文獻綜述 Literature Review

收稿日期：2026-03-26
接受日期：2026-08-25

老年髖部骨折患者醫院—家庭過渡期康復體驗的 Meta 整合

王曦[1,2] 劉文亞[1] 周祁君[1] 邱海玲[3*]

【摘要】目的：系統整合老年髖部骨折患者在醫院—家庭過渡期的康復體驗和需求。方法：檢索 PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane Library 及中國知網、萬方、維普、中國生物醫學文獻資料庫，時限為建庫至 2025 年 12 月 31 日發表的相關質性研究及涉及質性研究的混合性研究。採用 Joanna Briggs Institute（2020 版）質性研究品質評價標準進行評價，運用彙集性整合方法分析結果。結果：初篩相關文獻有 2,394 篇，複篩後納入 10 篇文獻，提煉出 36 個原主題，歸納出 12 個類別，整合為 4 個結果：創傷性身體功能斷裂後的脆弱化生存體驗；過渡照護斷層中的康復不確定感與無助感；依賴與自主拉扯中的生活掌控感重建；家庭—專業—社區支持網絡中的康復安全感建構。結論：老年髖部骨折患者醫院—家庭過渡期康復體驗體現為突發身體功能斷裂後，在康復不確定、依賴與自主拉扯及支持網絡重構的過程。護理人員應將出院指導由一般性資訊告知轉向分階段、可執行、可回饋的連續康復支持。

【關鍵詞】 老年人 髖部骨折 醫院—家庭過渡期 康復體驗 Meta 整合

A Meta-Synthesis of Rehabilitation Experiences during the Hospital-to-Home Transition for Elderly Patients with Hip Fractures

Xi Wang[1,2] Wenya Liu[1] Qijun Zhou[1] Hailing Qiu[3*]

[Abstract] Objective: To synthesize the rehabilitation experiences and needs of older patients with hip fracture during the hospital-to-home transition. Methods: Qualitative studies and mixed-methods studies containing extractable qualitative data were searched in PubMed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, CNKI, Wanfang, VIP, and SinoMed from inception to December 31, 2025. The methodological quality of the included studies was appraised using the Joanna Briggs Institute critical appraisal tool for qualitative research, and the findings were synthesized using the meta-aggregation approach. Results: A total of 2,394 records were initially identified, and 10 studies were finally included. Thirty-six findings were extracted and grouped into 12 categories, which were further synthesized into four findings: vulnerable living experiences after traumatic disruption of bodily function; rehabilitation uncertainty and helplessness within fragmented transitional care; reconstruction of life control amid the tension between dependence and autonomy; and construction of rehabilitation security within family-professional-community support networks. Conclusion: The rehabilitation experiences of older patients with hip fracture during the hospital-to-home transition reflect a process of reconstructing secure autonomy after sudden disruption of bodily function, amid rehabilitation uncertainty, tension between dependence and autonomy, and reorganization of support networks. Nursing professionals should shift discharge guidance from general information provision to staged, actionable, and feedback-oriented continuous rehabilitation support.

[Key Words] older adults hip fracture hospital-to-home transition rehabilitation experience meta-synthesis

[*] 通訊作者 Corresponding author: 364052532@qq.com
[1] 湖南師範大學醫學部 Medical College, Hunan Normal University, Hunan, China
[2] 澳門鏡湖護理學院 Kiang Wu Nursing College of Macau
[3] 湖南省人民醫院骨科二病區 Orthopedic Ward II, Hunan Provincial People's Hospital, Hunan, China

Article In Press

1 前言

老年髖部骨折是老年人最常見、最嚴重的脆性骨折之一，具有發病率高、致殘率高及死亡率高等特點，術後常伴隨疼痛、活動受限、功能下降、照護依賴增加及生活品質降低（Andaloro et al., 2025）。手術雖可穩定骨折，但患者能否恢復行走能力、日常生活自理能力和社會參與水準，仍依賴出院後的連續康復支持（National Institute for Health and Care Excellence, 2023）。因此，醫院—家庭過渡期是患者由醫院專業照護轉向家庭自我管理的重要階段，也是影響其康復結局和生活品質的關鍵時期。

與老年慢性病患者相比，老年髖部骨折患者的醫院—家庭過渡體驗更具突發性和創傷性。患者常因一次跌倒突然進入手術、疼痛、活動受限和依賴他人的狀態，原有生活節奏和獨立性被打斷（Welsh et al., 2024）。康復早期，患者不僅需要重新適應身體功能變化，還可能面臨跌倒恐懼、活動迴避、恢復不確定感和心理脆弱體驗（Gadhvi et al., 2023；Mashhadi-Naser et al., 2024）。若出院準備不足、康復指導缺乏、家庭照護壓力較大或社區延續服務不足，易形成過渡照護斷層，影響患者康復信心和功能恢復（National Institute for Health and Care Excellence, 2023；Welsh et al., 2024）。

目前，國內外已有研究關注老年髖部骨折患者術後康復體驗、跌倒恐懼、出院過渡和居家康復需求，相關綜述也對出院過渡體驗及護理需求進行了總結（丁晨夢等，2023；張華果等，2021；Huang et al., 2025）。然而，既往研究多從單一體驗或護理需求角度出發，對醫院—家庭過渡期中患者身體功能斷裂、跌倒恐懼下的康復參與、依賴與自主之間的生活掌控感重建，以及家庭、專業和社區支持對康復安全感的影響，仍缺乏系統整合。基於此，本研究採用 Meta 整合方法，聚焦老年髖部骨折患者醫院—家庭過渡期康復體驗與需求，提煉其核心內涵，為構建連續性、個體化的過渡期康復護理方案提供依據。

2 方法

本研究方案已在 PROSPERO 平臺註冊，註冊號為 CRD420261435349。

2.1 文獻檢索策略

本研究通過電腦檢索中國知網、維普資料庫、萬方資料庫、中國生物醫學文獻服務系統、PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane Library 8 個數據庫，檢索時限為建庫至 2025 年 12 月 31 日，採用主題詞與自由詞結合的方式進行檢索。以 PubMed 為例，檢索策略詳見表 1。

