

# 有关研究健康老龄化方法论的几点思考

邬沧萍 苏 革 陈 杰 王岸柳

**【提要】** 本文通过对《中国高龄老人健康长寿调查数据集(1998)》的分析,对有关健康老龄化方法论进行了三点思考:(1)长寿是健康的标志,但长寿又不能充分体现健康;(2)此数据集将高龄老人界定为80岁及以上,建议用75岁与80岁以上两个标准;(3)如何建立衡量老年人健康寿命的指标体系。

**【作者】** 邬沧萍 中国人民大学人口研究所,教授;苏 革 中国人民大学人口研究所,教授;陈 杰 中国人民大学人口研究所,讲师;王岸柳 中国人民大学人口研究所,博士研究生。

人口老龄化现象是人类社会发展到一定历史阶段的产物,反映了人类社会的文明与进步。人口老龄化、高龄化是个不可逆转的趋势。在中国21世纪进入全面建设小康社会的过程中,实现健康老龄化是必然选择。在实现健康老龄化的前进道路上有些理论和方法还值得探讨。

## 一、老年人健康与长寿的辩证关系

### (一) 长寿是健康的标志

在长寿时代以前,寿命是衡量健康的唯一指标。早期人口由于高死亡率与高生育率,人口结构年轻,平均预期寿命不高。当时死亡的原因往往是饥饿、战争、流行病、传染病等外源性原因。因此,死亡的人与存活的人实际上都还没有进入自然衰老的阶段,即死亡人口年龄尚未达到我们现在所指的老年期。所以其寿命长短,在一定程度上可以反映出这些人口的健康状况。另外,当时生物学、医学、心理学等各种科学水平还相当低,人们对于健康的概念是:“没有病就是健康”。因此,寿命就是象征健康的唯一可靠指标。即使进入现代老龄化长寿时代后,寿命的长短(指预期寿命)仍然是衡量健康的指标,甚至作为人类发展水平最重要的指标之一。由于健康的复杂性,目前我们还找不到能替代寿命这样一个既显而易见,又十分客观的指标,因为死亡是最不健康的标志。长寿本身就表明其生理性衰老缓慢,病理性衰老也少。

在中国高龄老人健康长寿调查中,明显地看出许多高龄老人仍很健康,他们的日常生活自理能力尚较高,完全自理的占65.4%。单项目日常生活自理能力达到70%以上。高龄老人许多慢性病的发病率也比较低(见表1)。与上海老年医学研究所的调查及上海市老龄委的调查数据(见表2)相比较,高龄老人有些慢性病的发病率比一般老年人的发病率还低。高龄老人近两年患重病率也相当低(见表3)。80~99岁组近两年没有患重病的达到90%以上,100岁以上者也达到86%以上。从以上数据就可明显地看出高龄老人的健康状况还相当不错,有的甚至比一般老人更健康些。所以在很大程度上长寿是可以体现健康的。生命的存在是基于人体内各器官、组织的生理功能在基本正常范围之内,从而使人体内环境平衡,使人体内环境与外环境之间相互协调作用。因此,长寿本身就是健康的指标,即使生活质量很低的人,也比死亡者要健康。

表 1 高龄老人慢性病患病情况 %

疾病种类	有	没有	不知道
高血压	14.01	80.98	5.01
糖尿病	0.81	94.20	5.17
心脏病	7.54	87.45	5.01
脑血管病	3.35	92.20	4.45
支气管炎	13.27	82.79	3.94
肺结核	0.88	94.42	4.69
白内障	18.43	76.92	4.65
青光眼	2.42	92.67	4.91
癌症	0.44	93.68	5.49
前列腺疾病	8.85	86.24	4.91
胃溃疡	9.19	78.73	12.08
帕金森氏病	0.99	93.91	5.10
褥疮	0.78	95.29	3.93

资料来源:《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。

表 2 上海市老年人口慢性病患率 %

疾病种类	1990 年样本 (9 862 个)	1995 年样本 (4 500 个)	1998 年样本 (3 524 个)
高血压	29.77	32.80	32.49
糖尿病	3.56	6.30	5.70
冠心病	25.79	27.57	24.23
脑血管病	4.86	9.91	4.51
慢性支气管炎	16.20	21.36	20.09
肺结核	1.20	1.24	—
白内障	24.57	33.17	—
青光眼	1.80	1.96	—
癌症	1.69	2.33	1.39
肺心病	0.83	2.67	—
前列腺疾病	—	—	4.46
其他	38.43	19.07	—

