



基层医生衰弱认知水平及影响因素研究

赵双焯, 徐小惠, 宋希, 顾建丽, 申玉英

南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)全科医学科, 江苏 南京 210000

摘要:以南京市12个区的基层医生为研究对象,开展线上问卷调查,了解南京市基层医生自评衰弱认知知识—态度—行为(KAP)现状,并分析其影响因素。共计回收105份有效问卷,基层医生衰弱认知评估KAP量表总得分为(69.09±12.76)分,知识、态度、行为维度得分分别为(14.70±4.08)分、(22.16±4.22)分、(32.22±7.17)分。回归分析结果显示,对衰弱的了解程度、获取衰弱相关知识的途径、衰弱评估频次是基层医生衰弱认知评估知识维度得分的影响因素($P<0.05$);男、女性基层医生的衰弱评估态度维度得分差异有统计学意义($P<0.05$);不同的知识获取途径是基层医生衰弱认知评估行为维度得分的影响因素($P<0.05$)。研究结果说明,基层医生对衰弱认知评估的态度较为积极,但知识水平和行动能力有待提高。

关键词:衰弱;基层医生;知识—态度—行为;多重线性回归

中图分类号:R192.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2024)06-634-007

doi:10.7655/NYDXBSS240368

随着人口老龄化趋势的加剧,衰弱已成为一个备受关注的健康问题^[1]。衰弱(Frailty)最初由Fried等^[2]定义为一组与年龄相关的生物学变化驱动导致机体耐受能力下降、抗应激能力减退、机体易损性增加的非特异性临床状态。衰弱在高龄和共病的老年人中非常普遍,常为多种慢性病、某次急性事件或严重疾病的后果^[3],不仅对个体的生活质量和身体功能造成影响,还给医疗系统和社会带来巨大的负担^[4-5]。目前衰弱的全球患病率为12%~24%^[6],我国60岁及以上社区老年人的衰弱患病率约为10%^[7]。有研究显示,老年人的衰弱是可以被识别、管理、预防甚至逆转的^[8]。因此,识别那些处于不同衰弱阶段的老年人,予以针对性管理和干预尤为重要。在这一背景下,基层医生作为居民健康的守门人,承担着早期发现、评估和管理衰弱的重要责任。世界卫生组织的“全球老龄化与健康战略和行动计划”^[9]指出,所有医疗保健专业人员都应接受培训,以确保满足人们的需求。英国老年医学会(BGS)^[10]建议,所有医疗保健专业人员应对前来就

诊的老年人进行全面的衰弱评估。同时,他们应开发可共享的照护计划,并通过电子系统将这些计划共享给各类护理人员。此外,还应制定针对衰弱的当地协议和处理路径。然而,目前我国对基层医生在老年衰弱症的了解和管理方面的研究仍然有限。因此,本研究以基层医生为研究对象,深入了解他们在衰弱评估方面的能力水平及影响因素,更全面地认识他们在识别和管理衰弱方面的挑战和需求,旨在为相关政策的制定、培训课程的设置提供依据,从而帮助基层医生更好地进行衰弱患者的评估与管理。

一、对象和方法

(一)研究对象

2023年11—12月,对南京市社区卫生服务中心的基层医生开展线上问卷调查。研究对象纳入标准:①自愿参加本次调查;②调查期间在职在岗,对研究内容知情并同意进行调查。排除标准:①脱岗时间≥1年的基层医生;②拒绝参与本次调查;③不

基金项目:江苏省医院管理创新研究立项项目“基于实训基地的基层全科医师传染病防治管理能力提升体系的构建”(JSYGY-3-2023-264)

收稿日期:2024-08-30

作者简介:赵双焯(1999—),女,福建漳州人,硕士研究生在读,住院医师,研究方向为老年衰弱症;申玉英(1969—),女,江苏南京人,主任医师,研究方向为老年衰弱症、真菌感染、教学管理,通信作者,yyshen0203@163.com。

