

• 老年护理 •  
• 论 著 •

# 老年 HIV 感染者家庭功能促进及阻碍因素的质性研究

彭小慧<sup>1</sup>, 吴珊<sup>1</sup>, 陈燕华<sup>1</sup>, 肖化丽<sup>2</sup>, 代凤玲<sup>3</sup>

**摘要:**目的 探讨老年 HIV 感染者家庭功能的促进与阻碍因素,为制订针对性家庭支持与心理社会干预方案提供参考。方法 采用描述性质性研究方法,通过目的抽样法选取 17 对接受抗病毒治疗的老年 HIV 感染者及其主要照顾者为研究对象。基于 McMaster 家庭功能模式编制半结构化访谈提纲,开展半结构深度访谈,采用归纳式内容分析法对资料进行整理与分析。结果 促进家庭功能的因素包括积极心理、提升疾病认知、家庭角色分工与责任共担;阻碍家庭功能的因素包括艾滋病病耻感、疾病相关负担、缺乏家庭沟通。结论 老年 HIV 感染者家庭功能受多重因素影响,未来应缓解其阻碍因素,同时激发其促进因素,开展以家庭为中心的综合干预,以改善其家庭功能与生活质量。

**关键词:**老年 HIV 感染者; 家庭功能; 促进因素; 阻碍因素; McMaster 家庭功能模式; 质性研究

**中图分类号:**R47;R512. 91 **DOI:**10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2026. 17. 090

## Facilitators and barriers of family functioning among older adults living with HIV: a qualitative study based on the McMaster Model of Family Functioning

Peng Xiao-

hui, Wu Shan, Chen Yanhua, Xiao Huali, Dai Fengling. School of Nursing, Southwest Medical University, Luzhou 646000, China

**Abstract: Objective** To explore the facilitators and barriers of family functioning among older adults living with HIV, so as to provide evidence for developing targeted family support and psychosocial intervention programs. **Methods** A descriptive qualitative study was adopted. Purposive sampling was used to recruit 17 pairs of HIV infected older adults receiving antiretroviral treatment and their primary caregivers. Based on the McMaster Model of Family Functioning, a semi-structured interview outline was compiled to conduct in-depth semi-structured interviews. Inductive content analysis was applied to collate and analyze the interview data. **Results** Facilitators of family functioning included positive mentality, improved disease cognition, and family role division and responsibility sharing. Barriers consisted of AIDS-related stigma, disease-related burdens, and a lack of family communication. **Conclusion** Family functioning among older adults living with HIV is affected by multiple factors. In the future, targeted interventions should be implemented to alleviate the barriers and activate the facilitators, and family-centered comprehensive interventions should be conducted to improve their family functioning and quality of life.

**Keywords:** older adults living with HIV; family functioning; facilitators; barriers; McMaster Model of Family Functioning; qualitative research

学术界与临床将年龄 $\geq 50$ 岁的 HIV 感染者界定为老年 HIV 感染者<sup>[1]</sup>。近年来,随着全球老龄化加速及抗病毒治疗进步,老年 HIV 感染者人数持续增长<sup>[2]</sup>。我国数据显示,该人群新报告病例由 2010 年的 11 751 例激增至 2022 年的 51 856 例,增幅超 3 倍<sup>[3]</sup>,该人群的健康维护与生活质量提升已成为公共卫生重点议题<sup>[4-5]</sup>。家庭是老年 HIV 感染者的核心支持系统,根据 McMaster 家庭功能模式,家庭可为成员的生理、心理健康及社会适应性提供重要保障<sup>[6]</sup>。对于面临老龄偏见与疾病双重污名的老年

