



合肥市城市社区老年人数字健康素养现状及影响因素分析

贾良春,仲学锋,李明龙,何超凡

安徽医科大学卫生管理学院,安徽 合肥 230032

摘要:为调查合肥市城市社区老年人的数字健康素养现状及影响因素,促进老年群体数字健康素养的提升,文章于2024年7—8月通过方便抽样法,对合肥市284例60岁及以上城市社区老年人进行调查。调查对象数字健康素养平均得分为 (32.17 ± 14.51) 分,不同年龄、婚姻状况、学历、个人月收入等人口学因素分组得分差异有显著性($P<0.05$),多元回归分析发现个体层面是老年人数字健康素养最主要影响因素。研究基于社会生态学模型从个体、群体、组织、社区、社会政策五方面对调查进行梳理,以期为老年人数字健康素养提升提供理论参考,助力积极老龄化的实现。

关键词:老年人;数字健康素养;影响因素;积极老龄化

中图分类号:C913.6

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2025)02-151-006

doi:10.7655/NYDXBSSS240471

随着我国人口老龄化进程的加快^[1],如何有效提升老年人群体的健康素养已成为公共卫生领域的重要议题。数字化转型的背景下,依托网络的数字技术为健康老龄化提供了新的机遇^[2],数字健康素养(digital health literacy, DHL)也成为老年人健康素养的重要组成部分,它是指个人寻求、理解和评估从电子来源获取的健康信息的能力,以便做出适当的健康决策,又称为电子健康素养^[3]。然而,老年群体在数字技术的使用上面临着诸多挑战,如对智能设备的认知不足、使用技术上的困难、缺乏相关的社会支持等,这些因素限制了老年人参与数字健康管理的积极性和效果。目前国内对老年人数字健康素养的研究仍处于起步阶段^[4],相关研究较少,且过往研究多采用国外学者研制的量表^[5]。本研究旨在利用国内学者编制的符合我国文化背景和医疗环境的量表^[6],调查分析合肥市城市社区老年人数字健康素养现状,并基于社会生态学理论探讨其影响因素。通过对个体、群体、组织、社区和政策层面的综合分析,为促进老年人健康素养的提升及制定相应的公共卫生政策提供参考。

一、对象与方法

(一)研究对象

采用方便抽样法,于2024年7—8月在合肥市瑶海区城东街道社区卫生服务中心、城东街道柳荫塘社区居委会、蜀山区荷叶地街道社区卫生服务中心进行现场调查。纳入标准:①年龄 $\geqslant 60$ 岁;②在合肥市居住时间 $\geqslant 6$ 个月;③有正常沟通及理解能力,能独立或在调查员协助下完成调查;④本人知情同意且自愿参加调查。排除标准:①存在严重视力、听力、语言障碍;②有严重认知功能障碍或躯体疾病不能参加调查者;③其他原因无法参与调查者。

调查对象主要由以下途径参与调查:一是自行去往社区卫生服务中心参加免费健康体检服务的老年人;二是调查员跟随卫生服务中心工作人员前往社区居委会进行健康讲座,对前来听课的老年人进行调查;三是调查员去往卫生服务中心附近小区,随机对在户外的老年人进行调查。样本量计算方法采用横断面调查样本量公式: $N=[Z_{\alpha/2}^2(1-P)P]/d^2$,设定检验水准 $\alpha=0.05$,对应 $Z_{\alpha/2}=1.96$,设定容许误

基金项目:安徽高校人文社会科学研究重点项目“安徽省农村地区糖尿病患者自我管理模式研究:基于社会支持(social support)理论”(SK2021A0176)

收稿日期:2024-11-22

作者简介:贾良春(2000—),男,安徽合肥人,硕士研究生在读,研究方向为慢性非传染性疾病预防控制;仲学锋(1966—),女,安徽宣城人,教授,硕士生导师,研究方向为健康教育与行为科学,通信作者, xuefengz@ahmu.edu.cn。

差 $d=0.05$,根据既往研究户籍类型为城镇的老年人电子健康素养合格率为21.6%^[7],计算得出所需最小样本量为260,考虑到无应答率及问卷质量问题,实际发放问卷296份,剔除重复、存在缺失值等无效问卷12份,最终有效问卷284份,问卷有效率95.95%。

