



□专题：医务社会工作

【编者按】随着经济社会发展水平的不断提高,人们的健康意识逐步提升,对健康生活的追求也日趋迫切,因此,党的十九大明确提出实施健康中国战略。医务社会工作是社会工作介入健康问题而发展起来的一个实务领域,健康中国战略的实施为医务社会工作提供了战略机遇和空间,本期推出的三篇文章即是最新相关研究成果。马凤芝和陈海萍的论文重点关注健康老龄化问题,并从时空两个维度探讨了社会工作者开展健康老龄化服务的策略和路径,建构了理想的服务介入模型。井世洁和沈昶邑的论文对上海市在推行“医联体”建设大环境下的院内、院社衔接和基层社区三重医务社会工作服务模式进行了系统全面的分析研究,提炼了医务社会工作的服务路径。黄丹的文章实证分析了未婚流动女性人工流产诊疗过程中所遭遇的社会排斥,探讨了医务社会工作介入此类问题的具体策略。这三篇文章均属于医务社会工作的前沿性探索,对推进健康中国战略和医务社会工作理论与实务创新均具有积极意义。

基于时空视角的健康老龄化与社会工作服务

马凤芝 陈海萍

摘要:在我国实施健康中国战略的时代背景下,健康老龄化问题逐渐成为新时期国内学界研究的重要议题。根据生命历程理论和生态系统理论,健康老龄化在本质上反映了贯穿生命始终的健康增能过程,体现了个人与环境的动态交互作用。社会工作者在促进健康老龄化中可以扮演增能赋权的角色,同时从时间和空间两个维度来开展老年健康服务,以实现全周期维护不同人群健康、全方位干预影响健康因素、全社会共建健康支持环境的目标。在中国本土处境下,社会工作者需要使用合作式增权而非对抗式增权来整合老年健康资源,提高老年健康水平。

关键词:健康老龄化;生命历程;生态系统;社会工作服务

一、研究背景

随着妇女总和生育率持续下降,居民平均预期寿命不断延长,我国人口老龄化形势日益严峻。尽管自2016年起我国开始实施全面二孩生育政策以促进人口均衡发展,但是近年来我国出生人口数量并未如官方

基金项目:国家社科基金青年项目“健康老龄化战略背景下整合型老年健康服务模式探索”(18CSH059)。

致谢:感谢北京大学社会学系博士生赵万林、高洋,社会工作专业硕士生赵阳对文献收集的贡献。

作者简介:马凤芝,北京大学社会学系教授,博士生导师,主要研究方向为医务社会工作;陈海萍,北京大学社会学系博士后,主要研究方向为老年社会工作。(北京,100871)

预期大幅增长,而老年人口数量仍在不断攀升,人口老龄化程度进一步加深。截至2018年底,我国15岁及以下的儿童青少年人口为24860万人,占总人口的17.82%;60岁及以上的老年人口为24949万人,占总人口的17.88%。^①随着我国人口老龄化进程不断加快,老年人口高龄趋势和失能问题日渐加剧,老年慢性病覆盖人群逐渐扩大。预计到2050年,我国60岁及以上的老年人口将增至49153万人,占总人口的36.46%;85岁及以上的高龄老年人口将达到5315万人,占总体老年人口的10.81%^②;部分失能和完全失能的老年人口将达到9750万人,占总体老年人口的19.84%^③。同时,60岁及以上的老年人口慢性病例数也将增至5亿人左右。^④面对日益庞大的老年人口群体,尤其是高龄、患病和失能老年人口,如何有效整合健康服务资源、促进他们积极健康老化、提高他们的生命质量,成为我国社会各界亟待解决的重要挑战。

2016年10月,中共中央、国务院发布了《健康中国2030规划纲要》,尝试从国家战略层面统筹解决我国居民的健康问题,包括老年人的健康问题。该纲要立足我国人口老龄化的基本国情,针对老年人这一特殊群体概括性地提出了促进其健康老龄化的总体规划目标和基本实现路径。2017年2月,国务院印发了《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》,更为明确地阐述了我国养老服务和健康支持体系建设的具体实施策略和主要政策指标,以期有的放矢地提高我国老年人的健康水平和生命质量。2017年3月,国家卫生计生委等13部门联合发布了《“十三五”健康老龄化规划》,紧紧围绕着实现健康老龄化这一战略目标做出了建设以生命全周期、立足全人群为特点的整合型老年健康服务体系的工作部署。2017年10月,实施健康中国战略被正式写入党的十九大报告中,着重强调要为群众(包括老年群体)提供全方位、全周期的健康服务。2019年7月,国务院发布了《国务院关于实施健康中国行动的意见》,进一步跟进和保障健康中国战略(包括健康老龄化战略)的有效实施。

我国政府在政策制定和实施方面对促进健康老龄化的总体目标、基本路径、工作部署、评价指标等做出了探索性规划和战略性部署,但是目前国内学界尚未在理论和实践两个层面对这一重要政策做出充分的解释和回应。国内学者需要进一步厘清与健康老龄化战略相关的基础性问题,包括但不限于健康老龄化的概念内涵、目标指向、理论支撑、测量方法、影响因素等。在回答完这些基础性问题后,国内学者尤其是社会服务领域学者还需要研以致用,进一步探索如何建设整合型老年健康服务体系,以加快健康老龄化顶层设计的政策落地。其中,作为扶助弱势群体、解决社会问题、提供社会服务的助人专业,社会工作一直致力于改善老年群体的生存状况,提高他们的生命质量,增强他们的社会福祉。因此,社会工作专业在促进老年健康行动中应该也能够发挥重要作用。^⑤但是,目前关于社会工作服务如何促进健康老龄化的研究还比较有限。为了弥补已有研究的不足,一方面,本文运用生命历程理论和生态系统理论对时代背景下的健康老龄化新理念(例如生命全周期、立足全人群等)进行理论解释;另一方面,本文从社会工作专业的角

① 李希如:《人口总量平稳增长 城镇化水平稳步提高》,国家统计局网站, http://www.stats.gov.cn/tjsj/sjjd/201901/t20190123_1646380.html, 2019年1月23日。

② Population Pyramids of the World from 1950 to 2100. <https://www.populationpyramid.net/china/2050/>. October 14, 2019.

