

老年心力衰竭患者社会衰弱现状及影响因素研究

吴和梅^{1,2}, 陶明¹, 陈玉¹, 彭晓峰¹, 吴迪¹, 陈永梅¹

摘要:目的 调查老年心力衰竭患者社会衰弱现状并分析其影响因素,为针对性干预提供参考。方法 对427例住院老年心力衰竭患者采用一般资料问卷、社会脆弱性指数、衰弱风险筛查工具、简易认知状态评价量表、Barthel指数、心力衰竭患者特异性微型营养评价量表、病人健康问卷进行调查。结果 老年心力衰竭患者社会衰弱总分为13.50(9.50,17.50)分;多元线性回归分析显示,年龄、文化程度、婚姻状况、家庭人均月收入、居住地、居住方式、运动锻炼情况、病程、认知障碍、衰弱、日常生活活动能力、营养状态是患者社会衰弱的主要影响因素(均 $P < 0.05$),可解释总变异的64.4%。结论 社会衰弱在老年心力衰竭患者中普遍存在,社会衰弱水平较高,医护人员应重视对患者的社会衰弱评估,密切关注重点人群,制定并实施针对性干预,以预防或延缓社会衰弱的发生发展。

关键词:心力衰竭; 老年人; 社会衰弱; 衰弱; 认知功能; 营养不良; 抑郁; 影响因素

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.03.082

The level and determinants of social frailty among older patients with heart failure

Wu Hemei, Tao Ming, Chen Yu, Peng Xiaofeng, Wu Di, Chen Yongmei. Nursing Department, Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi 563000, China

Abstract: **Objective** To identify the level and determinants of social frailty in older patients with heart failure (HF), and to provide references for targeted intervention. **Methods** A total of 427 hospitalized older HF patients were surveyed using a general information questionnaire, the Social Vulnerability Index, the FRAIL Scale, the Mini-mental State Examination, the Barthel Index, the Mini-Nutrition Assessment Special for Heart Failure and the Patient Health Questionnaire. **Results** The median (P_{25} - P_{75}) score of social frailty was 13.50(9.50,17.50). Multiple linear regression analysis showed that age, education level, marital status, monthly household per capita income, place of residence, mode of residence, exercise frequency, course of disease, cognitive dysfunction, frailty, the ability to perform activities of daily living, and nutritional status were factors affecting social frailty (all $P < 0.05$), which explained 64.4% of the variance. **Conclusion** Social frailty is common among older HF patients, and is at high level. Medical staff should strengthen assessments, pay close attention to vulnerable patients, and develop personalized intervention strategies, to prevent or delay the occurrence and development of social frailty.

Keywords: heart failure; the elderly; social frailty; frailty; cognitive function; malnutrition; depression; influencing factor

心力衰竭(Heart Failure, HF)是各种心脏疾病的严重和终末阶段,已经成为影响我国居民健康的重要公共卫生问题^[1]。社会衰弱(Social Frailty, SF)是目前老年医学研究的热点问题,其被定义为可能连续丧失或缺乏对满足基本社会需求至关重要的一般资源、社会资源、社会行为和活动以及自我管理能力的状态^[2]。老年人由于社会参与度、家庭支持度及经济状况等方面有待改善,社会需求难以满足,极易导致社会衰弱的发生^[3]。国外研究显示,老年心力衰竭患者社会衰弱的患病率高达66.5%^[4]。社会衰弱不仅可增加心力衰竭的发生风险,还能预测其不良健康结局,两者共同作用可导致老年心力衰竭人群的健康状

态进一步恶化^[5]。早期识别社会衰弱并及时进行干预是降低老年心力衰竭患者社会衰弱水平的关键。目前,国内尚未见老年心力衰竭患者社会衰弱的相关研究报道,本研究旨在调查分析老年心力衰竭患者社会衰弱现状及影响因素,为医护人员制定针对性干预策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取2022年9月至2023年3月于遵义医科大学附属医院住院的老年心力衰竭患者作为调查对象。纳入标准:①符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》诊断标准,临床诊断为心力衰竭;②纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级Ⅱ~Ⅳ级;③年龄 ≥ 60 岁;④沟通及理解能力正常。排除标准:①心脏移植术后;②合并严重认知功能障碍(MMSE ≤ 9 分)、严重精神疾病、严重肝肾功能不全、恶性肿瘤。本研究已通过医院伦理委员会审批(KLLY-2022-129),调查对象均签署知情同意书。样本量以多元线性回归分析自变量的10倍、约10%的无效问卷计算。本研究自变量为28个,需样本312,

