

分类号： 0913  
密 级： 公开

学校代码： 10697  
学 号： 201720049



# 硕士 学位 论文

MASTER' S DISSERTATION

## 中国独居老人精神健康影响因素的分析 ——基于 CHARLS 数据的实证研究

学科名称：社会保障  
作 者：李佳 指导老师：朱楠 教授

西北大学学位评定委员会  
二〇二〇年六月

分类号： C913  
密 级： 公开

学校代码： 10697  
学 号： 201720049

**中国独居老人精神健康影响因素的分析**  
**——基于 CHARLS 数据的实证研究**

**学科名称：社会保障**  
**作 者：李佳**      **指导老师：朱楠 教授**

**西北大学学位评定委员会**  
**二〇二〇年六月**

**An analysis of the factors affecting mental health of elderly  
people living alone in China  
- Empirical research based on CHARLS data**

A thesis submitted to  
Northwest University  
in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of Master  
in Social Security

By  
Li Jia  
Supervisor: Zhu Nan Professor  
June 2020



## 摘要

早期的计划生育政策、人口结构和疾病谱的改变，城市化、家庭规模等方面的重大变革，诸多因素的合力下，形成了一个庞大的新群体——独居老人。改革开放的深入推進和小康社会的全面建设，使得居民实现增收，覆盖城乡居民的多层次社会保障体系也已基本建立，独居老人的生活已能够得到基本的物质保障。但是，由于系列因素影响，独居老人的精神需求难以得到满足，精神养老问题日益突出。

本文在对国内外文献进行研究、对相关概念进行探讨的基础上，以社会支持理论、优势视角理论和 Grossman 健康需求理论作为全文支撑，分析独居老人精神健康存在的问题；利用 2015 年 CHARLS 数据构建 logit 模型和 probit 模型，对影响我国独居老人精神健康的因素进行了实证研究，最后结合发现的问题和研究结论，提出有效性政策建议。在实证研究中，本文选取性别、户口类型、健康状况、学历水平、婚姻状况、睡眠时长、与子女关系满意程度、是否参加社交活动、是否参加养老保险、是否参加医疗保险等指标变量，按照各指标变量特征，分别将上述变量归类为个体层面因素、家庭层面因素和社会层面因素。在此基础上，以上述指标为自变量，运用模型进行实证分析。

研究结果表明，个体因素中性别、户口类型、受教育程度、健康状况对独居老人是否抑郁均有显著影响；家庭因素中睡眠时长、与子女关系满意程度对精神健康问题有显著影响；社会因素中是否有补助、是否有最低生活保障、是否参加医疗保险对老人抑郁与否有显著作用。由此本文得出如下结论：我国独居老人存在较为严重的精神健康问题，情绪抑郁较为普遍。个人、家庭、社会因素是影响其精神健康的核心因素。基于此，提出如下对策建议：一是宣传全民健身运动及文化娱乐活动，推动老年人参与社会活动，培育独居老人精神自养意识；二通过立法完善子女赡养老人的标准，弘扬我国优秀的孝文化和好家风；三健全社区养老服务体系，与此同时，政府应继续深入覆盖老龄群体的生活保障政策等，逐步培育社会组织和志愿者等力量，建立科学的人才培养机制。

**关键词：**独居老人，精神健康，社会支持，影响因素

## ABSTRACT

Early family planning policies, changes in population structure and disease spectrum, major changes in urbanization, family structure, etc., combined with many factors, formed a huge new group—the elderly living alone. The in-depth advancement of reform and opening up has enabled residents to increase their income. A multi-level social security system covering urban and rural residents has also been basically established, and the lives of elderly people living alone have been able to receive basic material security. However, due to the influence of a series of factors, the spiritual needs of elderly people living alone are difficult to meet, and the problem of mental pension is becoming increasingly prominent.

Based on the research of domestic and foreign literature and the discussion of related concepts, this article analyzes the problems of mental health of elderly people living alone by using social support theory, advantage perspective theory and Grossman health needs theory as the full text support; The logit model and the probit model conduct empirical research on the factors that affect the mental health of elderly people living alone in China, and finally put forward effective policy recommendations based on the problems and research conclusions found. In the empirical research, this paper selects index variables such as gender, household registration type, health status, education level, marital status, sleep duration, relationship satisfaction with children, whether to participate in social activities, whether to participate in pension insurance, whether to participate in medical insurance, etc. The characteristics of each index variable classify the above variables into individual-level factors, family-level factors and social-level factors. On this basis, with the above indicators as independent variables, the model is used for empirical research.

The results showed that gender, household registration type, education level and health status had significant effects on depression of elderly people living alone. Family factors such as sleep duration and relationship satisfaction had significant effects on mental health problems. Social factors whether there is a subsidy, whether there is a minimum living security on the elderly depression has a significant effect. Therefore, this paper draws the following conclusion: there are serious mental health problems among elderly people living alone in China, and emotional depression is common. Individual, family and social factors are the core factors affecting their mental health. Based on this, the following countermeasures and

Suggestions are put forward: first, publicize the national fitness campaign and cultural and recreational activities, promote the elderly to participate in social activities, and cultivate the spiritual self-cultivation consciousness of the elderly living alone; Second, through legislation to improve the standards for children to support the elderly, carry forward China's excellent filial culture and good family style; 3.Improve the community old-age service system. At the same time, the government should continue to cover the living security policies of the elderly, gradually cultivate social organizations and volunteers, and establish a scientific talent training mechanism.

**Keywords:** Old solitary people, Mental health, Social support, Influencing factors

## 目录

摘 要 .....	I
ABSTRACT .....	II
第一章 绪论 .....	1
1.1 选题背景及意义 .....	1
1.1.1 选题背景 .....	1
1.1.2 研究意义 .....	1
1.2 国内外研究现状 .....	2
1.2.1 国外研究现状 .....	2
1.2.2 国内研究现状 .....	4
1.3 研究思路 .....	7
1.4 研究内容 .....	9
1.5 研究方法 .....	9
1.6 创新之处 .....	10
第二章 相关概念界定与理论基础 .....	11
2.1 概念界定 .....	11
2.1.1 独居老人 .....	11
2.1.2 精神健康 .....	12
2.1.3 精神养老 .....	12
2.1.4 社会支持体系 .....	13
2.2 理论阐释 .....	13
2.2.1 社会支持理论 .....	13
2.2.2 优势视角理论 .....	14
2.2.3 Grossman 健康需求理论 .....	14
第三章 我国独居老人的健康状况及特点 .....	16
3.1 我国独居老人的健康状况 .....	16
3.2 我国独居老人的特点 .....	17
第四章 我国独居老人精神健康影响因素的实证分析 .....	23

---

4.1CHARLS 数据介绍与处理 .....	23
4.1.1 数据来源 .....	23
4.1.2 抽样调查数据 .....	23
4.1.3 数据处理 .....	24
4.2 研究假设 .....	25
4.3 变量选择 .....	26
4.3.1 因变量选择 .....	26
4.3.2 自变量设置 .....	27
4.4 模型设定 .....	28
4.4.1Logistic 模型设计 .....	28
4.4.2Probit 模型设计 .....	29
4.5 回归分析 .....	29
4.5.1 个人层面 .....	31
4.5.2 家庭层面 .....	32
4.5.3 社会层面 .....	33
<b>第五章 完善独居老人精神养老体系的政策建议 .....</b>	<b>35</b>
5.1 以个体需求为核心，提升独居老人精神养老能动性 .....	35
5.1.1 推广全民健身运动，倡导健康老龄化 .....	35
5.1.2 提高老人社交能力，助老人增权赋能 .....	36
5.2 以家庭为纽带，夯实独居老人精神养老模式的基础 .....	37
5.2.1 立法完善赡养标准，健全养老政策法规 .....	37
5.2.2 弘扬尊老爱老文化，强化家庭养老功能 .....	37
5.3 以社区为辅助，实现独居老人精神养老服务体系建设 .....	38
5.3.1 完善社区设施建设，丰富文化娱乐活动 .....	38
5.3.2 开办养老服务机构、引进专业人才队伍 .....	39
5.3.3 建立独居老人档案，定期组织慰问探望 .....	40
5.4 以社会组织为补充，增强独居老人精神养老模式的活力 .....	41
5.4.1 整合社会参与力量，发挥社会组织优势 .....	41
5.4.2 推动人才队伍建设，培养专业技能人才 .....	41
5.5 以政府为主导，推动独居老人精神养老模式的制度化 .....	42

5.5.1 奠定农村经济基础，提高老人福利标准 .....	42
5.5.2 正确定位政府职责，整体设计养老体系 .....	42
结论及进一步研究方向 .....	44
参考文献 .....	45
附录 .....	50
攻读硕士学位期间取得的科研成果 .....	51
致 谢 .....	52

# 第一章 绪论

## 1.1 选题背景及意义

### 1.1.1 选题背景

2016 年中国独居老人数量为 0.2 亿，预计 2020 年将增至 0.3 亿。2020 年我国 60 岁及以上老年人口数量将达到 2.55 亿，这就意味着，中国独居老人已成为无法忽视的社会群体之一。独居化将对社会的可持续发展产生巨大的影响。<sup>[1]</sup>居住安排的改变将直接影响老年人对日常照护和经济保障的获取，甚至影响其精神卫生状况和生活质量。

近年来，随着改革开放的深入发展，国民收入显著提高，养老保险、医疗保险以及养老金的上调，使得独居老人的生活能够得到基本的物质保障。但是，由于精神自养意识淡薄、子女赡养不到位、社会精神服务匮乏等系列因素影响，独居老人的精神需求难以得到满足，精神健康问题日益突出，甚至农村独居老人自杀事件频繁发生。为应对人口老龄化危机和实施健康中国战略，我国政府积极建设医疗卫生体系，推进医养结合，以加快发展老龄事业和产业。与此同时，十九大报告也明确提出要建构养老、孝老、亲老、敬老的人文环境和政策法规体系。由此可见，养老已不再是单纯的物质支持，而是一种基于情感联络和心理支持的精神赡养，精神慰藉与物质保障协调发展的保障体系是完整健全的养老保障体系。因此，现阶段在充分满足我国养老体系的物质保障的同时，也必须重视独居老人这一群体的精神赡养问题。这是物质养老发展到一定程度的必然阶段，也是社会进步和人类文明的集中体现。

### 1.1.2 研究意义

**理论意义：**有利于我国独居老人精神支持的相关理论更加丰富和完善。本文通过对独居老人精神健康问题的研究，总结出较为完善的养老理论体系。在已有理论的基础上，借鉴相关文献的研究成果，并结合我国独居老人的实际生活情况，对其如何健康养老进行进一步探索，探索出既符合我国国情又有一定实际效用的措施。本次研究建立在众多学者专家已做出的研究成果上，又兼顾新时代背景下我国独居老人的生活现状，运用所学方法对此问题进行探究，因此，此次研究具备重要的理论意义。

**现实意义：**从我国独居老人的精神生活出发。首先，精神自养能够帮助老年人客观认识现阶段自己所处的状态，接受身体机能的退化和社会功能的转变，正视这一事

[1] 数据来源于中国国家统计局官网：<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>

实是平衡心态以及寻求他人精神慰藉的首要前提；其次，精神赡养也要求老年人积极挖掘自身的养老资源。在物质需求获得满足后，老年人可以充分挖掘人生历程中的血缘、亲缘、地缘和业缘关系，利用原有的社会关系扩展自己的老年活动网络；再次，随着人类人均寿命的延长，精神健康也是衡量老龄群体身体状况和生活质量的关键指标之一。生活安宁、儿孙孝顺以及邻里和睦是老年人高质量精神生活的重要决定因素。现如今，我国独居老人因孤独抑郁频频自杀的案例已经引起了政府官员和专家学者的高度重视，从侧面反映了精神健康的重要程度。最后，中华民族自古以来崇尚孝悌之义，优秀的传统文化在社会保障方面发挥着重大作用，可以通过现代化组织来发挥传统文化的作用，使得尊老爱老的文化得以沿袭并发扬。精神生活作为老年生活的重要组成之一，如得不到关注与调整，随着养老需求的日益扩大，未来在精神养老服务方面可能陷入被动局面。

## 1.2 国内外研究现状

### 1.2.1 国外研究现状

在西方发达国家，老年人独居现象出现较早，独居过程中存在诸多问题。因此，西方国家对独居老人的研究较早。

#### （1）精神健康问题研究现状

精神慰藉的需求是指人们对精神生活和精神产品的需求。国外对此的研究较早，成果主要集中在欧美发达国家。如 Maslow (1943) 的需要层次理论、 Alderfer (1969) 的 ERG 理论等。此外，还有专门针对老龄群体生活需求的 3M 理论：经济需求、医疗保障需求和精神慰藉需求。Homan kiyak 于 1992 年分析了老年人的心理特征，为老年人精神需求的研究提供了基础。此后，学者 Joseph Schneider (2000) 认为老年人的精神需要和物质需要应置于同等重要的地位。Nancy Kidal (2010) 在《北欧福利模式与普世主义》中探讨了欧洲国家的社会福利政策和社会保障模式，强调了政府应当重视对老年人精神需求和物质需求的双重保障。

世界卫生组织提出，健康不仅指躯体健康，还包括精神卫生。随着我国经济的快速发展和社会的变革，居民的心理精神疾病患病率逐年攀升。精神健康已成为突出的公共卫生问题和重要的社会问题。Phillips et al (2009) 指出，在 2001-2005 期间，中国人群中精神疾病的患病率高达 17.5%。Kraemer et al (2014) 强调，作为精神疾病的主要类型之一，抑郁症在中国已位居疾病负担的前三位。通过 2012 年 CFPS 数据，Qin et

al (2016) 发现中国成年人患抑郁症状的比例高达 37.9%。而 Phillips et al (2009) 发现, 公众对精神卫生的认知仍然较差, 只有 8% 的精神疾病患者寻求专业的帮助, 5% 的患者接受专业心理治疗。Zhang et al (2010) 指出, 中国人群的精神疾病是自杀的重要危险因素, 中国近一半的自杀人群存在精神卫生问题。

精神卫生对老年人群的危害越来越严重。Goode (1970) 认为, 伴随社会和经济的现代化进程, 核心家庭呈现出一种泛化的趋势, 家庭结构和规模的变化导致了独居现象的增加。此外, 老年人在社会和家庭中的作用越来越小, 导致失去发言权和控制资源的权利, 自我价值感和社会地位也随之降低, 导致老年人心理失衡。我国 65 岁及以上老人老年痴呆症患病率为 5.14%, 农村发病率为 6.05%, 城市为 4.4%, Jia et al (2014) 通过 2008-2009 年数据发现农村老年痴呆发病率高于城市, 对我国城乡居民的身心健康造成了极大的危害。并且 Chan et al (2013) 指出, 就总量而言, 1990 年中国的老年痴呆患者人数达到 360 万以上, 而 2010 年, 这一数字锐增到至 919 万。同时, Currie (2009) 的研究发现, 个人的健康状况在社会经济地位上呈现梯度分布, 即社会经济地位更高的人往往具有较好的健康状况。对于城市和农村的老人而言, 精神安慰显得尤为重要, 尤其是对低收入群体。