③ 唐钧:《社会政策的视野:4000万失能老人必须细分》,21世纪经济报道网站, http://epaper.21jingji.com/html/2016-11/22/content_50948.htm, 2016年11月22日。

④ 钱军程、陈育德、孟群:《中国老年人口疾病经济负担变化趋势与应对策略》,《中国卫生政策研究》,2012(2)。

⑤ 唐钧:《社会工作促进健康老龄化》,《中国社会工作》,2018(10)。

度出发, 提出一个整合型老年健康服务介入模型, 为健康老龄化战略的实施和完善提供参考。

二、健康老龄化的概念内涵

健康老龄化 (Healthy Aging) 这一术语最早可能现于1963年美国老年医学家爱德华·鲍茨 (Edward L. Bortz) 在密歇根州医学协会期刊 (*Journal of Michigan State Medical Society*) 上发表的题为“Healthy Aging”的论文中。^① 针对老年人的健康问题, 爱德华·鲍茨跳出了传统的生理病理学框架, 提出个体老龄化应包含身体、情绪和灵性三个层面。^② 因此, 他认为除了医学干预和治疗, 个体健康行为的养成、社会参与机会的提供等都有助于延长老年人的健康寿命。^③ 虽然爱德华·鲍茨并未对健康老龄化这一概念进行更为系统深入的非病理化探究, 但是他的理论观点在当时是具有一定的创新性和前瞻性的。自20世纪70年代起, 随着人口老龄化速度的加快, 老年人的健康问题逐渐成为世界各国共同关注的社会问题。^④ 为了积极应对人口老龄化带来的全球健康挑战, 世界卫生组织在1987年的第四十届世界卫生大会 (The Fortieth World Health Assembly) 上首次正式将促进健康老龄化纳入全球卫生保健战略中。^⑤ 自此起, 促进健康老龄化成为全球老年问题研究的重要议题。目前西方学界对健康老龄化的概念尚未形成统一的规定。他们关于健康老龄化概念的主流看法是: 老年人活到高龄、没有或少患慢性疾病、日常生活能自理、有良好的生活习惯、有较高的生活质量、有较多的社会参与、只有轻微的认知或机能障碍、无残疾或残疾程度较低等。^⑥

2002年, 世界卫生组织提出了积极老龄化 (Active Aging) 的政策框架, 希望在全球范围内形成以此框架为指导的具体行动纲领, 促进世界人口的健康积极老化。在这个政策框架中, 积极老龄化被定义为“尽可能增加健康、参与和保障机会的过程, 以提高人们年老时的生活质量”^⑦。其中, 健康老龄化被纳入了积极老龄化的概念范畴, 包括生理、心理和社会三个层面的健康。随着全球人口老龄化、高龄化、失能化趋势日益加强, 老年人的健康问题逐渐成为世界各国老龄工作的重中之重。因此, 2015年, 世界卫生组织在积极老龄化的政策框架基础上提出了健康老龄化的行动纲领, 以回应新时期老年人口对健康服务的新需求。在这一行动纲领中, 健康老龄化指的是“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”^⑧。其中, 功能发挥包含了内在能力

① Edward Leroy Bortz. Healthy Aging. *Journal of Michigan State Medical Society*, 1963, 62: 664-666.

② Edward Leroy Bortz. Creative Aging. *Journal of American Geriatrics Society*, 1962, 10(7): 553-557.

③ Edward Leroy Bortz. Growing with the Years. *Southern Medical Journal*, 1959, 52: 1568-1570.

④ Peter Uhlenberg. Introduction. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging*. New York: Springer, 2009, p.1-4.

⑤ World Health Organization. *Fortieth World Health Assembly: Resolutions and Decisions, Annexes*. World Health Organization: Geneva, 1987.

⑥ Judith Fuchs, Christa Scheidt-Nave, Timo Hinrichs, Andreas Mergenthaler, Janine Stein, Steffi Riedel-Heller, Eva Grill. Indicators for Healthy Ageing—A Debate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013, 10(12): 6630-6644; Jose Lara, Alan Godfrey, Elizabeth Evans, Ben Heaven, Laura Brown, Evelyn Barron, Lynn Rochester, Thomas Meyer, John Mathers. Towards Measurement of the Healthy Ageing Phenotype in Lifestyle-based Intervention Studies. *Maturitas*, 2013, 76(2): 189-199; Sara McLaughlin, Alan Jette, Cathleen Connell. An Examination of Healthy Aging across a Conceptual Continuum: Prevalence Estimates, Demographic Patterns, and Validity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2012, 67(7): 783-789.

⑦ World Health Organization. *Active Ageing: A Policy Framework*. World Health Organization: Geneva, 2002, p.12.

⑧ World Health Organization. *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization: Geneva, 2015, p.28.

(个体生理和心理机能的发挥)、外在环境(塑造个体生活的外界因素),以及二者之间的相互作用。作为功能发挥过程的健康老龄化暗含了生态系统理论和生命历程理论两个视角,它将老年人的内在能力发挥与他们生活的世界系统联结起来,并且这样的联结关系动态地贯穿老年人的整个生命历程。例如,青少年时期(一段生命历程)个体在原生家庭(外部环境)中塑造的依赖型人格(心理机能)可能会导致他或她在老年时期(另一段生命历程)失去重要他人(新的外部环境)时更容易产生抑郁(心理机能失调)。尽管目前国内外学界对健康老龄化的概念看法不一,但是世界卫生组织的这一定义由于其纲领性作用在世界各国达成基本共识。

