

附件 2

**巴中市哲学社会科学规划项目**  
**结项申请书**

立 项 编 号 BZ25ZC259

项 目 类 别 自筹课题

项 目 名 称 巴中市社区老年人肌少症防控知信行水平及影响因素

项 目 负 责 人 常建国

所 在 单 位 巴中市中心医院

填 表 日 期 2025.10.10

巴中市社会科学界联合会 制

2025 年 3 月

## 声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权利，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是 否

成果是否涉密： 是 否

项目负责人（签字）

年 月 日

## 填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。  
课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），  
并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，  
其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三  
级标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申  
报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申  
报者可直接报送市社科联

## 一、项目变更情况数据表

立项项目名称	巴中市社区老年人肌少症防控知信行水平及影响因素							
结项成果名称	巴中市社区老年人肌少症防控知信行水平及影响因素报告							
是否变更	A、是 <input checked="" type="checkbox"/> B、否		变更的内容		无			
原计划成果形式	研究报告		现成果形式		研究报告			
原计划完成时间	2025年10月10日		实际完成时间		2025年10月10日			
项目负责人及参与人员变更情况								
原负责人	姓    名	常建国	性别	男	民族	汉族	出生日期	1990年1月
	所在单位	巴中市中心医院		行政职务		无	专业职务	主治医师
	通讯地址	四川省巴中市巴州区将军大道七 支道巴中市中心医院南坝院区				联系电话	18782905435	
现负责人	姓    名	常建国	性别	男	民族	汉族	出生日期	1990年12月
	所在单位	巴中市中心医院		行政职务		副护士长	专业职务	主治医师
	通讯地址	四川省巴中市巴州区将军大道七 支道巴中市中心医院南坝院区				联系电话	18782905435	
原	姓    名	单    位		职    称		联系人电话		

参 与 人 员	熊桂芝	巴中市中心医院	主管护师	15980204382
	张伦基	巴中市中心医院	主任医师	13608240206
	卢富琨	巴中市中心医院	副主任医 师	15908343366
	张潇尹	巴中市中心医院	主治医师	15182078927
现 参 与 人 员	姓    名	单    位	职    称	联系 电话
	熊桂芝	巴中市中心医院	主管护师	15980204382
	张伦基	巴中市中心医院	主任医师	13608240206
	卢富琨	巴中市中心医院	副主任医 师	15908343366
	张潇尹	巴中市中心医院	主治医师	15182078927

## 二、申请人所在单位审核意见

(审核事项:1.成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容;2.最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。)

签 章  
年 月 日

## 三、县(区)社科联意见

(审核事项:1.成果有无意识形态问题; 2.是否同意结项。)

单位(公章):

负责人签字:

年 月 日

#### 四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

1.成果有无意识形态方面问题: 有  否

2.是否同意结项: 是  否

3.鉴定等级: 优秀  良好  合格

主审专家签字:

年 月 日

## 五、市社科联审核意见

单位（公章）：

年 月 日

# 巴中市社区老年人肌少症防控知信行水平及 影响因素报告

## 一、项目背景与价值

### （一）背景描述

肌少症是与年龄相关的肌肉质量、力量和功能下降的老年综合征，是老年人失能、跌倒、住院和死亡的重要危险因素。患有肌少症的老年人与无肌少症的老年人相比发生跌倒、骨折、失能等风险增加。同时，肌少症还会导致老年人运动功能失调，致其独立生活能力丧失，死亡风险明显增加。

预计到 2050 年，全球肌少症患病率将增至 5 亿左右，已成为严重的公共卫生问题。国外研究显示，社区 $>60$  岁的老年人肌少症患病率约为 10%~27%， $>75$  岁的老年人患病率达 50%。就国内而言，社区老年人肌少症的患病率为 8.9%~38.8%，且随着年龄的增加而显著增加，其中 $\geq 80$  岁的老年人肌少症患病率可达 67.1%。研究表明，肌少症发病风险在慢性病患者中的发生率显著提高，甚至与某些疾病的预后有关。我国作为慢性病大国，罹患肌少症风险显著增加，由此带来较高的疾病负担、发病率及死亡率，严重危害居民健康。数据表明，四川省和巴中市 $\geq 60$  岁人口分别占比 21.7% 和 24.5%，均显著高于国家水平(18.7%)。因此，老年肌少症的防控在我市具有重要的现实意义，亟需引起重视，采用科学的方法来降低肌少症的发病率。

虽然肌少症防治形势严峻，但肌少症是可防可控的，个体正确的疾病认知、积极的态度和有效的行为是预防和控制肌少症发生的关键。研究表明，对患者进行健康教育或相关培训可改善其相关健康行为从而达到预防或控制肌少症。国外研究显示，在对社区老年人群进行肌少症相关知识调查时，大多数参与者无法确定肌少症的适当治疗方法，并提出需要增加社区健康教育策略。我国对肌少症的相关研究较少，公众及医护人员对肌少症也普遍认识不足，60%的离退休干部不知晓肌少症防治

知识。因此，我国社区老年人群肌少症防控现状不容乐观。

知信行理论模式是疾病预防控制中最重要的行为干预理论之一，可以解释个体知识、态度或信念是怎么促进行为改变的。目前还未有针对我市社区老年人肌少症防控的知信行水平及影响因素研究，难以有效指导社区开展针对性干预措施。因此，调查并分析我市社区老年人群肌少症防控水平及相关影响因素，可为该类群体的肌少症预防控制提供更科学的依据和针对性的措施。