2.2 文獻納入和排除標準

本研究採用 PICoS 框架制定納入與排除標準。納入標準：① 研究對象為年齡 ≥60 歲的髖部骨折患者；② 研究的現象為老年髖部骨折患者在醫院—家庭過渡期的康復體驗和經歷；③ 情景為醫院過渡到居家康復的階段；④ 研究類型為質性研究，包括現象學研究、紮根理論研究、質性描述性研究、民族誌研究及訪談研究等；混合方法研究中如能單獨提取質性資料，也予以納入。

排除標準：① 研究對象非年齡 ≥60 歲的髖部骨折患者，或無法區分髖部骨折患者與其它骨折、骨科疾病患者資料；② 僅關注手術方式、藥物治療、住院結局、康復干預效果或量性結局，未涉及患者康復體驗或照護需求；③ 量性研究、橫斷面問卷調查、綜述、會議摘要、研究方案、評論、專家意見等；④ 無法獲取全文，或文中缺乏可提取的質性研究發現、主題或原始資料。

表 1 文獻檢索式

步驟	檢索式
#1	"Hip Fractures"[Mesh] OR "hip fracture*"[Title/Abstract] OR "femoral neck fracture*"[Title/Abstract] OR "intertrochanteric fracture*"[Title/Abstract]
#2	"Aged"[Mesh] OR "elder people"[Title/Abstract] OR "aged"[Title/Abstract] OR "old people"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract]
#3	"Transitional Care"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Mesh] OR "hospital-to-home"[Title/Abstract] OR "discharge transition*"[Title/Abstract] OR "home rehabilitation"[Title/Abstract] OR "rehabilitation experience*"[Title/Abstract]
#4	"Qualitative Research"[Mesh] OR "qualitative"[Title/Abstract] OR interview*[Title/Abstract] OR phenomenolog*[Title/Abstract] OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR "focus group*"[Title/Abstract]
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

2.3 文獻篩選與資料提取

將檢索文獻導入文獻管理軟體去重後，由 2 名研究者獨立進行題名、摘要和全文篩選，並依據納排標準確定候選文獻。分歧經討論解決，必要時由第 3 名研究者裁決。採用統一資料提取表提取作者、年份、國家或地區、研究類型、研究情景、研究現象、研究主要結果等資訊。

2.4 文獻品質評價

採用 JBI 質性研究品質評價工具對納入研究進行方法學品質評價。該工具包括 10 個條目，每個條目評價為「是」、「否」、「不清楚」或「不適用」。由 2 名研究者獨立評價並交叉核對，分歧通過討論或諮詢第 3 名研究者解決。為便於呈現納入研究的整體方法學品質，本研究根據評價為「是」的條目數量進行描述性判斷：評價為「是」的條目 ≥9 項者判定為方法學品質較高；評價為「是」的條目為 7~8 項者判定為方法學品質可接受；評價為「是」的條目 ≤6 項者判定為方法學品質較低。該判斷僅用於描述納入研究的方法學品質，不代表 JBI 官方品質等級，也不作為文獻納入或排除的唯一依據。

2.5 資料整合方法及整合結果可信度評估

採用 JBI Meta 整合方法進行資料綜合。首先提取納入研究中與醫院—家庭過渡期康復體驗相關的研究發現，並結合原始引文理解其含義；其次將意義相近的研究發現歸類形成類別；最後進一步歸納和抽象，形成整合結果。

ConQual 評價包括可靠性和可信性兩個維度。可靠性依據 JBI-QARI 品質評價工具 Q2、Q3、Q4、Q6、Q7 五個條目的評價結果判斷；可信性依據整合結果與原始研究發現及原始引文的支持程度判斷（Munn et al., 2014）。

3 結果

3.1 檢索結果

初步檢索出文獻 2,394 篇，後通過 EndNote X9 軟體與人工審核及去重後剩餘文獻 1,930 篇，經題名和摘要篩選後，排除 1,894 篇；進一步閱讀全文 36 篇，排除不符合納入標準文獻 26 篇。最終進入品質評價的文獻 10 篇，具體篩選過程可見圖 1。

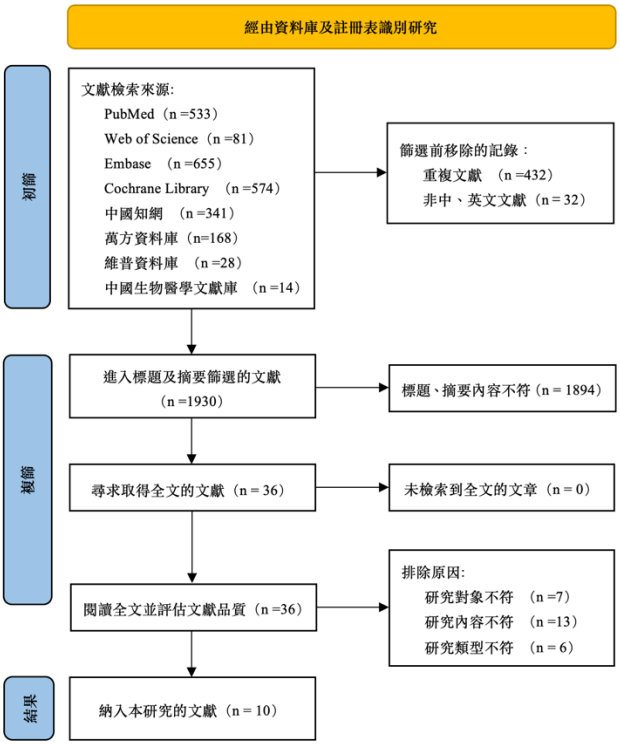


圖 1 篩選流程

3.2 品質評價

對全文複篩後符合納入標準的 10 篇文獻進行 JBI 品質評價。結果顯示，納入研究整體方法學品質較高，主要問題集中在研究者自身定位及其對研究影響的說明不充分。未因品質問題排除文獻，最終納入 10 篇研究進行 Meta 整合。具體評價結果可見表 2。

