

应的健康管理计划,由相关护理人员协助完成日常健康行为,增加这部分老年人健康管理的主动权。

本研究结果与以往相关报道一致<sup>[10,11]</sup>。马斯洛的层次需求理论表明,人类满足基本物质需求后,会追求更高层次的需求,而经济收入是个人进行健康自我管理的物质保障,经济条件优越的老年人更有积极性和物质基础为健康做投资,追求高层次的健康需求,购买健康服务。这也提示养老机构工作者可采取措施,增加对经济收入较差老年人的健康投入,使其有更多机会管理自身健康问题,改善老年人的健康状况。

#### 4 参考文献

- 1 黄菲菲,赵秋利,郭美宜,等.成年人健康自我管理现状及影响因素的调查(J).中华护理杂志,2011;46(7):701-4.
- 2 赵秋利,黄菲菲.成年人健康自我管理能力测评量表的编制及信度和效度检验(J).中华现代护理杂志,2011;17(8):869-72.
- 3 刘延锦,郭秀丽.社区脑卒中患者的健康行为与自我护理能力的关联性(J).中华护理杂志,2011;46(3):279-81.

- 4 Wallston KA, Maides S, Wallston BS. Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value (J). J Res Pers, 1976;10(2):215-22.
- 5 李彩红,余丽君,李峥,等.PCI患者健康价值与健康促进生活方式的相关性(J).护理学杂志,2010;25(23):65-7.
- 6 丁可,张庆远,毛宗福,等.南阳市城区老年人健康促进生活方式现状调查(J).现代预防医学,2010;37(6):1086-8.
- 7 孙丽娜,化前珍,周更苏,等.西安市养老机构老年人健康促进生活方式调查(J).护理学杂志,2013;28(7):80-1.
- 8 Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics (J). Nurs Res, 1987;36(2):76-81.
- 9 Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, et al. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace (J). Nurs Res, 1990;39(6):326-32.
- 10 冯丽娜,陈长香.老年人社会经济地位与其健康自我管理的相关性研究(J).中华护理杂志,2014;49(11):1303-7.
- 11 骆琪,阎国光.社会经济地位对老年人健康影响的实证检验(J).统计与决策,2012;(13):91-4.

(2017-03-11 修回)

(编辑 杜娟)

## 性别差异下农村老年人及时医疗的利用

赖国毅 (成都师范学院 四川 成都 611130)

**摘要** 目的 分析影响农村老年人及时医疗利用状况的性别差异。方法 利用中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据,进行队列分析和多因素 Logistic 回归分析。结果 农村老年人的及时医疗利用不足,且其存在显著的性别差异。低龄段和教育程度高的女性及时医疗利用意愿强于同类男性;及时医疗利用存在显著的收入效应、健康效应和代际支持效应。结论 重视性别差异,提供宽领域、多层次、强指向的医疗服务;全面推广和完善新农保体系,提高农村老年人的收入预期;新农合前置于疾病发生,由“保大病”转变为“保未病”。

**关键词** 性别差异;农村老年人;及时医疗利用

(中图分类号) R161.7 (文献标识码) A (文章编号) 1005-9202(2018)10-2521-04; doi: 10.3969/j.issn.1005-9202.2018.10.086

西方学者提出的性别与老龄化的“双重危险”假定认为:老年女性面临着“女性”和“老年”这两种不利地位的负影响,其健康福利处于特别的劣势地位<sup>[1]</sup>。这种差异将会持续终生,由此导致老年女性比老年男性在社会经济、心理和健康方面都更加脆弱。因此,在新型城镇化全力推进的当下,从性别差异的角度开展农村老年人医疗保障方面的调查研究,对于提高医疗政策的社会评判力,避免决策缺失,推进医疗保障均衡的主流化进程,有着十分重要的学术价值。本文分析影响农村老年人及时医疗利用状况的性别差异。

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料 本文数据来源于北京大学国家发展研究

基金项目:成都市科技局2014年软科学项目(2014-RK00-00029-ZF)

第一作者:赖国毅(1978-),男,副教授,经济学硕士,主要从事老龄健康经济学研究。

院中国经济研究中心主持的“中国健康与养老追踪调查(CHARLS)”数据库。由于该数据库的调查对象为≥45岁的中国城乡居民,剔除≤60岁及缺乏相关变量的样本数据后,最后入选的有效样本数为5 787个。采用2011年的全国基线调查数据。

