

社会支持调节下慢性病老人自我效能感对健康行为的影响 ——以菏泽市为例

王珂

(庆北国立大学, 韩国大邱广域市, 41566; 15315629709@163.com)

摘要: 本研究以中国菏泽市345名确诊慢性病且病程超3个月的60岁及以上老年人对象, 实证分析自我效能感对健康行为的影响, 并检验社会支持(家庭、朋友、他人支持)的调节效应, 通过横断面问卷调查收集数据, 采用描述统计、t检验、ANOVA等方法分析。结果显示, 自我效能感显著正向预测健康行为, 教育水平高、收入高的老年人表现更优; 家庭支持和他人支持对二者关系有强化作用, 朋友支持无显著调节效应。研究为政策提供参考: 建议开发弱势群体精准方案, 强化家庭与他人支持, 扩大健康教育, 推广慢性病管理数字化工具, 助力基层健康治理。

关键词: 慢性疾病老年人; 自我效能感; 健康行为; 社会支持; 调节作用

引言

“十四五”规划明确提出“健康老龄化”理念, 强调通过促进健康行为、完善健康管理, 保障老年人身心与社会层面的高质量生活, 其中慢性病老年人的健康管理是核心议题之一[1]。随着中国老龄化进程加速, 这一群体的健康问题日益凸显。2020年中国第七次人口普查显示, 60岁及以上人口占比达18.7%, 预计2035年将突破30%, 进入超老龄化社会[2]。在此背景下, 60岁及以上老年人中75%患至少一种慢性病, 43%患两种及以上慢性病, 其健康管理不仅依赖医疗干预, 更需持续的健康行为(如用药依从性、生活习惯调整等)[3,4]。然而, 当前慢性病老年人的健康行为面临多重挑战: 经济欠发达地区医疗资源不足, 加剧慢性病恶化风险; 传统“养儿防老”观念削弱老年人自主健康管理能力, 导致自我效能感偏低; 独生子女政策带来的家庭支持弱化, 进一步制约健康行为实践[5]。尤其在菏泽市等经济欠发达城市, 老龄化与慢性病高发问题叠加, 且存在健康意识薄弱、社会资源参与不足等问题, 亟需针对性研究[6,7]。本研究立足实证调研, 以菏泽市慢性病老年人对象, 聚焦自我效能感与健康行为的关系, 探索社会支持的调节作用, 试图解决以下问题: 第一, 明确自我效能感对慢性病老年人健康行为的具体影响机制; 第二, 分析家庭支持、朋友支持、他人支持在上述关系中的调节效应差异; 第三, 基于研究结果为提升慢性病老年人健康管理水平提供实践路径与政策建议。

1. 文献综述

近年来, 慢性病老年人的健康管理成为人口老龄化背景下的重要议题, 其中健康行为的实践对疾病控制和生活质量提升至关重要。随着中国老龄化进程加速, 60岁及以上人口占比已达18.7%, 预计2035年将突破30%, 而该群体中75%患有至少一种慢性病, 43%患有两种及以上慢性病, 其健康行为的研究愈发迫切。现有研究对健康行为的探讨已较为丰富。健康行为被定义为个体为提升健康水平而采取的积极行动, 包括生活习惯管理、持续用药、定期监测等, 受教育水平、收入、自我效能感、社会支持等多因素影响[8]。pender的健康促进模型指出, 此类行为由生物学、心理及社会文化特征共同决定, 强调个体在健康管理中的主体性[9]。在中国, 老年人健康行为整体处于中等水平, 虽政策明确个体健康责任, 但受经济约束、教育水平低等因素限制, 实践效果不佳, 尤其经济欠发达地区问题更突出[10,11]。自我效能感作为健康行为的核心影响因素, 备受学界关注。其由Bandura提出, 指个体对成功完成特定任务的信念, 在健康领域表现为慢性病老年人对自身疾病管理能力的信心[12]。研究表明, 高自我效能感能显著促进健康行为实践, 如规律运动、合理饮食等, 而老年人生理老化、社会参与减少、经济水平低等因素会降低自我效能感[13]。中国慢性病老年人自我效能感整体偏低, 尤其低教育、低收入群体更明显, 且相关研究多聚焦学生或职场人群, 针对该群体的实