20世纪90年代初,健康老龄化的概念从西方传入我国,引起国内学界的广泛关注。^①作为最早在我国倡导健康老龄化的学者,邬沧萍认为要从个人、群体和国家三个层面来综合理解和全面把握健康老龄化的概念。^②在个人层面,健康老龄化主要是指要尽可能缩短老年人的病残期和生活不能自理期,延长他们的健康期和生活自理期;要尽可能消除老年人的被歧视感,增强他们的自我效能感;要尽可能缩短老年人的社会隔绝年限,提高他们的社会参与水平。在群体层面,健康老龄化主要强调社会上的大多数老年人在生理、心理和社会三个方面都处于健康状态,而在国家层面,它重点突出社会经济发展不为过度人口老龄化所累。^③持类似观点,王珣、刘毅强提出健康老龄化的外延包括了老年个体的健康老龄化(身体健康、心理健康、社会适应良好)、老年群体的健康老龄化(健康预期寿命延长、与社会整体相协调)和健康的老龄化社会(政治、经济、社会、文化体制健全且有活力)。^④与西方学者更为注重在个体和群体两个层面对健康老龄化的概念建构不同,我国学者更具结构功能主义视野,将个体和群体的健康老龄化置于整个社会发展的脉络中,从而搭建了一个逻辑结构相对完整的健康老龄化概念体系。

2017年,在世界卫生组织《关于老龄化与健康的全球战略与行动计划》的政策引导下,我国政府将健康老龄化定义为从生命全过程的角度,从生命早期开始,对所有影响健康的因素进行综合、系统的干预,营造有利于老年健康的社会支持和生活环境,以延长健康预期寿命、维护老年人的健康功能、提高老年人的健康水平。^⑤这一定义是对2015年世界卫生组织关于健康老龄化定义的具体化,从生命历程理论和生态系统理论两大视角提出了促进健康老龄化的可行路径,包括全周期维护不同人群健康、全方位干预影响健康因素、全社会共建健康支持环境。同时,这一定义也在个体和群体两个层面明确了健康老龄化的目标指向,包括老年个体健康水平的提高与老年群体健康预期寿命的延长。但是,这个定义忽略了国家层面的健康老龄化,即不可逆转的人口老龄化趋势给一个国家或社会带来的健康成本是适度且可控的,不会影响其正常的运转和发展。最理想的国家层面的健康老龄化是老年个体健康水平的提高、老年群体健康预期寿命的延长使他们继续成为社会经济发展的重要贡献者,与其他世代人群共同创造一个健康有序、充满活力的老龄化社会。因此,本文建议将国家层面的健康老龄化也纳入我国政府关于健康老龄化的定义中,以更加全面地认识和把握健康老龄化的核心内涵和目标指向。

① 王珣:《“健康老龄化”研究的回顾与展望》,《人口研究》,1996(3)。

② 邬沧萍:《走健康老龄化之路》,《今日科苑》,1997(3)。

③ 邬沧萍、姜向群:《“健康老龄化”战略刍议》,《中国社会科学》,1996(5)。

④ 王珣、刘毅强:《略论健康老龄化》,《医学与哲学》,1996(9)。

⑤ 国家卫生和计划生育委员会等:《关于印发“十三五”健康老龄化规划的通知》,老龄健康司网站, <http://www.nhc.gov.cn/llyks/zcwj/2/201703/86fd489301c64c46865bd98c29e217f2.shtml>, 2017年3月17日。

三、健康老龄化的理论解释

根据世界卫生组织的定义,健康老龄化是一个“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”^①。那么,我们应当采取什么方法或通过什么途径来保障这一功能发挥过程以促进老年健康生活?我国政府按照世界卫生组织文件精神初步提出了实现健康老龄化的三条路径方向,包括全周期维护不同人群健康、全方位干预影响健康因素、全社会共建健康支持环境。但是,我们应当如何理解生命全周期、立足全人群的健康维护?我们应当针对哪些影响健康因素进行全方位干预?我们应当从哪些社会生态系统着手建设健康支持环境?目前国内学界对这些与我国健康老龄化战略相关的基础性问题尚未进行充分的解释和回应。考虑到世界卫生组织2015年关于健康老龄化的定义本身就暗含了生命历程理论和生态系统理论,本文借用这两个理论来进一步厘清健康老龄化的核心理念和践行路径。

(一) 生命历程理论

生命历程理论(Life Course Theory)的兴起与发展可追溯至20世纪20年代末美国加州大学伯克利分校儿童福利研究所开展的三项儿童长期追踪调查,包括奥克兰成长研究(被访者出生于1920~1921年)、伯克利监护研究(被访者出生于1928~1929年)和伯克利成长研究(被访者出生于1928~1929年)。这三项研究原本只是打算评估被访者在儿童期的成长状况,但最后却追踪到了他们在成年期甚至老年期的发展情况。20世纪60年代初,美国社会学家和心理学家格伦·埃尔德(Glen H. Elder, Jr.)开始接触并分析这些研究资料。他发现出生或成长于美国经济大萧条时期(1929~1933年)、经历过第二次世界大战(1939~1945年)的被访者的行为方式、个性发展和生活境况受历史时间和空间、人生转型时间、与他人联结的生活、以及个人能动性的影响和制约,并且这样的影响和制约贯穿着被访者的一生。^②根据这些研究发现,格伦·埃尔德开始建构起生命历程理论的初步框架,并写成了《大萧条的孩子们:生活经历中的社会变迁》(*Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience*)一书。^③自此起,生命历程理论开始作为一类理论、一种视角或一个范式在社会和行为科学领域得以广泛应用,包括青少年发展问题^④、犯罪行为研究^⑤、人口老龄化问题^⑥、健康不平等研究^⑦等。

作为生命历程理论的核心概念,生命历程(Life Course)这一术语在已有的研究中主要有五种用法:(1)个体从出生到死亡的实际存在时间^⑧;(2)个体在不同生命阶段和社会文化中占据不同社会位置的连续过

① World Health Organization. World Report on Ageing and Health. World Health Organization: Geneva, 2015, p.28.

