

# 贫困、疾病及精准健康扶贫政策：基于贫困居民生命质量评价

任 田<sup>1\*</sup> 胡锦梁<sup>2</sup> 黄茂娟<sup>1</sup> 潘 敏<sup>3</sup> 张 媚<sup>1</sup>

1. 成都中医药大学 四川成都 610075

2. 四川省人民医院 四川成都 610072

3. 四川省医药爱心扶贫基金会 四川成都 610041

**【摘要】**目的：将生命质量评价引入精准健康识别与干预政策中，通过比较不同类别贫困居民生命质量特征，揭示扶贫对象各维度现状，为完善精准健康扶贫政策提供参考。方法：评价工具采用 WHOQOL-BREF 量表，通过入户调查方式收集数据，采用 t 检验分析与中国常模数据进行比较。结果：贫困居民其人群分布表现为男性(71.7%)多于女性，年龄普遍偏大(平均 55 岁)。贫困居民与中国常模比较，健康组和疾病组的生命质量评价评分均显著低于中国常模的对照组，说明贫困对于居民生命质量评价的负面影响十分显著。不论处于何种收入水平，健康贫困居民总体评价均高于患病贫困居民。对于患病贫困居民而言，收入越高、其心理和总体评价越好；反之亦然。结论：健康对于贫困居民总体评价具有显著正影响、而患病对于贫困居民总体评价具有显著负影响。收入提高对于患病贫困居民的心理和总体评价改善有效。

**【关键词】**患病贫困居民；生命质量评价；WHOQOL-BREF 量表；健康扶贫政策

中图分类号：R197 文献标识码：A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.05.010

## Poverty, disease and health poverty alleviation policy: Based on quality of life evaluation for the poor residents

REN Tian<sup>1</sup>, HU Jin-liang<sup>2</sup>, HUANG Mao-juan<sup>1</sup>, PAN Min<sup>3</sup>, ZHANG Mei<sup>1</sup>

1. Chengdu University of TCM, Chengdu Sichuan 610075, China

2. The People's Hospital of Sichuan Province, Chengdu Sichuan 610072, China

3. Sichuan Medical Love Poverty Alleviation Foundation, Chengdu Sichuan 610041, China

**【Abstract】** Objective: To introduce the quality of life evaluation into the policies of accurate health identification and intervention. By comparing different poor residents' life quality characteristics, the current situation of poverty alleviation objects in all dimensions was revealed, which provided references for improving the health poverty alleviation policy. Methods: The WHOQOL-BREF scale was adopted as the evaluation tool. It collects data through household survey method, and compares it with Chinese standard data using t-test analysis. Results: The distribution of the population of poor residents with respect to gender shows that males are more than women (71.7% of poor male residents), and the age is generally large (average age 55) which implies that the majority of poor residents is located in the elderly people. Compared with the Chinese standard of the control group, two sample groups of poor residents' life quality evaluation scores, namely the sample group (health) and sample group (disease), were significantly lower. This indicates that the negative impact of poverty on residents' life quality evaluation is very significant. Regardless the income segment, the overall evaluation indicated that healthy and poor residents were higher than those who were sick. For the sick and impoverished residents, it was found that the higher the income the better their psychological and overall evaluation and vice versa. Conclusions: Having healthy life has a significantly positive impact on the overall evaluation of poor residents while getting sick has significantly negative influence thereof. The in-

\* 基金项目：四川省社科规划项目(SC16B028)；四川省卫生和计划生育委员会科研课题(16PJ485)

作者简介：任田，女(1992年—)，硕士研究生，研究方向为社会医学与卫生事业管理。E-mail: 746464824@qq.com

通讯作者：张媚。E-mail: tozhangmei@163.com

crease in income effectively improved for the psychological and overall evaluation of sick and impoverished residents.

