

社区老年人主观认知下降的影响因素及 症状体验:一项聚敛式混合方法研究

徐佳琪,孙宁可,文稀,马敏,艾柯代·艾尔肯,胡堰堰,李惠玲
(苏州大学 护理学院,江苏 苏州 215006)

【摘要】 目的 探讨社区老年人主观认知下降(subjective cognitive decline,SCD)的流行特征、影响因素及症状体验。**方法** 采用聚敛式平行混合方法设计,2024 年 6 月至 2025 年 6 月,便利抽样选取苏州市 60 岁及以上社区老年人,采用一般资料调查表、社区综合护理系统痴呆症评估表和主观认知下降问卷对其进行调查;目的抽样法选取 20 名 SCD 老年人进行半结构化访谈,采用主题分析法分析资料;通过联合展示表呈现整合结果。**结果** 共纳入 1458 名社区老年人,710 名(48.7%)存在 SCD。多因素 Logistic 回归分析显示,年龄、文化程度、体质量指数、白内障/青光眼、骨质疏松、高脂血症、缺血性心脏病等是 SCD 的影响因素,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。质性分析提炼出症状感知、差异化归因、担忧与应对调适 3 个主题。整合分析显示,两类结果在社会人口学与慢病维度相互印证,质性资料揭示了量性关联背后的衰老与疾病归因过程,并补充了痴呆担忧、社交回避及主动/依赖应对等心理社会体验。**结论** 社区老年人 SCD 与多维因素相关,其症状体验、归因及应对方式存在个体差异,社区管理应在风险分层基础上兼顾症状多维评估、个体化归因沟通与心理社会支持。

【关键词】 老年人;主观认知下降;影响因素;症状体验;混合方法研究

DOI:10.3969/j.issn.2097-1826.2026.08.002

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)08-0006-05

Influencing Factors and Symptom Experiences of Subjective Cognitive Decline in Community-dwelling Older Adults: A Convergent Mixed Methods Study

XU Jiaqi, SUN Ningke, WEN Xi, MA Min, AIKEDAI Aierken, HU Yanyan, LI Huiling (School of Nursing, Soochow University, Suzhou 215006, Jiangsu Province, China)

Corresponding author: WEN Xi, Tel: 0512-65221486

【Abstract】 Objective To explore the prevalence characteristics, influencing factors, and symptom experiences of subjective cognitive decline (SCD) among community-dwelling older adults. **Methods** A convergent parallel mixed methods was adopted. From June 2024 to June 2025, community-dwelling older adults aged 60 years and above in Suzhou were selected by convenience sampling and surveyed using a general information questionnaire, the dementia assessment sheet for community integrated care system, and the subjective cognitive decline questionnaire. 20 older adults with SCD were purposefully selected for semi-structured interviews. Thematic analysis was used to analyze the qualitative data, and the integrated results were presented via table joins. **Results** A total of 1,458 community-dwelling older adults were included, of whom 710 (48.7%) presented with SCD. Multivariate logistic regression analysis showed that age, educational level, body mass index, cataract/glaucoma, osteoporosis, hyperlipidemia, and ischemic heart disease were influencing factors of SCD, with statistically significant differences (all $P < 0.05$). Qualitative analysis extracted 3 themes: symptom perception, differentiated attribution, and worry with coping and adjustment. Integrated analysis revealed that the 2 types of results corroborated each other in sociodemographic and chronic disease dimensions. The qualitative data further revealed the processes of aging and disease attribution underlying the quantitative associations, and supplemented psychosocial experiences including dementia worry, social avoidance, and active/dependent coping strategies. **Conclusions** SCD in community-dwelling older adults is associated with multidimensional factors, and individuals exhibit variations in symptom experience, attribution, and coping styles. Community management should integrate multidimensional symptom assessment, individualized attribution communication, and psychosocial support based on risk stratification.

