

• 社区护理 •
• 论 著 •

基于健康生态学模型的社区老年人临终健康素养现状及影响因素分析

杨鑫玉^{1,2}, 张小莉², 刘春燕², 周鑫越², 袁洋², 郑钦莲², 杨运莹², 傅静^{2,3}

摘要:目的 调查社区老年人的临终健康素养现状并分析影响因素,为开展老年临终健康教育工作提供参考。方法 以健康生态学模型为理论指导,采用便利抽样法选取泸州市 5 个城市社区 430 名老年人进行调查。调查工具包括一般资料调查表、临终健康素养主观评估量表、老年人死亡态度量表、自主性感知量表、领悟社会支持量表、家庭关怀度指数问卷。采用多元线性逐步回归分析探究老年人临终健康素养的影响因素。结果 社区老年人临终健康素养得分为(37.00±8.11)分。自评健康状况、医疗决策经历、子女数量、文化程度、死亡态度中的自然接受及逃离导向接受、自主性感知、家庭关怀度、领悟社会支持是社区老年人临终健康素养的影响因素(均 $P<0.05$)。结论 社区老年人临终健康素养有待提升。社区医护人员应通过提高老年人的自主性,培养正向的死亡态度,并增加家庭关怀度和社会支持水平,以提升其临终健康素养水平。
关键词:老年人; 临终健康素养; 生命末期; 死亡态度; 自主性感知; 家庭关怀; 社会支持; 健康生态学模型
中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.15.101

Status and factors associated with end-of-life health literacy among community-dwelling older adults from a health ecological perspective Yang Xinyu, Zhang Xiaoli, Liu Chunyan, Zhou Xinyue, Yuan Yang, Zheng Qinlian, Yang Yunying, Fu Jing. Department of Pediatric Surgery, West China Hospital/West China School of Nursing, Sichuan University, Chengdu 610041, China

Abstract: **Objective** To investigate the level and factors associated with end-of-life health literacy among community-dwelling older adults, and to provide a reference for future end-of-life health education programs. **Methods** A convenience sample of 430 older adults from five urban communities in Luzhou was surveyed using a sociodemographic questionnaire, the Subjective End-of-Life Health Literacy Scale, the Elderly Death Attitude Scale, the Perceived Enactment of Autonomy Scale, the Perceived Social Support Scale, and the Family APGAR Index. Multiple linear regression was used to identify factors influencing end-of-life health literacy. **Results** The mean end-of-life health literacy score was (37.00±8.11). Self-rated health status, previous experience in medical decision-making, number of children, educational level, natural acceptance and escape-oriented acceptance in death attitudes, perceived autonomy, family function, and perceived social support were factors influencing end-of-life health literacy (all $P<0.05$). **Conclusion** End-of-life health literacy among community-dwelling older adults needs to be enhanced. Community healthcare providers should promote older adults' autonomy, cultivate positive attitudes toward death, and strengthen family function and social support to improve their end-of-life health literacy.
Keywords: older adults; end-of-life health literacy; terminal stage; death attitude; perceived autonomy; family caring; social support; health ecological model

随着老龄化进程的加快和医疗卫生水平的发展,强调个体“身心社灵”全方位、“生老病死”全周期生命质量的健康理念已逐渐得到社会的广泛关注。提前进行科学合理的临终规划和决策不仅有助于优化医疗资源配置,还能够帮助个体实现“善终”^[1]。既往研

究显示,58%~88.5%的老年人希望在生命末期参与医疗决策,并对治疗方式、生命维持措施及死亡方式表达明确的意愿^[2-3]。然而在实际情况中,临终医疗决策常发生于疾病急性恶化或生命末期情境下,此时患者及家属常处于高度应激状态,受限于信息理解不足、沟通能力有限及决策支持缺乏等因素,老年人难以充分参与医疗决策,导致其生命末期照护方案与个人意愿存在偏差^[4-5]。因此,如何提前加强老年人对临终相关问题的认知与决策准备,已成为当前临终管理领域亟需关注的问题。临终健康素养(End-of-life Health Literacy)是指个体获取、理解和应用临终健康信息,并进行临终讨论和决策的能力^[6]。研究表明,提高临终健康素养水平有助于促进个体主动了解

作者单位:1. 四川大学华西医院小儿外科/四川大学华西护理学院(四川 成都,610041);2. 西南医科大学护理学院;3. 西南医科大学附属医院护理部
通信作者:傅静,414011449@qq.com
杨鑫玉:女,硕士,护师,yang_xinyu2681@163.com
科研项目:自贡市哲学社会科学重点研究基地健康人文研究中心项目(JKRWY24-19)
收稿:2026-03-06;修回:2026-05-02