## (2) 独居老人健康状况研究

通过查阅大量文献发现, 独居老人群体中女性较多, 但是女性和男性的健康水平普遍较低。除了一般老年人所患的其他疾病外, 该群体更易患有心理健康疾病, 孤独感较高。学者们普遍认为, 高孤独感的原因主要有两个方面: 一是年龄的增长; 二是身体功能和社会功能的下降。

Yuan (1987) 在研究中指出, 青壮年劳动力大量流出是社会经济发展的必然结果, 而由此造成的负面影响是增加了老年人的家庭赡养成本, 核心家庭和空巢独居家庭已逐渐成为社会主要的家庭结构, 独居老人数量显著增加。社会支持的普遍缺乏给老年人晚年生活带来了一系列负面影响, 如老年人个人护理供需长期存在的差距、老年社区发展乏力等, 这些负面影响在很大程度上助长了老年人的精神卫生问题。

Checkovich (2002) 在长期调查中发现, 人的平均寿命越长, 年龄越大, 受到的精神和身体创伤就越大。新加坡学者 LenaL.Lim 和 Tze Pin Ng (2009) 认为孤独是导致独居老人产生心理问题的中介变量, 独居导致老年人群体的孤独感, 孤独感进一步引发独居老年人的精神卫生问题。此外, 日本学者 Ryuta Fukunaga (2012) 在研究了日本 1552 名 65 岁以上农村独居老人后发现, 独居与老年人抑郁密切相关, 独居老人容易食

欲不振，产生自杀的想法，在遇到问题时很容易产生抑郁心理。而且，高水平的社会支持和接受社会支持的意愿都能有效降低独居老人抑郁的概率。然而，在 Zebhauser (2015) 在对德国 1079 名 65 岁以上老年人的研究中发现，32% 的人单独居住，但其中 70% 的人并不感到孤独。值得注意的是，尽管居住模式是老年人产生孤独感的重要因素之一，但是 Jenny (2012) 在研究中发现，老年人与配偶共同生活的孤独感明显低于与孩子共同居住。年龄、受教育程度和收入与独居老人的孤独感没有显著相关，而摆脱抑郁和良好的社交网络可以有效缓解他们的孤独感。

在情感支持方面，Hugo (2002) 指出，子女搬迁减少了老年人的经济支持和生活照顾，降低了家庭支持的质量，因此，独居老人的生活状况更为窘迫。学者 Estina 和 Neal (1988) 研究了居住环境对独居老人生活状况的影响，发现居住环境差的老人生活水平和心理支持期望较低。此外，许多学者认为子女支持是满足老人需求的重要途径，能够显著提高老年人的生活质量。例如，Hogan, Eggebeen (1990) 的一项研究发现，老年人的经济支持来源是他们的子女。Zuniga (1994) 对墨西哥农村独居老人的经济支持进行了系统研究，并认为外出的子女对提高独居老人的经济支持有非常重要的影响，独居老人消费能力增加的主要来源是子女的经济支持。Knodel (2007) 在一项针对泰国老年人的研究中也发现了这一点，大多数老年人的需求是在他们的孩子外出就业后得到满足的。

### 1.2.2 国内研究现状

#### (1) 独居老人群体形成原因

独居老人群体的出现，不仅是由一个原因造成的，而是在多种因素的共同作用下形成的。王跃生 (2018) 通过对城市老年人晚年生活安排的研究发现，我国老年人晚年生活方式与西方相似，并趋向于“空巢”、“独居”和“解体”。与子女同住的照料减少，独居已成为中国城市老年人的主要生活方式之一。而在农村地区，李月英 (2017) 以山东省农村女性独居老人为研究对象，并发现农村家庭财富支出的失衡、重男轻女和丧偶观念的影响，是农村女性老人独居的重要原因。陈习琼 (2015) 进一步探究了老年人独居的三个原因：个人原因、家庭原因和社会原因。其中，个人原因包括未婚独居、与伴侣离婚或配偶去世、无子女、不愿与子女同住；家庭原因主要包括生活方式差异、价值观不同、住房条件受限。穆光宗 (2012) 在研究中将独居老人的形成原因按宏观、微观、中观标准分为三个方面，突出社会的作用，指出独居老人群体的出现是社会发展的必然现象。

多数学者认为独居老人是随着社会的发展而被动生成的群体，有学者对此持积极态度。陈思（2014）将独居老人分为被动陷入型和主动选择型两类。被动陷入型是指由于代际冲突或子女住房条件的限制而不得不独居的老年人，而主动选择型是指在经济条件允许的前提下，为了减轻孩子的负担，追求独立的空间，积极选择独居。

## （2）独居老人的精神健康问题

学术界对独居老人的各个方面进行了探讨，包括经济支持和精神安慰。同时积极探讨了影响独居老人精神赡养的因素。

探索独居老人的整体精神生活。侯蔺（2017）认为独居不利于老年人的身体和精神卫生。如果长期处于这种情况，老年人容易产生悲观情绪和抑郁焦虑等负面情绪。曹丽（2017）认为影响农村独居老人生活水平和养老水平的主要因素为个体特征，如性别、年龄、与子女的关系、自身健康状况和婚姻情况。高婷婷（2017）认为疾病、心理承受能力和生活条件等方面主导着独居老人的满意度和幸福感。李甲森、马文军（2016）指出，随着年龄的增长，人的生理功能会下降，老年人是老年痴呆、精神抑郁和其他疾病的高危人群。周湘莲（2014）认为，目前独居老人在精神支持方面极度缺乏强有力的支持主体，更容易引发各种精神疾病甚至躯体疾病。吴敏（2011）采用评估量表对济南市独居老人进行了调查研究，结果表明独居老人的精神健康状况得分显著低于非独居老人，农村独居老人得分更显著低于城市老人。她认为，经济水平过低、社会交往匮乏、缺乏体育健身等都是独居老人产生精神健康问题的重要原因。这一问题引起了学者们的高度重视，如何改善独居老人的精神赡养问题成为了学界的热门话题。因此，学者秦俭（2013）强调，无论从社会交往、生理、还是心理状况来看，独居老人都是一个特殊的弱势群体，亟需社会救助和帮扶。

现有文献证明，与老年人精神卫生相关的因素很多，包括受教育年限、收入水平、慢性疾病、行为特征、户口类型、地区差异等。下面列举相关代表性的研究成果，并在一定程度上参考这些研究结果来选择本文的控制变量。张立龙（2015）研究了居住模式对老年人心理状态的影响，发现不同居住安排对老年人的孤独感有显著影响。其中，独居老人的孤独感最强，与配偶和他人共同生活的老人的孤独感最弱。陈妍霖（2014）研究了养老方式对我国老年人健康状况和主观幸福感的影响，并实证分析了不同养老方式对我国老年人身体精神健康的影响，探讨是否存在性别、城乡、年龄差异等。研究结果表明：目前我国老年人养老模式主要受居住安排和经济来源的影响，其中，经济独立对老年人的身体和精神卫生有积极影响，而与家人同住也会提高

老年人的生理健康和心理满意度；此外，这些影响确实存在性别、年龄、城乡差异，男性更倾向于和配偶住在一起，然而，女性对独居更满意；与城市老年人群相比，农村老年人群更容易受到居住安排和经济来源的影响；老年人也更容易受到影响。

人口老龄化的一个直接后果是医疗卫生系统负担的加重，因此对老年人健康问题的研究将越来越重要。学界普遍关注的是以自理能力为代表的我国老年人身体健康问题，但现有文献对老年人的精神卫生问题关注较少。基于宏观数据，在自杀率不断上升、老龄化更为严重的现实背景下，实证考察我国独居老人的精神健康状况具有重要意义。

### （3）独居老人精神赡养问题

在政府对老年人的精神赡养问题上，我国学者对独居老人的养老困难有不同的看法，这主要体现在以养老金为核心的养老保险问题上。冷熙媛（2018）认为，高水平的养老保险制度在一定程度上缓解了老年人的经济压力，但同时也减少了农村老人与子女共同居住的可能性，极大的冲击了传统居住模式，老人生活更为窘迫。新农保等政策是导致独居老人形成的重要原因之一。尽管新农保、新农合等保障措施能够明显改善当前独居老人的生活条件，但是杨海晖（2017）仍认为存在不足之处，强调需要从三个方面着手：强化政府主导职能，加强基层社会治理，完善社会保障体系，实现供养主体和扶持方式的多元化。随着社会福利体系的不断完善、社会保障理论的深入研究，越来越多的学者开始反思，经济能力的提高是否进一步导致独居空巢现象的加剧。基于不同观点，沈可（2010）通过讨价还价模型进行了定量分析，最终得出结论，领取养老金会促进老年人与子女分开生活。

关于家庭对老年人的赡养问题，穆光宗（2004）、邵楠（2006）等界定了精神需求后，阐述了家庭和社会各自对老年人应承担的责任，认为满足老年人精神慰藉需求的责任主体在于其子女。吴润芳（2017）认为，如果缺乏精神支撑这一重要环节，养老保障体系将存在严重漏洞，无法达到最优的养老标准和保障目的。顾婷（2017）强调，国家的社会保障政策只能为独居老人提供物质和经济上的基本生活保障，但他们的精神需求仍得不到有效满足。张丹（2014）研究了家庭养老模式下老年人的生活满意度。作者分别研究了老年人生活满意度与家庭经济支持、日常照顾和沟通的关系。研究结果表明，老年人的生活满意度与上述三个因变量显著相关，其中接受家庭经济支持的老年人的生活满意度相对较高，缺乏家庭日常照顾的老年人的生活满意度低于得到家庭更多照顾的老年人，而与家人有密切沟通的老人对自己的生活更满意。

综上所述，国外研究已开始对独居老人精神健康的研究。既有对精神需求的研究，也有对影响因素、对策和建议的探讨，研究比较全面，但也存在一些疏漏。例如，现有研究缺乏对独居老人群体内部心理状态的探析，未能注意到不同群体独居老人的异质性。同时，国内很少有学者从整体上研究中国独居老人，多是研究发达地区和城市独居老人。但我国城乡社会经济存在较大差异。与城市相比，农村老年人缺乏健全的社会保障、医疗保障和精神卫生服务。因此，有必要更系统地加强对这一群体的研究和关注。其次，经济支持和日常照护能够涵盖普通老人大部分的生活需求。而对于独居老人来说，他们的精神需求在很大程度上影响着他们的生活状态，孤独感对他们的养老质量的影响更为严重。针对上述局限性，本研究将主要针对独居老人这一特殊群体，以 2015 年中国健康与养老跟踪调查数据为基础，分析其精神健康状况和社会支持现状，为改善我国独居老人的精神生活和完善养老保障制度提出更有针对性的建议。

### 1.3 研究思路

本文研究思路具体如下：首先，通过对国内外文献的梳理和评述，厘清独居老人和精神健康等基本概念以及社会支持等相关理论，使文章的基本支撑点能够支持整体研究；其次，在查阅文献的基础上，结合 2015 年中国健康与养老跟踪调查（CHARLS）数据，运用 EXCEL 和 SPSS26.0 进行量化分析，对全国独居老人的精神健康状况做整体了解，构建出关于独居老人精神健康影响因素的 logistic 和 probit 回归模型，根据回归结果探寻独居老人养老过程中存在的问题；再次，依据养老模式现存问题，为我国独居老人的精神赡养提出可供利用的方法；最后，归纳总结此次的研究结果，从社会支持的角度提出完善独居老人精神赡养的政策建议。

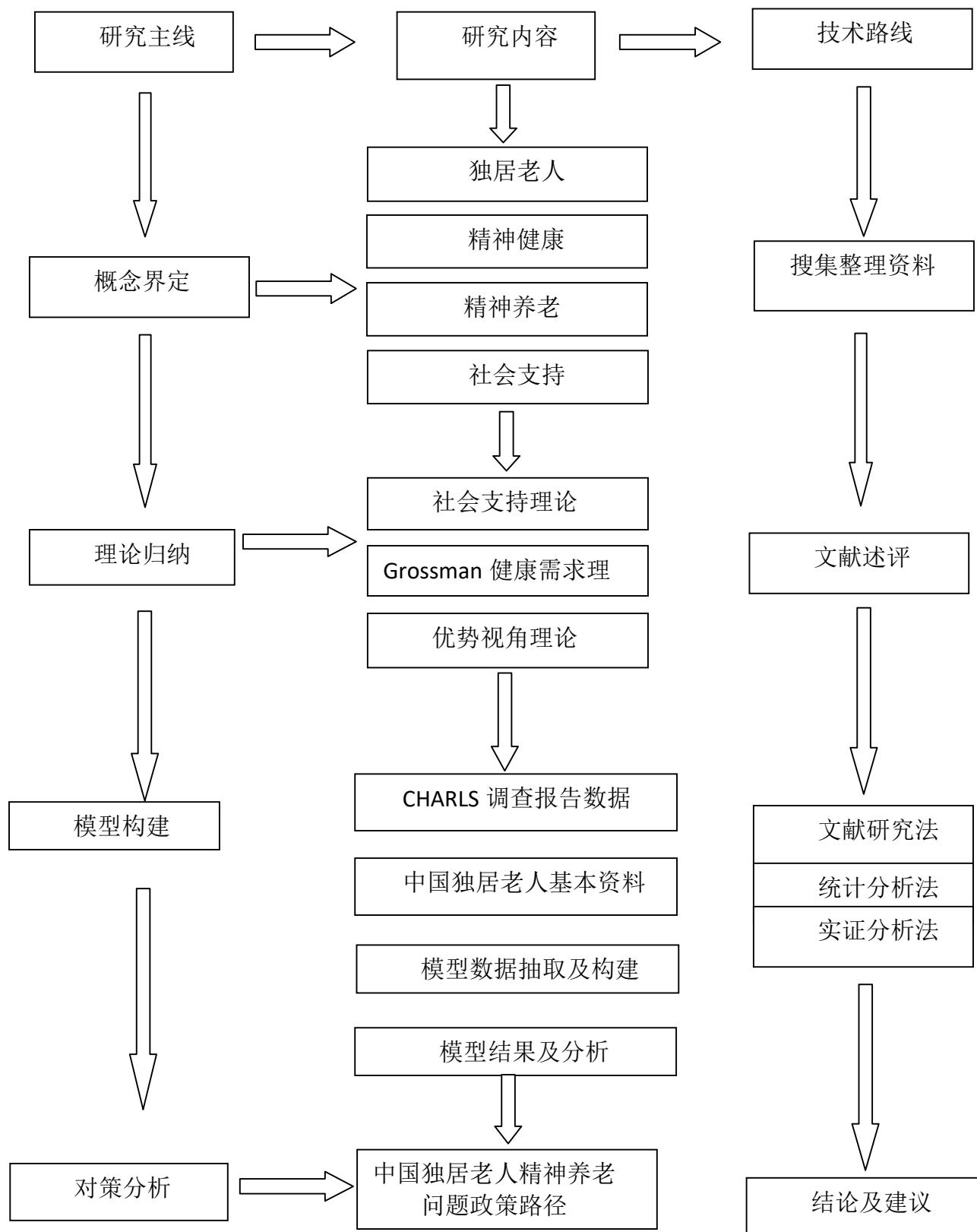


图1 技术路线图

## 1.4 研究内容

政府作为制度安排的设计者、公平正义的维护者，应该重视各阶层的养老问题。因此，本文的研究目标是通过对独居老人精神健康问题的科学阐释，分析在城镇化进程中影响我国独居老人精神健康的因素，以此探究该群体的精神支持状况，使得这一部分老龄群体真正能够实现老有所养、老有所乐和老有尊严。不断健全养老保障体系，以保证现阶段我国经济发展速度与社会保障水平齐头并进。