【Key words】 older adult; subjective cognitive decline; influencing factor; symptom experience; mixed methods study

[Mil Nurs, 2026, 43(08): 6-10]

【收稿日期】 2025-12-24 **【修回日期】** 2026-07-20

【基金项目】 老年长期照护教育部重点实验室(海军军医大学);
苏州市老年智慧护理与康养重点实验室资助项目(SZS2024009);
江苏省研究生科研与实践创新计划项目(KYCX24_3352)

【作者简介】 徐佳琪,本科在读,电话:0512-65221486

【通信作者】 文稀,电话:0512-65221486

主观认知下降(subjective cognitive decline, SCD)指个体主观感知记忆或其他认知功能减退,而客观神经心理测试仍在正常范围,是阿尔茨海默病

临床前期的重要表现^[1]。SCD 老年人发展为轻度认知障碍及痴呆的风险分别是认知正常者的 1~2 倍^[2],是痴呆早期预防的关键时间窗^[3]。既往研究^[4-5]已识别出人口学特征、医学状况、心理状态及社会因素等 SCD 潜在影响变量,但单一量性研究缺少症状体验及行为过程信息,单一质性研究则不能描述 SCD 的群体分布及因素关联。聚敛式平行混合方法可在同一阶段独立获得群体关联和主观体验资料,并通过比较两类结果的一致、解释、补充或分歧形成联合推论^[6]。因此,本研究同时探讨苏州市社区老年人 SCD 的流行特征与相关因素,并分析其症状体验及应对过程,为社区 SCD 的早期识别和综合管理提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2024 年 6 月至 2025 年 6 月,便利抽样法选取苏州市姑苏区所辖 8 个街道,14 个社区卫生服务中心的 1458 名老年人为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)在社区居住 >5 年及每年居住时间 ≥ 6 个月;(3)知情同意;(4)能理解并回答调查问题。排除标准:(1)本人或家属报告既往诊断为认知障碍或痴呆,或经 DASC-21 筛查存在疑似认知障碍风险;(2)患有帕金森、精神分裂症等严重神经精神疾病者;(3)正参加认知康复干预。样本量按纳入的 16 个变量、10~15 倍经验法则并考虑 10% 无效问卷估算,至少需 176~264 名,调查期内持续招募未设上限。同期从量性阳性样本中目的抽样选取表达良好的老年人进行访谈,最大差异化覆盖不同年龄、性别、文化程度、婚姻状况及慢性病情况。访谈至第 16 名未现新主题、续访 4 名仍无新主题而饱和,共访谈 20 名。研究经伦理委员会审查(20231124H009),对象均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 研究设计 采用聚敛式平行混合方法设计,量性与质性研究同等优先,数据同期收集、独立分析,最终采用联合展示表^[7]呈现整合结果。

1.2.2 研究工具 (1)一般资料调查表:自行设计,内容包括年龄、性别、文化程度、体质量指数(body mass index, BMI)、慢性病史等;(2)社区综合护理系统痴呆症评估表(dementia assessment sheet for community-based integrated care system 21 items, DASC-21)^[8]:用于评估认知功能和日常生活功能,包含 21 个条目,各条目采用 1~4 级评分,总分 21~84 分,得分越高表示认知及日常功能受损风险越高。该工具已在中国社区老年人中验证,具有良好的信效度。(3)主观认知下降问卷(subjective cogni-

tive decline questionnaire, SCD-Q9)^[9]:用于评估研究对象的主观认知下降症状。该问卷包含 9 个条目,总分为 0~9 分,得分越高表示主观认知下降症状越明显,中文版 Cronbach's α 系数为 0.886。参考既往研究^[10],本研究以 SCD-Q9 ≥ 4 分判定 SCD。

