



基于Rodgers演化概念分析法界定新失能老人

刘畅, 黄洁, 姚俊

南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

摘要:为界定“新失能老人”概念内涵,文章运用Rodgers演化概念分析法,对检索得到的34篇国内外文献进行分析,提炼出五项核心属性,即功能状态的急剧转变性、心理适应的脆弱易损性、康复路径的不确定性、照护准备的断裂性以及康复干预的敏感时效性,明确前置因素涵盖个体、家庭、社区与社会层面,结局特征涉及生理、心理与社会维度,并通过典型案例验证了“新失能老人”概念的可识别性与临床操作性。研究指出,该人群处于从功能独立到依赖的关键过渡期,具有高度可逆性与干预价值,为针对这一特殊人群开展早期识别、科学干预及健康管理体系优化提供了科学依据和理论支持。

关键词:新失能老人; Rodgers演化概念分析法; 康复; 健康管理

中图分类号: C913.6

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2025)05-431-008

doi: 10.7655/NYDXBSS250238

世界卫生组织(WHO)将60周岁及以上人群界定为老年人。我国不仅是全球老年人口最多的国家,也是老龄化速度最快的国家之一。截至2023年末,60岁及以上老龄人口数量已达到2.97亿,占总人口的21.1%^[1]。伴随老龄化进程加快,老年人因器官功能、适应能力和抵抗力的逐步衰退,失能发生呈现刚性增长趋势,失能老人群体规模持续扩大^[2]。失能老人是指年迈虚弱、残疾、疾病、智力障碍等原因导致日常生活活动能力部分或全部丧失的老年人^[3]。根据第七次全国人口普查数据,2020年我国老年人口失能率为2.34%,结合2020年我国老年人口数量,失能老人规模已达618万人^[4]。失能老年人口的增长已成为我国老龄化背景下不可回避的结构性挑战。现有研究表明,老年人失能的3个月内为康复的“黄金时期”,在这个阶段对老人进行积极干预,可有效促进失能老人康复、减少失能持续时间和提高生命质量^[5-6]。这也意味着,若能在新失能(new-onset disability, NOD)阶段及时干预,有望有效降低老年人群的失能发生率。新失能老人是指从可基本自理过渡到需要依赖他人进行日常生活活动的老年人^[7]。然而,由于不同学者对新失能老人的概

念理解不同,尚无明确、统一的概念定义,概念混用问题也日益凸显。概念定义模糊不利于相关研究的开展,影响学科间的交流,阻碍学科的发展^[8]。概念分析是指澄清那些涉及多个学科、被广泛使用而又含义模糊不清概念的有效方法,可有效厘清此类被广泛使用却内涵不明的术语。Rodgers演化概念分析法是概念分析的重要方法之一,强调概念的动态性与情境性,在护理研究领域得到广泛应用^[9]。本研究应用Rodgers演化概念分析法对“新失能老人”进行系统界定,旨在推动该概念在理论建构与实践识别中的标准化应用。

一、资料与方法

(一)Rodgers演化概念分析法

Rodgers等^[10]认为,概念随着时间的推移而动态发展,并受概念应用情境的影响。采用Rodgers演化概念分析法进行概念界定,包括选择感兴趣的观念、确定概念应用情境、选择数据来源、筛选文献;分析同义词和相关术语、概念属性、前因变量和结果,并为概念确定典型案例;为概念的进一步发展提出假设与启示^[8-9]。

基金项目:国家社会科学基金一般项目“代际支持对新失能老人心理适应轨迹的影响机制研究”(23BRK010)

收稿日期:2025-06-09

作者简介:刘畅(1990—),女,江苏南京人,博士研究生在读,研究方向为人口健康与公共政策;姚俊(1981—),男,江苏扬中人,教授,研究方向为人口健康与公共政策,通信作者, yaojun@njmu.edu.cn。

(二)文献检索

本研究以“新失能老人”为关键词检索中国知网(CNKI)、万方数据库,以“new onset disability”和“older adults”为关键词,检索 PubMed、Web of Science、Scopus 和 CINAHL 数据库,检索时限为建库至2025年5月1日。通过检索、阅读文献发现,新失能老人的相关研究与住院相关性失能老人的相关研究内容存在重叠,因此增加“hospital-associated disability”“hospitalization-associated disability”“HAD”“住院相关性失能”为辅助检索词,扩大检索范围以避免遗漏。