HIV 感染者而言,家庭功能障碍易引发社会隔离<sup>[7]</sup>,还会削弱其服药依从性<sup>[8]</sup>。因此,识别影响其家庭功能的促进与阻碍因素,对于构建有效的家庭支持干预、改善其健康结局具有关键意义。当前,国内家庭功能相关研究多聚焦其他慢性疾病<sup>[9-10]</sup>或青壮年感染者<sup>[11-12]</sup>,且以量性调查为主<sup>[12-13]</sup>,难以解释其在家庭中的真实作用过程,也难以捕捉老年 HIV 感染者与照顾者的个体体验。因此,本研究以老年 HIV 感染者及照顾者为研究对象,以 McMaster 家庭功能模式<sup>[6]</sup>为理论框架,采用描述性质性研究挖掘家庭功能的促进与阻碍因素,旨在为构建家庭导向的干预体系提供参考。

### 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用目的抽样法,选择 2025 年 7—9 月在自贡市富顺县人民医院进行抗病毒治疗的老年 HIV 感染者及照顾者为研究对象。自贡市为四川省 HIV 疫情较重的地区之一<sup>[14]</sup>,该定点医院承担了辖

作者单位:西南医科大学 1. 护理学院 3. 科技处(四川 泸州, 646000);2. 富顺县人民医院感染科

通信作者:代凤玲, fengling. dai. swmu@foxmail. com

彭小慧:女,硕士在读,学生, pxx19862550530@outlook. com

科研项目:四川省自然科学基金项目(2024NSFSC0571)

收稿:2026-04-10;修回:2026-06-14

区内大部分老年 HIV 感染者的抗病毒治疗与随访管理工作。当地老年 HIV 感染者文化程度普遍较低,且经济条件较为困难。患者纳入标准:①经疾控中心或三级甲等医院确诊为 HIV 感染者<sup>[15]</sup>;②年龄≥50 岁;③确诊时间≥6 个月(已度过 HIV 感染急性期<sup>[16]</sup>);④知晓并已接受自身 HIV 感染诊断;⑤知情同意自愿参与本研究。照顾者纳入标准:①与患者具有亲属关系,与患者共同居住或对患者连续照顾时间≥2 周,且在研究时仍承担主要照顾职责<sup>[17]</sup>;②年龄≥18 周岁;③知情同意自愿参与研究。患者及照

顾者排除标准:①患有精神疾病或存在认知障碍;②存在严重的视觉、听觉或言语功能障碍,无法清晰表达个人观点。样本量以连续访谈未出现新主题、信息达到饱和为判断标准。样本量以信息饱和为依据:访谈至第 14 对研究对象时达到饱和,为确认饱和并确保无信息遗漏,后续追加 3 对,最终样本量为 17 对。老年 HIV 感染者及照顾者一般资料见表 1。本研究已获得西南医科大学附属医院伦理委员会批准(KY2025235),并将完整伦理审批文件报送富顺县人民医院。

