

• 老年护理 •
• 论 著 •

养老机构失能老年人主动健康行为能力现状及影响因素

欧洋利¹, 彭颖¹, 殷少华², 廖晓艳¹, 张虹¹, 陈黎玉¹, 熊雪¹, 罗兰月¹, 王益鑫¹, 霍丹³, 沈军¹

摘要:目的 了解养老机构失能老年人主动健康行为能力现状,并分析其影响因素。方法 2024 年 3—6 月,便利抽取四川省和重庆市 15 家养老机构的 325 例失能老年人,使用一般资料调查表、生活满意度量表、养老机构失能老年人主动健康行为能力评估表进行调查。结果 养老机构失能老年人主动健康行为能力得分为(95.77±18.80)分。多元线性回归分析结果显示,家庭月收入、失能程度、主动健康相关知识了解程度、既往患病时主动寻求治疗的频率、健康风险行为规避频率、积极处理生活压力事件的频率、照护者按需照护的频率、养老机构健康相关活动参与频率、生活满意度是养老机构失能老年人主动健康行为能力的主要影响因素(均 $P<0.05$)。结论 养老机构失能老年人主动健康行为能力处于中等偏上水平。养老机构及照护者需要根据影响因素开展针对性干预,以提高失能老年人主动健康行为能力。

关键词:失能; 老年人; 养老机构; 健康行为; 主动健康行为能力; 按需照护; 生活满意度; 老年护理

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.18.085

Proactive health behavior ability and its influencing factors among disabled elderly in nursing homes

Ou Yangli, Peng Ying, Yin Shaohua, Liao Xiaoyan, Zhang Hong, Chen Liyu, Xiong Xue, Luo Lanyue, Wang Yixin, Huo Dan, Shen Jun. Department of Nursing, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

Abstract:**Objective** To investigate the current status of proactive health behavior ability among disabled elderly in nursing homes, and to analyze its influencing factors. **Methods** From March to June 2024, 325 disabled elderly were conveniently selected from 15 nursing homes in Sichuan Province and Chongqing Municipality, then they were investigated by using a general information questionnaire, the Satisfaction with Life Scale, and the Assessment Scale of Proactive Health Behavior Ability for the Disabled Elderly in Nursing Homes. **Results** The participants' mean score of proactive health behavior ability was (95.77 ± 18.80) points. Multivariate linear regression analysis revealed that, monthly household income, degree of disability, knowledge of proactive health-related information, frequency of seeking treatment during previous illnesses, frequency of avoiding health-risk behaviors, frequency of actively addressing life stress events, frequency of caregiver-provided care on demand, frequency of participation in health-related activities at the care facility, and life satisfaction were the primary factors influencing the proactive health behavior ability of disabled elderly in nursing homes (all $P<0.05$). **Conclusion** The proactive health behavior ability of disabled elderly in nursing homes is at a moderate and above level. Nursing homes and caregivers should implement targeted interventions according to the influencing factors to enhance the proactive health behavior ability of disabled elderly.

Keywords:disability; elderly people; nursing homes; health behaviors; proactive health behavior ability; care on demand; life satisfaction; geriatric nursing

《第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查》显示,目前我国失能老年人约 3 500 万,占老年人口的 11.6%^[1],预计到 2035 年将增至 4 600 万,2050 年达 5 800 万^[2]。失能老年人数量的逐年增加,已成为社会和家庭照护的重大挑战。养老机构作为提供长期照护服务的重要场所之一,在满足失能老年人生活需求、减轻家庭照护压力方面发挥重要作用。然而,目前养老机构的服务重点多集中于基础生活护理,如何提升失能老年人的健康水平和生活质量仍是亟待解决的问题。近年来,“主动健康”理念逐渐受到关注,强调通过积极健康行为改善个体的身