直接提供医疗服务,如护士、药剂师、行政人员等。本研究共有49家社区卫生服务中心的111名全科医生参与调查,共回收有效问卷105份,问卷回收有效率为94.6%。

(二)研究方法

1. 问卷调查

研究者根据知识-态度-行为(knowledge-attitude-practice, KAP)理论框架,基于国外相关文献,参考《老年人衰弱预防中国专家共识(2022)》^[7]《老年患者衰弱评估与干预中国专家共识》^[11]自行设计初稿,经由多位专家反复论证,并随机抽取10名基层医生进行预调查,通过离散趋势法、临界比值法、相关系数法、Cronbach's α 系数法及因子分析法等对预调查结果进行条目筛选,对达到3种以上删除提示的条目予以删除,形成基层医生衰弱评估KAP最终版量表。问卷由两部分组成:①基层医生基本情况,包括性别、年龄、工作单位、职称、执业范围、最高学历、从医年限、对衰弱的总体了解程度、进行衰弱评估的频次、获取衰弱相关知识的途径。②基层医生衰弱评估KAP量表,此量表包括21个条目,知识维度包括衰弱的定义、临床表现、危险因素、评估方式、分期、干预方式等6个条目;态度维度包括衰弱评估的重要性、衰弱知识的重要性、衰弱评估的实施意愿、提供健康教育的意愿、对相关培训的态度及参加意愿等6个条目;行为维度包括对衰弱患者的评估与管理(问诊情况、体格检查、衰弱分期、患者的依从性、衰弱说明、建立健康档案、电子平台管理)、双向转诊、随诊等9个条目,各条目均采用Likert 5级评分法,按照“不了解、不太了解、一般了解、比较了解、非常了解”由低到高的分类方法分别赋值1~5分,知识维度、态度维度、行为维度得分范围分别为6~30分、6~30分、9~45分,KAP量表总分得分范围为21~105分,得分越高,表明基层医生衰弱评估的知识、态度、行为状况越好。得分率=人群量表平均得分/量表总分 $\times 100\%$ 。

2. 信效度检验

本研究KAP量表知识、态度、行为3个维度的Cronbach's α 系数为0.857~0.911, Spearman-Brown系数为0.803~0.866,重测信度0.812~0.905,三因子模型累计贡献率为65.944%,该量表具有良好的信度和效度。

3. 问卷收集与质量控制

在正式调查之前,首先进行预调查以检测潜在的问题并据此进行调整,把控问卷整体质量。在“问卷星”平台制作问卷,由调查员通过南京市基层卫生人员实训基地指导中心在研究对象的微信工作群发布问卷海报,并说明注意事项,问卷均由研究对象独立完成。问卷中所有题目均为必选题,完

整填写后方可提交,可用手机/电脑/平板电脑等电子设备进行作答,每个微信账号仅能作答一次。问卷回收后由两位研究人员进行双重审核,工作单位未写清楚、答题时间过短(<120 秒)、有明显规律性作答、答题前后不一致均视为无效问卷,予以剔除。

(三)统计学方法

采用SPSS 25.0和AMOS 25.0软件进行数据分析和信效度检验,将“问卷星”平台的原始问卷数据导入Excel 2021进行数据整理。本研究计数资料以频数和百分比描述。计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)描述,两组间比较采用独立样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析,采用多重线性回归分析基层医生衰弱认知水平的影响因素。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)研究对象基本情况

参与答题的105名基层医生中,女67人(63.81%);年龄31~40岁46人(43.81%);27人(25.71%)工作单位位于建邺区;85人(80.95%)最高学历为本科;副高级职称有39人(37.14%);从医年限11~20年有43人(40.95%);近1年内仅有22人(20.95%)参加过衰弱相关知识培训。

(二)基层医生衰弱认知自评KAP量表得分情况

基层医生自评衰弱知信行总得分为(69.09 \pm 12.76)分,得分率65.8%;知识维度得分(14.70 \pm 4.08)分,得分率49.0%;态度维度得分(22.16 \pm 4.22)分,得分率73.9%;行为维度得分(32.22 \pm 7.17)分,得分率71.6%。基层医生自评衰弱认知知识、态度、行为维度具体条目得分见表1。

(三)不同基本情况的基层医生衰弱认知评估KAP量表各维度得分比较

基层医生衰弱认知评估KAP量表知识维度得分比较结果显示,学历、对衰弱的了解程度、目前进行衰弱评估的频次、参加培训、获取衰弱知识途径等方面,差异有统计学意义($P<0.05$)。态度维度得分比较,女性得分高于男性,差异有统计学意义($P<0.05$)。行为维度得分比较,在参加培训、获取衰弱知识途径两方面差异有统计学意义($P<0.05$,表2)。

