

健康老龄化：内涵辨析、测量方式与中国趋势

孙菊^{1,2*} 王静茹¹ 李浩淼¹

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 武汉大学健康研究院 湖北武汉 430072

【摘要】本研究通过辨析“成功老龄化”“健康老龄化”“积极老龄化”几个易混淆概念,梳理“健康老龄化”概念演变与内涵特点。对比当前各种“健康老龄化”测量工具对“健康老龄化”概念的契合与测量的优劣势,选取了基于项目反应理论的健康老龄化测量方式,应用 2011—2018 年四期中国健康养老与追踪调查数据,分别选择至少参与 1 期和 4 期全部参与的 60 岁及以上老年人,对健康老龄化变化趋势展开分析。研究发现,至少参与 1 期的老年人健康老龄化水平在 2011—2015 年有所上升,2015—2018 年下降(“时期效应”);4 期全部参与的老年人健康老龄化水平也先升后降,且降幅明显(“年龄效应”);我国老年人健康老龄化水平低于全球平均水平,西部地区明显低于东部地区,农村低于城市。提升我国健康老龄化水平,缓解区域间、城乡间的健康老龄化不平等对于促进健康公平、有效应对人口老龄化意义重大。

【关键词】健康老龄化; 内涵辨析; 测量; 项目反应理论

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.05.008

Healthy aging: Connotation discrimination, measurement methods and trends in China

SUN Ju^{1,2}, WANG Jing-ru¹, LI Hao-miao¹

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. National Institutes of Health Wuhan University, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Based on identification of several confusing concepts, including “successful aging”, “healthy aging” and “active aging”, this study combs the evolution and connotation characteristics of the concept of “healthy aging”. After assessing the degree of fit and comparing advantages and disadvantages of various measurement tools currently available for “healthy aging”, this paper selects a healthy aging measurement method based on project response theory, and analyzes trend of healthy aging of the elderly aged 60 and above in China who were engaged in data collected in four stages of China Healthy Aging and Longitudinal Survey from 2011 to 2018. The study found that the level of healthy aging among the elderly who participated in at least Stage one increased from 2011 to 2015 and decreased from 2015 to 2018 (“period effect”); the level of healthy aging among elderly people who participated in all four stages also increased first and then decreased significantly (“age effect”). The level of healthy aging among the elderly in China is lower than the global average, with significantly lower level in western regions than that in eastern regions, and lower level in rural areas than that in urban areas. Therefore, improving the level of healthy aging in China and alleviating the inequality of healthy aging between regions and urban and rural areas is of great significance for promoting health equity and effectively responding to population aging.

【Key words】 Healthy ageing; Connotation discrimination; Measurement; Item response theory

* 基金项目:国家社会科学基金(16BGL150)

作者简介:孙菊(1971 年—),女,教授,主要研究方向为社会医学与卫生事业管理。E-mail:sunphh@126.com

通讯作者:李浩淼。E-mail:lihaomiao@whu.edu.cn

区别于“边富边老”和“先富后老”的发达国家,我国“绝对基数大与快速老龄化共存”“城乡与区域间老龄化发展不均衡”等问题突出,面临严峻的“未富先老”“未备先老”“未康先老”的多重老龄化挑战。^[1]第七次全国人口普查数据显示,我国老年抚养比达到19.7%,意味着每100名劳动年龄人口要负担近20名老年人,与第六次全国人口普查的11.9%相比增加了近10个百分点,社会养老负担日益加重。^[2]老年人“带病生存”“长寿不健康”问题突出,我国约有1.9亿慢性病老年人,约4000万失能、半失能老年人,约1500万老年痴呆患者。^[3]迫切需要改善老年人健康水平,延长老年人的健康预期寿命,减轻人口老龄化引致的社会负担和消极影响。

“健康老龄化”是我国应对人口老龄化成本最低、效益最好的途径。^[4]然而,学界关于“健康老龄化”的理解至今仍未达成共识,存在概念的混淆。同时,“健康老龄化”的科学测量是实施干预决策的重要依据,维度选择、指标选取的主观性会影响“健康老龄化”概念操作化的效度问题,但目前国内尚无统一的测量标准。因此,本研究聚焦“健康老龄化”,一方面,梳理其概念演变,深入剖析其内涵特征,帮助对“健康老龄化”内涵有更深刻、更准确的认识;另一方面,筛选较优的健康老龄化测量方式,并描述我国老年人健康老龄化的变化趋势。通过揭露老年人健康老龄化演变的总体趋势、区域差异与城乡差异,为后续寻找健康老龄化干预的关键时间节点,展开健康老龄化风险因素的测量及干预路径的确认,制定和完善“健康老龄化”相关政策等奠定基础。

