

《西北人口》网络首发论文

题目：不同社会经济因素对老年人死亡质量的影响研究
作者：黄钰婷，陆杰华
收稿日期：2024-01-15
网络首发日期：2024-04-20
引用格式：黄钰婷，陆杰华. 不同社会经济因素对老年人死亡质量的影响研究[J/OL]. 西北人口. <https://link.cnki.net/urlid/62.1019.C.20240418.1124.004>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

不同社会经济因素对老年人死亡质量的影响研究

黄钰婷¹, 陆杰华²

(1. 香港大学 社会工作与社会行政学系, 香港 999077; 2. 北京大学 社会学系, 北京 100871)

【摘要】伴随着大健康观的普及, 国民的死亡质量得到了越来越多的关注, 而不同群体之间死亡质量不平等的问题也逐渐暴露出来。为了更深入地探究痛苦死亡风险在老年群体中的分布情况, 研究基于中国老年健康影响因素跟踪调查(CLHLS)2005至2018年四个阶段的死亡老年人数据, 运用描述统计和Mlogit回归模型, 从个体、家庭和社会三个层次细致分析社会经济因素对老年人死亡质量的影响。研究结果发现, 不同社会经济背景的老年人死亡质量存在显著差异: 在控制其他因素的情况下, 受教育程度越低、家庭经济条件越差的老年人痛苦离世的几率越大。家庭收入水平的提高虽然可以降低老年人“痛苦”死亡的可能性, 但更强支付能力所带来的过度医疗风险亦会降低其“安详”离世的可能性。从地域差别来看, 相比农村和西部地区的老年人, 生活在城市和中东部地区的老年人死亡质量更优。最后, 从年龄的弥合效应而言, 死亡年龄推迟仅能缩小不同社会经济背景老年人痛苦死亡的概率差异, 而无法缩减其安详离世的可能性差异。为此, 建议政府、企业、社会组织 and 基层单位形成合力, 共同弥合临终照料资源的分布差距, 让更多弱势老年人亦得以善终。

【关键词】死亡不平等; 社会经济因素; 老年人; 死亡质量; 安宁疗护

【DOI】

【收稿日期】2024-01-15

【中图分类号】C913.6

【文献标志码】A

【文章编号】1007-0672(XXXX)XX-0001-15

【基金项目】北京市社会科学基金重大项目“实施积极应对人口老龄化国家战略研究”(编号:20ZDA32)。

【作者简介】黄钰婷, 女, 湖北武汉人, 香港大学社会工作与社会行政学系博士研究生; 陆杰华(通信作者), 男, 天津人, 北京大学中国社会与发展研究中心研究员、社会学系教授。

受儒家文化的影响, 中国社会有“重生轻死”的传统; 但是, 伴随着时代发展与国情变化, 一种着眼全局的大健康观在社会中逐渐普及开来, 即强调人们“身心社灵”全方位、“生老病死”全周期的生命质量(闫希军等, 2017)^[1]。其中, 安宁疗护作为提升国民生命终期质量的重要手段, 在近些年得到了越来越多的关注。自2017年以来, 我国已陆续出台多项有关安宁疗护的国家级指导文件, 一些领先试点的城市也颁布了具有区域特色的实施要求。在这些努力下, 我国大陆的死亡质量国际排名由2015年的71位上升到2021年的53位(Finkelstein et al., 2022)^[2], 可谓卓有成效。但是, 国际排名所依据的指标基本都是从服务提供端出发, 着重于姑息医疗环境、护理质量和政策方案等, 却忽视了身处服务使用端的民众的实际临终状态, 而后者才是最能够反映出国民死亡质量的直接标准。因而, 在衡量服务成效的时候, 还应投注更多精力在于评估人们临终痛苦的减轻比例与安详离世的提升比例。

为了让更多人的死亡质量得以提升, 需要了解在遭遇死亡风险时更加弱势或脆弱的人群分布情况, 进而更有放矢地规划相关资源的投入。曾有研究用泰坦尼克号不同船舱等级的生还概率, 阐释了社会等级导致的死亡风险不平等, 指出社会分层决定了人们遭遇风险的概率和在风险中受伤

害程度的差异,即“泰坦尼克定律”(景军,2006)^[5]。依此定律,死亡质量同样会受社会分层的影响而存在不平等,如社会身份较高或个体财富极多的人更可能在生命末期享受特殊的医疗和照顾(景军等,2020)^[4]。也有研究指出,阶层不平等已渗透到了个体的话语选择中,拥有较高社会经济地位的人才有更多临终医护方案的选择权力,而社会地位较低、经济能力较弱的人常是别无选择(方洪鑫,2021)^[5]。

基于上述背景,本研究主要聚焦死亡质量不平等的议题,研究对象为我国的老年群体。在现代的低死亡率社会中,处于身体与精神力量衰退年龄的老年人与死亡的联系最为紧密,在死亡人口中占据着主导地位;同时,“稳步扩大安宁疗护试点”的政策要求,也正是在《关于加强新时代老龄工作的意见》中被提出。因此,探究老年人的死亡质量不平等问题具有较强的理论意义与现实意义。综上所述,本研究将采用定量研究方法,探究以下问题:不同社会经济背景的老年人是否存在死亡质量的差异?若存在差异,不同维度的社会经济因素对于死亡质量的影响作用又是如何?

一、相关文献综述

(一)死亡范式转变下对死亡质量的关注

虽然死亡是每个个体都无可逃避的共同归处,但是人们面对临终的态度认知和处置离世者的实践方法却会在不同的社会形态和文化背景中显现出差异。参照时代阶序的变化,有研究划分出传统死亡范式、现代死亡范式和后现代死亡范式(刘谦等,2022)^[6]。传统范式中最典型的死亡类型是由传染病与灾难引起的突然离世,共同体中的成员会在宗教和神职者的带领与抚慰下参与丧葬等仪式、与死亡共处。现代范式则是被急速发展的科学理性与医学技术所催生,死亡从传统“驯顺的”逐渐转化为“边缘化且孤独”的意象(方洪鑫,2021)^[5],它逐渐远离日常生活,成为专家话语下冷冰冰的判决。机械化、程序化的医疗抢救措施,常使人的主体意志无法得到充分的表达,临终者的尊严也再难保证(陆杰华等,2015)^[7]。有研究认为,现代临终者的死亡孤寂受到现代医学偏重自然属性而忽视社会属性的影响,还与新老世代的地位消长、崇老社会及大家庭的瓦解等社会结构变化密不可分(王树生,2020)^[8]。总之,在现代死亡范式下,人们的死亡质量变得岌岌可危,这些不良后果也造就了后现代范式发展的土壤。在后现代范式中,死亡风险的类型更加多元,越来越多的人觉察到医学技术的有限性,进而在临终阶段愈发注重个体意愿的伸张与人格尊严的维护,死亡也从现代的“遮蔽”状态走向后现代的“复活”(刘谦等,2022)^[6]。由此,安宁疗护的概念应运而生,着眼于缓解临终者的痛苦、尽力满足他们个体化的尊严需求,最后达至提升其死亡质量的目标。

死亡质量,也被称为“临终生命质量”。从临终者主体的角度来看,指的是依照个体的期待和价值观念对他们的整体性临终体验进行评估的结果(Stewart et al., 1999)^[9]。参考既有文献,在本研究中,死亡质量被定义为,基于对人们身体、心理、社会、精神、医疗护理和死亡准备等方面的综合考量,来界定的个体临终时的整体状态(Hales et al., 2008)^[10]。有研究曾提出“善终的框架”,从个人的固定特质、可改变特征、可用干预措施和总体结果四个方面对死亡过程进行描述(Emanuel et al., 1998)^[11]。亦有学者通过系统文献回顾和定性研究提出了一个评估死亡质量的模型,该模型共涵盖了“症状与个人护理、死亡准备、死亡时刻、家庭、治疗偏好、全人的关注”六大领域和31个具体问题(Patrick et al., 2001)^[12]。由此可知,一个人的死亡质量是多重因素综合作用下的结果,此种个体主观感受的表达往往还映射出其所在家庭乃至社会文化所带来的影响。

