

# 家庭健康：概念、测度与中国现状

李浩淼<sup>1\*</sup> 孙菊<sup>1</sup> 姚强<sup>1</sup> 吴一波<sup>2</sup>

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

**【摘要】**本研究对家庭健康的框架和维度进行了介绍;基于中国版家庭健康简易评价量表,评价我国家庭健康的分布以及不同家庭特征下的异质性;并通过分析家庭健康对个体健康相关生命质量的影响论证家庭健康的重要性。我国家庭健康均分为 37.99 分(总分 50);家庭健康存在显著的城乡差异;家庭经济水平越高,家庭健康水平越高;核心/主干/联合家庭的家庭健康水平高于其他家庭类型;残疾人家庭健康评分低于非残疾家庭。家庭健康对于个体生命质量存在显著的正向效应。家庭健康为制定卫生政策、执行健康干预提供了一个更为全面的跨学科综合指标,在健康中国建设中应予以充分关注。

**【关键词】**家庭健康;生命质量;异质性;量表;健康中国

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.04.001

## Family Health: Concept, measurement and current status in China

LI Hao-miao<sup>1</sup>, SUN Ju<sup>1</sup>, YAO Qiang<sup>1</sup>, WU Yi-bo<sup>2</sup>

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

**【Abstract】** This study introduced the framework and dimensions of family health. This study aimed to evaluate the overall distribution of family health in China based on the Family Health Scale-Short Form (FHS-SF), as well as the heterogeneity under different family characteristics, and further to prove the importance of family health by analyzing the impact of family health on individual health-related quality of life. The average score of family health in China is 37.99 (out of 50). The disparity of family health between rural and urban families existed. The higher the family's economic level, the higher the family's health level. The family health level of the nuclear/trunk/ joint family is higher than other family types. The health scores of families with disabilities were lower than those without disabilities. Family health has a significant positive effect on individual health-related quality of life. Family health provides a more integrated, comprehensive and interdisciplinary indicator for formulating health policies and implementing health interventions, and it requires adequate attention in the "Healthy China" construction.

**【Key words】** Family health; Quality of life; Heterogeneity; Scale; Healthy China

## 1 引言

家庭作为最小的社会系统,可以为家庭成员心理、生理及社会发展提供物质、精神方面的基础支持,不仅会对个体全生命周期的健康状态产生重大影响,甚至影响家庭多个代际的健康。<sup>[1]</sup>国内越来

越多的学者关注到,要以家庭为单位,开展健康促进和疾病护理。<sup>[2-6]</sup>但我国基本公共卫生服务、家庭医生签约服务以及健康中国 2030 规划纲要等国家战略中,更多是关注个体,忽视了家庭作为健康生产者和中心环境的核心作用。联结家庭与个体健康的要素十分繁杂,从家庭内部角度,家庭规

\* 基金项目:国家社会科学基金一般项目(16BGL150);中央高校基本科研业务费专项资金项目(2042021k0124)

作者简介:李浩淼(1992 年—),男,博士,讲师。主要研究方向为卫生政策、健康老龄化。E-mail:lihaomiao@whu.edu.cn

通讯作者:吴一波。E-mail:bjmuyibo@outlook.com

模、收入、结构以及家庭成员的健康行为、代际关系等,深刻影响着家庭成员的健康理念、健康素养和健康生活方式,进而影响健康产出<sup>[7]</sup>;从家庭外部角度,家庭的社会资本、社会网络等,也可以影响个体健康行为与健康结果<sup>[8-9]</sup>。因此,要衡量一个家庭的健康水平,必须考虑多种内外因素。<sup>[10]</sup>这些因素超越了公共卫生、社会学、心理学、医学和其他单一学科的范畴。如果有一个综合的指标,能整合这些零散的、跨学科的家庭要素,可以更全面地测量家庭健康所处的水平,将确保各个学科能统一地衡量家庭这一基本社会单位的关键结构,而这个社会单位掌握着提高或降低个体和人口健康水平的权力,“家庭健康”的概念应运而生。

