

分类编号: \_\_\_\_\_

单位代码: 10065

密 级: \_\_\_\_\_

学 号: 1911030211

# 天津师范大学

## 研究生学位论文

论文题目: 不同养老模式下, 老年人主观健康与死亡焦虑的关系: 社会支持的中介作用

学 生 姓 名: 冯宇燕 申请学位级别: 硕士

申请专业名称: 应用心理

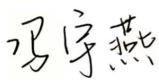
研 究 方 向: 老年心理健康促进

指导教师姓名: 张晓华 专业技术职称: 副教授

提交论文日期: 2021 年 6 月

## 天津师范大学学位论文原创声明

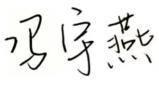
本人郑重声明:此处所提交的学位论文《不同养老模式下,老年人主观健康与死亡焦虑的关系:社会支持的中介作用》,是本人在导师指导下,在天津师范大学攻读硕士学位期间独立进行研究工作所取得的成果。据本人所知,论文中除已注明部分外不包含他人已发表或撰写过的研究成果。对本文的研究工作做出重要贡献的个人和集体,均已在文中以明确方式注明。本声明的法律结果将完全由本人承担。

作者签名:  日期: 2021年6月7日

## 天津师范大学学位论文使用授权书

《不同养老模式下,老年人主观健康与死亡焦虑的关系:社会支持的中介作用》系本人在天津师范大学攻读学位期间在导师指导下完成的学位论文。本论文的研究成果归天津师范大学所有,本论文的研究内容不得以其他单位的名义发表。本人完全了解天津师范大学关于保存、使用学位论文的规定,同意学校保留并向有关部门递交论文的复印件和电子版本,允许论文被查阅和借阅,同意学校将论文加入《中国优秀博硕士学位论文全文数据库》和编入《中国知识资源总库》。本人授权天津师范大学,可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文,可以公布论文的全部或部分内容。

本学位论文属于(请在以下相应方框内打“√”);  
保密在\_\_\_\_\_年解密后适用本授权书  
不保密

作者签名:  日期: 2021年6月7日  
导师签名:  日期: 2021年6月7日

## 摘要

当前，我国正面临严峻的老龄化形势，不同养老模式下老年人的身心健康问题饱受各界关注。本研究旨在考察社区居家养老模式与机构养老模式下，老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑的关系，选取江西省南昌市社区居家养老模式与机构养老模式下的老年人共501位，采用主观健康量表、死亡焦虑量表与社会支持量表对被试分别进行施测，最终得出以下结果：

- (1) 老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑在不同人口学分析上存在显著差异；
- (2) 社区居家养老模式下的老年人主观健康、社会支持总分及主观支持、客观支持得分显著高于机构养老模式，两种养老模式下的死亡焦虑得分差异不显著；
- (3) 社区居家养老模式下，老年人主观健康、客观支持显著负向预测死亡焦虑，对支持的利用度显著正向预测死亡焦虑，机构养老模式下，仅主观健康显著负向预测老年人死亡焦虑；
- (4) 社区居家养老模式下，客观支持可以作为部分中介影响主观健康与死亡焦虑的关系。

综上，本研究得出以下结论：老年人在主观健康评价与社会支持状况的感知中，处于社区居家养老的老年人好于机构养老，但在死亡焦虑的感知中，两种养老模式所差无几；不论是社区居家养老还是机构养老，均可通过主观健康有效缓解老年人死亡焦虑，此外，社区居家养老模式中，亦可通过客观支持起到对死亡焦虑的纾解作用。

关键词：养老模式 主观健康 死亡焦虑 社会支持

## ABSTRACT

At present, the aging situation of China is becoming more and more serious, and the physical and mental health of the elderly in different pension modes are a widespread concern. The purpose of this study is to investigate the relationship between the subjective health, social support and death anxiety of the elderly under the community-based home care group and the institutional care group. 501 elderly in Nanchang City, Jiangxi Province were surveyed by using the Subjective Health Scale, the Death Anxiety Scale and Social Support Rating Scale.

Results indicated that:

- (1) There were significant demographic differences in subjective health, social support, and death anxiety among the elderly.
- (2) The total scores of subjective health, social support, subjective support and objective support of the elderly in community-based home care group were significantly higher than those in institutional care group. The score of death anxiety had no significant difference.
- (3) In community-based home care group, subjective health and objective support were significantly positive predictors of death anxiety, utilization of support was significantly negatively predictors of death anxiety. In institutional care group, only subjective health was significantly positive predictors of death anxiety.
- (4) Objective support as a partial mediator affected the relationship between subjective health and death anxiety in community-based home care group.

Summing up the above, this study drew the following conclusions: subjective health and social support of the elderly in community-based home care group is better than institutional care group, but no difference in death anxiety; Both community-based home care group and institutional care group can effectively alleviate death anxiety of the elderly through subjective health. In addition, in community-based home care group, objective support can also play a role in alleviating death anxiety.

Key words: pension mode, subjective health, death anxiety, social support

# 目录

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 摘要                              | IV |
| ABSTRACT                        | V  |
| 目录                              | VI |
| 1 引言                            | 1  |
| 1.1 人口老龄化现状                     | 1  |
| 1.2 养老模式与老年心理健康                 | 1  |
| 1.3 老年人死亡焦虑与健康问题                | 2  |
| 2 研究综述                          | 3  |
| 2.1 养老模式                        | 3  |
| 2.2 主观健康                        | 4  |
| 2.3 死亡焦虑                        | 6  |
| 2.4 社会支持                        | 9  |
| 3 问题提出与研究意义                     | 11 |
| 3.1 问题提出                        | 11 |
| 3.2 研究意义                        | 12 |
| 4 研究方法                          | 13 |
| 4.1 研究对象                        | 13 |
| 4.2 研究工具                        | 14 |
| 4.3 数据分析                        | 14 |
| 5 研究结果                          | 16 |
| 5.1 共同方法偏差的检验                   | 16 |
| 5.2 主观健康、死亡焦虑与社会支持的人口学差异分析      | 16 |
| 5.3 主观健康、死亡焦虑与社会支持在不同养老模式下的差异比较 | 18 |
| 5.4 不同养老模式下，主观健康、死亡焦虑与社会支持的关系分析 | 19 |
| 6 讨论                            | 24 |
| 6.1 主观健康、社会支持与死亡焦虑的人口学差异讨论      | 24 |
| 6.2 养老模式与主观健康、社会支持、死亡焦虑的差异讨论    | 26 |
| 6.3 主观健康、社会支持与死亡焦虑的关系           | 27 |
| 6.4 社会支持的中介作用                   | 27 |
| 7 研究结论与展望                       | 29 |
| 7.1 研究结论                        | 29 |
| 7.2 对策与建议                       | 29 |
| 7.3 不足与展望                       | 30 |
| 参考文献                            | 31 |
| 附录                              | 40 |
| 致谢                              | 44 |

# 1 引言

## 1.1 人口老龄化现状

人口老龄化(aging of population)是指一个国家或地区在一段时期内老年人口比重不断上升的现象或过程。目前，人口老龄化是一种全球态势，是二十一世纪各国普遍面临的严重问题。据统计，当前在全球范围内，60岁及以上老年人口的增长速度快于其他任一年龄阶段的增长速度(陈泰昌, 2019)，导致人口老龄化程度不断深化。而我国人口老龄化进程尤为迅速，根据国家统计局发布的数据显示，截至2020年末，我国60岁及以上人口有26402万人，占总人口的18.7%；65岁及以上老年人口19064万人，占总人口的13.50%。“十四五”时期是人口老龄化的关键期，据民政部预测，“十四五”期间，我国60岁及以上老年人口占总人口的比例将超过20%，老年人口将突破3亿人，从轻度老龄化迈入中度老龄化。

老龄化正在重塑我们的世界(Holmes, 2015)。人口老龄化不仅会带来老年单一群体问题，更涉及到国家和社会的方方面面，对产业结构和服务需求、金融和劳动力市场、健康产业和支持系统等产生深刻影响。

高龄和慢性病老年人交互作用，使其健康状况和生存环境都面临严峻考验。慢病患病率呈现井喷式增长，高龄、多病和失能老人大幅增加，直接原因就是我国的快速老龄化。在此背景下，国家正积极应对人口老龄化。

当前，我国正处于加速老龄化的关键时间节点，人口结构大转折，老龄社会转型战略机遇期窗口开启。为积极推动老龄事业产业全面协调可持续发展，健全老龄服务体系，党和政府积极完善老龄政策，改进相关制度，推动老龄工作，应对我国严峻的人口老龄化态势。2019年，中共中央、国务院印发《国家积极应对人口老龄化中长期规划》，从战略高度指导我国近期、中期、远期综合性地应对人口老龄化，促进我国经济的高质量发展和国家的长治久安。2020年，党的十九届五中全会审议通过了《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》，明确提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”。“十四五”时期，我国老年人口增长曲线相对平缓，经济社会不断发展，是积极应对人口老龄化，做好养老服务的重要窗口期”，民政部养老服务司副司长李邦华表示，“‘十四五’时期，应仍以积极应对人口老龄化中长期规划为主线，下大力气补短板，提质增效，努力实现2035年中国特色养老服务体系成熟定型，全体老年人享有基本养老服务的愿景目标”。

## 1.2 养老模式与老年心理健康

老龄化社会中，根据老年人养老意愿及需求与不同养老模式进行匹配至关重要，可以较好地配置养老服务资源，最大限度地缓解养老服务压力，切实满足老年人的养老服务需求。在本研究中，养老模式主要依据养老场所的差异被划分为社区居家养老与机构养老两种。根据佟渝疆(2014)研究，社区居家养老是居家养老与社区养老的有机结合，主要指老年人在自己家居住，并可享受社区提供养老服务的一种养老模式。一般来说，老年人选择社区居家养老的意愿较为强烈，不仅可以享受由子女、亲属带来的亲情照料，获得熟悉环境提供的社会支持，还可以在社区环境内享受便利的养老服务，如上门服务、托老所服务、医疗资源、文娱资源等。选择社区居家养老的老年人往往有较高的情感慰藉与工具性

支持（丁继红，2019），发生焦虑和抑郁情绪的机率较低（罗美丽，2019），在生理职能与精神状况上都更为健康（张雪雁，2020），在人际交往能力方面更为突出（梁宝桐，2017）；而机构养老主要是指以养老机构为中心，为老年人提供社会化养老服务的一种养老模式。在当前背景下，机构养老以其专业全面和精细正在被越来越多的老年人接受。机构养老不仅可以为身体正常尚可自理的老年人提供日常生活照料和基本养老服务，也可以为不能生活自理和认知障碍的老年人提供健康理疗和医疗康复等专业护理服务。目前机构内完善的基础设施建设、优质的环境资源支持、丰富多彩的文化娱乐活动，都使得其中老年人获得良好的心理慰藉，有较好的情绪体验；不定时开展的心理疏导也可以使老年人有更高的自我认识，开放融合的环境也可以提升老年人的适应能力（梁宝桐，2017）。

### 1.3 老年人死亡焦虑与健康问题

死亡是人类最终要面对的话题，其必然性和不确定性使得人们对此满怀敬畏。“健康中国”的时代要求下，如何提升老年群体的主观幸福感和生命质量也是需要交出的答卷。生与死作为生命线的两端，研究死亡也就是在研究人们如何更好地生活。老年人作为距离死亡最接近的一个群体，在面临不可避免的失去时可能产生的恐惧和焦虑等负面情绪，使得自身长期处于不利应激之中，最终影响自身的正常生活，引发身体健康问题，降低生命质量（刘小凤，2017）。处于不同养老模式下的老年人，由于其生活环境与养老服务存在差异，死亡焦虑水平也有所不同。尽管不同养老模式对老年人死亡焦虑的影响结论并不一致（田雪，2017；焦卉，2019），但一般说来，社区居家养老的老年群体更易接受来自家庭的帮助和社区的关怀，获得的社会支持相对更多，而对于养老机构中的老年群体来说，则更容易产生死亡凸显效应，日常获得的心理疏导也更多，两种养老模式均可在一定程度上缓解老年人死亡焦虑。此外，实证研究表明，主观健康可以有效预测老年人死亡焦虑，主观健康水平较高的人，其死亡焦虑水平相对较低（Moreno，2019）。研究不同养老模式下死亡焦虑的纾解对于老年人来说是值得关注的一件事情，也同样体现了国家对老龄社会议题的重视。

## 2 研究综述

### 2.1 养老模式

#### 2.1.1 养老模式的内涵

“养老”，从字面意思上来讲，“老”即“养”的对象，“养”在《辞海》中的字义为“照顾、抚养、奉侍”，“老”即“老年人”，“养老”即为赡养、供奉老年人。在现代有关养老的定义中，王军永（2020）做了较为详细的研究，意为个体在进入老年期后，由于劳动能力衰退和减弱，而需要依靠自身曾经积蓄或家人或社会提供生活所需资源和服务的一种生存状态。养老行为的进行，根本上有利于老年群体高质量的晚年生活，维护国家和社会的长治久安。而养老模式，是在长期的养老过程中使用并流传下来的一种样板，刘金华（2009）、崔红志（2003）等认为，养老模式的界定应由当时社会的生产力水平及与此相适应的生产关系因素决定，养老模式从整体思维上规定了养老的原则与范围。综合来看，养老模式的基本元素包括了养老所需者、养老服务资源与资源提供者，三者以养老功能相连接，区别于养老服务和资源的主体及其运行机制（乔宁波，2016）。

#### 2.1.2 国内养老模式

探究国内的养老模式，可以发现随着我国老龄化的发展，国家对积极老龄化和健康老龄化的关注，居家养老、社区养老和机构养老三种模式已成基本定局（李洪心，2012）。它们依据养老地、养老主体和养老责任进行划分，是目前我国最普遍的养老划分方式。最早提出模式分类是在2007年，《上海民政事业发展十一五规划》的文件标准中提及“9073”的养老格局（青逸，2009），“9073”指90%老年人实行家庭自我照顾（后表述为“居家养老”），7%享受社区居家养老服务，而剩余3%推行机构养老服务。后来各地纷纷出台“9073”养老格局下的相关政策法规。综合来看，三种养老模式各有优劣，但随近年来社会发展，老年人对机构养老的需求更甚，对于社区养老的评论却存在差异。有学者认为，社区养老是对居家养老和机构养老的创新，正在受到越来越多老年人的欢迎（黄启原，2021），但也有专家认为社区养老作为居家养老的延伸，二者之间的功能定位关系并不明晰，二者之间并无有效的服务递送和服务闭环。如全国老龄办党组成员、中国老龄协会副会长吴玉韶介绍，社区养老的实际意义并非午间休息室可代替，我国尚未发展出真正的日间照料。民政部养老服务专家委员会委员乌丹星也表示，我国目前的养老格局实际是“9802”，即98%的人居家，2%的老人机构养老，其中98%的部分中存在有社区的支持性服务。双方各执一词，但不论何种模式，均可以预见，我国养老行业框架正在重塑，社区居家养老正趋于整合，机构养老正在变革中逐步推进。

基于上述论述，本研究在综合分析的基础上将居家养老与社区养老两种模式混合，界定养老模式为社区居家养老与机构养老，代表当下的养老格局进行研究。其中，社区居家养老模式下的老年人不仅可以居住在自己家，并可享受社区提供的各类养老服务；机构养老模式下的老年人主要接受来自机构的日常生活照料和医疗服务等。

### 2.1.3 国外养老模式借鉴

在有关国外养老模式的研究中,以探讨养老环境建设(Mei, 2020)与养老金制度(IV Terentieva, 2019)为主,聚焦于构建宜居的养老环境,发展多样化养老模式,如在社区居家养老模式下日本构建了社区综合照护的养老模式,而机构养老模式下可以参考美国的绿屋养老。

#### (1) 社区居家养老模式借鉴

国外社区居家养老模式下,社区综合照护养老模式是其中较为突出的一种。

1973年,日本步入老龄化社会,此后数年,日本老龄人口迅速增多,平均寿命延长,少子化现象严重,养老问题不仅是一个家庭的问题,而成为社会的沉重负担。家庭养老在日本前期发展中承担重要角色,但二战后日本家庭结构发生重大变化,家庭养老无以为继,日本政府探索社会化养老服务道路,根据国家建设、财政政策和老年群体迫切需要,日本推行社区综合照护的养老模式(文婧, 2020)。这一模式可以让老年人仍然居住在自己所熟悉的社区环境中,并配置有统一的“生活”、“医疗”半径。为实现这一模式的正常运行,将社区居民、养老资源、医疗机构、社区组织与志愿者进行整合实现资源一体化,共同服务于社区养老群体。日本在整体推行该模式的同时,又根据各社区不同情况进行了相应调整,如在有的社区大力推进介护预防,而在有的社区实施介护保险,最终促使老年群体可以舒适地安享晚年,提升安全感与幸福感。

#### (2) 机构养老模式借鉴

国外对于机构养老的实践较多,但目前获誉较多的当属美国的绿屋养老模式。

2003年,威廉·托马斯和老年社会学家朱迪思·拉格共同提出一种机构养老新模式(Meika Loe, 2012),旨在提升养老院居民生活质量的绿屋养老模式。该模式下的养老院由多个单元共同构成,并集中于一个区域进行统一管理。其规模较养老机构相对较小,但养老院中每位老人都允许有自己的隐私和个性,可以自由掌控房屋的装饰和活动时间。每一个单独的单元被称之为绿屋,绿屋养老院内也包括有特定的员工培训和绿色关怀技巧等。在与传统养老机构的生活质量对比中,绿屋养老模式在生活质量11个维度上的得分显著高于传统养老院,造成这一结果的原因包括其较高的社会参与水平、较小的养老院规模、显著偏低的员工流动率和关键的民主决策氛围。绿屋养老也成为美国在探索养老机构道路上的一次成功示范。