(三)文献筛选

1. 文献纳入标准与排除标准

文献纳入标准为:①研究对象明确为新失能或住院相关性失能的老年人;②研究内容涉及概念属性、先决条件、结果及评价;③全文可获取,语言为中文或英文;④文章类型限定为原始研究、综述或质性研究。文献排除标准为:①无法获取全文;②非中文和英文文献;③重复发表;④文章类型不符。

文献筛选由2名研究者(1名博士研究生,1名硕士研究生)独立进行,意见不一致时与第3名研究者协调达成一致。最后由研究者仔细反复阅读纳入文献,提取资料进行概念分析。

2. 文献筛选结果

Rodgers 认为概念分析需要纳入总文献的20%或30篇以上,方可得出可靠的结论。本研究检索后共得到282篇文献,去除重复文献后得到231篇,根据题目和摘要筛选后保留83篇,阅读全文后保留34篇文献,符合 Rodgers 概念分析法文献数量要求。

二、结果与分析

(一)新失能老人概念的演化

新失能作为一个学术概念,最早由 Mehta 等^[7]提出,其在老年住院患者中观察到,一些原本日常功能完全独立者,在急性健康事件(包括慢性疾病急性加重)后,首次出现生活活动能力下降,并在出院时需要依赖他人照护。在此之前,学术界对于老年人失能的相关研究集中在慢性失能,对失能发生时间的关注阙如。Mehta 首次强调了新失能的时间属性,并将其与慢性失能予以区分。在 Mehta 之后,关注急性健康事件或慢性疾病的急性加重导致的失能相关性研究日益增多。Covinsky 等^[11]研究发现,新失能在住院老年人中的发生率达30%~50%,其中部分患者在3~6个月内恢复功能,而部分患者演变为长期失能,这一研究结果体现了新失能的动态可变属性,即结局的不确定性。Gill 等^[12]进一步指出,新失能的发生不仅局限于住院期,亦可能在住院前或出院后发生,即便患者未曾住院,也可能因感染、

跌倒等突发事件导致功能急剧下降。在此基础上,一项纵向研究重点关注了失能老人的心理适应状态,通过对失能老人心理适应轨迹的潜在类别分析,发现老年人群在面临身体功能下降的同时,还可能经历焦虑、抑郁、自我效能感降低等心理变化,同时心理状态的健康与否亦与失能老人的功能恢复情况有关^[13]。这些研究的扩展,使得新失能的概念不仅限于生理功能丧失,而且逐渐被视为生理—心理—社会功能的多维变迁过程。

(二)新失能老人的概念属性

在 Rodgers 演化概念分析法中,概念属性即描述该概念的核心本质特征,用于构成该概念的基础框架与辨识标准。通过分析纳入文献,本研究总结出关于“新失能老人”的5项概念属性,分别为功能状态的急剧转变性、心理适应的脆弱易损性、康复路径的不确定性、照护准备的断裂性以及康复干预的敏感时效性。

1. 功能状态的急剧转变性(functional disruption)

新失能老人的首要特征是其功能状态在短时间内出现急剧下降,即从基本自理状态过渡到依赖状态,呈现“突发性”与“断裂性”。张瑞等^[14]认为,在急性健康事件或慢性疾病急性加重前,新失能老人通常能够独立完成大多数日常生活活动(ADL)和工具性日常生活活动(IADL)。这一属性区别于传统慢性失能的“渐进缓退”以及住院相关性失能的“医源性”路径,是界定本概念边界的基础,也是识别干预起点的关键。

2. 心理适应的脆弱易损性(adaptation vulnerability)

失能的发生伴随着生理—心理—社会的综合变化^[13]。突如其来的功能障碍使得老年人从“独立主体”骤然转变为“被照护者”,角色重塑与身份认同面临高压状态。根据 Folkman 等^[15]的应激与应对理论,急性健康事件(包括慢性疾病的急性加重)通常是突如其来的重大压力源,个体将经历如焦虑、抑郁、无助感等心理冲击,需要时间适应此类心理冲击,并调整对新生理状态的心理接受。此阶段心理适应的脆弱性不同于慢性失能老人对功能下降的“渐进接受”过程,也有别于住院失能老人医院环境所提供的心理缓冲保护机制。此属性突出的是新失能老人所面临的“适应压力非线性上升”,体现出强烈的心理突变特点,是设计心理干预的重要着力点。

3. 康复路径的不确定性(uncertainty of recovery)

失能是一个动态的过程^[3],新失能由于是处于失能早期且失能前具有独立自理能力,其动态性尤为突出。新失能的发生往往预示着入住养老院、反复住院和死亡^[16],但这些情况是可以预防和逆转

