

老年良性前列腺增生手术患者感知医患沟通质量现状及影响因素

刘佳¹, 李雪梅², 陈晓梅³, 魏利¹, 何雨璇¹, 张欢², 杨燕妮¹

摘要:目的 了解老年良性前列腺增生手术患者感知医患沟通质量现状及影响因素,为制订针对性的医患沟通干预策略提供参考。方法 以便利抽样法选取老年良性前列腺增生手术患者 208 例,采用一般资料调查表、蒙特利尔认知评估量表、应对适应量表、FRAIL 疲乏量表、医院焦虑抑郁量表于术前 1~2 d 进行调查;采用自行研制的医患沟通质量问卷于患者出院后 2~4 周进行电话随访。结果 48.08% 的老年良性前列腺增生手术患者报告医患沟通质量偏低。logistic 回归分析显示,应对适应水平、认知功能、ASA 分级和居住地是该类患者感知医患沟通质量的影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 感知医患沟通质量低的老年良性前列腺增生手术患者占比较多,医护人员可根据老年患者不同的认知功能、应对适应水平等制订针对性的干预策略,以提高老年患者感知医患沟通质量。

关键词:老年人; 良性前列腺增生; 医患沟通质量; 认知功能; 适应模式; 疲乏; 焦虑; 抑郁

中图分类号:R473.6;R592 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.03.001

Perceived quality of patient-provider communication and its influencing factors among elderly benign prostatic hyperplasia patients undergoing surgery

Liu Jia, Li Xuemei, Chen Xiaomei, Wei Li, He Yuxuan, Zhang Huan, Yang Yanni. Department of Nursing, Army Medical University, Chongqing 400038, China

Abstract: **Objective** To investigate the current status and influencing factors of perceived quality of provider-patient communication in elderly benign prostatic hyperplasia (BPH) patients undergoing surgery, so as to provide a reference for developing targeted provider-patient communication intervention strategies. **Methods** A total of 208 elderly BPH patients undergoing surgery were selected conveniently, then they were investigated by using a general information questionnaire, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form (CAPS-15), the FRAIL scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale at 1–2 days before surgery, and they received telephone follow-up by using a self-designed patient-provider communication quality scale at 2–4 weeks after discharge. **Results** Totally 48.08% elderly BPH patients undergoing surgery reported low quality of provider-patient communication. Logistic regression analysis showed that, coping adaptation level, cognitive functioning, ASA classification, and place of residence were the main influencing factors of perceived quality of provider-patient communication in this population (all $P < 0.05$). **Conclusion** Perceived low patient-provider communication quality occupies a large proportion in elderly BPH patients undergoing surgery. Medical staff can develop targeted intervention strategies according to elderly patients' cognitive functions, coping adaptation levels and so on, so as to improve their perceived quality of patient-provider communication.

Keywords: older adults; benign prostatic hyperplasia; quality of patient-provider communication; cognitive function; adaptation model; frail; anxiety; depression

高质量医患沟通(Patient-provider Communication, PPC)是实现以人为本护理的核心,既可提高患者护理满意度,又能改善健康相关结局^[1]。然而有研究发现,患者感知医患沟通质量普遍偏低^[2-3]。在临床沟通中,医护人员提供给患者的信息有 40%~80% 会立即被遗忘,而患者回忆的信息中有超过 50% 是不准确的^[4],这将增加不良事件发生的风险,

影响患者健康相关结局。此外,据文献报道,30% 的医疗诉讼由低质量医患沟通引起^[5],低质量医患沟通可能导致患者的手术期望与实际健康结局存在差异,是引起外科诉讼的主要原因^[6]。低质量医患沟通的高危因素有高龄、文化程度低、认知功能下降、焦虑抑郁等^[7]。良性前列腺增生(Benign Prostatic Hyperplasia, BPH)是老年男性常见的排尿功能障碍疾病,70 岁以上患病率高达 80%,且多数需手术治疗^[8-9]。老年人在认知、知觉和感觉方面会经历与年龄相关的变化,如记忆减退、认知功能下降等,因此其可能是低质量医患沟通的高风险人群。改善医患沟通将有助于确定 BPH 患者的最佳治疗方案,并可能获得更高的治疗成功率和护理满意度^[10]。鉴于患者的沟通偏

作者单位:1. 陆军军医大学护理系(重庆,400038);2. 陆军军医大学第一附属医院泌尿外科;3. 邛崃市医疗中心医院护理部

通信作者:杨燕妮, yangyanni@tmmu.com

刘佳:女,硕士在读,主管护师, 463504913@qq.com

科研项目:2020 年度国家社会科学基金项目(20BRK039)