### （1）概念界定及理论基础

在这一部分主要针对独居老人、精神健康及社会支持体系等进行内涵界定，并以社会支持理论、优势视角理论和 Grossman 健康需求理论作为理论基础，分析我国独居老人精神健康状况和精神养老体系。

### （2）数据统计分析及模型构建

首先，介绍 CHARLS 数据的特点及数据处理方式；然后，利用选取的自变量和因变量，构造测度精神健康状况的综合指标；其次，阐述本研究所采用模型的理论基础，并以此构造回归模型；再次，多角度分析我国独居老人精神健康状况，并进行描述；最后针对样本回归结果，做相应的论证与解释。

### （3）独居老人精神健康影响因素分析

这一部分首先根据数据的回归分析结果，总结出影响独居老人精神健康的相关因素，再结合独居老人的生活特点，指出其在养老过程中需要注意的问题。

### （4）独居老人精神赡养问题的建议

结合我国独居老人精神养老的具体实际情况，从社会支持理论出发，通过个人层面、家庭层面和社会层面等维度构建精神养老保障体系。

## 1.5 研究方法

本文主要采用的研究方法有以下三种：文献分析法、统计分析法和实证分析法。

### （1）文献研究法

通过对于社会支持理论、Grossman 健康需求理论和独居老人等资料的梳理和归纳，一方面有助于准确把握该主题研究进展，总结已有研究成果，为本文打下理论基础；另一方面，有助于发现现有研究成果未能弥补的不足，体现研究理论价值。

### （2）统计分析法

根据 CHARLS 报告获得的资料，利用 EXCEL 软件整理和统计我国独居老人的有关信息。同时利用 SPSS26.0 软件，针对影响我国独居老人精神健康状况的相关数据，进行相关性分析和描述统计分析，以验证数据的有效性和可信度，为实证分析做好铺垫。

### （3）实证分析法

借助 2015 年 CHARLS 报告调查数据，建立研究假设。通过构造 logistic 模型和 probit 模型，一方面验证研究假设，明确研究思路；另一方面，找出影响独居老人精神健康的相关因素，为政策建议提供理论依据。

## 1.6 创新之处

研究内容创新：以独居老人的精神健康状况作为研究内容具有创新性。随着经济社会的发展，独居老人的物质生活水平不断提高，但是精神赡养方面却存在严重缺失。在众多的独居老人养老问题研究成果中，关注较多的是老人的生存状况和照护需求，对该群体的精神健康问题却关注甚少。同时，对独居老人的精神生活状况缺乏全面考量。已有的研究中大多忽略了独居老人群体内部的异质性和差异性，致使缺乏对不同群体独居老人生活状态的探析，影响了政策建议和研究结论的有效性和针对性。本文通过研究我国独居老人的精神健康状况，来反映该群体的精神养老问题，视角独特，具有创新性。并且，对群体内部差异做了深入探讨，如不同性别、不同户口类型的独居老人精神健康状况和生活状态有何区别，以及家庭和社会等不同精神支持对其健康产生怎样的影响，以此针对性的提出构建我国独居老人精神养老体系的政策建议。

## 第二章 相关概念界定与理论基础

### 2.1 概念界定

Albabe 认为，概念化是对抽象概念的厘清和阐释，操作化则是特定研究程序的外拓与发展，并指向实践经验和调查研究；在对概念进行操作化时，要明确变量的内涵和外延。本文首先将对独居老人、精神健康、精神养老等做概念化的定义，再根据本文的特定研究对象及其群体特征进行操作化。

#### 2.1.1 独居老人

随着近几年独居老人养老问题的突出，学术界对其的高度关注，独居老人频繁出现在期刊杂志和文章中，但是学界对其的内涵界定在使用过程中仍不统一。

以往学者没有明确界定独居老人的概念，更多是将独居老人视为空巢老人的研究范畴，但是现实中独居老人和空巢老人却存在显著区别。二者属于不同的概念，正如学者陈思（2014）指出的：独居是一种生活居住方式，描述的是老人的生活状态；而空巢则是基于家庭生命周期理论提出的一个概念，指的是没有子女或者有子女但子女外迁，所以老人单独居住的家庭。而独居老人是空巢家庭走向解体的最后一个阶段，当家庭中的最后一位独居老人去世，家庭就宣告解体。独居老人与空巢老人是一个容易混淆的概念，二者既有区别又有交叉。曹杨（2016）认为，独居老人包含于广义上的空巢老人中，是空巢家庭的特殊期，属于核心家庭基本模型划分阶段中的解体期。因此，独居老人是空巢老人的特定部分。秦俭（2013）认为独居老人是那些因子女不孝、外出务工或子女离世等原因造成的老年人独自居住，经济来源有限、缺乏精神慰藉的 60 岁以上的老人，主要包含 3 种类型：已婚，但未生育或收养子女的老人；有子女，但分开居住长达一年以上；只有女儿，但已嫁离身边一年以上。

不同领域的学者对独居老人定义不尽相同，各有侧重的方面，主要包括：年龄限定、子女情况、居住条件和婚姻状况等，但始终没有一个关于独居老人系统完整的概念。结合学界观点和数据特征，本文认为独居老人是指 60 周岁以上且独自居住，丧偶、分居、未婚、身边没有子女和他人的老人，其中包括：（1）有子女，但是不在一起居住；（2）无子女，未生育或者子女早亡。

### 2.1.2 精神健康

精神健康具有多样性和复杂性的特点。国内外学者从不同角度进行了不同的探讨。目前对此还没有统一的认识。Richard M (2008) 指出，精神健康的概念需要包括对享乐性的精神健康与终极性的精神健康的衡量。精神健康，又称为心理健康，黄文明 (2010) 将其定义为一种内心康宁的心理状态；受这种状态的影响，个体拥有积极乐观的心理体验和良好的社会适应能力，并且能够有效挖掘和发挥自身优势和潜能，使个人生命充满希望与活力。乌云特娜 (2015) 从人类精神性的角度反映和理解精神健康，认为它包括三个相互关联的层次，即对应于精神疾病的“精神卫生”，被等同于心理健康的“精神健康”、与灵性和生命意义相关的“精神健康”这三个层次共同构成了人的“生理-心理-精神”的完整存在，精神健康应指向“完整的人”。

本文根据国内外学者对精神健康的定义和 CHARLS 数据的特点，采用类似于心理健康的概念，将精神健康定义为个体具有积极乐观的心理体验和较好的社会适应能力，内心处于康宁状态。在良好心理状态的影响下，老人能够进行自我疏导和调整并有效发挥其潜能，主要通过独居老人是否抑郁来测度和衡量这一状态。

### 2.1.3 精神养老

养老，不仅包括以子女为主的家庭成员对老年人的赡养，也包括社会对老年人的支持；它不仅包括物质支持，还包括精神慰藉。事实上，关于养老的双重含义，讨论的是精神养老与物质养老的区别和联系。精神赡养的意义体现在中国早期的养老理念中，《孟子·万章篇上》：“孝子之至，莫大乎尊亲；尊亲之至，莫大乎以天下养。”可以看出，春秋时期已经意识到，养老涵盖了物质和精神两个方面，个人和社会都应该参与其中，为一定年龄的老年人提供生命支持。相对于家庭应主要承担老人的精神赡养义务，社会各主体也应通过精神养老服务供给来满足老年人的精神需求，穆光宗从宏微观角度区分了“精神养老”和“精神赡养”两个概念。为了便于分析，本文将“精神赡养”、“精神养老”统一视为同一概念，均指的是关注并满足老年人的情感、社交、娱乐以及自我实现等精神需求，使其感觉、思维等意识活动和一般心理状态呈现出积极健康的特征，从而提高老年人生活质量。

进入千禧年以来，学术界日益发现物质养老和精神养老分离的重要性，并明确提出精神慰藉对老年人的生活质量非常重要。尤其是在社会的养老保障体系逐步完善、法律法规日趋健全的情况下，大部分老年人可以避免生存的后顾之忧。然而，随着城市对农村的蚕食，当农村和具有强烈本土情感的农村家庭也遭遇情感慰藉危机时，他

们能否采取适当的方式突出精神养老的重要性，是农村现代化转型中亟待解决的问题。在建设具有“乡村文明”的社会主义新农村的普遍要求下，物质养老和精神养老并重是人类文明和社会发展的必然趋势。

#### 2.1.4 社会支持体系

由于现有研究没有针对怎样实现各社会支持主体间的协同联动机制进行系统深入地探讨分析，因此，当前学界并没有关于“社会支持体系”的明确统一的概念界定。我国多数学者结合不同支持主体的性质和特点，利用二分法将老年人社会支持体系划分为正式与非正式支持体系。结合独居老人这一研究对象的特点与特殊性，本文将社会支持体系的概念界定如下：构建以独居老人需求为核心、家庭为基础、政府为主导、社区为辅助、社会组织为补充的五位一体相互协作的社会支持体系，从而通过多元化的供给主体为独居老人提供更加有效的生活照料和精神慰藉支持。

### 2.2 理论阐释

本文所涉及的理论基础分别为社会支持理论、优势视角理论和 Grossman 健康需求理论等三大理论。

#### 2.2.1 社会支持理论

社会支持理论是针对特定弱势群体，社会群体运用多种手段对其进行无偿帮扶和救助的行为总和。该理论是著名学者 Raschke 于 20 世纪 70 年代提出的，属于社会福利学研究范畴。从内涵上讲，社会支持理论主要有以下特点：（1）社会支持的发起者为社会网络，而非单一的组织或个人；（2）社会支持的受众必须是弱势群体；（3）实施社会支持的手段包括物质和精神支持；（4）社会支持的发起者对受众实施的物质及精神支持具有无偿性。

按照不同主体和来源，社会支持分为非正式和正式社会支持。邻居同事、亲朋好友、家庭成员是主要的非正式社会支持主体。受传统文化观念影响，家庭和亲属是最重要的非正式支持来源，我国独居老人的社会支持来源主要是邻居同事、亲朋好友、家庭成员等非正式社会支持。对于大多数中国家庭来讲，血亲关系未能完全实现老年人对亲情的渴盼和期待。家庭和亲属给予老人更多的是物质支持，而较少顾及和关心其情感需求和生活陪伴。因此，为了提高老人的生活幸福感，就需要加强与朋友同伴的联系与沟通，为老人提供更为丰富的情感支持。但由于身体状况较差、资金支持有

限和地理距离较远等诸多局限，部分独居老人经常选择独自在家，很少主动联系朋友，致使非正式的情感支持链条可能断裂。为了更好化解独居老人非正式支持有限这一困境，需要由政府等正式社会支持主体采取帮扶措施。正式社会支持指政府机构提供的福利保障措施和公共政策安排、社会组织和社会团体提供的帮扶和支持，如民间慈善团体和非营利机构等。独居老人的正式社会支持主要来源是社区、社会组织和政府机构。作为坚强的补充后备力量，将社会组织和社会团体引入到我国养老事业中，能够协助政府更好落实养老社会支持工作，从而更有效的、更具针对性的为独居老人提供支持性服务。

中国独居老人精神健康问题的成因十分复杂，单一的支持主体和帮扶方式无法真正满足独居老人的情感需要和精神慰藉需求。为给老人提供全方位、多元化的精神慰藉支持，这就要求其他社会力量的参与和介入，共同构建起独居老人的精神养老社会支持网络体系。同时，为了避免公众过度依赖于一方所提供的福利，就要平衡不同主体之间的关系，明确界定各主体的性质特点和职责范围，坚持多方参与、共同参与的原则。本文根据社会支持理论，指出实现独居老人的精神健康需要老人自身、家庭、社区和社会各主体之间的协力支持和通力合作。

### 2.2.2 优势视角理论

优势视角理论着重挖掘研究对象本身的优势，并通过开发和利用研究对象的潜力，帮助其实现自身价值，逐步摆脱眼前的困境。

将优势视角理论应用于独居老人精神养老体系的构建，充分认识到老人自身的优勢：身体状况良好、积极的思维和成熟的待人接物方式，可以有效地将自身的优势运用到社会参与中，实现个人价值，促进自身的发展和进步。

优势视角理论辅助支持主体从另一个维度思考独居老人的晚年生活及其可以利用的资源优势，充分发挥其主观能动性，帮助老年人过上更充实的生活。在该理论的指导下，社区、社会、政府注重发挥老年人的优势，潜能的挖掘能够帮助独居老人克服实现养老目标过程中的障碍，持续为自己和他人做出力所能及的贡献。

### 2.2.3 Grossman 健康需求理论

美国学者 Michael Grossman 在《一个关于健康资本和健康需求的观念》中从人力资本角度出发，将 Becker 的家庭生产函数引入到健康效用函数中来，构造了健康资本需求的理论模型，从而完善了卫生经济领域中医疗保健需求的分析框架。Grossman 认

为，个体作为人力资本的消费者和投资者，为满足自身的消费需求和投资需求，消费者通过产品和时间为自己生产健康投资品或健康产品。也就是说，这里的消费者不仅是健康投资的供给者，也是医疗保健的需求者。因此，在没有时滞等因素的干扰下，可以认为健康生产相当于健康需求。

*Grossman* 健康经济模型基本假设如下：假设每个个体在出生时都会通过遗传得到固定的健康初始存量，健康初始存量会随着损耗而减少，但是个体可以通过投资来抵消损耗量，如运动和保健等。当健康存量处于标准值以下时，个体就会衰弱直至消亡。因此，该模型具有一个特点：个体可以主动选择自己的健康生命长度。消费者用来生产健康所需的要素，主要包括从市场上购买的产品和时间等，如医疗服务和保健食品。消费者通过健康生产函数投资自己的健康，这将受到其他变量的影响，而消费者的学历水平被认定是最重要的环境因素。

*Grossman* 模型论证了年龄、卫生服务价格、婚姻状况、学历水平等因素对健康需求的影响，并提出了如下预测：如果从生命周期的某一天开始，健康损耗随着个体年龄的增长而增加，那么健康需求会随着生命周期而减少。与此同时，在健康资本边际效用曲线弹性较小的情况下，消费者的医疗费用通常会随年龄增长而增加；消费者的医疗卫生需求与其自身的收入水平正向相关；一般来说，在学历水平提高了健康产出效率的前提下，学历水平更高的人会对健康资本有更多的需求。

*Grossman* 健康需求理论应用于本文，主要体现在独居老人个体特征因素、与家庭成员关系、社会交往状况。从 CHARLS2015 调查数据中，本文选取了独居老人的学历水平、婚配状况、与子女的关系、社交频繁程度等指标，以此分析其精神需求情况。