3.3 資料提取

納入 10 篇研究中，發表時間為 1994–2023 年，研究地區包括中國、英國、澳大利亞等，研究現象主要為老年髖部骨折術後患者居家，樣本量為 5~37 例。研究類型中，4 篇為現象學研究（Archibald, 2003；Bruun-Olsen et al., 2018；Rasmussen et al., 2018；Zidén et al., 2008）、4 篇為描述性質性研究（張華果等，2021；彭瑞嵐、肖繼榮，2023；Congdon, 1994；Southwell et al., 2022）、1 篇為縱向質性研究（Abrahamsen et al., 2022）、1 篇為混合性研究（Jellesmark et al., 2012），詳見表 3。

3.4 Meta 整合結果

經過反覆閱讀、歸納分析後，提煉出 36 個主題，歸納為 12 個新類別，整合出 4 個結果，12 個類別與 4 個整合結果之間的關係見圖 2。

表 2　納入文獻品質評價結果

作者及發表年份	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	品質判斷
Zidén et al.（2008）	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	較高
Jellesmark et al.（2012）	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	較高
張華果等（2021）	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	較高
Bruun-Olsen et al.（2018）	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	較高
Congdon（1994）	是	是	是	是	是	是	是	是	不清楚	是	較高
Abrahamsen et al.（2022）	是	是	是	是	是	不清楚	否	是	是	是	可接受
Archibald（2003）	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	可接受
Rasmussen et al.（2018）	是	是	是	是	是	否	是	是	是	是	較高
Southwell et al.（2022）	是	是	是	是	是	否	是	是	是	是	較高
彭瑞嵐、肖繼榮（2023）	是	是	是	是	是	否	是	是	是	是	較高

註：Q1 哲學基礎與方法學是否一致？Q2 方法學與研究問題或研究目標是否一致？Q3 方法學與資料收集方法是否一致？Q4 研究方法與資料分析及表達方式是否一致？Q5 方法學與結果闡釋是否一致？Q6 是否從文化背景、價值觀的角度說明研究者自身的狀況？Q7 是否闡述了研究者對研究的影響？Q8 研究對象及其觀點是否具有典型性？Q9 研究是否通過倫理委員會的批准？Q10 結論的得出是否源於對資料的分析和闡釋？

表 3　納入文獻基本特徵

作者及發表年份	國家	研究方法	樣本量	情境因素	研究的現象	主要結果
Zidén et al.（2008）	瑞典	現象學研究	18	居家	老年髖部骨折患者骨折居家的疾病經歷	3 個主題：身體與自我認知的斷裂；人際關係的重構；生活意義與未來感的動搖。
Jellesmark et al.（2012）	丹麥	混合性研究	37	醫院、居家	老年髖部骨折術後患者的經歷	4 個主題：跌倒恐懼的高發性與活動回避顯著相關；跌倒恐懼顯著影響功能能力與行動獨立性；跌倒恐懼對心理與社會生活造成深遠影響；康復過程中「保持活躍」與「規避風險」的矛盾。
張華果等（2021）	中國	描述性質性研究	12	醫院	老年髖部骨折術後患者對跌倒恐懼的感知、個體化體驗	3 個主題：對跌倒恐懼的感知；對跌倒恐懼的態度和行為；居家康復護理需求。
Bruun-Olsen et al.（2018）	挪威	現象學研究	8	居家	老年髖部骨折術後患者在骨折 3–4 個月不同階段的康復經歷	3 個主題：持續的脆弱感與存在性焦慮；自立與依賴的動態平衡；正常生活的斷裂與自我重構。
Congdon（1994）	美國	描述性質性研究	8	醫院	老年髖部骨折患者術後的出院準備經歷	4 個主題：出院準備認知的錯位；家庭支持的單向負荷；患者與家屬在出院決策之外；多學科團隊協作的混亂與缺失。
Abrahamsen et al.（2022）	丹麥	縱向訪談性研究	12	醫院、居家	老年髖部骨折術後對患者日常生活的影響	5 個主題：從身體受限到功能重建：恢復是漸進的；從恐懼走向適應：心理狀態的轉變；從依賴到自主：獨立性的重建；社會參與與生活品質：從隔離到重新連接；疼痛與不適：持續存在但影響減弱。
Archibald（2003）	英國	現象學研究	5	醫院、居家	老年髖部骨折術後患者的經歷	4 個主題：突發創傷中的生存震盪；疼痛與無力的身體囚籠；在依賴中重建自我；受限生活中的意義再造。
Rasmussen et al.（2018）	丹麥	現象學研究	13	居家	老年髖部骨折患者居家康復的影響因素及障礙	2 個主題：內在心理與行動決策；掙扎與外部努力。
Southwell et al.（2022）	英國	描述性質性研究	15	醫院	老年人在髖部骨折手術後早期康復和恢復過程中的感知	5 個主題：自我驅動的康復動能；專業依賴的雙重心理；回饋匹配與信心重塑；老年焦慮與康復預期落差；社會支持的隱性能量。
彭瑞嵐、肖繼榮（2023）	中國	描述性質性研究	12	居家	老年髖部骨折術後患者居家的康復體驗	3 個主題：對居家康復的需求；對居家康復護理的態度；居家康復中存在的問題及應對的方式。

