

分 类 号： R195

单位代码： 10183

研究生学号： 2022724080

密 级： 公开



吉 林 大 学

硕士学位论文

(专业学位)

某社区老年人社会健康现状及其相关因素研究

Analysis of the current situation and related factors of social
health among elderly in certain community

作 者 姓 名：赵雨

类 别：公共卫生硕士

领域（方向）：卫生事业管理与健康促进

指 导 教 师：杨淑娟 教授

孙晋客 主任医师

培 养 单 位：公共卫生学院

2025 年 06 月

某社区老年人社会健康现状及其相关因素研究

Analysis of the current situation and related factors of social
health among elderly in certain community

作者姓名：赵雨

领域（方向）：卫生事业管理与健康促进

指导教师：杨淑娟 教授

类别：公共卫生硕士

答辩日期：2025年 5月 28日

中文摘要

某社区老年人社会健康现状及其相关因素研究

目的:

基于人口加速老龄化的背景,本研究旨在调查某社区 60~80 岁老年人的社会健康现状,探讨社会健康三个维度(社会支持、社会适应、感知到的环境资源)之间的相关性,并分析社会健康相关因素,为提升老年人社会健康水平及制定社区健康干预措施提供科学依据。

方法:

采用方便抽样法,于 2024 年 2 月至 8 月通过线上线下双渠道对某社区老年人进行问卷调查,共回收有效问卷 617 份。问卷内容主要包括社会人口学基本信息、躯体健康、心理健康(Kessler 10 评分)及社会健康共四部分。采用 Microsoft Excel 2010 进行数据初步整理,运用 IBM SPSS statistics 25.0 进行数据处理和统计分析, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结果:

研究对象社会健康总分为 65 (59~70),有 99 人属于低水平社会健康,占比为 16.0%;有 179 人属于较低水平社会健康,占比为 29.0%;有 199 人属于较高水平社会健康,占比为 32.3%;有 140 人属于高水平社会健康,占比为 22.7%。社会健康的三个维度,社会支持、社会适应、感知到的环境资源的得分分别为 26 (24~31)、15 (12~17)、23 (19~25)。

社会支持与社会适应呈弱正相关($r=0.143, P<0.01$),感知到的环境资源与其他维度无显著关联。

单因素分析结果显示:社会健康在年龄($P<0.05$)、性别($P<0.05$)、文化程度($P<0.001$)、婚姻状况($P<0.001$)、养老金($P<0.001$)和医疗费用支付($P<0.001$)方面均存在显著差异。多元线性回归分析结果显示:性别($\beta=2.389$)、文化程度($\beta=1.655$)、婚姻状况($\beta=-3.109$)和医疗费用支付($\beta=-1.597$)与社会健康相关(均 $P<0.001$)。

结论:

老年人的社会健康状况存在显著的改善空间。社会支持和社会适应之间呈现

出弱相关,而感知到的环境资源和社会支持、社会适应之间没有显著的相关关系。性别、婚姻状况、文化程度和医疗费用支付的方式与社会健康结果变量具有显著相关性,建议通过性别差异化健康干预、婚姻关系辅导及医保政策优化等措施,推动健康老龄化目标的实现。

关键词:

社会健康, 社会适应, 社会支持, 老年人

Abstract

Analysis of the current situation and related factors of social health among elderly in certain community

Objectives:

Against the backdrop of accelerating population aging, this study aims to investigate the current status of social health among elderly individuals aged 60~80 years in a community, explore correlations among three dimensions of social health (social support, social adaptation, and perceived environmental resources), and analyze related factors. The findings aim to provide a scientific basis for enhancing social health levels in the elderly and formulating community-based health interventions.

Methods:

A cross-sectional survey was conducted using a convenience sampling method. From February to August 2024, 617 valid questionnaires were collected through online and offline channels. The questionnaire covered sociodemographic characteristics, physical health, mental health (Kessler 10 Psychological Distress Scale), and social health scale. Data were preliminarily organized using Microsoft Excel 2010 and analyzed with IBM SPSS statistics 25.0. Statistical significance was set at $P < 0.05$.

Results:

The median social health score of participants was 65 (interquartile range [IQR]: 59-70). 99 participants (16.0%) were classified as low, 179 (29.0%) as moderately low, 199 (32.3%) as moderately high, and 140 (22.7%) as high. Scores for social support, social adaptation, and perceived environmental resources were 26 (IQR: 24-31), 15 (IQR: 12-17), and 23 (IQR: 19-25), respectively.

Social support showed a weak positive correlation with social adaptation ($r=0.143$, $P<0.01$), while perceived environmental resources had no significant

association with other dimensions.

Univariate analysis revealed significant differences in social health across age ($P < 0.05$), gender ($P < 0.05$), educational level ($P < 0.001$), marital status ($P < 0.001$), pension status ($P < 0.001$), and healthcare payment method ($P < 0.001$). Furthermore, multiple linear regression analysis demonstrated that gender ($\beta=2.389$), educational level ($\beta=1.655$), marital status ($\beta=-3.109$), and healthcare payment method ($\beta=-1.597$) were significantly associated with social health (all $P < 0.001$).

Conclusions:

The social health of elderly individuals has significant room for improvement. Social support and social adaptation were weakly correlated, while perceived environmental resources demonstrated no significant relationship with other dimensions. Gender, marital health, education level, and medical payment method were significantly correlated with social health. Measures such as gender-specific health interventions, marital relationship counseling, and optimization of medical insurance policies are recommended to advance healthy aging goals.

Keywords:

Social health, social adaptation, social support, elderly

目 录

第 1 章 绪论.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究现状.....	3
1.2.1 社会健康的概念.....	3
1.2.2 老年人社会健康的特点.....	6
1.2.3 社会健康的测量.....	9
1.3 研究目的和意义.....	9
第 2 章 研究对象与方法	11
2.1 研究对象.....	11
2.2 研究方法.....	11
2.2.1 文献研究法.....	11
2.2.2 问卷调查法.....	12
2.3 数据处理与统计分析.....	13
2.4 质量控制.....	13
第 3 章 结果.....	15
3.1 研究对象的基本情况.....	15
3.1.1 研究对象的社会人口学基本信息.....	15
3.1.2 研究对象的身心健康状况自评.....	17
3.2 研究对象社会健康现状.....	20
3.2.1 研究对象的社会健康各维度现状.....	21
3.2.2 研究对象的社会健康各维度相关性分析	29
3.3 研究对象社会健康现状的单因素分析	29
3.3.1 社会支持维度单因素分析.....	29
3.3.2 社会适应维度单因素分析.....	33
3.3.3 感知到的环境资源维度单因素分析.....	36
3.3.4 社会健康单因素分析.....	40
3.4 研究对象社会健康现状的多因素分析	44
3.4.1 社会支持维度.....	46
3.4.2 社会适应维度.....	47
3.4.3 环境资源维度.....	47
第 4 章 讨论.....	49
4.1 研究对象的社会健康现状	49
4.1.1 研究对象的社会支持现状.....	50
4.1.2 研究对象的社会适应现状.....	52

4.1.3 研究对象感知到的环境资源现状.....	53
4.2 研究对象的社会健康各维度的相关性	54
4.3 研究对象的社会健康的相关因素	54
4.3.1 社会支持维度.....	55
4.3.2 社会适应维度.....	56
4.3.3 感知到的环境资源维度.....	56
4.4 社会健康的相关因素分析	57
4.4.1 性别	57
4.4.2 婚姻状况	58
4.4.3 文化程度	59
4.4.4 医疗费用支付.....	59
第 5 章 结论.....	61
参考文献.....	62
附录.....	67

第 1 章 绪论

1.1 研究背景

全球人口健康水平及预期寿命在近百年间取得相对普遍的突破性进步,而人口老龄化正是其集成表现,并随着人口转变过程加快而成为人类社会的常态。世界上几乎每个国家的老龄人口数量和比例都在增加,根据联合国人口司《2024 年世界人口展望》数据,全球人口规模预计在本世纪达到峰值——在 2024 年 82 亿人口规模的基础上,未来 60 年内继续保持增长,在 21 世纪 80 年代中期达到 103 亿,并于本世纪末回归到 102 亿。预计到 70 年代末,全球 65 岁及以上的人口预计将达到 22 亿,超过 18 岁以下儿童的数量,到 30 年代中期,80 岁及以上的人口将超过 1 岁以下的婴儿,预计达到 2.65 亿^[1]。

我国人口老龄化程度持续加深,老龄人口比例持续上升。国家统计局最新数据显示,截至 2024 年底,我国 60 岁及以上人口已达到 31031 万人,占总人口的 22.0%,其中,65 岁及以上人口 22023 万人,占总人口的 15.46%^[2]。国际上通常认为,当一国 60 岁及以上人口比例超过 20%或 65 岁及以上人口比例超过 14%的时候,则认为该国进入“中度老龄化”社会^[3]。根据以上标准,我国已全面步入中度老龄化社会。党的十九届五中全会通过了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》^[4],将积极应对人口老龄化确定为国家战略。2022 年,国家卫生健康委等 15 个部门联合印发《“十四五”健康老龄化规划》^[5],明确“十四五”期间促进健康老龄化的指导思想、基本原则和发展目标,提出强化健康教育,提高老年人主动健康能力、完善身心健康并重的预防保健服务体系等 9 项主要任务,为协同推进健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略,不断满足老年人健康需求,稳步提升老年人健康水平提供了遵循。2024 年,党的二十届三中全会提出:“积极应对人口老龄化,完善发展养老事业和养老产业政策机制。”^[6],以应对老龄化、少子化为重点,完善人口发展战略,健全覆盖全人群、全生命周期的人口服务体系,促进人口高质

量发展。为新时代养老事业和养老产业高质量发展提供了行动指南。

在人口老龄化严重的背景下，城市化进程也在不断推进，人口迁移流动性日益增强。至2024年末，全国常住人口城镇化率为67.00%，比上年末提高0.84个百分点^[2]。在2021-2023年期间，浙江、海南、广东、江苏等省份的常住人口增量显著，年均增量分别达到43万、12万、11万、11万人，展现出强大的人口聚集效应，对老年人的生活和健康水平产生了深刻影响。大量年轻人为了寻求更好的生活、教育和发展机会，选择离开家乡向其他大城市及特大城市集聚，物理距离的延伸与互动频率的下降，使得传统的家庭照料体系被削弱^[7]，家庭关系变迁，老年人原有的社交关系正面临考验，家庭作为社会的基本构成单元正经历着剧烈的变革。统计数据表明，2021年，我国庞大的老年人群中，与子女共同居住的仅占33.5%，然而老年人自身中愿意和子女长期一起生活的比例却高达60.7%。这一数据对比清晰地反映出老年人在居住方式上的现实与期望之间存在着较大差距。与此同时，在老年人的社会交往方面，虽然有62.1%的老年人与邻居关系密切，偶尔走动的占26.8%，但仍有11.1%的老年人基本与邻居不往来^[8]，这也在一定程度上反映出老年人社交关系的局限性。在此背景下，老年人的社会健康状况愈发受到关注。令人担忧的是，《中国老年人生活质量发展报告(2019)》指出，中国有超过一半的高龄老年人时常感到孤独；北京大学人口研究所的相关数据表明，中国城市老年人社会隔离的比例为21.4%^[9]。这一现象无疑对老年人的身心健康以及整个社会的和谐发展都带来了挑战，也促使我们更加关注老年人的社会健康，积极探寻改善老年人社会适应，社会支持、建设其周边社会资源的有效途径。

“健康不仅是没有疾病和虚弱症状，而且包括身体、心理和社会适应能力的完整状态。”即全面的健康应该包括生理健康、心理健康和社会健康三个方面。社会健康直接影响到老年人的生活质量、心理状态、社会孤立程度以及健康预后，是健康老龄化的重要维度。因此，提升老年人社会健康水平已成为各国公共卫生政策的核心目标之一。世界卫生组织（WHO）提出的“2020-2030年健康老龄化行动十年”^[10]中，明确指出要促进老年人社会参与、改善社会支持和保障服务，以提升老年人的社会健康。欧盟委员会发布的《老龄化问题绿皮书》^[11]中也强调

了提高老年人社会健康的重要性,鼓励老年人保持活跃,在城市建设中考虑流动性、连接性和可达性,减少老年群体的社会孤立。美国加州《美国老年人法案》^[12]中强调增加老年人参与社区活动机会,防止孤独和虐待等。

社会健康的重要性在人口老龄化加速与社会结构转型叠加的背景下日益凸显,深入探究老年人的社会健康状况,了解其现状、剖析其相关因素并寻求有效的提升策略,对实现《“健康中国2030”规划纲要》提出的健康老龄化目标具有重要意义,故而本研究聚焦于老年人社会健康这一核心主题。

1.2 研究现状

1.2.1 社会健康的概念

纵观国内外相关研究,社会健康的概念尚未达成统一,这可能有以下两个原因。首先,社会健康的研究起步相对较晚。二十世纪中叶,WHO首次提出了全面的健康定义,之后社会健康才逐渐受到广泛关注。与身体健康和心理健康相比,社会健康概念的研究确实起步较晚。其次,社会健康本身具有显著的多学科性质,涉及心理学、精神病学、行为医学、社会学等多个领域。社会健康不仅关注个体与社会之间的互动关系,还涉及社会支持网络、文化适应等复杂因素。因此,研究人员使用了许多术语来描述社会健康,例如社会功能、社交能力、感知能力、社会适应、社会支持等。然而,对于这些概念的定义和测量方法,目前几乎没有达成共识。因此,社会健康的概念界定面临更大的难度。

Huber等学者认为,WHO对健康定义中“完全”这一要求,在现实中难以达到,她认为应改变对健康定义的侧重方向,从追求“完全”健康转向重视“适应和自我管理的能力”,其提出的社会健康概念强调机会和限制之间的动态平衡,在一生中不断变化,并受到社会和环境挑战等外部条件的影响^[13]。具体来说,个体虽然可能面临诸多限制,如患有慢性疾病、社会环境障碍等,但他们仍有机会通过自身的努力来管理生活和应对疾病,在一定程度上克服这些限制,维系自身社会健康并创造社会价值。

Doyle结合了多位学者^[14,15]对于社会健康的观点,将社会健康定义为在特定

环境中,个人拥有足够数量和质量的人际关系,以满足其对有意义的人际连接的需求^[16]。Doyle 认为,社会健康不仅仅是身体或心理健康的预测因素,它应该被视为独立的健康结果;同时,无论身体和心理健康如何,社会健康会直接影响个人的生活质量;健康干预和行为对社会、身体和心理健康的作用各不相同;强调社会健康体现在生物学中,是一个动态和情境化的概念。

Killam 在 Russell 的原版定义的基础上进行了现代化改进,她提出社会健康是来自个体人际关系的整体健康和福祉的一个方面。身体健康关乎我们的身体,心理健康关乎我们的思想,而社会健康则关乎我们的人际关系^[17]。这三个组成部分是相互关联的,即使一个人拥有强健的体魄和良好的心理状态,如果缺乏有意义的人际关系,也无法实现完全的健康。她把“你经常与之互动的人、你亲近的人、影响你的各种关系和社群”比作神庙的基石,这些基石凭借个体的技能和工具(如意图、情商、脆弱性、互惠、冲突解决和自我洞察等)连接在一起,共同构建成柱子,维系着神庙的结构,在人的一生中产生诸多益处。

有些学者并未对“社会健康”这一概念给出明确的定义,而是对社会健康的维度进行了深入研究,为这一领域提供了新的启示和借鉴。这些学者关注的重点不在于对“社会健康”下一个固定的、统一的定义,而是试图通过探讨其多维度属性,来更全面地理解这一复杂现象。

