



抑郁对中老年慢性病人群医疗服务利用的影响研究

韦悦, 罗恩立

华东理工大学社会与公共管理学院公共政策系, 上海 200237

摘要:理解中老年慢性病人群抑郁状况及其与医疗服务利用的关系,对优化医疗资源配置有重要现实意义。文章根据中国健康与养老追踪调查(CHARLS)2015数据,运用Logistic回归模型,以自评健康为中介,从门诊、住院双维度考察抑郁对慢性病人群医疗服务利用的影响机制。结果发现,抑郁情绪使得中老年慢性病人群医疗服务利用率显著提高,门诊服务利用率提高8.4%,住院服务利用率提高4.8%。自评健康发挥部分中介作用,影响门诊服务和住院服务利用的中介效应分别占总效应的46.02%和63.92%。抑郁情绪可直接预测,亦可通过自评健康间接预测中老年慢性病人群医疗服务利用。增加针对慢性病人群抑郁情绪的干预,关注中老年人群自我健康状态的认知能力,提高健康认知水平,以期促进医疗服务资源的合理有效配置。

关键词:抑郁;慢性病;中老年人;医疗服务利用;自评健康

中图分类号: C913.6

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2021)06-560-007

doi: 10.7655/NYDXBSS20210608

一、引言

(一)研究背景

我国人口快速老龄化的同时,与其密切相关的生理健康状况也在发生迅速改变,疾病负担向慢性、非传染性疾病转变。慢性病有病程长、预后差的特点,不仅会导致躯体和功能损害,对心理和社会适应能力也有长期负面影响。我国中老年人平均抑郁症状检出率为31.2%^[1]。抑郁导致的负向认知及行为改变可能会对人群医疗服务利用产生影响。庞大的中老年慢性病人群带来的卫生资源压力,使得对这一群体医疗服务利用的相关研究具有重要政策价值。党的十九大报告也明确指出,人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志,要完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期健康服务。全面了解这一人群抑郁情绪对医疗服务利用的影响及其机制显得尤为必要。

(二)文献综述

1. 抑郁的影响因素

中老年人抑郁状况随着年龄增加呈现先加重

后减轻的趋势。50~60岁人群因退休带来的生活方式转变和社会角色退出易产生抑郁情绪,有配偶或同居伴侣的老年人抑郁症状检出率更低^[2]。受教育程度低、经济条件差、体质差更易导致抑郁情绪^[3]。外部因素方面,与子女接触频率越高的老年人产生抑郁的风险越小,家庭支持和老年人抑郁情绪之间存在收入来源的中介作用。参加社会活动,拥有老年人专用设施的社区,老年人心理健康更佳^[4]。

2. 中老年人医疗服务利用的影响因素

学者们多从个体特征、家庭环境、经济状况、健康因素等探讨影响医疗服务利用的因素。随着年龄增长,抵御疾病能力逐渐变差,健康存量日渐降低导致就医概率增加,增加就诊次数和住院天数^[5]。家庭经济条件和医疗服务利用正相关,参加医疗保险能够提高医疗服务利用率。患有多种慢性病、心理健康不佳、自评健康差的中老年人群使用门诊服务次数相对较多^[6]。

3. 自评健康及影响因素

现有研究多从人口学特征和社会经济特征角度探寻影响个体自评健康的因素。Larue等^[7]发现自评

基金项目:国家社会科学基金一般项目“家庭化迁移与新生代流动女性就业能力研究”(18BRK041)

收稿日期: 2021-07-05

作者简介: 韦悦(1996—),女,安徽芜湖人,硕士,研究方向为中老年健康与医疗保障;罗恩立(1973—),男,辽宁铁岭人,博士,副教授,硕士生导师,研究方向为中老年健康与人口流迁,通信作者,elluo@ecust.edu.cn。

健康与专业医师所评估的健康之间存在相关性。性别、年龄对自评健康均存在显著影响。社会经济地位越高、社会资本越丰富,自评健康越好。是否患有慢性病、慢性病数量和病种与自评健康有密切联系^[8]。长期沉浸于负面情绪与自评健康变差有一致性^[9]。