由此可见，对于我国独居老人精神支持体系而言，参与主体多元化、支持客体能动化、支持内容多样化是其内在发展的核心需要，法律法规和制度安排是系统运行的根本保证和制度保障，资源分配的合理化是体系建成的基础保障。从参与主体角度出发，主张政府主导，社会组织补充、社区为辅助、家庭为基础、个人需求为核心的协同参与；从支持客体角度来看，角色地位转变的不适应使得独居老人容易出现抑郁、孤独等负面情绪，为了摆脱生理与心理上的双重困境，老人应发挥自身主观能动性，及时调整心态，并主动参与社会活动，以更好接受社会支持；从支持内容方面来看，因角色定位的不同，各支持主体所提供的精神支持也不相同。总体而言，为重振独居老人生活信心与希望，各主体要为独居老人提供及时的心理疏导服务和精神慰藉支持，以缓解单独居住所导致的心理压力。

## 第三章 我国独居老人的健康状况及特点

### 3.1 我国独居老人的健康状况

根据世卫组织（World Health Organization）全球疾病负担评估报告，在各种健康问题中，精神卫生条件如抑郁症，阿尔茨海默病和自杀是造成我国独居老人疾病负担的首要健康问题之一。我国老年人的人均疾病负担高于其他中低收入国家，因为精神卫生问题引起的疾病比较严重，如脑卒中、心脏病和癌症等。

60 岁以上老年人抑郁症的患病率在 11% -57% 之间，健康状况不佳、残疾和依赖护理的独居老人人数和比例也在逐年递增。抑郁症状的总体患病率随着年龄的增长呈梯度分布状态，60-70 岁的低龄老年人患病率为 22.3%，70-80 岁的中龄老年人则上升为 25.0%，80 岁以上的高龄老年人则增至 30.3%，明显高于中低龄老年组。需要注意的是，受经济条件、医疗卫生条件以及健康认识的限制，农村地区愿意接受及正在接收治疗的人数远不及城市的 1/2。此外，尽管女性独居老人抑郁症患病率高于男性，但是接受心理精神治疗的意愿极低，而正在接受正规治疗的比率则远远低于 10%。<sup>[1]</sup>

健康问题突出，看病难问题成为独居老人的最大忧虑。除了享受医疗保险的退休人员，看病困难又昂贵，家人负担不起已经成为他们最大的担忧。虽然癌症和心脏病是最重要的死亡原因，但其他慢性疾病（如精神障碍、阿尔茨海默病和中风）可导致长期残疾。损伤导致功能性依赖，依赖导致双重负担，对老年人及其家庭产生深远持久影响。大多数独居老年人容易生病、无人看管、没有医疗保险。虽然有合作医疗，但是报销甚微，这让他们很担心。抑郁症的患病率也因经济条件不同而有所不同，与高收入组相比，低收入组老年人的抑郁患病率更高。

相应的，我国的自杀率也同抑郁症流行规律一致。60 岁及以上的低龄老年组自杀率为 23/10 万，自杀死亡风险最高的是 80 岁及以上的高龄老年组，具有典型的人口学意义。自杀率随年龄增长而增高，70 岁及以上男性的自杀率高于女性。而且，农村地区独居老年人的自杀率远高于城市。调查显示，大陆农村独居老人自杀问题已达到触目惊心的地步。许多老年人因为生存困难、生病和家庭纽带断裂而选择自杀，我国独居老人的健康状况令人担忧。

[1] 数据来源于中国健康与养老追踪调查官网：<http://charls.pku.edu.cn/pages/data/2015-charls-wave4/zh-cn.html>

## 3.2 我国独居老人的特点

### （1）独居老人城乡差距悬殊

由于国情原因，我国 60 岁及以上的老年人更多生活在农村而非城市，而在大多数一线城市（北京、上海、深圳、成都）中，60 岁以上的老年人口只有 10%，老龄人口比例和老龄化程度远远超过城市：预计到 2030 年，我国城市地区 60 岁及以上人口将占城市人口的 14.8%，而农村地区老年人口比例将高达 21.8%。并且，我国绝大多数的独居老人都分布在农村，老龄化问题日益严峻。众所周知，我国城乡经济发展差距悬殊，社会福利制度发展不完善。城市老年人教育水平与生活环境等很多方面都明显优于农村老年人，相比于城市，农村独居老人一般较少享有比较完善的养老福利保障、医疗卫生保健以及心理精神健康服务，这些都极大可能影响独居老人的养老水平和生命质量，所带来的问题不一而足。因此，归纳总结城乡老年人的各自特点对我国独居老人精神卫生和养老需求分析有很大裨益。

#### 一是个体层面

学历水平。受思想观念及经济发展的作用影响，城市居民普遍重视子女教育和工作问题，且思想观念较为开明开放；工作性质原因也决定了城市居民对受教育的重视程度。而农村居民以务农为主，多以口耳相传的经验传承来展开农业活动，因此并没有足够重视教育和发展。与此同时，无论是教育经费还是师资配置等，城市和农村都存在悬殊差距，资源的不均衡进一步扩大了城乡之间的教育差距。因此，与城市居民相比，农村居民学历水平普遍偏低，城乡教育差距较为悬殊。

整体来看，学历水平对于个人收入高低、能力培养和生活质量发挥关键作用。因此可以认为，城市居民认知能力和生活质量普遍高于农村居民。在物质需求得到充分满足的情况下，城市独居老人对内在的精神需求要求更多，比如再就业需求、文化和娱乐需求等，这点也符合 Grossman 健康需求理论。

经济来源。由于城市社会福利制度建成较早，居民的养老金水平随经济发展水平稳步提升，因此社会福利体系相对更加完善；退休之前，城市老人基本上都拥有稳定的工作，可以维持较高水准的生活；再将上子女的贴补和平时的储蓄，物质方面已不是影响城市独居老人晚年生活质量的最重要原因。然而，一般情况下，农村老人多将毕生的积蓄都花在了子女教育、婚嫁、购房买车和吃药看病上面，因此晚年生活较为困窘。沉重的经济负担使得他们只能通过看电视、聊天等最基本的娱乐活动打发时间，无力在精神生活上投入过多金钱。

心理落差。由于主观原因，大部分农村独居老人的精神自立意识和能力欠缺，思想较为固化，精神长期受到压抑，这些都严重影响了他们的精神生活质量。受传统观念和环境舆论影响，老人无用和歧视鳏寡老人的错误观念在农村非常盛行，进而使得老人拒绝参与集体活动和文化娱乐活动，即使是最基本的娱乐活动，如跳广场舞、参加大合唱等，也需要基层干部极力动员才会参加，老而无用、老而无子等带来的失落感和自卑感严重影响独居老人的社会参与和身心健康。受文化层次限制，农村独居老人很少阅读书报、收看新闻、关心时事政治，政治参与意识非常薄弱。

与农村独居老人明显不同的是，退休以后，城市老年人会产生较为强烈的挫败感和心理落差。随着人类健康寿命的不断延长，绝大多数城市老人达到退休年龄时仍然具备一定的工作能力。此时，职业生涯的结束和工作岗位的退出，致使老人的身体和心理难以接受和适应。社会角色的突然转变直接造成老人家庭和社会地位的下降，并且得不到其他家庭成员和社会成员的理解与尊重，使得他们产生更为强烈的自卑感和空虚感，这一阶段需要老人及时主动进行心理调适。尽管刚退休老年人心理不适应是极为常见的现象，是一个阶段性的问题，但是如果老人及其家人不加注意，可能会持续影响城市独居老人的晚年生活质量和幸福感。

## 二是家庭层面

子女赡养。由于城镇化的加速发展，女性社会地位的改变，年轻的家庭成员能够用于照料老年人的时间越来越少，家庭的养老功能在衰退。尽管城乡居民的养老观念存在明显差异，但无论是城市还是农村，都不再可能仅依靠子女承担长期照料的所有责任。

居住环境。现代化的发展带来了生活条件和居住环境的改变，商品房和单元楼就是典型代表之一，生活方式的改变和住房结构的影响拉开了城市老人和其他人的地理距离和心理距离。研究表明，城市高层住宅建筑会给老年人带来较为强烈的不适感和不安感等不良居住体验。当独居老人身处高层建筑时，会对高度产生恐惧，造成严重的心理障碍。与此同时，受空间限制，高层住宅楼也无法开辟出广阔的活动场地以供老年人锻炼和娱乐，这极大地影响了独居老人的精神文化需要和人际交往需要。不仅阻碍了独居老人走出家门结交朋友，也难以满足城市老人多样化的精神需求，更在一定程度上损害了独居老人的身心健康。与此相反，农村的低层建筑不会造成老人内心的恐惧与不安，更不会妨碍其自由出行。由于互相走动较多，邻里之间彼此熟悉，互道家长里短、互诉情绪体验等方式极大的缓解了独居老人的孤寂之情，自由的务农方

式有效保证了农村居民的顺畅沟通。因此，相比农村自由开放的人居环境，城市独居老人所处的封闭环境严重妨碍了老人之间的日常沟通交流和相互倾诉聆听。

### 三是社会层面

医疗保障。由于社会经济和医疗卫生水平发展的不平衡、不充分，城市居民的医疗资源更为丰富，专业的医师团队和高水平的医疗水准，卫生服务体系相对较为完善，保证了较高的医疗保障水平。随着我国医疗卫生水平的提升，国民预期寿命也明显延长，尤其是在城市地区，居民的自主健康意识很强，多数城市老年人会定期去做疾病筛查，坚持健身和注重养生，因此身体状况和精神卫生相对较好。而农村医疗卫生资源较为匮乏，医疗保险并未彻底改变独居老人小病扛、大病拖的现状，因此健康状况仍相对较差。

基层组织。农村基层组织的工作重心主要在经济发展和社会保障兜底服务上，对独居老人的精神养老工作投入有限。村委会所提供的老年关怀服务主要包括：生活补贴、困难帮扶、节日问候等，但对他们的精神文化生活，如娱乐活动、情感沟通和价值实现却很少重视。一定程度上，独居老人可以感受到社区的精神关怀，但这具有很大随机性和不确定性。村委会在社区精神养老服务方面参与度偏低，尚未完全发挥其对精神文化建设的带动引领作用。再加上，我国社会组织没有得到重点培育，发展进程十分缓慢。在农村地区，很少有老年人组织，如老年人书法协会、老年人权益保护协会等，关注农村精神养老事业的慈善团体和基金会也非常少，因此当老年人遭受不公平对待或者应有权益受到损害时，几乎没有社会组织为他们提供心理慰藉服务，协助他们争取应得权益。社会工作者和养老志愿者主要为发达地区和城市老人提供帮扶和支持，较少去农村关心独居老人，降低了独居老年群体的生活满意度和精神生活质量。

社会治理。由于农村经济发展较为滞后，资金和物力资源有限，政府更多关注农村独居老人的物质需求，对其精神情感需求缺乏真实和深入的了解，未在农村精神养老服务中发挥重要作用，支持力度相对偏低。心理咨询室、健身场所、图书阅览室等等活动场地和基础设施不足。并且，在制度层面，尽管政府已经开始关注老年人的精神需求，精神支持逐渐受到了重视。但是，精神养老缺乏相应的政策制度保障和完善的法律法规支持。如“赡养人员应该经常回家探望老人”被纳入《老年人权益保障法》，但法律仅针对精神支持做了原则上的规定，缺乏具体细化。

无论是城市还是农村的独居老人，精神文化生活都较为匮乏。老年人几乎没有文化和健身活动，精神世界相对空虚。政府法律法规不完善，社会组织和基层社区的发展不成熟，导致独居老人的精神养老资源极为匮乏，这就意味着，我国独居老人的精神养老问题非常严峻。

## （2）独居老人性别差异明显

目前，全世界男性比女性多 6200 万人，女性平均预期寿命为 72 岁，而男性为 68 岁。但是，在 60 岁及以上老龄人口中，女性人数超过一半，老龄女性化已成为一个普遍趋势。<sup>[1]</sup>我国的独居老人也符合这一趋势：女性数量占绝对优势，男女比例严重失调。在性别、年龄和心理状态不佳三种因素的影响下，女性独居老人生活尤为艰难，其生存状况和健康状况关乎我国民生建设与发展。因此，要关注女性独居老人的生存状况和精神健康。

### 一是身体健康和精神卫生方面

随着年龄的增长，老年人的身体免疫力和机体功能逐渐降低和衰退，大多数老人身患多种慢性病，需要定期治疗和长期服药，沉重的经济压力和心理负担使得老年人群成为社会中的困难群体。而独居老人由于独自居住，这一问题对他们的生活质量造成了更大的影响。女性与男性相比有着不同的生理构造和更加复杂的生命历程，健康意识差，家庭经济上的限制，更容易患有妇科疾病、心理疾病和慢性病。

### 二是认知能力和法律意识方面

老年人的认知能力和法律意识等都与文化程度直接相关。由于历史原因，男性老年人的文化水平高于女性老人。学历水平的高低影响着老年人思考问题的方式和对事物的看法，也关系到老年人政治参与意识、主体意识和权利保护意识的培养和确立。这就意味着，相比男性独居老人，当代女性独居老人的维权意识和认知水平仍较为淡薄和低下。由于缺乏个人主体意识和社会参与意愿，女性独居老人在集体活动和公共决策方面表现得较为淡漠，社会参与度低，无视应有的权利和义务。交往空间的差序格局特点，公共事务上的失语，使得女性的根本困境和特殊问题得不到重视与理解，女性独居老人的困难无法得到妥善解决。

### 三是经济状况和保障能力方面

当今世界上的赤贫人口中，妇女和儿童占 70%。女性独居老人的经济状况与婚姻的完整程度有很大的相关性，老年妇女刚步入老年就处于丧偶高峰。所以女性独居老

[1]数据来源于《2015 年世界妇女：趋势和统计》

人主要经济来源靠亲属的比男性多，即女性在经济来源方面比男性更加依靠亲属。由于经济状况和自我保障能力较差，子女赡养的缺位，相关社会救助落实不到位，“越老越不中用”的观念影响，女性独居老人对生活缺乏安全感，对目前生活状况的满意度较低。

### （3）独居老人中丧偶者居多

老年人居住安排的有效识别标准也包括婚姻状况。第六次人口普查中，城市和农村 65 岁及以上老年人的婚姻状况主要为有配偶和丧偶两类，城市分别为 69.15% 和 29.39%，农村为 60.92% 和 36.45%，老年人离婚比例城乡均在 1% 之下，未婚者城市只占 0.58%，农村为 2.12%。城乡有配偶老年人多生活在夫妇家庭中，其中城市这一比例接近 50%，明显高于与已婚子女共住比例。城乡丧偶老年人以直系家庭为第一位，其次は单人户。需要注意的是，农村丧偶老人中独自居住的比例为 1/4，城市则高达 1/3 以上，远高于农村。因子女和家庭照护资源的匮乏，未婚老人的居住安排主要以独自居住为主。<sup>[1]</sup>

事实上，与子女分开居住的老年人夫妇主要以中低龄老人为主，而配偶离世且独自生活的老年人则主要以中龄和高龄老人为主。原因在于，配偶健在的老年人相对较为年轻，生活能够自理，所以主动选择了独自生活。随着年龄的增长，老年人的健康状况也会下降，对子女的依赖性也会增加。他们可能会回到家人身边接受家人的照顾。因此，中高龄老人与已婚子女生活在一起的比例很大。

