

• 老年护理 •
• 论 著 •

老年住院患者痴呆恐惧的潜在剖面及影响因素分析

郭吉祥^{1,2}, 梁爱群¹, 罗小平¹, 曲直², 包汉茹^{1,2}, 裴柯茜¹

摘要:目的 探讨老年住院患者痴呆恐惧的潜在剖面类别,并分析其影响因素,为制订针对性干预措施提供依据。方法 采用便利抽样法选取 263 例老年住院患者为调查对象。采用一般资料调查表、痴呆恐惧量表、改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动量表、社会支持评定量表进行调查,运用潜在剖面分析识别老年住院患者痴呆恐惧的潜在分型,采用 logistic 回归分析各剖面类型的影响因素。结果 老年住院患者的痴呆恐惧得分为 76.00(56.00,81.00)分,分为 3 个潜在剖面,命名为轻微恐惧型(52.9%)、平衡恐惧型(21.3%)、认知敏感-强烈恐惧型(25.8%)。文化程度、子女数量、痴呆预防知识了解程度、社会支持水平为老年住院患者痴呆恐惧剖面类型的影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 老年住院患者痴呆恐惧处于中上等水平,且具有明显类别特征,医护人员应重视老年住院患者的痴呆恐惧现象,采取干预措施以改善其痴呆恐惧水平。

关键词:老年住院患者; 痴呆; 痴呆恐惧; 社会支持; 生活方式; 健康行为; 潜在剖面分析; 老年护理

中图分类号:R473;R339.34 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.20.104

Latent profiles analysis and influencing factors of dementia fear in elderly inpatients Guo

Jixiang, Liang Aiqun, Luo Xiaoping, Qu Zhi, Bao Hanru, Pei Kexi. Department of Surgical Anesthesiology, Division 1, Zhongshan City People's Hospital, Zhongshan 528403, China

Abstract:Objective To explore the potential profile classifications of dementia fear among elderly inpatients and analyze its influencing factors, to provide a basis for formulating targeted intervention measures. **Methods** Convenient sampling was used to select 263 elderly inpatients as research subjects. A general information questionnaire, the Fear of Dementia Scale, the Motivation to Change Lifestyle and Health Behaviors for Dementia Risk Reduction Scale, and the Social Support Rating Scale were used to conduct the survey. Latent profile analysis was employed to identify potential subtypes of dementia fear in elderly hospitalized patients, and logistic regression analysis was applied to determine the influencing factors for different profile classifications. **Results** The dementia fear score of elderly inpatients was 76.00 (56.00, 81.00) points, and they were classified into 3 latent profiles: mild fear type (52.9%), balanced fear type (21.3%), and cognitive sensitivity-intense fear type (25.8%). Educational level, number of children, knowledge of dementia prevention, and social support level were identified as influencing factors for dementia fear profile classifications in elderly hospitalized patients (all $P < 0.05$). **Conclusion** Dementia fear among elderly inpatients is at a medium-to-high level and exhibits distinct categorical characteristics. Medical and nursing personnel should pay attention to the phenomenon of dementia fear in elderly inpatients and implement interventions to alleviate their dementia fear levels.

Keywords: elderly inpatients; dementia; dementia fear; social support; lifestyle; health behaviors; latent profile analysis; geriatric nursing

痴呆是一种由大脑病变引发的综合征,主要表现为认知功能受损,导致患者在日常生活、工作和社交能力上都出现显著减退^[1]。痴呆恐惧是指个体因担心自己可能患上痴呆而产生的一种恐惧心理,与痴呆症的感知威胁密切相关^[2]。研究指出,我国 76.6% 的人对患痴呆感到恐惧^[3]。这种恐惧在老年人群中尤为普遍^[4]。轻度的痴呆恐惧可作为一种预警信号,激发老年人对预防痴呆的关注和行动,但严重的痴呆恐惧会对身心健康造成负面影响^[5-6]。近