国外对于“家庭健康”的概念和测量进行了较多探索,但在国内,对于“家庭健康”的关注和使用明显不足。而这一概念的运用,有助于以“家庭”为突破口,对其与健康相关的要素进行量化,寻找提升个体健康水平的关键策略,并促进不同学科交叉、融合,对家庭在不同维度的健康干预提供更多维、更丰富的策略建议,在国家健康战略中产生事半功倍的效果,对未来公共卫生政策以及其他社会政策的优化、社会保障体系完善以及健康老龄化的促进等,将产生重要的指导作用。

## 2 概念与测度方法

### 2.1 “家庭健康”的概念

Sharon Denham 最早突破单个家庭成员健康的概念,提出了“家庭健康”的理念。<sup>[11]</sup>在此基础上,美国 Weiss-Laxer 等人通过德尔菲法,建立了更为完善的“家庭健康”概念框架,将“家庭健康”定义为“家庭单位层面的资源,由每个家庭成员健康、能力、行为、性格和成员的内部互动以及家庭的生理、社会、情感、经济和医疗等外部资源的交叉发展而来。”<sup>[12]</sup>

本研究对家庭健康的概念框架进行了进一步剖析(图1)。家庭健康不是个体健康的简单组合,它突破了传统具有血缘关系的家族成员定义,涉及到家庭结构、关系、环境、行为、(内部)资源等要素,同时也包含家庭所能获取的外部社会支持,尤其是社会网络、医疗资源、社会资源等。这些内外要素在与个体的互动中,融入到个体生活,改变个体的健康行为、健康意识和能力,进而影响健康水平,而个体的行为、意识、能力又构成家庭整体的关系、环境、行为,在家庭结构的内部框架和家庭资源的外部支撑中,形成家庭健康。“家庭健康”整合了既往家庭结构、家庭功能、家庭社会网络等概念的关键要素,并强化了家庭获取外部资源的能力和社会性,且着重强调与健康相关的要素,链接了个体健康与社会群体健康。

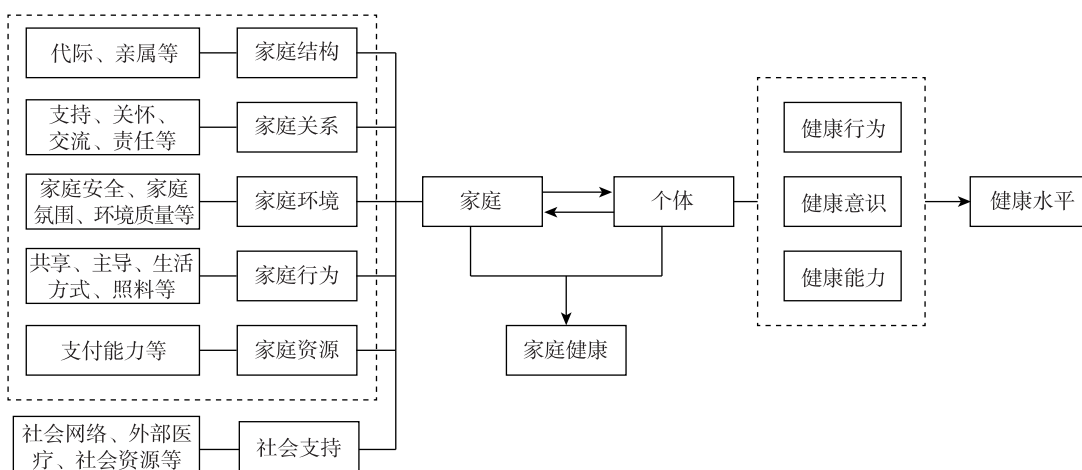


图1 家庭健康概念框架

### 2.2 “家庭健康”的测度

国际上针对家庭健康的测量维度与方法展开了诸多探索。如家庭功能评定量表(Family Assessment Device, FAD)<sup>[13]</sup>和家庭亲密度和适应性评价量表第IV版等<sup>[14]</sup>,二者在国内也得到了极大推广。但这两个量表更多关注家庭内部成员的互动,对家庭获取

外部资源的能力考虑不足,对“健康”的测量不够聚焦。2020年,Weiss-Laxer N S等人确定了家庭健康的6个维度以及31个条目。在此基础上,Alice Ann Crandall等人进一步开发、测试,形成了适用于跨学科的较为成熟的家庭健康评分量表(Family Health Scale, FHS),包含长量表(FHS-LF)和简易量表