自身健康状况与临终医疗选择,增强其在临终决策中的自主性和参与度,从而改善生命末期照护质量^[7]。值得注意的是,老年人的临终医疗决策能力并非在生命末期才形成,而是在其长期生活经验、社会互动及家庭关系中逐渐构建的。社区老年人在心理状态、社会角色及生活环境等方面相对稳定,更适合在非紧急情境下开展临终相关认知评估与健康教育。因此,调查社区老年人的临终健康素养水平,有助于推动老年人的临终照护由被动应对向提前规划转变。健康生态学模型(Health Ecological Model, HEM)强调健康是个体、社会与自然环境等多层次因素相互作用的结果^[8]。临终健康素养是面向临终关怀的特殊健康素养,不仅涉及个体对临终相关信息的获取与理解,还与个体心理状态、社会支持及家庭互动等因素密切相关^[9-10],具有多维性和情境依赖性特征。本研究借助健康生态学模型分析相关因素的系统性优势,调查我国文化背景下社区老年人临终健康素养水平现状并分析其影响因素,为未来开展老年人临终健康教育工作,有效进行临终健康管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,于2024年10月31日至11月14日,在泸州市5个城市社区中选取老年人作为调查对象。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②在社区居住时长6个月以上;③意识清楚,有一定的理解能力和沟通能力;④能自行填写问卷,或在调查者的指导下完成问卷填写;⑤知情同意且自愿参与本次调查。排除标准:①存在视听障碍、认知功能障碍或精神疾病而无法配合调查;②处于疾病危重期或临终阶段。样本量按照自变量数的10~20倍^[11]计算,本研究一般资料变量为15项,纳入作为自变量的3个量表+死亡态度5个维度共8项,考虑20%的脱落率,样本量应不少于288。本研究已通过本院医学伦理委员会审批(SWMUIRBTX-202410-0029)。

1.2 方法

1.2.1 变量选择 根据健康生态学模型构架和内容,经过小组讨论和专家咨询,确定可能影响社区老年人临终健康素养的变量,包括①个人特质层:年龄、性别、慢性病史、自评健康状况;②行为心理特征层:宗教信仰、医疗决策经历、住院或持续医疗监测经历、丧亲史、死亡态度、自主性感知;③人际网络层:婚姻状况、子女数量、居住情况、社会支持、家庭关怀度;④工作生活层:文化程度、家庭收入、职业;⑤政策环境层:医疗付费方式。

1.2.2 调查工具

1.2.2.1 一般资料调查表 根据上述可能影响临终健康素养的变量,自行设计一般资料调查表,包括年龄、性别、婚姻状况、文化程度、子女数量、居住情况、家庭收入、宗教信仰、医保类型等15项。

1.2.2.2 临终健康素养主观评估量表(Subjective End-of-life Health Literacy Scale) 由Meier等^[6]编制,用于测量老年人临终健康素养水平。共包含3个维度、18个条目,即功能性临终健康素养(6个条目)、互动性临终健康素养(7个条目)、批判性临终健康素养(5个条目)。功能性临终健康素养是指个体在临终决策过程中对常用医学术语概念的理解能力,如对插管、镇静等作出解释;互动性临终健康素养指个体能够与医疗人员、家属进行临终话题互动的能力,在这个过程中进一步理解临终相关信息;批判性临终健康素养指个体在面对冲突性、多选择性的临终医疗决策时,能评估临终信息、分析医疗建议,以形成符合个人临终意愿的决策方案的能力。量表采用4级评分,“非常简单”计4分,“比较简单”计3分,“比较困难”计2分,“非常困难”计1分。总分18~72分,分数越高表明临终健康素养水平越高。本研究前期已获得Meier教授授权并进行汉化,在416名社区老年人中进行信效度检验。采用主成分分析法结合最大方差正交旋转进行探索性因子分析,各条目的因子载荷为0.547~0.903,累计方差贡献率为68.59%。中文版量表总Cronbach's α 系数为0.903,功能性、互动性、批判性临终健康素养维度分别为0.908、0.920、0.880;间隔2周后,随机抽取35人进行重测,计算重测信度为0.913。本研究将临终健康素养的合格标准设定为:实际得分高于总分(或维度得分)的60%。

1.2.2.3 老年人死亡态度量表(Elderly Death Attitude Scale) 由崔静^[12]编制,用于评估老年人对死亡的情感态度和认知。量表包含5个维度25个条目,死亡恐惧与焦虑(5个条目),逃离导向的死亡接受(5个条目),自然接受(4个条目),趋近导向的死亡接受(5个条目),死亡逃避(6个条目)。其中死亡恐惧与焦虑、死亡逃避属于负向态度,自然接受、趋近导向的死亡接受、逃离导向的死亡接受属于正向态度。采用Likert 5级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计1~5分。各维度得分为条目得分之和,得分越高说明其态度越倾向于此维度。该量表Cronbach's α 系数为0.541~0.837。本研究为0.886~0.904。

