

分类号: C924.24
研究生学号: 2020912063

单位代码: 10183
密 级: 公开



吉 林 大 学

硕士学位论文

(学术学位)

基于虚弱指数的我国老年人健康状况对居住意愿的影响研究

Research on the influence of the health status of the elderly in China on
their living willingness based on frailty index

作者姓名: 卢芊霓

专 业: 人口学

研究方向: 人口社会学

指导教师: 侯建明 副教授

培养单位: 东北亚学院

2023 年 5 月

基于虚弱指数的我国老年人健康状况对居注意愿的影响研究

Research on the influence of the health status of the
elderly in China on their living willingness based on
frailty index

作者姓名：卢芊霓

专业名称：人口学

指导教师：侯建明 副教授

学位类别：法学硕士

答辩日期：2023 年 5 月 22 日

摘要

基于虚弱指数的我国老年人健康状况对居住意愿的影响研究

根据《健康中国行动（2019-2030）》报告显示，截止到2018年底，我国老年人中有1.8亿人患有慢性疾病，有4000万老年人处于失能或部分失能状态，可见我国老年人的健康状况不容乐观，贯彻落实健康老龄化政策极为重要。此外在社会经济持续发展的今天，传统的家庭养老模式正在受到人口老龄化和家庭结构及规模变化的挑战，不同健康状况的老年人在居住意愿和居住方式上呈现多样化的趋势。老年人的居住意愿是预测未来养老模式发展的重要因素，更是未来养老制度的重要参照。基于此，研究健康对居住意愿的影响，能够更加具体、细致地分析出不同健康状况下老年人的养老需求，为制定更为科学合理的社会养老保障制度提供重要参考。

本文基于经典理论（马斯洛需求层次理论、社会支持理论、科尔曼理性选择理论、福利经济学理论），利用2018年中国老年健康影响因素跟踪调查数据（CLHLS），运用定性和定量相结合的研究方法，从健康的角度出发，分析和研究了我国老年人的居住意愿及其影响因素。首先，在借鉴了复寿劳（1997）等学者研究的同时，根据老年人的同住对象的差异，我国老年人的居住意愿主要被划分为独居、与子女同住和养老机构，先对老年人的自评健康、生理健康、心理健康和居住意愿的现状进行分析，然后通过引入虚弱指数对老年人综合健康进行衡量。其次，本文通过构建多元logistic回归模型，进一步探究健康状况对居住意愿的作用机制。为了检验模型的稳健性，又通过建立mprobit模型进行验证。此外，本文还引入了个体特征、家庭经济特征和社会保障特征等因素作为控制变量，并分析其可能对居住意愿产生的影响。最后，由于我国是二元社会经济结构，城乡差距较大，所以本文又分城乡对老年人的居住意愿进行了异质性分析，最终得到了全面的、客观的研究结果。

研究表明：第一，我国老年人的健康状况显著影响其居住意愿。在面临子女家与自己家的抉择时，老年人的健康状况越差越愿意与子女同住，而当需要在养老机构和自己家进行抉择时，健康状况欠佳的老年人更愿意去养老机构居住生活。第二，家庭支持显著影响我国老年人的居住意愿。在家庭支持中，情感支

持和照料支持对我国老年人的居住意愿具有显著影响,而经济支持对居住意愿没有显著影响。第三,家庭收入也是影响我国老年人居住意愿的重要因素。家庭收入越高的老年人更期望与子女同住,收入越少的老年人则更希望独居。同时老年人的年龄、户口类型、曾经从事的职业、受教育年限、婚姻状况、旅游次数、养老保险、医疗保险、社会服务供给等个体特征和社会保障特征因素均对其居住意愿存在显著影响。第四,健康状况对老年人居住意愿的影响存在显著的城乡差异。当老年人健康状况越差时,在对“与子女同住”和“独居”的意愿选择上,城镇比农村老年人更倾向于与子女同住,在对“养老机构”与“独居”的意愿选择上,农村老年人比城市老年人更愿意去养老机构居住。

基于以上结论,本文从提升社区养老服务水平、充分发挥家庭支持作用、完善经济扶持政策、统筹城乡养老资源与健康服务均衡发展等角度提出了对策建议,从而能够进一步提升老年人的生活质量、提高幸福指数,营造适宜老年人生活的居住环境和社会氛围,以期能够为未来老龄化战略的发展制定提供有利依据。

关键词:

居住意愿, 老年健康, 虚弱指数, 城乡差异

Abstract

Research on the influence of the health status of the elderly in China on their living willingness based on frailty index

According to the report of “Healthy China Initiative (2019-2030)”, by the end of 2018, the number of elderly people in China suffering from chronic diseases reached 180 million, with approximately 40 million elderly people being partially or fully disabled. It can be seen that the health status of elderly people in China is not optimistic, and implementing a healthy aging strategy is extremely important. In addition, with the continuous development of society and economy, the traditional family model is facing challenges from population aging and changes in family structure and size, resulting in a trend towards diversified choices of residence and cohabitation among elderly people with different health conditions. The living willingness of the elderly is an important factor in predicting the future development of elderly care models and a critical reference for future elderly care systems. Therefore, studying the influence of health on living willingness can more specifically and meticulously analyze the elderly's care needs under different health conditions, providing important references for the formulation of more scientific and reasonable social elderly care security systems.

This article, based on Maslow's hierarchy of needs, social support theory, Coleman's rational choice theory, and welfare economics theory, reviews relevant literature from China and abroad. Using data from the 2018 CLHLS with qualitative and quantitative analysis, the study analyzes the residential willingness of elderly people in China from a health perspective. Firstly, based on differences in the co-residents of the elderly, and drawing on the research of scholars such as Fushou Lao, the residential willingness of the elderly in China is mainly divided into living alone, living with children, and living in nursing homes. And the status of self-rated health, physical health, mental health and living intention of the elderly is analyzed, and then the comprehensive health of the elderly is measured by the frailty index.

Secondly, this article further explores the mechanism by which health status affects residential willingness through the construction of a multiple logistic regression model. To test the robustness of the model, an mprobit model is also established. In addition, individual characteristics, household economic characteristics, and social security characteristics are introduced as control variables, and their possible effects on residential willingness are analyzed. Finally, due to the dual socio-economic structure in China and significant urban-rural disparities, heterogeneity analysis of the residential willingness of elderly people in cities and rural areas is conducted based on the benchmark regression, resulting in comprehensive and objective research findings.

Research findings indicate that, firstly, the health condition of elderly people in China significantly affects their living willingness. When facing the choice between living with their children or on their own, elderly people with poorer health conditions are more willing to live with their children. Conversely, when choosing between living in a nursing home or in their own homes, elderly people with poor health conditions are more willing to live in a nursing home. Secondly, family support significantly influences the living willingness of elderly people in China. Emotional and caregiving support significantly affect their preferences, while economic support does not. Thirdly, household income is also an important factor affecting the living willingness of the elderly in China. Those with higher household income prefer to live with their children, while those with less income prefer to live alone. Additionally, individual characteristics such as age, household registration type, previous occupation, education level, marital status and others, all have a significant impact on the living preferences of elderly people, as do factors related to social security. Fourthly, there are significant urban-rural differences in the impact of health status on the living willingness of the elderly. Compared with rural elderly people, when the health status of the elderly is going to rack and ruin, urban elderly people are more inclined to live with their children, while rural elderly people are more willing to live in nursing homes than urban elderly people.

Based on these conclusions, this article proposes measures and recommendations from the perspectives of improving community elderly care service levels, leveraging

family support, improving economic support policies, and balancing the development of urban and rural elderly care resources and health services. These measures aim to further improve the quality of life for elderly people, increase their happiness index, create a suitable living environment and social atmosphere for them, and provide a favorable basis for the development of future aging strategy.

key words:

Living willingness, Elderly health, Frailty Index, Urban-rural differences

目 录

第 1 章 绪论.....	1
1.1 研究背景及意义.....	1
1.1.1 研究背景.....	1
1.1.2 研究意义.....	3
1.2 数据来源与研究方法.....	4
1.2.1 数据来源.....	4
1.2.2 研究方法.....	4
1.3 研究内容与思路框架.....	5
1.3.1 研究内容.....	5
1.3.2 思路框架.....	6
1.4 文献综述.....	7
1.4.1 关于老年人健康的研究.....	7
1.4.2 关于居住意愿的研究.....	11
1.4.3 研究评述.....	13
第 2 章 相关概念及理论基础.....	15
2.1 相关概念.....	15
2.1.1 老年人.....	15
2.1.2 老年人健康.....	15
2.1.3 虚弱指数.....	16
2.1.4 居住意愿.....	17
2.2 理论基础.....	18
2.2.1 马斯洛需求层次理论.....	18
2.2.2 科尔曼理性选择理论.....	20
2.2.3 社会支持理论.....	21
2.2.4 福利经济学理论.....	22
第 3 章 我国老年人健康状况与居住意愿现状分析.....	24
3.1 我国老年人健康状况的现状分析.....	24
3.2 我国老年人健康状况的主要特点.....	30
3.3 我国老年人居住意愿的现状及其差异分析.....	31
3.3.1 老年人居住意愿的总体概况.....	31
3.3.2 不同特征老年人居住意愿的差异分析.....	31
3.3.3 居住意愿与实际居住方式的差异比较.....	35
第 4 章 我国老年人健康状况对居住意愿的影响.....	37
4.1 变量选取.....	37

4.1.1 因变量.....	37
4.1.2 核心自变量.....	37
4.1.3 控制变量.....	42
4.2 模型构建.....	43
4.3 回归结果分析.....	44
4.3.1 多重共线性检验.....	44
4.3.2 多元 logistic 回归结果分析.....	45
4.3.3 稳健性检验.....	50
4.4 城乡异质性分析.....	51
第 5 章 结论与建议.....	55
5.1 结论.....	55
5.2 建议.....	57
参考文献.....	60

第1章 绪论

1.1 研究背景及意义

1.1.1 研究背景

(1) 人口快速老龄化加重养老负担

近年来,全球共同面临着一个严峻问题——人口老龄化,联合国于2019年发布了《世界人口展望报告》,结果显示:2019年全球65岁及以上的老年人口占比是总人口的十分之一,意味着每十个人中就有一个老年人,而预计到2050年这一比例将上升至六分之一。而中国早在2000年便已经步入了老龄化社会,根据国家统计局的数据显示,我国65岁及以上老年人口比重一直在持续上升,2000年-2010年从7.1%上升至8.92%,到2020年,上升至13.52%,达到1.9亿人,较2010年又上升了4.6个百分点。可见我国老年群体规模正在不断扩大,我国老龄化的速度在不断加快,预计到2050年,我国老年人口数将达到全国总人口的三分之一。这不单单是数量上的增加,更会导致我国经济、社会中各种压力倍增。同时计划生育政策的实施致使劳动年龄人口的减少,医疗科技的进步使得老年人预期寿命延长,退休老年人数量的持续增加,这些最终都会使我国面临着养老金储备不足,养老抚养负担的不断加重的困境。

(2) 贯彻落实健康老龄化政策对于解决老年健康问题尤为重要

随着我国医学科学技术的进步,我国人口平均预期寿命也在不断延长,根据《发布2021世界卫生统计报告》显示,自2000年至2019年,中国人均预期寿命从72岁增长到了77.4岁。虽然预期寿命在不断地延长,但是这并不意味着老年人健康水平在上升。根据《健康中国行动(2019-2030)》报告显示,截止到2018年底,我国约1.8亿老年人患有慢性疾病,患有一种及以上慢性病的老年人口比重达到了75%,同时失能和部分失能老年人约有4000万。这说明现阶段虽然我国老年人的生活水平显著提高,但其健康状况却不容乐观。习近平总书记在2016年中共中央政治局第三十二次会议中指出:“老年是人的生命的重要阶段,是仍然可以有作为、有进步、有快乐的重要人生阶段”。“有作为、有进步”的

基础是老年人身体健康，“有快乐”需要的是老年人心理健康，足以可见健康对于老年群体来说弥足珍贵。

为此早在 20 世纪 80 年代，世界卫生组织便提出了健康老龄化的战略构想。而中国在步入老龄化社会后也积极响应号召，2017 年我国在《“十三五”健康老龄化规划》中重点强调了“保障老年人获得适宜的、综合的、连续的整合型健康服务，提高老年人的健康水平，实现健康老龄化，建设健康中国”。同年在十九大报告中，习近平总书记明确提出要通过实施健康中国战略来应对人口老龄化。2020 年，“十四五”规划和二〇三五远景目标中指出“实施积极应对老龄化的发展战略，发展银发经济，发展建设医养康养相结合、社区机构相协调的养老服务体系”。可见，无论是从个体还是国家层面来看，老年健康问题已经成为重点关注问题，贯彻落实健康老龄化政策极为重要。

（3）家庭规模及结构的变化导致传统养老模式受到冲击和挑战

长久以来，我国老年人最主要的居住模式是与子女共同居住。然而随着我国逐渐从农业社会步入到工业社会，我国的家庭规模和结构也出现了明显的变化。根据国家统计局的数据显示，20 世纪 50 年代我国居民平均家庭户规模在 4.33 人，而后家庭规模在逐渐缩减，到 2000 年已经缩减为 3.44 人，2020 年平均家庭户规模已经变成 2.62 人，可见我国居民家庭规模越来越小。同时受到生育政策的影响，我国独生子女数量明显增加，核心家庭越来越多，家庭结构逐渐呈现出小型化特征。而随着时间的推移，独生子女进入婚育期后，多数独生子女既要照顾孩子又要赡养四位老人，家庭的养老功能逐渐弱化，老年人可获得的养老资源的数量、质量及可能性很大程度上会降低，同时儿女也承担着沉重的赡养责任。因此在传统的养老模式面临冲击与挑战时，我国效仿西方引入了社会化养老服务体系，提出了“以居家养老为基础的，社区服务为依托的，机构养老为补充的养老模式”^[1]，基于此方针，各个地方也根据自身情况设定了不同的养老模式，例如上海 2007 年的“9073”、北京 2009 年的“9064”等养老服务模式。到 2021 年，我国进一步在《第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》中提出了关于养老方面的建议，大力推动老龄事业和产业协同发展，让家庭成为承担养老功能的主体，构建并完善兜底型、普惠型、多样化的养老服务体系，使居家社区机构

[1] 陈旭峰,钱民辉.中国老龄事业发展研究:回顾与展望[J].东南学术,2011(03):158-165.

三者相协调，医养康养相结合，从而不断满足老年人日益增长的多层次、高品质健康养老需求。

随着养老模式的多样化发展，老年人对于居住地点以及照料人的选择也呈现出多样化的趋势。因此为了解决我国养老困境，进一步建立并完善更有助于老年人生活的制度政策，我们应该更精准、全面地掌握他们的需求，而老年人对于居住地的需求也一直都是养老问题关注的重点，对家庭、社区、机构养老的选择很大程度上体现出了老年人的居留意愿，但是我国目前有关老年人居留意愿的研究比较少，并不够深入。伴随着老年健康问题的日益凸显，老年人的健康状况又会如何影响居留意愿？其充当着什么角色？都是值得我们关注的问题。因此本文将主要针对老年人健康状况与居留意愿关系进行研究，探究老年人健康状况对居留意愿可能产生的影响以及这种影响在不同特征老年群体中是否有差别，以期能够为养老服务体系建设和提供理论支撑，有助于为未来老龄化战略的发展制定提供有利依据。

1.1.2 研究意义

从理论意义来看，本文不仅限于一般性地讨论影响我国老年人居留意愿的因素，而是基于虚弱指数，从健康的角度出发，重点关注老年人自身的虚弱程度对居留意愿的影响，以此丰富了以往有关居留意愿的研究内容。此外，本文在对前人的研究成果以及理论进行总结和参考的基础上，加入了个体特征、家庭经济特征以及社会保障特征等因素作为控制变量，并有权威数据做后盾，在结合相关理论的基础上，进一步分析了健康状况对居留意愿影响的城乡差异，在验证老年人居留意愿的影响因素方面具有一定的学术价值，并充实了我国有关老年人居留意愿的理论体系，为推动健康养老高质量发展提供了理论参考。

从现实意义来看，在社会政策方面，老年人既是养老政策的受惠者，更是养老政策制定中最需要关注的对象，他们的居住方式属于我国老年保障体系中的重要组成部分，他们的居留意愿代表着老年人的理想居住模式，关系着老年群体的生活质量，更会影响我国的养老资源的配置倾向。可见老年人的居留意愿作为预测未来养老模式发展和养老制度制定的重要因素和重要依据，对其进行分析和研究，更有助于社会养老保障制度的科学、合理地制定；在现实生活方面，随着我

国家家庭规模的逐渐缩小,家庭养老模式日趋单一化,社会化养老资源十分分散且匮乏,社区养老服务缺乏专业化指导,机构养老成本高且老年人主观意愿与实际经济情况不匹配,这些有关养老的问题急需解决。居住意愿作为影响老年人生活状况不可忽略的重要因素,对其进行研究则有助于深入了解现存的养老居住问题,让我们更加清楚当前在老年人的养老居住方面面临的困境和局限,而以健康为视角研究老年人的居住意愿,则有助于更加细致和具体地分析不同老年人的养老需求,更全面地认识养老问题。因此本文从老年健康的角度出发,分析和研究老年人的居住意愿,探究健康与居住意愿两者之间的关系,使我们更清楚地了解不同健康状况下老年人的养老需求,从而进一步探索出既能切合老年人自身健康状况,又能适应我国社会经济发展水平的理想的养老模式,不断提高晚年生活质量,使老年人获得满足感和幸福感,最大限度地减轻子女的养老负担,最终实现家庭和社会和谐稳定发展。

1.2 数据来源与研究方法

1.2.1 数据来源

本文所使用的数据是2018年中国老年健康影响因素跟踪调查数据(CLHLS),共有调查对象15874名。该调查是由北京大学组织开展的全国范围内最早、坚持时间最长的社会科学调查。截止到2018年,一共在中国23个省的631个市进行了八次调查,其调查范围广泛,几乎覆盖了全国85%的区域,同时调查内容也呈现出多样化特点,涵盖了老年人自身及家庭情况、经济情况和社会背景等多个方面。可见CLHLS数据是一个全国性的研究老年健康的高质量且权威的数据。综合考虑老年人口的定义,将65岁及以上老年人口确定为本文的研究对象,因此在剔除了样本中所有缺失值和65岁及以下的数据后,最终获得的有效样本数量为5597个。

1.2.2 研究方法

(1) 文献研究法:大量阅读老年健康与居住意愿的相关文献,总结归纳这类文献的理论框架,全面透彻地了解他们的研究成果以及可能存在的不足,在此

基础上形成自己的研究思路,确定关键变量并借鉴其测量方法,在第四章中结合自己的研究内容对变量进行筛选和赋值。

(2) 定性研究法:本文在阅读大量的文献的过程中,对我国老年人的健康状况、居住方式、居住意愿以及它们相关关系有了一个较为全面的认知,同时还深入研究了老年健康和居住意愿相关的理论及概念,并在第二章中得到切实应用,如选择虚弱指数来衡量老年人综合健康状况时就运用到了定性分析方法,通过对数据资料的大量搜集整理与理解界定了虚弱指数这一概念以及其测量方法,从而保证了本文的严谨与科学。