## 2.2 主观健康

近年来,随着经济和社会的发展,国家和个人对健康问题愈加重视。2017年国务院印发《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》,明确提及促进健康老龄化的概念。对于老年人来说,其核心问题就是寿命延长与寿命质量提高问题。再加上后疫情时代,健康损伤容易引发各种不确定性,老年人对健康也就更加关注。在健康的种种测量指标下,主观健康是其中的关键。主观健康是对自我健康状况的评价,其以个体客观身体状况为基础,结合个体主观感受,可以整体反映实际身体和心理状况,是一项综合性的健康评价指标(郑娟, 2019)。目前也是衡量“健康老龄化”的重要指标(杨珏, 2017)。

### 2.2.1 主观健康的内涵

在对主观健康的研究中,国内外学者对主观健康的定义也略有差异,国外学者多将主

观健康界定为“subjective health”或“self-rated Health”或“perceived health”（Liang,1986；Torsheim,2006；Christy L, 2021），国内学者对主观健康的定义为个体对自我健康状况的主观评价与期望（刘方，2014；白思敏，2020）。

区别于客观测量的实际健康指数，主观健康可以基于主体对健康的认识，综合考察对自身躯体、心理、社会功能、角色功能等的判断和评价，而且，不受到客观施测可能引发的活动受限、行动紊乱的影响，可以反应健康的整体范围和人体健康积极对待的一面，又被称作自评健康（李丽，2021）、总体健康感觉（汤岷岷，2019）等，因此在健康测量或生活质量的评价中是非常必要的（王海军，1994）。从躯体健康的角度来讲，主观健康可以揭示卫生服务的需求和利用的程度，良好的主观健康预示着躯体健康问题少、就诊和急诊次数少住院天数少（Fillenaum, 1984）。从心理社会的角度讲，主观健康表现更为积极的个体，正向心理和行为就更多。如对自己主观健康持有客观积极态度的个体，实际健康水平要比悲观健康者的更高（李升，2018），这也符合 Joelle C 等人（2011）的研究，往往乐观的健康评价者对自身有更强的控制感，在锻炼和饮食上的自我管理都较强。

## 2.2.2 主观健康的测量

根据主观健康研究的不同目的与方法，采用的主观健康量表也有所不同。

1976 年，Ware JE 在测量主观健康时，发布了健康感知量表（Health Perception Questionnaire,HPQ），该量表对 8 个维度的健康感知项目进行了建构性测试，最终确定 8 个维度为人们对先前健康状况的评价、当前的健康状况、健康状况的前景、对疾病的抵抗力/易感性、对健康的担忧、患病倾向、对疾病角色的排斥以及对看医生的态度。HPQ 共有 28 个条目，采用李克特 5 点计分的方式进行，在计算时，分维度得分为维度内所有题目得分相加除以题目数量，量表总得分为所有维度得分除以 8，代表被试健康感知水平。总分越高，代表个体的主观健康水平越高。该研究中，健康感知量表具有良好的信效度。

在对老年人生活满意度与主观健康的调查中，Heo 等使用个体的总体健康感知量表作为主观健康的衡量指标，与 Fillenbaum 研究一致（1984）。该量表共计 2 项条目，分别为“你如何评价你目前的健康状况？”“你如何评价与你同年龄段的人们的健康状况”，2 个条目均为李克特 5 点计分，由 1 到 5 代表评分由低到高，分数越高，表示主观健康状况越好。该研究中，总体健康感知量表的的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.78。

健康调查简表（36 item short-form health survey, SF-36）中的分量表“总体健康”亦可检验老年人的主观健康状况。健康调查简表是反映老年人的健康状况的量表，共 36 项条目，8 个维度，分别为躯体功能、躯体角色、肌体疼痛、总体健康状况、活力、情绪角色、社会功能和心理卫生（余永春，2009）。2014 年，曹文君调查 SF-36 量表在中国老年人群中的应用，研究发现，SF-36 用于评价我国老年人群生存质量的信效度良好，目前在我国老年人健康状况的测量已被广泛使用。2018 年，王大华在调查老年夫妻身体健康状况时使用 SF-36“总体健康”分量表作为健康的测量指标，该指标具有良好的信效度。2019 年，汤岷岷、王大华等在研究中法老年人主观健康时采用了单项主观健康评估进行研究，该评估经过多次施测，可用于中国老年人主观健康的调查之中。基于本研究的研究对象、生存环境与测评时长，本研究将采用 SF-36“总体健康”分量表作为老年人主观健康的测评指标。

## 2.2.3 主观健康的研究

在有关主观健康的多项研究中，可以发现主观健康是被广泛使用的健康测量指标（Volume, 2010；Sung Reul Kim, 2020；Magdalena Zadworna, 2020），可以通过与身心双方面的关系表征加以说明。在躯体表征方面，主观健康不仅可以揭示个体的躯体健康状

况, 还可以预测其就诊与住院情况, 甚至可以预测个体的死亡率 (Christy Pu, et al,2010)。众多有关老年人主观健康的研究中, 很大一部分考察了躯体健康状况、健康素养与主观健康的关系, 如积极的主观健康状况有助于促进老年人适度睡眠和改善睡眠质量 (刘艳, 2019), 主观健康水平更高的个体具备更高的慢性病预防素养、基本医疗素养, 更适度的运动量等。在心理要素的众多实践中, 亦可有效反映主观健康测量的有效性, 各种心理要素均与主观健康之间存在显著的高相关关系。如主观健康与心理健康、主观幸福感、生活质量等方面。在主观健康与心理健康之间, 2011 年, López-Navas A 就发现主观健康在很大程度上反映了个体的心理健康状况, Jang, Kim 和 Chiriboga 在对抑郁症病人的研究中, 发现主观健康水平越低的个体, 抑郁水平也更为悲观 (Jang, 2006)。而抑郁和焦虑的传播又最终导致了主观健康水平的下降 (Telles-Correia et al.,2008)。在主观健康与主观幸福感之间存在显著的高相关, 且主观健康与主观幸福感的相关性要远远高于客观健康与主观幸福感 (Brief, Butcher,George,&Link, 1993), 说明在个体主观幸福感的感知衡量中, 主观健康指标要好于客观健康。2006 年, Berg 研究了老年群体的主观健康与主观幸福感的关系, 得到了一致的结论, 主观健康较高的老年人有更好的主观幸福感, 反之, 主观幸福感得分更高的老年人也往往有更高的主观健康评价等级。在主观健康与生活质量之间, 发现主观健康的提高, 可以显著提升个体的生活质量 (Suzanne M. Skevington, 2019; Sung Reul Kim, 2020)。可以说明身心健康素养水平更高的人, 往往在自我管理上更严格, 主观健康水平也更高 (JasminGhaemi Kerahrodi, 2019; Anna T. Ehmann, 2020)。综上, 主观健康可以被广泛应用至老年人身心健康状况的调查中。

影响老年人主观健康的因素主要包括各种人口学要素 (Kelly Walters, 2021; Li Xueli, 2020) 和社会因素 (Emiliano Sironi, 2021; Altweck Laura, 2021)。但对各种影响因素的分析中, 发现不同结论之间存在较大差异, 如性别对老年人主观健康的影响, 栾文敬 (2012) 认为, 老年女性的主观健康状况更好, 谷琳则 (2006) 认为, 老年女性相较于老年男性, 主观健康水平更低, 李建新 (2009) 的研究表明, 在主观健康水平上, 老年男性与老年女性的得分相差无几。考察老年人不同生存环境暨不同养老模式下老年人的主观健康状况, 有学者认为, 社区居家养老的老年群体主观健康程度较高 (纪青, 2014; 苏淑文, 2019), 在日常生活活动能力和心理健康水平上, 也比机构养老老年人更好 (纪青, 2014); 也有学者认为, 群体更易产生焦虑、孤独寂寞等负性情绪, 且健康指标较差 (韩露, 2013; 郑娟, 2019), 而机构养老的老年群体生活活力反而更佳 (赵楠, 2015)。为数众多的研究之间并未得出较为统一的研究结论, 说明对于老年人主观健康的认识仍相对浅薄, 各独立研究之间可能存在额外变量的较大影响, 因此在接下来的研究中, 应当着重控制主观健康相关变量, 综合考察各变量之间的关系。

## 2.3 死亡焦虑

死亡在生命长河中是人们永生讨论的话题, 死亡焦虑是死亡学研究的重点。对于老年人来说, 死亡的必然性和不确定性难免会使其产生不安、烦躁等负性情绪, 而随着年龄的增长, 面对死亡相关事件的几率不断增大, 老年人甚至会有焦虑、恐慌等心理健康问题产生 (Schumaker, 1991), 从而降低了自身的生活质量状况 (王祖麟, 2016), 过度的死亡焦虑甚至会带来家庭悲剧 (韩兆彩, 2017)。因此, 研究老年人死亡焦虑, 不仅可以丰富死亡学领域的现有研究, 还可以增强人们对老年人身心健康状况的关注, 提升个体生活质量, 甚至推动临终关怀学的进展 (Barry V, 1999; 王祖麟, 2019)。

### 2.3.1 死亡焦虑的内涵

考察“焦虑”的涵义，是由于不确定对象的存在而引发的自我价值受到威胁时的紧张不安的情绪（江君，2016；韩兆彩，2017），是对恐惧的一种恐惧（黄希庭，2002），又涵纳了忧虑、焦急等共同构成一种复合情绪（张春兴，1994）。死亡焦虑即由死亡这个不确定对象引起，在个体内心深处产生的恐惧、焦躁等情绪（张向葵，2005）。国内外学者自 Temple 编制死亡焦虑量表后对死亡焦虑做了大量研究（陈四光，2006）。Temple 认为死亡焦虑指对死亡结果的恐惧和对死亡过程的不安（Templer, 1970），后来 Tomer 在此基础上又纳入了对重要他人离世的恐惧（Tomer, 1992），Collett、Lester 综合前人研究，认为需要从自身死亡与他人死亡两方面来定义死亡焦虑（Tomás-Sábado, 2007）。Abdel-Khalek (2005) 认为死亡焦虑是一切负性情绪的汇集，当老年人被死亡提醒或者面对无法解决的突发事态时会产生紧张、焦躁与不安全的感觉与情绪困扰（McClatchey, 2015）。刘小凤（2017）在考察老年人生命质量与死亡焦虑的关系时定义了死亡焦虑包含情绪、认知与动机三个成分共同构成对死亡的害怕与焦虑，并且会受到不同社会文化的影响。综合上述定义，本研究将老年人死亡焦虑界定为当个体受到死亡提醒的威胁时，内心产生的不安全感与恐惧的负向情绪。

### 2.3.2 死亡焦虑的理论

有关死亡焦虑的理论包括恐惧管理理论（Terror Management Theory, TMT）（Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 2003）、意义管理理论（Meaning Management Theory, MMT）（Wong, 2002）、死亡焦虑综合模型（Adrian Tomer, 1992）等，但对老年人死亡焦虑研究最多最为全面深入科学的当属死亡恐惧管理理论（孟祥寒, 2021；Shakil, 2021）。

恐惧管理理论作为研究死亡的经典范式，由社会学家 Greenberg、Solomon、Pyszczynski 等人开创性地提出，其核心是人的求生本能与死亡意识。当个体意识到死亡的不可避免性时会产生焦虑和急躁，并向内向外寻求防御机制使自己回复平静。

认知双加工模型（Cognitive Dual-process Model）是基于死亡恐惧管理提出的双重认知防御机制（Greenberg, 1994；Pyszczynski, 1999），认为人们在接受到死亡提醒后会启动意识和无意识层面的防御，其中，意识层面的防御被称作近端防御（Proximal defense），无意识层面的防御被称作远端防御（Distal defense）（Hayes, 2010），二者之间呈现顺承关系（孟祥寒, 2021）。具体来说，当人们观看到死亡相关素材或参与死亡相关内容调查时，被激起死亡意识，死亡意识的过度使人们内心感受到冲突，为了避免自身身心健康有损，通常会采用分散注意力、否认等方式减轻或排除死亡焦虑。该过程在意识范围内完成，为近端防御；当近端防御的作用未能及时满足人们的需求，便会由潜意识层面进行进一步的防御，目前一般认为的防御方式包括世界观防御、自尊防御和亲密关系防御（Pyszczynski, 1999；Jonas, 2013）。陆可心等对三种防御手段的研究认为三者之间存在优先级，最先进行防御启动的是人们的亲密关系防御，其次为世界观防御，最后是自尊防御（陆可心, 2019）。经过多方机制联合作用，最终将令人不悦的死亡感觉排除，获得身心平静。值得一提的是，在亲密关系防御中，人们对重要他人的支持表现更为敏感，亲密关系中的正向调节可以有效缓解死亡焦虑（Cox Cathy, 2012），周遭环境也在一定程度上提供心理安抚（Mario Mikulincer, 2003），由此可见，社会支持在缓解死亡焦虑过程中发挥了重要作用。自尊的防御作用也不容忽视，如当老年人自尊受到挑战，则会有更多自尊寻求行为产生，以减少对自身的负面反馈，往往通过健康促进来维持对自身的正向评价（雷蓓蕾, 2017），由此可知，主观健康的提升亦可缓解老年人的死亡焦虑。

### 2.3.3 死亡焦虑的测量

随老年人死亡焦虑研究的不断进展，国内外学者也编制了相应死亡焦虑量表。

1967 年，美国加州大学的 Templer 教授编制死亡焦虑量表 (Death Anxiety Scale, DAS) 并于 1970 年公开发表其信效度 (Templer, 1970)，为此后死亡焦虑的研究提供了很好的借鉴。该量表由最初 40 个项目经过评级与相关性计算最后确定为 15 个，采用是非法计分或李克特五点计分方式，其中正向计分的题项有 9 个，反向计分题项有 6 个。目前已应用于多种文化背景下，翻译成日语、法语、阿拉伯语等。2002 年，Anise 等学者在 DAS 基础上进行了中文版的翻译修订，译后 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.6。后来，杨红等学者结合中国本土文化对 DAS 进行修订，编制出适合中国人群死亡焦虑测量的有效工具 (杨红, 2012)。该量表包括四个维度，分别是情感维度 (6 个条目)、认知维度 (3 个条目)、时间意识维度 (2 个条目)、压力和痛苦维度 (4 个条目)，最初用于医学院大学生死亡焦虑的调查，具有良好的信效度，后来延用至测量中国老年人的死亡焦虑，被认为是有效测量指标 (江君, 2016; 刘小凤, 2017; 张金凤, 2019)。

死亡焦虑作为主观测评指标，1998 年，Ahmed 以此为特点编制了死亡焦虑的单项量表，以“想到死亡我会焦虑”为题进行李克特七点评分，但最终由于施测内容单一，无法完整体现死亡焦虑的内涵而渐用渐少。

美国学者 Conte 于 1982 年发表的死亡焦虑量表 (Death Anxiety Questionnaire, DAQ) 目前正被广泛应用。该量表最初测量的是一般人群，以老年人与大学生为被试，所测死亡焦虑均分高于 7.36 分，同时测得性别在两个群体中均不存在显著性差异。该量表共 15 个条目，5 个维度，其中一个维度尚未被命名，其余四个维度为恐惧死亡、恐惧孤独、恐惧未知、恐惧苦难。量表包括是非法计分或李克特三点计分两种计分方式，最后得分为各分数相加求总，在李克特三点计分方式下，得分取值在 0-30 之间，得分越高，代表被试的死亡焦虑水平越高。该量表具有良好的适应性，已在国外诸多研究中得以验证 (Sherman, 2010; Quinn-Lee, 2014)，引入国内后，目前经常施测于身患某种疾病的老人群体或农村老人群体中，题项较少，简单易懂，不会为老年人带来严重的理解困难 (韩兆彩, 2017; 王萍, 2021)。

### 2.3.4 死亡焦虑的研究

目前国内外对死亡焦虑的研究颇多，但大多集中在对其影响因素的探讨上 (谢云天, 2019; Moreno, 2008; Pandya, 2021)，人口学变量与死亡焦虑的研究颇多，但由于各研究目的与内容之间不尽相同，研究结果也有所差异。如探讨养老模式与死亡焦虑的关系，有学者经过分析发现机构养老模式下老年人死亡焦虑得分高于理论中值水平，且远超社区居家养老模式下的老年人死亡焦虑得分，这一差异反映在性别变量上突出表现为男性老年人死亡焦虑水平更高 (焦卉, 2019)，与 Faisal 的研究一致 (Faisal, 2010)；但也有学者通过对比养老院老人与居家老人在死亡接受度上的差异，发现机构养老老人相较于居家老人有更高的死亡接受能力，心理健康水平更高 (田雪, 2017)。不同养老模式下老年人面对死亡可能存在不同的能力，发现不同养老模式中老年人缓解死亡焦虑的机制是研究者应当重视的部分。

基于死亡的恐惧管理理论，发现主观健康与社会支持均可以缓解老年人在死亡提醒下的内心冲突，考察主观健康、社会支持与死亡焦虑的研究发现，主观健康可以有效预测老年人死亡焦虑水平 (刘方, 2015; 张洁, 2018)，如 Cicirelli (2006) 在对比老年人与年轻人在主观健康预测死亡焦虑的能力上发现，老年群体更擅于使用主观健康预测其死亡焦

虑。当其评价自我健康水平下降时，就会产生更强烈的获得感，由此带来更为强烈的死亡焦虑；Jo 和 Song (2012) 也以韩国老年人为被试，通过分析发现，主观健康可以显著影响个体的死亡焦虑水平。社会支持对死亡焦虑的缓冲作用也被证实，如 Abdul Rashid 和 Ibrahim Tahir (2015) 调查了马来西亚老年人的焦虑情绪，发现当社会支持提升时，焦虑得分显著降低，这也符合 Ziggi (2015) 在跨文化背景下对社会支持的研究结论。同样，更多的社会参与对于机构养老模式下的老年人死亡焦虑起到保护性作用 (Dan K Kiely, 2003)，社区问诊服务的提供也在一定程度上纾解了社区居家老年人的死亡焦虑水平 (宋子皿, 2019)，非正式支持的增强对于农村老年人来讲不仅可以有效减轻死亡焦虑，更能提升其安全感与幸福感，促进健康长寿 (王萍, 2021)。

