

# 医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状调查

赵林博, 黄欢欢, 肖峰, 吴城妃, 王瑞琪, 赵庆华

**摘要:**目的 分析医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状,并探讨服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性。方法 以 265 名老年多重用药患者为研究对象,在出院当天采用一般资料调查表、出院指导质量量表及出院准备度量表进行调查;出院后 1 周,采用服药偏差评估工具进行电话随访。结果 出院后 1 周内服药偏差发生率为 61.89%,主要偏差类型为服药种类减少(40.28%),主要偏差原因为患者源性(53.61%)。服药偏差与出院指导质量、出院准备度呈负相关(均  $P < 0.05$ )。回归分析结果显示,年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量是服药偏差的影响因素(均  $P < 0.05$ )。结论 医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差发生率较高,其影响因素较多。应加强对老年多重用药患者的服药偏差管理,提高出院指导质量,以确保患者用药安全。

**关键词:**老年患者; 多重用药; 医院-家庭过渡期; 服药偏差; 出院指导; 出院准备度; 患者安全

**中图分类号:**R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.121

**Medication discrepancies in elderly patients with polypharmacy during the hospital-to-home transitional period** Zhao Linbo, Huang Huanhuan, Xiao Feng, Wu Chengfei, Wang Ruiqi, Zhao Qinghua, Nursing Department, The First Hospital Affiliated to Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

**Abstract: Objective** To analyze the current situation of medication discrepancy in elderly patients taking multiple drugs during the hospital-to-home transitional period, and explore the correlation between medication discrepancy and discharge guidance and readiness for hospital discharge. **Methods** A total of 265 elderly patients taking multiple drugs were selected and investigated using a general information questionnaire, the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) on the day of discharge. One week after discharge, the medication discrepancy tool (MDT) was used for telephone follow-up of patients. **Results** The incidence of medication discrepancy within 1 week after discharge was 61.89%. The main type of and reason for discrepancy was the decrease in the types of medication (40.28%), and patient-originated (53.61%) respectively. Medication discrepancy was negatively correlated with the quality of discharge teaching and readiness for discharge (both  $P < 0.05$ ). The results of regression analysis showed that age, residence condition, medications prescribed at discharge, length of stay, number of diseases and quality of discharge teaching were the influencing factors of medication discrepancy (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The incidence of medication discrepancy is high among elderly patients with multiple drugs in hospital-to-home transitional period for many reasons. Therefore, medical staff should strengthen the management for medication discrepancy, and improve quality of health guidance at discharge, so as to ensure medication safety.

**Key words:** elderly patients; polypharmacy; hospital-to-home transitional period; medication discrepancy; discharge guidance; readiness for discharge; patient safety

随着社会老龄化的不断加深,老年人用药安全性问题日益突出。服药偏差指在治疗场所变更的过渡期内,患者实际用药与医嘱药物治疗方案之间的偏差<sup>[1]</sup>。研究表明,老年多重用药患者服药数量多,药物治疗方案复杂,是发生服药偏差的高危人群<sup>[2]</sup>。而服药偏差可导致药物不良事件、治疗效果不佳及非计划性再入院等不良结局<sup>[3]</sup>。医院-家庭过渡期指患者从出院前期到返回家庭后的 2 个月<sup>[4]</sup>,该时期内老年

患者服药偏差发生率达 14.1%~94.0%<sup>[2]</sup>。出院指导质量与患者临床结局密切相关。研究发现,50%药物相关事件及 20%药物不良反应与医护人员缺乏有效出院指导有关<sup>[2]</sup>。另有研究表明,患者出院准备度与出院后健康结局呈正相关<sup>[5]</sup>。出院准备度指患者对自己是否做好出院准备及是否具备出院后居家康复、护理能力的一种自我感知水平<sup>[6]</sup>。老年多重用药患者因共病负担高、认知和生理储备有限,在医院-家庭过渡期面临更多安全挑战<sup>[7]</sup>。相关研究多侧重于服药偏差影响因素<sup>[8-9]</sup>,对出院指导质量、出院准备度与服药偏差的关联知之甚少。因此,本研究拟以医院-家庭过渡期老年多重用药患者为调查对象,旨在将出院指导质量作为医源性因素,出院准备度作为患者源性因素,评估服药偏差是否与出院指导质量及出院准备度具有相关性,以期改进临床护理用药管