Article In Press

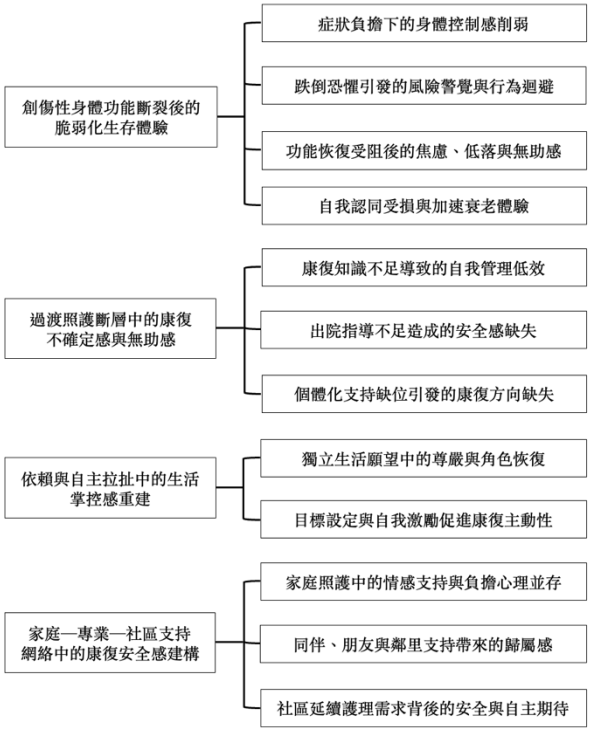


圖 2　Meta 整合結果圖

3.4.1　主題一：創傷性身體功能斷裂後的脆弱化生存體驗

3.4.1.1　類別 1：症狀負擔下的身體控制感削弱

術後疼痛、乏力及關節僵硬所致的身體功能下降，日常活動受限使患者原有身體控制感被打破。上下樓梯、持續行走等日常活動由「自然完成」轉變為「需要評估風險的任務」。當恢復速度低於預期時，患者容易產生挫敗感與無助感，進而降低康復信心。

「*我原來預計兩周就能不用拐杖行走。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*最好的治療都用了，還是沒有效果。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

「*我的腿變得很累，樓梯讓我無法出門。*」（Abrahamsen et al., 2022）。

「*原來我走路很快，現在不行了，不能上下樓梯。*」（張華果等，2021）

3.4.1.2　類別 2：跌倒恐懼引發的風險警覺與行為迴避

跌倒經歷使患者對移動、轉身、上下車等情境保持高度警覺。患者並非單純「害怕跌倒」，而是將跌倒視為再次失能的威脅，因此主動縮小活動範圍。過度風險警覺雖能帶來短期安全感，卻容易固化為行為迴避，壓縮生活空間，削弱康復參與。

「*我不敢一個人在這裏洗澡。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*我現在行動時非常小心，擔心被地毯絆倒。*」（Zidén et al., 2008）

「*害怕摔倒會讓我變得懶惰，我相信。*」（Jellesmark et al., 2012）

「*沒有家人在身邊我都不敢動，怕摔倒了沒有人幫忙。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.1.3　類別 3：功能恢復受阻後的焦慮、低落與無助感

恢復緩慢、疼痛持續和自理能力下降，使患者反覆感受到「努力了但進展有限」。患者既擔心身體無法恢復，又擔心長期依賴家屬，容易產生焦慮、低落、自責和愧疚。康復進展不確定時，部分患者會將功能受限理解為不可逆衰退，形成無助感。持續的負性情緒不僅反映了功能受限帶來的心理衝擊，也在一定程度上削弱了訓練主動性與堅持度。

「*事情已經停滯不前了，就好像沒有意義。*」（Zidén et al., 2008）

「*我開始害怕不能走回家了。*」（Jellesmark et al., 2012）

「*人老就是給子女添麻煩，摔不起，還添負擔。*」（張華果等, 2021）

3.4.1.4　類別 4：自我認同受損與「加速衰老」體驗

髖部骨折使患者從「獨立生活者」轉變為「需要照護者」，原有自我認同受到衝擊。部分患者將行走困難、活動受限和依賴他人解釋為衰老加速，主動降低生活期待。穿衣、洗漱、如廁等基本活動需要協助時，患者容易產生羞辱感、被動感和價值感下降。家屬或醫護人員的過度保護雖出於安全考慮，卻可能進一步削弱患者的自主感，使其感到被管理、被限制。

「*我這個年紀不會那麼容易（恢復）。*」（Southwell et al., 2022）

「*在這個年紀有任何風險，就要停下來。*」（Zidén et al., 2008）

Article In Press

「*骨折後的生活被打亂，我不得不說.....突然間，我成了監視對象。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*我不習慣依賴別人，這讓我很沮喪。*」（Jellesmark et al., 2012）

「*我的意見不算數，我準備接受一切。*」（Congdon, 1994）

3.4.2 主題二：過渡照護斷層中的康復不確定感與無助感

3.4.2.1 類別 5：康復知識不足導致的自我管理低效

出院後，患者從醫院內被照護狀態轉向家庭自我管理，但康復知識和訓練技能常不足。患者多依賴住院期間的記憶進行練習，難以判斷動作是否正確、強度是否合適、恢復是否正常。康復路徑不清晰會削弱患者的自我效能感，使其在「怕練錯」和「怕不練」之間搖擺。知識不足最終表現為自我管理低效和再跌倒擔憂。

「*我希望有人指導我怎麼鍛煉。*」（Southwell et al., 2022）

「*我就怕再摔倒，但是不知道怎麼預防。*」（張華果等，2021）

「*不知道正確的康復鍛煉是怎樣的，只能憑記憶自己琢磨著鍛煉。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.2.2 類別 6：出院指導不足造成的安全感缺失

患者回到家庭後，專業支持突然減少，原本由醫護人員承擔的判斷、提醒和保護轉移到患者及家屬身上。若出院指導停留在原則性說明，缺乏負重時機、疼痛處理、異常症狀識別、覆診安排和居家風險管理等具體內容，患者容易感到「出院後無人接續」。安全感缺失不僅源於資訊不足，也源於專業關係的中斷和回饋管道的缺位。

「*我認為這裏沒有一個員工對母親有全面的瞭解。*」（Congdon, 1994）

「*實際得到的幫助遠低於預期，以至於我無法應付。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*我希望有人給我指導，告訴我該做什麼運動；我不能自己一個人練。*」（Southwell et al., 2022）

