

重庆市某区成年居民对阿尔茨海默病认知与态度特征的潜在剖面分析

张锦华, 蒋 祎*

重庆医科大学公共卫生学院, 重庆

收稿日期: 2025年12月15日; 录用日期: 2026年1月9日; 发布日期: 2026年1月19日

摘 要

目的: 探究成年居民阿尔茨海默病认知-态度潜在类型及其影响因素, 为设计有针对性的健康教育策略提供理论依据。方法: 2024年9月~10月, 采用方便抽样法, 从九龙坡区招募1362名成年居民作为调查对象。采用一般资料表、阿尔茨海默病知识测评量表、痴呆态度量表进行调查。利用Mplus8.3软件对成年居民阿尔茨海默病认知态度特征进行潜在剖面分析。结果: 成年居民对阿尔茨海默病的认知-态度特征可分为四类: “认知片面-态度中立型”(13.0%)、“认知中等-态度冷漠型”(11.6%)、“认知中等-态度矛盾型”(9.0%)和“认知广泛-态度中立型”(66.4%)。居住在城市、未接受过高等教育、未就业的成年居民更容易归入类别1。农村成年居民更容易归入类别2。农民、未就业者、其他劳动者、工人/职工/服务业人员及医疗卫生人员等职业群体等容易归入类别3。结论: 成年居民对阿尔茨海默病的认知态度存在明显异质性。未来阿尔茨海默病公众教育应从单纯提升知晓率, 转向认知质量提升与积极情感态度培育并重的发展路径, 并结合城乡差异、教育背景和职业特征实施分层分类干预, 以更有效地推动痴呆防控关口前移和痴呆友好型社会建设。

关键词

阿尔茨海默病, 成年居民, 认知, 态度, 潜在剖面分析

Latent Profile Analysis of Cognitive and Attitudinal Characteristics towards Alzheimer's Disease among Adult Residents in a District of Chongqing City

Jinhua Zhang, Yi Jiang*

School of Public Health, Chongqing Medical University, Chongqing

*通讯作者。

文章引用: 张锦华, 蒋祎. 重庆市某区成年居民对阿尔茨海默病认知与态度特征的潜在剖面分析[J]. 生物医学, 2026, 16(1): 142-153. DOI: 10.12677/hjbm.2026.161015

Received: December 15, 2025; accepted: January 9, 2026; published: January 19, 2026

Abstract

Objective: To explore the latent types of cognition-attitude toward Alzheimer's disease among adult residents and their influencing factors, to provide a theoretical basis for designing targeted health education strategies. **Methods:** From September to October 2024, a convenience sampling method was used to recruit 1362 adult residents from Jiulongpo District as survey respondents. The survey was conducted using a general information form, an Alzheimer's Disease Knowledge Assessment Scale, and a Dementia Attitude Scale. Mplus8.3 software was employed to conduct latent profile analysis on the characteristics of cognition and attitudes towards Alzheimer's disease among adult residents. **Results:** The cognition-attitude characteristics of adult residents towards Alzheimer's disease could be categorized into four types: "Limited Cognition-Neutral Attitude" (13.0%), "Moderate Cognition-Indifferent Attitude" (11.6%), "Moderate Cognition-Conflicted Attitude" (9.0%), and "Broad Cognition-Neutral Attitude" (66.4%). Urban residents with no higher education and those who were unemployed were more likely to fall into Category 1. Rural residents were more prone to being classified into Category 2. Occupational groups such as farmers, the unemployed, other laborers, workers/employees/service industry personnel, and healthcare workers were more likely to be grouped into Category 3. **Conclusion:** There is significant heterogeneity in the cognitive attitudes of adult residents towards Alzheimer's disease. In the future, public education on Alzheimer's disease should shift from merely improving awareness rates to a development path that emphasizes both enhancing cognitive quality and fostering positive emotional attitudes. Additionally, stratified and categorized interventions should be implemented based on urban-rural differences, educational backgrounds, and occupational characteristics to more effectively promote the early prevention of dementia and the construction of a dementia-friendly society.

Keywords

Alzheimer's Disease, Adult Residents, Cognition, Attitudes, Latent Profile Analysis

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着人口老龄化日益加剧,阿尔茨海默病(Alzheimer's Disease, AD)作为最常见的老年期痴呆疾病,其发病率、患病率和死亡率逐年上升,已成为严峻的公共卫生挑战[1]。研究表明,对阿尔茨海默病进行早期识别和干预有助于减缓疾病的进展、提高患者生活质量[2]。而公众对阿尔茨海默病的认知与态度,不仅影响其对疾病的早期识别和就医干预,也关系到对患者的照护意愿、情感支持与社会融合程度[3]-[5]。因此,提高对痴呆症的认识水平和对患者的友好度,已被纳入全球痴呆症应对行动计划的重要任务[4]。

