人,老人,老年;髌部骨折,髌关节骨折,髌关节手术,髌关节置换术;自我管理,自我效能,自我护理,自我照护。英文检索词:aging,aged,frail elderly,elderly,geriatric,senior,older;hip fracture,orthopedic surgery,hip arthroplasty; self-management, self-administration, self-efficacy,self-care。检索时限从建库至 2023 年 5 月。初步检索得到 2 073 篇文献,详细阅读文题、摘要、全文后纳入 92 篇。对纳入文献进行仔细阅读,以自我管理理论为基础,提取老年髌部骨折术后患者自我管理行为的相关内容,初步构建量表条目池。

1.2.3 半结构式访谈 采用目的抽样法,于 2023 年 6—7 月,选取漯河市中心医院骨科门诊就诊的 15 例老年髌部骨折术后患者(纳入与排除标准同调查对象)进行访谈。访谈提纲包括:①您通过什么途径学习髌部骨折术后自我管理的知识? ②您如何进行术后的自我管理? 术后医护人员对您做过的康复指导,您都遵守了吗? 您是怎样做的? ③您在自我管理的过程中遇到过哪些问题或者困难? 您是如何解决的? 您认为您在这方面还有哪些需要改进的? ④手术对您的日常生活产生了哪些影响? ⑤在自我管理的过程中,您的心情如何? ⑥在自我管理的过程中,您希望获得哪些方面的支持? 希望以什么方式获得帮助? 采用定向内容分析法^[13] 对访谈资料进行分析、编码、汇集,共提炼出 4 个主题,分别为:康复知识和认知,负面体验与感受,自我管理的技能和能力,外部支持需求。经课题小组讨论,并结合文献回顾,确立了症状识别与管理、功能康复管理、日常生活管理和社交心理管理 4 个维度共 61 个条目的量表初稿。

1.2.4 专家函询 采用电子邮件或面访的形式发放、回收函询表。函询表包括 3 个部分:①理论介绍和量表维度划分说明;②量表各条目的重要性评分和意见收集。采用 Likert 5 级评分法,从“不重要”至“非常重要”依次计 1~5 分,并设置“修改意见”栏;③专家基本情况表,包括专家对函询内容熟悉程度和判断依据。以条目重要性均数>3.50 且变异系数<0.25 为标准筛选条目^[14],并根据专家建议对条目进行修改。2 轮函询表的有效回收率均为 100%,表明专家积极性较高;专家权威系数分别为 0.935、0.950,表明专家权威性较高。第 1 轮函询各条目的变异系数 0.11~0.36,肯德尔和谐系数为 0.337($\chi^2=105.848$, $P<0.05$)。第 2 轮函询各条目的变异系数 0.07~

0.19,肯德尔和谐系数为 0.526($\chi^2=147.177, P<0.05$)。经过 2 轮函询,共删除 20 个条目,增加 3 个条目,修改 12 个条目,合并 16 个条目为 8 个条目,专家意见趋于一致,函询结束。形成含有 4 个维度 36 个条目的初始量表。量表采用 Likert 5 级评分,“完全做不到、很少能做到、有时能做到、经常能做到、总是能做到”分别赋值 1~5 分。患者根据自身的真实情况进行评分,得分越高说明其自我管理行为水平越高。

1.2.5 预调查 2023 年 12 月便利选取在漯河市中心医院骨科门诊就诊的 20 例老年髌部骨折术后患者(纳入与排除标准同调查对象),采用初始量表进行预调查,患者对量表内容难易度、准确性及是否引起歧义等进行评价。量表全部回收,填写时间 7~12 (9.20±1.74)min。经讨论,修改其中 1 个条目的表达(将“我会将运动康复融入到日常生活中”改为“我会将运动康复融入到日常生活中,如低强度的家务劳动、上下楼梯、骑自行车等”),其他条目调查对象均认为内容合理易懂。

1.2.6 正式调查 由经过统一培训的调查人员向研究对象面对面发放量表,并指导患者填写。对于阅读或书写障碍者,由调查人员逐条询问患者后填写。量表填写完毕即刻回收,若发现缺失项,及时提醒患者补充。量表收集后,由 2 名课题组成员逐一筛查,剔除全部使用同一答案作答的量表。调查分为 2 个阶段,第 1 阶段 2024 年 1—3 月,选取漯河市中心医院就诊的 240 例患者进行调查,回收有效量表 236 份,用于项目分析和探索性因子分析;第 2 阶段 2024 年 4—6 月,选取漯河市骨科医院就诊的 300 例患者进行调查,回收有效量表 292 份,用于验证性因子分析、聚合效度、区分效度和信度分析。