「*我想早點恢復，但在家鍛煉還需要專業人員指導。*」（張華果等，2021）

3.4.2.3 類別 7：個性化支持缺位引發的康復方向迷失

患者的年齡、基礎功能、共病情況、家庭照護能力和居家環境存在差異，但出院後的康復計畫常缺乏個體化。統一化指導難以回應患者對訓練頻率、活動邊界、階段目標和恢復進度的具體疑問。缺少適合自身情況的康復路徑時，患者難以形成穩定預期，容易懷疑訓練效果，甚至將恢復緩慢歸因於「練也沒用」。

「*他只是預設我會照他說的做，全都是預設；作為指導者，他不應該這樣。*」（Southwell et al., 2022）

「*我被承諾每週三次物理治療，但三周內只接受了三次治療。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*不知道鍛煉的方式對不對，做了也可能好不了。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.3 主題三：依賴與自主拉扯中的生活掌控感重建

3.4.3.1 類別 8：獨立生活願望中的尊嚴與角色恢復

患者對恢復行走、自理和外出的期待，實質上是對獨立性、尊嚴和社會角色的恢復。獨立如廁、室內行走、外出購物、與鄰里交流等日常活動，不僅代表功能改善，也意味著患者重新接近骨折前的生活秩序。對多數患者而言，「恢復」不是單純骨折癒合，而是重新成為能夠安排自己生活、參與家庭和社會的人。

「*我希望能正常走路，像骨折前那樣住在家裏。*」（Abrahamsen et al., 2022）

「與外界接觸讓我感到善意…...」（Zidén et al., 2008）

「*我盼著能恢復到以前，出門和鄰居們聊聊天。*」（張華果等，2021）

3.4.3.2 類別 9：目標設定與自我激勵促進康復主動性

部分患者通過設定階段性目標維持康復主動性，如獨立下床、短距離行走、上下樓梯、恢復家務或外出活動。具體目標能把漫長康復過程轉化為可觀察的進步，增強自我效能感。患者在不斷嘗試、調整和獲得回饋中，由被動接受照護轉向主動管理恢復。自我激勵不是簡單的積極態度，而是患者重新獲得行動控制權的重要方式。

Article In Press

「*...一有可能，我就會帶著助行器出門了。*」（Archibald, 2003）

「*我要設定自己的康復目標，我必須學會走路，這樣才能爬樓梯。*」（Bruun-Olsen et al., 2018）

「*雖然恢復期比較長，但是只要我好好鍛煉就會一天比一天好。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.4 主題四：家庭—專業—社區支持網路中的康復安全感建構

3.4.4.1 類別 10：家庭照護中的情感支持與負擔心理並存

家庭照護為患者提供生活協助、情緒安慰和安全保護，是出院後康復安全感的重要來源。家庭照護長期依賴家屬也容易引發負擔感和愧疚感。患者一方面需要幫助，另一方面擔心影響子女工作、增加家庭壓力或改變家庭角色。家庭支持具有雙重作用：既能穩定患者情緒和康復信心，也可能加重其心理負擔。

「*不想因為摔斷腿，給大家帶來不便。*」（Rasmussen et al., 2018）

「*我怕再摔著，身邊離不開人，孩子們總要請假。*」（張華果等，2021）

「*子女們工作比較繁忙，時間長了也會疲憊。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

「*受傷後家人很細心照顧，為了不辜負家人，我要抱有良好的心態。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.4.2 類別 11：同伴、朋友與鄰里支持帶來的歸屬感

朋友與鄰里的支持能夠緩解患者出院後的孤獨感和社會隔離感。支持與他人交流、獲得鼓勵或看到相似經歷者的恢復過程，有助於患者確認自己並非孤立面對康復困境。此類支持不僅提供實際幫助，更幫助患者重新連接原有社會網絡，恢復被理解、被接納和仍屬於社會生活的感受。

「*需要幫助時，鄰居會及時出現。*」（Archibald, 2003）

「*病房裏的病友都在鼓勵我，這讓我感覺好多了。*」（Southwell et al., 2022）

「*即使看到別人活動我也感到安慰。*」（Rasmussen et al., 2018）

「*很想和病友交流，相互分享康復經驗。*」（彭瑞嵐、肖繼榮，2023）

3.4.4.3 類別 12：社區延續護理需求背後的安全與自主期待

獨居、家庭照護不足或康復能力較弱的患者更依賴社區延續護理。患者期望上門護理、康復指導和隨訪諮詢，並非單純尋求替代照護，而是希望在專業支持下安全恢復自理能力。社區支持不足會使患者康復更多依賴個人經驗和家庭判斷，增加不確定感與風險感。有效的社區延續護理可在安全保護與自主恢復之間提供支撐。

「*社區醫院的幫助讓我逐漸能自理。*」（Archibald, 2003）

「*沒人協助時，我不敢獨自走路。*」（Southwell et al., 2022）

「*我希望社區能安排人照顧，既方便又能減輕子女負擔。*」（張華果等，2021）

3.5 整合結果可信度評價

結果顯示，4 個整合結果中，2 個證據可信度為高，2 個為中等。整合結果 1 和整合結果 2 的支撐文獻整體方法學一致性較好，且各類別均有明確的原始研究發現和原始引文支持，可靠性和可信性均未降級。整合結果 3 的支撐文獻中，Abrahamsen et al.（2022）Q6 評價為「不清楚」、Q7 評價為「否」，Archibald（2003）Q6、Q7 均評價為「否」，彭瑞嵐、肖繼榮（2023）Q6 評價為「否」，故可靠性降 1 級。整合結果 4 的支撐文獻中，Archibald（2003）Q6、Q7 均評價為「否」，Rasmussen et al.（2018）、Southwell et al.（2022）及彭瑞嵐、肖繼榮（2023）Q6 評價為「否」，故可靠性降 1 級。最終 證據可信度均評定為中等。具體評價結果見表 4。