(3) 定量研究法:通过利用 SPSS26.0 统计分析软件对 2018 年的 CLHLS 数据进行处理,在第三章中运用描述性统计分析方法简要介绍老年人健康状况和居住意愿的现状特征,而后在第四章运用多元逻辑回归深入分析老年人健康状况对居住意愿的影响。

(4) 比较分析法:运用比较分析法,分城乡将老年人健康状况对居住意愿的影响进行对比,主要在第四章进行异质性分析,将老年人按照城乡进行划分,深入探讨居住意愿如何受到健康状况的影响。

1.3 研究内容与思路框架

1.3.1 研究内容

本文主要运用 2018 年 CLHLS 数据基于虚弱指数针对我国老年人健康状况对居住意愿的影响进行分析,其内容主要分为五大部分。

第一部分是绪论,涵盖研究背景、意义、内容与方法、数据来源以及文献综述。

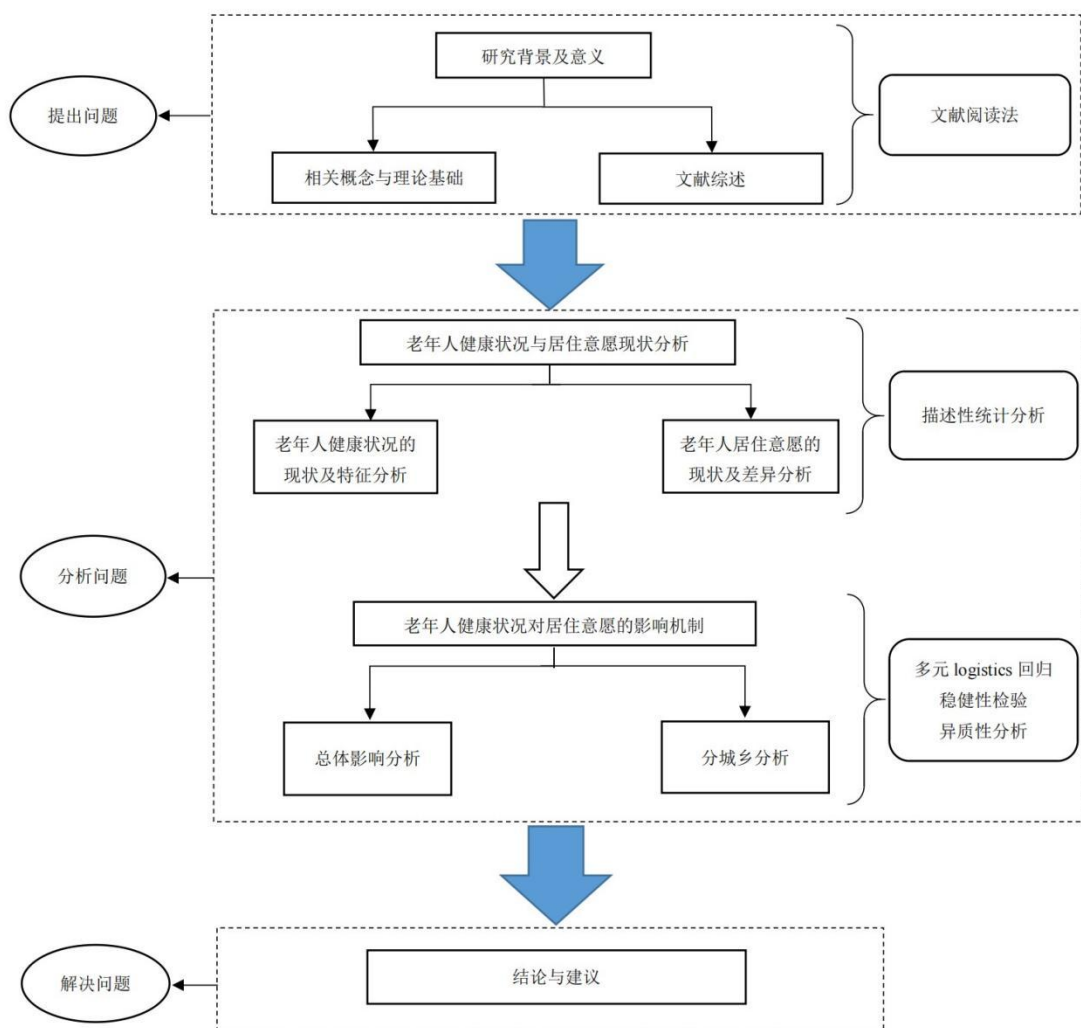
第二部分主要是相关概念及理论基础,其中概念主要包含老年人、老年健康、虚弱指数以及居住意愿,相关的理论则包括马斯洛需求层次理论、福利经济学理论、科尔曼理性选择理论、社会支持理论等四大理论。

第三部分着重介绍了老年人健康状况及居住意愿的现状特征,其中具体分析了我 国老年人生理、心理、自评健康和虚弱指数以及居住意愿的现状特点,同时对比分析了当前我国老年人居住意愿与实际居住方式之间的差异。

第四部分为实证分析是文章的核心内容。分别介绍了变量的选择、模型的选择，多元 logistics 回归的结果，稳健性检验和异质性分析。

最后一部分为结论与建议，是对整篇论文的总结并根据最终论证的结果提出建议措施。

1.3.2 思路框架



1.4 文献综述

1.4.1 关于老年人健康的研究

(1) 国外研究现状

国外学者对老年人健康的研究主要集中在以下三个方面：

第一，健康的界定。传统医学上普遍认为“无病即健康”，就是指身体的各项机能能够正常运行。1946年，世界卫生组织（WHO）提出：“健康不仅仅是指没有疾病和衰弱的状态，而是指身体、心理的完满状态以及良好的社会适应能力”。至此，健康所包含的范围得到了扩展，不再仅仅是传统医学上的躯体无病痛。但是大多数学者还会在自己研究的基础之上，根据自身研究需求对健康从不同的视角进行界定，例如劳伊恩（2008）从发展伦理学和经济学的角度去探讨健康，采用“能力方法”将健康定义为有能力应付生活需求的一种趋势^[1]。胡贝尔（2011）将健康定义为面对社会或心理挑战时，个人所具有的自我管理以及适应能力^[2]。至此我们可以发现，无论是从任何角度或是任何学科领域出发去认识健康，健康囊括的范围和层次虽然越来越广，但归根结底健康一般都是指生理上的无病痛，心理上的积极乐观，社会适应方面的良好状态。

第二，老年人健康状况的衡量指标。一直以来，在学术界，研究老年健康最大的挑战便是怎样去选取合适的指标科学、合理地去衡量老年人的健康状况。为此，国外学者对其进行了不同角度的探索，而后发现在老年人生理健康的衡量上，主要可以用患慢性病的数量、日常生活自理能力（ADL）或工具性日常生活活动能力（IADL）等指标，而老年人心理健康状况则主要从抑郁情况、焦虑情况以及主观幸福感进行衡量。除此之外，对于老年人整体健康状况，还可以用自评健康、虚弱指数来进一步衡量。

关于生理健康的衡量，早在1950年，Katzs就进行了关于日常生活自理能力的研究，他也是最先将其作为一个标准学术用语来使用的，而后这一指标便被广泛地应用起来。目前该指标主要由穿衣、吃饭、上厕所等六项活动构成。这六项

[1] Law Iain,Widdows Heather. Conceptualising health: insights from the capability approach.[J]. Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy,2008,16(4).

[2] Huber Machteld,Knottnerus J André,Green Lawrence,van der Horst Henriëtte,Jadad Alejandro R,Kromhout Daan,Leonard Brian,Lorig Kate,Loureiro Maria Isabel,van der Meer Jos W M,Schnabel Paul,Smith Richard,van Weel Chris,Smid Henk. How should we define health?[J]. BMJ (Clinical research ed.),2011,343(jul26 2).

活动几乎决定着一个人是否能够独立地生活,但凡缺少一种活动能力,那么对于老年人来说,他们的生活质量将会大幅度下降,可能需要依靠他人才能生活。工具性日常生活活动能力则是在独立生活的基础上,个体能够融入家庭和社会的一种能力,其主要涵盖外出活动、购物、自主使用交通工具等多项活动内容。随着年龄的不断增长,老年人也面临着身体机能的老化致使他们不能独立自由的行动。这两个量表基本能够客观、直接地反映出老年人的生理健康水平,因此,它们也继续在有关老年健康的研究中被广泛应用。

关于心理健康的衡量,国外对此进行研究的起步时间要早于国内,他们对心理健康状况进行测量的方法也较为丰富,如 Rodrigues R M C (2013) 等学者就在研究中使用了精神病学评估量表 (SPES)、简易精神状态调查量表 (SPMSQ) 等多种方法。不过如今对于心理健康的衡量,大多研究主要采用抑郁量表、焦虑量表以及 SCL-90 量表等。

关于综合健康状况的衡量,大多数研究中使用自评健康这一指标进行测评。不过,自评健康虽然能够大体上回答健康总体状况,但很大程度上会受到自我主观意识的影响,最终导致测评结果的偏差,而为了弥补这一缺陷,本文引入了虚弱指数这一指标来衡量老年人的综合健康情况。目前国外对于虚弱指数的研究基本可以分为三大类,一是研究虚弱指数与年龄的关系,通常认为随着年龄的增长,虚弱等级就越高,其痛苦死亡的概率越大^[1],因此有学者认为虚弱指数能够基本体现人口的老化速度及趋势。二是关于虚弱指数与性别的关系,一般研究认为,在同一时间点下,男性的虚弱指数总的来说比女性低,但是男性的老化速度和死亡风险却比女性高^[2]。三是关于虚弱指数与死亡的关系,通常认为虚弱指数能够影响晚期死亡率,并且它是其中的强预测因素,有研究表明当老年人身体越虚弱时,他们的死亡风险会越高、痛苦死亡的可能性就越大^[3]。

第三,老年人健康状况的影响因素。国外较多研究发现,婚姻状况、经济地位都显著影响老年人的健康状况。婚姻上,Robert G (2007) 等学者发现婚姻状

[1] Mitnitski Arnold,Graham Janice,Mogilner Alexander,Rockwood Kenneth. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age[J]. BMC Geriatrics,2002,2(1).

[2] Arnold B. Mitnitski,Alexander J. Mogilner,Kenneth Rockwood. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging[J]. The Scientific World Journal,2001,1.

[3] Gu D,Dupre ME,Sautter J,et al. Frailty and Mortality Among Chinese at Advanced Ages[J].The Journals of Gerontology Series B:Psychological Sciences and Social Sciences,2009,64B(2):279-289.

况好的老年人心理更健康，而不良的婚姻关系则会给老年人带来健康危机^[1]。社会经济地位上，Franks P（2003）等学者发现，个体经济情况也是影响老年人的心理健康的显著因素^[2]。收入对健康存在着积极的作用，随着收入的增长，老年人身心会更加健康^[3]。

（2）国内研究现状

在国内，虽然研究者也会根据自身研究需求对健康从不同的视角进行解释，但都是以 WHO 关于健康的定义为基础进行的界定。总体上，国内学者对于老年人健康的研究目前其实主要集中在老年人健康状况的衡量指标和影响因素这两个方面。

其一，关于老年人健康状况的衡量指标。因为国内对健康的量化测评起步较晚，所以多数研究中依旧沿用了国外的衡量指标。

在生理健康方面，ADL 和 IADL 量表基本能够客观、直接地反映出我国老年人的生理健康水平，因此，它们也在我国有关老年健康的研究中被广泛应用。例如，陈璐（2016）在探究老年健康与婚姻的影响机制时，主要通过日常生活自理能力（ADL）量表来测算健康水平。程令国和张晔（2015）则是在研究教育与老年健康时用到了 IADL 量表。除此之外，我国老年人的躯体健康也更侧重于通过患慢性病状况及数量进行描绘，我国学者李翔和赵昕东（2020）就曾用患慢性病数作为老年健康的衡量变量研究教育对其的影响。

在心理健康方面，除了研究中常用到的抑郁量表、焦虑自评量表以及 SCL-90 量表等，我国学者吴振云（2003）还通过编制符合我国国情的问卷来了解我国老年人的健康状况，这一问卷主要是从情绪、性格、认知及适应能力和人际关系这五个方面设置了 58 道问题来综合考察我国老年人的心理健康水平^[4]。

在综合健康状况方面，国内大多数研究主要使用的是自评健康这一指标，而近年来，国内研究也逐渐将虚弱指数引入到社会科学领域，但目前国内学者大多都是从虚弱指数的角度探究其他方面因素对老年健康的影响的研究，例如探讨居住方式与老年健康的关系，陈英姿（2020）和孙伟（2020）在研究与子女同住的

[1] Robert G. Wood, Brian Goesling, Sarah Avellar. The Effects of Marriage on Health: A Synthesis of Recent Research Evidence[J]. Mathematica Policy Research, 2007(6): 6306-6330.

[2] Franks P, Gold M R, Fiscella K. Sociodemographics, Self-rated Health, and Mortality in the US[J]. Social Science & Medicine, 2003, 56(12): 2505-2514.

[3] Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual Health among Isfahanian Elderly People[J]. Iranian Journal of Ageing, 2013.

[4] 吴振云. 老年心理健康的内涵、评估和研究概况[J]. 中国老年学杂志, 2003(12): 799-801.

居住方式对老年健康的影响时,用虚弱指数对老年人健康状况进行衡量,发现与子女同住的老年人健康状况反而较差,但这并不代表老年人希望与子女相隔较远,对他们来说分而不离的居住方式更有助于健康。

其二,关于老年人健康状况的影响因素。一般来说,大体可以从四个方面进行总结,一是人口学因素:性别、年龄、民族等。二是家庭因素:子女数量、照料支持等。三是社会经济因素:收入、社会保险、医疗保险、社会经济地位等等。最后还有一些个体行为习惯因素,例如喝酒、吸烟、体育锻炼等。

在老年人生理健康影响因素的研究中,首先是人口学因素,通常认为老年人的年龄越大,其日常生活自理能力就越弱,尤其是高龄老年人群中更加明显^[1];女性比男性的日常生活自理能力弱^[2]。在家庭因素方面,大多数研究表明配偶和家人的陪伴对老年人的健康状况起到有利影响,但在顾大男(2004)等学者对高龄老人个人社会特征与生活自理能力的研究中表明,独居对老年人日常生活自理能力是有积极作用。在社会经济因素方面,医疗保障可以提高老年人就医频率,削弱就医顾虑,从而有助于老年人身体健康^[3]。

在老年人心理健康影响因素的研究中,人口学因素上,一般认为,年龄与老年人心理健康状况之间存在着负相关关系,即老年人年龄越大心理健康状况越差^[4],但是也有研究得出相反结论,随着年龄增长其心理健康状况反而会变好^[5]。从性别上来看,男性老年人心理健康状态要优于女性^[6]。在家庭因素方面,张秋霞(2004)学者在研究高龄老年人的心理状况时发现,家庭关系越和谐,越有助于老年人的心理健康;子女数量较少的老年人心理健康状态更好^[7];社会经济上,收入越高的老年人其心理健康状况也越良好^[8];社会经济地位也会影响着老年人的心理健康状况,地位越高则心理越健康^[9]。

[1] 杜鹏.中国老年人口健康状况分析[J].人口与经济,2013(06):3-9.

[2] 汤哲,项曼君.北京市老年人生活自理能力评价与相关因素分析[J].中国人口科学,2001(S1):94-98.

[3] 梁志胜.医疗保险对老年医疗服务和健康影响研究[D].广西医科大学,2017.

[4] 张秋霞.高龄老人心理状况与健康长寿关系研究[J].中国人口科学,2004(S1):88-92+177.

[5] 栾文敬,杨帆,申红丽,胡宏伟.我国老年人心理健康自评及其影响因素研究[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2012,42(03):75-83.

[6] 岳春艳,王丹,李林英.老年人心理健康状况及与社会支持的相关性[J].中国临床康复,2006(18):53-55.

[7] 李兵水,赵英丽,林子琳.家庭支持对老年人心理健康的影响研究[J].江苏大学学报(社会科学版),2013,15(04):62-68.

[8] 张秋霞.高龄老人心理状况与健康长寿关系研究[J].中国人口科学,2004(S1):88-92+177.

[9] 薛新东,葛凯啸.社会经济地位对我国老年人健康状况的影响——基于中国老年健康影响因素调查的实证分析[J].人口与发展,2017,23(02):61-69.

1.4.2 关于居留意愿的研究

(1) 国外研究现状

国外大多数学者认为居留意愿与现实中所选择的居住方式存在着紧密的联系,居留意愿代表着老年人理想的居住方式,但是这与实际居住方式又存在明显不同,它反映的是对于以往的居留意愿是否得到实现的结果^[1]。目前国外研究主要集中于不同群体特征的老年人居住场所选择的影响因素上,其主要影响因素包括三大类别。

一是人口学因素,其中年龄、性别都是最常规的能够影响老年人居留意愿的主要因素。有研究显示,随着年龄的增长,老年人更加需要某种形式上的日常生活帮助,因此更希望与子女一起生活^[2];在性别上,男性老年人更偏好于独居,而女性则希望能够与子女住在一起^[3]。二是家庭因素,例如子女数量及家庭规模等。2017年有研究指出,子女数量越多的老年人越不会选择去养老机构^[4]。三是社会经济因素,例如老年人是否拥有独立的房屋产权以及房屋内环境是否舒适都会影响老年人的居留意愿,有研究表明,老年人居住环境越好,房屋面积每增加一单位,就会增长1%的可能期望与自己同住^[5]。

(2) 国内研究现状

近年来国内学术界关于老年人的探讨越来越多,与之相关的学科领域亦日益扩大,目前从中国知网搜索量上来看,到2022年4月为止,围绕“老年人”为话题的有14.3万篇文章,但其中以“老年人的居留意愿”为主题的仅有118篇,从这一搜索结果可以看出,直接研究老年人居留意愿的文章较少,其研究内容主要有三个方面:

第一,关于老年人居留意愿与实际居住方式的差异及原因研究。“居与愿违”现象长期存在,我国社会养老与老年人居留意愿的关系实际上就是普遍性与特殊性问题,老年人在居住方面的主观感受与社会养老的客观问题之间的矛盾与错位

[1] Melanie Sereny. Living Arrangements of Older Adults in China: The Interplay Among Preferences, Realities and Health[J]. Research on Aging,2011,33(2).

[2] Gilbert Dooghe. Informal Caregivers of elderly people: an european review[J]. Ageing and Society,1992,12(3).

[3] Kathryn M. Yount,Zeinab Khadr. Gender, Social Change, and Living Arrangements Among Older Egyptians During the 1990s[J]. Population Research and Policy Review,2008,27(2).

[4] Dijuan Meng,Guihua Xu,Ling He,Min Zhang,Dan Lin. What determines the preference for future living arrangements of middle-aged and older people in urban China?[J]. PLoS ONE,2017,12(7).

[5] Treas J,Chen J. Living Arrangements, Income Pooling, and the Life Course in Urban Chinese Families[J]. Research on Aging, 2000,22(3): 238-261.

