



乡村振兴背景下农村老年人健康老龄化 影响机理探究 ——基于 CLHLS2018 年数据

陆杰华 汪 斌

[摘要] 基于老龄健康理论研究最新文献,使用分层模型和 CLHLS2018 年数据探究农村老年人健康老龄化影响机理,并讨论乡村振兴背景下如何促进中国农村健康老龄化。实证结果显示,农村老年人健康老龄化受到个体内在因素和外在环境因素共同影响。个体内在因素主要包括农村老年人的流行病学因素、社会经济地位、生活方式及累积因素;而外在环境因素中除家庭环境和社区环境外,城乡发展不平衡和老龄政策也是重要形塑因素。研究认为,应通过加强农村老龄健康促进顶层设计、提升农村老年人内在能力、补齐农村民生短板及促进城乡融合发展来推进乡村振兴背景下农村健康老龄化目标的实现。

[关键词] 农村老年人;健康老龄化;功能发挥;多层模型

DOI:10.13240/j.cnki.caujss.20210923.002

面对人口发展新格局和社会治理新形态,如何更有效地促进农村健康老龄化是当前中国公共卫生事业、老龄事业发展与乡村振兴的重点和难点问题。2020 年党的十九届五中全会制定了“十四五”时期国家发展战略,其中明确强调“实施积极应对人口老龄化国家战略”和“优先发展农业农村,全面推进乡村振兴”。2021 年第十三届全国人大常委会第二十八次会议表决通过《中华人民共和国乡村振兴促进法》,将乡村振兴促进工作提升至法律层面。而在全面实施乡村振兴战略之际,伴随着快速的现代化及城乡人口流动,农村空心化、老龄化在不断加深,过亿农村老年人口健康问题将成为中国乡村振兴中难以回避的现实议题。乡村振兴战略总目标是实现农业农村的现代化,但是对于中国这样一个社会主义国家而言,没有农村老年人口健康老龄化,就没有农业农村的现代化。

在现有制度框架内,增强对新时期农村老年人健康老龄化机理的认识对于优化农村健康老龄化政策及高效推进农村老龄事业发展无疑有着积极且深远的意义。就

[基金项目] 国家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”(21ZDA106)。

[作者简介] 陆杰华,北京大学中国社会与发展研究中心研究员、社会学系教授;

汪 斌,北京大学社会学系博士生。

以往学术研究而言,虽有大量成果对影响农村老年人健康的机理进行了探讨,但这些研究相对碎片化和零散化,使用数据较为陈旧,虽有积极借鉴意义但不能完全满足乡村振兴背景下中国农村老龄健康事业发展的新需求;同时社会发展的新形势、城乡老龄化的新特征与健康相关理论的突破都表明进一步系统探究农村老年人健康老龄化的影响机理十分必要。

基于以上分析,本研究尝试探究影响农村老年人健康老龄化的机理,并讨论在乡村振兴背景下如何推进农村健康老龄化目标的实现。这不仅对于新时代中国乡村振兴战略的实施、巩固脱贫攻坚重要成果和应对农村人口老龄化挑战有着鲜明的时代意义和政策价值,而且符合党中央推进中国农业农村现代化的战略导向。

一、文献综述及分析框架

(一) 健康老龄化概念内涵

健康老龄化由欧洲社会老年学界于1997年率先提出。2015年,世界卫生组织在系统总结过去20多年健康领域研究进展的基础上进一步拓展了健康老龄化内涵。所谓健康老龄化,指的是发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程。功能发挥由个人的内在能力、相关的环境特征及其之间的相互作用组成。内在能力是指个体在任何时候都能动用的全部身体机能和脑力的组合。外在环境包括家庭、社区和更广泛的社会因素。生活在能够支持和维持内在能力和功能发挥的环境中被认为是健康老龄化的关键(World Health Organization 2015)。结合健康老龄化经典概念内涵、老龄研究最新进展及中国农村老年人口健康实际状况,本研究中的健康老龄化被定义为全生命历程视角下发展和维护使老年人能够安享晚年的功能能力过程。在具体研究中结合理论与相关实证研究成果,将对健康老龄化起关键作用的因素分为个体内在因素和外在环境因素两类,旨在从动态与静态相结合的视角剖析影响农村老年人健康老龄化的机理。

(二) 影响农村老年人健康的理论及相关实证研究综述

现有老龄健康经典理论主要包括流行病学理论、社会分层理论、压力过程理论和生命历程视角,分别代表了流行病学、社会学、心理学和老年学等不同学科视角下对于老龄健康的观点与认知。1978年阿布德尔·欧姆兰(Abdel Omran)提出流行病转变理论,对死亡率转变作出了系统性解释,其中重点揭示了社会经济因素对于流行性疾病转变的影响。欧姆兰(Omran, 2001)认为,在经典流行性疾病转变模式后期退行性疾病和人为疾病取代了流行性疾病成为死亡和发病率的主要原因。在本土研究中确实发现慢性疾病逐渐成为老年人口主要的疾病负担,并且这种流行性疾病转变对农村老年人健康冲击更大(李建新,夏翠翠, 2019)。社会分层视角下社会因果论认为社会经济地位较高群体所处的环境比社会经济地位较低