② Glen Hill Elder, Jr. The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 1998, 69(1): 1-12.

③ Glen Hill Elder, Jr. *Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience*. Chicago: University of Chicago Press, 1974.

④ Monica Kirkpatrick Johnson, Robert Crosnoe, Glen Hill Elder, Jr. Insights on Adolescence from a Life Course Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 2011, 21(1): 273-280.

⑤ Travis C. Pratt. A Self-Control/Life-Course Theory of Criminal Behavior. *European Journal of Criminology*, 2015, 13(1): 129-146.

⑥ Kathrin Komp, Stina Johansson. Population Ageing in a Life Course Perspective: Developing a Conceptual Framework. *Ageing & Society*, 2016, 36(9): 1937-1960.

⑦ Gilbert Gee, Katrina Walsemann, Elizabeth Brondolo. A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 2012, 102(5): 967-974.

⑧ John Clausen. *The Life Course: A Sociological Perspective*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

程^①; (3) 贯穿个体一生的各种生活事件、人生转型和生命轨迹(例如求学、毕业、工作、结婚、退休等)^②; (4) 属于特定世代的个体在特定历史时空和社会结构的影响下不断选择发展方向、建构个人生活的过程^③; (5) 通过各种利弊因素的长期积累作用,个体早年生活状况对其晚期生命质量产生影响的过程^④。由此可见,个体的生命历程体现了个人时间与社会时间的有机统一。其中,个人时间不仅包括人们从生到死的生物性时间长度,还包括他们从过去到未来的社会性发展阶段。同样,社会时间不单指一个社会产生、发展、消亡的实际存在时间,也指根据特定历史事件划分的各个历史阶段。作为社会存在的个人和个人集合的社会,他们在时间维度上是不可割裂的。个体的个人时间一定存在于特定的社会时间中。在这个意义上说,个体的生命历程始终受特定的社会进程的影响与制约。例如,我国40后、50后老年人的生命历程(例如城镇知识青年上山下乡)大多与新中国成立后的社会进程(例如解决城镇就业困难问题、开展农村合作化运动)紧密相连。

按照格伦·埃尔德的观点,生命历程理论的一个基本假设是:变动的生活改变生命的轨迹。其中,变动的生活既包括了个人层面的生活,也包括了社会层面的变迁。从时间的本质来看,生活的变动性源自时间的流动性。一方面,个人时间的向前流动塑造了个体由生至死的不同生命阶段,每一个生命阶段都有其特定的时间预期和生命任务,从而形成了一种关于个体生命发展轨迹的社会规范。但是,由于每一个个体进入每一个生命阶段的实际时间、完成预期生命任务的实际情况不尽相同,他们所历经的实际生活图景不会全都按照预设的社会规范铺展开来。因此,当实际生活图景偏离预设社会规范,个体的生活状态就会发生变动,从而引起其发展轨迹的偏转。例如,如果一个高中少年在求学阶段就生育孩子,那么他也许为了孩子生计必须辍学工作,走上一条与其他同龄人截然不同的人生道路。另一方面,社会时间的向前流动构建了社会盛衰更替的各个历史时空。每一个历史时空都有其特定的社会生活图景和权力结构关系,从而造就了一个社会机会与社会限制并存的个体生存环境。当社会生活图景和权力结构关系发生变动时,属于特定世代的个体所拥有的社会机会和所受到的社会限制也会随之改变,从而使他们的生命发展轨迹发生集体性偏移。例如,由于1966~1976年的文化大革命,我国老三届老年人在求学阶段被无限期停课,集体参加城镇知识青年上山下乡运动。基于生命历程理论的基本假设,格伦·埃尔德阐述了这一理论的四个基本原理:(1) 个体的生命历程是由他所历经的历史时空塑造的;(2) 个体的人生转型对其生命历程的影响通过转型时机起作用;(3) 社会历史变迁对个体生命历程的影响通过个体与他者联结的生活起作用;(4) 在机会与限制并存的社会历史环境中,个体通过选择与行动来构建其生命历程。^⑤ 生命历程理论的重要贡献之一就是它借助时间这一概念将个人发展与社会变迁联结起来,为微观研究和宏观研究的互补融合提供了一种可能路径。

① Leonard Cain, Jr. Life Course and Social Structure. In R. E. L. Faris (Ed.), Handbook of Sociology. Chicago: Rand McNally, 1964, p.272-309.

② Glen Hill Elder, Jr. The Life Course. In E. F. Borgatta & R. J. V. Montgomery (Eds.), Encyclopedia of Sociology (2nd ed.). New York: Macmillan Reference, 2000, p.1614-1622.

③ Glen Hill Elder, Jr. The Life Course and Human Development. In R. M. Lerner (Ed.), Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development. New York: John Wiley, 1997, p.939-991.

④ Diana Kuh, Yoav Ben-Shlomo. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2004.

⑤ Glen Hill Elder, Jr. The Life Course as Developmental Theory. Child Development, 1998, 69(1): 1-12.

（二）生态系统理论

20世纪70年代末，为了克服早期遗传决定论和环境决定论的局限性，美国心理学家尤里·布朗芬布伦纳（Urie Bronfenbrenner）提出了生态系统理论（Ecological Systems Theory）。作为关于人类发展的重要理论，生态系统理论将人的发展定义为个体不断感知和处理他与环境之间关系的持续改变过程。^①因此，人的发展不是个体在个人层面上的单向线性成长，而是个体在环境系统中的多维调适过程。同时，人的发展不仅受环境系统的影响，也反过来作用于环境系统。作为生态系统理论的核心概念，生态环境（Ecological Environment）可被视为一种由多个系统嵌套而成的鸟巢状结构系统。按照辐射范围的大小，这些系统由内往外依次是微系统（Microsystem）、中系统（Mesosystem）、外系统（Exosystem）和宏系统（Macrosystem）。其中，微系统指的是与特定个体基本生存和发展需求直接相关的初级生活系统（例如家庭、学校）。由于每一个个体都不止在一个微系统中活动，因此不同微系统可以通过同一个个体建立起特定联系。中系统就是指由两个及以上的微系统联结而成的社会中介系统（例如家庭和学校的联络机构）。与以特定个体为参与主体的微系统和外系统不同，外系统指的是特定个体并未作为积极行动者直接参与其中但却能对他的生活产生一定影响的间接社会系统（例如父母的工作单位）。宏系统超越了微系统、中系统和外系统实体化的系统形态（例如组织、机构），纳入了更大的无形环境（例如社会文化、意识形态）。