收稿:2024-07-25;修回:2024-10-05

好存在异质性,针对不同人群需要制订相应的沟通策略。然而,目前对老年 BPH 手术患者医患沟通质量的影响因素知之甚少。罗伊适应模式(Roy Adaptation Model, RAM)为经典的概念模式,认为人作为一个整体适应系统,面对来自机体内外环境的刺激,可通过先天具备和后天习得的应对机制去适应各种刺激变化^[11]。本研究基于罗伊适应模式选择研究变量,全面评估可能影响老年 BPH 手术患者医患沟通的因素,为制订针对性的沟通策略以改善医患沟通质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2023 年 9 月至 2024 年 1 月,采用便利抽样法选取我院泌尿外科住院的 BPH 患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;符合 BPH 诊断标准^[12];拟行经尿道前列腺绿激光剜除术。排除患有脑卒中或痴呆、恶性肿瘤患者。样本量根据可能影响因素的 10~20 倍计算。经文献回顾和小组讨论,本研究共纳入 17 个可能影响医患沟通的因素,考虑 10% 的无效问卷,需要样本量为 $(170 \sim 340)/0.9 = 189 \sim 378$ 。本研究共纳入 245 例患者,完成研究的患者 208 例。研究已获得陆军军医大学第一附属医院医学伦理委员会批准[(A)KY2023119]。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 基于文献回顾自设一般资料调查表,包括社会人口学资料及健康相关资料。①社会人口学资料,包括患者年龄、居住地、个人月收入、职业状况、受教育年限、居住地等;②健康相关资料,包括 ASA 分级、BMI,并通过单个问题询问患者有无主观记忆下降、是否规律运动以及是否参与智力活动(如书法、写作、看书报、画画、演奏乐器、摄影、下棋、打纸牌/麻将等,其他请注明,有参与脑力活动的习惯均认为是)等。

1.2.1.2 医患沟通质量问卷 基于相关文献^[13]自行研制医患沟通质量问卷。问卷初稿邀请 8 名专家(外科护理 4 名,老年护理 2 名及泌尿外科医疗 2 名;均工作 10 年以上;中级职称 3 名,副高级 2 名,正高级 3 名)进行 2 轮函询修订问卷。对 25 例老年 BPH 手术患者进行预调查,问卷的 Cronbach's α 系数为 0.850。最终问卷内容为“住院期间我与医护人员的沟通过程中:①我能理解谈话内容,包括治疗配合、康复等知识;②医护人员仔细听我说话,充分尊重我;③医护人员向我解释了医学术语,书面信息也口头向我解释;④医护人员说话缓慢而清晰;⑤当我不明白谈话内容时,医护人员鼓励我提出问题;⑥医护人员尽可能多地给我讲疾病相关知识,包括术后并发症、自我观察及生活饮食注意事项等”,共 6 个条目。每个条目采用 Likert 5 级评分法,从“几乎不能”至“几乎

全部能”分别计 1~5 分,得分越高,表示受试者感知的医患沟通质量越高。此问卷条目水平的内容效度指数为 0.88~1.00,量表水平的内容效度指数为 0.98。采用 Kehl 等^[14]的统计方法,将问卷结果进行二分类。问卷的条目总均分 >4 分判定为高质量医患沟通, ≤ 4 分判定为低质量医患沟通。本研究中该问卷的 Cronbach's α 系数为 0.758。

1.2.1.3 蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 由 Nasreddine 等^[15]编制,用于评估患者整体认知功能。本研究采用王伟等^[16]翻译修订的量表,包括视空间与执行功能、命名、记忆、注意、语言、抽象、延迟回忆及定向 8 个维度,总分 30 分,得分越高代表认知功能越好。考虑到受教育程度对认知功能的影响,MoCA 得分可根据受教育年限进行调整。若参与者的受教育时间少于 12 年,则在原 MoCA 得分上加 1 分。得分 ≤ 26 分可判定为轻度认知功能障碍筛查阳性。量表 Cronbach's α 系数为 0.782^[16],本研究中为 0.707。

1.2.1.4 应对适应量表(Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form, CAPS-15) 由 Roy 等^[17]基于应对适应加工中域理论构建,用于评估个体的应对适应水平。本研究采用李世杰等^[18]汉化的量表,该量表为单维量表,共 15 个条目。采用 4 级评分法(1=从不,2=几乎不,3=有时,4=经常),总分 15~60 分,得分越高表明应对适应能力越强。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.815^[18],本研究中为 0.779。

