

# 中国婴儿死亡率控制： 地区差异、实证分析与政府干预

聂富强 宋国军

**【摘要】** 中国婴儿死亡率地区分布不均衡,呈现出从沿海到内地再到边远地区依次递增的特征。文章利用调研所搜集到的1996~2002年数据,运用PANEL DATA对中国各地区婴儿死亡率的影响因素进行实证分析。分析结果表明,只有农业人口占总人口的比例、固定电话拥有率和住院分娩率对中国各地区的婴儿死亡率均有显著影响,其他影响因素则只对部分地区的婴儿死亡率有显著影响。

**【关键词】** 婴儿死亡率 分层抽样 PANEL DATA 政府干预

**【作者】** 聂富强 西南财经大学统计学院,副教授;宋国军 西南财经大学统计学院,硕士研究生。

## 一、引言

控制和降低婴儿死亡率既是改善和增进人民福利的内在要求,又是中国人口与社会发展的重要内容。国外有许多专家、学者对婴儿死亡率的影响因素及如何降低婴儿死亡率进行了研究。Stephen D. Younger(2001)评估了一个跨国模型,通过使用增长回归方法来解释婴儿死亡率降低的原因,得出医生、护士、医疗设施等健康管理措施对于婴儿死亡率的降低并没有显著影响的结论。阿马蒂亚·森(2002)在国别研究基础上区分了两种迅速降低死亡率的成功类型,分别称作“增长引发”和“扶持导致”的过程。Bas van der Klaauw 等人(2004)通过构建概率模型和印度乡村数据的实证分析,得出通过改善妇女教育来提高人力资本水平,可以降低婴儿死亡率的统计结论。而国内这方面的研究较少,且资料太过陈旧;定性研究多,定量研究少;简单描述统计分析的比较多,而统计推断方法应用的比较少;侧重于总体研究的多,区域研究的少(李琼,1994;盛来运,1994;任怀桂、郭燕君,1994;林良明等,1996;钱建明、张强,1997;邓维,2000)。相对而言,国外对“三率”影响因素的研究比较透彻、具体,分析的视角也比较多,主要结论有:(1)影响“三率”的因素是多样化的,其传递机制也较为复杂;(2)不同时期、不同国家或地区影响因素有所不同,且变异性较大。这一方面为中国“三率”问题的研究提供了理论和方法上的借鉴与参考,但另一方面,也要求对处于转型期的中国而言,进行“三率”影响因素分析必须考虑到影响因素的复杂性和传导机制的特殊性。

我们认为,婴儿死亡率受到来自社会、经济、文化、教育和卫生等多种因素的影响和制约,各种因素关系错综复杂,加之中国是一个幅员辽阔、民族众多的国家,不同地区国民经济和社会发展水平很不平衡,因此,任何单一视角的分析都难免有失偏颇。本文拟在相关资料收集与初步分析的基础上,从社会、经济、文化、教育和卫生等方面多视角的对中国各地区婴儿死亡率的影响因素进行实证分析。

## 二、中国各地区婴儿死亡率影响因素的实证分析

### (一) 资料的收集与整理

本文分析的依据除正式公布的资料<sup>①</sup>外主要有三:(1)监测点<sup>②</sup>基础数据。根据1996~2002年116个监测点婴儿死亡率数据和活产漏报率对数据漏报情况进行校正,并基于城乡人口比重对分地区婴儿死亡率进行了加权校正。(2)监测点相关数据。通过问卷调查,收集全国116个监测点从1990~2002年与婴儿死亡率相关的各种社会、经济、文化、人口和卫生等方面指标,并由此推算分地区指标。(3)典型案例访谈。在全国116个监测点选择15个点实施现场访谈调查。仍按分层方法进行,抽样过程与三类地区六类市、县在监测点中的比例大体一致,同时也注意了对中国中西部农村地区的重点调查。通过对典型监测点自上而下的访谈,获得了大量来自各级政府、医疗机构、孕产妇与死亡婴儿家庭的信息。

