

中国城乡高龄老人健康及死亡状况特征的比较研究

徐 勤 顾大男

【提要】 本文利用高龄老人健康长寿调查及国家公布的有关资料对中国城乡高龄老人健康和死亡特征进行了比较研究。揭示了高龄老人的健康状况具有随年龄增加而自理能力下降、认知能力衰退、多病的特点。分析了城乡高龄老人健康状况的差别。

【作者】 徐 勤 中国老龄科研中心,研究员;顾大男 北京大学人口研究所,博士研究生。

中国是一个典型的城乡二元社会。这种二元社会不仅是指农村的传统经济与城市的现代经济间的经济二元性,更为主要的是指城乡在社会结构和社会制度上的社会二元性。这种社会二元结构主要包括户籍、粮油供应、劳动就业和社会福利制度。城市居民无论在就业、生活还是就医等方面都享受着国家制定的相对较好的政策优惠,而乡村居民大多必须自谋生计。随着市场经济的不断推行,城乡社会二元结构的格局正在逐步被打破。但城乡千百年来经济上的差异以及 50 多年来的社会结构、制度、政策上的差异给人们的社会经济活动、生活方式和行为习惯等方方面面带来了诸多影响,即使社会结构变成一元,经济上的二元性恐怕也未必能完全消除。正是这种城乡二元结构才为我们研究不同社会结构和经济发展水平下的高龄老人健康和死亡状况提供了有利的素材。

发达国家由于城乡差异较小,所以,城乡高龄老人健康和死亡状况差异的比较研究较少(性别差异研究较多),发展中国家对高龄老人健康和死亡的研究尚处于起步阶段,许多国家还没有开始研究。因此,我们对城乡高龄老人的健康和死亡特征进行研究是非常有益的。中国城乡高龄老人健康状况和死亡状况各有什么特征?是否存在某种差异?若存在,这种差异又是怎样的?本文试图对这些问题进行探讨。

一、数据来源和分析方法

本文分析中的数据主要来源于 1998 年中国高龄老人健康长寿调查基线数据以及其他一些与高龄老人健康和死亡相关的国家公布数据。1998 年基线调查中 80~105 岁高龄老人共 8 805 人,其中城镇为 3 330 人,占 37.8%;农村为 5 475 人,占 62.2%。国内外的大量研究业已表明,高龄老人的健康状况随年龄和性别的不同而不同,而且中国城乡高龄老人的年龄和性别构成存在很大差异。因此,在进行城乡各指标对比时,为了更好地解释城乡差异,尽可能少用总体指标,而按年龄和性别加以区分。

二、健康状况

健康具有多维性。本文仅基于传统的健康变量对中国城乡高龄老人健康状况逐一进行单个维度的分析。对健康的评价可以从客观和主观两个角度进行。限于数据,本文反映高龄老人的客观健康主

要由生活自理能力、认知能力、慢性病患者等方面的变量构成。主观健康则由健康自评变量构成。

(一) 客观健康

1. 城镇高龄老人自理能力不及农村

基于问卷中的 6 个变量,以量表方式生成一个自理能力综合指标,最终将生活自理能力分成四类:完全自理、相对自理、相对依赖、完全依赖。结果表明,就生活能完全自理的比例而言,男性高龄老人群体中,城镇 80~89 岁组为 81%,90~99 岁组为 65%,百岁组为 38%;农村 80~89 岁组 88%,90~99 岁组为 75%,百岁组为 49%。女性高龄老人群体中,城镇 80~89 岁组为 79%,90~99 岁组为 53%,百岁组为 27%;农村 80~89 岁组为 84%,90~99 岁组为 65%,百岁组为 38%。不难看出,无论男女,无论哪一个年龄组,城镇高龄老人的生活完全自理能力均低于农村高龄老人(除男性百组群体中城乡差异不明显外)。

进一步分析还发现,洗澡、穿衣、入厕、室内活动、控制大小便、吃饭等 6 个反映生活自理能力的变量中,高龄老人控制大小便的能力最好,洗澡能力最差。城乡高龄老人自理能力上的这种模型完全一致。城乡高龄老人生活自理能力差异主要体现在洗澡能否自理,在其他 5 个方面城乡差异均不显著。

曾毅等学者对中国高龄老人生活自理能力上农村好于城镇进行了解释(曾毅等,2001)。另外,农村高龄老人大多一辈子从事体力劳动,筋骨长期活动,对延缓高龄阶段生活自理能力的下降产生积极影响。