1.2.2.4 自主性感知量表(Perceived Enactment of Autonomy Scale) 由Hertz^[13]编制,王博等^[14]进行汉化和调适。包括自由性(8个条目)、个体性(9个条目)、独立性(4个条目)3个维度,21个条目。条目采用4级评分,按“从不”到“总是”分别赋1~4分。总分21~84分,得分越高表明老年人的自主性感知水平越高。中文版量表总Cronbach's α 系数为0.91,各维度为0.67~0.89。本研究中总量表Cronbach's α 系数为0.917。

1.2.2.5 领悟社会支持量表(Perceived Social Support Scale) 由Zimet等^[15]编制,黄丽等^[16]汉化,用于个人自我领悟多层面社会支持的测量。量表包含3个

维度:家庭支持(4 个条目)、朋友支持(4 个条目)、其他支持(4 个条目)。采用 Likert 7 级评分法,评分从“极不同意”(1 分)到“极同意”(7 分)。总分 12~84 分,得分越高表示个体感受到的社会支持越多。本研究中,该量表的 Cronbach's α 系数为 0.916。

1.2.2.6 家庭关怀度指数问卷(Family APGAR Index) 由 Smilkstein^[17] 根据家庭功能的特征编制而成,用于评定个体对自己家庭功能是否满意及其满意的程度,即个体对家庭功能的自我感受。吕繁等^[18] 引入汉化。量表包含 5 个条目,涵盖适应度、合作度、成长度、情感度和亲密度。采用 Likert 3 级评分,从“经常这样”到“几乎很少”分别赋值 0~2 分。总分 0~10 分,得分越高表示家庭功能越好。本研究中,量表的 Cronbach's α 系数为 0.763。

1.2.3 调查方法 取得社区服务中心负责人的同意和配合后,各社区服务中心的工作人员通过张贴招募海报、口头告知或电话通知等方式招募调查对象,并确定调查的具体时间与地点,如社区服务中心会议室或居民活动室等适合集中开展现场调查的场所。调查员由课题组的研究人员组成,在正式数据收集前所有调查员经过统一培训。采用现场发放问卷的方式,由调查员逐一分发问卷,并为受访者提供一对一的指导和说明。具备独立填写能力的老年人可自行完成问卷;需要协助的老年人,则由调查员协助阅读并填写。共发放问卷 450 份,剔除错填、漏填问卷,最终 430 份数据完整问卷被纳入分析,问卷有效回收率为 95.6%。

1.2.4 统计学方法 运用 Excel2021 软件建立数据库,SPSS27.0 软件进行统计分析。计数资料采用频数、百分率进行描述。服从正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)描述。采用 t 检验、方差分析、Pearson 相关性分析及多元线性逐步回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 社区老年人一般资料 430 名社区老年人中,男 187 人,女 243 人,年龄 60~91(70.50 $\pm$ 6.53)岁。婚姻状况:已婚 333 人,丧偶 81 人,离异 12 人,未婚 4 人。居住情况:与家人同住 307 人,独居 123 人。有宗教信仰 21 人。有住院或持续医疗监测经历 172 人。有丧亲史 159 人。慢性病:无 61 人,1 种 220 人,2 种 92 人, ≥ 3 种 57 人。家庭收入情况:收支平衡 260 人,入有所余 133 人,入不敷出 37 人。退休前职业:工人、农民 133 人,无业 102 人,事业单位 75 人,技术/服务行业 69 人,自由职业 37 人,经商 14 人。医保类型:城镇职工医保 286 人,城乡居民医保 128 人,商业保险 2 人,自费 5 人,其他 9 人。

2.2 社区老年人临终健康素养得分 社区老年人临终健康素养总分达到合格标准的比例为 27.4%(118 人);功能性、互动性和批判性维度的合格比例分别为

24.9%(107 人)、40.0%(172 人)和 29.3%(126 人)。社区老年人临终健康素养得分,见表 1。

表 1 社区老年人临终健康素养得分($n=430$)

分, $\bar{x}\pm s$		
项目	得分	条目均分
功能性临终健康素养	11.65 $\pm$ 4.18	1.94 $\pm$ 0.70
互动性临终健康素养	15.29 $\pm$ 4.12	2.19 $\pm$ 0.59
批判性临终健康素养	10.07 $\pm$ 2.44	2.01 $\pm$ 0.49
临终健康素养总分	37.00 $\pm$ 8.11	2.06 $\pm$ 0.45

2.3 不同特征社区老年人临终健康素养得分比较 不同性别、年龄、婚姻状况、居住情况、宗教信仰、住院或持续医疗监测经历、丧亲史、慢性病数量、家庭收入情况、退休前职业、医保类型的社区老年人临终健康素养得分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$);得分差异有统计学意义的项目见表 2。