(四)基层医生衰弱认知评估KAP量表各维度得分影响因素的多重线性回归分析

以基层医生衰弱认知评估知识、态度、行为各维度得分作为因变量,以单因素方差分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,进行多重线性回归分析($\alpha_{\lambda}=0.05, \alpha_{\text{出}}=0.10$)。结果显示:①对衰弱的了解程度、获取知识的途径是基层医生衰弱评估知识维度得分的影响因素($P<0.05$),对衰弱的了解程度越深、获取知识的途径越多,基层医生衰弱认知评

表1 基层医生衰弱认知评估KAP量表的具体条目得分
($\bar{x} \pm s$, 分)

维度	条目	得分
知识	衰弱的定义	2.63±0.72
	衰弱的临床表现	2.74±0.77
	衰弱的危险因素	2.76±0.84
	衰弱的评估方式	2.16±0.89
	衰弱的分期	2.08±0.84
	衰弱的干预方式	2.33±0.83
态度	我认为定期进行衰弱评估很重要	3.94±0.91
	我认为自身衰弱知识能满足临床需要	2.58±1.04
	我认为衰弱评估知识培训很重要	4.06±0.77
	我愿意定期为老年患者进行衰弱评估	3.78±0.97
	我愿意为老年衰弱患者提供健康教育	3.91±0.92
行为	我愿意参加衰弱评估相关培训	3.89±0.89
	我会每年对老年患者进行衰弱评估	3.47±1.04
	我会在诊疗时关注患者的用药史、跌倒史、营养状况等情况	4.09±0.86
	我会在评估衰弱的同时评估患者饮食、睡眠、精神心理情况等	4.06±0.90
	我会在诊疗时正确评估衰弱患者的衰弱分期	3.22±1.10
	我会评估患者健康教育的依从性	3.79±0.93
	我会在诊疗时为患者详细说明患者的衰弱情况	3.43±1.13
	我会在接诊患者时建立/更新患者的衰弱评估档案	3.21±1.18
	我会通过电子平台(如微信群、公众号、APP等)对衰弱患者进行管理	3.12±1.20
	我会对伴有老年综合征等的老年人及时向上级医院转诊	3.84±0.98

估知识维度的得分就越高,衰弱评估频次为1次/年~<1次/半年的基层医生知识维度得分比未进行评估的高1.864分;②女性基层医生衰弱评估态度维度得分比男性基层医生高1.903分;获取衰弱相关知识的途径是基层医生衰弱认知评估行为维度得分的影响因素($P<0.05$),获取知识的途径越多,基层医生衰弱认知评估行为维度的得分就越高(表3)。

三、讨论

(一)基层医生衰弱认知评估知信行现状

1. 基层医生衰弱认知评估的知识水平有待提高

衰弱是老年人常见的健康问题,但是基层医生对于衰弱的诊断、分期和干预方式等方面的知识仍然不足。现有研究显示,基层医疗机构专业人员对衰弱知识掌握的情况不容乐观^[12-15]。Warren等^[16]的一项系统综述显示,许多医疗专业人员对衰弱知之甚少,主要体现在衰弱的定义、衰弱的筛查工具等方面。一项针对巴西医疗保健专业人员的调查结果显示,他们对老年衰弱症知识的了解非常有限

(52.6%),实践知识水平较低(55.1%),仅有12.5%的受访者能够正确定义衰弱^[17]。欧盟卫生政策管理人员表示,目前医疗服务中尚未对老年衰弱症进行充分管理,很大程度上是由于基层卫生人员缺乏这方面的知识^[18]。这可能是因为大多数基层医生并非来自老年医学专业,未接受过系统的老年衰弱症培训。此外,衰弱作为一个新兴概念,其在医学教育中的覆盖较少^[19],同时基层医生在实际工作中接触衰弱评估的机会也较为有限。因此,建议在医学教育体系中进一步强化有关衰弱综合征的理论知识与实践技能培训,鼓励基层医生积极参与相关的专业培训和学术交流活动,提升基层医疗工作者对衰弱综合征的认识和处理能力,从而更有效地识别和管理患者的衰弱风险,最终优化临床管理质量与患者预后。