本研究符合国家制定的涉及人的生物医学研究伦理标准及世界医学协会最新修订的《赫尔辛基宣言》,调查开始前均签署知情同意书。

(二)方法

1. 调查方法

一般资料调查问卷。综合既往研究自行设计,包括性别、年龄、婚姻状况、学历、本人月收入、职业、子女个数、居住情况、是否患有慢性病等条目。

社区老年人数字健康素养评估量表。由国内学者刘思奇等^[6]于2021年编制,包括数字健康信息获取和评估能力、互动能力、应用能力3个维度,采用Likert 5级评分法计分,共15个条目,总分为75分,得分越高表示数字健康素养越高,总量表Cronbach's α 系数为0.941,折半信度为0.889,2周后重测信度为0.941,信效度良好。

影响因素情况调查。在文献研究^[8]基础上自编问卷,基于社会生态学模型(social ecological model)^[9],从个体层面、群体层面、组织层面、社区层面和政策层面共5个层面^[10]设置问题,问卷总Cronbach's α 系数为0.854。

2. 质量控制

调查开始前与街道及社区负责人取得联系,获得场地支持。在小范围预调查后修改问卷部分题目。调查人员由课题组硕士研究生进行统一培训后担任调查员。调查过程中由调查员对老年人进行面对面调查并现场回收问卷,对于文化程度不高或高龄老人,以及部分老年人难以理解的题目给予耐心解释。每天调查结束后双人清点问卷。录入过程采取人工、计算机双重逻辑检查,剔除不合格及部分数据缺失问卷。

3. 统计学分析

使用Epidata3.1建立数据库,SPSS 26.0软件处理数据。计数资料采用例数和构成比(%)表示,计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。采用独立样本t检验、单因素方差分析、多元回归分析等方法探究不同人口学因素下老年人数字健康素养得分差异。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结 果

(一)基本情况

本研究共纳入284例对象。平均年龄(71.0±7.10)岁,已婚为主(78.17%),近一半老年人文化程

度在小学及以下(49.65%),个人月收入1 000~4 999元占比最高(52.11%),退休前职业为农民(农林牧渔业生产及辅助人员)占比最高(38.03%),子女个数为2个占比最高(41.90%),居住模式以与配偶同住为主(56.34%),超过3/4(75.70%)老年人患有至少一种慢性病。对不同人口学类别进行得分差异分析显示,不同年龄、婚姻状况、学历、个人月收入、退休前职业、子女个数和居住模式得分差异均有统计学意义(表1)。

(二)合肥市城市社区老年人数字健康素养现状

284例调查对象中,数字健康素养总分为(32.17±14.51)分,各条目均分为(2.15±0.46)分。各个维度得分情况为:数字健康信息获取和评估能力(22.20±10.81)分(满分45分),数字健康信息互动能力(5.43±3.11)分(满分15分),数字健康信息应用能力(4.53±2.68)分(满分15分)。

(三)合肥市城市社区老年人智能设备使用及上网情况

在老年人使用的智能设备中,有71.83%的老年人拥有智能手机,其次是拥有电子血压仪(35.21%)和血糖仪(11.62%)的老年人较多,智能手环等其他设备使用较少。总体来看,通信类设备(如智能手机)和健康监测类设备(如智能血压仪和智能血糖仪)是老年人最常使用的智能设备。

有智能手机的204人中,16人不会上网,仅使用手机的接打电话功能,其余188人中微信聊天(74.47%)和抖音(61.70%)是最喜欢且常用的手机功能,老年人手机使用行为仍以社交聊天及观看短视频娱乐为主。

对老年人是否拥有智能设备及平均每天上网时间对数字健康素养得分的影响进行分析,发现拥有智能设备的老年人数字健康素养得分[(36.95±12.91)分]显著高于没有智能设备的老年人[(15.40±1.02)分](表1),不同平均每天上网时长老年人数字健康素养水平存在统计学差异(表2)。此发现与日常经验相符,老年人在具备智能设备后能够更加便捷地获取、理解并应用数字健康信息,而较长的上网时间说明老年人有能力并乐于上网,同时上网为其提供了更多机会进行信息学习与互动,从而提高其数字健康素养。

(四)影响因素分析

以数字健康素养得分为因变量,对老年人数字健康素养影响因素分类并进行单因素分析显示,除社区提供线下使用指导外,其余数字健康素养得分差异均有统计学意义(表2)。

以数字健康素养得分为因变量,单因素分析结果中有统计学意义的变量作为自变量,进行多元线性逐步回归分析($\alpha_{入}=0.05$, $\alpha_{出}=0.10$),自变量赋