2. 城镇高龄老人与农村高龄老人认知能力差异不十分明显

基于问卷中量表形式的 24 个变量,将群体分成:认知健全、轻度缺损、中度缺损、严重缺损四类。分析结果显示,城镇高龄老人的认知能力略好于农村高龄老人,但这种差异不十分明显,只在女性非百岁老人群体中,城镇好于农村。具体来说,认知健全的比例在男性高龄老人中的城乡差异表现为,城镇 80~89 岁组为 86%,90~99 岁组为 69%,百岁组为 48%;农村男性 80~89 岁组为 84%,90~99 岁组为 68%,百岁组为 37%。在女性高龄老人中,认知健全城乡差异表现为,城镇 80~89 岁组为 78%,90~99 岁组为 50%,百岁组为 23%;农村 80~89 岁组为 69%,90~99 岁组为 44%,百岁组为 20%。严重缺损者比例在男性高龄老人中城乡之间的不同表现为,城镇 80~89 岁组为 2%,90~99 岁组为 7%,百岁组为 17%;农村 80~89 岁组为 2%,90~99 岁组为 6%,百岁组为 20%。在女性高龄老人中,城乡认知严重缺失差异为,城镇 80~89 岁组为 2%,90~99 岁组为 11%,百岁组为 36%;农村 80~89 岁组为 3%,90~99 岁组为 14%,百岁组为 35%。

从构成认知能力的各个方面看,城镇高龄老人的计算能力、模仿绘画能力均明显好于农村高龄老人,非百岁组城镇高龄老人的反应能力也好于相应年龄的农村高龄老人。城镇高龄老人在方向定位、回忆、语言表达、语言复述、理解及自我协调方面的能力略好于农村高龄老人,但这种差异并不十分明显,而且随性别和年龄的不同而不同,城镇高龄老人认知能力略好于农村高龄老人,可能有以下几个方面的原因:(1)与文化差异有关。城镇高龄老人的受教育年限比农村高龄老人长,文化程度较高的人长期用脑,有利于延缓智力的衰退。(2)城镇人口的工作和生活环境比较农村复杂,长期在复杂环境中生活,也锻炼了智力。(3)城镇高龄老人的闲暇活动比农村高龄老人丰富,认知能力得以保持,表明“用进废退”的原理在延缓认知能力的衰退方面是适用的。

3. 城镇高龄老人慢性病患者比例高于农村高龄老人,城乡患病构成特点不同

人到老年,由于生理机制的衰老,难免生各种各样的疾病,特别是慢性病。在问卷中列出的 14 个慢性病病种中,除 90~99 岁组的女性群体外,其余群体中,农村高龄老人没有慢性病的比例均要显著高于城镇高龄老人,而城镇高龄老人多病共发的比例却高于农村高龄老人(见表 1),且具有统计显著性。对生活有严重妨碍程度的疾病数量比例,城乡高龄老人之间不存在明显差异。

从各种慢性病的患病构成看,城乡高龄老人的患病种类存在不同特点。超过10%的患病率,城镇有六种:白内障、前列腺、泌尿系统、高血压、支气管、心脏病;农村只有三种:白内障、高血压、支气管,而农村的三种也是城乡高龄老人所患疾病的共同点。城镇高龄老人患病的种类比较集中,前六种占有所有疾病的94.31%,而农村仅占56.26%。

为什么农村高龄老人患慢性病的数量少于城镇高龄老人?恐怕合理的解释还是曾毅等(2001)

表1 城乡高龄老人慢性病患病状况 %

	男 性		女 性		男女合计	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
80~89 岁						
0	34.6	49.9	36.0	42.5	35.3	46.2
1	33.0	35.5	38.3	40.0	35.6	37.7
2+	32.4	14.6	25.7	17.5	29.1	16.1
90~99 岁						
0	40.0	52.7	40.8	41.7	40.4	46.4
1	35.7	30.3	39.0	36.7	37.6	33.9
2+	24.4	17.0	20.2	21.6	22.0	19.6
100~105 岁						
0	42.7	49.2	35.8	42.2	37.4	43.6
1	32.2	36.6	38.8	39.4	37.3	38.8
2+	25.2	14.2	25.4	18.4	25.3	17.6

在解释自理能力时的几个原因。当然,农村一些高龄老人实际上患有慢性病但自己并不知道,以及城镇由于较好的医疗条件使一些患有慢性病的老人存活了下来,导致农村高龄老人患慢性病的比例比城镇低。

(二) 健康自评

虽然个人对自己健康的感知程度与疾病的阶段有较大关系,但这种主观评价无疑也是测量一个人健康的一种变量,而且一个人认为自己健康不健康对自身的精神面貌有很大关系。调查显示,在男性高龄老人中健康自评好的比例(包括问卷中选择“好”和“很好”的人)为,城镇80~89岁组为60%,90~99岁组为58%,百岁组为52%;农村80~89岁组为63%,90~99岁组为59%,百岁组45%。在女性高龄老人群体中,城镇80~89岁组为60%,90~99岁组为51%,47%;农村80~89岁组为55%,90~99岁组为49%,百岁组为41%(见表2)。统计检验表明,城乡高龄老人健康自评上的差异主要体现在女性群体(除女性90~99岁组外)中,城镇女性好于农村女性。在男性高龄老人中不存在城乡差异。