(二)死亡质量差异与社会经济因素的影响

当前,已有不少研究对于老年人的死亡质量开展探索。一些研究侧重于对老年人的临终生命质量各方面表征的分布情况进行整体性的描述(郑真真等,2019)^[13],另一些则关注于研究影响老年人临

终痛苦的病理及社会因素(张韵等,2017)^[14]。既往文献普遍发现,死亡质量在不同群体之间存在着显著差异,不同性别、年龄、居住地的老年人的临终自理能力和临终状态均呈现出较大的差别(宋靛珺等,2021)^[15]。而在所有的群体差异中,由社会经济因素所带来的死亡质量差异,更是反映出社会分层所导致的死亡不平等现象。

一方面,社会经济因素会影响人们身体维度的死亡质量。研究显示,健康损失的累积不仅增强了死亡的风险,而且还增加了痛苦死亡的风险;在控制其他因素的情况下,经济地位较低的人群拥有较高的虚弱指数(顾大男等,2007)^[16],而虚弱程度越高、疼痛越强的人,死亡质量也越低(张韵等,2017)^[14]。当前,已有诸多研究证实,社会分层会带来老年人健康的不平等。例如,个体与家庭拥有的物质资源越丰富,老年人的健康水平也更好;在经济水平较高地区的老年人,健康指数和生活质量也越好(郑莉等,2016;陆杰华等,2017)^[17,18]。在生命末期,这种健康不平等便在一定程度上转化为死亡质量的不平等。实证研究表明,农村老年人的卧床时间比城市老年人更长,临终痛苦的比例也更高;高收入老年人的死亡质量始终优于低收入老年人,且这种差异会随着年龄增长而逐渐拉大(龚秀全等,2023)^[19]。社会经济因素还会通过“选择”和“保护”双路径作用于老年人的临终自理能力衰退过程,前者会通过“死亡”提前筛选并淘汰社会经济水平较弱的群体中生理素质低的个体,而后者则使具有良好社会经济条件的老年人拥有更慢的身体衰退速度和更长的带残生存时间(张文娟等,2020)^[20]。

另一方面,社会经济因素还会影响人们心理与社会支持维度的死亡质量。若从心理和社会支持维度来衡量,老年人的心理负担感越重、社会支持资源越少,死亡质量越差,更加容易落入“临终贫困”的境地(陈雷等,2013)^[21]。有研究指出,家庭经济状况会对老年人生活满意度与心理健康造成显著影响,面临严重经济压力与温饱问题的老年人具有很重的心理负担(杨一帆等,2017)^[22]。我国老年人在临终阶段具有较高的照料成本,而随着照料成本的增加,老年人安详离世的可能性显著下降(龚秀全等,2020)^[23]。从临终医护费用所造成的个体压力程度来看,高收入的富裕家庭拥有更强的开支能力,在临终医护费用的花销也越高,可以为老年人链接更多的医疗服务;而参与了养老和医疗保险的老年人,在负担医疗支出上的能力更强,经济压力也相对减轻(胡依等,2023)^[24]。从城乡地区差异来看,地区人均生产总值越高,老年人临终状态安详的可能性也越高;城镇高龄老年人在临终前一年的医疗费用支出显著高于乡村老年人(陈华帅等,2019)^[25],农村居民病死于家中的比例显著高于城市居民(景军,2021)^[26]。由此可见,在经济发展水平较高的地区,老年人对于临终医护服务的可及性和可负担性都会更强,从而增加了他们善终的可能性。

综上所述,老年人的死亡质量是当前学界非常关注的主题,并且已有不少研究探讨了死亡质量的影响因素、临终前的照料者、医疗费用和护理成本等议题。相较之下,专门探究社会经济因素影响下死亡质量差异的研究相对较少,基本都散落于其他主题的研究且只被简要提及(宋靛珺等,2021;胡依等,2023)^[15,23];或主要是基于质性资料进行分析(景军等,2020;方洪鑫,2021)^[4,5]。因此,本研究旨在系统性地探索由社会经济因素所带来的死亡质量不平等现象,运用定量研究方法,将社会经济因素划分为个体、家庭和社会三个层面进行细致分析,更深入地讨论痛苦死亡风险在不同老年群体中的分布情况。该研究结果能够为我国未来安宁疗护工作的精细化发展与针对性投入提供有益的参考。

二、研究设计

(一)研究假设与数据来源

基于文献回顾可知,老年人的健康水平会受社会经济因素的影响而呈现出不平等的情况,而健康的损耗继而增加了痛苦死亡的可能性(顾大男等,2007;郑莉等,2016)^[16,17]。与此同时,不同社会地位与居

住环境的个体所能获得的医护资源和所能负担的医护费用也存在显著差异,而在现代社会中,临终生活品质的提升又在很大程度上依赖于高质量的医护服务(景军等,2020)^[4],这使得无法负担高昂成本的农村或低收入居民在遭遇死亡风险时会产生更强的不公平感、遭遇更低的死亡质量(方洪鑫,2021)^[5]。因此,本研究的核心假设为:社会经济因素会导致老年人的死亡质量出现不平等。在控制其他因素的情况下,社会经济背景较弱的老年人死亡质量更差,而社会经济背景较强的老年人死亡质量更好。

社会经济因素是一个较为笼统的概念,它实际反映了社会分层的不同方面。既往研究常将其划分为个体层面与环境层面进行考察,前者聚焦教育、职业、财富收入等相关指标,而后者衡量社会经济发展、资源分配等要素对在地居民带来的影响(Adler et al., 1999)^[27]。同时,也有许多研究将其更细致地分为个体、家庭和社区三个层面进行测量(Braveman et al., 2005; Williams et al., 2016)^[28, 29]。考虑到中国养老照料的现实情况(即多数老年人由家庭承担主要照顾责任),有必要将老年人的家庭经济状况作为一个相对独立的维度进行探究,故本研究采用个体、家庭和社会三个层面的划分方式,对影响老年人的社会经济因素展开具体分析。

从个体层面而言,教育和职业是两种反映个人层面社会经济因素的常用指标,二者在相关研究中通常可以互换使用(Adler et al., 1999)^[27]。当今中国65岁以上的老年人参加工作的时间段主要处于20世纪中后期,那时中国的职业类别对社会经济分化的影响相对较弱,相比之下,受教育程度对人们发展机遇和声望获取的作用会更加显著和深远(李春玲,2019)^[30]。由此,本研究主要用老年人的受教育程度来反映其个体社会经济因素,从而提出子假设1:

H1: 个体的受教育程度会带来老年人的死亡质量差异,受教育程度越高的老年人,安详死亡的可能性越高。

经济能力也是社会经济因素测量中的核心指标。研究显示,多数中国老年人的经济来源为家庭供养、劳动收入与离退休养老金,而在70岁以上的老年人中,家庭供养更是起到主导作用(丁志宏等,2023)^[31],故以家庭为单位评估老年人临终前的经济能力会更为切合。在本研究中,主要选取家庭人均纯收入和自评家庭经济状况来呈现其收入能力。此外,作为家庭经济水平的客观且实在呈现的居住条件,会影响老年人的身心福祉(孙鹃娟等,2022)^[32],所以研究亦将其纳入测量指标。综上,提出子假设2:

H2: 家庭的经济能力和居住条件会带来老年人的死亡质量差异,家庭的经济能力越强、居住条件越好,老年人安详死亡的可能性越高。

除个体与家庭外,社会经济因素还在更广阔的社会层面运作。地区的经济发展水平和医疗护理资源极大程度地制约了在地居民对于相关服务的可获得性;且因物质殷实所带来的观念转变,也会让人们人们对高质量服务的了解和接受度得到提升(陆杰华等,2017)^[18]。这些因素都会对老年人的死亡质量造成影响,故提出研究的子假设3:

H3: 不同居住区域会带来老年人的死亡质量差异,相比乡村和西部地区的老年人,生活在城镇和中东部地区的老年人安详死亡的可能性更高。

为了检验上述假设,本研究主要使用中国老年健康影响因素跟踪调查(简称“中国老年健康调查”,CLHLS)中的死亡老年人数据进行分析。该调查自1998年开始到2021年末,在全国23个省/市/自治区已进行了九次。该调查中既包含老年人自主回答的身心健康、社会参与、生活习惯、家庭结构等信息,也包含了在这些老年人去世后,从其直接家庭成员处获取的他们临终前身体状况、照料安排与医护成本等详细情况。公开发布的前八次数据质量已经过评估,得到国内外学者的普遍认可。