1 健康老龄化的概念演变、内涵与价值

关于如何应对老龄化,学界主要形成了三种主张,分别为“成功老龄化”^[5-6]“健康老龄化”和“积极老龄化”^[7-8]。

Rowe&Kahn将“成功老龄化”概念界定为“没有慢性疾病和残疾、较高的认知功能和躯体功能、积极参与社会”。^[5]“成功老龄化”概念后续得到诸多学者的发展与完善,但这一概念并没有得到联合国和世界卫生组织的认可。可能的原因是,一方面,“成功老龄化”概念的提出基于还原论,过于强调对老年人维持躯体功能和活动水平的高要求,忽视了老年

人随着年龄增长不可避免存在的生理限制;另一方面,“成功”一词具有一定的价值判断色彩:将是否患病或失能的结局状态作为衡量成功标准,可能多数老年人会被贴上“不成功”的标签,从而引发排他性、含年龄歧视的社会偏见。^[6]

“健康老龄化”与“积极老龄化”则由WHO先后提出,并得到了国内外学界的广泛应用。1987年WHO在第四十届世界卫生大会首次提出“健康老龄化”一词,然后邬沧萍最先将“健康老龄化”概念引入国内,将“健康老龄化”界定为“在老龄化社会中,多数老年人处于生理、心理和社会功能的健康状态,同时也指社会发展不受过度人口老龄化的影响”。^[7-8]印石进一步将“健康老龄化”总结为“老年个体健康、群体健康和社会健康”。^[9]2000年,我国正式进入人口老龄化社会。2001年《关于加强老年卫生工作的通知》中指出,人口老龄化所带来的平均预期寿命的延长并没有带来人们所期待的健康期望寿命的延长,所延长的寿命中大多数为非健康寿命^[10],说明当时我国的老年人“长寿不健康”问题就已经比较严峻。这也是自“健康老龄化”概念引入国内后党和政府对其给予高度关注,并将其纳入国家整体战略规划布局的主要原因。

伴随着对“健康老龄化”认识的加深,学界逐渐发现,强调老年个体单一时间点的健康状态维持,基于疾病严重程度、慢病共病情况、残疾程度等视角界定的健康老龄化概念已不再适应老龄社会的发展需求。WHO在“健康老龄化”的“健康”维度基础上增加了“保障”和“参与”两个新维度,将其发展为“积极老龄化”的战略框架,并界定了“积极老龄化”的概念,即“在老年时为了提高生活质量,使健康、参与和保障的机会尽可能最佳的过程”。^[11]2015年10月,WHO吸收了“积极老龄化”概念的精髓,重新界定了“健康老龄化”的概念,在《关于老龄化与健康的全球报告》中将“健康老龄化”的概念重新界定为“健康老龄化是发展和维护老年健康生活所需的功能发挥过程”,明晰了“健康老龄化”的内涵。^[12]2021年12月6日,《2021—2030年健康老龄化行动十年》号召全球范围内采取十年协调一致的健康老龄化行动以应对人口老龄化。^[13]

至今为止,健康老龄化的内涵可以概括为三点。第一,强调以全生命周期的动态视角来看待老龄化

问题,从聚焦个体健康状态逐渐转移到关注过程,更加强调老年人在行动能力和社会功能上的健康。第二,聚焦老年个体“内在能力和功能发挥”的最大化,不管老年人是否患病或残疾,只要老年人有能力维持良好的功能发挥,都属于实现健康老龄化。第三,强调环境对健康老龄化的重要性,纳入了年龄友好和反对年龄歧视等宏观的环境要素,促使健康老龄化的政策框架扩大为更加综合性的整体战略。

2016 年 10 月,我国出台《健康中国 2030 规划纲要》,明确提出推动老年医疗卫生服务体系建设等多项举措以促进健康老龄化。^[14] 2017 年 3 月,“健康老龄化”概念首次出现在我国国家层面的政策文件《“十三五”健康老龄化规划》中,即“从生命全过程的角度,从生命早期开始,对所有影响健康的因素进行综合、系统的干预,营造有利于老年健康的社会支持和生活环境,以延长健康预期寿命,维护老年人的健康功能,提高老年人的健康水平”。^[15] 这也是我国第一次发布“健康老龄化规划”,象征着健康老龄化战略在我国宏观战略布局中地位的进一步提升。2022 年 2 月 7 日,《“十四五”健康老龄化规划》指出,“十四五”时期是我国积极应对人口老龄化的重要窗口期,促进健康老龄化将进入新发展阶段,需要协同推进健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略,不断满足老年人健康需求,稳步提升老年人健康水平,促进实现健康老龄化。^[16]

2 健康老龄化的测量工具

国外关于“健康老龄化”测量的研究已较为丰富,为我国进行“健康老龄化”的现状评估提供了扎实的理论基础和研究方法。对比而言,国内学界关于“健康老龄化”测量的研究目前较为匮乏,部分学者号召加快推进“健康老龄化”本土测量工具开发,尽快建立我国健康老龄化的评估标准与方法。^[17-18] 因此,本研究梳理了当前学界较为常用的健康老龄化的测量工具(表 1),试图找出较优的健康老龄化测量方式,以期为未来开发本土化的健康老龄化测量工具奠定基础。需要强调的是,本研究在筛选测量工具的过程中,主要基于如下方面考虑:是否契合“健康老龄化”概念,是否体现以及如何测量维度中体现“健康老龄化是老年个体内在能力与环境相互作用的功能发挥的动态过程”这一实质。