**【Key words】** Sick and impoverished resident; Quality of life evaluation; WHOQOL-BREF scale; Health poverty alleviation policy

阿德莱德宣言(1988)提出,健康公共政策的主要目的是创造支持性环境以使人们能够健康地生活。2016年全国贫困家庭人口档案统计显示,44.1%的贫困家庭“因病致贫、因病返贫”。<sup>[1]</sup>导致贫困的原因很多,其中灾难性疾病风险损失依然是农村贫困的主要原因。<sup>[2]</sup>贫病交加是困扰患病贫困人群的复杂艰难处境,也是精准扶贫政策的治理重点与难点。患病贫困人群大多具有贫困、年老体弱、疾病缠身、低学历甚至文盲等特点;相对于健康贫困人群而言,疾病不仅会导致个人劳动能力降低甚至丧失,也会加剧贫困对于个人和家庭消极心理影响。对于底层阶级而言,心理疾病的总和发病率是最高的。<sup>[3-4]</sup>通常说来,患病贫困人群及其家庭比其他贫困人群及其家庭更加缺乏对于生活的控制感、安全感和幸福感。一些学者将这种对于生活良好的感受理解为生存质量(quality of life, QOL)。<sup>[5-6]</sup>有学者认为,WHOQOL-100和WHOQOL-BREF等量表使得国际多中心的生存质量研究成为可能,适用于流行病学、临床观察以及卫生政策研究领域。<sup>[7]</sup>本文采用WHOQOL-BREF量表评估贫困人群生存质量特征,并比较患病贫困人群与健康贫困人群生命质量评价结果,通过精准识别患病贫困人群特征、为制定这类特殊人群健康扶贫政策提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

在四川省88个贫困县中采用分层抽样抽取5个县(区)下辖10个乡镇。根据四川省贫困居民档案信息库,采用随机抽样、入户调查方式对建档立卡贫困居民进行问卷调查。发放调查问卷400份,有效问卷365份,有效率91.25%。对照组数据来自于方积乾等在1999年对1654名居民生活质量评价研究结果<sup>[8]</sup>;该研究检验了WHOQOL-100中文版的信度和效度,并根据是否患病划分了“正常组”和“患病组”。鉴于这一研究在相关领域的权威性,习惯称之为“中国常模”。

### 1.2 调查工具

以WHO生存质量简表(WHOQOL-BREF)作为

调查问卷,增加了调查对象基本信息(包括性别、年龄、学历、人均收入、自评健康状况等)。WHOQOL-BREF量表包含26个条目<sup>[8]</sup>,其中2个条目用于测量总体健康状况及生命质量,另外分为生理领域(7个条目)、心理领域(6个条目)、社会关系领域(3个条目)和环境领域(8个条目)。4个领域得分范围为4~20分,分值越高,说明各维度功能状况更好,健康生命质量越高。由于该量表具有较好的信度和效度,已被广泛测定各类人群的QOL。<sup>[9]</sup>

### 1.3 数据分析

本文将样本组分值按照WHOQOL-100计分规则进行换算处理,采用t检验与中国常模数据进行比较,检验水准取 $P=0.05$ ;对样本组按照“健康状况”和“人均年收入”进行分组,采用组间均数比较、t检验分析进行描述。数据录入整理软件为Excel 2013,统计分析在Spss 21.0和stata 12.0软件中完成。

## 2 结果

### 2.1 人口学特征

调查对象中男性(71.7%)多于女性。年龄普遍偏大,平均年龄为55岁。调查对象中83.3%为已婚人群。职业分布中95.6%为农民。学历程度不高,其中小学学历占77.3%。按照国家2016年贫困线标准,经济状况划分人均年收入 $\leq 3000$ 元(占49.7%)和人均年收入 $> 3000$ 元(占50.3%)。采用自评健康方式询问健康状况,患病人数占69.1%,主要为循环系统、泌尿系统和内分泌系统疾病等慢性疾病,慢性病患病率显著高于正常人群。

表1 人口学基本特征

变量	分组	频数	占比(%)
性别	男	262	71.7
	女	103	28.3
年龄	0~	15	4.1
	40~	70	19.2
	50~	80	21.9
	60~	117	32.1
	70~	83	22.7
	婚姻状况	已婚	304
	单身	61	16.7

(续)			
变量	分组	频数	占比(%)
职业	农民	349	95.6
	其他	16	4.4
学历	小学	282	77.3
	初中	71	19.4
	高中及以上	12	3.3
人均年收入	≤3 000 元	182	49.7
	>3 000 元	183	50.3
健康状况	疾病	252	69.1
	健康	113	30.9