也反映出了老年人居住意愿与现实条件存在很大偏差,为此我国学者主要对这种差异进行分析发现,婚姻状况、性别、年龄以及医疗保障资源拥有程度都是导致这种差异的主要原因^[1]。而除个人因素外,这种差异现象的出现还是由于社会市场与国家相应的功能混乱与缺失^[2]。

第二,关于不同地域或不同群体特征老年人居住意愿的差异对比及原因分析的研究。由于我国的城乡之间一直存在着差异,受到二元经济结构和分割的户籍制度的影响,无论是从经济、社会还是文化上,我国城乡老年群体之间都会有或多或少的差别,就居住意愿而言,城镇老年人受到个人、家庭、社会等多方面因素共同影响,而农村老年人在很大程度上是受制于家庭因素^[3]。除此之外,群体特征不同的老年人,其居住意愿也具有较大差异,例如在空巢老人中,一半以上不愿与子女,但是养老机构也不是他们的首选^[4];独生与非独生子女家庭老年人相比其居住意愿反而不是与子女同住或养老机构而是独居^[5]。

第三,关于影响老年人居住意愿的因素的研究。性别、年龄、婚姻状况和受教育程度等个体特征以及子女数量、是否拥有房产等家庭特征都会对居住意愿产生影响。陆杰华(2008)等学者通过对北京、上海、天津、重庆的城市老年人研究发现,年龄越大、子女数量越多、教育程度越低的女性老年人更倾向于去子女家居住,但是有配偶的老年人则相反,不愿意去子女家居住。除此之外,无论是城市还是农村,房屋产权也对居住意愿有着显著影响,张丽萍(2012)认为若老年人自己拥有住房,他们会更偏好独自居住。

除上述因素外,国内学者也从传统文化观念和代际支持两个视角对居住意愿进行了研究。一直以来,“养儿防老”的传统观念不仅深深地影响着我国的出生性别比,还几乎决定着老年人对于居住方式的选择结果。郭志刚(2002)研究我国老年人居住方式时发现,同住人的性别可能强烈影响着老年人的居住偏好,老年人更倾向于与儿子共同居住,而非与女儿,没有儿子的老年人大多数会选择独居。此外,还有学者提到代际支持与居住意愿的关系,其中主要将代际支持划分

[1] 曾伟.居与愿违:我国养老居住意愿与现状的比较研究[D].南京大学,2017.

[2] 陈友华,庞飞,曾伟.老年人居住意愿满足问题与社会工作介入策略[J].社会发展研究,2018,5(04):27-45+242-243.

[3] 孙鹏娟,沈定.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[J].人口与经济,2017(02):11-20.

[4] 陈建兰.空巢老人的养老意愿及其影响因素——基于苏州的实证研究[J].人口与发展,2010,16(02):67-75.

[5] 陶涛,刘雯莉.独生子女与非独生子女家庭老年人养老意愿及其影响因素研究[J].人口学刊,2019,41(04):72-83.

为经济和情感支持两方面,其研究结果表明代际支持也对老年人居住意愿起关键作用。在经济支持方面,城乡老年人居住意愿受其影响是不尽相同的,经济支持对于农村老年人的影响更大,且经济支持越多则老年人越不愿意选择与子女同住^[1],而老年人最需要的其实是沟通与交流,即亲情的和谐与情感的融洽^[2],这种情感支持越多,老年人就越会对子女产生依赖感,就更倾向于与其一同生活。

1.4.3 研究评述

在老年人居住意愿的研究中,内容上多是集中于对影响因素的探究,基于不同的理论观点从整体上分析可能存在的影响因素,而以某一方面作为切入点去探讨对居住意愿的影响的研究较少。尤其是从健康着手,将其作为核心自变量,单独研究健康与居住意愿的关系,这类的文章数量较少,大多数都是从其他方面研究居住意愿时将健康作为一个控制变量一笔带过,或是在研究居住意愿的影响因素时将其纳入其中。例如张丽萍(2012)在对老年人居住意愿和居住安排进行研究时发现,健康作为一个影响因素,其对老年人居住意愿的影响存在较大的城乡差异,城市老年人有较好的自理能力时,其多数会选择独居的生活方式,而若自理能力逐渐下降后,他们更希望去机构养老或是与子女同住,但是在农村,老年人生活不能自理时,更多会选择与儿子一同生活,而非与女儿或去养老机构;陆杰华(2008)等学者在研究城市老年人的居住方式及意愿时得出,身体健康状况越差的老年人越偏好于与子女一起生活;但是这类文章通常只是简单地用问卷中一个问题去表示老年人的健康状况,例如自评健康、患慢性病数等,缺乏系统的把握与科学的衡量,因此一定程度上是存在偏差的,不过通过以往研究我们可以确定老年人的健康状况对其居住意愿是有显著影响的。

研究数据上,目前大多数有关健康与居住意愿的实证研究是基于区域性的调查问卷或者全国性的大型数据库。对于运用区域性数据进行的研究,其研究结论可能存在地区局限性,其建议仅适用于当地或类似当地的经济文化环境的地区,而对其他地区没有可借鉴性。而对于运用全国性数据库的研究,大多能宏观把控我国老年人的居住意愿的整体情况,但关于数据的对比分析涉及较少,最终出现研究形式单一和大部分内容重复的问题。

[1] 文静怡.代际支持对老年人居住意愿的影响研究[D].首都经济贸易大学,2018.

[2] 左冬梅,郭晓颖.农村成年子女对老年父母的临终照料研究[J].西安交通大学学报(社会科学版),2014,34(04): 54-60.

基于此，本文引入虚弱指数这一变量综合衡量老年人的健康状况，将健康作为核心切入点探讨其对老年人居住意愿的影响，并进一步分析城乡老年人健康状况对居住意愿的影响差异，最终结合相应理论提出有效建议。

第2章 相关概念及理论基础

2.1 相关概念

2.1.1 老年人

所谓老年人就是指年龄已经步入老年阶段的人群,而判定个体是否已经处于老年阶段可以通过其出生年龄、生理年龄、心理年龄以及社会年龄来衡量^[1],目前的运用较多的评价体系都是以出生年龄为标准。1956年联合国在其发布的《人口老龄化及其社会经济后果》中将65岁及以上的人口称作了老年组,但是在我国,1996年颁布的《中华人民共和国老年人权益保障法》中第二条明确规定了六十周岁以上的公民称之为老年人。可见对于老年阶段如何确定和划分,目前学术界的研究中出现了两种不同的声音。但是由于我国科学技术和医疗服务水平的高速发展,我国人口素质显著提升,平均预期寿命得以延长,老龄化程度已经基本与发达国家持平,同时结合本研究所用的CLHLS数据的研究对象,本文最终将65岁及以上人口界定为老年人。

2.1.2 老年人健康

健康是人民生活幸福、国家繁荣昌盛的重要前提。在传统医学上,健康主要涵盖两个方面的内容:一是身体上无病痛、器官发育良好且功能正常、体质健壮、四肢协调、精力充沛并具有较好劳动效能,可以说这是健康最基本的要求。二主要是指个体要具有能够抵抗大多危害不是很严重的病毒以及弱化生理上疼痛刺激的能力,这种免疫能力能够适应社会环境的变化。随着社会医学的不断发展与进步,健康的研究范围逐渐从原来传统医学仅关注于个体健康扩展到了社会群体领域,健康不仅是指躯体上康健或没有疾病,还显示出了个体的教育、职业、经济、心理等方面的经历^[2]以及身体、心理与社会环境相协调相适应的状态^[3]。1948年世界卫生组织(WHO)从三个维度将健康定义为“健康不仅仅是指没有疾病和衰弱的状态,而是指身体、心理的完满状态以及良好的社会适应能力”。2013

[1] 陈昱阳.中国农村老龄人口经济供养与福利制度研究[D].西南财经大学,2011.

[2] 苏静静,张大庆.世界卫生组织健康定义的历史源流探究[J].中国科技史杂志,2016,37(04):485-496.

[3] Henry E. sigerist. Medicine and Human Welfare[M].New Haven: Yale University Press,1941.

年健康的定义又再次被 WHO 进行扩充,认为健康除身体和心理层面,还应该具有优良的社会适应性以及为人处世的道德^[1]。由此可见,健康的多维性已经远超出传统医学上的健康的定义,其中,老年人的健康水平更是其个体人生经历与年龄等众多因素多维作用下的具体体现,因此对于老年人健康状况也需要科学、客观地综合考察。本文主要采用 1948 年 WHO 对健康的定义,同时为了能够多角度、多维度地综合考察老年人的健康水平,本文引入虚弱指数作为老年人健康状况的衡量指标。

2.1.3 虚弱指数

虚弱是一种由于年龄的增长以及生理储备减少而导致的个体生理组织与脏器功能下降的非特异性生理状态^[2]。早在 1979 年 Vaupel 就从人口学的角度定义了“虚弱”并将其用于表述个体的老化差异中,他认为虚弱是每个人都具备的潜在特征,并且这种特征在不同个体之间存在着差异,个体越虚弱则其死亡风险越高,存活时间越短^[3]。而后“虚弱”便常常与“健康”一同,用于描述老年人的健康状况。Rockwood (2005) 等学者在描述老年人的虚弱程度时认为,虚弱并不只限于疾病或残疾,更应包括个体在生命历程中所经历的疾病、症状和损伤的累积,而为了能够更加细致具体地描述老年人的健康状况,他们还将老年人的虚弱程度进行了细致的划分,主要分成了 7 种类型即非常健康、健康、健康良好、表面虚弱、轻度虚弱、中度虚弱和严重虚弱,同时在此基础上提出了虚弱指数^[4]。

虚弱指数就是指个体累积的健康亏损指数,其计算的基本思路是“给定个体的所有健康测量指标中取值为不健康的指标所占比重”,即虚弱指数(FI)=取值为不健康的指标个数/健康指标总数。值得注意的是,虚弱指数需要包含的变量范围和数量目前没有统一的标准,但从以往研究来看,通常在 30—70 个变量之间^[5],一般主要包括老年人的躯体、心理健康以及认知功能、患病数、其他功能受限情况等方面,对于每一个所选择的变量根据其健康的缺损程度在 0-1 之间

[1] 世界卫生组织.2013 年世界卫生组织报告[R].世界卫生组织出版处,2013.

[2] Alexander Kulminski,Anatoli Yashin,Svetlana Ukraintseva,Igor Akushevich,Konstantin Arbeev,Kenneth Land,Kenneth Manton. Accumulation of health disorders as a systemic measure of aging: Findings from the NLTC data[J]. Mechanisms of Ageing and Development,2006,127(11).

[3] Vaupel J W,Manton K G,Stallard E. The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality.[J]. Demography,1979,16(3).

[4] Rockwood K. Frailty and Its Definition: A Worthy Challenge[J]. Journal of the American Geriatrics Society,2005,53(6):1069-1070.

[5] 曾宪新.老年健康综合指标——虚弱指数研究进展[J].中国老年学杂志,2010,30(21):3220-3223.

进行赋值，值越高则表示身体状况越差。目前有关虚弱指数的研究越来越丰富，在这些研究中，虚弱指数作为一个重要指标，不仅将虚化的难以评估的综合健康水平量化出来，并为之后的研究提供量化参数，还有助于进一步科学有效地预测健康状况。

2.1.4 居注意愿

通过对以往有关老年人居注意愿的文献进行整理发现，目前学术界对于“居注意愿”一词还没有确切的定义。通常情况下，居注意愿是指老年人对于居住模式选择的内心倾向^[1]，是一种对居住方式主观意愿的表达。关于居注意愿，最早对其进行研究的学者是复寿劳（1997），他主要将居注意愿划分为三大类，即单独居住、和子女共同居住或住社会养老设施^[2]。目前大多学者也依旧延续这种划分方式，学者赵青（2021）同样将老年人的居注意愿定义为对独居、与子女同住或去养老机构居住的内心偏好，从而进一步探讨失能、社会支持与居注意愿的关系^[3]；孙诗妮、姚峥嵘（2022）也在自己的研究中提出了独居、和子女不同住和养老机构居住的三个居注意愿类型^[4]。

此外，还要特别注意区分居注意愿和实际居住方式之间的不同，居注意愿作为老年人的主观选择，是对未来的一种期待，某些时候它会随着老年人自身条件或客观环境等因素的变化而发生改变，但是实际居住方式则全然不同，它要么体现的是已经实现的居注意愿，要么就是对未实现的居注意愿进行的现实妥协，并且因为实际居住方式自身具有一定的稳定性，所以其在短时间内基本不会发生太大的变动。因此，对老年人的居注意愿和实际居住方式之间的差异有清晰的认知是十分重要的，但抛去二者之间的区别，它们之间亦存在着较强的关联，对于居注意愿的研究同样也是对当前居住现状的评价，更是为了今后养老模式的发展方向提供有利参考。

[1] 曾伟.居与愿违：我国养老居注意愿与现状的比较研究[D].南京大学,2017.

[2] 复寿劳.浦东老年人的养老意愿[J].社会,1997(11):34-35.

[3] 赵青.老年失能、社会支持与养老居注意愿——基于中国老年健康影响因素跟踪调查数据的分析[J].人口与发展,2021,27(06):140-150.

[4] 孙诗妮,姚峥嵘.我国老年人口养老居注意愿的影响因素研究[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2022,23(02):108-114.

本文依据复寿劳（1997）等学者的研究和 CLHLS 中的问卷设置，将问卷中的问题“您希望哪种居住方式”作为本文衡量老年人居住意愿的重要指标，并将居住意愿具体划分为独居（或仅与配偶居住）、与子女同住以及养老机构居住。

2.2 理论基础

2.2.1 马斯洛需求层次理论

1943年亚伯拉罕·马斯洛发表的《人类激励理论》中，第一次提出需求层次理论，这一理论主要是将人类的需求像阶梯一般从低到高分成五种类型即生理需求、安全需求、爱和归属感即社交需求、尊重需求以及自我实现需求，这五大类型基本包含了现实生活中人们的各种需求，通常情况下，只有在人们的最低需求得到满足后才会出现更高层次的需求，而当更高层次需求得到满足后，人们的低层次需求对其的影响可能会减弱但不会消失不见^[1]。人们的需求虽然是按照从低到高的次序进行的，但是也并不是固定的、一成不变的，甚至在同一时期可以同时追寻多种需求。

马斯洛需求层次理论在人类社会中具有普适性，因此也同样适用于老年群体中，老年人同样具有不同层次的需求。老年人的生理需求是最原始的、最基本的需求，主要是指“衣食住行”，而这些都是由老年人的经济收入情况所决定的，随着老年人逐渐退出劳动市场，其收入来源除了依靠退休金、养老保险，再就是子女的支持，而目前老年人中拥有社会支持如有稳定的退休金、养老保险的比例相对较少，可见家庭支持尤其是子女支持是老年人基本生理需求能够得以满足的直接的、关键的方式。老年人的安全需求主要指身体和心理上的安全需求即免受疾病侵害，免于抑郁与焦虑^[2]，然而随着老年人年龄的增长，他们必然会面临身体和心理上的问题，例如，身体机能弱化、认知功能衰退、自理能力减弱、情绪上抑郁等，为此他们急需在医疗保健以及生活照料方面的服务。在老年人的衣食住行、身心安全等基本需求得到保障后，他们会继发一定的社会需求、尊重需求，进一步产生自我实现的需求。社会需求即爱与归属感，大多老年人都面临着退出劳动市场，离开本职岗位的处境，退休后的他们会更加害怕孤单寂寞，更加希望

^[1] 宋唯.我国城乡空巢老人社区居家养老服务需求研究[D].中南财经政法大学,2019.

^[2] 张静.中国老年人的需求分析——以马斯洛的需求层次理论为切入点[J].思茅师范高等专科学校学报,2010,26(04):27-30.

能够与人沟通交流,向往与子女、邻里之间的亲情友情,因此他们需要情感上的支持与精神上的慰藉,渴望在群体中找到自己的位置,找寻归属感。尊重需求则是指对于自己的个人能力水平能够获得他人的尊重与社会的认可。随着老年人机体功能的衰退、健康状况的下滑,原来得以顺利完成的事务可能现在需要耗费大量的时间但仍然可能面临着无法解决的困境,老年人不再是家庭事务的主要决策者,其家庭和社会地位日趋边缘化,因此老年人的内心会愈发敏感,甚至会认为自己在这个家庭或社会中属于“边缘人”,更加需要得到理解与尊重。老年人对于自我价值、个人理想抱负的追求是最高层次的需求即自我实现需求,为此老年人更加希望能够融入社会,为社会为家庭贡献力量,随着健康状况的下降,他们虽然不能依旧坚守社会岗位,但是依旧怀抱奉献精神,希望发挥自己的余热照亮他人。

居注意愿是老年人多种需求的综合体现,老年人对于同住人、居住环境的选择偏好,一定程度上是生理和安全需求的体现,如对于经济收入和日常照料的需要,同时也能体现出老年人的社会和尊重需求等,例如有些需要照顾的、缺乏陪伴的老年人渴望与子女之间的情感交流,因此他们会期望与子女一起居住。但是,在不同阶段或是不同时间点,因为自身状况以及实际条件的改变,人们的需求结构也各有不同,例如受教育程度较高的、身体较健康、有配偶陪伴的老年人可能更希望有独立的空间,安全需求和照料需求没有自理能力弱、丧偶的老年人强烈,因此他们更倾向于独居的居住方式^[1]。

在进入老年阶段后,老年人与中、青年人最大的区别就在于其身体健康状况的不同,身体健康状况关乎着人类是否具有行为能力,决定着人们的生活质量和幸福感,可以说在老年生活中,健康占据着极其重要的地位。所以在老年时期里,健康几乎决定着需求,健康与否对老年人需求的影响存在明显的差别,由此可以认为,老年人的健康状况对其居注意愿的影响也是直接且十分明显的。随时间推移,老年人的身体机能不断下降,疾病增多导致行动力减弱,他们急需获取相应的帮助,包括生病能够得到及时的照料与救治,有固定的收入来源以维持生活必需等。而根据马斯洛需求层次理论,这些都属于人的基本需求即生理需求和安全需求,在居注意愿中都有所体现,身体健康状况差的老年人更希望获得生活上的

[1] 宁文苑,石人炳.人口老龄化下老年人与子女代际居住研究[J].中州学刊,2019(04):77-84.

照料从而更倾向于居家养老即与子女同住的方式^[1]，而身体足够健康，自己的退休金、养老保险足够维持生活的老年人可能更偏好于社会化养老。此外，随着身体健康状况的下降，大多数老年人的社会角色会逐渐减少，社会地位下降，其社会网络也会逐渐简化，他们普遍认为自身没有社会存在感，难以发挥其自我价值，从而孤独感倍增，因此他们更加需要家人的陪伴与社会的认可。这样的老年人表现出了强烈的社会、尊重以及自我实现需求，在他们理想的居住方式中，他们更偏向于能够获得情感交流的方式，例如许多老年人偏好与子女同住因为能够从子女那里获得情感支持，同时身体相对健康的老年人也可以帮助子女抚养孩子，减轻子女负担，同样也实现了自我在家庭中的价值。可见，无论什么情况下，健康都是老年人产生各种需求的基础因素。基于此可以认为健康已经成为影响居住意愿的关键因素，因此细致具体地分析健康状况对老年人居住意愿的影响便有了可靠的理论依据。通过从老年健康的视角研究居住意愿，也能进一步地为我国养老服务体系提供有利的政策建议，从而进一步落实健康中国战略。

2.2.2 科尔曼理性选择理论

自20世纪50年代起，经济学中的基本理论和方法被普遍运用到社会学的研究领域，科尔曼在《社会理论基础》中，第一次将“理性选择理论”应用到社会学领域，解决社会问题，这标志着正式确立了社会学理性选择理论。科尔曼理性选择理论主要讲述的是，个体是理性的，这种理性体现在个体行为上的有目的性和选择上有意图，同时个体会通过这种理性行为使自己的效益最大化，而这种效益不仅仅指经济上的效益，还包含政治、文化、情感、社会等众多的内容^[2]。除此之外，理性选择理论还提出“理性人”会根据自己的客观条件在主观上对不同的选择结果进行偏好排列，从而使他们能够得出“最优解”。

在本研究中，老年群体首要考虑的客观条件就是自身的身体健康状况，老年人作为理性人，在追求自身利益最大化时必然是以自身客观条件为依据而进行的，因此老年人会根据自己的健康状况对其衣食住行等多方面需求产生不同程度的偏好排序，而常见的居住方式本身也拥有不同的功能，例如与子女同住的居住方式能够满足老年人的情感需求，因此老年人可以通过个人需求的偏好排序与居住

[1] 王滢. 社会支持对老年人机构养老意愿的影响研究[D]. 华东理工大学, 2016.