体、心理和社会功能。在老年照护领域,主动健康行为指个体主动获取健康相关信息、采取促进健康行为、预防健康风险发生,以实现生活平衡稳态的综合健康能力^[3-4]。对于失能老年人,较高的主动健康行为能力不仅有助于延缓功能退化,减轻照护负担,还能降低并发症风险,优化医疗资源利用效率。目前针对养老机构失能老年人主动健康行为能力及其影响因素的研究仍较少,亟需深入探讨。本研究依据国务院《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》^[5]提出的“引导老年人树立主动健康理念,鼓励老年人积极面对老年生活”为政策引导,基于中国疾控中心提出的主动健康 4PCS(Preventive, Precision, Personalized, Proactive, Coconstruction and Sharing, and Self-rule and Self-discipline)理论框架及相关研究^[6],调查失能老年人主动健康行为能力现状,并结合多维度因素(如个体、环境和政策层面)分析其影响机制,为制订促进失能老年人主动健康行为能力的健康管理策略提供参考。

作者单位:1. 重庆医科大学附属第一医院护理部(重庆, 400016);2. 广元市利州区中医医院护理部;3. 重庆医科大学附属第一医院青杠老年养护中心

通信作者:沈军,793096729@qq.com

欧洋利:女,硕士在读,护士,1045944564@qq.com

科研项目:国家社会科学基金项目(22BRK010)

收稿:2025-04-20;修回:2025-06-23

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于2024年3—6月选取四川省和重庆市15家养老机构的失能老年人作为研究对象。纳入标准:①年龄≥60岁;②养老机构居住时间≥6个月;③日常生活活动能力(Activity of Daily Living Scale, ADL)量表^[7]评分<100;④无精神障碍;⑤沟通交流无明显障碍;⑥知情同意并自愿参加本研究。排除研究过程中因疾病或其他个人原因不得不终止研究者。本研究共涉及29个自变量,样本量取自变量的10倍,考虑到10%无效应答率,样本量至少为323。本研究有效调查325例失能老年人,其中男137例,女188例;年龄60~98(81.50±8.94)岁;有宗教信仰25例;主要经济来源为退休金/养老金256例,子女补贴32例,低保17例,国家普惠型补贴10例,个人储蓄9例,亲友资助1例。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 根据《老年人能力评估规范》^[8]编制。①一般人口学资料,包括年龄、性别、宗教信仰、文化程度、职业、婚姻状况、子女情况、居住地、居住方式、亲属探视频率、经济来源、家庭月收入、医疗费主要支付方式、慢性疾病数量、失能程度。失能程度使用日常生活活动能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)进行评估,包括进食、洗澡等10个条目,满分100分:≤40分为重度失能,45~60分为中度失能,65~95分为轻度失能,100分完全自理^[7]。②主动健康相关资料,包括主动健康相关知识了解程度、主动了解预防保健知识的频率、既往患病时主动寻求治疗的频率、主动了解康复知识的频率、主动采取促进健康行为的频率、健康风险行为规避频率、主动学习新知识/技能的频率、积极处理生活压力事件的频率、照护者关爱或陪伴的频率、被照护者尊重的频率、照护者按需照护的频率、主动采取自立行为的频率、养老机构健康相关活动参与频率、生活满意度。生活满意度量表由熊承清等^[9]汉化修订,共5个条目,采用Likert 7级评分法,从“非常不满意”到“非常满意”依次赋1~7分,总分5~35分,总分越高则生活满意度越高。本量表的Cronbach's α系数为0.78,折半信度为0.70。

1.2.2 养老机构失能老年人主动健康行为能力评估量表 此量表由本课题组前期研发而成,包括健康赋能、健康态度、照护关系、社会支持4个维度共27个条目,采用Likert 5级评分,从“从不”到“总是”依次赋1~5分,总分27~135分,得分越高说明主动健康行为能力水平越高^[3]。量表的重测信度为0.997, Cronbach's α系数为0.944。本研究中该量表的Cronbach's α系数为0.933。