4. 抑郁与慢性病人群医疗服务利用

以抑郁指数为显示指标的心理健康状况是健康资本的重要部分,与中老年人群的门诊服务利用呈显著正相关。有研究表明,农村地区贫困老年人就医行为的选择取决于老年人包括心理健康在内的整体健康状况^[10]。抑郁和焦虑对老年人医疗服务费用也存在显著影响^[11]。针对慢性病患者,抑郁使得这一人群日常活动能力丧失的可能性增加一倍^[12]。在就医费用方面,Pan等^[13]发现抑郁的慢性病人群医疗费用支出比无抑郁者多31.7%,急诊需求增加一半。抑郁人群比无抑郁人群在非精神健康护理方面医疗费用支出更多。

5. 述评

医疗服务利用的理论模型已相对成熟,研究成果丰硕。然而国内关于抑郁影响医疗服务利用的研究则相对较少,结论也存在争议。抑郁情绪影响医疗服务利用的研究多针对中老年人或农村老年人,较少关注慢性病人群。抑郁是否对中老年慢性病人群医疗服务利用存在显著影响?抑郁对中老年慢性病人群门诊和住院服务利用所产生的影响是否存在差异性?患有慢性病的中老年人抑郁情绪是否会影响自身对健康的主观评定,进而影响医疗服务利用?本文尝试以自评健康为中介,通过大样本数据实证分析来探索抑郁影响慢性病人群医疗服务利用的原因。

(三)概念界定

中老年慢性病人群是指患有至少一种慢性病且年龄分布在45岁及以上人群。抑郁的界定存在抑郁症和抑郁情绪的区别,本研究抑郁指特定人群的抑郁情绪,不同于医学诊断的抑郁症,选用抑郁自评量表(CES-D)测量中老年慢性病人群的抑郁情绪。医疗服务利用是指个体基于自身健康状况和医疗服务需求做出个人行为决策,并将这种决策付诸实践行动。自评健康是个体基于自我感知健康所做出的主观评价,能同时反映个体生理健康和心理健康的综合特征。

二、研究假设与研究设计

(一)研究假设

抑郁对慢性病人群就医行为的影响可能存在两种机制。其一,慢性病人群由于抑郁情绪从心理上放大疾病的严重程度,身体感到轻微不适,立刻前往就医以获取心理上的慰藉^[14]。其二,抑郁情绪的

干扰使得慢性病人群参加社会活动、身体活动意愿下降,难以维持健康生活习惯,原本不佳的健康状况愈差^[15],进而寻求就医。由此可推,抑郁对其医疗服务利用有影响。故本研究提出以下假设。

假设1:抑郁对中老年慢性病人群的医疗服务利用存在影响,抑郁会促使这一群体的医疗服务利用率增加。其中,假设1a:抑郁对中老年慢性病人群的门诊服务利用存在影响,抑郁会促使这一群体的门诊服务利用率增加;假设1b:抑郁对中老年慢性病人群的住院服务利用存在影响,抑郁会促使这一群体的住院服务利用率增加。

多数情况下抑郁人群可能会呈现较高的医疗服务利用,这种医疗服务利用不是用于特定的精神健康保健,而是对一般身体疾病的医疗保健服务^[16]。自评健康与抑郁高度相关^[17]。抑郁情绪伴随的精神压力等反应会危害个体的生理健康,受抑郁情绪侵扰的慢性病人群健康也可能变差,导致更多用于一般身体疾病的医疗服务利用。基于此,本研究提出第二个假设。

假设2:自评健康在抑郁对中老年慢性病人群医疗服务利用的影响中发挥中介作用。其中,假设2a:自评健康在抑郁对中老年慢性病人群门诊服务利用的影响中发挥中介作用;假设2b:自评健康在抑郁对中老年慢性病人群住院服务利用的影响中发挥中介作用。