1.3 统计学方法

采用 SPSS26.0 和 AMOS26.0 软件进行数据分析。正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)描述,非正态分布的计量资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,计数资料采用频数描述。专家的积极性采用专家积极系数(即问卷回收率)评价,专家的权威性采用专家权威系数评价,专家意见协调性采用肯德尔和谐系数评价。

1.3.1 项目分析 项目分析中,若条目不满足以下其中 1 项标准则考虑删除^[15]。①临界比值法。将第 1 阶段所有被调查对象的问卷得分按高低排序,得分前 27%为高分组,后 27%为低分组,计算高低两组每个题项得分均值的差异,保留临界比值>3 且 $P<0.05$ 的条目。②相关系数法。通过 Pearson 相关性分析计算各条目得分与量表总分的相关系数,保留相关系数>0.4 且 $P<0.05$ 的条目。③内部一致性系数法。保留条目删除后量表总的 Cronbach's α 系数不增加的条目。

1.3.2 效度评价 ①内容效度。邀请参与专家函询

的 17 名专家对量表条目的相关性进行评价,计算条目水平的内容效度指数(Item-level CVI, I-CVI)和量表水平的内容效度指数(Scale-level CVI, S-CVI/Ave)。当 I-CVI ≥ 0.78 、S-CVI/Ave ≥ 0.80 说明内容效度较好^[16]。②结构效度。探索性因子分析采取主成分分析法和最大方差正交旋转法,提取特征值>1 的因子,因子累计方差贡献率>60%,公因子下的条目数 ≥ 3 个,各条目只在 1 个因子上的载荷值 ≥ 0.4 ,符合碎石图检验原则^[17];验证性因子分析检验此结构效度的适切性与真实性,模型拟合度标准为 $\chi^2/df<3.00$,RMSEA <0.08 ,RMR <0.08 ,GFI、AGFI、NFI、IFI、TLI、CFI >0.90 ^[17]。③聚合效度与区分效度。聚合效度采用组合信度(Critical Ratio, CR)和平均方差提取值(Average Variance Extracted, AVE)评价,当 AVE >0.5 且 CR 值 >0.7 ,则说明聚合效度较高^[17];区分效度由 AVE 平方根值和维度间相关系数的比较确定。

1.3.3 信度评价 ①Cronbach's α 系数。以 Cronbach's α 系数 >0.70 为标准评价量表总体及各维度的内部一致性^[17]。②分半信度。将量表各条目按照奇偶数分半,采用 Spearman-Brown 校正公式计算量表整体和各维度的折半信度,以检测各条目间的同质性与内在的相关性^[17]。③重测信度。随机选取 30 例患者,保留联系方式,间隔 2 周后进行再次调查。采用 Pearson 相关性分析计算 2 次调查数据的相关系数,以检验量表的跨时间稳定性^[17]。

2 结果

2.1 项目分析结果 ①临界比值法。除条目“我会主动向医护人员咨询术后注意事项和并发症管理等”和“我认为我的手术很成功,我对术后髌关节的康复有信心”的临界比值分别为 0.657、1.288 外,其余条目临界比值 6.369~9.979(均 $P<0.001$)。②相关系数法。条目“医护人员教给我的康复训练方法我都能熟练掌握”与总分的相关系数为 0.162,其余条目 0.460~0.652(均 $P<0.001$)。③内部一致性系数法。删除条目“有一个人,在我需要的时候可以向他寻求帮助”后,量表总的 Cronbach's α 系数上升为 0.928。经课题小组讨论,删除以上未满足标准的 4 个条目,保留 32 个条目。

2.2 效度

2.2.1 结构效度

2.2.1.1 探索性因子分析 首次探索显示,KMO 值为 0.917, Bartlett 球形检验的 χ^2 值为 4 552.87 ($P<0.001$),适合做因子分析。正交旋转后特征值>1 的公因子有 5 个,累计方差贡献率为 65.640%,因公因子 5 只包含 2 个条目,删除后进行第 2 轮探索。结果显示,KMO 值为 0.921, Bartlett 球形检验的 χ^2 值为 4 239.945($P<0.001$),适合做因子分析。正交旋