2. 基层医生衰弱认知评估的态度较积极

大部分基层医生对“定期进行衰弱评估很重要”“衰弱评估知识培训很重要”较为赞同,这表明基层医生已经意识到衰弱评估在防治疾病及延缓疾病进程中的重要意义。同时,他们也已经知晓衰弱评估的知识培训对于学习和巩固衰弱相关新知识与新技能,并在临床实践中合理运用于衰弱老年人管理的必要性。基层医生对培训的高度兴趣表明了这些与能力相关的障碍可能很容易解决。一项为基层医疗专业人员组织的为期一天的衰弱培训课程显示,在培训结束后及3个月后,医疗人员对衰弱的态度、知识和日常实践都有所改善^[20]。

基层医生在“自身衰弱知识能满足临床需要”“愿意定期为老年患者进行衰弱评估”等条目得分相对较低,表明他们已经知晓自身掌握知识的不足,也认识到衰弱评估对衰弱患者健康管理的重要性,但实施意愿较低,忽略了自身在老年患者衰弱筛查与管理中的价值。健康信念模型(HBM)指出,促使个人采取行动的动力不仅受到自我效能的影响,还会受到该事件可能带来的负面后果、所需付出的实际成本以及该事件所带来的优势或利益等阻碍或促进因素的影响^[21]。基层医生对衰弱评估的实施意愿不仅关乎其态度,还可能受到个人时间精力、能力、经济情况、国家政策及患者意愿等方面的影响。因此,建议卫生行政部门能够制定并推广有利于衰弱评估的国家或地方政策;基层医疗机构能够优化工作流程,通过合理调整工作安排,减轻基层医生的时间和精神压力,同时加强跨部门的协作与支持,确保基层医生在实施衰弱评估时能够获得多方支持,进一步提升评估工作的可行性与可持续性。

3. 基层医生衰弱评估的实践能力有待提高

基层医生在“诊疗时关注患者的用药史、跌倒

表2 不同基本情况基层医生衰弱认知评估KAP量表各维度得分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