## 2.4 社会支持

社会支持是个体心理健康的重要评判标准 (王雁飞, 2004)，包括来自个体内部或社会环境提供的各种资源，与主观幸福感、生存质量之间存在显著相关关系 (Zhu Xueli, 2021; 周正红, 2021)。实现“健康中国”的梦想，不仅要强健老年人的体魄，更要保证老年人有良好的精神慰藉与社会支持系统。目前，我国老年人社会支持总体状况的发展正呈向上势头 (甄月桥, 2021)，但不同养老模式下老年人社会支持状况是否存在差异也同样值得关注。

### 2.4.1 社会支持的概念

社会支持作为一个学术概念被提出是在 20 世纪 70 年代 (Cobb, 1976)，最初纳入在精神病学研究中，代表突发状况下个体可以应对自如的能力，后来被引入社会学、经济学、心理学等领域 (王志明, 2016)。学科的多元化使得社会支持并无统一的概念，不同学者对此有不同的解释。有学者从单方面索取的角度认为社会支持是个体感知到的外界支持 (Sarason, 1991)，或个体从社会或其他人处得到的物质与精神资料 (Francis, 1994)，以保护自己免受社会侵害，增强社会适应能力 (Christine, 2002)；也有学者从个体与社会的相互关系处着眼，认为社会支持是个体与他人之间资源的有效置换 (Sarason, 1983) 是不同个体之间相互关心相互扶持的一种力量 (Witkowski, 1988)；肖水源 (1987) 从个体获得的物质资料支持、精神来源支持与对支持的有效转化利用三个方面解释了社会支持的内涵。基于本研究对社会支持的探讨，将社会支持界定为个体从自身或社会获得的物质与精神资源，并能有效转化回报社会的能量。

### 2.4.2 社会支持的测量

1988 年，Gregory D. Zimet 对 136 名女性和 139 名男性大学生进行社会支持的主观测评，构建了领悟社会支持多维量表 (the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)，该量表包含 3 个维度，分别为来自家庭的支持、来自朋友的支持和来自重要他人的支持，整体表现出良好的内部一致性信度和重测信度，结构效度中等 (Gregory D. Zimet, 1988)。1990 年，Zimet 以此量表对孕妇、青少年群体和儿科医生进行施测，发现 MSPSS 仍表现出良好的信效度，家庭支持分量表与重要他人支持分量表的有效性均得到强有力的支持 (Gregory D. Zimet, 1990)。陈维、卢聪等对领悟社会支持量表的中文版进行了多元概化分析，考察其在校高中生群体中的应用，结果显示，各维度之间存在高相关关系，总量表概化指数高于 0.9，各因子概化指数高于 0.77，此量表可作为常模进行测验。

（陈维，2016）。该量表目前也应用于中国老年人社会支持的测量（林瑶，2019；景丽伟，2020；范舒茗，2021），量表共包含12个条目，3个维度，每个维度下有4个条目，采用李克特七点计分方式，分数越高，表示个体感受到的社会支持越高。

我国学者肖水源在借鉴国外社会支持研究的基础上，结合中国本土文化自行编制了社会支持评定量表（Social Support Rating Scale, SSRS）（肖水源，1987），该量表包含3个维度，分别是主观支持、客观支持及对支持的利用度。其中，主观支持指个体在日常生活中体验到的支持性情感；客观支持指个体获得的某种实际存在的物质资料；对支持的利用度表示个体对感知或已获得的主观支持的利用程度。该量表包含10项条目，经检测具有良好的信效度。SSRS以其简单易懂、易于施测等特点被翻译为多种语言，目前是测量老年人社会支持的良好指标（赵慧宁；2019；蒋丹，2020；姜兆权，2020）。

### 2.4.3 社会支持的研究

不同养老模式下，老年人社会支持体系有所不同。社区居家养老的老年人可从两个角度丰富自身社会支持水平，一方面，生活于熟悉的环境中，获得周边亲人、朋友的体贴照顾较为方便。而对于老年群体来讲，获得社会支持的重要来源就包括亲密关系中的配偶与成年的子女（孙薇薇，2020），配偶贴心且高质量的陪伴可以使老年人感受到安全感与幸福感，子女的正向支持可以使老年人安心（Wellman, 1989）。此外，来自友邻的良好互动也在一定程度上满足了老年人对社会支持的需求（丁志宏，2012）；另一方面，在自身社会支持资源丰富的前提下，充分利用并加以转化帮助他人又使得社会支持系统形成完整闭环，老年人可从支持他人路径中提升自我效能感，充盈心理资本，丰富社会支持资源（甄月桥，2020）。而对于机构养老模式，生活于其中的高龄老人、空巢与失能老年群体较多，可能存在躯体机能受损而行动不便的情况，养老机构内完善的医疗设施与生活条件相较于社区更为便利，老年人受到关怀和参与社会活动的机会比社区居家养老的老年人更多，因此获得较高的社会支持总分（罗玉茹，2019）。

总体来讲，社会支持的影响机制多样，主观健康在其中发挥重要作用。主观健康建立于躯体健康状况之上，亦受人格因素调控，反映在健康方面可表现为健康素养水平。健康素养（余巧林，2020；周丽，2020）对社会支持的影响不容忽视，有研究指出，健康素养水平高的个体，在健康信息获取能力和健康改善意愿等方面一般较强，与他人展开的健康互动相对较多，由此形成的社会支持网络较为强大，构成社会支持的特殊路径；而较多参与体育锻炼与户外活动的老年人，社会参与意愿往往较强，从居住环境处获得的正向支持相对更多（季静，2009）。良好的社会支持可以缓解心理压力，帮助个体调整心理状态，保持心理平衡（甄月桥，2021），对于影响个体生存质量的死亡焦虑也可以起到缓冲和调节作用（王萍，2021）。李子宁（2019）通过对长春市老年人进行社会支持与死亡态度的相关分析发现，社会支持中的客观支持维度与老年人死亡恐惧、死亡逃避成显著负相关，主观支持维度与老年人死亡接受成显著正相关，表明获得的社会支持越多，老年人对待死亡的态度就越乐观平和。证明了社会支持可作为老年人死亡焦虑缓冲模型的观点。

综上研究均表明，老年人在不同生存环境下，心理健康状况之间存在差异，但却鲜有探讨各心理要素之间的关系，无法提供不同养老模式下缓解老年人死亡焦虑的作用机制。本研究基于前人对主观健康、社会支持与死亡焦虑的调查，将分别探讨在社区居家养老模式与机构养老模式下，老年人的主观健康、社会支持与死亡焦虑的现状，为不同养老模式下老年人缓解死亡焦虑提供理论借鉴。

### 3 问题提出与研究意义

#### 3.1 问题提出

目前，我国老龄人口正在快速增长，《大健康产业蓝皮书：中国大健康产业发展报告》指出，2050年我国60岁及以上老年人口数量将达到4.83亿人，将是2020年的1.89倍。老年人作为养老服务需求的主体，选择何种养老模式安度晚年是其思考的重要内容。中国国情背景下，不同的养老模式存在着不同的社会适应性，如社区居家养老，就在强调家庭作为养老载体的同时，既满足了老年人对血缘亲情的关注和对熟悉环境的要求，又依托社区，在不远离家庭同时也能享受生活医疗便利；而养老机构借助其先进的服务设施和医疗卫生条件使得高龄、空巢、独居等老年人也可以过上舒适贴心的生活，两种养老模式各有千秋，老年人选择何种养老模式取决于其自身的需要，但不同养老模式下的老年人身心状况如何，这是值得我们关注的一个问题。

目前，对于国内外养老模式的研究中，多从制度建设的角度考虑老年人晚年生活的客观环境适宜性，缺少模式之下的不同心理要素之间的研究，忽视了老年人的心理健康水平，因此本研究以社区居家养老与机构养老两种养老模式为界点，考察不同模式下老年人的身心健康水平之间的关系，以期为后人研究和实践提供借鉴。

老年人随年龄增长，易出现各种问题，但老年人最关心的还是自己的健康问题。主观健康作为综合反映老年人身体健康状况和生命质量的指标，正被越来越多的学者引用（郑娟，2019；Christy L，2021）。不同的养老模式下，老年人的主观健康状况如何，这也是老年人迫切关心的问题。

老年人作为距离死亡最接近的一个群体，难免会产生对死亡的焦虑，死亡焦虑又会进一步影响到老年人的日常生活，直接或间接地降低生活质量和主观幸福感（McClatchey，2015；韩兆彩，2017）。当老年人在选择自己的养老模式时也会考虑到多种因素，是否不同的养老模式之间会产生明显的死亡焦虑差异，不同养老模式下老年人如何缓解死亡焦虑，这是我们研究的重点。

在过往研究中，主观健康与社会支持普遍表现为正相关关系（许靖，2019；周丽，2020），而社会支持也可以减轻老年人的死亡焦虑（李子宁，2019），但少有研究考察养老模式下三者的关系。在国家和老年个体均关注养老模式的当下，本研究决定探究不同的养老模式下，老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑的关系，验证社会支持是否可以作为主观健康与死亡焦虑的中介存在，挖掘不同养老模式中社会支持发挥作用的路径，以期为不同养老模式的老年人增强社会支持能力提供借鉴，最终缓解老年人的死亡焦虑情绪，提升主观幸福感与安全感。

基于以上论述，本研究以社区居家养老与机构养老两种养老模式下的老年人为被试，考察在不同养老模式下主观健康、社会支持与死亡焦虑的关系。为此做出如下假设：

H1 老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑在性别、年龄、受教育程度、家庭月收入等人口学因素上差异显著；

H2 老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑在不同养老模式中存在显著差异；

H3 不同养老模式下，老年人主观健康、社会支持及其三维度均可以显著预测死亡焦虑；

H4 不同养老模式下，社会支持均在主观健康与死亡焦虑的关系中发挥中介作用，但中介作用机制有所不同。

## 3.2 研究意义

### 3.2.1 理论意义

从我国人口老龄化的国情出发,研究老年人心理健康要素,考察主观健康与死亡焦虑的关系,不仅丰富了老年人主观健康与死亡焦虑的理论研究,也拓展了二者之间关系的实证研究路径。

从国家对养老模式的谋篇布局出发,验证不同的养老模式下社会支持是否在老年人主观健康与死亡焦虑的关系中发挥中介作用,分析不同养老模式中社会支持的影响机制,丰富了社会支持的内涵和外延。加入对养老模式变量的考察,严格控制其他变量的影响,从一方面来说,使得对老年人主观健康和死亡焦虑的研究更具科学性和针对性,从另一角度来看,通过分析不同养老模式下的心理健康要素,也为国家养老事业和养老产业下不同心理健康发展提供借鉴。

### 3.2.2 实践意义

本研究将老年人最关心的健康问题与不得不面对的死亡问题相结合,通过对主观健康和死亡焦虑的分析,指导老年人增强主观健康水平,从客观的角度综合看待自己的身体健康状况,从而减弱自身在想到死亡时的慌张和恐惧,降低死亡焦虑,从容地面对死亡,这不仅对其在临终状态下的人生发展有良好的影响,从长远来看,对于个体全程发展亦具有指导意义,也可从侧面稳定社会秩序,维护安宁。

另外,本研究纳入养老模式的条件,考察了在不同的养老模式下,主观健康影响死亡焦虑的作用机制,通过对社会支持及其维度的分析,为不同养老模式的老年人缓解死亡焦虑提出相应的政策建议,在不同的养老系统下指导老年人更好的缓解死亡焦虑,安度晚年,是对老年人生活安定和幸福感的关注,有利于其在不同养老模式下心理健康的正常发展。

## 4 研究方法

### 4.1 研究对象

本研究采用整群抽样的方式,从南昌市社区与养老机构共抽取 501 位老年人进行调查,其中社区居家养老模式下回收问卷 362 份,机构养老模式下回收问卷 139 份。所选老年群体均具有一定文化程度和独立思考能力,部分老年人受视力所限采用由照顾者作答方式,照顾者承诺遵其意愿进行作答。

在有效作答问卷中,男性老年人共 214 位 (42.9%),女性老年人共 285 位 (57.1%);在老年人身体健康方面,社区老年人普遍表现好于机构养老老年人,其中,在社区养老模式下,生活完全可以自理的老年人 (65.0%) 和患有慢性病 1 种及以下的老年人居多,而机构养老模式中,生活基本自理的老年人占据更多 (41.0%),患有慢性疾病的数量也多集中在 2 种及以上;此外,文化程度在两种模式下均表现为初中及初中以下的老年人口最多,占到总人口的 71.3%。退休金是两种模式下的老年人主要经济来源,但机构养老的老人还有更多依靠政府补助 (23.7%),社区居家养老的老年人会更多依靠子女赡养 (16.6%)。

表 1 部分人口统计学变量描述

|          |             | 社区  |       | 机构 |       |
|----------|-------------|-----|-------|----|-------|
|          |             | 频率  | 百分比   | 频率 | 百分比   |
| 性别       | 男           | 122 | 33.9% | 92 | 66.2% |
|          | 女           | 238 | 66.1% | 47 | 33.8% |
| 年龄       | 50-59 岁     | 99  | 27.3% | 11 | 7.9%  |
|          | 60-69 岁     | 112 | 30.9% | 24 | 17.3% |
| 受教育程度    | 70-79 岁     | 93  | 25.7% | 42 | 30.2% |
|          | 80 岁及以上     | 58  | 16.0% | 62 | 44.6% |
| 目前身体状况   | 文盲          | 51  | 14.1% | 35 | 25.2% |
|          | 小学          | 127 | 35.1% | 30 | 21.6% |
| 患有慢性疾病数量 | 初中          | 78  | 21.5% | 35 | 25.2% |
|          | 高中/中专       | 66  | 18.2% | 21 | 15.1% |
| 家庭月收入    | 大学/大专及以上    | 38  | 10.5% | 18 | 12.9% |
|          | 生活完全可以自理    | 234 | 65.0% | 36 | 25.9% |
| 目前身体状况   | 生活基本自理      | 97  | 26.9% | 57 | 41.0% |
|          | 生活半自理       | 25  | 7%    | 34 | 24.5% |
| 患有慢性疾病数量 | 生活完全不能自理    | 4   | 1.1%  | 12 | 8.6%  |
|          | 没有          | 111 | 31.3% | 21 | 15.2% |
| 家庭月收入    | 1 种         | 128 | 36.1% | 26 | 18.9% |
|          | 2 种         | 73  | 20.6% | 42 | 30.4% |
| 家庭月收入    | 3 种及以上      | 43  | 12%   | 49 | 35.5% |
|          | 1000 元以下    | 21  | 5.8%  | 18 | 14.6% |
| 家庭月收入    | 1000-2999 元 | 171 | 47.6% | 27 | 22%   |
|          | 3000-4999 元 | 106 | 29.6% | 44 | 35.8% |

|          |    |       |    |       |
|----------|----|-------|----|-------|
| 5000 元以上 | 61 | 17.0% | 34 | 27.6% |
|----------|----|-------|----|-------|

## 4.2 研究工具

本研究的工具包含两个部分。第一部分是人口学统计资料，包含老年人的性别、年龄、户籍、受教育程度、身体状况、是否患有慢性疾病、家庭月收入和收入来源等，第二部分是问卷的主体部分，主要包括老年人主观健康问卷、老年人死亡焦虑量表和社会支持评定量表。

### 4.2.1 主观健康量表

选用由 Ware 编制，李鲁等翻译修订的健康调查简表（SF-36）中“总体健康”分量表，作为中国老年人主观健康的测量工具（王大华，2018）。SF-36 目前已广泛施用于中国老年群体，总量表及各维度经检验均有良好的信效度，其得分计算通过不同公式转化在 0-100 分之间，得分越高表示健康程度越好。“总体健康”分量表在此前研究中表现出良好的信效度（王大华，2019），采用李克特五点计分方式，分半信度为 0.738，Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.798。在本研究中，社区居家模式下主观健康的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.730，机构养老模式下主观健康的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.761。

### 4.2.2 死亡焦虑量表

选用由 Templer 编制，杨红修订的死亡焦虑量表（T-DAS）（杨红，2011），该量表目前已被广泛应用于老年人死亡焦虑的测量过程中（江君，2016；刘小凤，2017）。T-DAS 包括 15 个条目，4 个维度，分别为情感维度、认知维度、时间意识维度、压力和痛苦维度。该量表采用李克特五点计分方式，总分为各条目分数之和，得分越高，表示个体的死亡焦虑水平越高。经检验，该量表信度较高，Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.71，重测信度为 0.83，效度良好，适合于中国文化背景下老年人死亡焦虑的调查。在本研究中，社区居家模式下死亡焦虑的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.862，机构养老模式下死亡焦虑的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.784。

### 4.2.3 社会支持评定量表

选用由肖水源等编制的社会支持评定量表（SSRS）。社会支持评定量表由肖水源等心理卫生工作者参照国外社会支持量表（肖水源，1987），依据我国实际情况自行编制，为帮助人们对自己的社会支持有全面科学的了解。该量表共 10 个项目，分为客观支持、主观支持、对支持利用度 3 个维度。量表总分 66 分，其中得分如果高于 44 分代表对社会支持水平满意，如果得分为 23-44 分代表社会支持水平一般，如果得分低于 23 分代表社会支持较少。在本研究中，社区居家模式下社会支持的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.736，机构养老模式下社会支持的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.833。

## 4.3 数据分析

使用 Epidata 3.1 对数据进行录入，使用 SPSS 26.0 和 Mplus 7.0 对数据进行分析，首

先进行了共同方法偏差的检验，此后分别进行了描述统计分析、相关分析、 $t$ 检验、方差分析、多元回归分析和中介效应检验。

## 5 研究结果

### 5.1 共同方法偏差的检验

由于本研究所用工具为自陈量表，而同种测量工具的使用可能会导致特质之间产生虚假的共同变异（汤丹丹，2020），从而干扰测量效度。为减少系统误差，本研究采用 Harman 单因素检验法进行共同方法偏差的检验。结果显示，有 18 个因素的特征根大于 1，其中第 1 个公因子的方差解释比为 14.426%，小于 40% 的临界值（周浩，2004），可以认为本研究不存在严重的共同方法偏差。