证分析不足 [14,15]。社会支持在健康行为中的作用也被广泛探讨。其包括家庭支持、朋友支持、他人支持（社区及专业机构支持），通过情感慰藉、实际帮助、信息提供等方式影响健康行为 [16]。在中国，传统“反哺”模式下家庭支持曾是核心，但“独生子女”政策弱化了其效力 [17,18]，朋友支持通过社会比较强化自信 [19]，他人支持则依托社区提供专业服务 [20]，三者共同构成支持体系。研究显示，社会支持不仅直接影响健康行为，还可能调节自我效能感与健康行为的关系，但现有研究多将其视为独立变量，对调节效应的细分探讨不足。综上，现有研究已确认自我效能感对健康行为的积极影响及社会支持的重要作用，但仍存在局限：一是对经济欠发达地区（如菏泽市）慢性病老年人关注少，这些地区老龄化与慢性病高发叠加，问题更典型；二是对社会支持调节效应的研究不充分，尤其不同支持类型的差异化作用尚未厘清。因此，本文将以菏泽市慢性病老年人作为对象，探究自我效能感对健康行为的影响及社会支持的调节效应，为该群体健康管理政策优化提供理论支持。

2. 研究设计

2.1. 研究框架

本研究的核心是探究中国菏泽市慢性病老年人自我效能感对健康行为的影响及社会支持的调节效应，据此构建研究模型。模型中的核心变量设定如下：自变量为自我效能感；因变量为健康行为；调节变量为社会支持，其下分为家庭支持、朋友支持、他人支持三个维度；控制变量为慢性病老年人的人口社会学特征。基于上述变量，研究模型（如图1）的逻辑关系为：自我效能感直接作用于健康行为，而社会支持的三个维度分别在这一作用过程中发挥调节效应，同时人口社会学特征作为控制变量对核心关系产生潜在影响。

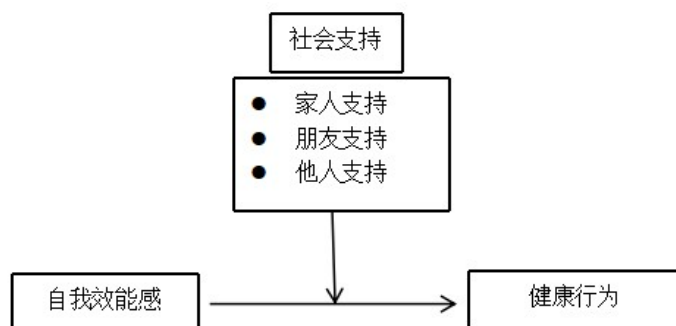


图1 研究模型

在此基础上，结合研究实际，形成本研究相关变量的操作性定义，见表1

表1 变量操作性定义

变量名称	操作性定义	参考来源
自我效能感 (self-efficacy)	慢性病老人人为有效管理疾病、持续执行健康行为，对自身能够成功实施所需行为的信念，即自信心的水平 [12]。	Bandura, (1997)
健康行为 (health behavior)	以管理健康的意愿和责任感为核心，由吸烟及饮酒习惯、饮食习惯、压力管理、运动习惯等构成 [21]。	Walker et al. (1987)
家庭支持 (family support)	慢性病老年人从子女或配偶等家庭成员那里获得的情感慰藉、实际帮助（家务、陪同就医等）、信息提供等支持的水平 [22]。	曾祥明. (2017)
社会支持 (social support)	朋友支持 慢性病患者通过朋友及熟人关系获得的情感共鸣、信息建议、实际交流（例如：日常对话、分享健康相关信息等）的水平 [23]。	唐丹，姜 凯迪. (2015)
他人支持 (other support)	慢性病患者从社区、社会工作者、社区社会组织、社区志愿者、社区公益慈善资源等地区性专业人员及资源获得的信息提供、健康管理指导、项目参与支持等结构化的实际性、信息性、情感性支持的水平 [24]。	郭文. (2016)

2.2. 研究假设

基于上述研究模型，为检验自我效能感与健康行为的关系，以及社会支持各子维度在二者关系中的调节效应，结合相关理论与研究基础，提出以下假设：

H1：中国慢性病老年人的自我效能感与健康行为存在人口社会学特征差异（即不同年龄、性别、教育水平等群体的自我效能感及健康行为水平存在显著差异）。

H2：中国慢性病老年人的自我效能感越高，其健康行为越活跃。社会支持作为重要的外部环境因素，可能通过强化个体信念与行为动力，调节自我效能感对健康行为的影响。已有研究表明，家庭、社区等支持能为老年人健康行为提供资源与动力，因此进一步提出：

