

重庆市社区养老方式中整合照料理念体现程度分析

罗月¹, 徐霞¹, 杨强², 顾春燕³, 旷丽³, 邹思邑⁴, 罗海琼⁵, 罗羽¹

The level of integrated care in community elder care in Chongqing Luo Yue, Xu Xia, Yang Qiang, Gu Chunyan, Kuang Li, Zou Siyi, Luo Haiqiong, Luo Yu

摘要:目的 了解重庆市社区卫生服务中心托老科养老模式和社区居家养老方式中整合照料理念的体现程度并分析其影响因素。方法 采用自制一般资料调查表和整合照料理念体现程度调查表,对 214 名托老科入住老人和 244 名社区居家老人进行调查。结果 托老科入住老人整合照料理念体现程度得分显著高于社区居家老人(均 $P < 0.01$)。自评健康状况为两种养老整合照料理念体现程度共同的影响因素(均 $P < 0.01$)。结论 相比社区居家养老,托老科养老能更好体现整合照料理念,但资源整合功能尚需深入挖掘。

关键词:老年人; 社区卫生服务中心; 托老科; 社区养老; 居家养老; 整合照料; 社区护理

中图分类号: R473.2 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.14.081

整合照料(Integrated Care)被定义为一种新的技术和组织模型,旨在促进医疗、康复、护理、行政等部门间的联系、协调和合作^[1]。其实质是拟有效整合碎片化的照护资源,强调提供照护服务的各主体、各层次间的联合,进而为服务对象提供高效、连续的综合照护服务^[1-3]。近年来,我国政府大力鼓励发展社区养老和医养结合等养老模式,试图解决传统养老照护普遍存在的照料资源分离、整合欠佳、提供服务的各组织间配合协调不紧密等问题^[4-5]。但由于缺乏科学理论的指导及传统养老服务的固有体制问题,导致养老改革所倡导的资源整合流于形式,始终无法取得满意的效果^[6]。因此,对我国养老服务中整合照料理念的体现情况进行客观、科学的量化研究,具有重要的现实意义。托老科养老指在社区卫生服务中心内部创建的托老养老科室,可为高龄、失能及家庭照护困难的老人提供养老服务的新型社区养老方式^[6]。托老科养老已被证明能有效整合家庭、社区、医疗资源,既是医养结合养老模式的类型之一,也是整合照料理念下较为新型的社区养老模式之一^[7]。社区居家养老老人可居住在家中,由社区为其提供日间照护、医疗护理和家政等服务,是未来养老改革的重点方向之一^[8]。本次调查两种不同社区养老方式中整合照料理念的体现程度,分析不同养老模式的优劣及其资源整合的特点,为切实推进我国整合照料式养老服务的发展提供实证支持。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究在获校伦理委员会批准后,于 2018

作者单位:1.陆军军医大学护理系(重庆,400038);2.重庆市沙坪坝区井口社区卫生服务中心;3.重庆市沙坪坝区双碑社区卫生服务中心;4.重庆市沙坪坝区小龙坎社区卫生服务中心;5.重庆市沙坪坝区西永社区卫生服务中心

罗月:女,硕士在读,学生

通信作者:罗羽,luoyuhlg1@tmmu.edu.cn

科研项目:重庆市社会科学规划项目(2015YBSH048)

收稿:2019-02-19;修回:2019-04-14

年 5~6 月整群抽取重庆市 4 个开展托老科养老形式的社区卫生服务中心。纳入标准:知情同意并自愿参加调查,意识清晰,能正常回答调查者提问。排除标准:存在严重视力、听力、语言障碍;存在精神疾患和认知障碍。对符合纳入标准的入住托老科老人(托老科组)进行问卷调查。并于同年 7~8 月,方便选取与托老科在相同区域的 3 个社区的社区居家养老老人(居家组),采用同一问卷进行调查,其纳入排除标准同上。