的^[5]。新失能后的功能轨迹可能恢复、停滞或恶化,取决于生理、心理与照护等多因素交互。根据Covinsky等^[11]报告,大约50%的新失能患者在急性事件后的一年内能够恢复其独立的功能水平,而另外一部分患者则可能因并发症、年龄、基础健康状况等因素,未能恢复原本的功能水平,甚至转为长期失能。这区别于慢性失能通常呈“不可逆”或“缓慢退化”的特征,也有别于住院相关性失能常见的“短期可逆、路径明晰”。此属性揭示了新失能老人在康复预期上的高度异质性,具有明显的不确定性特征,强调了对其功能演变过程的动态观察与分层识别的必要性。

4. 照护准备的断裂性(discontinuity of care preparedness)

由于功能变化的突发性,新失能老人的照护体系往往在最初阶段出现明显的资源断裂,包括照护知识、心理支持、康复信息及辅助设施等方面不足。新失能老人的社会角色从“独立者”转变为“依赖者”,社会支持需求增加,需要帮助进行日常活动,恢复过程中的社会支持成为至关重要的因素。根据李晖等^[17]的研究,社会支持对新失能老人的康复结局有明显影响,缺乏家庭照护支持的患者通常康复较慢,甚至可能进入长期失能状态。相较于慢性失能所建立的逐步适应型照护体系,或住院相关性失能过程中医院内已有的专业照护配置,新失能老人面临“资源空窗”。该属性体现的是在家庭和社区层面上“准备缺位”的现象,是识别新失能老人在照护支持方面风险暴露的核心标志,也是制度性衔接机制建设的重要指标。

5. 康复干预的敏感时效性(intervention-sensitive timing)

新失能状态往往处于一个功能恢复与心理重建的关键窗口期,尤其在失能发生后的数周至数月内,个体具有相对较高的恢复潜力和行为可塑性^[18-19]。因此,干预若能及时介入,可能显著影响其长期生活质量和照护路径。不同于慢性失能中较为有限的功能恢复空间,也区别于住院失能仅聚焦住院期内管理,此属性对干预策略和研究设计提出了明确时点要求,是该群体良性转归的理论基础。

(三)新失能老人的前置因素

在Rodgers演化概念分析法中^[10],前置因素是指促成或诱发概念产生的背景事件或情境。本研究梳理文献发现,新失能老人的前置因素主要包括个体因素、家庭因素、社区因素和社会支持,其间相互交织,共同影响失能的发生及其后续康复潜能^[20-21]。个体因素包括年龄(高龄为重要风险因素)、性别、婚姻状况、教育水平、经济状况以及整体健康状况^[22];多病共存、体能衰退和心理脆弱性是加速功能转变的

关键机制。家庭层面的因素主要涉及家庭结构、代际支持、家庭观念和文化背景,这些因素均影响老年人在突发事件后的应对及康复能力^[23];拥有积极照护态度与资源支持的家庭,往往能为个体提供心理与行为上的重要支撑。社区因素则包括社区经济发展水平、老年人活动设施及健康资源的可及性等,这些因素决定了患者能否获得及时有效的干预^[24]。社会支持因素涵盖社会政策、医疗保障、社会网络及公众对老年健康问题的重视程度。这些前置因素并非孤立存在,而是通过多层次交互作用,共同塑造了老年人在进入“新失能”状态前的脆弱性,决定了其失能发生概率与康复路径的可塑性。

(四)新失能老人的结局及评价

结局是指概念产生之后所导致的事件或情况。新失能老人的结局具有不确定性,且不仅限于生理功能丧失。通过生理—心理—社会的综合评价,全面、客观地反映新失能老人在急性健康事件或慢性疾病急性加重后功能状态的变化和长期预后,可以捕捉其生理—心理—社会各维度健康状态的细微变化,为制定精准、个性化的干预策略提供了坚实的科学依据^[25]。新失能老人结局评价的常用工具主要包括以下几种。

1. 生理维度评价

Barthel指数由Mahoney等^[26]于1965年编制,是应用较广的一种ADL评定方法。Barthel指数满分100分,60分以上者为良,生活基本自理;40~60分为中度失能,生活需要帮助;20~40分为重度失能,生活依赖明显;20分以下者为完全失能,生活完全依赖。Barthel指数得分40分以上者康复治疗的效益最大。