1.2.3 资料收集与质量控制 调查员为接受 2 周标准化培训的护理本科学生,全程由具混合方法研究经验的护理学博士指导。调查前统一指导语,问卷当场回收核查,空缺追问补充,2 名研究者独立录入核对。质性访谈前经社区讲座建立信任并签署知情同意书,于安静私密房间围绕认知变化的起始与表现、对日常生活的影响、自我归因、应对方式及需求展开访谈,时长约 40 min,全程录音并记录非语言信息,24 h 内转录。本研究初筛 1558 名 60 岁及以上的社区老年人,排除资料不完整 17 名,最终纳入 1458 名。

1.2.4 统计学处理 量性资料采用 SPSS 23.0 分析。计数资料以频数、构成比描述,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法;计量资料正态分布者以 $\bar{x} \pm s$ 描述、偏态分布者以中位数(四分位数)描述,组间比较采用独立样本 t 检验或 Mann-Whitney U 检验。以 SCD(是/否)为因变量,将单因素分析 $P < 0.10$ 的变量纳入多因素 Logistic 回归(Enter 法),报告比值比(odds ratio, OR)及 95% 置信区间(confidence interval, CI);以 Hosmer-Lemeshow 检验评价拟合优度,以方差膨胀因子(variance inflation factor, VIF)诊断共线性。检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧)。质性资料采用归纳性主题分析法分析:反复阅读资料并形成初始理解,逐行编码,归并相近编码形成类别,构建、审查和命名主题。2 名研究者独立对质性资料进行编码,对比编码结果,有分歧经小组讨论达成一致, Cohen's Kappa 系数为 0.82 ($P < 0.001$),提示编码者间一致性良好。两类资料独立分析后建立联合展示表,将量性筛查结果及影响因素与质性主题逐项匹配,结果方向一致时判定为“一致”,质性数据补充解释量性变量时判定为“扩展”,结果方向相悖时,课题组结合文献重新审视并讨论其分歧含义。

2 结果

2.1 量性研究结果 本研究共纳入 1458 名社区老年人,其中,男 614 名(42.1%)、女 884 名(57.9%);年龄 71~87 岁;SCD-Q9 得分为 4(2, 7)分, 710 名(48.7%)老年人存在 SCD。单因素分析显示,年龄、文化程度、BMI、糖尿病、白内障/青光眼、骨质疏松、高脂血症、缺血性心脏病等是 SCD 的影响因素,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 1。将单因素

分析中差异有统计学意义的因素进行多因素 Logistic 回归(Enter 法),各变量 VIF 均 <10 ,无严重共线性; Hosmer-Lemeshow 检验 $\chi^2 = 8.11, P = 0.422$,拟合良好, Nagelkerke $R^2 = 0.202$,提示模型解释能力有限,需质性研究进一步探索深层机制。结果显示,年龄、文化程度、BMI、白内障/青光眼、骨质疏松、高脂血症、缺血性心脏病等是 SCD 的影响因素,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 2。

表 1 SCD 组与非 SCD 组的单因素分析(N=1458)

变 量	SCD 组 (n=710)	非 SCD 组 (n=748)	χ^2	P
性别[n(%)]			0.28	0.596
女	416(58.6)	428(57.2)		
男	294(41.4)	320(42.8)		
年龄[岁,n(%)]			226.40	<0.001
60~69	79(11.1)	220(29.4)		
70~79	147(20.7)	299(40.0)		
80~89	303(42.7)	182(24.3)		
90~100	181(25.5)	47(6.3)		
文化程度[n(%)]			80.87	<0.001
大专及以上	63(8.9)	53(7.1)		
高中/中专/技校	98(13.8)	225(30.1)		
初中	213(30.0)	256(34.2)		
小学及以下	336(47.3)	214(28.6)		
BMI[kg/m ² ,n(%)]			34.61	<0.001
18.5~23.9	434(61.1)	425(56.8)		
<18.5	84(11.8)	38(5.1)		
24.0~27.9	159(22.4)	237(31.7)		
≥28.0	33(4.6)	48(6.4)		
高血压[n(%)]	419(59.0)	423(56.6)	0.81	0.369
糖尿病[n(%)]	168(23.7)	135(18.0)	6.64	0.010
白内障/青光眼[n(%)]	18(2.5)	6(0.8)	5.73	0.017
骨质疏松症[n(%)]	34(4.8)	9(1.2)	15.13	<0.001
尿石症[n(%)]	4(0.6)	5(0.7)	0.00	1.000
慢性胃肠炎[n(%)]	16(2.3)	10(1.3)	1.26	0.261
高脂血症[n(%)]	196(27.6)	69(9.2)	81.52	<0.001
缺血性心脏病[n(%)]	100(14.1)	63(8.4)	11.20	0.001
关节炎[n(%)]	16(2.3)	10(1.3)	1.26	0.261