## （二）学术价值

（1）丰富我市老年肌少症防控理论体系。本研究以巴中市社区老年人为研究对象，从社会科学、医学、健康教育学等视角出发，聚焦该类群体肌少症防控的知信行水平及其影响因素，将肌少症防控问题置于社会环境和社区支持网络中进行考察，深入分析社区老年人对肌少症的认知、态度和行为现状，为完善我市肌少症防控理论体系提供新的研究视角和数据支持。

（2）推动我市多学科融合。本研究综合运用医学、社会学、心理学、统计学等多学科理论和方法，探索社区老年人肌少症防控的复杂性和多样性，推动多学科交叉融合，为老年肌少症患者健康问题研究提供新的思路和方法。

## （三）应用价值

(1) 为我市进一步开展关于社区老年人肌少症防控教育培训的研究提供依据。

(2) 为我市相关部门制定老年健康政策提供依据。本研究通过深入分析我市社区老年人肌少症防控现状及影响因素，提出针对性建议，可为社区健康教育政策、老年人运动促进政策、营养支持政策等，提供科学依据和数据支持。

(3) 助力我市社区老年健康服务体系建设。本研究结果可为社区开展老年人肌少症防控工作提供指导，帮助社区建立健全老年健康服务体系，提高社区老年健康服务能力和水平，促进老年人健康福祉。

(4) 提升我市公众对肌少症的认识和关注。本研究通过开展社区调查，提高公众对肌少症的认识和关注，增强老年人主动预防的意识，营造全社会共同关注老年健康的良好氛围。

(5) 促进健康老龄化社会建设。本研究通过推动社区老年人肌少症防控工作，降低老年人失能风险，提高老年人生活质量，减轻家庭和社会负担，促进健康老龄化社会建设。

## **二、主要研究目标**

本课题以“知信行理论”为框架，通过对巴中市社区老年人进行横断面调查，系统评估本地区老年人群对肌少症的认知、信念/态度及行为现状，并深入探讨其关键影响因素。据此拟定

符合巴中市地域特色的、精准化、社区化的肌少症防控干预策略提供科学依据，助力健康老龄化。

### **三、研究对象与方法**

#### **(一) 研究对象**

随机抽取我市社区 120 名 60 岁及以上老年人作为研究对象。（1）纳入标准 年龄 $\geq 60$  岁；在所选社区居住时间 $\geq 6$  个月；意识清楚，能够正常沟通交流；自愿参与本研究并签署知情同意书。（2）排除标准 患有严重精神疾病或认知功能障碍，无法配合完成调查；患有严重躯体疾病，如恶性肿瘤、严重心功能不全等，预计生存期 $<6$  个月。

#### **(二) 调查工具和方法**

##### **1. 调查工具**

###### **(1) 调查工具**

1) 一般情况调查表。包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、经济状况、居住方式、慢性病患病情况等。

2) 社区老年人肌少症防控知信行量表。该量表包括知识、态度、行为 3 个维度共 25 个条目，量表总 Cronbach's a 系数为 0.825。量表的知识和态度维度各条目采用 Likert5 级评分法，从“完全不认同”到“完全认同”依次计 1~5 分，得分越高，知识认同程度越高、态度越好；行为维度中，各条目采用 Likert5 级评分，

“从不、很少、有时、经常、总是”分别赋分为1~5分，得分越高，行为水平越高。量表的总分为三个维度得分之和，得分越高，说明老年人肌少症防控知信行水平越高。

## 2. 资料收集方法

由经过统一培训的调查员在现场通过问卷星平台采集数据。问卷发放前，已征得所有被调查者的知情同意。问卷中采用标准化指导语，清晰说明研究目的、意义及填写注意事项，并设置完整性校验，确保问卷填写完整方可提交。课题组成员定期对问卷数据进行质量核查，及时剔除无效问卷。

## 3. 质量控制

在研究设计阶段，课题组通过专家咨询对方案进行论证，确保其科学性与合理性。在数据调查阶段，统一执行标准化流程，保证操作规范与数据准确。在数据分析前，对数据进行清洗，剔除无效值与异常值，并依据研究目的与数据特征选用恰当的统计方法。

## 4. 资料分析方法

将问卷星平台收集到的数据与其他方法收集到的数据进行整合，采用 IBM SPSS Statistics 26.0 软件进行数据分析。计数资料以频数、百分率表示；计量资料采用均数、标准差进行描述。采用 t 检验或方差分析比较不同特征社区老年人肌少症防

控知识、态度和行为得分的差异。

## 四、研究结果

### (一) 调查对象一般资料

本次调查的社区老年人群以男性为主 (63.64%)，以 60-69 岁的“年轻老人”为主 (48.76%)，其次为 70-79 岁 (36.36%)，80 岁及以上高龄老人占 14.88%；学历以小学及以下为主，占比 62.81%；婚姻状态，78.51% 为已婚，丧偶者占 20.66%；超过一半 (57.02%) 的老年人“与老伴同住”，形成“空巢家庭”或“老老照护”模式；64.46% 老年人自觉健康状况“一般”，24.79% 自觉“较差”，自觉“很好”和“很差”的均仅占 2.48%；81.82% 的老年人患有至少一种慢性病；62.81% 老年人社会支持程度为“中等”，26.45% 为“低”，仅 10.74% 为“高”；主要依靠“离退休金/养老金” (39.67%) 和“子女赡养” (30.58%)；对社区老年活动设施满意度“一般”的占 70.25%，“不太满意”的占 23.97%，而“比较满意”的仅占 5.79%，无人“非常满意”。

表 1 脑卒中病人一般资料 (n=121)