表 2 不同特征社区老年人临终健康素养得分比较差异有统计学意义的项目

项目	人数	临终健康素养 (分, $\bar{x}\pm s$)	F/t	P
自评健康状况			10.335	<0.001
非常好	17	38.00 $\pm$ 5.49		
很好	120	39.66 $\pm$ 7.49		
一般	239	36.62 $\pm$ 8.12		
较差	54	32.67 $\pm$ 8.06		
医疗决策经历			6.779	<0.001
无	259	34.67 $\pm$ 7.66		
有	171	39.73 $\pm$ 7.78		
子女数量			18.652	<0.001
0 个	17	29.00 $\pm$ 5.35		
1 个	230	35.34 $\pm$ 7.04		
2 个	158	40.03 $\pm$ 8.48		
≥ 3 个	25	39.00 $\pm$ 8.75		
文化程度			152.620	<0.001
小学及以下	109	29.98 $\pm$ 6.50		
初中	196	36.42 $\pm$ 5.84		
高中/中专及以上*	125	44.11 $\pm$ 6.49		

注:* 其中大专及以上学历 6 人。

2.4 社区老年人临终健康素养与各变量的相关性 见表 3。

表 3 社区老年人临终健康素养与各变量的相关系数($n=430$)

项目	临终健康素养	功能性临终健康素养	互动性临终健康素养	批判性临终健康素养
死亡恐惧与焦虑	-0.003	-0.048	-0.022	-0.055
逃离导向的死亡接受	0.531*	0.436*	0.392*	0.354*
自然接受	0.521*	0.362*	0.411*	0.415*
趋近导向的死亡接受	0.215*	0.155*	0.165*	0.172*
死亡逃避	-0.073	-0.063	-0.066	-0.022
自主性感知	0.727*	0.565*	0.554*	0.513*
领悟社会支持	0.680*	0.530*	0.514*	0.481*
家庭关怀度	0.643*	0.480*	0.502*	0.467*

注:* $P<0.001$ 。

2.5 社区老年人临终健康素养影响因素的多元线性回归分析 以临终健康素养总分为因变量,单因素分析及相关性分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,采用逐步回归法进行多元线性回归分析($\alpha_{\lambda}=0.05, \alpha_{\text{出}}=0.10$)。结果显示,自评健康状况(非常好=0,很好=1,一般=2,较差=3)、子女数量(0个=0,1个=1,2个=2, ≥ 3 个=3)、文化程度(小学及以下=0,初中=1,高中/中专及以上=2)、医疗决定经历(无=0,有=1)、自然接受及逃离导向的死亡接受(原值录入)、自主性感知(原值录入)、领悟社会支持(原值录入)、家庭关怀度(原值录入)是社区老年人临终健康素养的影响因素(均 $P<0.05$),共解释74.8%的变异量。共线性检验结果显示,各变量容忍度0.432~0.939,VIF为1.054~2.315,不存在多重共线性。见表4。

表4 社区老年人临终健康素养的多元线性回归分析($n=430$)

变量	β	SE	β'	t	P
常量	0.874	1.583	0.553	0.318	
自评健康状况	-0.769	0.283	-0.068	-2.714	0.007
医疗决策经历	1.287	0.412	0.078	3.127	0.002
自然接受	0.300	0.067	0.126	4.464	<0.001
逃离导向的死亡接受	0.148	0.057	0.078	2.588	0.010
自主性感知	0.191	0.027	0.249	6.951	<0.001
子女数量	1.419	0.305	0.117	4.649	<0.001
家庭关怀度	0.805	0.151	0.174	5.335	<0.001
领悟社会支持	0.087	0.020	0.158	4.286	<0.001
文化程度	2.939	0.322	0.267	9.119	<0.001

注: $R^2=0.753$,调整 $R^2=0.748$; $F=142.588, P<0.001$ 。
Durbin-Watson 值为1.389。

3 讨论

3.1 社区老年人临终健康素养总体偏低 本研究显示,社区老年人临终健康素养总分为(37.00±8.11)分,合格占比仅为27.4%,整体处于较低水平,亟待提升。究其原因,首先,我国社区层面的临终教育和宣传工作较为滞后^[19],导致老年人难以形成对临终阶段医疗与照护选项的全面认知。同时,临终相关讨论常在疾病严重恶化时才被动触发,健康老年人或疾病稳定期老年人没有提前进行临终讨论与准备的机会,制约了临终健康素养的形成。此外,我国社会普遍回避死亡议题,使得老年人较少主动获取与生命终末相关的信息;而尽管多数老年人表达了对“善终”“不拖累家人”等观念的认同^[20],但这些价值取向多停留在情感与道德层面,尚未有效转化为对具体临终医疗选择的理解与判断,从而削弱了其临终健康素养的实际应用。临终健康素养不足会削弱老年人在生命末期知情选择与自主决策的能力,使其在医疗照护决策中易产生困惑、不确定性与依赖性,从而无法作出符合自身价值取向的选择。低临终健康素养可能导致老年人及其家庭对医疗资源、照护服务及生命末