作者单位:重庆医科大学附属第一医院护理部(重庆,400016)

赵林博:女,硕士在读,护士

通信作者:赵庆华,qh20063@163.com

科研项目:重庆市科技局 2021 年度技术创新与应用发展专项大健康领域重点研发项目(CSTC2021jscx-gksb-N0021);北京泰康溢彩公益基金会 2021 年度资助课题(ZXJJ-YCGW-2021008)

收稿:2022-10-03;修回:2022-11-29

理、确保老年人过渡期用药安全提供建议和参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本研究采用便利抽样法,于2022年6~8月以重庆医科大学附属第一医院住院老年患者为调查对象,在其出院当天展开调查。纳入标准:①年龄 $\geq 60$ 岁;②多重用药患者,即出院后至少使用5种药物<sup>[10]</sup>;③已接受出院指导。排除标准:①出院后转往其他医疗机构(包括养老机构);②患者本人及其照顾者均无法正常进行语言交流沟通。样本量计算:在统计学中样本量至少是变量数的10倍,本研究估计变量数目为16个,考虑20%的无应答率,计算样本量为200,最终纳入样本量为265例。患者均已签订知情同意书,自愿参加研究。本研究已经所在单位伦理委员会批准(2022-K4)。

## 1.2 方法

**1.2.1 调查工具** ①一般资料。调查表为研究者自行设计。包括:性别、年龄、婚姻状况、文化程度、居住情况、住院付费方式及家庭人均月收入等人口社会学信息;住院时间、合并疾病及出院带药数量等患病及用药情况。②中文版出院指导质量量表(Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS)。由Weiss等<sup>[11]</sup>于2007年编制,本研究采用王冰花等<sup>[12]</sup>翻译和修订的中文版QDTS。共3个维度24个条目,分别为患者自我感觉在出院前需要的内容(6个条目)、出院前实际获得的内容(6个条目)、指导技巧和效果(12个条目)。各条目采用0~10分计分法,共计240分,总分越高表明患者出院指导质量越好。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.924,本研究中为0.862。③出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)。由Weiss等<sup>[13]</sup>编制,我国学者Lin等<sup>[14]</sup>汉化。中文版RHDS共3个维度13个条目,包含是非题(1个条目),个人状态(3个条目)、适应能力(5个条目)和预期性支持(4个条目)。是非题不计入总分,其余各条目采用0~10分计分法,共计120分,分值越高表示患者的出院准备度越好。中文版RHDS的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.89,本研究中为0.821。④中文版服药偏差评估工具(Medication Discrepancy Tool, MDT)。由Smith等<sup>[15]</sup>研发,是目前应用最为广泛的对出院过渡期患者进行服药偏差评估的工具。王秀英等<sup>[16]</sup>对MDT的评估条目进行文化调适和改良,形成中文版MDT。中文版MDT主要包括2个部分,第1部分是将患者出院带药医嘱作为评估标准,并从药物名称、剂量、时间、频次及方法5个方面评估患者所报告的实际用药清单与其之间是否存在偏差及偏差类型;第2部分是通过与患者及其家属、住院期间责任医生与护士沟通来分析服药偏差发生原因。中文版MDT的总内容效度为0.970,本研究中2名评定者(1名主要研究者和1名经培训合格的专业学