资料来源:1990 年和 1995 年的数据为上海市老年医学研究所的调查;1998 年的数据为上海市老龄委 1998 年的老年人口综合调查。

表 3 高龄老人近两年患重病情况 %

项 目	年 龄(岁)			合计
	80~89	90~99	100~105	
没有	90.61	90.12	86.59	89.40
1 次	5.86	4.19	4.25	4.87
2~10 次	1.77	1.79	1.42	1.69
长期卧床不起	1.75	3.89	7.75	4.04

资料来源:同表 1。

## (二) 长寿并不能充分体现健康

现在我们已进入低出生、低死亡的老龄化社会,平均预期寿命延长了。人类死亡的原因主要是慢性病及生理性衰老,或是病理性衰老与生理性衰老共同作用的结果。中华医学会老年医学会,在 1982 年曾提出健康老人的选择标准,指主要脏器应无器质性病理改变。衰老变化与一些慢性病的产生是在不知不觉中进行的,自己和别人一开始都很难觉察到。有些器质性病理改变的早期,日前还没有科学的手段和方法对其精确地检测。可见,自己没有感觉到的或医学上尚不能检查出来有什么疾病的人,不等于健康者;有些慢性疾病不是致命性的,只要及时治疗,患者也能带病延年;因而,长寿的人并不等于健康。我们从表 3 中也可看到,有些高龄老人近两年患重病有 2~10 次,有的长期卧床不起;许多研究均已证明老年人的健康状况随年龄增长而呈下降趋势。从 1992 年中国老年人供养体系调查的有关数据表明:年龄越大,感觉健康的老年人人数越少。随增龄,自感不健康的比例明显上升,并且发现 74 岁或 75 岁是一个明显的分界(穆光宗,1995),表 4 说明老年人年龄与健康的负相关情况;世界各国的残疾流行病学研究均显示,老年残疾的年龄分布特征是随着年龄的增高,残疾人所占的比例增大,各类残疾的现患率水平也伴随年龄的增长而升高,残疾的严重程度也随年龄的增加而加重(李立明,1996)。中国 1987 年抽样调查资料同样显示了老年残疾这一年龄分布特征,即年龄分布呈“倒金字塔”形;从生物、心理、社会三维组合的健康新概念来看一个人是否健康,不但要从生物学角度检查器官功能和各项指标是否正常。而且要从心理精神角度看其有无控制能力,能否正确对待外界影响,是否处于内心平衡的状态。还要从社会学角度看其社会适应性,人际关系和应付各种突发事件的能力等等。许多研究表明,随着年龄的增长,老年人的心理健康状态也随之下降。有些老年人虽然生命尚存,但其心理状态和社会适应能力已很差。综上所述,长寿并不能充分体现健康。总之,我们在研究如何实现健康老龄化的过程中,一定要辩证地看

待健康与长寿之间的关系,科学而合理地制定有关方针政策,使中国早日实现健康老龄化。

## 二、中国高龄老人划分的界定

什么年龄的人口才算高龄老人。人的年龄虽然可分为三种:生理年龄、心理年龄和日历年龄。我们通常所说的少年、青年、老年和高龄老年人口的划分是按日历年龄划分的,而实际上,在不同的历史条件下,老年年龄的概念并不一致。在不同的寿命水平下,老年人口的年龄起点有很大差异,伴随着老年人口的年龄起点的不同,高龄老年人年龄起点也呈多样性。

从目前中国和世界上一些老龄化国家的数据看,在老年人口中,高龄老人增长速度最快,另一方面高龄老人是老年工作的重点和难点,因为高龄老人是最需要照料的、带病生存甚至卧床不起的概率也是最高的。

从政策上照料老年人的面该多大一点来看高龄老年人年龄起点的划分是一个重要的问题,它不是随意确定的,它同许多社会经济的发展水平和各年龄人数利益联系在一起,因为老年人所享受的社会福利对经济发展有一定的影响,同时也关系到有多少人会被关照。如果年龄订得过高,就意味着被关照的人群过少,国家制订的有关政策就起不到相应的作用。反之,过低就意味着照顾面太宽,失掉其重点照顾的意义。

老年人口的划分问题是对人口年龄结构变化研究联系在一起的。通常讲的老年人口往往从老年人的心理、生理和日历年龄三个方面去衡量。前两个年龄划分标准经常会因人而异,更多的涉及老年人的身体状况和心理状况,而且还没有公认的标准,所以一般不能作为人口统计上划分老年人口的标准。因此,作为社会中的人口群体来说,老年人口的起始年龄只能以日历年龄来衡量,当然划分时也考虑上述两个因素。

