



城乡老年人口健康差异研究

李建新,李春华

(北京大学 社会学系,北京 100871)

【摘要】本文利用 2011 年的中国老龄健康长寿影响因素跟踪调查(CLHLS)数据,采用多维度健康测量对我国城乡老年人健康差异进行分析。研究表明:城乡老年人口在健康方面存在差异,具体表现为农村老人在生理健康上优于城镇老人,而在心理健康上城镇老人优于农村老人,相对综合的自评健康方面不存在统计上的显著性差异。在控制一些重要的影响因素之后,城乡老年人在生理健康上的差异实际上要比观测到的大,而在心理健康上的差异实际上要比观测到的小。另外,人口、社会经济、生活方式和外部支持等因素在各健康维度上的影响作用也不尽相同。

【关键词】城乡;老年人口;健康差异;生理健康;心理健康

【中图分类号】 C913.6 **【文献标识码】** A

【文章编号】 1004-129X(2014)05-0037-11

【收稿日期】 2014-03-05

【基金项目】 国家自然科学基金管理学部重点项目:关于改善老龄健康保障机制和科学管理效益的研究(71233001)

【作者简介】 李建新(1962-),男,新疆伊宁人,北京大学社会学系教授;

李春华(1973-),女,广西北流人,北京大学社会学系人口与统计专业博士研究生。

一、引言

我国人口老龄化进程呈加速态势。2010年第六次人口普查数据显示,60岁及以上人口占总人口的13.26%,比2000年人口普查上升2.93个百分点,其中65岁及以上人口占8.87%,约为1.2亿,比2000年人口普查上升1.91个百分点。^[1]随着我国经济社会快速发展,人民生活水平和医疗卫生保健水平不断提高,低生育水平不断持续,今后三四十年我国老年人口数量将继续增长,老龄化程度将持续加重。因此,在这已经到来的老龄社会中,老年人的健康问题是重要的民生社会问题,因为老年人的健康不仅关系到他们自身的生活质量和整个家庭的和谐发展,还关系到全社会的民生福祉。

中国社会的一个显著的特征是城乡二元结构。城乡二元结构不仅表现在人口地域分布的不同、产业格局的差别,更表现在二元身份的社会地位体系的不平等。^[2]改革开放之后,城乡二元的壁垒逐渐发生了松动,城乡二元结构的差异在许多方面已经有所缩小,但总体上来讲,我国城乡居民在社会经济地位、医疗健康保障等方面仍存在巨大的差别,城乡仍然是两个断裂的社会。^[3]城乡居民在健

康、医疗服务的可及性方面存在着差异,城市人口平均预期寿命、婴儿死亡率以及每千人拥有的医生数和护士数等重要健康医疗指标均优于农村。^[4-5]因此,本研究将从我国社会城乡二元结构的特点出发,利用2011年“中国老年人健康长寿影响因素调查(CLHLS)”数据,从城乡差异的视角对我国老年人的健康状况进行分析。

二、文献回顾和研究设计

健康是一个相对成熟的概念。1946年,世界卫生组织将健康定义为:“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而且是躯体、精神与社会适应融合的完美状态”,^[6]根据这一定义,我们可以看到,一个人的健康不仅包括生理健康、心理健康,还包括了带有主观综合评价的社会适应度测量。

从这样一个健康概念出发,可以看到有关影响老年人健康差异的社会学研究十分丰富,这些研究涵盖了人口因素、社会经济地位、生活方式以及外部支持等方面。在人口学因素方面,年龄、性别、种族和婚姻等因素与老年健康紧密相关。George Linda(1985)和骆为祥(2011)等人的研究指出,随着年龄的增大,老年人的健康状况日趋下降;^[7-8]Nathanson(1975)、王德文(2006)和李建新(2009)等人的研究发现,尽管女性的寿命较男性长且死亡率低,但女性老年人口的健康质量如日常生活能力明显低于男性老年人口;^[9-11]Noreen Goldman(1993)、李建新(1994)和顾大男(2003)等人的研究揭示,婚姻对老年健康具有保护作用,有配偶者的健康状况要好于无配偶者,或者有配偶者的死亡水平低于无配偶者。^[12-14]在社会经济因素方面,Stéphane(2002)和Deborah Lowry(2009)等人的研究表明,社会经济地位(如教育与收入)与老年健康正相关;^[15-16]但James S.(1990)和Zachary Zimmer(2004)等人的研究发现,社会经济地位这些指标对老年人的健康影响不明显。^[17-18]在生活方式方面,Nedra(1972)和Mary(2001)等人的研究表明,良好的生活方式如参加体育锻炼、不吸烟的老年人的生命质量或者健康状况要高于参照组。^[19-22]外部支持因素方面包括来自制度、社区和家庭等方面的支持。Berton H.在1977年就曾指出,一些来自社会支持的力量,例如宗教和人际互动能减少人们的负面情绪和压力,对人们的健康有益;^[23]近年来马丽霞(2001)、李建新(2012)和Katarina Wilhelmson(2013)等人指出,有养老金的老年人健康自评更好,获得社区支持的老年人比那些没有获得社区支持的老年人生活质量高,空巢家庭的老年人较非空巢家庭的老年人健康状况差,和家人聊天多的老年人比与其他人聊天多的老年人心理健康更佳。^[24-26]