(二)研究设计

1. 数据来源

数据源自中国健康与养老追踪调查(CHARLS)2015。筛选出患有一种或一种以上慢性病的人群,删除缺失值过多的数据后,选取9 661份有效样本。

2. 变量选取

①被解释变量:中老年慢性病人群的医疗服务利用,即是否有过门诊、是否有过住院经历。两个问题:“过去一个月是否看过门诊”与“过去一年内是否住过院”。回答“是”赋值为1;回答“否”赋值为0。

②解释变量:采用CES-D评估受访者的抑郁状况。描述消极情绪的8题选择发生频率“小于1天”“1~2天”“3~4天”“5~7天”的分别计为0、1、2和3分;描述积极情绪的2题选择发生频率“小于1天”“1~2天”“3~4天”“5~7天”分别计为3、2、1和0分。个体抑郁评分为10题得分总和,共计30分。得分在10分及以上认定为有抑郁,赋值1;得分低于10分认定无抑郁,赋值0。

③中介变量:中老年慢性病人群的自评健康。问题:“您觉得您的健康状况怎么样”,回答选项“很好”“好”“一般”“差”“极差”。受访者回答“很好”“好”“一般”,认为自评健康较好,赋值为0;回答“差”“极差”认为自评健康不好,赋值为1。

④控制变量:基于安德森模型(芝加哥大学教授安德森于1968年创立了医疗服务利用行为模型,将影响个体医疗服务利用的因素归纳总结为倾向因素、使能因素、需求因素三个方面),倾向因素包括年龄、性别、婚姻、受教育程度、户口、地区;使能因素包括是否有医疗保险、人均家庭收入、社会参与;需求因素包括日常生活活动(activities of daily living, ADL)状况、慢性病数量。

3. 模型设定

因变量“医疗服务利用”为门诊和住院服务利用两个维度,均为二分类变量,使用Logistic模型分析。门诊服务利用为被解释变量时, $Y=1$,有门诊; $Y=0$,无门诊。

三、中老年慢性病人群抑郁、自评健康与服务利用基本情况

(一)中老年慢性病人群的基本特征

从倾向因素方面看,女性和男性中老年慢性病人群分别占总样本的52.24%和47.76%。受过小学及以下教育者比例较高,为66.12%。城市和农村地区的中老年慢性病人群分别占20.99%和79.01%。西部、中部、东部地区的人群分别占34.61%、33.49%、31.90%。从使能因素方面看,无医保中老年慢性病人群和有医保人群分别占7.41%和92.59%。参加和不参加社会活动的人群分别占54.87%和45.13%。从需求因素方面看,失能中老年慢性病人群和不失能人群分别占22.28%和77.72%。仅有一种慢性病的中老年人和多种慢性病人群分别占40.39%和59.61%。

(二)中老年慢性病人群的医疗服务利用、抑郁、自评健康情况

中老年慢性病人群医疗服务利用的基本情况显示,在所调查的中老年慢性病人群中,过去一个月内发生门诊和无门诊服务利用的人群分别占22.76%和77.24%。过去一年内有和无住院经历的人群分别占15.76%和84.24%。

表1为依据是否抑郁来分组的中老年慢性病人群医疗服务利用、自评健康以及其他控制变量的描述性统计。抑郁和无抑郁中老年慢性病人群分别占37.36%和62.64%,即为抑郁的人群总体较多,这可能与年龄和慢性病双重影响有关。自评健康好和差分别占43.68%和56.32%。

表1 样本抑郁、自评健康的描述性统计

类别	变量名称	变量描述	频数(n)	百分比(%)
自变量	抑郁	无抑郁	6 052	62.64
		抑郁	3 609	37.36
中介变量	自评健康	自评健康好	4 220	43.68
		自评健康差	5 441	56.32

表2的检验结果可以看出,是否抑郁在不同的年龄、性别、婚姻状况、受教育程度、户口、地区、医疗保险、人均家庭收入、社会参与、ADL、慢性病数量等方面差异显著。抑郁者门诊服务利用高于无抑郁者,差异有统计学意义($P < 0.01$)。抑郁者住院服务利用高于无抑郁者,差异有统计学意义($P < 0.01$)。以是否抑郁区分的样本自评健康状况也存在显著差异,抑郁人群的自评健康均值远高于无抑郁人群,差异有统计学意义($P < 0.01$),表明抑郁的中老年慢性病人群往往伴随着更差的自评健康。