本研究为反映近十几年来中国老年人的死亡质量,特选取了2005年至2018年四个阶段调查中共

15 975名死亡老年人样本,包括在2005年和2008年两次调研之间去世的样本5 228名,2008年和2011年两次调研之间去世的样本5 642名,2011年和2014年两次调研之间去世的样本2 879名,2014年和2018年两次调研之间去世的样本2 226名。依据研究需要,研究者对于原始数据进行清理,剔除了数据中年龄小于65岁、所涉核心变量存在缺失和异常值的样本,最终有14 090个样本被纳入统计分析。

(二)研究思路与分析策略

由于在本研究中,死亡质量指的是在多重因素综合作用下的个体临终时的整体状态,故其可被视为一种分类的结果性指标。参考既往研究与现实情况,本研究将老年人的死亡质量分为痛苦、一般和安详三种类别(龚秀全等,2023;陆杰华等,2024)^[16, 33]。而在社会经济因素方面,研究者从个体、家庭和社会层面分别选取指标来进行探索:个体维度用受教育程度来反映,家庭维度用家庭年人均纯收入、自评家庭经济状况和家庭基础设施配置来呈现,社会维度则用城乡和国家经济分区来考察。

具体而言,本研究的分析包含两个步骤。首先,研究者会通过描述统计展现老年人的死亡质量随着时期发展的变化情况,并运用列联表和卡方检验初步探究相关因素与老年人死亡质量之间的联系。之后,为了更深入地剖析社会经济因素对老年人死亡质量的影响效应,研究者将使用Mlogit模型(Multinomial Logit Model)进行估计。模型的基本架构如下:

$$\log \left[\frac{P(y = \text{对比组})}{P(y = \text{参照组})} \right] = \alpha + \sum_{k=1}^k \beta_k X_k$$

在分析多类别变量时,要将因变量的一个类别设置为参照组(如“痛苦”),其他的类别设置为对比组(如“一般”和“安详”),故公式左边log括号内表示的即为“对比组的概率除以参照组的概率”,其中对比组和参照组可以依据分析需要进行改变和转换,进而得到一组logit模型。公式右边的 X_k 表示老年人死亡质量的影响因素,包括控制变量与社会经济变量; β_k 表示对应变量的回归系数, α 表示截距。本研究共构建三组模型,模型1仅纳入控制变量与个体社会经济因素,模型2在模型1的基础上加入家庭社会经济因素,模型3在模型2的基础上进一步纳入地区经济发展因素。模型间的嵌套关系设计,一方面是与研究思路保持一致,另一方面亦可以考察解释变量对因变量作用机制的稳定性。三组模型的拟合效果将通过似然比率检验法进行比较。

(三)变量测量与样本分布

1. 因变量:本研究的核心关注点是老年人的死亡质量,在CLHLS问卷中对应的具体问题为“老人去世时的表情是否痛苦?”,选项包含“非常痛苦”“比较痛苦”“一般”“比较安详”“很安详”和“说不清”。该问题是由老年人临终前最主要的照顾者回答的。由于主要照顾者亲历了老年人临终前后的全过程,对于老年人的整体状态有非常全面的了解和感受,所以该回答实际呈现的是他们对老年人临终与死亡过程的综合评估,符合本研究对于死亡质量的概念界定。但因其是一个主观性的变量,序次性并不如常规的客观变量,无法通过平行性检验,故在后续回归分析中使用Mlogit模型而非有序Logit模型。

基于对样本情况与研究实际的考虑,研究者将“非常痛苦”和“比较痛苦”合并为“痛苦”,赋值为0;“一般”赋值为1;“比较安详”和“很安详”合并为“安详”,赋值为2;“说不清”作为缺失值进行处理,最后得到“老年人死亡质量”的三分类变量。

2. 关键解释变量:本研究的核心解释变量为与老年人相关的社会经济因素,划分为个体、家庭和社会三个维度。在个体维度,研究纳入“受教育程度”变量。该变量依据老年人生前对“您一共上过几年学?”问题的回复来整理,“0”记录为“未上过学”,赋值为0;1至5年汇总为“上过1~5年学”,赋值为1;大于或等于6年汇总为“上过6年及以上学”,赋值为2。

在家庭维度,研究纳入“家庭年人均纯收入”“自评家庭经济状况”和“家庭基础设施配置”三个变量。“家庭年人均纯收入”依据老年人离世后家属所报告的“临终前一年老人家庭年人均纯收入”来整理,考虑到通货膨胀和物价变化的影响,研究者依据历年居民消费价格指数将其收入统一调整到2018年的标准来分析。参考其四分位数,研究者将该变量划分为由低到高的四个类别“低于6 000元”“6 000~19 999元”“20 000~44 999元”和“45 000元以上”,依次赋值为0、1、2、3。“自评家庭经济状况”依据老年人生前对“您的生活在当地比较起来属于?”问题的回复来整理,“比较困难”和“很困难”汇总为“困难”,赋值为0;“一般”赋值为1;“很富裕”和“比较富裕”汇总为“富裕”,赋值为2。“家庭基础设施配置”则根据已去世老年人家属回答的“老年临终前家里是否有下列7种设施(厕所、自来水、洗澡设备、取暖设备、电视机、洗衣机、电话)”的数据来整理。该七类设施都是现代住房中的基础配置,以应对人们的卫生、饮食、联络等基本生活需求,如若缺失其中两项及以上,会较显著地降低居住的便利程度,故本研究将拥有0~5种汇总为“较缺失”,赋值为0;拥有6~7种则定义为“较完善”,赋值为1。

在社会维度,研究纳入“居住地点”和“居住地区”两个变量。“居住地点”即“原被访死亡时的居住地”,在问卷中有城市、镇、乡三个选项,本研究将前两项合并为“城镇”赋值为1,后者“乡村”赋值为0,将其转化为二分变量。“居住地区”基于被访老年人所在省(市)编码进行分类,参考中国经济分区,将四川、贵州、广西等地划为“西部地区”,赋值为0;将山西、湖北、湖南等地划为“中部地区”赋值为1;将

表1 变量测量及分布情况(N=14 090)

变量名称	变量赋值/取值范围	占比或平均数	变量名称	变量赋值/取值范围	占比或平均数	
因变量	死亡质量	痛苦=0 一般=1 安详=2	13.1% 27.9% 58.9%	死亡年份	2005~2018年	2010
	受教育程度	未上过学=0	70.2%	死亡年龄	65~121岁	94
		上过1~5年学=1	19.8%	性别	男性=0	40.5%
上过6年及以上学=2		10.1%	女性=1		59.5%	
关键解释变量	家庭年人均纯收入	低于6 000元=0	29.6%	民族	汉族=0	92.9%
		6 000~19 999元=1	33.0%		少数民族=1	7.1%
		20 000~44 999元=2	16.1%	自理能力受损程度	6(完全自理)~18(完全失能)	13
		45 000元以上=3	21.4%	是否患慢性病	否=0 是=1	8.2% 91.8%
控制变量	自评家庭经济状况	困难=0	18.6%	是否能得到及时医疗	未发病=0 能=1 不能=2	19.0% 76.8% 4.2%
		一般=1	67.3%	主要经济来源	自己或配偶=0	14.0%
		富裕=2	14.1%		子孙或其他亲属=1	79.7%
	家庭基础设施配置	设施较缺失=0	47.0%	政府或社团等=2	6.3%	
		设施较完善=1	53.0%	居住方式	独居或仅与伴侣同住=0	38.2%
	居住地点	乡村=0	59.4%		与子孙或其他亲属同住=1	57.6%
		居住地区	城镇=1	40.6%	养老院或其他=2	4.1%
西部地区=0	29.6%		死亡地点	家=0	88.9%	
中部地区=1	28.3%			医院=1	8.5%	
	东部地区=2	42.1%	机构=2	2.6%		

