

## 老龄问题研究

# 性别视角下中国老年人健康差异分析<sup>①</sup>

李建新 李 毅

**【内容摘要】**本研究使用中国健康长寿调查 2005 年的数据,对中国老年人健康的性别差异做了较为深入的分析。使用二分 logit 回归模型分析了男女老年人在主观与客观健康指标即自评健康和日常活动能力上的差异,及其健康与社会经济因素和肌体健康之间的关系。研究发现在控制各种因素后自评健康上性别的差异基本消失了,而在日常活动能力上仍存在着性别差异,女性老年人要差于男性老年人。此外,社会经济变量的影响并不明显,而且模式也并不统一。

**关键词:** 老年人;健康;性别差异

**【作者简介】**李建新,北京大学社会学系副教授;李毅,北京大学社会学系硕士生。北京:100871

## 1 研究背景

2000 年第五次人口普查的数据显示,我国 60 岁以上的老年人口达到 1.3 亿,占总人口的 10.45%;65 岁以上的老人人数超过 0.93 亿,占总人口的 6.96%;80 岁以上的老人人数超过 1 千万,而其中 80 岁及以上女性老年占 62.09%。2005 年全国 1%人口抽样调查数据显示(中国人口统计年鉴,2006),2005 年末中国 60 岁及以上的老年人达到了 1.4 亿,占总人口的 11.03%;65 岁及以上的老年人达到了 1 亿,占总人口的 7.69%。中国老年人口呈现出绝对数量增长快、老年人口比例迅速上升、高龄女性老人占优势的特点。在老龄化日趋严重的中国社会,老年人的健康问题也引起了全社会的广泛关注,这是因为老年人的健康不仅关系到老年人在生命历程最后阶段的生活质量,还关系到老龄社会的整体活力以及社会的和谐发展。

随着中国人口老龄化进程的加快,老年人口中女性的比例也在不断增大,未来老龄社会在某种意义上讲是老龄女性社会。由于生理条件和社会地位的不同,男女在健康上存在着或多或少的差异。这种差异特点被西方学术界经典地表述为:“men are more likely to die than women, but women are sicker than men(男性要比女性更可能死亡,但是女性要比男性更容易得病)”。也就是说,男性比女性平均寿命要短,但女性比男性要不健康,其虚弱指数高于男性(顾大男等,2007)。性别差异的视角一直是研究老年健康的一个重要维度,在考察男女健康差异时,社会性别视角注重男女社会经济地位差异以及所拥有健康资源和健康知识的不同,进而导致性别上的健康差异。本文将利用 2005 年的“中国高龄老人健康长寿调查”项目跟踪数据,以性别差异的视角对中国老年人健康进行研究,考察中国男性老人与女性老人在主观和客观健康指标上的差异模式,分析老年人健康差异的影响因素。

## 2 文献回顾与研究设计

西方以往许多的研究都证明了在老年健康上存在着性别差异(Nathanson, 1975; Verbrugge, 1979)。在不同健康指标上,例如使用日常活动能力(Activities of Daily Living)测量健康存在着性别

<sup>①</sup> 杨菊华博士和谢宇教授对本文提出了修改意见,对此表示谢意,不过文责自负。

差异,一般认为女性自报的自理能力比男性所自报的要差(Guralnik 等人, 1994)。再如,女性老人相比男性老人在晚年有更大的可能性患有认知和生理上的缺陷(Jagger & Matthews, 2002)。对健康的性别差异这一现象的解释,西方学者认为,一方面,比起男性来,女性要倾向高报(over-report)发病的情况,女性更容易把自己的健康状况报为不好(Waldron, 1983);另一方面,性别差异主要来自男女在社会经济地位和物质上的差异(Arber & Cooper, 1999)。

目前国内对中国老人健康上专门的性别差异研究相对还比较少。多数研究只是把性别作为一个控制变量,而没有仔细关注健康的性别差异及其模式。在有限的关注性别的文献中,研究者主要是使用自理能力,自评健康等指标来研究老年人健康的性别差异(陶鹰、贾国平, 1995;赵细康, 2000;宋新明、齐钰, 2000;牛飙、黄润龙, 2003;王德文、叶文振, 2006;王树新、曾宪新, 2001)。这些研究也发现,女性老人在自理能力和自评健康上要比男性老人差,农村女性老人的生活自理比例最低(杜鹃、武超, 2006)。至于男女健康状况差异的主要原因则是多方面的,包括了女性相对低下的社会经济地位,弱化的性格以及生活方式等(王德文、叶文振, 2006)。