(FHS-SF) 两个版本。<sup>[10]</sup> 国内王飞等学者引入该量表,并针对中国的国情和文化特征等进行了修改和调整。量表包含“家庭社会/情感健康”“家庭健康生活方式”“家庭健康资源”“家庭外部社会支持”4 个维度以及 10 个条目(表 1)。受试者针对每个条目,在“非常不同意”“有些不同意”“既不同意也不反对”“有些同意”“非常同意”5 个选项中进行选择,针

对除“家庭健康资源”外的三个维度(7 个条目)依次赋值为 1~5 分(“非常不同意”=1),而“家庭健康资源”的三个条目进行反向赋值(“非常同意”=1)。FHS-SF 的 Cronbach alpha 系数为 0.83,信度较高;验证性因子分析结果显示, $\chi^2/df = 4.28$ , $GFI = 0.98$ , $NFI = 0.97$ , $RFI = 0.95$ , $RMSEA = 0.07 < 0.08$ ,结构效度较好。<sup>[15]</sup>

表 1 家庭健康评价维度

维度	条目
家庭社会/情感健康	在我的家庭里,我们互相支持
	在我的家庭里,我在家庭关系中感到有安全感
	在我的家庭里,在很艰难的时候,我们也保持希望
家庭健康生活方式	在我的家庭里,在需要的时候,我们彼此帮助去寻求医疗服务(例如挂号)
	在我的家庭里,我们互相帮助为了健康而做出改变
家庭健康资源	在我的家庭里,我们不信任医护人员
	在过去的 12 个月里,在负担基本的生活开销后,我们家就没有闲钱了
	在过去的 12 个月里,我家的住房不能满足家庭的需求
家庭外部社会支持	当我们在学校或工作中遇到问题时,我们家可以向家人以外的人寻求帮助
	如果我们需要经济上的帮助,我们家可以向家人以外的人借到钱(如:1 000 元)

注:每个条目赋值 1~5 分,总分 50 分。

### 3 资料与方法

本研究数据来源于 2021 年 7—9 月在全国 23 个省、5 个自治区和 4 个直辖市(不包含港、澳、台)开展的调查。该调查为多阶段抽样,用随机数表法在每个省(自治区、直辖市)的非省会地级行政区中各抽取 2~6 个城市,共 120 个城市;基于“2021 年第七次全国人口普查结果”的数据结果,对所抽取的 120 个城市居民进行配额抽样(配额属性为性别、年龄、城乡分布),使所获得样本基本符合人口特征。删除 3 份样本来源不明确的问卷,最终获得 11 028 份有效问卷。样本基本特征如表 2 所示。

本研究首先通过描述性统计分析,对家庭健康指数在全国的分布以及不同家庭特征下的家庭健康差异进行分析,并通过 Person 相关分析家庭健康与地方经济水平的相关性。然后,基于广义相加模型构建平滑曲线,控制协变量,拟合家庭健康评分与生命质量之间的变化关系。最后,建立 OLS 回归模型,控制协变量,考察家庭健康以及家庭健康子维度对生命质量的影响,论证家庭健康的重要性。协变量包括年龄、性别、居住地、文化程度、家庭类型、人均月收入、职业状态、慢性病、是否残疾、吸烟状态、饮酒状态、身体质量指数(BMI)。其中,关于家庭类型,每个样本均来自不同家庭,不存在多个样本来源于同一家庭的嵌套问题,在问询时,先由调查员介绍

不同家庭的分类标准和家庭成员准入标准,再由被调查者进行选择。“核心家庭”指由父母和未婚子女组成的家庭;“主干家庭”指父母和已婚子女组成的家庭;“联合家庭”指父母和两对以上已婚子女组成的家庭或兄弟姐妹结婚后不分家的家庭;“夫妻家庭”指只有夫妻两人组成的家庭;“单亲家庭”指由离异、丧偶或未婚的单身父亲或母亲及其子女或领养子女组成的家庭;“隔代家庭”指只有祖孙两代人的家庭,家庭中因为一些原因父母离开了这个家庭;“其他形式的家庭”包括丁克家庭(是指由夫妇两人组成的自愿不生育家庭)、单身家庭(到了结婚的年龄不结婚或离婚后不再婚而是一个人生活的家庭)、重组家庭、同居家庭、同性恋家庭等。