### (二) 中国婴儿死亡率及其变化趋势

2003年中国婴儿死亡率为25.5‰,与1991年相比,中国婴儿死亡率下降了24.7个百分点。总体来看,1996~2003年中国婴儿死亡率呈下降趋势(见图),但下降速度比较缓慢。

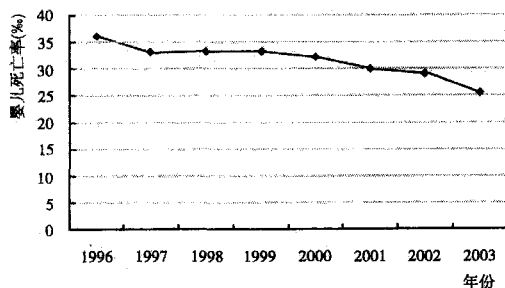


图 1996~2003年中国婴儿死亡率变化趋势图

资料来源:根据卫生部网站(<http://www.moh.gov.cn>)公布数据整理。

从城乡来看,中国婴儿死亡率水平差距很大。2003年农村婴儿死亡率为28.7‰,是城市(11.3‰)的2.5倍;从东、中、西部区域划分来看,地区之间也存在很大差距。2003年,西部地区的婴儿死亡率要比东部高出两倍多。地区差异大与边远地区婴儿死亡率水平高、下降慢,构成新时期中国婴儿死亡率变化的主要特征。

### (三) 模型的建立与实证

根据调研,获得反映社会、经济、文化、教育和卫生等方面的指标41个。经过预处理,保留农业人口占总人口的比重、人口密度、人均GDP、

地方财政支出占GDP的比例、农民人均纯收入、固定电话拥有率、广播电视覆盖率、教育经费占GDP的比重和住院分娩率9个指标,以反映各地区婴儿死亡率的影响因素。

由于搜集到的婴儿死亡率的时序数据比较短(1996~2002年共7年的数据),截面数据信息比较丰富,采用一般的计量经济模型无疑会给模型的设定及参数的估计带来困难,而PANEL DATA则能很好地解决这一问题,故在对中国各地区婴儿死亡率进行研究的时候采用这一模型。PANEL DATA有两种模型,即固定效应模型和随机效应模型。对模型的检验可以采用单项效应检验或双向效应检验。单项效应检验是在假设时间和截面特性中的某一个没有差异的情况下对另一个进行的检验,双向效果检验则同时对两方面的影响进行检验。前面已经介绍过,数据资料的收集采用的是分层抽样方法,故可以采用随机效应模型来研究,同时为了方便起见,本研究采用单项效果检验。根据上面的分析,可以将模型设为: $y_{it} = \mu + x_{it}\beta + \alpha_i + u_{it}$ 。其中 $\alpha_i$ 为模型中被忽略的反映个体差异变量的影响,同时假定它与随机干扰项 $u_{it}$ 一样是随机变量。

① 主要来源于《中国统计年鉴》、《中国卫生统计年鉴》及相关的政府网站。

② 这里之所以与林良明等(1996)监测点数量不同,主要是因为1991~1995年,儿童死亡监测覆盖了全国81个市、县部分地区,约855万人;1996年实施“三网合一”方案,监测点扩为116个市、县的部分地区,覆盖1200余万人。