受到其他学者研究的启发(Xie & Shauman, 1998),本文的研究设计思路如下:在图1中,首先显示的是性别上的健康差异,这里表明的仅是一种性别与健康的关联关系,箭头A包含了其他因素的影响。在图2中增加了一组变量,同时也比图1多了两种关系,反映的是性别上的社会经济地位及其它因素差异(箭头B)和社会经济地位及其它变量差异对健康的影响(箭头C)。图1中的箭头A与图2中的A有所不同,前者代表了性别的总影响(差异),后者则代表了在控制其它变量下性别的健康差异。比如,在图1和图2中我们都可能看到女性的健康要比男性的健康差,但是这两种看似相同的关系背后所包含的意义却是不同的。在图2中,女性与男性相比的劣势是在考虑女性在社会经济地位上的劣势从而造成了她们健康劣势(箭头B),以及正向的社会经济因素对健康有积极的影响(箭头C)之后的结果。本文的研究路径将如图2所示,即在充分考察社会经济等变量的条件下进行性别差异分析。

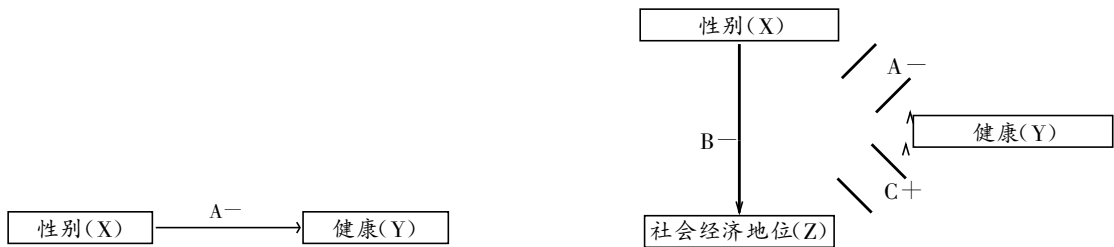


图1 性别与健康关系

图2 考虑其他因素后的性别与健康关系

在任何一个现代社会里,男女在社会经济地位上或多或少地存在着差异,男女不同的社会经济地位结构对健康资源的拥有及其对自身健康的影响也有很大不同。那么,男女的社会经济地位变量是怎样影响其健康的呢?本文将重点具体考察教育,职业,收入,婚姻等社会经济因素对健康的影响。外国相关研究指出(Ross & Wu, 1995),教育可以增加就业的机会,而好的教育会使人得到收入高的工作,好工作进而对人在心理主观上起着积极的作用。良好的教育使人有较好的自控能力。另外,教育使人有良好的健康习惯,例如不吸烟,适量饮酒等。大多数情况下,教育程度在人青年时期就已经确定了,因而对健康的影响具有一定的稳定性。不过,职业、收入等变量的影响则不同。由于职业收入在青年、中年时期变化较大,因此,职业、收入对健康的影响并不一定如同教育对健康的影响模式一致。例如当健康出现问题的时候,有高收入的人可以享受良好的医疗。Zimmer和House(2002)的研究发现,是收入而非教育变量可以较好地预测一个人的功能健康(functional health)趋势。此外,个人的职业及所在单位也都会对健康产生影响,因为某个职业所特有的工作环境和工作要求会对个人的生活习惯、作息等产生影响,进而影响到健康。在中国,不同的职业及不同级别单位可能意味着医疗

条件保障也都不同,而这种不同会直接影响健康。最后,婚姻也对健康有着不可忽视的影响。Schone和Weinick(1998)的研究发现,婚姻对老人的健康行为,如有规律地生活有积极的作用,而且婚姻的这种影响在男性中的作用要比在女性中的作用大。

在本文的研究设计中我们将考察并控制社会经济及其他变量,以便使得我们对老龄健康的性别差异分析更进了一步。沿着这种研究思路,在多元统计分析中我们将建立若干嵌套模型逐步控制各类社会经济以及其他变量,考察男性和女性老年人之间健康差异及其模式变化。本研究希望达到如下目的:(1)描述男性老人和女性老人在自评健康和日常活动能力上的差异;(2)考察在控制社会经济和肌体健康方面的影响之后,老年人健康的性别差异有无变化,以及差异是如何变化的。