现阶段，老年人社会保障体系建设仍处于初级阶段，而基于公平原则获取和利用相关服务的关怀体系尚未建立。现有的照护体系主要受市场驱动，监管薄弱，加剧了我国老年人健康不平等状况。此外，我国为患有抑郁症等慢性疾病的老年人提供的非正式护理服务具有很大的局限性，如何在多技能支持的护理机构中建立以护理人员为主导的长期护理模式，以及如何开展多学科综合护理服务，尚未进行有效的探索。因此，大多数独居且患有精神卫生疾病的老年人仍然需要依靠子女和配偶照顾。上述情况的结果是，很多独居老人进入老年阶段后，仍然需要工作。

目前，我国的卫生体系还不能完全满足老年人的健康需求。对中国来说，最重要的挑战将是建立一个覆盖面广、可及性高和公平性强的公共卫生体系，提供预防和支持服务，以满足快速增长的老年人口的健康需求，并使这些老年人及其后代能够继续为中国的经济和社会做出贡献。因此，预防或延缓这些功能性损伤，不仅使独居老人

[1] 数据来源于国家统计局官网：<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/dlcrkpcsj/>

及其家庭受益，而且使全社会受益。要实现这一目标，必须建立一个可及性和可负担性高的公共卫生系统，以实施及时有效的干预措施。中国如何解决这个问题将对全球健康问题产生重大影响，因为中国的地方政策体系和改革发展涉及世界五分之一的人口——也将为其他国家提供有益参考。

## 第四章 我国独居老人精神健康影响因素的实证分析

### 4.1 CHARLS 数据介绍与处理

#### 4.1.1 数据来源

为搜集中国 45 岁及以上中老年人及其家庭的高质量微观数据，北京大学发起和公布了 CHARLS (China Health and Retirement Longitudinal Study) 数据。自 2011 年开始，北大每两年对全国中老年群体进行一次追访和调查，至今已更新至 2015 年。作为重要的数据来源和科研凭证，自从该数据向国内外学术界公开以来，一直用于研究和分析我国人口老龄化和中老年人体质与精神卫生问题。

个人基本信息、健康状况、家庭结构以及所在社区的基本情况等是 CHARLS 调查问卷的主要部分，由于其访问应答率、追访成功率和数据质量均位于全球同类型项目的前列，因此该数据在国内外研究领域得到了普遍的认可和应用。

#### 4.1.2 抽样调查数据

本文选用的中国健康与养老追踪调查数据，常被用于中国人口老龄化和健康养老问题的跨学科研究。2015 年，CHARLS 研究团队在全国范围内展开调研，共计调查 2 万余人，样本量覆盖了约 1.7 万家庭户、450 个村级单位、150 个县级单位和全国 28 个省（市、自治区）。整体来看，它能够代表性的反映我国 45 岁及以上中老年人的基本状况。CHARLS 数据的问卷设计部分借鉴了英美等国数据调查的成熟经验，以实地问卷调查的形式进行。该项目主要采用多阶段抽样法，县村级单位抽样采用 PPS 抽样方法。CHARLS 成功引入了电子测图软件技术，利用 CHARLS-GIS 地图法制作基层单位采样框。



图 2 CHARLS 区县样本分布

#### 4.1.3 数据处理

##### (1) 变量转化

本文的主要研究对象为个体，而问卷涵盖三种变量：个体变量、家庭变量和社区变量。因此，首先要把社区变量和家庭变量匹配至个人变量，以便展开个体研究。经过整理发现，有 3 个范围依次扩大的标识编码：个人编码（ID）、家户编码（Household ID）、社区编码（Community ID）。为了使得家户数据编码相同的个体样本取得完全一致的家户数据信息，社区数据编码相同的个体样本也取得完全相同的社区数据信息，当社区的数据编码与个体样本数据信息一致时，可以把社区样本的有关变量转化为个人变量；同样的，当家户样本的数据编码和个体样本的数据编码信息相同时，可以把家户样本的有关变量转化至个人变量中。具体操作过程可通过 EXCEL 和 SPSS 工具来完成。因为样本量较大，部分变量需要不断转换或进一步处理，加上前后问题之间的逻辑关系较为紧密，所以在数据筛选与整理阶段占用了较多时间与精力。

## （2）样本筛查与数据汇总

由于不是全部样本都满足本次研究需要，因此需要结合研究目标来选取适合的样本。本文在 2015 年 CHARLS 数据中选取了独居老人群体作为研究对象，除去了“非单独居住”及“60 岁以下”的样本，整合了 CHARLS 数据中关于健康状况、家户信息、子女信息等部分的调查问卷。在具体数据处理过程中，选取了个人基本信息、家户信息、健康状况和功能、子女信息等部分数据信息，接着删去了数据中主要变量（如抑郁指标）存在异常值和缺失值的样本。经过对样本的对比和筛查，选取了 2225 份有效样本，其中农村地区为 1664 个，非农村地区为 561 个，并且男性人数为 758，占全部样本 34%，女性数量为 1467，占 66%。根据本研究需要，提取出三类研究变量，分别涉及个体特征变量（户口类型、年龄等）、家户变量（婚姻情况、睡眠时长等）、社会层面变量（社交活动，有无医疗保险，有无养老保险等）。

## 4.2 研究假设

老龄化危机和精神卫生问题的日益严峻，使得规模庞大的独居老人群体面临严重的生存压力和心理困境。他们的精神卫生状况是衡量独居老人精神赡养问题是否得到妥善解决的关键衡量标准之一。为了更好的了解和帮助这个群体，本文通过构建 logistic 模型和 probit 模型，探寻导致独居老人抑郁的各种影响因素和方面，进而论证其对建构独居老人精神支持体系的必要性和现实性

从老人精神健康状况的角度来分析独居老人精神养老支持体系的问题，首先需要探讨的问题是独居老人与社会中哪些方面具有关联性和依赖性。因此，根据已有研究结论和模型设置情况，本文分别做出如下假设。

假设一：个体特征（性别、户口类型、受教育程度、健康状况等）不同的独居老人精神抑郁情况不同，女性、农业户口、小学及以下学历和自评不健康的独居老人更易抑郁；

假设二：独居老人抑郁与否会受到家庭精神支持因素的限制，尤其是婚姻状况、睡眠时长和与子女关系满意度对其精神抑郁与否有显著影响；

假设三：社会支持资源不同的独居老人精神健康状况不同，社交活动较少、未参加医疗保险、养老保险、没有补助、没有最低生活保障的独居老人精神抑郁的可能性更大。

## 4.3 变量选择

### 4.3.1 因变量选择

是否抑郁是衡量我国独居老人精神卫生问题是否得以及时解决的重要指标之一，同时也是针对独居老人构建的养老保障体系能否满足该群体真实需求的集中体现。精神卫生和养老支持问题是一个难以量化、极为复杂的问题，由于 CHARLS 中认知能力部分工具性较弱、可操作性不强，故本文重点选用抑郁程度的问题建构测度独居老人精神卫生状况的指标。这一问题为心理学界普遍采用的流行学研究中心抑郁量表（CES-D），该量表由美国精神卫生研究人员 Sirodoff 于 1977 年编制而成，又称为简易版流调用抑郁自评量表，通常医生用来筛查抑郁症状，也有研究人员将其用作评估抑郁症状严重程度的临床检查。与其他抑郁自评量表不同的是，CES-D 并不关注抑郁发生时的外在躯体症状，而是更为重视个体内在的主观感受。问卷设计提问了受访人员在过去一周内的具体行为和情绪体验，共计包括 10 个问题，比如：“我感到孤独”、“我感到情绪低落”<sup>[1]</sup> 等 8 个负向问题和“我对未来充满希望”、“我很愉快”2 个正向问题。首先，本研究对这些问题进行了信度检验，得到的  $\alpha$  值为 0.8073，表明问卷项目间内部一致性极好，相关性很高，可以满足进一步研究使用。接着，本研究对这 10 个问题逐一进行赋值，对于负向问题，被访人员的程度越深则得分越高，而对于积极正向的问题，则是以反序处理的。

这 10 个问题是关于上周受访者的感受和行为。每个问题的答案是四个选项，反映事件发生的频率。本文以反序处理第 5 和第 8 题的选项数值，使这两道题的选项数值同样准确反映出受访老人的抑郁程度，把 10 道问题的选项数值加总即是 CES-D 得分值。因此，CES-D 评分值介于 0 和 40 之间。这样一来，被访者最后的测评分数越高则其抑郁程度越高。一般来说，抑郁的独居老人其个人精神自养能力、家庭精神支持和社会关系资源都较为薄弱，精神健康状况较差，而心理状态并不抑郁的独居老人，幸福感和生活满意度往往较高，对社会支持和家庭代际关系的满意度较高。

为了使研究更精确，本文利用测评平均分数 17 生成了一个 0-1 变量，具体地，将测评结果为  $\leq 17$  的定义为“不抑郁”（=0），将测评结果为  $> 17$  的定义为“抑郁”（=1），下表详细列述了独居老人抑郁情绪的分布情况。通过对分析样本，发现 46% 的研究对象处于抑郁状态，甚至还有不少老人出现重度抑郁和严重抑郁的测评结

[1] 问题内容引自 2015 年 CHARLS 问卷中 DC009-DC018 问题

果。中国社会普遍不重视精神健康，但是数据显示独居老人精神抑郁甚至近五成，这说明我们应当对这一群体的精神健康状态予以重视。

表 1 研究对象抑郁程度 (0-1) 变量的分布情况

自评抑郁程度 (depress)	频数	比重
0=不抑郁	1200	54%
1=抑郁	1025	46%
总计	2225	100%

#### 4.3.2 自变量设置

结合国内学者关于我国独居老人的社会支持状况的研究，本文从以下三个角度来选取和设置自变量：第一，基于研究成果和理论知识；第二，基于个人判断和逻辑分析；第三，基于民生相关的焦点问题。

在生活条件和幸福指数日益提高的当今社会，个体特征、家庭因素和社会层面因素对老年人的身心健康非常重要。CHARLS 数据中涉及的相关因素，以心理精神资源为代表的家庭和社会支持方面的因素对老人的晚年生活有着很重要的影响。根据社会支持理论和逻辑关系，本文选择个体、家庭、社会三个层面的因素来研究我国独居老人精神抑郁程度。通过国内外文献的梳理可以发现，影响老人精神健康状况的因素非常多，如许琪（2018）认为影响独居老人精神抑郁程度的因素可以归为四大类。为了获得自变量与因变量之间的关系，本文将性别、户口类型、学历水平及自评健康状况纳入个体基本特征；婚姻状况、睡眠时长、与子女关系满意度纳入家庭层面；是否有低保、是否有补助、社交活动频繁程度、是否参加养老保险以及是否参加医疗保险纳入社会层面。结合数据情况，表 2 给出了所选用自变量的类别、变量名称和赋值情况（具体数值表示人数）。

表 2 自变量名称及取值

三个方面	变量名称	变量取值
个人基本特征	性别	1=男 758, 2=女 1467
	户口类型	1=农业 1664, 2=非农业 561
	受教育程度	0=小学及以下 1836, 1=初中及以上 389

	健康状况	0=不健康 707, 1=一般 888, 2=健康 630
家庭因素	婚姻状况	0=已婚 115, 1=其他 2110
	子女关系满意度	0=满意 2086, 1=不满意 139
	社交状况	0=无 939, 1=有 1286
社会因素	是否有补助	0=无 1230, 1=有 995
	最低生活保障	0=无 1905, 1=有 320
	是否参加医疗保险	0=否 289, 1=是 320
	是否参加养老保险	0=否 1585, 1=是 320

## 4.4 模型设定

本研究没有选择一般的线性回归分析方法，而是运用回归分析方法，主要有以下两方面原因。首先，一般的线性回归分析方法要求自变量之间不能完全相关，且因变量为连续变量。如果线性回归分析的因变量为虚拟变量，则因变量估值就会超出 0 和 1 以内的取值范围，这不符合实际情况。其次，**Logistic** 回归分析可以弥补一般线性回归的不足，能够对定性因变量进行多变量分析。**Logistic** 回归模型在管理学、医学和社会学研究领域中得到了广泛的推崇与应用，其中，二元 **Logistic** 是采用频率最高、使用范围最广的模型之一。它通常用于研究在某些条件下是否产生某种结果，例如，根据某些医学症状分析判断病人是否患有某种疾病。

此外，二元选择类的因变量通常有 **logistic** 模型和 **probit** 模型，两者的区别在于对残差项分布设定不同，**logit** 模型中设定残差项服从 **logistic** 分布，而 **probit** 模型中设定服从标准正态分布。一般情况下，**logistic** 模型因便于解释，采用范围更广，为了验证实证结果，解释变量回归系数和显著性是否稳健，本文同时采取 **logit** 和 **probit** 进行实证回归对比。

### 4.4.1 Logistic 模型设计

**Logistic** 回归模型是根据增长函数建立的概率型非线性回归模型，是研究分析某些影响因素与二分类观察结果之间关系的多变量分析方法。其因变量随自变量的变化而不断变化，且取值范围始终在 0 和 1 以内。其推导过程如下：

$$P(y=1|x) = \pi(x) = \frac{1}{1+e^{-g(x)}} \quad (4.1)$$

这里  $f(x) = \frac{1}{1+e^{-x}}$  称为 Logistic 函数。其中， $g(x) = W_0 + W_1 X_1 + \dots + W_n X_n$ ，则在  $x$  条件下  $y$  不发生的率为  $P(y=0|x) = 1 - P(y=1|x) = 1 - \frac{1}{1+e^{-g(x)}} = \frac{1}{1+e^{g(x)}}$ 。因此，事件发生与不发生的比值为  $\frac{P(y=1|x)}{P(y=0|x)} = \frac{P}{1-P} = e^{g(x)}$ 。这个比值称为事件发生概率，对其取对数得到公式 (4.2)：

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = g(x) = w_0 + w_1 x_1 + \dots + w_n x_n \quad (4.2)$$

#### 4.4.2 Probit 模型设计

Probit 是一个离散选择模型，其解释变量只有 0 和 1 两个值。给定  $x$ 、 $y$  的两点分布的概率是：

$$\begin{cases} P(y=1|x) = F(x, \beta) \\ P(y=0|x) = 1 - F(x, \beta) \end{cases}$$

函数  $F(x, \beta)$  将解释变量  $x$  与被解释变量  $y$  联接起来，因此称为连接函数，当  $F(x, \beta)$  为标准正太的累积分布函数时，

$$P(y=1|x) = F(x, \beta) = \Phi(x, \beta) \equiv \int_{-\infty}^{x/\beta} \Phi(t) dt \quad (4.3)$$

该模型被称为“Probit”模型。

为获得解释变量的调整变动对被解释变量产生的具体影响，通常需要计算模型的边际效应。对于 Probit 模型来说边际效应为

$$\frac{\partial \Pr ob(Y_i=1|X_i)}{\partial X_i} = \Phi'(X' \beta) \beta = \Phi(X' \beta) \beta \quad (4.4)$$