简易精神状态检查量表(mini-mental state examination, MMSE)可对新失能老人的认知功能进行评价。该量表由Folstein等^[27]于1975年编制,是国际上使用频率最高的认知功能评估工具^[28]。该量表共30项,每项1分,共30分。MMSE根据受试者的教育程度进行评分:①文盲者MMSE评分 ≤ 17 分可界定为痴呆;②小学学历者MMSE评分 ≤ 20 分可界定为痴呆;③中学学历者(包括中专)MMSE评分 ≤ 22 分可界定为痴呆;④大学学历者(包括大专)MMSE评分 ≤ 23 分可界定为痴呆。

2. 心理维度评价

心理状态的评价重点关注新失能老人在失能初期可能出现的焦虑、抑郁及心理适应的动态过程^[29]。汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)是临床上评定焦虑和抑郁最为普遍的量表,可用其进行客观量化评估。HAMA由Hamilton^[30]于1959年编制,包括14个项目,采用0至4分的5级评

分法。其中第7~13项主要构成躯体性焦虑因子,其余7项则构成精神性焦虑因子。总分得分越高,焦虑程度越严重。总分小于7分,代表没有焦虑症状。HAMD由Hamilton^[31]于1960年编制,大部分条目采用0至4分的5级评分法。总分得分越高,抑郁程度越严重。24项目HAMD中,总分小于8分,代表没有抑郁症状;17项目HAMD中,总分小于7分,代表没有抑郁症状。

心理适应量表(psychological adaptation scale, PAS)由Biesecker等^[32]于2013年编制。中文版由王梦佳等^[33]译制。PAS包括应对能力、自强、社交能力及心理成长4个维度,共20个条目。各条目采用Likert 5级评分法,得分越高表明心理适应越好。

3. 社会维度评价

社会维度主要评估新失能老人所处的社会支持环境,可用领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS)进行评价。该量表由Zimet等^[34]于1988年编制,后经黄丽等^[35]译制修改形成

中文版本。PSSS分为家庭支持、朋友支持和其他支持3个维度,共12个条目,各条目使用Likert 7级评分法。分数越高,代表感知社会支持越好。

生活满意度的评价有助于揭示新失能老人对社会适应状况的满意程度。生活满意度量表(satisfaction with life scale, SWLS)由Diener等^[36]于1985年编制,后经熊承清等^[37]译制修改形成中文版本。SWLS由5个条目组成,各条目使用Likert 7级评分法。分数越高,代表生活满意度越好。

(五)新失能老人的概念框架

综上所述,本研究定义新失能老人,是指因急性健康事件(如跌倒、骨折、中风、感染、手术等)或慢性疾病的急性加重(如心衰失代偿、糖尿病并发症等)而在短期内首次出现日常生活功能明显下降,进而需要他人照护的老年人群。该人群在功能状态、心理适应和照护需求上呈现出高度的不确定性,其失能状态可能出现恢复、持续或恶化的多重轨迹。其概念框架如图1所示。