1.2.1.5 FRAIL 衰弱量表 由 Morley 等^[19]研制,适用于住院老年衰弱筛查。本研究采用景冬梅等^[20]汉化的量表,包含疲惫、耐力、行动力、疾病、体质量下降 5 个条目,每个条目得分 0~1 分,总分 0~5 分, ≥ 3 分即为衰弱。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.705^[20],本研究中为 0.773。

1.2.1.6 医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) 由 Zigmond 等^[21]编制,用于综合医院患者焦虑和抑郁症状的筛查。量表包含焦虑、抑郁 2 个分量表,各有 7 个条目。每个条目采用 4 级评分法(0~3 分),每个分量表总分 0~21 分,总分 >7 分表示存在可疑症状。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.879^[22],本研究中为 0.787。

1.2.2 资料收集方法 由 2 名责任护士负责资料收集,调查前均经过统一的培训与指导。研究人员首先向患者解释研究目的及意义,然后一对一协助患者填写问卷,完成后检查有无遗漏或逻辑错误等。术前 1~2 d,在住院病房发放一般资料调查表、蒙特利尔认知评估量表、应对适应量表、FRAIL 衰弱量表、医院焦虑抑郁量表并当场回收;出院后 2~4 周(此时间点调查既能反映患者真实体验,且能回忆住院期间情况),电话随访填写医患沟通质量问卷。术前发放问

卷 245 份,其中 18 份痴呆筛查阳性,6 份填写不完整,回收有效问卷 221 份,有效回收率为 90.2%。出院随访发放问卷 221 份,回收有效问卷 208 份,有效回收率为 94.12%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件进行数据分析。服从正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,不服从正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示;计数资料以频数、百分比描述。行两独立样本 t 检验、秩和检验、 χ^2 检验及 logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量、认知功能、焦虑、抑郁及应对适应水平 老年 BPH 手术患者感知高质量医患沟通 108 例(51.92%),低质量医患沟通 100 例(48.08%)。本组 165 例(79.33%)老年 BPH 手术患者认知障碍筛查阳性,75 例(36.06%)患者焦虑筛查阳性,71 例(34.13%)患者抑郁筛查阳性。老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量、认知功能、衰弱、焦虑、抑郁及应对适应得分,见表 1。

表 1 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量、认知功能、衰弱、焦虑、抑郁及应对适应得分($n=208$) 分, $M(P_{25}, P_{75})$		
项目	总分	条目均分
医患沟通质量	24.00(22.00,27.00)	4.00(3.67,4.50)
认知功能	21.00(18.00,24.00)	3.43(3.00,3.71)
衰弱	1.00(0.00,2.00)	0.20(0.00,0.40)
焦虑	5.00(3.00,7.00)	0.71(0.43,1.14)
抑郁	5.00(4.00,8.00)	0.71(0.57,1.14)
应对适应	42.00(38.00,47.00)	2.87(2.60,3.20)

2.2 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的单因素分析 见表 2、表 3。

表 2 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的单因素分析(计数资料) 例(%)					
变量	例数	高质量医患沟通 ($n=108$)	低质量医患沟通 ($n=100$)	χ^2	P
个人月收入(元)				39.601	<0.001
<1 000	31	7(22.58)	24(77.42)		
1 000~<3 000	77	27(35.06)	50(64.94)		
3 000~5 000	70	50(71.43)	20(28.57)		
>5 000	30	24(80.00)	6(20.00)		
主观记忆下降				0.108	0.743
有	175	90(52.43)	85(48.57)		
无	33	18(54.55)	15(45.45)		
既往固定职业				23.636	<0.001
有	88	63(71.60)	25(28.40)		
无	120	45(37.50)	75(62.50)		
自我护理能力				5.989	0.014
完全自理	186	102(54.84)	84(45.16)		
不完全自理	22	6(27.27)	16(72.73)		
居住地				30.049	<0.001
城市	144	93(64.58)	51(35.42)		
农村	64	15(23.44)	49(76.56)		
规律运动				9.904	0.002
是	127	77(60.63)	50(39.37)		
否	81	31(38.27)	50(61.73)		