### 3 数据和方法

本项研究利用“中国高龄老人健康长寿调查”项目跟踪数据中的2005年调查数据。关于数据质量,有关学者已做了评估报告,结果表明,同前三次健康长寿跟踪调查数据一样,数据总体质量是较高的,达到或超过了国际同类调查的质量水准(张文娟等,2006)。2005年的老龄人口的样本数为15636。在本文的分析模型中,最终纳入分析模型的变量为10多个,除去变量中不合理回答的案例外,进入模型运行的案例数为14235个,占总样本数的91%。

#### 3.1 因变量

本研究选取了两个变量来考察老年人健康的性别差异。一个是比较主观的健康自评变量,另一个是比较客观的,即对日常活动能力(Activities of Daily Living)测量的变量。第一个变量的信息来自问卷中的“您觉得现在您自己的健康状况怎么样?”这是一个相对主观的、也是一个在健康调查中十分常用的指标。对该问题的回答有五类,在本文的研究中,简化为“好”、“不好”两类。与国际上其他老年健康调查一样,本调查也是通过六个问题来调查老年人日常活动能力:洗澡,穿衣,如厕,室内活动,大小便和吃饭。我们将能够自己独立完成所有这六项活动的老人划为没有日常活动障碍,把至少不能够独立完成其中一项的老人划为有日常活动障碍。

表1给出了两个健康因变量上性别差异的信息。在男性当中,自评健康“好”与“不好”的比例大体相当,但“好”的选项高于“不好”的。女性的情况正好相反,自评健康为“不好”的比例要高一些,达到了52%。女性老人认为自己健康“不好”的比例比男性老人约高4个百分点。日常活动这一健康指标上的性别差异要比自评健康明显一些。完全没有日常活动障碍的男性老人在所有的男性老人中占到84%,有至少一项日常活动障碍的只有16%。但在女性老人当中,完全没有日常活动障碍的比例是74%,有26%的女性老人至少有一项日常活动上的障碍。由此看来,男女老人在自评健康上的差异要比在日常活动能力上的差异小得多。

表1 男性和女性老人自评健康及日常活动能力情况

%

	男(n=6273)	女(n=7962)
	自评健康	
好	51.84	47.98
不好	48.16	52.02
	日常活动能力	
没有障碍	84.44	74.09
有	15.56	25.91

注:n=14235

#### 3.2 自变量与控制变量

在本文中,我们关注的是性别上的健康差异。在2005年调查的老年人口中,进入分析模型的65岁及以上的人群样本为14235人,其中男性人为6273人,占44.07%,女性人口为7962人,占55.

93%。由于男女分年龄分性别死亡率不同, 年龄性别结构有很大的差异。总体上看, 样本中男性老人的平均年龄要低于女性老人, 男女老年人各年龄组的比例也有很大不同, 其中 100 岁以上组的女性老人比例高达近 22%, 而 100 岁以上的男性老人不足 8%(见表 2)。

表 2 男性和女性老人年龄与社会经济变量的情况

%

	男(n= 6273)	女(n= 7962)
年龄		
65~74 岁	26.43	20.35
75~84 岁	23.21	18.08
85~89 岁	19.16	15.20
90~94 岁	15.85	15.05
95~99 岁	7.89	10.05
100 岁以上	7.46	21.27
婚姻		
已婚并与老伴住一起	49.21	19.22
丧偶	45.70	78.92
其他	5.09	1.86
教育		
文盲	34.15	79.99
1-5 年	37.70	12.96
5 年以上	28.15	7.05
职业		
干部	16.90	3.63
工人	21.07	10.66
农民	55.75	64.44
其他	6.28	21.26
生活来源		
退休金或自己	44.92	17.13
家人	49.12	75.13
其他	5.96	7.74
慢性病		
没有	54.01	52.55
一种	29.87	29.89
两种	11.53	12.61
三种及以上	4.59	4.95