表 1 健康老龄化的测量方式

	维度(指标)	计算方法
Rowe & Kahn ^[5]	①低概率疾病和残疾 ②维持较高的身体和认知功能 ③积极参与社会活动	组量表方式
Nurrika D 等 ^[19]	①自评健康 ②日常生活行为能力 ③认知功能	组量表方式
Thiamwong 等 ^[20]	①认知功能正常(4 个条目) ②躯体功能正常(4 个条目) ③社交参与(3 个条目) ④拥有社交关系及支持(4 个条目) ⑤自我照护(4 个条目) ⑥接受年老(2 个条目) ⑦生活充足且简单(5 个条目) ⑧行善助人(4 个条目) ⑨压力管理(5 个条目)	简单加总:共 35 个条目,采用 Likert 5 级评分法,各项计为 1~5 分,总分为 35~175 分,得分越高表示健康老龄化越好。
Sanders J L 等 ^[21]	①血压 ②肺活量测定法 FVC ③认知功能 ④血清空腹血糖 ⑤血清胱抑素—C	简单加总:每个指标分为三个级别,0 分表示“不健康”,1 分表示“一般”,2 分表示“健康”,五个指标分数加总(0~10),0 表示最不健康,10 表示最健康。
Gonçalves J 等 ^[22]	①体重指数 ②在室内移动和进行日常生活活动困难 ③感到沮丧、紧张、缺乏精力 ④婚姻状况 ⑤受教育水平 ⑥工作类型 ⑦锻炼和吸烟状况	多维指数:覆盖生理、心理与社会三个维度,取值 0~1。
Beard JR 等 ^[23]	①步行速度 ②30 秒连续坐椅实验 ③平衡测试 ④握力测试 ⑤用力呼气量 ⑥血液检查 ⑦感官 ⑧认知 ⑨心理 ⑩睡眠	因子分析:提取出内在能力测量的五个因子(运动、认知、心理、感官和活力)
王雪辉 等 ^[24]	①内在能力覆盖活动能力、躯体健康、精神健康、适应能力和童年生活五个维度。 ②环境包括社会支持、经济资本、社区服务和居住环境四个维度。	综合指数法:健康老龄化指数 = 内在能力各维度 * 各自权重 + 环境各维度 * 各自权重
Wu Y T 等 ^[25]	涉及生理、心理(精神)、认知、活力、感官等 7 个维度,共 41 个条目。	项目反应理论
Li H M 等 ^[26]	参考 Wu Y T 等的研究,涉及生理、心理(精神)、认知、活力、感官等 7 个维度,共 32 个条目。	项目反应理论

首先,从“健康老龄化”概念出发,“健康老龄化”概念的核心在于“内在能力”和“功能发挥”,“内在能力”具有积极的含义,强调老年个体的主体性,“功能发挥”则强调“个体能够按照自身观念和偏好来生活和行动的相关因素”,“功能发挥”是“内在能力”的外在体现,也是个体与环境交互作用能力的一个重要体现,如何准确抓取“功能”,对测量“健康老龄化”至关重要。由此分析,Beard J R 等^[23]、Wu Y T 等^[25]的研究较为契合“健康老龄化”的概念。

其次,就测量方式的优劣而言,健康老龄化的早期测量工具以组合量表、简单各维度得分加总求和法和因子分析法等经典测量理论为主。尽管组合量表一定程度上涵盖了“健康老龄化”的内涵及特征,然而,针对每个维度如何赋予权重,各部分权重分配是否能够科学地衡量“健康老龄化”仍然存在争议。求和法运用简单加权求和进行个体健康老龄化总分的计算时,仍旧无法克服该方法引起的测量依赖性、能力与难度估计的不一致、信度估计不精确等缺陷,进而可能导致测量评价的严重偏误。基于主成分的因子分析法并未明确测量题目如何与健康老龄化维度相关,仅依据所提因子和因子贡献率计算出健康老龄化的得分,所得的因子维度不一定符合依据健康老龄化概念设计的测量维度。更重要的是,不同国家的老年人群生理特征、基础功能存在一定差异,因此,基于上述方法构建的健康老龄化测量方式直接引入国内可能存在偏倚。