现有研究多集中于老年人或医务人员等特定群体,较少关注成年居民这一更广泛且在家庭和社会中发挥关键作用的人群[6]。成年居民通常作为阿尔茨海默病患者的主要照护者,常为其子女或配偶,是疾病早期识别、照护决策和社会倡导的主要参与者,其认知与态度在很大程度上会影响家庭管理和社会反应[7]。因此,深入了解成年居民群体的阿尔茨海默病认知与态度特征,对于构建痴呆友好型社会和推动群体健康干预具有重要现实意义。但是,目前大多数研究仅利用量表得分评估个体认知或态度水平,没

有深入剖析人群内部可能存在的认知理解和情感接受方面的异质性[8]。潜在剖面分析(Latent Profile Analysis, LPA)是一种以个体为中心的统计分析方法, 可根据研究对象的外显连续变量来判断其潜在类别, 以探究不同类别人群的特征及影响因素[9]。本研究基于成年居民的阿尔茨海默病知识与态度数据, 采用 LPA 方法识别该人群潜在的认知态度类型, 探索不同人群特征及其影响因素, 为未来制定针对成年居民群体的健康教育和干预策略提供理论依据。

2. 对象与方法

2.1. 调查对象

该研究为横断面调查。2024 年 9 月~10 月, 采用方便抽样的方法, 通过重庆市九龙坡区的 13 个基层卫生服务机构(包括社区卫生服务中心和乡镇卫生院)招募参与者。本研究招募符合以下标准的参与者: (1) 头脑健全、认知正常、无精神障碍; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 愿意参与这项研究。本研究已通过重庆市九龙坡区疾病预防控制中心伦理委员会的审查与批准。

2.2. 样本量计算

根据横断面调查的公式确定样本量: $n = (Z^2 p(1-p))/d^2$ [10]。其中, Z 为 95% 的置信区间, 取值 1.96。 P 值为假定的意识水平, 基于文献[11], 它被设定为 60%。 D 表示可接受的误差范围, 取值 2%。考虑到拒答率、问卷有效率等, 在此基础上将样本量增加了 10%, 最终所需样本量为 1268 名。本研究实际最终纳入研究对象 1362 名。

2.3 调查工具

2.3.1. 一般资料表

社会人口学信息包括性别、年龄、居住地类型、教育程度、婚姻状况、职业、月收入、家庭成员患有阿尔茨海默病和相关痴呆(Alzheimer's Disease and Related Dementias, ADRD)、ARDR 照料经历、ARDR 知识培训经历。

2.3.2. 阿尔茨海默病知识量表

阿尔茨海默病知识量表(Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS)用于测试不同人群对 AD 知识的掌握情况, 由 CarPenter 等人于 2009 年研制[12]。中文版 ADKS 由贺润莲等人汉化调适[13], Cronbach's α 系数为 0.756。该量表覆盖危险因素、评估诊断、症状、病程、生活影响、照料以及治疗管理等七个领域, 共 30 个项目。正确判断得 1 分, 错误判断得 0 分, 总分范围为 0~30, 得分越高说明阿尔茨海默病知识了解越多。

2.3.3. 痴呆态度量表

痴呆态度量表(Dementia Attitudes Scale, DAS)是 O'Connor 等人于 2010 年研制[14], 是测评对痴呆态度的工具。中文版 DAS 由李欢利等人引入并汉化[15]。该量表涵盖痴呆知识、正向社会舒适度和负向社会舒适度三个维度, 共 20 个项目。采用 Likert7 级评分法, “完全不同意”计 1 分, “完全同意”计 7 分。负向社会舒适度的 6 个项目负向计分。量表总分范围为 20~140, 得分越高表示对痴呆相关态度越积极。

2.4. 统计学方法

使用 SPSS26.0 软件对数据进行 Z-score 标准化处理。定性资料采用例数和百分比(%)描述, 采用卡方检验和 Fisher 精确检验进行比较。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述, 采用方差分析进行比较。运用 Mplus8.3 软件

对认知态度进行潜在剖面分析, 依据适配性检验、分类指标和差异性检验结果, 选择最优拟合模型。模型适配性检验指标主要包括艾凯克信息准则(Akaike Information Criterion, AIC)、贝叶斯信息准则(Bayesian Information Criterion, BIC)、校正贝叶斯信息准则(adjusted Bayesian Information Criterion, aBIC)和 3 个指标统计数值越小, 即模型拟合度越好; 分类指标为熵值(Entropy), 在 0~1 之间取值, 越接近 1, 分类越精准; 差异性检验包括罗 - 梦戴尔 - 鲁本校正似然比检验(Lo-Mendell-Rubin Adjusted ratio test, LMRT)和基于 Bootstrapped 的似然比检验(Bootstrapped Likelihood Ratio Test, BLRT), 用于比较模型之间的拟合差异情况, $P < 0.05$ 即第 k 个模型拟合效果优于第 $k - 1$ 个模型。采用无序多分类 Logistic 回归分析阿尔茨海默病认知态度类别的影响因素, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 成年居民一般资料

64.24%是女性, 40~64 岁年龄段人数略多。68.21%的人居住在城市。41.48%的人接受过高等教育。81.79% 的居民是已婚状态。未就业人员的比例最少(7.05%), 医疗卫生人员占比最多(21.81%)。5.51%的参与者有家庭成员患有 ADRD。3.82%的人表示有 ADRD 患者照料经历。14.46%的参与者参加过 ADRD 知识培训。见表 1。