《中国高龄老人健康长寿调查数据集(1998)》,采用以 80 岁为高龄老人的划分标准,这一划分标准在中国是可以接受的。但从目前中国 80 岁以上高龄人口比例情况看,我们建议,在划分高龄老人年龄标准上,可采用两个标准,一个是 75 岁及以上,一个是 80 岁及以上。其理由是:

第一,中国 80 岁及以上老年人口占总人口的比例还不到 1%,远远低于发达国家。据 1990 年的第四次人口普查表明,中国 1990 年 80 岁及以上的高龄老人人数为 800 万。占当时全总人口的 0.68%,不到 1%,而 75 岁以上为 1.42%。第一、二、三次全国人口普查就更低了。1997 年,中国人口中 80 岁及以上的高龄老人共有 1 100 万人(中国老龄问题对策研究课题组,2000:73)。也未达到 1%。从以上数字可以看出,80 岁以上高龄老人数,目前还不是很多,如果我们仅以 80 岁及以上为标准,看来相对照顾面较窄。再从中国也习惯把 75 岁或 80 岁以上年龄才算为第二个高龄老人(中国老年学会,1995:3)。具体以哪个为标准,由各地区各部门掌握。

第二,从中国 1992 年全国老年人调查数据来看,老年人自感不健康是以 75 岁为明显分界。

从表 4 可看出,虽然存在着较大的个体差异,但年龄是影响老年人健康状况的重要因素是无异议的。通过对自感健康、一般健康和不健康三种老年人比例分城乡、分年龄地细致考察,进一

表 4 1992 年健康感觉不同的三类老年人的比例变化 %

年龄组 (岁)	健 康		一 般		不健康	
	城	乡	城	乡	城	乡
总 计	32.67	38.53	46.37	40.04	20.96	21.44
60~64	37.66	44.75	45.73	35.88	16.61	19.37
65~69	33.25	39.98	45.98	40.22	20.77	19.80
70~74	30.43	30.06	45.27	41.67	20.30	22.27
75~79	25.30	22.93	48.69	44.44	26.31	25.63
80~84	24.14	30.32	50.91	44.56	24.95	25.12
85+	24.17	27.17	50.24	43.37	25.59	29.06

资料来源:穆光宗:《人口老龄化过程中的健康问题》,载于《健康老龄化》,中国劳动出版社,1995 年,第 258 页。

步证实了上述观点。如表 4 中所示,从总的趋势看,无论城乡,随年龄的升高,自感健康的老年人比例在下降,而自感不健康的比例明显上升,仔细观察,还能发现 74 或 75 岁是一个明显的分界,由表 4 可知,三个序列比例的增减十分明显,或许可以说,74 或 75 岁大致可视为老年人健康存量加速递减或下降的临界年龄(中国老年学会,1995:258)。

第三,国际上主要国家划分高龄人口也是以 75 岁或 80 岁以上为标准。1993 年在第十六届国际老年学会的报告中,对联合国老年大会后的 10 年情况(1982~1992 年)进行评估,报告中写到“75 岁以后的老年人对医疗卫生的需求明显增加。”在这里划分低龄与高龄老人的分界点也是以 75 岁为分界点。一些人口资料高龄老年人的划分也是以 75 岁或 80 岁为两个界点划分的。

第四,老年人划分双标准,高龄老人也可定为双标准。我们知道,现今国际上划分老年人起点年龄根据国家和地域的不同而不同。一般发达国家,老龄化开始比较早,其划分老年人起始年龄通常为 65 岁,这不仅是因为其老龄化开始的较早,更是因为其领取社会保障金的年龄为 65 岁;而发展中国家划分老年人口的起始年龄一般是 60 岁,这是因为一些发展中国家 60 岁及以上人口的比例还较低,65 岁及以上人口的比例更低,以 60 岁为起点来划分老年人口更能反映发展中国家以至全球的人口老龄化情况。同理:划分老年人口以 60 岁和 65 岁为起始年龄,那么,划分高龄老年人也应以 75 岁和 80 岁为起始年龄。