表1 老年人基本情况及不同人口学特征得分差异分析

分类	例数 (n)	构成 比(%)	数字健康素 养得分 (分, $\bar{x}\pm s$)	t/F值	P值	分类	例数 (n)	构成 比(%)	数字健康素 养得分 (分, $\bar{x}\pm s$)	t/F值	P值
性别				0.20	0.841	农林牧渔业生	108	38.03	27.21±13.46		
女	186	65.49	32.04±14.81			产及辅助人员					
男	98	34.51	32.41±13.97			个体户	9	3.17	42.33±8.08		
年龄(岁)				19.24	<0.001	自由职业	49	17.25	32.10±14.74		
60~64	59	20.77	40.68±12.28			服务业	9	3.17	26.11±12.25		
65~69	53	18.66	37.81±13.36			子女个数				17.80	<0.001
70~74	74	26.06	31.84±13.65			0	1	0.35	46.00		
75~79	63	22.18	26.30±13.39			1个	87	30.63	39.63±13.41		
≥80	35	12.32	20.54±10.75			2个	119	41.90	31.51±13.59		
婚姻状况				5.35	0.001	3个及以上	77	27.11	24.57±12.94		
未婚	7	2.46	45.29±17.87			居住模式				3.71	0.006
已婚	222	78.17	32.78±14.07			独居	33	11.62	24.21±13.66		
离异/丧偶	55	19.37	28.04±14.69			与配偶同住	160	56.34	32.70±15.04		
学历				25.84	<0.001	与子女同住	39	13.73	31.38±12.65		
小学及以下	141	49.65	26.26±12.67			与配偶及子女 同住	50	17.61	36.28±12.64		
初中	86	30.28	34.43±13.22			与亲戚同住	2	0.70	33.50±26.16		
高中/中专	49	17.25	42.37±13.25			慢性病情况				-0.42	0.673
大专及以上	8	2.82	49.62±11.10			无	69	24.30	31.96±14.08		
个人月收入(元)				4.15	0.003	有	215	75.70	32.81±15.85		
无收入	41	14.44	29.68±12.88			拥有智能设备情况				13.22	<0.001
<1 000	88	30.99	28.15±14.20			无	63	22.18	15.40±1.02		
1 000~2 999	81	28.52	34.38±13.74			有	221	77.82	36.95±12.91		
3 000~4 999	67	23.59	35.33±15.52								
≥5 000	7	2.46	41.43±12.90								
退休前职业				7.03	<0.001						
国家机关、党 群组织、企事 业单位	51	17.96	38.96±15.00								
工人	58	20.42	34.84±13.29								

值方式见表3。验证模型拟合情况显示回归模型显著($F=90.876$, $P<0.001$), 8个因素进入回归方程, 可共同解释总变异的72.6%(表4)。其中学历, 是否拥有智能设备, 个体层面的每日上网时间、感知易用性(我认为使用数字健康设备的难易程度)、感知有用性(我认为使用数字健康设备能帮助我更好地进行健康管理)、使用态度(我认为使用数字设备是一件轻松愉快的事情)、使用意图(我愿意在未来使用相关数字设备获取健康知识进行自我健康管理), 以及群体层面的同伴推荐(我的同伴会向我推荐使用数字健康相关设备), 是所调查城市社区老年人数字健康素养的积极预测因素。

三、讨 论

(一)合肥市城市社区老年人数字健康素养现状及特征

本研究通过对合肥市城市社区284例老年人数字健康素养的调查与分析, 发现老年人的数字健康

素养得分总体偏低, 平均为(32.17±14.51)分, 低于刘思奇^[11]在重庆市调查的老年人数字健康素养得分[(37.10±18.65)分]。调查发现老年人在获取、理解和应用数字健康信息方面存在一定困难。年龄、学历、婚姻状况、居住模式等人口学因素得分差异有统计学意义, 与以往研究一致^[4, 11]。此外, 发现拥有智能设备且每天上网时间较长的老年人数字健康素养得分较高。这与日常经验一致, 即拥有并熟练使用智能设备的老年人更容易获取和应用数字健康信息。但调查也发现老年人使用智能设备的主要目的是社交和娱乐功能, 对数字健康信息的获取和利用仍不足, 未来的干预措施应侧重提升老年人对健康相关数字技术的使用能力。

(二)影响因素及对策建议

本研究通过多元回归分析发现个体层面因素对老年人数字健康素养的影响尤为显著, 包括技术接受模型(technology acceptance model, TAM)^[12]理论中的感知有用性和感知易用性, TAM认为这两个因素是用户对信息系统接受的主要决定因素。谢