1.2 方法

1.2.1 调查问卷 采用一般资料调查表和整合照料理念体现程度调查表进行调查,均由本课题组自行设计。①一般资料调查表:包括性别、年龄、婚姻状况、自评健康状况、生活自理能力等 10 项。②整合照料理念体现程度调查表:问卷初稿由前期经 2 轮 Delphi 专家函询构建的“社区卫生服务中心托老科养老整合照料理念体现程度评价指标体系”中的 63 条三级指标转化而成,经与专家小组(2 名工作经验 ≥ 10 年的社区养老护理专家、1 名从事社区护理研究的教授)讨论、修改后形成最终问卷。该问卷包括服务组织的专业性(11 个条目)、跨专业服务团队的联合性(8 个条目)、服务条件的完备性(7 个条目)、服务内容的全面性(9 个条目)、资源整合的完善性(7 个条目)5 个维度,共 42 个条目。问卷采用 Likert 5 级评分法,从“5~1”分各对应“做得很好”至“做得很差”5 个等级,得分越高,表示体现整合照料理念的程度越高,反之越差。便利抽取 50 名符合纳入标准的托老科入住老人进行预调查,测得总量表 Cronbach's α 系数为 0.980、分半信度系数为 0.904,5 个维度的 Cronbach's α 系数、分半信度系数均 > 0.70 ,表明该问卷适用于进行整合照料理念体现程度调查。

1.2.2 调查方法 研究者在调查前取得相关科室的配合和老人及家属的知情同意后,现场发放、匿名填写问卷,平均填写时间 20 min。老人可自行填写问卷,或由老人回答、研究者代填写。填写完成后立即回收,并由 2 名研究者共同检查问卷完整情况并签字。

1.2.3 统计学方法 采用 Excel2010 双人录入数据, SPSS20.0 软件进行数据分析,行 χ^2 检验、 t 检验、单因素方差分析、多元逐步回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组老人一般资料 2 次调查分别发放问卷 218 份、250 份,各回收有效问卷 214 份、244 份,问卷有效回收率分别为 98.17%、97.60%。两组老人一般资料,见表 1。两组老人除自评健康状况、慢性病患病情况、生活自理能力方面差异有统计学意义(均 $P<0.01$)以外,其他方面差异均无统计学意义。

表 1 两组老人一般资料比较 人(%)

项目	托老科组 (n=214)	居家组 (n=244)	χ^2	P
年龄(岁)				
60~	16(7.48)	28(11.47)	7.402	0.116
65~	33(15.42)	45(18.44)		
70~	32(14.95)	48(19.67)		
75~	34(15.89)	34(13.93)		
80~90	99(46.26)	87(35.66)		
性别				
男	74(34.58)	104(42.62)	3.104	0.078
女	140(65.42)	140(57.38)		
户口类型				
城市	182(85.05)	202(82.79)	0.430	0.512
农村	32(14.95)	42(17.21)		
婚姻状况				
有配偶	143(66.82)	169(69.26)	0.313	0.576
无配偶	71(33.18)	75(30.74)		
生活自理程度				
完全不能自理	65(30.37)	1(0.41)	211.380	0.000
半自理	124(57.94)	57(23.36)		
完全自理	25(11.68)	186(76.23)		
文化程度				
文盲	22(10.28)	27(11.07)	5.497	0.240
小学	106(49.53)	104(42.62)		
初中或技校	65(30.37)	77(31.56)		
高中或中专	14(6.54)	30(12.30)		
大专及以上	7(3.27)	6(2.46)		
自评健康状况				
很差	40(18.69)	1(0.41)	165.296	0.000
较差	74(34.58)	18(7.38)		
一般	91(42.52)	107(43.85)		
较好	8(3.74)	78(31.97)		
很好	1(0.47)	40(16.39)		
月收入(元)				
<1000	29(13.55)	26(10.66)	3.785	0.286
1000~	144(67.29)	150(61.48)		
3000~	40(18.69)	67(27.46)		
≥5000	1(0.47)	1(0.41)		
收入来源				
子女或其他亲属	48(22.43)	44(18.03)	2.505	0.286
社会保险或救助	10(4.67)	18(7.38)		
离退休金	156(72.90)	182(74.59)		
慢性病患病情况				
无	38(17.76)	160(65.57)	173.645	0.000
有	176(82.24)	84(34.43)		

2.2 两组老人对整合照料理念体现程度的评分 见表 2。

2.3 影响老人整合照料理念体现程度的因素分析 分别以两组老人的一般资料为自变量,整合照料理念体现程度为因变量进行单因素分析。结果影响托老科入住老人整合照料理念体现程度得分的单因素包括年龄、婚姻状况、文化程度、自评健康状况、生活自理程度及户口类型;影响社区居家老人整合照料理念体现程度得分的单因素包括年龄、婚姻状况、月收入、自评健康状况、生活自理程度及是否罹患慢性病。将整合照料理念体现程度评分作为因变量,单因素分析有统计学意义的因素作为自变量进行多元逐步回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$),赋值情况见表 3,分析结果见表 4、表 5。

