Aging Research 老龄化研究, 2026, 13(10), 714-721
Published Online October 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ar
https://doi.org/10.12677/ar.2026.1310812

Hans汉斯

基于安德森模型的高龄居家失能老年人生活满意度及其影响因素

陈显玲[1]，朱　晓[2]，刘　艳[3*]

[1]南京邮电大学社会与人口学院，江苏　南京
[2]南京邮电大学人口研究院，江苏　南京
[3]江苏省卫生健康发展研究中心，江苏　南京

收稿日期：2026年6月23日；录用日期：2026年10月22日；发布日期：2026年10月30日

摘　要

本研究基于CLHLS2018年数据，依托安德森健康行为模型，从环境因素、个人特征与医疗行为三个维度系统考察了居家高龄失能老年人生活满意度的影响因素。结果表明，老年人的生活满意度呈现“半数满意、两成不满、三成无法回答”的特点。“无法回答”并非随机缺失，而是特定弱势群体的需求“失声”预警，尤其集中于女性、百岁以上、农村、单身、未念过书、重度失能、医疗保障及就医条件较差的人群。安德森模型中年龄、户籍、失能程度，生重病时能否及时就医等因素显著影响老年人的生活满意度。异质性分析进一步发现，对于重度失能群体，上述常规因素的解释力下降。建议政策要充分关注“无法回答”背后的群体，完善非传统主观福祉评估工具；构建“照护分级、服务分层”的精准化服务体系并优先提升农村急重症救治可及性。

关键词

高龄居家老年人，失能老年人，生活满意度，安德森健康行为模型

Life Satisfaction and Its Influencing Factors among Home-Dwelling Older Adults with Disabilities: An Analysis Based on the Anderson Model

Xianling Chen[1], Xiao Zhu[2], Yan Liu[3*]

[1]School of Sociology and Population Studies, Nanjing University of Posts and Telecommunications, Nanjing Jiangsu

[*]通讯作者。

文章引用: 陈显玲, 朱晓, 刘艳. 基于安德森模型的高龄居家失能老年人生活满意度及其影响因素[J]. 老龄化研究, 2026, 13(10): 714-721. DOI: 10.12677/ar.2026.1310812

[2]Institute of Population Studies, Nanjing University of Posts and Telecommunications, Nanjing Jiangsu
[3]Jiangsu Health Development Research Center, Nanjing Jiangsu

Received: June 23, 2026; accepted: October 22, 2026; published: October 30, 2026

Abstract

Based on data from the 2018 Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS), this study draws on Andersen's behavioral model of health services use to explore the factors influencing life satisfaction among home-dwelling older adults with disabilities, with a focus on environmental factors, individual characteristics, and healthcare behaviors. The results reveal a distinct pattern: approximately half of the respondents reported being satisfied, one-fifth expressed dissatisfaction, and nearly one-third were unable to provide a definitive answer. Importantly, the "unable to answer" category does not represent random missing data, but rather signals a form of informative nonresponse that may reflect the systematic exclusion of particularly vulnerable groups from conventional subjective well-being assessments. This pattern is especially pronounced among women, centenarians, rural residents, unmarried individuals, those with no formal education, persons with severe functional limitations, and those with limited medical security and poor access to healthcare. The analysis shows that age, household registration (hukou) status, level of disability, and access to timely medical care when seriously ill are significantly associated with life satisfaction. Heterogeneity analyses further indicate that the explanatory power of these conventional factors weakens considerably among those with severe disabilities. These findings suggest that policy interventions should pay greater attention to subgroups who are disproportionately represented in the "unable to answer" category, develop alternative tools for assessing subjective well-being beyond standard survey measures, establish a differentiated support system based on care level and service tier, and prioritize improvements in the accessibility of emergency and acute care services in rural areas.