运用 Eviews 软件分别对中国各地区婴儿死亡率影响因素参数进行估计,估计结果见表。

表 中国各地区婴儿死亡率影响因素

	沿 海	内 地	边 远
常数	3.3464(3.6967)	47.8966(3.6410)	72.9945(3.1764)
农业人口占总人口的比例	30.1728(3.9421)	23.2953(2.0066)	16.7484(1.6606)
人口密度			-0.0529(-1.9880)
人均 GDP	-0.0001(-1.5943)	-0.0071(-2.1492)	
地方财政支出占 GDP 的比例		-30.1215(-1.6982)	-5.1703(-2.4247)
农民人均纯收入		-0.0025(-2.1022)	-0.0055(-2.4043)
固定电话拥有率	-0.0286(-1.6953)	-0.0279(-2.2902)	-0.1718(-2.3797)
广播电视覆盖率		-0.2299(-2.7628)	
教育经费占 GDP 的比重		-0.0817(-2.2900)	
住院分娩率	-0.0926(-3.5832)	-0.0507(-2.5083)	-0.2661(-2.2169)
观察值	25	43	26
调整 $R^2$	0.2631	0.3137	0.2014
DW	1.7939	1.9751	1.8612

注:(1)本表没有给出随机效应的具体值,其中括号内为 t 统计量。(2)由于部分监测点数据缺失严重,在这里仅对沿海、内地和边远地区分别保留的 25、43 和 26 个监测点进行分析。(3)数据主要来源于《中国卫生统计年鉴》、全国妇幼卫生监测点,还有一部分数据通过典型案例访谈的方式得到。

总的来看,农业人口占总人口的比例、固定电话拥有率和住院分娩率对中国各地区的婴儿死亡率有显著影响,其他影响因素则只对中国部分地区的婴儿死亡率有显著影响。下面结合从全国 116 个妇幼卫生监测点中按照分层抽样方法选取的 15 个监测点实施现场访谈调查所获得的资料,对实证结果进行更为详尽的分析和讨论。

#### (四) 实证结果分析

1. 经济发展。经济发展水平是影响婴儿死亡率的一个重要因素,计量经济模型中反映经济发展水平的参数也证明了这一点。表中沿海、内地和边远地区的常数项分别为 3.3464、47.8966 和 72.9945,这里常数项表示截面效应,也就是对婴儿死亡率的影响呈现出从沿海到内地再到边远地区依次递减的趋势,这与前面的分析是一致的,同时,这也与国别研究所表明的高经济增长通常与较低的婴儿死亡率水平相伴随的规律是吻合的。计量经济分析还表明,农业人口占总人口的比例和人均 GDP 也对婴儿死亡率有影响。其中,农业人口占总人口的比例对中国各地区的婴儿死亡率均有影响,沿海、内地和边远地区的影响呈递减趋势,提示可以从优化产业结构的角度来降低中国的婴儿死亡率,而且优化产业结构政策所带来的政策效果从沿海到内地再到边远地区依次递减。人均 GDP 则仅对沿海和内地婴儿死亡率有影响,影响系数分别为: -0.0001 和 -0.0071,显示可以通过发展经济来降低这两个地区的婴儿死亡率。人均 GDP 之所以对边远地区影响通不过显著性水平检验,可能与边远地区经济落后、交通条件差、卫生服务状况差及体制因素有关,具体原因有待于进一步的考查。地方财政支出占 GDP 的比例对内地和边远地区的影响系数分别为 -30.1215 和 -5.1703,提示可以从扩大政府财政支出角度来降低这两个地区的婴儿死亡率。

2. 居民收入。妇幼卫生准公共产品性质要求其供给实行政府提供与市场收费相结合的制度。妇幼卫生的市场取向使城乡居民在妇女生育及儿童疾病治疗方面承担了相当部分的个人支付,因此居民家庭收入的高低成为妇幼卫生需求和服务的影响因素。同时,收入分配的地区差距、城乡差距、贫困阶层人口与高收入阶层人口的差距,有生育保障人口与尚需救助的人口之间的差距,导致获取基础性妇幼卫生需求的不平等。相对而言,在沿海地区,由于经济基础较