3 讨论

3.1 托老科养老较社区居家养老能更好体现整合照料理念,但资源整合功能尚需深入挖掘 本调查显示,托老科组老人整合照料理念体现程度总分和各维度得分显著高于居家组老人(均 $P<0.01$),说明托老科养老能更好体现整合照料理念。托老科作为一个全托式、医院模式托老的养老模式^[9],相比居家养老其服务组织形式完善、实施更专业照护,服务条件更完备,整合各种照料资源的能力更强、范围更广。托老科养老得分最高的维度为跨专业服务团队的联合性。提示托老科养老能较好整体协调不同专业、特征、文化背景的养老照护人员,让其能作为个体充分发挥不同专业技术优势的同时,又能合为整体共同探索更综合优质的养老照护方案。究其原因,本次调查的 4 个托老科,均明确规定各专业人员的职责范围、工作内容,从制度层面界定了跨专业服务团队的分工情况;入住老人多为长期卧床的失能老人,流动性较小,医患彼此熟悉、关系和谐。

值得注意的是,托老科组资源整合的完善性维度得分虽高于居家组,但整体得分尚未超过总分的 80%,提示托老科在资源整合的整体构架上已初具雏形,但部分功能尚未较好落实,还有较大提升空间。调查发现,与其他托老机构开展合作条目得分倒数第三,表明托老科养老在整合其他托老机构养老资源和分享、交流养老照护知识、技巧方面尚有不足。托老科管理人员应努力拓宽与各类养老服务主体之间的沟通渠道,促进养老信息和资源的互通有无。

3.2 两种养老方式的整合照料理念体现程度影响因素的异同

3.2.1 两种养老方式的整合照料理念体现得分均受自评健康状况的影响 研究发现,自评健康状况是影响养老整合照料理念体现的重要因素,自评健康状况越好的老人,对整合照料理念体现程度的评分越高。健康状况较好的老人,参与各项文化娱乐、社会活动的机会更多,综合利用各项现有资源更便利,主动寻

求和利用精神、情感等社会支持的能力更高^[10]。因此,对托老科和社区提供的各类综合性养老资源了解更全面、深入,服务反馈更积极。这提示对健康状况欠佳的老人及家属,应进一步加强沟通,使其对托老

科涵盖综合养老资源了解更全面。鼓励老人主动积极表达其养老诉求,并确保沟通渠道的畅通。对社区居家养老的老人,应着力拓展多种方法和途径增加社会关怀,努力提高其社区照料资源的利用率。

表 2 两组老人对整合照料理念体现程度的评分比较							分, $\bar{x}\pm s$
组别	例数	服务组织 的专业性	跨专业服务团队 的联合性	服务条件 的完备性	服务内容 的全面性	资源整合 的完善性	总分
托老科组	214	4.22±0.54	4.41±0.48	3.87±0.70	4.23±0.57	3.99±0.58	4.18±0.50
居家组	244	3.04±0.53	2.89±0.53	2.55±0.53	3.16±0.52	2.66±0.49	2.89±0.44
<i>t</i>		23.812	32.093	23.062	20.857	28.163	29.305
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 自变量赋值方式	
变量	赋值方式
户口类型	农村=0,城市=1
年龄	原值输入
婚姻状况	无配偶=0,有配偶=1
文化程度	文盲=0,小学=1,初中或技校=2,高中或中专=3,大专及以上=4
自评健康状况	很差=0,较差=1,一般=2,较好=3,很好=4
生活自理程度	完全不能自理=0,半自理=1,完全自理=2
月收入	<1000 元=0,1000~元=1,3000~元=2,≥5000 元=3
是否罹患慢性病	是=0,否=1

表 4 托老科入住老人整合照料理念体现评分影响因素的回归分析(<i>n</i> =214)					
变量	β	<i>SE</i>	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
常数	3.795	0.101	—	37.419	0.000
自评健康状况	0.293	0.045	0.495	6.688	0.000
户口类型	0.334	0.059	0.329	5.639	0.000
婚姻状况	0.220	0.062	0.206	3.526	0.001
生活自理程度	-0.175	0.060	-0.217	-2.934	0.004

注: $R^2=0.296$,调整 $R^2=0.282$, $F=21.935$, $P=0.000$ 。

表 5 社区居家养老老人整合照料理念体现评分影响因素的回归分析结果(<i>n</i> =244)					
变量	β	<i>SE</i>	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
常数	2.279	0.091	—	25.197	0.000
自评健康状况	0.184	0.031	0.360	5.895	0.000
月收入	0.079	0.040	0.115	1.974	0.045
是否罹患慢性病	0.125	0.058	0.131	2.153	0.032