由上式可以知道，Probit 模型中解释变量对  $Y_i=1$  的概率的边际影响会随着解释变量取值的变化而变化，且非常数。

#### 4.5 回归分析

本文用“是否抑郁”来近似地衡量独居老人精神养老问题是否严重。一般来讲，抑郁的独居老人精神健康水平不佳，家庭和社会的精神支持都较为薄弱，生活满意度较低，而不抑郁的独居老人，往往安全感和幸福感较高，对家庭精神支持和社会支持网络的满意度较高。

通过对 2225 个样本的研究,发现处于抑郁状态的有 1025 位独居老人,而其余 1200 位老人并不抑郁。46%的独居老人处于抑郁状态,说明了我国独居老人整体精神卫生水平较为低下,精神养老体系有待健全。因此,为深入研究个体特征、家庭因素和社会因素对独居老人抑郁是否有影响及其影响程度,本文通过 logit、probit 模型和逐步纳入法,得到了下表所示的回归模型。其中模型 1-模型 3 为 logit 模型边际效应,模型 4 为 logit 模型的回归系数,模型 5-模型 7 为 probit 模型边际效应,模型 8 为 probit 模型的回归系数。为了方便分析并得出结论,本文将回归结果置于同一张表中。

表3 中国独居老人“是否抑郁”（是取1，否取0）的回归结果

	模型 (1)	模型 (2)	模型 (3)	模型 (4)	模型 (5)	模型 (6)	模型 (7)	模型 (8)
VARIABLES	logit1	logit2	logit3	Logit4	probit1	probit2	probit3	Probit4
female	0.0862*** [0.0224]	0.0791*** [0.0229]	0.104*** [0.0241]	0.456*** [0.106]	0.0890*** [0.0230]	0.0818*** [0.0235]	0.106*** [0.0242]	0.279*** [0.0647]
HK	-0.113*** [0.0268]	-0.117*** [0.0269]	-0.0775** [0.0304]	-0.342** [0.138]	-0.118*** [0.0281]	-0.122*** [0.0281]	-0.0792** [0.0313]	-0.209** [0.0847]
EDU	-0.0610** [0.0276]	-0.0597** [0.0278]	-0.0421 [0.0300]	-0.183 [0.133]	-0.0639** [0.0288]	-0.0620** [0.0289]	-0.0428 [0.0306]	-0.112 [0.0808]
HEALTH2	0.774*** [0.0646]	0.794*** [0.0574]	0.778*** [0.0631]	5.165*** [1.057]	0.696*** [0.0553]	0.726*** [0.0484]	0.723*** [0.0484]	2.563*** [0.367]
HEALTH3	0.882*** [0.0559]	0.903*** [0.0469]	0.888*** [0.0557]	5.658*** [1.055]	0.819*** [0.0556]	0.855*** [0.0489]	0.848*** [0.0518]	2.870*** [0.363]
HEALTH4	0.907*** [0.0404]	0.920*** [0.0351]	0.908*** [0.0417]	6.441*** [1.055]	0.871*** [0.0378]	0.891*** [0.0334]	0.884*** [0.0356]	3.349*** [0.363]
MAR	0.00442 [0.0470]	0.0259 [0.0639]	0.109 [0.267]		0.00561 [0.0491]	0.0269 [0.0643]	0.069 [0.164]	
sleep	-0.0171*** [0.00444]	-0.0179*** [0.00460]	-0.0763*** [0.0196]		-0.0171*** [0.00447]	-0.0178*** [0.00457]	-0.0460*** [0.0118]	
Zng		0.298*** [0.0544]	1.231*** [0.241]			0.287*** [0.0492]	0.736*** [0.136]	
sj		0.00189 [0.0232]	0.00806 [0.0991]			0.000499 [0.0234]	0.00129 [0.0604]	
yb		-0.0532 [0.0353]	-0.223 [0.146]			-0.0526 [0.0349]	-0.135 [0.0885]	
ylbx		-0.0763*** [0.0265]	-0.333*** [0.118]			-0.0776*** [0.0268]	-0.203*** [0.0713]	
bz		0.0726*** [0.0254]	0.309*** [0.107]			0.0746*** [0.0254]	0.193*** [0.0655]	
Db		0.0862** [0.0364]	0.358** [0.147]			0.0884** [0.0354]	0.225** [0.0890]	
Constant				-5.422*** [1.055]				-2.732*** [0.371]
Observations	2,211	2,211	2,169	2,169	2,211	2,211	2,169	2,169
R <sup>2</sup>	0.17	0.175	0.197	0.197	0.17	0.175	0.198	0.198

附注: \*\*\*、\*\*、\* 分别表示在 1%、5%、10%下的显著性水平

#### 4.5.1 个人层面

在研究个人特征因素时,首先关注独居老人精神健康状况的性别差异。性别在以男性为0的对比上,女性回归系数为正数,在1%水平下显著,即女性比男性患抑郁症

的概率更高。生理上，由于男女性身体构造存在客观差异，故男性更倾向于理性思考方式，而女性则倾向于感性思考；心理方面，女性更容易产生孤独抑郁情绪，而男性对其自身健康评价更加乐观积极。

农村经济发展和医疗条件落后，文化娱乐设施供给匮乏，严重影响了农村独居老人的精神健康水平。数据表明，在其他条件相同的情况下，农村独居老人较城镇独居老人患抑郁症的平均概率高出 7.75%，模型 7 中平均概率为 7.92% 比较接近，这一研究结果也为扶持乡村、建设农村的政策提供了理论证明。

根据 Grossman 健康需求理论，一般来讲，学历水平高的人相比低学历者更自觉关注自身健康状况，对健康资本有更多的需求。受教育的年限对得抑郁症在模型 1、模型 2、模型 5、模型 6 中有显著的负向作用，受教育年限为小学及以下较初中及以上得抑郁症的概率要高出 6%，这与健康需求理论的结论是一致的。因此单独居住的老年人受教育程度越高，抑郁发生率越低，教育会提升老人的精神健康状况。

被疾病困扰的老人不容易获得精神健康，相较于没有患病的老人，疾病缠身会提高老人患抑郁症的概率，也会降低自评身体健康的可能。身体健康的回归系数为正数，在 1% 水平显著。身体状况一般的回归系数为正数，在 1% 水平显著，平均边际效应为 0.888，相对于身体健康而言，身体状况一般的群体患抑郁症的概率平均高出 8.88%。身体不健康一组的回归系数为 6.441，在 1% 水平显著，平均边际效应为 0.908，相对于身体状况一般老人而言，身体不健康群体得抑郁症的概率平均高出 9.08%。由此可见，身体健康状况和精神健康状况有着显著关联。老人患病往往需要长期吃药、治疗、控制饮食，这自然会影响老年人的心理状态和精神健康，加剧老人抑郁情绪。

#### 4.5.2 家庭层面

在研究家庭精神支持因素时，除婚姻以外，睡眠时长和子女关系满意度均显著，良好的睡眠和子女关系有助于缓解独居老人的孤独抑郁情绪，有利于增强其精神健康。睡眠时长的回归系数为负数，在 5% 水平下显著，即睡眠时间越短的老人患抑郁症的概率越大，在边际效应上，较睡眠更长的人而言得抑郁症的概率高出 1.79%。睡眠质量反映出老人的心理状态，内心保持康宁状态，睡眠状况越好。

老人年纪逐渐增长，身体状况随之变差，对子女精神上的依赖也随之不断增强。在社会经济不断发展的大环境下，多数子女虽然在物质经济方面尽到了赡养应尽的责任与义务，但对老人缺少基本的理解与关怀，父母的情感需求并未得到满足。对子女

关系满意度的回归系数为 1.231，在 1% 水平下显著，即对与子女关系不满意的老人得抑郁症的概率更高，边际效应上较满意的人而言得抑郁症的概率高出 2.98%。许多独居老人存在一定程度的焦虑不安、落寞寡合等心理问题，他们真正需要的是子女的陪伴照护和情感慰藉，需要子女经常回家探望自己，精神卫生问题仅靠子女提供给老人物质财富是无法解决的。对于老人而言，物质赡养固然重要，但精神需求更不容无视。

婚姻对独居老人是否觉得抑郁均不具有显著影响，即独居老人是否抑郁与其婚姻状况并无显著关联。独居老人婚姻状况如何不足以成为显著影响独居老人是否抑郁的因素。被动或者主动的选择单独居住，使得老人受婚姻状况影响不大。

#### 4.5.3 社会层面

除社交因素和养老保险不显著外，其余社会层面因素对独居老人精神健康状况都呈现出显著影响。补助、低保和医保因素对独居老人的精神健康有着显著影响，当获得最低生活保障和补助时，他们的晚年生活感受也会更美好，生活希望与信心也会随之增强。是否获得补助的回归系数为 0.309，在 1% 水平下显著，即没有补助的人得抑郁症的概率更高，边际效应上较已经得到补助的人而言得抑郁症的概率高出 7.26%。财富水平的提高往往意味着生活质量的提高，补助也体现了政府关怀和社会福利，这会给独居老人带去极大的满足感和成就感。

是否参加低保的回归系数为 0.358，在 5% 水平下显著，即没有获得最低生活保障的人得抑郁症的概率更高，边际效应上较已经参加低保的人而言得抑郁症的概率高出 8.62%。由此可见，当独居老人获得社会帮扶和支持后，其生活满意度也会提升，健全的社会福利制度有利于加强独居老人对幸福晚年生活的认可与肯定，从而给老人更有力的奔头与生命支撑。

医疗保险的回归系数为负数，在 1% 水平下显著，即参加医疗保险的人得抑郁症的概率更高，边际效应上较没有医保的人而言得抑郁症的概率高出 7.63%，参加医疗保险的老人精神状况更不理想。一般而言，相比参加医疗保险的老人，未参加的老人对自身健康状况有较好预期，因此这一结回归结果是可以理解的。与此同时，可能由于数据原因，社交因素和养老保险整体不显著，即个人是否有社交活动、是否参加养老保险对得抑郁症没有显著影响，患上抑郁症的概率没有差异。

综上分析，性别、户口类型、健康状况、受教育水平、睡眠时长、与子女关系、是否有补助、是否有最低生活保障以及是否参加医疗保险是显著影响中国独居老人是

否抑郁的因素。随着生活条件的改善，老年人的健康需求更多样化，个体的精神自养意识和社会的养老支持力度对于独居老人精神健康发挥着越来越重要的作用。

## 第五章 完善独居老人精神养老体系的政策建议

在独居老人社会支持系统中，以血缘关系为纽带的传统家庭支持应是独居老人社会支持系统中的主要支撑点。然而，由于年轻人在外务工，家庭支持缺失，而且，由于缺乏来自社区和政府的正式支持，养老社会支持体系建设缓慢。目前，独居老人养老遇到的最大问题不仅是收入低，还有身体和精神健康状况较差。

为构建我国独居老人精神养老体系，解决我国独居老人的精神卫生问题，必须遵循全面性、差异性、多方参与、协同联动、增权赋能的原则，界定个人、家庭和政府等正式和非正式主体应承担的任务和责任。明确各支持主体的角色与定位，建构相互联系、相互作用的独居老人精神支持体系。

### 5.1 以个体需求为核心，提升独居老人精神养老能动性

#### 5.1.1 推广全民健身运动，倡导健康老龄化

健康的身体状况和乐观的心态对于独居老人的精神卫生是非常重要的，本文的实证分析证明了独居老人的身体健康与精神卫生之间存在显著的关系。针对越来越多老年人选择独居这一客观现实，政府应倡导“健康老龄化”和“积极老龄化”的理念，提高独居老人的身体素质，培养正确的健康观。针对老龄群体，运用传统媒体手段，构建全方位的宣传体系，从而正确引导老龄群体积极开展健身活动。同时，政府应加强舆论监督，避免信息不对称和错误的健康信息误导老年人，通过多层次、立体化的宣传渠道，使老年人对全民健身的理念和政策形成正确的认识。

团体社会活动可以提高老年人的幸福感，改善他们的健康状况和有效降低死亡率。在公共健身服务的宣传中，应该更加重视人群的划分，特别是对于独居的老年人，更应该加强体育锻炼，提高身体素质水平，培养他们的团队合作意识、社会参与意识、并不断提高自己的身体素质和心理素质，这就需要在实践中加强健康理念的宣传，建立多层次的宣传渠道，以获得更好的效果。

宣传工作应由政府主导，社会力量予以补充。但政府应重视将行政管理与公共服务和公众满意度挂钩，将独居老人对政府工作的绩效评估纳入管理决策过程中，从而坚持不懈地推动这项工作的开展，在资源保障方面提供物质和政策上的支持。因此，

为了确保进一步推进健康老龄化战略，首先应该从观念意识上改变，这就需要在媒体宣传中提升独居老人的自我认知和健康理念，营造和谐包容的良好社会氛围。

### 5.1.2 提高老人社交能力，助老人增权赋能

优势视角理论认为，充分挖掘个体潜在能力和优势有利于其实现自我价值。与城市相比，农村虽然处于相对劣势地位，如文化娱乐设施和活动安排场地极度缺乏。但是，却仍然具备许多城市没有的天然优势，比如空气质量好，环境宜人，非常适宜老年人进行户外运动。与此同时，农村空间和场地较为广阔，适合老年人种植植物或饲养动物。因地制宜、因势利导，充分利用便利条件，帮助老人增权赋能，能够提升独居老人的自我价值感和生活幸福感。

积极参与社交活动和娱乐活动可以充实老年人的闲暇时间，有助于提高独居老人的认知能力和精神健康水平，使其摆脱落寞寡合的负面情绪，有效降低老年痴呆症的发病率。独居老人应努力挖掘潜在能力，培养个人兴趣爱好，积极参与集体活动和文娱活动，在活动和实践中学习新知识，结交新朋友，扩大人际交往范围，主动参与社会活动，丰富他们的内心精神世界。例如，喜欢音乐的老人可以克服器材场地有限的困难，自行组织歌唱表演；热爱舞蹈的老人可以自发组织，定期聚在一起跳舞；喜欢棋牌项目的独居老人可以不定期前往棋牌室相互切磋技艺，互相学习。老年人还可以利用自己丰富的人生阅历和生活经验重新进入社会当中，如参加志愿者活动、公益慈善活动等，发挥自己的生命热量，继续为社会为他人做贡献。在积极投身社会公共事务的同时，独居老人可以利用闲暇时间，丰富精神文化生活，重新建构自身社会关系网络，尽自己所能来再次彰显人生价值，以此驱逐悲观消极情绪，达到更高境界的精神满足程度。

因此，促进老年人健康，保障老年人晚年生活质量是当前重要的老龄化问题之一。活动理论的倡导者认为，参加社会活动与老年人疾病的减少、身体功能的增强、抑郁情绪的减少和生活满意度的提高密切相关。老年人应积极参与社会活动，尽可能融入社会和群体，从而实现“健康老龄化”和“积极老龄化”。根据“用进废退”假说，参加“刺激”活动有助于延缓老年人认知和身体功能的衰退。已有研究表明，社会交往、体育锻炼、社区组织等活动会对已完成工作角色的退休老人的精神卫生状况产生影响。一方面，运动健身等活动可以缓解身体机能的衰退，增强身体健康，降低疾病的发病率。另一方面，团体活动可以满足老年人的社会需求，通过新的社会角色缓解退休带来的抑郁情绪，提高精神卫生水平。