表2 老年人数字健康素养单因素分析

	影响因素	例数(n)	构成比(%)	数字健康素养得分(分, $\bar{x}\pm s$)	t/F值	P值
个体						
平均每天上网时间	≤1小时	137	48.24	21.50±10.29	73.44	<0.001
	>1~2小时	53	18.66	39.89±9.98		
	>2~3小时	40	14.08	43.50±9.96		
	>3~4小时	21	7.39	42.71±8.77		
	>4小时	33	11.62	43.61±11.22		
感知有用性	非常不同意/不同意	78	27.46	24.54±12.63	24.48	<0.001
	一般	112	39.44	31.82±13.52		
	同意/非常同意	94	33.10	38.91±13.96		
感知易用性	非常困难/比较困难	136	47.89	21.75±10.17	147.01	<0.001
	一般	67	23.59	37.60±11.51		
	比较容易/非常容易	81	28.52	45.17±8.93		
使用态度	非常不同意/不同意	97	34.15	17.80±6.54	197.61	<0.001
	一般	149	52.46	31.49±11.41		
	同意/非常同意	38	13.38	42.51±10.25		
使用意图	非常不同意/不同意	139	48.94	23.87±12.12	72.41	<0.001
	一般	46	16.20	35.41±11.35		
	同意/非常同意	99	34.86	42.31±11.60		
群体						
家人主动帮助	从不	99	34.86	22.05±11.64	49.92	<0.001
	偶尔/有时	104	36.62	38.01±13.45		
	经常/总是	81	28.52	37.04±12.26		
同伴推荐	从不	157	55.28	28.57±13.54	21.01	<0.001
	偶尔/有时	102	35.92	34.13±13.92		
	经常/总是	25	8.80	46.76±12.25		
家人被动帮助	从不	97	34.15	20.64±10.51	68.92	<0.001
	偶尔/有时	103	36.27	38.28±12.92		
	经常/总是	84	29.58	37.99±12.18		
组织						
开展健康教育	从不	249	87.68	31.12±14.30	7.52	<0.001
	偶尔/有时	28	9.86	37.29±13.47		
	经常/总是	7	2.46	49.14±11.95		
提供使用指导	从不	256	90.14	31.35±14.31	4.76	0.01
	偶尔/有时	25	8.80	38.68±14.67		
	经常/总是	3	1.06	47.67±10.26		
社区						
提供线上服务	从不	170	59.86	28.38±14.52	15.99	<0.001
	偶尔/有时	100	35.21	37.70±12.63		
	经常/总是	14	4.93	38.64±12.46		
提供线下使用指导	从不	229	80.63	31.33±14.73	2.65	0.07
	偶尔/有时	49	17.25	34.88±12.55		
	经常/总是	6	2.11	42.00±16.73		
政策						
了解程度	完全不了解/不了解	185	65.14	30.19±14.21	9.14	<0.001
	一般	51	17.96	32.00±14.86		
	了解/非常了解	48	16.90	39.96±12.81		
支持程度	非常不支持/不支持	18	6.34	27.83±12.74	14.71	<0.001
	一般	163	57.39	28.92±14.92		
	支持/非常支持	103	36.27	38.07±12.15		

雨青等^[13]指出老年人在使用数字信息技术方面存在焦虑、紧张情绪甚至排斥心理,也有研究指出老年人的自我感知老化会直接影响技术焦虑^[14]。未来的数字健康干预应注重提升老年人对技术的信心和积极性。软件设计公司可以通过制定针对老

