

高龄老人健康长寿问题的 社会人口学研究

蔡文媚 柳玉枝

【提要】 本文采用社会学的理论和方法研究高龄老人的健康长寿问题。从高龄老人的年龄、性别、经济地位和生活方式这四个重要变量入手,探讨与评价这些变量与高龄老人健康长寿之间的关系。

【作者】 蔡文媚 北京大学人口研究所,教授;柳玉枝 北京大学人口研究所,副教授。

中国人口老龄化除了具有发展速度快、老龄化进程与社会经济发展不同步、老龄化程度在地区之间存在差异等特征外,老年人口群体内部的高龄化速度也在加快。1964~2000年,60~69岁的老年人占老年人口的比重从69.4%下降到58.8%,80岁及以上的高龄老人占老年人口的比重从4.3%上升到9.6%;从绝对数看,80岁及以上高龄老人从181.3万增加到1200万人,2000年比1964年增长近6倍,预计2030~2050年,80岁及以上的高龄老人将从3500万增加到8800万人,虽然与发达国家相比,中国人口年龄结构还比较年轻,但到21世纪中期,人口老龄化程度会相当高,必然会带来诸多社会问题,需要做前瞻性的研究。

老年人口相对来讲是一个脆弱的群体,而其中的高龄老人又必然是脆弱群体中的更脆弱者。有不少主客观条件制约着高龄老人群体拥有正当和基本的权利,如生存权、发展权、保障权、居住权、参与权、被赡养权、共享社会发展权、闲暇生活权等等,以及高龄老人如何获得与所能获得的程度也都受主客观条件的制约。

社会人口学采用社会学的观点、理论和方法研究高龄老人健康长寿。本篇主要从高龄老人的健康和疾病的社会特征入手,因为社会因素(如社会环境、社会条件等)对高龄老人个体和群体一方面可能导致他们患上疾病或失能,另一方面也可能促进对疾病的预防和维护人群的健康。为了研究与缓解对高龄老人健康长寿的危险因素,提供社会背景是十分重要的,特别是高龄老人个体和群体对健康长寿问题的态度、文化背景、社会规范、价值观等将会直接或间接地影响政府对制订老年政策(其中包括对高龄老人的政策倾斜)、卫生政策以及投入水平等。而且人们已比较清楚地认识到健康不仅仅是生物学、生理学的问题,社会、经济、文化诸因素对健康都会产生影响;提倡科学健康的生活方式,避免高危行为将有利于高龄老人活得既长寿又健康。

一、 社会人口学探讨高龄老人健康长寿

社会人口学较关注从年龄、性别、社会经济地位、生活方式四个变量来探讨高龄老人健康长寿问题。其中每一个变量都能反映它们与高龄老人的健康状况之间的关系。

(一) 年龄与健康长寿

对高龄老人来说,增龄减寿这一必然的生物学规律是不可抗拒的。但我们却不可将高龄老人一

概视为病病歪歪、步履维艰、老态龙钟、行将就木。从高龄老人对健康状况的自评数据看,他们之中至少有 50% 的人健康处于好、很好状态。如果把高龄老人群体划分为 80~89、90~99 及 100 岁以上 3 个年龄组。随年龄增长,健康自评为很好、好的比例呈下降趋势,年龄越大,健康自评很好、好的比例下降速度越快。90~99 岁组比 80~89 岁组下降了 5.65 个百分点,100~105 岁组比 90~99 岁组又下降了 8.70 个百分点。城镇高龄老人自评健康状况很好、好的比农村高龄老人高出 3.15 个百分点。不论城乡,90~99 岁年龄组健康自评很好、好,比 80~89 岁明显地下降(城镇下降了 14.76 个百分点,农村下降了 15.47 个百分点),反映这一年龄段的老年人躯体的衰老更加明显了。

高龄老人对健康自评为不好、很不好大体占高龄老年人群的 8.45%,城镇与农村的状况相近似。从高龄老人的 3 个年龄组来看,80~89、90~99 岁组,城镇高龄老人健康自评不好、很不好的比重高于农村,但 100~105 岁组却大大低于农村同龄组。

高龄老人的健康情况真是这样吗?用自我评价健康的方法测量是否可信?回答是肯定的。因为高龄老人能活到这样的年纪,无严重疾病,或有某种慢性病,但对日常生活无妨碍或仅有一点影响的约占到 80%,这就是高龄老人健康状况相对良好的证据;也正是由于高龄老人一般都是从能够对付日常生活需要的活动状况来评价个人健康,而决不会认为进入高龄还要用躯体各个方面仍要保持充满活力的状态去评价健康水平。所以,从总体上说,高龄老人的健康状况不会比低龄老人更好,可是,相对于高龄老人的年龄,和按照老年人能吃、能睡、生活能自理就是健康的标准来衡量,应该认为已经相当不错了。事实上,高龄老人的健康状况总是随年龄的增高而下降,只不过他们当中的一部分人的健康水平下降晚于其他高龄老人而已。因此,使其尽可能把健康持续到接近生命的终点,享尽天年,对高龄老人本人及其家庭和社会都有积极意义。