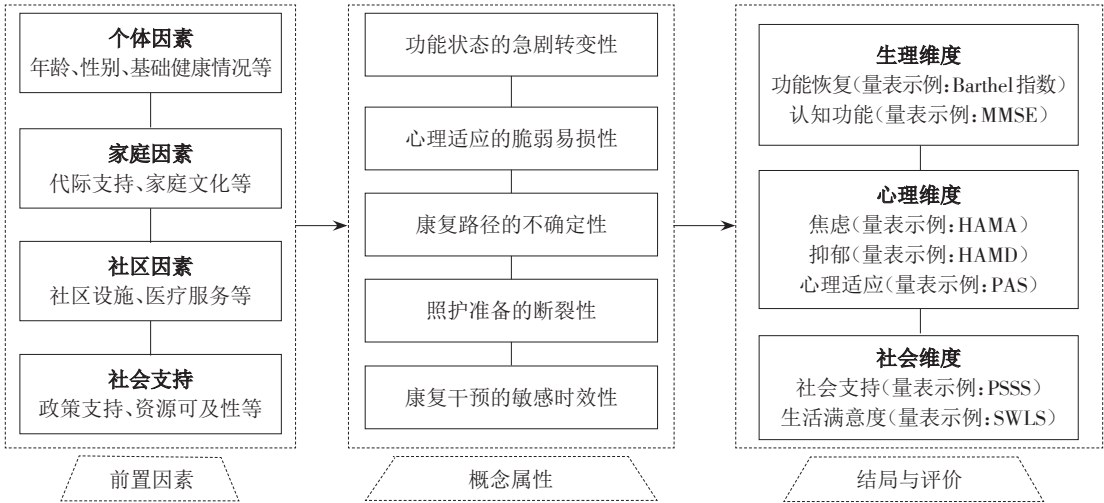


图1 新失能老人概念框架

(六)新失能的近义词:住院相关性失能、慢性失能

住院相关性失能(hospital-associated disability, HAD)是指住院患者出院时与入院前2周(急性发病前)相比,丧失一项或多项日常生活自理能力的现象^[38]。其发生机制主要涉及住院管理带来的活动限制与生理退化,例如肌肉质量下降、心肺功能减退与精神状态改变等,导致功能水平逐渐下降,而非由疾病本身直接引发的突发性失能。住院相关性失能的功能减退具有渐进性与可预测性,其康复路径相对明确,可通过早期干预有效逆转。住院相关性失能的诱因主要为住院环境与照护管理,而非急性疾病本身。

慢性失能(chronic disability, CD)^[39]是指因慢性疾病、衰老相关的退行性改变或长期健康恶化引发的功能丧失,其病程通常呈现不可逆性。临床常见

的病因包括心血管疾病、阿尔茨海默病、糖尿病及其并发症等^[40],此类疾病可导致老年患者身体功能持续衰退,最终需长期依赖照护。慢性失能通常是多年积累的结果,表现为持续性的能力退化与逐步依赖照护,其干预重心在于长期照护与慢病管理。

新失能老人具有区别于住院相关性失能与慢性失能的独特概念属性(表1),其特征由于急性健康事件或慢性疾病的急性加重引发的首次功能突变,表现出高度的不确定性与心理适应脆弱性,干预窗口敏感且路径异质。厘清三者之间的概念边界,有助于科学识别新失能人群,进而实现精准照护与政策干预设计。

(七)典型案例

1. 案例内容

王先生,78岁,退休工程师,与妻子共同生活,女儿在外省定居。本次发病前他身体健康,生活自

表1 新失能老人、住院相关性失能与慢性失能的概念辨析

维度	新失能老人	住院相关性失能	慢性失能
触发机制	急性健康事件或慢性疾病急性加重导致的首次功能骤降	住院期间因卧床、镇静药物、环境等院内相关因素渐进引发	慢性疾病、退行性衰老或长期健康恶化逐年累积
功能变化特征	短期内出现断裂式依赖,波动大	住院期间逐步下降,较可预测	缓慢长期下降,呈不可逆趋势
恢复轨迹	高度不确定:恢复、持续、恶化三轨并存	多数随出院早期康复,可部分或完全逆转	可逆性低,以稳定维持为主
心理社会特点	角色突变与适应脆弱,情绪波动显著	医院支持缓冲,心理冲击相对轻	已逐步形成慢性适应机制
照护资源状态	家庭与社区支持体系模式改变与链路断裂,需快速整合衔接	住院期间专业照护充足;出院后衔接需关注	已逐步建立长期照护网络
干预重点	干预敏感窗口,强调综合康复+心理支持+资源整合	住院期间病情稳定可鼓励早期下床、康复训练、环境优化	长期照护、慢病及并发症管理、生活质量提升

理能力良好,积极参与社区事务,是小区文娱活动的主要组织者之一。半年前,王先生因突发脑梗死紧急入院,尽管经过急性期治疗病情稳定,但因脑梗造成左侧肢体偏瘫,原本可以独立完成的穿衣、如厕、走路、吃饭等日常活动均受到严重影响。

在病情稳定并观察1周后遵医嘱出院,出院准备期间,因家庭对康复流程不了解、社区资源信息缺乏,其康复安排明显滞后。回到家后,王先生的生活状态发生了剧烈改变,他无法独立上下楼梯,需要他人全天候照料。家中无专业护理设施,妻子也缺乏康复知识和心理准备,照护压力陡增。王先生一度情绪低落,产生“拖累家人”“变成废人”的消极认知,拒绝康复训练,甚至出现抑郁情绪。妻子虽不离不弃,但她也逐渐感到力不从心,出现情绪压力,家庭支持能力逼近边界。

经与社区卫生服务中心的医生协调,王先生被纳入社区综合康复支持计划,依托家庭医生签约服务,由康复治疗师与心理咨询师协同实施。王先生每周接受两次物理治疗、居家康复指导及心理健康支持干预等服务。起初康复进展缓慢,王先生屡次中断训练,对效果表示怀疑。但随着时间推进,在第5周左右,他逐步能够完成简单步行,开始愿意配合训练,主动试着自己走几步,愿意和治疗师交流,也开始关心家里的一些小事。随着王先生状态好转,妻子逐渐由“全天候照护者”转变为“生活协助者”,家庭关系也从危机中缓慢修复。到第12周,他已基本恢复自理能力,心态也有所改善,开始与邻里重新建立联系,主动参与社区活动。

