

• 论 著 •

居家失能老人主动健康行为能力现状及影响因素分析

陈黎玉¹,熊雪¹,张虹²,廖晓艳¹,欧洋利¹,罗兰月¹,王益鑫¹,李森³,沈军¹,赵庆华¹

摘要:目的 了解居家失能老人主动健康行为能力现状及其影响因素。方法 采用多阶段随机抽样方法,以重庆市3个区6个社区282名失能老人为对象,使用自行编制的居家失能老人主动健康行为能力评估问卷进行调查。结果 282名居家失能老人中,轻度失能226名(80.1%),中度失能29名(10.3%),重度失能27名(9.6%)。主动健康行为能力条目均分为(3.22±0.49)分。多元回归分析结果显示,婚姻状况、失能程度、主动健康了解程度、定期体检、受照护者尊重程度、社交活动参与、健康意识、自立意识、生活满意度、死亡态度是居家失能老人主动健康行为能力的影响因素(均 $P<0.05$)。结论 居家失能老人主动健康行为能力处于中等偏下水平,其影响因素较多;需要发挥政府、家庭、社区与专业照护机构的多主体作用,提高居家失能老人主动健康行为能力。**关键词:**失能老人; 主动健康行为能力; 生活满意度; 社区护理; 老年护理; 社交活动; 照护者; 居家养老
中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.06.024

The level and factors associated with active health behavior capability among housebound disabled older adults

Chen Liyu, Xiong Xue, Zhang Hong, Liao Xiaoyan, Ou Yangli, Luo Lanyue, Wang Yixin, Li Miao, Shen Jun, Zhao Qinghua. Nursing Department, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

Abstract: **Objective** To examine the current status of active health behavior capability and its influencing factors among housebound disabled older people. **Methods** A total of 282 older people with ADL disability were selected from six communities in three districts of Chongqing using a multi-stage random sampling method. Participants were asked to fill out a self-designed active health behavior capability assessment for the housebound disabled elderly. **Results** Among the 282 participants, 226 (80.1%) had mild disability, 29 (10.3%) had moderate disability, and 27 (9.6%) had severe disability. The overall score for active health behavior capability was (3.22±0.49). Multiple regression analysis identified marital status, degree of disability, understanding of active health, regular health check-ups, respect from caregivers, participation in social activities, health awareness, independence awareness, life satisfaction, and attitudes toward death were factors influencing the active health behavior capability of house bound older people (all $P<0.05$). **Conclusion** The active health behavior capability of housebound older people is at a moderate-to-low level, which is affected by multiple factors. It is necessary to leverage the roles of government, families, communities, and professional caregiving institutions to enhance the active health behavior capability of this population.

Keywords: disabled older adult; active health behavior capability; life satisfaction; community nursing; geriatric nursing; social activity; caregiver; aging at home

第五届中国城乡老年人生活状况抽样调查显示,我国失能老人占全国老年人的11.6%^[1]。预计到2050年,失能人数将达到5205万,占老年人口的13.68%^[2]。由于传统养老观念和养老机构供需失衡,居家养老成为失能老人的主要养老方式,并将在未来长期占据主导地位^[3-4]。主动健康强调充分发挥个人在健康促进过程中的主观能动性^[5]。失能老人因身体系统动态平衡储备减少,对内、外压力源易感性增加,主动健康能力受限。2024年6月,国家卫生健康委员会印发《关于开展全民健康素养提升三年行动(2024—2027年)的通知》^[6],推动从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。引导失能老人树立主动