年来,我国将痴呆预防提升至重要战略地位。《健康中国行动(2019—2030)》^[7]中明确提出了降低 65 岁以上人群痴呆患病率的具体目标。在痴呆防控中,不仅要关注已确诊痴呆患者的干预,更应重视潜在风险人群的早期识别。一方面,可以通过认知筛查协助高风险人群实现早期发现、及时干预和尽早治疗,从而延缓疾病进展;另一方面可开展心理疏导,缓解老年人对痴呆的非理性恐惧。有研究显示,老年住院患者会面临多重健康挑战,包括较重的共病负担、躯体功能衰退以及环境适应压力,这些因素导致他们的痴呆恐惧发生率高于社区同龄人群^[8-9]。研究显示,有效的社会支持能够增强老年人的心理安全感,减轻焦虑、恐惧与无助感^[10],而健康的生活方式及健康行为会在一定程度上缓解老年人对痴呆的担忧与焦虑^[11]。然而,老年住院患者的痴呆恐惧存在显著个体差异性,单一的干预策略难以普遍适

作者单位:1. 中山市人民医院手术麻醉一科(广东 中山, 528403);2. 河南大学护理与健康学院
通信作者:罗小平,13549855746@163.com
郭吉祥:女,硕士在读,护士,2059202645@qq.com
科研项目:2022 年度广东省医学科研基金项目(A2022091);
2021 年中山市第一批社会公益与基础研究项目(2021B1009)
收稿:2025-05-08;修回:2025-07-20

用,因此,界定其不同类别及特征是实施精准干预的必要前提。本研究通过潜在剖面分析(Latent Profile Analysis, LPA),识别老年住院患者痴呆恐惧的潜在类别及特征,并探究其影响因素,旨在为制订针对性的干预方案提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,抽取 2024 年 8—11 月广东省中山市人民医院收治的老年住院患者作为研究对象。纳入标准:①年龄≥60 岁;②意识清楚,沟通正常;③知情同意参与本研究。排除标准:①痴呆、精神障碍及严重认知功能障碍;②视听或言语功能障碍;③严重躯体疾病以致不能配合调查。样本含量根据 Kendall 经验法则^[12],本研究共纳入 14 个自变量(一般资料 12 个+2 个量表),取变量数的 10 倍,考虑到 20% 的样本流失率,样本量为 175,本研究共有效调查 263 例。本研究已通过中山市人民医院伦理委员会批准(2025-023)。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 由调查者自行设计,包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、住院科室、慢性病种类、家庭人均月收入、住院次数、身边及家族内有无痴呆患者、子女数量、预防痴呆知识了解程度及所患病病能否引起痴呆认知状态。

1.2.2 痴呆恐惧量表 (Fear of Dementia Scale, FODS) 由 Lee 等^[13]编制,徐瑞等^[14]汉化。包括认知(条目 1~7)、社会(条目 8~14)、躯体(条目 15~18)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”分别计 1~5 分。总分 18~90 分,得分越高痴呆恐惧水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.893。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.874。

1.2.3 社会支持评定量表 (Social Support Rating Scale, SSRS) 由肖水源^[15]编制,包括客观支持(3 个条目)、主观支持(4 个条目)、对支持的利用度(3 个条目)3 个维度,共 10 个条目。单选条目 1~4 和 8~10 采用 Likert 4 级评分法,选项①~④分别计 1~4 分;条目 5 为多选条目(包含 5 个小条目),从“无”到“全力支持”分别计 1~4 分;条目 6 和 7 为来源选择条目,选择“无任何来源”计 0 分,反之按照支持的来源个数计分,最高为 9 分。总分为 12~66 分,得分越高表示社会支持水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.896。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.795。

1.2.4 改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机量表 (Motivation to Change Lifestyle and Health Behaviors for Dementia Risk Reduction Scale, MCLHB-DRR) 由 Kim 等^[16]开发,王小芳等^[17]汉化。包括易感性感知(4 个条目)、严重性感知(5 个条目)、益处感知(4 个条目)、障碍感知(4 个条目)、行动