H3：中国慢性病老年人的社会支持（家庭支持、朋友支持、他人支持）越高，自我效能感与健康行为之间的正向关系越强。

基于社会支持的不同来源及其作用机制差异，细分提出：

H3a：慢性病老年人的家庭支持越高，自我效能感与健康行为之间的正向关系越强。

H3b：慢性病老年人的朋友支持越高，自我效能感与健康行为之间的正向关系越强。

H3c：慢性病老年人的他人支持越高，自我效能感与健康行为之间的正向关系越强。

3. 研究方法和研究设计

3.1. 问卷设计

根据本文研究假设设计结构化问卷，问卷包含四个部分：第一部分为关于人口统计变量的调查共包含9个问题。第二部分为健康行为测量，共25个题项。针对中国慢性病老年人采用4分Likert量表（1分=完全不做，4分=总是做）。第三部分为自我效能感测量，共6个题项，采用10分Likert量表（1分=完全没信心，10分=充满信心）。第四部分为社会支持测量，针对中国慢性病老年人共设置12个题项，分为他人支持、家庭支持、朋友支持3个子维度，采用5点Likert量表（1分=非常不符合，5分=非常符合），平均分越高表示社会支持水平越高。

3.2. 样本量和数据收集

本研究采取便利抽样法，以中国山东省菏泽市居住的60岁及以上老年人中，确诊慢性病且病程超过3个月的群体为调查对象。数据收集在老年人常聚集的公园、小区、老年大学、社区卫生服务中心等地开展，由研究人员通过一对一当面访谈进行问卷调查。本次共发放350份问卷，回收345份有效问卷，有效回收率为98.57%，见表2。

表2 调查样本基本情况

项目	选项	频数
性别	女性	200
	男性	145
年龄	60-69岁	137
	70-79岁以上	181
	80岁以上	27
	无学历	98
学历	小学毕业	59
	初中毕业	85
	高中毕业	75
	大学毕业（包含大专）	28
同居类型	独居	199
	和他人同居（含子女，孙子女，看护人等）	146
月收入	低（3000元以下）	217
	中（3000-6999元）	118
	高（7000元以上）	10
医疗保险类型	城市居民保险	195
	职工医疗保险	150
有无并发症	无	48
	有	297
患病时长	5年以下	101
	6-10年	98
	11-15年	85
	16年以上	61

3.3. 信度分析

用 SpSS 27.0 对问卷量表部分进行内部一致性检验，各问卷的 Cronbach’sα系数值均在 0.7 以上，说明量表的信度较为理想，见表 3。

表3 各变量信度分析结果

研究变量		题数	信度
自我效能感	健康行为	6	0.926
		25	0.925
社会支持	家人支持	4	0.864
	朋友支持	4	0.809
	他人支持	4	0.843

4. 实证分析

4.1. 样本描述性统计

在性别分布上，女性有200人（占比58.0%），占比高于男性的145人（占比42.0%）。年龄方面，平均年龄为71.48岁，具体来看，60 - 69岁有137人（占比39.7%）、70 - 79岁有181人（占比52.5%）、80岁及以上有27人（占比7.8%），70 - 79岁年龄段分布人数最多。学历情况为，无学历的有98人（占比28.4%）、小学毕业的有59人（占比17.1%）、初中毕业的有85人（占比24.6%）、高中毕业的有75人（占比21.7%）、大学毕业（含专科）的有28人（占比8.1%），无学历的回应最多，可见调查对象学历相对较低。居住类型上，“独自居住”的有199人（占比57.7%），“与他人（配偶、子女、孙子女、照料者等）一同居住”的有146人（占比42.3%），总体来看，菏泽市的慢性病老人独自居住的情况比与他人一同居住的更多。月收入情况，“低（3000元及以下）”的有217人（占比62.9%），是占比最多的；其次是“中（3000 - 6999元）”的有118人（占比34.2%）；“高（7000元及以上）”的有10人（占比2.9%），由此可知本次调查对象月收入相对较低。医疗保险类型方面，回应参加城镇居民医疗保险的慢性病老人有195人（占比56.5%），多于回应参加职工基本医疗保险的150人（占比43.5%）。合并症情况，回应有合并症的慢性病老人有297人（占比86.1%），多于回应无合并症的48人（占比13.9%）。患病时长方面，“5年及以下”的有101人（占比29.3%）、“6 - 10年”的有98人（占比28.4%）、“11 - 15年”的有85人（占比24.6%）、“16年及以上”的有61人（占比17.7%），按此顺序分布。

