

· 论 著 ·

# 轻中度阿尔茨海默病患者生产性参与现状及影响因素分析

翟雨婷, 张建薇, 李姗姗, 吴海燕

**摘要:**目的 分析轻中度阿尔茨海默病患者生产性参与现状及影响因素,为制订临床干预措施提升其生产性参与水平提供指导。**方法** 2024年6月至2025年8月,采用便利抽样法选择212例轻中度阿尔茨海默病住院患者为研究对象,选择一般资料调查表、慢性疾病病耻感量表-8条目、中国社会支持量表、生产性参与量表对其进行调查。**结果** 轻中度阿尔茨海默病患者生产性参与总分为36.00(18.00,36.00)分。多元线性回归分析结果显示,年龄、文化程度、并存慢性病数量、病耻感、社会支持是轻中度阿尔茨海默病患者生产性参与的影响因素(均 $P<0.05$ )。**结论** 轻中度阿尔茨海默病患者生产性参与处于中等偏低水平,临床医护人员应根据影响因素采取针对性的护理干预,以促进患者更充分地参与社会生产性活动。

**关键词:**老年人; 阿尔茨海默病; 生产性参与; 病耻感; 社会支持; 影响因素; 老年护理

**中图分类号:**R473.74;R212.7 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.04.016

## Productive engagement and its influencing factors in patients with mild-to-moderate

**Alzheimer's disease** Zhai Yuting, Zhang Jianwei, Li Shanshan, Wu Haiyan. Department of Geriatrics, Drum Tower Hospital Affiliated to Nanjing University School of Medicine, Nanjing 210008, China

**Abstract:** **Objective** To analyze the level and influencing factors of productive engagement in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease, in order to provide guidance for developing clinical interventions to improve their level of productive engagement.

**Methods** From June 2024 to August 2025, a total of 212 patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease were selected through convenience sampling method, then they were investigated by using a general information questionnaire, the Stigma Scale for Chronic Illness 8-items (SSCI-8), the Chinese People's Social Support Scale (CPSSS) and the Productive Engagement Scale (PES).

**Results** The participants' total score of PES was 36.00(18.00,36.00)points. Multiple linear regression analysis showed that, age, educational background, the number of chronic comorbidities, stigma and social support were influencing factors of productive engagement in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease(all  $P<0.05$ ).

**Conclusion** The productive engagement in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease is at a moderate to low level. Clinical medical staff should provide targeted interventions according to its influencing factors, so as to improve their productive engagement.

**Keywords:** the elderly; Alzheimer's disease; productive engagement; stigma; social support; influencing factors; geriatric care

阿尔茨海默病(Alzheimer's Disease, AD)是一种大脑中枢神经系统原发性退行性疾病,其主要症状表现为进行性认知功能下降和异常行为表现,是诱发老年人痴呆的主要原因<sup>[1]</sup>。有研究指出,AD患者不仅需要接受全面、合理、科学的治疗与康复,还需要积极、有选择性和目的地参与日常生活、娱乐、社交、工作、学习等生产性或非生产性活动,从而更好地发挥身心潜能,改善身体、心理和社会功能及价值<sup>[2]</sup>。轻中度AD患者身心虽然受到疾病影响,但仍具有一定的认知和活动能力,对通过参与社会活动和发挥社会功能与外界建立联系,继续发挥自己的社会功能和实现个人社会价值仍存在较高的需求<sup>[3]</sup>。生产性参与指老年人参与社会或家庭提供的有偿或无偿志愿活动、义务性活动和工作的行为<sup>[4]</sup>。

相关研究已证实,老年人从有报酬的工作、社会志愿活动、从事家务和照料家人等生产性参与行为得到经济报酬和社会、家人的认可及称赞,不仅能施展、体现、提升个人社会价值,也有助于改善其负面心理、认知功能和身体衰弱,提高其应对疾病和生活的信心<sup>[5-7]</sup>。针对老年人生产性参与的研究显示,其生产性参与受到人口学、病耻感、社会支持等因素影响<sup>[8-9]</sup>,但目前关于轻中度AD患者生产性参与的研究尚未见报道。本研究对轻中度AD患者生产性参与现状进行调查,并探讨其影响因素,旨在为临床实施针对性护理干预提升轻中度AD患者生产性参与水平提供依据。