年人的数字健康技术设计标准简化设备操作,提供更直观的界面设计,要求健康应用界面需满足易操作、大字体等特点,帮助老年人克服使用障碍。

群体层面要发挥家庭和同伴的支持作用。本研究发现同伴推荐是老年人数字健康素养的积极

表3 自变量赋值情况

变量	赋值
年龄	原值代入
婚姻状况	已婚=1; 未婚/离异/丧偶=2
学历	小学及以下=1; 初中=2; 高中/中专=3; 大专及以上=4
个人月收入	无收入=1; <1 000元=2; 1 000~2 999元=3; 3 000~4 999元=4; ≥5 000元=5
退休前职业	国家机关、党群组织、企事业单位($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=0, Z_5=0$); 工人($Z_1=1, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=0, Z_5=0$); 农林牧渔业生产及辅助人员($Z_1=0, Z_2=1, Z_3=0, Z_4=0, Z_5=0$); 个体户($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=1, Z_4=0, Z_5=0$); 自由职业($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=1, Z_5=0$); 服务业($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=0, Z_5=1$)
子女个数	原值代入
居住模式	独居($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=0$); 与配偶同住($Z_1=1, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=0$); 与子女同住($Z_1=0, Z_2=1, Z_3=0, Z_4=0$); 与配偶及子女同住($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=1, Z_4=0$); 与亲戚同住($Z_1=0, Z_2=0, Z_3=0, Z_4=1$)
是否拥有智能设备	有=1; 无=0
每日上网时长	≤1小时=1; >1~2小时=2; >2~3小时=3; >3~4小时=4; >4小时=5
感知易用性	非常困难/比较困难=1; 一般=2; 比较容易/非常容易=3
感知有用性/使用态度/使用意图	非常不同意/不同意=1; 一般=2; 同意/非常同意=3
群体/组织/社区层面问题	从不=1; 偶尔/有时=2; 经常/总是=3
政策了解程度	完全不了解/不了解=1; 一般=2; 了解/非常了解=3
政策支持程度	非常不支持/不支持=1; 一般=2; 支持/非常支持=3

表4 多元线性回归分析

类别	非标准化系数		标准系数 β	t值	P值
	B	SE			
常量	-4.272	1.725	—	-2.476	0.014
学历	2.477	0.606	0.144	4.090	<0.001
是否拥有智能设备	4.805	1.481	0.138	3.245	0.001
每日上网时长	1.519	0.428	0.146	3.548	<0.001
感知易用性	1.294	0.655	0.069	1.976	0.049
感知有用性	3.420	0.798	0.201	4.284	<0.001
使用态度	4.338	0.899	0.269	4.825	<0.001
使用意图	2.233	0.653	0.139	3.419	0.001
同伴推荐	1.852	0.752	0.083	2.463	0.014

$R=0.852, R^2=0.726, F=90.876, P<0.001$ 。

因素,即调查者身边若有朋友或同伴向其推荐使用手机等设备获取健康知识,或使用智能设备进行自我健康监测、管理,能促进老年人数字健康素养的提升。有研究指出包括家庭成员、亲友邻里在内的社会支持是老年人获取在线健康信息的重要因素^[15],因此本研究认为可以通过鼓励老年人之间的互动和经验分享,让数字技能较高的老年人带动其他老人学习数字健康工具的使用,促进其他老年人数字健康素养的提升。此外,家人的主动帮助和支持同样重要,应鼓励年轻家庭成员成为“家庭健康助手”,将亲情陪伴放在家庭养老首要位置的同时,倡导家人帮助老年人学习使用健康类数字工具,发挥家庭数字教育和支持的作用^[16]。

组织、社区层面,研究指出当下我国数字化养老应发挥社区的帮扶作用,通过各种渠道为老年人开展数字技术、数字产品、数字服务等知识普及活动^[17]。但本研究在调查中发现老年人退休前或调查时的工作单位很少会对其进行健康教育与宣传,

社区开展线上或线下的支持活动也非常有限。本研究认为社区可以基于实际,因地制宜地尝试安排社区志愿者或专职人员为老年人提供数字健康咨询和指导,优化数字健康教育资源配置。

政策层面可以从政策体系、法律法规、行业规范上进一步完善顶层设计^[18],近年来,我国不断出台各种数字适老化政策,2021年多部委联合发布《智慧健康养老产业发展行动计划(2021—2025年)》,提出丰富智慧健康服务,提升健康管理能力;2024年国务院办公厅印发《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》,提出开展数字适老化能力提升工程;同年中央网信办等四部门印发《2024年提升全民数字素养与技能工作要点》,提出加快弥合数字鸿沟。本研究发现老年人对政策了解程度不高,可能是由于相应政策出台不久仍在落地实施阶段,以及老年人本身不关注此方面。未来可在基层或社交媒体上向老年人宣传国家支持政策,提升老年人数字信心,并基于政策引领倡导多方协同,在不同经济水平和城市类型的地区先行开展试点,评估不同政策组合的效果,助力积极老龄化的实现。