群体所处的环境更有利于其健康。也就是说,社会经济地位对于健康有着重要决定作用(陆杰华,郭冉,2017)。具体到老年人口中,教育、收入、生活方式等因素对于其健康都发挥着重要作用。教育水平更高的老年人教育经济独立性更强,信息渠道更畅通,健康素养水平更高,生活方式更好,从而在健康上表现出更高的水平(李翔,赵昕东,2020;李成波,陈静凌,2020)。压力过程理论则从心理学视角丰富了对于健康心理动因的认识。珀林等(Pearlin et al,1981)将压力过程分为压力源、压力中介变量及压力结果,并将个体对压力暴露程度及其易感性视为影响其健康的重要机制。生命历程视角进一步拓展了传统健康理论的视野,即不再静态认识健康,而是从个体生命历程出发动态认识其毕生健康累积结果,这是健康老龄化的重要内涵之一。生命历程视角下,累积劣势/优势理论认为个体间健康差异会随着时间的推移而产生系统性扩大。换言之,个体老龄期健康结果是其毕生优势或劣势累积的结果(Dale,2018)。

现有实证研究将农村健康老龄化的影响因素大致分为个体内在因素及外在环境因素两个方面。个体内在因素方面,农村女性老年人健康水平一般低于农村男性老年人,家庭经济地位、患慢性病数量及医疗资源的可及性等是重要影响因素(刘二鹏,张奇林,2019)。亲密关系对农村老年人健康有积极影响,其中子女和配偶被认为是农村老年人最主要的亲密关系来源(孙薇薇,石丹妮,2020)。与成年子女合住能够显著改善农村老年人的身心健康(陈光燕,司伟,2019)。受教育年限越长、收入越高的农村老年人其身心健康越好,社会经济地位对农村老年人的健康有着稳定的影响,农村老年人口内部健康分化与社会分层有着较高的一致性(牛梦琪,2019;张丽,2015)。有社会保障的农村老年人其健康老龄化程度更高(刘威,刘昌平,2018)。相比城市老年人,农村老年人吸烟和饮酒等不健康的生活方式更加普遍,且有这些不健康生活方式的农村老年人健康状况通常会更差(刘琳等,2018)。社会参与对农村老年人特别是高龄老年人健康有积极促进作用,参加活动类型越多的农村老年人其健康状况越好(丁志宏,2018)。不同的养老方式对农村老年人健康也有着不同的影响,家庭养老方式的农村老年人其健康状况一般优于社会养老方式的农村老年人(陈雅静等,2019)。而在更高层次的外在环境中,社区贫困通过压力暴露机制和脆弱性机制影响老年人的心理健康(高丽等,2019),经济发展水平更高地区的农村老年人一般健康水平更高(夏玉宝等,2020)。社会经济发展水平、人口结构、饮食习惯和自然地理因素被认为是造成老年人健康水平空间差异的重要因素(黄柏石等,2020)。更进一步,城乡二元结构机制被认为对塑造中国农村健康老龄化有着独特作用。费孝通(2012)较早提出了关于城乡二元结构的论述,他提到“中国都市的发达似乎并没有促进乡村的繁荣。相反地,都市兴起和乡村衰落在近百年来像是一件事的两面”。中国城乡二元结构的本质是以户籍制度为核心对社会资源进行二元分割,由此也造成乡村发

展滞后于城市,并在经济、社会、文化等各个不同领域形成巨大差异(黄俊辉,2019)。而城乡二元结构体制对农村健康老龄化所造成的影响很大程度上是由于农村基础设施、经济发展及社会福利等各个方面相对于城市所处的劣势导致的,其中最直接的表现便是收入不平等。Rodgers(1979)早在对于不同国家间平均预期寿命的研究中就发现,一个收入相对平等的国家和一个收入相对不平等的国家之间的平均预期寿命可能相差5~10年。收入分配的不平等很可能与获得保健和社会服务、教育及健康相关的社会不平等联系在一起,从而对健康产生消极影响。更细致的研究发现,收入不平等不仅会通过相对剥夺感导致农村老年人的心理健康处于低水平(温兴祥,2018),而且与地区公共资源供给直接相关。收入相对不平等的地区在社会保障、公共医疗、基础设施方面的投入不足是影响人口健康的重要因素(Lynch et al.,2000)。城乡二元结构对农村健康老龄化的“剥夺”是社会转型与时代变迁的产物,这是农村健康老龄化研究中不可忽视的因素。

(三) 分析框架

基于以往理论与相关实证研究进展,本文构建起对农村老年人健康老龄化影响机理的分析框架(见图1)。该框架主要分为个体内在因素和外在环境因素两个方面。首先,对于个体健康老龄化主要从心理健康、身体健康及综合健康三个维度进行测量。其次,基于流行病学理论、社会分层理论、压力过程理论和生命历程视角通过流行病学因素、社会经济地位、生活方式和累积因素反映影响老年人健康老龄化的内在因素。最后,综合世界卫生组织2015年提出的健康老龄化视角,从“家庭环境—社区环境—地区环境”考察影响农村老年人健康老龄化的外在环境因素。