作者单位:1. 遵义医科大学附属医院护理部(贵州 遵义, 563000);2. 遵义医科大学第二附属医院

吴和梅:女,硕士在读,护师,1516769766@qq.com

通信作者:陶明,taoming@zmu.edu.cn

科研项目:遵义市科技计划项目(2022-329)

收稿:2023-09-04;修回:2023-11-13

本研究最终获得有效样本量 427。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查问卷 由研究者查阅相关文献并根据患者情况自行设计,内容包括两部分。人口学资料:性别、年龄、文化程度、民族、退休前职业、婚姻状况、居住地、居住方式、家庭人均月收入、医保类型及运动锻炼情况等。疾病相关资料:心功能分级、病程、合并症、多重用药等。

1.2.1.2 社会脆弱性指数(Social Vulnerability Index,SVI) 采用白惠琼等^[6]汉化调适的中文版社会脆弱指数,包括信息获取(2 个条目)、生活状况(2 个条目)、生活控制感(2 个条目)、社会经济状况(3 个条目)、生活满意度(8 个条目)、活动情况(5 个条目)、社会支持(10 个条目)7 个维度共 32 个条目。每个条目 0~1 分,1 分代表存在社会缺陷,0 分代表不存在,程度类条目应用中间值(0.5 分)。总分 0~32 分,得分越高表示社会衰弱程度越重。该量表中文版的 Cronbach's α 系数为 0.826^[6]。

1.2.1.3 衰弱风险筛查工具(Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, and Loss, FRAIL) 采用卫尹等^[7]汉化的中文版 FRAIL 量表,包含疲惫、抵抗力、移动、共病、非意向性的体质量下降 5 个条目,每个条目得分为 0 或 1 分,总分 0~5 分;0 分为非衰弱,1~2 分为衰弱前期, ≥ 3 分为衰弱。量表 Cronbach's α 系数为 0.826^[7]。

1.2.1.4 病人健康问卷(Patient Health Questionnaire,PHQ-9) 采用徐勇等^[8]于 2007 年编译的中文版 PHQ-9,共 9 个条目,是一个简便、有效的抑郁障碍自评量表。每个条目 0~3 分,总分 0~27 分,得分越高表示抑郁越严重。0~4 分为无抑郁,5~9 分为存在抑郁,10~14 分为明显抑郁, ≥ 15 分为重度抑郁。量表 Cronbach's α 系数为 0.881^[8]。

1.2.1.5 简易认知状态评价量表(Mini-mental State Examination,MMSE) 采用周小炫^[9]修订的中文版 MMSE 量表,包含时空定向力、短期记忆、注意力、语言、计算和画图共 11 项认知功能的综合评估,总分范围 0~30 分,得分越高表示认知功能越好。27~30 分表明认知正常,21~26 分代表轻度认知障碍,10~20 分代表中度认知障碍,0~9 分代表重度认知障碍。量表 Cronbach's α 系数为 0.833,重测信度为 0.924^[9]。本研究以 ≤ 24 分判断为认知障碍。

1.2.1.6 Barthel 指数(Barthel Index,BI) 采用中文版 BI 量表^[10],由进食、修饰、洗澡、穿衣、小便、大便、如厕、平地行走、上下楼梯和床椅转移 10 项内容组成。总分 0~100 分,得分越高表示日常生活活动能力越好。100 分为日常生活完全自理,61~99 分为轻度依赖,41~60 分为中度依赖, ≤ 40 分为严重依

赖。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.916^[10]。

1.2.1.7 心力衰竭患者特异性微型营养评价量表(Mini-Nutrition Assessment Special for Heart Failure, MNA-HF)

由林红等^[11]在微型营养评价量表(Mini-Nutrition Assessment,MNA)的基础上结合心力衰竭疾病特点改良形成,包括人体测量(5 个条目)、饮食评价(5 个条目)、整体评价(3 个条目)和自我评价(2 个条目)4 个维度共 15 个条目。总分 0~29 分,得分越高表示营养状态越好。 < 16 分为营养不良,16~ < 22 为存在营养不良风险, ≥ 22 分为营养正常。