北京、天津、上海、广东等地划为“东部地区”赋值为2。

3. 控制变量:在关键解释变量之外,本研究还纳入了老年人基本人口特征、身体状况及社会支持的相关变量作为控制变量。既往研究指出,死亡年龄、性别和居住方式等会显著影响老年人的死亡质量(宋靓珺等,2021)^[15]。临终前的虚弱指数和患病情况等也会使老年人的临终状态呈现差别(顾大男等,2007)^[16]。此外,社会支持具有缓解老年人临终痛苦的重要作用(张韵等,2017)^[14],也需纳入控制。因而在本研究中,研究者选取“死亡年份”“死亡年龄”“性别”“民族”“自理能力受损程度”^①“是否患慢性病”“是否能得到及时医疗”“主要经济来源”“居住方式”和“死亡地点”作为控制变量。研究所涉及变量的详细情况可见表1。

三、主要分析结果呈现

首先,研究者运用列联表的方法,将所有的控制变量与社会经济变量分别与死亡质量进行交叉分析(其中,连续变量“死亡年份”“死亡年龄”和“自理能力受损程度”在这里转化为了类别变量),结果见表2。卡方检验结果显示,各个变量均与老年人的死亡质量显著相关($P<0.001$)。

由于交叉分析无法控制其他变量的复合影响,难以确认特定因素对老年人死亡质量的独立作用,故研究者进一步构建了三组 Mlogit 模型,将以上所涉变量逐步纳入分析,来更深入地探索相关变量对死亡质量的影响情况。表3展现了基于中国老年健康调查数据而构造的回归结果,基础模型均以“痛苦”作为参照组,且均已通过多重共线性检验。回归结果显示,三个模型的综合检验都在 $p=0.001$ 的水平上显著,并且随着解释变量的不断加入,模型的AIC值与BIC值在逐渐减小,模型间比较亦通过了似然比率检验,说明新变量的加入使模型的解释力度逐渐增高,拟合效果越来越好。最终,选择模型三作为研究分析的主要依据,并通过更换参照组的方式,在其中增添了“安详 Vs. 一般”的结果,从而更全面地展现各因素的影响效应。

(一)不同时期老年人死亡质量的变化及分布情况

中国老年健康调查从微观个体出发,通过对老年人家属的直接访问,获得了老年人真实具体的临终情况。表1的数据显示,整体而言,我国老年人的死亡质量欠佳,只有58.9%的老年人在临终时表情安详,而有13.1%的老年人在临终时遭遇明显痛苦,其余近三成老年人死亡质量一般。

从具体数据来看,2005~2018年,老年人痛苦死亡的比例始终高于12%,而安详离世的比例最高也未超过61%。但回归模型结果显示,以痛苦死亡为参照,死亡年份与老年人的死亡质量呈显著负相关,即老年人安详死亡的几率在逐年下降。甚至在《安宁疗护实践指南(试行)》出台后的2017~2018年,老年人临终状态为痛苦的比例高达16.3%,即大约每6位临终老年人中就会有1位痛苦去世,若将其与我国庞大的老年人口基数相结合,足以发现我国已然面临着极为严峻的老年临终痛

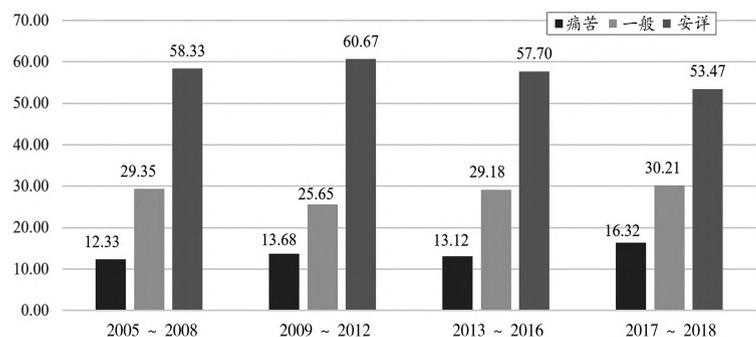


图1 2005至2018年老年人死亡质量分布情况(%)

① 该变量是由问卷中六个问题的回答加总整理而得(临终前老人洗澡/穿衣/吃饭能否自理、室内活动/上厕所是否要帮助、能否控制大小便),每一道题中,完全自理为1分,部分自理为2分,完全失能为3分,数值越大自理能力受损程度越严重。

表2 不同特征老年人的死亡质量情况(%)

		死亡质量			死亡质量				
		痛苦	一般	安详	痛苦	一般	安详		
死亡年份	2005~2008	12.3	29.4	58.3	居住方式	独居或仅与老伴同住	15.2	30.6	54.2
	2009~2012	13.7	25.7	60.7		与子孙辈或其他亲人同住	12.0	26.0	62.1
	2013~2016	13.1	29.2	57.7		养老院与其他	10.7	29.7	59.6
	2017~2018	16.3	30.2	53.5	家	12.8	27.2	59.9	
性别	男性	15.4	30.5	54.1	死亡地点	医院	17.0	33.3	49.7
	女性	11.6	26.2	62.3		机构	10.6	34.2	55.2
死亡年龄	65~79	28.9	34.4	36.8	受教育程度	文盲	12.5	27.0	60.5
	80~89	19.3	33.7	47.1		上过1~5年学	14.5	29.5	56.0
	90~99	11.7	27.8	60.5		上过6年及以上学	14.8	31.8	53.4
	100+	8.5	23.9	67.6					
民族	汉族	13.4	27.6	59.1	家庭年人均纯收入	低于6 000元	15.1	27.7	57.2
	少数民族	10.0	32.6	57.4		6 000~19 999元	12.7	28.4	58.9
						20 000~44 999元	12.3	28.0	59.7
自理能力	完全自理	10.0	28.3	61.7		45 000以上	11.8	27.4	60.8
	部分失能	12.5	28.3	59.2	自评家庭经济状况	困难	15.9	30.4	53.7
	完全失能	17.2	26.7	56.1		一般	12.7	27.8	59.5
				富裕		11.5	25.5	63.0	
是否患慢性病	否	6.7	25.7	67.6	家庭设施配置	设施较缺失	15.6	30.4	54.0
	是	13.7	28.1	58.2		设施较完善	10.9	25.7	63.3
临终前医疗支持	未发病	6.6	22.4	71.0	居住地点	乡村	13.4	28.8	57.8
	能	14.2	28.6	57.2		城镇	12.8	26.6	60.6
	不能	22.3	41.3	36.4					
主要经济来源	自己或配偶	17.2	28.9	53.9	居住地区	西部地区	15.2	30.7	54.1
	子孙或其他亲人	12.4	27.6	60.1		中部地区	14.3	26.0	59.7
	政府或社团等	14.1	29.8	56.1		东部地区	10.9	27.3	61.8

苦问题。考虑到政策的实施效果具有滞后性,服务的提供与使用之间亦存在一定的传递问题,以上数据可能无法充分展现近几年我国老年人死亡质量的改善情况,但这些既有情况已经值得引起警惕。

(二)基础人口学特征对老年人死亡质量的影响情况

从表2和表3可见,不同人口学特征的老年人死亡质量存在显著差异。从年龄来看,死亡年龄与死亡质量呈现显著的正相关性,高龄去世的老年人死亡质量显著高于低龄去世的老年人。在控制其他因素的情况下,老年人的年龄每增长1岁,他们得以安详离世的几率将增加5.9%(相对于痛苦)。从文化解释而言,受到我国传统文化观念的影响,老年人长寿离世多被认为是“善终”与“喜丧”(宋靓珺等,2021)^[5];另一方面,从选择性解释来看,高龄老人是经过了自然筛选的生存赢家,他们比低龄老年人更具有适应性、更有能力应对痛苦,故在面对死亡时也会更加从容(顾大男等,2007)^[6]。

从性别来看,女性的死亡质量显著优于男性,女性老年人安详离世的比例为62.3%,比男性高出8个百分点。回归结果显示,在其他因素相同的情况下,以痛苦为参照组,女性安详死亡的几率是男性的1.2倍。原因可能在于,其一,男性角色通常代表着更强健的身体与更大的责任承担,而临终伴随而