项目	分类	例数	构成比 (%)
性别	男	77	63.64
	女	44	36.36
年龄 (岁)	60-69	59	48.76
	70-79	44	36.36

	≥80	18	14.88
	已婚	95	78.51
婚姻状况	丧偶	25	20.66
	离婚	1	0.83
	小学及其以下	76	62.81
	初中	24	19.83
文化程度	高中/中专	20	16.53
	大专及以上	1	0.83
	与子女同住	24	19.83
	与老伴同住	69	57.02
居住状态	与子女和老伴同住	23	19.01
	独居	5	4.13
	很好	3	2.48
	较好	7	5.79
自觉健康状况	一般	78	64.46
	较差	30	24.79
	很差	3	2.48
	有	99	81.82
慢性病	无	22	18.18
社会支持程度	高	13	10.74

主要收入来源	中	76	62.81
	低	32	26.45
	个人劳动/工作所得	18	14.88
	离退休金/养老金	48	39.67
	子女赡养	37	30.58
	政府补贴/救助	18	14.88
过去职业类型	机关职业单位管理者	15	12.40
	专业技术人员（如医生、教师等）	16	13.22
社区老年活动设施 满意情况	企业职员/工人	16	13.22
	商业/服务业人员	10	8.26
	农林牧渔劳动者	58	47.93
	军人	2	1.65
	其他	4	3.31
	非常满意	0	0
满意情况	比较满意	7	5.79
	一般	85	70.25
	不太满意	29	23.97
	非常不满意	0	0

## （二）巴中市社区老年人肌少症防控的知信行水平

社区老年人肌少症知信行调查中，知识维度得分为（ $4.06 \pm 0.89$ ）分，态度维度得分为（ $4.31 \pm 0.65$ ）分，行为维度得分为（ $3.35 \pm 1.42$ ）分。知识、态度、行为各维度得分及排序如下表。

表 2 社区老年人肌少症防控的知信行水平各维度条目得分( $n=121$ )

维度	包含条目	$(\bar{X} \pm S)$	排列
知识	做好慢性病的管理，定期做好肌少症筛查，进行早期干预可以预防或控制肌少症的发生发展	$4.21 \pm 0.85$	1
	久坐、体力活动水平降低可能会导致肌少症	$3.240 \pm 0.165$	2
	营养摄入不足的老年人更易患肌少症	$3.220 \pm 0.157$	3
	肌少症的发病情况随着年龄的增长而增加	$3.187 \pm 0.147$	4
	患有高血压或糖尿病、冠心病、骨质疏松、关节炎等的老年人更易患肌少症	$3.087 \pm 0.179$	5
	乏力、行走困难、步态缓慢、四肢瘦弱、无力等可能是肌少症的早期表现	$3.062 \pm 0.191$	6

	反复跌倒可能是肌少症的早期临床表现	$2.776 \pm 0.186$	7
	肌少症会增加老年人残疾甚至丧失自理能力的风险	$2.385 \pm 0.245$	8
	服用药物种类较多的老年人更易患肌少症	$2.041 \pm 0.306$	9
	肌少症是以骨骼肌质量、力量和功能降低为主要特征的老年病		10
	我认为肌少症会导致严重的身体问题	$4.36 \pm 0.57$	1
	我认为如果我患有肌少症,将会影响我的生活质量	$4.34 \pm 0.56$	2
	我认为如果我患有肌少症,将会给我的家庭带来经济负担	$4.34 \pm 0.54$	3
态度	我认为随着年龄的增长,肌肉量降低是正常的	$4.33 \pm 0.55$	4
	我认为患有多种疾病的老年人应该定期进行肌少症的筛查	$4.31 \pm 0.58$	5
	我认为若活动能力下降有必要及时到医院进行检查	$4.3 \pm 0.64$	6
	我认为我会主动学习预防肌少症的相关知识	$4.21 \pm 1.01$	7

	我会每天晒太阳	3.97±1.11	1
	我会每天注意不久坐(坐、躺着时间大于1小时不进行活动)	3.92±9.32	2
	我会餐餐吃蔬菜, 每天摄入不少于 300g (6 两) 的新鲜蔬菜, 深色蔬菜占一半	3.75±1.29	3
	我会天天吃水果, 每天摄入 200~350g(半斤左右)的新鲜水果	3.37±1.46	4
行为	我会每天平均摄入鱼、禽、蛋类和瘦肉 120~200g(2-4 两)	3.21±1.39	5
	我会定期到医院进行体检	2.94±1.56	6
	我会每周坚持≥3 次, 每次不小于 30 分钟的抗阻(下蹲、推墙、握力器)或有氧运动(快走跑、太极拳)	2.87±1.50	7
	我会经常服用营养补充剂:维生素 D、钙片及蛋白粉等	2.81±1.53	8

### (三) 相关影响因素分析

结果显示, 文化程度、自觉健康状况和社会支持程度是影响巴中市社区老年人肌少症知信行水平的三个最关键且一致性的最高的因素。从“小学及以下”到“高中/中专”, 三个维度的

得分均显著递增,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),老年人的主观健康感受与其知信行水平紧密相关,呈现清晰的“梯度效应”,即自觉健康状况从“很好”到“很差”,其知信行得分逐级下降,行为维度的差异尤为突出,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),社会支持条目从“高”支持到“低”支持,三个维度的得分出现断崖式下跌,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。慢性病状况中,无慢性病的老年人,其知识水平显著低于有慢性病的老年人( $P<0.05$ );行为依从性维度,无慢性病的老年人得分高于有慢性病者( $P<0.05$ )。