### 1 对象与方法

**1.1 对象** 2024年6月至2025年8月,采用便利抽样法选择南京大学医学院附属鼓楼医院老年医学科收治的轻中度AD患者为研究对象。纳入标准:①符合2024年《修订版阿尔茨海默病诊断与分期标准》<sup>[10]</sup>AD诊断标准,处于临床前期或轻度认知损害阶段;②具有基本视听、理解和语言交流能力,能独立或在他人协助下完成问卷填写;③知情同意,自愿参与本次调查。排除标准:①伴有其他致记忆和认知障

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院老年医学科(江苏南京,210008)

通信作者:张建薇,58157083@qq.com

翟雨婷:女,本科,主管护师,450122689@qq.com

科研项目:江苏省干部保健科研项目(BJ20002);南京大学中国医院改革发展研究院院内医院管理课题(NDYGN2024058)

收稿:2025-09-19;修回:2025-11-15

碍的中枢神经系统疾病(如脑血管疾病、硬膜下血肿、脑积水、脑瘤等),肝肾功能障碍,恶性肿瘤及其他严重疾病;②伴有严重精神疾病;③重度失能者;④近期有服用精神抑制类药物史,或既往吸毒、酗酒史。样本量依据自变量数的 10~15 倍计算,本研究计划选择 14 个自变量,考虑到 10% 无效样本,样本量应为 156~234。本研究已通过医院伦理委员会审核(2021-149-01);调查对象均签订知情同意书。

## 1.2 方法

### 1.2.1 调查工具

**1.2.1.1 一般资料调查表** 课题组通过查阅文献、结合既往临床经验自制一般资料调查表,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、居住地、居住情况、子女数量、家庭人均月收入、医疗保险类型、病程、并存慢性病数量、有无睡眠障碍。

**1.2.1.2 慢性疾病病耻感量表-8 条目 (Stigma Scale for Chronic Illness 8-items, SSCI-8)** 由 Molina 等<sup>[11]</sup>基于 24 条目量表修改得到,用于评估慢性病患者病耻感。本研究选择由杜姣等<sup>[12]</sup>翻译的中文版量表,包括外在病耻感(6 个条目)和内在病耻感(2 个条目)2 个维度,共 8 个条目。采用 Likert 5 级计分,“没有”至“总是”依次计 1~5 分。总分 8~40 分,得分越高,调查对象的病耻感水平越高。中文版量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.920,本研究中为 0.832。

**1.2.1.3 中国社会支持量表 (Chinese People's Social Support Scale, CPSSS)** 由张理义等<sup>[13]</sup>编制,用于评估中国人获取的社会支持情况。包括客观支持(8 个条目)、主观支持(7 个条目)和支持利用度(5 个条目)3 个维度,共 20 个条目。条目选择 Likert 3 级计分,从“没有”至“经常”依次计 0~2 分。总分为 0~40 分,得分越高表示得到的社会支持越高。量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.832,本研究中为 0.833。

**1.2.1.4 生产性参与量表 (Productive Engagement Scale, PES)** 由 Matz-Costa 等<sup>[14]</sup>编制,用于评估老年人参与生产性活动和工作水平。本研究选择由代霜霜<sup>[15]</sup>汉化的中文量表,为单维度量表,共 9 个条目。采用 Likert 7 级计分,“非常不同意”到“非常同意”依次计 1~7 分。总分 9~63 分,总分越高表示生产性参与水平越高。中文版量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.923,本研究中为 0.912。

**1.2.2 调查方法** 研究开始前 2 周,成立调查小组(成员共 6 名,组长为老年医学科护士长,副主任护师;老年医学科医生 3 名,其中副主任医师 1 名,主治医师 2 名;老年医学科护士 2 名,均为主管护师),通过查阅文献确定调查内容。将量表录入问卷星形成电子问卷,电子问卷条目选项设置为必选。于患者入院后互加微信,正式调查前,由 3 名医生评估患者身体及精神状态是否适合接受调查,若适合,由 2 名护

士对患者进行调查。首先向患者讲解本次调查的目的和过程,并通过手机示范电子问卷填写方法,患者签订知情同意后,调查护士通过微信向患者发送电子问卷链接,由其独立填写后提交。针对部分不能独自填写的患者,使用纸质问卷,由护士朗读问卷内容患者回答方式勾选答案。患者填写问卷或接受问卷问答过程中若超过 20 min,可以选择中途休息 5 min 后继续。本研究发放问卷 220 份,收回有效问卷 212 份(中途退出 8 例患者),问卷有效回收率 96.36%。