基本情况	例数	知识得分	态度得分	行为得分	基本情况	例数	知识得分	态度得分	行为得分
性别					从医年限				
男	38	14.84±4.55	20.95±5.16	31.53±7.75	0~3年	8	14.00±4.38	23.38±3.11	34.75±7.36
女	67	14.63±3.82	22.85±3.44	32.61±6.86	4~6年	5	15.40±4.62	25.60±2.97	35.80±5.45
<i>t</i> 值		0.259	-2.263	-0.744	7~10年	16	15.00±4.55	22.75±4.65	32.44±7.71
<i>P</i> 值		0.796	0.026	0.459	11~20年	43	14.19±3.53	22.35±3.47	31.86±6.70
年龄					>20年	33	15.30±4.50	20.82±4.95	31.42±7.78
<30岁	11	14.18±4.56	24.18±4.07	35.73±6.96	<i>F</i> 值		0.458	2.002	0.684
31~40岁	46	14.48±3.48	22.28±3.22	31.20±6.18	<i>P</i> 值		0.766	0.100	0.605
41~50岁	40	14.47±4.43	21.62±5.25	32.40±8.41	对衰弱的了解程度				
>50岁	8	17.88±4.22	21.38±3.50	32.38±5.45	不了解	8	10.88±3.80	21.75±5.65	30.62±9.12
<i>F</i> 值		1.800	1.165	1.206	不太了解	34	12.94±3.76	22.15±3.86	32.29±7.55
<i>P</i> 值		0.152	0.327	0.312	一般了解	51	15.69±3.33	21.80±4.51	31.61±6.64
工作单位					比较了解	12	18.08±4.27	24.00±2.56	35.67±6.76
雨花台区	14	16.14±5.74	23.21±4.90	35.93±7.44	<i>F</i> 值		10.416	0.903	1.187
玄武区	7	13.00±2.83	21.14±4.91	27.57±6.19	<i>P</i> 值		<0.001	0.442	0.319
秦淮区	5	14.80±3.27	23.60±4.34	28.20±7.60	目前进行衰弱评估的频次				
栖霞区	9	13.67±5.59	21.33±6.26	30.89±7.49	未进行评估	55	13.02±3.72	21.18±4.42	30.56±7.48
浦口区	8	16.00±3.46	25.12±3.68	36.75±6.78	<1次/2年	2	14.50±7.78	25.50±6.36	36.00±12.73
六合区	11	16.55±2.30	21.00±3.61	31.64±6.28	1次/2年~<1次/年	10	17.10±3.41	22.50±4.38	34.20±8.38
溧水区	3	15.33±5.51	24.33±1.53	34.00±7.00	1次/年~<1次/半年	26	16.46±3.86	23.77±3.18	34.50±5.41
江宁区	17	15.35±4.66	21.82±4.49	30.29±7.81	≥1次/半年	12	16.67±3.11	22.33±4.14	32.58±6.43
江北新区	1	13.00	23.00	36.00	<i>F</i> 值		6.115	2.102	1.778
建邺区	27	13.48±2.91	21.52±3.29	32.67±5.88	<i>P</i> 值		<0.001	0.086	0.139
鼓楼区	3	12.00±2.65	21.33±3.21	30.33±12.74	最近一次接受衰弱相关知识培训				
<i>F</i> 值		1.113	0.854	1.441	未参加过	83	13.87±3.82	21.64±4.28	31.30±7.19
<i>P</i> 值		0.361	0.579	0.175	1月内	4	14.50±3.87	24.00±4.08	34.75±7.76
职称					半年内	8	18.62±3.46	23.25±3.15	33.62±5.68
初级	17	14.82±4.45	24.18±3.30	35.41±7.43	1年内	10	18.60±2.84	24.90±3.57	37.70±5.74
中级	36	15.22±3.37	22.08±3.52	30.36±5.84	<i>F</i> 值		8.015	2.344	2.806
副高级	39	13.87±4.32	21.59±4.92	32.74±7.74	<i>P</i> 值		<0.001	0.077	0.043
高级	13	15.62±4.66	21.46±4.43	31.62±7.56	获取衰弱相关知识的途径				
<i>F</i> 值		0.954	1.685	2.091	未获取	24	11.12±3.39	20.71±5.20	29.33±7.28
<i>P</i> 值		0.418	0.175	0.106	1种方式	32	14.56±4.07	21.88±4.13	31.03±7.56
职业范围					2种方式	19	15.84±2.99	22.63±3.22	33.05±5.69
全科	79	14.85±4.20	21.99±4.41	31.87±7.45	3种方式	15	16.07±3.33	22.00±3.21	34.40±6.32
中医全科	15	14.33±3.37	21.73±2.71	31.67±5.46	4种方式	8	18.12±1.73	23.50±4.14	34.00±5.76
康复	2	14.50±6.36	27.50±0.71	38.50±3.54	5种方式	77	17.71±4.07	26.00±3.61	38.57±7.63
其他	9	14.11±4.28	23.22±4.47	34.78±7.46	<i>F</i> 值		8.440	2.068	2.677
<i>F</i> 值		0.136	1.365	0.983	<i>P</i> 值		<0.001	0.076	0.026
<i>P</i> 值		0.939	0.258	0.404	最高学历				
大专及以下	7	16.43±3.26	23.29±3.20	36.86±6.20	大专及以下	7	16.43±3.26	23.29±3.20	36.86±6.20
本科	85	14.95±4.04	22.01±4.33	31.89±7.30	本科	85	14.95±4.04	22.01±4.33	31.89±7.30
硕士	13	12.15±3.98	22.54±4.14	31.85±6.35	硕士	13	12.15±3.98	22.54±4.14	31.85±6.35
<i>F</i> 值		3.480	0.350	1.590	<i>F</i> 值		3.480	0.350	1.590
<i>P</i> 值		0.035	0.706	0.210	<i>P</i> 值		0.035	0.706	0.210

史、营养状况等情况”等方面实践能力较强,表明基层医生在诊疗过程中能较好地发挥全科医生的职能,在个体化评估、综合关怀方面展现出较强的实践能力。但基层医生“在诊疗时正确评估衰弱患者

的衰弱分期”“在诊疗时为患者详细说明患者的衰弱情况”“接诊患者时建立/更新患者的衰弱评估档案”“通过电子平台对衰弱患者进行管理”等条目得分较低,表明基层医生缺乏相关知识和培训,以至