1.3 调查方法 调查前对本课题组成员进行统一培训,在与养老机构负责人和失能老年人沟通征得同意后,采用统一的指导语现场一对一调查。无法自行填写的失

能老年人由研究者询问并代填。本调查共发放330份问卷,回收325份有效问卷,有效回收率为98.48%。

1.4 统计学方法 采用SPSS26.0软件进行统计描述,*t*检验、方差分析、Pearson相关性分析及多元线性回归分析。检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 养老机构失能老年人主动健康行为能力得分见表1。

表1 养老机构失能老年人主动健康行为能力得分(*n*=325)分, $\bar{x} \pm s$

项目	条目数	总分	条目均分
健康赋能	8	27.23±6.35	3.40±0.79
健康态度	7	26.16±5.21	3.74±0.74
照护关系	6	23.00±5.22	3.83±0.87
社会支持	6	19.38±5.56	3.22±0.93
总分	27	95.77±18.80	3.55±0.70

2.2 养老机构失能老年人主动健康行为能力的单因素分析 单因素分析结果显示,不同性别、年龄、宗教信仰及经济来源的养老机构失能老年人主动健康行为能力得分差异无统计学意义(均*P*>0.05),差异有统计学意义的项目见表2。

2.3 养老机构失能老年人主动健康行为能力与生活满意度的相关性分析 养老机构失能老年人主动健康行为能力与生活满意度得分的相关系数*r*=0.566, *P*<0.001。

2.4 养老机构失能老年人主动健康行为能力的多元线性回归分析 以养老机构失能老年人的主动健康行为能力总分作为因变量,将单因素分析差异有统计学意义的变量作为自变量进行多元线性回归分析。共线性检验结果显示,方差膨胀因子(VIF)为1.394~2.099。分析结果显示,家庭月收入(1=≤3 000元,2=3 000~<6 000元,3=6 000~<9 000元,4=9 000~<12 000元,5=≥12 000元)、失能程度(1=轻度,2=中度,3=重度)、主动健康相关知识了解程度(1=完全不知道,2=不知道,3=大概知道,4=知道,5=完全知道),既往患病时主动寻求治疗的频率、健康风险行为规避频率、照护者按需照护的频率、养老机构健康相关活动参与频率、积极处理生活压力事件的频率(赋值均为1=从不,2=很少,3=有时,4=经常,5=总是),生活满意度(原值输入)是养老机构失能老年人的主动健康行为能力的影响因素,见表3。

3 讨论

3.1 养老机构失能老年人主动健康行为能力现状 本研究中,养老机构失能老年人主动健康行为能力得分为(95.77±18.80)分,得分率为70.94%,属于中等偏上水平。4个维度中社会支持维度的条目得分最低,反映社会支持不足的现象普遍,可能与同伴支持、亲属参与、社会参与及政策福利的弱化相关。研究表明,社会支持与老年健康促进行为呈显著正相关,尤其在满足情感需求、改善生理状态、提升生活质