表 2 样本基本特征描述(N = 11 028)

	人数(百分比)/均值 ± 标准差
年龄(岁)	
45 岁及以下	7 665 (69.50)
>45 岁且 ≤65 岁	2 488 (22.56)
65 岁以上	875 (7.93)
性别	
男	5 033 (45.64)
女	5 995 (54.36)
居住地	
城镇	8 005 (72.59)
农村	3 023 (27.41)
文化程度	
未接受正规学历教育	378 (3.43)
初中及以下	2 188 (19.84)

续表 2 样本基本特征描述 (N = 11 028)

	人数(百分比)/均值 ± 标准差
中专/高中	1 976 (17.92)
大专/大学本科	5 749 (52.13)
本科以上	737 (6.68)
家庭类型	
核心/主干/联合家庭	8 261 (74.91)
夫妻家庭	1 761 (15.97)
单亲家庭	418 (3.79)
隔代家庭	121 (1.10)
其他形式的家庭	467 (4.23)
人均月收入	
3 000 元及以下	3 246 (29.43)
>3 000 元且 ≤7 500 元	5 323 (48.27)
7 500 元以上	2 459 (22.30)
职业状态	
在职	4 636 (42.04)
退休	883 (8.01)
学生	3 313 (30.04)
无固定职业	2 196 (19.91)
慢性病	
不患有	8 981 (81.44)
单一慢病	1 382 (12.53)
患有以上慢病	665 (6.03)
是否残疾	
否	10 681 (96.85)
是	347 (3.15)
吸烟状态	
从不吸烟	8 843 (80.19)
已戒烟	787 (7.14)
吸烟	1 398 (12.68)
饮酒状态	
没喝过	6 577 (59.64)
喝过,在过去 30 天之前	1 308 (11.86)
喝过,在过去 30 天内	3 143 (28.50)
身体质量指数(BMI)	21.89 ± 3.18

## 4 研究结果

### 4.1 家庭健康在全国的分布

首先,对 FHS-SF 在本研究的信度和效度进行评估,Cronbach alpha 系数为 0.85,信度较高;验证性因子分析结果显示,AVE 在 0.578 ~ 0.791 之间,CR 值在 0.758 ~ 0.915 之间,说明量表聚合效度较好; $\chi^2/df = 38.823$ ,  $GFI = 0.980$ ,  $NFI = 0.985$ ,  $RFI = 0.977$ ,  $RMSEA = 0.059 < 0.08$ ,说明量表结构效度较好。我国家庭健康平均得分为 37.99 分,其中,家庭社会/情感健康、家庭健康生活方式、家庭健康资源、家庭外部社会支持平均分依次为 11.89、8.00、10.48、7.63 分(表 3)。

### 4.2 不同家庭特征下的家庭健康差异分析

我国家庭健康水平存在显著的城乡差异,农村家庭健康评分及 4 个子维度评分均低于城镇(表 3)。不同收入组家庭健康评分差异明显,收入越低,平均家庭健康得分越低,且在 4 个子维度都有体现。不同家庭类型的家庭健康评分存在差异,核心/主干/联合等的家庭健康评分最高,为 38.37 分;夫妻家庭、单亲家庭、隔代家庭和其他形式的家庭,家庭健康评分低于 37 分,尤其是隔代家庭,家庭健康评分最低。从各个子维度来看,单亲家庭“家庭健康资源”得分最低,“家庭社会/情感健康”评分也相对较低,隔代家庭的“家庭外部社会支持”得分最低,“家庭健康生活方式”得分也相对较低。包含残疾人的家庭,其家庭健康评分显著低于非残疾人家庭,且在 4 个子维度都有显著性差异。

