

照顾者管理策略在痴呆共病患者精神行为症状与照顾者哀伤间的中介作用

陈圆圆¹, 金丽红², 陈敏华², 董路嘎³, 胡丽娅⁴

摘要:目的 调查痴呆共病患者精神行为症状及照顾者管理策略和哀伤水平,构建中介模型分析三者的关系。方法 采用患者和照顾者一般资料调查表、照顾者哀伤量表、神经精神问卷(照顾者版)和痴呆管理策略量表对 212 名痴呆共病患者的照顾者进行调查。结果 痴呆共病患者精神行为症状严重程度总分为 6.0(4.0,7.0)分,照顾者哀伤总分为 59.5(45.0,82.0)分,照顾者管理策略中批评、鼓励、积极管理维度得分分别为 26.0(18.0,40.0)分、34.0(26.0,42.0)分、46.5(40.3,50.0)分。积极管理在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间起中介作用,中介效应占总效应的 23.4%。结论 痴呆共病患者精神行为症状严重程度不仅直接预测照顾者哀伤情绪,还可通过照顾者积极管理策略间接影响其哀伤情绪。建议建立以家庭为中心、家庭成员共同参与的医疗照护模式,帮助照顾者采用积极管理策略应对患者疾病症状。

关键词:痴呆; 共病; 精神行为症状; 照顾者哀伤; 照顾者管理策略; 中介效应; 护理

中图分类号:R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.10.029

The mediating role of caregiver management strategies in the relationship between psychiatric behavioral symptoms and caregiver grief in dementia comorbidity patients

Chen Yuanyuan, Jin Lihong, Chen Minhua, Dong Luga, Hu Liya. Department of Otolaryngology, The First Affiliated Hospital of Lishui University, Lishui 323000, China

Abstract:Objective To investigate the psychiatric and behavioral symptoms of dementia comorbidity patients, and their caregivers' management strategies and levels of grief, and to construct a mediation model to analyze the relationships among the three variables. Methods A total of 212 caregivers of dementia comorbidity patients were investigated by using a general information questionnaire for patients and caregivers, the Marwit Meuse Caregiver Grief Inventory-Short Form (MM-CGI-SF), the Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q), and the Dementia Management Strategies Scale (DMSS). Results The participants' total score of NPI-Q was 6.0 (4.0, 7.0), MM-CGI-SF was 59.5 (45.0, 82.0), and their subscale scores of criticism, encouragement, and active management in DMSS were 26.0 (18.0, 40.0), 34.0 (26.0, 42.0), and 46.5 (40.3, 50.0), respectively. Active management played as a mediator between the severity of psychiatric and behavioral symptoms in patients and caregiver grief, with the mediating effect accounting for 23.4% of the total effect. Conclusion The severity of psychiatric and behavioral symptoms in dementia comorbidity patients not only directly predicts caregiver grief, but also indirectly influences caregiver grief through caregivers' active management strategies. It is recommended to establish a family-centered care model, encourage the involvement of all family members to help caregivers adopt active management strategies in coping with patients' disease symptoms.

Keywords: dementia; comorbidity; neuropsychiatric symptoms; caregiver grief; caregiver management strategies; mediating effect; nursing

痴呆是严重威胁健康的“第四大杀手”^[1],我国痴呆患者数量预计 2050 年将达到 2 734 万,占世界痴呆患者总数的四分之一^[2]。痴呆患者罹患共病的风险较高,常伴随多种慢性疾病,给患者及照顾者带来不良结局^[3]。痴呆共病患者精神行为症状发生率为 70%~90%^[4],包括思维内容、幻想、心境或行为等症状的紊乱,如焦虑、冷漠、抑郁、幻想等^[5]。这不仅给护理和治疗带来挑战,也给照顾者造成巨大痛苦^[3]。照顾者哀伤是痴呆共病患者的照顾者常见的负面情绪^[6],指照