表3 影响社区老年人肌少症知识、态度、行为的单因素分析( $\bar{X}\pm S$ )

项目	人数[例(百	知识维度得分	态度维度得分	行为维度得分	
	分比,%)	( $\bar{X}\pm S$ )	( $\bar{X}\pm S$ )	( $\bar{X}\pm S$ )	
性别	男	77 (63.64)	$41.25\pm8.036$	$30.34\pm3.831$	$27.29\pm9.033$
	女	44 (36.36)	$40.34\pm8.632$	$29.93\pm3.816$	$26.05\pm9.852$
年龄	$t$ 值		0.569	0.510	1.686
	$P$ 值		0.571	0.588	0.494
(岁)	60-69	59 (48.76)	$40.95\pm8.320$	$30.05\pm4.015$	$26.03\pm9.110$
	70-79	44 (48.76)	$42.25\pm7.913$	$30.77\pm3.809$	$28.86\pm9.934$

		18	37.56±8.212	29.22±3.078	24.50±7.838
≥80	( 48.76 )				
	<i>F</i> 值		2.116	1.130	1.852
	<i>P</i> 值		0.125	0.326	0.161
小学及 其以下	76 ( 62.81 )		36.68±7.68	28.91±3.49	24.17±8.53
初中	24 ( 19.83 )		42.21±9.47	31.46±3.66	28.13±10.65
文化程 度	高中 / 中专	20 ( 16.53 )	47.90±3.67	33.65±2.56	35.15±4.42
	<i>F</i> 值		12.10	17.527	13.614
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000
已婚	95 ( 78.51 )		41.44±8.018	30.33±3.703	27.55±9.375
婚姻状 况	丧偶	25 ( 20.66 )	38.42±10.092	29.12±5.487	24.08±8.922
	<i>t</i> 值		1.409	1.061	1.743
	<i>P</i> 值		0.168	0.297	0.089
自觉健 康状况	很好	3 ( 2.48 )	44.33±4.51	30.67±3.79	31.67±7.37
	较好	7 ( 5.79 )	45.14±9.23	33.00±3.42	32.86±10.45
	一般	78 ( 64.46 )	42.23±7.82	30.78±3.66	28.42±8.59

		总样本			
		30 ( 24.79 )	37.20±7.80	28.30±3.59	22.03±8.93
	较差	3 ( 2.48 )	30.67±6.43	26.67±3.22	14.67±0.58
	<i>F</i> 值		4.178	4.330	5.482
	<i>P</i> 值		0.003	0.002	0.000
慢性病	有	99 ( 81.82 )	44.23±8.242	31.93±3.767	23.13±9.274
	无	22 ( 81.82 )	40.00±7.628	29.36±3.935	30.00±9.050
	<i>t</i> 值		-2.046	-1.559	-1.805
	<i>P</i> 值		0.047	0.130	0.041
社会支	高	13 ( 10.74 )	45.54±5.04	32.08±3.10	31.46±7.01
	中	76 ( 62.81 )	44.46±5.41	31.25±3.58	30.93±7.19
持程度	低	32 ( 26.45 )	30.63±5.72	26.91±2.55	15.22±1.64
	<i>F</i> 值		77.604	22.05	76.237
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000
居住状	与子女	24 ( 19.83 )	39.68±9.33	30.96±3.30	25.92±9.47
态	同住				
	与老伴	69 ( 57.02 )	41.38±8.54	30.28±4.12	27.29±9.57
	同住				

---

与子女	23	40.57±6.13	29.17±3.28	27.52±7.89
和老伴	( 19.01 )			
同住				
独居	5 ( 4.13 )	40.60±9.69	30.40±4.28	23.80±11.21
<i>F</i> 值		0.266	0.896	0.186
<i>P</i> 值		0.850	0.446	0.003

---

## 五、讨论

### (一) 本次调查对象一般特征

总体而言，本次调查对象呈现出一个“低文化程度、患有慢性病、社会经济地位与社区环境支持均相对薄弱”的典型现象。（1）人口学特征。本次调查中，60-79岁的老年人占主体（85.12%），这与该年龄段老年人活动能力尚可、更愿意且能够参与社区调查的特点相符，同时也提示我们，该年龄段是肌少症早期预防与干预的“黄金窗口”期。另外，一个突出特征是高达82.64%的老年人文化程度在初中及以下（其中小学及以下占62.81%）。较低的文化水平直接制约了其自主获取、理解和应用复杂健康信息的能力。对于该群体，传统的文字宣教效果有限，必须依赖更具象、更通俗的传播方式。（2）健康状况与疾病负担。呈现慢性病高发，自我健康评价不佳的现状。调查对象中患有慢性病的比例高达81.82%，且自觉健康状况“一般”及以下的占比高达91.74%。这揭示了两大问题：首先，该人群是肌少症的极高危群体，因为多种慢性疾病及其治疗药物本身就是肌少症的重要诱因；其次，普遍不佳的自我健康感知可能形成一种“健康宿命论”心理，削弱其参与健康促进活动的动机和信心，这与态度维度中虽认同防控重要性但主动学习意愿相对较低的结果相互印证。（3）社会经济与社会支持。经