1.2.2 资料收集方法 采用纸质问卷,由研究者在患者入院后 48 h 内发放调查问卷。调查前先向患者解释研究目的、内容、问卷填写所需时间及研究的保密性,获得患者同意后签署知情同意书。使用统一指导语向患者说明填写要求与注意事项,对自行填写困难者由研究者采用问答形式,代为记录答案并确认;问卷均当场收回核对,查漏补缺纠错。本研究共发放问卷 427 份,回收有效问卷 427 份,有效回收率为 100%。研究中的疾病相关资料由研究者通过医院电子病历系统进行收集。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS29.0 软件对数据进行录入及统计分析。行描述性分析、秩和检验、Spearman 相关性分析、多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 患者一般资料 427 例中,男 204 例,女 223 例;年龄 60~93(73.71 \pm 7.64)岁;汉族 417 例,少数民族 10 例;既往有吸烟者 147 例、饮酒者 109 例;病程 0~120(17.63 \pm 1.05)个月;合并有高血压 245 例、冠心病 179 例、慢性阻塞性肺疾病 110 例、脑梗死 88 例、贫血 127 例、心律失常或瓣膜病变 232 例、维生素 D 缺乏 67 例,3 种以上慢病共存者 390 例。

2.2 患者社会衰弱得分 见表 1。

表 1 患者社会衰弱得分($n=427$)

项目	条目数	得分[M(P_{25} , P_{75})]
信息获取	2	2.00(0.00,2.00)
生活状况	2	0.00(0.00,0.00)
生活控制感	2	0.00(0.00,0.00)
社会经济状况	3	1.00(1.00,2.00)
生活满意度	8	3.50(2.00,4.00)
活动情况	5	2.50(1.50,3.00)
社会支持	10	5.00(3.00,6.00)
社会衰弱总体	32	13.50(9.50,17.50)

2.3 患者社会衰弱的单因素分析 将患者的认知障碍、衰弱、营养状态、一般资料及疾病相关资料共 25 个项目纳入单因素分析,其中,不同民族、既往有吸烟史、饮酒史、合并高血压、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、维生素 D 缺乏患者的社会衰弱得分差异无统计学意

义(均 $P > 0.05$);有统计学差异的项目社会衰弱得分 比较见表 2。

表 2 患者社会衰弱的单因素分析

项目	例数	得分[M(P ₂₅ ,P ₇₅)]	Hc/Z	P	项目	例数	得分[M(P ₂₅ ,P ₇₅)]	Hc/Z	P
性别			-4.258	<0.001	子女数量			13.009	0.001
男	204	12.50(8.50,16.00)			≤1个	18	11.75(5.85,13.62)		
女	223	15.00(10.50,18.00)			2~3个	342	13.00(9.00,17.50)		
年龄(岁)			37.190	<0.001	≥4个	67	16.00(12.00,18.00)		
60~<70	128	11.00(7.63,15.25)			居住地			52.583	<0.001
70~<80	190	13.50(9.50,15.13)			农村	132	16.00(12.62,18.50)		
80~93	109	16.00(11.00,19.00)			城镇	164	13.25(9.12,17.37)		
文化程度			87.925	<0.001	城市	131	10.50(8.00,15.00)		
小学及以下	273	15.50(11.50,18.25)			居住方式			40.204	<0.001
初中	94	10.50(7.50,15.00)			独居	4	18.50(15.12,18.87)		
高中或中专	46	10.00(6.88,11.00)			配偶	80	9.50(6.50,13.37)		
大专及以上学历	14	6.75(3.38,9.25)			子女	343	14.50(10.50,17.50)		
BMI			33.708	<0.001	运动锻炼*			67.002	<0.001
<18.5	48	16.00(13.13,19.00)			从不	64	17.50(14.50,19.00)		
18.5~<25.0	256	14.50(9.50,17.50)			偶尔	191	14.50(10.50,17.50)		
≥25.0	123	10.50(8.50,15.00)			经常	172	10.50(7.50,15.00)		
婚姻状况			-5.436	<0.001	心功能分级			15.097	0.001
已婚/同居	376	13.00(9.12,16.50)			Ⅱ级	34	10.00(5.50,15.00)		
未婚、丧偶或离异	48	18.50(14.63,19.87)			Ⅲ级	212	13.00(9.50,16.50)		
退休前职业			89.974	<0.001	Ⅳ级	181	14.50(10.00,18.00)		
务农	261	15.50(12.00,18.12)			合并糖尿病			-2.654	0.008
工人	57	10.00(7.50,15.00)			否	355	11.25(7.50,16.88)		
职员/公务员	91	10.00(6.50,12.75)			是	72	14.00(10.00,17.50)		
其他	18	9.00(6.50,11.00)			合并胃部疾病			-3.166	0.002
付费形式			67.113	<0.001	否	328	12.50(9.00,17.00)		
职工医保	132	9.50(7.00,13.37)			是	99	15.00(10.50,18.50)		
居民医保	289	15.00(11.00,18.00)			认知障碍			-12.180	<0.001
自费	6	17.50(12.50,18.62)			否	329	11.50(8.50,15.00)		
家庭人均月收入(元)			-9.325	<0.001	是	98	18.50(17.00,20.00)		
<3 000	189	16.00(12.50,18.50)			营养状况			45.174	<0.001
≥3 000	238	10.50(7.50,15.00)			营养不良	69	17.50(13.50,19.50)		
衰弱			-7.259	<0.001	营养风险	185	15.00(11.25,18.00)		
否	198	11.25(7.50,15.00)			营养正常	173	10.00(7.50,13.75)		
是	229	15.50(11.00,18.5)							