除了在空间维度上的四个环境系统，尤里·布朗芬布伦纳还在时间维度上加入了一个时间系统（Chronosystem）。^②这个时间系统强调随着时间向前推移，个体和环境都会发生相应变化，而这些变化都会影响个体的生命发展轨迹。通过引入时间的概念，生态系统理论提出个体与环境的双向作用并不是一个静态的固化模式，而是一种动态的变化过程。随着个体从一个生命阶段转入下一个生命阶段，他所处的环境系统会或多或少地发生变化，从而进一步影响他的未来发展方向。尤里·布朗芬布伦纳将这些环境变化称为生态变迁（Ecological Transition）。其中，求学、毕业、工作、结婚、退休等重要生活事件都是生态变迁的典型例子。需要注意的是，与生命历程理论的时间观相比，生态系统理论的时间观只着眼于个人时间，并未将社会时间纳入分析范畴。另外，在论述个人时间对个体发展的影响时，生命历程理论强调时间的内在连贯性，即过去时间对现在和未来时间的累积效应，而生态系统理论则关心时间的当下即时性，即个体在此时此刻与环境的互动关系。生态系统理论的重要贡献之一在于它通过引入生态化的理念将个人发展与环境系统联结起来，阐明了个体与环境的双向作用对个人发展的影响，打破了早期唯基因论的生物学模式和唯环境论的行为主义模式，为研究人类发展提供了一个全新理论视角。

（三）时空维度下的健康老龄化

从积极的角度来看，每一个个体的生命历程都是一个由生至死、向死而生的过程。由生至死指的是每一个个体都只拥有一定的寿命长度；向死而生指的是每一个个体都能活出一定的寿命质量。随着社会经济的发展、生活水平的提高、医疗技术的进步，人们的寿命长度越来越长，但寿命质量仍参差不齐。在全球人口快速老化的形势下，如何帮助老年人口既活得长又活得好成为世界各国面临的共同问题。鉴于此，世界卫生组织在2015年提出了健康老龄化的行动纲领，希望每一个个体都能拥有一段长寿健康的生命历程。

^① Urie Bronfenbrenner. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

^② David Shaffer, Katherine Kipp. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (8th ed.). Belmont: Cengage Learning, 2010.

如前文所述,世界卫生组织关于健康老龄化的定义包含了两个重要的理论视角——生命历程理论和生态系统理论。通过对这两个理论的简要梳理,本文发现生命历程理论虽立足时间观但包含了空间论,生态系统理论虽强调空间轴但加入了时间线。例如,生命历程理论中个体与他者的相互联结构成了他们共同的生活系统;生态系统理论中时间系统的变动带来了环境系统的变迁。因此,我们可以结合这两个理论从时间和空间两个维度来把握健康老龄化的核心理念和实践路径。

从时间的维度来看,健康老龄化在本质上反映了一种贯穿生命始终的健康增能赋权的过程。首先,健康老龄化体现了生命全周期的理念。每一个个体都要经历由生至死这一不可逆的生物性过程。从人们呱呱坠地那一刻起,他们就已开始进入终身老化的过程。人们获得新生的起点亦是他们走向死亡的起点。因此,个体老龄化并不是进入老年时期才有的特定活动,而是贯穿生命全周期的持续过程。同样地,健康老龄化不只是维护个体老年时期的健康状态,而是维护生命全周期的健康状态。正因如此,近些年来国内外学者大力倡导将健康维护关口前移到婴儿期甚至胚胎期,以求实现生命全周期的健康老龄化。^①但是,一些学者只强调生命周期的全覆盖却忽略了生命阶段的时间性。根据生命历程理论,个体的生命转型时间影响了他的未来发展方向。本文认为这一理论观点也同样适用于健康老龄化问题。具体地说,在每一个生命阶段,人们应当发展与这一阶段相适应的健康行为习惯、健康身体素质、健康知识素养与健康维护功能。如果个体未能在特定生命阶段完成特定健康任务,那么他未来的健康状况将受制于以往的健康负债。例如,研究表明童年时期的营养状况会影响老年时期的健康状况。^②因此,为了实现生命全周期的健康老龄化,人们必须在各个生命阶段形成并积累正向积极的健康影响因子。

其次,生命全周期暗含了立足全人群的理念。作为一个多维度的概念,全人群可以按照不同的划分标准进行不同的群体界定。例如,以生命全周期作为划分标准,全人群包括了处于不同生命阶段的各类人群。当我们将健康维护关口前移到婴儿期甚至胚胎期时,个体的健康问题不可避免地要与整个的生命历程以及他人的生活状态联结起来。一方面,在个体横向生命线上,绝大部分人都要经历不同的生命阶段,包括胎儿期、婴儿期、幼儿期、儿童期、青少年期、成年期、老年期。相应地,生命全周期的健康维护也要涵盖不同的社会人群,包括婴幼儿人口、儿童青少年人口、成年人口、老年人口。另一方面,在代际纵向传承线上,个体的健康状况与其上下辈尤其是父母子女的生活状况息息相关。例如,杜鹏和他的同事们在安徽、河北和河南三省的调查表明了农村子女外出务工对农村留守老人的精神健康有负面影响,主要体现在留守老人与外出子女联系减少,精神上变得更加孤独。^③综上所述,立足全人群的理念既涵盖不同生命阶段也跨越不同代际关系。因此,健康维护关口前移不仅是在个体横向生命线上的前移而且是在代际纵向传承线上的前移。