## 5.2 以家庭为纽带，夯实独居老人精神养老模式的基础

受传统孝文化的影响，家庭养老的观念在我国依然盛行。实证分析表明，以血缘关系为纽带的亲属制度在为老年家庭成员提供物质经济支持和照料护理服务方面发挥着无可比拟的社会福利功能。因而，政府在制定养老政策时也应契合这种文化心理。在现代社会，随着个人主义和自由主义对代际伦理的消解，政府迫切需要制定能够强化家庭福利保障功能的政策和法规。

### 5.2.1 立法完善赡养标准，健全养老政策法规

尽管家庭成员应当履行对年长者的精神赡养义务被纳入了《老年人权益保障法》中，但是，《婚姻法》和《老年人权益保障法》并没有对老年人精神赡养具体明确的标准，可操作性不强。因此，政府必须明确家庭精神支持的核心含义，对难以操作的精神赡养建立合理有效的衡量标准。

政府在独居老人家庭赡养立法方面可以做如下工作：1、严格规定赡养人员探望老人的具体方式和频率次数。因特殊情况或者工作原因不能定期探望老人的，子女可通过网络视频、通讯电话等手段联系，了解独居老人的情感需求和精神状态，使其保持健康积极的老年心态。二是坚决打击富而不养、虐待老人、遗弃老人、限制老人等不良行为。对口头虐待或者限制独居老人人身自由的，按虐待罪处理。

需要注意的是，家庭成员是老年人长期照护服务的主要提供者。在城镇化和老龄化趋势下，年轻子女承受着沉重的供养压力。社会福利制度应适应家庭责任社会化政策，因此在制度安排上，政府应将养老政策与其他社会政策共同配套实施。例如，针对老年家庭，我国一些发达城市先后确立了子女带薪陪护假制度，所需成本费用由政府和企业共同承担。

### 5.2.2 弘扬尊老爱老文化，强化家庭养老功能

弘扬优秀传统文化对老龄化社会具有重要的现实要求。应该鼓励孩子住在附近，方便照顾他们的父母；对于因客观原因如工作、结婚不能住在附近的子女，应当敦促其通过电话等方式多与父母联系，要求他们每年安排时间回家乡照料独自在家的父母，及时了解老人的生活需要和情感需求；鼓励孩子常回家看看，缓解独居老人的孤独和寂寞心理。对不能住在附近，无法看望父母的孩子，通常情况下建议雇用专职陪护人员，如保姆。一方面，它可以解决日常生活中的困难，一方面，还能减轻老人的经济和心理负担。为扫清经济能力有限的外出务工人员回家探亲的障碍，民政部门可

以投入人力、物力、财力等。同时，为长远解决独居老人问题，政府要鼓励在外务工人员返乡就业创业，以此强化家庭养老保障功能，切实保障独居老人晚年生活质量。

作为主要福利输出单位，家庭精神支持对独居老人的重要性不言而喻，因此养老服务政策要以家庭为基础，构建社会保障支持体系。具体来说，可以对家庭成员和其他亲属进行专业照护培训，有利于赡养者及时有效为老人提供情感支持和保护。子女探视和问候独居老人的频率及与家庭成员关系的满意度直接影响独居老人的生活满意度，对老人的心理安慰功能较强。因此，家庭成员应该给予独居老人更多的心理关怀与精神慰藉。

### 5.3 以社区为辅助，实现独居老人精神养老服务体系建设优化

社区是老年人日常生活的基本场所，也是因地理位置原因与老年人接触最频繁的社会支持主体。由于缺乏子女和配偶的支持，独居老人更依赖正式的支持。因此，社区应发挥其潜在的价值作用。成熟的社区平台不仅可以实现规模化养老，而且能够协助落实养老规划和实施健康中国战略。因此，在社区工作中，应更加重视以民生为中心的社区建设，以帮助独居老人平稳地度过晚年。

总的来说，我国发达地区与欠发达地区发展极不均衡，城市和农村社区发展严重失衡。但是，城乡社区普遍存在缺乏自主权、财政权和力量微弱等不足。因此，政府为促进社区发展，加强对独居老人的社会支持，在社区建设方面进行了长期探索。许多一线城市进行了初步的尝试，取得了阶段性的制度成果。具有代表性的是广州市，针对全市 10 余万名独居老人颁布了十项新政策。但是，在欠发达地区和农村地区，社区并未得到良好的发展和建设，并且严重影响了公共服务和基础设施的落地与实施，制约了当地经济。为了改变这种状况，要尽快加强社区平台建设，同时完善社区管理体系，加大社区内部结构的治理力度。利用这一平台促进基本公共服务的进一步发展，为独居老人提供更舒适的养老和交流平台。社区在开展和组织一系列集体活动的同时，应为老人寻找新的情感寄托窗口，努力缓解老人孤独感，增强独居老人的幸福感和生活成就感。

#### 5.3.1 完善社区设施建设，丰富文化娱乐活动

随着我国综合国力的不断提升，人们的精神文化生活也日益丰富。老年群体的文化娱乐需求也与日俱增，特别是独居老人。然而，社区的文化和娱乐服务设施发展滞后。因此，为体现社区对于独居老人们的人文关怀与精神支持，社区应根据老人的实

际需要，建设实用的图书阅览室、健身活动中心等公共场地，还可以利用上门走访、社区广播、宣传报栏等方式宣传社区精神支持的理念和举措，提高老人以社会活动参与为代表的结构型社会资本，让独居老人真正理解社区在养老服务中发挥的功能与作用。

为丰富和充实老年人的文化娱乐生活，政府在社区平台设立帮扶小组，以促进养老服务基础设施的建设与发展。着力加强公益文化服务设施建设，如老年活动室等，以促进老年人的体育健身活动与沟通交流；在发展水平较高地区，可以成立老年培训班或者老年进修大学，组织老人学习书法、围棋、绘画等丰富精神生活；鼓励独居老人主动参与社区平台开展的社会活动与集体活动，缓解其内心的孤独与寂寞。为了让独居老人了解并熟悉养老相关政策法规，基层工作人员应安排固定时间组织老年人参加政策宣传讲座。进一步的，文化部门应该针对老年人定期举办老年艺术节和体育健身比赛，文化知识的学习不仅能够拓展独居老人的视野，还能够提升其认知能力和心智水平，极大的丰富他们的精神生活。

### 5.3.2 开办养老服务机构、引进专业人才队伍

我国专业养老服务机构数量较少，提供的产品和服务较为单一，不能充分满足独居老人的精神需求。并且，养老服务机构的建立和发展也存在诸多问题，如效率低下、缺乏资金等。国内机构养老的门槛也相对较高，排除掉许多真正需要帮扶的低收入独居老人。再加上社会养老的缺乏和自身发展的不成熟，使得独居老人的养老需求得不到满足。因此，应该尽快建立和完善城乡养老机构、养老院、护理院等互助养老服务，培养热爱老龄工作的志愿者和社会工作者，建立健全独居老人精神支持体系，为独居老人提供全方位、针对性的专业服务。

服务社区干部要学习掌握养老服务的理论知识和专业技术知识，并适时引入经验丰富的优秀养老服务团队或养老机构，为有需要的独居老人提供专业上门服务。此外，社区工作者应定期组织学习相关管理技能，提高管理能力和组织能力，并对服务机构进行整顿。基层政府应该加大对老年社会工作者的引进力度，并培训有工作意愿的失业人员进行针对性的专业教育培训，使他们具备社会工作者的基本能力与专业素质，更好的为提高独居老人的生活质量提供服务。

### 5.3.3 建立独居老人档案，定期组织慰问探望

完整的老年人信息档案必不可少，这是提供针对性的正式社会支持和非正式社会支持的基础与前提。由于独居老人的情况特殊，基层工作人员应根据每位老人的具体实际情况，采取针对性的养老方式，建立一对一档案资料，多角度全方位的掌握独居老人的社会支持状况。档案应包括独居老人的身体状况、健在子女个数、经济来源、独居原因、生活自理能力、与子女联系的频率以及心理精神状况。以便在遇到非常紧急的情况时，能够及时有效地通知他们的孩子。

同时，对独居老人实行档案管理，也有利于邻里、同乡等提供帮扶。在我国农村地区，因地缘关系，邻里间相互帮衬具有非常悠久的历史，这也为互助养老提供了文化依托和经验借鉴。年轻人外出务工原因，以及共同克服晚年生活困难的需要，促使农村老年人加强相互之间的沟通与联系。同时，因乡土情结强烈和外出行动不便，独居老人的流动性非常小，使得老人的生活环境较为封闭。由于共同的需要，村里老人之间的关系密切，从而在一定程度上保证了独居老人日常生活的需要。当附近的老人生活存在不便和困难时，其他家庭的年轻人和老人也会尽自己所能提供帮助。但是，这种帮助和照料并不具有确定性和长期性，不能从根本上解决独居老人的现实困境。因此，为帮助独居老人建立和完善更为严密和实用的养老支持网络体系，亟需强有力的外力发挥作用。譬如，把老人的养老相关档案信息及其子女居住地点、联系方式转化为社区内部人员常见易得的口袋信息，这样一旦老人遇到突发事件和危险情况，仍然可以及时有效的得到支持与帮助。

社区应该建立定期访问制度。与有家庭成员照料的普通老人相比，独居老人能够得到的情感慰藉和照护支持更微弱。所以，社区工作者应主要关注未婚、丧偶、无子女、与家人接触少的独居老人。然而，经过调查发现，部分独居的老年人在日常生活中更愿意自食其力、自力更生，而非主动寻求外界支援和帮助。因此，社区工作人员有必要和独居老人建立密切相关的联系，了解他们的基本生活状况，在一定程度上更多满足独居老人的精神需求。他们可以每周去给独自生活的老人做一些工作，比如当他们忙于务农时，社区干部可以去帮助老人。

## 5.4 以社会组织为补充，增强独居老人精神养老模式的活力

支持体系中的社会团体和社会组织可以为养老服务提供社会资源和资金，例如慈善机构、新闻媒体、企事业单位、老年活动团体和医疗机构可以提供资金、医疗、知识、舆论支持和关怀服务等，这些资源可以有效改变独居老人的生活环境。

### 5.4.1 整合社会参与力量，发挥社会组织优势

无论是政府还是市场，在公共物品供给和公共事务管理过程中，均存在缺漏之处。不仅长期存在效率低下的不足，而且还可能不利于社会效益的提升。由于“市场失灵”和“政府失灵”，需要第三方来弥补这一缺陷与不足，非正式组织便由此产生。非正式组织即为社会组织，作为政府的后备军，非正式组织完成了一些政府无力承担或无法承担的事情。相比政府和家庭，非正式组织为独居老人提供的养老服务和支持更为具体、深入和广泛，这也需要政府简政放权，给予社会组织更实质的鼓励与支持。在公共服务和公共事务管理方面，非正式组织在机制、效率、资源、偶然性这四个方面具有不可替代的优势和长处。他们可以为独居老人提供各种方面的养老支持与服务，比如，医疗康复、生活护理、物资支持等多种服务内容。

独居老人申请各种补贴时，需要多个部门盖章审批，是行动不便的老人最严重的障碍。对于独居的老人来说，他们经常因为麻烦而放弃申请。这主要是由于政府各部门之间缺乏有效的数据和信息共享机制。因此，一方面要鼓励和支持社会力量的参与和加入，积极引入第三方评估机制，社会的有效监督能够保证公开透明和提升政府办事效率；另一方面，政府办公机构和系统之间应实现信息资源共享，简化审批流程，为独居老人办理相关业务提供实质性便利。

### 5.4.2 推动人才队伍建设，培养专业技能人才

专业技能人才的非正式支持在独居老人的养老服务工作中起着至关重要的作用。当前，政府仍然是化解我国老龄化危机的主导力量，必须坚定不移的依靠政府的强效手段来进一步推动社会工作的落实与发展。具体来说，为了给社会工作者营造良好的社会氛围与工作环境，政府可以推出有利于社会工作这一领域发展的政策。政府通过财政投入为老年人社会工作的开展奠定坚实的物质基础，为社会工作者搭建养老服务工作平台提供工作场地。支持鼓励更多的社会工作专业高校毕业生成为专业的社会工作者，让他们利用所学对养老服务工作人员进行职业道德、专业知识以及工作方法的教育和培训。社会工作者需要在基层搜集独居老人养老服务的需求信息，进行归纳分析

和总结反馈，以提高政府专项补贴的有效性和针对性。此外，安排固定的社会工作者专门负责一定数量的独居老人，从而便于对社会工作者工作绩效的评估，督促社会工作者更加高质量、高效率的完成工作。

## 5.5 以政府为主导，推动独居老人精神养老模式的制度化

政府和国家拥有雄厚的财政力量和丰富的的社会资源，养老是社会化的问题，因此政府应该在独居老人的养老过程中充分发挥引领带动作用。当前，我国城乡和东中西部的养老保障水平不一致，精神支持状况不尽相同。发达的东部城市地区养老服务发展相对领先，农村和中西部地区的精神卫生保障水平较为滞后。政府是老年人社会支持的主导者，需要通过以下几个方面来提高独居老人的生活幸福感和健康水平。

### 5.5.1 奠定农村经济基础，提高老人福利标准

大力发展农村经济。独居老人的精神卫生问题有很大一部分原因是缺乏稳定的经济收入，从而导致认知退化和精神抑郁，这是影响其晚年生活水平的主要因素。经济发展是解决社会问题的根本途径，不断提高经济发展水平，是解决该问题的有效途径之一。

一方面，改善农村居民的经济水平和生活条件。政府引领带动发展农村经济，创造更多的工作岗位。如大力发展农村电子商务及物流行业、培育和支持乡村旅游业等服务业、扶持农产品形成产业链升级。随着农村经济的发展，大量年轻劳动者可以实现在当地增加收入的目标，不必外出工作，从而找到了解决农村独居老人无养老金和无人赡养问题的解决方案。

另一方面，推动社会力量参与农村发展。为了解决农村资金来源短缺的问题，政府应鼓励和支持更多的社会力量加入，通过多元化的资源资金供给方式助力发展。随着我国农村经济水平的提升，农村居民的物质生活和精神文化生活也会得到改善。相应的，社会保障体系的健全和社会支持力度的加大，也必将提高农村独居老人的幸福感、安全感和可获得感。以经济建设为中心的同时，国家也应关注老年人身心健康发发展，提升老人福利和保障水准，加大财政对社会保障的投入力度。

### 5.5.2 正确定位政府职责，整体设计养老体系

国家法律具有权威性、强制性以及稳定性，为保证独居老人获得支持的持续性与稳定性，政府要加快完善老年人宏观支持的相关政策和法律。各级政府部门必须认识

到独居老人精神养老问题对国家战略发展的深刻重大意义，明确出台帮扶老人的法律法规及相关政策，为独居老人精神养老社会支持模式提供法律依据和制度保障。

健全最低生活保障制度实施的法律及政策体系，将关于最低生活保障的行政法规和各种福利政策上升为具有普遍强制力的基本法律；定期对独居老年人的养老效果进行评估，实行定级分层补贴，提高独居老人津贴额度，逐步扩大覆盖范围和提高补贴水平，改善他们的养老支持现状；深入完善新型农村合作医疗制度，统一规定基层医疗单位的医药价格，定期派临床经验丰富的医生坐诊，制定关于心理精神疾病更为详细的规定，有效提升独居老人的安全感和可获得感。