表 2 社区老年人主观认知下降的 Logistic 回归分析(N=1458)

变 量	b	Se	Wald χ^2	P
常数项	-1.410	0.270	27.269	<0.001
年龄(岁)				
70~79	0.111	0.179	0.386	0.534
80~89	1.304	0.177	54.440	<0.001
90~100	2.101	0.226	86.583	<0.001
文化程度				
高中/中专/技校	-0.397	0.256	2.396	0.122
初中	0.252	0.241	1.087	0.297
小学及以下	0.721	0.238	9.164	0.002
BMI(kg/m ²)				
<18.5	0.542	0.230	5.562	0.018
24.0~27.9	-0.427	0.136	9.821	0.002
≥28.0	-0.332	0.262	1.614	0.204
糖尿病	0.234	0.148	2.524	0.112
白内障/青光眼	1.297	0.505	6.598	0.010
骨质疏松症	1.115	0.419	7.093	0.008
高脂血症	1.504	0.169	79.307	<0.001
缺血性心脏病	0.419	0.193	4.728	0.030

2.2 质性研究结果 对 20 名社区 SCD 老年人的访谈资料进行归纳性分析,受访者一般资料见表 3,共提炼出 3 个主题。

表 3 访谈对象一般资料(n=20)

编号	性别	年龄 (岁)	婚姻 状况	文化 程度	主要疾患
P1	女	64	已婚	初中	高血压、高脂血症
P2	女	63	已婚	大专	高血压
P3	女	72	丧偶	小学	2 型糖尿病
P4	男	66	已婚	本科	无
P5	男	76	丧偶	大专	缺血性心脏病
P6	女	71	已婚	初中	无
P7	女	68	已婚	本科	无
P8	女	75	丧偶	大专	骨质疏松症
P9	男	73	已婚	小学	2 型糖尿病、老年性白内障
P10	女	74	已婚	初中	高脂血症
P11	男	67	已婚	小学	高血压、2 型糖尿病
P12	女	65	已婚	本科	无
P13	男	78	已婚	大专	无
P14	女	77	已婚	小学	青光眼、缺血性心脏病
P15	男	62	已婚	本科	无
P16	女	69	已婚	初中	无
P17	女	72	已婚	初中	高脂血症
P18	男	70	已婚	初中	高血压
P19	女	61	已婚	小学	无
P20	男	79	已婚	小学	高血压、2 型糖尿病

2.2.1 主观认知下降的症状感知 受访者对 SCD 的体验主要包括记忆减退、注意维持困难及日常交流受到影响。部分老年人在丧偶、居家隔离等情境后觉察记忆变化,P3:“我老伴去世后就这样了……才发现自己记性这么差。”也有受访者通过与既往能力比较感到落差,P12:“以前上千个职工的档案信息,闭着眼都能从档案柜里找到,现在不行了。”注意力下降和交流迟缓也较为常见,P19:“孙子跟我讲学校里的事情,我听着就走神了。”