位护理硕士)间信度为0.840( $P < 0.001$ )。

**1.2.2 调查方法** 由经统一培训的4名护理人员组成调查小组,调查人员对符合纳入、排除标准的患者采用统一指导语,并告知其此次调查目的、方式和意义,在取得患者知情同意后展开调查。于患者出院当天填写一般资料调查表、出院指导质量量表及出院准备度量表,问卷当场收回。既往研究<sup>[8]</sup>发现,患者出院后1周服药偏差发生率最高,因此本研究在患者出院后1周根据中文版MDT,以电话随访的方式收集患者服药偏差相关信息。出院时共纳入290例患者,25例失访,失访原因包括问卷填写不完整、电话无法接通、拒绝回访或不配合、死亡、再次入院,最终纳入265例患者,有效访问率为91.38%。

**1.2.3 统计学方法** 将数据录入Excel建立数据库,应用SPSS27.0软件进行统计分析。定性资料以频数、百分比(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;符合正态分布的定量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示;采用Spearman相关分析探讨服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性;采用logistic回归分析服药偏差的影响因素。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 患者出院指导质量、出院准备度评分** 94.72%的患者在出院当天认为自己已做好出院准备。患者出院指导质量、出院准备度评分见表1。

表1 患者出院指导质量和出院准备度评分( $n = 265$ )

项目	条目数	$\bar{x} \pm s$	
		总分	条目均分
出院指导质量	24	169.51 $\pm$ 23.34	7.07 $\pm$ 0.97
出院前需要的内容	6	39.65 $\pm$ 16.43	6.61 $\pm$ 2.74
出院前实际获得的内容	6	34.32 $\pm$ 11.74	5.72 $\pm$ 1.96
指导技巧和效果	12	95.54 $\pm$ 8.36	7.96 $\pm$ 0.70
出院准备度	12	87.85 $\pm$ 6.85	7.32 $\pm$ 0.57
个人状态	3	20.58 $\pm$ 3.46	6.86 $\pm$ 1.15
适应能力	5	36.02 $\pm$ 3.92	7.20 $\pm$ 0.78
预期性支持	4	31.25 $\pm$ 4.26	7.81 $\pm$ 1.06

## 2.2 患者服药偏差调查结果

**2.2.1 服药偏差发生率、类型** 265例患者中,164例(61.89%)在出院后1周内至少发生了1项服药偏差,共发生638例次,平均每人发生2.41例次。其中51例(31.10%)发生1例次偏差,46例(28.05%)发生2例次,43例(26.22%)发生3例次,16例(9.76%)发生4例次,8例(4.88%)发生 $\geq 5$ 例次。患者共发生11种服药偏差类型,其中服药种类减少257例次(40.28%),漏服药物87例次(13.64%),时间错误74例次(11.60%),服药种类增多54例次(8.46%),药物替代46例次(7.21%),服药剂量增加37例次(5.80%),非规律服药22例次(3.45%),服药剂量减少21例次(3.29%),服药次数减少21例次(3.29%),服药次数增加16例次(2.51%),服药方法

错误 6 例次(0.94%)。

### 2.2.2 服药偏差发生原因 见表 2。

表 2 服药偏差发生原因(n=638)

项目	例次	百分率(%)
患者源性服药偏差原因	342	53.61
症状好转而加药或减药	77	12.07
遗忘	60	9.40
服用药物种类多,对所服药物的信息理解或记忆有偏差	53	8.31
身体不适,自行减药或加药	34	5.33
药物的不良反应或害怕药物伤害身体	29	4.55
突发事件(如旅游、出国、搬家等)	27	4.23
听从他人、广告、网上资料而改变用药	18	2.82
自觉院前药物效果较好,继续服用或替代医嘱药物	16	2.51
为了便于记忆和服药,自行调整服药频次、服药时间等	12	1.88
自觉药物无效	9	1.41
药片不方便切割	7	1.10
医源性服药偏差原因	296	46.39
出院药物教育不完整或不准确,致患者自行猜测服药	97	15.20
服用多种药物,且再取药时间不一致	76	11.91
药物医嘱未及时更新致出院药物清单与处方不一致	31	4.86
就诊医院、药房无医嘱药物	28	4.39
短期服用的药物未注明停药日期	24	3.76
医护人员未回顾患者既往用药	15	2.35
出院药物清单内容难辨识	14	2.19
开具患者不耐受的药物	11	1.72