表 1 老年 HIV 感染者及照顾者一般资料

| 患者<br>编号 | 性别 | 年龄<br>(岁) | 学历 | 婚姻<br>状况 | 家庭人均<br>月收入(元) | 病程<br>(年) | 居住地 | 照顾者<br>编号 | 性别 | 年龄<br>(岁) | 学历 | 婚姻<br>状况 | 与患者<br>关系 | 为家庭经济<br>主要承担者 | 与患者<br>同住 |
|----------|----|-----------|----|----------|----------------|-----------|-----|-----------|----|-----------|----|----------|-----------|----------------|-----------|
| P1       | 男  | 59        | 小学 | 已婚       | 700            | 6         | 农村  | C1        | 男  | 37        | 初中 | 离异       | 子女        | 是              | 否         |
| P2       | 女  | 61        | 初中 | 已婚       | 400            | 16        | 农村  | C2        | 男  | 41        | 初中 | 已婚       | 子女        | 是              | 是         |
| P3       | 男  | 93        | 初中 | 已婚       | 5 000          | 3         | 城市  | C3        | 男  | 34        | 高中 | 已婚       | 外孙        | 否              | 否         |
| P4       | 男  | 62        | 高中 | 已婚       | 2 000          | 2         | 城市  | C4        | 女  | 27        | 本科 | 未婚       | 子女        | 是              | 是         |
| P5       | 女  | 68        | 小学 | 丧偶       | 2 500          | 0.5       | 城市  | C5        | 女  | 42        | 本科 | 已婚       | 子女        | 否              | 是         |
| P6       | 男  | 72        | 文盲 | 丧偶       | 350            | 10        | 农村  | C6        | 男  | 37        | 小学 | 未婚       | 子女        | 否              | 是         |
| P7       | 男  | 67        | 文盲 | 已婚       | 550            | 11        | 农村  | C7        | 女  | 65        | 文盲 | 已婚       | 配偶        | 否              | 是         |
| P8       | 男  | 73        | 小学 | 已婚       | 1 000          | 2         | 城市  | C8        | 女  | 40        | 中专 | 已婚       | 子女        | 是              | 否         |
| P9       | 女  | 69        | 小学 | 已婚       | 3 500          | 15        | 城市  | C9        | 女  | 45        | 初中 | 已婚       | 儿媳        | 是              | 否         |
| P10      | 男  | 68        | 小学 | 丧偶       | 800            | 8         | 农村  | C10       | 女  | 40        | 初中 | 已婚       | 子女        | 否              | 是         |
| P11      | 女  | 56        | 小学 | 已婚       | 2 000          | 2         | 城市  | C11       | 女  | 22        | 本科 | 未婚       | 子女        | 否              | 是         |
| P12      | 男  | 52        | 初中 | 已婚       | 4 000          | 2         | 城市  | C12       | 女  | 28        | 大专 | 未婚       | 子女        | 否              | 否         |
| P13      | 男  | 70        | 小学 | 已婚       | 800            | 10        | 农村  | C13       | 女  | 44        | 初中 | 已婚       | 子女        | 是              | 否         |
| P14      | 男  | 67        | 小学 | 已婚       | 无*             | 9         | 农村  | C14       | 男  | 41        | 初中 | 已婚       | 子女        | 是              | 是         |
| P15      | 男  | 65        | 小学 | 丧偶       | 2 000          | 15        | 农村  | C15       | 女  | 30        | 本科 | 已婚       | 子女        | 是              | 否         |
| P16      | 女  | 73        | 文盲 | 已婚       | 500            | 15        | 农村  | C16       | 女  | 61        | 小学 | 已婚       | 姐妹        | 否              | 否         |
| P17      | 女  | 55        | 小学 | 已婚       | 1 000          | 15        | 城市  | C17       | 男  | 50        | 小学 | 已婚       | 配偶        | 是              | 否         |

注:\*表示该户当年处于全家待业状态,无固定收入来源。

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 本研究为描述性质性研究。McMaster 家庭功能模式包含问题解决、沟通、角色分工、情感反应、情感介入和行为控制 6 个核心维度<sup>[6]</sup>,

本研究围绕这 6 个维度设计半结构化访谈提纲,经研究团队讨论、专家评议及 3 对老年 HIV 感染者与照顾者预访谈后修订,形成正式访谈提纲,见表 2。

表 2 老年 HIV 感染者及照顾者家庭功能的访谈提纲

| 维度   | 患者                                     | 照顾者                                 |
|------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 沟通   | 关于病情和治疗,您和家人通常怎么交换信息和想法?               | 在照顾相关的事情上,您和患者之间信息的传递和商量,通常怎么进行?    |
| 情感介入 | 生病后,当您想做一些自己的事(比如老爱好、见老朋友)时,家人通常是什么反应? | 当您需要一些自己的时间或空间时,患者和其他家人通常是什么反应?     |
| 情感反应 | 当您因为病情感到痛苦或低落时,家人通常如何回应?               | 当您因为照顾感到身心疲惫或压力很大时,患者或其他家人有什么反应?    |
| 角色分工 | 确诊后,关于您的生活起居、治疗事项和经济方面的事情,家里是怎么商量和决定的? | 患者确诊后,家里的照顾事务是怎么安排和分工的?             |
| 行为控制 | 确诊之后,家里的日常生活和相处方式有什么变化?                | 在照顾过程中,您家里的日常生活和相处方式有什么变化?          |
| 问题解决 | 回想一个确诊后家里遇到的、让您们印象最深的困难,当时是怎么应对过来的?    | 回想一个确诊后家里遇到的、让您们印象最深的困难,当时是怎么应对过来的? |