Keywords

Home-Dwelling Older Adults, Older Adults with Disabilities, Life Satisfaction, Anderson's Health Behavior Model

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

随着人口老龄化程度不断加深与人均预期寿命不断延长，我国高龄老年人口规模和比例均呈现持续增长态势，失能半失能老年人数量及占比也随之攀升。衰老和失能往往伴随着年龄的增长而加剧，且具有较强的不可逆性[1]。老年人一旦失能，其生活能力将遭遇严重停摆，对其生活质量构成严重威胁和挑战。失能老年人照护作为养老领域突出的刚性需求，持续被摆在养老服务体系建设的突出位置，体现出国家层面的长期关注与重点部署。高龄居家失能老人是居家养老与照护服务的重点对象，研判其生活满意度，既能直观衡量居家养老服务质效，也能锚定实际需求优化失能照护服务，持续提升老年人获得感、幸福感、安全感。

2. 文献综述及模型引入

2.1. 已有文献评述

失能老年人往往是一个国家或地区的“健康脆弱”群体，其健康维护与生活质量提升问题，已成为我国推进健康中国战略实施、积极应对人口老龄化国家战略进程中面临的重要挑战。既往对失能老年人主观福祉(如幸福感、生活满意度)的研究不足。随着社会发展，学界日益重视该议题，生活满意度已成为衡量其生活质量的核心指标。现有文献多从个体、家庭与社会层面切入，普遍认同年龄、性别、居住安排及经济收入为关键影响因素。例如，一些研究得出随着年龄增长，老年人的生活满意度会随之降低，但也有研究认为年龄越大生活满意度却越高[2]，发现年龄对生活满意度的正向作用超过了负向作用，并将其归因于年龄成熟效应[3]。家庭层面来看，有研究认为与子女经常见面以及子女提供经济支持会对老年人生活满意度评价有积极促进作用[4]，也有认为子女数量对中老年人的生活满意度存在显著影响且在城乡及两性之间存在差异[5]。社会层面来看，社会支持是老年人生活满意度的主要预测因素，有学者将其分为工具性支持、情感性支持和感知性支持三类，分析其对生活满意度的影响[6]。

综上所述，老年人的生活满意度及其影响因素能够反映老年群体多维度多层次的需求和状态。由于老年群体内部差异性较大，尤其是失能老年群体，其生活自理能力受损，照护依赖增强，其生活质量及生活满意度会与其他老年群体存在显著差异且更为复杂。失能是老年人生命阶段的重要转折点，对其主观福祉产生显著的负向影响。系统考察居家高龄失能老人的生活满意度及其影响因素，具有重要现实意义。微观层面，有助于精准识别干预靶点，改善其心理福祉与生活质量，帮助其在身体受限下重拾掌控感与幸福感；宏观层面，则能为政府与社会机构优化资源配置、制定精准照护政策提供科学依据。

2.2. 安德森健康行为模型的引入

1968 年，美国加州大学罗纳德·安德森首次提出安德森健康行为模型(Anderson Health Behavior Model)，旨在分析不同人群的医疗服务利用差异。随着研究的不断深入，该模型已从单纯的“医疗服务利用”分析拓展到更广泛的健康行为领域，如引入健康状况、生活质量等健康行为结果作为核心评价指标，而非仅限于服务利用[7]。既往研究中一些学者根据自身的研究目的，对其进行了本土化修正。如在模型中引入家庭照料者意愿、社区服务供给等变量，也有在使能性因素中纳入了衡量家庭经济水平的变量“相对经济条件”[8]，以及传统家庭养老文化相关的变量“同住情况”[9]，使其更符合中国情境。

本文基于 2018 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据(CLHLS)，构建了基于安德森健康行为模型的高龄居家失能老年人生活满意度影响因素分析框架。环境因素为个体所处的环境(包括政策环境、社会文化、物理环境等)，本文纳入物理环境中“是否有单独卧室”。个人特征分为倾向性特征、使能资源、健康需求，其中倾向性特征指性别、年龄、婚姻、户籍、受教育程度等；使能资源指影响个人获取服务能力和资源可及性，如个人支付能力、家庭照护能力等；健康需求包含感知需求和实际需求(如罹患慢性病、失能程度等)。医疗行为是个人或家庭实际使用医疗服务的行为。本文将生活满意度作为医疗结果，因为该指标是个体对整体生活质量的主观判断，是主客观融合的综合性指标。