对于城乡老年人健康差别的研究,国内外学者在这一议题上并未有统一的结论。来自Gloria M.(1994)、William B.(2004)、Mikael Fogelholm(2006)和周国伟(2008)的研究结果显示,在生理健康上是城市老年人优于农村老年人;在心理健康上是农村老年人优于城市老年人。^[27-30]另一些研究结果则刚好相反,例如方向华(2003)和Zachary Zimmer(2004)等人认为在生理健康上是农村老年人优于城市老年人;在心理健康上是城市老年人优于农村老年人。^{[18][31]}另外,孟琴琴(2010)和李婷(2011)等人的研究却认为城乡老年人在生理健康和心理健康方面不存在显著差异。^[32-33]曾毅等(2010)曾从多个健康维度测量,得到的结论为,城市老年人健康状况要优于农村老年人,农村老年人虽在日常活动能力(ADL)优于城镇老年人,但城镇老年人的认知功能、自评健康和自评生活满意度均优于农村老年人。^[34]

不难发现,前人研究的结果或多或少存在一些相互矛盾之处,这也许与单维度、单变量或者未有较好的代表性数据有关。本研究在前人研究基础上,从城乡二元结构差异的视角出发,多健康维度



地考察和分析城乡老年人健康差异,既考察城乡老年人在生理和心理上的健康差异,又兼顾分析综合的健康评价的不同;多因素综合分析城乡老年人不同健康维度的影响因素,将人口因素、社会经济地位、生活方式及外部支持等变量纳入分析模型;同时,本研究还将使用较新且具有较好代表性的 2011 年的 CLHLS 数据。在这样一个研究思路下,本研究尝试分析城乡老年人在生理健康、心理健康和健康自评上的差异;并且在控制人口社会经济等方面的影响之后,考察分析老年人健康的城乡差异有无变化以及哪些因素是重要的影响因素。

三、数据与方法

1. 数据来源

本研究将使用中国老年人健康长寿影响因素研究 (CLHLS) 2011 年的数据。该研究是由北京大学老龄健康与家庭研究中心主任曾毅教授主持进行的一个追踪调查。该研究的第一次调查(基线调查)于 1998 年进行,随后的跟踪调查分别在 2000 年、2002 年、2005 年、2008~2009 年以及 2011~2012 年进行。CLHLS 调查涵盖了中国 23 个省,分别是:辽宁、吉林、黑龙江、河北、北京、天津、山西、陕西、上海、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东、广西、四川、重庆、海南。本研究对象为 60 岁及以上的老年人。在本文的分析模型中,最终纳入分析模型的变量有十多个。通过剔除一些缺失值、不合适的填答个案,最终纳入统计模型研究的样本量为 7 318 个。

2. 变量测量

本研究从三个方面考察老年人的城乡健康差异。一个是客观的生理健康变量,这里具体使用日常活动能力 (Activities of Daily Living, 下文简称 ADL) 作为代表;一个是心理健康变量,这里使用孤独感来进行测量;还有一个是既有客观成分又有主观评价的比较综合健康变量,即自评健康。老年人日常活动能力包括洗澡、穿衣、如厕、室内活动、大小便和吃饭等六个方面。本文将能够自己独立完成所有这六项活动的老年人划为“没有日常活动障碍”,把有一项及以上不能够独立完成的老年人划为“有日常活动障碍”(为参照组),从而形成二分 ADL 变量。从结果来看,城乡老年人“无障碍”的比例占到 75% 以上。孤独感变量来自问卷中的一个问题:“您是不是经常觉得孤独?”该问题有五个答案:总是、经常、有时、很少和从不,本研究将前三项设为“孤独”(为参照组),后两项设为“不孤独”。从结果来看,城乡老年人“不孤独”的比例占到 68% 以上。自评健康变量的形成来自问卷中的“您觉得现在自己的健康状况怎么样?”对该问题的回答有五类,分别为:很好,好,一般,不好和很不好。本研究将前两项合并为“好”、后三项合并为“差”(为参照组)。从结果来看,城乡老年人自评健康好的比例占到 44% 以上。