[2] 付一博. 子女支持对失能老人照护方式选择的影响[D]. 中南财经政法大学, 2019.

方式所具有的功能进行匹配,从而形成能够满足自己利益最大化的理想的居住方式即居住意愿。当老年人的身体健康状况变差时,老年人内心会更加偏好能够有利于自己健康的居住方式如与子女同住,从而能够为其提供生活上的照料,这就是理性选择理论在老年人养老居住方面的实际应用。

2.2.3 社会支持理论

在20世纪70年代西方学者拉什克最先提出了社会支持这一概念,他认为社会支持就是指人们所能从他人那里感受到的帮助与支持,社会支持理论的初期阶段经常被应用于帮助精神病患者回归社会的研究中^[1],但如今随着社会支持理论的发展与完善,其服务对象逐渐向老年人、妇女、儿童、残疾人等弱势群体延伸,而从社会支持的提供者视角可以将社会支持划分成两种形式,其一是正式的社会支持即由正式的组织——国家、政府、社区、养老机构等提供的帮助与服务,如为老年人提供的养老保险制度、医疗服务、高龄补贴、养老机构服务等;其二是非正式的社会支持,例如家庭内部成员、邻里在物质上、情感上提供的帮助,例如情感交流、资金帮助等。随着服务主体范围的扩大,其理论内涵也得到了进一步的扩展,社会支持理论认为,当个体在遭遇挫折和压力时,他会通过自身的社会支持网络获取自己需要的支持资源去解决当下面临的挑战,维持正常的生活^[2],而若这种挫折压力超出了他的社会支持网络的能力范畴时,他会需要社会工作者的介入从而扩大其社会支持网络,帮助其提高应对风险的能力^[3]。

近年来,随着人口老龄化进程的加快,老年人逐渐成为社会关注的重点,作为弱势群体的他们会因为自身健康状况不佳而面临生活不便等问题时,老年人首先会想要通过自己现有的社会支持网络来解决这一问题,而在老年人的社会支持网络中,非正式社会支持发挥着更大的作用,是老年人最重要的社会支持,所以老年人会在第一时间选择通过家庭成员的非正式社会支持来使自己脱离困境,而当非正式社会支持网络不能帮助其解决问题时,他们会希望得到社会工作者的干预、扩大其社会支持网络^[2],例如他们会有意向选择能够提供更全面的照料支持的养老机构等。

[1] 张梦洁.居住方式对老年人健康的影响研究[D].华中科技大学,2019.

[2] 贺寨平.国外社会支持网研究综述[J].国外社会科学,2001(01):76-82.

[3] Catherine Hoskyns. Citizenship and the European Community[J]. Journal of Social Policy,1994,23(2).

本文将老年人作为社会支持的接受者,将社会支持理论应用到老年人居住意愿的研究之中,将老年人的居住意愿看作一个大的社会支持网络,其中包括社区、机构提供的正式社会支持以及家庭提供的非正式社会支持,而老年人在对居住意愿作出选择时,必然会优先考虑自己的自身的健康情况以及综合需求,基于此本文主要探究老年人的自身健康状况对于其居住意愿的影响,同时进一步从微观、中观、宏观去探索影响老年人的居住意愿的多重因素,从而能够从各个角度挖掘和利用社会资源,力争为老年群体给予多方位的社会支持并建立更加完善的养老服务体系,通过提高老年人的社会福利来进一步改善老年人的生活质量。

2.2.4 福利经济学理论

福利经济学是于上世纪20年代,由英国经济学家霍布斯和庇古创立的,其最终目的就是为了实现社会福利的最大化。而最早由费迪南多·加利亚尼提出的“效用”一词,其作为福利经济学中的经典术语,主要含义是“事物能够获得幸福的属性”,在庇古创立的旧福利经济学时期,效用的大小是可以通过某种单位进行衡量的,个人福利可以利用基数效用来表示,而社会福利则是个人福利的加总。但是随着福利经济学的发展,基数效用论受到很多经济学家的质疑,因此在1934年,约翰·希克斯在《价值理论的在思考》一文中提出了序数效用理论,他认为效用是一种主观的心理现象,是无法进行计量的,而后经济学家萨缪尔森又重新定义了效用,他认为效用是“一个人从消费一种物品或服务中得到的主观上的享受或有用性”^[1],而消费者在市场上的作用不再是对商品效用大小进行衡量,而是要对不同商品进行排序。序数效用理论避免了基数效用理论的缺陷,不必要将效用直接计量,同时也将效用添加了主观色彩。因此福利经济学关于效用的阐述逐步从以基数效用论为基础转变成以序数效用论为基础,这也意味着福利经济学更加侧重于消费者的主观感受。

1939年,“系数边际效用价值论”被帕雷托首次引入到福利经济学中,由此新福利经济学应运而生。新福利经济学产生了与之前不同的对于福利的评判标准即帕累托最优,所谓帕累托最优就是指某一项的改变能够提高个人的福利状况,同时也不会削弱他人的福利水平的一种最优状态^[2]。至此,基于序数效用理论和

[1] 萨缪尔森,诺德豪斯.经济学[M].北京:北京经济学院出版社,1996,16

[2] 李鑫源.失能老人个人经济收入对正式照护选择的影响[D].中南财经政法大学,2019.

帕累托最优状态,新福利经济学家提出了自己的福利命题,在他们看来个体福利的最佳判断者是自己,而每个人都会试图将自己的福利最大化^[1],而组成社会的个体福利状况会决定社会的福利,想要提高社会福利就要去研究效率问题而非像旧福利经济学一样,专注于收入水平^[2]。

基于以上新福利经济学的理论观点,老年人的居住意愿体现了两重福利最大化目标。其一是老年人个体福利的最大化,作为成熟理性的消费者,老年人能够清楚地认识到每一个个体之间存在着很强的异质性,那么她们在对居住方式进行选择并产生偏好时,就会根据自己的身体健康状况、心理素质、年龄等各种因素去挑选对自己更有利的、效用更大的居住方式。老年人的这种选择偏好就是他们追求个人效用最大化的结果,这无疑也体现了福利经济学的第一重目标即效率。其二是社会整体福利的最大化,老年人在追求自身效用最大化的同时并不意味着整体福利实现了优化,例如身体状况较差的生活不能自理的老年人可能会为了自身能够得到较好的照料而产生与子女一同居住的愿望,而这就存在子女的工作时间会与照料时间产生冲突,子女为了老年人的生活质量而放弃工作,那么对于家庭来说也就意味着放弃了一定的收入和机会成本,对于老年人来讲也会对其精神、心理造成压力,那么基于福利经济学理论,家庭成员与老年人的效用都没有得到提高,长此以往,社会的整体福利就会减少。作为弱势群体的老年人,其对于居住方式的偏好程度不仅受到自身身体状况的影响,还会受到经济、社会政策制度的影响,许多老年人不愿意选择去养老机构居住也侧面说明了养老机构依旧存在很多问题。因此本文从健康角度来研究居住意愿,探究不同身体状况的老年人实现个人福利最大化时所偏好的居住方式,这种居住方式是否能够实现社会福利最大化,进而能够为政府和国家发展养老服务体系提供思路方向,让老年人在享受专业养老服务时心情愉悦并能提高其生活质量,家庭成员也能够实现自我价值,两者的福利都在增加从而实现帕累托最优状态。

[1] 肖云,随淑敏.我国失能老人机构养老意愿分析——基于新福利经济学视角[J].人口与发展,2017,23(02):92-99+91.

[2] 吴默然.新旧福利经济学对我国目前的启示[J].生产力研究,2009(06):119-120.

第3章 我国老年人健康状况与居住意愿现状分析

3.1 我国老年人健康状况的现状分析

3.1.1 老年人主观自评健康的现状

自评健康是指个体对于自身身体状况的主观的整体的评价。结合问卷内容,本文主要将自评健康选项中“很好”和“好”的归纳为好,回答为“不好”和“很不好”的老年人归纳为自评健康状况差,因此表 3.1 展示了分年龄、性别、不同婚姻状况和户口类型的老年人的自评健康状况。

从整体上看,老年人的自评健康状况总体上呈现出良好的状态。自评健康选择“好”的老年人占比最大,达到了 49.97%;而自评健康一般的老年人占比居中,为 37.79%,高于自评健康较差的比例。从年龄看,处在 65-84 岁年龄段时,老年人的年龄越大,其自评健康状况越差,尤其是在 75-79 岁年龄段,自评健康为“差”的老年人显著增加,较其他年龄组相比占比达到巅峰,这也说明了 75-79 岁的老年人的健康状况更需要关注和担忧。而在 85 岁及以上的老年人的自评健康状况普遍要好于其他年龄组,这可能是受益于我国医疗卫生条件的进步,这部分老年人顺利度过了健康的“瓶颈期”,同时 85 岁及以上的老年人对于健康的标准可能与其他年龄组相比也有所下降,随着年龄的增长他们的心态更加的宽和,因此认为自身健康状况良好的老年人比例出现上升。

分性别看,男性老年人中认为自身健康状况好的比例最高,达到 53.3%,较女性多出约 6 个百分点,同时男性老年人中自评健康状况差的老年人所占比例也比女性少,因此可以说明男性的自评健康状况总体上优于女性。通过婚姻状况看,没有法定意义上的配偶的老年人在主观自评健康中选择“差”的老年人占比较有配偶的老年人少 0.33%,说明没有法定意义上的配偶的老年人更满意自身的健康状况。在不同户口性质上,关于自评健康方面,城镇老年人要远远优于农村老年人,其可能是由于城乡间医疗卫生以及娱乐设施方面的差距造成的。

表 3.1 我国老年人主观自评健康的现状 (%)

		自评健康			总计
		好	一般	差	
	整体	49.97	37.79	12.24	100
年龄	65-69 岁	50.91	38.26	10.83	100
	70-74 岁	50.69	36.76	12.55	100
	75-79 岁	46.95	38.73	14.32	100
	80-84 岁	46.77	40.19	13.03	100
	85 岁及以上	51.52	36.88	11.60	100
性别	女性	47.20	39.78	13.02	100
	男性	53.30	35.40	11.30	100
婚姻状况	无配偶	51.09	36.83	12.08	100
	有配偶	48.78	38.81	12.41	100
户口类型	城镇	53.58	34.86	11.56	100
	农村	48.49	39.00	12.52	100

3.1.2 老年人生理健康的现状

本文从日常生活自理能力 (ADL) 和工具性日常生活活动能力 (IADL) 两方面对老年人生理健康的现状进行分析。其中代表了老年人的生存能力的日常生活自理能力主要包含六个方面的活动, 即穿衣、吃饭、洗澡等, 那么丧失日常生活自理能力也意味着老年人生理健康状况严重下降甚至处于失能状态, 可能会面临着生存困境。

工具性日常生活活动能力是老年人适应社会和家庭角色的能力, 它主要包括能否独自到邻居家串门、独自做饭、独自乘坐公共交通工具出行等八项活动。在 CLHLS 问卷中, 将关于日常生活自理能力和工具性日常生活活动能力的答案选项进行二分处理, 回答“无需任何帮助”的老年人被认定为能够独立完成此项活动, 说明其日常生活自理能力或工具性日常生活活动能力不存在障碍; 而回答“有一定困难”或“不能”的老年人则被认定为在完成此项活动时需要他人的帮助, 说明其日常生活自理能力或工具性日常生活活动能力存在障碍。

表 3.2 反映了老年人的日常生活自理能力 (ADL) 水平。从整体上看, 完全具备良好的日常生活自理能力的老年人有 4586 个, 只有 1011 个老年人存在障碍, 占总数的 18.06%, 说明我国老年人的日常生活自理能力总体偏好。从年龄上来看, 随着年龄的增长, 我国老年人的日常生活自理能力在衰退, 其在 65-69、70-74、

75-79、80-84 岁年龄组日常生活自理能力良好的人数较多, 分别占比为 97.33%、96.61%、94.4%、90.5%, 虽然占比都在 90%以上, 但其呈现出了下降的趋势, 而在进入 85 岁以上的高年龄组后, 日常生活自理能力良好的人数出现断崖式下跌, 占比跌落至 65.84%, 说明高龄组老年人的日常生活自理能力受损更加严重。从性别角度分析, 在日常生活自理能力上, 女性较男性更易出现活动障碍, 其存在障碍的比例达 20.79%, 较男性高出约 6%; 分别对不同婚姻状态的老年人的健康状况进行分析发现, 在日常生活自理能力上, 有配偶的老年人不存在障碍的比例占 91.88%, 比无配偶老年人高 19.26%, 足以可见有配偶的老年人自理能力更强; 进一步分城乡进行比较时发现, 在农村老年群体中, 日常生活自理能力存在障碍的比例为 15.55%, 城镇老年人相较于农村而言, 其存在障碍的比例上升了约 8.6 个百分点, 达到 24.16%, 可见, 城镇老年人的自理能力比农村老年人差, 其可能是由于近年来城市化进程的加快, 第二、三产业的发展致使城市污染严重, 同时农村老年人每年仍然需要做耕种播种等体力劳动, 而城镇老年人普遍呆在家中, 缺乏社交和体育锻炼, 因此这些都可能导导致农村老年人的日常生活自理能力比城镇老年人更优。

表 3.2 反映了我国老年人的工具性日常生活活动能力 (IADL)。从整体上分析, 存在障碍的老年人数量多于无障碍的老年人, 比例达到了 61.5%, 可以看出我国老年人的工具性日常生活活动能力整体水平偏低; 分不同年龄组进行比较发现, 老年人的工具性日常生活活动能力随着年龄的增长而急速衰退, 在 65-69 岁年龄组中有 80.03%的老年人具备该能力, 而到 75-79 岁年龄组中仅剩约一半的老年人这一能力不存在障碍, 到 85 岁及以上年龄组时, 88.48%的老年人的工具性日常生活活动能力受损甚至完全丧失; 从性别角度分析, 女性老年人的工具性日常生活活动能力较男性弱, 女性中存在障碍的人数要较男性多 18.51%; 从婚姻状态进行分析发现, 有配偶老年人的工具性日常生活活动能力较无配偶老年人更强, 其结论与日常生活自理能力这一部分的结论一致, 因此可以认为, 有法定意义上的配偶的老年人的生理健康状况优于无配偶老年人; 分户口性质进行分析发现, 农村老年人中有 61.31%的人工具性日常生活活动能力存在障碍, 而城镇中存在障碍的比例要比农村多 0.65%, 说明在工具性日常生活活动能力上, 虽然农村老年人优于城市老年人, 但这种优势是极微弱的。

表 3.2 我国老年人生理健康现状 (%)

	ADL		总计	IADL		总计
	无障碍	有障碍		无障碍	有障碍	
整体	81.94	18.06	100	38.50	61.50	100
65-69 岁	97.33	2.67	100	80.03	19.97	100
70-74 岁	96.61	3.39	100	71.02	28.98	100
75-79 岁	94.40	5.60	100	55.04	44.96	100
80-84 岁	90.50	9.50	100	35.81	64.19	100
85 岁及以上	65.84	34.16	100	11.52	88.48	100
女性	79.21	20.79	100	30.08	69.92	100
男性	85.20	14.80	100	48.59	51.41	100
无配偶	72.62	27.38	100	21.60	78.40	100
有配偶	91.88	8.12	100	56.54	43.46	100
城镇	75.84	24.16	100	38.04	61.96	100
农村	84.45	15.55	100	38.69	61.31	100

3.1.3 老年人心理健康的现状

关于老年人的心理健康状况,本研究使用简易抑郁量表进行衡量,其取值范围在 0-40 之间,数值越低说明老年人抑郁程度越低,意味着老年人的心理健康状况越好。表 3.3 反映了我国老年人的心理健康水平。总的来说,我国老年人的心理健康平均得分为 11.89 分,得分中位数为 12 分,意味着有一半的老年人抑郁程度得分在 0-12 之间,充分说明了我国老年人的抑郁程度处于较低水平,心理健康状况良好。分年龄段来看,老年人的抑郁程度随着年龄的增长总体上呈现出上升的趋势,这可能是因为老年人的年龄越高,其自身的自理能力越弱,生理健康状况越差甚至面临失能的可能,这种情况下他们越需要他人的照顾,这都会一定程度上加重老年人的心理负担,致使抑郁程度上升。分性别看,我国女性老年人心理健康状况的均值更高为 12.53,说明男性老年人的心理健康状况优于女性老年人。不同婚姻状态下老年人的心理健康状况也有所不同,无配偶的老年人更容易产生抑郁情绪,较有配偶老年人相比其心理健康状况更差;对于不同户口类型的老年人心理健康状况而言,城镇老年人更佳,这可能是因为较农村而言,城镇在基础设施以及医疗保障方面能为老年人带来更优体验,减轻老年人在养老方面的心理负担,同时城镇还能够为老年群体提供更加专业的心理辅导并组建更加丰富的娱乐活动,因此其心理健康状况可能较农村老年人更好。

表 3.3 我国老年人心理健康的现状（均值）

		心理健康
整体	平均值	11.89
	中位数	12.00
年龄	65-69 岁	10.98
	70-74 岁	10.82
	75-79 岁	11.83
	80-84 岁	12.38
	85 岁及以上	12.35
性别	女	12.53
	男	11.13
婚姻状况	无配偶	12.62
	有配偶	11.12
户口类型	城镇	10.94
	农村	12.28

注：表 3.3 中除中位数外其他都为均值

3.1.4 老年人综合健康的现状

基于前人的研究，本文中的虚弱指数主要涵盖了自评健康、抑郁量表、焦虑量表、ADL 量表、IADL 量表、上肢活动能力、视力听力能力、其他功能受限、两年内患病次数等共 41 个变量，根据每个变量的健康缺损情况进行赋值，但每个变量的取值都在 0-1 分之间，而因为存在患病两次及以上的老年人，所以患病次数这一变量的取值设定在 0-2 分之间，因此这 41 个构成虚弱指数的变量的最高值为 42 分。而后每个老年人在这 41 个变量中的得分进行加总再除以理论上的最高分数 42，其所得结果即老年人的虚弱指数，虚弱指数的得分越高代表老年人越虚弱，健康状况越差。表 3.4 显示了我国老年人的虚弱指数的整体水平，在这 5597 个老年人中，虚弱指数的最大值和最小值分别为 0.877 和 0，平均值为 0.185，可见我国老年人的综合健康状况总体偏好。