### 5.2 主观健康、死亡焦虑与社会支持的人口学差异分析

#### 5.2.1 性别对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响

本研究采用独立样本  $t$  检验考察性别对主观健康、死亡焦虑和社会支持的影响，分析结果见表 2。

表 2 性别在各变量上的差异检验

|      |   | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|------|---|----------|-----------|----------|----------|
| 主观健康 | 男 | 57.20    | 20.89     | 0.55     | 0.580    |
|      | 女 | 56.13    | 21.17     |          |          |
| 死亡焦虑 | 男 | 6.87     | 3.21      | 1.04     | 0.296    |
|      | 女 | 7.17     | 3.13      |          |          |
| 社会支持 | 男 | 33.98    | 10.20     | 0.44     | 0.653    |
|      | 女 | 34.37    | 9.35      |          |          |

注：\*表示  $p < 0.05$ ，\*\*表示  $p < 0.01$ ，\*\*\*表示  $p < 0.001$ ，下同。

由表 2 可知，性别在主观健康、死亡焦虑和社会支持水平上均不存在显著性差异，即男性老年人和女性老年人的主观健康、死亡焦虑和社会支持水平相差不大。

#### 5.2.2 年龄对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响

在本研究实际施测中，考虑到被试群体的广泛性，将老年人按实际年龄分为四个年龄段，分别是 50-59 岁、60-69 岁、70-79 岁、80 岁及以上。年龄是否对老年人的主观健康、死亡焦虑和社会支持现状有影响，采用方差分析的方法进行研究，具体结果可见表 3。

表 3 年龄在各变量上的差异检验

|      |         | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
|------|---------|----------|-----------|----------|----------|
| 主观健康 | 50-59 岁 | 62.34    | 22.30     | 5.19     | 0.002    |
|      | 60-69 岁 | 58.58    | 19.42     |          |          |
|      | 70-79 岁 | 55.31    | 18.50     |          |          |

|      |        |       |       |      |       |
|------|--------|-------|-------|------|-------|
| 死亡焦虑 | 80岁及以上 | 51.83 | 23.17 | 1.56 | 0.197 |
|      | 50-59岁 | 6.71  | 3.02  |      |       |
|      | 60-69岁 | 6.81  | 3.44  |      |       |
|      | 70-79岁 | 7.50  | 2.71  |      |       |
| 社会支持 | 80岁及以上 | 7.09  | 3.40  | 2.70 | 0.045 |
|      | 50-59岁 | 36.53 | 10.24 |      |       |
|      | 60-69岁 | 33.46 | 8.08  |      |       |
|      | 70-79岁 | 33.59 | 9.34  |      |       |
|      | 80岁及以上 | 33.66 | 10.31 |      |       |

通过表3我们可知，不同年龄段的老年群体在主观健康 ( $F = 5.19, p = 0.002$ ) 和社会支持 ( $F = 2.70, p = 0.045$ ) 方面存在差异。接下来进行事后检验可得，在主观健康水平上，50-59岁的“准老年人”分别与70-79岁、80岁及以上的老人之间有显著性差异，60-69岁的老年人与80岁及以上的老年人之间存在显著性差异，即50-59岁的“准老年人”感知到的主观健康要明显好于70-79岁和80岁及以上的老年人，60-69岁的老年人的主观健康水平明显高于80岁及以上的老年人。而在社会支持水平上，50-59岁的“准老年人”与60-69岁、70-79岁、80岁及以上的老人之间也存在显著性差异，50-59岁“准老年人”在社会支持的获得和利用上有显著优势。年龄对老年人死亡焦虑的影响差异不显著。

### 5.2.3 受教育程度对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响

在受教育程度的划分上，本研究考虑到年代背景，将其划分为5个阶段，分别为文盲阶段、小学、初中、高中/中专、大学/大专及以上。采用方差分析法考察受教育程度对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响。具体结果可见表4。

表4 受教育程度在各变量上的差异检验

|      |          | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
|------|----------|----------|-----------|----------|----------|
| 主观健康 | 文盲       | 55.32    | 23.53     | 0.43     | 0.782    |
|      | 小学       | 55.35    | 20.85     |          |          |
|      | 初中       | 56.17    | 21.92     |          |          |
|      | 高中/中专    | 57.04    | 20.47     |          |          |
|      | 大学/大专及以上 | 58.42    | 16.64     |          |          |
| 死亡焦虑 | 文盲       | 7.96     | 2.64      | 5.80     | 0.000    |
|      | 小学       | 7.38     | 3.28      |          |          |
|      | 初中       | 6.70     | 2.93      |          |          |
|      | 高中/中专    | 6.87     | 3.45      |          |          |
| 社会支持 | 大学/大专及以上 | 5.53     | 3.10      | 5.71     | 0.00     |
|      | 文盲       | 30.28    | 8.74      |          |          |
|      | 小学       | 34.42    | 9.14      |          |          |
|      | 初中       | 35.19    | 10.13     |          |          |
|      | 高中/中专    | 36.63    | 9.01      |          |          |
|      | 大学/大专及以上 | 36.93    | 11.10     |          |          |

由表4可知，不同受教育水平的老年群体在死亡焦虑 ( $F = 5.80, p = 0.000$ ) 和社会支

持 ( $F = 5.71, p = 0.000$ ) 方面存在显著性差异, 对主观健康的影响并不显著。

接下来进行事后检验可得, 在死亡焦虑水平上, 文化程度为大学/大专及以上的老年人与文化程度为文盲、小学、初中、高中/中专的老人之间均存在显著性差异, 即接受过大学/大专及以上的教育的老年人, 其死亡焦虑要明显低于其他文化程度的老年人; 相反, 文化程度为文盲的老年人, 在死亡焦虑得分上显著高于其他文化程度的老年人, 即文盲文化程度的老年人死亡焦虑远高于文化程度为小学、初中、高中/中专和大学/大专及以上的老年人; 文化程度在小学、初中、高中/中专的老年人在死亡焦虑水平上无显著性差异。而在社会支持水平上, 文化程度为文盲的老人与其他四种文化程度的老年人之间存在显著性差异, 文盲文化程度的老年人在社会支持的获得和利用上有显著弱势, 其社会支持得分均小于其他四种文化程度的老年人社会支持得分; 而小学文化程度、初中文化程度、高中/中专文化程度与大学/大专及以上文化程度的老年人在社会支持得分上均无显著性差异。

#### 5.2.4 家庭月收入对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响

本研究将家庭月收入界定为 4 个层级, 分别为 1000 元以下、1000-2999 元、3000-4999 元、5000 元及以上。采用方差分析法考察家庭月收入对主观健康、死亡焦虑与社会支持的影响。具体结果可见表 5。

表 5 家庭月收入在各变量上的差异检验

|      |             | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
|------|-------------|----------|-----------|----------|----------|
| 主观健康 | 1000 元以下    | 54.08    | 22.72     | 0.44     | 0.723    |
|      | 1000-2999 元 | 56.99    | 20.69     |          |          |
|      | 3000-4999 元 | 58.15    | 22.43     |          |          |
| 死亡焦虑 | 5000 元及以上   | 56.05    | 19.66     | 1.66     | 0.175    |
|      | 1000 元以下    | 6.89     | 2.93      |          |          |
|      | 1000-2999 元 | 7.36     | 3.03      |          |          |
| 社会支持 | 3000-4999 元 | 6.70     | 3.11      | 8.67     | 0.000    |
|      | 5000 元及以上   | 6.62     | 3.70      |          |          |
|      | 1000 元以下    | 27.41    | 11.85     |          |          |
|      | 1000-2999 元 | 33.93    | 9.34      |          |          |
|      | 3000-4999 元 | 35.59    | 9.80      |          |          |
|      | 5000 元及以上   | 35.85    | 8.29      |          |          |

由表 5 分析结果表可知, 不同家庭月收入的老年群体在社会支持水平上存在显著性差异 ( $F = 8.67, p = 0.000$ ), 而在主观健康和死亡焦虑水平上差异不显著, 即家庭月收入不是主观健康和死亡焦虑的重要影响因素, 却显著地影响了老年人的社会支持水平。接下来进行事后检验可得, 在社会支持水平上, 家庭月收入在 1000 元以下的老年人与月收入在 1000 元以上的老年人之间有显著性差异, 即家庭月收入为 1000 元以下的老年人, 其获得和可利用的社会支持远小于其他家庭月收入较高的老年群体。

### 5.3 主观健康、死亡焦虑与社会支持在不同养老模式下的差异比较

为考察养老模式是否对老年人主观健康、死亡焦虑与社会支持存在影响, 以养老模式

为自变量，包括社区居家养老和机构养老，老年人主观健康、死亡焦虑与社会支持为因变量，其中，社会支持包含 3 个维度，分别为主观支持、客观支持和对支持的利用度，考虑养老模式可能会对不同的支持情况产生影响，亦将其作为因变量进行考察，对共计 6 个因变量进行独立样本  $t$  检验，具体结果可见表 6。

表 6 不同养老模式下，老年人主观健康、死亡焦虑与社会支持的差异分析

|         |        | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------|--------|----------|-----------|----------|----------|
| 主观健康    | 社区居家养老 | 58.28    | 20.45     | 2.35     | 0.019    |
|         | 机构养老   | 53.32    | 22.09     |          |          |
| 死亡焦虑    | 社区居家养老 | 7.10     | 3.00      | 0.677    | 0.531    |
|         | 机构养老   | 6.88     | 3.57      |          |          |
| 社会支持    | 社区居家养老 | 35.24    | 9.47      | 3.88     | 0.000    |
|         | 机构养老   | 31.54    | 9.80      |          |          |
| 主观支持    | 社区居家养老 | 20.38    | 6.38      | 2.43     | 0.012    |
|         | 机构养老   | 15.25    | 6.69      |          |          |
| 客观支持    | 社区居家养老 | 8.16     | 2.79      | 9.66     | 0.000    |
|         | 机构养老   | 5.51     | 2.63      |          |          |
| 对支持的利用度 | 社区居家养老 | 7.96     | 3.59      | 0.20     | 0.841    |
|         | 机构养老   | 7.62     | 2.68      |          |          |

由表 6 可知，在主观健康水平上，社区居家养老模式与机构养老模式之间存在有显著性差异 ( $p = 0.019$ )，社区居家养老的老年人感知到的主观健康要好于机构养老的老年人。但对比中国老年群体健康平均得分 61.12 分 (曹文君, 2014)，可以发现不论是社区居家养老还是机构养老模式，其主观健康水平仍然存在差距。

在死亡焦虑得分上，社区居家养老模式与机构养老模式之间不存在显著性差异 ( $p = 0.531$ )，证明养老模式在此处并非是死亡焦虑的一个显著性影响因子。但综合来看发现不管是社区居家养老还是机构养老，其死亡焦虑得分均高于理论中值 (6.71  $\pm$  3.01)，且社区居家养老老年人的死亡焦虑得分要大于机构养老老年人得分，表明机构养老中的老年群体死亡焦虑水平较低，而社区居家养老模式下的老年人有更高的死亡焦虑情况。

在社会支持水平上，社区居家养老模式与机构养老模式之间存在有显著性差异 ( $p = 0.000$ )，社区居家养老的老年人获得和利用的社会支持要显著高于机构养老的老年人。而在社会支持的 3 个维度中，主观支持、客观支持在养老模式上存在显著差异，社区居家养老的老年人的主观支持和客观支持得分均显著高于机构养老老年人。对支持的利用度在养老模式上并未表现出明显差异，社区居家养老的老年人与机构养老老年人在对社会支持的利用上相差无几。

## 5.4 不同养老模式下，主观健康、死亡焦虑与社会支持的关系分析

本研究旨在分析社区居家养老和机构养老不同养老模式下老年人死亡焦虑的影响机制，挖掘老年人死亡焦虑的影响因素，进行主观健康、社会支持及其三个维度对死亡焦虑的作用分析。

### 5.4.1 社区居家养老模式下，主观健康、死亡焦虑与社会支持的关系分析

#### 5.4.1.1 社区居家养老模式下，主观健康、社会支持与死亡焦虑的相关分析

选择社区居家养老模式，对老年人的主观健康、社会支持及其三个维度、死亡焦虑进行双变量相关分析，具体分析结果如表 7 所示。

表 7 社区居家养老模式下，主观健康、社会支持与死亡焦虑的相关分析

|         | 主观健康     | 死亡焦虑    | 社会支持    | 主观支持    | 客观支持    | 对支持的利用度 |
|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 主观健康    | 1        |         |         |         |         |         |
| 死亡焦虑    | -0.301** | 1       |         |         |         |         |
| 社会支持    | 0.174**  | -0.017  | 1       |         |         |         |
| 主观支持    | 0.296**  | -0.121* | 0.633** | 1       |         |         |
| 客观支持    | 0.169**  | -0.199* | 0.884** | 0.424** | 1       |         |
| 对支持的利用度 | 0.142*   | 0.193*  | 0.572** | 0.224** | 0.140** | 1       |

由表 7 结果可知，在社区居家养老模式下，主观健康与死亡焦虑之间存在显著的负相关关系，主观支持、客观支持均与死亡焦虑之间成显著负相关，对支持的利用度与死亡焦虑之间成正相关。主观健康与社会支持及其各维度之间存在显著正相关关系，社会支持及各维度之间均呈现显著正相关的关系。

#### 5.4.1.2 社区居家养老模式下，主观健康、社会支持对死亡焦虑的回归分析

为探究社区居家养老模式下，主观健康和社会支持是否会对死亡焦虑有显著预测作用，本研究根据上述相关分析，在控制相关人口学变量后，将主观健康、主观支持、客观支持和对支持的利用度作为预测变量，死亡焦虑作为因变量，进行多元回归分析，分析结果见表 8。

表 8 主观健康、社会支持对死亡焦虑的回归分析表

| 预测变量    | R <sup>2</sup> | 调整 R <sup>2</sup> | ΔR <sup>2</sup> | β      | t       | F         |
|---------|----------------|-------------------|-----------------|--------|---------|-----------|
| 主观健康    | 0.090          | 0.088             |                 | -0.301 | -5.78** | 33.45***  |
| 对支持的利用度 | 0.103          | 0.098             | 0.010           | 0.113  | 2.183*  | 19.297*** |
| 客观支持    | 0.117          | 0.109             | 0.013           | -0.121 | -2.31*  | 14.81***  |

由表 8 可知，在控制额外变量后，五个预测变量中的三个预测变量对老年人死亡焦虑有显著的预测作用，分别是主观健康、对支持的利用度和客观支持。预测变量对死亡焦虑的决定系数 R<sup>2</sup> 为 0.117，最后回归模型整体性检验的 F 值为 14.81 (p = 0.000)，因而三个预测变量共可有效解释死亡焦虑 11.7% 的变异量。从标准化回归系数来看，回归模型中主观健康对模型贡献的值为 -0.301，对支持从利用度对模型的贡献值为 0.113，客观支持对模型贡献值为 -0.121，说明主观健康和客观支持均可负向预测死亡焦虑，对支持的利用度正向预测老年人死亡焦虑。标准化回归方程为：

$$Y_{\text{死亡焦虑}} = -0.301 \cdot X_{\text{主观健康}} + 0.113 \cdot X_{\text{对支持的利用度}} - 0.121 \cdot X_{\text{客观支持}}$$

#### 5.4.1.3 社区居家养老模式下，社会支持的中介效应分析

基于以上研究结果，考察在社区居家养老模式下，客观支持和对支持的利用度是否可

以作为主观健康与死亡焦虑关系中的中介变量存在。采用 Mplus 7.0 进行分析，分别对客观支持和对支持的利用度的中介效应进行 Bootstrap 检验，抽样数为 1000，置信区间为 95%。标准化处理后的分析结果显示对支持的利用度作为中介效应的结果不显著，客观支持作为中介效应的结果显著，客观支持的中介效应分析模型图如图 1 所示，具体数据分析见表 9。

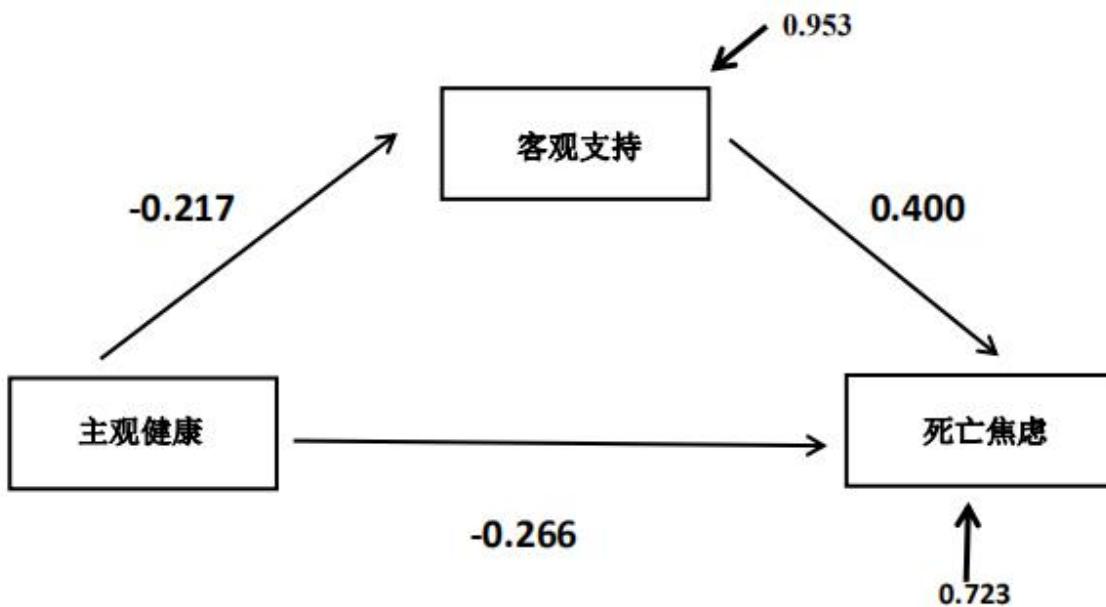


图 1 客观支持的中介效应模型图

表 9 客观支持的中介效应检验

| 路径     | 效应   | 效应值       | Boot 标准误 | 95%CI           | R <sup>2</sup> |
|--------|------|-----------|----------|-----------------|----------------|
| 主观健康 - | 总效应  | -0.352*** | 0.034    | [-0.409,-0.285] |                |
| 客观支持 - | 间接效应 | -0.087*   | 0.037    | [-0.159,-0.015] | 0.047          |
| 死亡焦虑   | 直接效应 | -0.266*** | 0.044    | [-0.351,-0.180] | 0.277          |