本文主要是研究老年人在城乡方面的差异,在城乡变量上,将原来问卷中的“城市”和“镇”合并为“城镇”,保留“农村”作为“乡”,城乡老年人口比例分别为 50.2% 和 49.8%。同时,为了考察影响城乡老年人健康差异的因素,这里引进了人口特征、社会经济、生活方式和外部支持四组变量,其中,人口特征变量包括年龄、性别和婚姻状况。社会经济特征包括教育和相对生活富裕程度指标,即老年人对自己的经济地位和当地人所做的评价。生活方式变量包括主食、抽烟、喝酒、身体锻炼和参加社会活动的情况。外部支持包括家庭支持和社会支持两个方面。家庭支持方面包括是否与家人同住、主要的经济来源、生病时得到谁的照顾以及日常聊天首选人是谁等变量;社会支持这里只采用一个变量,即老年人生重病时能否到附近医院及时治疗。具体的变量分布情况见表 1,在此不作



表1 变量的分布(%)

变量	城镇	农村
因变量		
ADL(有障碍=0)	75.55	79.70
孤独感(孤独=0)	73.88	68.12
自评健康(差=0)	46.93	44.77
自/控制变量		
年龄组(60~69岁=0)		
70~79岁	30.51	26.65
80~89岁	28.29	28.50
90~99岁	25.49	21.74
100岁及以上	9.68	13.57
性别(女=0)	47.59	45.56
婚姻(其他=0)	39.94	38.64
是否受过教育(没有=0)	50.60	38.01
经济地位与当地入相比(差=0)		
相当	65.41	68.56
好	20.04	15.45
主食(除米饭外=0)	60.28	59.35
抽烟(抽烟=0)	81.91	79.46
喝酒(喝酒=0)	83.17	80.30
身体锻炼(不锻炼=0)	46.27	28.66
社会活动(从未参加=0)	20.12	10.87
同住(不与家人同住=0)	84.40	81.50
经济来源(其他=0)		
家人	49.95	67.87
养老金或工资	39.53	20.95
生病时得到谁的照顾(其他人=0)		
后代	65.65	68.61
配偶	27.88	25.78
日常聊天首选人(其他人=0)		
后代	40.02	42.37
配偶	34.13	32.15
生重病时能否到医院及时治疗(不能=0)	95.56	93.22

注: N=7 318。

来看,城乡老年人在ADL和孤独感方面存在显著差异,而在自评健康上不显著。一种比较直观的解释或许是因为城乡老年人在生理和心理健康上的比较优势不是同方向的,所以在相对综合的健康自评上表现出的差别不大。从这里我们也可以看到,考察个体或群体的健康状况,多维度的健康分析是很有必要的。

赘述。

3. 研究方法

结合本研究的目的,本研究的分析主要分为两个部分:一是对老年人健康的城乡差异做一个描述;二是对影响其健康状况的多种社会学因素做出一个分析。由于我们所研究的健康因变量都是二分变量(即“有障碍”与“无障碍”、“孤独”与“不孤独”、“好”与“差”),故本研究采用二分Logistic统计模型来分析老年人健康的城乡差异。通过建立多个嵌套模型,我们关注在ADL、孤独感和自评健康三个指标上城乡有何差异,即城乡的总体差异。为了回答上文提出的问题,利用二分Logistic分析方法,先是考察城乡变量在三个健康维度方面的差异;然后逐步加入社会人口、社会经济、生活方式和外部支持等方面的变量,依次分析城市和农村老年人之间健康差异及其变化;最后对各个嵌套模型中的各类自变量的影响作用进行逐一的比较分析。

四、分析结果

1. 城乡老年人健康状况

从表2可以看出,在三个健康维度上具体表现为农村老年人ADL无障碍的比例(79.70%)高于城镇老年人(75.55%),城镇老年人不孤独的比例(73.88%)高于农村老年人(68.12%),自评健康为好的城镇老年人的比例(46.93%)略大于农村老年人的(44.77%)。从显著水平