### 三、衡量老年人健康寿命的指标体系

如何评价一个人的老年寿命是否健康,怎样才能算是健康寿命。对于任何一个社会经济现象的测评,都需要指标。那么,对于老年健康寿命的测评指标的采用,必须明确以下几点:(1) 老年人的健康寿命涉及范围很广,没有任何单一指标能够完整准确地反映健康寿命。所以必须采用一组指标。(2) 这些指标必须对任何时点的老年人都适用。(3) 这些指标的测评结果必须一目了然,在实践中易于操作,便于制定相应的政策和对策。(4) 有了这样一些指标,对任何老年人个体或群体的健康寿命的轮廓便有了一个比较清晰的把握。

目前,学术界关于老年健康状况已有较多论述,指标也多种多样。在此,我们按上述原则拟采用 3 个相互关联的指标:老年寿命、自理能力比例、自评健康状况。

#### (一)关于老年寿命

尽管长寿不等于健康,但寿命仍然是评价个体生命质量的最根本指标。没有足够长的寿命,健康老龄化根本无从谈起。长寿不是健康的充分条件但却是必要条件。还有极其重要的一点经常为人们所忽略,即不同年龄的人用同一指标来衡量往往是不准确的。例如,同样是患心脏病,65 岁时的心脏病与 95 岁时的心脏病对于个人来说意义完全不同。长寿自古以来就是中国人所追求的一个极高的人生目标。医学的发展也是以尽可能延长人的生命作为其基本动力,现代医学治疗顽症、绝症也通常是以几年存活期的比例作为衡量某一药物或治疗方法效果的重要指标。我们不妨把老年寿命这一指标体系中的基本指标,用老年余寿较高的日本和奥地利与中国的老年余寿进行比较(见表 5、表 6)。

表 5 日本、奥地利 65 岁老人平均余寿

国家	1970 年		1980 年		1990 年	
	男	女	男	女	男	女
日本	12.5	15.3	14.6	17.7	16.2	20.0
奥地利	12.0	15.1	13.0	16.3	14.7	18.1

资料来源:美国人口普查局,《An aged world II》。

表 6 中国 65 岁老人平均余寿

性别	1975 年	1981 年	1987 年	1990 年	1995 年
男	11.77	12.50	12.60	12.55	13.65
女	12.71	14.69	15.02	15.09	15.82

资料来源:《中国 1990 年人口普查资料》,中国统计出版社,1993 年。

表 5 显示, (1) 同样是发达国家: 日本奥地利的老年余寿均较长, 说明这两国老年人的健康水平平均较高。 (2) 无论年代还是男女, 日本的老年余寿均高于奥地利, 说明日本老年人的健康水平高于奥地利。 (3) 从 70 年代到 90 年代, 两国的老年余寿一直在增加, 说明老年人的健康水平一直在提高。 (4) 无论哪一个年代, 两国的女性老年余寿均高于男性, 说明女性老年人的健康水平高于男性。

表 6 显示, (1) 中国老年余寿一直在不断增加, 说明中国老年人的健康水平在不断提高, 但增幅不及日本和奥地利。 (2) 与日本、奥地利一样, 中国女性老年余寿一直高于男性, 说明其健康水平也高于男性。

## (二) 关于自理能力比例

随着老龄化社会的到来, 老龄问题日益受到关注。老龄问题多种多样, 但生活能力自理是老年人最重要的问题, 也是对个人家庭、社会最具压力的问题, 对于自理能力, 我们拟采用较为简单的是和否的二分法: 即能够自理和不能自理。有人也曾提出老年人带病带残这样的指标。对于老年人, 按严格的医学标准都或多或少地带病带残。疾病、残疾本身也多种多样, 对人的影响也各有不同, 根本无法用一些指标衡量其轻重缓急, 而不能自理却是大多数疾病作用于人体的共同结果。用单一的共同结果显然比用多种多样的原因作为指标更为合理, 更为适用。一旦老年人不能自理, 就涉及老年社会政策中最重要, 也是将来可能会大力发展的长期护理问题。现阶段及近期老龄问题的核心问题之一将是长期护理, 另一方面, 能否自理又是极其客观的, 不受任何主观意识的左右, 便于将具体的个人或群体进行是和否的二分。

涉及到自理问题, 我们需要关注一个事物自身的两个特点: 即时期状况和时点状况。例如, 一个 80 岁的老年人, 我们当然要了解在调查时点能否自理, 而另一方面, 在他进入老龄的 20 年中, 能够自理的时期多长是一个极其重要的信息。对于大部分老年人来说, 因种种原因失去自理能力一般是不可逆的, 但也有部分人在失去自理能力一段时间后又恢复了自理。还有同样是调查时的不能自理, 其失去自理能力的时期也不同, 所以只考虑时点不考虑时期是不完备的。因老年期的自理期对评估健康寿命的极端重要性, 我们不妨将其称为核心指标, 情况是各种各样的。