### 2.2.3 不同特征患者服药偏差发生情况比较 见表 3。

2.3 服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性 老年患者服药偏差与出院指导质量总分、出院前需要的内容、出院前实际获得的内容、指导技巧和效果呈负相关( $r = -0.443, -0.303, -0.333, -0.136$ , 均  $P < 0.05$ );服药偏差与出院准备度总分、个人状态、预期性支持呈负相关( $r = -0.265, -0.139, -0.334$ , 均  $P < 0.05$ ),与适应能力呈正相关( $r = 0.150, P < 0.05$ )。

2.4 服药偏差的回归分析 以是否发生服药偏差为因变量,将单因素和相关性分析中有统计学意义的变量作为自变量进行 logistic 回归分析。结果年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量的 3 个维度进入回归方程,见表 4。

## 3 讨论

3.1 医院-家庭过渡期老年多重用药患者出院指导质量分析 本研究中出院指导质量条目均分为(7.07±0.97)分,处于中等水平,维度“出院前需要的内容”得分高于“出院前实际获得的内容”,这与相关研究<sup>[17]</sup>结果一致,说明医护人员提供的出院指导内容尚不能完全满足患者需求。原因一方面可能是临床工作繁忙,医护人员在出院沟通时未能对患者进行全方面出院指导;另一方面老年人性格大多内敛,情绪表达方式较为含蓄,有些老年患者因担心给医务人员增添麻烦或碰壁,不会就未获得或存疑的相关医疗问题在出院时向医护人员进行追问。未来应采取相应措施来有效评估患者出院指导需求,有针对性地对患者制订个体化出院指导方案,从而提高出院指导质

量。

表 3 不同特征患者服药偏差发生情况比较 例

项目	例数	未发生服药偏差	发生服药偏差	$\chi^2$	P
性别				0.135	0.713
男	135	50	85		
女	130	51	79		
年龄(岁)				9.741	0.008
60~	92	46	46		
70~	125	43	82		
80~87	48	12	36		
婚姻状况				0.054	0.817
已婚	217	82	135		
离异或丧偶	48	19	29		
文化程度				2.581	0.630
小学及以下	91	31	60		
初中	57	20	37		
中专/高中	65	28	37		
大专	25	12	13		
本科及以上学历	27	10	17		
居住情况				14.594	0.002
独居	36	6	30		
与配偶同住	89	35	54		
与子女同住	56	17	39		
与配偶及子女同住	84	43	41		
住院付费方式				1.122	0.571
新型农村合作医疗	110	46	64		
城镇职工医保	100	35	65		
城镇居民医保	55	20	35		
家庭人均月收入(元)				1.663	0.436
<3000	101	43	58		
3000~6000	132	48	84		
>6000	32	10	22		
出院带药数量(种)				13.349	0.001
5~6	72	40	32		
7~8	125	42	83		
≥9	68	19	49		
住院天数(d)				11.390	0.003
3~7	105	53	52		
8~14	123	36	87		
>14	37	12	25		
疾病数量(种)				10.582	0.014
1~4	105	46	59		
5~6	84	32	52		
7~8	52	21	31		
≥9	24	2	22		

3.2 医院-家庭过渡期老年多重用药患者出院准备度分析 本研究中患者出院准备度条目均分为(7.32±0.57)分,低于 Weiss 等<sup>[11]</sup>研究的 8.0 分,但 94.72%患者在出院当天认为自己已做好出院准备,高于 Weiss 等<sup>[11]</sup>调查结果(93.0%)。可见,虽然绝大多数患者表示已做好出院准备,但患者出院准备度仍处于中等水平,还有较大提升空间。这可能与研究对象的文化差异有关,本研究对象为老年患者,大多担心住院费用,有些患者即便未完全做好出院准备,也不愿向医护人员表示异议。此外,维度“个人状态”