4.2. 相关分析

通过pearson相关分析，对自我效能感、健康行为与社会支持各子维度之间的相关性进行分析。结果如表4所示。首先，健康行为与自变量自我效能感呈显著正相关（ $r=0.674$ ， $p<0.001$ ），与调节变量社会支持的各子维度也均呈显著正相关，其中与家庭支持（ $r=0.549$ ， $p<0.001$ ）、他人支持（ $r=0.526$ ， $p<0.001$ ）、朋友支持（ $r=0.691$ ， $p<0.001$ ）的相关关系均达到显著水平。其次，自我效能感与调节变量社会支持的各子维度呈显著正相关，具体为与家庭支持（ $r=0.365$ ， $p<0.001$ ）、他人支持（ $r=0.382$ ， $p<0.001$ ）、朋友支持（ $r=0.348$ ， $p<0.001$ ）均存在显著正相关关系。再次，社会支持的子维度中，家庭支持与朋友支持（ $r=0.356$ ， $p<0.001$ ）、他人支持（ $r=0.164$ ， $p<0.001$ ）均呈显著正相关。最后，社会支持的子维度中，他人支持与朋友支持呈显著正相关（ $r=0.521$ ， $p<0.001$ ）。综合本研究主要变量的相关性分析结果可知，自变量自我效能感与因变量健康行为呈显著正相关，与调节变量社会支持的各子维度（家庭支持、他人支持、朋友支持）也均呈显著正相关。其中，健康行为与各变量的正相关程度从高到低依次为朋友支持、自我效能感、家庭支持、他人支持。各变量间的相关系数均在0.691以下，表明不存在多重共线性问题。

表4 主要变数相关关系

区分	自我效能感	家人支持	他人支持	朋友支持	健康行为
自我效能感	1				
家庭支持	0.365***	1			
社会支持					
他人支持	0.382***	0.164***	1		
朋友支持	0.348***	0.356***	0.521***	1	
健康行为	0.674***	0.549***	0.526***	0.691***	1

注：*表示 $p<0.05$ ，**表示 $p<0.01$ ，***表示 $p<0.001$

4.3. 回归分析

通过线性回归分析可以看出，研究模型中各路径均呈现出显著关系，统计分析的结果支持模型假设。结果如表5所示：

表5 线性回归分析

因变量	变量	B	Beta	t	p	VIF	Tolerance
健康行为	学历	0.047	0.168	3.248	0.001**	1.912	0.523
	月收入	0.083	0.123	2.548	0.011*	1.656	0.604
	自我效能感 (自变量)	0.173	0.598	13.021	0.000***	1.510	0.662
(R ² = 0.531, 调整后R ² (adj R ²) = 0.519, F = 42.218, p = 0.000)							

注：*表示p<0.05，**表示p<0.01，***表示p<0.001

本研究健康行为为自变量，分析人口统计变量对其的影响。本回归模型具有统计学意义（F = 42.218，p < 0.001），模型解释力约为 53.1%，调整后R² (adj R²) 为 51.9%。且所有变量的 VIF 值均小于 2，容差大于 0.5，模型不存在严重多重共线性问题，验证了各维度因子独立性良好，样本数据可靠。分析结果显示，人口统计变量中，学历（B = 0.047，Beta = 0.168，t = 3.248，p < 0.01）、月收入（B = 0.083，Beta = 0.123，t = 2.548，p < 0.01）对因变量有显著正向影响。自变量自我效能感（B = 0.173，Beta = 0.598，t = 13.021，p < 0.001）呈现出统计学上高度显著的结果。对人口统计变量学历和月收入分析可知，学历越高、月收入越多，健康行为水平越高；就自变量自我效能感而言，自我效能感越高，健康行为水平也越高。