期支持体系的理解与利用不合理,增加临终期间医疗资源的非必要消耗^[21]。因此,应加强社区老年人临终健康素养的培养,探索多渠道、多形式的宣教与决策支持模式,促进老年人对临终相关知识的理性认知,从而有效进行个人的临终健康管理。

3个维度中,功能性临终健康素养维度得分最低,说明社区老年人对于临终医疗决策的相关知识概念缺乏系统性认知。这可能与老年人整体文化程度偏低、认知水平较低有关。但也提示,我国针对老年人的临终健康科普知识的传播效果欠佳,现有的传播内容普遍存在晦涩难懂、受众触达率不高等问题^[22]。功能性临终健康素养是老年人理解临终相关健康信息并参与临终规划的前提条件。既往研究指出,临终知识缺乏是限制老年人参与临终规划及提升决策能力的关键因素之一^[23]。建议社区加强老年人临终科普教育,探索适老化公共援助课程^[24],增加优质临终健康教育的供给,提升老年人对临终关怀的认知与决策准备度。同时,指导老年人获取权威、可靠的临终健康信息,并推荐来源正规、内容通俗易懂的相关平台或资源。此外,可在社区卫生服务机构设立临终健康咨询服务,引导老年人学会甄别和理解临终健康信息,从而提升其临终规划与决策的认知水平。

3.2 社区老年人临终健康素养影响因素

3.2.1 个人特质层:良好的健康状况有助于提高临终健康素养水平 本研究结果表明,良好的健康状况是社区老年人临终健康素养的影响因素,与朱明霞等^[25]研究一致。分析原因,健康状况较差的老年人长期处于疾病应对状态,对疾病预后较为消极,可能会产生焦虑、抑郁情绪^[26],此状态下临终议题易被视为额外心理负担,从而削弱其对临终信息的理解与接受能力;另一方面,频繁就医和身体功能受限使其更依赖被动接受医疗决策^[27],进一步限制临终健康素养的形成。相较之下,健康状况较好的老年人其认知资源与心理调适能力相对充足,更易形成积极的临终管理意识。建议社区开展临终健康相关教育时,充分关注老年人的自评健康状况差异。对于自评健康状况较差的老年人,应重点加强情绪支持与健康认知引导,减轻其将临终议题视为心理负担的认知;同时,通过增强其在日常医疗沟通中的表达和参与,逐步提升其对临终相关信息的理解与应用能力,从而促进临终健康素养的改善。

3.2.2 行为心理特征层

3.2.2.1 医疗决策经历是提升临终健康素养水平的有利条件 本研究显示,有过医疗决策经历的老年人临终健康素养水平更高,与王晓悦^[28]报告的既往相关经历可预测个体健康素养水平的研究结果相似。分析原因,老年人在参与医疗决策过程中,逐步意识到自身意愿在决策中的重要性,这有助于其从被动接受治疗转向主动参与决策;其次,医疗决策往往涉及

治疗风险、疾病预后及生活质量等内容,这些讨论在一定程度上降低了临终议题的敏感性,使老年人更容易在临终情境中理解并接纳相关信息。既往研究表明,曾参与过医疗决策的个体更有可能与家人进行临终事宜的沟通^[29]。建议社区可开展临终医疗决策模拟工作坊,引导老年人在非紧急、低风险的环境中熟悉临终相关决策流程;同时,可结合数字化工具为老年人提供可视化、交互式的医疗决策模拟训练^[30],进一步在临终健康规划中形成更加清晰、理性和主动的行为模式。

3.2.2.2 不同死亡态度类型是影响临终健康素养水平的重要心理机制 死亡态度直接影响老年人对死亡相关信息的回避或接纳程度,是其是否主动理解临终信息和参与临终讨论的重要心理基础。本研究发现,自然接受和逃离导向的死亡接受对社区老年人的临终健康素养水平均具有正向影响。自然接受死亡是指个体能坦然面对生命终结过程。研究表明,自然接受的死亡态度有助于降低个体对临终议题的回避与否认^[31]。因此,在面对临终医疗相关的信息时,该群体能够保持相对稳定的情绪状态,从而将敏感的信息加以理解和内化,并促进将临终知识转化为实际行动,作出符合自身意愿的临终决策。逃离导向的死亡态度是一种将死亡视为摆脱现实痛苦或困境的被动心理取向,其并非主动意义上的接纳。然而,该态度使个体对生命末期情境及其潜在风险保持一定的警觉性。在此情境下,老年人可能出于减少痛苦、避免失控或降低不确定性的动机,更加关注临终阶段可能涉及的医疗处置与照护安排,从而增加其接触、理解临终医疗与照护相关信息的机会^[32]。社区可通过整合多方资源,协同推进老年人生命教育工作,如以传统文化为根基,将生命教育融入清明节等祭祀活动,引导老年人在文化认同与情感共鸣中逐步缓解对死亡的负面认知。同时,社区可探索建设相对非正式、支持性的交流场景,在轻松、安全的氛围中引导老年人围绕生命历程回顾、重大疾病或对生命末期医疗的认知和期待等内容进行交流,通过同伴分享与情感共鸣,降低讨论死亡与临终议题的心理门槛。