表 3 家庭健康及子维度分布情况

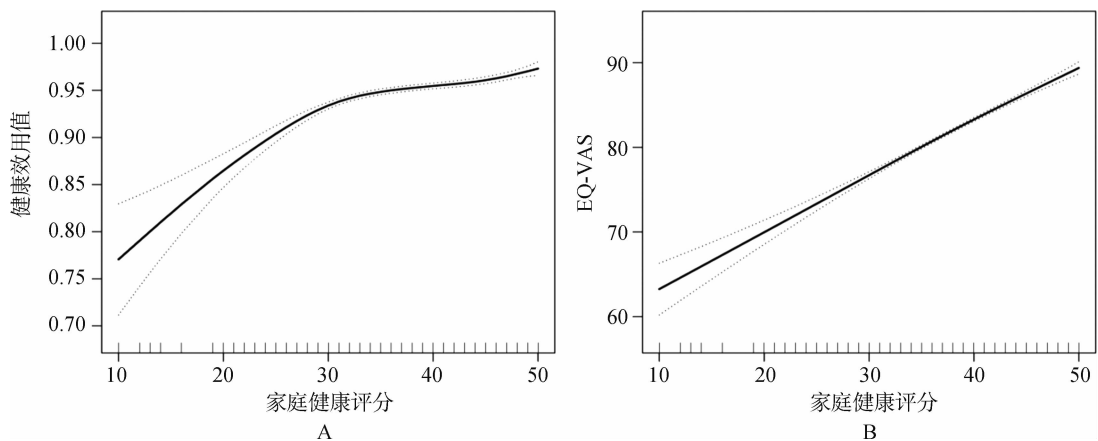
	家庭健康评分	家庭社会/情感健康	家庭健康生活方式	家庭健康资源	家庭外部社会支持
全人群	37.99 ± 6.64	11.89 ± 2.56	8.00 ± 1.73	10.48 ± 3.06	7.63 ± 1.66
居住地					
城镇	38.24 ± 6.68**	11.95 ± 2.55**	8.04 ± 1.73**	10.59 ± 3.12**	7.67 ± 1.65**
农村	37.35 ± 6.49	11.73 ± 2.55	7.91 ± 1.75	10.18 ± 2.87	7.52 ± 1.68
人均月收入					
3 000 元及以下	36.90 ± 6.35**	11.62 ± 2.63**	7.84 ± 1.78**	9.99 ± 2.79**	7.45 ± 1.67**
>3 000 元且 ≤7 500 元	38.11 ± 6.45	11.92 ± 2.47	8.01 ± 1.69	10.53 ± 3.02	7.64 ± 1.60
7 500 元以上	39.19 ± 7.16	12.19 ± 2.61	8.19 ± 1.74	11.00 ± 3.37	7.82 ± 1.75
家庭类型					
核心/主干/联合家庭	38.37 ± 6.60**	12.01 ± 2.51**	8.08 ± 1.70**	10.59 ± 3.03**	7.69 ± 1.62**
夫妻家庭	36.98 ± 6.69	11.69 ± 2.70	7.83 ± 1.86	10.04 ± 3.19	7.42 ± 1.80
单亲家庭	36.50 ± 6.32	11.35 ± 2.65	7.72 ± 1.75	9.91 ± 3.04	7.51 ± 1.66
隔代家庭	36.47 ± 5.92	11.40 ± 2.36	7.62 ± 1.73	10.15 ± 2.60	7.30 ± 1.71
其他形式的家庭	36.88 ± 6.77	11.19 ± 2.53	7.59 ± 1.75	10.66 ± 3.02	7.45 ± 1.65
是否残疾					
否	38.04 ± 6.64**	11.90 ± 2.55*	8.01 ± 1.73*	10.49 ± 3.06*	7.64 ± 1.66*
是	36.54 ± 6.51	11.45 ± 2.71	7.71 ± 1.91	10.02 ± 3.00	7.37 ± 1.71

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.001$ 。

### 4.3 家庭健康对个体生命质量的影响

本研究选用健康相关生命质量来反应个体健康状况,分析家庭健康状况对个体生命质量的影响。生命质量使用欧洲五维水平健康量表(EQ-5D-5L)进行测量,包括 EQ-5D 和 EQ-VAS 两个部分。EQ-5D 以行动能力、自我照顾、日常活动疼痛/不舒服、销售/抑郁 5 个维度描述健康状态,并采用基于我国人群构建的效用值积分体系将原始数据转换为健康效用值;EQ-VAS 是一个长 20 厘米的垂直的视觉刻度尺,顶端为 100 分代表“心目中最好的健康状况”,底端为 0 代表“心目中最差的健康状况”,由被访者自己回答。样本的生命质量健康效用平均值为  $0.95 \pm 0.12$ ,EQ-VAS 平均值为  $81.90 \pm 17.73$ 。平滑曲线显示(图 2),随着家庭健康评分升高,居民的健康效