表 2 养老机构失能老年人主动健康行为能力的单因素分析

项目	例数	得分 (分, $\bar{x}\pm s$)	t/F	P	项目	例数	得分 (分, $\bar{x}\pm s$)	t/F	P
居住地			2.469	0.014	既往患病时主动寻求治疗的频率			21.679	<0.001
城镇	247	97.21±18.75			总是	68	109.35±20.19		
农村	78	91.22±18.48			经常	113	97.62±15.80		
文化程度			17.812	<0.001	有时	89	91.15±15.49		
小学及以下	141	89.48±15.64			很少	41	83.85±16.62		
初中	70	94.13±18.32			从不	14	79.21±15.08		
高中/技校/中专	69	101.33±19.02			主动了解康复知识的频率			52.363	<0.001
大学专科及以上	45	109.51±19.36			总是	40	117.50±14.47		
离退休前职业			13.321	<0.001	经常	93	102.66±15.08		
党政机关公务员	30	103.87±21.18			有时	67	97.15±16.68		
工人、商业、服务人员	125	92.83±16.61			很少	70	86.04±12.05		
文化教育工作者	50	104.98±19.40			从不	55	79.04±14.90		
科技、医疗卫生工作者	26	111.46±18.48			主动采取促进健康行为的频率			34.893	<0.001
务农	73	88.78±14.91			总是	58	112.36±18.91		
个体私营业主、其他	21	84.67±15.55			经常	102	100.55±14.70		
婚姻状况			3.474	0.001	有时	90	90.53±15.58		
不在婚*	175	92.47±18.87			很少	49	85.86±13.65		
在婚	150	99.63±18.09			从不	26	76.85±17.04		
子女数(个)			3.983	0.020	健康风险行为规避频率			37.471	<0.001
0	18	84.11±16.17			总是	102	110.57±17.81		
1	65	94.97±18.42			经常	92	93.97±12.77		
≥2	242	96.86±18.89			有时	76	84.80±14.16		
居住方式			5.318	0.005	很少	35	85.26±16.47		
独居(单间)	75	95.87±19.77			从不	20	88.70±19.32		
与配偶同居	89	100.90±18.43			主动学习新知识/技能的频率			49.607	<0.001
与同伴或他人合住	161	92.89±18.10			总是	44	119.77±14.31		
亲属探视频率			4.87	<0.001	经常	65	103.78±12.19		
每天至少 1 次	35	87.80±18.15			有时	47	94.62±15.04		
每周至少 1 次	97	95.94±18.92			很少	72	89.08±15.69		
每月至少 1 次	108	100.42±19.01			从不	97	85.04±16.05		
每半年至少 1 次	33	98.39±19.21			积极处理生活压力事件的频率			49.324	<0.001
每年至少 1 次	21	95.67±14.13			总是	94	107.64±17.17		
基本不探视	31	85.35±14.96			经常	126	97.69±14.91		
家庭月收入			18.741	<0.001	有时	77	87.01±15.12		
<3 000 元	81	86.90±15.16			很少、从不	28	71.39±15.01		
3 000~<6 000 元	126	92.85±19.09			照护者关爱或陪伴的频率			26.445	<0.001
6 000~<9 000 元	73	102.14±17.06			总是	130	106.28±16.90		
9 000~<12 000 元	22	101.55±12.36			经常	124	91.77±14.72		
≥12 000 元	23	117.30±15.05			有时	48	86.71±19.39		
医疗费用主要支付方式			6.352	<0.001	很少	13	75.54±12.52		
城镇职工医保	180	97.05±19.54			从不	10	78.60±19.15		
城乡居民医保	93	90.85±18.02			被照护者尊重的频率			48.136	<0.001
自费	28	93.25±12.34			总是	165	104.77±16.58		
其他	24	108.21±16.32			经常	100	91.49±14.81		
慢性疾病(种)			6.881	0.001	有时	44	81.52±15.43		
0	58	100.66±20.02			很少、从不	16	68.94±12.12		
1	108	98.80±18.59			照护者按需照护的频率			57.007	<0.001
≥2	159	91.94±17.85			总是	104	109.48±17.19		
失能程度			21.086	<0.001	经常	129	94.64±14.41		
轻度	244	99.08±17.51			有时	60	85.60±12.33		
中度	45	90.89±18.56			很少、从不	32	74.84±17.01		
重度	36	79.47±18.48			主动采取自立行为的频率			10.228	<0.001
主动健康相关知识了解程度			38.676	<0.001	总是	67	107.18±25.17		
完全知道	36	119.97±16.86			经常	51	91.84±19.00		
知道	38	103.76±14.72			有时	39	89.03±14.14		
大概知道	25	101.88±18.57			很少	68	90.74±13.71		
不知道	52	98.67±15.88			从不	100	96.19±14.84		