注: * 运动锻炼:0次/周为从不;1~2次/周为偶尔;≥3次/周为经常。

2.4 患者的病程、抑郁得分及 BI 得分与社会衰弱的相关性分析 抑郁得分为 6.0(4.0,8.0)分,BI 得分为 80.0(64.0,86.0)分。病程、抑郁、BI 得分与社会衰弱的 Spearman 相关系数分别为 0.141、0.410、-0.399(均 $P < 0.01$)。

2.5 患者社会衰弱影响因素的多元线性回归分析 以社会衰弱总分为因变量(进行残差正态分布检验,结果满足残差正态分布,均数为 0、等方差的条件,可直接进行多元线性回归分析),以单因素分析和相关性分析中有统计学意义($P < 0.05$)的变量作为自变量进行多元线性回归分析,设 $\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$ 。自变量赋值见表 3。多元线性回归分析结果见表 4。

3 讨论

3.1 老年心力衰竭患者的社会衰弱水平偏高,有待改善 本研究结果显示,老年心力衰竭患者的社会衰弱得分为 13.50(9.50,17.50)分,高于住院老年人^[12]和社区老年人^[13],处于较高水平。分析原因可能是,老年人多存在退行性病变,肌力下降及身体功能障碍等情况,而表现为低社会活动、低社会角色水平^[3];而心力衰竭的老年人由于心脏泵功能差,致使各体器官

循环不佳,氧供缺乏,较一般老年人各器官功能衰退更严重,更易疲乏,社交活动也更少^[14-15],因此,相较于社区老年人和住院老年人社会衰弱更为严重。目前关于老年心力衰竭患者社会衰弱的研究处于起步阶段,社会衰弱与心力衰竭之间的潜在机制尚不清晰,希望未来有更多学者开展老年心力衰竭患者社会衰弱的相关研究;同时老年心力衰竭患者的社会衰弱问题应引起医疗卫生系统及行政管理部的重视,从社会管理层面为患者提供社会活动条件,以预防或延缓社会衰弱的发生发展,提高患者生活品质。

3.2 人口学因素及运动对患者社会衰弱的影响

3.2.1 年龄偏大、文化程度低、居住在农村的老年心力衰竭患者社会衰弱水平较高 本研究结果显示,年龄是老年心力衰竭患者社会衰弱的影响因素,年龄越大,社会衰弱得分越高。原因可能是随着年龄的增大,心力衰竭会导致免疫力下降,症状反复发作,心功能持续恶化,并发症增多。患者身体器官发生不可逆地退行性变,健康储备不断被透支,从而导致社会参与度下降^[14]。另外,心力衰竭的老年人由于失去劳动能力,逐渐退出家庭活动,且退休后社交范围受限,

表 3 自变量赋值

自变量	赋值及对照设置
年龄	60~<70 岁=1,70~<80 岁=2,80~93 岁=3;以 60~<70 岁为对照
文化程度	小学及以下=1,初中=2,高中或中专=3,大专及以上=4;以大专及以上为对照
居住地	农村=1,城镇=2,城市=3;以城市为对照
居住方式	独居=1,配偶=2,子女=3;以独居为对照
运动锻炼	从不锻炼=1,偶尔锻炼=2,经常锻炼=3;以经常锻炼为对照
营养状态	营养不良=1,营养风险=2,营养正常=3;以营养正常为对照
婚姻状况	已婚=1,未婚、丧偶或离异=2
家庭人均月收入	<3 000 元=1,≥3 000 元=2
认知障碍/衰弱	否=0,是=1
病程/BI	原值录入

表 4 患者社会衰弱影响因素的多元线性回归分析 (n=427)