好,财力有保证,居民收入稳步增加,应对妇幼卫生的市场制度安排能力较强。而在边远地区,广大农村人口尤其是在贫困妇女和少数民族妇女中,因收入水平低下,且增收难度较大,在家庭支出中用于妇幼保健的开支极少,难以支付妇幼卫生机构从产前检查、生产及相关医疗的高额费用。于是,减少检查、在家生产及有病不治便成为这类妇女人群生育方式的无奈选择。调查发现,产前检查次数少、在家接生是导致婴儿死亡的一个重要原因,而这又与需支付高额生产费用导致“生不起”紧密相连。内地则正好处于沿海与边远地区两者之间的过渡地带,也是有望通过增加农民人均纯收入来降低婴儿死亡率的地区。计量经济模型中对沿海地区的影响系数不显著,而对内地和边远地区的影响系数分别为-0.0025和-0.0055,证实了这一判断。

3. 宣传教育。计量经济模型表明,反映宣传教育的影响因素(教育经费占GDP的比重和广播电视覆盖率)仅对内地婴儿死亡率有影响,其系数分别为-0.0817和-0.2299。对于沿海地区而言,科技文化已经比较发达,广播电视覆盖率高,人们比较容易从外界接收到信息,教育经费占GDP比重和广播电视覆盖率对婴儿死亡率影响不是很显著。但就边远地区而言,宣传教育因素影响不显著可能与指标的选择有关,用教育经费占GDP比重和广播电视覆盖率作为反映宣传教育的指标过于笼统,而用妇女接收宣传教育的程度这一指标要更为恰当一些。调查显示,妇女接受宣传教育的程度是影响婴儿死亡率的重要因素。一般来讲,妇女受教育程度达到初中以上的,其自我保健与防护意识较强,从而有助于降低婴儿死亡率。相反,在西部贫困地区,如四川汶川、贵州平塘、甘肃康乐等地区,初中以下文化程度的农村孕产妇自我认知能力明显低下,医学知识贫乏,并大多排斥在政府所办的妇幼保健机构或医院生产,而选择在家由乡村医生或“接生婆”接生,从而增加了婴儿死亡发生的风险。

4. 卫生资源。现行的财政管理体制决定了大量的医疗卫生资源配置呈现从沿海到内地再到边远地区逐级递减的格局。在中国,现行的妇幼卫生资源利用的市场取向使需求倾向于居民家庭收入水平与支出偏好。就地区而言,沿海和内地由于经济相对发达,城乡居民收入增长较为稳定,卫生服务的有效需求相对充分,因此,卫生资源服务利用效率较高。而边远地区居民尤其是农村居民收入增长滞缓。由于贫困和缺乏社会保障,低收入人群不能享受必要的基本医疗和保健服务。在婴儿死亡率发生较高的贫困地区农村,妇幼卫生服务利用较低、住院分娩率低带来较高的婴儿死亡率。此外,调查还发现,计划生育政策的配套缺失是造成目前高婴儿死亡率的一个值得关注的因素。某些地区计划生育部门要求有“准生证”才能接生,如果妇幼保健部门提供计划外接生服务,则面临罚款处罚。计划外生育主要发生在贫困人群中,贫困妇女不敢住院分娩,也不能享受正常的保健服务,从而造成住院分娩率低、死亡率高。这一问题应引起高度重视。从计量经济模型结果来看,沿海、内地和边远地区的住院分娩率影响系数分别为-0.0926、-0.0507和-0.2661,印证了这种情况。因此,边远地区住院分娩率的提高对降低该地区的婴儿死亡率有显著作用。

5. 通讯、自然、文化观念等。计量经济模型实证结果表明,人口密度也是影响边远地区婴儿死亡率的一个重要因素,边远地区地广人稀,很难形成一种聚集效应,尤其是贫困山区和少数民族聚居地区,人们生活在相对封闭的环境中,受教育水平低、信息不畅,加之民族地区与妇女生育有关的观念、习俗及特殊的宗教信仰等,减少了对政府配置的妇幼卫生资源的利用,迷信和恪守在家生产的传统戒律是造成这些地区婴儿死亡率居高不下的原因之一。另外,固定电话拥有率也对中国各地区婴儿死亡率有显著影响,影响系数呈现出依次递减的趋势(见表)。比较影响系数,可以发现,固定电话拥有率对沿海和内地影响系数区别不大,而对边远地区的影响系数要明显大于上述两个地区。