再次,立足全人群必然要处理不平等的问题。每一个个体的生命历程都置于一定的历史时空之中,并且嵌于一定的社会结构之中。因此,出生于不同历史时空的人们可被划分为不同世代的人群(例如50后、

① 陆杰华、阮韵晨、张莉:《健康老龄化的中国方案探讨:内涵、主要障碍及其方略》,《国家行政学院学报》,2017(5);夏翠翠、李建新:《健康老龄化还是病痛老龄化——健康中国战略视角下老年人口的慢性病问题》,《探索与争鸣》,2018(10)。

② 刘亚飞:《童年饥饿经历会影响老年健康吗?》,《经济评论》,2018(6)。

③ 杜鹏、丁志宏、李全棉等:《农村子女外出务工对留守老人的影响》,《人口研究》,2004(6)。

60后、70后、80后等)。生活于同一历史时空的人们由于在特定社会结构中所处的社会位置不同也可被划分为不同属性的人群(例如贫困人群、中产阶级、富裕群体、城市人口、农村人口等)。由于不同世代和不同属性的人群拥有的社会资源和所受的社会限制各不相同,他们的健康老龄化状况总是存在这样或那样的差异。因此,立足全人群的健康老龄化需要处理由于不同人群的结构差异造成的健康不平等问题。其中,健康增能赋权是解决健康不平等问题的重要手段之一。通过健康增能赋权,尤其是社会政策层面的健康平权倡导,不同人群之间的健康资源能够得以重新分配和共享,从而以一种更为公平的方式来促进不同人群的健康老龄化。例如,我国政府将新型农村合作医疗保险和城镇居民医疗保险合并为城乡居民医疗保险就是打破城乡二元健康鸿沟的一个有益的尝试,为城市人口和农村人口提供一个更为公平的健康老龄化环境。

从空间的维度来看,健康老龄化不仅是一项个人活动更是一个系统工程。它不仅受个人因素的影响也受环境系统的制约。例如,通过对以往的文献回顾,本文将影响健康老龄化因素大致划分为七类,包括生理因素^①、心理机能^②、人口特征^③、社会因素^④、行为习惯^⑤、个人经历^⑥和外部环境^⑦。这七大类因素既包括个人因素也包括环境因素。需要注意的是,以往研究尤其实证研究更为关注个人因素的影响,较少涉及环境系统的研究。本文认为造成这一研究局限可能有两个原因:一是采集关于环境系统的数据比较困难;二是环境系统涉及的内容比较复杂。但是,由于健康老龄化反映了个人内在能力与外部环境系统相互作用过程,我们必须全面把握和综合理解人们生存和发展的环境系统。根据生态系统理论,个体生活的世界至少由四个环境系统组成,包括微系统、中系统、外系统和宏系统。另外,作为兼具生物、心理和社会属性的个体,他的存在本身也应算作一个系统。因此,我们在探讨和处理健康老龄化问题时需要综合考虑个体存在系统和外部环境系统对健康老龄化的影响和制约。个体存在系统对健康老龄化的影响主要体现在个体能否发展和维护其健康生活所需的生理、心理和社会功能;而外部环境系统对健康老龄化的影响主要表现为人们生活的世界能否为其健康老龄化提供一个支持性的生存和发展环境。例如,作为微系统的基本单位,家庭应当为个体的健康生活提供基本保障(例如吃、穿、住等),为个体的健康维护提供重要支持(例如经济支持、情感支持、照料支持等)。对于中国老年人来讲,由于受传统家国文化的影响,家庭对他们的意义尤为重要,进而也影响他们的健康状况。包少少等人的研究发现,居家养老的老年人的生活自理能力、社会支持网络、生活满意程度均强于机构养老的老年人。^⑧但是,由于家庭结构核心化、子女工作压力大等各种原因,我国传统的家庭养老照护能力逐渐减弱。考虑到中国老年人深厚的家庭情结,近十几年来我国政府倡导以社区为平台逐步建立起联结家庭和社区的老年照料中系统(例如社区日间照料中心),以满足老年人居家养老的

① 张浩、李建新:《老年人的低体重指数与其死亡风险的关系》,《人口与经济》,2018(3)。

② 王晓娟、董雁逊、楚秀杰:《老年认知障碍的社区干预有利于健康老龄化》,《中国现代药物应用》,2012(19)。

③ 杜鹏、伊密、张鹏等:《北京市“健康老人”研究》,《人口与经济》,2007(2)。

④ 朱健民、黄超群:《影响老年人健康自我完好的社会学因素分析》,《北京体育大学学报》,2007(8)。

⑤ 赵晓航:《社会经济地位、生活方式、社会支持与老年人健康水平——基于“中国家庭追踪调查(CFPS)2010”数据分析》,《老龄科学研究》,2014(5)。

⑥ 刘亚飞:《童年饥饿经历会影响老年健康吗?》,《经济评论》,2018(6)。

⑦ 曾毅、顾大男、Jama Purser等:《社会、经济与环境因素对老年健康和死亡的影响》,《中国卫生政策研究》,2014(6)。

⑧ 包少少、肖惠敏、何佳琳等:《不同养老模式下老年人健康老龄化的比较研究》,《中华护理教育》,2018(9)。

愿望,同时也减轻家庭养老照护的负担。另外,个体并未作为积极行动者直接参与其中但却能对他的生活产生一定影响的外系统也会对其健康老龄化状况产生影响。例如,老年人子女的工作环境压力较大可能会导致他们无暇顾及老年人的健康照料。最后,更大的宏系统(例如社会经济环境、老年歧视文化等)对人们健康老龄化也起着重要作用。例如,刘玮玮和贾洪波从中国孝文化变迁视角出发对我国医疗卫生领域中的老年歧视现象进行了解读。他们发现在具有老年歧视的社会环境中,“人们对于老年人的医疗卫生问题存在偏见、老年人可用的医疗卫生资源不足、基本医疗保险制度对老年人不公”^①。这种在医疗卫生领域的老年歧视导致老年人得不到应有的医疗健康资源配额,进而影响他们的健康老龄化状况。综上所述,健康老龄化的实现需要全社会各系统共建健康支持环境,并且全方位多维度干预健康影响因素。