1.2.2 资料收集方法 本研究采用半结构式深度访谈法,在感染科独立的心理咨询室进行访谈。研究者

先营造轻松氛围、说明研究目的及录音与保密事宜,获取知情同意后开展访谈。为保证资料的互补性与

完整性,感染者和照顾者同时接受访谈。访谈以提纲为主线灵活追问,每次访谈 30~60 min。

**1.3 资料整理与分析** 所有访谈结束后 24 h 内完成逐字转录,并对受访者陈述时的语气、表情、动作等非语言信息进行标注。由 2 名研究者采用归纳式内容分析法<sup>[18]</sup>进行资料分析。

**1.4 质量控制方法** 本研究依据 Lincoln 和 Guba<sup>[19]</sup>提出的质性研究质量控制框架,从 4 个方面对研究过程进行质量控制。①可信性:为保证研究结果能够真实呈现受访者的实际经历,资料分析环节采用研究者三角验证方法;将初步分析结果反馈给 3 对受访者进行核对,确认结果与其实际经历相符;访谈提纲经专家评议及预访谈检验后确定,以保证其科学性与文化适用性。②可转移性:为方便读者判断本研究结论的适用范围,表 1 详细展示了研究对象的一般资料,并对研究区域及医院等情境进行了说明。③可靠性:为确保研究过程清晰、可追溯,研究过程中保存了原始访谈转录稿、编码记录、分析备忘录及主题修订过程文件,并对编码不一致之处的协商过程进行了详细记录,形成完整的审计追踪链条。④可确认性:为保证研究结论源于访谈资料而非研究者主观判断,研究者通过反思日记记录研究过程中的主观思考,包括自身护理学专业背景及参与 HIV 相关研究的经历可能带来的认知倾向,主动审视并减少主观偏差,确保从原始数据到研究结论的推理路径清晰可查。

## 2 结果

### 2.1 老年 HIV 感染者及照顾者家庭功能的促进因素

**2.1.1 积极心理** 积极心理帮助感染者及家属以乐观接纳的态度面对疾病,缓解负面情绪,增强家庭共同应对困境的信心与凝聚力。P2:“我儿子总说‘中国几百万人都有(艾滋病),正常生活’,但我心里还是想不通。好在娃娃心态好,安慰我‘遇到了就面对吧’”。C2:“伴侣挺支持我的,比较在乎我的感受,家里也没因为这事儿吵吵闹闹,都齐心协力想办法(应对父亲的病情)。”C8:“如果我变得对生活没有热情,没得积极性的话,可能会影响我的孩子……我报名考了社工,想帮更多人,也给孩子做榜样。”

**2.1.2 提升疾病认知** 科学的疾病认知帮助家庭将 HIV 视为可控的慢性病,消除疾病恐惧,并主动获取疾病相关知识。P11:“这个病是体检查出来的,当时觉得天塌了。现在吃药控制两年了,情况稳定,感觉和高血压、糖尿病差不多,按时吃药就行。”C12:“我学护理的,了解这个病,知道可控可治。社会上的歧视和误解,很多时候源于无知。我觉得,如果大家都能科学看待,这个病就不会成为家庭和社会的负担。”C10:“科学知识真的能消除恐惧,刚开始我也怕,整夜失眠。后来我主动去了解这个病,在重庆医院跟其他

家属交流,发现很多家庭都能正确看待(艾滋病)。”