## 2.2 生命质量评价结果

### 2.2.1 贫困居民与中国常模比较

本文将调查对象与中国常模进行了比较。按照

表2 贫困居民生命质量评价与中国常模比较

生命质量评价维度	正常组				患病组			
	中国常模 (N=777)	健康组 (N=113)	t	P	中国常模 (N=877)	疾病组 (N=252)	t	P
生理领域	15.10 ± 2.30	12.29 ± 3.47	10.9	0.000*	14.10 ± 2.62	12.05 ± 3.69	9.91	0.000*
心理领域	13.89 ± 1.89	11.89 ± 3.78	9.35	0.000*	13.89 ± 1.92	11.90 ± 4.11	10.81	0.000*
社会关系领域	13.93 ± 2.06	13.53 ± 5.84	1.40	0.804	14.18 ± 2.00	13.39 ± 6.46	3.13	0.000*
环境领域	12.14 ± 2.08	12.23 ± 6.26	-0.30	0.618	12.51 ± 2.28	11.58 ± 5.51	3.95	0.000*
总体生命质量及健康状况	13.38 ± 2.91	12.04 ± 12.07	2.62	0.004*	13.04 ± 2.82	10.94 ± 12.44	4.60	0.000*

注: \*P < 0.05

### 2.2.2 不同组别患病贫困居民生命质量评价比较

为了进一步分析不同类别贫困居民生命质量特征,按照“健康状况”和“人均年收入”将调查对象分为四个组别:①“>3 000 元且患病”、②“>3 000 元且健康”、③“≤3 000 元且患病”、④“≤3 000 元且健康”。表3为四个组别生命质量评价得分。从总体生命质量及健康状况比较,②组得分最高、③组得分

调查对象健康状况分为健康组和疾病组,前者与中国常模“正常组”比较,后者与中国常模“患病组”比较。从表2可以看出:(1)健康组生理领域、心理领域和总体生命质量及健康状况评分显著低于中国常模“正常组”。(2)疾病组所有维度及总体生命质量及健康状况评分显著低于中国常模“疾病组”。由于样本组调查对象为特定贫困人群,健康组和疾病组的生命质量评价评分均显著低于中国常模的对照组。这一结果说明,无论健康贫困人群还是患病贫困人群,其生命质量评价分别低于健康非贫困人群和患病非贫困人群;表明贫困对于居民生命质量评价的负面影响是十分显著的。

最低。生理维度方面,②组得分最高、③组得分最低;心理维度方面,①组得分最高、③组得分最低;在社会关系领域方面,②组得分最高、①组得分最低;在环境领域方面,②组得分最高、③组得分最低。这一结果说明,收入状况越好的健康贫困居民生命质量评价最好;而收入状况越差的患病贫困居民评价最差。

表3 四川省贫困居民生命质量评价得分及比较

生命质量评价维度	>3 000 元且患病 (N=129)	>3 000 元且健康 (N=54)	≤3 000 元且患病 (N=123)	≤3 000 元且健康 (N=59)	得分最高	得分最低
生理领域	12.23 ± 3.65	12.69 ± 4.19	11.87 ± 3.69	11.92 ± 2.58	②	③
心理领域	12.19 ± 3.22	12.06 ± 4.39	11.60 ± 4.89	11.75 ± 3.24	①	③
社会关系领域	13.30 ± 5.79	13.67 ± 6.31	13.48 ± 7.20	13.40 ± 5.48	②	①
环境领域	11.59 ± 4.85	12.29 ± 6.49	11.58 ± 6.26	12.17 ± 6.22	②	③
总体生命质量及健康状况	11.72 ± 12.73	13.00 ± 13.24	10.13 ± 10.93	11.15 ± 9.54	②	③

为了精准识别患病贫困居民生命质量评价特征,采用t检验对四个组别进行了两两比较。

(1)不同收入段患病贫困居民生命质量比较结果(即:组别①和③比较)。“>3000 元”和“≤3000 元”两个收入段患病贫困居民在心理领域和总体生命质量及健康状况上均有差异;而其他三个维度差

异不显著。具体为:心理评价得分①组高于③组( $t = -2.236, P = 0.021$ )。总体生命质量及健康状况得分①组显著高于③组( $t = -3.673, P = 0.000$ )。这一结果说明,收入差距对于患病贫困居民心理领域和总体生命质量及健康状况评价具有显著影响。对于患病贫困居民而言,收入增加会显著提高其心理

评价和总体生命质量及健康状况评价。

(2)不同收入段健康贫困居民生命质量比较结果(即:比较组别②和④)。在“>3000元”收入段健康贫困居民在四个维度和总体生命质量及健康状况得分均高于“≤3000元”健康贫困居民,但没有通过t检验、不能认为收入差距对于健康贫困居民生命评价具有显著影响。