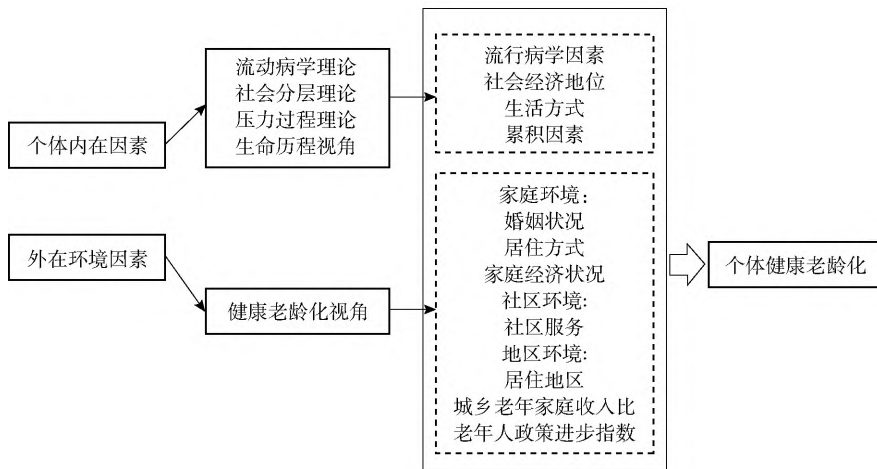


图1 农村老年人健康老龄化影响机理分析框架

二、数据、变量及分析方法

(一) 数据来源

本文使用数据来源于 2018 年中国老年健康影响因素跟踪调查(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS)。在剔除缺失严重和不符合条件的样本后,共有 5 424 个年龄为 65 周岁及以上且户籍为农村的老年人样本纳入分析范围。CLHLS2018 年调查范围为 23 个省/直辖市/自治区,该层次老年人政策进步指数数据来源于 2019 年北京师范大学中国公益研究院公布的《中国社会政策进步指数》。此外,由于传统城乡收入比指标很难直接体现户籍制度和收入不平等对农村老年人健康累积影响,因此使用更为合适的城乡老年人家庭收入比指标。该指标通过不同省际城乡老年人家庭年收入均值生成。

(二) 变量操作

本研究的因变量为农村老年人健康老龄化,具体通过三个维度指标进行测量,即身体健康、心理健康和综合健康。身体健康主要包括两个指标,即自评健康状况(Self-rated Health, SRH)和日常生活自理能力(Activities of Daily Life, ADL)。SRH 主要根据问卷中“您觉得现在您自己的健康状况怎么样?”进行测量,设有“很好”“好”“一般”“不好”和“很不好”。将前两项合并为“健康”,赋值为 1,后三项合并为“不健康”,赋值为 0。ADL 的测量主要根据 Katz 量表,量表六项功能中只要有一项存在功能限制即定义为“失能”,并赋值为 1,反之则定义为“未失能”,赋值为 0。心理健康状况使用认知力量表和抑郁量表测量。认知能力主要根据调整版简易精神状态量表测量,主要包括一般能力、反应能力、注意力及计算力、回忆、语言理解及自我协调能力五个方面的内容,其得分介于 0~30 分,分数越高表明认知能力越好。抑郁量表共有 9 道题,在对量表项目进行正向转向赋值后加总,最终得分介于 9~45 分,得分越高表示老年人心理健康状况越好。参照以往研究(巫锡炜,刘慧,2019;陆杰华,郭冉,2019),虚弱指数主要由 SRH、访员观察健康、认知功能、ADL、IADL(Instrumental Activities of Daily Living)、功能受限、视听健康、慢性疾病数量状况、认知能力、心理健康等内容构成,并通过加权生成一个得分在 0~1 之间的虚弱指数,得分越高表示老年人综合健康状况越差。

本研究的自变量包括个体内在因素和外在环境因素。个体内在因素主要涉及四个方面的变量:流行病学因素、社会经济地位、生活方式、累积因素。如果老年人患有调查的 20 多项疾病中的任何一种疾病即被定义为“患有慢性病”,赋值为 1,反之定义为“未患有慢性病”,赋值为 0。社会经济地位主要根据老年人受教育程度及主观社会经济地位(Socioeconomic Status, SES)进行测量。生活方式变量具体包括“是否吸烟”“是否饮酒”“是否进行体育锻炼”和“有无社会参与”。社会参与主要根据“是

否参与户外活动”“是否参与社会活动”和“是否打牌/打麻将”三个变量生成,只要参与其中任意一个活动即被定义为“有社会参与”,赋值为1,反之则被定义为“无社会参与”,赋值为0。累积因素通过童年是否经常挨饿测量。外在环境因素包括家庭环境变量、社区环境变量和地区环境变量。家庭环境变量主要包括婚姻状况、居住方式、家庭年收入对数。社区环境主要通过社区服务数量进行测量。地区环境变量主要包括居住地区、城乡老年家庭收入比及老年人政策进步指数。控制变量除了年龄组、性别外,还包括社会保障。这主要是考虑到农村老年人基本社会保障覆盖率高且水平低的特点。