诱因(4 个条目)、总体健康动机(4 个条目)、自我效能(2 个条目)7 个维度,共 27 个条目。采用 Likert 5 级评分法,从“完全不同意”至“完全同意”计 1~5 分。总分 27~135 分,得分越高代表预防痴呆的健康信念水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.763。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.718。

1.3 资料收集方法与质量控制 由培训过的调查人员发放问卷,发放过程中阐明研究的目的及意义,取得同意后进行调查。若患者存有疑问或不理解的问题,调查人员进行语言解释,注意避免诱导性或暗示性。现场完成问卷的发放与回收后进行核查,保障问卷内容的完整性与真实性。发放 280 份问卷,回收 263 份有效问卷,有效回收率 93.93%。

1.4 统计学方法 使用 Mplus8.3 软件构建潜在剖面模型,将老年住院患者的痴呆恐惧量表 18 个条目作为外显指标,设定 1~5 个类别对模型的拟合性进行估计。基于 3 个准则估计不同组合模式的最佳模型:① AIC、BIC、aBIC 越小,模型拟合越佳;② LM-RT、BLRT 差异有统计学意义,表示 k 类模型比 $k-1$ 类模型更优;③ Entropy 越接近 1,分类越精确。使用 SPSS25.0 软件进行统计分析,计数资料采用频数、百分比描述,行 χ^2 检验;连续变量不服从正态分布采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,组间比较采用 Kruskal-Wallis H 检验。采用多元 logistic 回归分析不同剖面痴呆恐惧的影响因素,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 老年住院患者一般资料 263 例老年住院患者中,男 169 例,女 94 例;年龄 60~86(66.73±5.46)岁。已婚 188 例,离异 24 例,丧偶 51 例。家庭人均月收入<2 500 元 156 例,2 500~3 500 元 100 例,>3 500 元 7 例。住院科室为内科 18 例,外科 245 例。慢性病种类 0~2 种 201 例,≥3 种 62 例。住院次数 0~2 次 127 例,≥3 次 136 例。

2.2 共同方法偏差检验 采用 Harman 单因子检验法,结果得出>1 的特征值因子有 8 个,第 1 个主成分解释的变异量为 33.724%,低于临界值 40%,故本研究不存在严重的共同方法偏差。

2.3 老年住院患者痴呆恐惧、社会支持与 MCLHB-DRR 得分 老年住院患者痴呆恐惧得分为 76.00(56.00,81.00)分,其中认知维度、社会维度、躯体维度的得分分别为 28.00(19.00,31.00)分、27.00(22.00,32.00)分、17.00(14.00,20.00)分。社会支持得分为 26.00(22.00,35.00)分。MCLHB-DRR 得分为 44.00(39.00,75.00)分。

2.4 老年住院患者痴呆恐惧的潜在剖面分析及剖面命名 当保留 3 个潜在类别时,AIC、BIC、aBIC 减小,Entropy 值最大,LMR、BLRT 有统计学意义(均 $P<0.05$)。因此,认为模型 3 的拟合效果最佳。见

表 1. 老年住院患者痴呆恐惧的 3 个剖面在 18 个条目 3 个维度的得分,见图 1。根据得分特征,剖面 1 在各维度及条目上的得分均较低,表现出对痴呆相关风险的低恐惧性,因此命名为轻微恐惧型(139 例),占比 52.9%;剖面 2 各条目得分处于剖面 1 和剖面 3 之间,痴呆恐惧得分在认知、社会、躯体维度呈现波动式

表 1 老年住院患者痴呆恐惧不同潜在剖面模型的拟合结果

模型	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR(<i>P</i>)	BLRT(<i>P</i>)	类别概率(%)
1	14 495.974	14 624.709	14 510.57				
2	11 801.058	11 997.735	11 823.357	0.992	<0.001	<0.001	54.5/45.5
3	11 139.239	11 403.859	11 169.242	0.991	0.001	<0.001	52.9/21.3/25.8
4	10 685.740	11 018.304	10 723.447	0.997	0.083	<0.001	47.1/20.4/6.4/26.1
5	10 411.771	10 812.277	10 457.18	0.996	0.459	<0.001	47.0/2.3/17.0/7.6/26.1