顾者对丧失的一种认知、行为和身体功能等方面的情绪反应^[7]。当照顾者无法有效处理哀伤情绪时,易导致心理问题和躯体疾病,严重者甚至自杀^[8]。研究显示,痴呆共病患者精神行为症状是引起照顾者哀伤的主要原因^[9]。痴呆共病患者的精神行为症状越严重,其护理需求越复杂,加之疾病的不确定性和漫长的治疗过程,易加重照顾者的哀伤情绪^[10]。照顾者管理策略是指家庭照顾者在应对疾病过程中形成的一种特殊应对行为^[11],其被认为是照顾者哀伤的重要预测变量,当照顾者难以很好地应对照顾问题时,就会产生哀伤等心理问题^[9]。此外,痴呆共病患者的精神行为症状影响照顾者管理策略的选择^[12]。由此推测,照顾者管理策略可能在痴呆共病患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间存在中介效应。本研究调查痴呆共病患者的家庭照顾者,分析三者的关系及作用机制,旨在为制订针对性的策略帮助痴呆共病患者及照顾者共同应

作者单位:丽水学院附属第一医院 1.耳鼻咽喉科 2.护理部 3.康复医学科 4.门诊部(浙江 丽水,323000)

通信作者:金丽红,624873212@qq.com

陈圆圆:女,硕士,主管护师,护士长,395933608@qq.com

科研项目:浙江省医药卫生项目(2023KY1373);丽水市科技计划项目(2022GYX64);丽水学院医校联合创新开放基金科研专项课题(X111024)

收稿:2024-12-16;修回:2025-02-15

对疾病提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,选取 2022 年 9 月至 2024 年 10 月我院精神专科门诊的痴呆共病患者及照顾者为研究对象。患者纳入标准:符合中国精神障碍分类与诊断标准第三版^[13]及 WHO 国际疾病分类第十版痴呆诊断标准^[14]并经医疗机构确诊痴呆,且患有 1 种及以上其他慢性疾病。照顾者纳入标准:① 为患者的主要家庭照顾者且照顾时间>6 个月;② 自愿参与并签署知情同意书,配合研究。照顾者排除标准:① 家庭雇佣的专业照顾人员及医务人员;② 精神异常及无法沟通者。根据结构方程模型对输出稳定结果的统计要求,样本量至少为 200^[15]。本研究共有效调查 212 对痴呆共病患者及照顾者。212 例患者中,男 98 例、女 114 例;年龄 54~98(78.91±9.67)岁;病程<1 年 98 例,1~<4 年 103 例,≥4 年 11 例;共患慢性病 1 种 62 例,2 种 119 例,≥3 种 31 例,其中共患高血压 115 例、骨质疏松 98 例、糖尿病 72 例、心脏病 70 例,其他 41 例。照顾者 212 人中,年龄 32~88(59.91±13.52)岁;自评与患者相处融洽 99 人;以前有照顾经验 21 人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。由研究者自行设计,包括患者的性别、年龄、病程和共患慢性疾病数目等;照顾者的性别、年龄、文化程度、与患者的关系、以前有无照顾经验和与患者相处情况等。②照顾者哀伤量表(Marwit Meuse Caregiver Grief Inventory-Short Form,MM-CGI-SF)。由叶玉平等^[16]汉化,用于评估照顾者哀伤程度,包括个人牺牲及负担(6 个条目)、内心极度悲伤及渴望(6 个条目)、忧虑及被孤立感(6 个条目)3 个维度共 18 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 1~5 分,得分越高说明照顾者哀伤水平越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.740^[16]。③神经精神问卷(照顾者版)(Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire,NPI-Q)。由马万欣等^[17]汉化,由照顾者测评痴呆患者是否存在某症状及严重程度。共包括 12 种症状,无相应症状赋 0 分,若存在某种症状则按照 Likert 3 级评分法评估其严重程度,从“轻度”到“重度”分别计 1~3 分,症状严重程度总分越高说明患者病情越重。该量表 Cronbach's α 系数为 0.815^[17]。④痴呆管理策略量表(Dementia Management Strategies Scale,DMSS)。由 Chien 等^[18]汉化,用于评估家庭照顾者在照顾痴呆患者时的管理策略,包括批评、鼓励和积极管理 3 个维度共 32 个条目。采用 Likert 5 级评分法,从“从来不会”到“大部分时间”分别赋 1~5 分,各维度总分与照顾者使用相应管理策略频率呈正比。该量表 Cronbach's α 系数为 0.770^[18]。