注: n= 14235

本文中我们感兴趣的和重点关注的控制变量是社会经济方面的。由于数据的限制以及为了模型的简约, 我们最终选择的变量有婚姻, 教育, 职业和生活来源。在本研究中, 老年人的婚姻状况分为三类: 已婚并与老伴住在一起, 丧偶, 其他(包括已婚但不与老伴住在一起、离婚、从未结过婚)。从表 2 可以很明显地看出女性老人中已婚并与老伴住在一起的比例要远低于男性老人的该比例。具体地说, 女性老人当中只有约 19% 的人是已婚并与老伴住在一起的, 而男性老人这一比例高达 49%。教育程度按上学年数分为三类: 没有上过, 1 到 5 年, 5 年以上。同样地, 女性老人在这一方面也处于劣势。男性老人接受了 5 年以上教育的比例为 28%, 而女性老人这个比例为 7%; 没有接受教育的男性老人在所有的男性老人中占 34%, 而女性老人的该比例约为 80%。在中国老年健康长寿 2005 年调查问卷中, 对被调查者 60 岁以前从事的工作(职业)进行了调查。我们把专业技术人员, 医生, 教师, 行政管理人员以及军人划分为干部; 把自由职业者, 家务劳动, 无业人员划分为其他类; 一般职员, 服

务人员和工人这一选项称为工人;另外把农民作为独立的一类职业。从表2中可以看出,当过干部的女性的比例很低,只有4%,这与男性干部的比例17%相差很大。男性农民的比例为56%,女性农民的比例为64%,相差10个百分点。男性工人的比例要高出女性工人比例约10个百分点,与农民的情况类似。女性从事其他类的职业如家务的比例要高于男性。经济方面的变量,本文关注的是老年人“主要的生活来源”。我们把选择主要生活来源为退休金或自己劳动或工作的分为一类,把选择配偶,子女或者孙子女的分为一类,把选择其他亲戚,当地政府或社团,和其他的分为一类。从表2给出的信息可以看出,无论是男性还是女性老人,多是依靠家人,尤其是女性老人这一比例达到75%。另外,主要生活来源为退休金的男性老人比例要远高于女性老人相应的比例。

在本文的分析中,还考察了另一个健康变量——慢性病。我们选取了老年人发病率相对较高的高血压、心脏病、支气管炎、肺气肿、哮喘病或肺炎、白内障,和关节炎等五种疾病。在慢性病上,男女老人之间的差异不是很明显。无论是男性还是女性,没有慢性病的比例都接近53%,有一种慢性病的比例都接近30%,而两种,三种以上的比例也都十分接近。在分析模型慢性病不是作为因变量,而是作为控制变量,这是因为慢性病的信息是基于老年人的自报,而慢性病自报信息的效度比起自评健康和日常活动能力的效度要差很多。所以我们没有把慢性病作为因变量,而只是作为一个控制变量。

通过对自变量的初步分析,我们看到,与男性老人相比女性老人在社会经济方面处于劣势,在婚姻、教育和职业三方面特别明显。下文我们希望通过多元分析对老年人健康的性别差异有进一步的了解。

### 3.3 分析方法

由于我们所研究的健康因变量为二分变量(即好与不好、日常活动无障碍与有障碍),本研究采用二分Logit统计模型来分析老年人健康的性别差异。为了能较详尽考察老年人群健康上的性别差异,本文的分析主要分为两个部分:描述性分析和多元回归分析。在多元分析中,透过建立嵌套模型,我们关注:在自评健康与日常活动能力等健康指标上男女性别有何差异,即性别的总体差异;性别通过社会经济地位和其他肌体健康对老年人健康因变量的影响所反映出来的健康差异,即性别的间接差异;社会经济地位和肌体健康对健康因变量产生何种影响等。

## 4 结果分析

### 4.1 描述分析

(1)男性和女性老人分社会经济变量的自评状况如下:首先看一下不同婚姻状况的老年人,男性老人中除了其他组中自评健康为好的比例低于不好以外,另外两组中自评健康为好的比例都要高于不好的比例;而在女性老人中,三个组里自评健康为好的比例都要低于不好的比例。

在根据男性和女性老年人的教育程度分组后,我们发现男性和女性老人内部的自评健康模式很不一致,性别间的差异也十分明显。在男性老年人中各个组里面自评健康好的比例全部高于不好的比例。与此相反,不管教育程度如何女性老年人自评健康不好的比例都要高于好的比例。就不同的职业而言,男性老人无论从事过何种职业,自评健康为好的比例都要高于不好的比例。对于女性老年人来说,除了干部组以外,其他组的职业中都是自评健康不好的比例要高于好的比例。在生活来源方面,不管男性还是女性,不同生活来源组之间自评健康的分布都比较十分接近。在男性老人中只有其他组中自评健康不好的比例稍高于好的比例。而在女性老人当中,只有退休金或自己组中自评健康为好的比例稍高于不好的比例。