用值和自评健康 EQ-VAS 也显著提高。OLS 回归结果表明家庭健康增加会显著增加居民的生命质量(表 4),家庭健康数量每增加一个单位,健康效用值大约增加 0.002 个单位,自评健康会增加 0.632 个单位。进一步分析家庭健康的 4 个子维度对生命质量的影响,结果同样显著:家庭社会/情感健康增加 1 个单位,健康效用值增加 0.005 个单位,自评健康增加 1.620 个单位;家庭健康生活方式增加 1 个单位,健康效用值增加 0.007 个单位,自评健康增加 2.250 个单位;家庭健康资源增加 1 个单位,健康效用值增加 0.002 个单位,自评健康增加 0.502 个单位;家庭外部社会支持增加 1 个单位,健康效用值增加 0.006 个单位,自评健康增加 1.884 个单位。



注:A 图拟合家庭健康评分与健康效用值的关系;B 图拟合家庭健康评分与 EQ-VAS 的关系。拟合过程控制所有协变量。

图 2 家庭健康与生命质量关系的平滑曲线拟合

表 4 不同家庭健康子维度对生命质量影响的 OLS 回归分析

	健康效用		EQ-VAS	
	回归系数	稳健性标准误	回归系数	稳健性标准误
家庭健康	0.002	0.000	0.632	0.027
家庭社会/情感健康	0.005	0.001	1.620	0.075
家庭健康生活方式	0.007	0.001	2.250	0.111
家庭健康资源	0.002	0.000	0.502	0.055
家庭外部社会支持	0.006	0.001	1.884	0.111

注: $P < 0.001$

## 5 讨论

### 5.1 家庭健康对国民健康维护、健康促进意义重大

本研究证明,家庭健康的提升有助于改善个体健康水平,包含生理、心理和社会关系层面的健康,而从个体健康到社群健康再到国民健康,是国家发展水平提升的基础。因此,关注家庭健康,以家庭为

突破口推动国家健康战略,开展健康维护和健康促进是可行的,也是必要的。

家庭内部情感、心理健康的传递和延续以及生活方式的相互影响,将影响整个家庭的健康水平。同时,家庭的健康资源决定个体成员在面临健康问题时,所能获取的医疗资源数量与质量。此外,家庭所能获取的外部社会支持,取决于其社会网络,并在很大程度上决定家庭获取资源的能力。既往研究证明,健康的家庭社会和情感过程,可促进健康复原力,并与更好的心理健康、身体健康以及总体福祉(如减少抑郁、高血压和慢性疼痛)相关<sup>[16]</sup>;健康的家庭生活方式与家庭成员用药依从性、体育锻炼水平等有关<sup>[17]</sup>;家庭健康资源不足,会增加成员出现心理健康问题、身体机能下降以及过早死亡的可能性<sup>[17-18]</sup>;外部社会支持能提升青少年的适应力,并与中老年人人群的健康感知相关<sup>[19-20]</sup>。本研究结果进一

步证明,家庭健康各子维度对于个体健康的影响效应较为均衡,能影响个体的综合健康水平。

## 5.2 家庭健康水平提升需要关注弱势群体

首先,需要关注农村家庭的健康水平。我国农村地区人口流动问题持续突出,留守问题严重,导致家庭功能存在部分缺失。农村经济水平相对落后、人群文化程度相对较低,在健康行为、生活方式等方面表现相对较差。农村医疗服务体系相对薄弱,居民能获取的健康资源水平相对较差。农村在体育、文娱资源方面,硬件设施、软件配置均不如城镇,导致农村居民在健康行为培养、社会参与等方面存在较大难度。<sup>[21-22]</sup>

其次,需要关注家庭经济水平对家庭健康的影响。家庭经济水平直接决定家庭在获取健康资源以及进行健康治疗、管理时的支付能力;家庭经济水平往往与家庭核心人物的职业声望、社会地位有关,越高的职业声望、社会地位往往与更好的健康信念、健康行为有关,进而通过个体的健康主导能力,创造更好的家庭健康环境,影响整个家庭的健康水平。既往研究也证明,良好的家庭经济状况可以提升个体的健康认知、健康管理水平、自评健康率,减少日常生活能力(ADL)、工具性日常生活能力(IADL)受损率,降低慢性病发病率等。<sup>[23-25]</sup>

