

# 农村老年人口健康水平及其分化研究

## ——基于2011年CHARLS数据的实证分析

张 丽

(南京中医药大学经贸管理学院,江苏 南京 210023)

**摘要:**目的:了解中国农村老年人口的健康现状及其群体内健康差异情况,为更好发展农村养老服务和健康政策提供建议。方法:基于“中国健康与养老追踪调查”(CHARLS)2011年全国基线调查数据,运用SPSS统计软件进行描述性分析和卡方检验,分析中国农村老年人口的健康水平及其分化现状。结果:超过30.0%的受访者健康自评结果为“不好或更差”,89.6%的受访者日常生活能够自理,78.0%的受访者能够独立进行社会活动。结论:中国农村老年人总体健康水平较差,农村老年人口内部健康分化明显,健康分层与社会分层基本吻合。当前针对农村老年人的社会政策应以整合养老服务政策与健康政策为基本导向。

**关键词:**农村老年人;人口老龄化;健康自评状况;日常生活自理能力

中图分类号:R195

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2015)06-440-004

doi:10.7655/NYDXBSS20150606

进入新世纪以来中国正式步入老龄化国家行列,同时也进入老龄化加速发展阶段。2010年第六次人口普查资料显示,中国60岁以上老年人口达到了1.78亿,而到了2013年这一数字已经超过了2亿,占总人口的14.9%。老年人的健康状况不仅关乎老年人个体的生活质量和生命数量,更关乎到整个国家层面上人口老龄化挑战的应对,因此,老年人的健康状况具有十分重要的社会价值和意义,加强对老年人健康水平的研究是老龄化政策分析的基础性工作。从已有文献来看关于老年人健康水平的研究存在以下问题:一是过于强调对老年人健康水平的城乡差异,而忽视了农村老年人内部的健康分化趋势;二是在健康指标选择上忽视了客观指标与主观指标的差异性,缺乏将这两项指标进行综合比较分析的研究;三是在健康水平分析上缺乏一定的理论视角,大多数研究还停留在简单描述阶段,缺少必要的理论分析。本文通过对全国最新调查数据的分析,从健康分层和健康不平等的视角对农村老年人主客

观健康水平进行了综合比较分析,并在此基础上提出应对性政策建议。

### 一、资料与方法

#### (一)数据来源

本研究所用数据来源于北京大学中国社会科学调查中心(ISS)于2011年开展的“中国健康与养老追踪调查”(CHARLS)全国基线调查。CHARLS全国基线调查于2011年开展,覆盖150个县级单位,450个村级单位,约1万户家庭中的1.7万人,最终调查有效样本17587人,覆盖全国28个省份,样本未覆盖地区为西藏、宁夏、海南、台湾以及香港和澳门。根据本文的研究目的,对该样本进行了年龄和户籍的筛选,最终获得60周岁以上农村老年居民样本共5806个。

#### (二)调查内容

CHARLS的问卷设计参考了国际经验,包括美国健康与退休调查(HRS)、英国老年追踪调查

**基金项目:**江苏省高校哲学社科基金项目“江苏省农村老年人口医疗服务利用研究:基于政策供给与需求的视角”(2014SJB176),国家中管局中医药政策研究项目(ZYYP-2015(6-8)),江苏省社科基金项目“福利多元视角下的社会服务支持体系研究”(14SHB001)

收稿日期:2015-10-09

作者简介:张丽(1981-),女,江苏扬中人,副教授,博士,研究方向为医疗保障与卫生政策。

(ELSA) 以及欧洲健康、老年与退休调查(SHARE)等。CHARLS 问卷内容包括:个人基本信息,家庭结构和经济支持,健康状况,体格测量,医疗服务利用和医疗保险,工作、退休和养老金、收入、消费、资产,以及社区基本情况等。

### (三)研究方法

#### 1. 健康测量指标选择

从现有文献来看,我们很难对健康做出一个毫无争议的定义,但由于老年人群体在健康获得上的脆弱性,因此,在对老年人健康水平进行测量时应尽可能选择与老年人健康特征相接近的指标,比如以老年人口健康的突出特征——“虚弱”来建构虚弱指数,或是通过综合日常自理能力(ADL)量表、工具使用生活活动能力(IADL)量表来测量老年人的健康水平。考虑到客观指标往往只考虑到健康的某一方面,而忽视了健康的其他方面,因此,通过主客观指标同时对健康水平进行测量能够更好地反映老年人的健康水平。最终,本文将健康自评状况和 ADL、IADL 作为评价老年人健康状况的主要指标。