转后特征值>1 的公因子 4 个,同时结合碎石图,从第 5 个因子开始,坡度线变得较为平坦,故提取 4 个公因子,累计方差贡献率为 63.943%。各条目的因子载荷量为 0.667~0.847,均>0.4 且无双载荷出

现。根据前期理论基础和条目内容,将 4 个公因子分别命名为症状识别与管理、功能康复管理、日常生活管理和社交心理管理。见表 1。

表 1 老年髋部骨折术后患者自我管理量表探索性因子分析(n=236)

条目	症状识别 与管理	功能康复 管理	日常生活 管理	社交心理 管理
1. 我会每日行患肢检查(腿围、皮温等)	0.802	0.161	0.057	0.068
2. 我能察觉术后出现的常见症状,如肿胀、疼痛等	0.797	0.193	0.092	0.151
3. 当患肢肿胀时,我会平躺把腿垫高 20~30°	0.786	0.002	0.113	0.171
4. 我能控制或缓解疼痛,如转移注意力、服用镇痛药等	0.745	0.087	0.157	0.145
5. 我能辨别当患肢突发剧烈疼痛、活动受限、伤口红肿疼痛等情况时需及时就医	0.731	0.121	0.128	0.128
6. 我会按照医嘱定期去医院复查	0.729	0.110	0.096	0.101
7. 我能预防下肢深静脉血栓、伤口感染等常见并发症	0.727	0.174	0.193	0.215
8. 我能预防再骨折	0.667	0.195	0.095	0.019
9. 我能坚持每天按照术后康复计划进行康复训练(如收缩肌肉、勾绷脚背、直腿抬高)	0.152	0.807	0.094	0.142
10. 我能根据自己的体力进行低强度有氧运动,如散步、太极拳等	0.101	0.799	0.122	0.051
11. 我能保证自己的康复训练方法是正确的且程度能达到标准	0.170	0.749	0.090	0.112
12. 当肌力、关节活动度未达到康复预期时,我会寻求医护人员帮助	0.152	0.738	0.086	0.071
13. 在进行康复训练时,当身体出现剧烈疼痛或不适时,我会立即停止训练	0.075	0.728	0.132	0.044
14. 我知道功能康复是个长期、持续且缓慢的进程,我有足够的耐心和接受度,不追求短期内的显著效果	0.147	0.726	0.179	0.110
15. 我会将运动康复融入到日常生活中,如低强度的家务劳动、上下楼梯、骑自行车等	0.139	0.726	0.130	0.100
16. 我会评估并改造家庭环境(如调整床、座椅、马桶高度,安置扶手、夜灯、防滑垫等)	0.051	0.176	0.847	0.162
17. 我会保持正确的坐、卧、立体位,并正确转换体位,避免禁忌动作及高风险姿势(如深蹲、盘腿、弯腰拾物等)	-0.003	0.130	0.795	0.144
18. 我能独立完成自我照顾(起床、如厕、穿鞋袜等)	0.138	0.083	0.787	0.159
19. 我会合理使用辅助器具,如助行器、拐杖	0.147	0.029	0.784	0.083
20. 我会合理搭配饮食,如多食高蛋白、高钙、高维生素 D、粗纤维的食物	0.198	0.125	0.778	0.152
21. 我能维持正常的体重,即体重(千克)/身高(米) ² =(18.5~24.0)kg/m ²	0.078	0.135	0.771	0.048
22. 我能感知并预防跌倒(改变体位时放慢速度、预防药物相关性跌倒等)	0.157	0.126	0.758	0.076
23. 我会通过多种途径(网络、书籍、讲座等)来获取关于髋部骨折术后健康生活方式的相关信息	0.190	0.142	0.750	0.111
24. 我积极参加团体社交活动(如聚餐、跳广场舞、开联谊会等)	0.159	0.176	0.134	0.825
25. 我会主动与朋友、家人、医护人员倾诉自己的感受,并寻求对我进行症状、运动等方面的提醒和监督	0.121	0.111	0.133	0.811
26. 对术后治疗、检查结果、康复、生活行为等有困惑时,我会主动寻求医护人员的支持与帮助	0.124	0.060	0.110	0.796
27. 我相信宗教信仰对术后康复有帮助	0.151	0.053	0.137	0.787
28. 当我情绪低落、焦虑时,我会想办法控制或缓解情绪,如听音乐、做运动、咨询心理医生等	0.108	0.038	0.127	0.774
29. 我能调节跌倒恐惧、运动恐惧的情绪	0.077	0.161	0.038	0.762
30. 我相信通过良好的自我管理可以促进髋关节功能的恢复	0.171	0.062	0.175	0.751
特征值	5.261	4.898	4.672	4.353
累计方差贡献率(%)	17.536	33.861	49.434	63.943