健康理念,积极面对生活,是提升全民健康素养的重要途径之一。提升老年人主动健康行为能力是积极应对人口老龄化的重要社会问题。受传统孝文化影响,居家失能老人多被动接受“给予式照护”,易引起失能老人生存脆弱性增加、家庭照护负担加重等社会问题^[7]。目前研究多集中于失能老人健康现状调查、长期照护模式等,缺乏对失能老人主动健康行为能力的深入探讨。本研究分析居家失能老人主动健康行为能力现状及影响因素,为构建居家失能老人参与式主动健康照护模式提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 按照自变量的10倍选取样本量。本次调查自变量为20个,最少需要样本量为200,考虑20%样本丢失率,最少需要调查250人。2024年3—6月,采用多阶段随机抽样方法进行调查。第1阶段,从重庆主城都市区共22个区县中采用随机数字法选取渝中区、南岸区、长寿区3个区;第2阶段,在选取的3个区中采用随机数字法各抽取1个街道;第

作者单位:1.重庆医科大学附属第一医院护理部(重庆,400016);2.重庆护理职业学院实训中心;3.首都医科大学附属北京天坛医院护理部

通信作者:沈军,793096729@qq.com

陈黎玉:女,硕士在读,护士,1799637566@qq.com

科研项目:国家社会科学基金项目(22BRK010)

收稿:2024-10-10;修回:2024-12-22

3 阶段,在抽取的街道中运用随机数字法各抽取 2 个社区,共纳入 6 个社区;第 4 阶段,在抽中的 6 个社区中,根据社区服务中心登记的≥60 岁的居家老年人档案,并结合社区网格员的失能老人台账,在每个社区失能老人群体中各随机抽取 50 名居家失能老人进行入户面对面调查。纳入标准:①年龄≥60 岁;②居家养老;③根据 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评估为失能,轻、中、重度失能 Barthel 指数评分分别为 61~99 分、41~60 分、≤40 分;④无精神认知障碍;⑤调查前 1 年内在本社区居住时间累计超过 6 个月;⑥自愿参加本研究。排除标准:因严重生理或心理疾病不能配合本研究者。本研究已通过医院伦理委员会批准(2023-035),所有受访者知情同意。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

①一般资料调查表。包括性别、年龄、居住地、文化程度、婚姻状况、居住方式、照护者类别、患慢性病数量、失能程度(此项由调查者评定)、主动健康了解程度、是否适度运动、是否定期体检、受照护者尊重程度、社交活动参与、视听能力下降、健康意识、自立意识、亲友陪伴/经济支持、生活满意度及死亡态度(认为死亡是正常的自然规律,不可否认也不能避免为正确对待死亡;反之为错误对待死亡)20 项。②居家失能老人主动健康行为能力评估量表。在课题组前期研制的养老机构失能老人主动健康行为能力评估量表^[8](内容效度为 0.997, Cronbach's α 系数为 0.944,4 个维度累计方差贡献率为 65.992%)的基础上,对部分条目进行修改,修改后的问卷包括生活自理能力(5 个条目)、健康管理能力(5 个条目)、社会支持与照护(7 个条目)、心理适应与参与(5 个条目)4 个维度 22 个条目。采用 Likert 5 级评分法,从“从不”到“总是”依次计 1~5 分,总分 22~110 分,分数越高,表明受试者主动健康行为能力越强。量表内容效度为 0.977。调查 350 名居家失能老人进行信效度检验,150 名进行探索性因子分析,200 名进行验证性因子分析。量表 Cronbach's α 系数为 0.857;KMO 值为 0.835, Bartlett's 球形检验的 χ^2 值为 3 318.942($P < 0.001$);4 个维度累计方差贡献率为 66.369%。验证性分析 $\chi^2/df = 1.893$, RMSEA = 0.080, CFI = 0.893, TLI = 0.874。

1.2.2 调查方法

由课题组人员对调查员进行统一培训。采用现场发放纸质版问卷的方式进行资料收集。调查前通过电话征得街道社区负责人同意,并由社区工作者陪同入户访问。调查时首先向老人表明来意,征得同意后开展问卷调查。采用统一指导语进行调查,所有问卷匿名调查。老人填写完成后当场检查填写情况,及时纠正和补充错漏之处。当老人自行填写问卷困难时,1 名调查者以中立的态度向老人阅读问卷条目及选项,另 1 名调查者协助勾选。共发放问卷 300 份,回收有效问卷 282 份,有效回收率 94.00%。