#### 2. 分析方法

采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行描述性统计分析,对农村老年人健康水平分化采用卡方检验分析。 $P \leq 0.05$  为差异有统计学意义。

## 二、结果与分析

### (一)样本概况

根据一般经济地理划分原则将调查省份分为中部、东部和西部三类地区,其中东部样本 1 947 个(33.5%),中部样本为 1 822 个(31.4%),西部样本为 2 037 个(35.1%)。全样本当中,男性 2 815 人(48.5%),女性 2 987 人(51.5%),女性略高客观反映了人口老龄化过程中的女性化倾向。60~69 岁的低龄老人 3 662 人(63.1%),70~79 岁的中龄老人 1 642 人(28.3%),80 岁以上的高龄老人 499 人(8.6%)。有配偶共同居住的老人(含已婚和同居)共 4 228 人(72.8%),没有配偶共同居住的老人共 1 578 人(27.2%)。文盲或半文盲的老人 3 823 人(65.9%),读过私塾或小学毕业的 1 418 人(24.5%),这反映了农村老年人受教育程度较低的基本特征。

农村老年人经济状况较差,人均年收入仅为 1 103.16 元,家庭年均收入为 8 672.34 元。其中无收入组(收入为 0 元)占 64.7%,低收入组(收入为 1~1000 元)占 21.1%,中等收入组(收入为 1 001~10 000 元)占 10.8%,高收入组(收入为 10 000 元以上)占 3.4%。

### (二)农村老年人自评健康及分化现状

农村老年人认为自己身体健康状况“一般”和“不好”的比例较大,分别占 48.6%和 26.2%,可见农村老年人对自己的身体状况的评价并不乐观。

不同性别( $\chi^2=63.982, P < 0.001$ )和不同年龄组( $\chi^2=63.290, P < 0.001$ )的农村老年人健康自评状况具有显著差异(表 1)。男性自评健康状况“极好”、“很好”、“好”和“一般”的比例都要高于女性,而自评健康状况“不好”和“很不好”的比例则是女性高于男性。随着年龄的增高,自评健康“极好”、“很好”、“一般”的比例不断下降,而自评健康“不好”和“很不好”的比例呈上升趋势。虽然都是老年人,但仍然显示出,年龄越大,自评健康状况越消极。

不同受教育程度( $\chi^2=54.325, P < 0.001$ )和不同地区( $\chi^2=120.401, P < 0.001$ )农村老年人的健康自评状况具有显著差异(表 2)。受教育程度越低,其自评健康状况越消极。受教育程度越高,其自评健康“不好”和“很不好”的比例逐渐下降。东部地区农村老年人自评健康“好”、“很好”、“极好”的比例均最高,其次是中部地区,西部地区比例均最低,可见东部地区农村老年人的身体健康状况相比于中西部地区农村老年人来说要更好一些。

随着收入水平的提高,健康自评状况“很好”和“好”的比例也在不断上升,而自评“很不好”的比例则不断下降。卡方检验结果显示,收入与自评健康状况存在显著相关性( $\chi^2=57.884, P < 0.001$ ,表 3)。

### (三)日常生活自理能力及分化现状

日常生活自理力量表分为两个部分:ADLs 相关的问题包括六项:穿衣、洗澡、吃饭、上下床、上厕所、大小便控制,用以测量老年人最基本的自理能力。IADLs 相关的问题包括五项:做家务、备餐、购物、管钱、自己吃药,用以测量老年人独立自主进行社会活动的的能力。通过对以上十一个问题按照自理状况进行赋值,最终将农村老年人 ADL 分为“完全自理”、“轻度依赖”、“中度依赖”和“重度依赖”四个层次,将农村老年人 IADL 分为“独立进行”、“轻度下降”、“能力受限”和“严重下降”四个层次。表 4 显示,生活能够自理的农村老年人占 89.6%,生活自理能力下降或丧失的农村老年人占 10.4%;能独立进行社会活动的农村老年人占 78%,社会活动能力下降或严重受限的农村老年人占 22%。可见,在 IADL 各项目的自理难度上要高于 ADL 项目。从基本数据来看,需要照料或长期护理的老年人所占比例不小。