2.2.2 主观认知下降症状的差异化归因 受访者对认知下降的解释主要包括衰老、疾病和生活方式。部分归因于年龄或遗传,P4:“我觉得主要是年龄的问题。”P8:“遗传肯定也有的,我母亲就是痴呆,我有可能也会得。”合并慢性病者多归因于疾病和长期用药,P2:“查出来高血压就觉得我的记忆力开始退化了。”P11:“天天吃药肯定也有关系。”也有受访者归因于社交减少、用脑不足,P1:“脑子不动就生锈了。”P2:“不接触外界,各方面能力都减退。”

2.2.3 认知下降相关担忧与应对调适 认知下降使部分受访者出现反复确认和社交回避。P15:“煤气关了,我一直想有没有关,像强迫症。”P17:“怕自己反应慢,人家嫌我笨,就自己在家待着。”多数受访者担忧症状进展为痴呆,P4:“怕自己老年痴呆……最

后连家人都不认识了。”受文化程度、健康状况和家庭支持影响,受访者应对方式各异。资源充足者多采取主动调适,P4:“我现在每天在手机上记备忘录、听讲座。”资源受限者更依赖家属,P14:“我眼睛不好,腿也不行,让老伴帮我记事。”

2.3 整合结果 围绕 SCD 发生率、年龄、文化程度、慢性病和心理社会体验等共同议题并置量性与质性结果,比较两类结果之间的解释和补充关系,联合展示见表 4。

表 4 社区 SCD 老年人量性与质性研究结果的联合展示

整合议题	关系	量性结果	质性结果	整合解释
SCD 症状负担	扩展	SCD 发生率 48.7%	受访者体验到记忆减退、注意维持困难和生活参与受影响,于丧偶、居家隔离或与既往职业能力比较后觉察认知变化	量性资料反映了 SCD 的样本分布,质性资料补充了症状的具体表现及觉察情境。提示社区筛查不应仅限于记忆,还应关注注意、交流及生活情境变化
认知下降的归因框架	一致并扩展	多因素分析显示,年龄、文化程度、BMI 及部分慢性病与 SCD 相关,但不同年龄层、文化层级及疾病的关联并不一致	受访者将认知变化归因于自然衰老、遗传、慢性病、长期用药、生活方式及重大生活事件	年龄和部分慢性病的量性关联与受访者的衰老、疾病归因部分一致;质性资料进一步扩展了老年人解释认知变化的主观过程。量性结果同时限定了质性归因的适用范围,并非所有年龄层、疾病或个人归因均得到统计结果支持
心理社会反应及应对方式	质性补充	量性研究未测量焦虑、抑郁、痴呆担忧、社会支持及社会参与等心理社会变量	受访者存在反复确认、痴呆恐惧和社交回避,并采取主动调适或依赖家属等不同应对方式	质性资料识别了量性调查未覆盖的心理社会体验和支持需求,为后续研究变量选择和支持措施提供依据

3 讨论

3.1 社区老年人 SCD 现患率较高,应关注多维认知变化 本研究显示,社区 60 岁及以上老年人 SCD 现患率为 48.7%,高于我国老年人 SCD 加权现患率 38.8%^[11]。质性资料进一步显示,老年人的主观认知变化包括记忆减退、注意维持困难、交流迟缓等表现,多于丧偶、居家隔离或与既往能力比较等情境下被觉察。提示 SCD 既表现为一定规模的社区健康问题,也具有症状表现和觉察情境的异质性,仅询问记忆变化可能遗漏其他认知主诉。

由于 SCD 主要依据个体的主观感受进行识别,其表现还可能受到情绪状态、身体健康及生活环境等因素影响,不同老年人对症状的重视程度和求助行为亦存在差异^[12]。因此,社区 SCD 识别应从单一记忆询问转向多维认知变化评估,结合老年人熟悉的生活事件,了解其记忆、注意、交流及日常活动变化。对筛查阳性者,应进一步开展客观认知、慢病及心理社会评估,并根据结果实施随访或转介^[13]。