1.2.3 统计学方法

双人核对数据并录入 Excel2016 软件,采用 SPSS27.0 软件进行数据分析。计数资料以频数、百分比表示。服从正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较采用 t 检验、方差分析;不服从正态以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,采用秩和检验。多因素分析采用多元线性逐步回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 居家失能老人一般资料

本研究共调查 282 名居家失能老人,其中男 135 人,女 147 人;居住城镇 202 人,农村 80 人;轻度失能 226 人(80.1%),中度失能 29 人(10.3%),重度失能 27 人(9.6%)。

2.2 居家失能老人主动健康行为能力得分

见表 1。

表 1 居家失能老人主动健康行为能力得分($n = 282$)
分, $\bar{x} \pm s$

项目	总分	条目均分
主动健康行为能力	70.94±10.79	3.22±0.49
生活自理能力	19.05±3.74	3.81±0.75
健康管理能力	10.93±4.35	2.19±0.87
社会支持与照护	26.26±4.09	3.75±0.58
心理适应与参与	14.70±3.46	2.94±0.69

2.3 居家失能老人主动健康行为能力的单因素分析

见表 2。

表 2 居家失能老人主动健康行为能力的单因素分析
分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

项目	人数	主动健康行为能力	统计量	P
性别			$t = 0.415$	0.680
男	135	71.22±10.55		
女	147	70.69±11.05		
年龄(岁)			$F = 5.365$	0.002
60~<70	77	70.48±7.78		
70~<80	114	73.79±11.21		
80~<90	75	68.45±11.67		
90~98	16	64.56±10.97		
居住地			$t = 4.267$	<0.001
城镇	202	72.40±11.42		
农村	80	67.28±7.97		
文化程度			$F = 8.470$	<0.001
小学及以下	142	68.33±9.18		
初中	71	72.30±12.29		
高中技校或中专	49	72.51±9.42		
大专及以上学历	20	80.85±12.26		
婚姻状况			$t = 3.031$	0.003
未婚、丧偶或离婚	102	68.39±12.13		
已婚	180	72.39±9.70		
居住方式			$H_c = 3.030$	0.387
独居	28	66.50(63.00,74.75)		
与配偶	152	71.00(65.00,79.75)		
与子女	97	71.00(64.00,77.00)		
与他人	5	68.00(60.50,80.00)		
照护者类别			$F = 2.471$	0.100
配偶	153	72.23±8.98		
子女	116	69.14±12.65		
他人	13	71.92±10.98		

续表 2 居家失能老人主动健康行为能力的单因素分析

项目	人数	主动健康行为能力	统计量	P
分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$				
患慢性病数量			$F=1.348$	0.259
无	54	71.48±11.22		
1种	90	72.17±9.49		
2种	68	68.78±9.58		
3种及以上	70	71.06±12.87		
失能程度			$F=17.646$	<0.001
轻度失能	226	72.96±9.45		
中度失能	29	65.76±9.36		
重度失能	27	59.63±13.95		
主动健康了解程度			$Hc=23.136$	<0.001
不了解	269	70.00(65.00,77.00)		
部分了解	8	84.50(77.75,95.25)		
非常了解	5	88.00(79.00,100.50)		
适度运动			$t=4.968$	<0.001
否	112	66.99±11.78		
是	170	73.55±9.25		
定期体检			$t=5.524$	<0.001
否	232	69.38±10.31		
是	50	78.22±10.09		
受照护者尊重程度			$F=23.570$	<0.001
不尊重	11	54.64±10.78		
部分尊重	222	70.03±9.24		
非常尊重	49	78.73±11.75		
社交活动参与频率			$F=54.991$	<0.001
从不	123	65.12±8.74		
有时	112	74.03±10.56		
经常	47	78.83±7.94		
视听能力下降			$t=3.114$	0.002
有	219	69.89±10.56		
无	63	74.62±10.87		
健康意识			$t=9.326$	<0.001
差	160	66.36±9.67		
好	122	76.95±9.15		
自立意识			$t=7.707$	<0.001
差	62	62.45±11.42		
好	220	73.34±9.33		
亲友陪伴/经济支持			$t=4.556$	<0.001
不足够	64	66.22±8.96		
足够	218	72.33±10.91		
生活满意度			$F=23.495$	<0.001
不满意	38	62.29±11.36		
中立	24	64.96±7.86		
满意	220	73.09±10.79		
死亡态度			$t=4.522$	<0.001
错误对待	45	64.49±13.84		
正确对待	237	72.17±9.68		