1.2.2 调查方法 调查前先获得所调查医院相关部门同意,并获得丽水学院附属第一医院伦理委员会批准(20211015)。研究者在精神专科门诊现场发放和回收问卷,对于年龄较大及无法阅读的照顾者,由研究者客观转述量表各条目,并按照其意愿填写。共发放 221 份问卷,回收 215 份,其中有效问卷 212 份,有效率为 98.6%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行统计描述、秩和检验、Spearman 相关性分析。采用 Amos17.0 软件进行验证性因子分析,SPSS-Process4-1 插件进行中介效应分析,显著性检验采用 Bootstrap 法,重复抽样 5 000 次。检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 患者精神行为症状、照顾者哀伤及管理策略得分 见表 1。

表 1 患者精神行为症状、照顾者哀伤及管理策略得分(n=212)

项目	分, M(P ₂₅ , P ₇₅)	
	总分	条目均分
照顾者哀伤	59.5(45.0,82.0)	3.3(2.5,4.6)
个人牺牲及负担	20.0(14.0,28.8)	3.3(2.3,4.8)
内心悲伤及渴望	21.5(16.0,29.0)	3.6(2.7,4.8)
忧虑及被孤立感	18.0(14.0,27.0)	3.0(2.3,4.5)
照顾者管理策略		
批评	26.0(18.0,40.0)	2.2(1.5,3.3)
鼓励	34.0(26.0,42.0)	3.4(2.6,4.2)
积极管理	46.5(40.3,50.0)	4.7(4.0,5.0)
患者精神行为症状	6.0(4.0,7.0)	0.5(0.3,0.6)

2.2 照顾者哀伤的单因素分析 以照顾者哀伤为因变量进行单因素分析,结果显示,不同性别、年龄、病程、共病数目的患者以及以前有无照顾经验、与患者是否相处融洽的照顾者哀伤得分比较,差异无统计学意义(均 P>0.05)。差异有统计学意义的项目及比较见表 2。

表 2 照顾者哀伤的单因素分析

项目	人数	照顾者哀伤 [分, M(P ₂₅ , P ₇₅)]	Hc/Z	P
照顾者性别			-3.557	<0.001
男	86	54.83(38.7,77.5)		
女	126	64.55(47.0,87.0)		
照顾者年龄(岁)			35.402	<0.001
32~<50	72	72.19(56.0,87.0)		
50~<60	49	52.33(34.0,70.0)		
60~88	91	55.89(42.0,70.0)		
照顾者文化程度			11.047	0.004
小学及以下	71	67.77(47.0,87.0)		
初中或高中	69	57.16(45.0,73.0)		
大专及以上	72	56.83(39.0,80.7)		
与患者关系			-3.354	0.001
子女	109	65.39(47.0,87.0)		
配偶	103	55.54(42.0,69.0)		

2.3 照顾者哀伤、患者精神行为症状严重程度与照顾者管理策略的相关系数 见表 3。

表 3 照顾者哀伤、患者精神行为症状严重程度与照顾者管理策略的相关系数(n=212)

项目	患者精神行为 症状严重程度	照顾者 哀伤	个人牺牲 及负担	内心悲伤 及渴望	忧虑及 被孤立感	批评	鼓励
照顾者哀伤	0.368**	1.000					
个人牺牲及负担	0.366**	0.950**	1.000				
内心悲伤及渴望	0.324**	0.930**	0.816**	1.000			
忧虑及被孤立感	0.347**	0.943**	0.856**	0.814**	1.000		
批评	0.483**	0.691**	0.708**	0.581**	0.654**	1.000	
鼓励	-0.192**	-0.163*	-0.130	-0.142*	-0.194**	-0.403**	1.000
积极管理	-0.303**	-0.309**	-0.306**	-0.256**	-0.310**	-0.468**	0.307**