**2.1.3 家庭角色分工与责任共担** 老年 HIV 感染者家庭通过经济支持、日常照护与情感陪伴的分工协作,将个体压力转化为家庭集体责任,形成结构化的支持网络。P15:“我有啥子想要的就跟我的女儿打电话,她也经常回来陪我,女儿大多数都陪我拿药和检查,有她在,(我)会轻松很多。”C16:“她有个女儿在外打工,女婿也不在跟前,平时拿药、跑腿的事主要是我帮着做,(钱的事)主要是她女儿出。我们姊妹帮不上啥实质的忙,最多就是跑腿和陪伴。”C6:“家里主要是我和两个姐姐商量。她们上班,我时间多,就负责日常照顾。老爷子看病、吃药的事,我们三姐弟都会说(商量),有事一起扛,经济上互相帮衬,这就够了。”

### 2.2 老年 HIV 感染者及照顾者家庭功能的阻碍因素

**2.2.1 艾滋病病耻感** 病耻感导致感染者回避家庭关心、家庭成员减少情感介入,使家庭采取严格的保密与社交回避策略,情感支持系统失效。P1:“我知道这个病不光彩。儿子总担心我说漏嘴,我喝酒了话多……但我不想给他丢脸。怕女方知道我们家有病,嫌弃他,是我拖累他了。”P4:“我最怕病情传出去,影响女儿工作,她做教育(从事教育工作),要人信任。要是害得她在这个城市待不下去,我死都闭不上眼。”P5:“看她(女儿)戴手套、口罩,我就觉得自己……脏。我不想拖累他们。”C14:“我不敢告诉任何人我爸的病,怕村里人笑话,说作风问题。连朋友都不敢说,怕被疏远。”

**2.2.2 疾病相关负担** 疾病引发的生理痛苦、经济压力及照护者的身心耗竭,共同破坏了家庭的日常秩序与责任分配,使家庭系统处于应激状态。P5:“我身上长疙瘩,疼得厉害的时候会呻吟。我女儿我换药的时候,戴着手套、口罩。”P14:“钱的事,儿子说去找他舅舅借,我说别借了,他非要治……他一个人扛,太难了。我儿子不容易,有三个娃儿要养,还为了我工作都辞了(长叹一口气)。”C8:“我经常睡不着,最怕半夜手机响,一响就表示(父亲)又发病了。有次我老汉儿(父亲)半夜倒地,接到电话赶过去看到他大小便失禁,我一边哭一边收拾,带去住院照顾了四天四夜没合眼。”

**2.2.3 缺乏家庭沟通** 因羞耻、愧疚或保护心理,家庭成员间无法就病情进行开放交流,导致信息隔离、情绪压抑,消解了家庭关系的信任与情感韧性。P4:“我老婆和小女儿对我尽心尽力,但小女儿现在对我爱答不理的,很多时候想和她聊聊天,但又不晓得咋开口。”P9:“这个病 15 年了……我一直瞒着老伴,没敢告诉他实情。怕他多想,也怕他伤心。娃娃们都理解,帮着一起瞒。”C4:“这个病伤害的不仅仅是身体,更是整个家庭的关系和信任。我有种被背叛的感觉,但又不得不因为‘孝道’全心照顾他,这种矛盾很折磨

人,让我对亲密关系产生了很大的怀疑。”

### 3 讨论

将本研究所提炼的类别与 McMaster 家庭功能模式的维度进行对应发现:积极心理对应情感介入与情感反应维度;提升疾病认知对应问题解决维度;家庭角色分工与责任共担对应角色分工维度;艾滋病病耻感对应情感反应、情感介入与沟通维度;疾病相关负担对应行为控制与角色分工维度;缺乏家庭沟通对应沟通维度。