**1.2.3 统计学方法** 选择 SPSS26.0 软件处理数据,计数资料采用频数描述,正态分布的计量资料选择( $\bar{x} \pm s$ )描述,组间比较行  $t$  检验或单因素方差分析;偏态分布的计量资料选择  $M(P_{25}, P_{75})$  描述,行 Mann-Whitney  $U$  检验或 Kruskal-Wallis  $H$  检验;病耻感、社会支持与生产性参与之间关系行 Pearson 或 Spearman 相关性分析;生产性参与影响因素分析选择多元线性回归分析。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 轻中度 AD 患者一般资料** 轻中度 AD 患者 212 例(轻度 AD 124 例,中度 AD 88 例),男 99 例,女 113 例;年龄 60~78(71.21 $\pm$ 10.25)岁。婚姻状况:已婚 193 例,未婚、离异或丧偶 19 例。居住情况:独居 32 例,与家人同住 153 例,居住养老院或医养中心 27 例。子女数量:无 20 例,1 个 102 例,2~3 个 61 例, $\geq$ 4 个 29 例。家庭人均月收入:<3 000 元 48 例,3 000~<5 000 元 75 例,5 000~<7 000 元 56 例, $\geq$ 7 000 元 33 例。医疗保险类型:职工医保 48 例,居民医保 105 例,商业保险 42 例,自费 17 例。存在睡眠障碍者 79 例。病程 0.5~6.5[2.8(1.8,3.4)]年。

**2.2 轻中度 AD 患者病耻感、社会支持和生产性参与得分及相关性分析** 见表 1。相关性分析结果显示,轻中度 AD 患者病耻感与生产性参与呈负相关( $r=-0.625, P<0.001$ ),社会支持与生产性参与呈正相关性( $r=0.646, P<0.001$ )。

表 1 轻中度 AD 患者病耻感、社会支持和生产性参与得分( $n=212$ )

项目	分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$	
	总分	条目均分
病耻感	25.90 $\pm$ 3.57	3.24 $\pm$ 0.45
外在病耻感	19.61 $\pm$ 2.96	3.27 $\pm$ 0.49
内在病耻感	6.29 $\pm$ 1.24	3.15 $\pm$ 0.62
社会支持	23.59 $\pm$ 3.43	1.18 $\pm$ 0.17
客观支持	9.05 $\pm$ 1.78	1.13 $\pm$ 0.22
主观支持	8.22 $\pm$ 1.62	1.17 $\pm$ 0.23
支持利用度	6.33 $\pm$ 1.20	1.27 $\pm$ 0.24
生产性参与	36.00(18.00,36.00)	4.00(2.00,4.00)

**2.3 轻中度 AD 患者生产性参与得分的单因素分析** 研究结果显示,不同性别、婚姻状况、居住情况、子女数量、家庭人均月收入、医疗保险类型、是否存

在睡眠障碍患者的生产性参与得分比较,差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),差异有统计学意义的项目见表 2。

**表 2 轻中度 AD 患者生产性参与得分单因素分析**  
差异有统计学意义的项目

项目	例数	得分[M( $P_{25}$ , $P_{75}$ )]	Hc/Z	P
年龄(岁)			14.123	0.003
60~<65	46	36.00(26.50,54.00)		
65~<70	43	36.00(18.00,44.00)		
70~<75	59	36.00(18.00,36.00)		
75~78	64	25.00(18.00,36.00)		
文化程度			11.293	0.010
小学及以下	71	27.00(18.00,36.00)		
初中	68	33.00(18.00,36.00)		
高中或中专	48	36.00(24.25,53.50)		
大专及以上	25	36.00(28.00,52.00)		
居住地			3.763	<0.001
城市	98	36.00(19.75,54.00)		
农村	114	27.00(18.00,36.00)		
病程(年)			15.165	0.001
<1	78	36.00(19.75,52.50)		
1~3	75	36.00(18.00,36.00)		
>3	59	25.00(18.00,36.00)		
并存慢性病数量(个)			28.152	<0.001
0	16	54.00(38.50,56.25)		
1	59	36.00(18.00,52.00)		
2~3	70	36.00(18.00,36.00)		
>3	67	25.00(18.00,36.00)		