3. 研究设计

3.1. 数据来源与样本特征

本文选取 2018 年 CLHLS 数据，该调查主要针对高龄老年群体，采用多阶段分层抽样，并覆盖全国 23 个省份，具有较高代表性。原始样本为 15866 名老年人，其中 80 岁及以上老年人有 10419 人，占比 65.67%。根据研究目的进行筛选：① 年龄 ≥ 80 岁；② 居家居住(含与保姆同住)；③ ADL 存在失能，

并分为轻度(1~2 项)、中度(3~4 项)、重度(5~6 项)。剔除缺失值后，有效样本为 2809 个。

失能老年人样本中，百岁老年人占比较高(52%)，90~99 岁占比 34.4%，80~89 岁占比 13.6%；家庭年收入在 3 万元以下为 46.5%，3~8 万元为 26.1%，8 万元以上为 27.4%；90.3%的失能老人有单独卧室。他们还呈现出女性(68.2%)、单身(包括“离婚”“丧偶”“从未结过婚”，86.6%)、未念过书(70.7%)、农村户籍(67.1%)、无城乡医疗保险(73.1%)、罹患慢性病(69.8%)等特征。82.1%的失能老年人子女数为 3 个及以上，95.5%生重病时能及时得到医院治疗。同时，轻度失能老年人占比最高(45.5%)，重度失能老年人占比次之(31.3%)，中度失能老年人占比较少(23.2%)。

3.2. 变量选取

3.2.1. 因变量

因变量为生活满意度，通过问卷题项 B1-1“您觉得您现在生活怎么样？”来测量，选项为“很好”、“好”、“一般”、“不好”、“很不好”和“无法回答”。其中，25.28%的失能老年人选择“无法回答”。平衡性检验发现，“无法回答”组在性别、年龄、户籍、婚姻状况、是否念过书、失能程度、医疗保险、有无单独卧室、能否及时到医院治疗这 9 个变量上均存在显著差异，尤其是女性、百岁以上、农村、单身、未念过书、重度失能、无单独卧室、无医疗保险、生重病时无法及时到医院治疗的老年群体更倾向于选择“无法回答”。可见，“无法回答”是一种有信息性的非响应，而非完全随机的缺失。为了准确反映这类老年群体的特征和避免因简单删除或归并导致估计偏差，本研究将“无法回答”作为独立类别(赋值为 2)纳入多分类 Logistic 回归分析中，与高满意度组(“很好/好” =1)、低满意度组(“一般/不好/很不好” =0)共同构成因变量。

3.2.2. 自变量

自变量分为环境因素、个人特征、医疗行为三大类。其中，环境因素为是否有单独卧室(无 =0，有 =1)；个人特征中倾向性特征为年龄(80~89 岁 =1，90~99 岁 =2，100 岁+=3)、性别(女性 =0，男性 =1)、户籍(农村 =0，城市 =1)、婚姻状态(在婚，含同居/分居 =0，单身，含离异/未婚/丧偶 =1)、受教育程度(未念过书 =0，念过书 =1)，使能资源为家庭年收入(<3 万 =1，3~8 万 =2，>8 万 =3)、子女数量(≤2 个 =0，≥3 个 =1)、城乡基本医疗保险(无 =0，有 =1)，健康需求为罹患慢性病(否 =0，是 =1)、失能程度(轻度 =1，中度 =2，重度 =3)；医疗行为是生重病时是否能及时到医院治疗(不能 =0，能 =1)。

3.3. 统计分析方法

本研究采用多分类 Logistic 回归模型(Multinomial Logistic Regression Model)分析生活满意度与一系列自变量之间的关系。以“低满意度”为参照类别，分别估计“高满意度”和“无法回答”相对于“低满意度”的发生概率比(Odds Ratio, OR)。模型将“无法回答”作为独立类别纳入分析，而非予以删除，以避免因缺失值处理导致的样本选择性偏误。对于第 k 个非参照类别(k = 1 表示“高满意度”，K = 2 表示“无法回答”)，其相对于参照类别(“低满意度”)的对数几率(log-odds)可表示为：

$$\log\left(\frac{p\left(Y=k\middle|X\right)}{p\left(Y=\text{低满意度}\middle|\mathrm{X}\right)}\right)=\beta_{0k}+\beta_{1\mathrm{k}}\mathrm{X}_{1}+\beta_{2\mathrm{k}}\mathrm{X}_{2}+\cdots+\beta_{p\mathrm{k}}\mathrm{X}_{\mathrm{p}},\mathrm{k}=1,2$$