3.2.2.3 增强自主性感知可提高临终健康素养水平 自主性感知反映个体对自身决策权和控制感的主观体验,是推动临终健康素养向实际行为转化的重要心理资源。本研究显示,自主性感知是社区老年人临终健康素养水平的影响因素。自主性感知水平较高的个体,其健康管理能力也相对较高^[33]。Rodríguez-Prat 等^[34]认为,具有较强自主性的老年人,对自己的健康状况以及价值观有更为清晰的认识,不希望自己的生活受制于外部规则,或者由他人来做决定。因此,自主性感知较高的老年人更易形成稳定的内在掌控感,该心理资源有助于其以主动、理性的方式看待临终相关议题。建议社区在开展相关教育服务时,需

重点强调老年人在临终事宜中的主体地位,可通过强化对老年人意愿、偏好与价值表达的引导,帮助其逐步形成内在认知;同时,在临终健康咨询的过程中,避免单向灌输或替代性引导,应通过支持性方式增强其对选择权与控制感的主观体验,从而为老年人在临终情境中形成稳定的决策信念和心理准备奠定基础,最终促进其临终健康素养水平的提升。

3.2.3 人际网络层

3.2.3.1 子女数量少的社区老年人是临终健康素养干预的重点 本研究显示,无子女的老年人临终健康素养得分显著低于其他各组有子女的群体,与王芬^[35]报告的子女数量越多的老年人其健康素养越低的研究结果不一致。究其原因,既往研究以健康素养为研究重点,其核心关注疾病健康行为及医疗服务利用等内容^[36],而本研究聚焦于临终健康素养,更强调在临终情境下对医疗信息的理解、沟通与决策能力。子女数量多在老年人的日常健康管理中可能导致责任分散或依赖增强^[37],从而削弱老年人的健康自主性,导致其健康素养水平较低。但在临终议题中,在我国文化背景下,子女在临终阶段承担着医疗沟通及决策支持的重要角色,是老年人情感依托与决策支持的重要来源。无子女的老年人可能会因缺乏讨论与协商对象而回避相关议题,进而影响临终健康素养。提示社区应对无子女或子女少的老年群体建立替代性社会支持体系,由医护人员等专业团队在日常管理中承担信息解释、决策引导的支持性角色。同时,可以社区为中心建立稳定支持关系,如通过签约服务、长期健康顾问或固定随访人员,加强服务连续性,从而逐步提高其临终健康素养。

3.2.3.2 加强社会支持是提高临终健康素养水平的重要支撑 本研究显示,领悟社会支持是社区老年人临终健康素养的影响因素,与向圣晓等^[38]研究结果一致。领悟社会支持强调个体对他人尊重、理解和支持的主观感受,这种个体感知的社会支持比外部形式的客观社会支持对其心理及行为有更强的预测作用^[15]。Bar-Sela 等^[39]发现,患者通过与家人和治疗团队的讨论,能够获得必要的信息、情感支持和决策协助,从而全面地了解临终医疗选项,并最终完成临终医疗计划。较高水平的领悟社会支持能够增强老年人在面对临终事宜时的心理安全感与情绪稳定性,从而降低其对死亡话题的回避倾向,以开放态度参与健康沟通与决策过程,主动寻求信息并表达自身关切,有助于其对复杂医疗信息进行整合与应用^[40]。建议社区可联合卫生服务中心、志愿服务中心、社会工作者等组织建立多元主体的持续性社会支持体系,以动态了解老年人关于疾病和生命末期的相关决策需求,并提供相关实践指导,提高其临终健康素养。