**2.4 轻中度 AD 患者生产性参与影响因素的多元线性回归分析** 经多重共线性、残差的正态性检验结果显示,本研究数据满足多元线性回归模型要求。以轻中度 AD 患者生产性参与得分为因变量,选择相关性分析和单因素分析差异有统计学意义的项目为自变量进行多元线性回归分析( $\alpha_{\lambda} = 0.05, \alpha_{\text{出}} = 0.10$ ),进入回归方程的变量有年龄(赋值:60~<65 岁=1,65~<70 岁=2,70~<75 岁=3,75~78 岁=4)、文化程度(赋值:小学及以下=1,初中=2,高中或中专=3,大专及以上=4)、并存慢性病数量(赋值:0 个=1,1 个=2,2~3 个=3,>3 个=4)、病耻感(原值输入)、社会支持(原值输入),见表 3。

**表 3 轻中度 AD 患者生产性参与影响因素的多元线性回归分析结果(n=212)**

项目	$\beta$	SE	$\beta'$	t	P
常量	57.090	4.178		13.664	<0.001
年龄	-2.945	0.719	-0.237	4.099	<0.001
文化程度	3.105	0.804	0.224	3.863	<0.001
并存慢性病数量	-5.140	1.624	-0.184	3.165	0.002
病耻感	-3.079	1.010	-0.176	3.050	0.003
社会支持	5.117	0.858	0.345	5.960	<0.001

注: $R^2 = 0.327$ ,调整  $R^2 = 0.311$ ;  $F = 20.048$ ,  $P < 0.001$ ; Durbin-Watson = 1.698.  $VIF = 1.024 \sim 1.034$ ,容差 = 0.968~0.977。

### 3 讨论

**3.1 轻中度 AD 患者生产性参与处于中等偏低水平** 本研究结果显示,轻中度 AD 患者生产性参与得分为

36.00(18.00,36.00)分,得分率为 57.14%(36.00/63),处于中等偏低水平,低于代霜霜<sup>[15]</sup>对普通社区老年人生产性参与的调查结果,表明轻中度 AD 患者在日常生活中能参与一定程度的生产性活动,但低于正常老年人参与水平。本研究的调查对象为轻中度 AD 患者,病情均处于临床前期或伴有轻度认知损害,其具备自主或在亲属、朋友或其他社会力量帮助下与外界交流、从事获取经济利益的工作、参与社会活动和承担部分家庭责任的能力。然而,轻中度 AD 患者相比于普通正常老年人,伴有健忘、妄想、幻觉、失眠及焦虑等精神行为症状,出现语言交流困难、记忆功能衰退、自理能力下降,部分甚至伴有攻击性行为等身体行为症状,造成其不能正常参与社会生活及履行社会、家庭责任。提示临床医护人员应关注轻中度 AD 患者生产性参与现状,针对不同病情患者实施针对性护理干预,提升其参与生产性社会活动能力,从而改善其社会功能。

### 3.2 轻中度 AD 患者生产性参与的影响因素

**3.2.1 年龄** 本研究结果显示,轻中度 AD 患者年龄越大,其生产性参与水平越低。Sia 等<sup>[16]</sup>研究指出,老年人年龄越大,身体健康越差,会限制其参与社会积极性。轻中度 AD 患者的脑神经微血管、脑白质和血脑屏障等脑组织结构或功能会随年龄增加而呈现进行性结构破坏<sup>[17-19]</sup>,导致认知功能衰退、情绪与行为异常改变和日常生活能力逐步丧失,降低其外出参与社会生活或在家承担家庭责任的能力。提示医护人员应为年龄较大不宜外出的轻中度 AD 患者选择合适助行器或轮椅,指导其亲属多协助患者参与社会活动、承担社会责任及家庭责任,发挥社会价值,提高其生产性参与水平。