续表 2 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的单因素分析(计数资料) 例(%)				
变量	例数	高质量医患沟通 ($n=108$)	低质量医患沟通 ($n=100$)	χ^2 P
参与智力活动				33.677 <0.001
是	112	79(70.54)	33(29.46)	
否	96	29(30.21)	67(69.79)	
ASA 分级				9.395 0.002
Ⅱ级	180	101(56.11)	79(43.89)	
Ⅲ级	28	7(25.00)	21(75.00)	

表 3 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的单因素分析(计量资料) $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$				
变量	高质量医患沟通 ($n=108$)	低质量医患沟通 ($n=100$)	t/Z	P
年龄(岁)	69(66,73)	71(68,77)	2.731	0.006
BMI(kg/m ²)	24.03±2.95	23.63±3.25	0.927	0.355
受教育年限(年)	12(9,15)	6(6,9)	6.562	<0.001
住院时间(d)	7.16±2.01	7.83±2.40	0.715	0.475
认知功能(分)	26(24,28)	21(18,24)	9.111	<0.001
衰弱(分)	1(0,2)	1(1,2)	1.604	0.109
焦虑(分)	5(3,7)	6(4,8)	2.328	0.020
抑郁(分)	5(3,7)	5(4,8)	2.454	0.014
应对适应(分)	45(41,50)	40(36,42)	6.528	<0.001

注:患者年龄 60~92(70.89±6.71)岁。

2.3 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的多因素分析 以老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量 为因变量(高质量沟通=1,低质量沟通=2),单因素分析结果中差异有统计学意义的因素为自变量进行 logistic 回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。调整后的模型显示,应对适应水平(原值输入)、认知功能(原值输入)、ASA 分级(Ⅲ级=1,Ⅱ级=2)和居住地(城市=1,农村=2)是老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的影响因素,见表 4。

表 4 老年 BPH 患者感知医患沟通质量影响因素的 logistic 回归分析($n=208$)						
变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常量	15.847	2.467	41.277	<0.001		
居住地	1.230	0.464	7.021	0.008	3.423	1.378~8.504
认知功能	-0.560	0.091	37.584	<0.001	0.571	0.477~0.683
ASA 分级	-1.377	0.622	4.901	0.027	0.252	0.075~0.854
应对适应	-0.077	0.037	4.408	0.036	0.926	0.862~0.995

3 讨论

3.1 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量低 医患沟通质量与老年患者的健康结局密切相关^[23],但目前对老年 BPH 手术患者的医患沟通关注较少。本研究发现,48.08%老年 BPH 手术患者报告医患沟通质量低。国外调查显示,高达 59.6%的老年手术患者报告与医护人员的沟通质量较低^[24],与本研究结果相似。分析原因可能为,本研究对象平均年龄 70 岁以上,高龄会限制老年人理解和信息回忆的能力^[9],同时随着年龄的增长,老年人基本认知功能逐渐下降(如工作记忆),而工作记忆在语言表达和沟通

中起重要作用,这也表明与老年患者沟通需要更多的技巧^[25-26]。另一方面,本研究中 36.06% 的老年患者手术前存在焦虑,而焦虑患者更可能报告低质量医患沟通^[27]。提示医护人员应重视老年 BPH 患者的沟通,通过手术前评估患者的认知功能、焦虑水平等,制订个性化干预措施;同时,还需优化医患沟通模式,医护人员通过学习与老年患者的沟通技巧并适当选用沟通辅助工具,包括图文结合的书面材料、手术治疗相关视频等;还应充分调动患者家属参与到沟通中,提高医患沟通质量。

3.2 老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的影响因素

3.2.1 认知功能越低的老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量越低 有研究证实,认知障碍对医患沟通质量有负面影响^[28]。本研究结果表明,认知功能越低的老年 BPH 患者报告低质量医患沟通的风险越高($P < 0.05$)。本研究中,79.33% 的老年 BPH 手术患者有认知障碍,认知障碍患者难以理解复杂的临床处方和判断治疗选择的后果,可能会在获取医疗信息时遇到困难^[29],这可能是导致医患沟通障碍的关键所在。此外,老年 BPH 患者由于高龄及常用治疗药物的影响,可能是认知障碍的高发人群^[30-31]。在临床实际工作中,手术前后对老年 BPH 患者认知障碍筛查及与其相关的医患沟通质量均可能被忽视。因此,建议外科医护人员在手术前评估老年患者的认知功能,并根据认知功能采取适当的沟通教育策略,如降低语速、增加重复次数、提供书面材料、使用回授法等,以提高医患沟通质量。