注：* P<0.05, ** P<0.01。

2.4 照顾者管理策略在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间的中介效应 根据周浩等^[19]建议,采用验证性因子分析,对所有自评项目进行共同方法偏差检验,结果 $\chi^2/df = 3.740$ 、CFI = 0.375、GFI = 0.320、AGFI=0.361、TLI=0.357、RMSEA=0.114, SRMR=0.120,说明模型拟合差,本研究的共同方法偏差问题不严重。本研究结果显示,批评、积极管理在患者精神行为症状严重程度和照顾者哀伤中的差异有统计学意义(均 P<0.01),具体见表 4~5。参考以往研究^[20],将照顾者与患者的关系作为控制变量,采用 Amos17.0 软件构建以照顾者积极管理策略、批

评为中介的模型并检验。 $\chi^2/df = 0.934$, CFI = 1.000, GFI=0.976, NFI=0.984, RMSEA<0.001。中介效应检验结果显示,批评的中介效应不显著(95%CI 包括 0),患者精神行为症状严重程度对照顾者哀伤的直接效应及照顾者积极管理策略的中介效应的 95%CI 均不包括 0,表明患者精神行为症状严重程度不仅能直接预测照顾者哀伤(直接效应为 0.160),还能通过积极管理策略的中介作用预测照顾者哀伤(中介效应为 0.049),中介效应占总效应的 23.4%(0.049/0.209)。具体见表 6、图 1。

表 4 照顾者批评策略在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤之间的中介效应分析(n=212)

自变量	批评				照顾者哀伤				照顾者哀伤			
	β	β'	t	P	β	β'	t	P	β	β'	t	P
照顾者性别	2.728	0.096	1.848	0.066	2.169	0.050	0.855	0.394	-0.165	-0.004	-0.074	0.941
照顾者年龄	0.040	0.039	0.725	0.469	-0.010	-0.007	-0.108	0.914	-0.045	-0.028	-0.539	0.591
照顾者文化程度	-3.678	-0.217	-4.080	<0.001	-2.425	-0.094	-1.565	0.119	0.721	0.028	0.515	0.607
与患者关系	-6.148	-0.221	-4.203	<0.001	-4.809	-0.113	-1.913	0.057	0.451	0.011	0.198	0.843
患者精神行为症状 严重程度	1.476	0.301	5.678	<0.001	1.562	0.209	3.495	0.001	0.299	0.040	0.715	0.475
批评									0.856	0.561	8.176	<0.001
R ²		0.509				0.377				0.531		
F		30.192*				17.634*				28.767*		

注：* P<0.01。

表 5 照顾者积极管理策略在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤之间的中介效应分析(n=212)

自变量	批评				照顾者哀伤				照顾者哀伤			
	β	β'	t	P	β	β'	t	P	β	β'	t	P
照顾者性别	0.931	0.046	0.710	0.479	2.169	0.050	0.855	0.394	2.573	0.060	1.037	0.301
照顾者年龄	-0.002	0.002	-0.033	0.974	-0.010	-0.007	-0.108	0.914	-0.011	-0.007	-0.118	0.906
照顾者文化程度	1.138	0.095	1.422	0.157	-2.425	-0.094	-1.565	0.119	-1.930	-0.075	-1.269	0.206
与患者关系	6.422	0.325	4.943	<0.001	-4.809	-0.113	-1.913	0.057	-2.017	-0.048	-0.776	0.439
患者精神行为症状 严重程度	-0.850	-0.244	-3.681	<0.001	1.562	0.209	3.495	0.001	1.192	0.160	2.645	0.009
积极管理									-0.435	-0.203	-3.285	0.001
R ²		0.234				0.377				0.408		
F		8.911*				17.634*				17.519*		

注：* P<0.01。

3 讨论

3.1 照顾者哀伤、痴呆共病患者精神行为症状严重程度和照顾者管理策略的现状分析 本研究照顾者哀伤条目均分为 3.3(2.5,4.6)分,表明照顾者普遍存在哀伤情绪。可能因为疾病原因,患者对照顾者的依