(三) 分析方法

由于本研究所使用的数据包括了个体层次数据和省级层次数据,为避免结果出现所谓的“区群谬误”,根据变量特点选择使用分层线性模型和分层非线性模型。分层模型可以在考虑个体层次因素影响的同时综合宏观社会情境因素的作用,但受数据限制,本研究只考虑分层模型中的随机截距效应。具体使用的分析工具是R3.6.3。

三、农村老年人健康老龄化影响机理实证分析结果

(一) 农村老年人健康老龄化状况及样本特征

通过身体健康、心理健康和综合健康三个维度测量农村老年人健康老龄化状况,表1的结果表明样本中农村老年人健康仍存在较大的干预空间。具体而言,在身体健康方面,农村老年人样本自评健康的仅占49.67%,ADL有功能障碍的占12.65%,总体上身体健康状况处于中等偏下的水平。在心理健康方面,样本中农村老年人抑郁倾向得分均值为34.40分,认知能力得分均值为26.44分,表明抑郁倾向在中等水平附近,但认知能力得分较好。在综合健康方面,农村老年人样本虚弱指数均值为0.18,综合健康总体上处于良好水平。

表1 农村老年人健康老龄化指标描述性统计

变量	定义	均值/%	标准差	最小值	最大值
ADL	失能=1	12.65	—	0	1
SRH	自评健康=1	49.67	—	0	1
认知能力	连续变量(正向)	26.44	4.31	0	30
抑郁倾向	连续变量(正向)	34.40	5.50	11	45
虚弱指数	连续变量(负向)	0.18	0.10	0.02	0.67

表2展示的是农村老年人样本主要特征变量的描述性统计结果。分年龄组来看,80岁及以上高龄老年人所占比例为55.03%,一半以上样本为高龄老年人。分性别来看,男性占48.25%,女性占51.75%。女性老年人口比例略高于男性老年人口。有社会保障的老年人口高达95.34%,社会保障覆盖率较高。在流行病学因素

中,患有慢性病的农村老年人占 68.23%,慢性疾病负担较重。在社会经济地位变量中,农村老年人受教育程度为初中及以上的仅占 12.46%,总体受教育水平较低。农村老年人主观 SES 主要集中在中 SES 处,占 71.13%。在生活方式因素中,农村老年人吸烟的比例为 19.17%,饮酒的比例为 18.14%,参与体育锻炼的比例为 29.83%,有社会参与的比例为 26.64%。农村老年人体育锻炼和社会参与的水平均不高。在累积因素中,童年期有饥饿经历的农村老年人占 77.56%。这表明,多数农村老年人在童年期生活环境较为恶劣。在家庭环境变量中,已婚有配偶的占 47.79%。与家庭成员同住的农村老年人比例相对较高,为 80.99%。独居老年人占 17.70%,而居住在养老院的老年人仅占 1.31%。家庭年收入对数均值为 9.63。在社区环境因素中,农村老年人居住的社区提供养老服务数量均值约为 1.63,基础服务设施水平建设相对落后且可及性相对较差。在地区环境因素中,有 40.34% 的农村老年人居住在城镇,表明有很大一部分农村老年人发生过社会流动。城乡老年家庭收入比和老年人政策进步指数均值分别为 0.56 和 0.29。

表 2 农村老年人样本主要特征变量的描述性统计

变量	定义	均值(标准差) /%	变量	定义	均值(标准差) /%
年龄组	65~69 岁 = 0	14.20	体育锻炼	否 = 0	70.17
	70~79 岁 = 1	30.77		是 = 1	29.83
	80 岁 + = 2	55.03		否 = 0	81.86
性别	女性 = 0	51.75	饮酒	是 = 1	18.14
	男性 = 1	48.25	社会参与	否 = 0	73.36
社会保障	无 = 0	4.66	是 = 1	26.64	
	有 = 1	95.34	童年饥饿经历	无 = 0	22.44
患有慢性病	否 = 0	31.77	有 = 1	77.56	
	是 = 1	68.23	已婚有配偶	否 = 0	52.21
受教育情况	文盲 = 0	47.86	是 = 1	47.79	
	小学 = 1	39.68	与家庭成员同住 = 0	80.99	
	初中及以上 = 2	12.46	居住方式	独居 = 1	17.70
主观 SES	低 SES = 0	11.62	养老院 = 2	1.31	
	中 SES = 1	71.13	家庭年收入对数值	9.63(1.79)	
	高 SES = 2	17.26	社区养老服务	1.63(2.03)	
吸烟	否 = 0	80.83	居住地区	城镇 = 0	40.34
	是 = 1	19.17	农村 = 1	59.66	
城乡老年家庭收入比		0.56(0.14)	老年人政策进步指数		0.29(0.06)

(二) 农村老年人健康老龄化影响机理多层模型分析结果

运用分层模型分别对农村老年人健康老龄化的三个维度指标进行分析。由于 ADL 和 SRH 为二分类变量,故使用的是分层非线性模型,心理健康和综合健康使用的则是分层线性模型。

表 3 空模型拟合结果

	身体健康		心理健康		综合健康
	ADL	SRH	认知能力	抑郁倾向	虚弱指数
个体截距	-1.865 *** (0.165)	0.006 (0.097)	26.398 *** (0.145)	34.614 *** (0.352)	0.184 *** (0.003)
Marginal R ²	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Conditional R ²	0.134	0.047	0.016	0.078	0.010