3.2.3.3 维持良好的家庭关系是提高临终健康素养水平的重要途径 本研究结果显示,良好的家庭关系

在提高社区老年人临终健康素养水平中发挥着重要作用。这一现象可能源于家庭关系在老年人心理、情感及认知层面的综合影响。稳定和谐的家庭环境能够提供情感支持与安全感,使老年人在面对生命末期相关议题时更易保持开放心态,从而主动获取、理解和整合相关健康信息^[41]。此外,良好的家庭关系有助于形成有效的沟通与协商机制,家庭成员在日常生活中相互理解和支持,使老年人能够在家庭内部就生命末期偏好和照护意愿进行讨论^[42],从而提升临终健康素养水平。建议建立“家庭—社区—医院”三位一体的决策支持体系,通过专业医疗团队定期开展家庭关系评估和沟通指导,针对冲突或互动不足的家庭提供具体改善方案,以增强老年人情感安全感和参与意愿。其次,可开发家庭共同规划工具,如可视化生命末期决策手册或互动式计划模板,鼓励家庭成员共同讨论照护偏好和临终目标,从而在实践中促进老年人临终健康素养的提升。

3.2.4 工作生活层:关注低文化程度群体是提升临终健康素养的重要节点 本研究结果显示,文化程度越高的老年人,其临终健康素养水平越高。国内外研究均显示,文化程度是老年人健康素养的预测因素^[43-44]。文化程度较高的老年人,对医疗信息的理解能力和判断能力更强,在决策讨论中表达能力也较强^[45]。因此,未来应将文化程度较低的社区老年人作为重点干预对象,建议在临终健康教育方案中增加简明、可视化和互动式材料以增强信息的可理解性与可操作性,帮助文化程度较低的老年人有效地进行临终健康管理。

4 结论

临终健康素养不仅是个人健康素养在特殊阶段的体现,也是其健康适应能力和健康行为的重要组成部分。本研究结果显示,社区老年人临终健康素养水平偏低,亟待提升。不同文化程度、子女数量、自评健康状况、医疗决策经历的社区老年人临终健康素养存在差异,未来应重点关注上述特征人群,加强临终健康教育和干预。死亡态度、自主性感知、领悟社会支持、家庭关怀度都对社区老年人临终健康素养具有正向影响,未来可根据上述因素制订并实施针对性、多元化的干预措施,以提高社区老年人的临终健康素养水平,促进临终健康行为的养成。本研究采用横断面设计,难以捕捉临终健康素养的时序性演变特点。未来研究可考虑采用纵向研究设计,对老年人临终健康素养水平进行长期跟踪,以获取更具动态、客观的研究数据。

参考文献:

[1] Finkelstein E A, Bhadelia A, Goh C, et al. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021 [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022,63(4):e419-e429.

[2] Nan K, Lai R Y, Chan H Y. Decision control preference for end-of-life care among older adults[J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2023,23(2):151-152.

[3] 刘亚男,张春玉.由临床病例引发对患者医疗自主权的思考[J]. *医学与哲学*, 2022,43(22):26-28.

[4] Batchelor F, Hwang K, Haralambous B, et al. Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings:a systematic review and thematic analysis[J]. *Australas J Ageing*, 2019,38(3):173-181.

[5] 宋靓珺,苏聪文.中国老年人死亡质量的研究现状与政策应对[J]. *北京社会科学*, 2021(6):119-128.

[6] Meier C, Vilpert S, Wiczorek M, et al. Development and validation of a subjective end-of-life health literacy scale[J]. *PLoS One*, 2023,18(10):e0292367.

[7] Meier C, Wiczorek M, Vilpert S, et al. Learning from experience: does providing end-of-life care support for relatives boost personal end-of-life health literacy? [J]. *BMC Palliat Care*, 2025,24(1):6.

[8] McLeroy K R, Bibeau D, Steckler A, et al. An ecological perspective on health promotion programs[J]. *Health Educ Q*, 1988,15(4):351-377.

[9] Bernard C, Tan A, Slaven M, et al. Exploring patient-reported barriers to advance care planning in family practice[J]. *BMC Fam Pract*, 2020,21(1):94.

[10] McMahan R D, Barnes D E, Ritchie C S, et al. Anxious, depressed, and planning for the future: advance care planning in diverse older adults[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2020,68(11):2638-2642.

[11] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J]. *中华护理杂志*, 2010,45(4):378-380.

[12] 崔静.老年人死亡态度量表编制及其与主观幸福感的相关性研究[D].天津:天津医科大学,2012.

[13] Hertz J E. Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly[J]. *Issues Ment Health Nurs*, 1996,17(3):261-273.

[14] 王博,杨辉,薛平.中文简版自主性感知量表在老年患者中应用的信效度检验[J]. *国际护理学杂志*, 2019,38(4):476-482.

[15] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. *J Pers Assess*, 1990,55(3-4):610-617.

[16] 黄丽,姜乾金,任蔚红.应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 1996,10(4):160-161.

[17] Smilkstein G. The family APGAR:a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. *J Fam Pract*, 1978,6(6):1231-1239.

[18] 吕繁,顾媛.家庭 APGAR 问卷及其临床应用[J]. *国外医学医院管理分册*, 1995,12(2):56-59.