由图表可知，社区居家养老模式下，主观健康对死亡焦虑的直接效应显著，直接效应量为 -0.266，间接效应显著，间接效应量为 -0.087。该模型中中介效应在总效应中的比值为 24.7%。中介效应与直接效应的比值为 32.7%。

即主观健康可以负向显著预测老年人死亡焦虑 ( $\beta = 0.27, p < 0.001, SE = 0.04$ )，客观支持负向显著预测死亡焦虑 ( $\beta = 0.09, p < 0.05, SE = 0.04$ )。客观支持在主观健康对死亡焦虑的影响中发挥部分中介效应，中介效应与总效应的比值为 24.7%。

## 5.4.2 机构养老模式下，主观健康、死亡焦虑与社会支持的关系分析

### 5.4.2.1 机构养老模式下，主观健康、社会支持与死亡焦虑的相关分析

选择机构养老模式，对老年人的主观健康、社会支持及其三个维度、死亡焦虑进行双变量相关分析，具体分析结果如表 10 所示。

表 10 机构养老模式下，主观健康、社会支持与死亡焦虑的相关分析

|         | 主观健康    | 死亡焦虑    | 社会支持    | 主观支持    | 客观支持    | 对支持的利用度 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 主观健康    | 1       |         |         |         |         |         |
| 死亡焦虑    | -0.214* | 1       |         |         |         |         |
| 社会支持    | 0.434** | -0.155  | 1       |         |         |         |
| 主观支持    | 0.435** | -0.203* | 0.934** | 1       |         |         |
| 客观支持    | 0.206** | -0.089  | 0.720** | 0.544** | 1       |         |
| 对支持的利用度 | 0.295** | 0.028   | 0.615** | 0.384** | 0.292** | 1       |

由表 10 结果可知，在机构养老模式下，主观健康与死亡焦虑之间存在显著的负相关关系，与社会支持及其各维度均成显著正相关关系。社会支持中主观支持与死亡焦虑存在显著负相关关系，社会支持总分、客观支持和对支持的利用度两分维度均与死亡焦虑的相关不显著。社会支持各维度之间呈现显著的正相关关系。

#### 5.4.2.2 机构养老模式下，主观健康、社会支持对死亡焦虑的回归分析

选择机构养老模式，在控制相关人口学变量后，根据上述相关分析中仅有主观健康、主观支持同死亡焦虑存在显著的相关关系，因此考察主观健康和主观支持是否会对死亡焦虑有显著预测作用，将主观健康、主观支持作为预测变量，将死亡焦虑作为因变量纳入多元回归模型，结果见表 11。

表 11 主观健康、主观支持对死亡焦虑的回归分析表

| 预测变量 | R <sup>2</sup> | 调整 R <sup>2</sup> | β      | t       | F      |
|------|----------------|-------------------|--------|---------|--------|
| 主观健康 | 0.046          | 0.039             | -0.214 | -2.558* | 6,545* |

由表 11 可知，在控制额外变量后，仅主观健康对老年人死亡焦虑有显著的预测作用。预测变量对死亡焦虑的决定系数 R<sup>2</sup> 为 0.046，最后回归模型整体性检验的 F 值为 6.545 (p = 0.012)，共可有效解释死亡焦虑 4.6% 的变异量。从标准化回归系数来看，回归模型中主观健康的贡献值为 -0.214，说明主观健康负向预测死亡焦虑。标准化回归方程为：

$$Y_{\text{死亡焦虑}} = -0.214 \cdot X_{\text{主观健康}}$$

综合上述分析结果可知，主观健康、社会支持和死亡焦虑在不同的人口学变量上分别存在显著差异，同时，我们也在两种不同的养老模式中发现社区居家养老的老年人有更高的主观健康和社会支持，值得注意的是，虽然养老模式的不同并未对死亡焦虑得分产生显著性影响，但社区居家养老模式下的老年人死亡焦虑得分同样高于机构养老老年人死亡焦虑得分。当我们以养老模式为划分依据分别进行下一步分析时发现，社区居家养老模式下的老年人，其主观健康和客观支持可以显著负向预测老年人死亡焦虑，且客观支持可以作为主观健康影响死亡焦虑的部分中介作用显著；而在机构养老模式下，主观健康与主观支持与老年人死亡焦虑存在显著的负相关，但社会支持总分及其他维度与老年人死亡焦虑之间无显著相关性，多元回归分析的结果显示，在机构养老模式下，仅有主观健康可以显著负向预测老年人死亡焦虑。因此，在不同养老模式中，主观健康均可显著负向预测老年人

死亡焦虑，但加入社会支持因素后，三者之间的影响路径存在较大区别。

## 6 讨论

### 6.1 主观健康、社会支持与死亡焦虑的人口学差异讨论

#### 6.1.1 性别与各变量的差异讨论

本研究并未发现在主观健康与死亡焦虑水平上存在性别差异，即性别对老年人的主观健康状况、社会支持和死亡焦虑的影响相对较小，这也符合此前的相关研究（郭振友，2015；赵妹，2020）。可能是由于在全国卫生健康层次上，两性健康平等问题受到更多的关注和呼吁，卫生健康资源也更多向老年女性倾斜（王春媛，2015），使得老年女性的主观健康较之前更优。但通过结果我们也发现，目前女性老年人的主观健康仍低于男性老年人，而死亡焦虑高于男性老年人，这可能与老年女性较为敏感和依赖的性格特征有关，在日常生活中，女性更关注自己的身体变化，且更倾向于将自身的变化与朋友交流，彼此之间互诉可能加剧对自身身体状况的担忧。相比较而言，男性往往有更为乐观的健康自我评估（陈妍霖，2014），社会文化中也往往期待男性更加坚强，扮演保护者的角色，这促使男性有更高主观健康的同时也带来男性对自身健康的忽视和盲目信任。再加上目前相对严峻的疾病风险形势，老年群体作为易感群体，其风险指数远高于其他群体，而女性老年人更容易表现出情绪的流露，对外界带来的危险可能感知也更为深刻，因此较倾向于表现出高死亡焦虑和低主观健康。

性别对社会支持的影响并不显著，与蔡晓惠（2016）关于社会支持中性别因素差异显著的结论不一致，可能是因为目前居家不出的工作和生活状态，男性老年人也更多的关注家庭和家庭成员，从而也储备了获得和可利用的家庭资源支持和慰藉力量，使老年配偶双方的社会支持资源达到一种相对平衡的状态。但具体来看，男性社会支持仍然较弱于女性老年人的社会支持，这也符合一般的结论（Huining, 2017; Julia Kutschke, 2018），可能与传统的性别角色分工“男主外，女主内”有关，男性往往承担了更多的家庭经济来源，但这一角色隐喻的社会内涵和家庭内涵在退休发生了巨大变化，以往的角色定位令其较难适应赋闲的家庭生活，容易产生部分心理落差。

#### 6.1.2 年龄与各变量的差异讨论

老年人主观健康在不同年龄段上存在差异，基于本研究被试施测的广度，纳入 50-59 岁的“准老年人”进行参照，与其他年龄段的老年群体相比，“准老年人”的主观健康状况要更高，60-69 岁的老年人主观健康水平也显著高于 80 岁及以上的老年人，这与大部分研究者的结论相类似（潘超平，2019；李丽，2021），说明老年人随年龄增长，身体机能逐渐下降、注意力、记忆力等的衰退给自己带来极大的不便，对自身主观健康的判断时也会随之下降；而处于尚未退休阶段的 50-59 岁的“准老年人”与刚刚退休的老年人由于尚可以胜任自己的工作，成就感水平较高，因此相较于长久赋闲在家的老年人来说有更高的主观健康评价。

死亡焦虑在不同年龄段上的差异并不显著，但可通过独立样本的检验结果发现 60 岁及以上的老年人的死亡焦虑均高于 60 岁以下“准老年人”的死亡焦虑，且 60 岁及以上的老年人的死亡焦虑得分均高于常模标准（杨红，2011）。这可能是因为当前的卫生健康情况不容乐观的原因，据报道，65 岁以上的老年人死亡率最高（Khademi Fatemeh, 2020）。

老年人由于其免疫系统较弱，行动力下降，存在不同程度的慢性疾病等问题，更易陷入恐慌、焦虑的负性情境，而最为常见的焦虑即死亡焦虑（Mokhtari Razieh, 2020）。并且，60岁以后的老年人逐渐退休，由退休带来的孤独感也会影响到其死亡焦虑（Birgit M, 2018）。

老年人社会支持现状在不同年龄段上存在差异，50-59岁的“准老年人”与其他年龄段的老年群体相比，社会支持水平更高，而60岁及以上的老年人社会支持得分并无显著性差异。这可能是由于退休以后的老年人，社会交往面开始缩小，获得的支持主要来自家人和亲朋邻里，主观支持都相对减弱（王志明, 2016）。而且相较于尚未退休的59-59岁的“准老年人”，60岁以后的老年人成就感动机也变低，对支持的利用能力也随之减退（李金栋, 2018）。这提示我们应当重视对老年群体进行再就业宣传，充分发挥老年群体在社会上的人力智慧资源，弘扬家庭中“家有一老，如有一宝”的尊老敬老风气。

### 6.1.3 受教育程度与各变量的差异讨论

本研究结果表明，受教育程度与老年人主观健康之间不存在显著性差异，不同于前人研究结论（宋晓飞, 2007），但与刘方（2015）对老年人身体健康感知的研究结果相同。究其原因，可能是随近年来时代的巨大变化，数据网络、智能手机的兴起，老年人日常接触社会性知识性信息的机会增加，数据时代将所有老年人放在了一个统一的平台上，每个人都有学习的机会，这就部分掩蔽了受教育水平对老年人生活的影响，间接造成了主观健康之间的差异不显著。但具体来看，仍可以通过观察发现，随受教育程度的提升，老年人主观健康水平也在逐渐提高，这也与其他学者的研究结论相一致，受教育程度仍然对主观健康有正向的影响（丁继红, 2019；郑娟, 2019）。往往受教育程度与人们的社会地位相关联，拥有更高教育水平的人，其获得的就业机会更多（吕雅男, 2012），社会地位相对更高，拥有的医疗和长期护理资源更佳（陈妍霖, 2014）；同时，高水平的教育也使得人们获得更强的自我保健能力（栾文敬, 2012），更为突出的健康素养，并且，可以利用自身具备的健康知识规范自身日常习惯（李丽, 2021），最终在综合健康评价中也就表现的更为优异，主观健康水平更高。

受教育程度作为老年人死亡焦虑的显著影响因素，大学/大专及以上的老年人死亡焦虑水平显著更低，而文盲老年人死亡焦虑水平高于其他文化水平的老年人，与此前研究结论一致（赵妹, 2020）。接受过更高教育的老年人，其思想开放性和包容性更强，对死亡这种客观存在的接受度更高（冯雪, 2018），这也与江君（2016）对死亡焦虑的研究结果相一致。另外，更高等的文化程度更容易学习到死亡教育的课程，文化程度越高死亡教育的学习程度也就越深入，对死亡焦虑的抑制也就更加强烈（Hayslip, B, 1994），死亡教育可以在很大程度上缓解死亡焦虑。

老年人受教育程度与其社会支持水平成正比，受教育程度越高社会支持得分越高，也验证了郭建华（2013）、齐玉玲（2016）、陈艳莉（2016）等的研究结论。可能是因为较高的受教育水平带来的更高的社会经济地位（Liang, 2000），使老年人生活在更为健康和安全的环境中，可得到较为充足的物质保障，也能够负担得起较好的医疗卫生服务，使得心理健康状态维持在一个相对较为积极的水平上，也更愿意与人交流交往，增进感情，甚至可能主动寻求社会提供的支持性服务。而社会经济地位较低的老年人面临的常常是社会偏见甚至歧视，其本身可获取的社会资源有限，较大的生存压力下，他们的心理状态往往容易消极化，不愿与人多交往，因此社会支持水平较低（赵慧宁, 2019）。

#### 6.1.4 家庭月收入与各变量的差异讨论

本研究发现主观健康在不同收入水平上不存在显著性差异，这与以往部分研究结果不一致（吕雅男，2012；郑娟，2019）。一般来讲，自评家庭经济状况可以显著促进老年人的主观健康水平，因为更为优渥的生活经济条件可以使得老年人享受更为充足的、更高质量的生活和医疗服务（丁继红，2019），同样生活自理能力受损害的程度也就越小，越倾向于做出乐观的主观健康评价（谷琳，2010）。而低收入的老年群体身心健康状态更差，这也符合本研究中1000元及以下老年人的主观健康水平最低的现状。由于其收入来源有限，在未来出现风险时会更易陷入困境，他们也更倾向于继续参与社会劳动，而超出自身负荷的社会工作影响其身体健康状况（连至炜，2020），可能存在的“看不起病”的现象也会导致其主观健康评价偏低（陈妍霖，2014）。从另外一个层面上来讲，收入水平尽管可以反映个体健康状况的社会经济地位（James，1997），但影响路径较多，包括慢性病、生活自理能力等的影响，也会导致最终的结果出现较大的差异。因此在未来进行分析时应该注意控制其他多种变量的影响，综合讨论收入水平对主观健康的影响。

老人人死亡焦虑在不同收入水平上不存在显著差异，在本研究中，退休金是老年人主要的经济来源，而退休金对老年人死亡焦虑的影响并不显著（曾宪新，2007）。这与刘贵平（2004）对老年人死亡风险的研究结论并不一致，其通过对高龄老人进行跟踪数据调查，发现收入水平显著影响老年人死亡风险。但死亡风险并不等同于死亡焦虑，且仅对高龄老人进行分析并不能将结论概括至全年龄段。

社会支持水平在不同月收入上存在显著差异，家庭月收入越少，社会支持水平越低，与先前研究结论一致（张德春，2018；赵慧宁，2019）。社会交换理论也认为，个体占有的资源越多，社会交换中的优势就越大，因而会获得更多的社会支持（尹述飞，2012）。收入作为老年人的基本的生活保障，是客观支持的力量来源，而较好的收入带来的较高的社会经济条件也更容易获得别人的 support 和理解，从而主观支持水平也较高，更多参与社会活动的老年人也更善于利用支持进行自我转化（Vega Alma，2017），对支持的利用度水平也较高。

### 6.2 养老模式与主观健康、社会支持、死亡焦虑的差异讨论

本研究发现不同的养老模式对老年人主观健康和社会支持存在显著影响，社区居家养老模式下的老年人有更高的主观健康和社会支持水平，且主观支持和客观支持均更为突出。这主要是因为选择机构养老的老年群体，大多为高龄、独居老人，其行动力较差，生活自理能力也较低（胡莹，2014），再加上慢性疾病的困扰，在日常生活中缺少情感性支撑（纪青，2014），导致其对自身健康的评价等级较低。而在社区居家养老的老年人，以60-69岁居多，生活尚能自理，有较大的自由，对自身的健康评价更为乐观，熟悉的周遭环境和密切的邻里关系，更多的代际支持，使得情感卷入更甚，亲密度更高，因此有更高的社会支持水平和主客观支持情况。这也与以往研究相一致（苏淑文，2019；唐莉，2020；程利娜，2013）。

在死亡焦虑水平上，社区居家养老与机构养老的老年人之间不存在显著性差异，这与赵妹（2020）研究中养老模式显著影响老年人死亡焦虑的结论不一致，但与其中机构养老模式下老年人死亡焦虑水平低于社区居家养老模式下死亡焦虑水平的结论一致。探究双方存在不显著的原因，可能受到时下疾病风险调控的影响，养老机构与社区居家的老年群体共同面对来势汹汹的新冠肺炎疫情，使得平时被刻意忽视的死亡话题被直白地摆在眼前，

即便足不出户，也可通过新闻广播等了解到实时情况，死亡的必然性和不可预知性导致所有老年人均产生了不同程度的死亡焦虑。但通过与前人研究的对比我们发现，仍然是机构养老模式下的老年人存在有更低的死亡焦虑。这可能是由于养老机构的性质问题，居住在內的老年人接触到的更多的是失能失智老年群体，平日里讨论死亡的情形也要更多，更高的死亡谈论会使得老年人的焦虑水平有所降低（崔静，2012）。养老机构中的健康知识讲座和定期的心理疏导也会对老年人死亡焦虑有纾解作用。

### 6.3 主观健康、社会支持与死亡焦虑的关系

本研究发现，两种不同的养老模式下，老年人主观健康均可以显著负向预测死亡焦虑，与研究假设相一致。同时这也贯彻了老年人主观健康与死亡风险的研究，证明老年人主观健康不仅可以作为死亡发病率的良好预测指标（Mossey J, 1982; Kaplan G A, 1983），也显著地影响了死亡焦虑水平。与目前的国内外研究得出一致结论（Thomas F, 2002; 方向华, 2003）。因此我们认为，能够唤起人们思考死亡的重要因素即个体主观健康状况，主观健康情形较差者，往往有较高的死亡焦虑水平（崔静，2012）。这提示我们要更多关注对老年人主观健康的测量，José Mauricio 等学者（2010）也指出，主观健康在反映老年人综合健康水平的同时也为卫生质检员、健康促进决策者等提供了多种参考信息。