尽管农村女性高龄老人的自理能力强于城镇,慢性病患病比例低于城镇,但为什么城镇高龄老人的健康自评好于农村呢?我们认为主要有以下原因:(1)由于农村生活环境比城镇艰难,体力活较多,使得一些人往往有力不从心的感觉,所以,对自己的健康状况评价不高;而城镇生活条件比农村优越,日常生活中很少需要体力活,健康状况对日常生活的影响不像农村那么突出。(2)农村高龄老人得病后,看病就医受到很大限制,给患者带来一定的心理负担,而城镇医疗条件相对较好,有了病容易得到诊断和治疗,减轻了患病后的心理压力。

我们还发现,一些生活完全不能自理、认知缺失、患有多种慢性病的高龄老人的健康自评“好”,说明这些人的心态较好,能够以积极的态度面对人生,不因生理上的衰老而丧失生活的信心。

四、死亡状况

上文提到,城镇高龄老人的日常生活自理能力比农村高龄老人差,患病率也较农村高,那么,是否城镇高龄老人的死亡率也高于农村?带着这一问题,我们下面将要考察了城乡高龄老人的死亡状况。

1. 城镇高龄老人死亡率较农村高龄老人死亡率低

鉴于在一般的调查的中,即使是1995年的1%人口抽样调查,被调查的高龄老人人数较少,因此,在计算死亡率时难免会出现一些异常的结果而难于解释。为避免这种异常现象的出现,我们这

里只用 1990 年全国人口普查的数据。1990 年,城镇各年龄组老年人口的死亡率均低于农村。由此看出,尽管城镇高龄老人的自理能力和患病状况不及农村,但城镇高龄老人的死亡率却没有农村高,他们比农村同龄人活得更长。社会经济进步对延长寿命的积极作用在城镇高龄老人身上得到充分体现,因而,我们认识到,只有加速农村社会经济和医疗卫生事业的发展,农村高龄老人的寿命才能尽快赶上城镇高龄老人。

表 2 1997 年高龄老人(80+)的死亡率

	死亡率(1/10 万)		构成(%)	
	城镇	农村	城镇	农村
恶性肿瘤	1 286	730	11.9	7.3
脑血管病	2 919	2 648	27.0	26.6
心脏病	2 706	1 674	25.1	16.8
呼吸系统疾病	2 920	4 056	27.0	40.7
消化系统疾病	308	327	2.8	3.3
糖尿病	184	56	1.7	0.6
传染病	79	106	0.7	1.1
泌尿系统疾病	151	118	1.4	1.2
自杀	39	133	0.4	1.3
精神病	207	110	1.9	1.1
被杀	2	1	0.0	0.0

注:权重根据 1995 年老年人口的年龄构成,以所列死因为 100 计算。

资料来源:根据 1997 年全国卫生统计年报资料计算。

城镇。数据表明,城镇高龄老人的死因已经具有发达国家的特征,而农村高龄老人的死因仍然停留在发展中国家的模式上。

2. 城镇高龄老人的死因具有发达国家特征,

农村则具有发展中国家特征

从分类死亡顺位来看,城乡高龄老人前三位的死亡率的位次是同样的,即分别是:呼吸系统、脑血管病和心脏病(见表 2)。但是,仔细观察发现,城镇脑血管病与呼吸系统疾病的死亡率相差无几,两者所占死因均为 27%,而且心脏病的死亡率也与这两种死因十分接近。而在农村,前两种死因相差悬殊,死因构成中,第二位与第一位相差 14 个百分点,第三位与第二位相差 10 个百分点。在城镇,恶性肿瘤和糖尿病的死亡率和构成均高于农村,显示这两种死因是威胁城镇高龄老人生命的重要因素。而传染病、

泌尿系统疾病对农村高龄老人的威胁强于

五、平均预期寿命和平均健康预期寿命

1. 城镇高龄老人比农村高龄老人有更长的寿命

资料表明,随着时间的推移,城乡人口的预期寿命均在不断延长,但是,城镇人口的平均预期寿命始终高于农村,而且在高龄阶段,尤为突出。1990 年城镇 0 岁预期寿命超过农村 2.78 岁,约占农村 0 岁预期寿命的 4%,而城镇 80 岁预期寿命超过农村 0.37 岁,占农村 80 岁预期寿命的 6.3%。从 1957 年至 1990 年,0 岁组城乡人口的平均预期寿命的差距呈现缩小的趋势。而高龄老人的平均预期寿命在 1957 年时农村尚高于城镇,以后逆转为城镇高于农村(见表 3)。