表 2 2011 年城乡老年人健康状况 (%)

变量名及其类别	ADL ^{***}		孤独感 ^{***}		自评健康	
	有障碍	无障碍	孤独	不孤独	差	好
城镇	24.45	75.55	26.12	73.88	53.07	46.93
农村	20.30	79.70	31.88	68.12	55.23	44.77

注: N=7 318; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001。

显然,对于老年人健康状况所体现出来的城乡差异是否真实存在,这里粗指标是不能很好地回答的,因为这里我们只进行了简单的单变量分析,还没有对其他影响因素进行考虑,是否忽略了诸如人口、社会经济、生活方式和外部支持等方面的重要因素还需做进一步的多元分析。

2. 城乡老年人口生理健康差异

这里采用了嵌套模型,控制不同的因素来考察老年人健康状况在城乡变量上的差异及其变化情况。以 ADL 为因变量,逐次将控制变量纳入模型,最终结果见表 3。

表 3 2011 年 ADL 的城乡差异 Logistic 回归结果

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
城乡(乡=0)	-0.240 ^{***}	-0.325 ^{***}	-0.343 ^{***}	-0.504 ^{***}	-0.524 ^{***}
年龄组:70~79 岁(60~69 岁=0)		-0.684 ^{**}	-0.664 ^{**}	-0.799 ^{***}	-0.801 ^{***}
80~89 岁		-1.597 ^{***}	-1.573 ^{***}	-1.673 ^{***}	-1.635 ^{***}
90~99 岁		-2.528 ^{***}	-2.506 ^{***}	-2.571 ^{***}	-2.513 ^{***}
100 岁及以上		-3.184 ^{***}	-3.163 ^{***}	-3.162 ^{***}	-3.112 ^{***}
性别(女=0)		0.168 [*]	0.126	0.008	-0.005
婚姻(其他=0)		0.027	0.018	-0.001	-0.094
是否受过教育(没有=0)			0.071	-0.118	-0.132
经济地位与当地人相比:相当(差=0)			0.207 [*]	0.252 ^{**}	0.258 ^{**}
好			0.344 ^{**}	0.266 [*]	0.286 [*]
主食(除米饭外=0)				1.004 ^{***}	0.987 ^{***}
抽烟(抽烟=0)				-0.264 ^{**}	-0.259 ^{**}
喝酒(喝酒=0)				-0.329 ^{**}	-0.314 ^{**}
身体锻炼(不锻炼=0)				0.951 ^{***}	0.933 ^{***}
社会活动(从未参加=0)				0.592 ^{***}	0.581 ^{***}
经济来源:家人(其他=0)					-0.284 [*]
养老金或工资					-0.193
生病时得到谁的照顾:后代(其他人=0)					0.373 ^{**}
配偶					0.434 [*]
日常聊天首选人:后代(其他人=0)					-0.536 ^{***}
配偶					-0.326 [*]
生重病时能否到医院及时治疗(不能=0)					0.173
LRchi ²	18.18	1045.07	1057.39	1561.22	1618.54
Df	1	7	10	15	22
ΔLR		1026.89 ^{***}	12.32 ^{**}	503.83 ^{***}	57.33 ^{***}

注: N=7 318; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001;括号内为参照组。

从表3可以看出,城乡老年人的ADL从模型1到模型5都是显著的。其系数都是负的,这说明在日常活动能力上,城镇老年人不如乡村老年人。在逐步加入不同的控制变量组后,城乡变量系数的绝对值都在不断地增大,这说明实际上城乡老年人在ADL上的差异比观测到的还要大。模型1城乡变量的系数为-0.240,而在加入各种变量后的模型5中达到-0.524,说明在考虑到其他的社会人口、教育及生活水平、生活方式和外部支持等因素后,实际上城乡老年人在ADL上的差异比观测到的还要大,这主要是忽略了新加入的各组变量所致,而这些忽略变量不仅在城乡上有差异,而且还直接影响老年人的日常活动能力。另外,表3中的“ ΔLR ”变化值和显著情况表明,每个模型新加入的变量组对于城乡健康差异的解释都是有意义的,因此可以说,社会人口、社会经济、生活方式和外部支持等因素是在考察城乡老年人生理健康时不可忽略的重要变量。