**1.2 变量设置** ①因变量。老年病以慢性病为主,因而及时医疗利用状况是反映老年人获取医疗服务与否的重要替代变量。这里用“过去2w患病后是否到医院就诊”来反映老年人的及时医疗利用状况。②自变量。自变量共5个,分别是医疗保险变量、人口变量、经济变量、健康变量和代际支持变量。赋值:及时医疗利用:过去2w患病后是否到医院就医(看过=1,没有=0),医疗保险变量:有无医疗保险(有=1,无=0),医疗保险类型(社会医疗保险=1,商业医疗保险=0),人口变量:性别(男=1,女=0),年龄(60~75岁=1,76~89岁=2,≥90岁=3),教育水平(未接受过教育=1,接受过初等教育=2,接受过中等教育=3),居住状

况:同居(已婚同住和未婚同住)=1,独居(离婚、丧偶和未婚);经济变量:人均年收入:(低收入:0~20 000 元,中等收入 20 001~50 000 元,高收入:≥50 001 元)是否有全产权房产(有=1,无=0),健康变量:健康状况自我评价(不知道=0,差=1,一般=2,好=3,很好=4,非常好=5);代际支持变量:家庭规模(人):子女数量(1 人及以下=0,2 人=1,3 人=2,3 人以上=3),子女经济资助(有=1,没有=0)。

**1.3 调查方法** 调查方法为县(区)——村(居)两级的人口规模成比例概率抽样法(PPS)随机抽样。首先在县级抽样阶段以每个区、县 2011 年人口数量为基础,使用地区、城乡和国民生产总值(GDP)为分层指标,直接从全国 30 个省级行政单位(不包括西藏自治区、台湾省及香港和澳门特别行政区)范围内随机抽取 150 个区县。其次,在村级抽样阶段,以每个村或社区 2011 年常住人口为基础,从上述 150 个区县中各随机抽取 3 个村或社区,最后得到 450 个村/社区。最后,在个人层面,从每个样本村/社区的所有住户信息列表中随机抽取 80 户样本家户。

**1.4 统计学方法** 采用 STATA 软件进行 *t* 检验及 Logistics 回归模型分析。

**2 结果**

**2.1 男女及时医疗利用情况比较** 女性及时医疗利用显著强于男性( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 男女及时医疗利用情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

性别	<i>n</i>	及时 医疗利用(%)	未及时 医疗利用(%)	得分(分)
女	2 972	40.46	10.88	0.212±0.007
男	2 815	39.36	9.30	0.191±0.007
$\chi^2$ 或 <i>t</i> / <i>P</i> 值		3.932/ $<0.05$		1.983/ $<0.05$

**2.2 不同因素老人及时医疗利用的性别比较** 60~75 岁老年人的及时医疗利用状况存在着明显的性别差异( $P<0.05$ ),女性比男性的及时医疗利用状况高出 10.53%。接受初等教育和中等教育的老年人及时医疗利用状况在性别上差异有统计学意义(均  $P<0.05$ ),从平均值看,女性比男性分别高出 22.58%和 48.09%。无论是同居还是独居,农村老年人在及时医疗利用状况上无性别差异( $P>0.05$ )。按照收入等级划分,老年人的及时医疗利用无性别差异( $P>0.05$ )。拥有产权房的老年人及时医疗利用状况在性别上差异有统计学意义( $P<0.05$ )。是否拥有医疗保险和不同的医疗保险类型对老年人的及时医疗利用状况无性别差异( $P>0.05$ )。健康状况自评非常好的老年人及时医疗利用状况在性别上差异无统计学意义( $P<0.05$ )。从家庭规模来看,当家庭子女数量为 1 人及以下时,老年人的及时医疗利用状况在性别上差异有统计学意义