Article In Press

表 4　整合結果證據可信度評價

整合結果	支持類別及研究類型	可靠性	可信性	ConQual 等級
創傷性身體功能斷裂後的脆弱化生存體驗	類別 1～4：質性研究及混合方法研究中的質性資料	不降級	不降級	高
過渡照護斷層中的康復不確定感與無助感	類別 5～7：質性研究及混合方法研究中的質性資料	不降級	不降級	高
依賴與自主拉扯中的生活掌控感重建	類別 8～9：質性研究及混合方法研究中的質性資料	降 1 級	不降級	中
家庭—專業—社區支持網路中的康復安全感建構	類別 10～12：質性研究及混合方法研究中的質性資料	降 1 級	不降級	中

4. 討論

本研究發現，老年髖部骨折患者醫院—家庭過渡期康復體驗並非單純由疼痛、活動受限、跌倒恐懼和照護需求構成，而是圍繞「安全性自主」展開。患者真正追求是在安全前提下重新掌控身體、安排生活並恢復社會角色。Beer 等（2022）也指出，患者理解的恢復更多指向回歸骨折前活動、獨立性和有價值的生活參與，而非單一身體功能指標。

因此，本研究的 4 個整合結果可理解為一個連續過程：創傷性骨折首先打斷患者的身體信任；出院後照護斷層進一步放大康復不確定感；患者在依賴與自主之間嘗試重建生活掌控感；家庭、專業和社區支持則共同決定這種安全性自主能否實現。由此可見，醫院—家庭過渡期康復的關鍵是幫助其從被動照護狀態過渡到有支持的自主生活狀態。

4.1　身體功能斷裂不僅造成活動受限，也引發自我感脆弱化

老年髖部骨折具有突發性和創傷性，患者常在短時間內由獨立行動轉為依賴照護。疼痛、疲乏、平衡能力下降和活動受限，使患者原本熟悉的身體變得不可靠（Abrahamsen et al., 2022）。Bruun-Olsen 等（2018）研究將髖部骨折描述為打斷生活的重大事件，患者在恢復中持續體驗脆弱、依賴和正常生活中斷。這說明髖部骨折造成的並不只是身體損傷，更是患者對自身身體能力和安全邊界的重新懷疑。

這種身體信任破壞解釋了患者為何即使具備一定活動能力，仍可能減少活動、害怕外出或過度依賴家屬（Archibald, 2003；Southwell et al., 2022）。跌倒恐懼並非簡單心理膽怯，而是患者對再次失能、長期依賴和生活失控的風險反應（Kovačević et al., 2024）。Gadhvi 等（2023）系統綜述指出，跌倒恐懼與髖部骨折後身體功能和康復參與密切相關。因此，過渡期護理除了加強康復訓練之外，還應幫助其重新判斷何種活動安全、何種風險可控、機體功能是否進步。

4.2　照護斷層的本質是患者缺少康復判斷標準和回饋機制

本研究結果顯示，患者出院後常面臨康復知識不足、指導不連續和個體化支持缺位。其核心問題在於患者缺少家庭情境下可執行的康復判斷標準。患者需要明確活動強度、負重邊界、疼痛處理、異常症狀識別和求助時機，但常規出院宣教多停留在原則性指導，難以支持患者在真實居家場景中進行自我判斷（Beer et al., 2022）。Welsh 等（2024）關於髖部骨折醫院—家庭過渡的質性研究亦指出，溝通不足、計畫不清和服務銜接不暢會加重患者及照護者的不確定感。

因此，過渡期康復支持的關鍵在於幫助患者形成清晰的康復預期和行動判斷框架（Marini et al., 2025）。出院指導應從資訊告知轉向行為決策支持，圍繞床椅轉移、室內行走、上下樓梯、輔助器具使用、疼痛管理和覆診前風險識別等具體情境建立操作標準。明確的判斷標準能夠降低患者對康復行為後果的不確定感，提高自我管理能力，並減少因風險感過高導致的活動迴避（Gadhvi et al., 2023）。

4.3　生活掌控感重建是患者主動康復的內在動力

髖部骨折後，患者在穿衣、如廁、洗澡、外出等日常活動中對家屬依賴增加，原有家庭角色和自我價值感受到影響（Mattiazzo et al., 2026）。依賴雖然具有保護作用，但長期依賴可能引發負擔感、羞辱感和自主性下降。本研究顯示，患者對恢復行走、自理和外出的期待，本質上指向生活掌控感和社會角色的恢復（Li et al., 2026）。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）國際功能、殘疾和健康分類框架強調，

Article In Press

康復應同時關注身體功能、活動和參與（Mattiazzo et al., 2026）。該框架有助於理解本研究結果：患者重視的並非單項功能指標，而是功能改善能否轉化為日常活動能力和社會參與能力（Mattiazzo et al., 2026）。Bandura（1977）自我效能理論進一步指出，個體對自身行動能力的信念會影響行為選擇、努力程度和堅持性。基於此，康復目標應與患者重視的生活任務相連接，如獨立轉移、室內安全步行、獨立如廁、短距離外出和恢復鄰里交往。具體、可達成、可回饋的生活化目標，有助於提升患者自我效能感，推動其由被動接受照護轉向主動參與康復（Engdal et al., 2025）。

4.4 支持網路決定康復安全邊界的穩定性

本研究顯示，家庭、專業和社區支持共同影響患者出院後的康復安全感。家庭成員提供生活照護、情緒支持和康復督促，是患者居家康復的重要基礎；但家庭支持同時受照護能力、時間資源和照護負擔限制（Howard et al., 2025）。長期依賴家屬還可能增加患者的愧疚感和心理壓力（Siminiuc et al., 2024）。朋友、鄰里和病友支持能夠緩解社會隔離，幫助患者維持社會連結（Xu et al., 2026）。社區延續護理則可為獨居、家庭支持不足或康復能力較弱的患者提供專業承接（Törnbom et al., 2026）。