四、抑郁影响中老年慢性病人群医疗服务利用的实证分析

(一)抑郁对中老年慢性病人群医疗服务利用的影响

1. 抑郁对中老年慢性病人群门诊服务利用的影响

如表3所示,模型一纳入倾向因素。门诊服务利用率男性中老年慢性病人群比女性低4.4%、东部地区比西部地区低2.2%。模型二加入使能因素。收入状况对门诊服务利用有显著正向影响。门诊服务利用率有医保者比无医保者高8.4%,参加社会活动者比不参加者高2.6%。模型三需求因素影响中,门诊服务利用率ADL失能者比不失能者高6.3%,患有多种慢性病的人群比患有一种慢性病者高7.6%。模型四纳入核心自变量抑郁,显示抑郁者比无抑郁者门诊服务利用率高8.4%。

2. 抑郁对中老年慢性病人群住院服务利用的影响

表4中,模型一放入倾向因素。住院服务利用率老年慢性病人群比中年高6.0%,无配偶的比有配偶的高2.0%,农村人群比城市人群低2.4%,东部地区比西部低2.6%。模型二加入使能因素。有医保者比无医保者住院服务利用率高5.3%。人均家庭收入每增加一个单位,住院服务利用率降低0.2%。模型三纳入需求因素。住院服务利用率ADL失能者比不失能者高9.2%,有多种慢性病患者比患一种者高6.6%。模型四加入核心自变量抑郁,显示抑郁者比无抑郁者住院服务利用率高4.8%。

(二)自评健康的中介效应检验

回归系数标准化基础上,通过Sobel等公式判断中介效应的显著性进而计算中介效应占总效应的比例。

1. 自评健康对于门诊服务利用的中介效应

表5中,系数0.491表示抑郁影响门诊服务利用的总效应;系数0.705表示抑郁对自评健康的效应;系数0.503表示控制抑郁后自评健康对门

表2 分样本描述性统计(是否抑郁)

(均值)

变量	变量描述	无抑郁(n=6 052)	抑郁(n=3 609)	t值
因变量				
门诊服务利用	0=无;1=有	0.189	0.293	139.57**
住院服务利用	0=无;1=有	0.129	0.206	102.08**
中介变量				
自评健康	0=好;1=差	0.479	0.705	468.47**
控制变量				
年龄	0=中年;1=老年	0.558	0.592	10.61**
性别	0=女性;1=男性	0.539	0.374	246.16**
婚姻	0=有配偶;1=无配偶	0.105	0.164	71.52**
受教育程度	0=低;1=高	0.398	0.239	255.44**
户口	0=城市;1=农村	0.749	0.860	167.47**
地区	1=西部;2=中部;3=东部	2.049	1.845	146.91**
医疗保险	0=无;1=有	0.934	0.913	14.56**
人均家庭收入(万元)	最小为0,最大为13.8	4.913	4.641	3.36**
社会参与	0=不参加;1=参加	0.580	0.496	63.98**
ADL	0=不失能;1=失能	0.131	0.376	781.54**
慢性病数量	0=一种慢性病;1=多种慢性病	0.556	0.664	109.06**