例如,美国国家社会生活、健康与老龄化项目(NSHAP)在对健康概念深入剖析的基础上,以健康的交互式生物心理社会模型(The Interactive Biopsychosocial Model of Health)以及 Berkman 等人的社交网络健康模型为指引,确立了社会关系、性、社交网络、社会资源和社会参与这五个维度,用于全面评估社会健康状况^[18]。其中,社会关系侧重于亲密伴侣关系等方面;性关注个体的性兴趣和性行为;社交网络着眼于网络规模和多样性;社会资源涵盖社会支持、压力及孤独感;社会参与涉及参与各类社会活动的情况。同样,Zare 对青少年群体的社会健康需求展开研究,提出四个维度,分别为健康家庭需求(着重强调家庭关系和家庭责任)、健康社会需求(关注社会状况和经济条件)、教育设施需求(聚焦学校生产力和公共教育设施)、同伴交流需求(重视与同性及异性同伴间的健康关系)^[19]。此外,Soofizad 则从个体与他人及社会相处时所展现的特定

特征与技能出发,界定了社会健康的多个维度,如互动开放性、社会适应性、社会责任履行、社会自尊感、相互信任感、沟通能力、社会乐观性、享受社会支持、以人为本的个性等,从个体与社会互动的多元层面揭示了社会健康的丰富内涵,为全面评估个体社会健康状况提供了多维度视角^[20]。

此外,有研究围绕社区建筑与社会环境展开,探讨社会健康的概念及其维度,旨在为政策制定者和公共卫生从业者制定精准有效的干预策略提供依据。

例如,一项在澳大利亚进行的研究认为,社会健康——包括促进社会互动、减少孤独感、增强社会凝聚力等——是高密度社区设计中不可忽视的重要因素。研究结果识别了四个与社会健康相关的主题:城市形态、公共设施、第三空间和绿地。并分别探讨了密度与混合用途设计的重要性、公共设施的质量和安全性、第三空间对社交的促进作用,以及绿地对社会支持感和孤独感的影响^[21]。另一项在美国开展的研究则分析了社区步行性与社会健康之间的关系。通过对 1745 名美国成年人的横断面数据研究,构建了步行性指数,并讨论了步行性与社交互动、社区归属感等社会健康指标之间的关联。在考虑了住宅自我选择变量的前提下,结果仍然表明,较高的社区步行性有助于增加居民的互动机会,培养社区意识,并促进社会健康的某些方面^[22]。研究为通过提升社区步行性来促进居民社会健康提供了证据支持。

从上述学者的观点来看,社会健康是与身体健康和心理健康紧密相连的一个概念^[16,17],具有生物的、持续的、可获得的、动态的、相对性的特征^[20],可归纳为社会适应、社会支持和感知到的环境资源这三个维度。个体进行社会参与,履行社会责任,在机会和限制之间保持动态平衡,这是社会适应的体现;社会支持则表现为个体构建社会关系并维系社交网络,以及从这些关系网络中获取情感、信息、工具等的援助;感知到的环境资源则指个体在日常生活中,能够感受到的来自社区的物理环境供给,这些维度共同构成了社会健康的全貌。社会适应强调个体在面对社会环境变化时的应对策略和调整能力,社会支持强调的是个体在社会网络中的情感满足和资源获取,感知到的环境资源则关乎个体主观上能够获得社区资源和社区帮助的信心源泉和实现能力。社会健康是个体在社会中生存和发展的重要基础,也是衡量社会整体功能与和谐程度的关键指标之一。社会健康不

仅仅是个体关系的数量与质量的简单衡量，更是一个综合的、动态的概念。

1.2.2 老年人社会健康的特点

关于老年人社会健康的文献非常有限，为了系统了解老年人社会健康的特点，基于上述研究的前提下，从社会适应，社会支持，感知到的环境资源三个维度展开探讨。

(1) 老年人社会适应的特点

人类是在不断调整自身和适应环境的过程中逐步发展的，“适应”是人类进化和发展的核心课题。“适应”这一概念首先出现在生物学研究中，十九世纪中叶，Darwin 在伦敦林奈学会上介绍了自然选择学说，并在《物种起源》(The Origin of Species) 中阐明了以自然选择为机制的进化理论，揭示了生物在生存竞争中不断演化和适应的过程。Spencer 后来将此理论引入社会学，提出了“社会适应”的概念，即“个体的观念、行为方式随社会环境的变化而变化”^[23]。适应并非一个静止的状态，而是不断调整的行为，也可以是每日、时时刻刻的行为^[24]，是一个全面、持续、动态、相对稳定的社会化过程。

在科学文献中，关于社会适应有两百多个不同的定义^[25]，自我心理学之父 Hartmann 对适应的定义是：个体终生维护心理平衡的持续过程，以无须付出太高的代价去应对一个具有一般性以及可预期性的环境^[26]。从定义中可以提取出几个核心概念，即心理平衡、持续过程、代价和一般性和可预期的环境。

在老龄化进程中，生理机能衰退构成老年人适应挑战的生物学基础。老年群体普遍面临关节退行性病变、肌力衰减及感觉系统钝化等器质性改变，这些生理性衰退不仅直接导致活动能力的弱化，而且易诱发慢性疼痛与易疲劳综合征。另外，数字鸿沟使得老年人在信息获取和社会互动中处于劣势^[27]，而城市迁移和扶贫搬迁又加剧了老年人与新文化环境的适应困难^[28, 29]。因此，老年人在面对生活中的各种压力、挑战或变化时，通常难以维持心理状态的平衡，往往需要进行感觉、行为、认知和人格等多层次的适应，重构环境信息处理方式，完成从“经验

依赖型”到“持续学习型”的心理转型，降低因突发环境变化产生的心理冲击，以较小的代价融入当下的社会环境。

（2） 老年人社会支持的特点

20 世纪 60 年代的流行病学研究为社会支持与健康之间关联的理论研究奠定了基础。60 至 70 年代，Cassel 和 Cobb 的研究系统化了社会支持这一概念，70 至 80 年代，Cobb 和 Wills 等学者进一步发展了社会支持理论，提出了著名的压力缓冲假设^[30]。此后，社会支持研究扩展至多个领域，包括心理学、医学、社会学等，不同学科的研究者们从各自的专业角度出发，不断深化对社会支持内涵与外延的理解，试图揭示社会支持在各方面所发挥的多元作用机制，为全面认识社会支持现象提供了更为丰富和多元的视角。

在 Cobb 的文章中，社会支持被定义为一种信息，它使个体相信自己受到关心、被爱、被尊重，并且是一个相互责任的网络中的一员^[31]。这种支持能够抵御生活压力对健康的不良影响，保护处于危机中的人们免受多种病理状态侵害，如抑郁症、酗酒等，还能减少药物用量、加速疾病康复并有助于患者遵循医嘱。

老年人随着年龄增长，活动范围和活动能力受限，社交圈子缩小，互动频率也随之降低，从工作岗位退休后，社会角色发生转变，这使得他们更易陷入孤独感之中，且抑郁的发生风险增加，所以情感支持对老年人尤为重要^[32-34]。但时代变迁带来的家庭结构改变可能使部分老年人来源于家庭的社会支持不足。另外，从行为心理学视角观察，老年群体普遍呈现出路径依赖的认知特征，其行为决策往往受制于长期积累的经验，在面对数字化转型时表现出明显的适应性障碍，这种行为模式限制了他们自身社会行为的表现。

我国学者已经进行较多的社会支持现状的研究，多采用社会支持评定量表（SSRS）进行调查，主要关注主观支持、客观支持和支持利用度三个方面。从他们的研究结果来看，我国老年人的社会支持水平普遍偏低，社会支持水平有明显的地域差异，发达地区的社会支持得分高于欠发达地区，例如深圳市老年人群的社会支持得分（ 39.51 ± 7.89 ）^[35]、高于山西省（ 38.27 ± 7.60 ）^[36]、武汉市（ 35.05 ± 6.26 ）^[37]、全国常模（ 34.56 ± 3.73 ）^[38]、西宁市（ 33.59 ± 5.31 ）^[39]的调查结果，

农村地区和特殊群体（如失能老人、空巢老人、流动老人等）^[40-42]中社会支持不足的问题更为突出。因此，老年人自身需要重新调整心态，改变社会参与和互动的方式，例如主动参加电脑、手机等数字智能的培训、拓展兴趣社交圈层等，以更好地适应新的生活状态。

（3） 环境资源的特点

环境是相对某一中心事物而言的，即围绕某一中心事物的外部空间、条件和状况，以及对中心事物可能产生影响的各种因素^[43]。社区环境包括了建成环境、自然环境和社会环境等多方面。

资源是指对人有用或具有使用价值的某种东西。广义资源包括自然资源、经济资源、人力资源等各种资源，狭义资源则仅指自然资源^[44]。社区资源是社区赖以存在和发展的物质资源和社会资源的统称，其中物质资源包括社区的经济条件和环境条件，社会资源指社区发展的人力资源、智力资源、文化资源等。

本研究强调的环境资源主要指社区针对老年人日常生活所建设的物质性服务设施和基于老年人生活而实行的社区公共服务项目。

物质性服务设施主要包括生活服务、医疗卫生、文化教育、体育健身、交通出行、养老服务等类别。有研究显示，社区绿化状况、基础设施建设水平、交通便捷程度，以及诊所、医院、超市、便利店、公园、广场等各类生活服务及休闲场所的可达性，均对老年人身心健康的改善有着积极的促进作用^[45, 46]。

社区公共服务项目与老年居民的身心健康具有相关性，社区照护服务、适老服务能有效改善老年人的身心健康水平，提升其生活质量和幸福感^[47]。

值得注意的是，环境资源是客观存在的，而感知到的环境资源强调的是个体的主观体验。这种感知可能并不总是与实际存在的环境资源相符，例如，一个人可能生活在资源丰富的社区中，但如果他不认为自己可以获得这些资源，他感知到的环境资源就会很低。个体对环境资源的主动感知能力至关重要，积极主动的个体更有可能去探索周围环境，从而发现潜在的资源。

1.2.3 社会健康的测量

当前研究中最常用的社会健康评估量表是 Lubben 社交网络量表和老年人社会健康量表 (SHSE)^[48]。

Lubben 社交网络量表有多个版本,但最常用的是 LSNS-6,它包含以下 6 个条目:您每月至少能见一次面或能联系上一次的亲戚有多少?您觉得能自在地与其谈论私事的亲戚有多少?您觉得关系亲密,能向其求助的亲戚有多少?您每月至少能见一次面或能联系上一次的朋友有多少?您觉得能自在地与其谈论私事的朋友有多少?您觉得关系亲密,能向其求助的朋友有多少?^[49]。每个条目均有 5 个选项供选择,评分从 0 到 5。问卷简短,易于在临床和研究环境中使用,适合快速评估,但同时也限制了其识别更复杂的社交健康水平的能力。

老年人社会健康量表 (SHSE)^[50]是为评估中国老年人社会健康状况而专门设计的一种测量工具,填补了中国老年社会健康评估工具本土化验证的空白。该量表包括三个主要维度:社会适应、社会支持和感知到的环境资源。每个维度包含若干子维度,总计包含 25 个条目。SHSE 的重测信度、同质性信度、分半信度、结构效度、聚合效度和区分效度均表现良好,表明该量表在老年人群体中的应用是可靠且有效的。2019 年针对浙江省社区老年人的研究表明,SHSE 得分与抑郁症状患病风险呈显著负相关,证明该量表在识别抑郁高危人群、指导社区健康干预方面具有科学价值。

1.3 研究目的和意义

调查收集某社区老年人的社会人口学基本信息及躯体、心理、社会健康现状,探讨人口统计学变量及身心健康状况与老年人社会健康的关系,寻找社会健康及其各维度的相关因素,以期改善社区老年人社会健康状况提供科学依据和指导。

本研究响应《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》中“促进老年人社会参与”的号召,系统梳理社会健康相关概念,从社会健康的各个维度分开讨论,考量婚姻状况、性别等因素对社会健康的差异化影响,指导社区卫生服务中心开展针对性健康促进,为优化社区资源配置(如增设文娱设施、完善医

保覆盖) 提供数据支撑, 对于推动老年人社会健康具有积极意义。

第 2 章 研究对象与方法

2.1 研究对象

本研究选取 60~80 岁、日常活动区域覆盖某市某社区的老年人作为研究对象,采用方便抽样,通过线下现场邀请以及问卷星网络平台微信推送双渠道进行招募,其中网络问卷主要通过老年人亲属协助转发。研究对象经过沟通自愿参与本调查研究并且能够正确阅读和理解问卷内容。根据样本量估计经验与相关工作准则,样本量可设定为量表条目数量的 5~10 倍^[51],本研究中老年人社会人口学特征基本信息相关条目共有 8 项,老年人躯体健康方面涉及条目共有 15 项,老年人心理健康方面涉及条目总计 10 项,老年人社会健康方面涉及条目总计 25 项,共计条目 58 项,同时为保证问卷的有效性,参照同类老年健康调查的设计,考虑 10% 的无效应答情况,本研究所需的样本量应在 319~638 例之间。本研究于 2024 年 2 月至 8 月共回收 641 份问卷,有效问卷 617 份,有效率达到 96.3%。

2.2 研究方法

2.2.1 文献研究法

通过中国知网、WOS、PubMed 等文献数据库,对“社会健康(social health)”“社会支持(social support)”“社会适应(social adaptation)”“社会资源(social resources)”及“老年人(elderly)”等关键词进行检索,重点关注具有较高学术影响力的期刊和出版物,同时优先参考近五年英文文献。对社会健康相关概念的发展脉络进行梳理,分析其在不同历史时期的演变过程和测量方法,了解不同国家社会健康相关政策,为本研究的理论基础提供支撑,在此基础上进行进一步的调查分析。

2.2.2 问卷调查法

本次问卷调查共分为4部分,分别为社会人口学基本信息、躯体健康、心理健康、社会健康。

(1) 社会人口学基本信息,参考《WS/T 802—2022 中国健康老年人标准》设计,主要涉及研究对象的年龄、性别、婚姻状况等,共8项。

(2) 躯体健康,依据《WS/T 802—2022 中国健康老年人标准》和《GB/T 37103—2018 功能障碍者生活自理能力评定方法》进行整合设计,躯体健康共计15个条目。

功能评估:采用WS/T 802—2022标准,涵盖营养状况、睡眠质量、视力、听力、进食能力及疾病状况6个维度,共12个条目。该模块通过多维度连续型量表全面评估老年人的生理功能状态。

日常活动能力:选用GB/T 37103—2018标准,依据活动范围将老年人划分为床上人、家庭人、社会人三类分别进行评估。鉴于社区老年人普遍自理能力较完善^[52],该工具既能避免过度评估,减轻老年人填写负担,同时又可精准识别早期失能风险。

(3) 心理健康,采用经过汉化及信效度检验的中文版Kessler量表(K10)^[53]。该量表在国外广泛用于大规模人口心理健康状况调查,在不同人群和环境中的稳健性和适应性。在人群研究中具有优势。量表中文版通过标准汉化程序(包括正向翻译、回译及专家审校)完成本土化修订,具有较好的信度和效度^[54],其重测Kappa指数达0.703($P<0.001$),折半信度0.7076($P<0.001$),克朗巴赫 α 系数为0.8011($P<0.001$)。验证性因子分析显示二阶双因子模型拟合度最佳,证实量表在中国人群中的结构效度,适合国内推广使用。量表共计10个条目,每个条目都按照5分李克特量表评分。

(4) 社会健康,等同采用老年人社会健康量表(SHSE)^[50],该量表由鲍成臻研发并设定了评分规则,包含社会支持、社会适应、感知到的环境资源3个维度共计25个条目,量表信效度、模型拟合度较好,具体表现为:重测信度(相关系数=0.77)、同质性信度(克朗巴赫 α 系数=0.79)、分半信度(系数=0.82);

结构效度（因子载荷 >0.50 ，累积方差解释率 76.44%），社会支持维度效标关联效度（与社会支持评定量表相关系数 $=0.64$ ），聚合效度与区分效度符合标准（平均方差提取值 $=0.54$ ）；验证性因子分析模型拟合优度指数（GFI $=0.95$ ，AGFI $=0.91$ ，RMSEA $=0.09$ ），表明量表结构合理。评分者间信度一般（加权 Kappa 系数 $=0.44$ ），整体效标关联效度因缺乏外部效标未完全验证。

2.3 数据处理与统计分析

采用 Microsoft Excel 2010 进行数据导入、异常值核查和分析前整理，在 R 语言中使用基于随机森林的缺失值填补方法（missForest）处理缺失值，运用 IBM SPSS statistics 25.0 进行数据统计分析，显著性水平设定为 $\alpha=0.05$ （双侧检验）， $P<0.05$ 认为有统计学差异。