注: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; 表中报告的是非标准化系数值, 括号内为标准误。

从表 3 的空模型拟合结果可以发现, ADL 和抑郁倾向模型的组内相关系数均大于 0.059 经验值, SRH 模型的组内相关系数接近 0.05, 这表明使用分层模型是必要的。而认知能力和虚弱指数空模型的组内相关系数较低。但由于本研究使用的数据是一个双层嵌套结构, 理论上使用分层模型仍然合理。因此在空模型基础上, 继续纳入控制变量和自变量, 最终形成农村老年人健康老龄化影响机理全模型(见表 4)。

表 4 农村老年人健康老龄化影响机理分层模型拟合结果

	身体健康		心理健康		综合健康
	ADL	SRH	认知能力	抑郁倾向	虚弱指数
年龄组(65~69岁=0)					
70~79岁	0.282 (0.259)	-0.115 (0.094)	-0.251 (0.167)	-0.181 (0.223)	0.013 *** (0.004)
80岁+	1.616 *** (0.242)	-0.071 (0.098)	-2.008 *** (0.174)	-0.158 (0.232)	0.057 *** (0.004)
性别(女性=0)	0.070 (0.114)	0.060 (0.072)	0.553 *** (0.128)	-0.013 (0.171)	-0.006 * (0.003)
社会保障(无=0)	-0.032 (0.195)	0.157 (0.141)	0.150 (0.248)	0.194 (0.333)	-0.008 (0.006)
患有慢性病(否=0)	0.215 * (0.101)	-0.802 *** (0.065)	0.030 (0.113)	-0.791 *** (0.151)	— —
受教育程度(文盲=0)					
小学	-0.377 ** (0.116)	0.039 (0.072)	1.391 *** (0.127)	0.746 *** (0.170)	-0.020 *** (0.003)
初中及以上	-0.502 * (0.219)	0.067 (0.108)	1.491 *** (0.191)	1.076 *** (0.255)	-0.019 *** (0.004)
主观 SES(低 SES=0)					
中 SES	-0.515 *** (0.141)	0.934 *** (0.103)	0.468 ** (0.167)	2.871 *** (0.223)	-0.041 *** (0.004)
高 SES	-0.376 * (0.173)	1.643 *** (0.124)	0.686 *** (0.206)	4.189 *** (0.275)	-0.054 *** (0.005)
吸烟(否=0)	-0.041 (0.143)	0.059 (0.083)	-0.172 (0.147)	-0.092 (0.197)	-0.010 ** (0.003)

续表 4

	身体健康		心理健康		综合健康
	ADL	SRH	认知能力	抑郁倾向	虚弱指数
体育锻炼(否 =0)	-0. 687 *** (0. 120)	0. 408 *** (0. 067)	0. 574 *** (0. 118)	1. 063 *** (0. 158)	-0. 031 *** (0. 003)
饮酒(否 =0)	-0. 237 (0. 147)	0. 419 *** (0. 083)	0. 015 (0. 145)	0. 767 *** (0. 195)	-0. 014 *** (0. 003)
社会参与(否 =0)	-0. 678 *** (0. 137)	0. 277 *** (0. 069)	1. 018 *** (0. 123)	0. 944 *** (0. 164)	-0. 027 *** (0. 003)
童年饥饿经历(无 =0)	0. 165 (0. 121)	-0. 027 (0. 071)	-0. 086 (0. 127)	-0. 462 ** (0. 170)	0. 004 (0. 003)
已婚有配偶(否 =0)	-0. 873 *** (0. 119)	-0. 180 * (0. 075)	1. 157 *** (0. 132)	0. 625 *** (0. 177)	-0. 034 *** (0. 003)
居住方式(与家人居住 =0)					
独居	-1. 326 *** (0. 148)	-0. 118 (0. 087)	0. 730 *** (0. 154)	-0. 395 (0. 206)	-0. 035 *** (0. 004)
养老院	1. 237 *** (0. 295)	0. 094 (0. 260)	-1. 478 ** (0. 465)	-0. 289 (0. 623)	0. 055 *** (0. 011)
家庭年收入对数值	0. 012 (0. 029)	0. 061 *** (0. 018)	0. 061 (0. 033)	0. 083 (0. 044)	-0. 001 (0. 001)
社区养老服务	0. 036 (0. 022)	0. 012 (0. 015)	0. 006 (0. 027)	0. 112 ** (0. 036)	0. 000 (0. 001)
居住地区(城镇 =0)	-0. 220 * (0. 094)	0. 066 (0. 061)	0. 132 (0. 108)	0. 511 *** (0. 144)	-0. 007 ** (0. 002)
城乡老年家庭收入比	-2. 917 * (1. 401)	-1. 412 ** (0. 530)	1. 826 (1. 166)	-4. 576 * (2. 255)	-0. 025 (0. 026)
老年人政策进步指数	3. 465 (2. 343)	3. 615 *** (1. 003)	-0. 054 (2. 073)	9. 383 * (3. 797)	0. 046 (0. 046)
个体截距	-1. 373 (1. 026)	-1. 615 *** (0. 447)	23. 242 *** (0. 916)	29. 829 *** (1. 650)	0. 265 *** (0. 020)
Marginal R ²	0. 323	0. 144	0. 217	0. 126	0. 276
Conditional R ²	0. 417	0. 159	0. 235	0. 172	0. 290