本部分旨在基于“是否抑郁”的各变量异质性及其差异显著性分析,使用均值更为直观和清晰。**: $P < 0.01$ 。

表3 各变量对中老年慢性病人群门诊服务利用的Logistic回归

变量	模型一		模型二		模型三		模型四	
	系数	边际效应	系数	边际效应	系数	边际效应	系数	边际效应
抑郁							0.491***	0.084***
老年	0.079	0.014	0.101	0.018	0.028	0.005	0.042	0.007
男性	-0.254***	-0.044***	-0.273***	-0.048***	-0.242***	-0.042***	-0.190***	-0.032***
无配偶	0.023	0.004	0.032	0.006	0.011	0.002	-0.020	-0.003
受教育程度高	0.027	0.005	-0.005	-0.001	0.032	0.005	0.068	0.012
农村	-0.032	-0.006	-0.032	-0.006	-0.024	-0.004	-0.078	-0.013
中部地区	-0.065	-0.011	-0.081	-0.014	-0.112*	-0.019*	-0.128*	-0.022*
(以西部地区为对照)								
东部地区	-0.124***	-0.022***	-0.126***	-0.022***	-0.100***	-0.017***	-0.073*	-0.012*
有医保			0.480***	0.084***	0.482***	0.083***	0.502***	0.086***
人均家庭收入			0.011	0.002	0.014*	0.002*	0.014*	0.002*
参加社会活动			0.148***	0.026***	0.160**	0.028***	0.185***	0.032***
失能					0.364***	0.063***	0.230***	0.039***
多种慢性病					0.443***	0.076***	0.413***	0.070***
常量	-0.874***		-1.444***		-1.862***		-2.092***	
近似R ²	0.005		0.008		0.020		0.028	

*, $P < 0.05$; **, $P < 0.01$; ***, $P < 0.001$ 。

诊服务利用的效应;系数0.416表示控制自评健康后抑郁对门诊服务利用的直接效应。根据模型一可得,抑郁的系数为正,说明抑郁使门诊服务利用率提高。依据标准化公式、Sobel公式等计算后系数分别为0.722、0.425和0.360;抑郁—自评健康—门诊服务利用路径中, $Z_1=7.866$, $P < 0.05$,中介效应显著;自评健康的中介效应占总效应的46.02%。

2. 自评健康对于住院服务利用的中介效应

表6中,系数0.378表示抑郁影响住院服务利用

的总效应;系数0.705表示抑郁对自评健康的效应;系数0.696表示控制抑郁后自评健康对住院服务利用的效应;系数0.277表示控制自评健康后抑郁对住院服务利用的直接效应。模型四可见,抑郁的系数为正,抑郁使住院服务利用概率提高。依据标准化公式、Sobel公式等计算后,系数分别为0.722、0.511和0.208;抑郁—自评健康—住院服务利用路径中, $Z_2=8.652$, $P < 0.05$,中介效应显著;自评健康的中介效应占总效应的63.92%。

表4 各变量对中老年慢性病人住院服务利用的Logistic回归

变量	模型一		模型二		模型三		模型四	
	系数	边际效应	系数	边际效应	系数	边际效应	系数	边际效应
抑郁							0.378***	0.048***
老年	0.460***	0.060***	0.435***	0.057***	0.324***	0.041***	0.336***	0.043***
男性	-0.023	-0.003	-0.015	-0.002	0.048	0.006	0.090	0.011
无配偶	0.155	0.020	0.189*	0.025*	0.159	0.020	0.138	0.018
受教育程度高	-0.032	-0.004	-0.031	-0.004	0.034	0.004	0.060	0.008
农村	-0.186**	-0.024**	-0.196**	-0.026**	-0.204**	-0.026**	-0.247***	-0.031***
中部地区	0.030	0.004	0.024	0.003	-0.027	-0.003	-0.039	-0.005
(以西部地区为对照)								
东部地区	-0.199***	-0.026***	-0.201***	-0.026***	-0.164***	-0.021***	-0.143***	-0.018***
有医保			0.407***	0.053***	0.434***	0.055***	0.447***	0.057***
人均家庭收入			-0.017*	-0.002*	-0.013	-0.002	-0.014	-0.002
参加社会活动			-0.041	-0.005	-0.014	-0.002	0.006	0.001
失能					0.717***	0.092***	0.615***	0.078***
多种慢性病					0.517***	0.066***	0.494***	0.063***
常量	-1.438***		-1.699***		-2.312***		-2.487***	
近似R ²	0.014		0.016		0.042		0.046	

*:P<0.05;**P<0.01;***:P<0.001。

表5 抑郁—自评健康—门诊服务利用中介效应检验的Logistic回归 (系数)

变量	模型一	模型二	模型三
抑郁	0.491***	0.705***	0.416***
自评健康差			0.503***
控制变量	已控制	已控制	已控制
常量	-2.092***	-0.216	-2.337***
近似R ²	0.028	0.065	0.037