得分最低。原因可能是老年多重用药患者常合并多种疾病,疾病种类多且复杂,需辗转于不同科室之间,容易处于焦虑状态,影响了自我效能评价,因此自觉个人状态较差。提示应重视对老年多重用药患者个人状态的评估,并对其给予针对性的干预措施,进而提高患者出院准备度。

表 4 老年多重用药患者服药偏差的回归分析(n=265)

因素	$\beta$	Wald $\chi^2$	P	OR	95%CI
常量	11.174	9.715	0.002	—	—
年龄					
70~岁	2.068	18.945	<0.001	7.910	3.117~20.073
80~87岁	1.619	8.580	0.003	5.048	1.709~14.915
居住情况					
与配偶同住	-1.144	2.457	0.117	0.319	0.076~1.332
与子女同住	-1.010	1.824	0.177	0.364	0.084~1.577
与配偶及子女同住	-1.701	5.689	0.017	0.182	0.045~0.738
出院带药数量					
7~8种	1.931	16.373	<0.001	6.895	2.706~17.566
$\geq 9$ 种	2.040	11.876	<0.001	7.690	2.410~24.535
住院天数					
8~14 d	0.818	4.109	0.043	2.265	1.072~4.995
>14 d	0.779	1.629	0.202	2.180	0.659~7.213
疾病数量					
5~6种	0.275	0.428	0.513	1.316	0.578~2.999
7~8种	-0.593	1.282	0.258	0.552	0.198~1.543
$\geq 9$ 种	2.579	6.452	0.011	13.186	1.802~96.474
出院前需要的内容	-0.064	19.058	<0.001	0.938	0.912~0.965
出院前实际获得内容	-0.068	12.872	<0.001	0.934	0.900~0.969
指导技巧和效果	-0.078	8.638	0.003	0.925	0.878~0.974

注:年龄以60~岁为对照设置哑变量;居住情况以独居为对照设置哑变量;出院带药数量以5~6种为对照设置哑变量;住院天数以3~7 d为对照设置哑变量;疾病数量以1~4种为对照设置哑变量;出院指导质量及出院前准备各维度为实际值纳入。

**3.3 医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状分析** 本研究结果显示,老年多重用药患者出院后1周服药偏差发生率高达61.89%,主要偏差类型为“种类减少”,提示老年多重用药患者用药安全性问题突出且亟待解决。患者发生服药偏差的主要原因为患者源性因素,与既往研究结果一致<sup>[18-20]</sup>,其中最常见的患者源性原因为“症状好转而加药或减药”。原因可能是一方面老年患者用药知识水平普遍偏低<sup>[21]</sup>,因此很多患者并未意识到遵从医嘱用药的重要性,常凭主观意识随意更改药物;另一方面老年多重用药患者服药数量多,很多老年人担心服药过多会影响自身健康,因此一旦症状好转便立即停药。在医源性原因中,最常见的是“出院药物教育不完整或不准确,致患者自行猜测服药”,与相关研究结果相似<sup>[9,22-23]</sup>。原因可能是一方面出院时间短而仓促,老年患者理解和接受能力下降,这常使其遗漏医务人员所传达的信息,误以为出院时医护人员未讲明;另一方面老年患者记忆力下降,随着出院时间的推移,其

可能逐渐遗忘出院前医护人员所告知的药物用法。确保医患之间出院用药信息传递的准确及有效性对防止服药偏差发生具有重要意义,因此应在加强患者遵医行为的基础上,鼓励老年患者家属积极参与出院用药指导,并通过回授法<sup>[24]</sup>检查患者及其家属对出院用药指导的掌握程度,以确保用药信息的准确传递。