Table 1. Demographic characteristics of residents (N = 1362)
表 1. 居民的人口学特征(N = 1362)

特征	n (%)	特征	n (%)
性别		职业	
男性	487 (35.76)	农民	218 (16.01)
女性	875 (64.24)	未就业人员	96 (7.05)
年龄		其他劳动者	280 (20.56)
18~39 岁	439 (32.23)	工人、职工、服务业人员	221 (16.23)
40~64 岁	518 (38.03)	医疗卫生人员	297 (21.81)
≥65 岁	405 (29.74)	离退休人员	250 (18.36)
居住地类型		月收入	
城市	929 (68.21)	<999 元	193 (14.17)
乡镇	433 (31.79)	1000~2999 元	479 (35.17)
教育程度		3000~5999 元	553 (40.60)
文盲或小学	344 (25.26)	≥6000 元	137 (10.06)
初中	273 (20.04)	家庭成员患有 ADRD	
高中	180 (13.22)	没有	1287 (94.49)
高等教育及以上	565 (41.48)	有	75 (5.51)
婚姻状况		ADRD 照料经历	
未婚	153 (11.23)	没有	1310 (96.18)
已婚	1114 (81.79)	有	52 (3.82)
离婚	35 (2.57)	ADRD 知识培训经历	
丧偶	60 (4.41)	没有	1165 (85.54)
		有	197 (14.46)

3.2. 成年居民阿尔茨海默病认知与态度的潜在剖面分析结果及命名

以 ADKS 七个维度和 DAS 三个维度经过 Z-score 转换后的标准得分为外显变量, 依次选取 1~6 个潜在类别模型对成年居民的阿尔茨海默病认知与态度进行潜在剖面分析。结果见表 2。5 类别模型时, AIC、BIC、aBIC 降低幅度明显变缓, 6 类的改进幅度不大。虽然 5 和 6 类别模型的 LMRT 和 BLRT 仍显著($P < 0.05$), 但最小类别占比分别为 5.8% 和 5.7%, 潜在过小, 缺乏实际意义。4 类别时, AIC、BIC、aBIC 值较小, LMRT 和 BLRT 的 $P < 0.001$, Entropy > 0.8 , 表明该模型拟合效果优于 5 类别模型。在对 1 至 6 类模型的拟合结果进行比较后, 综合考虑信息准则(AIC、BIC、aBIC)、分类清晰度(Entropy)、似然比检验(LMRT 与 BLRT)及各类样本比例, 最终选择 4 类模型作为最优模型。

Table 2. Fit Indices for the latent profile model of cognition-attitude towards Alzheimer's disease among adult residents
表 2. 成年居民阿尔茨海默病认知 - 态度潜在剖面模型拟合指数

模型	Loglikelihood	AIC	BIC	aBIC	Entropy	P		类别概率
						LMRT	BLRT	
1	-19461.762	38963.524	39067.858	39004.326	—	—	—	—
2	-18949.943	37961.887	38123.605	38025.130	0.933	< 0.001	< 0.001	0.870/0.130
3	-18368.130	36820.261	37039.362	36905.946	0.941	< 0.001	< 0.001	0.787/0.123/0.090
4	-18061.315	36228.630	36505.115	36336.756	0.898	< 0.001	< 0.001	0.130/0.116/0.090/0.664
5	-17896.674	35921.348	36255.217	36051.916	0.899	0.0017	< 0.001	0.123/0.131/0.099/0.589/0.058
6	-17738.601	35627.203	36018.456	35780.212	0.882	0.0372	< 0.001	0.126/0.112/0.518/0.121/0.057/0.063