Cohen 和 Wills（1985）提出的社會支持緩衝理論認為，社會支持能夠減輕壓力事件對個體心理健康的影響。對於老年髖部骨折患者而言，支持網絡的臨床價值在於構建穩定的康復安全邊界。家庭支持提供日常照護基礎，專業支持提供康復判斷和回饋，社區支持延續醫院服務並連接居家場景（Mashhadi-Naser et al., 2024；Welsh et al., 2024）。三者銜接不足時，患者康復更依賴個人經驗和家庭判斷，康復不確定感和風險感隨之增加（Williams et al., 2025）。過渡期康復管理應從單一家庭照護轉向家庭、專業和社區協同支持。

4.5 對護理實踐的啟示

本研究提示，老年髖部骨折醫院—家庭過渡期護理應圍繞安全性自主重建進行設計。護理重點應從單次出院宣教延伸至分階段、可執行、可回饋的連續康復管理。

在出院準備階段應評估患者身體信任受損程度，包括疼痛、疲勞、平衡能力、跌倒恐懼、活動迴避和康復信心（Guerra et al., 2024；Lau et al., 2024）。出院指導應提供具體判斷標準，幫助患者和家屬明確活動邊界、訓練強度、疼痛處理、跌倒預防、輔助器具使用和求助時機（Rocha et al., 2023）。再次，康復目標應與患者重視的日常生活任務相結合，通過階段性目標和正向回饋增強自我效能感（Kang & Foster, 2024；Mattiazzo et al., 2026）。最後，應建立醫院、社區和家庭之間的連續回饋路徑，使患者出院後仍能獲得專業確認、方案調整和資源轉介（Allsop et al., 2025；Pliannuom et al., 2025）。

基於本研究結果，過渡期護理的關鍵並非增加一般性宣教內容，而是幫助患者形成風險可判斷、行動可執行、進展可回饋、支持可獲得的康復條件。該思路有助於促進患者從照護依賴狀態逐步恢復至有支持的自主生活狀態。

4.6 研究侷限性

本研究仍存在一定侷限。首先，納入文獻主要集中於部分國家和地區，不同文化背景及醫療制度差異可能影響結果的普遍性。此外，各研究所採用的質性方法及過渡期界定存在差異，且研究對象在年齡、家庭結構和康復階段方面具有異質性，可能對主題整合產生一定影響。質性資料多依賴訪談，可能受到回憶偏倚及表達差異的影響，且本研究主要基於患者視角，其他利益相關方的觀點相對不足。總體而言，上述局限為質性整合研究中常見問題，對本研究主要結論的穩定性影響有限，未來研究可圍繞安全性自主重建開展多主體、多階段質性研究，進一步解釋老年髖部骨折患者過渡期康復體驗的形成機制。

參考文獻

丁晨夢、胡雪慧、閆沛、程喬（2023）。髖部骨折術後患者居家康復體驗質性研究的 Meta 整合。*中華老年骨科與康復電子雜誌，09*（06），365−372。https://doi.org/10.3877/cma.j.issn.2096-0263.2023.06.006

彭瑞嵐、肖繼榮（2023）。老年髖部骨折患者居家康復體驗的質性研究。*當代護士，30*（07），131−134。

Article In Press

https://doi.org/10.19793/j.cnki.1006-6411.2023.21.032

張華果、司文騰、何宇迪、宋咪、皮紅英（2021）。老年髖部骨折術後患者跌倒恐懼心理體驗的質性研究。*中華護理雜誌，56（4）*，527−533。

Abrahamsen, C., Viberg, B., & Nørgaard, B. (2022). Patients' perspectives on everyday life after hip fracture: a longitudinal interview study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 44*, 100918. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2021.100918

Allsop, S., Rawson, H., & Morphet, J. (2025). Towards an integrated person-centred care pathway to support the recovery journey post hip fracture: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 82*, 1527-1540. https://doi.org/10.1111/jan.17064

Andaloro, S., Cacciatore, S., Risoli, A., Comodo, R. M., Brancaccio, V., Calvani, R., Giusti, S., Schlögl, M., D'Angelo, E., Tosato, M., Landi, F., & Marzetti, E. (2025). Hip fracture as a systemic disease in older adults: a narrative review on multisystem implications and management. *Medical Sciences, 13*(3), 89. https:/doi.org/10.3390/medsci13030089

Archibald, G. (2003). Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing, 44*(4), 385-392. https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02817.x

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191

Beer, N., Riffat, A., Volkmer, B., Wyatt, D., Lambe, K., & Sheehan, K. J. (2022). Patient perspectives of recovery after hip fracture: a systematic review and qualitative synthesis. *Disability and Rehabilitation, 44*(21), 6194-6209. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1965228

Bruun-Olsen, V., Bergland, A., & Heiberg, K. E. (2018). "I struggle to count my blessings": recovery after hip fracture from the patients' perspective. *BMC Geriatrics, 18*(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0716-4

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families, and nurses. *Applied Nursing Research, 7*(3), 125-131. https://doi.org/10.1016/0897-1897(94)90004-3

Engdal, M., Granbo, R., Vereijken, B., Helbostad, J., & Taraldsen, K. (2025). Exploring older adults' experiences of daily mobility over the first 6 months after hip fracture: a qualitative interview study. *BMJ Open, 15*, e098235. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098235

Gadhvi, C., Bean, D., & Rice, D. (2023). A systematic review of fear of falling and related constructs after hip fracture: prevalence, measurement, associations with physical function, and interventions. *BMC Geriatrics, 23*(1), 385. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03855-9

Guerra, S., Ellmers, T., Turabi, R. Y., Law, M., Chauhan, A., Milton-Cole, R., Godfrey, E., & Sheehan, K. (2024). Factors associated with concerns about falling and activity restriction in older adults after hip fracture: a mixed-methods systematic review. *European Geriatric Medicine, 15*, 305-332. https://doi.org/10.1007/s41999-024-00936-9

Howard, A., Lynch, K., Thorne, S., Hoiss, S., Arora, R., Ahmad, O., Kelly, M., Crowe, S., LeBlanc, A., Currie, L., McDermid, R., Doll, R., David, A., Hou, B., Erchov, A., & Haljan, G. (2025). The role of family caregivers in critical illness survivor recovery at home: a qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy, 31*, 34-45. https://doi.org/10.1177/13558196251382500