其中，$\mathrm{X}=\left(\mathrm{X}_{1},\mathrm{X}_{2},\cdots,\mathrm{X}_{\mathrm{p}}\right)$为自变量向量；$\beta_{0\mathrm{k}}$为第 k 个类别的截距项；$\beta_{\mathrm{ik}}\left(\mathrm{i}=1,2,\cdots,\mathrm{p}\right)$为第 i 个自变量在第 k 个类别中的回归系数，反映该自变量对生活满意度的影响方向及程度。此外，本研究对各自变量进行多重共线性检验。方差膨胀系数(VIF)均低于常用临界值 10，最大 VIF 为 2.87，均值为 1.55，表明变量

之间不存在严重的多重共线性问题。

4. 实证结果与分析

4.1. 不同特征高龄居家失能老年人的生活满意度

1) 生活满意度呈现“半数满意、两成不满、三成无法回答”的特点。有 55.58%的失能老年人觉得现在生活“很好/好”，19.14%的认为生活状态“一般/不好/很不好”，有 25.28%选择“无法回答”。

2) 环境因素中拥有单独卧室的失能老年人“高满意度”占比更高。拥有单独卧室的比没有单独卧室的“高满意度”高出 6.9%，“低满意度”和“无法回答”分别低 1.1%和 5.8%。

3) 倾向性因素中男性、城市、80~89 岁组、在婚、念过书的失能老年人生活满意度显著较高。具体来看，男性“高满意度”占比为 58%，较高于女性(54.5%)；城市“高满意度”为 62%，显著高出农村 9.6%；80~89 岁组“高满意度”最高，占比为 61.3%，其次是 90~99 岁、100 岁及以上，组间差异较为显著；在婚“高满意度”占比略高于单身；念过书的“高满意度”占比 62.5%，显著高于未念过书。

4) 使能因素中经济条件越好、有医疗保险、子女数量多的失能老年人生活满意度较高。家庭年收入在 8 万及以上老年人“高满意度”占比 60%，比 3 万元以下的“高满意度”高出 8.3%；有城乡医疗保险的比没有的“高满意度”高出 5.8%。此外，子女数量为 3 个及以上的要比 2 个及以下的“高满意度”高出 2.5%。

5) 健康需求因素中轻度失能的老年人生活满意度较高。数据显示，失能程度与生活满意度呈显著的负相关，轻度失能者“高满意度”(69.8%)高于中度者(55.6%)，中度者又高于重度者(35%)。罹患慢性病的“高满意度”(55.7%)与未罹患慢性病者(55.3%)未有显著差异。

6) 重病时能否获得及时的医疗救治与其生活满意度呈现显著正相关。生重病时能得到医院及时治疗的失能老年人，其“高满意度”占比达到 56.8%，比没有获得及时的医疗救治的高出 26%，表明医疗资源的可及性影响到失能老年人对其生活的评价。

4.2. 高龄居家失能老年人生活满意度的影响因素

本文依次将环境因素、倾向性特征、使能资源、健康需求和医疗行为因素纳入多元 logistic 回归模型进行分析，结果显示从仅包含环境因素的基准模型(伪 $R^2=0.0010$)到全模型(伪 $R^2=0.0772$)解释力显著提升。

在控制其他变量后，全模型回归结果表明，倾向性特征中的年龄、户籍、受教育程度，使能资源的家庭总收入，健康需求的失能程度以及医疗行为中的生重病能否得到及时治疗对高龄居家失能老年人的生活满意度具有显著的影响。