项目	β	SE	β'	t	P
常量	-3.172	0.271		-11.694	<0.001
年龄					
70~<80 岁	0.227	0.070	0.113	3.227	0.001
80~93 岁	0.538	0.098	0.235	5.472	<0.001
文化程度					
小学及以下	1.204	0.172	0.579	7.010	<0.001
初中	0.854	0.174	0.355	4.898	<0.001
高中或中专	0.578	0.185	0.180	3.116	0.002
婚姻状况	0.228	0.089	0.081	2.574	0.010
家庭人均月收入	-0.464	0.079	-0.231	-5.889	<0.001
居住地					
农村	0.365	0.080	0.169	4.582	<0.001
居住方式					
与配偶	-0.188	0.080	-0.074	-2.361	0.019
运动锻炼					
从不	0.369	0.106	0.132	3.466	0.001
偶尔	0.198	0.070	0.099	2.822	0.005
营养状态					
营养风险	0.333	0.070	0.165	4.731	<0.001
营养不良	0.362	0.099	0.133	3.646	<0.001
病程	0.004	0.001	0.093	3.113	0.002
BI	-0.016	0.002	-0.294	-8.616	<0.001
认知障碍	0.608	0.084	0.256	7.265	<0.001
衰弱	0.205	0.071	0.103	2.889	0.004

注:R²=0.658,调整 R²=0.644,F=46.297,P<0.001。文化程度的 VIF 值为 3.973~8.170;经剔除文化程度项目后调整 R² 降至 0.582,故保留该项目。其他项目的 VIF 值为 1.077~2.204。

使得社会功能和社会角色逐渐弱化,因而其社会衰弱水平随年龄的增长而增高。老年心力衰竭患者文化程度越低,社会衰弱得分越高;居住在农村的患者社会衰弱水平显著高于城镇患者。原因可能是,本研究参与者大部分来自于乡村地区,处于低收入阶层,小学及以下学历高达 63.9%。患者没有接受过足够的教育,获取健康信息和社会资源较少^[15],无法满足生活需求,易导致社会衰弱的发生。提示医护人员可针对不同年龄、文化程度及居住在乡村的老年心力衰竭社会衰弱人群制定不同的健康管理策略,改善其社会衰弱水平。

3.2.2 家庭经济负担重可加重老年心力衰竭患者的社会衰弱程度 《中国心血管健康与疾病报告 2022》指出,2018—2020 年,心力衰竭出院人次数年均增速

为 15.28%,住院总费用为 144.61 亿元,次均住院费用为 9 416.21 元。本研究结果显示,家庭人均月收入较高的老年心力衰竭患者的社会衰弱水平显著低于收入较低者。这表明家庭经济负担重能加重老年心力衰竭患者的社会衰弱,与彭心雨等^[16]分析社区老年人的收入对社会衰弱影响的研究结果相似。分析原因可能是老年心力衰竭患者长期医疗费用支出影响其身心健康的维护和促进^[17];收入较低的患者无法满足日常生活和医疗等支出,无法获得良好的生活资源和优质的医疗资源,易引发社会衰弱。相反,收入较高的老年人在日常生活中会更加关注自身的健康管理,能够确保患病后及时就医并接受较好的医疗服务,对身心健康产生积极影响。建议医疗卫生机构加大构建医院-社区-家庭管理模式的力度,完善“互联网+医疗平台”建设,及时有效地为患者提供优质护理和医疗援助,对减轻患者家庭经济压力、改善社会衰弱水平、控制疾病症状及提高生活质量有重要意义。

3.2.3 已婚和与配偶居住有助于降低老年心力衰竭患者的社会衰弱水平 本研究结果显示,已婚、与配偶一起居住的老年心力衰竭患者的社会衰弱水平显著低于单身/丧偶/离异和独居者。原因可能是与配偶居住,伴侣能贴心地照护患者、同时提供良好的精神慰藉和经济支持^[18]。而未婚、丧偶或离异的独居老年患者,由于缺乏伴侣监督和提醒,缺乏健康管理,易漏服或错服药,无法定期复诊等导致医疗可获得性更差,其社会支持系统处于断裂或半断裂状态^[19],导致社会衰弱程度较重。因此,医护人员应多关注单身的独居老年心力衰竭患者,积极鼓励患者重建社交网络,并呼吁家庭和社区为其提供支持及帮助,让患者能够享受到更好的社会支持和照料,从而改善社会衰弱程度。