4.4. 调节分析

5.4.1. 家庭支持的调节效应

慢性病老年人自我效能感与健康行为的关系中，家庭支持的调节效应分析结果如表6所示。模型 1（控制变量）、模型 2（加入自我效能感）、模型 3（加入交互项）均具有统计学意义（均 p<0.001），对因变量的解释力分别为 53.1%、60.7%、62.2%（调整后 R² 分别为 51.9%、59.5%、61.0%）。模型 3 中，自我效能感与家庭支持的交互项显著（B=0.049，β=0.129，p<0.001），表明家庭支持存在调节效应。条件效应检验显示，家庭支持水平越高，自我效能感对健康行为的正向影响越强：高水平（+1SD）时回归系数为 0.162（95% CI: 0.135-0.189），平均水平为 0.129（95% CI: 0.104-0.155），低水平（-1SD）为 0.097（95% CI: 0.063-0.132），均 p<0.001。如表7所示。

表6 家庭支持的调节效应

	模型1				模型2				模型3			
变量	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β
学历	0.047	0.015	0.011**	0.168	0.044	0.011	0.01**	0.157	0.043	0.013	0.001**	0.153
月收入	0.083	0.033	0.011*	0.123	0.058	0.026	0.057	0.085	0.043	0.030	0.152	0.063
X自我效能感	0.173	0.013	0.000***	0.598	0.141	0.011	0.000***	0.487	0.129	0.013	0.000***	0.447
M家人					0.174	0.021	0.000***	0.306	0.182	0.021	0.000***	0.321
X*M家人									0.049	0.014	0.000***	0.129
R ²		0.531				0.607				0.720		
调整R ²		0.519				0.595				0.711		
F值	F（9，335）=42.218，p=0.000				F（10，334）=51.643，p=0.000				F（11，333）=77.910，p=0.000			

注：*表示p<0.05，**表示p<0.01，***表示p<0.001

表7 自我效能感和健康行为关系他人支持的调节效应

调节变量水平	回归系数	标准误差	t	p	95%CI	
平均值	0.129	0.013	9.925	0.000	0.104	0.155
高水平（+1SD）	0.162	0.014	11.686	0.000	0.135	0.189
低水平（-1SD）	0.097	0.018	5.543	0.000	0.063	0.132

4.4.2. 朋友支持的调节效应

朋友支持的调节效应分析结果如表 8所示。模型 2（加入自我效能感和朋友支持）解释力为 72.0%（调整后 R²=71.1%，F=85.809，p<0.001），自我效能感（B=0.130，β=0.448，p<0.001）和朋友支持（B=0.312，β=0.487，p<0.001）均对健康行为有显著正向影响。模型 3 加入交互项后，解释力未提升（R²=0.720），且自我效能感与朋友支持的交互项不显著（B=-0.009，p=0.518），表明朋友支持无调节效应。

表8 朋友支持的调节效应

	模型1				模型2				模型3			
变量	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β
学历	0.047	0.015	0.011**	0.168	0.043	0.011	0.000***	0.151	0.043	0.011	0.000***	0.151
月收入	0.083	0.033	0.011*	0.123	0.002	0.026	0.927	0.003	0.004	0.026	0.880	0.006
X自我效能感	0.173	0.013	0.000***	0.598	0.130	0.011	0.000***	0.448	0.131	0.011	0.000***	0.453
M朋友					0.312	0.021	0.000***	0.487	0.316	0.022	0.000***	0.493
X*M朋友									-0.009	0.014	0.518	-0.021
R ²		0.531				0.720				0.720		
调整R ²		0.519				0.711				0.711		
F值	F（9，335）=42.218，p=0.000				F（10，334）=85.809，p=0.000				F（11，333）=77.910，p=0.000			

注：*表示p<0.05，**表示p<0.01，***表示p<0.001

4.4.3. 他人支持的调节效应

他人支持的调节效应分析结果如表9所示。模型 2（加入自我效能感和他人支持）解释力为 59.5%（调整后 R²=58.3%，F=49.148，p<0.001），自我效能感（B=0.137，β=0.473，p<0.001）和他人支持（B=0.171，β=0.286，p<0.001）均显著正向影响健康行为。模型 3（加入交互项）解释力为 60.2%（调整后 R²=58.8%，F=45.697，p<0.001），交互项显著（B=0.034，p=0.024）。条件效应显示，他人支持水平越高，自我效能感的正向影响越强：高水平（+1SD）回归系数为 0.155（95% CI：0.125-0.185），平均水平为 0.134（95% CI：0.108-0.160），低水平（-1SD）为 0.113（95% CI：0.079-0.146），均 p<0.001。如表10所示。