3.2.2 ASA 分级越高的老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量越低 ASA 分级是指麻醉前根据患者身体健康状况(如共病、衰弱等)对手术的危险性进行分类,是反映手术患者健康状况的重要指标,ASA 分级越高,表明患者身体健康状况越差。健康状况是影响老年人医患沟通的因素之一^[32],另外有研究表明,与患者进行风险沟通时也应考虑个人当前的健康状况^[33]。本研究显示,ASA 分级越高的老年 BPH 患者发生低质量医患沟通的风险越高($P < 0.05$)。虽然 ASA 分级由患者身体健康状况决定,短时间不可改变,但是医护人员可通过 ASA 分级在手术前快速识别低质量医患沟通的高风险人群,以便尽早采取沟通策略改善高风险人群的医患沟通质量。

3.2.3 居住在农村的老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量低 回归分析显示,居住在农村的老年 BPH 手术患者更容易报告低质量医患沟通($P < 0.05$)。据文献报道,与居住在城市的老年患者相比,农村老年患者更容易发生认知障碍^[34],这可能是导致农村患者感知医患沟通质量较低的原因之一。农村教育资源相较于城市相对匮乏,农村居民接受教育的机会及获取信息的渠道较少,患者不知如何与医

护人员沟通,进而影响医患沟通质量。因此,医护人员与居住在农村的老年患者沟通时,应注意尽可能使用通俗易懂的语言,尽量避免医学术语,同时还应尊重患者并主动询问其需求,鼓励患者提问等促进医患沟通。

3.2.4 应对适应水平高的老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量高 本研究结果显示,应对适应水平是患者感知医患沟通质量的影响因素($P < 0.05$),患者应对适应水平越高,感知医患沟通质量越高。罗伊适应模式认为,内外环境的各种刺激和应对适应水平一同输入个体这个应对适应系统,通过一系列的应对适应机制,然后输出适应反应或无效反应。基于该理论,本研究中手术是患者面临的主要刺激,该事件的相关刺激和固有刺激包括健康相关因素和社会人口学因素,这些刺激和应对适应水平共同影响输出。本研究中老年 BPH 手术患者感知高质量医患沟通被视为输出的适应反应,低质量医患沟通即为无效反应。因此,老年 BPH 患者面临手术刺激时,其应对适应水平越高,表明患者越能积极应对并适应手术引起的一系列变化,更有可能输出高质量医患沟通。医护人员可通过提供适当的应对适应策略,帮助患者及家属积极应对手术带来的改变,进而提高医患沟通质量。

4 结论

本研究显示,老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量低的比例偏高,应对适应水平、认知功能、ASA 分级及居住地是老年 BPH 手术患者感知医患沟通质量的重要影响因素。医护人员需重视与外科手术老年患者的沟通,需重点关注应对适应水平低、认知功能差、ASA 分级高及居住在农村的老年患者,并制订有针对性的沟通方案。本研究存在一定局限性:首先,问卷是基于沟通相关文献自行编制,聚焦沟通效果与满意度两大维度,尽管力求全面,但仍有可能未能充分覆盖医患沟通质量的所有关键要素,从而限制了评估的全面性。其次,评价采用自我报告方式,可能存在报告偏倚。未来可采用量性和质性结合的方式,更精准评估沟通质量,深挖促进与阻碍因素,为医护人员实施有效沟通计划提供依据。

参考文献:

- [1] Sharkiya S H. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients:a rapid review [J]. BMC Health Serv Res, 2023, 23(1):886.
- [2] Oxlad M, Edwards G, McKinlay K A. Patients' perspectives about doctor-patient communication regarding transvaginal mesh implant surgery [J]. Patient Educ Couns, 2022, 105(12):3534-3539.
- [3] Stalter L N, Baggett N D, Hanlon B M, et al. Identifying patterns in preoperative communication about high-risk surgical intervention:a secondary analysis of a randomized clinical trial [J]. Med Decis Making, 2023, 43