注: $R^2=0.197$,调整 $R^2=0.187$, $F=19.594$, $P=0.000$ 。

3.2.2 户口类型、生活自理程度、婚姻状况影响托老科养老整合照料理念体现程度 城市户籍、有配偶老人评分高于农村户籍、无配偶老人。城市老人各类社会养老资讯更为丰富、获取途径和方法更多元,其家人探望也更方便,负性情绪更少,配偶的陪伴也能在一定程度上减轻孤独感和对陌生环境的抵触,因而

城市老人对“非家庭”养老方式的接受度更高^[11]。提示在现阶段,社区卫生服务中心托老科这一新型社区养老模式更适合在养老文化包容性更强的城市地区开展。还说明托老科工作人员应加强对农村入住老人和无配偶老人的人文关怀,避免或减少养老机构入住后“文化休克”现象的发生,主动积极帮助老人通过微信视频、电话等联系方式加强和家人的沟通,降低其陌生感和孤独感。

生活自理程度为负性影响因素,说明自理程度越低,其评分反而越高。进一步分析具体条目,发现本研究中完全失能老人在“老人突发疾病转诊到专业医疗机构方便快捷”、“提供常见病、多发病、重大慢病的随诊、巡诊、急救及管理服务”等条目得分较高。相关研究显示,托老科入住老人在办理入住前,多为家庭照护困难的失能卧床老人,其家属在家中长期照护老人的过程中,已经对老人经常发生的意外状况或疾病并发症等情况有所了解,对老人可能发生的病情恶化甚至死亡有了一定的心理准备^[7,12]。同时大部分老人及家属在入住前对基层托老机构养老资源的了解尚停留在较保守和片面的阶段,对新型的整合式养老服务知之甚少,心理预期不高。但现实情况是,相比家庭照护,托老科能够提供更专业、综合的整合式养老服务,大部分老人入住后健康状况和生理功能得到了较大改善^[7,13],慢性病和并发症也得到较好控制。托老科还能在“家门口”为失能老人提供专业的医疗照护服务,简化了就医流程,从而获得了服务对象的广泛认可和赞誉。

3.2.3 月收入、是否罹患慢性病影响社区居家养老整合照料理念体现程度 本次调查显示,月收入更高、没有罹患慢性病的居家老人对整合照料理念体现程度评分越高。事实上,老人的月收入是养老支付能力和养老资源配置的反映^[14]。月收入更高的居家老人经济上相对自主,除去日常花销后尚有部分可供自由支配的金钱可用以交换更为高质量的养老服务,服务场所和服务质量为考虑的主要因素。相反,收入偏低的老人,更多考虑的是基本生活照料问题,故而整体评价会偏低。患病与否与健康状态

息息相关,而健康状况与整合照料理念体现度评分呈正相关。

3.3 推动我国整合照料养老服务发展的策略

3.3.1 发展基础设施建设,重视信息平台的搭建 5个维度中,两种养老方式得分最低的维度均为“服务条件的完备性”,提示目前托老科和社区基本的生活、文化娱乐、体育锻炼等设施、设备配置不足。进一步分析发现,两种养老方式在“电子信息系统有进入权限,可与其他系统兼容”和“各类资料、文件使用社保号码”条目得分均较低。提示社区在老人信息管理的规范、统一和电子信息化平台建设方面尚有欠缺。较早早在养老领域进行整合照料理念实践的国家如英、荷、美等,都在搭建电子病历系统、共享信息平台 and 建立信息共享机制等方面进行了尝试,如英国的单一评估过程^[15],拟在卫生和社会保健部门之间达成协议,由所有服务对象的主要照护者收集信息,并在医院、社区小组及社会服务提供商之间共享。而我国养老服务领域总体而言,共享信息平台 and 标准化的信息共享机制建设尚处起步阶段^[16]。这提示在今后养老服务的发展进程中,有必要对信息网络平台建设加以重视,以便更好地协调服务提供、实施、反馈,减少信息丢失,避免过度或重复评估、治疗,进而确保提供的服务和知识的连续性、完整性。