表9 他人支持调节效应

	模型1				模型2				模型3			
变量	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β	B	标准误	p	β
学历	0.047	0.015	0.011**	0.168	0.047	0.014	0.001**	0.167	0.046	0.014	0.001**	0.161
有无并发症	-0.090	0.046	0.052	-0.084	-0.112	0.043	0.009**	-0.105	-0.109	0.043	0.011**	-0.102
X自我效能感	0.173	0.013	0.000***	0.598	0.137	0.013	0.000***	0.473	0.134	0.013	0.000***	0.462
M他人					0.171	0.024	0.000***	0.286	0.161	0.024	0.000***	0.268
X*M他人									0.034	0.015	0.024*	0.084
R ²		0.531				0.595				0.602		
调整R ²		0.519				0.583				0.588		
F值	F（9，335）=42.218，p=0.000				F（10，334）=49.148，p=0.000				F（11，333）=45.697，p=0.000			

注：*表示p<0.05，**表示p<0.01，***表示p<0.001

表10 自我效能感和健康行为关系他人支持的调节效应

调节变量水平	回归系数	标准误差	t	p	95%CI	
平均值	0.134	0.013	10.015	0.000	0.108	0.160
高水平（+1SD）	0.155	0.015	10.024	0.000	0.125	0.185
低水平（-1SD）	0.113	0.017	6.622	0.000	0.079	0.146

5. 研究结论和建议

5.1. 研究结论

本文主要研究结论如下：第一，部分人口统计变量对健康行为和自我效能感有显著影响，其余变量影响较小。研究发现，学历、月收入对慢性病老年人的健康行为有显著影响，具体表现为学历和月收入越高，健康行为水平越高；有无合并症、患病时长、疾病数量也与健康行为相关，无合并症、患病时长5年以下、疾病数量少的老年人健康行为表现更好。在自我效能感方面，性别、年龄、学历、月收入、医疗保险类型、有无合并症、患病时长、疾病数量等存在差异，如女性、70岁以上、无学历、月收入3000元以下、有并发症、患病时长11年以上及疾病数量多的老年人自我效能感较低。而其他人口统计变量（如部分性别、年龄分组等）的影响不显著，表明健康行为和自我效能感的差异主要与特定人口特征相关。

第二，慢性病老年人的自我效能感对健康行为具有显著正向影响。这一结果与社会认知理论中“自我效能感是行为选择与持续性的核心动机”一致，即自我效能感越高的老年人，越能积极践行健康行为，这在慢性病老年人群中得到了实证验证，也与相关先行研究结论相符。

第三，社会支持的不同维度在自我效能感与健康行为的关系中表现出不同的调节效应。其中，家庭支持（ $B=0.049$, $\beta=0.129$, $t=3.615$, $p<0.001$ ）和他人支持（ $B=0.034$, $\beta=0.084$, $t=2.263$, $p<0.05$ ）具有显著调节作用，即家庭支持和他人支持水平越高，自我效能感对健康行为的正向影响越强；而朋友支持（ $B=-0.009$, $\beta=-0.021$, $t=-0.646$, $p>0.05$ ）无显著调节效应。家庭支持通过情感稳定和日常照护直接支持健康行为，他人支持则体现了社区公共资源的重要性，而朋友支持的影响有限可能与老年人社会关系网萎缩等因素相关。

5.2. 研究建议

本文针对慢性病老年人自我效能感对健康行为的影响及社会支持的调节效应，从三方面提出可行性建议，以期有效提升慢性病老年人的健康行为水平，推动老年健康服务发展：首先，应强化家庭支持体系，关注家庭成员在健康行为中的作用。通过对家庭成员开展健康知识教育和照护技能培训，提升其对老年人健康行为的支持能力，例如指导老年人用药、协助准备健康饮食、陪同就医等，以家庭为载体促进老年人践行健康行为。其次，应完善社区公共服务，依托现有公共基础设施开发并扩大健康支持项目。充分利用社区卫生服务中心、居民活动中心、社会福利机构等公共资源，设计针对性的健康行为，如慢性病管理讲座、适合老年人的运动课程、健康监测服务等，为老年人的健康行为提供常态化支持。此外，还应着力扩大老年人的社会关系网，激活朋友支持的潜在作用。通过社区组织开展兴趣小组、互助活动等，搭建老年人社交平台，帮助其拓展社交圈，增强朋友间的情感联结与支持，弥补朋友支持在健康行为中调节效应不足的现状，形成多元化的社会支持网络。