表 1 1998 年分病因、城乡、男女高龄老人的患病率构成 %

病 名	城 镇			农 村		
	男	女	合计	男	女	合计
白内障	22.06	25.04	23.78	12.05	17.26	15.24
前列腺疾病	15.06		15.06	4.77	—	4.77
高血压	15.80	13.60	14.53	13.32	13.93	13.69
支气管炎	17.83	11.26	14.06	14.41	11.78	12.80
心脏病	14.45	9.87	11.82	5.26	4.81	4.99
胃溃疡	7.02	11.30	9.14	12.53	7.14	9.23
妇科病	—	9.14	9.14	—	10.86	10.86
脑血管病	7.20	3.47	5.06	2.40	2.28	2.33
青光眼	2.67	2.78	2.71	1.49	2.74	2.25
糖尿病	2.12	1.30	1.65	0.23	0.37	0.31
五官病	1.71	1.43	1.54	1.56	2.16	1.95
肺结核	1.98	0.79	1.30	0.39	0.79	0.63
帕金森氏病	1.34	0.65	0.94	0.94	1.07	1.02
恶性肿瘤	1.28	0.54	0.86	0.34	0.35	0.35
褥疮	0.74	0.88	0.82	0.70	0.79	0.75
痴呆	0.39	0.97	0.75	0.12	0.78	0.54
皮肤病	0	0.01	0	0.08	0.10	0.09
骨科病	1.03	2.37	1.85	0.95	1.35	1.21
内科病	0.57	0.90	0.77	0.39	0.64	0.55

资料来源: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。

从器官功能衰退和健康水平下降的角度看,高龄老人是弱势群体。随着年岁的增高,他们对环境的适应力相对减弱,即使患上轻微的病也会很容易发展成为严重疾病或转为慢性病,使带病生存时间持续较长。因此,高龄老人对健康和其他服务的需求必然会相应增加。况且,即使一部分高龄老人会相对健康地生活,但仍然会有一段时间,特别是他们生命的最后一段时间,健康状况会恶化,这时,就需要多方面的护理。在人口老龄化进程中出现了高龄化趋势,作为公共卫生政策就有必要以为高龄老人提供较充足的保健服务为一个重要的目标。从中国目前社会经济发展来看,大力加强与健全社区医疗保健服务,对高龄老人具有特别重要的意义。

(二) 性别与健康长寿

20 世纪以来,男性和女性的期

望寿命明显延长,女性的期望寿命又比男性长,而在高龄老人中性别比低的状况随增龄而格外明显。也就是说存活的高龄老人中女性远远多于男性。

从高龄老人患病情况分析性别与健康的关系(见表1)。

表1显示,影响高龄老人健康的主要疾病为:白内障、高血压、支气管炎。白内障的发病率列为首位,且不论城乡,女性发病率均高于男性。高血压的发病率城镇高于农村,男性高于女性。支气管炎发病率也是城镇高于农村。

影响高龄老人健康的其他三种疾病是心脏病、胃溃疡、脑血管病,其患病率也均在10%上下。心脏病的发病率城乡差异大于性别差异。胃溃疡患病率则农村略大于城镇,而城镇中女性患病率高于男性4.28个百分点,农村男性的患病率又高于女性5.39个百分点。

从总体上看高龄老人中男性患病率比女性高,城镇高龄老人患病率比农村老人高。但有些疾病的发病率却是女性高于男性。这里有两个问题需要进一步探讨。

第一,一般讲,城镇生活条件比农村好,为什么城镇的患病率反而比农村高?可能的解释是,城镇医疗条件相对好一些,人们也有求医问药的习惯,而农村医疗条件不如城镇。农村中,尤其是老年人,有了不适症状不认为是病,甚至在高龄老人中有的一辈子都没有做过体检,他们对患过什么病就可能既不知更不报了。另外,生命在于运动,农村的老年人是干活干到干不动为止,经过长年累月的淘汰,能存活到高龄的老人,他们的体质也可能相对好一些;再者,农村的自然环境比城镇好,有助于健康长寿。