(3)同一收入段患病贫困居民和健康贫困居民生命质量比较结果(即:分别比较组别①和②,③和④)。同一收入段患病贫困居民在总体生命质量及健康状况上显著低于健康贫困居民;而其他四个维度差异不显著。具体为:在“>3000元”收入段,总体生命质量及健康状况②组显著高于①组( $t = -2.181, P = 0.032$ )。在“≤3000元”收入段,总体生命质量及健康状况④组显著高于③组( $t = -2.042, P = 0.043$ )。这一结果说明,在同一收入段,患病贫困居民总体生命质量及健康状况评价显著低于健康贫困居民。对于贫困居民而言,患病将进一步加剧其总体生命质量及健康状况的负面评价。

### 3 讨论

健康作为人类基本需要之一<sup>[10]</sup>,身体与心理健康是全体人民追求美好生活的基本条件。“能力贫困论”认为,贫困必须视为基本可行能力的被剥夺。<sup>[11]</sup>对于患病贫困人群而言,身患疾病缺乏身体健康是区别于其他贫困人群的显著特征。疾病会损害家庭或个人劳动能力,特别是主要劳动者患病将降低家庭收入水平、甚至失去收入来源。其次,疾病费用加重了家庭及个人经济负担。尤其是重大疾病与慢性病治疗费用不仅会挤占家庭非必要性支出<sup>[12]</sup>、甚至是必要性支出,直至无力负担治疗费用。第三,患病贫困人群更加缺乏对于生活的控制感、安全感和幸福感。无论是疾病疼痛、长期护理还是久治未愈、无钱医治等种种状况,都会增加患者和家属心理领域的压力,重则引起心理健康等生理领域问题。疾病和贫困对于居民生命质量评价的负面影响十分显著,贫病交加处境使得患病贫困居民成为社会最弱势群体,也是扶贫攻坚最难以攻克的对象。

由于贫困和疾病对于这一特殊人群具有交互影响,本文尝试从收入与自评健康两个维度状况研究不同类型人群的生命质量特征。本文提出了两个重要结论:第一,不论处于何种收入段,健康贫困居民总体评

价均高于患病贫困居民,说明健康对于贫困居民总体评价具有显著正影响、而患病对于贫困居民总体评价具有显著负影响。第二,对于患病贫困居民而言,收入越高、其心理和总体评价越好;反之,收入越低、其心理和总体评价越差。说明收入提高对于患病贫困居民的心理和总体评价改善有效、而在健康贫困居民上则没有获得显著证据。在精准健康扶贫政策引入生命质量评价,是要从政策制定与实施层面重视患病贫困居民在追求美好生活过程的获得感,并思考如何给予这类人群幸福生活的能力、机会与信心。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 王培安. 实施健康扶贫工程 防止因病致贫返贫[N]. 人民日报, 2017-3-21(16).
- [2] 吴传俭. 公共健康保险政策优化研究—基于应对全生命周期因病致贫风险视角[J]. 中国行政管理, 2016(11): 94-100.
- [3] Cockerham William C. *Sociology of Mental Disorder* (7th ed)[M]. NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.
- [4] Kessler. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States[J]. *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51: 8-19.
- [5] Andrews F M, Withey S B. *Social Indicators of Wellbeing* [M]. New York: Plenum Press, 1976: 120-125.
- [6] Crib A. Quality of Life: A Response to KC[J]. *Calman J Med Ethics*, 1985, 11: 142-145.
- [7] 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. *现代康复*, 2000, 4(8): 1127-1129, 1145.
- [8] 方积乾, 郝元涛, 李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度与效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 1999, 13(4): 203-206.
- [9] 陶存山, 赵庆荣, 钱兴皋, 等. 用世界卫生组织生存质量测定简式量表评价脑外伤患者生存质量[J]. *中华医学实践杂志*, 2009, 8(5): 389-390.
- [10] 多伊, 高夫著, 王庆中, 万育维译. 人类需要: 多面向分析[M]. 洪叶文化事业有限公司. 台湾: 2000.
- [11] 阿玛蒂亚·森著. 以自由看待发展[M]. 北京: 中国人民大学, 2002.
- [12] 佩德罗·孔塞桑, 罗米娜·班德罗, 卢艳华. 主观幸福感研究文献综述[J]. *国外理论动态*, 2013(7): 10-23.

[收稿日期:2017-11-01 修回日期:2018-04-12]

(编辑 薛云)