再次,需要关注不健全家庭结构对家庭健康的影响。家庭居住类型与家庭成员的主观幸福感有关,如有研究证明与家人共同居住的老年人主观幸福感高于独居老人<sup>[26]</sup>;家庭类型影响居民所能获取的经济支持、情感支持、疾病照护支持的及时性、有效性;<sup>[27]</sup>隔代抚养强度与中老年人的抑郁症状、生活满意度存在显著负相关<sup>[28]</sup>。因此,家庭健康与家庭类型之间存在密切的联系,需要对弱势家庭如单亲、隔代家庭的健康状况予以重点关注。

最后,需要重点关注残疾人家庭的家庭健康维护。残疾人群在培养自身健康行为、获取健康资源方面面临更多障碍,同时,残疾人与非残疾群体健康不公平的形成,在很大程度上是由社会经济地位及与之相关的社会资本有关。<sup>[29]</sup>因此,关注残疾人家庭的家庭健康,改善其健康水平,对于全人群健康水平和健康公平性的提升都具有十分重要的意义。

## 6 建议

对家庭的健康干预是一项系统工程,既要强化

家庭内部功能,又要全方位保障家庭的外部适应性。基于家庭健康的测量维度及分布异质性,本研究提出如下建议:(1)改善家庭的社会/情感环境,通过完善教育、宣传体系,以增加家庭的稳定性和社会发展适应能力;(2)提升医疗卫生服务质量,完善家庭医生签约服务制度,结合医疗卫生服务体系、社区服务体系的力量,通过更优质的服务交互、更科学的宣传教育,对需方的健康行为予以引导,并使之在家庭中传递;(3)完善建筑环境、社区安全、文化氛围等,优化城乡资源配置,让家庭更好地成长;(4)从家庭的异质性出发,充分考虑社会经济地位、家庭类型、弱势群体等,全方位改善个体与家庭的互动机制,完善外部资源,提升资源配置的公平性,进而改善健康。如针对含残疾人的家庭、经济水平较差的家庭,要完善医疗保障制度,尤其是长期护理保险、门诊家庭共济政策、慢病补偿政策、医疗救助制度等,以更好地帮助相对贫困家庭或为有贫困风险的家庭提供经济援助;在农村地区,借助县域医共体建设等体制机制改革以及家庭医生签约服务,强化医防融合式服务的供给,着力维护农村居民健康,提升健康公平性;针对隔代家庭,要利用社区、学校对个体身心健康的影响,竭力弥补家庭功能不足带来的健康隐患;完善社区互助机制,构建和谐社区氛围,通过家庭与社区的良好融入,提升家庭健康的稳固性。

## 7 研究局限

本研究存在以下不足:首先,尽管家庭健康评分量表具有较高的信度和效度,但各条目均由被调查者自己回答,不可避免会出现回顾性偏倚;其次,本研究所涉及的家庭层面的变量有限,需要在日后数据不断丰富过程中,进一步分析不同家庭特征的家庭健康异质性,并通过前瞻性研究,探究家庭健康与个体行为、健康产出的因果关系;再次,本研究证明家庭健康对生命质量的正向效应,生命质量不完全等同于健康,需要通过未来更深入地研究,从各个维度分析家庭健康对健康的影响机制,并寻找更具操作性的干预路径。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

[1] Haskins R, Garfinkel I, McLanahan S. Introduction: Two-generation mechanisms of child development [J]. Future