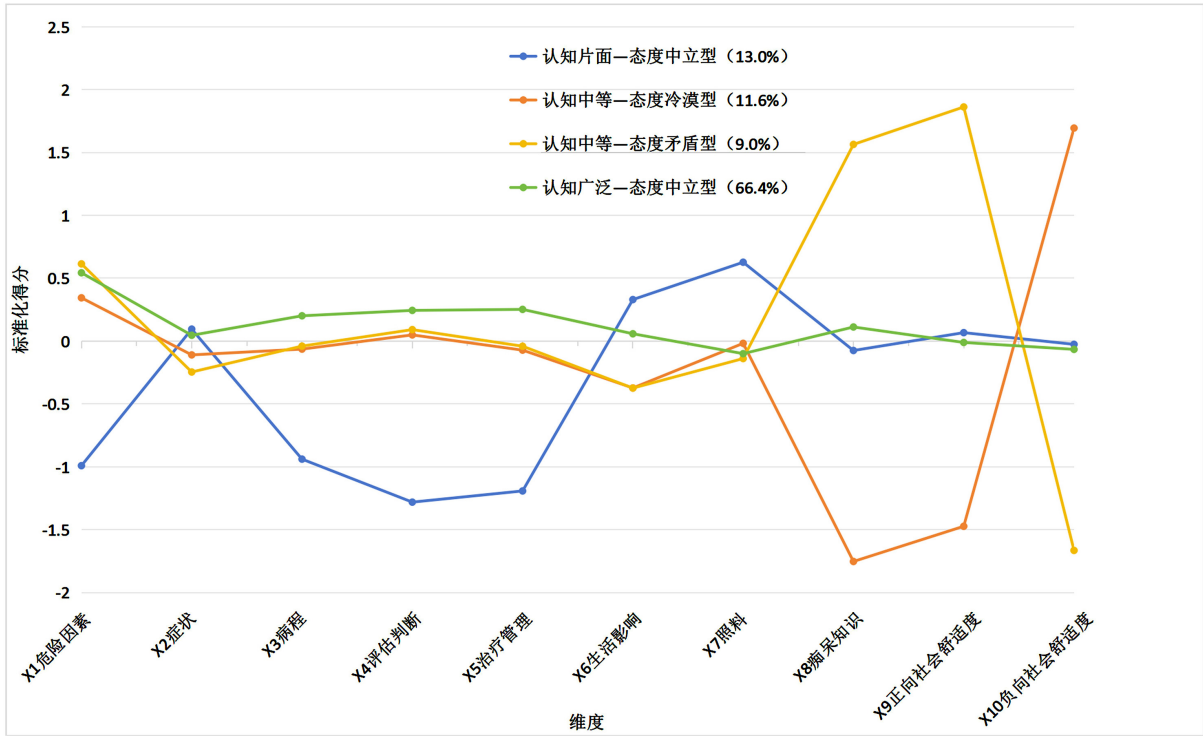


Figure 1. Latent profile plot of cognition-attitude typology towards Alzheimer's disease among adult residents
图 1. 成年居民阿尔茨海默病认知 - 态度分型潜在剖面图

根据不同阿尔茨海默病认知-态度潜在分型, 绘制标准化均值潜在剖面图, 见图 1。类别 1 (13.0%) 在“症状”“生活影响”“照料”等表层知识维度得分较高, 但在“危险因素”“病程”等核心维度显著偏低, 态度维度趋于中性, 命名为“认知片面-态度中立型”。类别 2 (11.6%) 整体认知中等, 无明显负向情绪, 但对痴呆患者的正向情感较低, 态度冷漠, 命名为“认知中等-态度冷漠型”。类别 3 (9.0%) 认知水平中等, 正向理解意愿较强, 但伴随明显负向情绪, 体现出态度冲突, 命名为“认知中等-态度矛盾型”。类别 4 (66.4%) 各认知维度得分较高, 态度整体呈中立偏友好积极, 命名为“认知广泛-态度中立型”。4 种阿尔茨海默病认知-态度分型成年居民认知与态度各维度得分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表 3。

Table 3. Scores and comparisons of each dimension of cognition and attitude among adult residents with different cognitive-attitude typologies ($\bar{x} \pm s$)

表 3. 不同认知态度分型成年居民认知与态度各维度得分及比较($\bar{x} \pm s$)

分型	人数	危险因素	症状	病程	评估判断	治疗管理	生活影响	照料	痴呆知识	正向社会舒适度	负向社会舒适度
认知局限-态度中立型	177	2.27 ± 1.02	2.16 ± 0.96	2.10 ± 1.03	1.68 ± 0.77	1.76 ± 0.85	1.87 ± 0.85	2.77 ± 0.98	38.14 ± 4.82	19.81 ± 3.39	23.49 ± 3.51
认知中等-态度冷漠型	158	3.59 ± 0.90	2.02 ± 0.63	2.76 ± 0.78	2.66 ± 0.74	2.68 ± 0.73	1.32 ± 0.66	2.15 ± 0.81	19.79 ± 6.92	10.09 ± 3.37	35.35 ± 4.23
认知一般-态度冲突型	123	3.85 ± 0.88	1.92 ± 0.69	2.79 ± 0.67	2.72 ± 0.67	2.69 ± 0.77	1.30 ± 0.65	2.04 ± 0.80	55.58 ± 5.95	30.95 ± 3.47	12.14 ± 5.17
认知广泛-态度中立型	904	3.80 ± 0.92	2.12 ± 0.70	2.97 ± 0.62	2.83 ± 0.54	2.96 ± 0.63	1.66 ± 0.80	2.08 ± 0.85	39.94 ± 7.07	19.16 ± 6.11	23.25 ± 4.22
统计值(F)	-	116.500	4.037	42.774	121.144	109.195	25.359	26.198	727.893	852.588	603.049
P	-	< 0.001	0.008	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.3. 影响成年居民阿尔茨海默病认知-态度潜在分型的单因素分析

比较 4 种阿尔茨海默病认知-态度分型成年居民在一般资料方面的差异。结果显示, 4 种不同分型成年居民在年龄、职业、月收入、是否有家庭成员患有 ADRD、是否有 ADRD 知识培训经历方面差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表 4。

Table 4. Univariate analysis of factors influencing the latent typologies of cognition-attitude towards Alzheimer’s disease among adult residents