第二,高龄女性老人自评健康水平低于高龄男性老人,而患病率又低于高龄男性老人,如何解释这一现象?应该看到,无论在家庭里或是在社会上,女性总是承担着照顾病人的主要角色,她们从生活实践中较多地认识某些疾病症状,也较容易感到身体不适,而且愿意向别人诉说身体不适的症状,也会花更多的时间照顾自己。这种易感性对心理影响而出现病怏怏状态,反映出她们在家庭中一般处于不利地位,对生活的舒适、满意度不如男性。

至此,我们必须充分重视高龄老人中多发病的治疗与护理,特别是对女性高龄老人有较高发病率的特殊病,如妇科病、骨科病(主要是由于骨质疏松导致的骨折)、褥疮(长期卧床护理不到位)、帕金森氏症、老年痴呆等,不仅对现在的高龄女性老人从社区服务方面给予重点照顾,还应该对青壮年女性加强妇女保健知识的教育,以期未来进入老龄期以后能生活得更健康一些。

(三) 经济来源与健康长寿

经济状况是影响一个人健康和期望寿命最具有决定性的因素。经济状况反映社会所提供的物质和服务的水平,也包括能享用社会所提供的卫生保健服务水平。

收入来源、职业地位或声望和受教育年限等都能从不同侧面反映一个人在社会中的地位,它们对健康长寿也都会产生直接或间接的影响。

在高龄老人中,经济来源靠子女或孙子女提供的占到71.58%。农村高于城镇(高33.24个百分点),女性高于男性(城镇高出41.51个百分点,农村高出11.29个百分点),农村女性又高于城镇女性(高出19.93个百分点),说明高龄老人对子女或孙子女在经济上的依附性强,尤以农村女性更为突出。

在高龄老人中享有退休金的从总体上看仅为16.69%,但城镇与农村的差别悬殊。城镇为35.20%,农村仅为5.44%,城镇男性中62.54%享有退休金,农村仅为11.02%,城镇女性享有退休金的为14.88%,农村仅为1.89%。

高龄老人中靠公共福利救助生活的占6.25%,城镇高于农村,女性高于男性,在女性高龄老人享用公共福利的,城市又高于农村。

到高龄还在以自己的劳动收入养活自己的,虽然从总体上看只占1.82%,农村高于城镇(分别

表 2 高龄老人经济来源状况 %

经济来源	80~89 岁	90~99 岁	100~105 岁	
退休金				
城镇	48.44	30.47	10.71	递减
农村	9.79	4.69	1.22	
子女、孙子女				
城镇	35.36	57.68	77.48	递增
农村	77.68	77.48	88.52	
公共福利				
城镇	8.72	8.88	9.29	递增
农村	4.32	3.29	6.60	
自己工作				
城镇	1.90	0.61	0.16	递减
农村	4.13	1.80	0.55	

为 2.24%, 2.18%), 其中女性高于男性(分别为 0.85%, 0.36%), 这也是一个值得关注的问题。

如果再从高龄老人由于增龄引起经济来源的变化看, 高龄老人领取退休金的比例, 随增龄而递减, 在农村的高龄人群中, 享有退休金者已是寥寥无几。高龄老人靠子女(孙子女)提供经济来源的, 无论城乡, 均随增龄而递增, 农村则更为明显。高龄老人依靠社会福利救济, 无论城乡均呈递增趋势, 农村的增幅比城镇大, 城镇从 80~105 岁, 增加了 0.95 个百分点, 农村则增加了 2.28 个百分点。高龄老人年岁越高, 靠自己的可能性越少。

以上反映的情况是符合高龄老人实际状况

的, 由此也可以看到:

第一, 由于城市高龄老人中有 1/3 多一点的人享有退休金, (其中男性占 62.54%, 女性占 14.88%), 也就是个人有较稳定的经济来源, 个人对自己的生活和健康状况有较大的调控力量, 也能较多地享用社会提供的卫生、医疗、保健服务。

第二, 由于社会经济发展水平和历史的原因, 中国高龄老人生活对子女的依赖性十分明显, 因此, 高龄老人(特别是女性高龄老人)的日常生活照料、医疗护理等, 都得由子女安排。在尊老、爱老传统的习俗影响下, 高龄老人也能得到一定程度的照料, 但同时也要看到, 近 20 多年来, 由于独生子女政策的冲击, 家庭重心向子女一代倾斜同样会影响到对老年人的关注程度。

不论是家庭养老、单位养老还是政府养老, 在特定的历史条件下, 都有存在的合理性。但是, 市场经济正在改变这些养老形式赖以存在的条件, 老年人与成年人, 老年人与自身之间的供养关系的格局受到挑战。养老需要制度创新, 养老制度需要重组。虽然中国以养老保险为核心的社会保障制度在整体社会改革中有了明确的定位, 国家正在结合中国的具体情况逐步健全和完善政府举办的基本养老保险、企业举办的补充养老保险和个人储蓄性养老保险三个层次的养老制度, 付诸实施还需有一个过程。对当前的高龄老人的养老经济来源比较单一和较强的依赖性造成的问题, 最根本的还是有待于发展经济来缓解。