在最终模型中,可以看到不同控制变量组的最终作用。老年人随着年龄的增长,日常活动能力越来越差(各个年龄组都显著),这是符合自然规律的,当老年人的年龄不断增大,他们的生理机能会越来越趋向退化。性别、婚姻变量并不显著。教育与老年人口日常活动能力差异不存在统计意义上的显著性,生活水平高低会影响老年人的日常生活能力。生活方式变量影响健康,具体表现为主食为米饭的、锻炼身体和参加社会活动的老年人相对于各自参照组,在日常活动能力方面更好。有意思的是,抽烟和喝酒的老年人较不抽烟和不喝酒的老年人在日常活动能力上统计上显示更佳,这一似乎有点匪夷所思。事实上,产生这种结果有可能是因为存在选择性,即那些因抽烟喝酒对身体造成了不良影响的老年人不再抽烟喝酒,或者早已过世,而留下来的继续抽烟喝酒的老年人则都是身体更为健康的老年人。当然,还有另一种可能就是限于本研究模型纳入的变量较多以及资料的可及性,变量信息中并没有将抽烟和喝酒量细分,可能少量的喝酒对身体健康有好处,这一点还有待于进一步验证。在外部支持因素中,经济来源为家人、日常聊天对象为后代和配偶相对于各自的参照组,老年人的日常活动能力较有障碍,这可能是一种反向关联,即越是日常生活有障碍的老人越有可能获得儿女及配偶的支持和帮助。生重病时能到医院及时治疗的老人较那些不能到医院及时治疗的老人在日常活动能力上更好,但是不显著。

3. 城乡老年人口心理健康差异

结合上述文献回顾,考虑到生活方式因素对老年人的心理健康影响不大,故在对心理健康的研究模型中只纳入人口、社会经济和外部支持三组控制变量。另外,考虑到我国传统上的赡养文化,是否与家人同住对于老年人的心理健康是一个重要的因素,因此在外部支持中加入这个变量,模型结果见表4。

从表4可以看出,城乡老年人的孤独感变量从模型1到模型5都是显著的。其系数都是正的,这说明城镇老年人较农村老年人更不感到孤独(不孤独=1)。在逐步加入不同的控制变量组后,除了模型2(系数稍微有所增加)外,城乡变量系数的绝对值在不断地变小,模型1中城乡变量的系数为0.280,但加入各种变量后,到模型4城乡变量的系数变为0.205,从绝对值来看差异是在变小,也就是说实际上的城乡老年人心理健康差异要比观测到的小,主要的原因是忽略了新加入的各组变量所致。此外,表4中“ ΔLR ”变化和显著情况表明,每个模型新加入的变量对于因变量的解释是有意义的。



表4 2011年孤独感的城乡差异Logistic回归结果

变量	模型1	模型2	模型3	模型4
城乡(乡=0)	0.280***	0.285***	0.237**	0.205***
年龄组:70~79岁(60~69岁=0)		-0.046	0.022	0.056
80~89岁		-0.229	-0.176	-0.124
90~99岁		-0.075	-0.037	-0.03
100岁及以上		0.02	0.054	0.027
性别(女=0)		-0.015	-0.115	-0.116
婚姻(其他=0)		1.033***	1.022***	0.768***
是否受过教育(没有=0)			0.153*	0.13
经济地位与当地人相比:相当(差=0)			1.010***	0.937***
好			1.622***	1.518***
同住(不与家人同住=0)				0.420***
经济来源:家人(其他=0)				0.216*
养老金或工资				0.319**
生病时得到谁的照顾:后代(其他人=0)				0.089
配偶				0.300*
日常聊天首选人:后代(其他人=0)				-0.055
配偶				-0.073
生重病时能否到医院及时治疗(不能=0)				0.145
LRchi ²	29.47	379.58	712.71	768.46
Df	1	7	10	18
ΔLR		350.11***	333.13***	55.75***

注:N=7 318; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001;括号内为参照组。

从最终模型4回归的结果来看,各组控制变量与心理健康也都呈现出不同的关系。年龄性别因素不显著,婚姻变量上显著且表现为有配偶的老年人较没有配偶的老年人心理更健康。经济地位比当地人差的老年人孤独感更强。外部支持因素中,同住因素是显著的,表现为与家人同住的老年人比不与家人同住的老年人孤独感弱。经济来源因素是显著的,经济来源是“家人”或“养老金或工资”的老年人更不容易感到孤独。生病时得到配偶照顾的较得到“其他人”照顾的老年人更不感到孤独。生重病时能到医院及时治疗的较那些不能到医院及时治疗的老人更不感到孤独,但不显著。