2.4 居家失能老人主动健康行为能力的多因素分析

以居家失能老人主动健康行为能力得分(原值输入)为因变量,以单因素分析中差异有统计学意义的变量为自变量,进行多元线性逐步回归分析。结果显示,婚姻状况、失能程度、主动健康了解程度、定期体检、受照护者尊重程度、社交活动参与、健康意识、自立意识、生活满意度、死亡态度是居家失能老人主动健康行为能力的影响因素(均 $P<0.05$),见表 3。

表 3 居家失能老人主动健康行为能力影响因素的回归分析

自变量	β	SE	β'	t	P	VIF
常量	43.088	4.986		8.642	<0.001	
婚姻状况						
已婚	2.410	0.880	0.107	2.738	0.007	1.318
失能程度						
轻度失能	7.609	1.460	0.282	5.212	<0.001	2.498
中度失能	4.349	1.721	0.123	2.527	0.012	2.014
主动健康了解程度						
部分了解	8.053	2.463	0.124	3.270	0.001	1.232
非常了解	7.315	2.875	0.090	2.544	0.012	1.061
定期体检						
是	2.518	1.055	0.089	2.386	0.018	1.196
受照护者尊重程度						
非常尊重	11.173	2.220	0.393	5.034	<0.001	5.209
社交活动参与频率						
有时	4.055	1.074	0.184	3.775	<0.001	2.035
经常	8.523	1.350	0.295	6.315	<0.001	1.864
健康意识						
好	3.446	1.002	0.158	3.437	<0.001	1.817
自立意识						
好	4.475	1.037	0.172	4.315	<0.001	1.359
生活满意度						
满意	2.800	1.255	0.108	2.230	0.027	1.991
死亡态度						
正确对待	2.518	1.132	0.086	2.225	0.027	1.266

注: $R^2=0.698$, 调整 $R^2=0.671$; $F=25.970$, $P<0.001$ 。自变量赋值: 婚姻状况, 以未婚、丧偶或离婚为对照; 失能程度, 以重度失能为对照; 主动健康了解程度, 以不了解为对照; 定期体检, 以否为对照; 受照护者尊重程度, 以不尊重为对照; 社交活动参与, 以从不参与为对照; 健康意识, 以差为对照; 自立意识, 以差为对照; 生活满意度, 以不满意为对照; 死亡态度, 以错误对待为对照。

3 讨论

3.1 居家失能老人主动健康行为能力处于中等偏低水平 人人享有健康, 既是国家、社会和医疗卫生行业的责任, 更是每个家庭和个人的责任^[9]。调查结果显示, 居家失能老人主动健康行为能力条目均分为(3.22±0.49)分, 得分率 64.4%(3.22/5.00), 处于中等偏低水平。其中, 健康管理能力维度得分最低。在调查过程中发现, 失能老人普遍对自身健康状况关注不足, 对健康益处和疾病威胁的认知不够, 部分中重度失能老人抱有“及时行乐”的态度, 对不健康行为心存侥幸, 不愿改变。健康管理能力是影响主动健康行为的关键, 强调“公民是自己健康第一责任人”。失能老人因自理能力缺陷难以独立完成日常生活活动, 影响其主动维持自身健康的信心和行为。而在传统孝文化思想下出现的“给予式照护”, 导致失能老人内在能力不断下降, 照护需求和依赖程度增加, 形成恶性循环^[7]。中共中央指出, 应积极应对人口老龄化, 促进人口高质量发展^[10]。因此, 需以失能老人主动健康影响因素为导向, 构建突破主动健康行为能力困境路径, 改善老人主动健康水平, 提高其生活质量。