与上述方法相比,Wu Y T 等应用项目反应理论来测量健康老龄化得分更具优势。^[25]项目反应理论(Item response theory,IRT)也称条目反应理论、潜在特征理论,是测量潜在特征变量和量表题项关系的现代方法,能够将不同个体无法直接观测的潜在特征变量的数值和题项难度参数转化至同一能力量表尺度下进行比较。它克服了经典测量理论的部分局限,已逐渐成为现代测量理论的主流,越来越多被应用于健康、生存质量等量表或问卷的研发和评价中。因此,尽管中国老龄人群的基础特征与国外有异,但可以借鉴项目反应理论对一些基础特征的抓取以及赋权,得出与其他国家可比的健康老龄化评分。

综上,Wu Y T 等基于项目反应理论构建的健康老龄化测量方法,在维度上,能够抓取衡量个体的内在能力和功能能力发挥,充分涵盖基础性日常生活活动和工具性日常生活活动等个体行为的系列指标;在方法上,考虑了人口的多样性,一定程度上保证了不同国家、不同时期、不同区域的人群间健康老龄化的可比性。^[25]因此,本研究借鉴 Wu Y T 等健康老龄化的测量方法,应用中国数据测量我国健康老龄化水平,尽可能客观地反映我国健康老龄化变化趋势,以期为后续制定健康老龄化的相关政策奠定基础。^[25]

3 我国健康老龄化的趋势与分布

3.1 数据来源、抽样方法与样本选取

本研究采用的数据来源于中国健康与养老追踪调查(China Health and Retirement Longitudinal Study,CHARLS),该调查旨在收集45岁及以上个体及配偶的个人基本信息、家庭信息、健康状况与功能、体格测量、医疗保险与保健(医疗卫生服务利用)、工作、退休和养老金、收入、消费、资产以及社区基本情况等信息。为保证样本的无偏和代表性,CHARLS于2011年、2013年、2015年和2018年分别在全国28个省(自治区、直辖市)的150个县、450个社区(村)采用多阶段按人口规模成比例的概率抽样(Probabilities proportional to size,PPS)开展调查。

本研究以60岁及以上老年人为研究对象,基于健康老龄化条目存在缺失的情形,研究剔除了条目缺失率超过20%的样本,即保留了条目缺失值在8项及以内的个案。^[26-27]为客观反映8年间我国老年人健康老龄化的总体变化趋势,本研究首先分析了“时期效应”,对4期60岁及以上人群的健康老龄化趋势进行分析,反映我国整体健康老龄化水平随时期的变化情况,可以体现社会经济发展、健康服务体系、社区环境、人口结构等对健康老龄化水平的综合效应,分析时考虑个体抽样权重,计算加权后均值。其次分析了“年龄效应”,选择同时参与4期调查的老年人来描绘健康老龄化随年龄变化的趋势,重点体现年龄对健康老龄化水平的效应,共纳入3 574名老年人的14 296条数据(基线特征如表3所示)。

表2 样本基本特征描述(n,%)

变量	2011年	2013年	2015年	2018年
样本量	6 645	7 495	9 013	9 515
年龄	68.06 ± 6.61	67.85 ± 6.40	67.97 ± 6.53	68.43 ± 6.45
性别				
男性	3 343(50.31)	3 815(50.90)	4 500(49.93)	4 705(49.45)
女性	3 302(49.69)	3 680(49.10)	4 513(50.07)	4 810(50.55)

续表 2 样本基本特征描述 (n,%)

变量	2011 年	2013 年	2015 年	2018 年
户籍				
城镇	2 647(39.83)	2 950(39.36)	3 540(39.28)	3 763(39.55)
农村	3 998(60.17)	4 545(60.64)	5 473(60.72)	5 752(60.45)
受教育程度				
中学及以下	6 175(92.93)	6 990(93.26)	8 347(92.63)	8 602(90.40)
中专/高中	328(4.94)	366(4.88)	512(5.68)	774(8.13)
大专/大学本科及以上	142(2.14)	139(1.85)	152(1.69)	139(1.46)
家庭人均月收入支出(取对数)	7.06 ± 3.22	5.76 ± 4.26	5.84 ± 4.38	7.60 ± 3.65
职业状态				
未工作(从未工作、已退休)	3 651(54.94)	3 664(48.89)	4 389(48.70)	4 453(46.80)
农业工作	2 376(35.76)	2 958(39.47)	3 260(36.17)	3 719(39.09)
非农工作	618(9.30)	873(11.65)	1 364(15.13)	1 343(14.11)
慢性病				
不患有	1 628(24.50)	1786(23.83)	1 776(19.70)	1 312(13.79)
单一慢病	1 928(29.01)	2 054(27.40)	2 057(22.82)	2 055(21.60)
患有以上慢病	3 089(46.49)	3 655(48.77)	5 180(57.47)	6 148(64.61)
婚姻状态				
已婚同住	5 056(76.09)	5 805(77.45)	6 917(76.74)	7 273(76.44)
其他	1 589(23.91)	1 690(22.55)	2 096(23.26)	2 242(23.56)

注:表格中分类变量为人数(构成比),连续性变量为均值 ± 标准差。

表 3 四期均参与调查样本基线特征描述 (n,%)