### 三、政策干预与体制创新

始于 20 世纪 70 年代末 80 年代初、以“放权让利”为特征的体制改革和制度变迁,经过 20 多年的探索与修正,于 90 年代中后期逐步建立起社会主义市场经济的体制架构,取得了经济的高速增长。同时,人文发展状况如教育、卫生、社会保障等关系人民福利的指标虽有改善,但进展缓慢,形成了经济增长“一枝独秀”、社会发展相对滞后且地区发展极不平衡的局面。关于中国婴儿死亡率与经济增长关系的研究表明,从 90 年代中期开始,婴儿死亡率的降低开始从“增长引发”转向“扶持导致”路径,政府干预已经成为中国进一步降低婴儿死亡率水平的内在要求。本文分析表明,影响边远落后地区婴儿死亡率下降的因素复杂,且多具有长期性,是制约中国实现《中国儿童发展纲要(2001~2010 年)》目标的“瓶颈”,按照既定的演进路径将很难完成全球目标要求<sup>①</sup>。因此,要在未来有限的 5~10 年内使中国婴儿死亡率水平大幅度降低,在很大程度上将取决于政府尤其是各级地方政府对这一问题的重视程度、决心大小、投入力度与改革措施。

中国目前和今后一段时期将面临进一步降低婴儿死亡率的重要机遇和有利的人口社会环境。“小康”目标的确立、科学发展观的树立、对“三农”问题的重视、西部大开发战略的实施及多种妇女儿童权益保障项目的持续运行,无疑将有利于实现城乡间和地区间经济社会全面协调发展,并有助于中西部贫困地区和农村地区婴儿死亡率的进一步降低。面对全球目标的挑战,政府应真正树立起“以人为本”、全面协调可持续发展的科学发展观和正确的政绩观,真正将维护妇女儿童健康权益、促进妇女儿童发展作为己任,进一步强化政府公共服务职能,为妇幼卫生这种特殊的准公共品提供公共服务并提高在公共资源配置中的地位;强化中央政府公共卫生干预职能,实现地区间妇女儿童基本医疗卫生资源的平等占有;在经济建设中增加女性人力资本投资,直接投资于妇女和儿童。并以经济发展条件为主要依据,兼顾资源比较优势、地理环境因素及卫生资源配置的历史与现实,结合目前婴儿死亡率的水平,把边远落后地区作为财政与卫生资源分配重点支持的优先领域。

按照新制度经济学分析框架(道格拉斯·C·诺斯,1994),政策与体制均属于制度的范畴。相对而言,政策是短期的,而体制则更具有中长期性质。短期来看,我们基于调研与分析提出的针对性的政策措施,本身就是一个取决于政府态度的可行选择集。如对边远落后地区进一步加大财政转移支付力度,提高妇幼卫生和教育开支比重;在这些地区恢复村医工资制度,像保证教师工资一样保证乡村医生的基本收入;在经济非常落后、婴儿死亡率水平极高的地区实行孕产妇免费住院分娩;取消没有“准生证”妇幼机构不能接生的政策;依托县级医疗机构在高寒山区和牧区建立医疗救助小分队,并配备必要的交通工具和医疗设备;倡议全社会资助建立“婴儿生命工程”,将资金直接用于提高住院分娩率;将降低婴儿死亡率纳入各级政府政绩考核目标等等。从中长期来看,我们认为,在政府主导的渐进式改革过程中,如何解决相关体制间的摩擦与掣肘,适时进行体制创新,从提高体制效率的角度保证政策效果最大化的实现才具有更为深刻的意义,也才能够从根本上保证婴儿死亡率水平降低的可持续性。