(三)研究不足与展望

本研究采用横断面调查,限制了因果推断的能力,未来研究可通过纵向研究进一步验证数字健康素养的影响机制,以及干预措施对老年人数字健康素养的提升效果。研究对象仅限于合肥市部分城市社区,且调查对象主要为尚有活动能力的老年人,难以对丧失活动能力、视听及认知功能障碍的老年人进行调查,样本代表性相对有限,未来研究可扩大样本范围,探讨不同地区(包括农村)老年人

数字健康素养的差异及提升策略。

参考文献

- [1] 陈卫. 国际视野下的中国人口老龄化[J]. 北京大学学报(哲学社会科学版), 2016, 53(6): 82-92
- [2] OH S S, KIM K A, KIM M, et al. Measurement of digital literacy among older adults: systematic review[J]. J Med Internet Res, 2021, 23(2): e26145
- [3] NORMAN C D, SKINNER H A. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world[J]. J Med Internet Res, 2006, 8(2): e9
- [4] 王欣欣, 栾伟. 老年人数字健康素养研究进展[J]. 中华全科医学, 2023, 21(10): 1741-1744
- [5] 周寒寒, 郑爱明. 社区老年人电子健康素养现状及影响因素分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(6): 455-458
- [6] 刘思奇, 付晶晶, 孔德辉, 等. 社区老年人数字健康素养评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理研究, 2021, 35(23): 4169-4174
- [7] 李少杰, 徐慧兰, 崔光辉. 老年人电子健康素养及影响因素[J]. 中华疾病控制杂志, 2019, 23(11): 1318-1322
- [8] 仲学锋, 毛涛, 曲晨, 等. 基于社会生态学模式的居民健康素养影响因素定性研究[J]. 中国健康教育, 2022, 38(10): 904-908
- [9] BRONFENBRENNER U. Toward an experimental ecology of human development [J]. Am Psychol, 1977, 32(7): 513-531
- [10] MCCLEROY K R, BIBEAU D, STECKLER A, et al. An ecological perspective on health promotion programs[J]. Health Educ Q, 1988, 15(4): 351-377
- [11] 刘思奇. 积极老龄化背景下社区老年人数字健康素养评估量表的研制与实证研究[D]. 重庆: 中国人民解放军陆军军医大学, 2022
- [12] 鲁耀斌, 徐红梅. 技术接受模型及其相关理论的比较研究[J]. 科技进步与对策, 2005, 22(10): 176-178
- [13] 谢雨青, 张先庚, 曹冰, 等. 城市老年人技术焦虑与电子健康素养的相关性分析[J]. 现代临床医学, 2023, 49(4): 279-281, 298
- [14] 杨青建, 辛小林, 李响, 等. 自我感知老化在农村老年人数字健康素养和技术焦虑间的中介效应[J]. 现代预防医学, 2024, 51(3): 471-475
- [15] 王笑露, 杨巧菊, 王诗雨, 等. 老年人在线医疗健康信息获取能力及影响因素研究进展[J]. 护理学杂志, 2024, 39(11): 20-23
- [16] 唐旭, 郭宇飞, 陈曦, 等. 智慧医疗环境下老年慢性病病人技术焦虑现状及影响因素[J]. 护理研究, 2023, 37(21): 3925-3930
- [17] 纪浩, 麋蒙, 虞颖映, 等. 跨越鸿沟: 浙江省数字化康养联合体模型、挑战及适老化对策研究[J]. 医学信息学杂志, 2024, 45(11): 1-8
- [18] 张兆阳, 赵允伍, 王晓松, 等. 主动健康视角下的“互联网+社区健康管理”[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(2): 138-143

(本文编辑:姜 鑫)

Analysis of the current status and influencing factors of digital health literacy among older adults in urban communities of Hefei City

JIA Liangchun, ZHONG Xuefeng, LI Minglong, HE Chaofan

School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: To investigate the current status and influencing factors of digital health literacy among older adults in urban communities of Hefei and to promote the enhancement of digital health literacy within this age group, a survey was conducted using convenience sampling on 284 urban community residents aged 60 and above in Hefei from July to August 2024. The average score for digital health literacy of the survey respondents was (32.17 ± 14.51) . Significant differences in scores were observed across various demographic factors, including age, marital status, education level, and personal monthly income ($P < 0.05$). Multiple regression analysis revealed that individual-level factors were the most significant influencing factors of digital health literacy among older adults. Based on the social-ecological model, the study analyzed the findings from five aspects: individual, group, organization, community, and social policy. This study aims to provide theoretical guidance for improving digital health literacy among older adults and to support the realization of active aging.

Key words: older adults; digital health literacy; influencing factors; active aging