康复过程中,社区康复人员与其家庭保持密切联系,动态调整干预内容,也为其妻子提供了基本照护技巧知识与心理支持,提升了家庭整体的适应能力。王先生回忆:“刚开始那几周真的快撑不下去了,觉得什么都结束了,多亏有人一直拉了我一把,慢慢地,也就爬出来了。我现在也能自己走下楼,看看街坊,日子还是能慢慢过起来的。”

2. 案例分析

王先生的经历清晰体现了“新失能老人”概念的五项核心属性。

第一,他由脑梗引发的功能骤变性表现突出:原本生活自理且积极参与社区活动,却在数日内功能全面丧失,形成断裂式转变,显著区别于缓慢衰退。第二,他在失能初期表现出明显的适应脆弱性:突如其来的失能会冲击其自尊与认同,产生抵触情绪,家庭亦因缺乏准备而面临情绪压力,反映出个人与家庭系统在突发性功能丧失中的适应困难。第三,康复过程中呈现出路径不确定性:尽管开展了居家康复与心理干预,但前4周进展甚微,状态反复波动,直至第5周才逐步恢复步行能力,并重新建立生活的主动性,说明恢复过程非线性,个体差异显著。第四,王先生出院初期所经历的照护资源断裂性也十分典型,他及家庭对康复流程缺乏了解,缺少专业设施与指导,未能在出院即刻衔接上社区资源,使得照护体系短期内陷入“空窗期”。这种支持系统的断裂,不仅影响了康复的连续性,也增加了家庭负担。第五,王先生的恢复过程也凸显出“新失能”状态下存在一个干预敏感的窗口期。在王先生正式开始康复干预计划的第1至第12周,尤其是第5周开始,综合干预逐步奏效,不仅促进功能恢复,也改善了情绪状态,帮助他重新融入家庭与社区生活。案例说明,早期识别并在窗口期内提供系统干预,有助于新失能老人实现身心适应与生活重建。

王先生的案例较为完整地呈现了“新失能老人”五项概念属性的实际表现,进一步验证了该概念在临床与社区实践中识别和干预的现实意义。

三、讨 论

本研究基于Rodgers演化概念分析法,对新失能老人的概念进行了系统探讨,明确了其核心特征及其在失能老人群体中的独特地位。经过对文献进行系统梳理,首次将“新失能老人”明确界定为:

在急性健康事件或慢性疾病急性加重后,短期内首次出现显著功能依赖、心理适应脆弱且康复路径高度不确定的老年人群。同时,进一步将该概念提炼为五个关键属性,即功能状态的急剧转变性、心理适应的脆弱易损性、康复路径的不确定性、照护资源的断裂性与康复干预的时间敏感性。此外,研究还将“新失能”与“住院相关性失能”及“慢性失能”进行辨析,为新失能老人的早期识别、临床评估和个性化干预策略的制定提供了理论支持。

“新失能老人”这一概念的提出,填补了急性健康事件/慢性疾病急性加重与长期慢性失能之间的研究空白,在预防、治疗和康复三个维度均具有明确而具体的实践意义。

在预防层面,“新失能”概念突出了早期识别与主动预防的价值。传统的慢性失能预防以长期健康管理为主,而新失能老人群体具有明确的功能骤变节点与心理脆弱期,这为医院、社区及家庭早期识别高风险个体提供了清晰的预警标准和干预起点。例如,功能骤变后出现的早期角色混乱与心理波动,可作为临床与社区层面快速筛查、风险分层与早期介入的重要指标,避免短期可逆的功能损害演变成成为不可逆的失能状态。

在治疗层面,“新失能”概念强调了从疾病治疗向整体功能康复与心理恢复的快速转化。传统医学治疗往往聚焦于疾病本身,忽视了急性健康事件/慢性疾病急性加重带来的功能与心理连锁反应。本研究基于“身心一体化”假说所提出的“康复路径的不确定性”,提示临床在完成急性期治疗后,应立即启动功能—心理的综合评估,以精准识别康复路径上的不确定因素,及早实施个性化功能训练、心理干预和家庭教育,防止治疗与康复之间的断层,显著降低再次住院与长期功能依赖风险。