3.2.4 缺乏运动锻炼能加剧老年心力衰竭患者社会衰弱程度 本研究结果显示,从不或偶尔运动锻炼的老年心力衰竭患者的社会衰弱较经常运动锻炼者更为严重,与 Pek 等^[20]的研究结果相似。可能与缺乏运动锻炼引起的机体内在储备不足或功能衰退而导致的社交活动减少和社会参与度降低有关。研究表明,体育活动是维持维护肌肉质量和肌力最有效、最简单易行的方法之一^[21],保持良好的运动习惯不仅可以增强患者的肌肉力量,维护机体功能及提高机体内在储备,还能增加患者的社交活动,提高社会参与度^[21-22]。建议医护人员将体育活动纳入改善患者社会衰弱的重点干预项目,以预防或降低患者的社会衰弱水平。

3.3 疾病因素对患者社会衰弱的影响

3.3.1 病程越长或处于衰弱状态的老年心力衰竭患者的社会衰弱水平越高 本研究结果显示,病程越长的患者社会衰弱程度越重,衰弱患者的社会衰弱水平显著高于非衰弱者。分析原因可能是尽管老年心力衰竭患者的治疗已经取得巨大进展,延长了患者的寿

命,但疾病本身无法治愈,致使心力衰竭患者随着病程延长,免疫力不断下降及症状反复恶化,机体健康储备消耗增加、血流动力学改变,氧化应激增加、内分泌与代谢障碍、细胞加速衰老等^[23]使患者处于衰弱状态,不仅能导致活动能力下降、社交范围受限,社会支持水平相对较低,还能导致抑郁情绪和社会隔离,增强孤独感^[24]。医护人员在护理中对病程长和衰弱的患者要重评估与干预,以改善和减缓社会衰弱。

3.3.2 日常生活活动能力越差,老年心力衰竭患者的社会衰弱程度越重 本研究结果显示,日常生活活动能力得分越低,社会衰弱得分越高。分析原因可能是心力衰竭是老年人失能的主要原因之一,日常生活活动能力差的老年患者由于个人健康状况受损、功能障碍或活动受限^[25-26],导致社交活动减少、社交网络中断及社会参与度降低等^[27]。研究发现,良好的社交网络和社会支持能降低失能的发生风险^[28]。因此,医护人员应鼓励老年心力衰竭患者积极参与社交活动,丰富社交网络,进而提高患者的日常生活活动能力,降低社会衰弱水平。

3.3.3 认知障碍的老年心力衰竭患者的社会衰弱程度较严重 本研究结果显示,认知障碍的老年心力衰竭患者的社会衰弱较非认知障碍者更为严重,提示认知障碍是老年心力衰竭患者社会衰弱的危险因素,与Ma等^[28]的研究结果相似。分析原因可能是与老年心力衰竭患者疾病本身及合并症导致的大脑退行性病变、躯体功能受损及日常活动受限有关^[29-31]。认知障碍使心力衰竭患者的大脑灰质萎缩和丧失以及自主神经系统功能障碍^[32],一方面使患者在沟通能力或获取社会资源方面存在一定障碍,使获取、理解及执行信息的能力下降,社交能力低下,甚至无法寻求社会支持。另一方面,大脑神经障碍导致的躯体功能受损、日常活动受限^[31],使患者社交活动减少,易与社会脱离,产生孤独和无力感。研究表明,体育活动既能有效改善大脑功能和自主神经系统,显著改善患者的认知功能,又能增加患者的社交活动,降低孤独和无力感^[24]。因此,医护人员应尽早评估和干预患者的认知功能,鼓励患者积极参与体育锻炼并保持良好的运动习惯,对预防或减轻患者的社会衰弱极为重要。

3.3.4 营养不良可致老年心力衰竭患者的社会衰弱程度加重 本研究结果显示,存在营养不良风险和营养不良的老年心力衰竭患者的社会衰弱水平显著高于营养正常的患者。Pek等^[20]调查结果亦显示,营养不良是社会衰弱的独立危险因素。分析原因可能与营养状态不佳使骨骼肌减少和肌力下降导致的机体功能障碍有关^[33]。多项研究表明,骨骼肌减少、肌力下降及机体功能障碍是导致社会衰弱的危险因素^[20,34],患者的骨骼肌减少、肌力下降及机体功能受损会导致其活动受限及社会孤立,进而会影响其社交活动、社会参与及社会支持水平。医护人员应关注患