( $P<0.05$ )。子女提供经济资助与否对老年人的及时医疗利用状况无性别差异( $P>0.05$ )。见表 2。

表 2 不同因素老年人及时医疗利用状况的性别比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

	<i>n</i>	得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
<b>年龄</b>				
60~75 岁				
女	2 403	0.210±0.008	1.721	$<0.05$
男	2 376	0.190±0.008		
76~89 岁				
女	532	0.222±0.018	1.189	$>0.05$
男	425	0.191±0.019		
≥90 岁				
女	37	0.194±0.067	0.974	$>0.05$
男	14	0.333±0.126		
<b>教育程度</b>				
未接受教育				
女	2 309	0.205±0.008	0.850	$>0.05$
男	1 753	0.195±0.009		
接受初等教育				
女	556	0.228±0.018	1.825	$<0.05$
男	693	0.186±0.015		
接受中等教育				
女	107	0.271±0.043	1.845	$<0.05$
男	369	0.183±0.020		
<b>居住状况</b>				
独居				
女	957	0.207±0.010	0.293	$>0.05$
男	550	0.199±0.006		
同居				
女	2 015	0.212±0.007	1.691	$>0.05$
男	2 265	0.191±0.007		
<b>人均年收入</b>				
0~20 000 元				
女	2 929	0.204±0.006	1.851	$>0.05$
男	2 768	0.187±0.006		
20 001~50 000 元				
女	22	0.182±0.084	-0.382	$>0.05$
男	31	0.225±0.076		
≥50 001 元				
女	21	0.19±0.087	0.022	$>0.05$
男	16	0.187±0.101		
<b>拥有房产</b>				
有				
女	1 366	0.211±0.009	2.019 8	$<0.05$
男	1 418	0.184±0.008		
无				
女	1 606	0.197±0.008	0.564	$>0.05$
男	1 397	0.189±0.008		
<b>医疗保险</b>				
有医疗保险				
女	2 774	0.224±0.008	-2.572	$>0.05$
男	2 626	0.198±0.008		
无医疗保险				
女	198	0.161±0.017	-2.696	$>0.05$
男	189	0.166±0.018		
<b>医疗类型</b>				
社会医疗保险				
女	2 873	0.207±0.007	0.248	$>0.05$
男	2 710	0.184±0.062		
商业医疗保险				
女	99	0.162±0.014	1.887	$>0.05$
男	105	0.157±0.013		
<b>健康状况</b>				
自评不知道				
女	76	0.333±0.211	1.324	$>0.05$
男	59	0.250±0.250		
自评差				
女	713	0.195±0.013	0.446	$>0.05$
男	491	0.175±0.014		
自评一般				
女	1 077	0.211±0.011	1.412	$>0.05$
男	1 079	0.189±0.010		

续表 2 不同因素老年人及时医疗利用状况的性别比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

	<i>n</i>	得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
自评好	女 669	0.193±0.012	1.029	>0.05
	男 850	0.185±0.011		
自评很好	女 230	0.206±0.021	0.253	>0.05
	男 273	0.200±0.019		
自评非常好	女 207	0.289±0.052	0.243	<0.05
	男 63	0.204±0.039		
子女数量				
1 人及以下				
女	2 508	0.205±0.006	1.957	<0.05
男	2 539	0.187±0.006		
2 人				
女	371	0.144±0.041	-0.396	>0.05
男	318	0.169±0.046		
3 人				
女	16	0.187±0.101	0.544	>0.05
男	17	0.117±0.081		
3 人以上				
女	77	0.000±0.000	-1.527	>0.05
男	1	0.333±0.333		
子女是否提供经济资助				
是				
女	559	0.198±0.014	-0.262	>0.05
男	544	0.203±0.015		
否				
女	2 413	0.204±0.007	2.135	>0.05
男	2 271	0.183±0.006		