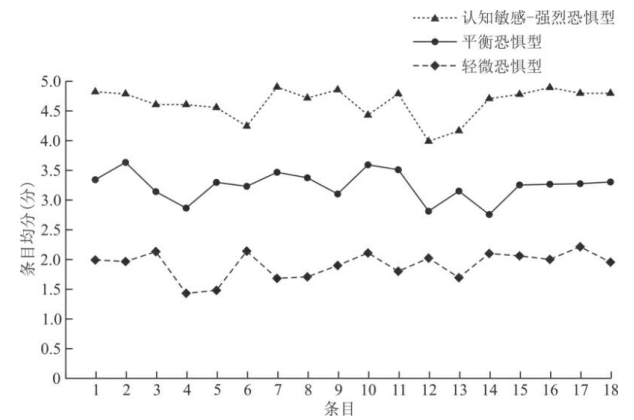


图 1 老年住院患者痴呆恐惧的潜在剖面特征

2.5 老年住院患者痴呆恐惧潜在剖面类别的单因素分析

不同年龄、性别、婚姻状况、家庭人均月收入的

分布,呈现多维平衡特征,因此命名为平衡恐惧型(56 例),占比 21.3%;剖面 3 各条目得分均高,尤其是认知维度得分明显高于其他维度,表现出对自身认知功能下降的高度警觉,因此命名为认知敏感-强烈恐惧型(68 例),占比 25.8%。

老年住院患者痴呆恐惧类别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见表 2。

2.6 老年住院患者痴呆恐惧潜在剖面类别的多因素分析

以老年住院患者痴呆恐惧不同剖面类别为因变量,并以认知敏感-强烈恐惧型为参照,单因素分析差异有统计学意义的文化程度(小学及以下=1,初中=2,中专/高中及以上=3)、子女数量(0~2 个=1,3~5 个=2,>5 个=3)、身边是否有痴呆患者(有=1,没有=2)、痴呆的认知状态(不清楚=1,不太清楚=2,比较清楚=3)、痴呆预防知识(几乎不了解=1,了解很少=2,非常了解=3)、社会支持(原值输入)、MCLHB-DRR(原值输入)为自变量进行无序多分类 logistic 回归分析,差异有统计学意义的结果见表 3。

表 2 老年住院患者痴呆恐惧潜在剖面的单因素分析

项目	例数	轻微恐惧型 (<i>n</i> =139)	平衡恐惧型 (<i>n</i> =56)	认知敏感-强烈 恐惧型(<i>n</i> =68)	统计量	<i>P</i>
文化程度[例(%)]					$\chi^2=80.816$	<0.001
小学及以下	122	41(33.6)	23(18.9)	58(47.5)		
初中	54	26(48.1)	23(42.6)	5(9.3)		
中专/高中及以上	87	72(82.8)	10(11.5)	5(5.7)		
子女数量[例(%)]					$\chi^2=78.683$	<0.001
0~2 个	129	42(32.5)	30(23.3)	57(44.2)		
3~5 个	65	34(52.3)	23(35.4)	8(12.3)		
>5 个	69	63(91.4)	3(4.3)	3(4.3)		
身边及家族内痴呆患者[例(%)]					$\chi^2=22.732$	<0.001
没有	163	71(43.5)	34(20.9)	58(35.6)		
有	100	68(68.0)	22(22.0)	10(10.0)		
所患疾病是否影响痴呆的认知状态[例(%)]					$\chi^2=17.127$	0.002
不清楚	59	44(74.6)	4(6.8)	11(18.6)		
不太清楚	93	41(44.1)	27(29.0)	25(26.9)		
比较清楚	111	54(48.7)	25(22.5)	32(28.8)		
痴呆预防知识了解程度[例(%)]					$\chi^2=82.155$	<0.001
几乎不了解	92	27(29.3)	20(21.8)	45(48.9)		
了解很少	62	25(40.3)	28(45.2)	9(14.5)		
非常了解	109	87(79.8)	8(7.3)	14(12.9)		
社会支持[分, $M(P_{25}, P_{75})$]	263	35.0(24.0,39.0)	23.0(23.0,28.0)	22.5(21.2,28.0)	$H_c=48.698$	<0.001
MCLHB-DRR[分, $M(P_{25}, P_{75})$]	263	71.0(40.0,87.0)	41.0(39.0,53.0)	40.0(36.0,53.0)	$H_c=36.023$	<0.001