3.2 居家失能老人主动健康行为能力的影响因素分析

3.2.1 婚姻状况 本研究显示, 已婚居家失能老人

主动健康行为能力强($P < 0.05$)。婚姻状况与老人健康状态紧密相连,有伴侣的老人相较于没有伴侣的老人更能得到配偶的支持,更注重自身的健康水平。究其原因,可能是在良好的婚姻状况关系中,伴侣可互为健康的监督者和鼓励者,不仅能促进健康行为的养成和坚持,还能减少不良健康行为的发生,从而提高个体的主动健康水平^[11-12]。相关研究表明,积极社会参与对未婚、丧偶、离异的失能老人身心健康有显著影响^[13]。因此,应鼓励没有伴侣的老人积极参与社交互动,与其他老人建立同伴协作关系,促进其主动健康行为。

3.2.2 失能程度 本研究显示,失能程度越重,主动健康行为能力越差($P < 0.05$)。究其原因,可能是失能程度较重,照护过程中存在过度的行为制约和情感供给,失能老人出现照护被动化、人际边缘化,主动健康行为能力下降。针对中重度失能老人,不仅需要转变照护方式,鼓励其参与照护活动;还需要向其提供心理慰藉,利用榜样作用给失能老人树立积极生活的信心。

3.2.3 主动健康了解程度、定期体检及健康意识 本研究结果显示,主动健康了解程度高、定期体检和健康意识好的居家失能老人主动健康行为能力越强(均 $P < 0.05$)。主动了解健康知识、采取健康行为,可促使失能老人自觉保持健康,在这个过程中又会加深老人对主动健康的理解。健康意识是个体对自身健康情况的感知和认知,包括身体健康和心理健康^[14]。主动健康的实现离不开个体主动健康意识的形成,健康意识可以看作是主动健康的核心要求和本质体现^[15]。定期体检可以早期发现大多数疾病,及时采取治疗措施,很大程度上能提高生活质量。在调查过程中发现,失能老人健康意识相对薄弱,易将轻度疾病视为生活中的偶发事件,不愿为此制订健康计划并付诸行动,与王玉等^[16]的研究结果相似。部分中重度失能老人表示出行困难,更渴望在家中或社区接受体检医疗服务。对此,建议三甲医院联合周边社区大力发展延续护理服务,开通绿色转诊通道,以三甲医院优质医疗资源带动社区整体医疗水平的提高,方便失能老人就诊。社区应定期组织医疗人员上门评估失能老人健康状况,通过微信、抖音短视频等线上途径或义诊、健康讲座等线下途径,开展适合本社区失能老人的健康科普,如疾病预防、健康生活习惯、慢性病自我管理,以加深失能老人对主动健康的认识。同时照护者也应在照护过程中不断鼓励失能老人关注自身健康情况并做出改变,提高老年生活质量。

3.2.4 受照护者尊重程度 本研究结果显示,受照护者尊重的居家失能老人主动健康行为能力强($P < 0.05$)。居家失能老人的照护工作主要由配偶、子女承担,在照护过程中需要承受长时间且高强度的照护工作、经济压力、工作时间减少等多重压力,直接影响

照护表现,导致照护者实施“以任务为导向”的照护形式,为节约时间成本,对失能老人意愿尊重程度降低,影响老人晚年的生活质量和幸福感。照护者应尊重老人自我选择,保持老人自主权和尊严,鼓励其独立完成或参与照护过程,践行积极健康老龄化^[17]。应当充分认识到失能老人的内在能力和自我选择,降低其对家庭照护者的依赖程度。