表 4. 成年居民阿尔茨海默病认知-态度潜在分型影响因素的单因素分析

项目	类别	认知片面-态度中立型	认知中等-态度冷漠型	认知中等-态度矛盾型	认知广泛-态度中立型	χ^2 值	P 值
性别	男性	64 (36.2)	60 (38.0)	54 (43.9)	309 (34.2)	4.880	0.181
	女性	113 (63.8)	98 (62.0)	69 (56.1)	595 (65.8)		
年龄	18~39 岁	37 (20.9)	36 (22.8)	48 (39.0)	318 (35.2)	23.354	0.001
	40~64 岁	78 (44.1)	66 (41.8)	43 (35.0)	331 (36.6)		
	≥65 岁	62 (35.0)	56 (35.4)	32 (26.0)	255 (28.2)		
居住地类型						33.247	<0.001

续表

教育程度	城市	133 (75.1)	78 (49.4)	79 (64.2)	639 (70.7)		
	乡镇	44 (24.9)	80 (50.6)	44 (35.8)	265 (29.3)		
	文盲或小学	61 (34.5)	52 (32.9)	33 (26.8)	198 (21.9)		
	初中	43 (24.3)	26 (16.5)	22 (17.9)	182 (20.1)	39.250	<0.001
	高中	30 (16.9)	25 (15.8)	17 (13.8)	108 (11.9)		
婚姻状况	高等教育及以上	43 (24.3)	55 (34.8)	51 (41.5)	416 (73.6)		
	未婚	11 (6.2)	14 (8.9)	18 (14.6)	110 (12.2)		
	已婚	152 (85.9)	126 (79.7)	102 (82.9)	734 (81.2)	16.521	0.050
	离婚	4 (2.3)	6 (3.8)	1 (0.8)	24 (2.7)		
	丧偶	10 (5.6)	12 (7.6)	2 (1.6)	36 (4.0)		
职业	农民	33 (18.6)	28 (17.7)	26 (21.1)	131 (14.5)		
	未就业人员	24 (13.6)	11 (7.0)	8 (6.5)	53 (5.9)		
	其他劳动者	42 (23.7)	29 (18.4)	22 (17.9)	187 (20.7)	60.613	<0.001
	工人、职工、服务业人员	27 (15.3)	22 (13.9)	35 (28.5)	137 (15.2)		
	医疗卫生人员	17 (9.6)	31 (19.6)	25 (20.3)	224 (24.8)		
	离退休人员	34 (19.2)	37 (23.4)	7 (5.7)	172 (19.0)		
	月收入						
家庭成员患有 ADRD	<999 元	31 (17.5)	24 (15.2)	20 (16.3)	118 (13.1)		
	1000~2999 元	56 (31.6)	74 (46.8)	44 (35.8)	305 (33.7)	17.218	0.045
	3000~5999 元	73 (41.2)	45 (28.5)	47 (38.2)	388 (42.9)		
	≥6000 元	17 (9.6)	15 (9.5)	12 (9.8)	93 (10.3)		
	没有	172 (97.2)	146 (92.4)	121 (98.4)	848 (93.8)	8.153	0.043
ADRD 照料经历	有	5 (2.8)	12 (7.6)	2 (1.6)	56 (6.2)		
	没有	175 (98.9)	149 (94.3)	119 (96.7)	867 (95.9)	5.294	0.116
ADRD 知识培训经 历	有	2 (1.1)	9 (5.7)	4 (3.3)	37 (4.1)		
	没有	165 (93.2)	137 (86.7)	110 (89.4)	753 (83.3)	13.797	0.003
	有	12 (6.8)	21 (13.3)	13 (10.6)	151 (16.7)		

3.4. 成年居民阿尔茨海默病认知-态度潜在分型影响因素的多因素分析

为进一步探讨影响成年居民潜在类别归属的因素, 本研究以阿尔茨海默病认知-态度潜在分型为因变量, 将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量, 将类别 4(认知广泛-态度中立型)为参考组, 构建无序多分类 Logistic 回归模型。结果显示, 居住地类型、教育程度、职业、月收入是成年居民阿尔茨海默病认知态度分型的影响因素, 详见表 5。

Table 5. Logistic regression analysis of factors influencing the latent typologies of cognition-attitude towards Alzheimer’s disease among adult residents
表 5. 成年居民阿尔茨海默病认知-态度潜在分型影响因素的 Logistic 回归分析