续表 2 养老机构失能老年人主动健康行为能力的单因素分析

项目	例数	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)	t/F	P	项目	例数	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)	t/F	P
完全不知道	174	87.28±14.89	33.727	<0.001	养老机构健康相关活动参与频率			39.969	<0.001
主动了解预防保健知识的频率					总是	66	112.48±17.37		
总是	41	113.63±17.46			经常	90	98.74±13.28		
经常	78	102.51±13.36			有时	54	96.33±18.38		
有时	65	98.14±19.48			很少	55	87.91±12.78		
很少	55	91.47±16.27			从不	60	79.63±15.73		
从不	86	82.10±13.84							

注: * 包括未婚、离婚、丧偶。

表 3 养老机构失能老年人主动健康行为能力的多元线性回归分析($n=325$)

项目	β	SE	β'	t	P
常量	28.794	7.044		4.088	<0.001
家庭月收入	1.360	0.661	0.082	2.058	0.041
失能程度	-2.845	0.966	-0.102	-2.946	0.003
主动健康相关知识了解程度	1.592	0.553	0.122	2.877	0.004
既往患病时主动寻求治疗的频率	1.671	0.643	0.096	2.597	0.010
健康风险行为规避频率	1.568	0.591	0.100	2.655	0.008
积极处理生活压力事件的频率	1.769	0.790	0.087	2.240	0.026
照护者按需照护的频率	2.792	0.842	0.140	3.315	0.001
养老机构健康相关活动参与频率	1.872	0.530	0.140	3.534	<0.001
生活满意度	0.436	0.106	0.156	4.117	<0.001

注: $R^2=0.754$, 调整 $R^2=0.723$, $F=23.833$, $P<0.001$ 。

量及健康水平方面具有积极作用^[10]。目前,社区、养老机构中的失能老年人均存在社会支持不足的情况^[6, 11]。同伴支持能有效改善老年人的健康状况和社会孤立^[12],养老机构的老年人幸福感随亲属探视频率提高而增强^[13]。建议通过提高亲属探视频率、促进同伴支持及增加社交活动参与度,以增强老年人的情感满足感和幸福感。同时,养老机构失能老年人活动参加频率对主动健康有显著影响,可能与同龄或跨代交流带来的正面氛围对心理健康有积极影响有关。因此,应设计多元化的社交互动项目,促进同龄及跨代交流,以改善心理健康状况。此外,应加强医疗团队建设,深化与政府部门的合作,落实政策福利宣传,减轻老年人的经济与心理负担,并积极争取更多政策支持与资源倾斜,为失能老年人创造安全、有保障的生活环境,激发其对健康生活的主动追求与实践意愿。

3.2 养老机构失能老年人主动健康行为能力的影响因素

3.2.1 家庭月收入越高的老年人主动健康行为能力越好 本研究结果显示,家庭月收入越高的失能老年人主动健康行为能力越好($P<0.05$)。高收入家庭能够为失能老年人提供更好的医疗条件、保健食品和健身设施,从而促进其主动健康行为。其次,高收入人群通常具有较高教育水平,具备更强的健康意识和疾病预防能力。并且,高收入家庭通常拥有更广泛的社会支持网络,能够为失能老年人提供情感支持和经济帮助^[14],进一步增强了其健康行为的积极性。因此,