***:P<0.001。

表6 抑郁—自评健康—住院服务利用中介效应检验的Logistic回归 (系数)

变量	模型四	模型五	模型六
抑郁	0.378***	0.705***	0.277***
自评健康差			0.696***
控制变量	已控制	已控制	已控制
常量	-2.487	-0.216	-2.837***
近似R ²	0.046	0.065	0.061

***:P<0.001。

五、结论与建议

(一)结论

运用CHARLS 2015经验数据,基于9 661个样本分析抑郁情绪对中老年慢性病人医疗服务利用的影响。核心结论如下:第一,中老年慢性病人群的抑郁检出率整体偏高。女性、老年、未婚、受教育水平低、农村、欠发达地区的中老年慢性病人群抑郁概率更高。第二,倾向、使能、需求相关因素对中老年慢性病患者医疗服务利用的影响得到证实。老年、女性、无配偶、城市、东部地区、有医保、参加社会活动以及ADL失能和多种慢性病缠身的中老年慢性病人群医疗服务利用概率相对较高。结论也验证了安德森模型的科学性与实践价值。第三,抑郁对医疗服务利用存在显著正影响,自评

健康发挥部分中介作用。抑郁人群比无抑郁者利用门诊服务和利用住院服务概率分别高8.4%(P<0.01)和4.8%(P<0.01)。自评健康影响门诊服务利用和住院服务利用的中介效应占总效应的比例分别为46.02%和63.92%。

可见,抑郁的中老年慢性病人群往往自评健康差的概率更高,从而使得利用门诊、住院服务的概率提高。抑郁人群可能从心理上认为自己病得更重,即主观认为自己健康状况差或极差(疑病效应),从而夸大身体健康问题,当身体感知到轻微不适、虚弱、疼痛时立刻寻求就医,在获得就诊的同时也获取了心理上的慰藉。同时,身体疾病与抑郁心理可能存在相互影响,陷于慢性病的人群由于心情沉闷烦躁乃至抑郁,疲于沟通交流,疏于活动锻炼,原本不佳的健康状况愈来愈差,不得不寻求就医^[18]。

(二)对策建议

出发点并非遏制这类人群常规的卫生服务需求,而是通过相应措施预防或缓解中老年慢性病人群的抑郁情绪并提高自身健康认知,以减少可以避免的医疗资源浪费。一方面,增强针对慢性病人群抑郁情绪的干预。抑郁情绪可能会使得患有慢性病的人群主观放大自身病情的严重程度,这种疑病心理造成的医疗服务利用率升高意味着医疗资源的浪费。具体来说,家庭层面,倡导亲属陪伴和关怀,督促中老年慢性病人群健身锻炼。社区层面,加强专业服务和平台支撑,安排社区或养老机构定期开展文娱类、交流类活动,建立并定期更新社区或机构内慢性病人群的健康档案。政府层面,增强政策实质支持,包括重视心理健康、孝道伦理的宣传教育。另一方面,要关注中老年

人群自我健康状态的认知能力(即自评健康),提高健康认知水平。对于自身健康状态的夸大抑或忽视都影响其就医行为。随年龄增长,慢性病开始多发,容易引发中老年群体对自我健康状况的夸大认知,使其成为各大医院就诊主力军,存在对自身健康评价偏差而形成过度医疗倾向。促进中老年人客观评价自身健康状况和健康知识普及与教育,是政府相关部门需要关注的工作。

(三)局限性

研究使用CHARLS 2015问卷调查的截面数据,相应地,抑郁对中老年慢性病人群医疗服务利用的影响可能受到其他未被观测到的变量因素干扰,这一内生性问题导致对于变量之间因果关系的解释需进一步探讨。