2.2.1.2 验证性因子分析 建立包含 4 个潜在变量和 30 个测量变量相互关系的一阶 4 因子模型,结果显示, $\chi^2/df = 1.445$ 、 $RMSEA = 0.039$ 、 $RMR =$

0.042、 $IFI = 0.962$ 、 $TLI = 0.959$ 、 $CFI = 0.962$ 、 $GFI = 0.880$ 、 $AGFI = 0.861$ 、 $NFI = 0.887$ 。

2.2.2 聚合效度和区分效度 见表 2。

表 2 聚合效度和区分效度(n=292)

项目	<i>r</i>				AVE	AVE 平方根	组合信度
	症状识别与管理	功能康复管理	日常生活管理	社交心理管理			
症状识别与管理	1.000				0.517	0.719	0.895
功能康复管理	0.455 [*]	1.000			0.518	0.720	0.882
日常生活管理	0.342 [*]	0.314 [*]	1.000		0.521	0.722	0.897
社交心理管理	0.491 [*]	0.448 [*]	0.363 [*]	1.000	0.645	0.883	0.927

注:^{*} $P < 0.05$ 。

2.2.3 内容效度 量表的 I-CVI 为 0.824~1.000,

S-CVI/Ave 为 0.916。

2.3 信度 见表 3。

表 3 量表信度 (n=292)

项目	Cronbach's α 系数	折半信度	重测信度
症状识别与管理	0.894	0.908	0.927
功能康复管理	0.881	0.884	0.927
日常生活管理	0.896	0.900	0.941
社交心理管理	0.927	0.921	0.923
总量表	0.932	0.971	0.960

3 讨论

3.1 老年髋部骨折术后患者自我管理量表具有科学性 有效的自我管理可改善老年髋部骨折术后患者的症状体验和生活质量,已成为影响康复质量的关键。目前的相关评估工具普遍侧重一般慢病管理,缺乏对术后患者特定功能恢复阶段的响应性。本研究聚焦专科疾病特征,在自我管理理论框架下,结合髋部骨折术后的康复特点,将传统的“疾病管理”细化为“症状识别与管理”与“功能康复管理”,与日常生活管理和社交心理管理共 4 个维度全面且特异性地衡量老年髋部骨折术后患者的自我管理水平,以便医护人员进一步制订相应的干预策略,实施个性化、有针对性的干预措施,改善患者的康复结局。本研究严格按照量表编制的流程,在成熟理论框架的支撑下,广泛查阅文献,并结合半结构式访谈结果,形成量表条目池。纳入不同领域、具有较强专业能力及较高科研素养的专家,对条目进行修改,保证量表的合理性及可行性。采用多种项目分析方法及信效度检验,对量表条目进行严格的筛选与归纳,保证条目具有良好的代表性、独立性、敏感性和区分性。量表编制过程科学、严谨、合理,能准确反映老年髋部骨折术后患者自我管理行为的相关问题。

3.2 老年髋部骨折术后患者自我管理量表具有良好的信效度 量表总的 Cronbach's α 系数为 0.932,各维度 Cronbach's α 系数为 0.881~0.927,表明量表具有良好的内部一致性,结果可靠性高^[17]。量表总的折半信度系数为 0.971,各维度的折半信度系数为 0.884~0.921,表明条目之间的同质性和内在相关性好^[17]。量表总的重测信度为 0.960,各维度重测信度为 0.923~0.941,说明具有良好的稳定性^[17]。量表的 S-CVI/Ave 为 0.916,I-CVI 为 0.824~1.000,说明量表的内容可以较好地反映该类患者自我管理的相关行为^[16]。本研究探索性因子分析结果显示,因子数量与前期的理论期望一致。验证性因子分析进一步显示多数拟合指标达到理想标准,GFI、AGFI 和 NFI 也在可接受范围,表明模型拟合良好。量表各维度的 CR 值为 0.882~0.927,AVE 值为 0.517~0.645,表明量表具有较好的聚合效度。各维度 AVE 平方根值为 0.719~0.883,均大于该维度与其他维度的相关系数,表明量表的区分效度较好。