表 3.4 我国老年人虚弱指数的现状

	N	均值	标准差	最小值	最大值
虚弱指数	5597	0.185	0.127	0.000	0.877

表 3.5 分析了我国不同特征老年人的综合健康水平分布情况,从性别看老年人虚弱指数的均值,女性要高于男性,这意味着女性老年人较男性虚弱,健康状况也更差;分年龄段来看,我国老年人的虚弱程度随年龄的增长而升高,年龄越大的老年人的身体越虚弱,其健康状况越差;在户籍差异方面,城镇老年人虚弱指数的均值较农村老年人高出 0.01,说明在综合健康方面,农村老年人要优于城镇老年人,但两者之间的差异很小。婚姻状况上,没有法定意义上的配偶的老年人其虚弱指数的均值要高于有配偶的老年人,这说明了配偶对于老年人的健康状况存在影响,有配偶的老年人更加健康;在职业方面,高级从业者的虚弱指数的均值最低,低级从业者的虚弱指数均值最高,可以认为高级从业者的综合健康状况最好,而低级从业者的综合健康状况最差。

表 3.5 不同特征老年人虚弱指数的差异(均值)

		虚弱指数
性别	女性	0.21
	男性	0.16
年龄	65-69 岁	0.11
	70-74 岁	0.12
	75-79 岁	0.14
	80-84 岁	0.17
	85 岁及以上	0.25
户口类型	城镇	0.19
	农村	0.18
婚姻状况	无配偶	0.23
	有配偶	0.14
职业	初级从业者	0.19
	中级从业者	0.18
	高级从业者	0.16

3.2 我国老年人健康状况的主要特点

第一,我国老年人在自评健康上总体状况较好,男性、城镇、无配偶的老年人自评健康状况要优于女性、农村、有配偶的老年人。总的来说,我国有一半以上老年人中认为自己健康状况良好,近四成老年人认为自己的健康状况一般,这说明我国有近九成的老年人认为自己的健康状况在一般水平以上,自评健康状况总体上呈现出良好状态。除此之外,男性、城镇、无配偶的老年人中自评健康状况较女性、农村、有配偶的好。

第二,生理健康方面,我国大多数老年人具备基本的生存能力,如吃饭、穿衣、上厕所等,但是不具备独自生活的能力。从整体上看,在日常生活自理能力上,只有18.06%的老年人存在障碍,但是在工具性日常生活活动能力上,却有61.5%的老年人存在障碍,说明我国老年人虽然具备基本的生存能力,但是他们必须要在他人的帮助下才能够完成那些需要适应社会和家庭角色的活动,如外出购物、独自乘坐交通工具等。同时随着年龄的增长,我国老年人的生理健康水平呈现显著的下降趋势,有配偶、农村、男性老年人的生理健康水平普遍优于无配偶、城镇、女性老年人。

第三,我国老年人心理健康状况总体偏好,抑郁程度处于较低水平。但是随着老年人的年龄的增长,抑郁程度呈上升趋势。除此之外,男性、有配偶、城镇老年人的心理健康状况要优于女性、无配偶、农村老年人。

第四,我国老年人的综合健康状况总体偏好,但不同特征老年人的综合健康水平差异较大。我国老年人的虚弱指数的平均值为0.185,对于0-1取值的虚弱指数来讲,平均值处于较低水平,整体上不处于虚弱状态。但高龄老年人的虚弱指数更高,综合健康状况更差;城镇、没有配偶、初级从业者、女性老年人要比农村、有配偶、高级从业者、男性老年人更加虚弱,综合健康状况更差。

3.3 我国老年人居住意愿的现状及其差异分析

3.3.1 老年人居住意愿的总体概况

根据2018年CLHLS调查数据中有关居住意愿的问卷统计结果绘制饼图3.1,从总体上看,偏好独居的老年人数占比达50.44%,偏好与子女共同居住的老年人占比47.31%,偏好去养老机构居住的老年人占2.25%。由此可见,我国老年人的独居意愿逐渐占据主流,自我养老意识日益增强,而仅次于独居比例的是与子女同住,这也表明了大多数老年人仍然需要从子女处获得生活照料和精神支持,传统的家庭养老模式仍处于重要地位,同时,养老机构仍然不在大多数老年人的首要选择范围内,同独居和与子女同住相比,老年人对其接受程度更低,侧面说明了我国机构养老体系还有所欠缺,其保障制度和服务水平还有待提升。

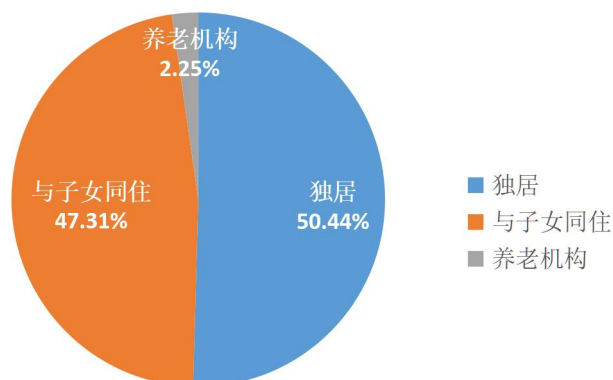


图 3.1 我国老年人居住意愿分布情况 (%)

3.3.2 不同特征老年人居住意愿的差异分析

在个体特征方面,表3.6显示了老年人的居住意愿与个体特征因素的交叉分析结果。性别上,女性更愿意选择与子女共同居住,而男性则更偏好独居的方式。在养老机构的居住方式中,男性意愿要低于女性,侧面说明了女性对于社会化养老方式的接纳度要高于男性,但是传统的家庭养老方式仍然是女性的首选。

在年龄上,70-79岁这一年龄阶段的老年人的独居欲望是最为强烈的,比例分别达到66.25%和64.88%,说明这一年龄段的老年人更加需要自己的空间去享

受自己的生活。而随着年龄的增长,老年人的独居意愿有所下降,与子女同住的意愿不断上升,80-84岁老年人倾向于独居的比例较75-79岁下降了近八个百分点,而期望与子女同住的比例上升了近七个百分点达到40.19%。到85岁及以上年龄层,有61.22%的老年人有与子女同住的意愿,可见,高龄老年人普遍偏好与子女共同居住,这也主要是因为老年人年纪越大,对于日常照料和精神慰藉的需求就越强烈,他们更渴望得到子女的照护和关怀,因此在居住方式的选择上会更加偏好与子女共同居住。然而在65-69岁这一年龄段,虽然有59.63%的老年人有独居的意愿,但也有近40%的老年人期望与子女一同居住,这一比例明显高于70-74岁和75-79岁中偏好与子女同住的老年人的比例,这可能是因为,相较于其他年龄段而言,这一阶段老年人的身体状况较好,精力相对充沛,他们希望与子女同住可能更多的是为了帮助子女分担家务以及照顾孙子女。

分户口性质来看,老年人的居住意愿存在明显的城乡差异,对于农村老年人而言,他们更倾向于与子女共同居住,而城镇老年人的意愿则主要集中在独居的居住方式上,此外城镇老年人选择养老机构的比例高于农村老年人,这也说明我国城镇发展迅速,其基础设施建设及医疗保障,尤其是养老机构的建设以及服务质量要优于农村。

从职业类型来看,专业技术人员、医生、教师、行政管理以及军人等高级从业者有60.53%的人偏好独自居住的居住方式,36.12%偏好与子女同住的居住方式,3.35%偏好养老机构的居住方式,可见高级从业者大多期望能够独自居住,同样一般职员、服务人员以及工人等中级从业者其首选也是独居的居住方式,然而对于初级从业者,他们更期望能够与子女共同居住,这一结果与受教育年限与居住意愿的交叉分析结果相似,如表3.7所示,倾向于独居和养老机构的居住方式的老年人相对受教育年限更长,受教育程度更高,因此独居也是高级从业者和中级从业者的首要选择倾向,同时高级从业者和中级从业者中选择养老机构的比例也明显高于初级从业者。

在婚姻状况方面,在法定意义上有配偶的老年人独居意愿更高,而无配偶的老年人希望与子女共同居住的更多,这一比例达到了61.47%。除此之外,在养老机构的选择上,虽然其选择意愿都较低,但相对来说,无配偶的比例更高。

表 3.6 个体特征因素与居住意愿的交叉分析表 (%)

		居住意愿			总计
		独居	与子女同住	养老机构	
性别	女性	45.75	51.62	2.62	100
	男性	56.04	42.15	1.81	100
年龄分组	65-69 岁	59.63	39.52	0.84	100
	70-74 岁	66.25	32.87	0.88	100
	75-79 岁	64.88	33.13	1.99	100
	80-84 岁	57.13	40.19	2.68	100
	85 岁及以上	35.74	61.22	3.04	100
户口类型	城镇	53.58	42.14	4.28	100
	农村	49.14	49.44	1.41	100
职业	初级从业者	48.07	50.33	1.60	100
	中级从业者	53.42	41.99	4.60	100
	高级从业者	60.53	36.12	3.35	100
婚姻状况	无配偶	34.79	61.47	3.74	100
	有配偶	67.13	32.20	0.66	100

表 3.7 受教育年限与居住意愿的交叉分析表 (均值)

	居住意愿		
	独居	与子女同住	养老机构
受教育年限 (年)	4.27	2.85	4.32

在家庭经济特征方面，主要从家庭支持和家庭收入两方面进行分析。表 3.8 显示了家庭支持中情感支持、照料支持与老年人居住意愿的交叉分析结果。结果表明：在由配偶提供情感支持和照料支持的老年人中，均有超过 70% 的老年人倾向于独居，而由子女提供情感支持和照料支持的老年人则更倾向于与子女同住，但是在养老机构的意愿选择上，由子女提供情感和照料支持的老年人倾向于选择养老机构的比例要大于由配偶提供情感和照料支持的老年人。在由除配偶、子女外的其他人或无人提供情感支持的老年人中，倾向于选择独居的比例最大，达到了 49.89%，但是在照料支持方面则出现了不同结果，由其他人或无人提供照料支持的老年人会更倾向于与子女同住，这一比例达到了 40.63%，不过从养老机构的角度来看，在其他人或无人提供情感和照料支持的老年人中倾向于去养老机构居住的比例要远超由配偶、子女提供情感和照料支持的老年人中选择养老机构的比例。

表 3.9 显示了家庭支持中经济支持以及家庭收入与老年人居住意愿的交叉分析结果。结果表明：倾向于养老机构居住的老年人所获得经济支持和家庭收入平均值最高，而有独居倾向的老年人所获得的经济支持和家庭收入均值最低。

表 3.8 情感支持、照料支持与居住意愿的交叉分析表 (%)

		居住意愿			总计
		独居	与子女同住	养老机构	
情感支持	配偶支持	70.54	28.97	0.49	100
	子女支持	31.92	66.80	1.28	100
	其他或无支持	49.89	40.86	9.25	100
照料支持	配偶支持	72.91	26.82	0.27	100
	子女支持	39.54	59.14	1.32	100
	其他或无支持	35.24	40.63	24.13	100

表 3.9 经济支持、家庭收入与居住意愿的交叉分析表 (均值)

	居住意愿		
	独居	与子女同住	养老机构
经济支持 (元)	3341.89	3344.68	4913.17
家庭收入 (元)	35908.62	48411.99	51650.02

在社会保障特征方面，表 3.10 显示了社会服务供给、养老保险、医疗保险与老年人的居住意愿的交叉分析结果。在分析社区是否为老年人提供社会服务时发现，能享受到社会服务的老年人，其独居和养老机构居住的意愿更高于；不能享受到社会提供服务的老年人，则更愿意与子女共同居住，更依赖子女。可见社会服务的供给状况直接影响着老年人的居住意愿，影响着老年人对社会化养老的接纳程度。因此进一步完善社区服务体系以及提升服务水平，将有助于实现老年人的居住意愿，并使其在居住方式上有更多的选择空间，进而能够缓解子女的养老压力。

从养老保险角度分析居住意愿时发现，有养老保险的老年人更倾向于独居，同时他们去养老机构居住的意愿也要比没有养老保险的老年人更加强烈，而没有养老保险的老年人则更依赖子女，他们更希望与子女共同居住；从医疗保险的角度分析，则出现了不同的结果，虽然有无医疗保险都有超过 50% 的老年人选择独居，但在与子女同住的意愿上，有医疗保险的老年人要比没有的高，而在养老机构的意愿上，没有医疗保险的老年人比例更高。

表 3.10 社会保障特征因素与居住意愿的交叉分析表 (%)

		居住意愿			总计
		独居	与子女同住	养老机构	
社会服务供给	无	48.35	49.93	1.73	100
	有	51.62	45.83	2.55	100
养老保险	无	46.85	51.70	1.46	100
	有	53.89	43.10	3.01	100
医疗保险	无	51.21	46.22	2.58	100
	有	50.34	47.45	2.21	100

3.3.3 居住意愿与实际居住方式的差异比较

CLHLS 问卷中, 有专门针对我国老年人居住现状的问题及相关的数, 因此本文可以通过比较老年人居住意愿与居住现状来分析老年人的居住意愿是否得到满足以及是否存在“居与愿违”的特点。关于我国城乡老年人的居住意愿与实际居住方式的差异比较结果见表 3.11。其结果显示, 总体上看我国有 50.44% 的老年人有独居的意愿, 但是实际上真正能够独居的老年人不到两成, 超过 80% 的老年人是跟子女共同居住的, 可见虽然我国老年人的独居行为和意愿显著增强, 自我养老的居住方式逐渐占据主流, 但是在实际居住安排上, 与子女同住的家庭养老模式仍然是我国老年人的主要选择。其次我国老年人对于养老机构的选择倾向总体来说并不高, 但是实际住在养老机构的老年人的比例却高于意愿为养老机构的比例。除此之外, 我国城镇老年人比农村老年人更希望独居, 我国无配偶的老年人比有配偶的老年人都更期望能够与子女及家人共同居住, 但是现实却恰恰相反, 我国农村独居的老年人口比例反而高于城市; 与子女同住的比例上, 有配偶的明显高于无配偶的老年人。总的来看, 无论城乡还是是否有配偶, 我国老年人的居住意愿与实际居住方式之间的差异还是比较明显的。

表 3.11 老年人居住意愿与实际居住方式对比表 (%)

		总体	户口类型		婚姻状况	
			城镇	农村	无配偶	有配偶
居住意愿	独居	50.44	53.58	49.14	34.79	67.13
	与子女同住	47.31	42.14	49.44	61.47	32.20
	养老机构	2.25	4.28	1.41	3.74	0.66
	总计	100	100	100	100	100
居住现实	独居	15.67	12.72	16.89	27.66	2.88
	与子女同住	81.26	80.49	81.57	67.29	96.16
	养老机构	3.07	6.79	1.54	5.05	0.96
	总计	100	100	100	100	100

为了进一步分析老年人的居住意愿是否能够实现,更加明确意愿与现实之间的差异,本文将“独居”、“与子女同住”、“养老机构”分别赋值为0、1、2,将居住意愿与实际居住方式相减得到表3.12,其结果为0,则说明居住意愿与现实一致,表明老年人的居住意愿得到了满足。若结果不等于0,则说明居与愿违。其结果显示,总体上看我国有六成老年人的居住意愿得到满足,但是仍然有41.99%的老年人的意愿没有实现,同时还可以看出农村老年人的居住意愿与现实存在偏差的比例要比城镇老年人低,城镇老年人的居与愿违的特征更加明显。

表 3.12 老年人居住意愿与实际居住方式差异表 (%)

	总体	城镇	农村
一致	59.01	52.97	61.51
不一致	41.99	47.03	38.49
总计	100	100	100

综上所述,我国老年人独居的居住意愿要远高于现实,而与子女共同居住的居住意愿则明显低于现实。作为老年人最主要的两项居住意愿,其与居住现实之间差距如此明显,充分说明了我国老年人尤其是城市老年人的独立意识的增强以及养老观念的转化,不再一味地依赖子女,对于居住地点的选择需要更多的独立空间,同时也是在提醒我们要及时了解和掌握老年人的居住意愿,尽可能的调节好老年人居住意愿与实际居住方式之间的关系,还要不断优化社区、机构的养老服务功能,多加完善社会保障制度等,使更多老年人能够有机会实现独居的愿望,同时提升老年人对养老机构的入注意愿,使老年人在居住方式上拥有多样化的选择。

第4章 我国老年人健康状况对居留意愿的影响

4.1 变量选取

4.1.1 因变量

本文将老年人的居留意愿作为因变量。依据复寿劳等学者的研究和 CLHLS 的问卷设置,选择问卷 F16 题“您希望哪一种居住方式?”作为衡量老年人居留意愿的问题,并将原问题的选项进行了重新的定义和赋值,将原选项“1.独居(或仅与配偶居住),子女在不在附近无所谓”和“2.独居(或仅与配偶居住),子女最好住在附近”合并统称为独居,并重新编码为 1;将原选项“3.与子女一起居住”重新编码为 2,表示与子女共同居住;将原选项“4.敬老院、老年公寓或福利院”重新编码为 3,表示养老机构。综上,本文中老年人的居留意愿主要被划分为三种类型,具体情况如表 4.1 所示:

表 4.1 因变量赋值情况表

因变量	原问卷所对应问题及编码方式	变量赋值
居住 意愿	F16: “您希望哪一种居住方式?”	
	1. 独居(或仅与配偶居住),子女在不在附近无所谓;	独居(或与配偶居住)=1 与子女一起居住=2 养老机构=3
	2. 独居(或仅与配偶居住),子女最好住在附近;	
	3. 与子女一起居住;	
	4. 敬老院、老年公寓或福利院;	
5. 不知道;		

4.1.2 核心自变量

为使老年人的健康状况衡量标准更加全面、客观,本文选择虚弱指数作为核心自变量。虚弱作为老年人群的重要特征,它不仅指疾病或残疾,更应体现出老年人在生命历程中所经历的疾病、症状和损伤的累积。而虚弱指数正是测量某一个体健康缺损的积累程度的一种综合指标,因此其测量方法就是计算个体的各种健康指标中取值为不健康的指标所占的比重,即虚弱指数(FI)=取值为不健康的指标个数/健康指标总数。而对于虚弱指数所需的个体健康指标个数虽然没有统一的标准,但一般情况下都会选择在 30—70 个之间,取值范围在 0-1 之间。

本文借鉴了曾宪新（2010）^[1]、陆杰华（2019）^[2]等学者的文献资料，以问卷为基础，最终选取了41个健康变量，主要涵盖了自评健康状况、日常生活自理能力（ADL）、工具性日常生活活动能力（IADL）、抑郁量表、焦虑量表、视力听力障碍、功能受限状况、过去两年患重病次数等多个方面。而后对这41个健康变量重新赋值，除患重病次数外其他变量的赋值范围都在0-1之间，赋值越高说明身体健康状况越差，而对于患重病次数这一变量，患0次和1次重病分别赋值为0和1，患重病次数在两次及以上的则赋值为2，最后将这41个变量的得分加总，同时除以理论上最高分42分，所得即为老年人虚弱指数。其具体编码赋值情况如下表4.2-表4.5所示，表4.2显示了虚弱指数中主观自评健康方面所选取的变量及其赋值情况。

表 4.2 虚弱指数中自评健康方面选取的变量及其赋值情况表

变量类型	变量名称	原问卷所对应的问题	原问卷编码方式	变量赋值
自评健康	自评健康	您觉得现在您自己的健康状况怎么样？	很好=1 好=2 一般=3 不好=4 很不好=5	很好=0 好=0.25 一般=0.5 不好=0.75 很不好=1
	两星期内健康状况	最近两个星期内，您是否觉得有身体不适？	是=1 否=2	否=0 是=1

虚弱指数中生理健康方面所选取的变量及其赋值情况如表4.3所示：

表 4.3 虚弱指数中生理健康方面选取的变量及其赋值情况表

变量类型	变量名称	原问卷所对应的问题	原问卷编码方式	变量赋值
日常生活自理能力	洗澡	您洗澡时是否需要他人帮助？	不需要任何帮助=1 某一部位需要帮助=2 两个部位以上需要帮助=3	不需要他人帮助=0 部分需要他人帮助=0.5 完全需要他人帮助=1

[1] 曾宪新.老年健康综合指标——虚弱指数研究进展[J].中国老年学杂志,2010,30(21):3220-3223.