赖日益加重,长时间的高强度照顾增加了照顾者的精神压力,易产生哀伤等负面情绪,因此医务人员需重视照顾者的哀伤情绪,给予更多的社会支持,通过心理疗法帮助他们找到合适的宣泄途径。本研究还发现,照顾者感知患者精神行为症状严重程度条目均分

为 0.5(0.3,0.6)分,处于较低水平,与陈茵等^[21]的研究结果一致。分析由于社区支持性服务为患者提供了专业化照护,降低了精神行为症状严重程度^[22]。本研究照顾者在面对痴呆共病患者时最常采用积极管理,其次是鼓励和批评。可能因为照顾者在与患者共处的过程中产生了相互依存的互惠关系,使照顾者形成了以患者为中心的照顾理念,进而产生了积极管理和鼓励的管理策略,这与 Bannon 等^[23]的研究结果一致。另一方面,可能与本研究的照顾者为子女和配偶,中国的孝道文化使照顾者能以积极的方式面对照顾过程中的困难,这与李汝钊等^[24]的研究结果一致。因此,医务人员应充分发挥传统文化的作用,通过同伴支持、知识培训等方式对痴呆共病患者的照顾者进行干预,鼓励其发现自身价值,从而获得积极体验,采用积极管理策略。

表 6 积极管理在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间的中介效应分解

项目	效应值	标准误	95%CI	相对效应值(%)
总效应	0.209	0.060	0.091~0.236	100.0
直接效应	0.160	0.060	0.041~0.279	76.6
间接效应	0.049	0.022	0.012~0.096	23.4

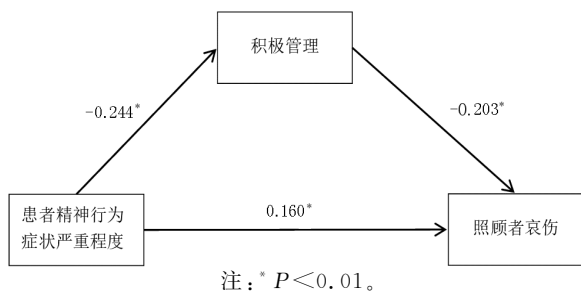


图 1 照顾者积极管理在患者精神行为症状严重程度和照顾者哀伤间的中介模型图

3.2 痴呆共病患者精神行为症状严重程度可直接影响照顾者哀伤 本研究结果显示,照顾者感知到患者精神行为症状越重,其哀伤水平越高(P<0.05)。可能因为随着患者病情及各种精神行为症状加重,导致照顾者的关怀难以得到患者正常的回应,甚至遭受患者辱骂和攻击,故照顾者易产生哀伤等消极情绪。哀伤在照顾者中普遍存在,且哀伤的程度随着症状加剧而进一步加深,如果哀伤得不到有效的关注和理解,可能会加重照顾者负面情绪,影响患者的照护质量^[25]。因此,医务人员应将患者及其照顾者视为一个整体,增进对照顾者哀伤情绪的理解,进而减轻其照护负担和心理压力。医务人员还可借助线上平台为照顾者提供个性化的护理服务和专业的医疗咨询,帮助照顾者更好地处理患者的精神行为问题,减轻照顾者哀伤。

3.3 照顾者积极管理策略在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间的中介效应分析 本研究结果显示,照顾者积极管理策略在患者精神行为症状严重程度与照顾者哀伤间起中介作用,中介效应占总效应的 23.4%(P<0.05)。表明痴呆共病患者精神行为症状严重程度不仅直接预测照顾者哀伤情绪,还可通过照顾者积极管理策略间接影响其哀伤情绪。情绪调节理论认为,照顾者通过管理策略来调节和处理情绪^[26]。当痴呆共病患者精神行为症状较轻时,照顾任务相对较少,照顾者有较长的自我休整时间,有精力学习照护知识^[10],提高了自我效能,倾向于采取积极管理策略,进而缓解哀伤情绪。研究表明,情感支持能强化个体对压力的积极处理能力,降低危机事件的严重性感知,从而对负面情绪起到间接保护作用^[27]。照顾者的家庭关怀度越高,能够获得更多的情感支持,越容易选择积极管理策略,更倾向于以积极的情绪状态来调整心理弹性水平^[27]。建议医务人员加强对痴呆共病患者照顾者的情感支持,逐步建立完善的以家庭为中心、家庭成员共同参与的医疗照护模式。同时,建立良好的医护患关系,帮助照顾者选择积极管理策略应对疾病。