变量	人数(占比)
年龄(岁)	
60 ~ 79	3 531(98.80)
80 ~	43(1.20)
性别	
男性	1 794(50.20)
女性	1 780(49.80)
户籍	
城镇	1 233(34.50)
农村	2 341(65.50)
受教育程度	
中学及以下	3 350(93.73)
中专/高中	168(4.70)
大专/大学本科及以上	56(1.57)
家庭人均月收入支出(取对数)	7.13 ± 3.12
职业状态	
未工作(从未工作、已退休)	1 555(43.51)
农业工作	1 602(44.82)
非农工作	417(11.67)
慢性病	
不患有	922(25.80)
单一慢病	1 058(29.60)
患有以上慢病	1 594(44.60)
婚姻状态	
已婚同住	2 876(80.47)
其他	698(19.53)

基于 Wu Y T 等开发的健康老龄化量表包含的 7 个维度^[25]及 CHARLS 数据中指标的可获得性,选取了 41 个条目测量健康老龄化水平(表 4)。

表 4 健康老龄化测量条目

维度	条目
认知功能	1. 是否记忆困难
	2. 说出今天是哪年几月几号星期几是否有困难
	3. 是否画图有困难
	4. 瞬时记忆得分(低于下四分位计为 0,高于下四分位计为 1)
	5. 延迟回忆得分(低于下四分位计为 0,高于下四分位计为 1)
	6. 数列题得分(低于下四分位计为 0,高于下四分位计为 1)
心理症状 (CESD-10)	7. 是否因一些小事而烦恼
	8. 是否感到情绪低落
	9. 是否觉得做任何事都很费劲
	10. 是否感到害怕
	11. 是否睡眠不好
	12. 是否感到孤独
	13. 是否觉得无法继续自己的生活
	14. 是否很愉快
	15. 是否对未来充满希望
活力	16. 在调查/访谈时自我报告经常因为疼痛而难受
	17. 接受调查/访谈时的精力水平
	18. 控制大小便有困难

续表 4 健康老龄化测量条目

维度	条目
感官	19. 平时戴眼镜(包括矫正视力镜片)
	20. 看近处的东西怎么样? 比如说戴着眼镜能不能看报纸?
	21. 看远处的东西怎么样? 比如说能不能隔着马路认出朋友(包括戴着眼镜)
	22. 听力困难
移动功能	23. 弯腰、屈膝或者下蹲有困难
	24. 举重或负重困难(是否提 10 斤重的东西有困难)
	25. 爬一段或几段楼梯有困难
	26. 从坐到站起来困难
	27. 把手臂沿着肩向上伸展困难
	28. 跑 1 公里有困难
	29. 手指拿东西困难(是否从桌上拿起一小枚硬币有困难)
日常生活活动能力(ADL)	30. 起床、下床困难(日常生活活动限制)
	31. 洗澡困难
	32. 穿衣困难
	33. 走 100 米有困难
	34. 上厕所困难
工具性日常生活活动能力(IADL)	35. 吃饭困难
	36. 做家务困难
	37. 去商店买食品杂货有困难
	38. 走 1 公里有困难
	39. 做饭困难
	40. 管钱困难
	41. 自己吃药困难

注:有困难计为 0,无困难计为 1。

3.2 健康老龄化量表的有效性评价

为保证测量方法的有效性,基于每一期调查数据,以及四期合并的调查数据,对条目的有效性进行评估(表 5)。首先,信效度检验结果表明,不管是合并数据,还是每期数据,Cronbach α 系数均高于 0.8,说明数据信度较高;KMO > 0.8, $P < 0.05$,证明了量表的结构效度较好。其次,单参数 Logistic 模型估计结果表明,条目的总区分度参数 $a(1.019)^{\text{①}}$ 与难度参数 b 的估计值均在 1% 水平上具有统计学意义,论证了健康老龄化测量条目选择的合理性。

表 5 量表的信效度分析结果

年份	Cronbach α 系数	标准化 Cronbach α 系数	KMO 值	Bartlett 球形值	df	P 值
2011	0.84	0.85	0.88	18 313.68	820	0.000
2013	0.83	0.85	0.89	19 487.22	820	0.000
2015	0.86	0.88	0.92	23 078.75	820	0.000
2018	0.86	0.87	0.91	17 759.98	820	0.000
总计	0.85	0.87	0.92	76 584.00	820	0.000

① 在参数估计时,区分度参数 a 的估计值不宜过小或过大,一般区分度大于 0.5 比较理想。 a 值太低可能“错误”地将非健康老龄化认定为健康老龄化;当 a 值大于 2.5 时,则可能导致估计精度不理想。

基于 IRT 计算各样本健康老龄化分值后,进一步去除数据的单位限制将其转化为无量纲的纯数值,将数据统一映射到 $[0, 100]$ 区间上,便于不同单位或量级的指标能够进行加权和比较(转换函数:

$$HAI = \frac{x - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}} * 100, HAI \text{ 表示健康老龄化分数, } x \text{ 是}$$