2. 城镇高龄老人完全自理以及无慢性病的预期寿命低于农村,但认知健全预期寿命高于农村

我们用前面反映高龄老人健康状况的自理能力、认知能力、慢性病患者状况三个变量推断了中国高龄老人不同维度的健康预期寿命(见表 4)。

表 3 1957~1990 年中国 0 岁和 80 岁平均预期寿命城乡比较

年份	0 岁		80 岁		城镇与农村相差	
	城镇	农村	城镇	农村	0 岁	80 岁
1957	63.47	59.54	6.66	7.02	3.93	0.36
1975	69.61	65.80	5.55	5.13	3.81	0.42
1981	69.33	67.03	6.69	5.96	2.30	0.73
1990	70.55	67.77	6.27	5.90	2.78	0.37

注:(1)1990 年数据引自《中国人口年鉴(1994)》;(2)1957、1975、1981 年数据引自萧振禹主编:《老年人口统计资料汇编》,华龄出版社,1990 年,第 31~33 页。

表4 城乡分性别不同健康状况高龄老人的预期寿命

年龄 (岁)	预期寿命*		完全自理预期寿命**		认知健全预期寿命**		无慢性病预期寿命**	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
城镇								
80	5.3	6.5	4.2(79.9)	4.9(75.1)	4.5(84.8)	4.9(74.6)	1.9(34.9)	2.4(36.7)
90	2.9	3.6	1.9(64.8)	1.9(52.2)	2.0(68.2)	1.7(49.2)	1.2(39.7)	1.5(41.1)
100	1.7	2.1	0.7(38.6)	0.6(27.4)	0.8(47.4)	0.5(22.9)	0.8(44.0)	0.7(35.8)
农村								
80	5.3	6.5	4.6(86.6)	5.3(81.4)	4.4(82.8)	4.2(65.1)	2.7(50.3)	2.8(42.3)
90	2.9	3.6	2.2(75.3)	2.3(63.8)	2.0(67.6)	1.5(42.1)	1.5(52.6)	1.5(42.1)
100	1.6	2.0	0.8(47.8)	0.8(38.5)	0.6(36.8)	0.4(20.5)	0.8(48.4)	0.9(42.2)

* 1990年数据(曾毅等,2001); ** 1998年数据为中国高龄老人健康长寿调查数据。

分析结果表明,在各年龄段,无论男性还是女性,城镇高龄老人的完全自理预期寿命以及占相应平均预期寿命的比例均低于农村。城乡高龄老人无慢性病预期寿命也具有同样特点。这与其他学者研究的结论类似(王梅,1993)。而在各年龄组,无论男女,城镇高龄老人认知健全预期寿命以及占相应平均预期寿命的比例均高于农村。

六、结 语

(一) 主要结论

基于以上几个部分的研究,揭示高龄老人是一个随龄增加而自理能力下降、认知能力衰退、多病的脆弱群体。城镇高龄老人完全自理能力低于农村,这种差异主要表现在洗澡能力方面。城镇高龄老人与农村高龄老人认知能力差异不十分明显。城镇高龄老人的计算能力、模仿绘画能力均明显好于农村高龄老人,非百岁组城镇高龄老人的反应能力也好于相应年龄的农村高龄老人。城镇高龄老人慢性病患者比例高于农村高龄老人,城乡患病构成特点不同。城镇高龄老人对自己健康状况的主观评价好于农村。城镇和农村人口及老年人口的死亡率均呈现出随着时间的推移而下降的趋势,但城镇高龄老人的死亡率却没有农村高,城镇老人比农村老人有更长的寿命。城镇高龄老人的死因已经具有发达国家的特征,而农村高龄老人的死因仍然停留在发展中国家的模式上。

城镇高龄老人完全自理以及无慢性病的预期寿命低于农村,但认知健全预期寿命高于农村。

(二) 建议

本文的分析只是一个初步研究结果,今后工作不仅要城乡高龄老人的健康状况和死亡特征进行深入研究,更要对影响城乡高龄老人健康状况的因素及导致城乡差异的原因进一步分析。静态的资料限制了分析的深度,为了更准确揭示城乡之间的差异以及影响因素,需要有动态资料加以补充。由于高龄老人是一个健康脆弱群体,他们的健康状况肯定会影响到自身的生活质量,需要家庭和社会给予特别的关注和支持。鉴于城乡高龄老人健康状况之间的差别,采取的对策应有所侧重。

参考文献:

1. 曾毅等:《中国1998年健康长寿调查及高龄老人生活自理期望寿命》,《中国人口科学》,2001年第3期。
2. 王梅:《活得长不等于活得健康》,中国经济出版社,1993年。
2. 中国高龄老人健康长寿研究课题组:《中国高龄老人健康长寿调查数据集(1998)》,北京大学出版社,2000年。

(本文责任编辑:朱 犁)