对于老年人社会人口学特征基本信息、躯体健康、心理健康和社会健康状况进行描述性分析。计数资料采用频数和构成比（或百分比），计量资料采用均值±标准差（经 Shapiro-Wilk 检验的非正态分布数据以中位数及四分位数间距表示）；通过单因素分析，比较不同社会人口学特征基本信息、躯体健康、心理健康的老年人在社会健康总分及各维度得分的组间差异；通过多因素分析，以社会健康总分及各维度得分为因变量，纳入单因素分析中具有统计学意义（ $P<0.05$ ）的变量及文献支持的可能的相关因素作为自变量，构建多元逐步线性回归模型。通过 F 检验、决定系数（ R^2 ）、方差膨胀因子（ $VIF<5$ ）及 Durbin-Watson 值（ $1.5<D-W<2.5$ ）检验模型拟合度、共线性及自相关性。

2.4 质量控制

（1）调查前：先由相关专业人员小范围试填写，发现并修改问卷设计上存在的问题，例如问卷排版和题目顺序，减少研究对象填写负担。本研究已获得吉林大学公共卫生学院伦理委员会的批准。

（2）调查中：现场调查过程中，及时解答调查对象疑问，确保调查对象能正确理解问题并按实际情况准确回答问题，对调查对象的填答过程进行全过程监

督，实时核查漏答并补全。对于网络调查，排除重复 IP 地址，设定答题时间阈值（<5 分钟或>30 分钟视为无效），剔除无效、随意、明显不符合逻辑以及存在恶意作答情况的问卷。

（3）调查后：认真审核收集到的问卷的质量，对于存在字迹模糊难以辨认以及前后回答自相矛盾等问题的问卷进行甄别，剔除漏答 ≥ 11 题（即漏答题目占比 $\geq 20\%$ ）、逻辑冲突或字迹无法辨认的问卷，整理数据。

第3章 结果

3.1 研究对象的基本情况

3.1.1 研究对象的社会人口学基本信息

本次研究共调查某社区老年人 617 名，男性占比 52.2%（322 人），女性占比 47.8%（295 人）。研究对象的平均年龄为 67.8 ± 5.2 岁，其中 60~64 岁的老年人 199 人，占比为 32.3%，其中 65~69 岁的老年人 188 人，占比为 30.5%，其中 70~74 岁的老年人 148 人，占比为 24.0%，75~79 岁的老年人 82 人，占比为 13.3%。

研究对象的民族构成中，汉族占比高达 98.5%（608 人），少数民族占比 1.5%（9 人）。宗教信仰方面，无信仰的占比 96.3%（594 人），有宗教信仰的占比 3.7%（23 人）。婚姻状况显示，已婚者占比 85.4%（527 人），离婚者占比 1.5%（9 人），丧偶者占比 13.1%（81 人）。文化程度方面，文盲 44 人，占比 7.1%；小学学历 244 人，占比 39.6%；初中学历 201 人，占比 32.6%；高中/技校/中专学历 110 人，占比 17.8%；大专学历 13 人，占比 2.1%；本科及以上学历 5 人，占比 0.8%。

经济来源方面，有养老金的老年人占比 88.7%（547 人），无养老金的老年人占比 11.3%（70 人）。有子女补贴的老年人占比 30.1%（186 人），无子女补贴的老年人占比 69.8%（431 人）。有亲友资助的老年人占比 98.5%（608 人），无亲友资助的老年人占比 1.5%（9 人）。另外有 14.6%（90 人）的老年人有其他经济来源。

医疗费用支付方面，61.3%（378 人）为城镇职工基本医疗保险，34.2%（211 人）为城乡居民基本医疗保险，基本医保附加特殊优待政策、全自费及其他支付方式占比分别为 1.8%（11 人）、1.6%（10 人）和 1.1%（7 人）。

表 3.1 研究对象的社会人口学基本信息 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
性别	男	322	52.2
	女	295	47.8
年龄	60~64	199	32.3
	65~69	188	30.5
	70~74	148	24.0
	75~79	82	13.3
民族	汉族	608	98.5
	少数民族	9	1.5
宗教信仰	无	594	96.3
	有	23	3.7
婚姻状况	已婚	527	85.4
	离婚	9	1.5
	丧偶	81	13.1
文化程度	文盲	44	7.1
	小学	244	39.6
	初中	201	32.6
	高中/技校/中专	110	17.8
	大专	13	2.1
	本科及以上	5	0.8

续表 3.1 研究对象的社会人口学基本信息 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
养老金	否	70	11.3
	是	547	88.7
子女补贴	否	431	69.8
	是	186	30.1
亲友资助	否	608	98.5
	是	9	1.5
其他经济来源	否	527	85.4
	是	90	14.6
医疗费用支付	城镇职工基本医疗保险	378	61.3
	城乡居民基本医疗保险	211	34.2
	基本医保附加特殊优待政策	11	1.8
	全自费	10	1.6
	其他	7	1.1

3.1.2 研究对象的身心健康状况自评

本次研究中，营养状态方面，营养状态良好的为 270 人，占比 43.8%；营养状态一般的为 329 人，占比 53.3%；营养状态差的为 18 人，占比 2.9%。睡眠状况方面，睡眠状况良好的为 411 人，占比 66.6%；睡眠状况一般的为 194 人，占比 31.4%；睡眠状况差的为 12 人，占比 1.9%。视力方面，视力良好的为 321 人，占比 52.0%；视力一般的为 290 人，占比 47.0%；视力差的为 6 人，占比 1.0%。

听力方面,听力良好的为439人,占比71.2%;听力一般的为175人,占比28.4%;听力差的为3人,占比0.5%。进食情况方面,进食良好的为578人,占比93.7%;进食一般的为29人,占比4.7%;进食差的为10人,占比1.6%。慢性疾病方面,状况良好的为451人,占比73.1%;状况一般的为151人,占比24.5%;状况差的为15人,占比2.4%。影响健康的危险因素方面,良好的为367人,占比59.5%;一般的为213人,占比34.5%;差的为37人,占比6.0%。日常活动能力方面,生活完全自理的为601人,占比97.4%;生活基本自理的为4人,占比0.6%;生活大部分自理的为3人,占比0.5%;生活小部分自理的为4人,占比0.6%;生活基本不能自理的为4人,占比0.6%;生活完全不能自理的为1人,占比0.2%。

表 3.2 研究对象的身体健康状况自评 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
营养状态	良好	270	43.8
	一般	329	53.3
	差	18	2.9
睡眠状况	良好	411	66.6
	一般	194	31.4
	差	12	1.9
视力	良好	321	52.0
	一般	290	47.0
	差	6	1.0
听力	良好	439	71.2
	一般	175	28.4
	差	3	0.5

续表 3.2 研究对象的身体健康状况自评 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
进食情况			
	良好	578	93.7
	一般	29	4.7
	差	10	1.6
慢性疾病			
	良好	451	73.1
	一般	151	24.5
	差	15	2.4
影响健康的危险因素			
	良好	367	59.5
	一般	213	34.5
	差	37	6.0
日常活动能力			
	生活完全不能自理	1	0.2
	生活基本不能自理	4	0.6
	生活小部分自理	4	0.6
	生活大部分自理	3	0.5
	生活基本自理	4	0.6
	生活完全自理	601	97.4

根据 K10 评分将个体心理健康状况划分为四个等级：10~19 分属于 1 级，患心理疾患的危险性低；20~24 分是 2 级，患心理疾患的危险性较低；25~29 分处于 3 级，患心理疾患的危险性较高；30~50 分则为 4 级，患心理疾患的危险性高。统计结果表明，危险性低的研究对象有 310 人，占比 50.2%；危险性较低的有 222 人，占比 36.0%；危险性较高的有 73 人，占比 11.8%；危险性高的有 12 人，占比 1.9%。

表 3.3 研究对象的心理健康状况 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
K10 评分	患心理疾患的危险性低	310	50.2
	患心理疾患的危险性较低	222	36.0
	患心理疾患的危险性较高	73	11.8
	患心理疾患的危险性高	12	1.9

3.2 研究对象社会健康现状

本研究采用的老年人社会健康量表 (SHSE) 的得分范围为 20~120 分, 研究对象社会健康总分为 65 (59~70), 社会健康的三个维度, 社会支持、社会适应、感知到的环境资源的得分分别为 26 (24~31)、15 (12~17)、23 (19~25)。经 Shapiro-Wilk 检验, 社会健康总分及三维度得分均拒绝正态性假设 ($P<0.001$)。详见下表。

表 3.4 研究对象老年人社会健康量表 (SHSE) 各维度得分情况

项目	最小值	最大值	M	Q1	Q3	Shapiro-Wilk 检验
社会健康	34	96	65	59	70	<0.001
社会支持	13	54	26	24	31	<0.001
社会适应	6	26	15	12	17	<0.001
感知到的环境资源	7	34	23	19	25	<0.001

本研究基于某社区数据, 其与杭州同处东部沿海经济带, 共享儒家文化背景, 社会结构、老龄化特征及社区支持体系具有较高同质性, 因此参考杭州市老年人社会健康量表 (SHSE) 总体常模的统计结果, 将社会健康界值设定为: 低水平社会健康 (总分 ≤ 56)、较低水平社会健康 ($56<$ 总分 ≤ 63)、较高水平社会健康 ($63<$ 总分 ≤ 70)、高水平社会健康 (总分 >70)。整体来看, 有 99 人属于低水平社会健康, 占比为 16.0%; 有 179 人属于较低水平社会健康, 占比为 29.0%; 有 199 人属于较高水平社会健康, 占比为 32.3%; 有 140 人属于高水平社会健康, 占比为 22.7%。

表 3.5 研究对象老年人社会健康量表 (SHSE) 总分分组 (n=617)

分组	人数 (n)	构成比 (%)
低水平社会健康 (总分 ≤ 56)	99	16.0
较低水平社会健康 ($56 < \text{总分} \leq 63$)	179	29.0
较高水平社会健康 ($63 < \text{总分} \leq 70$)	199	32.3
高水平社会健康 (总分 > 70)	140	22.7

3.2.1 研究对象的社会健康各维度现状

(1) 研究对象的社会支持现状

该部分调查包括 12 道问题 (Q1~Q12)，每题均设置了“无/不需要”“子女”“伴侣”“朋友”“其他亲属”和“其他”六个可选项，允许研究对象选择“无/不需要”或“子女”“伴侣”“朋友”“其他亲属”“其他”中的一项或多项。记分规则为：当选中的选项中没有“无/不需要”时对应得分为 1；若选中 1 个选项（不含“无/不需要”），实际得 2 分；选中 2 个选项，实际得 3 分；选中 3 个选项，实际得 4 分；选中 4 个及以上选项，实际得 5 分。结果显示，研究对象中得 1 分的平均占比为 12.4%，2 分占比最高，达 56.3%，3 分占比 22.5%，4 分占比 6.1%，5 分占比最低，是 2.8%，详见下表。

表 3.6 研究对象社会支持评分 (n=617)

变量	构成比 (%)				
	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分
Q1.谁能听您说心里话?	9.2	53.2	18.8	14.8	4.1
Q2.谁能包容您的缺点、坏习惯?	15.1	58.2	23.7	2.8	0.3
Q3.谁能理解您的想法、难处?	13.5	56.4	18.8	9.4	1.9
Q4.谁能支持您的决定?	9.2	54.6	31.1	3.9	1.1
Q5.谁能始终关心您的健康、生活?	5.5	43.9	37.4	8.6	4.5
Q6.谁能陪您度过闲暇时光?	12.8	62.9	19.0	2.8	2.6
Q7.谁能安慰、开导您?	8.8	58.0	19.0	10.1	4.2
Q8.谁能帮助您了解新鲜事物?	14.3	62.6	15.4	2.9	4.9

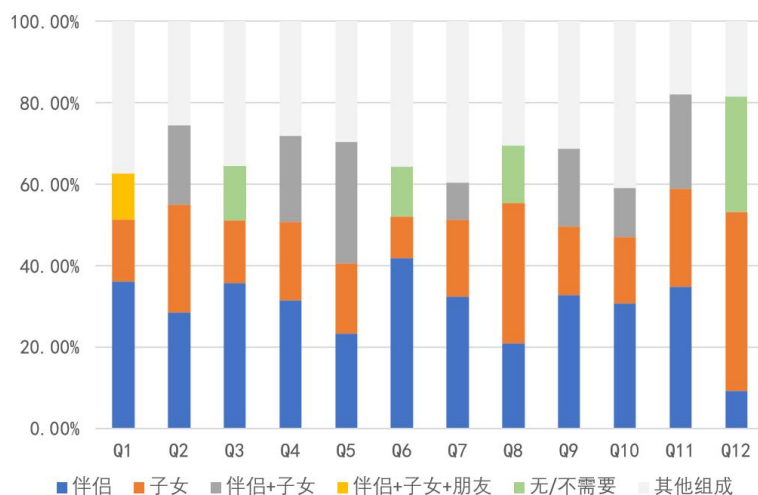
续表 3.6 研究对象社会支持评分 (n=617)

变量	构成比 (%)				
	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分
Q9.谁能友善地指出您的不足、错误的言行?	14.4	55.6	26.3	2.4	1.3
Q10.谁能给您提供有用的建议?	9.9	52.2	21.9	10.9	5.2
Q11.谁能在您生病时照护您的生活起居?	7.9	61.9	27.7	1.8	0.7
Q12.谁能给您经济上的帮助?	28.4	55.8	11.0	2.3	2.6
平均	12.4	56.3	22.5	6.1	2.8

老年人社会支持来源的组成可能为“无/不需要”或“子女”“伴侣”“朋友”“其他亲属”“其他”中的一项或多项，理论上有三十余种不同的组合，将每个问题最常见的3种答案组成及其构成比整理至图3.1。整体来看，社会支持来源主要集中于“伴侣”“子女”“伴侣+子女”等几种组成，显示出较高的集中度。

具体来看，“伴侣”作为主要来源在多数问题中占比最高（Q1、Q2、Q3、Q4、Q6、Q7、Q9、Q10、Q11），尤其在Q6中占比达到41.8%，是所有问题中最高的。而“子女”作为主要来源在Q2、Q8、Q12中的占比相对较高，如Q8中占比34.4%，Q12中占比43.9%，且在Q12中“无/不需要”的占比也达到了28.4%。此外，“伴侣+子女”的组合在多个问题中位居前列，如Q2中占比19.6%，Q4中占比21.2%。

图 3.1 社会支持来源组成构成比 (n=617)



在老年人社会支持体系中，选中各选项的百分比直观反映了该选项的重要程度。研究对象的社会支持来源分布显示，伴侣为最主要的社会支持来源（平均百分比 56.0%），其次为子女（46.9%），朋友（15.8%）和其他亲属（8.8%）作为支持来源的比例相对较低，另有 1.9% 的调查对象选择了其他支持来源，具体分布见下表。

表 3.7 社会支持来源的重要程度（n=617）

变量	百分比*（%）				
	子女	伴侣	朋友	其他亲属	其他
Q1.谁能听您说心里话？	46.2	71.2	22.9	10.5	0.6
Q2.谁能包容您的缺点、坏习惯？	50.4	53.5	8.1	3.1	0.3
Q3.谁能理解您的想法、难处？	39.4	62.1	19.1	9.4	0.2
Q4.谁能支持您的决定？	50.2	61.8	12.2	9.2	0.5
Q5.谁能始终关心您的健康、生活？	64.0	67.6	15.4	15.7	1.3
Q6.谁能陪您度过闲暇时光？	19.3	62.2	24.5	6.3	6.3
Q7.谁能安慰、开导您？	44.9	59.5	25.4	13.1	0.6
Q8.谁能帮助您了解新鲜事物？	50.6	35.0	14.9	4.9	7.6
Q9.谁能友善地指出您的不足、错误的言行？	42.1	57.4	12.5	7.0	0.8
Q10.谁能给您提供有用的建议？	47.8	60.8	26.9	13.5	1.1
Q11.谁能在您生病时照护您的生活起居？	52.0	61.6	5.0	5.7	1.1
Q12.谁能给您经济上的帮助？	56.2	19.1	3.2	7.3	2.9
平均	46.9	56.0	15.8	8.8	1.9