[2] 陆杰华,刘柯琪.长寿时代我国百岁老人健康指标变化趋势探究——基于 CLHLS 数据的验证[J].人口与社会,2019,35(03):3-16+2.

续表 4.3 虚弱指数中生理健康方面选取的变量及其赋值情况表

变量类型	变量名称	原问卷所对应的问题	原问卷编码方式	变量赋值
日常生活自理能力	穿衣	您穿衣时是否需要他人帮助?	自己能找到并穿上衣服, 无需任何帮助=1 能找到并穿上衣服, 但自己不能穿鞋=2 需要他人帮助找衣或穿衣=3	不需要他人帮助=0 部分需要他人帮助=0.5 完全需要他人帮助=1
	上厕所	您上厕所大小便时是否需要他人帮助?	完全能独立, 无需帮助=1 能自己料理, 但需要他人帮助=2 卧床不起, 只能在床上由他人帮助=3	
	室内活动	在室内活动时您是否需要他人帮助?	无需帮助, 可用辅助设施=1 需要帮助=2 卧床不起=3	
	控制大小便	您是否能控制大小便?	能控制大小便=1 偶尔/有时失禁=2 使用导管等协助控制或不能控制=3	
	吃饭	您吃饭时是否需要他人帮助?	吃饭无需帮助=1 能自己吃饭, 但需要一些帮助=2 完全由他人喂食=3	
工具性日常生活活动能力	独自串门	您能否独自到邻居家串门?	能=1 有一定困难=2 不能=3	能=0 有一定困难=0.5 不能=1
	独自买东西	您能否独自外出买东西?		
	独自做饭	如果需要您是否能独自做饭?		
	独自洗衣服	如果需要您是否能独自洗衣服?		
	连续走2里路	您能否连续走2路?		
	提起大约10斤重的东西	您能否提起大约10斤(5公斤)重的东西?		
	连续蹲下站起三次	您能否连续蹲下站起三次?		
独自乘坐公共交通工具出行	您能否独自乘坐公共交通工具出行?			
患病情况	两年内患重病次数	去两年中, 您曾经患过几次重病?	连续变量	0次=0 1次=1 2次及以上=2

虚弱指数中心理健康方面所选取的变量及其赋值情况如表 4.4 所示:

表 4.4 虚弱指数中心理健康方面选取的变量及其赋值情况表

变量类型	变量名称	原问卷所对应的问题	原问卷编码方式	变量赋值
抑郁量表	因小事烦恼	您会因一些小事而烦恼吗?	总是=1 经常=2 有时=3 很少=4 从不=5	总是=1 经常=0.75 有时=0.5 很少=0.25 从不=0
	很难集中注意力	您现在做事时是不是很难集中精力?		
	感到难过或压抑	您是不是感到难过或压抑?		
	越老越不中用	您是不是觉得越老越不中用,做什么事都很费劲?		
	感到紧张、害怕	您是不是感到紧张、害怕?		
	感到孤独	您是不是觉得孤独?		
	无法继续生活	您是不是感到无法继续自己的生活?	总是=1 经常=2 有时=3 很少=4 从不=5	总是=0 经常=0.25 有时=0.5 很少=0.75 从不=1
	对未来充满希望	您是不是对未来的生活充满希望?		
	与年轻时一样快活	您是不是觉得与年轻时一样快活?		
	睡眠质量	您现在睡眠质量如何?		
焦虑量表	不安烦躁	感到不安、担心及烦躁	没有=0 有几天=1 一半以上=2 几乎天天=3	没有=0 有几天=0.33 一半以上时间=0.67 几乎天天=1
	不能停止担心	不能停止或无法控制担心		
	担忧过多	对各种各样的事情担忧过多		
	紧张	很紧张, 很难放松下来		
	焦躁	非常焦躁, 以致无法静坐		
	易烦恼易怒	变得容易烦恼或易被激怒		
	发生可怕的事	感到好像有什么可怕的事会发生		

虚弱指数中其他变量及其赋值情况如表 4.5 所示:

表 4.5 虚弱指数中其他变量及其赋值情况表

变量类型	变量名称	原问卷所对应的问题	原问卷编码方式	变量赋值
其他功能受限情况	上肢活动能力 (1-3)	(1) 手触颈根	只能用右手=1	双手都能=0
		(2) 手触后腰	只能用左手=2 双手都能=3	只能用右手或左手=0.5
		(3) 手臂上举	双手都不能=4	双手都不能=1
其他功能受限情况	独自站立	被访老人坐在椅子上, 能自己独立站起来吗?	能, 不需搀扶或倚靠任何物体=1 能, 需搀扶或倚靠任何物体=2 不能=3	能独立完成=0 需要搀扶依靠=0.5 不能独立完成=1
	从地上捡书	被访老人能捡起地上的书吗?	能站着捡起=1 只能坐着捡起=2 不能=3	能站着捡起=0 只能坐着捡起=0.5 不能=1
视力与听力情况	听力障碍	您是否有听力困难?	是=1 否=2	否=0 是=1
	视力障碍	不戴眼镜, 您看这个圆圈有没有开口? 如有, 开口在什么地方(上, 下, 左, 右)?	能, 且能分清缺口方向=1 能, 但不能分清缺口方向=2 看不清=3 失明=4	能, 且能分清缺口方向=0 能, 但不能分清缺口方向=0.33 看不清=0.67 失明=1

4.1.3 控制变量

为了使研究结果更加全面、客观,本文在参考了孙鹃娟(2017)^[1]、沈定(2017)^[1]、赵青(2021)^[2]等与居留意愿影响因素相关的文献,并在社会支持理论和福利经济学理论的基础上,选取了一些可能影响老年人居留意愿的其他因素作为控制变量。主要可分为个体特征、家庭经济特征以及社会保障特征。

个体特征主要包含性别、年龄、曾经从事的职业、户口类型、受教育年限以及婚姻状况。性别方面,将女性赋值为0,男性赋值为1;年龄作为连续变量,取值在65-117之间;职业方面,其分类主要依据薛新东等学者的研究进行划分^[3],根据问卷中“您60岁以前主要从事什么工作?”的回答,将“专业技术人员/医生/教师”、“行政管理”、“军人”定义为高级从业者赋值为3,“一般职员/服务人员/工人”定义为中级从业者赋值为2,其他则定义为初级从业者赋值为1;户口类型中,城镇户口的赋值为0,农村户口赋值为1;受教育年限为连续变量,其取值范围是0-20之间;婚姻状况方面,将问卷回答中“已婚,并与配偶住在一起”和“已婚,但不与配偶住在一起”统称为有配偶,赋值为1,回答为“离婚”、“丧偶”以及“从未结过婚”统称为无配偶,赋值为0;

家庭经济特征主要涵盖家庭支持、家庭收入以及两年内旅游次数。家庭支持主要是由情感支持、照料支持以及经济支持构成,其中情感支持主要由“您平时与谁聊天最多?”这一问题进行衡量,照料支持则由“目前,当您身体不舒服时或生病时主要是谁来照料您?”这一问题进行衡量,将回答为配偶定义为配偶支持赋值为1,将回答为儿子、女儿、儿媳、女婿、儿子和女儿统一定义为子女支持并赋值为2,其他回答则统一定义为其他或无支持赋值为3;经济支持是选取问卷中“近一年来,您的子女给您现金(或实物折合)多少元?”进行衡量,经济支持作为连续型变量,其取值在0-100000之间,后续对其取对数值进行回归分析;家庭收入作为连续变量,其取值范围在0-100000之间(超过100000元:

[1] 孙鹃娟,沈定.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[J].人口与经济,2017(02):11-20.

[2] 赵青.老年失能、社会支持与养老居留意愿——基于中国老年健康影响因素跟踪调查数据的分析[J].人口与发展,2021,27(06):140-150.

[3] 薛新东,葛凯啸.社会经济地位对我国老年人健康状况的影响——基于中国老年健康影响因素调查的实证分析[J].人口与发展,2017,23(02):61-69.

100000)，后续对其取对数值进行回归分析；两年内旅游次数作为连续变量，其取值范围在 0-50 之间。

社会保障特征主要包括养老保险、医疗保险、社会服务供给。养老保险方面，有养老保险赋值为 1，没有则赋值为 0，医疗保险、社会服务供给的赋值同理。表 4.6 为本文主要变量具体赋值情况。

表 4.6 主要变量及赋值说明

变量类型	变量名称	赋值说明
因变量	居住意愿	独居（或与配偶居住）=1 与子女一起居住=2 养老机构=3
核心自变量	虚弱指数	取值范围：0-1
控制变量	性别	女性=0 男性=1
	年龄	连续变量：65-117 岁
	职业	初级从业者=1 中级从业者=2 高级从业者=3
	户口类型	城镇=0 农村=1
	受教育年限	连续变量：0-20 年
	婚姻状况	无配偶=0 有配偶=1
	情感支持	配偶支持=1 子女支持=2 其他或无支持=3
	照料支持	配偶支持=1 子女支持=2 其他或无支持=3
	经济支持	连续变量：0-100000 元
	家庭收入	连续变量：0-100000 元
	两年内旅游次数	连续变量：0-50 次
	养老保险	无养老保险=0 有养老保险=1
	医疗保险	无医疗保险=0 有医疗保险=1
	社会服务供给	无社会服务供给=0 有社会服务供给=1

4.2 模型构建

本文的因变量—居住意愿为三分类变量，且各类别间不存在先后顺序，无论选择哪种居住方式都没有优劣、先后之分，因此本文主要选用无序多分类 Logistic 模型来研究我国老年人健康状况对居住意愿的影响。其 logistic 模型可以通过 4.2.1 式来表示，即：

$$\text{logit } P_j = \text{Ln} \left(\frac{P_j}{P_1} \right) = \alpha_j + \beta_r X_r + \sum_{i=1}^k \beta_{ji} X_i \quad \dots\dots\dots 4.2.1 \text{ 式}$$

其中， P_1 是因变量为第 1 类的概率，即老年人倾向于选择独居或仅与配偶居住的概率，也是本文设定的参照组， P_j ($j=2, 3, \dots, n$) 则代表因变量为第 j

类的概率， $\frac{P_j}{P_1}$ 为其中一种居住意愿发生的概率和参照组发生的概率的比值

(odds), α_j 为截距项, X_r 为核心自变量即虚弱指数, β_r 则为核心自变量的回归系数, X_i 为其他控制变量, β_{ji} 表示第 j 个回归方程的第 i 个控制变量的回归系数。由于本文因变量即老年人的居住意愿为三分类变量, 有三个值, P_1 代表老年人的居住意愿为独居或仅与配偶居住的概率, P_2 代表老年人的居住意愿为与子女一起居住的概率, P_3 则表示老年人的居住意愿是去养老机构的概率, 满足 $P_1 + P_2 + P_3 = 1$, 其中以 P_1 为参照组, 那么本文所用模型具体如 (1) (2) 所示:

$$\text{logit}P_2 = \text{Ln}\left(\frac{P_2}{P_1}\right) = \alpha_1 + \beta_r X_r + \sum_{i=1}^k \beta_{ji} X_i = \alpha_1 + \beta_r X_r + \beta_{11} X_1 + \beta_{12} X_2 + \dots + \beta_{1i} X_i \dots \quad (1)$$

$$\text{logit}P_3 = \text{Ln}\left(\frac{P_3}{P_1}\right) = \alpha_2 + \beta_r X_r + \sum_{i=1}^k \beta_{ji} X_i = \alpha_2 + \beta_r X_r + \beta_{21} X_1 + \beta_{22} X_2 + \dots + \beta_{2i} X_i \dots \quad (2)$$

多分类回归分析的非线性特征决定了所得的系数并不能直接解释回归的结果, 但若结果显著时, 系数的符号可以当作简单的判断标准, 系数符号为正意味着事件发生的概率增大, 若系数符号为负, 则代表事件发生的可能性下降。但是, 若想更具体的解释模型结果, 掌握自变量与因变量之间的变化趋势, 可以选择用优势比 (OR 值) 即本文中的 EXP 值进行估计。在优势比 > 1 时, 事件发生的可能性将会增加, 即自变量会对因变量的发生有正向的影响; OR 值 < 1 时, 则事件发生的概率会降低, 自变量对因变量发生概率具有负面影响。

4.3 回归结果分析

4.3.1 多重共线性检验

本文在老年人的健康、个体特征、家庭状况、社会保障等多方面的因素中选取了核心自变量和控制变量, 但考虑到变量间的相关性可能导致多重共线性问题的出现, 所以为了确保结果的准确性, 在进行回归分析之前, 需要对核心自变量以及控制变量进行多重共线性的检验, 检验结果如表 4.7 所示。一般认为, 若容差 ≤ 0.1 或是 $VIF \geq 10$ 时, 则变量之间存在多重共线性。而表 4.7 结果显示, VIF

值均在 0-10 之间，容差均大于 0.1，说明变量之间相关性较小，可以不考虑多重共线性问题。

表 4.7 多重共线性检验结果

变量	容差	VIF
虚弱指数	0.698	1.433
性别	0.783	1.277
年龄	0.529	1.892
职业	0.469	2.133
户口类型	0.568	1.760
受教育年限	0.509	1.965
婚姻状况	0.333	3.005
情感支持	0.437	2.286
照料支持	0.480	2.083
经济支持（对数）	0.980	1.020
家庭收入（对数）	0.766	1.306
两年内旅游次数	0.944	1.059
养老保险	0.800	1.250
医疗保险	0.966	1.035
社会服务供给	0.985	1.015

4.3.2 多元 logistic 回归结果分析

将控制变量与核心自变量——虚弱指数全部纳入到模型中进行多元 logistic 回归分析，从而得到老年人健康状况对居留意愿影响的模型。其中，模型中的考克斯—斯奈尔值为 0.239，内伐尔科值为 0.302，模型拟合信息表中显著性为 0.000，说明此模型的整体拟合程度较好且有较强的解释能力，同时也说明了其回归结果具有实际意义。表 4.8 显示了模型的回归分析结果。

从总体上看，根据无序多分类 logistic 模型的回归结果可知，在纳入模型中的一个核心自变量和 14 个控制变量中，核心自变量——虚弱指数和 11 个控制变量对因变量——居留意愿有显著影响，其中起显著作用的 11 个控制变量分别为年龄、曾从事的职业、户口类型、受教育年限、婚姻状况等个体特征因素和家庭收入、情感支持、照料支持等家庭经济特征因素以及社会服务供给、养老和医疗保险等社会保障特征因素。模型 1 结果表明，在“与子女同住”和“独居”的意愿选择上，核心自变量——虚弱指数和年龄、职业、户口类型、受教育程度、情感支持、照料支持、家庭收入、养老保险和社会服务供给这 9 个控制变量起显著影响作用；

而在模型2中表明,老年人对于“养老机构”和“独居”的居住意愿选择上,起到显著作用的因素主要有核心自变量—虚弱指数和6个控制变量即年龄、婚姻状况、情感支持、照料支持、医疗保险和社会服务供给。

(1) 老年人健康状况对居住意愿的影响

通过模型1检验结果可知,在对“与子女同住”和“独居”的意愿选择上,虚弱指数的影响是显著的,其偏回归系数为1.680,OR值为5.368,这充分说明了虚弱指数的得分越高即老年人的健康状况越差时,他们选择与子女同住的概率就越大,即虚弱指数每增加一单位,老年人居住意愿倾向于选择与子女同住的概率是选择独居的概率的5.368倍。通过模型2检验结果可知,在对“养老机构”与“独居”的意愿选择上,虚弱指数同样起到了显著的正向作用,这意味对于老年人来说,当他们健康状况越差时,相较于独居而言他们选择去养老机构的意愿就越大。由此可见,身体健康状况越差的老年人,其内心会更加渴望能够与子女共同居住或是去养老机构居住,而非独自居住。这可能是当前我国的社会化养老体系还不够完善,社区所提供的养老服务还不够标准化、系统化、专业化,但是对于健康状况越差的老年人越需要身体上的照料和精神上的慰藉,在这一方面,子女和养老机构能够提供更全面的照料服务,尤其是子女还能经常与其沟通,了解老年人的实时物质和情感需求,因此相较于独居的无人照护和关注,无法解决他们的生活需要来说,他们会更倾向于与子女同住或去养老机构居住。

(2) 其他控制变量对老年人居住意愿的影响

首先,在个体特征因素上,年龄、职业、户口类型、受教育程度和婚姻状况均对老年人居住意愿有显著作用,但其中职业对居住意愿的影响较弱,而性别则没有显著的影响。在与子女同住还是独居的意愿选择上,起到显著作用的个体特征因素主要有年龄、职业、户口类型、受教育年限。年龄方面,高龄老年人更倾向于选择与子女同住,可能是因为随着老年人的年龄的增长,其身体功能有所衰退,对精神需求有所上升,期望得到陪伴与温暖,由此更希望能够与子女一起生活;职业方面,曾经是初级从业者的老年人选择与子女同住的概率是高级从业者的1.275倍,原因可能在于初级从业者的离退休的社会保障较高级从业者欠缺,且他们自身的独立意识较弱,在思想上更加依赖子女;户籍方面,城市老年人选择与子女同住的概率是农村老年人的67.1%,意味着城市老年人较农村老年人更

希望独居,对于城市老年人来说,他们的生活丰富多彩,且多数都是接受过高等教育的人,相较于农村老年人来说,其与外界沟通较多,接受新鲜的观点与事物的能力较强,且他们有自己的生活圈子,因此会更偏向于独居,而非与子女同住;教育方面,受教育程度越高的老年人,选择与子女同住的概率越小。因为受教育程度较高的老年人,思想意识较先进、独立,反而更向往自由自在的独居生活方式。而在比较养老机构与独居的两类居住意愿时发现,只有年龄和婚姻状况这两个个体特征变量对其居住意愿有显著作用,结果显示年龄越大的老年人选择养老机构的可能性越小,对于高龄老人来说,在自己所熟悉的环境与范围内生活,更能给他带来安全感与幸福感,而养老机构与自己家相比,显然是完全陌生的环境,因此年龄越大的老年人越不会想去养老机构居住;在婚姻状况方面,没有配偶的老年人去养老机构的可能性是有配偶的 2.509 倍,说明没有配偶的老年人更倾向于去养老机构居住而非独居,这也是因为没有配偶的老年人独居生活没有伴侣陪伴,更加寂寞,而养老机构有很多老年人作伴,经常组织相应活动,缓解他们孤独的情绪,因此较独居比他们会倾向于去养老机构;