在独居老人的社会支持供给中，仅依靠政府并不能充分满足其日益多样化的精神需求，应充分发挥基层社区、盈利组织、非营利机构、各级政府等各主体的功能与作用。一方面，政府部门仍应发挥引领带动的主导作用，做好顶层设计与制度安排，为其他参与主体营造公平公正的政策环境和制定合理有效的基本规则，完善我国独居老人的社会福利政策体系；另一方面，在以政府为主导力量的前提下，减少行政审批流程，坚持做到简政放权，以释放和增强基层社区、社会组织等参与主体的活力。另外，为了保证独居老人多元主体社会支持供给机制的实现，政府需要引领创建跨境共享的信息平台，以供其他支持主体进行合作与协商。

社会福利制度安排的重要目标之一是完善健全独居老人的多元主体社会支持网络体系——以老人需求为核心、家庭为基础、社区为辅助、社会组织和社会团体为补充、政府为主导。在老龄化日益严重的背景下，独居老人数量急剧膨胀，家庭的主要福利保障功能式微。但是，家庭在情感慰藉、日常照护等方面的功能与作用始终是无法替代的，促进家庭福利保障功能的充分发挥是政府和国家不可推卸的责任。对此，政府需要制定长远规划，做好养老体系的顶层设计，以满足独居老人的基本养老服务需求。针对没有法定赡养人员的独居老人，政府应该借助社会力量，主动承担起赡养责任，不能忽视他们的精神养老问题。

## 结论及进一步研究方向

在人口老龄化加剧、城镇化加速发展的背景下，我国独居老人的数量在不断攀升，规模在不断扩大。我国是世界上老龄化问题最严重的国家之一，同时也是最大的发展中国家，因此不能仅关注独居老人的物质赡养，他们的精神健康问题也亟需重视。关注我国独居老人的精神健康状况和社会支持情况，是实现积极老龄化和健康老龄化的重中之重，也是保障社会弱势群体生存权利和维护社会公正的应有之义。在城市化不断加快过程中，独居老人精神慰藉需求远比物质需要更难满足。而目前学界对于我国独居老人精神养老问题仍缺乏足够重视，因此关注这类特殊困难群体的养老问题具有深远的现实意义。

本文以 CHARLS 报告中我国独居老人为研究对象，通过实证分析对独居老人进行深入研究，主要以老人的精神卫生状况来反映独居老人的精神养老现状，最后通过正式支持与非正式支持主体的多元协同联动，来构建我国独居老人的精神赡养体系。研究发现，随着经济的发展和生活水平的提高，老年人的健康需求更多样化，个体特征、家庭和社会因素对独居老人的养老支持和精神健康有着显著影响，主观能动性和客观支持对其精神健康均发挥着重要作用。制度安排和保障体系的落实与完善是一个复杂、艰巨的过程，需要综合考虑多方因素，如社会因素、经济因素和文化因素等，政府应以正式的与非正式的支持力量为抓手，推动独居老人社会福利体系的建成与发展。

但是，因受限于数据设计和编程技术原因，本文并未采用新近数据对研究问题进行分析论证，也并未找到合适的工具变量。在本研究的设计过程中，曾考虑过将“子女居住距离”、“健在子女性别”作为自变量，但因其工具性和可获得性不强而放弃，因此本研究展望如下：首先，进一步优化研究模型，提高研究结论的普适性和可信度；其次，利用编程技术和面板数据，解决研究过程中存在的内生性问题；最后，为了避免遗漏变量所产生的误差，更为慎重选取研究变量。数据来源于综合性的大型追踪调查，内容主要为 45 岁及以上的中老年人健康与养老状况，而非专门针对独居老人的调查，问卷设计具有一定局限性；缺少定性访谈资料，定量资料很难全面反映我国独居老人存在的现实问题。

## 参考文献

英文文献：

- [1] CAMERER C. F. Behavioral game theory [M]. Princeton University Press, 2003.
- [2] Cronin, J. Joseph, Taylor, Steven A. Measuring service quality: A reexamination and extension.[J]. Journal of Marketing, 1992, 56(3):55-68.
- [3] CANLAN G. Support system and community mental health[M]. New York:Basic books,1974.
- [4] COBB S. Social support as a moderator of life stress[J]. Psychosomatic Medicine,1976, 38(5): 300-314.
- [5] CAMERER C. F. Behavioral game theory [M]. Princeton University Press, 2003.
- [6] CANLAN G. Support system and community mental health[M]. New York:Basic books,1974.
- [7] COBB S. Social support as a moderator of life stress[J]. Psychosomatic Medicine,1976, 38(5): 300-314.
- [8] HOUSER B.B, BERKMAN S L, BARDSLEY P. Sex and birth order differences in filial behavior[J]. Sex Roles, 1985, 13(11-12): 641-651.
- [9] HUGO G. Effects of International Migration on the Family in Indonesia[M]. APN Workshop on Migration and the Family in a Globalizing World. Singapore. 2001.
- [10] RABIN M. Incorporating fairness into game theory and economics[J]. The American Economic Review, 1993, 83(5):1281-1302.
- [11] SAHLINS M. Stone age economics [M]. New York: Aldine deGruyter, 1972.
- [12] SPARROWE R.T, LIDEN R.C. Process and structure in leader-member exchange[J].Academy of Management Review,1997, 22(2): 522-552.

中文文献：

- [1] 曹文静,吴家俊,曾能娟,曹南林,谢飞,李春艳.湖南省贫困县慢性病空巢老人焦虑、抑郁情绪与生活质量的相关性研究[J].护理研究,2020,34(05):784-788.
- [2] 曹阳春,宁凌.农村空巢老人慢性病患病状况及其影响因素[J].中国老年学杂志,2020,40(04):866-869.

[3] 胡月琴,王兰爽.北京地区社区空巢老人社会交往与认知能力的关系[J].中国老年学杂志,2020,40(04):884-887.

[4] 罗明辑,陈凌珠,庄天慧.农村空巢老人多维贫困测度及影响因素研究[J].中国农业资源与区划,2020,41(01):278-288.

[5] 宁凌,张静,曹阳春.农村空巢老人社会适应现状——基于安徽省太湖县的实证研究[J].中国老年学杂志,2020,40(02):425-428.

[6] 唐莉,程红梅,雷彬,米拉依,胡莹.不同养老模式下老年人社会支持现状[J].中国老年学杂志,2020,40(06): 1328-1331.

[7] 李强,徐刚,张震.城市高龄独居老人的孤独感及其影响因素研究[J].华东师范大学学报(哲学社会科学版),2019,51(03):160-171+177.

[8] 杨晓蕾,慈勤英.居住方式对贫困老年人口社会支持的影响研究[J].兰州学刊,2019(10):181-193.

[9] 陈瑜.上海市独居老人卫生服务利用与满意度[J].中国老年学杂志,2018,38(19):4792-4795.

[10] 张持晨,赵慧宁,郑晓,靳珍珍,潘晓洁.中国空巢老人领域研究现状及热点[J].中国老年学杂志,2018,38(02):421-424.

[11] 许琪.居住安排对中国老年人精神抑郁程度的影响——基于 CHARLS 追踪调查数据的实证研究.社会学评论 2018-07-20.

[12] 孙晓艳,余灿清,李立明.空巢老人抑郁症及其影响因素研究进展[J].中国公共卫生,2018,34(01):153-156.

[13] 王昭茜,翟绍果.老年人精神健康的需求意愿、影响因素及社会支持研究[J].西北人口, 2018,39(05): 103-111.

[14] 陈习琼,林登凯.云南省曲靖市麒麟区高龄独居老人的社会支持[J].中国老年学杂志,2017,37(04):991-993.

[15] 戴建兵,李琦.城市中高龄独居老人自理能力与社区养老服务依赖性分析[J].社会保障研究,2017(04):36-44.

[16] 候蔺,严予若.中国农村空巢老年人精神养老问题研究[J].老龄科学研究,2017,5(04):44-54.

[17] 王磊.中国独居老年人及其养老问题分析——基于 2000、2010 年全国人口普查汇总数据的初步考察[J].老龄科学研究,2017,5(07):32-41.

[18] 阎迎黎.社会参与与视角下农村独居老人的社会支持体系研究[D].南京大学,2017.

[19] 张霞; 杨一帆.我国中老年人精神健康的影响因素研究——基于 CHARLS 数据的实证分析,老龄科学,2017-02-25

[20] 边恕,黎蔺娴,孙雅娜.社会养老服务供需失衡问题分析与政策改进[J].社会保障研究,2016(03):23-31.

[21] 陈芳.苏北农村老年人精神赡养的社会支持网[J].中国老年学杂志,2016,36(14):3585-3587.

[22] 曹杨,徐向文,王一笑.空巢老人养老需求与代际支持的比较分析[J].调研世界,2016(10):53-61.

[23] 熊跃根,黄静.我国城乡医疗服务利用的不平等研究——一项于 CHARLS 数据的实证分析[J].人口学刊,2016,38(06):62-76.

[24] 陈习琼.中国独居老年人问题研究现状[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6624-6626.

[25] 杜海霞,刘冰.城乡社区独居老人社会支持情况及养老服务探讨[J].中国全科医学,2015,18(10):1188-1191.

[26] 黄加成.中国老龄化社会独居老人研究进展[J].中国老年学杂志,2015,35(23):6954-6956.

[27] 龙吾兵.中国老年人口精神慰藉的现实矛盾及支持系统构建[J].中国老年学杂志,2015,(06).

[28] 朱浩,易龙飞.社会保险对城乡低龄老年人再就业的影响——基于 CHARLS 数据的实证分析[J].西北人口,2015,36(03):53-58.

[29] 朱海龙,欧阳盼.中国人养老观念的转变与思考[J].湖南师范大学社会科学学报,2015,44(01):88-97.

[30] 高翔.老年人精神需求研究综述[J].老龄科学,2014,2(02):61-68.

[31] 李芳,李志宏.农村空巢老年人权益保障的策略选择——城镇化视域中的再思考[J].社会保障研究,2014(03):51-55.

[32] 宋月萍.精神赡养还是经济支持:外出务工子女养老行为对农村留守老人健康影响探析[J].人口与发展,2014,20(04):37-44.

[33] 王中华,李湘君.老年慢病家庭灾难性卫生支出影响因素及其不平等分析[J].人口与发展,2014,20(3).

[34] 张文娟, 魏蒙 . 城市老年人的机构养老意愿及影响因素研究——以北京市西城区为例 [J] . 人口与经济, 2014 (6) : 22-34

[35] 胡莹.论多维视角城市空巢老人精神健康[J].湖北社会科学,2013(08):55-57.

[36] 秦俭.农村独居老人养老困境及其化解之道——以社会支持网络理论为分析视角[J].湖南社会科学,2013(03):109-112.

[37] 孙鹃娟,张航空.中国老年人照顾孙子女的状况及影响因素分析[J].人口与经济,2013,(04).

[38] 石金群,王延中.试论老年精神保障系统的构建[J].社会保障研究,2013,(02).

[39] 谭英花,史健勇,于洪帅,朱蓉.城市独居老人精神慰藉的社会支持体系分析[J].劳动保障世界(理论版),2013(04):14-16.

[40] 许琳, 唐丽娜 . 残障老年人居家养老服务需求影响因素的实证分析——基于西部六省区的调查分析 [J] . 甘肃社会科学, 2013 (1) : 32-37.

[41] 吴敏,李士雪,Ning Jackie Zhang,朱媛媛,宁博,Thomas Wan,Lynn Unruh.独居老年人生活及精神健康状况调查[J].中国公共卫生,2011,27(07):849-851.

[42] 左冬梅, 李树苗, 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 (1) : 25- 31.

[43] 贺静.农村独居老人的社会支持分析[J].重庆科技学院学报(社会科学版).2010(02)

[44] 伍小兰.农村老年人精神文化生活的现状分析和政策思考 [J]. 人口与发展,2009,15(04):70-75.

[45] 王武林.农村老年人居住方式与生活质量研究——以贵州为例[J].贵州大学学报(社会科学版),2009,27(05):84-91.

[46] 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.

[47] 宋璐,李树苗,李亮.提供孙子女照料对农村老年人心理健康的影响[J].人口与发展,2008,(03). ]

[48] 风笑天.从“依赖养老”到“独立养老”——独生子女家庭养老观念的重要转变[J].河北学刊,2006(03):83-87.

[49] 姚引妹.经济较发达地区农村空巢老人的养老问题——以浙江农村为例[J].人口研究,2006(06):38-46.

- [50] 杜鹏,丁志宏,李全棉,桂江丰.农村子女外出务工对留守老人的影响[J].人口研究,2004,(06).
- [51] 穆光宗.老龄人口的精神赡养问题[J].中国人民大学学报,2004(04):124-129.
- [52] 张友琴.城市化与农村老年人的家庭支持——厦门市个案的再研究[J].社会学研究,2002(05):112-118.

## 附录

符号对照表	
符号	符号名称
female	女性
HK	户口类型
EDU	学历水平
HEALTH	健康状况
MAR	婚姻状况
sleep	睡眠质量
Zng	与子女关系满意与否
sj	社交与否
yb	是否参加养老保险
ylbx	是否参加医疗保险
bz	是否获得补助
Db	是否获得最低生活保障

## 攻读硕士学位期间取得的科研成果

参与科研项目

[1]教育部人文社会科学研究一般项目.基于国家经济安全背景下社会保障机制创新研究

## 致 谢

时光飞逝，三年前我有幸进入西北大学学习，而今我的学生时代也即将画上句号。作为一名跨专业研究生，我在学习期间遇到了很多困惑，但是在老师及同学的帮助下，也掌握了本专业的基础理论知识和思维方法，使今后的学习与工作受益匪浅。

首先，我要衷心的感谢我的导师朱楠老师。在朱老师耐心指导和不懈鼓励下，完成了论文的构思、开题、撰写、以及最后的定稿。这三年的学习生涯中，朱老师不仅用严谨的教学态度、精益求精的治学精神来教导我，而且给与了我很多生活和工作上的关心与指导。在论文的撰写过程中，朱老师总是很及时地回复我的消息，不但对我的论文提出很多建设性意见，而且还耐心的回答我的每个疑问，从论文的构思、框架到论文的内容反复帮我修改，直到论文的最终定稿。能够成为朱老师的学生是我的荣幸，在此我要对我的导师表达感激之情。

同时，本论文的完成也要感谢院里其他老师的关心与支持。在此要感谢社会保障系的席恒老师、翟绍果老师、许琳老师、吴玉锋老师以及研究生秘书邢莉老师在我学位论文开题及定稿期间所提出的宝贵意见，以及在研究生课程学习中对我学术上的指导和帮助。

当然，我要感谢我的父母，感谢您们对我一直以来无怨无悔的付出，您们永远是我前进的动力和坚强的后盾。临近毕业，我会用自己的实际行动更加努力的奋斗去回馈您们的养育之恩。

最后，向在百忙之中评审本文的各位专家学者、参加答辩的各位老师表示衷心的感谢。