表3 基层医生衰弱认知评估KAP量表各维度得分影响因素的多重线性回归分析

变量	未标准化系数		标准化系数 (β)	t	P	B的95%置信区间	共线性诊断	
	B	SE					容差	VIF
知识维度								
最高学历(以大专及以下为参照)								
本科	-1.233	1.367	0.119	-0.902	0.370	-3.948~1.482	0.346	2.892
硕士	-2.624	1.594	-0.213	-1.646	0.103	-5.790~0.541	0.362	2.766
对衰弱的了解程度	1.391	0.459	0.268	3.029	0.003	0.479~2.303	0.772	1.295
目前进行衰弱评估的频次(以未进行评估为参照)								
<1次/2年	-1.108	2.413	-0.037	-0.459	0.647	-5.900~3.685	0.916	1.092
1次/2年~<1次/年	2.034	1.230	0.147	1.654	0.102	-0.408~4.476	0.765	1.308
1次/年~<1次/半年	1.864	0.882	0.198	2.113	0.037	0.112~3.617	0.687	1.455
≥1次/半年	1.745	1.204	0.137	1.449	0.151	-0.646~4.137	0.679	1.473
最近一次培训的时间(以未参加过为参照)								
1月内	-1.688	1.765	-0.080	-0.956	0.341	-5.193~1.818	0.873	1.146
半年内	1.496	1.413	0.098	1.059	0.293	-1.310~4.302	0.709	1.410
1年内	1.893	1.239	0.137	1.527	0.130	-0.568~4.354	0.753	1.328
获取衰弱相关知识的途径	0.556	0.278	0.203	1.998	0.049	0.003~1.109	0.585	1.708
常量	10.330	1.732	—	5.964	<0.001	6.891~13.770	—	—
态度维度								
性别(以男为参照)								
女	1.903	0.841	0.218	2.263	0.026	0.235~3.571	1.000	1.000
常量	20.947	0.672	—	31.181	<0.001	19.615~22.280	—	—
行为维度								
最近一次培训的时间(以未参加过为参照)								
1月内	2.533	3.494	0.068	0.725	0.470	-4.399~9.465	0.982	1.018
半年内	-0.879	2.788	-0.033	-0.315	0.753	-6.410~4.652	0.803	1.245
1年内	3.653	2.497	0.150	1.463	0.147	-1.301~8.607	0.818	1.223
获取衰弱相关知识的途径	1.408	0.529	0.292	2.661	0.009	0.358~2.457	0.715	1.399
常量	29.402	1.032	—	28.484	<0.001	27.354~31.450	—	—

SE: 标准错误; VIF: 方差膨胀因子。

于在对患者进行衰弱评估以及向患者解释衰弱情况方面存在一定的困难,同时没有充分重视评估档案在管理衰弱患者中的有效性,较少使用电子信息平台与患者交流,缺乏足够的技术应用能力。有研究表明,通过互联网平台进行健康与疾病管理,不仅能提高医患沟通的效率和质量,还能提高患者治疗的依从性和自我行为管理能力,实现个性化的精准干预^[22-24]。由于我国基层医生供需失衡,现有的基层医生承担着较为繁重的日常工作^[25],基层医生没有足够的时间与精力对患者进行全面的衰弱评估与健康管理工作。因此,建议加强基层医疗人才队伍建设,同时加强老年衰弱症的培训,以便基层医生更好地进行衰弱的评估和管理。此外,还可以通过建立多学科协作机制,让基层医生与其他专业人士(如专科医生、护士等)进行合作,共同提供全面的衰弱管理服务。