其次,在家庭经济特征因素上,情感支持、照料支持、家庭收入均对老年人的居住意愿有显著的影响。对于是与子女一同居住还是在自己家居住,起显著作用的变量主要有情感支持、照料支持和家庭收入。根据模型 1 结果表明,在情感支持方面,由配偶提供情感支持的老年人相较于其他人或无人提供情感支持的而言,更易出现独居的居住意愿,配偶支持的老年人选择与子女同住的可能性是其他或无支持的老年人的 78.5%,而主要由子女提供情感支持的老年人则更偏好于与子女共同居住;在照料支持方面,由配偶提供生活照料的老年人选择与子女同住的概率是由其他人或无人提供生活照料的老年人的 59.4%,也就意味着有配偶提供生活照料的老年人更偏好于独居的居住方式,而出现以上显著差异的原因可能是当配偶能够提供主要的情感和照料支持,能够满足老年人的生活的基本需求时,他们无需再麻烦他人,反而更期望能够有与配偶一起独立空间,因此更加偏好于独居,而当老年人的情感支持是由子女提供时,他们会更加依赖子女,更期望能够与子女多沟通与交流,因此会偏向于与子女共同居住。在家庭收入方面,老年人家庭收入越高,越希望能够与子女一起住,这可能是因为家庭收入高的老年人物质需求基本得到满足,更加追求精神生活的质量,更希望享受到儿孙满堂

的天伦之乐，而同时全家收入高也意味着子女收入也较高，那么与子女同住也能获得更好的物质保障，因此他们更希望与子女共同居住。

在养老机构居住和自己家居住的选择上，具有显著影响的变量主要包括情感支持和照料支持。在情感支持方面，由配偶支持的老年人选择养老机构的可能性是由其他人提供支持或是无人支持的老年人的38.5%，由子女支持的老年人选择养老机构的概率则是由其他人或无人支持的老年人的43.2%，这意味着与有其他人或是无人提供情感支持的老年人相比，配偶支持和子女支持的老年人选择养老机构居住的可能性很小。在照料支持方面，配偶支持和子女支持相较于有其他人或是无人提供照料支持的老年人选择养老机构的可能性更小，分别只有后者的2.6%和9.3%。可见，在情感和照料上有配偶支持和子女支持的老年人，其身体和精神需求得到了满足，不再需要社会养老机构的服务，因此选择去养老机构居住的老年人可能性很小。

最后，在社会保障特征因素中，养老保险、医疗保险以及社会服务供给对老年人居住意愿都起到显著的作用，其中，在与子女一同居住还是在自己家居住选择上，养老保险和社会服务供给对老年人的居住意愿起到显著作用。无养老保险选择与子女同住的概率是有养老保险的老年人的1.151倍，意味着没有养老保险的老年人更希望能够与子女一同居住；同样社区不提供社会服务的老年人较社区提供社会服务的老年人更有可能选择与子女同住，其前者选择与子女同住的概率是后者的1.25倍。而养老机构和自己家的选择上，对老年人居住意愿起到显著作用的是医疗保险和社会服务供给。没有医疗保险的老年人选择养老机构的概率是有医疗保险的老年人的55.2%，说明没有医疗保险的老年人去养老机构居住的意愿更小，虽然目前我国已经明确将养老机构内设的医疗机构纳入到医保定点范围内，可以减轻一部分有医疗保险的老年人在养老机构的经济负担，但对于大多数没有医疗保险的老年人来说，养老机构的消费仍然是较高的，甚至是难以承担的，因此相较于独居来说，没有医疗保险的老年人选择养老机构的概率更小；社区不提供社会服务的老年人选择养老机构的可能性是社区有社会服务的老年人的65.2%，说明没有社会服务供给的社区的老年人，在养老机构和独居两种意愿的选择上，选择养老机构的可能性更小，而选择独居的可能性更大，其主要原因可能有二，一是对于大多数老年人来说去养老机构居住花费较多，负担较重，二

是虽然社区缺少相应的社会服务,但是养老机构所提供的服务内容趋同,不能精准对接老年人居住需求,在规范化管理和人文化关怀方面有待改善,因此综合其需要支付的经济费用,养老机构所提供的服务的性价比较低,同时对于养老机构老年人带有刻板认知,存在抵触情绪,遂哪怕没有社会服务供给,老年人也更希望能够住在更有归属感的自己家中,而非养老机构。

综上所述,除核心自变量—虚弱指数外,年龄、户口类型、职业、受教育年限、婚姻状况等个体特征和情感支持、照料支持、家庭收入等家庭经济特征以及养老保险、医疗保险和社会服务供给等社会保障特征都对老年人的居住意愿存在着显著的影响。

表 4.8 我国老年人健康状况对居住意愿的影响回归结果

变量 (参照组)	模型 1 (与子女同住/独居)		模型 2 (养老机构/独居)	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
虚弱指数	1.680***	5.368	2.481***	11.957
性别 (男)	-0.101	0.904	-0.063	0.939
年龄	0.013***	1.013	-0.026**	0.975
职业 (高级从业者)				
初级从业者	0.243*	1.275	-0.180	0.835
中级从业者	0.138	1.148	0.295	1.344
户口类型 (农村)	-0.400***	0.671	0.371	1.449
受教育年限	-0.022**	0.979	0.013	1.013
婚姻状况 (有配偶)	0.030	1.030	0.920**	2.509
情感支持 (其他或无支持)				
配偶支持	-0.243*	0.785	-0.955*	0.385
子女支持	0.696***	2.005	-0.840***	0.432
照料支持 (其他或无支持)				
配偶支持	-0.521***	0.594	-3.669***	0.026
子女支持	0.050	1.051	-2.373***	0.093
经济支持	0.009	1.009	-0.022	0.978
家庭收入	0.310***	1.364	-0.037	0.964
两年内旅游次数	0.019	1.019	-0.256	0.774
养老保险 (有)	0.141**	1.151	-0.275	0.759
医疗保险 (有)	-0.014	0.986	-0.594*	0.552
社会服务供给 (有)	0.223***	1.250	-0.428*	0.652

注: a.参考类别为“独居”

b.显著性水平: *** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

4.3.3 稳健性检验

为检验前文多元 logistic 回归分析结果的稳健性, 本文更换多值选择模型, 通过利用 stata17 软件建立 mprobit 模型对全样本数据进行回归分析, 其结果如表 4.9 所示。其中, 核心自变量—虚弱指数的显著性和影响方向与前文的检验结果一致, 即老年人身体越虚弱, 其居住意愿越偏向于与子女同住或去养老机构居住。其他控制变量中除两年内旅游次数和社会服务供给在显著性上与前文检验结果稍有不同, 其余控制变量的方向与显著性都与前文检验结果保持一致, 可以说明本文的回归分析结果是稳健的。

表 4.9 稳健性检验结果

变量 (参照组)	模型 3 (与子女同住/独居)		模型 4 (养老机构/独居)	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
虚弱指数	1.4053***	4.0769	1.9594***	7.0954
性别 (男)	-0.0904	0.9136	-0.0780	0.9250
年龄	0.0109***	1.0109	-0.0123*	0.9878
职业 (高级从业者)				
初级从业者	0.1987*	1.2198	-0.0848	0.9187
中级从业者	0.1273	1.1358	0.1105	1.1168
户口类型 (农村)	-0.3206***	0.7257	0.2244	1.2516
受教育年限	-0.0176**	0.9825	-0.0004	0.9996
婚姻状况 (有配偶)	0.0267	1.0271	0.5186**	1.6797
情感支持 (其他或无支持)				
配偶支持	-0.2146*	0.8069	-0.6381**	0.5283
子女支持	0.5999***	1.8219	-0.4704***	0.6248
照料支持 (其他或无支持)				
配偶支持	-0.4666***	0.6271	-2.1562***	0.1158
子女支持	0.0313	1.0318	-1.5000***	0.2231
经济支持	0.0074	1.0074	-0.0122	0.9879
家庭收入	0.2375***	1.2681	0.0207	1.0209
两年内旅游次数	0.0155	1.0156	-0.1481*	0.8624
养老保险 (有)	0.1207**	1.1283	-0.1642	0.8486
医疗保险 (有)	-0.0077	0.9923	-0.3592*	0.6982
社会服务供给 (有)	0.1870***	1.2056	-0.1817	0.8339

注: a.参考类别为“独居”

b.显著性水平: *** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

4.4 城乡异质性分析

我国的社会经济结构存在着鲜明的“城乡二元”的特征，这也导致城乡之间在经济发展水平、社会保障体系、基础设施建设、公共服务供给等方面存在着一定差异。而不同的户口类型不仅代表着老年人户口所在地的差异，还体现出老年人在养老、医疗、社会福利保障等多方面能享受到的待遇及服务的差距。为此本文特意从城乡差异的角度出发，进一步探究不同户口类型下的老年人的健康状况对其居留意愿的影响，具体的回归结果如表 4.10 所示，其中模型 5 和模型 6 是在模型 1 和模型 2 的基础上对城镇户口的老年人样本进行回归分析，模型 7 和模型 8 则是在模型 1 和模型 2 的基础上对农村户口的老年人样本进行回归分析。

(1) 老年人健康状况对居留意愿影响的城乡差异分析

在对“与子女同住”和“独居”的意愿选择上，其结果显示无论是城镇还是农村，虚弱指数对居留意愿的影响都是在 1% 的水平上正向显著的，但是当虚弱指数每增加一个单位，城镇老年人选择与子女共同居住的概率是选择独居的概率的 6.861 倍，而农村老年人则是 4.944 倍。这说明在独居与子女同住的选择中，老年人健康状况越差时，无论是城镇还是农村老年人都希望与子女同住，但城镇老年人这种意愿要比农村老年人更加强烈。这可能是因为，农村老年人的子女所能提供的养老资源虽然比老年人独居时能获得的多，但要较城市老年人的子女提供的少，同时农村老年人的子女大多都选择进城务工，子女与老年人相距较远，所以会出现农村老年人虽然更倾向于与子女同住，但考虑到需要离开长久生活的地方去往相对陌生的环境，他们与子女同住的意愿自然会弱于城市老年人。

在对“养老机构”与“独居”的意愿选择上，虚弱指数对居留意愿的影响都是在 5% 的水平上正向显著的。当虚弱指数每增加一个单位，城市老年人选择养老机构的可能性是选择独居的 13.819 倍，但是农村老年人则是 16.428 倍。这说明在独居和养老机构的选择中，虽然城乡老年人都更愿意去养老机构居住，但是农村老年人较城市老年人的意愿更加强烈。这是因为，当老年人健康状况越差时，他们越希望得到专业化的照护服务，而农村的社区养老服务水平较城镇而言差，所以农村老年人更希望去养老机构居住。

综上所述，不同户口类型下老年人的健康状况对居留意愿虽然都存在着显著的影响，但其影响的大小存在着较大的差异性。

(2) 其他控制变量对老年人居住意愿的城乡差异分析

进一步对比城乡样本中其他控制变量对居住意愿的影响之间的差异发现,在城镇样本中,主要对老年人居住意愿起到显著作用的控制变量有年龄、婚姻状况、情感支持、照料支持、经济支持、家庭收入和两年内旅游次数。在农村老年人中,对居住意愿起显著作用的则包括年龄、职业、情感支持、照料支持、家庭收入和社会服务供给。具体分析如下:

个体特征层面。在年龄上,虽然其对城镇和农村老年人的居住意愿都存在显著影响,但这种影响间却存在较大差异。在城镇老年人中,只有面临养老机构还是独居的选择时,年龄才对居住意愿存在显著的负向影响;而在农村老年人中,只有在面临与子女同住还是独居的选择时,年龄对居住意愿才有显著的正向影响。也就是说,当老年人的年龄越大时,城镇老年人更愿意独居,而农村老年人更希望去子女家居住。在职业上,只有在农村老年人中,职业才对居住意愿存在着显著影响,具体而言,当农村老年人面临与子女同住还是独居的选择时,初级从业者和中级从业者较高级从业者更倾向于去子女家居住。这可能是因为农村的社区养老服务水平较城镇差,独居时缺少相应的养老保障,而农村中曾经从事初级和中级从业者的老年人的养老保障比高级从业者更加欠缺,所以农村的初级和中级从业者的老年人更需要与子女同住获得养老资源,而城镇老年人的养老保障体系较为完善,他们不需要与子女同住获取资源,因此职业对城镇老年人的居住意愿没有显著影响,但对农村老年人的居住意愿却有显著影响。在婚姻状况上,只有在“养老机构”和“独居”上,其对城镇老年人的居住意愿才存在显著的正向影响,而对农村老年人则没有显著影响。在城镇中,没有配偶老年人更愿意选择去养老机构居住。

家庭经济特征层面。在家庭支持方面,情感支持、照料支持和经济支持对城乡老年人的居住意愿都存在着显著差异。首先在情感支持上,这种差异主要存在于配偶情感支持对城乡老年人的居住意愿的影响上,在农村老年人中,由配偶提供情感支持对老年人的居住意愿存在着显著影响,但在城镇老年人中则没有显著影响。具体而言,当由配偶提供感情支持时,农村老年人更倾向于选择独居,而这种倾向在城市老年人中不明显。子女提供情感支持对城乡老年人居住意愿的影响上,虽然其影响方向一致,但通过优势比可知,在子女家和自己家的选择上,

由子女提供情感支持的城镇老年人比农村老年人更愿意去子女家,而在养老机构和自己家的选择上,由子女提供情感支持的农村老年人比城镇老年人更愿意前往养老机构居住。其次在照料支持上,这种差异在子女照料支持对居住意愿的影响上更为明显,在面临子女家与自己家的选择时,由子女提供照料支持对城镇老年人产生显著的正向影响,但在农村则没有显著影响,简言之,由子女提供照料支持的城镇老年人更愿意与子女同住,但是在农村则没有这种现象的出现。最后在经济支持方面,这种差异主要存在于养老机构和独居的选择中,当老年人所获得的经济支持越多时,城镇老年人越不愿意去养老机构居住而愿意独居,但在农村,老年人的居住意愿不受到经济支持的显著影响。家庭收入方面,在子女家和自己家的选择上,无论是城镇还是农村,家庭收入都显著影响着老年人居住意愿,且这种影响都正向的,但其优势比有所不同,可以认为家庭收入越高的农村老年人比城镇老年人更愿意去子女家居住。旅游次数方面,当两年内旅游次数越多时,城镇老年人越倾向于独居,而在农村,旅游次数对老年人的居住意愿则没有显著影响。

社会保障特征层面。对老年人的居住意愿存在显著的城乡差异的因素是社会服务供给。在“与子女同住”和“独居”上,没有社会服务供给对农村老年人起到了正向显著作用,即没有社会服务供给的农村老年人更倾向于与子女同住,但是在城镇中,社会服务供给并不会显著影响老年人的居住意愿。在“养老机构”和“独居”上,没有社会服务供给对于农村老年人的居住意愿起到负向显著作用,即没有社会服务供给的农村老年人反而不愿意去养老机构更愿意独居,而这一控制变量对于城镇老年人的居住意愿则没有显著影响。其可能是因为,虽然农村社区缺少相应的社会服务,但是农村的养老机构所提供的养老服务水平较差,不能精准对接农村老年人居住需求,在规范化管理和人文化关怀方面有待改善,而且大多数农村老年人对于养老机构也带有刻板印象,有抵触情绪,同时他们还需支付相应的经济费用,可见养老机构所提供的服务的性价比较低,而对于农村老年人而言,根据前文分析可知,他们大多生理健康要优于城镇老年人,多数生活自理能力没有丧失,因此综合考虑性价比和自身健康因素等方面,其更不愿意选择去养老机构,反而独居或去子女家的意义更加强烈。而对于城镇老年人,其自理能力较差,更多的是需要他人照顾,维持健康状况,但是独居、与子女同住和养

老机构无论哪种都需要子女或雇佣他人提供照料服务等，并无本质上的差别，有无社会服务供给对其居住意愿没有显著差异。

综上所述，能够对我国老年人的居住意愿产生显著的城乡差异的控制变量分别有年龄、职业、婚姻状况等个体特征因素和情感支持、照料支持、经济支持、家庭收入、两年内旅游次数等家庭特征因素以及社会服务供给。

表 4.10 老年人健康状况对居住意愿的影响的城乡异质性分析

变量（参照组）	城镇老年人				农村老年人			
	模型 5 （与子女同住/独居）		模型 6 （养老机构/独居）		模型 7 （与子女同住/独居）		模型 8 （养老机构/独居）	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
虚弱指数	1.926***	6.861	2.626**	13.819	1.598***	4.944	2.799**	16.428
性别（男）	-0.156	0.856	-0.266	0.766	-0.066	0.936	0.176	1.192
年龄	0.010	1.010	-0.042**	0.959	0.014***	1.014	-0.017	0.983
职业（高级从业者）								
初级从业者	-0.027	0.973	0.089	1.093	0.458**	1.581	-0.242	0.785
中级从业者	-0.008	0.992	0.394	1.483	0.422*	1.525	0.637	1.891
受教育年限	-0.019	0.981	0.037	1.037	-0.022	0.978	-0.010	0.990
婚姻状况（有配偶）	0.136	1.146	1.183**	3.264	-0.020	0.980	0.768	2.155
情感支持								
（其他或无支持）								
配偶支持	-0.195	0.823	-0.342	0.710	-0.268*	0.765	-2.235**	0.107
子女支持	0.692***	1.998	-1.006***	0.366	0.673***	1.961	-0.785**	0.456
照料支持								
（其他或无支持）								
配偶支持	-0.500*	0.607	-3.689***	0.025	-0.748***	0.473	-3.515***	0.030
子女支持	0.430**	1.537	-1.786***	0.168	-0.297	0.743	-3.092***	0.045
经济支持	-0.007	0.993	-0.061*	0.941	0.017	1.017	0.046	1.047
家庭收入	0.156***	1.169	-0.008	0.992	0.348***	1.416	-0.073	0.929
两年内旅游次数	0.005	1.005	-0.447*	0.640	0.032	1.032	-0.071	0.931
养老保险（有）	0.241	1.273	-0.277	0.758	0.120	1.127	-0.321	0.725
医疗保险（有）	0.043	1.044	-0.366	0.694	-0.081	0.922	-0.897	0.408
社会服务供给（有）	0.157	1.170	-0.066	0.936	0.250***	1.284	-0.971**	0.379

注：a.参考类别为“独居”

b.显著性水平：*** $P < 0.01$ ，** $P < 0.05$ ，* $P < 0.1$

第5章 结论与建议

5.1 结论

第一，我国老年人的健康状况显著影响其居留意愿。本文通过研究发现，当我国老年人在面临子女家与自己家的抉择时，健康状况较差的老年人会更倾向于去子女家居住。而在面临养老机构还是独居的选择时，健康状况较差的老年人则会选择去养老机构居住。也就是说当老年人身体越虚弱时，他们更希望与子女同住或者去福利院、老年公寓等养老机构，而当他们身体比较健康时，他们会选择自己住或与配偶共同居住。科尔曼理性选择理论也进一步验证了这一结论，其理论认为个体的行为和选择都具有目的性和意图。因此，老年人会根据自身的健康状况产生不同的居留意愿，而居留意愿的结果代表着老年人的理性行为的结果。当老年人的健康状况较差时，他们自身会非常希望有亲近的人或较专业的照护人员在身边照顾他们的起居生活、注重与他们的精神交流，因此他们会更加理性地考虑何种居住方式能够满足这些需求。所以当面临独居和与子女同住的选择时，健康状况较差的老年人必然会希望能够在子女身边，与其沟通、得其照料，但在面临独居和养老机构的选择时，他们会偏向于更加专业化的养老机构，而不是独自居住在提供不了标准化、系统化、专业化的养老服务的社区内，这也从侧面反映出我国社区养老服务急需改善。但是马斯洛需求层次理论告诉我们，老年人的身体健康状况较好时，在简单的生理需求基础上，他们会产生更高层次的需求，会寻求更多的独立空间，去满足社交及自我实现等需求，因此健康的老年人更需要自由，会更希望独居。