注：*百分比= (选择该选项的调查对象人数/总样本量) ×100%

(2) 研究对象的社会适应现状

对于兴趣爱好的投入时间：有 109 人几乎不投入，占比 17.7%；有 331 人少数时间投入，占比 53.6%；有 93 人一半时间投入，占比 15.1%；有 66 人大部分时间投入，占比 10.7%；有 18 人总是投入，占比 2.9%。

关于家务频率：有 76 人少于每三个月一次，占比 12.3%；有 79 人每三个月

一次或以上,但少于每月一次,占比 12.8%;有 216 人每月一至四次,占比 35.0%;有 133 人每周两至四次,占比 21.6%;有 113 人每周四次以上,占比 18.3%。

关于参与集体性文娱活动的频率:有 256 人少于每三个月一次,占比 41.5%;有 146 人每三个月一次或以上,但少于每月一次,占比 23.7%;有 155 人每月一至四次,占比 25.1%;有 44 人每周两至四次,占比 7.1%;有 16 人每周四次以上,占比 2.6%。

关于与子女长时间(≥ 30 分钟)聊天的频率:有 95 人少于每三个月一次,占比 15.4%;有 133 人每三个月一次或以上,但少于每月一次,占比 21.6%;有 215 人每月一至四次,占比 34.8%;有 130 人每周两至四次,占比 21.1%;有 44 人每周四次以上,占比 7.1%。

关于与朋友长时间(≥ 30 分钟)聊天的频率:有 178 人少于每三个月一次,占比 28.8%;有 190 人每三个月一次或以上,但少于每月一次,占比 30.8%;有 160 人每月一至四次,占比 25.9%;有 61 人每周两至四次,占比 9.9%;有 28 人每周四次以上,占比 4.5%。

关于与其他亲属长时间(≥ 30 分钟)聊天的频率:有 202 人少于每三个月一次,占比 32.7%;有 220 人每三个月一次或以上,但少于每月一次,占比 35.7%;有 157 人每月一至四次,占比 25.5%;有 27 人每周两至四次,占比 4.4%;有 11 人每周四次以上,占比 1.8%。

表 3.8 研究对象社会适应现状 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
多长时间投入在兴趣爱好上	几乎不	109	17.7
	少数时间	331	53.6
	一半时间	93	15.1
	大部分时间	66	10.7
	总是	18	2.9

续表 3.8 研究对象社会适应现状 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
做家务频率	少于每三个月一次	76	12.3
	每三个月一次或以上, 少于每月一次	79	12.8
	每月一至四次	216	35.0
	每周两至四次	133	21.6
	每周四次以上	113	18.3
参与集体性文 娱活动频率	少于每三个月一次	256	41.5
	每三个月一次或以上, 少于每月一次	146	23.7
	每月一至四次	155	25.1
	每周两至四次	44	7.1
	每周四次以上	16	2.6
和子女聊天频率	少于每三个月一次	95	15.4
	每三个月一次或以上, 少于每月一次	133	21.6
	每月一至四次	215	34.8
	每周两至四次	130	21.1
	每周四次以上	44	7.1
和朋友聊天频率	少于每三个月一次	178	28.8
	每三个月一次或以上, 少于每月一次	190	30.8
	每月一至四次	160	25.9
	每周两至四次	61	9.9
	每周四次以上	28	4.5

续表 3.8 研究对象社会适应现状 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比 (%)
和其他亲属 聊天频率	少于每三个月一次	202	32.7
	每三个月一次或以上, 少于每月一次	220	35.7
	每月一至四次	157	25.4
	每周两至四次	27	4.4
	每周四次以上	11	1.8

(3) 研究对象的感知到的环境资源现状

根据调查数据显示,最近一年,在社区(周边)观察到的人造景观中,报告“花圃坛、绿化带”“园林建筑”“人工草坪”占比较多,分别为81.7%、67.9%、66.6%;在公共设施和空间的观察中,报告“步行道”“垃圾倾倒处”“免费游乐场、公园”占比较多,分别为86.5%、75.4%、60.9%;关于社区提供的免费服务,报告“健康教育”“发放免费物品”“无”占比较多,分别为41.3%、35.3%、30.6%;在文娱活动的频率方面,报告“七次或以上”“从不”“一至两次”占比较多,分别为42.0%、23.8%、14.6%。

在交通出行方面,前往最近公交站的交通方式,“步行”570人,占92.4%;“自行车”15人,占2.4%;“电动车、摩托车”15人,占2.4%;“公交”2人,占0.3%;“私家车”15人,占2.4%。前往最近医疗机构的交通方式,“步行”373人,占60.5%;“自行车”9人,占1.5%;“电动车、摩托车”18人,占2.9%;“公交”116人,占18.8%;“私家车”101人,占16.4%。最后,在前往最近运动或娱乐场所的交通方式中,“步行”446人,占72.3%;“自行车”40人,占6.5%;“电动车、摩托车”34人,占5.5%;“公交”76人,占12.3%;“私家车”21人,占3.4%。

前往公交站平均需要花费的时间为8分钟(5~10分钟),前往医疗机构平均需要花费的时间为12分钟(9.5~20分钟),前往运动或娱乐场所平均需要花费的时间为10分钟(5~13分钟)。

表 3.9 研究对象感知到的环境资源现状 (n=617)

变量	分组	人数(n)	构成比/ 百分比 (%)
人造景观 (多选)			
	以下均无	11	1.8
	假山、石碑	217	35.2
	人工湖(河)、池塘	253	41.0
	人工草坪	411	66.6
	园林建筑	419	67.9
	花圃坛、绿化带	504	81.7
公共设施/空间 (多选)			
	以下均无	24	3.9
	步行道	534	86.5
	非机动车道	281	45.5
	残疾人专用道	122	19.8
	免费停车场	143	23.2
	免费游乐场、公园	376	60.9
	免费游泳池	35	5.7
	免费球场	78	12.6
	垃圾倾倒处	465	75.4
免费服务 (多选)			
	无;	189	30.6
	上门医疗服务;	114	18.5
	发放免费物品;	218	35.3
	处理邻里纠纷;	112	18.2
	健康教育;	255	41.3
	法律援助;	71	11.5
	与高龄、残疾或独居者聊天;	57	9.2
	为高龄、残疾或独居者做家务;	37	6.0

续表 3.9 研究对象感知到的环境资源现状 (n=617)

变量	分组	人数 (n)	构成比/ 百分比 (%)
组织文娱活动的频率			
	从不	147	23.8
	一至两次	90	14.6
	三至四次	68	11.0
	五至六次	53	8.6
	七次或以上	259	42.0
前往公交站的交通方式			
	步行	570	92.4
	自行车	15	2.4
	电动车、摩托车	15	2.4
	公交	2	0.3
	私家车	15	2.4
前往医疗机构的交通方式			
	步行	373	60.5
	自行车	9	1.5
	电动车、摩托车	18	2.9
	公交	116	18.8
	私家车	101	16.4
前往娱乐场所的交通方式			
	步行	446	72.3
	自行车	40	6.5
	电动车、摩托车	34	5.5
	公交	76	12.3
	私家车	21	3.4

3.2.2 研究对象的社会健康各维度相关性分析

社会支持与社会适应得分之间存在正相关关系（ $r=0.143$ ， $P<0.01$ ），感知到的环境资源和社会支持、社会适应得分之间均不呈现相关关系（ $r=-0.053$ ， $r=-0.022$ ， $P>0.05$ ）。

表 3.10 研究对象的社会健康各维度相关性分析

项目	社会支持得分	社会适应得分	感知到的环境资源得分
社会支持得分	1		
社会适应得分	0.143**	1	
感知到的环境资源得分	-0.053	-0.022	1

注：** $P<0.01$

3.3 研究对象社会健康现状的单因素分析

3.3.1 社会支持维度单因素分析

不同年龄、文化程度、婚姻状况的社会支持得分差异有统计学意义（ $P<0.001$ ），有子女补贴的老年人社会支持得分显著高于无子女补贴的老年人（ $P<0.001$ ）；躯体健康变量中，不同营养状态（ $P<0.001$ ）、睡眠状况（ $P<0.05$ ）、慢性疾病（ $P<0.001$ ）、影响健康的危险因素（ $P<0.05$ ）、日常生活活动能力（ $P<0.05$ ）的老年人的社会支持得分差异有统计学意义；另外，不同 K10 评分的老年人其社会支持得分差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 3.11 社会支持维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
年龄			20.871	<0.001
	60-64	27 (24~33)		
	65-69	27.5 (24~32)		
	70-74	25.5 (24~30)		
	75-79	25 (21.75~28)		
性别			-1.725	0.085
	男	26 (24~30)		
	女	27 (24~32)		
民族			-0.867	0.386
	汉族	26 (24~31)		
	少数民族	27 (21.5~30)		
宗教信仰			-0.365	0.715
	有宗教信仰	27 (23~32)		
	无宗教信仰	26 (24~31)		
文化程度			28.226	<0.001
	文盲	25 (23~32)		
	小学	25 (23~29)		
	初中	27 (24~31)		
	高中/技校/中专	28 (26~33)		
	大专	30 (24.5~32)		
	本科及以上	26 (23~34.5)		
婚姻状况			64.966	<0.001
	已婚	27 (24~32)		
	离异	27 (24.5~28)		
	丧偶	23 (19~25)		

续表 3.11 社会支持维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
养老金			-0.626	0.532
	无	26 (23~32)		
	有	26 (24~31)		
子女补贴			-6.602	<0.001
	无	26 (24~29)		
	有	31 (24~37)		
亲友资助			-0.986	0.324
	无	26 (24~31)		
	有	22 (21~32.5)		
其他经济来源			-1.789	0.074
	无	27 (24~32)		
	有	25.5 (23~29)		
医疗费用支付			4.806	0.308
	城镇职工基本医疗保险	27 (24~31)		
	城乡居民基本医疗保险	26 (23~35)		
	基本医保附加特殊优待政策	28 (24~33)		
	全自费	25 (21.5~28)		
	其他	25 (24~26)		
营养状态			26.891	<0.001
	差	37 (31~40)		
	一般	27 (24~32.5)		
	良好	26 (23~29)		
睡眠状况			7.74	0.021
	差	30 (24.75~35.75)		
	一般	27 (24~34.25)		
	良好	26 (24~30)		

续表 3.11 社会支持维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
视力	差	31.5 (27.5~37.25)	5.199	0.074
	一般	27 (23~33)		
	良好	26 (24~30)		
听力	差	31 (26~.)	1.383	0.501
	一般	27 (23~31)		
	良好	26 (24~32)		
进食情况	差	27.5 (25~32)	2.538	0.281
	一般	31 (24~34.5)		
	良好	26 (24~31)		
慢性疾病	差	25 (23~31)	31.714	<0.001
	一般	29 (25~36)		
	良好	26 (24~30)		
影响健康的危险因素	差	27 (22~31)	13.531	0.001
	一般	28 (24~34.5)		
	良好	26 (24~30)		
日常生活活动能力			11.33	0.045
	生活完全不能自理	31		
	生活基本不能自理	33.5 (27.75~37.75)		
	生活小部分自理	35 (32~35.75)		
	生活大部分自理	31 (29~.)		
	生活基本自理	24 (22.5~33)		
	生活完全自理	26 (24~31)		

续表 3.11 社会支持维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1\sim Q3)$	Z/H	P
心理分级 (K10 评分)			10.063	0.018
	患心理疾患的危险性低	26 (24~29)		
	患心理疾患的危险性较低	27 (24~34.25)		
	患心理疾患的危险性较高	29 (23.5~36)		
	患心理疾患的危险性高	29 (24.25~36)		

3.3.2 社会适应维度单因素分析

社会适应得分在不同性别 ($P<0.05$)、文化程度 ($P<0.05$)、子女补贴 ($P<0.05$) 和医疗费用支付 ($P<0.05$) 方面存在显著差异, 此外, 不同 K10 评分的老年人其社会适应得分差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3.12 社会适应维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1\sim Q3)$	Z/H	P
年龄			1.543	0.672
	60-64	15 (12~17)		
	65-69	14.5 (12~17)		
	70-74	14.5 (12~17)		
	75-79	14 (11~19)		
性别			-3.02	0.003
	男	14 (11~17)		
	女	15 (13~18)		
民族			-0.931	0.352
	汉族	15 (12~17)		
	少数民族	15 (14~18)		

续表 3.12 社会适应维度单因素分析结果

变量	分组	$M(Q1\sim Q3)$	Z/H	P
宗教信仰			-1.06	0.289
	有宗教信仰	15 (12~18)		
	无宗教信仰	15 (12~17)		
文化程度			11.244	0.047
	文盲	14 (11~17)		
	小学	15 (12~18)		
	初中	14 (11~16.5)		
	高中/技校/中专	15 (13~18)		
	大专	15 (13~16.5)		
	本科及以上	15 (13.5~16.5)		
婚姻状况			0.674	0.714
	已婚	15 (12~17)		
	离异	14 (12.5~20)		
	丧偶	14 (11~18)		
养老金			-1.487	0.137
	无	14 (12~16)		
	有	15 (12~17)		
子女补贴			-2.343	0.019
	无	15 (12~18)		
	有	14 (12~16)		
亲友资助			-0.849	0.396
	无	15 (12~17)		
	有	14 (12~15)		
其他经济来源			-0.715	0.475
	无	15 (12~17)		
	有	14 (12~17)		

续表 3.12 社会适应维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
医疗费用支付			13.229	0.010
	城镇职工基本医疗保险	15 (12~17)		
	城乡居民基本医疗保险	14 (11~17)		
	基本医保附加特殊优待政策	17 (15~18)		
	全自费	11.5 (9.75~14.25)		
	其他	14 (13~21)		
营养状态			5.835	0.054
	差	12.5 (11~14.25)		
	一般	15 (12~17.5)		
	良好	15 (12~17)		
睡眠状况			0.599	0.741
	差	15 (13~17)		
	一般	14 (12~17)		
	良好	15 (12~17)		
视力			3.299	0.192
	差	13 (11~16)		
	一般	15 (12~17.25)		
	良好	14 (12~17)		
听力			2.766	0.251
	差	12 (11~.)		
	一般	15 (12~18)		
	良好	14 (12~17)		
进食情况			5.031	0.081
	差	13.5 (11.75~14.25)		
	一般	14 (11~15.5)		
	良好	15 (12~17)		

续表 3.12 社会适应维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
慢性疾病			1.186	0.553
	差	16 (13~18)		
	一般	14 (12~17)		
	良好	15 (12~17)		
影响健康的危险因素			1.483	0.476
	差	14 (11~16)		
	一般	15 (12~17)		
	良好	15 (12~17)		
日常生活活动能力			2.589	0.763
	生活完全不能自理	14		
	生活基本不能自理	12 (10.25~14.5)		
	生活小部分自理	14.5 (14~15)		
	生活大部分自理	14 (14~.)		
	生活基本自理	13 (9.75~17.75)		
	生活完全自理	15 (12~17)		
心理分级 (K10 评分)			14.984	0.002
	患心理疾患的危险性低	15 (12~18)		
	患心理疾患的危险性较低	14 (11.75~17)		
	患心理疾患的危险性较高	14 (12~16)		
	患心理疾患的危险性高	13.5 (11.5~15)		

3.3.3 感知到的环境资源维度单因素分析

感知到环境资源得分在文化程度 ($P < 0.001$)、养老金 ($P < 0.001$)、子女补贴 ($P < 0.001$)、其他经济来源 ($P < 0.05$)、医疗费用支付 ($P < 0.001$) 方面均存在显著差异。躯体健康变量中, 不同营养状态 ($p < 0.001$)、睡眠状况 (P

<0.001)、视力 ($P<0.001$)、进食情况 ($P<0.001$)、慢性疾病 ($P<0.001$)、影响健康的危险因素 ($P<0.001$)、日常生活活动能力 ($P<0.001$) 的老年人的感知到环境资源得分差异有统计学意义; 另外, 不同 K10 评分的老年人其能够感知到的环境资源有统计学差异 ($P<0.001$)。