注: * $p < 0. 05$, ** $p < 0. 01$, *** $p < 0. 001$; 表中报告的是非标准化系数和标准误; 编码为“0”的小项作为参照项。

在身体健康维度 , 高龄农村老年人 ADL 存在功能障碍的可能性更大。在流行病学因素中 , 患有慢性病的农村老年人存在功能障碍和自评为不健康的可能性更大。在社会经济地位因素中 , 老年人受教育程度越高 , 其 ADL 存在功能障碍的可能性越小。主观社会经济地位越高的农村老年人 ADL 存在功能障碍和自评不健康的可能性越小。在生活方式变量中 , 参与体育锻炼、有社会参与的农村老年人 ADL 存在功能障碍和自评不健康的可能性更小。但饮酒的农村老年人其自评为健康的可能性更大 , 这可能是由于选择机制所导致的。在家庭环境因素中 , 已婚有配偶老年人失能及自评健康的可能性更小。与同家人居住的农村老年人相比 , 独居的农村老年人 ADL

存在功能障碍的可能性反而更小。这可能是一种反向的因果关系。家庭年收入对数值越高的农村老年人自评健康的的可能性越大。在地区环境因素中,居住在农村地区的老年人存在功能障碍的可能性更小。城乡老年家庭收入比越高省份的农村老年人自评不健康的可能性越大。但对于客观身体健康指标 ADL 的影响仍有待更进一步探究。老年人政策进步指数越高省份的农村老年人身体健康状况越好。这符合世界卫生组织 2015 年所提出的健康老龄化理念。在内在能力不足的情况下,外在环境因素对老龄健康发挥着较为重要的作用。

在心理健康维度,农村男性、低龄老年人的认知能力更好。在流行病学因素中,患有慢性病的农村老年人其抑郁水平更高。可能的原因是慢性病本身成为老年期重要的压力源。在社会经济地位因素中,受教育程度越高、主观 SES 越高的农村老年人的认知能力越好、抑郁水平越低。在生活方式变量中,参与体育锻炼和有社会参与的农村老年人心理健康状况明显更佳。饮酒的农村老年人其抑郁水平反而更低。在累积因素中,有童年饥饿经历的农村老年人其抑郁程度更高。在家庭环境变量中,已婚有配偶的老年人心理健康状况更好。与同家人居住的老年人相比,独居老年人认知能力更好,居住在养老院的老年人认知能力更差。在社区环境变量中,居住在能提供更加丰富养老服务社区的农村老年人抑郁程度更低,心理健康状况更好。在地区环境变量中,居住在农村的老年人抑郁程度更低,心理健康状况更好。传统熟人社会环境和“安土重迁”观念是影响老年人心理健康的机制。城乡老年家庭收入比越高和老年人政策进步指数越低,农村老年人的心理健康状况越差。

在综合健康维度,农村高龄、女性老年人虚弱指数水平更高,健康状况更差。在社会经济地位因素中,受教育程度越高、主观社会经济地位越高的老年人虚弱指数水平越低,健康状况越好。在生活方式因素中,参与体育锻炼、有社会参与的农村地区老年人虚弱指数水平更低,健康状况更好。但饮酒和吸烟的农村地区老年人其虚弱指数反而更低。在家庭环境变量中,已婚有配偶老年人虚弱指数水平更低,健康状况更好。与家人同住的老年人比独居的老年人虚弱指数水平更高,比居住在养老院的老年人虚弱指数水平更低。居住在农村地区的老年人虚弱指数更低,健康状况更好。

综上,影响农村健康老龄化的因素一方面来自个体内部,另一方面来自外在环境,且这两种因素互嵌于农村健康老龄化过程之中。在个体内在因素方面,流行病学因素对农村老年人健康老龄化有着重要影响。患有慢性病的老年人身体健康、心理健康更差。社会经济地位对农村老年人健康老龄化不同维度均呈现显著的影响。更高社会经济地位的农村老年人表现出更好的健康老龄化趋势。在生活方式因素中,晚年期积极的生活方式对农村地区老年人健康老龄化有积极影响。最新一项基于全球 195 个国家或地区 15 岁至 95 岁人群酒精使用的研究发现,饮酒是死亡和致残的主要风险因素,并否定了“适度饮酒论”,即认为不饮酒可最大化降