**3.4 服药偏差的影响因素分析**

**3.4.1 一般资料** ①本研究发现,与配偶及子女同住的老年人相较于独居老年人服药偏差发生风险更低,这可能与家庭支持程度有关。Maffoni等<sup>[25]</sup>研究发现,良好的家庭支持能提高患者服药依从性,减少其服药偏差。②出院带药数量越多的患者发生服药偏差的风险越高;疾病数量 $\geq 9$ 种的患者服药偏差是1~4种的13.186倍。既往研究发现药物数量、治疗方案的复杂程度与服药偏差显著相关<sup>[26-28]</sup>,与本研究结果一致,原因可能是疾病数量多、服药数量多的患者药物治疗方案往往较为复杂,这可能会降低其自我管理药物的能力,从而增加服药偏差发生率。③本研究中住院天数为8~14 d的患者服药偏差发生率比住院3~7 d的患者服药偏差发生率更高,可能是因为住院天数长的患者疾病情况相对较重,出院带药数量更多,因此更易于发生服药偏差。④年龄是患者发生服药偏差的重要风险因素,这与潘凌蕴<sup>[19]</sup>和李英华等<sup>[29]</sup>研究结果不同,该差异可能与研究侧重点和人群不同有关。本研究对象为老年多重用药患者,其药物数量多且用药方案复杂,在此情况下高龄可能就成为患者正确执行出院用药方案的影响因素之一。在患者出院前应充分评估其发生服药偏差的风险程度,重点关注高龄、独居、住院天数长且服药数量多的老年多重用药患者,有针对性地加强服药偏差管理。

**3.4.2 出院指导质量** 本研究相关性分析结果显示,医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差与出院指导质量呈负相关,说明护士出院指导质量越高,服药偏差发生率就越低,原因可能是高质量的出院指导可提升患者对出院用药指导的理解和掌握程度,因此患者出院后更趋于正确执行出院医嘱。与此同时,本研究回归分析显示出院前需要的内容、出院前实际获得的内容、指导技巧和效果是服药偏差的负向预测因子。出院前需要的内容侧面体现了患者健康赋权意识。研究表明,老年患者健康赋权水平越高,健康行为管理能力越强<sup>[30]</sup>,该维度得分高的患者具有较强的自我管理动机,对药物使用更加谨慎,出院后能规范自身用药行为、正确合理使用药物。出院前实际获得的内容维度体现了患者对出院指导内容的接受和掌握程度,得分高的患者获得的用药相关知识相对更加全面,错误用药发生情况相对较少,因此服药偏差发生率较低。指导技巧和效果维度得分越高,患者获得的信息越多,出院后更能依据获得的信

息正确管理药物。出院指导是体现整体护理完整性的重要环节之一,各医院应加强对出院指导的质量把控,并积极开展相关培训,在具体实践中结合患者年龄、文化程度、社会背景等采取针对性、个体化的指导方案,提升出院指导效果,从而降低患者服药偏差发生率。

**3.4.3 出院准备度** 本研究相关分析显示,患者服药偏差与出院准备度呈负相关,但回归分析显示出院准备度对服药偏差无显著影响。原因可能是有些老年人因就医次数频繁,便自认为“久病成医”<sup>[31]</sup>,因此出院时对自身应对疾病和管理药物能力非常自信,出院准备度相关条目得分较实际情况出现虚高,对分析结果产生影响。与此同时,在问卷调查过程中发现,受中国传统文化“百善孝为先”这一观念的影响,有些老年人因怕被别人认为子女不孝顺,在回答出院准备度量表中维度“预期性支持”相关条目时可能隐瞒了自身真实感受,使该维度得分也出现虚高情况。

#### 4 小结

本研究结果显示,医院一家庭过渡期老年多重用药患者出院后 1 周内服药偏差发生率为 61.89%,其发生受年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量的影响。因此,应加强老年多重用药患者的服药偏差管理,增强对出院指导的督导工作,以确保用药安全,实现患者从医院到家庭的安全过渡。本研究仅在一所三级甲等医院展开调查,未来将采取多中心、大样本研究以增加样本代表性及结果外推性,同时在今后的研究中将积极探究合理有效的干预方案以减少服药偏差发生率,实现患者过渡期内的用药安全。