**3.2.2 文化程度** 本研究结果显示,文化程度越高,轻中度 AD 患者生产性参与水平越高,与陈瑛等<sup>[20]</sup>的研究结论相似。较高文化程度的轻中度 AD 患者学习能力较强,能充分理解 AD 疾病知识、医疗信息 and 治疗方法,能相对从容地应对因病突发的一系列问题,降低其参与社会担忧或恐惧感和社会隔离程度,从而增加其生产性参与水平。此外,有研究指出高文化程度患者家庭成员整体文化程度也较高,能清楚地认知到尊重患者家庭角色<sup>[21]</sup>, 给其更多承担家庭责任的机会,也相应提升了患者的生产性参与水平。提示医护人员对于较低文化程度的轻中度 AD 患者,需采取简明易懂的健康教育形式,便于其理解生产性参与的重要性,提升其进行生产性参与的勇气和意识;为其设计简易手工制作、社区园艺照料等简单生产性活动;并鼓励亲属多给予患者整理物品、看护晚辈等家庭责任。对于较高文化程度轻中度 AD 患者,可引导其参与知识型社会活动,如协助医护人员组织病友联谊、参与康复经验分享交流会等,进一步增强其社会价值认同感。

**3.2.3 并存慢性病数量** 本研究结果显示,轻中度 AD 患者并存慢性病数量越多,其生产性参与水平越低,与 Carlson<sup>[22]</sup> 研究结论相似,即老年患者伴有基础慢性病越多,参与正常社会活动及工作水平越低。轻中度 AD 患者常并存有糖尿病、高血压、脑梗死、冠心病等慢性病,并存慢性病数量越多,越会降低其身体健康水平及活动能力,加重其参与社会活动及工作的身心负荷,限制其生产性参与水平<sup>[23]</sup>。同时,多种基础慢性病还会加重轻中度 AD 患者服药负担<sup>[24]</sup>,导致身体受到不同药物的伤害,进一步限制其参与社会志愿性及生产性活动。提示医护人员应组建老年科、内分泌科、心脏内科、神经内科等多学科综合治疗团队,有效治疗、控制患者的病情,改善其生理状态;或者采取交互式群组管理<sup>[25]</sup>、叠杯运动训练<sup>[26]</sup>等干预方式改善其认知功能及日常生活能力,从而提升其参与外出社会交往、社区志愿服务、工作或在家承担家庭责任等生产性活动所必需的身体条件、认知功能及活动能力,间接提高其生产性参与水平。

**3.2.4 病耻感** 本研究结果显示,轻中度 AD 患者病耻感越强,其生产性参与水平越低,与张瑞芬等<sup>[27]</sup>的研究结论相似。轻中度 AD 患者外出参与普通社会活动或生产性社会活动时,会担心被他人称为“老年痴呆病人”,倾向于在家自我孤立避免被外界“污名化”<sup>[28]</sup>。同时,部分公众对轻中度 AD 患者认知功能下降、情绪异常变化和语言功能障碍等症状的认知不足或存在误解,会对患者表现出嗤笑、非议、恐惧、疏远、逃避行为,导致患者出现内疚、自备、羞耻等病耻感<sup>[29]</sup>,降低其外出参与社会活动或生产性活动勇气和兴趣。提示临床医护人员应构建交流互动平台,鼓励医护、患者、亲属积极交流、咨询和分享 AD 治疗及应对经验,充分发挥医护支持、同伴支持效应,降低患者病耻感;对公众普及 AD 相关知识,消除对 AD 的错误认识和歧视,提高对 AD 患者及其家庭的包容度,从而为轻中度 AD 患者无歧视地参与生产性活动创造良好的社会氛围。

**3.2.5 社会支持** 本研究结果显示,轻中度 AD 患者得到的社会支持越强,其生产性参与水平越高。可能因为轻中度 AD 患者得到来自医护人员、家人、朋友及邻居等社会力量的支持和关心越多,越能感知自己被外界的认可、接纳、包容、尊重和关爱,从心理上激励其更积极、乐观和主动地参与社会生产性活动<sup>[30-31]</sup>,越有勇气外出参与社会活动、服务公众、照顾家庭、帮助他人。提示临床医护人员作为轻中度 AD 患者可依赖的社会支持力量,应指导家属为患者提供优质的居家护理和足够的情感支持;与社会福利机构、人社保障机构及社区合作,为轻中度 AD 患者提供适合其精力或特征、力所能及的社区工作和居家兼职,从而提高其生产性参与水平。

## 4 结论

本研究结果显示,轻中度 AD 患者生产性参与处于中等偏低水平,临床医护人员需根据轻中度 AD 患者生产性参与水平及影响因素进行针对性干预,充分提供社会支持,消除其病耻感,促进其参与社会生产性活动,以更好地体现自己的社会价值、回归正常生活和工作。本研究由于人力和时间限制,只选择南京市 1 所医院收治的轻中度 AD 患者作为调查对象,样本选取范围小及样本量较少,需要扩大样本量及进行多中心研究进一步完善研究结论。