4. 城乡老年人口健康自评差异

健康自评是老年人对自己总体健康的一种主观评价。在这里,我们沿用类似生理健康分析中的嵌套模型进行分析。同时考虑到老年人的日常功能因素对自评健康的影响,故在模型中增加了ADL变量。模型结果见表5。

从表5的模型1到模型5可以看出,城乡老年人自评健康方面的差异一直都不显著,回归系数的方向却发生了改变,从模型4开始由正的变成了负的。换言之,如果不控制其他变量,城镇老年人的自评健康似乎要好于农村老年人,虽然不显著;但是在控制各变量之后,从模型4开始到模型5,农村老年人的自评健康又似乎要好于城镇老年人,虽然也不显著。如果不考虑显著性,单从系数的变化来看,在逐步加入不同的控制变量组后,除了模型2和模型5以外,城乡变量系数的绝对值在不断地

变小,说明实际上的城乡老年人自评健康差异比观测到的要小,另外从表5的“ ΔLR ”变化和显著情况表明,每个模型新加入的变量组对于老人自评健康的解释都是有贡献的。

在模型5中,在各种社会人口因素中,除了年龄以外,性别和婚姻变量都不显著。在年龄因素上,可以看到90岁的门槛效应,在90岁之前其自评健康比参照组60~69岁的差但不显著,而90岁及以上年龄组的自评健康比60~69岁组的好且显著。在性别因素上,表现为男性的自评健康高于女性变为相反,但不显著。ADL和经济地位变量呈显著影响。生活方式变量中,除了抽烟变量不显著以外,其余四个变量都是显著的,具体表现为主食是米饭的老年人较主食是其他的老年人自评健康要差;喝酒的老年人较不喝酒的老年人自评健康好;锻炼身体和参加社会活动的较不锻炼身体和不参加社会活动的老年人在自评健康上更好。外部支持变量中,经济来源、生病时得到谁的照顾和日常聊天首选人变量都不显著;生重病时能到医院及时治疗的老年人较没能及时治疗的老年人自评健康更好且显著。

表5 2011年自评健康的城乡差异 Logistic 回归结果

变量	模型1	模型2	模型3	模型4	模型5
城乡(乡=0)	0.087	0.091	0.055	-0.004	-0.037
年龄组:70~79岁(60~69岁=0)		-0.297**	-0.244*	-0.225*	-0.195
80~89岁		-0.352***	-0.269**	-0.188	-0.129
90~99岁		-0.102	0.074	0.198	0.262*
100岁及以上		-0.172	0.083	0.21	0.270*
性别(女=0)		0.173***	0.078	-0.071	-0.093
婚姻(其他=0)		0.035	-0.028	-0.03	0.031
ADL(有障碍=0)			0.533***	0.517***	0.523***
是否受过教育(没有=0)			0.138*	0.115	0.088
经济地位与当地人相比:相当(差=0)			0.940***	0.893***	0.787***
好			1.754***	1.658***	1.537***
主食(除米饭外=0)				-0.360***	-0.356***
抽烟(抽烟=0)				-0.069	-0.088
喝酒(喝酒=0)				-0.503***	-0.499***
身体锻炼(不锻炼=0)				0.341***	0.324***
社会活动(从未参加=0)				0.276***	0.247***
经济来源:家人(其他=0)					-0.039
养老金或工资					0.128
生病时得到谁的照顾:后代(其他人=0)					-0.08
配偶					0.06
日常聊天首选人:后代(其他人=0)					0.099
配偶					-0.146
生重病时能否到医院及时治疗(不能=0)					0.622***
LRchi ²	3.44	41.58	538.75	713.01	751.46
Df	1	7	11	16	23
ΔLR		38.14***	497.17***	174.26***	38.45***

注:N=7 318; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001;括号内为参照组。



五、结论和讨论

本文的研究发现,在不同的健康维度分析模型中控制了人口、社会经济、生活方式和外部支持等因素以后,我国城乡老年人在生理和心理健康方面存在着差别,但在自评健康上不存在差别。在生理健康上表现为农村老年人较城镇老年人健康,在心理健康上表现为城镇老年人较农村老年人健康,在控制一些重要的影响因素之后,城乡老年人在生理健康上的差异实际上要比观测到的大,而在心理和自评健康上的差异实际上要比观测到的小。在自评健康上表面上看是城镇老人较农村老人更健康,但是在控制其他因素以后,反而是农村老人较城镇老人更健康,但这些结果并未通过统计显著性检验。