具体而言，高龄老年人生活满意度呈两极分化，百岁组报告“高满意度”(而非低满意度)的概率是 80~89 岁组的 1.515 倍，90~99 岁虽有正向趋势但不显著，可见能有效作答的极高龄老年人更可能满意度较高，或与心理调适和正向生存选择有关；但 90~99 岁和百岁组选择“无法回答”的概率分别为 80~89 岁组的 2.011 倍和 3.171 倍，表明年龄越大，越可能在标准化问卷评估中出现表达困难的评价障碍。城市失能老年人选择“高满意度”的可能性是农村失能老年人的 1.407 倍，可能与城市医疗资源、社会支持更好有关。念过书的老年人在作答时更少选择“无法回答”。这表明教育能有效提升认知理解与语言表达能力，从而显著降低答题时的回避倾向。使能资源中，高收入显著增加高满意度概率，但对“无法回答”无显著影响。健康需求中，失能程度是满意度的最大抑制因素。相较于轻度失能老年人，中度和重度失能老年人选择“高满意度”的可能性分别减少 40.8%和 66.3%。重度失能老年人选择“无法回答”的概率是轻度失能的 1.898 倍，且具有统计上的显著性。这可能是因为对重度失能老年人而言，其日常生活高度

依赖他人照护，身体功能、沟通能力均可能受到限制，因此更容易在标准化问卷中表现为“无法回答”。医疗行为中，生重病能及时治疗的老年人报告“高满意度”的概率是参照组的 2.458 倍，说明医疗保障可及性对满意度至关重要。此外，有无单独卧室、性别、婚姻状态、子女数以及有无医疗保险和是否罹患慢性病等变量对失能老年人满意度评价均无统计上的显著影响(见表 1)。

Table 1. Multinomial logistic regression analysis of life satisfaction among home-dwelling older adults with disabilities
表 1. 高龄居家失能老年人生活满意度多分类 logistic 回归分析

变量分类	变量名称	OR 值	
		高满意度	无法回答
环境因素	有单独卧室(对照组：无)	1.081	0.958
倾向性特征	90~99 岁(80~89 岁)	1.257	2.011***
	100+岁(80~89 岁)	1.515*	3.171***
	男性(女性)	0.825	0.924
	城市(农村)	1.407*	0.896
	单身(在婚)	1.275	1.224
	念过书(未念过书)	1.083	0.704**
使能资源	家庭总收入 3~8 万(<3 万元)	1.237	1.228
	家庭总收入 ＞8 万元(<3 万元)	1.359*	1.369
	子女数>=3 (<= 2)	1.191	1.056
	有城乡医疗保险(无)	0.985	1.067
健康需求	罹患慢性病(否)	0.885	0.881
	中度失能(轻度失能)	0.592***	1.165
	重度失能(轻度失能)	0.337***	1.898***
医疗行为	生重病能及时得到治疗(不能)	2.458***	1.153
	Prob > chi2	0.0000	
	Pseudo R2	0.0772	

注释：使用 Stata17.0 计算得出，其中*表示 $p < 0.05$，**表示 $p < 0.01$，***表示 $p < 0.001$。

4.3. 高龄居家失能老年人生活满意度的异质性检验

为精准识别不同亚群体间的差异特征，本文进一步从性别、户籍和失能程度进行异质性分析，以揭示生活满意度影响因素的组间差异，为分类施策提供实证依据。

从性别来看，在控制其他变量的情况下，百岁以上女性老年群体“高满意度”发生比显著高于 80~89 岁组。从幸存者效应来看，能活到百岁本身就是一种成就，这使得那些能够完成调查的高龄老年人倾向于给出较高的生活评价。然而，本研究发现，90~99 岁及百岁以上老年人选择“无法回答”的发生比显著高于 80~89 岁组。这恰恰揭示了幸存者效应中的双重分化：能够作答的高龄老人，往往是功能状态较好、照护支持充分、沟通能力尚可的“优势幸存者”；而选择“无法回答”者，则更可能是身体更为脆弱、在日常标准化调查中难以表达真实感受的“劣势幸存者”，后者正是数据中需求被遮蔽的关键群体。城市女性失能老年人相较于男性其生活满意度状况更高且具有显著性。男性中度失能者比轻度失能者的“高满意度”显著减少 39.5%，女性减少 41.2%；男性重度失能者比轻度失能者的“高满意度”显著减少 70.6%，