第二，家庭支持显著影响我国老年人的居留意愿。在家庭支持中，情感支持和照料支持对居留意愿存在显著影响，但经济支持对居留意愿则没有显著影响。在情感支持方面，与其他人或无人提供情感支持的老年人相比，配偶提供情感支持的老年人更希望独居，而子女提供情感支持的老年人更希望与子女同住或独居，而不愿意去养老机构，这都符合科尔曼理性选择理论的观点，老年人会根据自身情况做出效益最大化的选择。照料支持方面，由配偶或子女提供照料支持的老年人都更希望独居。经济支持方面，经济支持不会显著影响我国老年人的居留意愿。

这可能是由于,在实际生活中,大多数老年人都非常节俭,其花费主要集中在买菜、水电等日常生活必需品上,而这些花销他们普遍都能够承担,因此子女是否提供经济支持,换句话说给老人多少钱财并不会改变老年人的生活,所以经济支持也并不会显著地影响我国老年人的居住意愿。

第三,家庭收入也是影响我国老年人居住意愿的重要因素。当家庭收入越高的时候,老年人与子女共同居住的意愿越强烈,但收入越低的老年人则更希望独居。这可能是由于全家收入高意味着子女收入高或者老年人自身有较高的社会保障,子女收入高的老年人想要获得更多的养老资源,与子女同住是他们最好的选择,这与科尔曼理性选择理论的结论基本一致。而自身有较高的社会保障金的老年人,他们的物质需求基本得到了满足,会更加追求精神生活的质量,因此与子女同住也能带给他们更多的情绪价值,享受到儿孙满堂的天伦之乐。除此之外,还有曾经的职业,年龄、受教育的程度及户口类型、婚姻状况等个体特征和养老及医疗保险、社会保障、服务供给等社会特征因素都对老年人的居住意愿有显著影响,其中高龄、初级从业者、没有养老保险、没有社会服务供给的老年人更倾向于与子女同住而不愿意独居,城镇、受教育年限较长的老年人更倾向于独居,而低龄、无配偶、有医疗保险的老年人则更希望去养老机构居住。

第四,健康状况对老年人居住意愿的影响存在显著的城乡差异。虽然无论城乡,老年人的健康状况对其居住意愿都会存在显著影响,但影响程度是有明显不同。在对“与子女同住”和“独居”的意愿选择上,当老年人健康状况越差时,城镇比农村老年人更希望与子女共同居住。在对“养老机构”与“独居”的意愿选择上,当老年人健康状况较差时,农村老年人去养老机构的欲望更加强烈。这与科尔曼理性选择理论所认为的个体会通过理性行为使自己的利益最大化相符,也就是说农村老年人会因为自己身体健康状况越差而做出有助于健康的行为,比如说想要获得更多的专业化的照护服务,而与子女同住和养老机构显然比独居所能获得的养老资源更多,总的来说城乡中身体状况差的老年人都更愿意选择与子女同住或养老机构。但从与子女同住的角度来看,与城市老年人相比,农村老年人的子女所能提供的养老资源较少且不够全面,同时农村子女多数选择进城务工,其工作地与老年人相距甚远,对于健康状况差的农村老年人来说,他们不希望长久远离长时间生活的地方而去往陌生的环境,但城镇老年人则不必如此,因此农

村老年人与子女同住的意愿要弱于城镇。而从选择养老机构的角度看,考虑到农村的社区养老服务功能普遍较城镇差,农村老年人若想得到专业的照顾与服务,必然会偏向养老机构居住,最终导致农村比城镇老年人更愿意选择养老机构。除此之外,还有年龄、曾经的职业、婚姻状况、情感支持、照料支持、经济支持、家庭收入、两年内旅游次数和社会服务供给均对老年人居住意愿的影响存在城乡差异。

5.2 建议

第一,提升社区养老服务水平,为不同健康状况的老年人提供个性化的养老服务。在我国,当老年人健康状况较差时,选择与子女同住或去养老机构居住的概率要较独居大,这一现象从侧面体现出我国社区养老服务水平较低,服务种类贫乏,不能满足独居老人需要。因此要大力加强社区养老服务建设。首先要加强养老服务人才队伍建设,建设全国共享的养老教育教学资源库,进一步加大对养老服务人员的专业化技能培训力度,建设培养一支专业化的养老服务队伍,使之成为社区及机构养老服务发展的储备力量。其次要切实提高养老服务的护理水平,根据老年人不同的健康状况为其提出有针对性的养老服务措施。政府可以为老年人制定统一的失能等级评估标准,并建立起长效护理保障机制,针对不同老年人的健康情况提供相应的健康服务并给予相应的优惠,同时对于有慢性病的老年人,政府应扩大慢性病用药报销范围,降低老年人的用药负担,也减轻子女的养老负担。再次要促进养老服务的多元化发展。社区要针对老年人自身的健康状况,提供多样化的精准养老服务。对于健康状况较好的老年人社区要重视老年人的精神需求,可以通过组建丰富的老年活动,开办老年大学等,使身体条件允许的老年人能够开发出更多新的兴趣爱好,实现晚年认同;对于健康状况较差的老年人,可以提供全日托养、日间照料、上门助浴等服务,将养老服务延伸至家里,构建“一刻钟”居家养老服务圈,使居家养老服务发挥更大的作用,进一步营造出适宜老年人生活的居住氛围和环境。

第二,关注老年人健康状况,充分发挥家庭支持在居家养老中的作用。坚持政府指导的原则,强化家庭养老的基础性作用,政府可以通过立法进一步明确子女的赡养义务,设定每周一次或多次的家庭日,强制要求每月至少有几天陪伴、

照顾老年人，设定奖励资金或评选“五好家庭”等等，这不仅促使子女能够及时知晓老年人需求变化并提供相应的服务，更有助于家庭内部和谐稳定发展。社会层面，要进一步完善社会参与机制，推崇友爱团结敬老爱老的和谐的氛围，在社区内可以通过设立“子女陪伴榜”等方式褒奖有孝心，懂陪伴的儿女。个人层面，老年人本身日常生活花销不大，多数老年人可能还有一定的积蓄，因此他们更需要的是子女常回家的陪伴，更需要与子女进行情感交流，因此更应该鼓励子女与老年人多聊天、多陪伴，了解他们的诉求，同时家庭成员也应该互帮互助，不应长时间固定一位家庭成员照顾老年人，多子女家庭实行轮换制，使子女都能了解老年人的具体情况以提供相应的支持服务，家庭支持的重点是要有效弥补其他养老模式差异化服务中体现出来的供给不足的缺陷，关注老年人健康状况的同时有针对性地提供家庭支持。

第三，完善经济扶持政策，增加老年人家庭养老的实际收益，有效激发家庭养老的内在潜力。事实表明，老年人所在家庭的经济状况几乎决定着其晚年的生活质量，更会对其养老需求产生直接的影响，因此在考虑到我国财政承受能力和经济社会发展状况下，政府应进一步完善对老年人口的经济扶持政策，加大对老年人口，尤其是居家养老的老年人口的财政倾斜，建立起不同等级老年人的补贴制度，尤其提高对独居、失能等特殊老年群体的补贴力度，同时还可以针对赡养居家养老老年人的家庭成员加以财政优惠政策，例如对于赡养60岁以上老年人的直系亲属，韩国每年都会对其进行所得税优惠；日本也同样，对需要赡养70岁及以上的低收入老年人的纳税人，其所得税减免，若纳税人与老年人共同居住，减免数额加倍。这些政策不仅有助于增加老年人的家庭养老收益，同时也能够激励家庭养老发挥更大价值。

第四，重点关注城镇老年人的生理健康和农村老年人的心理健康状况，不断缩减城乡间老年人健康服务和基础设施建设的差距，增强农村地区的养老保障力度，扩大农村养老保险覆盖面。根据本文的研究结果显示，我国城镇老年人的生理健康状况要略逊于农村老年人，而心理健康状况却优于农村老年人，这从侧面说明了我国城乡之间的健康服务和基础设施建设存在差距，为了缩减这种差距，一是政府要加大发展农村老年人心理健康服务业，在税收和财政上提供经济政策支持，同时还要加大农村的招商引资、人才引进力度，要为积极投身于农村老年

心理健康服务业的企业以及个人,提供一定的优惠和奖励。二是政府还应不断扩大基本养老保险覆盖面,使更多农村老年人生活有所保障,并且时刻关注和适度调整城乡居民基础养老金标准,促进养老资金在城乡间公平分配。三是发挥农村志愿服务组织的优势作用,合力组建多元化的养老服务队伍,通过邻里互助、志愿服务等方式根据城乡老年人的健康情况提供保障,通过持续努力,使老年人居住意愿的实现尽可能地不再受到客观因素的限制。最后城镇也要多加开展老年人健康展演活动,开发适宜城市老年人的体育运动项目,公园、体育场馆等优先对老年人开放,通过持续努力,进一步提高城镇老年人的生理健康水平,将城镇、农村老年健康服务之间的差距尽量缩小。

参考文献

- [1] Arnold B. Mitnitski,Alexander J. Mogilner,Kenneth Rockwood. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging[J]. The Scientific World Journal,2001,1.
- [2] Law Iain,Widdows Heather. Conceptualising health: insights from the capability approach.[J]. Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy,2008,16(4).
- [3] Woo J,Goggins W,Sham A,Ho S C. Public health significance of the frailty index.[J]. Disability and rehabilitation,2006,28(8).
- [4] Gu D,Dupre ME,Sautter J,et al.Frailty and Mortality Among Chinese at Advanced Ages[J].The Journals of Gerontology Series B:Psychological Sciences and Social Sciences,2009,64B(2):279-289.
- [5] Olaf von dem Knesebeck,Günther Lüschen,William C Cockerham,Johannes Siegrist. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study[J]. Social Science & Medicine,2003,57(9).
- [6] Melanie Sereny. Living Arrangements of Older Adults in China: The Interplay Among Preferences,Realities, and Health[J]. Research on Aging,2011,33(2).
- [7] Gilbert Dooghe. Informal Caregivers of elderly people: an european review[J]. Ageing and Society,1992,12(3).
- [8] Kathryn M. Yount,Zeinab Khadr. Gender, Social Change, and Living Arrangements Among Older Egyptians During the 1990s[J]. Population Research and Policy Review,2008,27(2).
- [9] Dijuan Meng,Guihua Xu,Ling He,Min Zhang,Dan Lin. What determines the preference for future living arrangements of middle-aged and older people in urban China?[J]. PLoS ONE,2017,12(7).
- [10] Bongaarts John,Zimmer Zachary. Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of demographic and health survey household surveys.[J]. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and

- social sciences,2002,57(3).
- [11] Lam T P,Chi I,Piterman L,Lam C,Lauder I. Community attitudes toward living arrangements between the elderly and their adult children in Hong Kong.[J]. Journal of cross-cultural gerontology,1998,13(3).
- [12] Treas J,Chen J. Living Arrangements, Income Pooling, and the Life Course in Urban Chinese Families[J]. Research on Aging, 2000,22(3): 238-261.
- [13] Jang Y, Kim G, Chiriboga D A, et al. Willingness to Use a Nursing Home: A Study of Korean American Elders[J]. Journal of Applied Gerontology, 2008,27(1):110-117.
- [14] Barrera M, Ainlay S L. The structure of social support: a conceptual and empirical analysis.[J]. Journal of community psychology,1983,11(2).
- [15] Catherine Hoskyns. Citizenship and the European Community[J]. Journal of Social Policy,1994,23(2).
- [16] 复寿劳.浦东老年人的养老意愿[J].社会,1997(11):34-35.
- [17] 陆杰华,白铭文,柳玉芝.城市老年人居住方式意愿研究——以北京、天津、上海、重庆为例[J].人口学刊,2008(01):35-41.
- [18] 张丽萍.老年人口居住安排与居住意愿研究[J].人口学刊,2012(06):25-33.
- [19] 曲嘉瑶,孙陆军.中国老年人的居住安排与变化:2000~2006[J].人口学刊,2011(02):40-45.
- [20] 左冬梅,李树茁,宋璐.中国农村老年人养老院居住意愿的影响因素研究[J].人口学刊,2011(01):24-31.
- [21] 靳永爱,周峰,翟振武.居住方式对老年人心理健康的影响——社区环境的调节作用[J].人口学刊,2017,39(03):66-77.
- [22] 陈英姿,孙伟.老年人与子女同住对老年健康的影响分析[J].人口学刊,2020,42(01):85-98.
- [23] 陶涛,刘雯莉.独生子女与非独生子女家庭老年人养老意愿及其影响因素研究[J].人口学刊,2019,41(04):72-83.
- [24] 尹德挺.国内外老年人日常生活自理能力研究进展[J].中国老年学杂志,2008(10):1032-1035.

- [25] 曾宪新.老年健康综合指标——虚弱指数研究进展[J].中国老年学杂志,2010,30(21):3220-3223.
- [26] 赵青.老年失能、社会支持与养老居住意愿——基于中国老年健康影响因素跟踪调查数据的分析[J].人口与发展,2021,27(06):140-150.
- [27] 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,2009,33(02):48-57.
- [28] 程令国,张晔,沈可.教育如何影响了人们的健康?——来自中国老年人的证据[J].经济学(季刊),2015,14(01):305-330.
- [29] 吴振云.老年心理健康的内涵、评估和研究概况[J].中国老年学杂志,2003(12):799-801.
- [30] 顾大男,曾毅,柳玉芝,曾宪新.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(05):35-41.
- [31] 孙雨蕾.系统嵌入视角下我国老年人居住意愿影响因素探究[D].兰州大学,2019.
- [32] 张梦洁.居住方式对老年人健康的影响研究[D].华中科技大学,2019.
- [33] 陈璐.婚姻状况对老年人健康的影响研究[D].浙江大学,2016.
- [34] 张永生,魏立,吕全江,王敬军,宫婷,王昕,史建俊,田宝纬,刘长仁,林桂花,郭庆焕,冯媛媛.老年衰弱模型的初步应用[J].西南国防医药,2011,21(02):232-233.
- [35] 杜鹏.中国老年人口健康状况分析[J].人口与经济,2013(06):3-9.
- [36] 汤哲,项曼君.北京市老年人生活自理能力评价与相关因素分析[J].中国人口科学,2001(S1):94-98.
- [37] 王德文,叶文振,朱建平,王建红,林和森.高龄老人日常生活自理能力及其影响因素[J].中国人口科学,2004(S1):93-97+177.
- [38] 宋新明,陈功.高龄老人慢性躯体疾病和认知能力对日常生活自理能力的影响[J].中国人口科学,2001(S1):44-49.
- [39] 张秋霞.高龄老人心理状况与健康长寿关系研究[J].中国人口科学,2004(S1):8-92+177.
- [40] 李德明,陈天勇,李贵芸.空巢老人心理健康状况研究[J].中国老年学杂志,2003(07):405-407.

- [41] 薛新东,葛凯啸.社会经济地位对我国老年人健康状况的影响——基于中国老年健康影响因素调查的实证分析[J].人口与发展,2017,23(02):61-69.
- [42] 曾伟.居与愿违:我国养老居住意愿与现状的比较研究[D].南京大学,2017.
- [43] 高敏,李延宇.理想与现实:农村老年人居住意愿与现实选择差异[J].人口与社会,2016,32(01):61-71.
- [44] 陈友华,庞飞,曾伟.老年人居住意愿满足问题与社会工作介入策略[J].社会发展研究,2018,5(04):27-45+242-243.
- [45] 孙鹃娟,沈定.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[J].人口与经济,2017(02):11-20.
- [46] 陈建兰.空巢老人的养老意愿及其影响因素——基于苏州的实证研究[J].人口与发展,2010,16(02):67-75.
- [47] 郭志刚.中国高龄老人的居住方式及其影响因素[J].人口研究,2002(01):37-42.
- [48] 江克忠,裴育,邓继光,许艳红.亲子共同居住可以改善老年家庭的福利水平吗?——基于 CHARLS 数据的证据[J].劳动经济研究,2014,2(02):134-152.
- [49] 苏静静,张大庆.世界卫生组织健康定义的历史源流探究[J].中国科技史杂志,2016,37(04):485-496.
- [50] 梁荫基.虚弱指数在老年人健康评估中的应用及研究进展[J].中华护理杂志,2010,45(12):1144-1146.
- [51] 巫锡炜,刘慧.中国老年人虚弱变化轨迹及其分化:基于虚弱指数的考察[J].人口研究,2019,43(04):70-84.
- [52] 郭继.农村发达地区中青年女性的养老意愿与养老方式——以浙江省为例[J].人口与经济,2002(06):32-37.
- [53] 丁华.老年人社会支持网络——基于 2010 年“中国家庭追踪调查”数据[J].中国老年学杂志,2015,35(02):545-547.
- [54] 丁波,王蓉.新型城镇化背景下农民工定居地选择意愿的研究——基于科尔曼理性选择理论视角[J].西北人口,2015,36(04):118-122.
- [55] 肖云,随淑敏.我国失能老人机构养老意愿分析——基于新福利经济学视角[J].人口与发展,2017,23(02):92-99+91.
- [56] 吴默然.新旧福利经济学对我国目前的启示[J].生产力研究,2009(06):119-120.

- [57] 卢杉,汪丽君.城乡社区环境对老年人心理健康的影响研究[J].人口与发展,2021,27(05):36-45.
- [58] 刘一伟.居住方式影响了老年人的健康吗?——来自中国老年人的证据[J].人口与发展,2018,24(04):77-86+96.
- [59] 周晓蒙,刘琦.失能老年人的居住意愿及其影响因素分析[J].人口与发展,2018,24(02):120-127+119.
- [60] 苏静静,张大庆.世界卫生组织健康定义的历史源流探究[J].中国科技史杂志,2016,37(04):485-496.
- [61] 施巍巍,罗新录,唐德龙.福利经济学视角下老年人养老方式的选择决策及影响因素分析——以齐齐哈尔市的三个区为例[J].学习与探索,2015(02):40-46.
- [62] 李翔,赵昕东.教育如何影响我国老年人健康水平? [J].财经研究,2020,46(03):139-153.
- [63] 伍海霞,吴帆.中国独生子女与多子女老年人养老意愿的比较分析[J].人口学刊,2022,44(02):85-98.
- [64] 刘二鹏,张奇林.代际关系、社会经济地位与老年人机构养老意愿——基于中国老年社会追踪调查(2012)的实证分析[J].人口与发展,2018,24(03):55-64.
- [65] 阎志强.城市老年人的机构养老意愿及其影响因素——基于2017年广州老年人调查数据的分析[J].南方人口,2018,33(06):58-65+57.