## 参考文献:

- [1] Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, et al. Alzheimer's disease[J]. Lancet, 2021, 397(10284): 1577-1590.
- [2] 肖晓华,李贝,李吉佳.广州市某医院阿尔茨海默病患者日常生活活动能力状况及其影响因素[J].医学与社会, 2021, 34(1): 51-55, 60.
- [3] 詹敏敏,马慧萱,康雪纯,等.轻中度阿尔茨海默病患者精神行为学症状特点及关联性分析[J].首都医科大学学报, 2021, 42(3): 354-359.
- [4] 申英杰,赵明利,代霜霜,等.老年人生产性参与的研究进展[J].循证护理, 2023, 9(16): 2950-2953.
- [5] Xia X, Yu Y, Zou Y. Air pollution, social engagement and subjective well-being: evidence from the Gallup World Poll[J]. Environ Sci Pollut Res Int, 2022, 29(34): 52033-52056.
- [6] Wang W P, Wu L H, Zhang W, et al. Culturally-specific productive engagement and self-rated health among Taiwanese older adults[J]. Soc Sci Med, 2019, 229(5): 79-86.
- [7] Sagherian K, Rose K, Zhu S, et al. Productive activities but not paid work relate to well-being in older adults[J]. Res Gerontol Nurs, 2021, 14(1): 24-32.
- [8] 宋靓琪,吕明阳,汤衡.基于分层线性模型的老年人“生产性参与”影响因素研究[J].人口与发展, 2020, 26(6): 25-39.
- [9] Lam J, Bolano D. Social and productive activities and health among partnered older adults: a couple-level analysis[J]. Soc Sci Med, 2019, 229: 126-133.
- [10] 《修订版 AD 诊断与分期标准》临床应用的专家解读编写组,北京认知神经科学学会学术委员会.关于 2024 年《修订版阿尔茨海默病诊断与分期标准》临床应用的专家解读[J].中华老年医学杂志, 2024, 43(12): 1525-1530.
- [11] Molina Y, Choi S W, Cella D, et al. The Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-item version (SSCI-8): development, validation and use across neurological conditions [J]. Int J Behav Med, 2013, 20(3): 450-460.
- [12] 杜姣,陈玉琴,吴历,等.慢性疾病病耻感量表-8 条目在神经疾病中的汉化及信效度测评[J].川北医学院学报, 2018, 33(3): 301-304.
- [13] 张理义,孔令明,张其军,等.中国社会支持量表的研制及其信效度检验[J].临床心身疾病杂志, 2014, 20(6): 36-40.
- [14] Matz-Costa C, James J B, Ludlow L, et al. The meaning

and measurement of productive engagement in later life [J]. *Soc Indic Res*, 2014, 118(3): 1293-1314.

[15] 代霜霜. 社区老年人老化期望对其生产性参与的影响研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2024.

[16] Sia B K, Tey N P, Goh K L, et al. Productive engagement of older adults in China: a multilevel analysis[J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2021, 21(12): 1138-1146.

[17] 杨洒, 袁永, 张振强, 等. 脑微血管内皮细胞在阿尔茨海默病中的作用[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2021, 23(1): 108-110.

[18] 黎明坤, 田小萍, 陈戴荣. 阿尔茨海默病患者脑白质纤维束改变与执行功能损害的关系[J]. *中风与神经疾病杂志*, 2023, 40(7): 590-595.

[19] 张智超, 景永帅, 张丹参. 血脑屏障在阿尔茨海默病发病机制中的作用[J]. *中国药理学与毒理学杂志*, 2023, 37(7): 502-503.

[20] 陈瑛, 殷媛媛, 许凤琴. 老年单侧全髌关节置换患者康复期参与生产性活动的现状及影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2025, 60(18): 2223-2230.

[21] 姜季季, 赵敏, 任琦玮, 等. 照料者特征与阿尔茨海默病痴呆期患者临床表现的相关性[J]. *中华健康管理学杂志*, 2025, 19(2): 87-92.

[22] Carlson M C. Productive social engagement as a vehicle to promote activity and neuro-cognitive health in later adulthood[J]. *Arch Clin Neuropsychol*, 2021, 36(7): 1274-1278.