低总体疾病风险(GBD 2016 Alcohol Collaborators 2018)。本研究中饮酒及吸烟对不同维度健康影响可能由于幸存者效应与选择性作用导致结果出现偏误。累积因素对农村地区老年人健康老龄化有显著的影响,不过主要体现在心理健康方面。这与以往研究结果基本一致,一定程度上表明生命历程早期事件对健康老龄化的过程有长远影响(李月,陆杰华,2020)。在家庭环境因素中,婚姻总体上对农村老年人健康老龄化有保护作用。但居住方式对农村老年人的影响较为复杂。独居的农村老年人往往呈现出更好的健康老龄化趋势,这可能存在反向选择关系。比如身体健康表现更好的老年人更有能力独居,而若身体功能出现障碍,子女或家人为了更好地照顾他们往往会选择与其居住在一起(孙鹃娟,沈定,2017)。在社区环境因素中,更加丰富的社区服务会对农村老年人心理健康产生积极影响。在省级层次环境变量中,居住在城镇地区的农村老年人身心状况更差。这可能反映了乡—城老年流动人口面临着文化适应和社会融入问题(汪斌,2021)。老年人社会政策进步指数越低和老年家庭城乡收入比越高省份的农村老年人其身心健康状况总体上明显越差。这表明城乡发展不平衡不仅通过心理相对剥夺机制,而且通过资源剥夺方式对农村老年人健康老龄化产生抑制作用。

四、结论及政策建议

本文在农村健康老龄化影响机理分析框架的基础上,使用分层模型和CLHLS2018年数据实证分析了影响农村老年人健康老龄化的机理。研究发现:第一,农村老年人健康老龄化受到个体内在因素及外在环境因素的共同影响。个体内在因素主要涉及农村老年人的慢性病状况、社会经济地位及生活方式,这与以往文献结果一致。第二,外在环境因素中家庭环境、社区环境及地区环境均对老年人不同方面的健康有不同程度的影响。地区环境变量对农村老年人健康老龄化的影响主要反映了长久以来的城乡二元结构的累积作用。这种影响对农村老年人口健康老龄化的作用机制不仅直接体现在农村老年人心理健康的健康维度,而且间接表现在养老资源和公共服务设施的供给之中。这在宏观层面证实了城乡二元结构对于农村老年人健康老龄化的影响。

当前中国农村空心化趋势明显,且农村社会经济发展水平远滞后于城市。全国第七次人口普查数据显示,中国乡村60岁、65岁及以上老年人口比例分别为23.81%、17.72%,比城镇分别高出7.99%、6.61%,城乡老龄化水平差异明显且城乡人口老龄化出现倒置^①。在此环境下,应对新时期的农村健康老龄化的发展挑战

^① 第七次全国人口普查主要数据结果新闻发布会答记者问. 国家统计局网. (2021-05-11) [2021-05-20]. http://www.stats.gov.cn/zjtj/zdtjgz/zgrkpc/dqcrkpc/ggl/202105/t20210519_1817702.html.

和实施乡村振兴战略需要更具战略性的制度安排。为此,本研究提出如下政策建议。

一是尽早制定中国农村健康老龄化促进的中长期发展战略。当前的人口政策和农村发展政策对中国农村老龄化形势认识不足,涉老政策重点不聚焦,农村健康老龄化政策边缘化和碎片化,老龄健康政策系统性较弱。已有政策对于制约农村健康老龄化的外在环境因素认识不足,特别是忽视了社会结构对于农村健康老龄化的长远影响。为促进中国农村健康老龄化的实现,合理高效前瞻积极应对人口老龄化挑战,应尽快完善中国农村健康老龄化的顶层制度设计,为推动农村健康老龄化发展构建系统可持续的政策支撑环境。

二是持续提升老年人内在能力,补齐农村健康养老的民生短板。农村健康老龄化实现需要着重关注农村健康服务建设,提升老年人内在能力。《中国农村发展报告2020》指出当前农村发展仍面临着诸多矛盾和问题,如农民持续增收难度加大、农村民生短板突出、村庄分化日益加剧等。农村健康老龄化过程内嵌于乡村治理进程,农村社会发展问题与影响农村老年人健康老龄化的内在能力因素密切相关。因此,需要将促进农村健康老龄化事业置于整个乡村治理框架之中,通过优先补齐农村健康养老的民生短板,发挥内外力量的综合作用,全方位提升农村老年人内在能力和外在功能作用,综合推进农村健康老龄化进程。

三是切实推进城乡融合发展,破除制约农村健康老龄化的结构桎梏。在当前及未来一段时间,完善可以提升农村健康老龄化的相关民生服务是紧迫且重要的,这关乎过亿农村老年人的幸福感、获得感和安全感,对于巩固脱贫攻坚成果具有重要意义。但是,如果将农村健康老龄化政策仅停留在民生服务层面,实际上难以解决新时期更深层次的发展矛盾。因为农村健康老龄化过程实际上受到较强的结构功能因素的影响。如果这一问题得不到有效解决,随着农村老龄化程度持续加深其负面效应会随之显现与增强。在乡村振兴背景下切实促进城乡融合发展,破除制约健康老龄化的结构桎梏势在必行。

当然,本研究仍存在一些不足:一是由于省际层次样本过少分层模型拟合可能存在偏误;二是使用的是截面数据,探索的是相关关系,而非更加严格的因果关系。尽管如此,研究结果对于在乡村振兴背景下促进中国农村健康老龄化进程仍然有积极的现实启发意义。

[参考文献]