者的营养,早评估、早干预是扭转营养不良风险最有效的方式,尽早为不同营养状态的人群制定有效的干预策略对改善患者的社会衰弱程度有重要意义。

4 结论

老年心力衰竭患者的社会衰弱处于较高水平,现状亟需改善,年龄偏大、文化程度低、低收入、居住在农村、单身或独居、缺乏运动锻炼、病程长、营养不良、认知障碍、衰弱及日常生活活动能力差是影响老年心力衰竭患者社会衰弱的危险因素。护理人员应加强对此类患者社会衰弱的评估,并制定针对性干预策略,预防或延缓社会衰弱的发生发展。本研究为单中心、小样本的横断面调查研究,可能存在信息偏倚、代表性有限等局限性,未能全面地反映患者社会衰弱的影响因素。今后可开展多中心、大样本的纵向研究来探索更多的影响因素和影响机制,了解和证实老年心力衰竭患者社会衰弱变化轨迹,为精准干预提供实证依据。

参考文献:

- [1] 国家心血管病医疗质量控制中心专家委员会心力衰竭专家工作组. 2020中国心力衰竭医疗质量控制报告[J]. 中国循环杂志, 2021, 36(3): 221-238.
- [2] Bunt S, Steverink N, Olthoff J, et al. Social frailty in older adults: a scoping review[J]. Eur J Ageing, 2017, 14(3): 323-334.
- [3] 范俊瑶, 刘玥婷, 赵慧敏, 等. 老年人社会衰弱的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(2): 106-109.
- [4] Jujo K, Kagiya N, Saito K, et al. Impact of social frailty in hospitalized elderly patients with heart failure: a FRAGILE-HF registry subanalysis[J]. J Am Heart Assoc, 2021, 10(17): e019954.
- [5] Matsue Y, Kamiya K, Saito H, et al. Prevalence and prognostic impact of the coexistence of multiple frailty domains in elderly patients with heart failure: the FRAGILE-HF cohort study[J]. Eur J Heart Fail, 2020, 22(11): 2112-2119.
- [6] 白惠琼, 孙建萍, 吴红霞, 等. 老年社会衰弱指数的汉化及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2022, 37(4): 88-91.
- [7] 卫尹, 曹艳佩, 杨晓莉, 等. 老年住院患者衰弱风险筛查工具的汉化及信效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(20): 1526-1530.
- [8] 徐勇, 吴海苏, 徐一峰. 病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在社区老年人群中的应用: 信度与效度分析[J]. 上海精神医学, 2007, 19(5): 257-259, 276.
- [9] 周小炫. 中文版简易智能精神状态检查量表在脑卒中患者中的信效度初步研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2015.
- [10] 侯东哲, 张颖, 巫嘉陵, 等. 中文版 Barthel 指数的信度与效度研究[J]. 临床荟萃, 2012, 27(3): 219-221.
- [11] 林红, 孙国珍, 张海峰, 等. 心力衰竭患者微型营养评价量表的改良及其信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(2): 150-153.
- [12] Mah J C, Godin J, Stevens S J, et al. Social vulnerability and frailty in hospitalized older adults[J]. Can Geriatr J,