表 3 影响老年住院患者痴呆恐惧潜在类别的多因素分析

项目	参照	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
平衡恐惧型 vs.							
认知敏感-强烈恐惧型							
常数		0.928	1.336	0.482	0.487		
文化程度(小学及以下)	中专/高中及以上	-1.625	0.705	5.309	0.021	0.197	0.049~0.784
轻微恐惧型 vs.							
认知敏感-强烈恐惧型							
常数		0.586	1.024	0.328	0.567		
文化程度(小学及以下)	中专/高中及以上	-1.483	0.627	5.600	0.018	0.227	0.066~0.775
子女数量(0~2 个)	>5 个	-1.747	0.740	5.569	0.018	0.174	0.041~0.744
痴呆预防知识(几乎不了解)	非常了解	-1.031	0.457	5.083	0.024	0.357	0.146~0.874
社会支持		0.101	0.028	13.154	<0.001	1.106	1.048~1.169

3 讨论

3.1 老年住院患者痴呆恐惧处于中上等水平 本研究结果显示,老年住院患者的痴呆恐惧得分为 76.00 (56.00,81.00)分,高于社区老年人痴呆恐惧得分^[18]。原因可能为:躯体方面,患病及住院使老年患者更清楚疾病对身体和生活造成的负面影响,从而更容易担忧未来患痴呆。认知方面,老年住院患者相比社区老年人更多接触痴呆患者,强化了对痴呆的认知和恐惧。社会方面,老年住院患者生活自理能力受限,对他人依赖性更强,导致无助感和焦虑,加剧对痴呆的恐惧。此结果凸显了住院老年患者痴呆恐惧问题的特殊性与严峻性。提示医护人员可在老年患者住院期间开展痴呆认知教育、心理疏导,缓解其痴呆恐惧情绪,减轻心理负担。

3.2 老年住院患者痴呆恐惧存在异质性 本研究通过潜在剖面分析识别出老年住院患者的痴呆恐惧分为 3 个类别:①认知敏感-强烈恐惧型,占 25.8%,得分最高。此类别人群缺乏一定的社会支持且对痴呆的认知较为局限,生活方式难以调整,健康可能受影响。老年住院患者住院期间社交网络受限,从多元化的社会关系缩减至固定的医护人员与病友,短期难以形成深度情感联系;另一方面,住院期间的躯体不适与治疗限制,进一步削弱其社交能力与意愿,容易加深其孤独感与无助感,可能引发社会隔离。Evans 等^[19]研究表明,社会隔离与认知功能下降有关。提示医护人员需要重点关注此类患者,准确识别其护理需求,倾听患者,以缓解其对痴呆的恐惧。②平衡恐惧型,占 21.3%。该类别人群社会支持得分、健康行为改变动机得分均处于中等水平。此类患者痴呆恐惧处于较平衡的状态,能意识到健康生活方式重要性,并积极维护自身健康。医护人员可以通过健康教育、正向激励、家属参与等方式,提升其长期坚持健康生活方式的积极性。③轻微恐惧型,占 52.9%。该类别人群痴呆恐惧得分较低,社交支持、健康行为改变动机得分较高。该类别人群所获得的社交支持较充分,

健康心态与行为良好。研究指出,健康促进生活方式水平越高,痴呆恐惧水平越低^[20]。但老年住院患者可能因疾病负担、环境限制,难以长期坚持健康生活方式。医护人员应积极引导此类人群,使其认识到长期坚持健康生活方式对预防痴呆的重要性。