IRT 计算的潜在特质分数,最小值和最大值分别代表由 IRT 产生的最小和最大潜在特质分数)。标准化后健康老龄化的平均值为 62.46 分、标准偏差为 15.21 分。

IRT 参数估计显示,七个维度中,认知功能的区分值为 0.54;感官功能的区分值为 0.83;活力功能的区分值为 1.19;移动功能的区分值为 2.02;ADL 功能的区分值为 2.79;IADL 功能的区分值为 2.36。可以看出,ADL 功能的区分值最高,认知功能的区分值最低,与 Wu Y T 等的研究结果保持一致^[25],进一步验证了该量表的有效性。

3.3 我国老年人健康老龄化水平的趋势与分布

3.3.1 我国老年人健康老龄化水平的总体趋势

纳入抽样权重对数据进行加权,观察我国健康老龄化随时期变化的趋势(图 1),2011 年健康老龄化均值为 61.84 分,2013 和 2015 年分别升至 63.74 分和 63.44 分后,2018 年降至 61.89 分。观察健康老龄化随年龄变化的趋势(图 1)发现,健康老龄化得分在 2013 年基本维持稳定后,2015 年显著下降,2018 年降幅更加明显,由 2011 年的 64.31 分降至 59.36 分。尽管样本覆盖的时间范围以及人群年龄段可能存在差异,但仍可以发现,我国健康老龄化得分低于英国、美国、日本、韩国及部分欧洲国家。^[25]

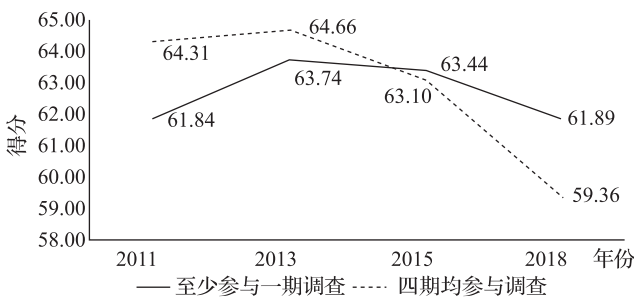
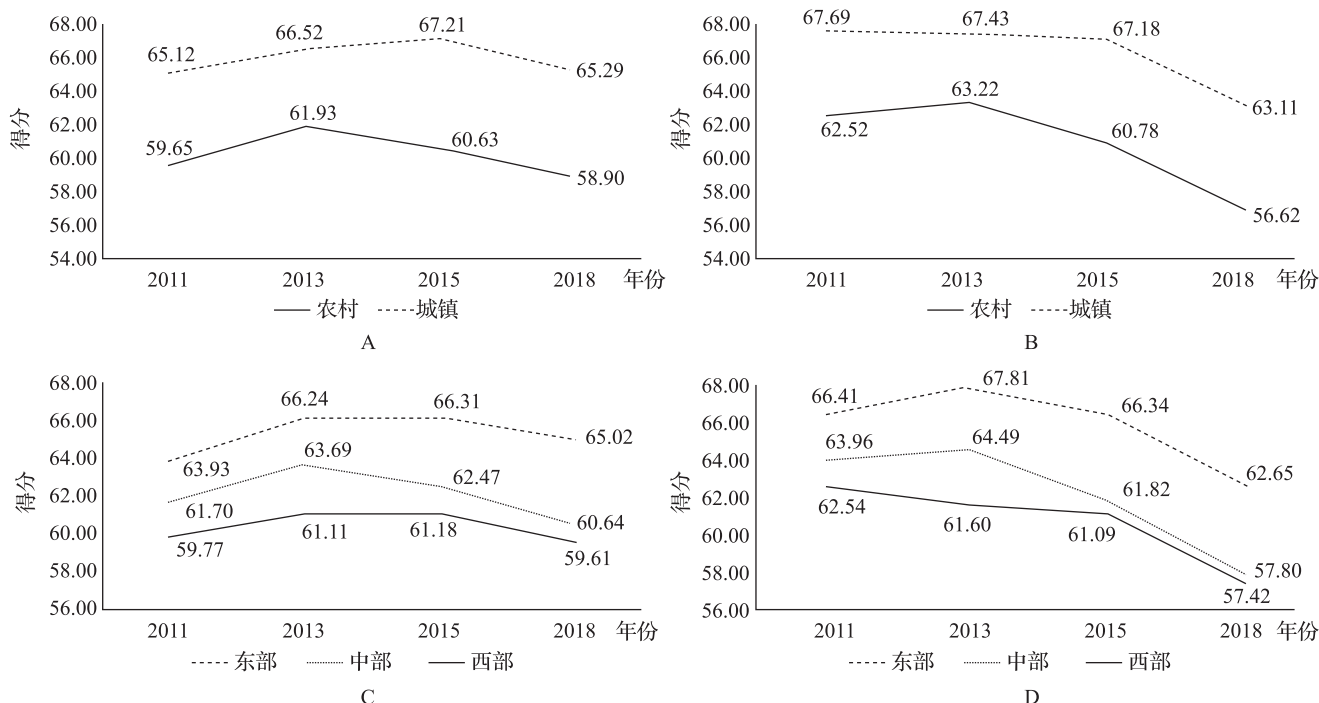