#### 3.1 以去污名化教育为导向,提升疾病认知水平

本研究发现,病耻感在 McMaster 模型中,主要表现为抑制情感反应与情感介入维度,削弱家庭的情感接纳与支持能力,使家庭采取严格的保密与社交回避策略。此外,病耻感也严重影响沟通维度,导致感染者与家人之间难以就病情进行开放交流。乌干达一项研究曾指出,老年感染者因担心丧失尊严而隐瞒病情,内化污名显著削弱了其获得家庭支持的能力<sup>[20]</sup>。本研究访谈对象学历参差不齐,对 HIV 感染的认知水平存在明显分化。部分家庭成员学历相对较低,获取与辨识权威疾病知识的渠道较为单一,易受社会偏见与负面舆论影响,进而内化病耻感、加重家庭认知误区。本研究亦发现部分学历较高、主动学习疾病知识的家庭成员,能够客观认识 HIV 感染的特征,将其视为可长期管控的慢性疾病,从而有效缓解疾病恐惧与心理避讳。可见,提升对疾病的认知是削弱病耻感、优化家庭问题解决能力的关键途径。为此,应以去污名化教育为核心策略,着力提升患者与家庭的疾病认知水平,强化家庭的问题解决能力,从而直接缓解对情感反应与情感介入维度的抑制。可采取以下具体措施:编制便携的“情景应对指南”,帮助家庭应对日常歧视场景;将照顾者纳入干预体系,通过家庭共同参与的小组活动,让患者与照顾者共同学习、互相支持,构建认知与情感并重的支持网络。社区参与式干预在资源有限环境中对减少 HIV 相关污名具有显著效果<sup>[21]</sup>,可借鉴此经验,依托社区常态化健康宣教、同伴互助小组等基层干预形式拓宽覆盖范围。系统的健康知识普及与去污名化引导,不仅能减轻该群体的心理负担、提升尊严感,还能减少因污名导致的就医回避与信息隐瞒<sup>[22]</sup>,进而改善疾病管理效果,间接改善治疗依从性与健康结局。

**3.2 加强家庭沟通与支持,培育积极家庭心态** 本研究发现,家庭角色分工与责任共担及积极心理是家庭功能的促进因素,而缺乏家庭沟通是障碍因素,直接影响 McMaster 家庭功能模型的沟通维度,并波及问题解决与情感介入。在家庭角色分工与责任共担方面,Schröder 等<sup>[23]</sup>在南非发现,代际支持对治疗依从性和家庭关系改善具有积极影响。在积极心理方面, Lee 等<sup>[24]</sup>对美国南部老年 HIV 感染者的研究同

样显示,照顾者在面临多重挑战的同时仍表达了积极充实的照顾体验,与本研究照顾者“积极心理”促进家庭功能的结果相互印证。在家庭沟通方面,潘蕴蛟等<sup>[25]</sup>对我国 HIV 感染者家庭生活的分析也证实了家庭沟通与社会支持的重要作用。然而,受“家丑不可外扬”传统观念影响,部分家庭难以开展开放沟通。因此,应加强家庭沟通与支持,培育积极家庭心态。具体可开展家庭沟通技能培训,帮助成员学习情感表达与协商技巧,建立开放、直接的沟通模式。研究证实,良好的家庭沟通既能帮助家庭成员建立科学的疾病认知,降低传播风险<sup>[26]</sup>,也能传递情感支持与用药提醒,提高感染者的治疗依从性<sup>[8]</sup>。同时,积极心理可改善感染者的认知功能,对于老年 HIV 感染者而言,建立在开放沟通基础上的全方位支持能显著缓解多重压力、提升生活质量。应将沟通改善、支持强化与心态培育视为相互促进的整体,通过积极的家庭互动逐步形成乐观、接纳的家庭氛围,系统推动家庭功能的健康发展。