2.3 Logistic 回归结果 Logistics 结果显示模型拟合较好,能够较好地反映现实问题。这里给出了相对风险比率(RRR)。RRR 值表示自变量变化一个单位时,选择项发生与对照组发生之间的相对概率。

从全部样本来看,显著影响农村老年人及时医疗利用状况的变量是教育程度、医疗保险和经济收入,且这些通过显著性检验的变量对及时医疗利用状况均呈现正向影响。就教育程度来说,及时医疗利用状况与教育程度的提升呈反比关系。相对于接受过高等教育的老年人来说,未接受过教育的老年人,其及时医疗利用比例是前者 1.45 倍;接受过初等教育和中等教育的老年人,其及时医疗利用比例是前者的 1.31 倍和 1.30 倍。就医疗保险变量来说,老年人在是否拥有医疗保险及医疗保险的种类上不存在显著差异。就经济收入来说,随着人均年收入的提高,老年人的及时医疗利用比例也将随之提高,提升幅度是 97%。就健康状况自评来说,自评健康状况非常好的老人,其及时医疗利用比例是自身健康状况不知道老年人的 1.68 倍。从分性别样本看,除了上述变量影响显著外,代际支持的性别差异亦十分显著。拥有全产权房产的男性的及时医疗利用比例是未有者的 0.81 倍。有子女经济资助的老人是未有子女资助老人的 1.36 倍。在女性样本中,相对于接受过高等教育者来说,未接受过教育、接受过初等教育和中等教育者的及时医疗利用比例分别是前者的 1.73 倍、1.75 倍和 2.23 倍。拥有社会医疗保险的女性,其及时医疗利用比例是拥有商业医疗保险者的 1.43 倍。子女越多将促使女性的及时医疗利用比例上升 61%。而健康状况自评非常好的女性及时医疗利用比例是自身健康状况不知道老年人的 2.07 倍。见表 3。

表 3 Logistic 回归结果

	对比项	全部样本		男性		女性	
		RRR	S	RRR	S	RRR	S
人口变量	性别						
	60~75 岁	0.95	0.07	-	-	-	-
	≥90 岁	1.07	0.10	1.02	0.14	1.10	0.14
	75~89 岁	0.95	0.36	0.62	0.48	1.11	0.50
	未接受教育	1.45 <sup>2)</sup>	0.13	1.39 <sup>2)</sup>	0.18	1.73 <sup>2)</sup>	0.26
健康变量	初等教育	1.31 <sup>1)</sup>	0.13	1.10	0.14	1.75 <sup>2)</sup>	0.30
	中等教育	1.30 <sup>1)</sup>	0.18	1.07	0.17	2.23 <sup>1)</sup>	0.57
	居住状况	0.98	0.08	0.87	0.10	1.05	0.11
健康变量	独居	0.98	0.08	0.87	0.10	1.05	0.11
	自评非常好	1.68 <sup>1)</sup>	0.36	1.51	0.45	2.07 <sup>1)</sup>	0.63
	自评很好	1.17	0.15	1.28	0.24	1.11	0.19
	自评好	1.11	0.11	1.25	0.18	1.01	0.13
医保变量	自评一般	1.10	0.10	1.12	0.16	1.09	0.13
	医疗保险	1.36	0.26	1.59	0.44	1.19	0.31
经济变量	无	1.36	0.26	1.59	0.44	1.19	0.31
	有商业医保	1.22	0.15	1.04	0.18	1.43 <sup>1)</sup>	0.24
代际支持	人均年收入	0.97 <sup>1)</sup>	0.01	0.97	0.02	0.97 <sup>1)</sup>	0.02
	固定资产	0.96	0.07	0.81 <sup>1)</sup>	0.09	1.11	0.11
代际支持	无全产权房	0.96	0.07	0.81 <sup>1)</sup>	0.09	1.11	0.11
	家庭规模	0.80	0.13	1.07	0.22	0.61 <sup>1)</sup>	0.15
P 值	子女经济帮助	1.15	0.10	1.36 <sup>1)</sup>	0.18	1.00	0.12
P 值		0.000		0.083		0.000	
Pseudo R <sup>2</sup>		0.009		0.010		0.015	
Log likelihood		-2 868.36		-1 352.19		-1 503.63	

1) *P*<0.05; 2) *P*<0.01

### 3 讨论

本研究结果提示要特别重视性别差异,通过提供宽领域、多层次、强指向的服务来满足农村老年人医疗健康需求。身体健康状况越好,受教育程度越高的农村老年人其及时医疗利用的比例越高。这符合“教育程度、健康状况与医疗需求呈正相关<sup>(2)</sup>”的一般结论。医疗保险能有效地促进农村老年人就医积极性,与其他学者的看法一致<sup>(3,4)</sup>。由于农村老年人以退休金、养老金为主要生活来源的比例远低于城镇老年人,因而其医疗需求的收入效应十分显著。由此可见,提高他们的收入水平是能显著增强其就医积极性,满足医疗服务需求。因此,在新型城镇化的当下,破解城乡医疗服务不均衡的一个有效着力点就是,应尽快全面推广和完善新农保(新型农村社会养老保险)体系。在实现“广覆盖”的普惠制基础上逐年提高保障水平,使农村老年人形成良好的收入预期。