参考文献

- [1] 李甲森,马文军. 中国中老年人抑郁症状现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2017,33(2):177-181
- [2] CHOIK S,STEWART R,DEWEY M. Participation in productive activities and depression among older Europeans: survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE)[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2013, 28(11): 1157-1165
- [3] 徐晓茹,柴静,胡志,等. 国内外老年人群多维健康评估研究进展[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018,18(4):287-291
- [4] 张文宏,张君安. 社会资本对老年心理健康的影响[J]. 河北学刊,2020,40(1):183-189
- [5] BLACKWELL D L,MARTINEZ M E,GENTLEMAN J F, et al. Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: findings from a binational health survey[J]. Med Care, 2009, 47(11): 1136-1146
- [6] IDLER E L,BENYAMINI Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies[J]. J Health Soc Behav, 1997, 38(1):21-37
- [7] LARUE A,BANK L,JARVIK U, et al. Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? [J]. J Gerontol, 1979, 34(5):687-691
- [8] 张文宏,于宜民. 居民自评健康的社会影响因素研究[J]. 东岳论丛,2019,40(9):31-41
- [9] TURIANO N A,PITZER L,ARMOUR C, et al. Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of Americans (MIDUS) [J]. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2012, 67(1):4-12
- [10] 胡静,刘亚飞,黄建忠. 中国农村贫困老年人的潜在医疗需求研究——基于倾向评分匹配的反事实估计[J]. 经济评论,2017(2):127-137
- [11] VASILADIS H M, DIONNE P A, PRÉVILLE M, et al. The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2013, 21(6):536-548
- [12] BHATTACHARYA R, SHEN C, SAMBAMOORTH I U. Depression and ambulatory care sensitive hospitalizations among medicare beneficiaries with chronic physical conditions [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2014, 36(5): 460-465
- [13] PAN X, SAMBAMOORTH I U. Health care expenditures associated with depression in adults with cancer [J]. J Community Support Oncol, 2015, 13(7):240-247
- [14] PU C, BAI Y M, CHOU Y J. The impact of self-rated health on medical care utilization for older people with depressive symptoms [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2013, 28(5):479-486
- [15] 高晶晶,朱逸杉,王霞. 抑郁倾向对中国中老年群体劳动参与的影响——基于CHARLS面板数据的实证分析[J]. 劳动经济研究,2018,6(1):63-80
- [16] DRUSS B G, ROHRBAUGH R M, ROSENHECK R A. Depressive symptoms and health costs in older medical patients [J]. Am J Psychiatry, 1999, 156(3):477-479
- [17] MILLÁN-CALENTI J C, SÁNCHEZ A, LORENZO T, et al. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences [J]. Geriatr Gerontol Int, 2012, 12(2):198-206
- [18] KATON W J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness [J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(3): 216-226

(本文编辑:姜鑫)

A study on the influence of depression on medical service utilization in middle-aged and elderly people with chronic diseases

WEI Yue, LUO Enli

Department of Public Policy, School of Social and Public Administration, East China University of Science and Technology, Shanghai 200237, China

Abstract: Understanding the depression status of middle-aged and elderly patients with chronic diseases and its relationship with the utilization of medical services is of great practical significance to optimize the allocation of medical resources. Based on CHARLS 2015, using Logistic regression, we explored the influence of depression on the utilization of medical services of chronically ill people from two dimensions of outpatient and inpatient services, and tried to explain the influence mechanism by taking self-reported health as the mediating variable. The conclusions include: ① Depression significantly increased the probability of medical service utilization in middle-aged and elderly people with chronic diseases. The probability of outpatient and inpatient service utilization increased by 8.4 percentage points and 4.8 percentage points, respectively. ② Self-rated health played a partial mediating role, and the mediating effect affecting outpatient and inpatient service utilization accounted for 46.02% and 63.92% of the total effect, respectively. Depression can directly predict the medical service utilization in middle-aged and elderly people with chronic diseases or indirectly predict the medical service utilization via self-rated health as the mediating variable. It is suggested to increase the intervention for depression of patients with chronic diseases, pay attention to the cognitive ability of self-rated health status of middle-aged and elderly people, and improve the level of health cognition, so as to promote the rational and effective allocation of medical service resources.

Key words: depression; chronic diseases; middle-aged and elderly people; utilization of medical services; self-rated health