3.3 老年髋部骨折术后患者自我管理量表具有较高的实用价值 为确保量表条目的实用性,编制过程中重点考虑以下内容:①兼顾目前患者自我管理存在的主要问题。老年人本身存在一定的机体功能退化,加之骨折及手术创伤,容易发生诸多并发症,这些并发症不但会延长卧床时间,甚至会导致死亡^[18]。医护人员需要预见性地评估各种并发症的高危因素,准确识别患者发生各类并发症的风险等级,提前给予预警,提醒患者正确识别并预防并发症^[19]。症状识别与管理维度体现了对下肢深静脉血栓、肿胀、疼痛的预防与管理能力。②突出功能康复专科特色。将自我管理与老年髋部骨折术后患者康复的专科特色相结合,使量表在应用时更加具有特异性。老年患者对康复训练及日常活动技能的获悉和记忆程度均下降,该方面是他们在康复过程中面临的较大难题,故评价其自主功能康复的能力,有利于医护人员针对性地进行干预指导。功能康复管理与日常生活管理维度针对髋部骨折术后的专科特点,重点评估功能康复与日常生活自我管理行为。③条目内容全面、具体。心理因素对患者康复的影响也较显著。焦虑抑郁会降低依从性,而积极的态度和自信心是恢复日常活动和促进康复的重要资源^[20]。髋部骨折患者出院后普遍且持续存在跌倒和运动恐惧,患者往往无法安心投入日常生活,回避康复治疗,导致功能锻炼不足^[20]。因此,社交心理的自我管理也非常重要。

4 结论

本研究编制的老年髋部骨折术后患者自我管理量表包含症状识别与管理、功能康复管理、日常生活管理和社交心理管理 4 个维度,共 30 个条目,且信效度良好。本研究调查对象局限在漯河市 2 所三级甲等医院,样本量及代表性不足,未来可扩大采样范围,增大样本量,进一步验证及优化该量表。

参考文献:

[1] Sing C W, Lin T C, Bartholomew S, et al. Global epidemiology of hip fractures:secular trends in incidence rate, post-fracture treatment, and all-cause mortality[J]. J Bone Miner Res,2023,38(8):1064-1075.

[2] Che Y J, Qian Z, Chen Q, et al. Effects of rehabilitation therapy based on exercise prescription on motor function and complications after hip fracture surgery in elderly patients[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2023, 24 (1): 817.

[3] Cordero-Ampuero J, Peix C, Marcos S, et al. Influence of surgical quality (according to postoperative radiography) on mortality, complications and recovery of walking ability in 1425 hip fracture patients[J]. Injury, 2021,52(Suppl 4):S32-S36.

[4] O'Connor M I, Switzer J A. AAOS clinical practice guideline summary: management of hip fractures in older adults[J]. J Am Acad Orthop Surg,2022,30(20):e1291-

e1296.

[5] Lorig K R, Holman H R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms[J]. Ann Behav Med,2003,26(1):1-7.

[6] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药局综合司,国家疾控局综合司. 全民健康素养提升三年行动(2024—2027 年) [EB/OL]. (2024-05-29) [2025-02-04]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202406/content_6955867.htm.

[7] Sutton E L, Kearney R S. What works? Interventions to reduce readmission after hip fracture;a rapid review of systematic reviews[J]. Injury,2021,52(7):1851-1860.

[8] 国家卫生健康委办公厅. 老年髋部骨折诊疗与管理指南(2022 年版) [EB/OL]. (2022-12-29) [2025-05-03]. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202212/fc82276d294d47de8356f03acf2372fd.shtml>.

[9] Corbin J, Strauss A. Managing chronic illness at home: three lines of work[J]. Qual Sociol,1985,8(3):224-247.

[10] 高悠水. 2021 年 AAOS《老年髋部骨折的治疗:基于循证的临床诊疗指南》解读[J]. 中国骨伤,2023,36(3):279-283.