在康复层面,“新失能”概念进一步揭示了早期干预的关键窗口期。不同于长期失能患者的缓慢康复需求,新失能老人处于功能恢复与心理重建的关键窗口期。在这一敏感时段内,医疗、康复、心理和社会资源及时、集成、系统化地介入,将有可能使患者的功能恢复和生活质量达到最大化。此外,“照护资源断裂性”揭示了当前医疗—社区—家庭衔接机制的不足,这也为医疗与社会系统快速衔接与资源整合提供了实践依据和政策导向。

未来研究应进一步明确“新失能”阶段的时间界限与评估标准,开发针对急性健康事件异质性的精准诊断工具,深入探索该阶段心理轨迹与功能恢复结局之间的关系,识别急性健康事件异质性对康复路径的影响。通过早期康复护理与系统性社会支持,有望改善功能结局,降低长期失能风险,提升

患者生活质量,减轻家庭与社会负担。

作为一个演化中的概念,“新失能老人”的理论体系尚不成熟,临床应用亦处于探索阶段。本研究所呈现的结论受限于文献范围与概念发展阶段,仅反映当前认识,仍需后续实证研究不断深化与验证,以丰富理论内涵,推动实践转化。

参考文献

- [1] 郝卓亚,安秀芳,徐蕊,等. 中国失能老人失能程度的影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(4): 476–480
- [2] 陈习琼. 中国老年人口失能现状及地区差异[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(5): 1197–1201
- [3] 彭希哲,宋靓璐,茅泽希. 中国失能老人问题探究——兼论失能评估工具在中国长期照护服务中的发展方向[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2018, 39(5): 102–118
- [4] 谭睿. 中国老年人口失能状况及变化分析——基于第六次、第七次全国人口普查数据[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(3): 6–11
- [5] BOYD C M, SETH L C, COUNSELL S R, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness[J]. J Am Geriatr Soc, 2008, 56(12): 2171–2179
- [6] PORTEGIJS E, BUURMAN B M, ESSINK-BOT M L, et al. Failure to regain function at 3 months after acute hospital admission predicts institutionalization within 12 months in older patients[J]. J Am Med Dir Assoc, 2012, 13(6): e1–e7
- [7] MEHTA K M, PIERLUISSI E, JOHN B W, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability[J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(7): 1206–1216
- [8] BONIS S A. Concept analysis: method to enhance interdisciplinary conceptual understanding[J]. ANS Adv Nurs Sci, 2013, 36(2): 80–93
- [9] TOFTHAGEN R, FAGERSTRØM L M. Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science[J]. Scand J Caring Sci, 2010, 24(Suppl 1): 21–31
- [10] RODGERS B L, KNAFL K A. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications [M]. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders, 2000: 77, 102
- [11] COVINSKY K E, PIERLUISSI E, BREE J C. Hospitalization-associated disability: “She was probably able to ambulate, but I’m not sure”[J]. JAMA, 2011, 306(16): 1782–1793
- [12] GILL T M, GAHBAUER E A, HAN L, et al. Trajectories