3.2 人口学、营养及慢病因素与 SCD 相关,应结合症状归因实施分层管理 多因素分析显示,SCD 与高龄、低教育水平、营养状态、高脂血症、缺血性心脏病、白内障/青光眼及骨质疏松症等因素相关。高龄可能伴随神经退行性变化、慢病累积及感觉功能减退;未接受正规学校教育可能与认知储备及健康信息获取能力相对不足有关^[14]。

访谈中多数老年人将认知变化解释为自然衰老或遗传,衰老归因可能影响老年人对症状意义的判断,社区医护人员应加强正常老化与异常认知变化的辨识教育。体重不足与 SCD 相关,而超重、肥胖

组呈现出反向关联。既往队列研究发现,低 BMI 及 BMI 下降与认知损害风险升高有关,可能与营养不良、肌少症、虚弱、慢病消耗有关,也无法排除认知变化前期体重下降所致的反向因果^[15]。骨质疏松症与体重不足可能共同反映营养、活动能力及机体脆弱性,应在社区评估中进一步关注不明原因体重下降、膳食摄入、肌力及骨骼健康水平。糖尿病、高脂血症和缺血性心脏病可能反映血管代谢负担^[16];白内障或青光眼则可能通过视觉功能减退、活动减少及共同的年龄相关因素影响认知^[17]。

质性资料中,合并慢性病者将认知变化归因于疾病和长期用药,与部分量性结果一致,体现了老年人的疾病解释过程,但本研究未收集药物种类、剂量和用药时间,不能据此作因果推断。社区管理可依据年龄、教育经历、营养状态及慢病情况进行风险分层管理,同时了解老年人的症状归因,针对衰老正常化、疾病担忧或用药误解提供差异化健康教育,避免延迟评估或自行调整药物。

3.3 心理社会反应及应对方式存在差异,SCD 管理应重视个体化支持 质性结果显示,部分 SCD 老年人在觉察认知变化后出现反复确认、痴呆恐惧和社交回避,也有人通过记录、保持活动或寻求家属帮助进行主动调适,表明认知主诉可伴随不同的情绪反应和行为选择。既往研究表明:焦虑可能放大个体对认知变化的关注和负面评价^[18],而社交回避可能减少认知刺激、社会交往及情绪支持,加速认知衰退^[19]。不同应对方式可能与文化程度、健康状况、活动能力和家庭支持有关:资源较充足者更倾向于主动补偿,而合并感觉障碍或活动受限者更依赖家属协助。

本研究量性部分未纳入心理社会维度,因此上述发现属于质性资料对量性测量范围的补充,尚不能将心理社会因素认定为SCD的独立影响因素,后续研究应将其纳入测量。两类资料整合提示,社区管理不能仅依据人口学和慢病因素进行风险判断,还应评估老年人的疾病担忧、回避行为、应对能力及家庭支持水平。对过度担忧或社交回避者应提供症状解释和心理疏导,对具备主动调适能力者应强化其认知活动和社会参与,对健康状况较差或支持不足者应加强家庭、社区协同随访,从而提高管理措施与个体需求的适配性。

4 小结

本研究结果表明,社区老年人SCD患病率较高,且其症状体验、归因与应对存在明显个体差异,提示社区管理宜在风险分层基础上兼顾症状多维评估、个体化归因沟通与心理社会支持。本研究为单一地区便利抽样的横断面设计,外推性有限,亦未纳入生物标志物,未来可开展多地区前瞻性混合方法研究并结合客观标志物加以验证。