3.3 老年住院患者痴呆恐惧潜在剖面的影响因素分析

3.3.1 文化程度 本研究发现,文化程度小学及以下老年住院患者更容易归属于认知敏感-强烈恐惧型(OR=0.197、0.227)。与 Werner 等^[21]的研究结果相似。老年住院患者因受教育水平较低会导致对痴呆的认识不足,受限于知识储备与学习习惯,主动探寻痴呆相关知识的意愿较淡薄,从而对痴呆持消极态度,在面对痴呆时会产生较强烈的痴呆恐惧感^[22]。Roberts 等^[23]研究指出,文化程度偏低的群体往往对痴呆有着更高的感知风险,与缺少系统教育及知识储备去客观认知疾病有关,进而对疾病的易感性增加。而文化程度较高的老年人对痴呆有更全面的认识,能够积极配合治疗与康复。建议医护人员在开展痴呆防治知识教育时,应根据患者文化程度差异,采用针对性策略。对于文化程度较低的老年患者群体,采用图片、视频等帮助其理解痴呆相关信息。

3.3.2 子女数量 研究显示,子女数量为 0~2 个的老年住院患者更有可能归属为认知敏感-强烈恐惧型(OR=0.174)。究其原因,子女数量少意味着照护人力不足,经济负担集中,老年人担忧痴呆后可能会给子女带来沉重的经济压力和照护负担,加剧了他们对痴呆的恐惧。相反,多子女家庭则能提供更丰富的家庭支持,从而减轻患者的痴呆恐惧^[24]。医护人员可通过增加与子女较少的老年患者的交流频率,了解其内心需求和心理状态,并给予一定的陪伴与支持,提升其身心健康水平。

3.3.3 痴呆预防知识的了解程度 本研究显示,几乎不了解痴呆预防知识的老年住院患者更大概率归属认知敏感-强烈恐惧型(OR=0.357),与 Ebert 等^[25]研究结果相似。这类患者由于缺乏精准、深入的了解,可能仅凭借一些碎片化的传闻或片面的观察,

对痴呆形成刻板且消极的印象。Perry 等^[26]研究表明,持续的健康教育,培养正确的预防痴呆知识和积极的生活态度,可以提高生活质量。因此,医护人员有必要加强痴呆知识的普及工作,树立正确的预防观念,从而有效缓解痴呆恐惧。

3.3.4 社会支持水平 结果显示,社会支持水平越低的老年住院患者归属于认知敏感-强烈恐惧型的概率越大($OR = 1.106$)。与吴欢等^[18]研究结果相似。原因可能与独居、朋友较少或社交受限,容易对痴呆产生强烈的恐惧感有关^[29]。研究显示,有效的社会支持能提升痴呆暴露患者的信心与自我效能感,降低孤独感与痴呆恐惧水平^[10,27]。通过家人、朋友的鼓励和社会资源的辅助,能够增强患者的心理韧性和应对能力,有利于整体健康状况的改善^[28]。因此,建议医护人员多关注与照顾社会支持水平较低的老年住院患者,提供情感支持。同时,鼓励老年人主动扩大社交圈,积极参与社会活动,以增强社会联结感和归属感。

此外,改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机没有进入回归方程,其原因可能是部分老年住院患者缺乏关于健康行为与痴呆预防的相关知识,不清楚哪些具体行为有助于预防痴呆;或是部分患者可能对痴呆预防知识有所了解,知晓健康的生活方式在一定程度上有助于降低患病风险,但由于长期生活习惯固化难以改变、不愿意改变等因素,导致该变量在回归分析中未表现出显著影响。也可能与本研究样本量偏少相关,后续可扩大样本,进一步研究改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机与老年住院患者痴呆恐惧的关系。