济基础薄弱，社会支持网络不足。首先，职业经济方面，收入来源中，依靠“子女赡养”和“政府补贴”的群体合计占 45.46%，近乎半数。其过去职业 47.93% 为“农林牧渔劳动者”。这反映了许多老年人经济独立性不强，社会保障水平有限。经济条件直接影响其在膳食营养（如优质蛋白质摄入）和健康投资（如购买营养补充剂、定期体检）上的能力，这为行为维度中营养相关行为和定期体检得分偏低提供了关键解释。其次，社会支持方面，数据显示，26.45% 的老年人社会支持程度“低”，这是一个需要高度关注的危险信号。同时，独居（4.13%）和“仅与老伴同住”（57.02%）的比例合计超过 60%，构成了主要的“老老照护”或“空巢”家庭模式。这种相对孤立和脆弱的支持系统，使得老年人在践行健康行为时缺乏家人的督促与协助。此外，对社区老年活动设施满意度极低（94.22% 认为“一般”或“不太满意”），直接创造了“致不活动的环境”，是导致行为维度中规律运动成为最差行为之一的重要外部因素。

## （二）老年人肌少症防控知识知信行水平的现状分析

本研究结果显示，巴中市社区老年人在肌少症防控的知、信、行三个维度上呈现出不均衡的发展态势，具体表现为“态度积极、知识一般、行为滞后”的显著特征。这一现状深刻揭示了当前防控工作的成效与短板。

## 1.巴中市社区老年人肌少症防控知识水平有待提高

老年人整体认知水平良好（ $4.06 \pm 0.89$  分），普遍认可该病可防可控的理念，并对久坐、营养不良等典型风险因素有较高认知度，但存在“知其然，而不知其所以然”的现象。调查数据显示，肌少症的概念、后果认知、早期信号 3 个条目的得分位于后 3 位，提示对肌少症核心知识的理解相对薄弱，表明老年人虽能识别部分风险信号，但对该综合征的本质，即骨骼肌质量、力量和功能的综合性衰退，缺乏深刻理解，知识结构“碎片化”，限制了他们形成系统、全面的疾病观。因此，巴中市社区老年人在肌少症知识维度上存在明显的认知结构性缺陷，这三个相互关联的认知短板共同构成了防控工作的薄弱环节。首要问题是对自己基本定义的认知模糊，多数老年人不了解肌少症是肌肉质量、肌肉力量和躯体功能三位一体的综合征，这种概念不清导致他们难以将日常生活中的乏力、行走缓慢等症状与疾病准确关联。其次是对疾病严重后果的认识不足，虽然老年人普遍知道肌少症会影响健康，但对它最终可能导致残疾和丧失自理能力的认识深度不够，这直接削弱了采取预防措施的紧迫感。更重要的是对多药共用这一隐匿风险的忽视，在慢性病患病率高达 81.82% 的背景下，老年人普遍未意识到长期服用多种药物可能加剧肌肉流失，这一认知盲区使得他们在积

极防控的同时可能仍在承受药物带来的肌肉损害。这三个认知短板形成连锁效应，概念不清导致无法准确识别早期症状，后果认识不足削弱防控动力，而药物风险的忽视则造成防控漏洞，共同为“知信行”转化困难埋下伏笔，也指明了今后健康教育需要重点突破的方向。目前，我市对肌少症的普及尚处于初级阶段，同时，社区老年人文化程度普遍偏低，获取信息的能力较弱，对新媒体、智能手机操作不熟练，难以从健康网络平台获取知识；而目前现有的传统宣传方式效果有限，新媒体使用率不高，所以导致老年人知识维度出现“碎片化”特征。

## 2.巴中市社区老年人肌少症防控态度较为积极

本调查结果显示，老年人展现出极为积极和重视的防控意识（ $4.31 \pm 0.65$  分），这是开展后续干预工作的宝贵基础。调查对象普遍认同肌少症会导致严重的身体问题、影响生活质量并带来家庭经济负担（条目 2、5、6），并认可定期筛查和及时就医的必要性（条目 3、4）。可能与我市《巴中市银龄健康工程 2023 年工作方案》等系列措施的落实相关，包括为 65 岁及以上老年人提供健康管理服务、推进老年慢性病早期筛查与干预、普及健康生活方式等。然而，态度层面存在一个潜在的“认知矛盾”，得分最高的条目是“我认为随着年龄的增长，肌肉量降低是正常的”。这一方面是对客观事实的承认，但若过度

强化此观念而缺乏“可干预性”的引导，极易演变为消极的“宿命论”，即认为肌肉流失是不可避免的衰老代价，从而削弱其采取主动预防行为的内在动力。此外，“主动学习意愿”（条目7）得分在态度维度中最低，提示老年人的积极态度更多是一种“被动认同”，而非“主动求索”，需要外界提供更加强有力的触发和更便捷的渠道来将其转化为行动。这可能与老年人高度依赖外部推送（如社区宣讲、电视节目），而非主动搜寻有关，也与老年人低自我效能感、支持系统缺位相关。

### 3. 巴中市社区老年人肌少症防控行为亟待加强

研究结果显示，行为维度严重滞后（ $3.35 \pm 1.42$ 分），呈现出显著的“知信行”分离现象。本研究中，行为维度得分显著低于知识和态度维度，且各条目间差异巨大。老年人能够较好地执行一些门槛较低、易于融入日常生活的行为，如“晒太阳”和“注意不久坐”。然而，在需要持续投入、具备一定技能或经济成本的核心防控行为上，依从性普遍不佳。其中，规律运动（条目5）和服用营养补充剂（条目4）是最大的短板，这与社区活动设施满意度低、缺乏专业指导以及经济考量直接相关。同时，在基础膳食方面，水果和优质蛋白质的摄入（条目2、3）也明显不足，反映了其饮食结构不合理的问题。定期体检（条目6）作为二级预防的关键环节，执行率也不容乐观。