按照“是否完全自理”和“社会活动能力是否完好”将农村老年人 ADL 和 IADL 转变为二分变量,

表1 自评健康状况的性别与年龄差异

[n(%)]

健康状况	性别		年龄		
	男性	女性	60~69岁	70~79岁	80岁及以上
极好	11(0.4)	0(0.0)	10(0.3)	1(0.1)	0(0.0)
很好	161(5.8)	126(4.2)	201(5.5)	69(4.2)	17(3.5)
好	457(16.3)	382(12.9)	518(14.2)	250(15.3)	70(14.2)
一般	1 391(49.7)	1 415(47.7)	1 856(50.9)	751(46.0)	199(40.4)
不好	667(23.8)	840(28.3)	886(24.3)	467(28.6)	155(31.5)
很不好	112(4.0)	204(6.9)	172(4.7)	94(5.8)	51(10.4)

表2 自评健康状况的受教育程度与地区差异

[n(%)]

健康状况	受教育程度			地区		
	文盲、半文盲	小学、私塾	初中及以上	东部	中部	西部
极好	6(0.2)	4(0.3)	1(0.2)	5(0.3)	3(0.2)	3(0.1)
很好	167(4.4)	74(5.3)	44(7.9)	161(8.3)	79(4.4)	47(2.3)
好	535(14.1)	214(15.2)	89(16.1)	336(17.4)	255(14.0)	248(12.2)
一般	1 791(47.1)	733(52.1)	280(50.5)	910(47.2)	863(47.5)	1 034(51.1)
不好	1 055(27.7)	330(23.5)	123(22.2)	433(22.4)	513(28.2)	563(27.8)
很不好	248(6.5)	51(3.6)	17(3.1)	84(4.4)	103(5.7)	130(6.4)
合计	3 802(100.0)	1 406(100.0)	554(100.0)	1 929(100.0)	1 816(100.0)	2 025(100.0)

表3 不同收入分组的自评健康状况

[n(%)]

	无收入	低收入	中等收入	高收入
极好	5(0.1)	4(0.3)	0(0.0)	2(1.0)
很好	164(4.4)	68(5.6)	35(5.7)	16(8.3)
好	525(14.1)	169(14.0)	97(15.7)	45(23.3)
一般	1 832(49.4)	541(44.8)	320(51.7)	94(48.7)
不好	974(26.2)	347(28.7)	147(23.7)	30(15.5)
很不好	211(5.7)	78(6.5)	20(3.2)	6(3.1)

表4 农村老年人生活自理能力和进行社会活动能力情况

[n(%)]

量表	人数
<b>ADL</b>	
完全自理	5 202(89.6)
轻度依赖	383(6.6)
中度依赖	141(2.4)
重度依赖	80(1.4)
<b>IADL</b>	
能独立进行社会活动	4 465(78.0)
社会活动能力轻度下降	592(10.3)
社会活动能力受限	415(7.3)
社会活动能力严重下降	252(4.4)

IADL项目样本总量有缺失。

再将年龄、性别、婚姻状况、受教育程度、收入水平、所在地区等分类变量与老年人日常自理能力进行交互分析。结果显示,除了ADL与东中西部地区之间没有显著性差异,其他各项如性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、收入水平等变量上的差异都表现在1%或5%水平上显著。其中,无论是在ADL项目还

是在IADL项目上,农村男性老人都好于女性老人,低龄老人都好于高龄老人,有配偶老人都好于无配偶老人,受教育程度更高、收入水平更高老人处于更加优势的位置。

### 三、结论与政策意义

#### (一)农村老年人整体健康水平不高

从健康自评状况指标来看,超过30%的受访老人认为自己的健康水平不好,同期进行的2011年全国老年健康影响因素跟踪调查中城市老年人当中认为自己健康水平不好的在20%以下<sup>[1]</sup>,这再次证明了农村老年人健康水平普遍低于城市老年人的研究结果<sup>[2]</sup>。从生活自理能力指标来看,日常生活不能自理的农村老年人约为3.8%,这一结果要高于第六次人口普查生活不能自理老人约占2.95%的结果;这说明农村健康结果最差的老年人比重也已经超过了全国平均水平。因此,无论从主观指标还是客观指标来看,农村老年人口的健康水平都不容乐观,也亟需要进行健康和养老政策的干预。