- (4):487-497.
- [4] Kessels R P. Patients' memory for medical information [J]. J R Soc Med, 2003, 96(5):219-222.
- [5] Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention[J]. JAMA, 1994, 272(20):1619-1620.
- [6] Mulrow J J, Feeley T M, Tierney S. Beyond consent: improving understanding in surgical patients [J]. Am J Surg, 2012, 203(1):112-120.
- [7] Brown S C, Park D C. Theoretical models of cognitive aging and implications for translational research in medicine[J]. Gerontologist, 2003, 43(7):57-67.
- [8] Sandhu J S, Bixler B R, Dahm P, et al. Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia (BPH): AUA Guideline Amendment 2023[J]. J Urol, 2024, 211(1):11-19.
- [9] Chughtai B, Forde J C, Thomas D D, et al. Benign prostatic hyperplasia[J]. Nat Rev Dis Primers, 2016, 2:16031.
- [10] Emberton M. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia: physician and patient preferences and satisfaction[J]. Int J Clin Pract, 2010, 64(10):1425-1435.
- [11] Roy C. Future of the Roy model: challenge to redefine adaptation[J]. Nurs Sci Q, 1997, 10(1):42-48.
- [12] 柴攀, 张铁铁, 杜鹏.《加拿大泌尿外科学会男性下尿路症状/良性前列腺增生指南更新》解读[J]. 泌尿外科杂志(电子版), 2023, 15(4):3-16.
- [13] 马永强, 王秀波, 吕鸣, 等. 健康素养敏感型沟通量表的汉化及信效度分析[J]. 中华健康管理学杂志, 2023, 17(5):373-378.
- [14] Kehl K L, Landrum M B, Arora N K, et al. Association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality of care: shared decision making in cancer care [J]. JAMA Oncol, 2015, 1(1):50-58.
- [15] Nasreddine Z S, Phillips N A, Bédirian V, et al. The montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(4):695-699.
- [16] 王伟, 王鲁宁. “蒙特利尔认知评估量表”在轻度认知损伤患者筛查中的应用[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(5):414-416.
- [17] Roy C, Bakan G, Li Z, et al. Coping measurement: creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions[J]. Appl Nurs Res, 2016, 32:73-79.
- [18] 李世杰, 杨燕妮, 黄丽, 等. 中文版简易罗伊应对适应量表的信度效度研究[J]. 中国护理管理, 2018, 18(6):766-770.
- [19] Morley J E, Malmstrom T K, Miller D K. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans[J]. J Nutr Health Aging, 2012, 16(7):601-608.
- [20] 景冬梅, 沈冲, 莫永珍, 等. 中文版衰弱量表在老年衰弱评价中的信效度研究[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(9):784-788.
- [21] Zigmond A S, Snaith R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6):361-370.
- [22] 孙振晓, 刘化学, 焦林瑛, 等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(2):198-201.
- [23] Liu P L, Zhang L, Ma X, et al. Communication matters: the role of patient-centered communication in improving old adults' health competence and health outcomes[J]. Health Commun, 2024, 39(2):363-375.
- [24] Ron D, Gunn C M, Havidich J E, et al. Preoperative communication between anesthesia, surgery, and primary care providers for older surgical patients[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2024, 50(5):326-337.
- [25] 邹晓清, 潘杰, 李晓惠. 影响护士与老年病人沟通因素的调查分析[J]. 护理学杂志, 2004, 19(5):21-22.
- [26] 张欢欢, 刘鹏程, 石颖, 等. 老年痴呆照护中沟通教育策略的研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(1):110-113.
- [27] Berhe Y W, Agegnehu T, Endeshaw M, et al. Quality of anesthetist communication with surgical patients in the perioperative setting: a survey at an academic tertiary referral hospital in Ethiopia[J]. Patient Saf Surg, 2023, 17(1):11.
- [28] Khedr S, D'Angelo D, Santos A T, et al. Identification of clinical risk factors affecting patient-physician communication [J]. J Surg Res, 2023, 282:246-253.
- [29] Okonkwo O, Griffith H R, Belue K, et al. Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment [J]. Neurology, 2007, 69(15):1528-1535.
- [30] Matin S, Vincent A, Taylor A W, et al. Lower urinary tract symptoms, depression, anxiety and systemic inflammatory factors in men: a population-based cohort study[J]. PLoS One, 2015, 10(10):e0137903.
- [31] Ruxton K, Woodman R J, Mangoni A A. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Clin Pharmacol, 2015, 80(2):209-220.
- [32] Kim H. Factors influencing the data communication equipment competence in Korean older people [J]. Geriatrics (Basel), 2022, 7(3):70.
- [33] Sshulberg S D, Ferry A V, Jin K, et al. Cardiovascular risk communication strategies in primary prevention. A systematic review with narrative synthesis [J]. J Adv Nurs, 2022, 78(10):3116-3140.
- [34] Chen X, Dong X, Liu J, et al. Rural-urban differences in mild cognitive impairment among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Chengdu, China[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2023, 18:2497-2508.

(本文编辑 李春华)