行为层面不乐观的现状是一个多因素作用下的结果，分析原因如下。（1）老年人健康信念与自我效能不足，特别是自觉健康状况较差的人群（占 27.27%），对自身执行规律运动、改善膳食等能力缺乏信心，同时，将肌肉流失简单归因于自然衰老过程，弱化了通过主动干预改变现状的信念，形成“知而不行”的矛盾状态。（2）社会支持不足。首先，社区物理环境欠缺，94.22%的老年人对社区活动设施评价为“一般”或“不太满意”，缺乏适宜老年人的安全运动场所和器材，直接阻碍规律运动的实施；其次，社会经济条件制约，45.46%的老年人主要依靠子女赡养或政府补贴，经济条件有限，优先满足基本生活需求，制约了在营养补充剂、优质蛋白食物等方面的投入；另外，社会支持网络薄弱，26.45%的老年人社会支持程度“低”，“老老同住”（57.02%）和独居（4.13%）模式普遍，缺乏有效的行为督促和同伴激励。（3）个人执行障碍与共病困扰。老年人存在知识转化能力不足现状，虽具备基础认知，但难以将碎片化知识整合为可执行的个性化方案，对具体操作细节（如运动强度、食物选择等）把握不准；另外，共病与功能限制，81.82%的老年人患有一种及以上慢性病，直接阻碍运动开展，对病情加重的恐惧形成心理障碍。

综上所述，巴中市社区老年人肌少症防控的现状是具备了

良好的认知基础和积极的态度土壤，但如何将这种“知”与“信”有效转化为切实可行的“行”，是当前面临的最大挑战。未来的干预策略必须进行精准转型，从普适性的知识灌输，转向以“行为改变”为核心的综合干预，着力破除阻碍行为转化的个人能力障碍和外部环境壁垒。

### （三）社区老年人肌少症防控知信行水平的影响因素

本研究结果显示，文化程度、自觉健康状况、社会支持程度、慢性病状况是社区老年人肌少症防控知信行水平的影响因素。

#### 1. 文化程度

文化水平是健康素养的基础性制约。首先，在知识维度，文化程度直接决定了健康信息的解码与整合能力。本研究样本中，62.81%的老年人文化程度为小学及以下，这一结构性特征直接限制了其健康信息处理能力，导致了健康信息的“知沟”。数据显示，高中/中专文化程度组的知识维度得分显著优于小学及以下组（ $p<0.005$ ）。低文化水平老年人知识体系呈现“碎片化”特征，难以建立各要素间的逻辑关联，形成系统、完整的疾病认知框架。其次，在态度与行为维度，文化程度通过影响社会经济地位和社会资本，间接制约了防控资源的可及性与行为转化的可能性。高中/中专以上文化者中，95.24%以离退休金

/养老金为主要收入来源，而小学及以下组中更多依赖子女赡养和政府补贴。这种由文化资本差异带来的社会经济地位分化，直接影响了老年人获取优质蛋白质、营养补充剂和坚持规律体检的经济能力。更深层的影响机制在于，文化程度塑造了不同的健康行为实践模式。低文化老年人往往更依赖传统经验而非专业指导，对“服用药物种类较多的老年人更易患肌少症”等非直观的复杂因果关系认知最差。同时，他们主动寻求健康信息的意愿和能力较弱，这从态度维度中“主动学习意愿”得分相对较低可得到佐证，导致其防控行为更多依赖外部推动而非内在驱动。因此，文化程度在巴中市老年人肌少症防控中扮演着“基础性决定因素”的角色，既直接制约了个体对专业健康知识的理解深度，又通过影响其社会经济地位间接决定了防控资源的可及性，最终共同导致低文化老年群体在“知-信-行”转化链条上的系统性弱势。这一发现提示，针对该群体的健康教育必须突破传统的知识灌输模式，通过可视化、场景化、本土化的传播策略，并辅以必要的经济支持和社区赋能，才能有效打破由文化程度造成的健康不平等。

## 2. 自觉健康状况

数据显示，自觉健康状况与社区老年人肌少症防控的知信行水平呈现出清晰的剂量反应关系。本研究发现，从自觉健康

“很好”到“很差”，老年人的知识、态度和行为总分均呈现阶梯式下降的趋势。尤为显著的是行为维度，下降趋势更为明显。分析原因如下。首先，自觉健康“很差”的老年人，内心深处往往认为“我的身体已经不行了”，这种无力感会直接削弱他们改变行为的信心和动机。长期不佳的健康状况可能形成一种“习得性无助”，即无论自己做什么都无法改善健康结果。这种心态会让他们对肌少症相关的健康信息（知识）持怀疑态度，并缺乏付诸行动的内在驱动力。其次，就生理与认知层面而言，自觉健康差的老人往往伴随着多种慢性病、疼痛或身体功能受限。这使他们进行体育锻炼（如抗阻训练）变得异常困难和痛苦，从而直接阻碍了健康行为的执行，并且管理多种疾病需要消耗大量的心理和认知资源（如牢记各种药物的用法、频繁就医），导致他们无暇再去学习和践行肌少症管理的新知识、新行为。另外，健康状况差的老人社会活动减少，既缺少从社交中获取新知识的机会，也缺少家人、朋友的鼓励和支持来维持健康行为。因此，针对“自觉健康差”的群体，建议强化支持，重塑信心，加强社会支持和专业指导，健康教育中融入“自我效能”建设。