- 2023,26(3):390-399.
- [13] Andrew M K, Mitnitski A B, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people [J]. PLoS One, 2008, 3(5): e2232.
- [14] 徐佳慧, 胡世莲. 慢性心力衰竭的流行病学与预防措施 [J]. 中国临床保健杂志, 2021, 24(6): 721-725.
- [15] 郑战战, 杨贝贝, 宋婷, 等. 慢性心力衰竭患者健康素养现状及其影响因素分析 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(1): 23-29.
- [16] 彭心雨, 宋明方, 张婉, 等. 社区老年人社会衰弱现状及影响因素 [J]. 护理研究, 2021, 35(19): 3401-3406.
- [17] 马丽媛, 王增武, 樊静, 等. 《中国心血管健康与疾病报告 2022》要点解读 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(32): 3975-3994.
- [18] 王建云, 钟仁耀. 城市社区高龄独居老年人生命健康质量及分类保障研究 [J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2022, 54(4): 164-174, 180.
- [19] 王磊. 论老年人的居住方式对其生命质量的影响 [J]. 江淮论坛, 2019(3): 135-140.
- [20] Pek K, Chew J, Lim J P, et al. Social frailty is independently associated with mood, nutrition, physical performance, and physical activity: insights from a theory-guided approach [J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(12): 4239.
- [21] 胡飞, 赵晓光. 体育运动与营养补剂对老年性骨骼肌减少症的干预 [J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(6): 1524-1530.
- [22] Rêgo M, Cabral D, Fontes E B. Cognitive deficit in heart failure and the benefits of aerobic physical activity [J]. Arq Bras Cardiol, 2018, 110(1): 91-94.
- [23] 李晨, 徐敏. 老年心力衰竭患者合并衰弱的最新研究进展 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22(6): 471-475.
- [24] 王九瑞, 刘健, 延泽萍, 等. 老年人社会衰弱发生率及影响因素的系统评价和 Meta 分析 [J]. 军事护理, 2023, 40(3): 10-14.
- [25] 熊保盈, 刘太一, 陈婷. 中老年人日常生活活动能力减弱情况及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25(16): 1950-1955.
- [26] 孙涛, 张磊, 王欢, 等. 老年失能与慢性心力衰竭的相关性研究进展 [J]. 成都医学院学报, 2022, 17(2): 253-257.
- [27] 郭静, 徐艺珊, 陈诗璐, 等. 我国 60 岁及以上老年人日常生活活动能力对抑郁状况的影响 [J]. 中华流行病学杂志, 2022, 43(2): 213-217.
- [28] Ma L, Sun F, Tang Z. Social frailty is associated with physical functioning, cognition, and depression, and predicts mortality [J]. J Nutr Health Aging, 2018, 22(8): 989-995.
- [29] Ungvari Z, Toth P, Tarantini S, et al. Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health [J]. Nat Rev Nephrol, 2021, 17(10): 639-654.
- [30] Arce Renteri A M, Manly J J, Vonk J, et al. Midlife vascular factors and prevalence of mild cognitive impairment in late-life in Mexico [J]. J Int Neuropsychol Soc, 2022, 28(4): 351-361.
- [31] 周楚仪, 刘薇薇, 管梓瑶, 等. 养老机构老年人群日常生活活动能力与认知功能的相关性调查研究 [J]. 中国预防医学杂志, 2020, 21(1): 98-102.
- [32] Woo M A, Kumar R, Macey P M, et al. Brain injury in autonomic, emotional, and cognitive regulatory areas in patients with heart failure [J]. J Card Fail, 2009, 15(3): 214-223.
- [33] 涂芊茜, 拓西平. 肌少症与衰弱和营养 [J]. 中国临床保健杂志, 2021, 24(3): 289-293.
- [34] Inoue T, Maeda K, Satake S, et al. Osteosarcopenia, the co-existence of osteoporosis and sarcopenia, is associated with social frailty in older adults [J]. Aging Clin Exp Res, 2022, 34(3): 535-543.

(本文编辑 王菊香)

(上接第 77 页)

- [12] 刘爽, 杨阳阳, 魏巍. 3-PR 参与式健康教育在 NSCLC 患者护理中的应用 [J]. 西部中医药, 2022, 35(2): 137-140.
- [13] Zung W W. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(6): 371-379.
- [14] 茅清. 初产妇与配偶焦虑、抑郁及其相关因素的研究 [D]. 广州: 中山大学, 2007.
- [15] Prikhidko A, Pathirana M, Long H, et al. A qualitative exploration of maternal anxiety: implications for helping professionals [J]. Matern Child Health J, 2022, 26(12): 2444-2453.
- [16] 王慧华. 不同健康教育模式对初产妇自我效能及新生儿护理能力的影响 [D]. 南昌: 南昌大学, 2020.
- [17] 任广秀. 基于翻转课堂理念的初产妇产前健康教育方案的应用研究 [D]. 青岛: 青岛大学, 2018.
- [18] 李俊英, 刘颖, 张兰, 等. “三孩”背景下产妇对母乳喂养保障政策的需求和满意度现状及影响因素分析 [J]. 护士进修杂志, 2022, 37(16): 1517-1522.
- [19] 王瑜, 江楠. 基于计划行为理论的母乳喂养影响因素研究 [J]. 中国健康教育, 2021, 37(11): 1028-1032.
- [20] 中华医学会儿科学分会儿童保健学组, 中华医学会围产医学分会, 中国营养学会妇幼营养分会, 等. 母乳喂养促进策略指南(2018 版) [J]. 中华儿科杂志, 2018, 56(4): 261-266.
- [21] Ke J, Ouyang Y Q, Redding S R. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas' exclusive breastfeeding in China [J]. J Hum Lact, 2018, 34(2): 365-378.
- [22] 祝琴, 唐艳, 田策, 等. 基于共同养育理论的母乳喂养干预方案在初产妇早期母乳喂养中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(4): 457-463.
- [23] 陈丹丹, 周临, 张晶, 等. 产妇对以家庭为中心的群组式围生期保健的体验 [J]. 护理学杂志, 2022, 37(14): 9-12.
- [24] 张莉, 张莹莹, 徐桂平. 家属参与式健康教育应用于母乳喂养初产妇的效果 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(16): 177-180.

(本文编辑 王菊香)