图 1 我国老年人的健康老龄化变化趋势



注: A、C 为至少参与一期数据; B、D 为四期均参与调查的数据

图2 我国健康老龄化水平的城乡与地区差异

3.3.2 我国健康老龄化水平的地区差异

图2分别展示了我国老年人健康老龄化变化趋势的城乡差异和区域差异。不管是健康老龄化随时期变化趋势,还是随年龄变化趋势,健康老龄化的城乡差异和区域差异具有统计学意义,农村地区始终低于城镇;东部地区始终最高,中部地区次之,西部地区最低。

4 讨论与建议

本研究对“健康老龄化”的内涵特征进行了深刻的分析与阐释,明确了实现“健康老龄化”不仅是对健康中国战略的响应,也是践行积极老龄化理念的重要举措。且与“积极老龄化”相比,“健康老龄化”更易于测量和干预,可以为我国积极应对人口老龄化战略提供思路,为未来制定更精确的本土化健康老龄化测量工具,以及制定更精准的老年人健康干预策略奠定了基础。

本研究在梳理健康老龄化测量工具基础上,筛选并明确了较优的基于项目反应理论的健康老龄化测量工具。在此基础上,检验了测量工具的有效性,证明其信度和效度及在本研究中的适用性。需要说明的是,本研究所选取的41个指标与Wu Y T等研

究中选取的指标存在一定差异,但覆盖维度相同,而且Wu Y T等在对各个国家进行分析时,指标也存在一定差异,而项目反应理论通过对项目赋权,可以在一定程度上克服这类差异所带来的影响,且有利于各国制定本土化量表。^[25]

对我国健康老龄化水平的变化趋势与地区差异分析发现,与全球老年人的健康老龄化平均水平相比,我国老年人健康老龄化现状不容乐观,改善我国老年人健康老龄化现状迫在眉睫。其中,时期效应下的健康老龄化变化趋势在2018年明显下降,可能源于年龄与慢性病的双重叠加效应,2018年样本老年人患多重共病的比例明显高于2011—2015年,与既有研究结论保持一致,共病也成为健康老龄化的主要威胁之一。^[28-29]年龄效应下健康老龄化的变化趋势先维持平稳后一直呈下降态势,这是因为随着年龄推移,老年人健康老龄化各维度方面的功能不可避免会出现不可逆的衰弱,同时可能存在机能快速下降的转折期。未来需要对健康老龄化的风险因素进行深入剖析,并且需要寻找健康老龄化水平快速下降的年龄段,有针对性地加以干预,致力于在一定时期内维持健康老龄化水平。

我国始终将维护健康公平放在优先位置,但

我国健康老龄化水平呈现出显著的地区差异:农村和中西部地区老年人的健康老龄化水平较低。加强对弱势地区老年人健康老龄化的治理,对于促进健康老龄化事业均衡发展和助力健康中国建设具有重大意义。未来需要进一步均衡地区间的资源投入,促进老年群体健康相关服务、权益的均等化,并结合医疗服务体系的完善、社会保障体系的优化,以及城乡融合发展、乡村振兴等国家战略的推进,和家庭医生签约服务、基层社区治理等举措,为老年人提供更全面的、覆盖生命全周期的健康维护、促进服务。