- of disability in the last year of life[J]. *N Engl J Med*, 2010, 362(13): 1173-1180
- [13] VAN LOON A M, DEPLA M F I A, HERTOCH C M P M, et al. The disability paradox? trajectories of well-being in older adults with functional decline[J]. *J Aging Health*, 2023, 35(1/2): 125-137
- [14] 张瑞, 路露, 丁文凯, 等. 新失能老年患者住院期间ADL状况的调查研究[J]. *医学食疗与健康*, 2021, 19(3): 16-18, 32
- [15] FOLKMAN S, LAZARUS R S, DUNKEL-SCHETTER C, et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes[J]. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50(5): 992-1003
- [16] JENCKS S F, WILLIAMS M V, COLEMAN E A. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program[J]. *N Engl J Med*, 2009, 360(14): 1418-1428
- [17] 李晖, 李秀悦, 尹志勤, 等. 住院新失能老人出院前家庭照顾者的照顾能力状况及其影响因素[J]. *温州医科大学学报*, 2019, 49(5): 344-349, 355
- [18] 彭立伟, 谢仁明, 曹红桂, 等. 早期康复干预对脑卒中偏瘫患者日常生活活动能力的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2015, 35(8): 2040-2041
- [19] 张军卫, 孙天胜, 海涌, 等. 早期康复干预对脊髓损伤后康复时间的影响[J]. *中国脊柱脊髓杂志*, 2015, 25(2): 115-121
- [20] THOMAS S, MACHUEL P, FOUBERT J, et al. Study protocol for the use of time series forecasting and risk analyses to investigate the effect of the COVID-19 pandemic on hospital admissions associated with new-onset disability and frailty in a national, linked electronic health data setting[J]. *BMJ Open*, 2023, 13(5): e067786
- [21] THOMAS S, LITTLEBOY K, FOUBERT J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital episodes for falls and fractures associated with new-onset disability and frailty in England: a national cohort study[J]. *Age Ageing*, 2024, 53(4): 1-10
- [22] 俞彤. 工具性日常活动能力对老年人抑郁影响机制与调节效应研究[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2023, 23(3): 232-242
- [23] 肖峰, 赵庆华, 曹松梅, 等. 失能老人家庭照护类型及差异化社会支持研究——基于扎根理论与选择实验的混合研究[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2025, 25(2): 131-138
- [24] 陈娜, 王长青. 社区居家养老的社会支持系统研究——以南京市雨花区为例[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2015, 15(6): 448-451
- [25] 刘雨桐, 张谨言, 董振飞, 等. 老年患者住院相关性失能的识别工具[J]. *中华老年医学杂志*, 2024, 43(7): 918-923
- [26] MAHONEY F I, BARTHEL D W. Functional evaluation: the barthel index[J]. *Md State Med J*, 1965, 14: 61-65
- [27] FOLSTEIN M F, FOLSTEIN S E, MCHUGH P R. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician[J]. *J Psychiatr Res*, 1975, 12(3): 189-198
- [28] 李岚. 常用认知障碍评估工具的特点与适用性[J]. *上海护理*, 2022, 22(3): 73-75
- [29] 刘松柏, 李秀英, 孙光辉. 某县城社区老年人焦虑抑郁现状及影响因素分析[J]. *国际精神病学杂志*, 2024, 51(3): 788-791
- [30] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating[J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1): 50-55
- [31] HAMILTON M. A rating scale for depression[J]. *J Neurol Neurosurg & Psychiatry*, 1960, 23: 56-62
- [32] BIESECKER B B, ERBY L H, WOOLFORD S, et al. Development and validation of the psychological adaptation scale (PAS): use in six studies of adaptation to a health condition or risk[J]. *Patient Educ Couns*, 2013, 93(2): 248-254
- [33] 王梦佳, 张瑞星, 常明钰, 等. 心理适应量表的汉化及信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(1): 155-159
- [34] ZIMET G D, DAHLEM N W, ZIMET S G, et al. The multidimensional scale of perceived social support[J]. *J Pers Assess*, 1988, 52(1): 30-41
- [35] 黄丽, 姜乾金, 任蔚红. 应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 1996, 10(4): 160-161
- [36] DIENER E, EMMONS R A, LARSEN R J, et al. The satisfaction with life scale[J]. *J Pers Assess*, 1985, 49(1): 71-75
- [37] 熊承清, 许远理. 生活满意度量表中文版在民众中使用的信度和效度[J]. *中国健康心理学杂志*, 2009, 17(8): 948-949
- [38] 刘谦, 秦明照. 老年住院患者相关性失能的研究进展[J]. *中华老年医学杂志*, 2023(10): 1265-1268
- [39] MANTON K G, CORDER L, STALLARD E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994[J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1997, 94(6): 2593-2598
- [40] 何雨欣, 吴艺新, 杨珊, 等. 中国老年慢性病患者失能状况的Meta分析[J]. *中国全科医学*, 2025, 28(2): 159-168

(本文编辑: 姜 鑫)

Defining new-onset disability in older adults: a concept analysis based on Rodgers' evolutionary concept analysis

LIU Chang, HUANG Jie, YAO Jun

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: This study aimed to systematically define the concept of “new-onset disability in older adults” using Rodgers' evolutionary concept analysis approach. Through a systematic literature search in both Chinese and international databases, 34 articles were included for analysis. Five core attributes of new-onset disability in older adults were identified: sudden functional disruption, vulnerability in psychological adaptation, uncertainty of rehabilitation trajectories, discontinuity of caregiving resources, and time-sensitive nature of rehabilitation interventions. A conceptual framework was developed integrating multilevel antecedents (individual, family, community, societal) and multidimensional outcomes (physical, psychological, social). A representative case was used to validate the recognizability and clinical applicability of this concept, revealing that the target population is situated in a critical transition period from functional independence to dependence, with substantial potential for recovery and intervention. This study fills a theoretical gap in the current literature and provides a scientific foundation for early identification, evidence-based intervention, and the optimization of health management strategies tailored to this high-risk aging population.

Key words: new-onset disability in older adults; Rodgers' evolutionary concept analysis; rehabilitation; health management