此外,我们的研究还发现,一些人口、社会经济、生活方式和外部支持等变量对于老年人健康差异的解释不容忽视。不仅如此,在不同的健康维度上,不同变量的影响作用和机制也不同。例如年龄变量在生理健康上表现为年龄越大,生理越不健康;在心理健康上各年龄组差异不显著;而在自评健康中部分年龄组显著,且以90岁为门槛,90岁及以上的老年人较60~69岁的老年人自评健康要好。婚姻变量在生理健康和自评健康上影响不显著,但在心理健康上表现为有配偶的老年人较没有配偶的老年人心理更健康。经济地位在三个健康维度上都是显著的,表现为经济地位与健康成正向关系。此外,生病时得到后代和配偶照顾的老年人较其他人照顾的老年人在生理上更健康,而这一因素在心理和自评健康上影响不显著。

本项研究的结果,在生理健康和心理健康方面印证了前面文献中一些学者的研究成果,即在生理健康上农村老人优于城镇老人,而在心理健康上城镇老人优于农村老人,但在自评健康上得到的结果与有些学者认为城镇老年人优于农村老年人的结果相左,这可能主要在于所使用的数据和分析模型不同。相对来说,本文由于使用新的代表性较好的全国数据且分不同健康维度建立了多元分析模型,所以,本文的结论也相对综合全面一些。值得注意的是,虽然在我们研究框架下这些健康指标在城乡方面并不存在很大的差异,但并不意味着我国城乡二元健康结构差异不存在。事实上,由于历史和现实原因,在目前我国城乡二元体制下,农村在经济发展、社会保障、医疗健康等水平上与城市相比都存在着较大的差异。从社会经济、医疗健康保障和社会政策等方面破除城乡二元壁垒,仍是我国今后缩小城乡差距加快城乡一体化发展的重要方面。

本研究在城乡老年人口健康差异方面虽然得出了一些有意义的发现,但也存在着一些研究不足。例如,在测量老年人健康上,虽然分别选择ADL、孤独感和自评健康作为老年人生理、心理和健康综合评价的指标,但这种简化也失去了许多重要信息,例如同样反映老年人生理健康的握力和患病情况、反映老年人心理健康的对事物的信心和态度等指标,因此在这个意义上我们将分析的结果上升为生理、心理健康或多或少是有失偏颇的。此外,改革开放以来尤其是近些年来,我国城乡老人健康差异的变化趋势及特点也很值得研究,城乡老年人口健康差异领域的研究还需进一步深入。

【参考文献】

- [1] 国务院第六次全国人口普查办公室,国家统计局人口和就业统计司. 2010年第六次全国人口普查主要数据[M]. 北京:中国统计出版社,2011:9.
- [2] 陆学艺. 当代中国社会结构[M]. 北京:社会科学文献出版社,2010:255-259.