【参考文献】

- [1] Jessen F, Amariglio R E, Buckley R F, et al. The characterisation of subjective cognitive decline[J]. *Lancet Neurol*, 2020, 19(3): 271-278.
- [2] Pike K E, Cavuoto M G, Li L, et al. Subjective cognitive decline: level of risk for future dementia and mild cognitive impairment, a Meta-analysis of longitudinal studies[J]. *Neuropsychol Rev*, 2022, 32(4): 703-735.
- [3] Jessen F, Amariglio R E, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease[J]. *Alzheimers Dement*, 2014, 10(6): 844-852.
- [4] An R, Gao Y, Huang X, et al. Predictors of progression from subjective cognitive decline to objective cognitive impairment: a systematic review and Meta-analysis of longitudinal studies[J/OL]. [2026-07-22]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748923001943>. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2023.104629
- [5] 周滢,甘珊,李峥.社区老年人主观认知下降现状及影响因素分析[J]. *军事护理*, 2021, 38(4): 21-24.
- [6] Venkatesh V, Brown S A, Sullivan Y W. Guidelines for conducting mixed-methods research: an extension and illustration[J]. *J Assoc Inf Syst*, 2016, 17(7): 435-495.
- [7] Guetterman T C, Fetters M D, Creswell J W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays[J]. *Ann Fam Med*, 2015, 13(6): 554-561.
- [8] Chen Y, Cui P, Pan Y, et al. Use of the dementia assessment sheet for community-based integrated care system 21 items among Chinese community-dwelling older adults[J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2021, 21(8): 705-711.
- [9] 郝立晓,胡笑晨,韩璿,等.英文版主观认知下降问卷的汉化及信效度分析[J]. *中国全科医学*, 2019, 22(26): 3238-3245.
- [10] Liu H, Hu X, Liu Q, et al. Subjective cognitive decline: A neglected but preventable public health concern; development and validation of a risk prediction model for subjective cognitive decline in older adults. A cross-sectional survey study from Anhui Province in eastern China[J/OL]. [2026-07-22]. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1665324/full>. DOI:10.3389/fpubh.2025.1665324.
- [11] Liu Y, Zhang Y S, Shen J, et al. Spatial distribution and clustering patterns of cognitive impairment among the older population-31 PLADs, China, 2024[J]. *China CDC Wkly*, 2025, 7(41): 1302-1307.
- [12] 张欢.主观认知下降人群求助意向的形成机制及干预策略研究[D].北京:北京协和医学院, 2023.
- [13] 脑认知健康管理中国专家共识制定委员会,《中华健康管理学杂志》编辑委员会.脑认知健康管理中国专家共识(2023)[J]. *中华健康管理学杂志*, 2023, 17(12): 881-892.
- [14] 张纤,马秋平,曹汝汝,等.社区老年人主观认知下降危险因素的Meta分析[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(3): 342-348.
- [15] Wu S, Lv X, Shen J, et al. Association between body mass index, its change and cognitive impairment among Chinese older adults: a community-based, 9-year prospective cohort study[J]. *Eur J Epidemiol*, 2021, 36(10): 1043-1054.
- [16] Zhu H, Zhao X, Jing Y, et al. Association of cardiometabolic multimorbidity and high-risk lifestyle behaviours with subjective cognitive decline: baseline findings from the China ageing and health survey[J/OL]. [2026-07-22]. <https://jogh.org/2025/jogh-15-04221>. DOI:10.7189/jogh.15.04221.
- [17] Rahmati M, Smith L, Lee H, et al. Associations between vision impairment and eye diseases with dementia, dementia subtypes and cognitive impairment: an umbrella review[J/OL]. [2026-07-22]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163724003416>. DOI:10.1016/j.arr.2024.102523.
- [18] Raymond-Lessard B, Bélanger C, Hudon C, et al. Characterization of subclinical depressive and anxiety symptoms in older adults with subjective cognitive decline progressing to objective cognitive impairment: a prospective 4-year follow-up study[J]. *J Alzheimers Dis*, 2025, 104(3): 720-731.
- [19] Huang Q M, Zhang P D, Shen D, et al. Analysis of changes in social isolation, loneliness, or both, and subsequent cognitive function among older adults: findings from a nationwide cohort study[J]. *Alzheimers Dement*, 2024, 20(8): 5674-5683.

(本文编辑:王园园)