4 结论

本研究结果显示,痴呆共病患者精神行为症状严重程度不仅直接预测照顾者哀伤情绪,还可通过照顾者积极管理策略间接影响其哀伤情绪。应鼓励照顾者采取积极管理策略,以降低其哀伤水平。本研究对象仅选取丽水市一所医院的痴呆共病患者及照顾者,研究结果的推广性受限,未来可进一步扩大样本量,通过多中心调查验证本研究结果;问卷由照顾者采用自我报告的形式填写,可能存在报告偏倚,今后可通过混合研究方法完善研究结果。

参考文献:

- [1] 范琰得.我国人口老龄化问题及对策研究[J].劳动保障世界,2017(29):13,15.
- [2] Paun O, Farran C J. Chronic grief management for dementia caregivers in transition: intervention development and implementation[J]. J Gerontol Nurs, 2011, 37(12): 28-35.
- [3] 吴闻雷,黄悦勤,刘肇瑞,等.中国老年期痴呆残疾的现况调查[J].中国心理卫生杂志,2024,38(11):936-942.
- [4] Helen C K, Constantine G L, Erin M M, et al. Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus[J]. Int Psychogeriatr, 2019, 31(1): 83-90.
- [5] 田金洲,解恒革,王鲁宁,等.中国阿尔茨海默病痴呆诊疗指南(2020年版)[J].中华老年医学杂志,2021,40(3): 269-283.
- [6] Kim B, Noh G O, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis[J]. BMC Geriatrics, 2021, 21(1):160.
- [7] 周滢,李峥.老年痴呆照顾者哀伤的研究进展[J].中华护

理杂志,2018,53(4):488-492.

[8] Arruda E H, Paun O. Dementia caregiver grief and bereave-merit;an integrative review[J]. West J Nurs Res, 2017,39(6):825-851.

[9] 刘杏,周玉梅,徐惠丽,等.中青年重症脑卒中患者主要照顾者预期性悲伤影响因素的结构方程模型构建[J].中国康复理论与实践,2024,30(4):454-461.

[10] 钟婉媚,扶中晴,高婧,等.广州市痴呆共病患者家庭照顾者护理能力的潜在剖面及影响因素分析[J].医学与社会,2024,37(7):70-77.

[11] 陈圆圆,金丽红,董路嘎,等.老年失智症照顾者家庭管理策略研究进展[J].护士进修杂志,2022,37(19):1757-1762,1766.

[12] Baharudin A D, Din N C, Subramaniam P, et al. The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia[J]. BMC Public Health, 2019, 19 (Suppl 4):447.

[13] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.

[14] 徐韬园. ICD-10 精神障碍分类[J].临床精神医学杂志,1992(3):164-165.

[15] 吴明隆.结构方程模型:AMOS的操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2010:37-59.

[16] 叶玉平,高钰琳,朱嘉钰,等.老年痴呆病人照顾者悲伤量表信度和效度评定[J].护理研究,2008,22(10):872-873.

[17] 马万欣,王华丽,Jeffrey L. Cummings,等.神经精神科问卷知情者版中文译本的信效度[J].中国心理卫生杂志,2010,24(5):338-342,361.

[18] Chien W T. Testing the psychometric properties of a Chinese version of Dementia Management Strategies Scale [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2015, 11: 1663-1675.

[19] 周浩,龙立荣.共同方法偏差的统计检验与控制方法[J].心理科学进展,2004,12(6):942-942.

[20] 刘贵竹,曾梦琴,陈澜玲,等.权力距离在老年慢性病患者健康素养和参与用药安全行为间的中介作用[J].护理学杂志,2024,39(8):107-110.