四、健康老龄化的服务介入

基于生命历程理论和生态系统理论,本文认为社会工作者必须同时从时间和空间两个维度来开展健康老龄化服务(如图1所示)。例如,从时间的维度来看,老年人的生命反映了个人时间和社会时间的叠加。因此,他们的生命状态(即健康老龄化状况)也同样叠加了这两类时间。其中,个体的个人时间涵盖了不同的生命阶段,包括胎儿期、婴儿期、幼儿期、儿童期、青少年期、成年期和老年期。由于个人时间的累积效应,生命早期阶段的健康老化状况会影响生命后期阶段的健康老化状况。鉴于此,社会工作者应当具备生命全周期、立足全人群的服务理念,从生命早期阶段开始,开展面向全人群的健康倡导。另外,老年人生命的社会时间属性将他们的生命历程置于一定的历史时空之中,并且嵌于一定的社会结构之中。处于不同历史时空和社会结构位置中的老年人受到的社会限制和拥有的社会资源截然不同。因此,社会工作者还应当对这些社会历史因素造成的健康不平等问题进行服务干预。例如,考虑到中国城乡二元经济结构,社会工作者可能需要在社会政策倡导层面帮助农村老年人获取更多的健康医疗服务资源。从空间的维度来看,健康老龄化的实现需要全社会各系统共建健康支持环境,并且全方位多维度干预健康影响因素。因此,社会工作者需要从生态系统理论视角出发来整合各种老年健康服务资源(例如政府机关单位、医疗卫生机构、社会服务组织、各种类型学校等)。但是,考虑到中国传统家国文化以及社区居委会的特殊作用,本文认为社会工作者在为老年人提供健康老龄化服务时首先需要将个人、家庭和社区整合起来。这种整合照料服务提供了三种可能性:一是老人居家健康老化;二是家庭照料负担减轻;三是社区资源最大使用。另外,从更大的宏观环境来看,社会工作者应当积极呼吁并支持建设一个老年友好的自然、社会、政治、经济、文化环境。例如,以往的研究发现保护自然环境有助于改善老年健康、降低死亡风险^②,那么社会工作者应当在社会政策层面积极呼吁并倡导自然环境保护,努力为老年人健康老龄化创造一个安全的生存和发展环境。

① 刘玮玮、贾洪波:《我国医疗卫生领域中的老年歧视:孝文化变迁视角下的解读》,《内蒙古社会科学(汉文版)》,2017(3)。

② 曾毅、顾大男、Jama Purser等:《社会、经济与环境因素对老年健康和死亡的影响》,《中国卫生政策研究》,2014(6)。

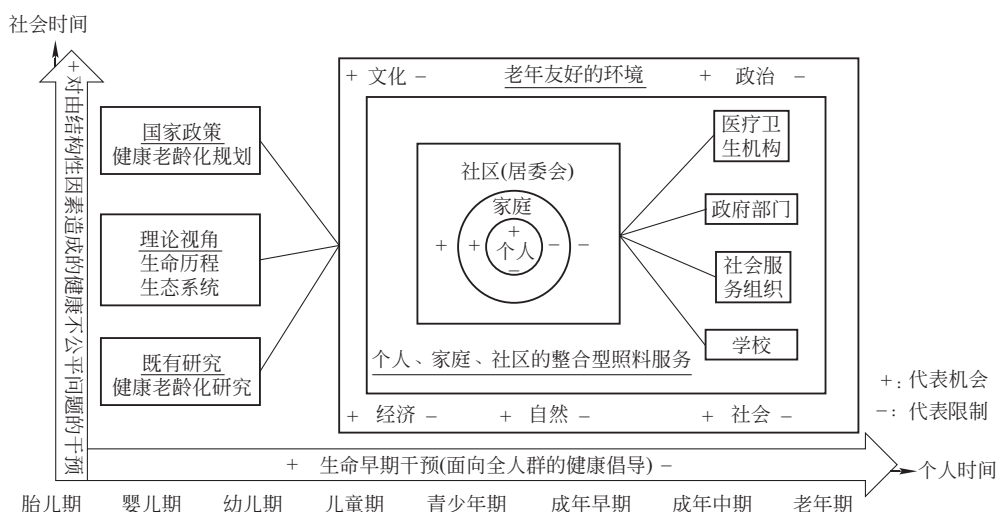


图 1 时空维度下的整合型健康老龄化社会工作服务介入模型

根据上文所述，健康老龄化在本质上反映了一种贯穿生命始终的健康增能赋权的过程。因此，社会工作者在促进健康老龄化中必须扮演增能赋权的角色，干预由结构性因素造成的老年人健康不平等问题。但是，社会工作者在中国本土情境下通过增能赋权方式为老年人获取健康养护资源需要对中西方的增权实践进行比较反思。例如，根据西方社会工作的增权理论，增权社会工作者主要承担四类角色：资源咨询者、意识提升者、教育培训者、合作者。由于西方社会工作的增权理论根植于西方的社会改革和社会运动，增权社会工作者的服务介入焦点是将服务对象的个人改变置于社会行动中，通过社会变革促进个人发展。因此，无论增权社会工作者是扮演资源咨询者、意识提升者、教育培训者还是合作者的角色，无论是从个人层面、人际层面还是结构层面帮助服务对象增权，他们在本质上只扮演了一种角色，即与社会政治制度对抗的角色，即通过变革不合理的社会政治制度，创造公平正义的社会政治环境，为服务对象争取发展机会与成长空间。社会工作者帮助服务对象觉醒自我意识与增强自我效能也是为了帮助他们回应不平等的社会压迫，让他们相信自己有能力通过变革社会来发展自我。