表3 社会经济因素对老年人死亡质量影响的Mlogit回归分析结果

变量名称	模型一		模型二		模型三		
	一般Vs.痛苦	安详Vs.痛苦	一般Vs.痛苦	安详Vs.痛苦	一般Vs.痛苦	安详Vs.痛苦	安详Vs.一般
死亡年份	0.979 [*]	0.982 [*]	0.973 ^{**}	0.966 ^{***}	0.972 ^{**}	0.965 ^{***}	0.993
死亡年龄	1.030 ^{***}	1.060 ^{***}	1.029 ^{***}	1.059 ^{***}	1.029 ^{***}	1.059 ^{***}	1.029 ^{***}
女性(男性)	1.076	1.251 ^{***}	1.060	1.208 ^{**}	1.073	1.219 ^{**}	1.135 ^{**}
少数民族(汉族)	1.494 ^{***}	1.156	1.514 ^{***}	1.197	1.650 ^{***}	1.418 ^{**}	0.859 [*]
自理能力受损程度	0.946 ^{***}	0.939 ^{***}	0.947 ^{***}	0.939 ^{***}	0.946 ^{***}	0.938 ^{***}	0.992
身患慢性病(否)	0.613 ^{***}	0.558 ^{***}	0.616 ^{***}	0.570 ^{***}	0.611 ^{***}	0.569 ^{***}	0.931
及时医疗(未病)	0.746 ^{**}	0.526 ^{***}	0.739 ^{**}	0.517 ^{***}	0.740 ^{**}	0.522 ^{***}	0.706 ^{***}
不能得到及时医疗	0.706 [*]	0.224 ^{***}	0.749 [*]	0.251 ^{***}	0.764	0.260 ^{***}	0.341 ^{***}
主要经济来源为子孙等亲属(自己/配偶)	1.204 [*]	1.047	1.301 ^{**}	1.199 [*]	1.281 ^{**}	1.221 [*]	0.954
来源为政府/社团等	1.090	0.882	1.228	1.064	1.190	1.061	0.892
与子孙或其他亲属居住(独居/仅与伴侣)	0.964	1.197 ^{**}	0.901	1.091	0.923	1.139 [*]	1.234 ^{***}
住在养老院或其他	1.157	1.586 ^{**}	1.114	1.466 [*]	1.106	1.443 [*]	1.305 [*]
死亡地点为医院(家)	1.058	0.751 ^{**}	0.987	0.657 ^{***}	1.007	0.647 ^{***}	0.642 ^{***}
死亡地点为机构	1.431	0.989	1.414	0.938	1.457	0.960	0.659 ^{**}
上过1~5年学(未上过学)	1.152	1.232 ^{**}	1.130	1.177 [*]	1.154	1.213 ^{**}	1.051
上过6年及以上学	1.342 ^{**}	1.380 ^{***}	1.290 [*]	1.260 [*]	1.295 [*]	1.271 [*]	0.981
年人均收入6000~19999元(6000元以下)			1.195 [*]	1.046	1.221 ^{**}	1.076	0.882 [*]
年人均收入20000~44999元			1.221 [*]	1.023	1.236 [*]	1.042	0.843 ^{**}
年人均收入45000元以上			1.220 [*]	1.061	1.206 [*]	1.053	0.873 [*]
家境状况一般(困难)			1.078	1.196 ^{**}	1.058	1.173 [*]	1.109 [*]
家境状况富裕			1.067	1.323 ^{**}	1.055	1.301 ^{**}	1.233 ^{**}
家庭设施配置完善(缺失)			1.204 ^{**}	1.702 ^{***}	1.170 [*]	1.583 ^{***}	1.353 ^{***}
住在城镇(乡村)					0.930	1.055	1.134 ^{**}
在中部地区(西部)					0.983	1.275 ^{***}	1.297 ^{***}
在东部地区					1.355 ^{***}	1.655 ^{***}	1.221 ^{***}
样本量	14,090						
AIC	25 287.15		25 155.22		25 087.48		
BIC	25543.96		25502.67		25480.25		

注:模型数值为发生比(odds ratio);自变量括号内为参照组;*** $p < 0.001$,** $p < 0.01$,* $p < 0.05$ 。

来的身体机能衰退与社会功能丧失,会使其内心的落差感等负性情绪相比女性更加强烈;其二,女性长者与家庭成员的亲密度一般高于男性长者,且更愿意与身边人分享自身的感受,这使其更容易获得支持与安慰,进而在一定程度上缓解了女性老年人的临终痛苦。

另外,从民族来看,在控制了其他因素后,少数民族老年人的死亡质量要显著优于汉族。以痛苦死亡为参照组,少数民族临终状态安详的几率是汉族的1.42倍,临终状态一般的几率也是后者的1.65倍。这种差异应主要源于特定文化习俗和宗教信仰的作用。有研究指出,文化背景对于人们死亡质

量的评估非常重要,这种文化规范包含存在主义信仰、世俗化程度和人与社群关系的理解等(Hales et al., 2008)^[10]。少数民族老年人受其民族文化或地方信仰的影响,在生命末期往往拥有更多的精神支撑,可以帮助他们摆脱临终恐惧、重塑生命的价值(刘辞涛等, 2022)^[34]。

(三) 身体状况与社会支持对老年人死亡质量的影响情况

身体和社会支持维度的分布情况与既往研究结果较一致。身体健康状况与老年人的死亡质量显著相关,自理能力越强、患病越少的老年人死亡质量越高。如表2所示,能完全自理的老年人痛苦死亡的比例为10%,而完全失能老年人的痛苦离世的比例高达17.2%。表3的回归模型也显示,自理能力受损程度提高会令老年人安详离世(参照“痛苦”)的几率下降6.2%。对老年人来说,个体健康素质的逐渐透支会带来躯体机能难以避免的受损,以致其痛苦死亡的风险增加(Rockwood, 2005)^[35]。研究指出,自理能力的衰退直接制约了人们的社交活动,让其感觉被原属群体遗弃或排斥;原有的职责任务也因机能退化而无法完成,这种角色的改变会引发强烈的失去感,进而也增加了人们的心理痛苦(Cohen et al., 2000)^[36]。同样,身患慢性病也会使老年人安详离世的几率较未患病的老年人低43.1%。表2显示,生前没有慢性病和临终前未发过病的老年人痛苦死亡的比例为6.6%;而有慢性病的老年人痛苦死亡的比例为13.7%;发病后还无法得到及时治疗的老年人死亡质量最差,痛苦的比例高达22.3%。可见,疾痛带来了深远的后果(Rodriguez et al., 2019)^[37],不仅会造成情绪困扰和认知障碍,也会让人们的精神活动受到明显干扰(Strang, 1992)^[38]。

从正式性支持来看,医疗支持在缓解老年人临终时的痛苦上具有显著的作用。如若老年人在发病时能得到及时治疗,其安详死亡的几率(参照“痛苦”)相比未能得到及时治疗的老年人可高出26%。但值得注意的是,在医院去世的老年人死亡质量显著不及在家去世的老年人,获得善终的几率要低35.3%。故虽然临终前在医院能够及时地获得医疗帮助,但是重症室压抑冰冷的氛围和医疗卫生措施往往会令老年人体会到更深重的孤独感和丧失感(Blauner, 1966)^[39]。此外,临终前居住在养老院等专业机构的老年人死亡质量显著更优,相比独居或仅与配偶居住的老年人,前者安详离世的几率高出44.3%。由此可推断,社会化养老方式对于提升老年人的死亡质量有显著效果,由于专业机构的理念更加注重安养而非治疗,专业工作者能够在老年人生命末期提供有效的照料服务,让老年人的临终尊严得以实现。然而,亡于机构的老年人与亡于家中的老年人相比,只是死亡质量“一般”的几率有所提高,但“安详”的几率仍有不及。由于在家中离世仍是大多数老年人的心愿(张立龙等, 2020)^[40],在熟悉的环境中由亲人陪伴着度过最后的时光,更能令老年人的心理得到较大的安慰。