临床不带病者, 自评健康并非百分之百, 精神因素起了作用, 而患病者也并非全部自评不健康, 且不同的疾病自评健康的比例也大不相同, 说明只知道是否带病远远不够, 而疾病是否给患者带来身心痛苦是最重要的。

有了上述三个指标, 我们便可以对老年人的健康寿命有相对清晰的认识。在此框架之下, 才可以做一些深入细致的工作。当然, 任何指标均不能涵盖一切, 因为指标体系也存在缺陷, 在此我们只强调一点, 不及其余。数据集中的自理能力包括六项, 也是为国际学术界所公认: 洗澡、穿衣、上厕所、室内活动、大小便控制、吃饭。每一项分为四个层次, 即完全自理, 其他情形不论其轻重, 均应视为不能自理, 应作为长期护理的对象。高龄老人长期护理问题比普通老年人群更为迫切。本数据即说明在某一点上, 能够自理的老人比例, 可以作为衡量健康寿命的标志。

表 7 高龄老人日常生活自理率 %

年龄组 (岁)	城 镇		农 村	
	男	女	男	女
80~89	81.42	78.56	88.16	84.42
90~99	65.38	52.92	75.49	64.91
100~105	38.46	27.49	48.45	38.42

资料来源: 根据《中国高龄老人健康长寿调查数据集(1998)》表 7-7-4 整理。

表 8 高龄老人自评健康率 %

年龄组 (岁)	城 镇		农 村	
	男	女	男	女
80~89	90.66	90.69	92.27	89.83
90~99	90.61	90.04	90.34	83.92
100~105	83.21	83.67	82.76	74.94

资料来源: 同表 7。

表 7 显示:(1) 高龄老人的群体的自理能力,随年龄增长而下降,且幅度很大。(2) 城镇高龄老人的自理能力低于农村。(3) 男性高龄老人的自理能力明显高于女性,说明高龄女性是长期护理的重点。

### (三)关于自评健康较好的比例

无论是基本指标老年寿命,还是核心指标自理能力,均是客观指标,未曾考虑老年人的心理因素。同时,在用自理能力为标准进行二分以后,能够自理的老年人的状况是极其复杂的。有人带病带残却不影响生活,有人却因病痛饱受折磨。仅有老年寿命和自理能力所包含的信息还是不够的。在此,我们采用一个指标即自评状况来作补充。同样为了简便起见,自评状况我们也采用二分法,即正常与不好。自评状况也存在时点和时期的区分。首先是被调查者在此时点的自评状况,其次是在其能够生活自理的时期里其自评状况正常的时期。对于那些精神因素较重的病人来说,自评状况是评价健康状况的唯一指标。

数据集中的自评生活状况,也包括 6 个层次:很好、好、一般、不好、很不好和无法回答。在我们补充指标的二分法中,很好、好、一般作为正常,而不好、很不好以及无法回答应视为不好。同自理能力一样,集中的自评生活状况也仅是时点调查,过去几十年中对自我健康的回顾性评价也没有反映。例如,也许同样是因为患青光眼自评状况不好,有的老人患青光眼已 20 年,而有的人刚刚一年,这两种情况对老年人生活质量的影响差别很大,如果这样的信息对评价其健康寿命是极其有意义的,应进一步受到重视和应用。当缺乏时期信息时,在某一时点上的自评健康率,也可作为衡量健康寿命的标志(见表 8)。

表 8 说明,高龄老人随着年龄增加,自评健康有所下降,但差别不大。城乡男女高龄老人自评率总体上没有差别,但农村 100~105 岁的女性高龄老人的比例明显偏低,说明其健康状况不佳。

至于三个指标间的内在相互关系,如何更直观地用它们测评的结果衡量健康寿命或建立模型尚有待深入研究。

### 参考文献:

1. 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。
2. 穆光宗:《人口老龄化过程中的健康问题》,载于中国老年学会编:《实现健康老龄化》,中国劳动出版社,1995 年。
3. 李立明主编:《老年保健流行病学》,北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1996 年。
4. 中国老龄问题对策研究课题组编:《21 世纪上半叶中国老龄问题对策研究》,华龄出版社,2000 年。
5. 中国老年学会编:《实现健康老龄化》,中国劳动出版社,1995 年。

(本文责任编辑:朱 犁)