表 3.13 感知到的环境资源维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1\sim Q3)$	Z/H	P
年龄			5.162	0.16
	60-64	22 (19~25)		
	65-69	23 (19~26)		
	70-74	23 (20~26)		
	75-79	22 (16.75~24)		
性别			-1.099	0.272
	男	22 (19~25)		
	女	23 (19~26)		
民族			-0.585	0.558
	汉族	22.5 (19~25)		
	少数民族	23 (20.5~25.5)		
宗教信仰			-0.061	0.951
	有宗教信仰	22 (20~25)		
	无宗教信仰	23 (19~25)		

续表 3.13 感知到的环境资源维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
文化程度			29.559	<0.001
	文盲	21 (18~24.75)		
	小学	22 (18~24)		
	初中	23 (20~27)		
	高中/技校/中专	24.5 (20~27)		
	大专	22 (21~24)		
	本科及以上	22 (19~25)		
婚姻状况			1.47	0.48
	已婚	23 (19~25)		
	离异	24 (20.5~26.5)		
	丧偶	22 (18~24.5)		
养老金			-5.376	<0.001
	无	18 (15~23)		
	有	23 (19~26)		
子女补贴			-8.213	<0.001
	无	24 (21~26)		
	有	19 (16~23)		
亲友资助			-1.474	0.14
	无	22.5 (19~25)		
	有	24 (21.5~27)		
其他经济来源			-3.163	0.002
	无	22 (18~25)		
	有	24 (21~26)		

续表 3.13 感知到的环境资源维度单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
医疗费用支付			81.268	<0.001
	城镇职工基本医疗保险	24 (21~26.25)		
	城乡居民基本医疗保险	20 (16~24)		
	基本医保附加特殊优待政策	23 (19~24)		
	全自费	19 (12~22.25)		
	其他	17 (14~24)		
营养状态			36.193	<0.001
	差	16 (15~19)		
	一般	22 (18~25)		
	良好	23 (20~27)		
睡眠状况			37.866	<0.001
	差	21 (15.25~24.75)		
	一般	21 (17~24)		
	良好	23 (20~26)		
视力			29.219	<0.001
	差	15 (15~22.25)		
	一般	22 (17~25)		
	良好	23 (20~26)		
听力			4.004	0.135
	差	15 (15~.)		
	一般	22 (18~25)		
	良好	23 (19~26)		
进食情况			15.433	<0.001
	差	22 (15~24.5)		
	一般	16 (15~23.5)		
	良好	23 (19~25.25)		

续表 3.13 感知到的环境资源维度单因素分析结果

变量	分组	$M(Q1\sim Q3)$	Z/H	P
慢性疾病			30.051	<0.001
	差	21 (16~23)		
	一般	20 (16~24)		
	良好	23 (20~26)		
影响健康的危险因素			38.362	<0.001
	差	19 (16~23.5)		
	一般	21 (17~24.5)		
	良好	23 (20~26)		
日常生活活动能力			26.752	<0.001
	生活完全不能自理	15		
	生活基本不能自理	14 (13~15.75)		
	生活小部分自理	15 (14.25~15)		
	生活大部分自理	15 (14~.)		
	生活基本自理	23.5 (17.5~25.75)		
	生活完全自理	23 (19~25)		
心理分级 (K10 评分)			32.424	<0.001
	患心理疾患的危险性低	23 (20~26)		
	患心理疾患的危险性较低	22 (18~25)		
	患心理疾患的危险性较高	18 (15.5~23.5)		
	患心理疾患的危险性高	15.5 (15~26.25)		

3.3.4 社会健康单因素分析

根据单因素分析结果, 社会健康总分在年龄 ($P<0.05$)、性别 ($P<0.05$)、

文化程度 ($P<0.001$)、婚姻状况 ($P<0.001$)、养老金 ($P<0.001$) 和医疗费用支付 ($P<0.001$) 方面均存在显著差异。其他变量未表现出显著性。

表 3.14 社会健康单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1\sim Q3)$	Z/H	P
年龄			14.359	0.002
	60-64	66 (60~71)		
	65-69	65 (60~70.75)		
	70-74	63 (59~68.75)		
	75-79	62.5 (54.75~68)		
性别			-3.095	0.002
	男	63 (59~69)		
	女	66 (60~71)		
民族			-0.103	0.918
	汉族	65 (59~70)		
	少数民族	63 (60~69)		
宗教信仰			-0.965	0.335
	有宗教信仰	66 (57~75)		
	无宗教信仰	65 (59~70)		
文化程度			31.624	<0.001
	文盲	63.5 (57.25~69)		
	小学	63 (57.25~68)		
	初中	65 (60~70)		
	高中/技校/中专	68 (63~73)		
	大专	65 (61~71.5)		
	本科及以上	70 (55.5~72.5)		

续表 3.14 社会健康单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1-Q3)$	Z/H	P
婚姻状况			38.037	<0.001
	已婚	65 (60~71)		
	离异	68 (59~69.5)		
	丧偶	60 (54~64.5)		
养老金			-4.103	<0.001
	无	61 (53.75~66)		
	有	65 (60~70)		
子女补贴			-1.02	0.308
	无	64 (59~70)		
	有	65 (60~70)		
亲友资助			-0.657	0.511
	无	65 (59~70)		
	有	59 (57.5~71)		
其他经济来源			-0.658	0.510
	无	65 (59~70)		
	有	64 (59~69)		
医疗费用支付			39.034	<0.001
	城镇职工基本医疗保险	66 (60~71)		
	城乡居民基本医疗保险	63 (57~68)		
	基本医保附加特殊优待政策	69 (61~73)		
	全自费	53.5 (46~62.25)		
	其他	60 (59~63)		
营养状态			1.042	0.594
	差	65.5 (62.5~70)		
	一般	64 (59~69.5)		
	良好	65 (59~70)		

续表 3.14 社会健康单因素分析结果

变量	分组	$M (Q1 \sim Q3)$	Z/H	P
睡眠状况			0.368	0.832
	差	65 (61~68.75)		
	一般	65 (59~70)		
	良好	65 (59~70)		
视力			0.038	0.981
	差	65.5 (58~70)		
	一般	64.5 (60~70)		
	良好	65 (59~70)		
听力			1.459	0.482
	差	60 (52~.)		
	一般	65 (59~70)		
	良好	65 (59~70)		
进食情况			4.523	0.104
	差	64.5 (54.75~66.25)		
	一般	63 (58.5~66)		
	良好	65 (59~70)		
慢性疾病			5.183	0.075
	差	63 (60~71)		
	一般	66 (61~70)		
	良好	64 (59~70)		
影响健康的危险因素			4.305	0.116
	差	64 (51.5~67)		
	一般	65 (60~70)		
	良好	65 (59~70)		

续表 3.14 社会健康单因素分析结果

变量	分组	<i>M</i> (<i>Q1</i> ~ <i>Q3</i>)	<i>Z/H</i>	<i>P</i>
日常生活活动能力			4.18	0.524
	生活完全不能自理	60		
	生活基本不能自理	60.5 (53~65)		
	生活小部分自理	64.5 (61~65)		
	生活大部分自理	61 (57~.)		
	生活基本自理	59 (54.75~73)		
	生活完全自理	65 (59~70)		
心理分级 (K10 评分)			3.1	0.376
	患心理疾患的危险性低	65 (59~70)		
	患心理疾患的危险性较低	65 (60~70)		
	患心理疾患的危险性较高	63 (57~69)		
	患心理疾患的危险性高	65 (52.75~67.75)		

3.4 研究对象社会健康现状的多因素分析

自变量筛选依照以下原则：①单因素分析中有统计学差异的项目；②文献研究中得出的可能与研究对象社会健康相关的变量，纳入的自变量有：年龄、性别、文化程度、婚姻状况、养老金及医疗费用支付。

其中，社会支持维度纳入的自变量有：年龄、文化程度、婚姻状况、子女补贴、营养状态、睡眠状况、慢性疾病、影响健康的危险因素、日常生活活动能力及 K10 评分；社会适应维度纳入的自变量有：性别、文化程度、子女补贴、医疗费用支付及 K10 评分；感知到的环境资源维度纳入的自变量有：文化程度、养老金、子女补贴、其他经济来源、医疗费用支付、营养状态、睡眠状况、视力、进食情况、慢性疾病、影响健康的危险因素、日常生活活动能力、K10 评分。

自变量赋值情况见下表。

表 3.15 多元线性回归模型分析自变量赋值表

变量	赋值情况
性别	男=0, 女=1
年龄	60~64=1, 64~69=2, 70~74=3, 75~79=4
婚姻状况	已婚=1, 离婚=2, 丧偶=3
文化程度	文盲=1, 小学=2, 初中=3, 高中/技校/中专=4, 大专=5, 本科及以上=6
养老金	无=0, 有=1
子女补贴	无=0, 有=1
其他经济来源	无=0, 有=1
医疗费用支付	城镇职工基本医疗保险=1, 城乡居民基本医疗保险=2, 商业医疗保险=3, 基本医保附加特殊优待政策=4, 全自 费=5, 其他=6
营养状态	差=1, 中等=2, 好=3
睡眠状况	差=1, 中等=2, 好=3
视力	差=1, 中等=2, 好=3
进食情况	差=1, 中等=2, 好=3
日常生活活动能力	生活完全不能自理=1, 生活基本不能自理=2, 生活小部分自理=3, 生活大部分自理=4, 生活基本自理=5, 生活完全自理=6
影响健康的危险因素	差=1, 中等=2, 好=3
慢性疾病	差=1, 中等=2, 好=3
K10 评分	患心理疾患的危险性低=1, 患心理疾患的危险性较低=2, 患心理疾患的危险性较高=3, 患心理疾患的危险性高=4

以社会健康总分作为因变量进行多元逐步回归分析。变量进入标准为 $P < 0.05$, 剔除标准为 $P > 0.10$ 。经过模型自动识别, 最终余下性别($\beta = 2.389, P < 0.001$)、

文化程度 ($\beta=1.655$, $P<0.001$)、婚姻状况 ($\beta=-3.109$, $P<0.001$)、医疗费用支付 ($\beta=-1.597$, $P<0.001$) 一共 4 项在模型中。

模型通过 F 检验 ($F=27.100$, $P<0.01$), R^2 值为 0.150。针对模型的多重共线性进行检验发现, 各变量的方差膨胀因子全部小于 5, 意味着不存在着共线性问题; 并且 D-W 值=1.694, 因而说明模型不存在自相关性, 样本数据之间并没有关联关系, 模型较好。

表 3.16 研究对象社会健康多元线性回归分析

变量	β	SE	标准化系数 $Beta$	t	P	VIF	容忍度
常数	65.174	1.431	-	45.555	<0.001	-	-
性别	2.389	0.650	0.137	3.673	<0.001	1.009	0.991
文化程度	1.655	0.344	0.184	4.812	<0.001	1.052	0.951
婚姻状况	-3.109	0.476	-0.244	-6.536	<0.001	1.002	0.998
医疗费用支付	-1.597	0.375	-0.162	-4.263	<0.001	1.044	0.958

3.4.1 社会支持维度

以社会支持得分作为因变量, 进行多元逐步回归分析。经过模型自动识别, 最终余下年龄 ($\beta=-0.527$, $P<0.05$)、文化程度 ($\beta=1.425$, $P<0.001$)、婚姻状况 ($\beta=-2.443$, $P<0.001$)、子女补贴 ($\beta=3.937$, $P<0.001$)、营养状态 ($\beta=-1.511$, $P<0.001$)、慢性疾病 ($\beta=-1.450$, $P<0.01$) 一共 6 项在模型中。

模型通过 F 检验 ($F=37.273$, $P<0.01$), R^2 值为 0.268。针对模型的多重共线性进行检验发现, 模型中 VIF 值均小于 5, 意味着不存在着共线性问题; 并且 D-W 值=1.618, 因而说明模型不存在自相关性, 样本数据之间并没有关联关系, 模型较好。

表 3.17 研究对象社会支持多元线性回归分析

变量	β	SE	标准化系数 $Beta$	t	P	VIF	容忍度
常数	34.453	1.692	-	20.357	<0.001	-	-
年龄	-0.527	0.216	-0.087	-2.447	0.015	1.057	0.946

续表 3.17 研究对象社会支持多元线性回归分析

变量	β	SE	标准化系数 $Beta$	t	P	VIF	容忍度
文化程度	1.425	0.232	0.220	6.139	<0.001	1.075	0.930
婚姻状况	-2.443	0.325	-0.267	-7.509	<0.001	1.051	0.951
子女补贴	3.937	0.500	0.290	7.868	<0.001	1.132	0.884
营养状态	-1.511	0.410	-0.133	-3.685	<0.001	1.081	0.925
慢性疾病	-1.4500	0.445	-0.118	-3.258	0.001	1.089	0.919

3.4.2 社会适应维度

以社会适应得分作为因变量,进行多元逐步回归分析。经过模型自动识别,最终余下性别($\beta=0.983$, $P<0.01$)、K10 评分($\beta=-0.854$, $P<0.001$) 2 项在模型中。

模型通过 F 检验($F=12.549$, $P<0.01$), R^2 值为 0.039。另外,针对模型的多重共线性进行检验发现,模型中 VIF 值均小于 5,意味着不存在着共线性问题;并且 D-W 值为 1.249,说明模型不存在自相关性,样本数据之间并没有关联关系,模型较好。

表 3.18 研究对象社会适应多元线性回归分析

变量	β	SE	标准化系数 $Beta$	t	P	VIF	容忍度
常量	15.686	0.387	-	40.533	<0.001	-	-
性别	0.983	0.311	0.126	3.163	0.002	1.01	0.990
K10 评分	-0.854	0.204	-0.166	-4.186	<0.001	1.01	0.990

3.4.3 环境资源维度

以感知到的环境资源得分作为因变量,进行多元逐步回归分析。经过模型自动识别,最终余下养老金($\beta=1.558$, $P<0.05$)、子女补贴($\beta=-1.862$, $P<0.001$)、其他经济来源($\beta=2.077$, $P<0.001$)、医疗费用支付($\beta=-1.153$, $P<0.001$)、营养状态($\beta=1.243$, $P<0.001$)、影响健康的危险因素($\beta=1.131$, $P<0.001$)

共6项在模型中。

模型通过F检验 ($F=30.873$, $P<0.01$), R^2 值为0.233。另外, 针对模型的多重共线性进行检验发现, 模型中VIF值均小于10, 意味着不存在着共线性问题; 并且D-W值为1.441, 说明模型不存在自相关性, 样本数据之间并没有关联关系, 模型较好。

表 3.19 研究对象感知到的环境资源多元线性回归分析

变量	β	SE	标准化系数 $Beta$	t	P	VIF	容忍度
常数	16.763	1.200	-	13.973	<0.001	-	-
养老金	1.558	0.599	0.105	2.600	0.010	1.304	0.767
子女补贴	-1.862	0.399	-0.182	-4.669	<0.001	1.210	0.827
其他经济来源	2.077	0.490	0.156	4.236	<0.001	1.081	0.925
医疗费用支付	-1.153	0.208	-0.217	-5.536	<0.001	1.218	0.821
营养状态	1.243	0.315	0.145	3.942	<0.001	1.077	0.928
影响健康的危险因素	1.131	0.285	0.146	3.973	<0.001	1.079	0.927

第4章 讨论

4.1 研究对象的社会健康现状

本研究中,研究对象社会健康得总分为65(59~70)分,共有45%的老年人社交健康状况处于低或较低水平,说明老年人的社会健康状况存在显著的改善空间。与其他年龄群体相比,老年人因衰老过程导致机体功能逐渐衰退,疾病罹患与死亡风险增加,同时需适应快速变迁的现代社会并应对社会角色转变。这些因素共同制约了其参与社会健康活动的的能力,从而导致社会健康总体水平偏低。