政府体制创新牵涉面较广,择要而言:一是对边远落后地区妇幼卫生和教育服务支出的增加要求改革目前财政以县乡负担大部分责任的支出管理体制,按照中央、省(市)、县共同负责,

<sup>①</sup> 2001 年 5 月,国务院颁布的《中国儿童发展纲要(2001~2010 年)》中提出,到 2010 年中国婴儿死亡率在 2000 年基础上下降 1/5。2002 年 5 月,《联合国第二十七届特别会议特设全体委员的报告》中提出,2010 年婴儿死亡率在 2000 年基础上均下降 1/3 的全球目标。

以省为责任主体的财政支出制度安排妇幼卫生的支出,以更好地体现妇幼公共卫生产品由中央和省级政府负责的正确观念,并在财政制度设计与财政支出管理上真正与国际惯例接轨。二是农村交通建设、基础教育、社会保障体系和公共卫生体系建设等,要求改变长期形成的农村基层政府直接干预农村经济发展和农业生产的行政命令方式,配合公共财政体制的建立,逐步将工作重心转向为农村经济发展和农业生产及农民生活提供公共服务管理和创建良好外部环境的轨道上来。三是将当前改革和建设的重点放在边远落后地区农村三级保健网,尤其以网底建设为重中之重。卫生经费投入应该向网底倾斜,增加乡村卫生基础设施建设和设备投入,加强乡村卫生技术人员培训,提高卫生服务能力。要把预防和妇幼保健工作纳入乡村医生的职责范围,要求其承担责任和义务,并建立起约束机制。四是在农村尽快建立健全农村合作医疗及其他社会保障制度,使农村孕产妇和婴幼儿能接受到必要的疾病救治服务。此外,在边远和西部欠发达地区农村,农村合作医疗在筹资方面的缺口应由各级政府来承担,包括妇幼保健在内的预防保健服务也应由政府免费提供。五是建立妇幼卫生与计划生育两个系统的协调机制,做到职责明确、优势互补,资源共享,各尽其职。在乡级应将计生资源和卫生资源合理整合,充分利用现有资源的价值。建议专题研究将计划生育部门和卫生部门重新合并的可行性。此外,在城市化进程中出现的部分发达城市因流动人口增加而导致的婴儿死亡率反弹情况,迫切要求改革现有的劳动就业体制和户籍管理体制,为城市流动人口妇幼保健与子女教育问题的解决提供制度保证。

#### 参考文献:

1. 阿马蒂亚·森(2000):《以自由看待发展》,中国人民大学出版社。
2. 邓维(2000):《广州、北京、上海三大城市死亡水平的对比分析》,《南方人口》,第3期。
3. 道格拉斯·C·诺斯(1994):《制度、制度变迁与经济绩效》,上海三联书店。
4. 李琼(1994):《贫困地区经济与人口健康》,《西北人口》,第4期。
5. 李子奈、叶阿忠编著(2000):《高等计量经济学》,清华大学出版社。
6. 林良明等(1996):《1991~1993年中国婴儿、5岁以下儿童死亡水平及趋势分析》,《人口研究》,第4期。
7. 钱建明、张强(1997):《全国少数民族婴儿死亡率趋势分析》,《人口研究》,第4期。
8. 任怀桂、郭燕君(1994):《中国婴儿死亡率的社会经济因素定性分析》,《山西统计》,第9期。
9. 盛来运(1994):《中国婴儿死亡率现状及影响因素分析》,《人口与经济》,第5期。
10. 国家统计局:《中国统计年鉴》(1996~2003),中国统计出版社,相应年份。
11. 卫生部:《中国卫生统计年鉴》(1996~2003),中国协和医科大学出版社,相应年份。
12. Bas van der Klaauw and Limin Wang(2004), Child Mortality in Rural India, *World Bank Working Paper*.
13. Stephen D. Younger(2001), Cross-Country Determinants of Declines in Infant Mortality: A Growth Regression Approach, Food and Nutrition Policy Program.
14. World Bank(2000), *The Quality of Growth*. Oxford: Oxford University Press.