建议政府为经济困难的失能老年人提供专项医疗和养老补贴,扩大医保覆盖范围,减轻其家庭经济压力。

3.2.2 失能程度低、照护者按需照护频率高、生活满意度高的老年人主动健康行为能力越好 本研究结果显示,失能程度低、照护者按需照护频率高、生活满意度高的养老机构失能老年人主动健康行为能力更强(均 $P<0.05$)。随着失能程度加深,老年人的主动健康行为能力逐渐减弱。轻度失能老年人具备相对较高的自主性和独立性,能够主动获取健康知识并采取措施,如规律锻炼与饮食调控;中、重度失能老年人则面临日常活动挑战,即使存在较高的主动意识,却因自主行为受限、日常生活能力较差,而无法实施,往往需要依赖专业照护和医疗干预。本研究发现,大部分照护者并未按需照护,而是以“给予式照护”的方式照护失能老年人。可能与照护者对失能老年人的刻板印象有关,其认为老年人“能力低下”和“情绪依赖性强”,并受到中国传统“孝道”和“购买”服务思想的影响,认为老年人“不操心、不干活”是“孝”、付费便应提供全面照护^[3, 15]。因此,照护者倾向于过度干预、补偿^[16]和情感给予,限制了失能老年人的自主决策与管理能力,损害其独立性、自主性和尊严,并可能导致社交隔离、心理压抑、身体功能衰退及生活质量下降等负面后果^[17]。此外,老年人的身心状态、按需照护程度等因素显著影响失能老年人的生活满意度和幸福感,高生活满意度能促进失能老年人采取主动健康行为。因此,照护者应认识到“给予式照护”的负面影响,鼓励其参与适合的活动以增强身体功能,并提供心理支持以维持积极心态;机构应提供基于老年人兴趣和健康状况的多元化活动,搭建展示平台促进社交,鼓励老年人持续参与,通过定期评估与调整活动内容,提升老年人的生活质量和生活满意度。

3.2.3 主动健康相关知识了解程度越高、既往患病时主动寻求治疗的频率越高、健康风险行为规避频率越高、积极处理生活压力事件频率越高的老年人主动健康行为能力越好 本研究结果显示,养老机构失能老年人主动健康相关知识的了解程度、既往患病时主动寻求治疗的频率、健康风险行为规避频率、积极处理生活压力事件的频率是主动健康行为能力的主要影响因素(均 $P<0.05$)。根据健康信念模式与计划

行为理论,健康态度、信念及行为意向是健康行为的基础与核心驱动力^[18]。然而,本研究发现,多数失能老年人对主动健康的认知不足,仅少数个体将其与“治未病”理念相关联,普遍缺乏主动预防疾病及健康管理的意向,导致其主动健康行为能力较低,与文化程度低、自主学习能力有限、社区健康教育宣传不足及养老机构对健康管理重视程度不够等因素密切相关。本研究显示,多数失能老年人较少主动了解预防和保健知识,通常只有在感到身体不适或病情严重时才会向医护人员咨询,这种现象在老年群体中普遍存在,与文化程度低、旧思想束缚和经济能力较差有关。部分失能老年人存在“去医院会查出大病”的恐惧和“小病不治、大病小治”的无奈心理。此外,健康风险行为规避频率越高的失能老年人,其主动健康行为能力越强。可能因为失能老年人对健康风险的感知越强,越可能采取积极的健康行为来规避风险。这种行为调整不仅有助于减少健康问题的发生,还能增强其对自身健康的掌控感,从而促进其主动健康行为能力。因此,养老机构应加强健康教育,推广主动健康理念,完善医疗康复设施,定期安排体检项目,以增强失能老年人的健康意识和自理能力。同时,失能老年人应主动提高健康意识,积极参与健康活动,合理膳食并戒烟限酒,进行预防保健活动,并通过自我评估、寻求专业支持及维持心理韧性,有效管理焦虑、恐惧等负面情绪。

3.2.4 养老机构健康相关活动参与频率越高的老年人主动健康行为能力越好 本研究结果显示,养老机构健康相关活动参与频率能正向预测失能老年人主动健康行为能力($P<0.05$)。社会参与能够显著提高老年人的身体、心理和自评健康水平及生活质量^[19]。调查中发现,小部分老年人因失能程度较重、性格喜静、缺乏同伴参与或活动形式单一而较少参与养老机构健康相关活动,大部分失能老年人可通过健康活动了解健康知识(如慢性病防控和防跌倒技巧)、进行康复训练、结识朋友以缓解孤独,通过促进自我健康管理,激发对生活和健康的热爱,从而提高主动健康行为能力,这与杨雪等^[20]研究结果相似。因此,养老机构应设置多元化健康活动,结合基础康复与创新疗法,如艺术创作、园艺、音乐放松等,以吸引失能老年人积极参加健康相关活动,从而促进其主动健康行为。