一项在浙江进行的研究显示,16.33%的老年人社交健康状况良好,67.55%的老年人社交健康状况中等,16.12%的老年人社交健康状况差。若按相同的方法进行统计(界值设定为:差($T \text{ 分} \leq 40$)、中等($40 < T \text{ 分} \leq 60$)和良好($60 < T \text{ 分} \leq 90$)),本研究中的“社交健康状况良好”“社交健康状况差”的占比略低于浙江调查的结果,而“社交健康状况中等”的比例稍高。说明本研究中大多数老年人并不处于极端的社会健康状态,反而大部分都处于一种中等水平,占比上的差异可能反映了不同样本所在地区及其他社会决定因素的差异。另外,值得注意的是,这两项研究开展的地区均属于较发达地区(一线、二线、及三线城市),推测其他欠发达地区,老年人的社会健康水平可能会更低。

由此可见,老年人群的社会健康状况需要得到重点关注,《“十四五”健康老龄化规划》提出了“到2025年,老年健康服务资源配置更加合理,综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系基本建立,老年健康保障制度更加健全,老年人健康生活的社会环境更加友善,老年人健康需求得到更好满足,老年人健康水平不断提升,健康预期寿命不断延长。”的发展目标,社会健康是健康的重要维度,老年人的社会健康水平不仅关系其身心健康状态,更与家庭代际关系质量、社会治理效能等社会基本面深度交织。基于当前45%老年人处于社会健康低或较低水平状态的现实,建议从健康促进、健康服务与健康保障等维度强化政策协同:在健康促进领域加强基础性支持,提升老年人社会参与机会;在健康服务领域整合社会、社区资源供给,优化服务覆盖网络;在健康保障领域完善制度设计,破除

制约性环境因素。通过多维度政策的制定和落地，系统性改善老年人社会健康发展的条件，构建良性发展循环。

4.1.1 研究对象的社会支持现状

本研究使用的老年人社会健康量表（SHSE）中社会支持部分基于三维度框架构建，包含情感支持（被倾听、被接受、被理解等）、信息支持（被提供未知信息、被指出不足之处、被给予有用建议）和工具性支持（疾病时被提供护理、被给予经济帮助、被给予物质帮助等）三个方面，其测量条目具体指向老年人特有的社会互动场景（如日常陪伴、情绪抚慰、健康护理等）和实质性支持需求（如经济援助、家务协助等），系统分析子女、伴侣、朋友、其他亲属和其他人作为不同社会关系主体在老年人社会支持中的功能。由于本研究使用的量表在理论框架、测量重点上与其他研究（以社会支持评定量表作为工具）存在差异，导致研究结果与其他学者的研究结果难以直接对比。

从社会支持来源组成来看，平均超过半数的老年人在“子女”“伴侣”“朋友”“其他亲属”和“其他”五个选项中仅选择了一个，说明老年人的社会支持体系相对较为单一，可能存在过度依赖某一特定对象的情况。选中的一个选项以伴侣为主，说明在老年人的情感世界与日常生活中，伴侣扮演着极为核心且难以替代的角色。伴侣往往是老年人最亲近、最能时刻相伴左右、给予及时回应与支持的人，伴侣双方经过长时间的相处，积累了深厚的感情与默契，随着父母的离世和朋友圈的缩小，老年人的依恋对象数目会减少，婚恋依恋的重要性则更加凸显^[55]。

从问题各选项的百分比来看，子女和伴侣的这两个选项的百分比较高，说明子女和伴侣在老年人的社会支持起到了最重要的倾听、理解、陪伴、提供信息及经济帮助等作用。而朋友和其他亲属的百分比远低于子女、伴侣，说明在老年人的社会支持体系中，朋友和其他亲属所发挥的作用有限，在补充性层面上为老年人贡献一定的社会支持力量。在当代中国的社会语境下，核心家庭是最主要的家庭类型，家庭关系是人们最重要的社会关系，加之集体主义文化和传统思想道德观念的影响，家庭成员通常会给予老年人的情感需求以更多关切，形成了紧密的

情感纽带。

各问题具体来看,在“Q1 谁能听您说心里话?”“Q3 谁能理解您的想法、难处?”“Q6 谁能陪您度过闲暇时光?”和“Q12 谁能给您经济上的帮助(如生活费/补贴)?”的结果表现上,伴侣和子女的百分比差异较大(超过 20%),考虑老年人与伴侣的年纪相近,又有数十年的共同生活的背景,往往更能倾听、理解和陪伴,提供更深厚的情感支持。相比之下,子女由于工作事务的繁忙以及自身小家庭的需要,常常无法长时间陪伴在父母身边。同时,代际差异也使得子女与父母之间难以进行深入的交流和达成情感上的共鸣。在这种情况下,子女更多的是通过提供经济帮助的方式,履行对父母的责任与义务。

在问题“Q1 谁能听您说心里话?”“Q6 谁能陪您度过闲暇时光?”“Q7 谁能安慰、开导您?”和“Q10 谁能给您提供有用的建议?”的结果表现上,朋友的百分比超过其他亲属 10%以上。说明现代城市社会亲属关系逐渐淡化,在日常的社交活动、生活协助以及情感寄托等方面,比起亲属,老年人越来越倾向于向朋友寻求支持,亲属所承载的那些传统社交功能似乎正在被朋友所分担,甚至在某些情况下被替代。正如“同门曰朋,同志曰友”所言,这种基于自主选择建立的人际关系,依托共同兴趣、职业经历形成的社交网络,凭借其平等对话机制、频繁的情感交流以及生活场景与节奏的相似性,更能满足老年人维护尊严和寻求精神共鸣的双重需求。尤其在数字适老化改造滞后的现实下,朋友群体往往构成技术反哺的关键节点,帮助老年人跨越“数字鸿沟”获取公共服务,给老年人提供适宜的社会支持。

值得关注的是,在社会支持的 12 个问题的统计结果中,选项“无/不需要”的平均百分比为 12.4%。根据马斯洛的需求层次理论,当第一层次生理需求(如饮食起居)和第二层次安全需求(如医疗保障)得到基本满足后,个体通常会转向追求第三层次归属感和爱。当前我国城镇居民已普遍实现前两层次需求,这意味着理论上老年人对情感支持的渴望应当显著增强。但现实中,约八分之一的受访者仍表示无/不需要这类支持,这可能反映出部分老年人可能存在情感需求表达障碍,或者面临孤独和被忽视的困境,缺乏被倾听、接受和理解的机会,他们亟需陪伴和安慰,但往往得不到应有的关注和情感上的温暖。

4.1.2 研究对象的社会适应现状

我国关于社会适应现状的研究较少,相关研究多集中在特殊群体方面,包括患病(如老年2型糖尿病患者)、经历居住环境变化(如易地扶贫搬迁、拆迁安置等)等,且常从社会工作介入、影响因素分析等角度展开探讨。

本研究中有71.3%的老年人花少数时间甚至不花费时间在兴趣爱好上,这一高比例情况令人担忧,兴趣爱好与较少的抑郁症状、较高的自我报告健康水平、更高的幸福感和更高的生活满意度相关^[56]。例如,艺术活动可以激发老年人创造力,传达情感;运动有助于释放内啡肽,减轻压力。与其他28.7%的老年人对比,这些老年人可能错过了兴趣爱好带来的积极的心理体验,更容易陷入负面情绪和健康问题的困扰之中。究其原因,这部分老年人可能面临着时间或精力上的限制,或者是有着相对较低的自我意识,缺乏自我认识、自我调节和自我体验的能力,这种状态可能与孤独感和社交隔离相关。

家务方面,本研究中有74.9%的老年人每月做家务的频率为一至四次,在李旭鸿的研究中,“几乎每天做家务”以及“不是每天做家务但至少每周做一次”的老年人占比达82.7%,其中山东省老年人在这一群体中的占比处于70%-75%的范围^[57],与本研究大致相同,但本研究中仅有18.3%的老年人每周做家务四次以上,该比例偏低。有研究表明,几乎每天都做家务的人群与不经常做家务的人群相比,痴呆发生率降低51%^[58],因此相关健康促进活动有必要开展,鼓励更多人尤其是那些不做、少做家务的老年人积极参与到家务劳动中来。

文娱活动方面,本研究中约六成的老年人至少每三个月参与一次集体性文娱活动。沈阳进行的一项调查研究显示近八成老年人三个月内参加过文娱活动^[59]。广州进行的一项调查研究有61.24%的老年人参与文娱活动的频率较高,几乎每天(一周五次及以上)都进行文娱活动;22.23%的老年人保持每周三到四次的文娱活动频率;仅有4.25%的老年人参与文娱活动频率较低,一周两次及以下^[60]。集体性文娱活动仅构成老年人文娱参与的局部,因此难以评价本研究中老年人集体性活动的频率,需要未来更多的研究投入到集体性文娱活动和老年人健康的关系研究中来。

聊天频率方面,老年人与子女、朋友、亲戚长时间聊天的频率能够反映其社会关系。统计结果呈现出较为分散的分布态势,个体之间存在较大差异。通过对比发现,老年人与子女长时间聊天的频率往往高于与朋友聊天的频率,而与亲戚的聊天频率最低,34.8%的老年人每月与子女交流1~4次,而每周两次以上进行长时间聊天(≥ 2 次)的群体占比28.2%;相比之下,与朋友每周高频交流的比例仅14.4%,亲属群体低至6.2%。

4.1.3 研究对象感知到的环境资源现状

本研究调查了老年人感知到的环境资源,结果既能反映了老年人日常活动区域的范围,是否能覆盖多种环境类型,同时也体现了他们对特定景物或设施的使用频率。人造景观中,人工草坪、园林建筑、花圃坛、绿化带百分比较高,超过60%,公共设施和空间中,步行道、免费游乐场/公园、垃圾倾倒处的百分比较高,超过60%。免费游泳池、免费球场、残疾人专用道的百分比较低,低于20%。

老年人的交通方式是感知到的环境资源的重要内容,不仅揭示了建成环境的便利性和可达性,还反映了老年人特有的出行习惯与服务需求。超过90%的老年人前往最近的公交站通常采用步行方式,超过60%的老年人前往最近的医疗机构、运动或娱乐场所通常采用步行方式。值得注意的是,35.2%的老年人选择公交和私家车的方式前往最近的医疗机构,该社区医院资源丰富且地理位置便利,但部分老年人仍然首选公交和私家车前往三级医院就医,体现出老年人倾向于将“大”医院视为最“近”的医疗资源。

数据显示,老年人前往公交站的平均时间为8分钟(5~10分钟),展现出相对便捷的公共交通服务,这对维持老年人的社会参与和基本出行需求具有重要保障作用。但医疗资源可达性存在明显短板,平均耗时达12分钟(9.5~20分钟),特别是最大值超过20分钟的情况,结合上述的老年人的“就医偏好”,可能影响老年人慢性病管理的便利性。运动及娱乐场所的可达性处于中间水平,平均耗时10分钟(5~13分钟),其时间跨度表明资源配置存在区域不平衡性,既有步行5分钟可达的优质区域,也存在需要13分钟用时的薄弱区域。

开展研究所在的社区文化活动多样,社区服务供给丰富。从调查结果来看,

社区基础性的服务，例如发放免费物品、健康教育、上门医疗服务等，更受居民关注，而针对特殊群体的服务则了解的人较少。另外有 30.6% 的老年人不清楚任何的社区免费服务，23.8% 的老年人认为社区几乎没有组织任何活动。这反映出社区服务信息传播存在断层，社区可能依赖数字化媒介（如微信群）进行宣传，而部分老年人仍主要依赖传统信息获取方式（如公告栏、口头通知），提示社区在工作中还需进一步考虑到老年人的不同需求和多样化的信息获取方式。

4.2 研究对象的社会健康各维度的相关性

社会支持和社会适应之间呈现出弱相关。社会支持是个体在社交网络中的互动和资源交换过程，强调社会关系中的归属感和责任感。社会适应则是个体终生维护心理平衡的持续过程。这两者之间的弱相关可能表明，社会支持较强的个体能有效地应对社会环境中的挑战，不断的调整行为更好地适应社会；社会适应能力更强的个体能够更好地维护社交网络，被他人所关爱、尊重，并不断地创造价值。但二者之间的相关性很弱，说明其影响并不是决定性的。社会支持、社会适应可能受多种因素的影响，如个人特质、社会技能、教育背景等，还需要进一步研究。

而感知到的环境资源和社会支持、社会适应之间没有显著的相关关系。感知到的环境资源是个体主观上认为可以获得的源于环境的支持和帮助。例如社区公共服务可及性、基础设施便利性等实体要素。感知到的环境资源很大程度上依托于客观的环境资源，作为普通居民，如果客观环境资源匮乏，不可避免地会对其主观感觉产生影响。社会适应和社会支持可能更多地体现在心理或情感层面，这种内在心理过程具有独立于环境资源评估的作用路径，其相关关系并不显著。未来可结合质性研究进一步探究其形成机制。

4.3 研究对象的社会健康的相关因素

以社会健康作为结果变量，单因素分析显示，不同性别、年龄、婚姻状况、文化程度、养老金和医疗费用支付方式具有统计学意义，多元线性逐步回归分析

结果将年龄及养老金变量排除。性别方面，男性和女性在分析中存在显著差异，女性相较男性社会健康状况较好。婚姻状况上，离异及丧偶群体较已婚群体，社会健康水平较差。文化程度方面，文化程度高者比文化程度低者具有更高的社会健康水平。医疗费用支付呈现出显著负向关联。以上变量与结果变量的关联显著，表明社会人口特征是社会健康的重要相关因素。

为系统探讨社会健康的关联机制，本研究率先对社会健康子维度分别展开了分析。

4.3.1 社会支持维度

子女补贴、婚姻状况、年龄、文化程度、营养状态、慢性疾病是社会支持的相关因素。

子女和伴侣本身就是社会支持的最主要来源，子女补贴（经济帮助）与存续的婚姻关系（伴侣陪伴）共同作用^[55]，能显著增强老年人的社会支持，提升自我效能感和群体归属感，提升他们的生活质量。

年龄是最重要的社会人口学变量，在潍坊^[61]和上海^[62]社区进行的社会支持影响因素相关调查中，年龄也呈现出显著性，年龄大者表现出更差的社会支持水平。

老年人的文化程度与其社会支持相关。全国多省市（上海市^[62]、威海市、聊城市、潍坊市^[63]、沈阳市^[64]等）的研究都支持这个观点。文化素养赋能老年人在人际交往中更具主动性，表达诉求时也更为清晰流畅，易于让他人精准了解自身所需，同时可能更善于利用各种资源，为构建稳固的社会支持体系奠定良好基础。

慢性疾病和营养状态是重要的躯体健康变量，与社会支持水平相关。他人研究也有同样结论^[63, 65]。良好的营养状态和稳定的慢病控制能保障老年人的体质和活动能力，从而支持他们的社会参与度和互动。

4.3.2 社会适应维度

性别、K10 评分与社会适应结果变量相关。女性的社会适应现状更好，患心理疾病风险大的老年人社会适应现状较差。

十堰市的一项针对城乡老年人社会适应水平的调查结果与本研究相近^[66]，女性在兴趣爱好培养上虽整体弱于男性，但在面对生活事件冲击时，可能因情感细腻、善于倾诉交流，能更快调整心态，积极参与社交活动，进而提升适应能力。在社区生活中，女性经常承担家庭与邻里沟通桥梁的角色，如组织社区活动等，增加社会联系，使其在新环境或生活变化时能更好适应，在人际交往和情感适应维度表现出一定优势。胡娟对中老年人社区居民的调查中，也报告了性别的显著性^[67]。

另外多篇研究也肯定心理健康是社会适应的相关因素。例如一项在养老机构进行的研究表明^[68]，精神认知不佳的老人社会适应差，抑郁情绪阻碍其融入环境。十堰市研究同样显示^[66]，经历负面生活事件致心理问题的老人，兴趣爱好培养及社交受抑制，在人际交往和社区活动参与上更为消极，影响到社会适应表现。

4.3.3 感知到的环境资源维度

经济来源（养老金、子女补贴、其他）、医疗费用支付、营养状况、影响健康的危险因素与老年人感知到的环境资源结果变量相关。

本研究在某社区内部进行，该社区有丰富多样的社区服务与较为完善的公共设施。不仅提供上门医疗服务保障居民健康，还会发放免费物品传递关爱；积极处理邻里纠纷维护和谐氛围，开展健康教育提升生活品质，提供法律援助守护居民权益；志愿者常与高龄、残疾或独居者聊天并帮忙做家务。同时，步行道、非机动车道、残疾人专用道的规划合理，免费停车场、游乐场、公园等一应俱全，垃圾倾倒处设置便捷，还有假山、石碑、人工湖、园林建筑、花圃坛、绿化带等景观错落有致，各类活动每周呈现，社区发展质量较高。