本研究与宋璐等<sup>(5)</sup>结论一致。在经济状况的影响中,男性更依靠房产等固定资产的远期保障;女性则更多依赖于经济收入和社会医疗保险的即期保障。由此可见,在以基本医疗保险为基础、商业医疗保险为补充的“双层安全保障网<sup>(6)</sup>”未有效建立的背景下,除了不断强化新农合保障效力外,还应该让新农合前置置于疾病发生之前,让保障路径从“保大病”转向“保未病”。从健康状况角度看,老年人及时医疗利用的健

康效应也是女性强于男性。这揭示提高农村老年人的医疗保健意识中要有针对性,应依据不同性别老人的差异,选择其喜闻乐见的方式。比如针对农村女性易采用不定期的小型讲座、义诊、咨询等形式增强其对女性常见疾病的辨识能力;而对男性则应提高其卫生健康意识<sup>(7)</sup>,强化主观健康意识。

### 4 参考文献

- 1 Chappell N, Havens B. Old and female: testing the double jeopardy hypothesis (J). *Sociol Quarterly*, 1980; 21(1): 157-71.
- 2 Makinen M, Waters H, Rauch M *et al.* Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition (J). *Bull World Health Organ*, 2000; 78(3): 55-65.
- 3 刘国恩, 蔡春光, 李林. 中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析 (J). *经济研究*, 2011; (3): 95-118.
- 4 刘广彬. 我国居民的健康不平等状况及其发展趋势——基于 CHNS2006 年的健康自评数据 (J). *卫生经济研究*, 2009; (4): 21-3.
- 5 宋璐, 左东梅. 农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异: 以巢湖地区为例 (J). *中国农村经济*, 2010; (5): 74-84.
- 6 胡振华, 赖国毅. 新农合与商业医保竞合关系分析 (J). *经济问题*, 2013; (3): 68-74.
- 7 赖国毅. 医疗保障与老年医疗消费的实证分析 (J). *社会保障研究*, 2012; (6): 46-56.

(2017-03-17 修回)

(编辑 杜娟)

## 农村老年人健康状况与认知损伤的关系

林志家 龚纯 赵春华 徐勇 (苏州大学公共卫生学院, 江苏 苏州 215123)

**(摘要)** 目的 研究农村 60 岁及以上老年人健康状况与认知损伤关系。方法 60 岁及以上老年人 3 770 人采用简易智力状态检查评分表 (AMT)、抑郁症筛查量表 (PHQ-9) 及自行设计的调查表对认知损伤、心理状况、一般状况及疾病情况进行调查, 并收集血样进行生化指标分析健康状况。结果 老年人认知损伤 500 人 (13.263%)。老年人认知损伤的影响因素: 女性、年龄  $\geq$  80 岁、年龄 70~79 岁、尿酸不正常、心理抑郁。结论 老年人认知损伤与心理状况、疾病及生理、生化指标等多种健康因素有关, 减轻老年人认知损伤, 要关注老年人身体状况与生理生化指标, 加强疾病控制, 保持愉悦心情。

**(关键词)** 健康状况; 认知损伤

(中图分类号) R749.16 (文献标识码) A (文章编号) 1005-9202(2018)10-2524-03; doi: 10.3969/j.issn.1005-9202.2018.10.087

认知能力包括感知觉、注意力、学习记忆、思维、语言等各种能力。认知能力的下降是衰老的表现之一, 认知能力损伤也是痴呆早期的临床特征<sup>(1)</sup>。本研究旨在了解认知损伤与农村老年人健康状况的关系及认知损伤的影响因素。

通信作者: 徐勇 (1959-), 男, 教授, 博士生导师, 主要从事老年痴呆研究。

第一作者: 林志家 (1992-), 女, 硕士, 主要从事老年痴呆及医院管理研究。

### 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 江苏省苏州市农村老年居民, 年龄  $\geq$  60 岁, 共 3 770 人, 平均年龄 67.67 岁。

**1.2 研究方法** ①自行设计的调查表, 内容包括一般人口学资料, 基本情况, 疾病状况, 日常生活情况等。②以简易智力状态检查评分表 (AMT) 和抑郁症筛查量表 (PHQ-9) 分别检查认知状况和心理状况。AMT 包括 10 个问题来检测认知损伤<sup>(2)</sup>。分为定向力、记忆力、注意力、回忆及语言等 5 个维度, 量表总分 10 分, 每项回答或操作正确得 1 分, 总分为 0~10 分, 划分老