在西方，个人是生活在集团中的，在紧张的集团中，集团要直接统制干涉个人；在个人有自觉的时候，要争取其自由和在集团中的地位。^①因此，在西方，个人与集团是既相互依存也相互对抗的。基于西方个人与集团的关系及自下而上的民主传统，与社会政治制度对抗的集体行动是合法的，是受法律保护的，游行、示威、抗议是合法的公民权。西方的文化传统与社会制度都为对抗式增权创造了外部条件。对抗式增权，是指社会工作者与服务对象一道澄清问题和困境，建立起个人问题与公共议题的联系，通过变革社会环境与重组权力关系来解决个人问题，谋求个人发展。对抗式增权假设，由于不平等的社会政治制度，服务对象无权是强势群体强权的结果。因此，实现服务对象的增权要通过对抗行动达成强势群体的去权。对抗式增权的假设在本质上是权力的守恒，即权力总量的是不变的，强势权力拥有的权力多，弱势群体拥有的权力就少。

在中国，个人缺乏集团生活，重视家庭关系，以伦理组织社会，以消融个人与集团的对抗张力。在中

① 梁漱溟：《中国文化要义》，上海：学林出版社，1987。

国,个人始终处于关系中(例如君臣关系、父子关系),种种关系就是种种伦理。个人对他人负有义务,进而构成关系,整个社会处于各种关系中,没有边界,不形成对抗。以关系为导向和以伦理为本位的中国社会重视形成一种更为包容、更为和谐的关系,使情更亲、义更重。因此,在中国,增权社会工作者不能让服务对象与社会政治制度对抗,而是要协助服务对象与社会政治系统形成包容和谐的关系,即合作式增权。合作式增权,是指社会工作者通过协调沟通,帮助服务对象与社会政治体系建立起合作的关系,以实现服务对象与社会政治体系的互惠双赢。合作式增权假设,权力是在互动中产生,具有生产性和无穷性,服务对象通过与周围环境建立积极的合作关系,能够实现自我改变,也能促进社会发展,形成合作双赢的局面。合作式增权的假设在本质上是权力的非零和,即权力总量是不断变化的,是可以无穷生产的。

在中国本土处境下,合作式增权比对抗式增权更能适应以关系为导向和以伦理为本位的社会。合作式增权与对抗式增权最大的不同在于,合作式增权在面对权力关系不平等时是通过适度的协调合作去获取社会资源,而不是利用觉醒的集体意识去进行社会变革。假设社会工作者过度提升服务对象的增权意识,促使他们采取集体行动改变现状,就可能会造成服务对象与社会政治系统的对抗而面临被社会政治系统“清洗”的困境,这反而会导致服务对象无法获取社会资源与发展机会。因此,在中国本土处境下,增权社会工作者通过沟通协调、整合资源的工作方式,一方面协助社会政治系统回应服务对象的需求,另一方面帮助服务对象了解社会政治系统的运作,从而促使服务对象与社会政治系统形成良性互动关系,彼此理解、互相合作、共同发展。

五、结语

我国学者早在20世纪90年代已对健康老龄化进行了相对全面的概念建构,分别从个人、群体和国家层面对健康老龄化的内涵和外延进行了界定和讨论。但是,进入21世纪以来,世界卫生组织从生命历程理论和生态系统理论两大视角出发,对健康老龄化概念进行了重新诠释。我国政府也随之提出建设生命全周期、立足全人群的整合型老年健康服务体系的发展战略。但是,目前较少学者对健康老龄化在新时代的新理念(例如生命全周期、立足全人群等)进行充分的理论回应。因此,本文运用了生命历程理论和生态系统理论对与健康老龄化战略相关的基础性问题进行了初步澄清,从而为新时代背景下的健康老龄化研究提供一个包含时空维度的可能研究思路。基于时空维度下的健康老龄化研究思路,本文从社会工作专业角度出发,提出了一个整合型健康老龄化社会工作服务介入模型,建议同时从时间和空间两个维度来开展健康老龄化服务,以实现全周期维护不同人群健康、全方位干预影响健康因素、全社会共建健康支持环境的目标。

Healthy Aging and Social Work Service from a Time-space Perspective

Ma Feng-zhi Chen Hai-ping

Abstract: In the context of implementing “Healthy China” strategy in mainland China, healthy aging has gradually become an important issue in Chinese academic community. Grounded in life course theory and ecological systems theory, healthy aging essentially reflects a lifelong health empowerment process as well as a dynamic interaction between the individual and the environment. Therefore, social workers should play the role of empowerer to promote healthy aging and provide health services for older adults from both time and space dimensions, which helps to promote the life-course health among different populations, to fully control factors influencing health, and to establish a supportive social environment for healthy aging. In the context of mainland China, social workers should use a cooperation-based rather than a confrontation-based empowerment approach to integrate the health resources and improve the health outcomes for older adults.

Key Words: Healthy Aging; Life Course; Ecological Systems; Social Work Service

(责任编辑: 张瑞凯)

(上接第33页)

The Social Exclusion Experiences of Unmarried Migrant Women Who Induced an Abortion: The Intervention Strategies of Medical Social Work

Huang Dan

Abstract: Abortion of unmarried migrant women is a female health issue worthy of attention. Thirty-three unmarried migrant women who induced abortion were interviewed on the basis of participatory observation, as to explore their medical treatment experience and intervention strategies of medical social work. The study found that they suffered from multiple social exclusion (economic, social relations, culture and welfare system, etc.) in the medical treatment process. Medical social work can be involved in eight aspects: carrying out contraceptive knowledge propaganda; timely emotional counselling; changing the individual’s internal stigma; providing policy information consultation; actively linking social resources; carrying out medical staff training to provide friendly medical services; promoting the publicity of medical information of abortion in hospitals; carrying out relevant propaganda and advocacy activities in migrant population settlements.

Key Words: Migrant Women; Abortion Experience; Social Exclusion; Medical Social Work

(责任编辑: 王阳)