分型	项目	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P	OR 值	95% CI
认知片面 - 态度中立型	年龄(18~39 岁)	-0.038	0.337	0.013	0.910	0.963	[0.497, 1.864]
	年龄(40~64 岁)	0.179	0.225	0.635	0.426	1.196	[0.770, 1.859]
	居住地类型(城市)	0.485	0.217	5.003	0.025	1.624	[1.062, 2.483]
	教育程度(文盲或小学)	1.059	0.355	8.891	0.003	2.882	[1.437, 5.780]
	教育程度(初中)	0.697	0.331	4.439	0.035	2.009	[1.050, 3.843]
	教育程度(高中)	0.895	0.317	7.970	0.005	2.447	[1.315, 4.555]
	职业(农民)	0.544	0.331	2.706	0.100	1.723	[0.901, 3.296]
	职业(未就业人员)	1.007	0.348	8.361	0.004	2.737	[1.383, 5.417]
	职业(其他劳动者)	0.355	0.284	1.561	0.212	1.427	[0.817, 2.492]
	职业(工人、职工、服务业人员)	0.287	0.332	0.747	0.387	1.332	[0.695, 2.552]
	职业(医疗卫生人员)	-0.258	0.411	0.396	0.529	0.772	[0.345, 1.727]
	月收入(<999 元)	-0.619	0.393	2.479	0.115	0.539	[0.249, 1.164]
	月收入(1000~2999 元)	-0.748	0.341	4.814	0.028	0.473	[0.243, 0.923]
	月收入(3000~5999 元)	-0.215	0.309	0.483	0.487	0.807	[0.440, 1.478]
	家庭成员患有 ADRD(没有)	0.505	0.49	1.061	0.303	1.657	[0.634, 4.333]
认知中等 - 态度冷漠型	ADRD 知识培训经历(没有)	0.601	0.329	3.333	0.068	1.824	[0.957, 3.476]
	年龄(18~39 岁)	-0.551	0.348	2.516	0.113	0.576	[0.291, 1.139]
	年龄(40~64 岁)	-0.03	0.244	0.015	0.903	0.971	[0.602, 1.566]
	居住地类型(城市)	-0.986	0.194	25.74	< 0.001	0.373	[0.255, 0.546]
	教育程度(文盲或小学)	0.219	0.364	0.364	0.546	1.245	[0.610, 2.540]
	教育程度(初中)	-0.392	0.359	1.198	0.274	0.675	[0.334, 1.364]
	教育程度(高中)	0.322	0.332	0.942	0.332	1.380	[0.720, 2.643]
	职业(农民)	-0.693	0.324	4.581	0.032	0.500	[0.265, 0.943]
	职业(未就业人员)	-0.169	0.413	0.168	0.682	0.844	[0.376, 1.897]
	职业(其他劳动者)	-0.165	0.301	0.303	0.582	0.848	[0.470, 1.528]
	职业(工人、职工、服务业人员)	0.223	0.358	0.386	0.534	1.249	[0.619, 2.521]
	职业(医疗卫生人员)	0.238	0.39	0.374	0.541	1.269	[0.591, 2.724]

续表

认知中等 - 态度矛盾型	月收入(<999 元)	0.218	0.413	0.279	0.597	1.244	[0.554, 2.791]
	月收入(1000~2999 元)	0.224	0.345	0.421	0.516	1.251	[0.636, 2.458]
	月收入(3000~5999 元)	-0.442	0.334	1.755	0.185	0.643	[0.334, 1.236]
	家庭成员患有 ADRD (没有)	-0.282	0.349	0.653	0.419	0.754	[0.381, 1.495]
	ADRD 知识培训经历(没有)	0.281	0.268	1.102	0.294	1.325	[0.784, 2.239]
	年龄(18~39 岁)	0.226	0.391	0.336	0.562	1.254	[0.583, 2.697]
	年龄(40~64 岁)	-0.060	0.300	0.041	0.840	0.941	[0.523, 1.694]
	居住地类型(城市)	-0.223	0.231	0.928	0.335	0.800	[0.508, 1.259]
	教育程度(文盲或小学)	0.698	0.426	2.687	0.101	2.010	[0.872, 4.631]
	教育程度(初中)	0.532	0.384	1.915	0.166	1.702	[0.801, 3.613]
	教育程度(高中)	0.595	0.346	2.953	0.086	1.812	[0.920, 3.570]
	职业(农民)	1.327	0.488	7.389	0.007	3.770	[1.448, 9.817]
	职业(未就业人员)	1.173	0.571	4.220	0.040	3.233	[1.055, 9.904]
	职业(其他劳动者)	1.125	0.472	5.682	0.017	3.080	[1.221, 7.766]
	职业(工人、职工、服务业人员)	2.148	0.479	20.080	<0.001	8.565	[3.348, 21.913]
	职业(医疗卫生人员)	1.579	0.531	8.822	0.003	4.848	[1.711, 13.739]
	月收入(<999 元)	0.333	0.454	0.538	0.463	1.395	[0.573, 3.400]
	月收入(1000~2999 元)	0.184	0.386	0.227	0.634	1.202	[0.564, 2.562]
	月收入(3000~5999 元)	-0.003	0.355	0.000	0.994	0.997	[0.498, 1.999]
	家庭成员患有 ADRD (没有)	1.297	0.736	3.107	0.078	3.659	[0.865, 15.482]
	ADRD 知识培训经历(没有)	0.415	0.322	1.660	0.198	1.515	[0.805, 2.950]

4. 讨论

4.1. 成年居民阿尔茨海默病认知 - 态度特征存在群体异质性

与以往仅依据量表总分分别量化认知和态度及假设二者呈线性正相关的研究不同, 本研究基于潜在剖面分析, 从“认知 - 态度组合结构”的视角识别出成年居民在阿尔茨海默病相关认知与态度方面存在显著异质性。其中, “认知中等 - 态度冷漠型”和“认知中等 - 态度矛盾型”的存在表明, 认知水平提升并不必然伴随情感态度积极化, 而是呈现出多种不同的组合模式。这一结果提示, 在公共卫生实践中, 单纯以知晓率提升作为主要目标的健康教育策略, 未必能够同步促进积极情感态度的形成, 有必要把认知提升与态度引导视为两个既相关又相对独立的干预目标。