4 结论

老年住院患者的痴呆恐惧通过潜在剖面分析分为认知敏感-强烈恐惧型、平衡恐惧型、轻微恐惧型 3 个类别,影响因素包括文化程度、子女数量、痴呆预防知识、社会支持水平。建议医护人员通过健康教育,向老年住院患者传递准确且实用的痴呆预防知识,帮助其正确认识痴呆及相关风险因素,从而降低痴呆恐惧水平。本研究的不足之处在于样本中外科住院患者占比较高,可能会对痴呆恐惧的总体水平产生一定影响。此外,本研究仅选择广东省 1 所三级甲等医院的老年住院患者进行调查,代表性不足。未来研究可进一步优化样本结构,开展纵向、大样本、多中心调查,进一步探究老年住院患者痴呆恐惧的发展过程,为制订科学精准的干预方案提供参考。

参考文献:

[1] Gale S A, Acar D, Daffner K R. Dementia[J]. Am J Med, 2018,131(10):1161-1169.
[2] Kessler E M, Bowen C E, Baer M, et al. Dementia wor-

ry: a psychological examination of an unexplored phenomenon[J]. Eur J Ageing,2012,9(4):275-284.

- [3] Zeng F, Xie W T, Wang Y J, et al. General public perceptions and attitudes toward Alzheimer's disease from five cities in China[J]. J Alzheimers Dis, 2015, 43(2): 511-518.
- [4] Cutler S J, Brägaru C. Do worries about cognitive functioning and concerns about developing Alzheimer's disease affect psychological well-being? [J]. J Aging Health,2017,29(8):1271-1287.
- [5] Kessler E M, Südhof J K, Frölich L. "Dementia worry" in memory clinic patients not diagnosed with organic mental disorder[J]. Int Psychogeriatr,2014,26(6):1049-1051.
- [6] Bowen C E, Kessler E M, Segler J. Dementia worry in middle-aged and older adults in Germany: sociodemographic, health-related and psychological correlates[J]. Eur J Ageing,2018,16(1):39-52.
- [7] 健康中国行动推进委员会. 健康中国行动 2019—2030 [EB/OL]. (2019-06-24) [2024-09-29]. <https://www.jkzgx.cn/detail/684288>.
- [8] Rahemi Z, Malatyali A, Adams S A. Diversity of socio-demographic backgrounds and healthcare utilization in cognitively impaired older adults [J]. Alzheimers Dement,2023,19:e078574.
- [9] Bordin D, Weigert A B, Taques T I, et al. Prevalence of indicative symptoms of cognitive alterations in hospitalized elderly and associated factors[J]. International Journal of Advanced Engineering Research and Science,2022, 9(10):188-193.
- [10] Roland K P, Chappell N L. Caregiver experiences across three neurodegenerative diseases: Alzheimer's, Parkinson's, and Parkinson's with Dementia [J]. J Aging Health,2019,31(2): 256-279.
- [11] 韩月华. 养老机构老年人痴呆恐惧现状及影响因素研究 [D]. 唐山:华北理工大学,2023.
- [12] 陈彬. 医学多因素分析设计样本例数估算:多因素分析设计样本例数综合估算法[J]. 伤害医学,2012,1(4):58-60.
- [13] Lee M, Jung D. Development and psychometric evaluation of a Fear of Dementia Scale for community-dwelling older adults[J]. J Nurs Res,2020,28(3):e94.
- [14] 徐瑞,李秋芳,郭菲菲,等. 痴呆恐惧量表的汉化及信效度检验[J]. 护理学杂志,2021,36(8):77-80.
- [15] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用 [J]. 临床精神医学杂志,1994,4(2):98-100.
- [16] Kim S, Sargent-Cox K, Cherbuin N, et al. Development of the motivation to change lifestyle and health behaviours for dementia risk reduction scale[J]. Dement Geriatr Cogn Dis Extra,2014,4(2):172-183.

[17] 王小芳,杨燕妮,唐碧霞,等. 中文版改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机量表的信效度研究[J]. 护理学杂志,2016,31(21):13-16.

[18] 吴欢,周建荣,谢世麒,等. 社区老年人痴呆恐惧状况及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2022,37(2):85-87.