3.2.5 社交活动参与 身体和心理功能与社会参与水平有密切联系^[18]。本研究中失能老人参与社交活动与主动健康行为能力水平呈正相关($P < 0.05$),与杨雪等^[19]研究结果相似。社会参与是老年人健康水平的保护因素^[20]。参与社交活动能锻炼失能老人残余身体功能,获得社区融入感和良好的人际关系,这类失能老人生活满意度更高,更愿意采取健康积极的生活方式。因此,建议社区了解失能老人的兴趣爱好,组织开展适合失能老人的社交活动,如棋牌游戏、歌舞欣赏等集体活动,以更好满足失能老人的社交需求。

3.2.6 自立意识 自立行为是指失能老人能充分发挥自身身心功能,积极完成力所能及的事情,尽量保证生活独立的能力^[21-22]。自立意识则是失能老人认为自己能做到依靠自己能力完成日常事物的精神状态。本研究结果显示,具有良好自立意识对失能老人主动健康行为能力有积极作用。拥有自立意识的失能老人往往对自己的状况有清晰的认知^[23],能激发自身的内在动力从而参与到自我调节和健康管理中来。同时,积极的健康行为又能提升失能老人的自我效能感,促进自我认知,增强自立意识。对此,照护者应鼓励失能老人完成简单的日常照护活动,并及时给予鼓励和肯定,循序渐进,逐步培养失能老人的自立意识。

3.2.7 生活满意度 生活满意度是反映生活质量和健康老龄化的重要指标之一^[24]。本研究中,失能老人对生活越满意,主动健康行为能力越好。究其原因,可能为积极的情绪能促进更积极的生活方式^[25-26]和自我保健动力^[27]。社区和家庭应主动关心老人,创建失能老人友好环境,鼓励老人进行社会交往,提升失能老人的生活满意度。

3.2.8 死亡态度 死亡态度是指个体对死亡做出的评价性的、较稳定的内部心理倾向^[28]。本研究显示,正确对待死亡的居家失能老人主动健康行为能力更强($P < 0.05$)。正确看待死亡是建立积极健康观和生活态度的重要手段。在调查中发现,部分重度失能老人表现出轻生念头,究其原因可能是这类失能老人对自身健康结局悲观,对提升主动健康行为能力从而改善健康水平抱消极态度。照护者应时常关注失能老人的心理健康,引导失能老人积极面对生活。

4 结论

本研究结果显示,重庆市居家失能老人主动健康行为能力处于中等偏下水平,其影响因素较多。我国失能老人照护体系目前处于探索阶段,应发挥政府、家庭、社区与专业照护机构多主体的作用,注重提高居家失能老人的社会参与度、自立意识和健康意识水平。另外照护者应重点鼓励老人参与照护过程,采取个性化方式促使其主动采取健康行为。

本研究调查区域限于重庆市主城都市区,农村地区样本量不足,限制了对城镇和农村居家失能老人主动健康行为能力差异的探索;研究结果仅关注主动健康行为能力,未探讨其相关中介因素。因此,后续研究可扩大区域和样本量,进行多结局指标观察,以期更深入分析居家失能老人主动健康行为能力的干预关键变量。

参考文献:

- [1] 中国老龄科学研究中心. 第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查基本数据公报 [EB/OL]. (2024-10-17) [2024-11-14]. <http://www.crca.cn/index.php/19-data-resource/life/1117-2024-10-17-08-01-05.html>.
- [2] 王金营,李天然. 中国老年失能年龄模式及未来失能人口预测[J]. 人口学刊,2020,42(5):57-72.
- [3] 陈娜,王长青. 失能老人与医养结合养老模式的匹配关系[J]. 中国老年学杂志,2019,39(7):1758-1763.
- [4] 胡斌,钱香玲,朱蓓,等. 徐州市区老年人社区居家养老意愿及影响因素[J]. 中国老年学杂志,2019,39(6):1475-1479.
- [5] 孙璨,唐尚锋,陈超亿,等. 主动健康内涵分析[J]. 中国公共卫生,2023,39(1):68-72.
- [6] 国家卫生健康委员会. 关于开展全民健康素养提升三年行动(2024-2027年)的通知 [EB/OL]. (2024-05-29) [2024-08-30]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s7852/202406/2ce2c00ea62f4672b63b7dcd6eee955f.shtml>.
- [7] 张虹,沈军,贾倩颖,等. 主动健康视角下养老机构失能老年人“给予式照护”困境的质性研究[J]. 中华护理杂志,2023,58(22):2761-2768.
- [8] 欧洋利,廖晓艳,彭颖,等. 养老机构失能老年人主动健康行为能力评估量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志,2024,59(21):2579-2586.
- [9] 李保金,曹洪欣. 每个人都是健康第一责任人[N]. 经济参考报,2021-09-08(06).
- [10] 中共中央,中共中央关于进一步全面深化改革推进中国式现代化的决定 [EB/OL]. (2024-07-21) [2024-08-12]. https://www.gov.cn/zhengce/202407/content_6963772.htm.
- [11] 李安琪,吴瑞君. 老年再婚可以改善心理健康吗?:基于CLHLS的实证分析[J]. 南方人口,2019,34(4):70-80.
- [12] Zhu M, Keene D E, Monin J K. "Their happiness is my

happiness": Chinese visiting grandparents grandparenting in the US[J]. Journal of Intergenerational Relationships,2019,17(3):311-326.

- [13] 周晓光. 农村未婚老人的生活质量及提升对策研究[J]. 中国软科学,2021(1):174-183.
- [14] 石震. 互联网使用情况对我国中老年人主动健康意识的影响机制研究[J]. 医学与社会,2024,37(6):37-44.
- [15] 刘珏,李蔚东,冯鸿雁,等. 主动健康研究进展与展望[J]. 中国预防医学杂志,2023,24(7):750-752.
- [16] 王玉,全春冉. 我国城镇居民健康意识及影响因素实证分析[J]. 现代预防医学,2019,46(7):1229-1233.
- [17] 刘远立. 树立积极老龄观促进健康老龄化[J]. 行政管理改革,2022(4):15-20.
- [18] VanSant A F. The international classification of functioning, disability and health[J]. Pediatr Phys Ther,2006,18(4):237.
- [19] 杨雪,王瑜龙. 社交活动对老年人口健康状况影响的量化分析[J]. 人口学刊,2020,42(3):66-77.
- [20] Loyola W S, Camillo C A, Torres C V, et al. Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation [J]. Geriatr Gerontol Int,2018,18(2):216-223.
- [21] 王二娇,肖树芹,白玺,等. 养老机构失能老人自立行为影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志,2023,38(7):106-109.
- [22] 张虹,沈军,喻秀丽,等. 基于自立支援照护理念的养老机构轻度失能老人饮水干预研究[J]. 护理学杂志,2020,35(3):1-4.
- [23] Kishimoto Y, Suzuki E, Iwase T, et al. Group involvement and self-rated health among the Japanese elderly: an examination of bonding and bridging social capital [J]. BMC Public Health,2013,13:1189.
- [24] Frias-Luque M D, Toledano-Gonzalez A. Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: a systematic review [J]. Peer J,2022,10:e12900.
- [25] Lv J, Li J, Wang C, et al. Positive or negative emotion induced by feeding success or failure can affect behaviors, heart rate and immunity of suckling calves [J]. Physiol Behav,2018,196:185-189.
- [26] Vinci C, Li L, Wu C, et al. The association of positive emotion and first smoking lapse:an ecological momentary assessment study [J]. Health Psychol,2017,36(11):1038-1046.
- [27] Ziedonis D. Looking for the healthy aging pathways to subjective well-being:the road to personal empowerment and enhanced self-care [J]. Int Psychogeriatr,2019,31(4):451-453.
- [28] 陈四光,安献丽. 436名大学生死亡态度分析[J]. 中国心理卫生杂志,2009,23(4):303-304.

(本文编辑 吴红艳)