女性减少 64.6%。生重病能及时得到治疗更能提升女性失能老年人对现在生活的积极评价。

从城乡来看，相比 80~89 岁失能老年人，年龄越大更能提升城市失能老年人“高满意度”。例如，90~99 岁和百岁以上城市老年人比 80~89 岁城市老年人“高满意度”分别提升了 89.7%和 138.1%，但对农村失能老年人的“高满意度”提升并没有显著影响，农村 90 岁以上老年人更多选择“无法回答”。这表明，极高龄与农村身份的双重叠加，将进一步加剧失能老年人在标准化调查中的评价障碍，使其需求更易陷入“无法回答”所导致的数据失声困境。城市中度失能者比轻度失能者的“高满意度”显著减少 54.5%，城市重度失能者减少 79.6%；农村中度失能者比轻度失能者的“高满意度”显著减少 34.2%，农村重度失能者减少 57.6%。此外，生重病能及时得到治疗更能显著提升农村失能老年人的生活满意度。可见，农村失能老年人因医疗资源稀缺、就医障碍多、替代支持少等，使“及时治疗”成为关乎其生存与尊严的重要事件，心理边际效用极高；而城市老年人医疗可及性普遍、满意度来源多元，该效应相对有限。

从失能程度来看，失能程度对失能老年人生活满意度的影响存在显著调节效应，且随失能加重，各因素的预测效力整体衰减。在轻度失能组中，90~99 岁及百岁及以上、城市户籍、中等及以上收入、及时治疗均能显著提升“高满意度”，同时高龄和低收入也显著增加“无法回答”概率。因此，提升轻度失能老年人满意度的关键在于保障其医疗可及性、提高经济支持等。但进入中度失能后，仅及时治疗显著影响“高满意度”(OR = 3.663)，百岁年龄(OR = 3.053)和及时治疗(OR = 3.144)显著影响“无法回答”，而城市户籍和收入效应消失。重度失能组，除百岁年龄仍增加“无法回答”概率(OR = 2.376)外，其余变量均不再显著，这表明居家高龄失能老年人的生活满意度可能存在“失能程度阈值效应”。具体而言，在轻中度失能阶段，老年人仍保留一定生活自主性和表达能力，其生活满意度主要会受倾向性特征、使能资源、健康需求和医疗资源不同因素的影响；重度失能老人因身体功能严重受限且高度依赖照护，安德森模型的解释力显著削弱，其在调查中更倾向“无法回答”。这提示，疼痛缓解、基础照护及尊严感等变量可能更为关键，但受数据限制，本文未能进一步验证。

5. 结论和建议

本研究基于 CLHLS2018 年数据，依托安德森健康行为模型，从环境因素、个人特征与医疗行为三个维度出发，采用多分类 logistic 回归模型，系统考察了居家高龄失能老年人生活满意度的影响因素，并通过异质性检验揭示了不同群体间的差异性。

第一，高龄居家失能老年人生活满意度的形成具有明显的层次性和“健康主导”特征，一方面超过半数的老年人具有较高生活满意度；另一方面，二成以上的老年人选择“无法回答”。“无法回答”者所暴露出的评价缺失与需求“失声”，折射出当前研究框架对失能老年人福祉的关照尚存不足。女性、百岁以上、农村户籍、单身、未受过教育、重度失能及重病时无法及时就医者，均更倾向于选择“无法回答”。这表明，传统生活满意度解释框架在极端脆弱的高龄失能群体中存在明显的适用边界，后续应着力优先识别和回应这一群体未言明的照护需求，作为改善其生活质量的突破口。因此，除了着力预防和延缓老年人进入重度失能阶段之外，对于已处于该状态的群体，尤其是伴有高龄、认知衰退特征者，未来亟须开发更适配的非传统主观福祉评估工具。一是在标准问卷之外引入观察式评估，通过老年人的表情、睡眠、进食、疼痛反应、互动意愿和日常活动状态识别其生活质量变化；二是建立照护者代理评估机制，将家属、保姆、护工或社区照护人员对老年人日常状态的持续观察纳入补充性指标；三是采用简化题项、图像化量表、重复短访谈和上门评估等方式，降低高龄失能老年人的作答负担；四是未来研究应进一步采用定性访谈或混合方法，深入探究“无法回答”背后的具体原因，包括理解能力、语言表达、身体疼痛、访谈情境、照护者在场以及家庭照护关系等因素如何共同影响其作答过程，从而进一步揭示重度失能老年人的真实生活状态及其主观福祉作用机制。