总的看来,在自评健康上男性报告好的比例要高于女性报告好的比例。双变量的分析显示社会经济变量对老年人的自评健康有一定的影响。

(2)男性和妇女生老人分社会经济变量的日常活动能力的情况如下:在男性和女性各个婚姻状况

组内部,都是有日常活动能力的比例高于至少缺失一种能力的比例。而且拥有日常活动能力组与缺失组间的比例差异都很大。

在男性老人中各个教育组内,都是没有活动障碍的比例高于有活动障碍的比例。同样在职业组的内部,所有性别都是拥有完全活动能力的比例高于至少缺失一种的比例。在男性老人中,生活来源为其他的人拥有完全活动能力的比例最高,退休金或自己组相应的比例最低;而在女性老人中,完全活动能力比例最高的组是来源为退休金或者自己组,最低的是来源于其他组。

对于日常活动能力而言,不同社会经济地位间存在着一些差异,但是这些差异不是十分明显,所表现的模式也不是统一清晰的。在下一部分的多元分析中,我们将做进一步的分析。

#### 4.2 多元分析

我们将使用二分 logit 回归来对老年人健康的性别差异做进一步的深入分析。在这一部分当中,我们的目的是考察老年人健康的性别差异是否存在,如果存在受什么因素的影响。回归中因变量的编码是这样的:自评健康 0=好, 1=不好;日常活动能力 0=没有障碍, 1=至少一项障碍。因此,给出的系数大于零就意味着自评健康为不好的可能性更大,或者日常活动至少有一项障碍的可能性更大;而系数小于零的意义则正好相反。

表 3 中的模型 1 是只纳入了性别变量的自评健康模型。女性的系数为 0.155 说明女性更可能将自己的健康状况评价为不好,而且这一性别差异在 0.001 的水平上显著。模型 2 在模型 1 的基础上又纳入了年龄变量。女性的系数变为 0.145,并且仍然显著。说明控制年龄因素的影响之后,并没有改变性别的健康差异。模型 3 考虑了婚姻,教育,职业和生活来源的影响,女性的系数为 0.148,并且保持显著。和与老伴同住组相比,丧偶的老年人更可能对自己的健康给出积极的评价。在模型 3 中,教育和职业对自评健康的影响都不显著。与生活来源主要为退休金或者自己的老人相比,生活来源为家人和其他的,更可能报告不好的自评健康。这一点与我们的预期是一致的。

模型 4 纳入了日常活动能力障碍变量,分为无,轻度(一种),中度(至少两种),重度(至少四种)四类情况。在控制了日常活动能力障碍变量后,反映男女间差异的系数变小了,为 0.111。这与我们的预期是一致的——日常活动能力障碍对自评健康有着显著的影响,日常活动能力越差,自评健康可能越差。而模型中其他变量的系数和显著性并没有太多的变化。

在模型 5 纳入了控制变量慢性病变量后,我们发现,尽管模型的回归系数仍大于 0,但变得不显著了,也就是说男女老人在自评健康上的差异基本消失了。慢性病的影响方向与我们预期的一致,慢性病越多,自评健康就越差。另外,在纳入慢性病后大多数变量的系数与显著性没有明显的变化。

从模型 2 到模型 5,年龄对自评健康的影响模式在发生变化。模型 2 中各个年龄组的系数都为正,说明年龄越大自评健康越差。但是到了模型 4、5 除了 75~84 岁和 85~89 岁组外,各个年龄组的系数都由正变为负,百岁以上组的不仅为负而且显著,这说明高龄老人与日常活动能力障碍、慢性疾病等变量存在着高度相关,在控制了这些因素之后,年龄越大主观健康评价越好。在条件相同的情况下,高龄老人生活经历相对丰富的优势也许是他们生活态度更乐观,评价自身更积极的原因。