同时我们也发现，不同的养老模式中，社会支持对死亡焦虑的影响机制存在较大差异。由相关分析表可知，社区居家养老模式下，死亡焦虑与主观支持、客观支持和对支持的利用度之间存在显著相关。其中，主观支持作为积极的情绪体验，客观支持作为各种支持来源的客观存在（吴颖，2021），均与老年人死亡焦虑存在显著的负相关，而对支持的利用度由老年人所处情景决定，在此处与老年人死亡焦虑存在正相关关系。由进一步的相关分析可知，客观支持可以显著负向预测老年人死亡焦虑，即客观支持可以为社区居家养老的老年群体提供客观实在的物质支撑，显著缓解社区居家老年人的死亡焦虑。而对支持的利用度显著正向预测老年人死亡焦虑，应注意增强老年人对支持的利用能力，提升老年人的对支持的利用度。

而在养老机构模式下，分析老年人社会支持与死亡焦虑的关系，可以由相关分析结果得知仅有主观支持与机构老年人的死亡焦虑成负相关，客观支持与对支持的利用度并未与死亡焦虑存在显著相关，可能是由于在相对封闭的空间内，机构老年人获得的物质资料基本不变，老人对所提供的物件十分熟悉，无法带来持续有效的支持和对支持的转化。而主观支持的显著可能是由于机构内定期开展的心理咨询和定时陪伴活动，以及近年来开展的互助养老使老年人自己成为志愿者帮助机构内更需要帮助的老人（刘晓楚，2021），彼此之间的相互慰藉使得老年人获得尊重和支持的同时，影响了潜在的死亡焦虑。另外，养老机构内往往有相对较高的养老服务水平，当老年人的需求得到满足时，自我感知到的主观支持往往较高。尽管本研究中可能因为被试数量较少而尚未发现主观支持显著预测死亡焦虑，但仍要重视加强老年人主观支持，提供更多的心理抚慰等心理社会支持服务，另外，也应定期在机构内根据老年人的需求进行物质资源的置换，如分发养老政策宣传手册、设置投诉建议箱等。

### 6.4 社会支持的中介作用

本研究通过中介效应检验，发现在社区居家养老模式下，客观支持发挥作用的路径显

著。

社区居家养老模式下，客观支持在主观健康影响死亡焦虑的路径中起部分中介作用，解释了高多多（2020）客观支持对老年人生命质量的贡献最大的研究结论，客观支持作为综合反映老年人身体健康状况和生命质量的主观健康指标（李丽，2021），不仅包括客观的、可见的或实际的物质支援，也体现在团体关系中的存在和参与感中，如题项“过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源”中询问经济资源支持，“过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源”中考量精神力量来源与深度，均与个体生命质量存在显著的相关关系，因此，客观支持不仅可以直接显著影响死亡焦虑，并能通过客观支持缓解老年人的死亡焦虑。

除此之外，分析客观支持而非主观支持与支持利用度作为中介变量存在的原因可能有以下三点：

第一，处于社区居家养老模式下的老年人，多年来在熟悉的环境中，累积了广泛的社交网络，通过各种社交人脉也带来了丰富的信息支持（苏淑文，2019）；第二，社区居家老年人的大量社会信息的获取使其知识体系更加健全，对未知的恐惧也就越少，死亡焦虑水平也会降低；第三，目前国家正在逐步推进社区养老服务规范活动，打造“十五分钟生活圈”，这也给社区老年人的生活带来极大的便利，物质资料的充盈提升了老年人的客观支持水平，缓解了老年人的死亡焦虑。

这就启示我们应当高度重视提升社区老年人的客观支持水平，针对目前仍然存在的问题进行查缺补漏，尤其是饮食服务、生活服务和医疗服务方面。饮食服务上，加大对长者食堂和上门送餐的管理运营，为一些行动不便的老人提供及时上门服务，并根据老人的需求进行三餐的供应。也要加强对上门做餐的安全监管，在与社会送餐平台合作时，应注意其卫生许可与安全权限，一丝不苟地保证老年人的生命财产安全。在生活服务方面，应加强社区居家养老老年人的硬软件的适老化改造：低宽型台阶的设置、配有扶手的无障碍通道、颜色鲜明的楼层指引、夜间亮起暖光的原木色扶手……在医疗服务方面，社区应积极与各地卫生健康部门和大中医院联合开展卫生服务中心社区门诊，挖掘社区内医疗资源，将大中医院的优质医疗服务延伸到社区内，打造最优社区“医疗服务圈”，使老年人在家门口满足老有所养的同时，也可以老有所医。

## 7 研究结论与展望

### 7.1 研究结论

本研究通过独立样本  $t$  检验, 方差分析、多元回归分析和中介效应检验, 发现:

(1) 老年人主观健康、社会支持与死亡焦虑在人口学分析上存在显著差异。其中, 主观健康在不同年龄段上差异显著, 死亡焦虑在受教育程度上差异显著, 社会支持在年龄段、受教育程度、家庭月收入上差异显著。

(2) 社区居家养老模式下的老年人主观健康、社会支持总分及主观支持、客观支持得分显著高于机构养老模式, 两种养老模式下的死亡焦虑得分差异不显著。

(3) 社区居家养老模式下, 老年人主观健康、客观支持显著负向预测死亡焦虑, 对支持的利用度显著正向预测死亡焦虑; 机构养老模式下, 仅主观健康显著负向预测老年人死亡焦虑。

(4) 不同养老模式下, 社会支持发挥中介作用的路径存在差异。社区居家养老模式下, 客观支持作为部分中介影响主观健康与死亡焦虑的关系; 机构养老模式下, 社会支持不影响主观健康与死亡焦虑。

### 7.2 对策与建议

针对我国目前严峻的老龄化形势, 为缓解不同养老模式下老年人面对死亡这件人生大事时带来的焦虑情绪, 特提出以下对策建议:

(1) 打破对死亡的恐惧, 引入“死亡教育”。

在本研究者, 受教育程度显著影响老年人死亡焦虑, 接受过高等教育的老年人死亡焦虑情况显著更少。因此, 不论老年人选择社区居家养老还是机构养老, 均应注重对死亡教育的投入。马丁·海德格尔说“向死而生”, 对死亡的认识其实也是对生命的尊敬。但在我国传统文化背景下, “未知生, 焉知死”“重生忌死”氛围浓厚, 老年人对死亡的认识普遍不同, 死亡教育亟待引进。政府、社会组织、医疗机构等应该联合起来开展死亡教育课程, 帮助老年人认识与自身密切相关的有关死亡的问题, 如如何应对哀伤、如何进行遗体捐献和后事处理事宜, 如何进行临终时的自我调适等。除此之外, 也应在中国国情基础上培养死亡教育者、死亡咨询师等专业性人才, 帮助社区居家和养老机构的老年人解答有关死亡的问题, 缓解自身的死亡焦虑。

(2) 不同养老模式下, 均应注重以主观健康促进带动死亡焦虑降低。

在本研究中, 主观健康在两种养老模式下均可显著负向预测死亡焦虑。因此, 应注意两种养老模式下对老年人主观健康的促进, 提升老年人主观健康, 不仅可以缓解死亡焦虑, 也是实现健康公平供给和健康中国的重要战略目标。两种养老模式均应关注老年人的主观健康, 为此, 政府应推动老年群体健康水平的提升, 积极推广社区居家养老模式, 依托社区进行生活和医疗资源的布控, 做好“助餐”“助医”“助娱”等活动。此外, 在卫生资源分配上也应统筹规划, 完善养老机构内老年人的社会保障体系, 持续推进医疗保险和长期照护险的实施, 机构内提供多种形式的养老服务, 开展更多知识性、趣味性健康知识讲座, 努力改善老年人的健康自我评价, 提高综合健康水平。

(3) 社区居家养老模式下, 增强客观支持, 缓解死亡焦虑。

在本研究中，社区居家养老模式下，不仅有主观健康可以缓和老年人死亡焦虑状况，更有客观支持可以发挥部分中介作用，同样对老年人死亡焦虑的纾解有积极的推动作用。因此，在社区居家养老模式下，应加强对老年人的客观支持，主要可从正式支持和非正式支持两个角度部署。正式支持层面上，加大健康资源投入，稳步开展医养康养相结合的社区居家养老点，加大养老资源投入和基层卫生队伍建设。不应只在生活服务上便民利民，更应开展老年人心理健康的网格化管理，及时排查、及时预防，加大心理健康教育力度；非正式支持层面上，科普宣传老年健康知识，注重老年慢性病防治，可以定期开展社区护理干预和心理沙龙活动，鼓励邻里亲朋对身边老人多加关怀与支持，鼓励志愿者为老年群体提供日常帮助，从社会支持的角度增强老年人生活动力，缓解对死亡的焦虑情绪。

### 7.3 不足与展望

第一，本研究考察了不同养老模式下，老年人主观健康与死亡焦虑的关系及社会支持的中介作用，尽管得出一定的结论，但仍有部分研究数据受到样本量的限制未能达到非常好的拟合效果。在未来研究中应注意扩大样本量，同时做到精准施测。

第二，本研究着重考察了老年人的死亡焦虑，但在实际施测中，尚未提前为老年人做好心理铺垫，这可能会影响到后续老年人心理健康的正常水平。在未来研究中应对老年人的心理健康做好防护。

第三，本研究采用自我报告法测量死亡焦虑，尽管可以反映出死亡焦虑的现状，但由于传统“讳死”文化的影响，老年人在实际作答中仍可能出现不客观的反映。另外，简单的问卷作答可能无法测得意识水平之下的死亡焦虑。因此在未来研究中应当注意采用更加综合的测量方式进行，使得老年人对死亡焦虑的反应更为真实和准确。

## 参考文献

- Abdel-Khalek,A.M, & Tomas-Sahaelo,s. (2005). Anxiety and death anxiety in Egypt and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29:157-169.
- Abdul Rashid & Ibrahim Tahir.(2015). The Prevalence and Predictors of Severe Depression Among the Elderly in Malaysia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*(1),.
- Adrian Tomer.(1992). Death anxiety in adult life—theoretical perspectives. *Death Studies*(6),.
- Altweck Laura,Hahm Stefanie,Muehlan Holger,Gfesser Tobias,Ulke Christine,Speerforck Sven. & Schmidt Silke.(2021). The interplay of gender, social context, and long-term unemployment effects on subjective health trajectories. *BMC Public Health*(1),.
- Anise M.S. Wu.(2002). Death Anxiety among Chinese Elderly People in Hong Kong. *Journal of Aging and Health*(1),.
- Anna T Ehmann,Oliver Groene,Monika A Rieger,Achim Siegel. (2020). The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5).
- Barry V. Fortner, Robert A. Neimeyer.(1999). DEATH ANXIETY IN OLDER ADULTS: A QUANTITATIVE REVIEW. *Death Studies*(5),.
- Berg, A. I. , Hassing, L. B. , McClearn, G. E. , & Johansson, B. . (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.
- Birgit M. aan de Stegge,,Lineke M. Tak,,Judith G.M. Rosmalen & Richard C. Oude Voshaar.(2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Brief, A. P. , Butcher, A. H. , George, J. M. , & Link, K. E. . (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- Christine Kerres Malecki & Michelle Kilpatrick Demary.(2002). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (CASSS). *Psychology in the Schools*(1),.
- Christy L. Erving & Rachel Zajdel.(2021). Assessing the Validity of Self-rated Health Across Ethnic Groups: Implications for Health Disparities Research. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*(prepublish),.
- Christy Pu,Gao-Jun Tang,Nicole Huang & Yiing-Jenq Chou.(2011). Predictive Power of Self-Rated Health for Subsequent Mortality Risk During Old Age: Analysis of Data From a Nationally Representative Survey of Elderly Adults in Taiwan.
- Cobb S.(1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress.. *Psychosomatic medicine*(5),.
- Conte, H. R. , Weiner, M. B. , & Plutchik, R. . (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality & Social Psychology*, 43(4), 775.
- Courtney Karen L,,Demiris George,,Rantz Marilyn & Skubic Marjorie.(2008). Needing smart home technologies: the perspectives of older adults in continuing care retirement communities.. *Informatics in primary care* (3),.
- Cox Cathy R & Arndt Jamie.(2012). How sweet it is to be loved by you: the role of perceived regard in the terror management of close relationships.. *Journal of personality and social psychology*(3),.
- Dan K Kiely & Jonathan M Flacker.(2003). The protective effect of social engagement on 1-year mortality in a long-stay nursing home population. *Journal of Clinical Epidemiology* (5),.

- Eastman, J. K. , & Iyer, R. . (2004). The elderly's uses and attitudes towards the internet. *Journal of Consumer Marketing, volume 21(3)*, 208-220.
- Emiliano Sironi & Amelie Nadine Wolff.(2021).Estimating the impact of social isolation on subjective health in Europe. *Quality & Quantity*(prepublish),.
- Faisal Azaiza,,Pnina Ron,,Meyrav Shoham & Ibrahim Gigini.(2010).Death and Dying Anxiety Among Elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*(4),.
- Fillenbaum, G. G. (1984). The wellbeing of the elderly. approaches to multidimensional assessment. *Who Offset Publication*(84), 1-99.
- Francis T. Cullen.(1994).Social support as an organizing concept for criminology: Presidential address to the academy of criminal justice sciences. *Justice Quarterly*(4),.
- Greenberg, J., Martens, A., Jonas, E., Eisenstadt, D., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (2003). Psychological defense in anticipation of anxiety: Eliminating the potential for anxiety eliminates the effect of mortality salience on worldview defense. *Psychological Science, 14*(5), 516-519.
- Greenberg J.,Pyszczynski T.,Solomon S., & Breus M.(1994).Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects.. *Journal of personality and social psychology*(4),.
- Gregory D. Zimet,,Nancy W. Dahlem,,Sara G. Zimet & Gordon K. Farley.(1988).The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*(1),.
- Gregory D. Zimet,,Suzanne S. Powell,,Gordon K. Farley,. & Karen A. Berkoff.(1990).Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*(3-4),.
- Hayslip, B. , Galt, C. P. , & Pinder, M. M. . (1994). Effects of death education on conscious and unconscious death anxiety. *Omega Journal of Death & Dying*, 28(2), 101-111.
- Hayes Joseph,,Schimel Jeff,,Arndt Jamie & Faucher Erik H.(2010).A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research.. *Psychological bulletin*(5),.
- Heo, J . Lee, J. H. &. Y. . (2010). Serious leisure, health perception, dispositional optimism, and life satisfaction among senior games participants. *Educational Gerontology, 36*(2), p.112-126.
- Huining, Z. , Zhang, C. , Zheng, X. , & Pan, X. . (2017). Social Support and related influencing factors of empty-nest elderly living in the community. 6th Chinese Congress on Gerontology and Health Industry.
- I V Terentieva.(2019).*Pension models: Comparative Analysis and Prospects of Application in Russia. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*(3),.
- James P. Smith & Raynard Kington.(1997).Demographic and Economic Correlates of Health in Old Age. *Demography*(1).
- Jang, Y. , Kim, G. , & Chiriboga, D. A. . (2006). Health perception and depressive symptoms among older korean americans. *Journal of Cross Cultural Gerontology, 21*(3-4), 91-102.
- Jasmin Ghaemi Kerahrodi, Elmar Brähler, Jörg Wiltink. (2019). Association between medicated obstructive pulmonary disease, depression and subjective health: results from the population-based Gutenberg Health Study . *Scientific Reports, 9* (3), 434-439.
- Jo, Kae Hwal & Song, Byung Sook. (2012). Effect of Family Cohesion, Subjective Happiness and other Factors on Death Anxiety in Korean Elders . *Journal of Korean Academy of Nursing, 42*.
- Joelle C. Ruthig,,Bridget L. Hanson,,Heather Pedersen,. & Judith G. Chipperfield.(2011).Later life health optimism, pessimism and realism: Psychosocial contributors and health correlates. *Psychology & Health*(7),.
- Jonas, E. , Sullivan, D. , & Greenberg, J. . (2013). Generosity, greed, norms, and death – differential effects of mortality salience on charitable behavior. *Journal of Economic Psychology, 35*(Complete), 47-57.