[19] 闫旭,安然,万巧琴.社区开展安宁疗护的 SWOT 分析与建议[J]. *医学与哲学*, 2025,46(6):54-58.

[20] 冯挽,田素斋,张珠珠,等.老年人对善终认知质性研究

- 的 Meta 整合[J]. 护理学杂志, 2024, 39(12): 94-98.
- [21] 吕国营, 周万里, 王超群. 人口老龄化、临近死亡时间与医疗费用支出: 基于中国老年人健康影响因素跟踪调查的实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(5): 1-9.
- [22] 张渝强, 梁佳. 安宁疗护健康传播的困境与现实路径[J]. 传媒论坛, 2023, 6(18): 21-23.
- [23] Demirkapu H, Hajji R, Chater B, et al. Advance care planning among older adults of Moroccan origin: an interview-based study[J]. Patient Educ Couns, 2023, 113: 107794.
- [24] 刘家慧, 刘梦婕, 韦皓, 等. 国外安宁疗护生命教育最后援助课程研究进展与启示[J]. 医学与哲学, 2025, 46(17): 50-54.
- [25] 朱明霞, 谢淑玲, 黎想, 等. 粤港澳大湾区华人居民死亡素养现状及当代生死教育初探[J]. 中国医学伦理学, 2024, 37(4): 491-498.
- [26] Wrosch C, Barlow M A, Kunzmann U. Age-related changes in older adults' anger and sadness: the role of perceived control[J]. Psychol Aging, 2018, 33(2): 350-360.
- [27] Khalaila R N. Socioeconomic status, health behaviors, obesity and self-rated health among older Arabs in Israel[J]. J Cross Cult Gerontol, 2017, 32(1): 115-130.
- [28] 王晓悦. 中青年脑卒中患者电子健康素养现状及其与生活质量的相关性研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [29] Zhang P, Cagle J G. Previous experience in medical decision making and advance care planning conversations: findings from a nationwide cross-sectional survey[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2024, 41(3): 281-287.
- [30] DeGroot L, Gillette R, Villalobos J P, et al. Feasibility of a digital palliative care intervention (Convoy-Pal) for older adults with heart failure and multiple chronic conditions and their caregivers: a waitlist randomized control trial[J]. BMC Palliat Care, 2024, 23(1): 234.
- [31] 董佩芳, 沈晓如, 金莉莉, 等. 216 例老年住院患者死亡态度的调查分析[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(1): 84-86.
- [32] Fujimoto M, Evans C J, Zhou Y, et al. Enhancing readiness for advance care planning among community-dwelling older adults with frailty: a mixed-method systematic review[J]. Int J Nurs Stud, 2025, 168: 105111.
- [33] Briand M, De Nadai T, Balardy L, et al. Autonomy and dependence in the elderly[J]. Rev Prat, 2020, 70(3): e97-e105.
- [34] Rodriguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, et al. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: systematic review and meta-ethnography[J]. PLoS One, 2016, 11(3): e151435.
- [35] 王芬. 武汉市社区老年慢性病患者健康素养及养老照护准备研究[D]. 武汉: 武汉轻工大学, 2021.
- [36] Munro S A, Lewin S A, Smith H J, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research[J]. PLoS Med, 2007, 4(7): e238.
- [37] 胡洁, 郭海健, 李洋, 等. 江苏省 60~69 岁老年人健康素养现状及其影响因素[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(9): 1156-1158.
- [38] 向圣晓, 王姝, 田苗, 等. 脑卒中患者口腔健康素养现状及其影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(14): 4-8.
- [39] Bar-Sela G, Bagon S, Mitnik I, et al. The perception and attitudes of Israeli cancer patients regarding advance care planning[J]. J Geriatr Oncol, 2021, 12(8): 1181-1185.
- [40] Miyashita J, Yamamoto Y, Shimizu S, et al. Association between social networks and discussions regarding advance care planning among Japanese older adults[J]. PLoS One, 2019, 14(3): e213894.
- [41] de Wit L, Fenenga C, Giammarchi C, et al. Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence[J]. BMC Public Health, 2017, 18(1): 40.
- [42] Michael N, O'Callaghan C, Baird A, et al. Cancer caregivers advocate a patient- and family-centered approach to advance care planning[J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 47(6): 1064-1077.
- [43] Rajah R, Hassali M, Murugiah M K. A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries[J]. Public Health, 2019, 167: 8-15.
- [44] 张微, 赵雅宁, 刘瑶. 老年人电子健康素养现状及其影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2022, 49(9): 1642-1646.
- [45] 李嘉音, 刘东玲, 王子辰, 等. 社区老年慢性病患者预立医疗照护计划相关行为现状研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(1): 94-99.

(本文编辑 宋春燕)