(责任编辑:朱犁)

vious persistence has been found in this process. The China's total population will continue to grow in the future. This result is in line with actual situation of China's population development.

**An Analysis of the Convergence of Population Dynamic Distribution in China**

*Song Xuguang Wang Yuanlin • 54 •*

Based on the convergence theory in economic growth theory, using China's provincial population and regional economic growth data, this paper analyzes the relationship between the dynamic distribution of regional population and the initial level of economic development by means of cross-section regression in econometrics. The result shows that the population distribution of China has a weak conditional convergence from 1964 to 1992, but it shows a regional divergence from 1992 to 2003.

**Reducing the Rate of Dropout in Rural Middle School and Reforming the System of Compulsory Education**

*Jiang Zhongyi Dai Hongsheng • 59 •*

There are two reasons for the high rate of dropout in rural middle school at compulsory educational period: the students are boring of going to school and the higher cost for study. The former is more influential. Under the current system of rural education, the short of fiscal input is the main reason for rural schools to take some activities of "rent seeking". The consequence is two-fold: the government control of tuition fee becomes less efficient and the schools lack incentives to promote their qualities. The ill-quality of rural education in turn causes the dropout in middle schools. The paper advocates a opening-up of rural educational market, which the authors believe can raise more funds and introduce competition in charges and educational quality. A new educational system for running schools jointly by the government and local people should also be created and developed.

**Matching the Demand for and Supply of University Graduates**

*Lu Li • 67 •*

The difficulty of employment for the university graduated students are mainly caused by mismatch of supply-demand of persons with ability (PWAs) between universities and industries. This paper intends to make some clear points on the following aspects: (1) how to link the supply-demand sides of university graduates, (2) how to set up a series of indicators for early warning of labor market for university graduates, and (3) how to assess the supply-demand sides about university graduates.

**The Control of Infant Mortality in China: An Empirical Analysis on Regional Difference and Government Intervention**

*Nie Fuqiang Song Guojun • 75 •*

The regional distribution of infant mortality in China is characterized by the gradual increase from the coastal areas to the inland and to the remote regions. This article analyzes some factors impacting the infant mortality in different areas by using collected data from 1996 to 2002 and panel data. The results show that the proportion of the agriculture-related population, the possession rate of the fixed telephone and the childbirth rate in hospital are most significant factors remarkably impacting the infant mortality rate in China, while other factors only have impacts in some areas.

**Status of Men's Health and Its Determinants**

*Xu Anqi • 81 •*

Based on the randomly sampled data with 19,449 interviewees (8,875 men) from 404 districts/cities in 30 provinces, this paper describes Chinese men's health status, including physical and medical conditions, nutritious and consumption preferences, sports and leisure time activities, and the responsibility for family planning. The analysis on various factors that affect men's health does not prove the conventional wisdom that men's health is worse than women's on the whole. However, those men who are old, less educated, living on low income, one-parent, suffering from chronic disease without timely treatment, ever suffered social unfair treatment, less socially supporting, and living a low quality of life are more likely to be in poor health status.

**The Relationship between Styles of Coping and Mental Health of the Elderly**

*Chen Lixin Yao Yuan • 88 •*

The mental health of the elderly is greatly influenced by their styles of coping with life. About 442 older people (above 60) are sampled randomly in Wuhan, Hubei province. The results of analysis suggest that the ways of problem-solving, help-seeking and fantasy are less adopted by elderly people. The different levels of coping styles have different impacts on the elderly mental health. The ways they choose while facing problems can be used to predict the elderly mental health. Among the ways of solving problems, self-blame and fantasy are ways that negatively impact their mental health, whereas the way of problem-solving has positive effects.