- [3] 孙立平. 断裂——20世纪90年代以来的中国社会[M]. 北京:社会科学文献出版社,2003:94-107.
- [4] Zhongwei Zhao. Income Inequality, Unequal Health Care Access and Mortality in China[J]. Population and Development Review,2006,(3):461-483.
- [5] 李建新. 中国人口之殇[M]. 昆明:云南教育出版社,2013:80-85.
- [6] World Health Organization(WHO). Constitution of the World Health Organization[Z]. Geneva:The World Health Organization,1946:1268.
- [7] George Linda K, Okun Morris A. and Landerman Richard. Age as a Moderator of the Determinants of Life Satisfaction [J]. Research on Aging,1985,(7):209-233.
- [8] 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,(6):51-61.
- [9] Nathanson, C. Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review [J]. Social Science and Medicine, 1975, (9) : 57-62.
- [10] 王德文,叶文振. 中国老年人健康状况的性别差异及其影响因素[J]. 妇女研究论丛,2006,(4):21-26.
- [11] 李建新,李毅. 性别视角下中国老年人健康差异分析[J]. 人口研究,2009,(2):48-57.
- [12] Noreen Goldman. Marriage Selection and Mortality Patterns: Inferences and Fallacies [J]. Demography, 1993, (2) : 189-208.
- [13] 李建新. 中国人口的婚姻状况与死亡水平差异[J]. 中国人口科学,1994,(5):16-21.
- [14] 顾大男. 婚姻对中国高龄老人健康长寿影响的性别差异分析[J]. 中国人口科学,2003,(3):32-40.
- [15] Stéphane Tremblay, Nancy A. Ross and Jean-Marie Berthelot. Regional Socio-economic Context and Health [J]. Supplement to Health Reports,2002,(13):1-12.
- [16] Deborah Lowry and Yu Xie. Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages[R]. Population Studies Center Research Report,2009.
- [17] James S. House, Ronald C. Kessler, A. Regula Herzog. Age, Socioeconomic Status, and Health [J]. The Milbank Quarterly,1990,(3):383-411.
- [18] Zachary Zimmer and Julia Kwong. Socioeconomic Status and Health among Older Adults in Rural and Urban China [J]. Journal of Aging and Health,2004,(16):44-70.
- [19] Nedra B. Belloc and Lester Breslow. Relationship of Physical Health Status and Health Practices [J]. Preventive Medicine,1972,(3):409-421.
- [20] Mary P. Gallant and Gail P. Dorn. Gender and Race Differences in the Predictors of Daily Health Practices among Older Adults [J]. Health Education Research,2001,(1):21-31.
- [21] 张艾莉,延爱锦,李宝侠. 老年人生活习惯与健康关系的调查报告[J]. 现代预防医学,2006,(6):979-980.
- [22] 李年红. 体育锻炼对老年人自测健康和体质状况的影响[J]. 体育与科学,2010,(1):84-87.
- [23] Berton H. Kaplan, John C. Cassel and Susan Gore. Social Support and Health [J]. Medical Care,1977,(5):47-58.
- [24] 马丽霞,庄新华等. 社区老年人心理、社会因素与躯体健康相关因素的研究[J]. 中国全科医学,2001,(11):882-884.
- [25] 李建新,李嘉羽. 城市空巢老年人生活质量研究[J]. 人口学刊,2012,(3):31-41.
- [26] Katarina Wilhelmson, Gothenburg, Lund and Gothenburg. Positive Effects on Life Satisfaction Following Health-promoting Interventions for Frail Older Adults: A Randomized Controlled Study [J]. Health Psychology Research, 2013, (1):44-50.



- [27] Gloria M. Clayton, William N. Dudley, William D. Patterson, etc.. The Influence of Rural/Urban Residence on Health in the Oldest-Old[J]. *The International Journal of Aging and Human Development*, 1994, (1):65-89.
- [28] William B. Weeks, Lewis E. Kazis, Yujing Shen, etc.. Differences in Health-Related Quality of Life in Rural and Urban Veterans[J]. *American Journal of Public Health*, 2004, (10):1762-1767.
- [29] Mikael Fogelholm, Raisa Valve, Pilvikki Absetz, etc.. Rural-urban Differences in Health and Health Behaviour: A Base-line Description of a Community Health-promotion Programme for the Elderly [J]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2006, (34):632-640.
- [30] 周国伟. 中国老年人自评自理能力: 差异与发展[J]. *南方人口*, 2008, (1):51-58.
- [31] 方向华, 孟琛等. 健康自评与老年人健康状况的前瞻性研究[J]. *中华流行病学杂志*, 2003, (3):184-188.
- [32] 孟琴琴, 张拓红. 老年人健康自评的影响因素分析[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2010, (3):258-263.
- [33] 李婷, 吴红梅等. 生活行为方式对我国老年人健康自评影响的系统评价[J]. *中国老年学杂志*, 2011, (31):4423-4426.
- [34] 曾毅, 沈可. 中国老年人口多维度健康状况分析[J]. *中华预防医学杂志*, 2010, (2):108-114.

[责任编辑 傅 苏]

Health Difference of the Elderly between the Rural and Urban Districts

LI Jian-xin, LI Chun-hua

(*Department of Sociology, Peking University, Beijing, 100871, China*)

Abstract: Based on the CLHLS 2011 data, this paper applies multi-level health measurements to explore the difference of the elderly between the rural and urban districts. The results show that the health condition of the elderly in urban district is different from that in rural district. The elderly in rural district are better than those who are in urban district in physical health while the elderly in urban district are better than those who are in rural district in mental health. There is no significant difference on self-report health statistically. After controlling some important factors, the difference of physical health of the elderly is bigger than observed while the difference of mental health of the elderly between the rural and urban districts is smaller than observed in fact. Moreover, the effect of demographical, social-economic, lifestyle and support from outside on different level health condition is different.

Key Words: Rural and Urban Districts, the Elderly, Health Difference, Physical Health, Mental Health