(四) 高龄老人生活方式与健康长寿

当人们渐渐认识到疾病模式由原来的急性或传染性疾病转变为医学尚无法治愈的慢性病、非传染性疾病; 再由进一步认识到无数的疾病如艾滋病、肺癌等等与特定的生活方式有关; 更由于大众媒介及卫生保健方面提供大量宣传并强调改变生活方式和为自己的健康负责, 提示我们: 当危害人们健康的因素存在于我们的生活环境中, 医学对此还无能为力时, 是无视生活方式对健康的负面影响, 让自己处于不健康的危险之中, 还是形成健康生活方式? 实行自我控制是唯一的选择。

所谓健康生活方式是人们根据个人认识程度从生活实践中挑选出来与健康相关的行为模式。对大多数人来说, 健康生活方式包括如何选择膳食, 采取什么样的锻炼和娱乐形式, 怎样保持个人的良好卫生习惯, 在现代社会中, 怎样应付意外风险和紧急事件等。今天, 健康生活方式作为改善人们健康状况的手段具有越来越重要的意义。

当人们选择某一种生活方式是为了获得健康时, 他们的活动目标最终就是一种消费性活动。也就是说, 人们努力地获得健康以达到寿命的延长, 继续工作以及享受生活。对高龄老人来说, 更关注在环境和机会允许的条件下, 恪守个人选择的 lifestyle 颐养天年。

已有不少研究的结果表明,合理的饮食、体育锻炼、适量饮酒、少吸烟等行为方式是众多社会群体所共有的特点。根据我们的调查结果,有力地证据表明:人越老越倾向于关心自身健康,表现为注意选择饮食,注意戒烟或减少吸烟量,戒酒或适量饮酒,同时,人越老,越要注重适当的体育锻炼和精神放松。

高龄老人随着年龄增长,各种食物的平均摄入量递减,并已经关注到食用新鲜水果和蔬菜,减少吃腌泡菜,改善维生素摄入水平,食用腌泡菜的人不仅仅比20年前少,现在,随着年龄增加,食用者也相对减少。

高龄老人能较开放地对待生活环境中带来的压力,减低由此对健康的不利影响。高龄老人在他们习惯性的行为受到干扰(如要搬迁而引起生活的不安宁,家庭成员中突遭车祸引起的混乱等)以及某些生活事件(如亲人重病卧床,老年丧妻等),面对这种刺激必然会引发一种强烈的精神——躯体的反应,如产生紧张、焦虑、恐惧、忧郁、孤独感等。

从调查结果看,高龄老人可能由于他们的漫长生活经历和阅历,使他们有能力去适应各种情境,以缓解紧张后效应对健康的负面影响。虽然我们对于社会因素、生活事件和紧张性疾病之间的关系有一些了解,对这种关系的确切性质还有待进一步去弄清楚。

二、小 结

近年来大量的科学研究证明人类不可能长生不老,但由于科学事业的发展却可以使衰老的过程大大延缓,从而人们企盼实现健康老龄化。

所谓健康老化,就是人体在成熟期以前健康成长的基础上,有效利用各种有利于身心健康的内外因素,消除或减轻各种不利因素的影响,继续健康的增龄,使机体的衰老变化得到明显和延缓和减轻,把伤残或功能丧失发生的时间压缩到生命晚期很短的一段时间内,即使在高龄期仍能保持良好的适应能力和抵抗疾病的能力,保持机体的有效功能,从而提高老年期的生命质量。

世界卫生组织通过调查研究提出:一个人的健康长寿,15%取决于遗传因素;25%取决于社会因素、医疗条件和气候因素,而个人的身心卫生、饮食结构等则决定健康长寿的60%。也就是说,遗传因素我们无法选择,其他方面都可以通过个人的努力加以预防,个人在健康维护方面是负有重大责任的,也是大有可为的。对高龄老人也不例外。

参考文献:

1. 袁方主编:《老年学导论》,社会科学文献出版社,1995年。
2. 邬沧萍主编:《社会老年学》,中国人民大学出版社,1999年。
3. [美]威·科克汉姆:《医学社会学》,华夏出版社,2000年。
4. 日本经济新闻社编:《老龄化社会—无形的革命》,新华出版社,1987年。
5. 齐铤主编:《中国内地和香港地区老年人生活状况和生活质量研究》,北京大学出版社,1998年。
6. 萧振禹主编:《养老你指望谁》,改革出版社,1998年。
7. 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)