**3.3 完善支持性政策,减轻疾病相关负担** 本研究发现,疾病相关负担主要影响 McMaster 家庭功能模型中的行为控制与角色分工维度,导致家庭规则混乱、责任过度集中于个别成员。国内研究显示,低教育程度和无配偶的老年感染者尤为脆弱<sup>[27]</sup>,提示这一群体面临更重的疾病相关负担;国外研究则发现,交通费用是老年感染者就医的主要障碍之一,家庭经济支持和政府补助有助于缓解这一困境<sup>[28]</sup>。McMillan 等<sup>[29]</sup>进一步指出,针对经济困难老年感染者的支持性政策具有紧迫性。本研究中部分受访者来自农村、经济条件困难,加之低教育程度影响政策信息获取,疾病相关负担可能更为沉重。基于此,应完善支持性政策,切实减轻家庭压力。政策层面,建议完善专项救助机制,通过经济补助、医药费用减免等方式,减轻农村及经济困难家庭的治疗与照护负担。同时,应简化救助申请流程,降低低教育程度家庭的申请门槛。服务层面,可由社区卫生服务站组织志愿者或邻里互助,协助日常照护和就医陪同,缓解照护压力。心理支持层面,应加强健康教育与心理支持,定期开展照护者心理疏导,帮助缓解身心耗竭。针对低教育程度家庭,应制作通俗易懂的政策宣传材料,通过社区工作者等渠道发放,帮助其有效利用救助资源。

### 4 结论

本研究基于 McMaster 家庭功能模型,通过对 17 对老年 HIV 感染者及家庭照顾者的质性访谈,发现积极心理、提升疾病认知、家庭角色分工与责任共担是促进家庭功能的关键因素;艾滋病病耻感、疾病相关负担、缺乏家庭沟通是阻碍因素。因此,未来可针对性地构建多维度综合干预体系,以修复和促进家庭沟通为首要突破口,整合去污名化教育、积极心态培

育及医疗—社区—家庭支持网络,切实提升老年 HIV 感染者的家庭功能。但是,本研究样本仅来源于单一区域定点医院,受地域文化、经济水平限制,其结论普适性有待进一步验证;其次,感染者与主要照顾者同场访谈,受访者可能刻意回避负面感受,降低资料的深度与真实度。