4 结论

本研究显示,养老机构失能老年人主动健康行为能力处于中等偏上水平,其核心影响因素包括家庭月收入、失能程度、主动健康相关知识了解程度、既往患病时主动寻求治疗的频率、健康风险行为规避频率、积极处理生活压力事件的频率、照护者按需照护的频率、养老机构健康相关活动参与频率、生活满意度。为提升失能老年人的主动健康行为能力,可从政策、机构、照护者和老年人自身等多方面入手,形成协同

推进的策略。本研究样本主要集中于城镇养老机构的轻、中度失能老年人,存在一定的推广局限性。未来研究应进一步拓展至农村地区,为构建更为全面的失能老年人主动健康干预路径提供依据。

参考文献:

[1] 中华人民共和国民政部. 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]. (2024-10-24)[2024-12-17]. <https://so.mca.gov.cn/searchweb/>.

[2] World Health Organization. Ageing and health—China[EB/OL]. [2024-12-18]. <https://www.who.int/china/health-topics/ageing>.

[3] 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.

[4] 欧洋利,沈军,李森,等. 失能老人“主动健康”影响因素的最佳证据总结[J]. 护理学报,2024,31(1):58-63.

[5] 国务院. “十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划[EB/OL]. (2021-12-30)[2025-04-15]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5678066.htm.

[6] Liu J, Li W, Yao H, et al. Proactive health: an imperative to achieve the goal of healthy China[J]. China CDC Wkly,2022,4(36):799-801.

[7] 燕铁斌,窦祖林. 实用瘫痪康复[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:176-180.

[8] 中华人民共和国民政部. 《老年人能力评估规范》国家标准发布[EB/OL]. (2022-12-30)[2025-01-24]. <https://www.mca.gov.cn/n152/n166/c48071/content.html>.

[9] 熊承清,许远理. 生活满意度量表中文版在民众中使用的信度和效度[J]. 中国健康心理学杂志,2009,17(8):948-949.

[10] 杨小娇,汪凤兰,张小丽,等. 家庭关怀度和社会支持对老年人健康促进行为影响[J]. 中国公共卫生,2018,34(9):1266-1269.

[11] 栾伟,朱珠,朱冬平,等. 城乡结合社区老年人健康促进生活方式与社会支持、自我效能感相关性研究[J]. 上海交通大学学报(医学版),2020,40(1):107-111.

[12] Schwei R J, Hetzel S, Kim K, et al. Peer-to-peer support and changes in health and well-being in older adults over time[J]. JAMA Network Open,2021,4(6):e2112441.

[13] 赵艾君,张佳琪. 影响唐山市区老年公寓老人生活质量因素的回顾性分析[J]. 现代预防医学,2011,38(18):3681-3682.

[14] 侯建明,张培东,周文剑. 代际支持对中国老年人口心理健康状况的影响[J]. 人口学刊 2021,43(5):88-98.

[15] 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.

[16] 李静雅. 基于自护理论失能老人自护能力分级预测模型构建[D]. 合肥:安徽中医药大学,2019.

[17] Fernandez-ballesteros R, Bustillos A, Santacreu M, et al. Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution[J]. Clin Interv Aging,2016,11:545-552.

[18] 孙昕霁,郭岩,孙静. 健康信念模式与计划行为理论整合模型的验证[J]. 北京大学学报(医学版),2009,41(2):129-134.

[19] 田园. 社会参与对老年人健康的影响研究[D]. 济南:山东建筑大学,2022.

[20] 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.

(本文编辑 韩燕红)