3.3.2 以社区为基础,发展本土特色的整合照料养老模式 延长老人的社区照料,减少老人不必要的医院照料和住院治疗是整合照料的主要目的之一^[15],且社区层面的整合以社区为基本照料单位,能够调动和整合更多照料资源,获得更高质、灵活的社区服务,有利于整合社会弱势群体,促进社会和谐^[17]。目前,整合照料理念在我国的理论和实践研究均处于起步阶段,国外虽有整合照料实践研究成果,但国内外在国家体制、文化背景、养老观念等诸多方面差异悬殊,因而将其成果直接照搬用于指导国内整合照料养老服务的实践研究欠妥^[18]。因此,立足我国具体国情和地方实际,参考国际先进的整合照料养老经验,开展具有本土特色的整合照料养老服务及养老服务模式研究应为今后养老服务建设的重点。此外,国内的养老服务评价研究较多着眼于服务内容、护理质量等单一视角,因而无法较好地体现整合照料理念。因此在未来养老服务领域研究中,可树立整体观念,从整合的全新视角进一步探索。

当今世界多国包括中国在内,都提倡将养老资源整合的重点转移到社区,充分利用社区的地域优势,以缓解医养结合的高成本及老年人的低支付能力问题。本研究结果显示托老科养老和社区养老的整合照料养老服务能力均显不足,需动员政府、社区、家庭等多主体、多层面提升整合照料养老服务能力和服务质量,促使我国整合照料养老体系的健康快速发展。

参考文献:

- [1] Kodner D L, Kyriacou C K. Fully integrated care for frail elderly: two American models[J]. *Int J Integr Care*, 2000, 1: e08.
- [2] Goodwin N. How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies[J]. *Int J Integr Care*, 2015, 15(29): 1-2.
- [3] Godlee F. Integrated care is what we all want[J]. *BMJ*, 2012, 344: e3959-e3959.
- [4] 岳慧娟, 化前珍, 王常乐, 等. 西安市医养融合社区居家养老服务现状调查[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(13): 88-90.
- [5] 王慧子, 王俊杰. 城市失能老年人医养结合社区支持服务利用现状调查[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(4): 75-79.
- [6] 罗羽, 王丹, 罗月, 等. “整合照料”理念下的社区卫生服务中心托老科养老服务评价指标体系的构建[J]. *护理研究*, 2018, 32(6): 863-867.
- [7] 顾春燕, 王丹, 罗羽. 我国社区卫生服务中心开设托老科室的实践探索[J]. *中国初级卫生保健*, 2016, 30(5): 6-8.
- [8] 黄文杰, 戴丽, 胡永国, 等. 重庆城市社区整合照料式养老服务模式接受度调查研究[J]. *西南师范大学学报(自然科学版)*, 2017, 42(12): 154-161.
- [9] Wang D, Zhang H, Luo Y. Qualitative analyses of lived experience for residents in the elderly care departments at the community health service centres in Southwestern China[J]. *Health Soc Care Community*, 2018, 26(1): e164-e172.
- [10] 李磊, 施帆帆, 张强, 等. 城市社区老年人社会支持现状及影响因素分析[J]. *中国卫生事业管理*, 2014(6): 412-415, 428.
- [11] 唐懿芳, 杨洪华, 王秀华, 等. 老年人对养老机构入住意愿及其影响因素的研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2014, 31(24): 37-43.
- [12] 景跃军, 李元. 中国失能老年人构成及长期护理需求分析[J]. *人口学刊*, 2014, 36(2): 55-63.
- [13] 王丹, 张慧兰, 顾春燕, 等. 重庆城市社区卫生服务中心托老科入住老人生活体验的质性研究[J]. *解放军护理杂志*, 2017, 34(7): 11-14, 59.
- [14] 吴炳义, 李娟, 马晨. 医养结合养老机构老年人医疗服务评价及影响因素分析——基于山东省的实证研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9(6): 51-55.
- [15] Coxon K, Billings J, Alaszewski A. Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom[M]//Leichsenring K, Alaszewski A M. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate, 2004: 455-498.
- [16] 胡宏伟, 王恩见, 张楚, 等. 老年整合照料理念与实践: 西方经验与政策启示[J]. *西北大学学报(哲学社会科学版)*, 2017, 47(4): 86-96.
- [17] 杜鹏, 李兵, 李海荣. “整合照料”与中国老龄政策的完善[J]. *国家行政学院学报*, 2014(3): 86-91.
- [18] 吴宗辉, 胡永国, 游莉, 等. 重庆高校社区整合照料式养老服务模式尝试意愿调查研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2017(11): 810-813, 865.