- Child, 2014, 24(1): 3-12.
- [2] 穆荣红, 李荣, 张会敏. 以家庭为中心的健康教育对社区高血压患者自我效能的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(7): 648-650.
- [3] 孙娟, 张会敏, 朱丽丽. 以家庭为中心的健康教育对社区糖尿病患者自我管理水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(17): 4194-4196.
- [4] 张丽, 于兰, 詹来英, 等. 以家庭为中心的干预对稳定精神分裂症患者病情及提高照料者心理健康的影响[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(12): 1119-1122.
- [5] 张新宇, 周洁. 以家庭为中心护理在产科及儿科的应用现状[J]. 护理研究, 2009, 23(13): 1138-1139.
- [6] 戎艳鸣, 楼建华, 徐红. 以家庭为中心儿科护理模式创建与评价[J]. 中国护理管理, 2012, 12(5): 29-32.
- [7] 郭克强, 李宇阳, 郁希阳, 等. 家庭社会资本通过健康素养对健康状况影响的路径研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(10): 1249-1253.
- [8] 许兴龙, 周绿林, 何媛媛. 社会资本与老年人基本公共卫生服务主动利用: 基于家庭医生签约视角[J]. 人口与发展, 2022, 28(1): 30-39.
- [9] 柴琪, 高博, 刘祥, 等. 老年人家庭社会资本、社区信任与生命质量的关系[J]. 中国健康教育, 2021, 37(9): 788-791.
- [10] Crandall A, Weiss-Laxer N S, Broadbent E, et al. The Family Health Scale: Reliability and Validity of a Short- and Long-Form[J]. Front Public Health, 2020, 8: 587125.
- [11] Denham S A. Familial research reveals new practice model[J]. Holist Nurs Pract, 2003, 17(3): 143-151.
- [12] Weiss-Laxer N S, Crandall A, Okano L, et al. Building a Foundation for Family Health Measurement in National Surveys: A Modified Delphi Expert Process[J]. Matern Child Health J, 2020, 24(3): 259-266.
- [13] Miller I W, Ryan C E, Keitner G I, et al. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research[J]. Journal of Family Therapy, 2000, 22(2): 168-189.
- [14] Olson D. FACES IV and the Circumplex Model: validation study[J]. J Marital Fam Ther, 2011, 37(1): 64-80.
- [15] Wang F, Wu Y, Sux X, et al. Reliability and validity of the Chinese version of a short form of the family health scale[J]. BMC Primary Care, 2022, 23(1):108.
- [16] Chew J, Carpenter J, Haase A M. Young people's experiences of living with epilepsy: The significance of family resilience[J]. Soc Work Health Care, 2018, 57(5): 332-354.
- [17] Lam C B, Mchale S M. Developmental patterns and parental correlates of youth leisure-time physical activity[J]. J Fam Psychol, 2015, 29(1): 100-107.
- [18] Doubeni C A, Schootman M, Major J M, et al. Health status, neighborhood socioeconomic context, and premature mortality in the United States: The National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study[J]. Am J Public Health, 2012, 102(4): 680-688.
- [19] Novak D, Kawachi I. Influence of different domains of social capital on psychological distress among Croatian high school students[J]. Int J Ment Health Syst, 2015, 9: 18.
- [20] Arezzo M F, Giudici C. The Effect of Social Capital on Health Among European Older Adults: An Instrumental Variable Approach[J]. Social Indicators Research, 2017, 134(1): 153-166.
- [21] 陈心想, 蒲威东. 城乡资源有机循环与乡村振兴[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2021, 21(4): 43-51.
- [22] 李盛竹, 赵志营. 中国社会公共资源的网络化城乡共享水平测度研究[J]. 调研世界, 2020(6): 32-37.
- [23] 冯玉如, 陈长香. 农村老年人自我健康管理水平的经济因素[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(1): 200-202.
- [24] 李芬, 高向东. 健康促进:家庭经济水平对中老年健康的影响[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2020, 37(3): 124-132.
- [25] 申云, 朱玉芳. 社会经济地位、收入差距与健康水平: 基于 CFPS 数据的经验证据[J]. 软科学, 2017, 31(7): 121-125.
- [26] 景璐石, 冯景蕙, 冯吉玲, 等. 老年人主观幸福感与社会支持、家庭结构类型的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(13): 2842-2845.
- [27] Napora E, Grzankowska I, Basinska M A. Social support in groups of mothers with different family status and its significance for satisfaction with work[J]. Med Pr, 2018, 69(5): 497-507.
- [28] 申琳琳, 张镇. 隔代照料与中老年人心理健康:家庭亲密度的中介作用[J]. 心理与行为研究, 2020, 18(2): 234-240.
- [29] Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, et al. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities[J]. Soc Sci Med, 2015, 126: 26-35.

[收稿日期:2022-02-24 修回日期:2022-04-15]

(编辑 赵晓娟)