表 4 给出的是日常活动能力的性别差异的结果。模型 1 中女性的系数反映了男女在日常活动能力上的差异,女性老人要比男性老人更可能有障碍,并且这一差异在统计上是显著的。我们注意到,尽管两者都是显著的,但是男女老人在日常活动能力上的差异要大于在自评健康上的差异。模型 2 中反映性别差异的系数在相同的显著性水平上从 0.641 一下子变成了 0.336。这说明年龄很大程度上解释了男女老人在日常活动能力上的差异,即很有可能模型 1 所反映的差异是由于样本中女性老人的平均年龄要大于男性老人的平均年龄这一事实造成的。在考虑了年龄这个因素之后,日常活动能力的性别差异就没有那么大了。模型 3 考虑了婚姻等社会经济地位因素的作用。但是性别的差

异没有太多变化,仍保持显著。婚姻与教育的作用都不显著。生活来源对日常活动能力的作用于对自评健康的作用模式类似:生活来源为家人的老年人更可能报告差的日常活动能力。

表3 健康自评的性别差异 logit 回归结果

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
性别(男)					
女	0.155 ***	0.145 ***	0.148 ***	0.111 ***	0.0487
年龄(65~74岁)					
75~84岁		0.258 ***	0.252 ***	0.209 ***	0.183 ***
85~89岁		0.154 ***	0.150 **	0.020	0.017
90~94岁		0.117 **	0.118 *	-0.067	-0.025
性别(男)					
95~99岁		0.161 **	0.166 **	-0.126 *	-0.078
100岁以上		0.191 ***	0.193 ***	-0.231 ***	-0.148 **
丧偶			-0.118 ***	-0.116 **	-0.096 **
其他			0.145	0.155	0.161
教育(5年教育以上)					
1~5年			0.028	0.040	0.034
文盲			0.027	0.028	0.06
职业(干部)					
工人			-0.019	-0.022	-0.004
农民			-0.102	-0.027	0.107
其他			-0.010	-0.124	-0.034
生活来源(退休金或自己)					
家人			0.204 ***	0.187 ***	0.203 ***
其他			0.248 ***	0.263 ***	0.249 ***
日常活动能力障碍(无)					
轻度				0.369 ***	0.273 ***
中等				0.881 ***	0.767 ***
重度				1.640 ***	1.553 ***
慢性病(没有)					
一种					0.442 ***
两种					0.908 ***
三种及以上					1.359 ***
L Rchi2	20.95 ***	48.99 ***	78.03 ***	595.12 ***	1059.44 ***
Df	1	6	15	18	21
△LR		28.04 ***	29.03 ***	517.10 ***	464.31 ***

注: n=14235 \*\*\*; p<0.001; \*\*: p<0.01; \*: p<0.05 括号内为参照组。

在职业与日常活动能力的关系上,我们发现职业对日常活动能力的影响的结果似乎有些不符合经验常识,社会经济地位低的老人越可能拥有好的日常活动能力。对此可能的解释也许是:第一,存在着选择性。到了65岁之后,特别是到了高龄,存活下的农民健康状况要比存活下的干部老人好。那些身体不是很好的低社会经济地位的老人由于经济等原因没有获得很好的保健或者医疗而去世,留下来的身体都要更健康。而干部老年人很可能被照顾得好些,同样的健康状况,他们活下来的可能性就要大一些,但是这也就造成了他们当中不健康的比例要高于农民老人。第二,测量的系统误差。由于问题基本上都是被调查者自己回答的,并没有专业的医疗人员做检查,所以在农民老人当中可能

存在着系统的误报。因为有比较好的医疗条件,干部老年人对自己的健康状况要比其他人更加清楚,所以在调查的时候提供的信息可能更加准确。相比之下,农民老人由于有限的医疗条件对自己的身体健康状况不是那么了解,也不是那么在意,能活动就觉得没有什么大事。所以同样的情况,他们就不会报告有功能障碍,而其他人有可能就报告为功能障碍了。第三,农民老人的生活方式。比如常年体力劳动,可能有助于日常活动功能的丧失。

在模型 4 中我们纳入了慢性病作为控制变量。女性老人的系数变小了,这一结果符合我们的预期,即慢性病越多,日常活动能力越可能越差。模型 4 中多数变量的系数和显著性没有太多的变化,只有主要生活来源为家人的老人更可能报告较差的日常活动能力。