经济来源和居住安排的统计结果也展现了家庭的重要作用,来自子孙等亲属的支持对提升老年人的死亡质量起到显著的影响。在其他因素相同的情况下,以亲属为主要经济来源的老年人相比纯靠自己或配偶的老年人,安详死亡(参照“痛苦”)的几率提高了22.1%,与亲人同住也会使该几率提高近14%。当今,我国的社会化照料程度依旧较低,老年人的临终照料仍主要依赖于亲属(张文娟等, 2021)^[41],故家庭支持在维护老年人生命末期质量中的作用暂时还无可替代,这种血脉相连的情感链接能够帮助老年人抵御临终的孤寂、感受到归属与安宁。

(四) 社会经济因素对老年人死亡质量的影响效应

从个体因素来看,在其他条件相同的情况下,受教育程度越高的老年人死亡质量越高。以痛苦为参照组,上过1~5年学的老年人相比未上过学的老年人,安详死亡的几率提高了21.3%;上过6年及以上学的老年人,该几率更增加了27.1%。需特别说明的是,表3回归分析的结果与表2交叉统计的结果有所差异,主要原因在于受教育程度越高的老年人越有可能在医院离世(卡方检验 $p < 0.001$),他们的社会地位更优越,对于医疗服务的可负担性也更强(景军等, 2016)^[42];但由于在医院离世会显著

降低老年人的死亡质量,所以交叉分析实际混杂了其他因素的影响。而回归分析控制了其余变量,展现出教育程度的独立影响效应,验证了子假设一。

家庭因素的三个相关变量呈现出较为多样的结果。从客观年人均收入情况看,收入6000元以上的家庭相比收入不足6000元的家庭,老年人死亡质量为“一般”的几率显著提高。收入水平为6000~19999元、20000~49999元和45000元的组别相较最低收入组别的老年人,其一般死亡的几率(参照痛苦死亡)分别高出22.1%、23.6%和20.6%。有趣的是,在参照“痛苦”的情况下,各个收入水平的老年人安详死亡的几率并未呈现显著的差异;而在参照“一般”的情况下,收入水平较高的老年人获得安详的几率显著降低了约12%~15%,甚至收入水平在20000元以上的家庭,老年人善终的几率更低。由此可见,客观收入水平的增高在降低老年人“痛苦死亡”可能性的同时,也降低了他们“安详死亡”的可能性,质量“一般”的死亡在客观收入较高的家庭中更为普遍。该现象主要归咎于“过度医疗化”的风险。收入水平的增高会提高人们获取医疗资源的能力;但在生命末期,这种医疗资源多呈现为插管、心肺复苏等创伤性的抢救(刘谦等,2022;陆杰华等,2015)^[6,7]。高经济能力的家庭出于孝道原则而难以做出放弃抢救的决定,老年人的死亡过程被人为延长,反而增添了更多的痛苦。在此种情况下,老年人的死亡质量便被更多地报告为“一般”而非“安详”。

从其他两个家庭指标来看,“自评家庭经济状况”与老年人的死亡质量呈显著正相关。以痛苦为参照,自评家境“一般”的老年人比于自评“困难”的老年人获得安详的几率高出17.3%,自评“富裕”的老年人更是高出30%。将此结果与前述“收入”变量的结果对比,可发现真正能够促进老年人善终的因素并非是其客观的收入,而是老年人主观评估的经济水平。具体而言,调查中自评家境的原问题是“您的生活在当地比较起来属于?”该问题不仅询问了老年人的家庭经济状况,而且更反映了其心理上的经济压力,并蕴含了地区性的限制(即控制各地经济收入和消费水平不同的情况)。既往研究指出,老年人在临终之时,会敏感于自己可能会为家庭造成的负担(McPherson,2007)^[43],在衰老的利他动机下,他们会尽可能地避免拖累家庭(Borrat-Besson et al.,2022;Lei et al.,2022)^[44,45]。故当老年人认为自己的家庭并不富裕时,会在临终时感受到更强的心理压力,导致他们的死亡质量降低。此外,“家庭基础设施配置”越完善的老年人死亡质量越高。模型三显示,在控制其他条件时,前者安详死亡参照痛苦死亡的发生率是后者的1.51倍,这进一步证明了家庭经济因素会对老年人死亡质量造成差异,验证了子假设二。

从地区因素来看,在控制其他条件时,老年人的死亡质量呈现出显著的地区不平等现象。从城乡而言,城镇老年人安详离世(参照“一般”)的几率比农村老年人高了13.4%。从地区而言,若以痛苦为参照,中部地区和东部地区的老年人得以安详死亡的几率分别是西部地区的1.28倍和1.66倍。以结构层面的资源差异来解释,经济条件优越的地区拥有更舒适的生活环境、更先进的公共设施和医护条件以及更完善的社会福利体系,生活在其中的个人也倾向于投入更多的医疗成本(陆杰华等,2017)^[18]。同时,国家政策的安排更促进了这些区域安宁疗护工作的领先发展。对照2017至2023年国家卫生健康委员会颁布的安宁疗护试点名单可见,首批试点多在东部区域开展(北京海淀区、上海普陀区等);纵观既有三个批次的试点区域,也是东部和中部地区覆盖的范围更广(开展全省/市试点的唯有上海、北京、浙江和湖南)。所以,以上所述资源分布的差异,让生活在经济水平较高地区的老年人在临终支持服务的可获得性和质量品质上明显强于其他区域的老年人,进而呈现出死亡质量区域不平等的结果,验证了子假设三。

(五)年龄对于死亡质量不平等的弥合效应

既往研究指出,由社会经济因素引起的老年人发病率和预期寿命不平等情况,会随着年龄的增长

而有所缩减(Huisman et al., 2003;焦开山, 2018)^[46,47]。这种年龄的弥合效应在老年人死亡质量不平等中是否同样存在呢? 研究者选取了在“安详vs.痛苦”的比较中,组间差异显著的四个解释变量:“教育程度”“自评家境状况”“家庭设施情况”和“居住地区”。依据模型三的预测概率绘出图2,以分析老年人的死亡质量随着年龄增长的变化情况。