4.2. 成年居民阿尔茨海默病认知 - 态度特征的影响因素

4.2.1. 居住在城市、未接受过高等教育、未就业的成年居民更容易归入“认知片面 - 态度中立型”

城市居民更易归入“认知片面 - 态度中立型”, 这一结果与既往研究中“城市居民痴呆知识水平普遍高于农村居民”的结论不完全一致[16]。尽管城市中获取健康信息的机会和渠道更多[6], 但本研究提示, 城市居民在健康信息认知方面并非整体占优, 其内部可能存在由教育水平、经济水平和社会参与度等因素导致的认知分化。未接受高等教育者被归入此类别的概率显著升高, 可能与其健康信息获取与知

识整合能力有限有关[17]。既往研究表明, 受教育程度较低与健康信息查询频率较低存在关联[18], 并且受教育程度为中学或以下的人, 获取痴呆症知识的机会较少[19], 与本研究“低学历者更易形成认知片面型”的结果一致。此外, 部分未就业者也集中于该类别, 可能与其缺乏就业环境中正式或非正式的健康信息传播渠道[19], 以及社会角色参与度低有关, 导致其对阿尔茨海默病的关注意愿和主动学习的动机普遍不足。“认知片面-态度中立型”人群虽未表现出明显的负面情绪, 但情感态度也缺乏积极性, 常在认知不足的前提下表现出相对中立的情感立场。已有研究指出, 态度形成通常建立在认知上, 认知不充分时态度往往模糊或动摇[20]。若个体知识匮乏, 则更难形成明确或正向的态度。因此, 针对该类人群, 应通过精准健康教育提高其对阿尔茨海默病的知识储备, 尤其强化城市中低学历和未就业群体的健康信息覆盖, 推动其将正确认知内化为理解、包容与支持的积极情感态度。

4.2.2. 农村成年居民更容易归入“认知中等-态度冷漠型”

农村居民更易归属于“认知中等-态度冷漠型”群体。既往研究指出, 农村地区阿尔茨海默病相关知识传播渠道有限, 居民获取权威健康信息的机会较少[19], 这可能在一定程度上影响其对疾病的系统理解及情感认同。该结果也与国内有关农村地区痴呆知晓率低[16]、健康科普覆盖面有限及医疗服务资源相对不足[21]的研究结论一致。本研究进一步提示, 即使部分农村居民已具备一定基础认知, 其在态度层面的情感投入和共鸣程度仍可能不足。因此, 针对该类人群的健康教育不应仅停留在扩大知识普及广度层面, 而应通过结合具体生活场景、家庭照护经验及社区互动形式, 增强居民对痴呆问题的关注与社会责任意识, 从而促进态度由冷漠向积极转变。

4.2.3. 农民、未就业者、其他劳动者、工人/职工/服务业人员及医疗卫生人员等群体更容易归入“认知中等-态度矛盾型”

本研究发现, 农民、其他劳动者、工人/职工/服务业人员及医疗卫生人员等职业群体更易归入“认知中等-态度矛盾型”。上述人群可能因职业暴露或信息接触机会增加而具备一定认知储备, 但其情感态度尚未形成稳定认同或积极取向, 呈现出“了解一些, 但不知道该如何看待”的认知-态度矛盾状态。这结果与前述发现一致, 进一步表明, 单纯的信息接触或知识累积并不足以保证积极态度的形成, 认知向情感态度的转化过程可能受到社会与情境多重因素的影响。值得注意的是, 未就业人群在该类别中同样显著聚集, 但呈现出区别于“认知片面-态度中立型”的特征: 部分未就业者虽具备一定认知储备, 但社交互动和实践经验支持不足, 已有认知未能有效内化为稳定态度, 形成了态度摇摆或矛盾的状态。该发现提示, 未就业人群内部存在明显异质性, 一部分人因资源匮乏导致认知片面, 另一部分人则因理解加工能力不足表现出认知态度不协调。因此, 不同职业背景和社会角色下, 认知向态度转化的路径可能存在差异。未来应结合职业特征、教育背景、信息接触深度和生活场景, 分层分类开展健康教育和情感支持, 帮助其建立正确的认知, 并将已有认知进一步内化为积极态度。

5. 小结

本研究基于潜在剖面分析, 将成年居民阿尔茨海默病认知与态度分为四类: “认知片面-态度中立型”、“认知中等-态度冷漠型”、“认知中等-态度矛盾型”、“认知广泛-态度中立型”, 这些类别受居住地类型、教育程度和职业属性影响显著。类别 3 和 4 的存在, 提示当前公众健康教育在情感引导与态度塑造方面存在明显不足。同时, 城市居民更易归入“认知片面-态度中立型”与农村居民更容易归入“认知中等-态度冷漠型”的结果, 提示城市居民健康知识水平可能并非普遍高于农村居民, 这一发现为重新审视城乡健康教育策略提供了新思路。综上, 未来阿尔茨海默病公众教育应从单纯提升知晓率, 转向认知质量提升与积极情感态度培育并重的发展路径, 并结合城乡差异、教育背景和职业特征实