### 3.社会支持程度

研究结果显示，社会支持程度是社区老年人肌少症防控的

知信行水平的重要影响因素 ( $P<0.05$ )。本研究社区老年人社会支持水平较低的人群占比较大为 26.22%，分析原因如下，首先可能与社会结构与家庭模式的变迁有关，随着城镇化进程和计划生育政策的长期影响，传统的“多代同堂”大家庭模式已瓦解，被“4-2-1”的核心家庭结构取代；成年子女因工作、求学等原因与父母分居，导致传统的、最主要的非正式支持源—家庭支持功能被严重削弱。同时，年轻人向大城市、经济发达地区流动，导致与留守老年父母长期分居两地，地理上的隔离使得工具性支持（如生活照料）和情感支持（如日常陪伴）都难以实现。其次，社区支持系统的功能缺位也是重要原因，大多社区的为老服务仍停留在“送米送油”和“组织文体活动”层面，缺乏针对肌少症防控等具体健康问题的、专业的、系统性的支持服务（如营养指导、康复训练）。此外，老年人还受自身原因限制，因身体健康状况下降、丧偶、亲友离世等原因，其社会交往圈会自然萎缩，导致其社会支持网络规模变小、密度变低。因此，社会支持作为一个多维概念，通常包括情感支持、工具性支持、信息支持和评价支持，可通过多种机制直接影响老年人肌少症防控的知、信、行各个环节。社会支持程度较高的老年人其能够获得足够的物质支持和情感支撑，而社会支持程度低的老人，容易处于“信息孤岛”状态，老年人，特

别是高龄和低学历群体，获取和理解专业健康信息的能力有限，社会支持网络（如子女、社区医生、同伴）是他们最重要的信息源。改变长期形成的生活习惯（如开始锻炼、改变饮食）需要强大的内在动力，而家人和朋友的鼓励、关心和肯定，能显著增强老年人的自我效能感。因此，肌少症的社区防控绝不能仅仅针对老年人个体进行知识宣教，而必须是一项“社会关系重建”工程。

#### 4. 疾病因素

慢性病状况也是一个重要的影响因素。本研究显示，慢性病的老年人，其知识水平显著高于有慢性病的老年人( $P<0.05$ )，分析原因可能与患病人群对自身健康的关注度更高，主动获取健康信息的行为更频繁有关。由于需要长期进行疾病自我管理，他们更有可能在就医或健康咨询过程中接触到关于肌少症、营养不良及康复锻炼的相关知识，从而提升了其知识储备。同时，本研究还发现，患有慢性病的老年人在肌少症防控行为维度上的得分反而较低( $P<0.05$ )，提示患有多种疾病的老年人疾病防控行为较弱。究其原因，可能在于本研究中的慢病老年患者因同时受到多种疾病（如关节炎、心血管疾病、糖尿病等）的困扰，身体功能受限，或因害怕运动不当引发疼痛、跌倒等不良后果，而产生“恐惧回避”心理，从而不敢采取相关的健康行

为。上述发现提示医护人员，在进行肌少症防控的健康教育与行为干预时，需采取分层与精准化的策略。对于患有慢性病的老年人，应在肯定其积极态度和知识水平的基础上，重点解决其从“知”到“行”的转化障碍，耐心讲解肌少症防控与慢性病管理的协同作用，为其设计安全、个性化、强度适宜的“运动处方”与慢病膳食相协调的“营养方案”，以消除其恐惧心理，最终有效提升其健康行为水平。

## 六、建议

基于本研究发现的知信行水平现状及其影响因素，为提升巴中市社区老年肌少症的防控效果，特从政策保障、社区支持、文化引导与个性化服务四个层面，提出如下整合性建议：

### （一）强化政策引导与资源保障

#### 1. 推动肌少症防控服务纳入公共保障体系

建议市政府及医保部门，探索将肌少症的营养干预（如特医食品、蛋白质补充剂）和社区康复训练项目纳入基本医疗保险、长期照护保险的覆盖范围或给予专项补贴，显著降低老年人的经济负担。

#### 2. 将肌少症筛查纳入常规老年健康服务

建议卫生健康部门将肌少症简易筛查（如“起立-行走”测试、乏力询问）纳入65岁及以上老年人年度健康体检的备选项

目，并在家庭医生签约服务和慢性病管理中常规开展，实现早发现、早干预。

### 3.设立专项示范项目与激励政策

鼓励开展“肌少症防控示范社区”创建活动，并对经济困难老年人提供营养补充补贴。同时，出台政策鼓励本地企业参与，如资助社区健身设施、开发适老营养食品。

## （二）整合社区资源与服务平台

### 1.建设一体化的社区健康支持平台

打造实体平台：普遍建立“社区健康老化中心”或“老年健康角”，配备免费体成分仪、简易抗阻训练器械（弹力带、小哑铃）及图文并茂的营养知识手册；实施专业指导：在该平台配备或链接专业的健身指导员、物理治疗师，提供“运动处方”和“营养处方”的个性化指导与督导。