(二)农村老年人健康水平分化明显,健康分层与社会分层呈现重叠趋势

通过不同社会人口学特征农村老年人群体之间健康水平的卡方检验结果显示,农村老年人内部健康分化明显。其中,性别、年龄、受教育水平、收入水平、婚姻状况都是影响农村老年人健康水平的显著变量。从数据结果来看,男性健康水平明显好于女性,受教育水平更高、收入水平更高的农村老年人的健康水平更高,这一结果与其他数据调查结果相接近<sup>[3-4]</sup>。收入和受教育程度都是衡量个体社会阶层位置的重要指标,数据结果也表明农村老年人健康分层是与社会分层重叠在一起的。

(三)农村高龄老人的健康水平更差

通常生活自理能力指标更能反映高龄老人的健康水平,农村老年人失能比例在80岁以后迅速上升,这也与国内关于高龄老年人健康状况调查结果相一致<sup>[5-6]</sup>,农村高龄老年人应成为农村养老服务政策优先满足的对象。

(四)农村老年人健康水平存在明显的区域差异

总体来说,东部地区农村老年人的健康水平要显著高于中西部地区,而中部地区老年人健康水平略低于西部地区,但两地之间的差异并不具有显著性。农村老年人健康水平的地区差异,既反映了东部农村收入水平和医疗卫生条件更高,也反映了农村青壮年劳动力向外流动背景下的留守老人健康受损的现实,而中部地区往往是劳动力外流的主要省份。

以上研究结论表明,当前针对农村老年人的社

会政策应以整合养老服务政策与健康政策为基本导向。一是转变农村社区卫生服务的内容和方式,不断提升基层社区卫生机构向老年人提供康复、照护和转诊服务的能力,提高老年人的生活自理能力,尽可能压缩老年人带病带残生存时间。二是依托社区发展医养结合式的基本养老服务,提高农村老年人特别是中西部留守老年人对社区养老服务的利用水平,实现社区养老服务由单一功能向生活照料、医疗服务和精神慰藉等多重功能的转变。

#### 参考文献

- [1] 姜向群,魏 蒙,张文娟. 中国老年人口的健康状况及影响因素研究[J]. 人口学刊,2015,37(2):46-56
- [2] 陈友华,徐 慷. 中国老年人口的健康状况、福利需求与前景[J]. 人口学刊,2011,33(2):34-39
- [3] 谭 涛,张 茜,刘红瑞. 我国农村老年人口的健康不平等及其分解——基于东中西部的实证分析[J]. 南方人口,2015(3):57-68
- [4] 周王艳,吉 珂,陈家应. 我国农村居民健康相关生命质量及其影响因素分析 [J]. 南京医科大学学报:社会科学版,2011,11(3):189-193
- [5] 姜向群,魏 蒙. 中国高龄老年人日常生活自理能力及其变化情况分析 [J]. 人口与发展,2015,21(2):93-100,92
- [6] 沈焕根,万 彬,冷明祥,等. 建立中国老年长期护理保险制度研究[J]. 南京医科大学学报:社会科学版,2015,15(2):85-90

## Study of the rural elder's health status and stratification: Based on the analysis of the data of CHARLS

Zhang Li

(School of Economics and Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China)

**Abstract: Objective:** To understand the rural elder's health status and stratification, and to provide suggestions for further improvement of health policy and aging service policy in the country. **Methods:** Based on the data of China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) in 2011, we performed the descriptive analysis by the SPSS and Chi-squared test, and analyzed the rural elder's health status and stratification. **Results:** Above 30% respondents chose "bad or worse" in the self-assessment of health. 89.6% of the respondents were able to take care of themselves, and 78% of the respondents were able to carry out social activities independently. **Conclusion:** The rural elder's total health status is not well. The health stratification is very obvious and keep pace with the result of social stratification. The social policy of the elder should be integrated with the policy of health and aging service.

**Key words:** rural elder; aging of population; self-assessment of health; activities of daily living