(二)基层医生衰弱认知评估KAP量表得分影响因素

对衰弱的了解程度与目前衰弱评估的频次对基层医生衰弱认知评估知识维度得分有正向预测作

用,获取衰弱相关知识的途径是基层医生衰弱认知评估知识和行为维度得分的共同影响因素,提示理论学习与实践积累均能够提高基层医生衰弱认知评估的专业水平。Warren等^[16]的研究表明,医护人员自身理论知识的储备与实践技能的掌握是不断提高自身专业能力的重要途径。不同性别的基层医生的衰弱评估态度维度得分有显著差异,一方面可能是由于男女性格差异,另一方面可能与参与此次调查的女医生较多有关。本研究所调查的基层医生中,超过一半(52.4%)未开始进行衰弱评估,这可能与大多数的基层医生缺乏衰弱评估的意识,或是存在时间和资源的限制,或是缺乏相关的培训和指导等因素有关;超过四分之三(79.0%)的基层医生从未参加过衰弱相关知识培训,这与其他研究结果一致,医疗专业人员缺乏足够的衰弱培训^[26-27]。近来的一项针对九个衰弱培训项目的系统评价显示^[16],培训可以有效地建立医疗专业人员的知识和技能,但大多数课程都没有涉及专门针对衰弱管理策略的教学,许多项目评估的都是自我感知的疗效,并非患者结果的客观变化,还需要进一步的确

认研究。基层医生作为居民首要接触的医疗服务提供者,在医疗系统中扮演着重要角色,基层医生需要不断提高衰弱的知识水平和管理能力,同时基层医疗机构可以采取灵活多样的形式和方法开展衰弱培训项目,为基层医生提供社会支持。

综上所述,基层医生衰弱认知评估的KAP水平,除了与医生自身教育与文化背景相关,还受到基层医疗机构、政府政策、社会文化等外界因素的影响。卫生行政部门可以通过政策优势吸引更多高素质医疗人才,同时为基层提供足够的资源条件、加强不同层次人才的培训和管理,提升老年衰弱评估和管理能力。本研究结果显示,基层医生十分重视老年衰弱症,然而缺乏知识、培训以及资源等阻碍了将老年衰弱评估和管理纳入实践。通过培训计划,可以迅速将对老年衰弱评估和管理的研究转化为实践。

本次调查对象仅限于南京市内的基层医生,样本量相对较少,同时男女比例不均衡,导致结果存在一定的偏倚,今后在研究中将扩大样本量,平衡男女比例。考虑全国各地存在经济发展、地区文化等方面的差异,应谨慎评估本研究结果的外推性。但该研究在一定程度上反映了基层医生对衰弱的管理和诊治的能力现状,仍具有较好的现实借鉴意义。

参考文献

- [1] DENT E, HANLON P, SIM M, et al. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: a narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology[J]. *Ageing Res Rev*, 2023, 91: 102082
- [2] FRIED L P, TANGEN C M, WALSTON J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2001, 56(3): M146-M156
- [3] 石婧,于普林. 重视老年人衰弱与慢性病的管理[J]. *中华全科医师杂志*, 2022, 21(6): 501-504
- [4] SEZGIN D, O'DONOVAN M, WOO J, et al. Early identification of frailty: Developing an international Delphi consensus on pre - frailty [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2022, 99: 104586
- [5] KASAJIMA M, EGGLESTON K, KUSAKA S, et al. Projecting prevalence of frailty and dementia and the economic cost of care in Japan from 2016 to 2043: a micro-simulation modelling study[J]. *Lancet Public Health*, 2022, 7(5): e458-e468
- [6] DLIMA S D, HALL A, AMINU A Q, et al. Frailty: a global health challenge in need of local action [J]. *BMJ Glob Health*, 2024, 9(8): e015173
- [7] 中华医学会老年医学分会,《中华老年医学杂志》编辑委员会. 老年人衰弱预防中国专家共识(2022)[J]. *中华老年医学杂志*, 2022, 41(5): 503-511
- [8] TRAVERS J, ROMERO-ORTUNO R, BAILEY J, et al. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions [J]. *Br J Gen Pract*, 2019, 69(678): e61-e69
- [9] RUDNICKA E, NAPIERAŁA P, PODFIGURNA A, et al. The World Health Organization(WHO) approach to healthy ageing[J]. *Maturitas*, 2020, 139: 6-11
- [10] PRACTITIONERS G. Fit for frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings [R]. London: British Geriatrics Society, 2014
- [11] 中华医学会老年医学分会. 老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J]. *中华老年医学杂志*, 2017, 36(3): 251-256
- [12] FROST R, ROBINSON K, GORDON A, et al. Identifying and managing frailty: a survey of UK healthcare professionals[J]. *J Appl Gerontol*, 2024, 43(4): 402-412
- [13] SEELEY A, GLOGOWSKA M, HAYWARD G. How do primary care clinicians approach the management of frailty? A qualitative interview study [J]. *Age Ageing*, 2024, 53(5): afae093
- [14] SEELEY A, GLOGOWSKA M, HAYWARD G. 'Frailty as an adjective rather than a diagnosis' -identification of frailty in primary care: a qualitative interview study[J]. *Age Ageing*, 2023, 52(6): afad095
- [15] PLOEG T V D. Nurses' opinions on frailty[J]. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 2022, 10(9): 1632
- [16] WARREN N, GORDON E, PEARSON E, et al. A systematic review of frailty education programs for health care professionals [J]. *Australas J Ageing*, 2022, 41(4): e310-e319
- [17] MESQUITA W, RICCI N. What do Brazilian health professionals know about the frailty syndrome? A cross-sectional study[J]. *BMC Geriatr*, 2022, 22(1): 232
- [18] GWYTHYR H, SHAW R, JAIME DAUDEN E A, et al. Understanding frailty: a qualitative study of European healthcare policy-makers' approaches to frailty screening and management [J]. *BMJ Open*, 2018, 8(1): e018653
- [19] WINTER R, PEARSON G M E. Exploring the challenges of frailty in medical education[J]. *J Frailty Aging*, 2023, 12(2): 134-138
- [20] KOTSANI M, AVGERINOUC, HAIDICH A B, et al. Feasibility and impact of a short training course on frailty destined for primary health care professionals [J]. *Eur Geriatr Med*, 2021, 12(2): 333-346