[11] 刘方,李素云,晏蓉,等. 乙肝肝硬化患者自我管理效能问卷的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志,2025,40(14):30-34.

[12] 周黎雪,姜云霞,周云平,等. 类风湿关节炎患者自我管理行为量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志,2022,37(10):33-36.

[13] 朱丹玲,周云仙. 护理文献中质性内容分析法的应用误区探讨[J]. 护理学杂志,2018,33(21):97-99.

[14] 李峥,刘宇. 护理学研究方法[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2018:92-93.

[15] 罗伯特·F·德威利斯. 量表编制:理论与应用[M]. 席仲恩,杜珏,译. 3 版. 重庆:重庆大学出版社,2016:61,167.

[16] 张晨,周云仙. 我国护理测量工具文献中内容效度指数应用误区分析[J]. 护理学杂志,2020,35(4):86-88,92.

[17] 吴明隆. 问卷统计分析实务:SPSS 操作与应用[M]. 重庆:重庆大学出版社,2010:157-160.

[18] 刘王卫,杨勇. 基于机器学习的老年髋部骨折术后严重并发症预测模型构建和验证[J]. 遵义医科大学学报,2025,48(9):919-931.

[19] 符秋燕,黄天雯,肖万莲,等. 老年髋部骨折患者术后全序列康复风险评估指标体系的构建[J]. 护理学杂志,2025,40(12):22-27.

[20] Tu C Y, Shields N, Gill S D, et al. Longitudinal changes in physical activity levels and fear of falling after hip fracture[J]. Physiother Res Int,2021,26(1):e1884.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 10 页)

[8] 杨倩倩,叶世岳,郭顺萍. 骨科住院患者未手术出院的原因分析与改进对策[J]. 中国卫生标准管理,2022,13(17):95-99.

[9] Zigmond A S,Snaith R P. The Hospital Anxiety and Depression Scale[J]. Acta Psychiatr Scand,1983,67(6):361-370.

[10] Thomas L H, McColl E, Priest J, et al. Newcastle satisfaction with nursing scales:an instrument for quality assessments of nursing care[J]. Qual Health Care,1996,5(2):67-72.

[11] 印飞,芮永军,沈小芳,等. 一期拇对掌功能重建结合多边形皮瓣治疗先天性铲状手畸形[J]. 中华手外科杂志,2019,35(2):115-117.

[12] 袁少婷,高婷婷,王晓妮,等. 术前强化心理干预在拇外翻矫形术患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(1):158-160.

[13] Lee J, Choi K H. Mother-child social cognition among multicultural families in South Korea[J]. Front Psychiatry,2022,13:883212.

[14] 连晓杰,王丽丽,宋梦琳,等. 先天性手足畸形患儿家长心理问题及护理干预研究进展[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(5):106-109.

[15] Trandafir L M, Moisa S M, Vlaiculescu M V, et al. Insulin pump therapy efficacy and key factors influencing adherence in pediatric population;a narrative review[J]. Medicina (Kaunas),2022,58(11):1671.

[16] 陈振生,瓦日斯江·麦麦提敏,李丽清,等. 我国基层医疗资源失配度的影响因素及其组态路径分析[J]. 中国卫生经济,2025,44(7):55-60,76.

[17] 屈小金,刘娇,秦芳. 高热惊厥患儿家属心理健康情况及其与家庭功能、应对方式的关系研究[J]. 全科护理,2020,18(36):5169-5171.

[18] 王小丽,秦媛,晁耀君. Swanson 关怀理论下的家庭参与式游戏干预对小耳畸形外耳再造术患者的影响[J]. 国际护理学杂志,2025,44(13):2428-2433.

[19] 张一铭,谢安慰,景秀琛,等. 患儿父母与儿科护士伙伴关系及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2023,38(15):67-70.

[20] 袁加俊,汤晓丽,井恬恬,等. 儿童专科医院延续治疗的实践初探分析[J]. 中华预防医学杂志,2025,59(7):1170-1176.

[21] 王丽珺,谢丽,朱丹,等. 正念自我关怀干预对复杂肠道疾病手术患儿照顾者焦虑抑郁的影响[J]. 护理学杂志,2025,40(24):101-105.

(本文编辑 韩燕红)