因此该区域内居民接触到的环境资源相对一致，但结果显示感知到的环境资源却有较大差异。相关研究十分有限，经济来源、医疗支付方式、营养状况和影

响健康的危险因素与感知到的环境资源的相关关系，需要深入探究。

综上所述，基于上述关于社会健康及其子维度相关因素的统计结果，本研究重点讨论性别、婚姻状况、文化程度及医疗费用支付四个核心变量。

4.4 社会健康的相关因素分析

4.4.1 性别

本研究结果显示性别是老年人社会健康状况的相关因素之一，也是社会适应的独立相关因素，女性的社会健康水平更高。

这或许和男女生理构造相关。男女存在脑区激活差异，女性在判断自己和他人的情绪时，大脑中与镜像神经元系统有关的区域比男性更活跃。女性通常在共情、社交敏感性和情绪识别能力上优于男性，在情绪“感染”方面的表现更强^[69]，因此女性通常能够敏锐地感知他人的情绪并理解他人意图，更容易在社会参与中建立信任与相互支持的关系，进而通过自我调整来适应不同的社会角色，并不断构建自身的社会关系。

另外研究表明男女在社交网络创建上存在差异，女性在社交互动中更倾向稳定，男性更倾向灵活。在女性的社交网络构成中，人与人之间的联系具有更强的紧密性和稳固性，这种差异会导致友谊网络的同质性，且可能影响现实中的社会行为^[70]。因此对于老年人而言，随着年龄增长，紧密和稳固的关系对于社会健康而言日益重要，利于提升老人应对生活挑战的心理韧性，提高老年人的社会参与度，降低其社会隔离风险，进而对其心理健康、认知功能维持及生活满意度提升均产生积极且持续的促进作用，成为保障老年人良好社会健康状态的关键因素。

现代社会中，女性往往承担着家庭与社会中的多重责任。她们通常在家庭中扮演着照护者的角色，负责家务劳动^[71]、儿童抚养、亲友关系的维护等，还同时需要参与社会职业活动，常见的如教育、医疗等领域的工作。家庭事务的处理要求其协调各方关系，职场经历也促使她们应对复杂工作环境与人际关系。长期周旋于两者之间，女性在多重角色的转换中增强了适应性和韧性，能敏锐洞察不同场景需求并灵活应对，故而能够在社会适应方面展现出更强的优势，具备更高的

社会健康水平。

4.4.2 婚姻状况

婚姻是人类文明中一个根深蒂固的制度化成果,是人们生活中重要的一部分,是个人、家庭、社会及国家稳定发展的重要基石。本研究发现,婚姻是社会支持的相关因素,对提升老年人社会健康状况有重要意义。社会支持是婚姻关系与社会健康关联的主要路径^[72]。

推测原因有下: (1) 法律保障与个体权益: 婚姻关系在法律和社会层面赋予配偶特定的权利和义务, 如共同财产的平等处理权、互相忠实与扶养义务等, 从法律角度保障了个体的基本权益, 增强个体的安全感和幸福感。(2) 关系融合与情感支持。婚姻促进了夫妻双方社会关系的融合, 使两人能够接触到更广泛的社交网络。且已婚的老年人通常通过配偶获得稳定的日常互动和情感支持, 这不仅能有效缓解压力, 减少孤独感, 还能帮助他们保持更积极的生活态度。(3) 经济互助与资源共享。在日常生活中, 夫妻通过经济互助与资源共享, 共同承担生活成本、规划未来等重要事务。尤其在面对重大财务决策时, 双方通过沟通与协商, 确保家庭资源得到最优配置, 这种合作与支持可以有效提升生活质量。

相比之下, 离异和丧偶的老年人缺少这种持续的社会支持来源, 尤其是在老年阶段, 传统文化中对于老年再婚等行为往往存在一定的固有观念和偏见, 同时, 子女出于各种原因, 可能对父母重新建立亲密关系持有不支持或担忧的态度, 多种原因作用下老年人重新建立亲密关系的难度增加, 社会健康状况不佳。

除伴侣外, 子女在老年阶段是另一个稳定的社会支持来源, 研究表明, 婚姻质量与子女心理健康之间存在负相关关系^[73], 即父母婚姻质量的下降往往伴随着子女心理健康水平的降低。在家庭环境中, 作为主要抚养人的父母, 其婚姻关系的质量直接影响到他们在教育孩子时的态度和行为。当婚姻出现问题时, 父母往往缺乏热情和积极的教育投入, 导致负面的教养方式, 这进而对孩子的心理健康和行为表现产生不利影响。进一步来看, 心理健康较差的孩子通常更难与父母建立稳定和谐的关系, 这种亲子关系的紧张可能加剧家庭矛盾, 形成恶性循环。家庭关系的恶化不仅加重了父母的心理负担, 还可能导致父母的社会支持网络受限,

从而进一步削弱家庭成员之间的互动与支持。

4.4.3 文化程度

已有大量研究探讨文化程度与健康的关系,但这一问题的关键依然未能得到明确解答,部分原因在于教育与健康在几代人、跨代人生命历程中的相互交织,并且与更广泛的社会背景密切相关。尤其是在我国,教育与健康的关系尤为复杂。我国的社会、经济以及文化背景在过去几十年中发生了巨大变化,这些变化在不同代际、不同社会群体中产生了深远的影响^[74]。

本研究发现,在老年人群中,高学历者其社会健康状况显著优于低学历群体。原因可能在于经济因素和健康行为。

教育是提升资本存量的主要途径,是社会阶层流动的重要通道。高水平的教育通常带来更高的收入和更好的就业机会,而低社会经济地位家庭则可能面临教育资源匮乏和较低的教育期望。高社会经济地位者凭借丰富的资源和广泛的社交网络,能更有效地为他人提供物质与情感支持,也更容易获得相应的回馈,稳固社会支持体系。同时,他们因良好的教育背景和经济条件,更能从容应对各种新环境与挑战,保持机会和限制之间的动态平衡,促进社会健康的良性发展,反之,低社会经济地位者在这些方面往往面临诸多困境,对社会健康产生一定的阻碍。

健康行为是个体为维持或促进健康,达到自我满足、自我实现而采取的行为,包括健康责任、运动和锻炼、人际关系、压力应对、自我实现、营养这6个方面^[75]。在这方面,受教育水平较高的人群通常具备更强的认知能力和自我管理能力,能更好地理解健康知识和不良行为的危害,从而主动选择健康的生活方式,如合理饮食、规律运动等。践行健康行为的个体往往更具活力与积极心态,能积极参与社区活动、志愿者服务等,同时具有更强的应对压力和变化的能力,能迅速适应新环境与社会角色转变,减少因心理或生理问题导致的社会脱节现象。

4.4.4 医疗费用支付

医疗保险是健康人群与非健康人群之间或健康时与病患时之间对病患风险

的分摊机制,它的直接功能在于保障人们在病患时对医疗卫生服务利用的财务可及性。在居民受到疾病困扰时,医疗保险能够以报销相关治疗费用的方式,切实有效地缓解参保者的经济压力。医疗保险的最终目的是维护和提高个人健康水平^[76],但医保参与能否促进健康水平的提升还需要继续研究,目前呈现出两种相反的观点,一种观点认为医保参与对健康有显著的积极影响,主要体现在其通过降低患者的经济负担,提高医疗卫生服务的可及性,以及让居民享受更多的健康预防服务,从而增强家庭应对风险冲击的能力,促进家庭健康资本的积累,最终有效防止因病返贫并推动生计策略的多元化^[77]。另一种相反观点则认为医疗保险参与对健康水平的促进不显著。健康水平受多种因素影响,如生活方式、社会经济状况和心理健康等,这些因素可能在医疗保险的影响之外发挥更大作用。此外,医疗保险的覆盖范围和质量存在差异,可能无法有效改善参保者的健康状况。

医保对老年人社会健康起到保护作用,原因可能在于医保的福利性。在居民因病面临经济困境时,医疗保险能够凭借报销医疗费用等手段给予直接的经济援助,从而减轻居民经济负担,进而提升其幸福感,增强了老年人应对疾病风险的信心,减少了因病致贫、因病返贫的担忧,缓解了焦虑情绪,提升了心理安全感和生活满意度。在社会层面,医保促进了医疗资源的公平分配,保障了老年人的就医权益,使其能够更好地融入社会生活,保持与家人、朋友和社区的正常互动,助力维系良好的社会支持体系。

基于多个全国性大型调查数据的统计发现,超过 10%的国民没有参加任何基本医疗保险^[78]。据调查,参保缴费制度设计是影响城乡居民医疗保险参保的重要原因^[79]。自费群体普遍面临较为沉重的经济负担,相较于城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或商业医疗保险的参保人群,他们通常在面对疾病或意外时,需独自承担高额医疗费用,且缺乏足够的社会支持网络,尤其在遭遇健康、家庭或就业困境时,难以获得必要的帮助和资源,更容易感到孤立。与此同时,经济压力使得他们难以参与社交活动,社会互动的机会较少,进一步加剧了社会隔离感和不适应感。此外,全自费群体由于教育资源的匮乏,往往缺乏必要的健康基本知识和健康技能,难以有效应对社会变化带来的发展鸿沟和生活逆境带来的复杂挑战,从而影响了其社会健康状况。

第5章 结论

本研究聚焦于人口加速老龄化的背景,对某社区 60~80 岁老年人的社会健康现状展开深入调查,并针对社会健康三个维度(社会支持、社会适应、感知到的环境资源)之间的相关性及相关因素进行分析,旨在为提升老年人社会健康水平与制定社区健康干预措施提供科学依据,主要得出以下结论:

(一)某社区老年人的社会健康状况存在显著的改善空间,其中有 45%老年人社会健康状况处于低或较低水平。

(二)社会支持和社会适应之间呈现出弱相关,感知到的环境资源和社会支持、社会适应之间没有显著相关关系。

(三)性别、婚姻状况、文化程度和医疗费用支付的方式与社会健康结果变量相关。

(四)基于某社区老年人社会健康现状及其相关因素研究结果,建议通过性别差异化健康干预、婚姻关系辅导及医保政策优化等措施,推动健康老龄化目标的实现。

研究创新性:在研究主题上,将社会健康作为研究焦点,系统梳理其概念内涵与外延,从社会支持、社会适应、感知到的环境资源多个层面,构建具有逻辑性的概念框架,为后续社会健康领域的深入研究提供基础的思考方向。在研究工具的运用上,选用本土化研发或经实践验证的新型研究工具,较好地收集研究对象的现状特点与相关因素,为研究结论的科学性提供了支持。

研究局限性:第一,样本代表性存在结构性偏差。受限于调查对象的可及性,调查问卷主要来自日常生活活动能力较完备的老年人,导致长期居家、失能半失能等脆弱群体未被充分纳入,可能影响研究结论的普适性。第二,样本规模统计效力受限。现有样本量相对较小且研究范围局限于单一社区,可能影响研究结果的外推。第三,关键变量设定存在改进空间。基于伦理学考量,未采集老年人居住情况(如居住空间、卫生条件、居住成本、合住情况等)的数据,限制了研究对社会健康相关因素的全面分析。

参考文献

- [1] United Nations (2024). World Population Prospects 2024 [M]. New York: United Nations, 2024.
- [2] 国家统计局. 中华人民共和国 2024 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL].(2025-02-28)2025-02-28.https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202502/t20250228_1958817.html
- [3] UN, Dept. of Economic and Social Affairs. The ageing of populations and its economic and social implications [M]. New York: UNITED NATIONS, 1956.
- [4] 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议 [EB/OL].(2020-10-29)2024-12-24.http://www.qstheory.cn/yaowen/2020-11/03/c_1126693429.htm
- [5] 国家卫生健康委, 教育部, 科技部, 等. “十四五”健康老龄化规划 [EB/OL].(2022-02-07)2024-12-14.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/01/content_5676342.htm
- [6] 中国共产党第二十届中央委员会第三次全体会议公报 [R/OL].(2024-07-18)2024-12-24.https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202407/content_6963409.htm
- [7] MASON K O. Family change and support of the elderly in Asia: what do we know? [J]. Asia Pac Popul J, 1992, 7(3): 13-32.
- [8] 中国老龄协会. 第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查基本数据公报 [R/OL].(2024-10-17)2024-12-17.<http://www.crea.cn/index.php/19-data-resource/life/1117-2024-10-17-08-01-05.html>
- [9] 李晶, 党俊武. 中国老年人生活质量发展报告(2019) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019.
- [10] World Health Organization. 2020-2030 年健康老龄化行动十年 [R/OL].(2020-12-14)2024-12-24.<https://www.who.int/zh/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- [11] European Commission: Directorate-General for Communication. Green Paper on Ageing [R/OL].(2022)2024-12-24.<https://data.europa.eu/doi/10.2775/785789>
- [12] California Department of Aging. Older Americans Act State Plan on Aging 2021–2025 [R/OL].(2021-04-02)2024-12-24.<https://aging.ca.gov/download.ashx?lE0rcNUV0zYMOU25RhbgDA%3d%3d>
- [13] HUBER M, KNOTTNERUS J A, GREEN. L W, et al. How should we define health? [J]. BMJ, 2011, 343(jul 26): d4163.
- [14] DONALD C, WARE J. The quantification of social contacts and resources [J]. 1982.
- [15] LARSON J S. The measurement of social well-being [J]. Social Indicators Research, 1993, 28: 285-296.

- [16] DOYLE D M, LINK B G. On social health: history, conceptualization, and population patterning [J]. *Health Psychol Rev*, 2024, 18(3): 619-648.
- [17] KILLAM K. The Art and Science of Connection [M]. HarperCollins Publishers, 2024.
- [18] WAITE L J, DUVOISIN R, KOTWAL A A. Social Health in the National Social Life, Health, and Aging Project [J]. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2021, 76(Suppl 3): 251-265.
- [19] ZARE E, SIMBAR M, SHAHHOSEINI Z. Social health needs of Iranian male adolescents [J]. *Int J Adolesc Med Health*, 2019, 33(1).
- [20] SOOFIZAD G, RAKHSHANDEROU S, RAMEZANKHANI A, et al. The Concept of Social Health From an Iranian Perspective: A Qualitative Exploration [J]. *Front Public Health*, 2022, 10: 797777.
- [21] HALL C, ANDREWS F. Designing high-density neighbourhoods to promote social health in Australia [J]. *Journal of Social Inclusion*, 2019, 10(2): 18-40.
- [22] CARSON J R, CONWAY T L, PEREZ L G, et al. Neighborhood walkability, neighborhood social health, and self-selection among U.S. adults [J]. *Health & Place*, 2023, 82: 103036.
- [23] SPENCER H. The Principles of Sociology [J]. Williams and Norgate, 1876.
- [24] 杨彦平. 社会适应心理学 [M]. 上海: 上海社会科学院出版社, 2015.
- [25] TERZIEV V, DIMITROVA S, STOYANOV E, et al. Conceptual Framework of Social Adaptation [J]. *AARN: Psychological & Subjective Experience (Sub-Topic)*, 2015.
- [26] 胞威尔, 俞校均. 适应心理学 [M]. 1984.
- [27] 安涛, 武俊学, 李同召. 文化适应理论视阈下老年人数字融入的文化困境及弥合策略 [J]. *终身教育研究*, 2024, 35(1): 72-78.
- [28] 钟慧琳. 增能视角下拆迁安置社区老年人社会适应性研究——以苏州市L社区老人社会适应能力提升项目为例 [D]; 苏州大学, 2023.
- [29] 闫虹宇. 社会支持理论视角下随迁老人的社会适应研究 ——以山西省忻州市为例 [D]; 山西师范大学, 2021.
- [30] S COHEN T A W. Stress, social support, and the buffering hypothesis [J]. 1985.
- [31] COBB S. Social support as a moderator of life stress [J]. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38(5): 300-314.
- [32] 刘玉珍, 安思琪, 宋琼, 等. 唐山市高龄失能老人孤独感与家庭社会支持的相关性 [J]. 2018, 32(7): 4.
- [33] LEE S H, LEE H, YU S. Effectiveness of Social Support for Community-Dwelling Elderly with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. *Healthcare (Basel)*, 2022, 10(9): 1598.
- [34] UPASEN R, SAENGPANYA W, AWAE W, et al. The influence of resilience and social support on mental health of older adults living in community: a cross-sectional study [J]. *BMC Psychol*, 2024, 12(1): 397.