#### 参考文献:

- [1] Almanasreh E, Moles R, Chen T F. The medication discrepancy taxonomy (MedTax): the development and validation of a classification system for medication discrepancies identified through medication reconciliation[J]. *Res Social Adm Pharm*, 2020, 16(2): 142-148.
- [2] 洪珮,沈洪. 老年慢性病患者医院一家庭过渡期服药偏差研究进展[J]. *护理与康复*, 2022, 21(3): 75-78.
- [3] Neumiller J J, Mandal B, Weeks D L, et al. Potential adverse drug events and associated costs during transition from hospital to home[J]. *Sr Care Pharm*, 2019, 34(6): 384-392.
- [4] 赵林博,赵庆华. 医院-家庭过渡期跨学科协作药物重整研究进展[J]. *循证护理*, 2022, 8(18): 2464-2467.
- [5] Chen Y, Chen Y, Qin T, et al. Associations of readiness for hospital discharge with symptoms and non-routine utilization of post-discharge services among cancer patients receiving oral chemotherapy at home: a prospective study[J]. *J Oncol Pharm Pract*, 2022: 10781552221100720.
- [6] Larsson C, Wågström U, Normann E, et al. Parents experiences of discharge readiness from a Swedish neonatal intensive care unit[J]. *Nurs Open*, 2017, 4(2): 90-95.
- [7] Richards I B G, Hajduk A M, Perry J, et al. Patient-reported quality of hospital discharge transitions: results from the SILVER-AMI study[J]. *J Gen Intern Med*, 2020, 35(3): 808-814.
- [8] 潘凌蕴,杜晓凤,朱玲,等. 老年慢性肾病患者医院一家庭过渡期用药偏差的发生情况及相关因素分析[J]. *东南国防医药*, 2019, 21(1): 92-94.
- [9] 常陆,蒋梦蝶,王梦莹,等. 老年糖尿病患者医院一家庭过渡期用药偏差的影响因素[J]. *中华老年医学杂志*, 2022, 41(4): 433-437.
- [10] Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences[J]. *Eur Geriatr Med*, 2021, 12(3): 443-452.
- [11] Weiss M E, Piacentine L B, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. *Clin Nurse Spec*, 2007, 21(1): 31-42.
- [12] 王冰花,汪晖,杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(6): 752-755.
- [13] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. *J Nurs Meas*, 2006, 14(3): 163-180.
- [14] Lin Y H, Kao C C, Huang A M, et al. Psychometric testing of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale[J]. *Hu Li Za Zhi*, 2014, 61(4): 56-65.
- [15] Smith J D, Coleman E A, Min S J. A new tool for identifying discrepancies in postacute medications for community-dwelling older adults[J]. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2004, 2(2): 141-147.
- [16] 王秀英,李英华,肖锷婷,等. 改良版用药差异评估工具的信度与效度评价[J]. *中国药房*, 2015, 26(31): 4460-4462.
- [17] 张丹丹,耿晓莉,王欣然. 加速康复外科模式下乳腺癌患者出院准备度与出院指导质量分析[J]. *中国医院管理*, 2022, 42(6): 81-84.
- [18] Manias E, Hughes C. Challenges of managing medications for older people at transition points of care[J]. *Res Social Adm Pharm*, 2015, 11(3): 442-447.
- [19] 潘凌蕴. 老年慢性肾脏病患者医院一家庭过渡期用药偏差的发生情况及相关因素研究[D]. 南京: 南京大学, 2018.
- [20] 薛文俊,牛晓丹,王艳红. 老年 2 型糖尿病患者医院一家庭过渡期用药偏差的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(2): 225-232.
- [21] 姜娅,柳韦华. 社区老年人用药安全认知、态度及自我效能调查分析[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(13): 80-83.
- [22] Marcum Z A, Kisek A, Visoiu A, et al. Medication discrepancies and shared decision-making[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2016, 64(3): 653-654.
- [23] 张雪梅,黄培,胡宴杰,等. 社区慢性病患者出院过渡期用药差异及相关因素研究[J]. *中国社区医师*, 2017, 33(28): 23-25, 27.
- [24] 吴辽芳,胡婷,李映兰,等. 回授法用于住院糖尿病患者低血糖防治及药物知识教育[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(8): 85-88.