- [21] SHARMA M, ROMAS J A. Theoretical foundations of health education and health promotion[J]. Aust N Z J Public Health, 2010, 34(1):98
- [22] 姚琳, 尚丹梅, 赵慧, 等. 移动网络在社区老年高血压管理中的效果及满意度调查[J]. 中国全科医学, 2024, 27(1): 85-90
- [23] 张兆阳, 赵允伍, 王晓松, 等. 主动健康视角下的“互联网+社区健康管理”[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(2): 138-143
- [24] 钱棱, 姜昱, 杨菁菁, 等. “互联网+”慢病管理平台在口腔潜在恶性疾患中的实践探索[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(5): 485-489
- [25] WEI Y, WANG F, PAN Z, et al. Work content of general practitioners in Beijing, China: A multi-method study[J]. Front Public Health, 2022, 10: 870224
- [26] ARCHIBALD M M, LAWLESS M, GILL T K, et al. Orthopaedic surgeons' perceptions of frailty and frailty screening[J]. BMC Geriatr, 2020, 20(1): 17
- [27] AVGERINO C, KOTSANI M, GAVANA M, et al. Perceptions, attitudes and training needs of primary health-care professionals in identifying and managing frailty: a qualitative study [J]. Eur Geriatr Med, 2021, 12(2): 321-332

(本文编辑:姜 鑫)

Study on the level of frailty awareness and influencing factors among primary care physicians

ZHAO Shuangye, XU Xiaohui, SONG Xi, GU Jianli, SHEN Yuying

Department of General Practice, Nanjing First Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210000, China

Abstract: The study aims to understand the current status of the knowledge, attitude and practice (KAP) regarding frailty assessment among primary doctors in Nanjing and to analyze its influencing factors. A self-designed questionnaire was used to conduct an online survey targeting primary doctors from 12 districts in Nanjing. A total of 105 valid questionnaires were collected. The total average score of KAP of the primary doctors on the frailty assessment was (69.09±12.76), with an average score of (14.70±4.08) on the knowledge dimension, (22.16±4.22) on the attitude dimension, and (32.22±7.17) on the practice dimension. The results of multiple linear regression analysis showed that the knowledge of frailty, the access of sources to frailty-related knowledge, and the frequency of frailty assessment were influencing factors for the knowledge dimension score of frailty assessment among primary doctors ($P<0.05$). There was a statistically significant difference in the attitude dimension score of frailty assessment between male and female primary doctors ($P<0.05$). Different sources of knowledge acquisition were influencing factors for the practice dimension score of frailty assessment among primary doctors ($P<0.05$). In conclusion, primary doctors have a relatively positive attitude towards frailty assessment, but there is room for improvement in their knowledge level and practice capability.

Key words: frailty; primary doctors; knowledge, attitude and practice; multiple linear regression