- [35] 刘威,王鲜,杨亚谦,等. 深圳市老年人群社会支持现状及影响因素分析 [J]. 老年医学研究, 2021, 2(1): 31-36.
- [36] 高多多,张爱莲,董小燕. 山西省老年人社会支持现状及其对生命质量的影响 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(09): 669-675.
- [37] 彭云巧,张瑜,胡慧,等. 武汉市社区老年人认知功能、自我效能感及社会支持的相关分析 [J]. 职业与健康, 2024, 40(03): 343-347.
- [38] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版) [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999.
- [39] 马昕,陈虹汝. 2023 年西宁市 2 社区 60 岁及以上健康体检老年人群社会支持现状分析 [J]. 预防医学情报杂志, 2024, 40(12): 1551-1557.
- [40] 王叶,汤观秀,颜萍平,等. 失能老年人社会支持研究现状 [J]. 护理研究, 2020, 34(23): 4177-4181.
- [41] 徐超,刘玉琢,秘玉清,等. 山东省社区空巢老人社会支持与自理能力现状及关联研究 [J]. 现代预防医学, 2022, 49(15): 2757-2762.
- [42] 侯皓,戴蓉慧,吴婧,等. 徐州市流动老人社会支持现状及影响因素研究 [J]. 现代预防医学, 2022, 49(10): 1802-1812.
- [43] 方淑荣,姚红. 环境科学概论(第 3 版) [M]. 北京: 清华大学出版社, 2022.
- [44] 陈德敏. 环境与资源保护法 [M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2011.
- [45] 王北辰. 城市社区建成环境对老年人健康的影响及优化策略研究——以蚌埠市禹会区为例 [D]. 安徽; 安徽建筑大学, 2023.
- [46] 汪婉. 居住环境对中老年人抑郁情绪的影响研究 [D]; 华中科技大学, 2020.
- [47] 王书琪. 社区公共服务对老年人健康影响的实证研究 [D]; 长安大学, 2024.
- [48] HAN Y, PARK J-H. A Systematic Review of Social Health Assessments for Older Adults [J]. Korean Elderly Work Therapy Association.
- [49] LUBBEN J. Assessing social networks among elderly populations [J]. Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance, 1988, 11(3): 42-52.
- [50] 鲍成臻. 老年人社会健康量表的编制及杭州市常模的构建 [D]; 浙江大学, 2018.
- [51] 刘怡璇. 某儿童专科医院医务人员工作满意度现状及影响因素研究 [D]; 吉林大学, 2023.
- [52] 刘慧莹. 社区老年人生活质量及自理能力影响因素调查研究 [D]; 兰州大学, 2019.
- [53] 徐凌忠,王建新,孙辉,等. Kessler 10 在我国的首次应用研究及其重要意义 [J]. 卫生软科学, 2005, 19(6): 410-412.
- [54] 周成超,楚洁,王婷,等. 简易心理状况评定量表 Kessler10 中文版的信度和效度评价 [J]. 中国临床心理学杂志, 2009, 16(6): 627-629.
- [55] 蒋怀滨,罗雁文,张斌,等. 老年人夫妻依恋的特点及其与心理健康的关系研究 [J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2015, 15(5): 366-369.

- [56] MAK H W, NOGUCHI T, BONE J K, et al. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries [J]. *Nature Medicine*, 2023, 29(9): 2233-2240.
- [57] 李旭鸿, 周胜如. 日常性家务劳动对老年健康状况的影响及其作用路径 [J]. *体育科研*, 2024, 45(3): 88-96.
- [58] WANG Y, LUO X, LONG X, et al. Association between housework and the risk of dementia among older Chinese adults: a prospective cohort study [J]. *Frontiers in Psychology*, 2023, 14: 1228059.
- [59] 耿越, 何山. 老年人文娱生活现状及影响因素研究——以沈阳市为例 [J]. *社会与公益*, 2020, (9): 64-65.
- [60] 刘大河, 郑锦行, 张小梅. 深度老龄化社会背景下老年人文娱生活的现状及新路径研究 [R/OL]. (2025-01-06) https://stat.tjufe.edu.cn/_local/7/C5/4C/2BEAF07BF044C30F353812E98E7_F944ACC7_1B0902.pdf
- [61] 张德春, 迟丽华, 罗盛. 潍坊市某社区老年人社会支持的现况及其影响因素 [J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38(7): 1745-1747.
- [62] 赵姣文, 赵晓光, 刘欢, 等. 上海市嘉定区 2373 名社区老年人社会支持情况及其影响因素分析 [J]. *中国健康教育*, 2015, (1): 11-14.
- [63] 于慧慧, 王莎莎, 王祥, 等. 山东省某市社区老年人社会支持及影响因素 [J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38(14): 3499-3501.
- [64] 仝慧娟, 李欣, 孙晓菲. 沈阳市城乡老年人社会支持现状及其影响因素分析 [J]. *中国老年保健医学*, 2018, 16(2): 21-24.
- [65] 潘硕, 张晓阳, 张蕾. 乌鲁木齐市社区失能老年人社会支持水平及影响因素 [J]. 2024, 41(1): 83-87.
- [66] 钟森, 汪文新, 柴云, 等. 十堰市城乡老年人社会适应能力测量及影响因素分析 [J]. *中国社会医学杂志*, 2016, 33(3): 245-248.
- [67] 胡娟, 吴林雄, 陈江容, 等. 中老年社区居民社会适应性健康及影响因素分析 [J]. *医学教育研究与实践*, 2019, 27(5): 825-828.
- [68] 曾惠文, 王亚亚, 金晓燕, 等. 养老机构老年人社会适应能力现状及其影响因素调查. [J]. *中国护理管理*, 2014, (5): 488-491.
- [69] SCHULTE-RÜTHER M, MARKOWITSCH H J, SHAH N J, et al. Gender differences in brain networks supporting empathy [J]. 42(1): 393-403.
- [70] FRIEBEL G, LALANNE M, RICHTER B, et al. Gender differences in social interactions [J]. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2021, 186: 33-45.
- [71] 刘爱玉, 佟新, 付伟. 双薪家庭的家务性别分工: 经济依赖、性别观念或情感表达 [J]. *社会*, 2015(2): 109-136.
- [72] AUGUST K J, KELLY C S, MARKEY C. Marriage, Romantic Relationships, and Health [J]. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 2016: 46-52.
- [73] 向脉溪, 毕爱红, 李梅. 父母婚姻质量与子女心理健康的关系: 自我分化的中介作用 [J]. *兵团教育学院学报*, 2021, 31(6): 32-38.

-
- [74] ZAJACOVA A, LAWRENCE E M. The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach [J]. *Annu Rev Public Health*, 2018, 39: 273-289.
- [75] 闫瑞红, 刘蓉, 张澜. 健康行为及其影响因素研究进展 [J]. *护理学杂志*, 2010, 25(3): 94-97.
- [76] 潘杰, 雷晓燕, 刘国恩. 医疗保险促进健康吗? ——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析 [J]. *经济研究*, 2013, 48(4): 130-142156.
- [77] LIAO F, HU W, ZHANG C. Does basic medical insurance promote public health? Evidence from China family panel study [J]. *Front Public Health*, 2023, 11.
- [78] 王超群. 中国基本医疗保险的实际参保率及其分布特征: 基于多源数据的分析 [J]. *社会保障评论*, 2020, 4(1): 67-84.
- [79] 王超群. 谁没有参保? 中国城乡居民医疗保险参保的人群特征研究 [J]. *社会保障评论*, 2023, 7(2): 76-93.

附录

爷爷奶奶您好！

有幸邀请您参加本次问卷调查。本调查目的是了解您的健康自评状况，为社区老年人全面健康的政策制定和推进提供依据。**本次调查所有数据保密处理，不透露您的个人信息，请您放心填写。**

本次调查共计 58 个条目，调查无风险和危害，且您可以通过问卷调查更加全面了解自身的健康状况。参加调查是自愿的，且您有退出、知情、同意的权力。问卷调查中有任何的疑问，请向调查员咨询，我将荣幸为您解答，感谢您的支持。

*本问卷中的子女含亲生子女/养子女，伴侣含配偶和/具有稳定关系的异性同居者，其他亲属指除亲生子女、配偶外的血亲/姻亲。长时间聊天指≥30 分钟。

我自愿参加本次调查，同意真实的完成本次问卷调查。

☐ 同意

☐ 不同意

1. 出生年月：_____年_____月
2. 您的身高：_____厘米； 您的体重：_____公斤
3. 民族： ☐ 汉族 ☐ 少数民族：_____族
4. 宗教信仰： ☐ 有，宗教为：_____ ☐ 无
5. 婚姻状况： ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶
6. 文化程度： ☐ 文盲 ☐ 小学 ☐ 初中 ☐ 高中/技校/中专 ☐ 大专 ☐ 本科及以上
7. 经济来源（可多选）： ☐ 养老金 ☐ 子女补贴 ☐ 亲友资助 ☐ 其他
8. 医疗费用支付
☐ 城镇职工基本医疗保险 ☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 商业医疗保险
☐ 基本医保附加特殊优待政策 ☐ 全自费 ☐ 其他

	无 / 子 不 需 女 要	伴侣	朋友	其他 亲属	其他
（下列问题可多选）					
9. 谁能听您说心里话？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 谁能包容您的缺点、坏习惯？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 谁能理解您的想法、难处？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 谁能支持您的决定？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 谁能始终关心您的健康、生活？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 谁能陪您度过闲暇时光？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 谁能安慰、开导您？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 谁能帮助您了解新鲜事物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 谁能友善地指出您的不足、错误的言行？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 谁能给您提供有用的建议？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 谁能在您生病时照护您的生活起居？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 谁能给您经济上的帮助（如生活费/补贴）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 最近一年，您_____投入在兴趣爱好上？					
<input type="radio"/> 几乎不 <input type="radio"/> 少数时间 <input type="radio"/> 一半时间 <input type="radio"/> 大部分时间 <input type="radio"/> 总是					
22. 最近一年，您在社区（周边）看到过哪些人造景观？（多选题）					

- ☐以下均无； ☐假山、石碑； ☐人工湖（河）、池塘；
☐人工草坪； ☐园林建筑（如：凉亭、长廊）； ☐花圃（坛）、绿化带；

	少于每 三个月 一次	每三个月一 次或以上， 但少于每月 一次	每月一 至四 次	每周 一至 四次	每周 四次 以上
23. 最近一年，您做家务的频率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 最近一年，您参与集体性文娱活动频率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 最近一年，您和子女长时间（≥30 分钟）聊天频率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. 最近一年，您和朋友长时间（≥30 分钟）聊天频率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. 最近一年，您和其他亲属长时间（≥30 分钟）聊天频率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 假如您从家前往最近的一处公交站

您最常用的交通方式为 ☐步行 ☐自行车 ☐电动车、摩托车 ☐公交 ☐私家车
 平均需要花费_____分钟。

29. 假如您从家前往最近的一个运动或娱乐场所（如：露天健身器材放置点、体育馆、健身房、老年大学、老年活动室）

您最常用的交通方式为 ☐步行 ☐自行车 ☐电动车、摩托车 ☐公交 ☐私家车
 平均需要花费_____分钟。

30. 假如您从家前往最近的一个医疗机构（如：综合医院、专科医院、社区卫生服务中心/站）

您最常用的交通方式为 ☐步行 ☐自行车 ☐电动车、摩托车 ☐公交 ☐私家车
 平均需要花费_____分钟。

31. 最近一年，您在社区（周边）看到过哪些公共设施、空间？（多选题）

☐以下均无；☐步行道；☐非机动车道； ☐残疾人专用道； ☐免费停车场；
☐免费游乐场、公园； ☐免费游泳池； ☐免费球场； ☐垃圾倾倒处；

32. 最近一年，您居住的社区组织文娱活动的频率是？

☐从不；☐一至两次；☐三至四次；☐五至六次；☐七次或以上；

33. 最近一年，您居住的社区能提供以下哪些免费服务？

☐无；☐上门医疗服务；☐发放免费物品；☐处理邻里纠纷；☐健康教育；
☐法律援助；☐与高龄、残疾或独居者聊天；☐为高龄、残疾或独居者做家务；

34. 过去 3 个月是否有因食欲减退、消化不良、咀嚼或吞咽困难而减少食量

☐食量严重减少 ☐食量中度减少 ☐食量没有改变

35. 过去 3 个月体重质量丢失 ☐大于 3 公斤 ☐不知道 ☐1 公斤到 3 公斤 ☐无

36. 进食情况 ☐良好，正常饮食 ☐一般，半流质饮食 ☐差，流质饮食

37. 睡眠状况

☐无睡眠障碍

☐有睡眠障碍，不影响日常生活，不引起焦虑、抑郁

☐有睡眠障碍，影响日常生活或引起焦虑、抑郁

38. 慢性疾病

- ☐ 无或控制良好，不影响日常生活活动
- ☐ 控制一般，轻微影响日常生活活动
- ☐ 控制差，严重影响日常生活活动
- 39. 影响健康的危险因素**
- ☐ 良好，血压、血糖、血脂等指标都控制在达标范围内
- ☐ 一般，血压、血糖、血脂等指标部分控制在达标范围内
- ☐ 差，血压、血糖、血脂等指标控制均不达标
- 40. 小区锻炼**
- ☐ 可在他人监护下到小区进行锻炼
- ☐ 可利用辅助器具自行到小区进行锻炼
- ☐ 无需辅助器具或他人监护，能自行到小区进行锻炼
- 41. 购物**
- ☐ 可利用互联网等通讯工具进行网上购物
- ☐ 可在他人监护下到超市等场所购物
- ☐ 可自行步行、骑车、坐公车或驾车到超市等场所购物
- 42. 社区活动**
- ☐ 可利用通讯工具与亲朋好友交流
- ☐ 可利用辅助器具或在他人监护下参与棋牌类等低强度的活动
- ☐ 可独立参与、组织集体活动，如喝茶、聚餐等
- 43. 视力（若平日佩戴老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估）**
- ☐ 良好，能看清书报上的标准字体
- ☐ 一般，视力有限，看不清书报上的标准字体
- ☐ 差，没有视力，眼睛不能跟随物体移动
- 44. 听力（若平时佩戴助听器，应在佩戴助听器的情况下评估）**
- ☐ 良好，可正常交谈，能听到电视、电话、门铃的声音
- ☐ 一般，正常交流有些困难，需在安静的环境或大声说话才能听到
- ☐ 差，完全听不见
- 45. 活动能力** ☐ 长期卧床或坐轮椅 ☐ 可以下床或离开轮椅，但不能外出
- ☐ 可以外出
- 46. 性别：** ☐ 男 ☐ 女
- 47. 过去 3 个月是否受到心理创伤或有急性疾病** ☐ 是 ☐ 否
- 48. 精神心理问题** ☐ 严重痴呆或抑郁 ☐ 轻度痴呆 ☐ 无精神心理问题

	所有 时间	大部分 时间	有些 时候	偶 尔	几乎 没有
49. 您是否经常无缘无故的感到劳累	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. 您是否经常感到紧张?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. 您是否经常紧张的没有什么事情可以使您平静下来?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. 您是否经常感到无助?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. 您是否经常感到休息不好且很不安?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. 您是否经常感到坐立不安?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. 您是否经常感到沮丧?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. 您是否经常感到任何事情都很困难?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. 您是否经常感到任何事情都不能激起您的兴趣?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. 您是否经常感到没有什么价值?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

—————问卷结束，感谢配合—————

*网络问卷中包含针对家庭人和床上人的条目，具体见 GB/T 37103-2018。