[23] 李壮壮, 刘征堂. 阿尔茨海默病及其共病研究现状与思考[J]. *阿尔茨海默病及相关病杂志*, 2025, 8(2): 75-80, 73.

[24] 靳然, 刘才艳, 陈敬灏, 等. 慢性病共病患者多重用药负担现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(15): 102-106.

[25] 潘晶雪, 陈利群, 王敬丽, 等. 社区轻度认知功能障碍老年人的交互式群组管理[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(13): 99-103, 107.

[26] 江虹, 朱跃平, 杨杨, 等. 叠杯运动训练对老年轻度认知障碍患者的干预作用研究[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(6): 23-26.

[27] 张瑞芬, 朱建中, 胡佳琪, 等. 回归家庭干预对阿尔茨海默病患者认知功能和生活质量的影响[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(22): 106-110.

[28] Abo Jabel H, Werner P. The mediating effect of social support and coping strategies on the relation between family stigma and caregiver burden among Israeli Arab family caregivers of people with Alzheimer's disease (AD)[J]. *Aging Ment Health*, 2022, 26(8): 1597-1603.

[29] 王学程, 何怡. 帕金森病合并阿尔茨海默病患者述情障碍与病耻感的相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2022, 42(19): 4841-4844.

[30] Cuadrado F, Antolí A, Fernández-Calvo B, et al. How to improve attitudes towards dementia? Reframing as a tool to overcome the stigma around Alzheimer's disease [J]. *Patient Educ Couns*, 2023, 115(10): 107897.

[31] Ren Y, Savadlou A, Park S, et al. The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's disease[J]. *Front Neuroendocrinol*, 2023, 69(4): 101061.

(本文编辑 李春华)

(上接第 5 页)

[15] Scholten D J 2nd, Bray J K, Wang K Y, et al. Implementation of a fracture liaison service and its effects on osteoporosis treatment adherence and secondary fracture at a tertiary care academic health system[J]. *Arch Osteoporos*, 2020, 15(1): 80.

[16] Dai T, Li D, Su Z, et al. Current status of osteoporosis prevention health behaviors in older patients with hip fragility fractures: a cross-sectional study[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2025, 104(38): e44633.

[17] World Health Organization. Fracture Risk Assessment Tool [EB/OL]. (2011-06-01) [2024-12-20]. <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx>.

[18] 陈玉平, 刘雪琴, 蔡德鸿. 骨质疏松症知识问卷的信度和效度测定[J]. *中国骨质疏松杂志*, 2005, 11(3): 339-341.

[19] 陈玉平, 刘雪琴. 骨质疏松症自我效能量表的信度与效度测定[J]. *解放军护理杂志*, 2005, 22(8): 43-44.

[20] 顾顾, 朱柯雨, 盛晓磊, 等. 合并症对股骨颈骨折人工全髌关节置换术后髌关节功能的影响[J]. *骨科*, 2024, 15(3): 218-223.

[21] Wong M, Wu C, Wang H, et al. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) score and glycaemic control among Chinese diabetes patients [J]. *J Clin Pharmacol*, 2015, 55(3): 279-287.

[22] Tsamlag L, Wang H, Shen Q, et al. Applying the information-motivation-behavioral model to explore the influencing factors of self-management behavior among osteoporosis patients[J]. *BMC Public Health*, 2020, 20(1): 198.

[23] Ma Y, Li Y, Lu W, et al. A cross-sectional study on knowledge, attitude and practice of osteoporosis prevention in patients with breast cancer undergoing endocrine therapy: a cross-sectional study[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2025, 12: 100678.

[24] Su S, Lin S, Chen C. Self-efficacy care program for older adults receiving hip-fracture surgery[J]. *Clin Nurs Res*, 2021, 30(6): 911-920.

[25] Zou J, Hampton M D, Shade K, et al. A bone health intervention for Chinese immigrants in Santa Clara county [J]. *Orthop Nurs*, 2017, 36(4): 293-300.

[26] 符秋燕, 黄天雯, 肖万莲, 等. 老年髌部骨折患者术后全序列康复风险评估指标体系的构建[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(12): 22-27.

[27] Zinger G, Davidson A, Sylvetsky N, et al. Cost analysis of a fracture liaison service: a randomized controlled trial for the secondary prevention after fragility fractures of the hip[J]. *Endocr Pract*, 2023, 29(10): 794-802.

(本文编辑 李春华)