### 参考文献:

- [1] McMillan J M, Krentz H, Gill M J, et al. Managing HIV infection in patients older than 50 years[J]. CMAJ, 2018,190(42):E1253-E1258.
- [2] Ahmed M H, Ahmed F, Abu-Median A B, et al. HIV and an ageing population: what are the medical, psychosocial, and palliative care challenges in healthcare providers? [J]. Microorganisms, 2023,11(10):2426.
- [3] Hou Y, Jin Y, Cai C, et al. Comparative analysis of epidemiological features of HIV/AIDS cases aged over and under 50 years old: China, 2010—2022[J]. China CDC Wkly, 2023,5(48):1079-1083.
- [4] 巩仪凡,刘志斌. 老年艾滋病中医临床研究紧迫感与切入点[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2022,36(7):739-743.
- [5] 董宁,王嫣华,鲍美娟,等. 基于动机性访谈的运动干预对老年 HIV 感染者运动和生活质量的影响[J]. 中国艾滋病性病, 2023,29(7):788-793.
- [6] Epstein N B, Bishop D S, Levin S. The McMaster model of family functioning[J]. J Marriage Fam Couns, 1978, 40:585-593.
- [7] 潘燕云,朱政,孙文秀,等. 上海市≥50 岁 HIV/AIDS 患者社会隔离影响因素分析[J]. 中国艾滋病性病, 2023,29(12):1317-1322.
- [8] 章益琴,吴艳,章天天. HIV 感染者/AIDS 患者社会支持现状及其服药依从性调查[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2020,43(4):282-284.
- [9] 程玉婷,周东阳,张驰. 脑肿瘤患者及照顾者家庭功能与经济毒性的纵向主客体模型研究[J]. 护理学杂志, 2023,38(22):15-19.
- [10] 黄志杰,麦志华,王皓翔,等. 老年“三高”共患情况和家庭功能的现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2025,28(16):2001-2010.
- [11] 张泽坤,孙业恒,吴荣涛,等. 某血源性艾滋病流行乡 PLWHAS 的家庭功能状况分析[J]. 安徽医科大学学报, 2007,42(1):111-113.
- [12] 赵玉霞,章涵. 河南省农村艾滋病流行地区 HIV/AIDS150 例家庭功能状况及影响因素分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2011,25(10):789-791.
- [13] 王东丽,孙丽,王金塔,等. PLWHA 家庭功能现状及影响因素分类回归树分析[J]. 中国预防医学杂志, 2022,23(6):447-451.
- [14] 张英,万晓宇,肖丽,等. 2022-2024 年四川省自贡市新报告 HIV-1 感染者基因亚型及治疗前耐药特征分析[J]. 疾病监测, 2026,41(1):47-53.
- [15] 沈银忠. 中国艾滋病诊疗指南(2024 版)[J]. 中国艾滋病性病, 2024,30(8):779-806.
- [16] 张秋月,张路坤,何云. 急性 HIV 感染诊疗管理专家共识(2025 版)[J]. 中国艾滋病性病, 2025,31(3):226-235.
- [17] Cheabu B S N, Godfrey C, Robertson M A, et al. Experiences of HIV/AIDS caregiving by informal caregivers and the experiences of receiving care in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review protocol [J]. JBI Evid Synth, 2025,23(7):1449-1456.
- [18] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process [J]. Adv Nurs, 2008,62(1):107-115.
- [19] Lincoln Y S, Guba E G. Naturalistic inquiry[M]. Beverly Hills: Sage Publications, 1985:290-301.
- [20] Nakasujja N, Nakigudde J, Lwanga I B, et al. "I haven't told other people. I want to keep my dignity": HIV related stigma among the elderly in Uganda[J]. HIV AIDS (Auckl), 2024,16:477-484.
- [21] Kimera E, Alanyo L G, Pauline I, et al. Community-based interventions against HIV-related stigma: a systematic review of evidence in Sub-Saharan Africa [J]. Syst Rev, 2025,14(1):8.
- [22] Armstrong-Mensah E, Ofori E, Alema-Mensah E, et al. HIV destigmatization: perspectives of people living with HIV in the Kumasi Metropolis in Ghana[J]. Front Reprod Health, 2023,5:1169216.
- [23] Schröder H, Mataboge P, McMahon S A, et al. "I am adhering to HIV treatment so that I can live to support her": a qualitative study of upward intergenerational support in South Africa[J]. J Glob Health, 2024,14:04083.
- [24] Lee Y, Vance D E, Batey D S. The unique challenges of older informal caregivers living with HIV in the U. S. deep south: a qualitative study[J]. J Assoc Nurses AIDS Care, 2024,35(5):409-421.
- [25] 潘蕴蛟,谢剑锋,林丽,等. HIV 感染对家庭生活影响的质性研究[J]. 海峡预防医学杂志, 2023,29(2):97-99.
- [26] Suardana K I, Surasta W I, Erawati N L P S. The effect of communication family patterns on prevention effort HIV/AIDS transmission[J]. Enferm Clin, 2020,30(Suppl 3):113-117.
- [27] 陈坤,梁敏红,张晶,等. 上海市虹口区老年艾滋病感染者社会脆弱性分析[J]. 老年医学与保健, 2022,28(2):406-409.
- [28] Schatz E, Knight L, Mukumbang F C, et al. 'You have to withstand that because you have come for what you have come for': barriers and facilitators to antiretroviral treatment access among older South Africans living with HIV[J]. Sociol Health Illn, 2021,43(3):624-641.
- [29] McMillan J M, Dalere J, Naqvi F, et al. Perspectives on continuing care, from home care to long-term care, for older people living with HIV: a cross-sectional study[J]. Health Sci Rep, 2025,8(3):e70578.

(本文编辑 韩燕红)