参考文献

- [1] 国务院办公厅, 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)的通知 [R/OL](2017-02-14) [2025-08-10]https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm
- [2] 中华人民共和国中央人民政府, 国家卫健委:近十年我国老龄工作取得显著成效 [R/OL](2022-09-21) [2025-08-10]https://www.gov.cn/xinwen/2022-09/21/content_5710849.htm
- [3] 人民政协网, 60岁以上患慢性病的老人占比75% 需关注慢性病和感染性疾病“双重威胁” [R/OL](2023-07-24) [2025-08-10]<https://www.rmzxw.com.cn/c/2023-07-24/3382869.shtml>
- [4] Gazmararian J A, Williams M V, Peel J, et al. Health literacy and knowledge of chronic disease [J]. Patient Education and Counseling, 2003, 51(3): 267-275.
- [5] 睢党臣, 程旭, 李丹阳, 积极应对人口老龄化与我国独生子女父母自我养老问题 [J]. 社会科学文摘, 2022 (6): 93-95.
- [6] 王波, 菏泽市黄巢社区老年人膳食行为与饮食习惯调查分析 [J]. 菏泽学院学报, 2014 (5): 62-65.
- [7] 胡扬名, 陈妍芳, 互联网使用对老年人“养儿防老”观念的影响研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2024 (3): 334-338+360.
- [8] Kahana E, Lawrence RH, Kahana B, et al. Long-term Impact of Preventive Proactivity on Quality of Life of the Old Aged [J]. 2002, 64: 382-394.
- [9] Pender N. Health Promotion in Nursing Practice [M]. 3rd Edition: Appleton & Lange, Stamford, 1996.
- [10] 廖利平, 李金秀, 田锋, 杨超, 郭娟, 向璐, 马健, 老年人健康促进行为的国内外研究进展 [J]. 护理学, 2024, 13 (3): 282-287.

- [11] 戴悦,张宝泉,张文昌,中国老年人健康促进生活方式现状的 Meta 分析 [J]. 中华护理教育,2018, 15 (5): 331-335.
- [12] Albert Bandura. Self-efficacy: The Exercise of Control [M]. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
- [13] 岑琼,自我效能感理论应用于慢性病自我管理的研究进展 [J]. 中华全科医学,2011, 9 (11): 3.
- [14] Kavanagh D J, Gooley S, Wilson P H. Prediction of adherence and control in diabetes [J]. Journal of Behavioral Medicine, 1993, 16(5): 509-522.
- [15] Lorig K R, Mazonson P D, Holman H R. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs [J]. Arthritis & Rheumatism, 1993, 36: 439-446.
- [16] Tardy C H. Social support measurement [J]. American Journal of Community Psychology, 1985, 13(2): 187.
- [17] 车茂娟,中国家庭养育关系中的“逆反哺模式” [J]. 人口学刊,1990, 12 (4): 52-54.
- [18] 郭志刚,关于中国家庭户变化的探讨与分析 [J]. 中国人口科学,2008 (3): 2-10.
- [19] 毛荣耀. “空巢”老人宜多交朋友 [J]. 新农村,2007 (6): 29-29.
- [20] 苏敏,王芳,崔妙玲,蒋云,张小芳.广西地区慢性病空巢老人居家健康照护需求及影响因素分析 [J]. 中国疗养医学,2024 (5): 40-45.
- [21] Walker S N, Sechrist K R, Pender N J. The Health-Promoting Lifestyle Profile [J]. Nursing Research, 1987, 36(2): 76-81.
- [22] 曾祥明,农村慢性病老人三种照料方式的养老困境 [J]. 经济研究导刊,2017 (30): 48-50.
- [23] 唐丹,姜凯迪,家庭支持与朋友支持对不同自理能力老年人抑郁水平的影响 [J]. 心理与行为研究,2015 (1): 65-69.
- [24] 郭文. “以自我管理为主,家庭,社区支持为辅”的干预模式对农村慢病老年人群健康促进的效果研究 [J]. 中国保健营养,2016, 26 (33): 101-102.