- José Mauricio Ocampo.(2010).Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*(3),.
- Julia Kutschke,,May-Bente Bengtson,,Teresa E. Seeman & Jennifer R. Harris.(2018).Social Support and Strain Across Close Relationships: A Twin Study. *Behavior Genetics*(3),.
- Kamis Christina,Copeland Molly,Adkins Daniel E.,Wang Victor,Elder Glen H.,Allen Joseph P. & Harris Kathleen Mullan.(2020).The Long Arm of Social Integration: Gender, Adolescent Social Networks, and Adult Depressive Symptom Trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*(4),.
- Kaplan G A & Camacho T.(1983).Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort.. *American journal of epidemiology*(3),.
- Kelly Walters & Maureen R. Benjamins.(2021).Religious Beliefs About Health and the Body and their Association with Subjective Health. *Journal of Religion and Health*(prepublish),.
- Khademi Fatemeh,Moayedi Siamak,Golitaleb Mohamad & Karbalaie Najmeh.(2020).The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly.. *International journal of mental health nursing*.
- Liang J,,McCarthy J F,,Jain A, & Gu S.(2000).Socioeconomic gradient in old age mortality in Wuhan, China.. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*(4).
- Li Xueli,Liu Lee,Zhang Zhenguo,Zhang Wenzhong,Liu Dazhi & Feng Yafen.(2020).Gender Disparity in Perceived Urban Green Space and Subjective Health and Well-Being in China: Implications for Sustainable Urban Greening. *Sustainability*(24),.
- López-Navas A,,Ríos A,,Riquelme A, & Parrilla P.(2011).Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms.. *Transplantation proceedings*(1),.
- Magdalena Zadworna. (2020). Healthy Aging and the University of the Third Age-Health Behavior and Subjective Health Outcomes in Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Mario Mikulincer.(2003).The Existential Function of Close Relationships: Introducing Death Into the Science of Love. *Personality and Social Psychology Review*(1),.
- Meika Loe & Crystal Dea Moore.(2012).From Nursing Home to Green House. *Journal of Applied Gerontology* (6),.
- Melanie D. Sereny & Danan Gu.(2011).Living Arrangement Concordance and its Association with Self-Rated Health Among Institutionalized and Community-Residing Older Adults in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*(3),.
- Miller Susan C,,Mor Vincent & Burgess James F.(2016).Studying Nursing Home Innovation: The Green House Model of Nursing Home Care.. *Health services research* (),.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2003).The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and Social Psychology Review*, 7(1) : 20-40.
- Mokhtari Razieh,Moayedi Siamak & Golitaleb Mohamad.(2020).COVID - 19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. *International Journal of Mental Health Nursing*(6).
- Mossey J M & Shapiro E.(1982).Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly.. *American journal of public health*(8),.
- Namazi Nazli,Qorbani Mostafa,Shafiee Gita,Ahmadian Mohammad Hossein,Motlagh Mohammad Esmaeil,Ebrahimi Mehdi. & Heshmat Ramin.(2021).Association of Vitamin D Concentrations with subjective health complaints in children and adolescents: the CASPIAN-V study. *BMC Public Health*(1),.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*,103-119.
- Pandya Apurvakumar & Kathuria Tripti.(2021).Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for Therapeutic Process and Future Research. *Religions*(1),.
- Paschali, A. A., Mitsopoulou, E., Tsaggarakis, V., & Karademas, E. C. (2012).Changes in Health Perceptions

- after Exposure to Human Suffering: Using Discrete Emotions to Understand Underlying Processes. *PLoS one*, 7(4) :835-854.
- Pyszczynski T., Greenberg J & Solomon S.(1999).A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: an extension of terror management theory.. *Psychological review*(4),.
- Quinn-Lee Lisa,, Olson-McBride Leah & Unterberger April.(2014).Burnout and death anxiety in hospice social workers.. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*(3),.
- Rafael Portal Moreno.(2009).Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain. *OMEGA — Journal of Death and Dying*(1),.
- Sarason Barbara R., Pierce Gregory R., Shearin Edward N., Sarason Irwin G., Waltz Jennifer A. & Poppe Leslie.(1991).Perceived social support and working models of self and actual others.. *Journal of Personality and Social Psychology*(2),.
- Sarason Irwin G., Levine Henry M., Basham Robert B. & Sarason Barbara R..(1983).Assessing social support: The Social Support Questionnaire.. *Journal of Personality and Social Psychology*(1),.
- Schumaker, J. F. , Warren, W. G. , & Groth-Marnat, G. . (1991). Death anxiety in japan and australia. *J Soc Psychol*, 131(4), 511-518.
- Shakil Muneeba, Ashraf Farzana, Muazzam Amina, Amjad Maryam & Javed Saba.(2021).Work status, death anxiety and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory.. *Death studies*(),.
- Sherman Deborah Witt,, Norman Robert & McSherry Christina Beyer.(2010).A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers.. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*(2),.
- Sung Reul Kim, Ju-Hee Nho, Hye Young Kim. (2020). Influence of Type D personality on quality of life in university students: The mediating effect of health-promoting behavior and subjective health status. *Psychology in the Schools*, 57(5).
- Suzanne M. Skevington, Richard Emsley, Svenja Dehner, Ian Walker, Stuart E. Reynolds. (2019). Does Subjective Health Affect the Association between Biodiversity and Quality of Life? Insights from International Data. *Applied Research in Quality of Life*, 14 (5), pp.1315-1331.
- Telles-Correia, D. , Barbosa, A. , Inês Mega, Direitinho, M. , & Monteiro, E. . (2008). Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Transplantation*, 18(2), 134-139.
- Templer D I.(1970).The construction and validation of a Death Anxiety Scale.. *The Journal of general psychology*(2d Half),.
- Thomas F Crossley & Steven Kennedy.(2002).The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*(4),.
- Tomás-Sábado, Joaquín, Limonero, Joaquín T., & Abdel-Khalek, A. M. . (2007). Spanish adaptation of the collett-lester fear of death scale. *Death Studies*, 31(3), 249-260.
- Vega Alma & Aguila Emma.(2017).Foreign retirement income among new older immigrants in the United States.. *International migration (Geneva, Switzerland)*(3).
- Volume I, Louis S. Harris, & Ph. D. (2010). U.S. Department of health and human services. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 4(4), 206-207.
- Ware, J. E. J. . (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11(4), 396-415.
- Wellman, Barry, Wortley, & Scot. (1989). Brothers' keepers: situating kinship relations in broader networks of social support. *Sociological Perspectives*.

- Wen-Bing Mei,,Che-Yu Hsu & Sheng-Jung Ou.(2020).Research on Evaluation Indexes and Weights of the Aging-Friendly Community Public Environment under the Community Home-based Pension Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*(8),.
- Witkowski P,,Kahn J P & Laxenaire M.(1988).[Social mutations and familial psychopathology].. *Annales medico-psychologiques*(10),.
- Wong, P. (2002). From death anxiety to death acceptance: a meaning management model. *In Keynote address delivered at the Conference on Life and Death Education in National Changhua University of Education*,23-33.
- Young Moon Chae,,Joo Heon Lee,,Seung Hee Ho,. & Jong Uk Won.(2001).Patient satisfaction with telemedicine in home health services for the elderly. *International Journal of Medical Informatics* (2), .
- Zhu Xueli,Wang Fang & Geng Yaoguo.(2021).Machiavellianism on quality of life: The role of lifestyle, age, gender, social support. *Personality and Individual Differences*(),.
- Ziggi Ivan Santini,,Ai Koyanagi,,Stefanos Tyrovolas.& A. Matthew Prina.(2015).Social network typologies and mortality risk among older people in China, India, and Latin America: A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Social Science & Medicine*(),.
- 白思敏, 尚婷, 姜婷. (2020). SRHMS 评价新疆居民主观健康状况的信效度研究. *中国医学创新*(26), 143-147.
- 蔡晓惠. (2016). 老年人社会支持对希望的影响(硕士学位论文, 广州大学).
- 曹文君, 化前珍, 王庸晋, 画研, 王金胜, 徐勇勇. (2014). SF-36 量表在中国老年人群中应用的心理学特征测评. *现代预防医学*(06), 964-967+971.
- 陈龙. (2019). 基于市场细分视角下的养老模式研究(硕士学位论文, 西华大学).
- 陈四光, 金艳, 郭斯萍. (2006). 西方死亡态度研究综述. *国外社会科学*(01), 65-68.
- 陈维, 卢聪, 杨晓晓, 张进辅. (2016). 领悟社会支持量表的多元概化分析. *心理学探新*(01), 75-78.
- 陈艳莉, 李玲, 鲁惠玲, 闫树英, 刘永兵. (2016). 乌鲁木齐市养老机构老年人社会支持现状及影响因素研究. *护理研究*(22), 2768-2770.
- 陈妍霖. (2014). 养老方式对中国老年人自评健康、主观幸福感的影响(硕士学位论文, 扬州大学).
- 程利娜. (2013). 社会支持、自我效能感对丧偶老年人主观幸福感的影响. *公共卫生与预防医学*(01), 48-50.
- 崔红志, 任天成. (2003). 论养老模式形成与变迁的内在逻辑. *中国青年政治学院学报*(06), 107-110.
- 崔静, 张淋淋, 朱海玲, 史宝欣. (2012). 社区老年慢性病患者死亡态度与生活质量的相关性研究. *中国全科医学*(25), 2896-2898+2901.
- 戴艳, 刘方. (2014). 老年人死亡焦虑的研究综述. *湖州师范学院学报*(12), 40-45+65.
- 党彩萍. (2005). 焦虑研究述评. *西北师大学报(社会科学版)*, 042(004), 99-103.
- 丁继红, 王一凡, 刘晓敏. (2019). 养老模式对老年人主客观健康的影响. *人口与发展*(05), 50-65.
- 丁志宏. (2012). 城市退休老人精神需求现状及社区支持. *南京人口管理干部学院学报*(03), 37-40+64.
- 范舒茗, 王逸欣, 焦璨. (2021). “老漂族”领悟社会支持对认知功能的影响: 有调节的中介模型. *中国临床心理学杂志*(01), 165-168+73.
- 方向华, 孟琛, 刘向红, 吴晓光, 刘宏军, 刁丽君, 汤哲. (2003). 健康自评与老年人健康状况的前瞻性研究. *中华流行病学杂志*(03), .
- 冯雪. (2018). 农村老年人死亡态度及其影响因素研究(硕士学位论文, 苏州大学).
- 高凤英, 赵淼, 周岩, 邓梦, 杜晓菲, 金蓉, 邢凤梅. (2019). 社区老年人健康行为及影响因素. *中国老年学杂志*(24), 6101-6104.
- 高红. (2020). 医养结合机构养老与居家养老心理健康水平与生存质量的比较研究(硕士学位论文, 江苏大学).

- 谷琳. (2010). 老年人受教育程度与健康状况的实证分析. *当代教育论坛(综合版)*(02), 45-47.
- 郭建华, 宁艳花. (2013). 银川市市区 4 个社区老年人自我护理能力与社会支持的相关性分析. *宁夏医科大学学报*(02), 195-196.
- 郭振友, 李春梅, 石武祥, 马明霞, 陈默. (2015). 广西桂林市社区老年人健康自评状况及其影响因素分析. *中华全科医学*(09), 1470-1472.
- 郭滢, 王岩, 王大华. (2018). 老年夫妻身体健康状况对婚姻满意度的影响——基于成对数据的分析. . (eds. )第二十一届全国心理学学术会议摘要集(pp. 1298-1299).
- 韩露, 王冠军. (2013). 不同养老方式老年人心理健康状况及心理需求的比较研究. *精神医学杂志*(01), 52-54.
- 韩兆彩, 李树苗, 左冬梅. (2017). 农村老年人死亡焦虑的测量——基于 DAQ 量表的验证与分析. *人口学刊*(04), 82-92.
- 郝彬, 杨蓓, 刘义兰, 颜巧元, 黄海燕, 程维, 吴为. (2019). 国内外养老模式研究现状. *护理研究*(20), 3530-3534.
- 贺家, 刘芳娥. (2020). 不同养老模式下老年人心理健康状况研究进展. *全科护理*(10), 1186-1188.
- 许靖, 余红梅, 李彦霖. (2019). 成都市某社区居民社会支持及健康状况调查研究. *河南预防医学杂志*(09), 645-648.
- 胡莹. (2014). 社会工作视角下的城市空巢老人精神健康. *中国老年学杂志*(11), 3172-3173.
- 黄启原, 李颖, 许昕, 汤先萍. (2021). 基于 CLHLS 的老年人社区养老服务需求及影响因素研究. *护理学杂志*(03), 5-9.
- 黄庆波, 胡玉坤, 陈功. (2017). 代际支持对老年人健康的影响——基于社会交换理论的视角. *人口与发展*(01), 43-54.
- 黄希庭(2002). *人格心理学*. 浙江教育出版社.
- 黄晓霞, 颜艳. (2009). 家庭支持对长沙市社区老年人健康自评的影响. *中国老年学杂志*(23), 3090-3092.
- 季静. (2009). *苏州市城区老年人体育锻炼与主观、客观健康水平的研究*(硕士学位论文, 苏州大学).
- 纪青, 吴炳义, 魏秀红, 黄晶. (2014). 不同养老模式老年人健康状况调查及比较. *护理研究*(27), 3346-3347.
- 焦卉, 郭检生, 陈丽, 陈小建, 左小云. (2019). 机构养老老年人死亡焦虑及影响因素的研究. *护理研究*(21), 3776-3779.
- 蒋丹, 刘伟, 宫宁, 赵佳琪, 李佳楠, 郑峰娟. (2020). 老年脑卒中患者跌倒效能与社会支持的相关性研究. *护理学报*(18), 65-67.
- 江君. (2016). *死亡焦虑的发展特点、成因及结构探析*(硕士学位论文, 哈尔滨师范大学).
- 姜兆权, 周诗雪, 孙蕊. (2020). 空巢老人人格特征、社会支持与其主观幸福感之间关系研究. *现代预防医学*(13), 2396-2399.
- 金雅茹. (2019). *社区老年人衰弱与抑郁: 社会支持的中介及调节作用*(硕士学位论文, 山东大学).
- 景丽伟, 江佳隆, 邢凤梅, 周松飞, 张超. (2020). 中高龄居家不出老年人领悟社会支持与生活质量的相关性研究. *中国护理管理*(08), 1192-1196.
- 雷蓓蕾. (2017). *死亡想法、自尊与年龄对健康促进意向的影响*(硕士学位论文, 四川师范大学).
- 李彩妮. (2012). *大学生死亡态度、生命意义及相关因素的研究*(硕士学位论文, 中南大学).
- 李洪心, 李巍. (2012). 国内外养老模式研究. *经济与管理*(12), 18-22.
- 李建新, 李毅. (2009). 性别视角下中国老年人健康差异分析. *人口研究*, 033(002), 48-57.
- 李金栋, 王杰, 朱凯, 王倩, 胡军, 李栋. (2018). 我国老年人社会支持现状及影响因素分析——基于 CHARLS 全国基线数据分析. *世界最新医学信息文摘*(46), 185-186.
- 李丽, 张淑萍. (2021). 基于 2018 中国家庭追踪调查数据分析 65 岁及以上居民自评健康状况影响因素. *社区医学杂志*(01), 6-9.

- 李鲁, 王红妹, 沈毅. (2002). SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试. *中华预防医学杂志*(02), .
- 李升, 黄造玉. (2018). 超大城市流动老人的主观健康状况及其影响因素. *深圳大学学报(人文社会科学版)*(05), 98-104.
- 李子宁. (2019). 老年人生命意义感对死亡态度的影响: 社会支持的中介作用(硕士学位论文, 吉林大学).
- 连至炜, 李晋磊, 金平阅, 朱之恺, 刘远立. (2020). 城市社区老年人自评健康状况及其影响因素. *医学与社会*(11), 47-51.
- 梁宝桐, 黎海祥. (2017). 不同养老模式下老年人的心理健康和心理需求研究报告. *科技创新与应用*(18), 46-47.
- 林瑶, 张宝山. (2019). 老年人观点采择对自我完整性的影响: 自尊和领悟社会支持的链式中介作用. . (eds. )第二十二届全国心理学学术会议摘要集(pp. 700-701). .
- 刘方. (2015). 老年人身体健康感知与死亡焦虑的关系及其机制研究(硕士学位论文, 四川师范大学).
- 刘贵平. (2004). 高龄老人死亡风险的社会经济因素分析. *中国人口科学*(S1).
- 刘金华. (2009). 基于老年生活质量的中国养老模式选择研究(博士学位论文, 西南财经大学).
- 刘晓楚, 顾立, 鞠梅, 张润. (2021). 养老机构老年人心理社会支持服务需求 Kano 属性及影响因素分析. *重庆医学*(0), .
- 刘小凤. (2017). 老年人生命质量和死亡焦虑的关系及应对方式的研究—特质焦虑型人格的中介效应(硕士学位论文, 四川师范大学).
- 刘艳, 赖晓萱. (2019). 我国中老年人健康状况与睡眠时长的关系研究. . (eds. )第四届北京大学老龄健康博士生论坛论文集(pp. 2-16). .
- 陆可心, 王旭, 李虹. (2019). 恐惧管理中死亡焦虑不同防御机制之间的关系. *心理科学进展*(02), 344-356.
- 罗玉茹, 罗婧, 石镁虹, 代凤玲, 鞠梅. (2019). 不同养老模式下高龄老人抑郁与生活质量、社会支持的相关性分析. *护理研究*(15), 2675-2677.
- 栾文敬, 李杨, 李玉娇. (2012). 社会保障、收入水平、就医习惯与老年人自评健康. *广西经济管理干部学院学报*(02), 25-35.
- 罗美丽, 任滨海. (2019). 老年人心理健康的差异. *中国老年学杂志*(01), 227-229.
- 吕雅男. (2012). 城市老年人健康状况及其影响因素研究(硕士学位论文, 中南大学).
- 马国亮. (2006). 护理学校学生死亡态度现状研究(硕士学位论文, 郑州大学).
- 孟祥寒, 李强, 周彦榜, 王进. (2021). 恐惧管理理论的争议及其对死亡心理研究的启示. *心理科学进展*(03), 492-504.
- 潘超平, 郝晓宁, 薄涛, 刘天洋, 塔娜, 刘志. (2019). 北京市农村地区老年人健康自评与社会支持现状及其关系研究. *卫生软科学*(01), 21-24+28.
- 齐玉玲, 张秀敏, 史秀欣, 胡雨亭, 高航, 李伟. (2016). 城市社区老年人社会支持现状及影响因素研究. *中国全科医学*(25), 3099-3102.
- 乔宁波. (2016). 养老模式选择研究(硕士学位论文, 华东师范大学).
- 青逸. 上海确定了未来“9073”的养老格局[J]. *老同志之友*, 2009(24):14.
- 邵晨兰, 覃波, 赵卫卫. (2019). 德阳市养老机构老人心理健康状况及影响因素. *中国老年学杂志*(11), 2807-2809.
- 宋璐, 李树苗, 张文娟. (2006). 代际支持对农村老年人健康自评的影响研究. *中国老年学杂志*(11), 1453-1455.
- 宋晓飞, 徐凌忠, 王兴洲, 孙辉, 王建新. (2007). 威海市老年人自感健康状况及其影响因素的分析. *中国老年学杂志*(21).
- 宋子皿, 王媛媛, 刘薇薇. (2019). 社区居民死亡焦虑的现况及影响因素分析. *中国全科医学*(28), 3510-3515.