陈光燕,司伟.2019.居住方式对中国农村老年人健康的影响——基于CHARLS追踪调查数据的实证研究.华中科技大学学报(社会科学版)(5):49-58

陈雅静,单候乾,潘蓓,等.2019.杭州农村家庭养老对老年人健康的影响.中国老年学杂志(2):455-458

丁志宏.2018.社会参与对农村高龄老人健康的影响研究.兰州学刊(12):179-195

- 费孝通 2012. 乡土重建. 长沙: 岳麓书社
- 高丽, 李树茁, 吴正 2019. 社区贫困对老年人心理健康的影响及其城乡差异——基于 2014 中国老年社会追踪调查的分析. 人口与发展(5): 38 - 49
- 黄柏石, 李思思, 仝广乾, 等 2020. 中国老年人口自评健康水平的空间分异及影响因素研究. 人文地理(3): 37 - 47
- 黄俊辉 2019. 农村养老服务供给变迁: 70 年回顾与展望. 中国农业大学学报(社会科学版)(5): 100 - 110
- 李成波, 陈静凌 2020. 健康信息获取渠道对城市老年人健康信息素养的影响——基于我国西部地区三省市的问卷调查分析. 人口与发展(2): 49 - 59
- 李建新, 夏翠翠 2019. 中国老年人口疾病转型: 传统与现代. 人口与发展(4): 94 - 105
- 李翔, 赵昕东 2020. 教育如何影响我国老年人健康水平?. 财经研究(3): 139 - 153
- 李月, 陆杰华 2020. 童年逆境对老年人抑郁的影响研究. 人口学刊(4): 56 - 69
- 刘二鹏, 张奇林 2019. 农村失能老人的性别差异及其影响机制——基于 CLHLS(2014) 数据的实证分析. 社会保障研究(2): 49 - 58
- 刘琳, 陈饶, 李宁秀, 等 2018. 基于多水平模型分析农村地区不同居住方式老年人健康状况及其影响因素. 四川大学学报(医学版)(6): 934 - 937
- 刘威, 刘昌平 2018. 社会保险与农村老年健康: 参保会提升老年人健康水平吗? ——基于多元有序 Logistic 模型的实证研究. 社会保障研究(2): 47 - 53
- 陆杰华, 郭冉 2017. 基于地区和社区视角下老年健康与不平等的实证分析. 人口学刊(2): 57 - 67
- 陆杰华, 郭冉 2019. 病态状态压缩还是病态状态扩展? ——1998 - 2014 年老年人健康指标长期变化趋势探究. 人口与发展(6): 76 - 86
- 牛梦琪 2019. 社会经济地位对老年人健康水平的影响及机制分析. 硕士学位论文. 北京: 首都经济贸易大学
- 孙鹃娟, 沈定 2017. 中国老年人口的养老意愿及其城乡差异——基于中国老年社会追踪调查数据的分析. 人口与经济(2): 11 - 20
- 孙薇薇, 石丹妮 2020. 社会支持的影响机制与农村老年心理健康. 社会学评论(4): 77 - 87
- 汪斌 2021. 中国流动人口健康研究: 理论基础、实证进展与前瞻思考. 兰州学刊(1): 65 - 77
- 温兴祥 2018. 相对剥夺对农村中老年人健康状况的影响——基于中国健康与养老追踪调查数据的分析. 中国农村观察(6): 110 - 127
- 巫锡炜, 刘慧 2019. 中国老年人虚弱变化轨迹及其分化: 基于虚弱指数的考察. 人口研究(4): 70 - 84
- 夏玉宝, 陶慧文, 朱良明, 等 2020. 不同经济水平地区农村老年人健康状况及影响因素. 中国农村卫生事业管理(4): 291 - 295
- 张丽 2015. 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. 南京医科大学学报(社会科学版)(6): 440 - 443
- Dale, Dannefer 2018. Systemic and reflexive: foundations of cumulative dis/advantage and life - course processes. The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences(6): 6

GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories ,1990 – 2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet*(10152) : 1015 – 1035

Lynch , John W ,George Davey Smith ,George A Kaplan , et al. 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income , psychosocial environment , or material conditions. *BMJ* (7243) : 1200 – 1204

Omrani ,Abdel R ,2001. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*(2) : 161 – 170

Pearlin , Leonard I ,Morton A Lieberman ,Elizabeth G Menaghan ,et al. ,1981. The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*(4) : 337 – 356

Rodgers ,Gerry B ,1979. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies*(2) : 343 – 351

World Health Organization ,2015. World Report on Ageing and Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

The Determinants of Healthy Ageing of Rural Older Adults under the Rural Vitalization

——Based on CLHLS2018 Data

LU Jiehua WANG Bin

Abstract Based on the previous relevant literature , this paper uses the hierarchical model and CLHLS2018 data to explore the determinants of healthy aging of rural older adults and discusses how to promote healthy aging of rural older adults under rural vitalization. The empirical results show that the healthy aging of rural older adults is affected by intrinsic capacity and functional ability. Intrinsic capacity factors mainly involve chronic disease status , social-economic status , lifestyle and cumulative factors. In addition to family and community environment , the imbalance of urban and rural development and aging policy are important functional ability factors. The findings suggest that we should improve the top-level design of health of rural older adults , enhance the intrinsic capacity of rural older adults , make up for the shortcomings of rural people's livelihood , and promote the integration of urban and rural development. This may help to realize the rural healthy aging under the rural vitalization.

Keywords Rural elderly; Healthy aging; Functioning; Multi-layer model