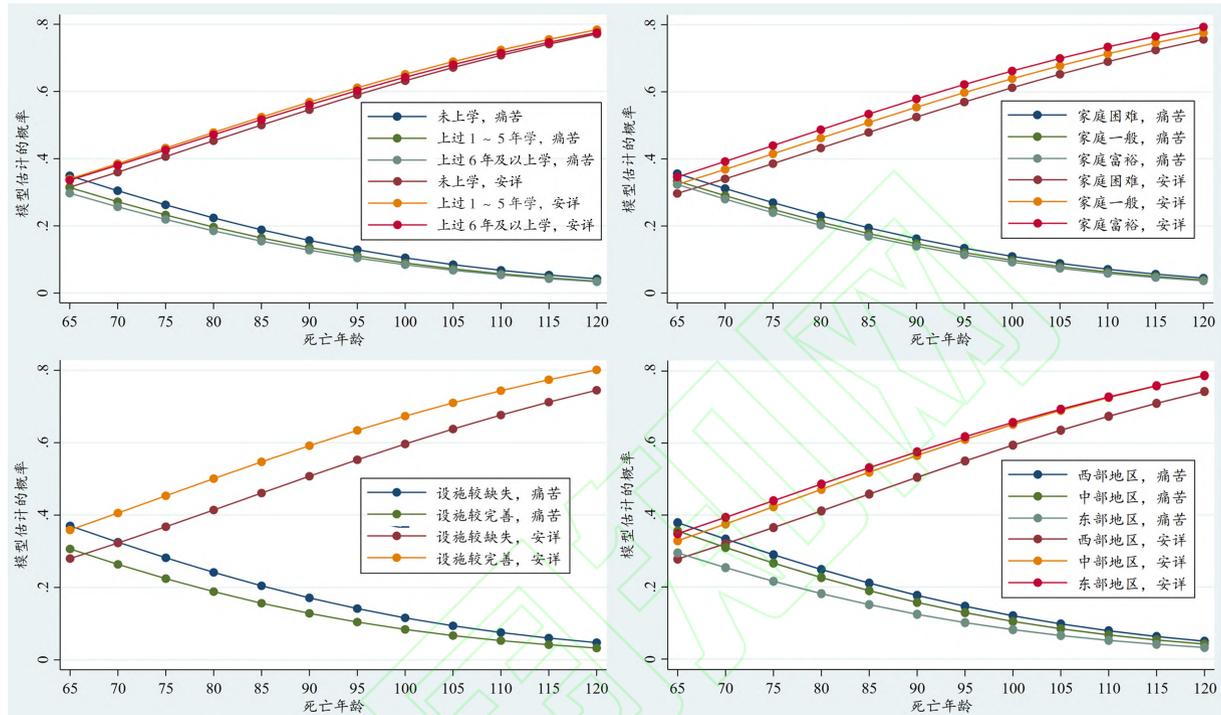


图2 年龄对老年人死亡质量差异的弥合效应

可见,由社会经济因素造成的痛苦死亡概率差异会随着老年人年龄的增长而逐渐缩小,这在4个变量中都有明显体现。但是,安详离世的概率差异却并没有因为年龄的增长而消失,尤其在家庭条件和地区变量上,此种差异在百岁高龄老人中依旧显著。由此可知,社会经济因素所造成的死亡质量不平等是相对稳定的,年龄的弥合效应有限。换言之,死亡年龄的推迟只能在一定程度上让老年人临终痛苦的可能性降低,但若要真正提高老年人善终的可能性,还是要依靠家庭条件及地区环境的提升。

四、结论与讨论

本研究基于2005至2018年的中国老年健康调查数据,运用描述统计方法和Mlogit回归模型来深入讨论社会经济因素影响下老年人死亡质量出现差异的问题。研究显示,近年来我国老年人的死亡质量不容乐观,安详离世的比例仍然处于较低的位置。故非常需要找出面临更高痛苦死亡风险的人群特征,并采取更有针对性的改善措施。

本研究的分析结果证实了前述假设,即不同老年人在社会经济因素上的差异,会带来其死亡质量的不平等。社会经济背景较强的老年人临终状态为安详的几率更高,而社会经济背景较差的老年人临终状态为痛苦的几率更大。这种不平等在个体、家庭和社会维度均有所体现:

1. 老年人的受教育程度对其死亡质量造成显著影响。在同样的条件下,文化水平越高的老年人死亡质量越高。相比低文化水平的老年人,受过高等教育的老年人通常能获得更高的社会身份,拥有更多的物质和精神资源,对死亡的认知和准备也会更加充分(陈科燃等, 2022)^[48],进而呈现出更好的

临终状态。

2. 老年人及其家庭的经济水平会显著影响其死亡质量,家庭经济能力和居住条件越好的老年人,痛苦死亡的可能性越低。该结果与既往研究结论一致,一方面,家庭经济条件直接关乎老年人对于优质医疗资源的可及性和可负担性。许多临终者遭遇难以言喻的苦痛,很大程度上是因为他们无法负担和接受姑息护理(景军等,2020)^[4],在公共卫生服务均等化尚未完全实现的时期,经济的区隔造就了不同阶层家庭成员死亡质量的不平等(方洪鑫,2021)^[5]。但同时,应当警惕医疗措施的适度性问题,本研究结果显示,虽然高收入能够降低老年人痛苦死亡的可能性,但他们的死亡质量并未随着其客观收入水平的增加而逐步提升,更强的支付能力所带来的过度医疗风险反而会降低老人安详离世的可能性。另一方面,经济因素不仅通过医护资源影响老年人的死亡质量,还会通过牵动老年人的心理状态来发挥作用。在结果中,与客观收入变量不同,老年人的主观家境评估与其死亡质量呈正相关,即自评家境富裕的老年人在临终时状态安详的几率显著高于自评家境困难的老年人。由于家境评估是老年人生前自己做出的回答,故该变量能够在很大程度上排除过度医疗的影响效应,呈现出家庭经济能力与死亡质量之间更纯粹的关联。既往研究指出,临终者的“自我感受负担”是制约其死亡质量提升的关键因素(武燕燕等,2010)^[49],而对自身所带来的家庭经济压力的担忧,正是老年人心理负担的主要来源。所以,当老年人对自己的家庭经济状况呈积极态度时,其在临终时承担的心理压力更弱,死亡质量也随之提高。

3. 居住在不同地区的老年人的死亡质量具有明显差异。老年人的死亡质量在城乡与区域之间呈现出平等,即居住在城镇和东中部地区的老年人死亡质量显著更优,而居住在乡村和西部地区的老年人死亡质量更差。曾有研究指出,地区社会经济因素会有正向的外部性(陆杰华等,2017)^[18],丰富的物质资源与先进技术服务使城镇和中东部地区的居民享有更高的健康素质。而且,相比生活在落后地区的老年人,发达地区的老年人及其家庭倾向于投入更多的临终医疗和护理费用,这也让后者能获得更多支持(陈华帅等,2019)^[25]。

此外,本研究的分析结果也同样验证了既往文献所指出的,老年人死亡质量在性别、年龄、民族、身体症状与社会支持方面存在差别的情况(张韵等,2017;李曼,2022)^[14,50]。在此基础上,本研究还更进一步探究了年龄的弥合效应。结果发现,不同社会经济背景的老年人痛苦死亡的概率差异会随着死亡年龄的推迟而缩小,但是安详死亡的概率差异在各个年龄段都十分显著,并没有因为高龄离世而有所调和。可见,社会经济因素带来的死亡质量不平等,可以更具体地表达为“善终”的不平等。

因此,为了更好地提升我国老年人的临终生命状态、应对因社会经济差别造成的死亡质量不平等,各级政府、企业、社会团体、基层社区等应当形成合力。首先,政府需要加大对于西部地区、农村地区的政策支持力度,可以通过项目补贴或税收优惠等方式,鼓励在落后地区建设高质量的医疗机构;或者通过区域对口帮扶、人才交流等形式,向新试点区域推广安宁疗护的优秀经验与方法。其次,企业和社会团体可以抓住发展机遇,在安养服务尚不成熟或较缺失的地区进行业务拓展,引入先进的临终照料理念和技术。公益性的社会组织还可针对低收入家庭和有困难的老年人开展专项服务,为老年人链接合适且可负担的医疗资源,并给予心理疏导和精神慰藉,以缓解老年人的内心压力和死亡恐惧。最后,基层社区和村委也需提供更大范围的养老支持,可以在现有养老驿站、爱心餐桌等服务的基础上,增加对老年人临终的预案安排。尤其对于辖区内高龄、独居和经济困难的老年人,应建立党员或志愿者结对帮扶机制,定期掌握老年人的身心状态,及时发现并处理风险异常情况,从而降低老年人痛苦死亡的风险。✿

参考文献:

- [1] 闫希军,吴迺峰,闫凯境,等.大健康与大健康观[J].医学与哲学(A),2017(3):9-12.
- [2] Finkelstein E A, Bhadelia A, Goh C, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021 [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2022(4): e419-e429.
- [3] 景军. 泰坦尼克定律: 中国艾滋病风险分析[J]. 社会学研究, 2006(5): 123-150+244-245.
- [4] 景军, 王健, 冷安丽. 生命代价之重与优逝善终之难——一项有关晚期癌症患者调查研究的启示[J]. 社会学评论, 2020(4): 62-76.
- [5] 方洪鑫. 现代死亡的道德形构: 社会想象与日常实践[J]. 社会, 2021(4): 182-215.
- [6] 刘谦, 申林灵, 秦苑. 由死亡范式演进看中国安宁疗护问题[J]. 清华大学学报(哲学社会科学版), 2022(4): 215-221+228.
- [7] 陆杰华, 张韵. 转型期中国死亡社会学的思考: 现状、进展与展望[J]. 中国特色社会主义研究, 2015(6): 67-74.
- [8] 王树生. 超越孤寂: 文明进程中的临终关怀及死亡[J]. 社会科学, 2020(12): 79-89.
- [9] Stewart A L, Teno J, Patrick D L, et al. The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 1999(2): 93-108.
- [10] Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The Quality of Dying and Death [J]. Archives of Internal Medicine, 2008(9): 912-918.
- [11] Emanuel E J, Emanuel L L. The Promise of a Good Death [J]. The Lancet (British Edition), 1998(9114): SII21-SII29.
- [12] Patrick D L, Engelberg R A, Curtis J R. Evaluating the Quality of Dying and Death [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2001(3): 717-726.
- [13] 郑真真, 周云. 中国老年人临终生活质量研究[J]. 人口与经济, 2019(2): 44-54.
- [14] 张韵, 陆杰华. 痛苦抑或安详: 中国老年人临终状态及其影响因素的实证探究[J]. 人口与发展, 2017(2): 80-91.
- [15] 宋靓璐, 苏聪文. 中国老年人死亡质量的研究现状与政策应对[J]. 北京社会科学, 2021(6): 119-128.
- [16] 顾大男, 曾毅, 柳玉芝, 等. 中国老年人虚弱指数及其与痛苦死亡的关系研究[J]. 人口研究, 2007(5): 35-41.
- [17] 郑莉, 曾旭晖. 社会分层与健康不平等的性别差异: 基于生命历程的纵向分析[J]. 社会, 2016(6): 209-237.
- [18] 陆杰华, 郭冉. 基于地区和社区视角下老年健康与不平等的实证分析[J]. 人口学刊, 2017(2): 57-67.
- [19] 龚秀全, 龚晨曦. 年龄—时期—队列视角下老年人死亡质量差异研究[J]. 人口与经济, 2023(2): 79-93.
- [20] 张文娟, 付敏. 社会经济因素对高龄老年人临终前生活自理能力衰退过程的影响[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2020(2): 125-135.
- [21] 陈雷, 江海霞. 临终贫困、生命质量与老年临终关怀发展策略[J]. 国家行政学院学报, 2013(4): 98-103.
- [22] 杨一帆, 周伟岷. 老年人生活满意度差异的来源与解析: 一个基于结构方程模型的实证研究[J]. 西北人口, 2017(4): 33-41.
- [23] 龚秀全, 周雨婷. 居家还是住机构——临终老人的照料成本和死亡质量比较[J]. 社会保障研究, 2020(3): 55-66.
- [24] 胡依, 郭芮绮, 等. 中国高龄老年人临终医疗费用的影响因素及其城乡差异分析[J]. 中国全科医学, 2023(22): 2800-2808.
- [25] 陈华帅, 刘亮, 许明. 老年人临终医疗与照料费用的地区差异研究[J]. 中国人口科学, 2019(2): 99-111+128.
- [26] 景军. 大渐弥留之痛与临终关怀之本[J]. 中央民族大学学报(哲学社会科学版), 2021(3): 121-129.
- [27] Adler N E, Ostrove J M. Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't [J]. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999(1): 3-15.
- [28] Braveman P A, Cubbin C, Egerter S, et al. Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All [J]. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2005(22): 2879 - 2888.
- [29] Williams D R, Priest N, Anderson N B. Understanding Associations Among Race, Socioeconomic Status, and Health: Patterns and Prospects [J]. Health Psychology, 2016(4): 407.
- [30] 李春玲. 中国社会分层与流动研究70年[J]. 社会学研究, 2019(6): 27-40.
- [31] 丁志宏, 王妍. 2010~2020年中国老年人经济生活来源变化分析——基于2010年和2020年人口普查数据的对比分析[J]. 老龄科学研究, 2023(4): 1-18.
- [32] 孙鹏娟, 冀云. 居住方式、居住环境与农村老年人生活满意度——基于CLASS2016调查数据的实证分析[J]. 社会建设, 2022(4): 19-30.
- [33] 陆杰华, 黄钰婷. 解苦以求安宁: 韧性视角下老年人的临终生命质量探究[J]. 重庆师范大学学报(社会科学版), 2023(6): 64-77.
- [34] 刘辞涛, 向运华. 少数民族宗教文化对现代养老服务体系的赋能与完善[J]. 民族学刊, 2022(9): 83-89+161.

- [35] Rockwood K. Frailty and Its Definition: A Worthy Challenge [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005(6): 1069–1070.
- [36] Cohen S R, Mount B M. Pain With Life-Threatening Illness: Its Perception and Control Are Inextricably Linked With Quality of Life[J]. *Pain Research and Management*, 2000(4): 271–275.
- [37] Rodriguez C, Ji M, Wang H L, et al. Cancer Pain and Quality of Life [J]. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2019(2): 116–123.
- [38] Strang P. Emotional and Social Aspects of Cancer Pain [J]. *Acta Oncologica*, 1992(3): 323–326.
- [39] Blauner R. Death and Social Structure [J]. *Psychiatry*, 1966(4): 378–394.
- [40] 张立龙, 韩润霖. 中国老年人临终地点及影响因素研究[J]. *人口学刊*, 2020(3): 102–112.
- [41] 张文娟, 付敏. 长寿的挑战——对中国高龄老年人临终照料者的分析[J]. *人口学刊*, 2021(5): 76–87.
- [42] 景军, 袁兆宇. 在医院去世与在家中去世——有关中国公民死亡地点的社会学辨析[J]. *思想战线*, 2016(2): 14–18.
- [43] McPherson C J, Wilson K G, Murray M A. Feeling Like a Burden: Exploring the Perspectives of Patients at the End of Life [J]. *Social Science & Medicine*, 2007(2): 417–427.
- [44] Borrat-Besson C, Vilpert S, Borasio G D, et al. Views on a “Good Death”: End-of-Life Preferences and Their Association With Socio-Demographic Characteristics in a Representative Sample of Older Adults in Switzerland [J]. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 2022(2): 409–428.
- [45] Lei L, Gan Q, Gu C, et al. Life-and-Death Attitude and Its Formation Process and End-of-Life Care Expectations Among the Elderly Under Traditional Chinese Culture: A Qualitative Study, 2022(1): 57–64.
- [46] Huisman M, Kunst A E, Mackenbach J P. Socioeconomic Inequalities in Morbidity Among the Elderly; A European Overview [J]. *Social Science & Medicine*, 2003(5): 861–873.
- [47] 焦开山. 中国老年人健康预期寿命的不平等问题研究[J]. *社会学研究*, 2018(1): 116–141.
- [48] 陈科燃, 吕鑫, 张祎莹, 等. 社会经济特征、社会支持对城市社区老年人死亡态度的影响研究[J]. *现代预防医学*, 2022(13): 2377–2380+2387.
- [49] 武燕燕, 姜亚芳. 癌症患者自我感受负担的调查与分析[J]. *护理管理杂志*, 2010(6): 405–407.
- [50] 李曼. 中国老年人安宁疗护服务利用问题研究[J]. *社会保障评论*, 2022(1): 101–116.

The Impact of Different Socioeconomic Factors on End-of-Life Quality for the Older Adults

HUANG Yu-ting¹, LU Jie-hua²

(1. Department of Social Work and Social Administration, Hong Kong University, Hong Kong 999077, China;

2. Department of Sociology, Peking University, Beijing 100871, China)

[Abstract] With the popularization of the concept of holistic well-being, the quality of death has received increasing attention among the general population, revealing inequalities in end-of-life quality across different groups. To investigate the distribution of painful death risks among the elderly, this study utilized data from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) from 2005 to 2018. By employing descriptive statistics and Mlogit regression models, the study analyzed the individual, family, and societal factors that influence the quality of death among older adults. The results indicate significant differences in end-of-life quality among older adults of different socioeconomic backgrounds. Controlling for other factors, those with lower levels of education and poorer family economic conditions are more likely to experience painful death. While an increase in household income can reduce the likelihood of elderly individuals experiencing “peaceful” death, the risk of overtreatment due to increased payment capacity may also reduce the likelihood of “peaceful” death. Older adults living in urban areas, the central region and the eastern region had better death quality than those in rural and western areas. Lastly, delaying the age of death only narrowed the probability gap of painful death among older adults with different socioeconomic backgrounds but did not reduce the disparity in the probability of peaceful death. Therefore, it is recommended that the government, entrepreneurs, social organizations, and grassroots units work together to bridge the gap in end-of-life care resources, ensuring a good death for more vulnerable older adults.

[Key words] Death Inequality; Socioeconomic Factors; Older Adults; Death Quality; Palliative Care