- 苏淑文. (2019). 不同养老模式下老年人社会支持、孤独感和健康的关系研究(博士学位论文, 南方医科大学).
- 孙薇薇, 石丹妮. (2020). 社会支持的影响机制与农村老年心理健康. *社会学评论*(04), 77-87.
- 谭影波. (2018). 养老方式对老年人主观幸福感的影响研究(硕士学位论文, 华南理工大学).
- 汤丹丹, 温忠麟. (2020). 共同方法偏差检验: 问题与建议. *心理科学*(01), 215-223.
- 汤岷岷, 王大华, 王岩, Guerrien Alain. (2019). 中法两国城市老人参与日常活动的动机特点及其与主观健康的关系. *中国临床心理学杂志*(03), 555-560.
- 唐莉, 程红梅, 雷彬, 米拉依, 胡莹. (2020). 不同养老模式下老年人社会支持现状. *中国老年学杂志*(06), 1328-1331.
- 田雪, 刘晓芹, 孙宏伟. (2017). 居家养老和机构养老的老年人孤独感和死亡态度对比. *中国老年学杂志*(03), 733-734.
- 佟渝疆. (2014). 深圳市社区居家养老和机构养老模式的比较分析(硕士学位论文, 厦门大学).
- 王春媛. (2015). 老年人的健康自评、生命意义与生活满意度的关系研究(硕士学位论文, 哈尔滨工程大学).
- 王德. (2012). 城乡不同居住模式老年人健康状况及影响因素研究(博士学位论文, 浙江大学).
- 王海军, 王滨燕. (1994). 农村老年人主观健康状况及其影响因素的分析研究. *中国老年学杂志*, 014(004), 205-206.
- 王军永, 吴剑, 丁岚, 金佳琪, 刘霞. (2020). 基于养老概念解析的养老模式与方式划分浅析. *海峡科技与产业*(07), 77-79.
- 王丽. (2012). 人口老龄化背景下我国养老模式的思考. *当代经济管理*(04), 52-55.
- 王莉佳. (2010). 高中生死亡态度及其与依恋关系的研究. 华东师范大学.
- 王萍, 尚锦云, 何姣姣, 潘霜, 李逸明. (2021). 社会支持对农村老年人死亡焦虑的影响. *西北人口*(01), 85-96.
- 王雁飞. (2004). 社会支持与身心健康关系研究述评. *心理科学*(05), 1175-1177.
- 王志明. (2016). 我国中老年人的社会支持现状、效应及改善研究(硕士学位论文, 华中师范大学).
- 王祖麟, 刘化侠, 宋振兰, 许文丽, 王彩英, 杨朝霞. (2019). 住院老年慢性病患者死亡焦虑的现象学研究. *中国实用护理杂志*(27), 2114-2119.
- 王祖麟, 刘化侠, 王彩英, 许文丽. (2016). 住院老年慢性病患者死亡焦虑与生存质量的相关性研究. *中华现代护理杂志*(34), 4902-4905.
- 文婧. (2020). 日本的养老服务模式及其经验教训. *特区经济*(01), 86-89.
- 吴颖, 张玉平, 吕玥. (2021). 社区老年人社会支持对其认知功能的影响. *中国健康心理学杂志*(02), 169-171.
- 肖翰韬, 高宇. (2018). 不同的养老模式在中国社会需求中的适用性. *美与时代(城市版)*(11), 123-124.
- 肖水源, 杨德森. (1987). 社会支持对身心健康的影响. *中国心理卫生杂志*(04), 183-187.
- 谢烨, 董塔健, 李军洋, 渠淑洁, 左沁, 王曼婷. (2019). 美国“绿屋养老院”对我国养老事业的启示. *中医药导报*(02), 8-11+15.
- 谢云天, 钟美珠, 朱芬. (2019). 老龄化背景下老年人死亡焦虑及和中年人的比较. *中国卫生事业管理*(03), 215-218.
- 徐晟, 闫灿灿, 吴捷, 周雪梅, 吴梦瑄. (2015). 老年人死亡恐惧量表的编制. *中国临床心理学杂志*, 23(1), 7-12.
- 杨红. (2011). 死亡焦虑量表的跨文化调适及其应用的研究(硕士学位论文, 北京中医药大学).
- 杨珏, 李建新. (2017). 我国老年人自评健康影响因素分析——以中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据为例. *老龄科学研究*(11), 23-36.
- 尹述飞, 彭华茂, 佟雁. (2012). 亲子支持对老年人抑郁情绪的影响——基于社会交换理论的分析. *中国*

- 老年学杂志(19), 4244-4245.
- 余巧林, 雷丽梅, 万彬, 付莉, 赵霞, 曾琼, 王燕. (2020). 结核病患者健康素养与结核病防治核心知识和社会支持的相关性. 中国防痨杂志(11), 1227-1231.
- 余永春. (2009). 成渝地区军队老年人生命质量的研究(硕士学位论文, 第三军医大学).
- 袁良全. (2018). 不同养老方式下老年人主观幸福感比较研究(硕士学位论文, 山东大学).
- 张春兴(1994). 现代心理学. 上海人民出版社.
- 张德春, 迟丽华, 罗盛. (2018). 潍坊市某社区老年人社会支持的现况及其影响因素. 中国老年学杂志(07), 1745-1747.
- 张洁. (2018). 隔代教养祖辈的身体健康感知与死亡焦虑的关系: 生命意义的中介效应(硕士学位论文, 四川师范大学).
- 张金凤, 林森. (2019). 老年夫妻的老化刻板印象对死亡焦虑的行动者效应和对象效应. 心理科学(02), 372-378.
- 张向葵, 郭娟, 田录梅. (2005). 自尊能缓冲死亡焦虑吗?—自尊对死亡提醒条件下大学生死亡焦虑的影响. 心理科学(03), 91-94.
- 张雪雁. (2020). 老年人心理健康在不同养老模式下的差异分析. 中国新通信(02), 244.
- 赵慧宁. (2019). 基于结构方程模型的老年人社会支持现状及其影响因素研究(硕士学位论文, 山西医科大学).
- 赵妹, 陈欧, 王珊, 王雅琦, 吴方, 王克芳. (2020). 中国老年人群死亡焦虑影响因素 meta 分析. 中国公共卫生(11), 1636-1639.
- 赵楠, 景鹏宇. (2015). 不同养老模式下老年人健康状况分析. 山西医药杂志(07), 821-823.
- 赵宁, 张健. (2020). 国外智慧养老发展模式的经验与启示. 社会科学动态(08), 67-71.
- 甄月桥, 郭潇谊, 朱茹华. (2021). 老年人社会支持、心理资本与心理健康关系研究. 浙江理工大学学报(社会科学版)(01), 73-81.
- 郑娟, 许建强, 卓朗, 苗春霞, 董甜甜. (2019). 不同养老模式对老年人健康状况的影响研究. 中国卫生事业发展(09), 693-695.
- 周浩, 龙立荣. (2004). 共同方法偏差的统计检验与控制方法. 心理科学进展(06), 942-950.
- 周丽, 李春玉, 金锦珍. (2020). 基于选择、优化和补偿模型理论的老年慢性病患者健康素养、社会支持与成功老龄化的关系研究. 解放军护理杂志(05), 40-44.
- 周正红, 高艳霞. (2021). 艾滋病/HIV 阳性患者的主观幸福感、公正信念和社会支持的研究分析. 卫生职业教育(04), 120-122.

## 附录

尊敬的老年朋友：

您好！我是天津师范大学研究生，特邀您进行一次心理健康的测评。以下问卷不记名，对于收集到的相关信息我保证严格保密，不用做其他用途。每个答案没有好坏之分，请您务必根据自己的真实情况回答以下问题。非常感谢您的合作！

### 附录一 基本情况调查表

以下部分内容为了解您的基本情况，请在符合您情况的后面打钩（√）：

1、您的养老模式是？

A 社区居家养老\_\_\_\_\_ B 机构养老\_\_\_\_\_

2、您的性别是？

A 男\_\_\_\_\_ B 女\_\_\_\_\_

3、您的年龄是？

A 50-59岁\_\_\_\_\_ B 60-69岁\_\_\_\_\_

C 70-79岁\_\_\_\_\_ D 80岁及以上\_\_\_\_\_

4、您的户籍是？

A 城市（城镇）\_\_\_\_\_ B 农村\_\_\_\_\_

5、您的受教育程度是？

A 文盲\_\_\_\_\_ B 小学\_\_\_\_\_ C 初中\_\_\_\_\_

D 高中/中专\_\_\_\_\_ E 大学/大专及以上\_\_\_\_\_

6、您目前的身体状况是？

A 生活完全自理\_\_\_\_\_ B 生活基本自理\_\_\_\_\_

C 生活半自理\_\_\_\_\_ D 生活完全不能自理\_\_\_\_\_

7、您患有几种慢性疾病（如心脑血管疾病、糖尿病等）？

A 没有\_\_\_\_\_ B 1种\_\_\_\_\_ C 2种\_\_\_\_\_ D 3种及以上\_\_\_\_\_

8、您当前的主要经济来源是？

- A 退休金\_\_\_\_\_ B 子女赡养\_\_\_\_\_ C 自己劳动所得\_\_\_\_\_  
D 政府补助\_\_\_\_\_ E 其他\_\_\_\_\_

9、您的家庭月收入是？

- A 1000 元以下\_\_\_\_\_ B 1000—2999 元\_\_\_\_\_  
C 3000—4999 元\_\_\_\_\_ D 5000 元及以上\_\_\_\_\_

## 附录二

### （一）主观健康量表

以下问题询问您对自己健康状况的看法，您自己觉得做日常活动的能力怎么样，请在您最同意的情况下打钩（√）：

1、

|               | 极好 | 很好 | 好 | 一般 | 差 |
|---------------|----|----|---|----|---|
| 总体来讲，您的健康状况是？ |    |    |   |    |   |

2、请看下列每一个问题，哪一种答案最符合您的情况？【请勾选一个答案】

|                 | 完全对 | 大部分对 | 不能肯定 | 大部分不对 | 完全不对 |
|-----------------|-----|------|------|-------|------|
| （1）我好像比别人容易生病   |     |      |      |       |      |
| （2）我跟周围人一样健康    |     |      |      |       |      |
| （3）我认为我的健康状况在变坏 |     |      |      |       |      |
| （4）我的健康状况非常好    |     |      |      |       |      |

### （二）死亡焦虑量表

请您认真选择与您的情况相符的选项，并在其下打钩（√）。

|                   | 非常同意 | 比较同意 | 不确定 | 不太同意 | 非常不同意 |
|-------------------|------|------|-----|------|-------|
| 1、我非常害怕死亡         |      |      |     |      |       |
| 2、我很少想到死亡         |      |      |     |      |       |
| 3、人们谈论死时我不会紧张     |      |      |     |      |       |
| 4、我想到自己要接受手术治疗会害怕 |      |      |     |      |       |
| 5、我一点也不害怕死亡       |      |      |     |      |       |

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 6、我不是很害怕癌症             |  |  |  |  |  |
| 7、我从来不会因想到死而烦恼         |  |  |  |  |  |
| 8、我常常为时间过得飞快而痛苦        |  |  |  |  |  |
| 9、我害怕痛苦地死去             |  |  |  |  |  |
| 10、关于死后的话题令我非常困扰       |  |  |  |  |  |
| 11、我很害怕心脏病发作           |  |  |  |  |  |
| 12、我经常会想生命如此短暂         |  |  |  |  |  |
| 13、当听到人们谈论世界末日时，我会吓得发抖 |  |  |  |  |  |
| 14、我看到死尸会毛骨悚然          |  |  |  |  |  |
| 15、对于未来，我没有什么可恐惧的      |  |  |  |  |  |

### (三) 社会支持量表

下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据实际情况打钩（√）。

**1、您有多少关系亲密、可以得到支持和帮助的朋友？【只选 1 项】**

- A.一个没有 B. 1~2 个 C.3~5 个 D.6 个或 6 个以上

**2、近一年来，您【只选 1 项】**

- A. 远离家人，且独居一室  
 B. 住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起  
 C. 和同学、同事和朋友住在一起  
 D. 和家人住在一起

**3、你与邻居：【只选 1 项】**

- A. 相互之间从不关心，只是点头之交  
 B. 遇到困难可能稍微关心  
 C. 有些邻居很关心您  
 D. 大多数邻居都很关心您

**4、您与同事：【只选 1 项】**

- A. 相互之间从不关心，只是点头之交  
 B. 遇到困难可能稍微关心  
 C. 有些同事很关心您  
 D. 大多数同事都很关心您

**5、从家庭成员得到的支持和照顾：【在合适的框内打勾 √】**

|          | 无 | 极少 | 一般 | 全力支持 |
|----------|---|----|----|------|
| A.夫妻(恋人) |   |    |    |      |
| B.父母     |   |    |    |      |
| C.儿女     |   |    |    |      |

|                 |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|
| D.兄弟姐妹          |  |  |  |  |
| E.其他成员<br>(如嫂子) |  |  |  |  |

**6、在过去，您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：**

- (1) 无任何来源  
(2) 有以下来源：【可选多项】

A.配偶 B.其他家人 C.朋友 D.亲戚 E.同事 F.工作单位 G.党团工会等官方或非官方组织  
H.宗教、社会团体等非官方组织 I.其他（请列出）\_\_\_\_\_

**7、过去，您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：**

- (1) 无任何来源  
(2) 有以下来源：【可选多项】

A.配偶 B.其他家人 C.朋友 D.亲戚 E.同事 F.工作单位 G.党团工会等官方或非官方组织  
H.宗教、社会团体等非官方组织 I.其他（请列出）\_\_\_\_\_

**8、您遇到烦恼时的倾诉方式：【只选 1 项】**

- A.从不向任何人倾诉  
B.只向关系极为亲密的 1~2 人倾诉  
C.如果朋友主动询问您会说出来  
D.主动倾诉自己的烦恼，以获得支持和理解

**9、您遇到烦恼时的求助方式：【只选 1 项】**

- A.只靠自己，不接受别人的帮助  
B.很少请求别人帮助  
C.有时请求别人帮助  
D.有困难时经常向家人、亲友、组织求援

**10、对于团体（如党团组织、宗教组织、工会、学生会）组织活动，您：【只选 1 项】**

- A.从不参加  
B.偶尔参加  
C.经常参加  
D.主动参加并积极活动

## 致谢

当我提笔至此，时光已匆匆不再。

回望这两年，经历诸多，成长诸多。认识了很多优秀的老师，结识了很多可爱的同学，走过了很多陌生的路，也听到了社会上的大道理。

这两年，有一人始终在我前进路上引我护我教我，她便是我的恩师——张晓华老师，我最感谢的人。最敬佩是老师，初见时动情讲课，至情至性，将人的生死娓娓道来。后来一次次相见，都叫人折服。我记得第一次组会，老师说兴趣之师，教人深入，要狠抓稳打。我记得老师讲起老龄政策来，如数家珍。我见过老师在德立讲坛上的发言，见过老师在陕西老龄论坛上的讲解，看去熠熠生辉。最感动是老师，寒冬腊月，是老师带我去开会，为我调整出发时间；夏渐渐过去，是老师带我去调研，走南闯北，开了眼界；飞机上的不适应，是老师不顾脏乱，给我递水送纸，出门在外，也是老师时时刻刻关心着我。一个未看过社会的大姑娘，若没有老师带领，该是多么慌乱；不谙世事，若没有老师教导，该摔多大跟头。老师说家长把你交给我，我就应该尽到老师的责任。回望之时，才明白我的晓华老师传道授业和解惑。

犹记得两年前，义无反顾地选择老年方向，怀着无限憧憬认识了吴捷老师，两年里，吴捷老师总是放手让我们去做、去锻炼、去提升，渊博的知识、幽默的语言是您的代名词。两年时间，我数不清吴老师给过我多少鼓励。还有我们老年组的何立媛老师、吴瑕老师、姜云鹏老师、王芹老师、曹贤才老师等，是你们对老人的奉献使得老年人越来越受到社会关注，是你们的知识的传播使得一代代学生更懂得科学关爱老人。另外，还要感谢使我们心理学部更加强大的白学军老师、闫国利老师、杨海波老师、王晓庄老师等，很荣幸能与学部共走两载，很自豪能说来自心理学部。感念的还有我们的辅导员老师们，是李鹏老师、石丽老师、叶木旺老师、张宇鹏老师、武浩老师的无私奉献，为我们的生活保驾护航。除此之外，我还想要感谢天津市学生心理健康教育发展中心的吉楠老师，怕此去经年，却时时期待再见。

回望往昔，当我已成师姐，又想起学长学姐的帮助。初进师门，是同门师哥侯嵩师哥一路扶持，带我参加会议，教我处理问卷、做人处事。还有赵加伟师兄、于海涛师兄、周欢师姐、张荣师姐、刘安琪师姐等对我们的关照，感念之余也会想到，自己能否也成为一位优秀的师姐。

我还怀念我的同学们，老龄方向一行八人，我们一起听课，一起搬桌椅，一起讨论，也一起食堂抢座位，一起过生日。507 里既有统计课的延伸，也没有落下腾讯会议和 ZOOM 的直播，谢谢我的洁芸、阿薇、凤丹、洪天、一颖还有抢镜的媛媛，被挡在宿舍楼外的鑫洋。成长路上有你们陪伴，温暖良甚，期待再相见。谢谢我的舍友，嘉惠同学、桂林同学和丹蕾同学的包容和理解。谢谢我的小王同学的不离不弃。谢谢我的家人们的无条件的支持和鼓励，你们是我永远的依靠。

一路走来，我想此时的我一定比两年前的自己要坚强许多，勇敢许多，图书馆到宿舍的那条路，图书馆到餐厅的那条路，去往八里台的那条路，有时候走着走着，可能还会突然停下，满头星光，似曾相识。

最后，衷心感谢审阅该论文的专家，谢谢你们。