[19] Evans I, Martyr A, Collins R, et al. Social isolation and cognitive function in later life: a systematic review and meta-analysis[J]. J Alzheimers Dis, 2019, 70(s1): S119-S144.

[20] Tang W, Kannaley K, Friedman D B, et al. Concern about developing Alzheimer's disease or dementia and intention to be screened: an analysis of national survey data [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2017, 71: 43-49.

[21] Werner P, AboJabel H, Maxfield M. Conceptualization, measurement and correlates of dementia worry: a scoping review[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2021, 92: 104246.

[22] Suhr J A, Kinkela J H. Perceived threat of Alzheimer disease (AD): the role of personal experience with AD [J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2007, 21(3): 225-231.

[23] Roberts J S, McLaughlin S J, Connell C M. Public beliefs and knowledge about risk and protective factors for Alzheimer's disease[J]. Alzheimers Dement, 2014, 10(5): S381-S389.

[24] Harris P B, Caporella C A. Making a university community more dementia friendly through participation in an intergenerational choir [J]. Dementia, 2019, 18 (7-8): 2556-2575.

[25] Ebert A R, Kulibert D, McFadden S H. Effects of dementia knowledge and dementia fear on comfort with people having dementia: implications for dementia-friendly communities[J]. Dementia, 2020, 19(8): 2542-2554.

[26] Perry M, Draškovic I, Lucassen P, et al. Effects of educational interventions on primary dementia care: a systematic review[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2011, 26(1): 1-11.

[27] Bentley A, Morgan T, Salifu Y, et al. Exploring the experiences of living with Lewy body dementia: an integrative review[J]. J Adv Nurs, 2021, 77(12): 4632-4645.

[28] Ryu S I, Park Y H. Factors related to dementia worry: comparing middle-aged and older adults in South Korea [J]. Res Gerontol Nurs, 2019, 12(6): 299-310.

(上接第 103 页)

[17] Apfelbaum J L, Silverstein J H, Chung F F, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care [J]. Anesthesiology, 2013, 118 (2): 291-307.

[18] 林晨珏,席淑新,王璟. 前庭康复训练对前庭外周性眩晕患者眩晕残障症状的改善作用[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(32): 2503-2506.

[19] 钱洁,姜敏敏,陈晨,等. 超简抑郁焦虑筛查量表在社区门诊的信度和效度研究[J]. 内科理论与实践, 2021, 16 (2): 116-120.

[20] 王倩,陈琼妮,何莉,等. 综合医院分级心理护理方案的构建[J]. 当代护士, 2024, 31(1): 101-106.

[21] Jacobson G P, Newman C W. The development of the Dizziness Handicap Inventory [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990, 116(4): 424-427.

[22] 丁雷,刘畅,王嘉玺,等. 眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2): 228-230.

[23] Powell L E, Myers A M. The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 1995, 50A(1): M28-M34.

[24] 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.

[25] Spitzer R L, Kroenke K, Williams J B. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire [J]. JAMA, 1999, 282(18): 1737-1744.

[26] Kamo T, Ogihara H, Azami M, et al. Effects of early vestibular rehabilitation in patients with acute vestibular disorder: a systematic review and meta-analysis[J]. Otol Neurotol, 2023, 44(9): e641-e647.

[27] Van Gompel J J, Agazzi S, Carlson M L, et al. Congress of neurological surgeons systematic review and evidence-based guidelines on emerging therapies for the treatment of patients with vestibular schwannomas[J]. Neurosurgery, 2018, 82(2): E52-E54.

[28] MacDowell S G, Wellons R, Bissell A, et al. The impact of symptoms of anxiety and depression on subjective and objective outcome measures in individuals with vestibular disorders[J]. J Vestib Res, 2018, 27(5-6): 295-303.

[29] 鞠珊,欧阳艳琼,王晓惠. 渐进性肌肉放松训练在护理领域的应用进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(13): 95-98.

[30] 蒋黎娜,于倩如,于杰,等. 前庭性眩晕疾病患者焦虑和抑郁状况研究[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2020, 34(6): 1-5.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)