### 2.完善社区支持性服务供给

#### （1）解决营养难题

开办“社区食堂”或发展“送餐服务”，提供符合肌少症防控需求（高蛋白、均衡）的餐食，解决烹饪困难老人的实际需求。

#### （2）改善运动环境

依据《推进健康巴中行动实施方案（2020—2030年）》，打造“15分钟健身圈”，升级改造社区健身器材，增设适合老年人的安全运动区域与座椅。

### 3. 构建三级支持网络

#### （1）家庭赋能

对家庭成员开展肌少症防控知识教育，提升其照护与支持能力。

#### （2）邻里互助

推广“邻里互助养老”及“健康伙伴”小组模式，由活跃老人带动高风险或状况较差的老人，形成朋辈支持与行为示范。

#### （3）社区关爱

特别关注“独居、空巢、老老同住”家庭，培训社区志愿者、网格员进行定期探访并提供简单筛查与指导。

### （三）创新传播模式与重构社区文化

#### 1. 推行“本土化”与“适老性”健康教育

##### （1）形式创新

针对文化程度特点，开发以图画、方言广播、短视频为主的宣传材料，在社区卫生院、村委会等场所循环播放/张贴。

##### （2）活动创新

通过“老年健康讲堂”等形式，开展面对面、互动式的健康教育活动，避免专业术语。

## 2. 重构“积极老龄化”的社区叙事

(1) 通过社区宣传、成功案例分享，塑造“成功老龄化”、“积极老龄化”的社区文化，强调晚年生活依然可以充满活力与掌控感，赋予老人改变自我的能动性。

(2) 组织开展低门槛、高社交性的集体活动，如“太极拳小组”、“健步走小分队”等，将防控融入日常生活，破除久坐行为和社交孤立。

## (四) 注重本土化与个性化考量

### 1. 策略因地制宜

针对农林地区，如恩阳区、通江县等，可结合农事活动设计本土化的抗阻运动方案；针对城市社区，重点推广社区健身设施利用及结构化运动课程；针对旅游资源区，如南江县，可探索开发适合老年人的“康养旅游”项目，融入肌少症防控元素。

### 2. 关注重点人群

针对农村留守、独居、丧偶等社会支持水平低的老年人，提供更加个性化的干预方案，如增加家庭医生随访频率、组织

小型社区活动、提供定期上门指导等，以减轻其社交孤立，促进健康行为养成。

### 3.融合技术与发展趋势

依托巴中市“失能老年人健康敲门行动”与“互联网+医疗健康”服务，将肌少症评估与远程指导纳入其中，为行动不便老人提供持续支持。

## 七、结论

巴中市老年肌少症社区防控是一项系统工程，需构建一个“政策保障为基石、社区平台为枢纽、社会支持网络为脉络、积极文化为引领”的综合防控体系，并通过本土化与个性化的策略调整，最终实现提升老年肌少症知信行水平、改善老年人生活质量的目标。

## 八、参考文献

- [1]陈姝,俞静,狄文娟,等.南京市社区老年肌少症流行病学调查及其影响因素分析[J].实用老年医学,2020,34(08):793-796.
- [2]车雅洁,杨璇璇,张可,等.乌鲁木齐市社区老年人肌少症患病现状及相关因素[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2020,13(04):304-310.
- [3]李嘉音,刘东玲,王子辰,等.社区老年慢性病患者预立医疗照护计划相关行为现状研究[J].中国全科医学,2022,25(01):94-99.

- [4] 张瑞, 纪代红, 王瑶, 等. 老年肌少症患者跌倒恐惧的研究进展 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2024, 23(2): 153-156.
- [5] 孙璐, 钟娟平, 牛雪庭, 等. 老年肌少症病人跌倒风险的研究进展 [J]. 全科护理, 2024, 22(3): 431-435..
- [6] 刘辉, 尹航, 胡承红, 等. 基于 ICF 的老年肌少症功能测量工具的内容和心理测量特性比较 [J]. 中国康复理论与实践, 2024, 30(3): 273-280..
- [7] 邓菲菲, 赵智芳, 李建琼, 等. 社区老年肌少症风险筛查工具与方法的研究进展 [J]. 军事护理, 2023, 40(5): 82-85.
- [8] 王俊琳, 郝明秀, 唐吟菡, 等. 慢性病共病、相位角与老年人肌少症相关的肌肉质量减少的关系研究 [J]. 上海交通大学学报(医学版), 2024, 44(2): 196-203.
- [9] 刘艳平, 谭明杨, 徐超强, 等. 社区老年慢性病患者肌少症风险预测模型的构建 [J]. 中国护理管理, 2022, 22(12): 1814-1819.
- [10] 黄倩, 徐慧萍, 刘延锦, 等. 社区老年人肌少症防控知信行量表的编制及信效度检验 [J]. 中华护理教育, 2023, 20(2): 205-209.
- [11] 邹浩, 刘杨, 姜东旭, 等. 肌少症影响因素 Meta 分析 [J]. 中国预防医学杂志, 2021, 22(2): 86-92.
- [12] 崔华, 王朝晖, 吴剑卿, 等. 老年人肌少症防控干预中国专家共识(2023) [J]. 中华老年医学杂志, 2023, 42(2): 144-153.

[13]巴中市人民政府.关于印发推进健康巴中行动实施方案（2020—2030年）的通知[EB/OL].(2020-02-12)[2025-10-14].<https://www.cnbz.gov.cn/xxgk/zfgb/13164181.html>.

[14]巴中市人民政府.《巴中市银龄健康工程实施方案（2022—2025年）》印发[EB/OL].(2022-10-11)[2025-10-14].<https://www.sc.gov.cn/10462/10464/10465/10595/2022/10/11/0525dcc5ba5a4cf89c12d5f19b954887.shtml>.

[15]李代萍,沈妍交,郝秋奎,等.老年肌少症综合干预循证临床实践指南(患者版)[J].中国循证医学杂志,2024,24(8):876—878.

[16]俞佳瑛,徐楚芸,李宇,等社区老年肌少—骨质疏松症高危人群的画像构建及护理建议[J].中华护理杂志,2025,60(14):1757—1763.

[17]周策,李赛沙,李琪,等.老年肌少症患者的早期筛查与干预研究进展[J].中国医药导报,2024,21(15):194—196.