第二，安德森模型中年龄和户籍等倾向性特征、健康需求中的失能程度，医疗行为中生重病时能否及时就医等是影响居家高龄失能老年人生活满意度的核心变量。尤其是当老年人进入重度失能阶段，老年人自身生理健康功能障碍以及日常生活能力的严重缺失将会极大地影响老年人对自身生活状况的主观评价，因此提升高龄居家失能老年人的生活质量更应进一步关注其身体疼痛，基础照护需求、身体舒适和尊严维护等更贴近失能老年人照护过程的相关因素。当前，长期护理保险制度正由试点探索迈向全国推开。以此为契机，居家养老服务宜推行“照护分级、服务分层”模式，引导资源向居家和社区护理方向配置。在轻中度失能群体中，应继续强化经济支持与保障政策的联动性，如推动医疗保险统筹水平提升、加强康复护理、居家适老化改造、助餐助浴助洁和社区日间照护服务，以延缓其进一步失能。对于重度失能的老年群体，应更多聚焦于专业护理、疼痛管理、心理社会支持和家庭照护者喘息服务。尤其应加强居家场景中的姑息照护和安宁疗护能力建设，推动家庭医生团队、社区卫生服务机构、长期护理服务机构和养老服务组织之间形成连续照护机制，使重度失能老年人在身体功能严重受限的情况下，仍能获得基本舒适、及时回应和尊严维护。

第三，城市失能老年人比农村失能老年人更可能选择“高满意度”，然而农村失能老年人一旦生重病时能及时得到治疗，也能显著提升其生活满意度。对于农村高龄居家失能老年人而言，重病及时治疗不仅是医疗服务可及性问题，更关系到农村高龄失能老年人的生命安全感和主观福祉评价。因此，未来政策更应优先补齐农村地区急重症识别、转诊、救治和后续照护衔接中的薄弱环节。具体而言，要依托县域医共体、乡镇卫生院和村医网络，建立面向高龄失能老年人的“日常健康监测–急病快速识别–基层首诊响应–县域定向转诊–出院后居家照护衔接”的连续服务机制，并通过上门巡诊、远程问诊、家庭病床、绿色转诊通道等方式，降低农村失能老年人在重病救治时的延误风险。通过提升农村地区重病治疗的及时性和可达性，不仅能够改善失能老年人的医疗获得感与生活安全感，也有助于提高其主观福祉水平。

基金项目

江苏省卫生健康发展研究中心 2023 年度开放课题“社区营造视角下养老托幼服务体系协同发展研究”(JSHD202326)。

参考文献

[1] 李运华, 刘亚南. 城镇失能老人子女照料的影响因素分析——来自 CLHLS 2014 的经验证据[J]. 调研世界, 2019(1): 30-35.

[2] 郭大水, 梁锦江, 肖童. 天津城市老年人生活满意度及其影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(16): 3129-3130.

[3] 骆为祥, 李建新. 老年人生活满意度年龄差异研究[J]. 人口研究, 2011, 35(6): 51-61.

[4] 邓大松, 张晴晴. 老年群体生活满意度与养老服务优化——基于 CHARLS2015 数据的实证研究[J]. 当代经济管理, 2019, 41(10): 62-70.

[5] 王雨濛, 徐健贤, 姚炜航. 子女数量对中老年人生活满意度的影响研究——基于城乡间和两性间的比较[J]. 农林经济管理学报, 2016, 15(6): 735-742.

[6] 李建新. 社会支持与老年人口生活满意度的关系研究[J]. 中国人口科学, 2004(S1): 45-49+176.

[7] 陈鸣声. 安德森卫生服务利用行为模型演变及其应用[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(1): 5-8.

[8] 彭希哲, 宋靓珺, 黄剑焜. 中国失能老人长期照护服务使用的影响因素分析——基于安德森健康行为模型的实证研究[J]. 人口研究, 2017, 41(4): 46-59.

[9] 安瑞霞. 城乡老年人社区卫生服务使用及其影响因素研究——基于安德森健康行为模型的分析[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2024, 41(5): 54-63.