[21] 陈茵,李国平,姜娜,等.阿尔茨海默病患者家庭照顾者负担及其影响因素研究[J].岳阳职业技术学院学报,2017,6(32):7-11.

[22] 王静,陈红丽,陈雪,等.认知症居家患者高质量照护的内在逻辑与路径选择[J].医学与社会,2023,36(1):51-56.

[23] Bannon S, Reichman M, Popok P, et al. In it together: a qualitative meta-synthesis of common and unique psychosocial stressors and adaptive coping strategies of persons with young-onset dementia and their caregivers[J]. Gerontologist, 2022, 62(2): e123-e139.

[24] 李汝钊,宋洁,靳子恒,等.痴呆患者家庭照顾者照顾积极感受现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2024,39(8):97-101.

[25] 陈圆圆,董路嘎,吴月瑛,等.老年失智症家庭照顾者管理策略现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2021,36(9):87-91.

[26] 张文海,卢家楣.情绪调节的理论观点、相关模型及其展望[J].心理科学,2012,35(6):1474-1477.

[27] 张艳,胡德英,刘义兰,等.妇科肿瘤患者医学应对及负面情绪在家庭关怀度与心理弹性间的中介作用[J].护理学杂志,2023,38(12):89-92.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第 13 页)

[11] 田荣,贾秀丽.简易智能精神状态检查量表检测对痴呆患者临床护理的指导作用[J].临床医学研究与实践,2018,3(17):159-160.

[12] 赵依帆,王莉,张天芳,等.认知-运动双重任务训练对老年肌少症患者认知和肢体功能的影响[J].中国康复医学杂志,2021,36(9):1118-1122.

[13] 宗小燕,宗前兴,王雪菲,等.骨质疏松老年人运动干预的最佳证据总结[J].护理学报,2023,30(12):56-61.

[14] Liepelt R, Strobach T, Frensch P, et al. Improved inter-task coordination after extensive dual-task practice[J]. Q J Exp Psychol (Hove), 2011, 64(7): 1251-1272.

[15] 张慧鑫,张瑞丽,李玉芝,等.双重任务训练对养老院老年人步态与平衡功能的影响[J].护理学杂志,2020,35(2):94-98.

[16] 严华.运动-认知双重任务训练对老年脑卒中合并肌少症患者的认知及下肢功能的影响[J].中国老年保健医学,2023,21(1):43-46,53.

[17] 邓介超,唐海,刘建泉,等. Otago 运动训练对老年骨质疏松症患者平衡能力和跌倒风险的影响[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2022,15(1):31-35.

[18] 谭晓欢,姜桂萍,黄芯怡,等.社区高龄老年人下肢肌力与步速的关系:柔韧和动态平衡的链式中介作用[J].中国康复理论与实践,2023,29(6):646-653.

[19] 高静,吴晨曦,柏丁兮,等. Tinetti 平衡与步态量表用于老年人跌倒风险评估的信效度研究[J].中国实用护理杂志,2014,30(5):61-63.

[20] 管强,韩红杰,詹青,等.活动平衡信心量表(中文版)的信度与效度研究[J].同济大学学报(医学版),2011,32(3):81-84.

[21] 孙志成,顾晓美,欧阳钢,等.基于虚拟现实的八段锦对养老机构老年骨质疏松症患者跌倒风险及生活质量的影响[J].中国医药导报,2020,17(1):90-93,97.

[22] 刘亚楠,赵颖,王楠,等.认知-运动双任务训练对老年糖尿病患者认知衰弱的影响[J].护理学杂志,2024,39(14):6-10.

[23] Tong Y, Rong J, Tian X, et al. Use of dual-task timed-up-and-go tests for predicting falls in physically active, community-dwelling older adults: a prospective study [J]. J Aging Phys Act, 2023, 31(6): 948-955.

[24] 向静,胥方元.步态分析在临床康复应用中的研究进展[J].现代医药卫生,2014,30(22):3411-3413.

[25] Sengar S, Raghav D, Bhadana M, et al. Efficacy of dual-task training with two different priorities instructional sets on gait parameters in patients with chronic stroke [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2019, 15: 2959-2969.

(本文编辑 韩燕红)