Huang, C., Song, J., Peng, L., & Tao, Z. (2025). Discharge transition experience and nursing needs of elderly patients with hip fracture: a qualitative systematic review. International *Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 57*, 101162. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2025.101162

Jellesmark, A., Herling, S. F., Egerod, I., & Beyer, N. (2012). Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study. *Disability and Rehabilitation, 34*(25), 2124-2131. https://doi.org/10.3109/09638288.2012.673685

Kang, E., & Foster, E. R. (2024). Development of a goal setting and goal management system: intervention mapping. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 4*. https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1274191

Kovačević, I., Pavić, J., Filipović, B., Ozimec Vulinec, Š., Ilić, B., & Petek, D. (2024). Integrated approach to chronic pain – the role of psychosocial factors and multidisciplinary treatment: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(9), 1135. https://www.mdpi.com/1660-4601/21/9/1135

Lau, B., March, M. K., Harmer, A. R., Caruana, S., Mahony, C., & Dennis, S. (2024). Experiences of boosting inpatient exercise after hip fracture surgery using an alternative workforce - a qualitative study. *BMC Geriatrics, 24*(1), 183. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04756-1

Li, Y., Qian, H., & Sun, X. (2026). Self-perceived frailty in older adults with hip fracture: a qualitative study. *BMC Geriatrics, 26*. https://doi.org/10.1186/s12877-026-07362-5

Marini, G., Longhini, J., Ambrosi, E., Canzan, F., Konradsen, H., & Kabir, Z. N. (2025). Transitional care interventions in improving patient and caregiver outcomes after discharge: a scoping review. *Healthcare, 13*(3), 312. https://www.mdpi.com/2227-9032/13/3/312

Mashhadi-Naser, S., Sabet, F. P., Nasiri, M., & Vasli, P. (2024). Benefits of a family-based care transition program for older adults after hip fracture surgery. *Aging Clinical and Experimental Research, 36*(1), 142. https://doi.org/10.1007/s40520-024-02794-8

Article In Press

Mattiazzo, G., Drewes, Y., Van De Velde, P., Niggebrugge, A., Van Eijk, M., & Achterberg, W. (2026). Goals and expectations of older persons recovering from a hip fracture during geriatric rehabilitation: a qualitative study. *European Geriatric Medicine, 17*, 179-190. https://doi.org/10.1007/s41999-026-01405-1

Munn, Z., Porritt, K., Lockwood, C., Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Medical Research Methodology, 14*(1), 108. https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108

National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Hip fracture: management (NICE guideline CG124).* https://www.nice.org.uk/guidance/cg124

Pliannuom, S., Phinyo, P., Buawangpong, N., Nantsupawat, N., Atthakomol, P., Vaseenon, T., Kitcharanant, N., Yotruangsri, T., Lerttrakarnnon, P., & Pinyopornpanish, K. (2025). Comprehensive tele-home follow-ups versus comprehensive usual home follow-ups to reduce fear of falling after hospital discharge in older adults with fragile hip fractures: a non-inferiority study. *European Geriatric Medicine, 17*, 215-223. https://doi.org/10.1007/s41999-025-01284-y

Rasmussen, B., Nielsen, C. V., & Uhrenfeldt, L. (2018). Being active after hip fracture; older people's lived experiences of facilitators and barriers. *International Journal of Qualitative Study on Health and Well-being, 13*(1), 1554024. https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1554024

Rocha, P., Baixinho, C., Marques, A., & Henriques, M. (2023). Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: a systematic review. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 52*, 101063. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101063

Siminiuc, D., Gumuskaya, O., Mitchell, R., Bell, J., Cameron, I. D., Hallen, J., Birkenhead, K., Hurring, S., Baxter, B., Close, J., Sheehan, K. J., Johansen, A., Chehade, M. J., Sherrington, C., Balogh, Z. J., Taylor, M. E., & Sarkies, M. (2024). Rehabilitation after surgery for hip fracture – the impact of prompt, frequent and mobilisation-focused physiotherapy on discharge outcomes: an observational cohort study. *BMC Geriatrics, 24*(1), 629. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05206-8

Southwell, J., Potter, C., Wyatt, D., Sadler, E., & Sheehan, K. J. (2022). Older adults' perceptions of early rehabilitation and recovery after hip fracture surgery: a UK qualitative study. *Disability and Rehabilitation, 44*(6), 940-947. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1783002

Törnbom, K., Carlsson, G., & Sunnerhagen, K. (2026). Holding it all together: family caregivers' support needs after very early supported discharge post stroke. *PLoS One, 21*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0345795

Welsh, A., Hanson, S., Pfeiffer, K., Khoury, R., Clark, A., Grant, K., Ashford, P. A., Hopewell, S., Logan, P. A., Crotty, M., Costa, M. L., Lamb, S. E., & Smith, T. O. (2024). Facilitating the transition from hospital to home after hip fracture surgery: a qualitative study from the HIP HELPER trial. *BMC Geriatrics, 24*(1), 948. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05390-7

Williams, N., Busse, M., Cooper, R., Dodd, S., Dorkenoo, S., Doungsong, K., Edwards, R.-T., Green, J., Hardwick, B., Lemmey, A., Logan, P., Morrison, V., Ralph, P., Sackley, C., Smith, B., Smith, T., & Spencer, L. (2025). Effectiveness of a community-based rehabilitation programme following hip fracture: results from the Fracture in the Elderly Multidisciplinary Rehabilitation phase III (FEMuR III) randomised controlled trial. *BMJ Open, 15*. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091603

Xu, X., Xiao, H., Zhang, M., Li, P., & Fang, L. (2026). Meta-synthesis of qualitative studies on home-based exercise rehabilitation experiences among stroke patients: a continuity of care perspective. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 7*. https://doi.org/10.3389/fresc.2026.1742902

Zidén, L., Wenestam, C. G., & Hansson-Scherman, M. (2008). A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation, 22*(9), 801-811. https://doi.org/10.1177/0269215508090204

Article In Press