施分层分类干预, 以更有效地推动痴呆防控关口前移和痴呆友好型社会建设。本研究覆盖了城乡成年居民, 但样本主要来源于调查可及人群, 结果主要反映调查样本中城乡成年居民的总体特征。受样本获取方式和调查可及性影响, 对于社会参与度较低、健康服务接触有限的居民, 其阿尔茨海默病认知与态度特征可能存在一定偏倚, 相关结论在不同社会结构层级中的适用性仍需谨慎解释。未来研究可通过拓宽样本来源与调查渠道, 进一步提升研究结论的代表性与外推性。

参考文献

- [1] 王刚, 齐金蕾, 刘馨雅, 等. 中国阿尔茨海默病报告 2024 [J]. 诊断学理论与实践, 2024, 23(3): 219-256.
- [2] Porsteinsson, A.P., Isaacson, R.S., Knox, S., *et al.* (2021) Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practice in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, **8**, 371-386.
- [3] Cahill, S., Pierce, M., Werner, P., Darley, A. and Bobersky, A. (2015) A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, **29**, 255-275. <https://doi.org/10.1097/wad.0000000000000102>
- [4] Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>
- [5] Muglan, J., Alkhalidi, R.M., Alsharif, M.M., Almuwallad, S.I. and Alotaibi, R.S. (2023) Public Awareness, Knowledge, and Attitude toward Alzheimer's Disease in Makkah, Saudi Arabia. *Cureus*, **15**, e49047. <https://doi.org/10.7759/cureus.49047>
- [6] Sun, Y., Song, J., Li, X., Wang, X., Wu, Y., Huang, J., *et al.* (2024) Knowledge of Alzheimer's Disease and Associated Factors among Adults in Zhuhai, China: A Cross-Sectional Analysis. *BMC Public Health*, **24**, Article No. 1769. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19289-w>
- [7] Braithwaite Stuart, L., Jones, C.H. and Windle, G. (2022) A Qualitative Systematic Review of the Role of Families in Supporting Communication in People with Dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, **57**, 1130-1153. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12738>
- [8] 万妙, 马珺, 李艳, 等. 社区老年人阿尔茨海默病知识知晓情况的潜在剖面分析[J]. 护理研究, 2025, 39(1): 33-39.
- [9] 莫海妮, 吴彩娇, 应燕萍, 等. 老年人认知功能的潜在剖面分析及其影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2025, 52(5): 893-899+937.
- [10] Hakami, F., Ali Madkhali, M., Saleh, E., *et al.* (2023) Awareness and Perception toward Alzheimer's Disease among Residents Living in the Jazan Province, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, **15**, e44505.
- [11] Rui, L., Ning, Q., Jin, S., Ziqiong, W., Jiarui, Z., Ruixia, Y., *et al.* (2024) A Study of Knowledge on Alzheimer's Disease and Attitudes of Chinese Social Residents toward Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Survey in China. *Public Health Nursing*, **41**, 943-950. <https://doi.org/10.1111/phn.13354>
- [12] Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P.G., Hanson, P.K. and Gatz, M. (2009) The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist*, **49**, 236-247. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp023>
- [13] 贺润莲, 景彩丽, 李变娥, 等. 中文版阿尔茨海默病知识量表信效度研究[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(9): 835-837.
- [14] O'Connor, M.L. and McFadden, S.H. (2010) Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, **2010**, 1-10. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- [15] 李欢利, 杨燕妮, 王飞龙, 等. 痴呆态度量表在社区护士中的信度效度研究[J]. 中国护理管理, 2019, 19(12): 1791-1794.
- [16] Liu, D., Cheng, G., An, L., Gan, X., Wu, Y., Zhang, B., *et al.* (2019) Public Knowledge about Dementia in China: A National Wechat-Based Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **16**, Article 4231. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214231>
- [17] Li, C. and Guo, Y. (2021) The Effect of Socio-Economic Status on Health Information Literacy among Urban Older Adults: Evidence from Western China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **18**, Article 3501. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073501>
- [18] Wang, M.P., Viswanath, K., Lam, T.H., Wang, X. and Chan, S.S. (2013) Social Determinants of Health Information Seeking among Chinese Adults in Hong Kong SAR. *PLOS ONE*, **8**, e73049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073049>

-
- [19] Zhang, Q., Deng, J., Luo, H. and Wang, L. (2023) Senile Dementia and Psychiatric Stigma among Community Health Service Providers and Relatives of Diagnosed and Suspected Dementia Patients: A Cross-Sectional Study. *PeerJ*, **11**, e14613. <https://doi.org/10.7717/peerj.14613>
- [20] Ajzen, I. (1991) The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **50**, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- [21] Innes, A., Morgan, D. and Kostineuk, J. (2011) Dementia Care in Rural and Remote Settings: A Systematic Review of Informal/Family Caregiving. *Maturitas*, **68**, 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.10.002>