尽管本研究基于项目反应理论,对我国老年人健康老龄化的现状与趋势进行了评价,展现了不同区域、城乡间健康老龄化的差异,但受限于篇幅,仅做了比较浅显、基本的描述性统计分析,未来需要对健康老龄化的公平性、影响机制等进行更深入的研究。本研究在选择健康老龄化评价条目时,受限于数据可及性,可能存在条目的遗漏,未来需要对健康老龄化的测量工具进行更多探索,并针对不同类型、不同特征老年人群制定更精细化的健康老龄化测量工具,为相关部门制定更加完善的老年政策提供参考依据。此外,本研究使用的是2018年之前的数据,而近年来我国在老年人健康服务、健康保障方面已经有了诸多进展,因此,还需进一步对当前及未来我国健康老龄化水平展开持续监测评估。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 郑晓瑛, 苏彬彬. 积极应对人口老龄化 推动老龄事业健康发展 [EB/OL]. (2021-11-09) [2022-10-10]. <http://theory.people.com.cn/GB/n1/2021/1109/c40531-32277193.html>
- [2] 2020年度国家老龄事业发展公报 [EB/OL]. (2021-10-15) [2022-10-10]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/pqt/202110/c794a6b1a2084964a7ef45f69bef5423.shtml>
- [3] 新华社. “十四五”老年健康支撑体系蓝图来了! [EB/OL]. (2022-02-22) [2022-10-10]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1725455407685450867&wfr=spider&for=pc>
- [4] 国家卫生健康委员会2022年9月20日新闻发布会文字实录 [EB/OL]. (2022-09-20) [2022-10-10]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3574/202209/ee4dc20368b440a49d270a228f5b0ac1.shtml>
- [5] Rowe JW, Kahn RL. Successful ageing [J]. *The Gerontologist*, 1997, 37(4): 433-440.
- [6] Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective [J]. *Gerontologist*, 2015, 55(1): 83-90.
- [7] WHO. 第四十届世界卫生大会:日内瓦会议 [EB/OL]. [2022-10-10]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/163838>.
- [8] 郭沧萍, 姜向群. “健康老龄化”战略刍议 [J]. *中国社会科学*, 1996(5): 52-64.
- [9] 印石. 何谓健康老龄化 [J]. *卫生经济研究*, 2000(8): 10-11.
- [10] 关于加强老年卫生工作的意见 [EB/OL]. (2001-07-20) [2022-10-10]. <https://law.lawtime.cn/d613512618606.html>
- [11] WHO. Active ageing: a policy framework [EB/OL]. [2022-10-10]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- [12] WHO. 关于老龄化与健康的全球报告 [EB/OL]. (2015-09-29) [2022-10-10]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- [13] WHO. 2021—2030年健康老龄化行动十年 [EB/OL]. [2022-10-10]. <https://www.who.int/zh/initiatives/ageing/decade-of-healthy-ageing>
- [14] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》 [EB/OL]. (2016-10-15) [2022-10-10]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm
- [15] “十三五”健康老龄规划 [EB/OL]. (2017-03-17) [2022-10-10]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/zcwj2/201703/86fd489301c64c46865bd98c29e217f2.shtml>
- [16] “十四五”健康老龄规划 [EB/OL]. (2022-03-01) [2022-10-10]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/pqt/202203/c51403dce9f24f5882abe13962732919.shtml>
- [17] 陆杰华, 阮韵晨, 张莉. 健康老龄化的中国方案探讨: 内涵、主要障碍及其方略 [J]. *国家行政学院学报*, 2017(5): 40-47, 145.
- [18] 全国政协委员王建业谈健康老龄化: 要有中国特色的标准 [EB/OL]. (2022-03-05) [2022-10-10]. <https://news.cctv.com/2022/03/05/ARTI0cg4091b9jX3joObXeGj220305.shtml>
- [19] Nurrika D, Zhang S, Discacciati A, et al. Education level, monthly per-capita expenditure, and healthy aging in the older Indonesian population: The Indonesia family life survey 2007 and 2014 [J]. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 2020, 250(2): 95-108.

- [20] Thiamwong L, Maneesriwongul W, Malathum P, et al. Development and psychometric testing of the healthy aging instrument[J]. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2008, 12(4): 285-296.
- [21] Sanders J L, Minster R L, Barmada M M, et al. Heritability of and mortality prediction with a longevity phenotype: the healthy aging index[J]. Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences, 2014, 69(4): 479-485.
- [22] Gonçalves J, Gomes M I, Fonseca M, et al. selfie aging Index: An index for the self- assessment of healthy and active aging[J]. Frontiers in medicine, 2017(4): 236.
- [23] Beard J R, Jotheeswaran A T, Cesari M, et al. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing [J] . BMJ Open, 2019, 9 (11): e026119.
- [24] 王雪辉, 沈凯俊. 老年群体健康老龄化的多维评估及影响因素: WHO 最新理论框架在中国的实证探索[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2021, 38(5): 78-89.
- [25] Wu Y T, Daskalopoulou C, Terrera G M, et al. Education and wealth inequalities in healthy ageing in eight harmonised cohorts in the ATHLOS consortium: a population-based study [J] . The Lancet Public Health, 2020, 5(7): e386-e394.
- [26] Li H M, Zeng Y X, Li G, et al. Urban-rural disparities in the healthy ageing trajectory in China: a population-based study[J]. BMC Public Health, 2022, 22(1): 1406.
- [27] Chen J, Zeng Y, He W, et al. How Healthy Aging and Contact With Children Are Associated With Satisfaction in Middle-Aged and Older Parents in China: A Mediation Analysis [J] . Front Public Health, 2022, 14 (10): 836558.
- [28] 夏翠翠, 李建新. 健康老龄化还是病痛老龄化: 健康中国战略视角下老年人口的慢性病问题[J]. 探索与争鸣, 2018, 348(10): 115-121, 144.
- [29] 闫伟, 路云, 张冉, 等. 基于 CHARLS 数据分析的我国老年人共病现状研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2019, 23(4): 426-430.

[收稿日期:2022-10-17 修回日期:2023-03-19]

(编辑 刘博)