年龄的影响在自评健康和日常活动能力中也是不同的。在自评健康中,控制各种因素后随着年龄的增长自评健康会变好。而对日常活动能力来说,年纪越大就越容易有活动障碍。这个发现与我们的预期是一致的。人在衰老的过程中,肌体的功能必定是下降的,但是自我感觉的健康程度却未必是下降的。当然,高龄老人日常生活自理能力会受个体因素和区域因素的影响(尹德挺、陆杰华, 2007)。

表 4 日常活动能力的性别差异 logit 回归结果

	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4
性别(男)				
女	0.641 ***	0.336 ***	0.334 ***	0.274 ***
年龄(65—74 岁)				
75—84 岁		1.128 ***	1.130 ***	1.092 ***
85—89 岁		2.016 ***	2.000 ***	1.996 ***
90—94 岁		2.334 ***	2.338 ***	2.381 ***
95—99 岁		2.871 ***	2.891 ***	2.940 ***
100 岁以上		3.284 ***	3.336 ***	3.415 ***
婚姻(与老伴同住)				
丧偶			0.0168	0.043
其他			-0.154	-0.159
教育(5 年教育以上)				
1—5 年			-0.073	-0.083
文盲			0.060	0.093
职业(干部)				
工人			-0.019	0.010
农民			-0.778 ***	-0.674 ***
其他			-0.112	-0.052
生活来源(退休金或自己)				
家人			0.114	0.158 **
其他			-0.006	0.0198
慢性病(没有)				
一种				0.449 ***
两种				0.590 ***
三种及以上				1.355 ***
LRchi2	229.06 ***	2325.51 ***	2540.35 ***	2778.19 ***
Df	1	6	15	18
△LR		2096.45 ***	214.84 ***	237.84 ***

注: n=14235 \*\*\*: p<0.001; \*\*: p<0.01; \*: p<0.05, 括号内为参照组。



## 5 小结

与以往的研究相比,本文明确了主观的健康指标和客观的健康指标,并分别考察了这两种指标的性别差异模式。结果显示,在主观指标即自评健康上,当我们控制了社会经济因素和肌体健康(尤其是慢性病)后,女性和男性老人对自己的健康评价没有显著差异;而在客观指标上,即日常功能上女性老人的健康状况大不如男性。2000年人口普查数据计算结果显示,我国65岁及以上女性人口的平均预期寿命为15岁,而老年男性为13岁。这些事实与西方研究的经典结论,即较男性,女性寿命虽长但却处于亚健康的结论是相一致。此外,上述结果在某种意义上还表明,我国女性老年人似乎对生活有着更加积极乐观的态度,因而对自己的健康评价也更高。国外的一些研究(如Arber和Cooper,1999)也有类似的结论,他们研究发现英国的老人在自评健康上没有显著的差异,而在日常活动能力上却存在着显著的性别差异。

我们的研究还发现了不同健康指标的年龄模式是不同的。随着年龄的增长,主观的健康指标并没有变坏,相反在高龄老人中对健康的评价更积极了;而在客观的指标则会随着年龄的增长变差。不过,对于本文研究的社会经济变量,我们的发现与Arber和Cooper(1999)的研究并不一致。尽管在描述性分析中男性与女性老人在社会经济因素上有着明显的差异,但是在多元分析中,教育,职业,生活来源和婚姻的影响作用并不是十分显著,模式也不是很统一稳定。这也许是由于在老年人生活,尤其是高龄老人中上述考察的社会经济因素的影响力变弱的缘故所致。具体结论是,生活来源对主客观这两个健康指标的作用模式是类似的:生活来源为家人和其他的老人更可能报告不好的健康状况,而相对独立的经济收入来源对健康有着积极的作用。其他的社会经济变量的作用与我们的预期有些不一致,如教育的作用在多元分析中不显著。在所有职业中,只有农民组在客观健康指标——日常活动能力上有显著的负向作用,即相对于干部参照组来说,农民有更低的可能性出现日常活动能力障碍。农民老人更可能报告健全的日常活动能力似乎让人意外,对此我们提出了三种可能的解释:即选择性、测量中的系统误差以及农民老年人的认知上的偏差。婚姻对日常活动能力没有显著的影响,对自评健康,只有丧偶组有显著的差异——丧偶的老人更可能报告好的自评健康。这一点在我们其他相关的研究中也有类似发现(李建新、骆为祥,2007)。事实上,在我们研究的群体中,丧偶的比例较高。丧偶对于许多高龄老人来说已是“常态”,相比那些有配偶的高龄家庭来说,他们没有了照料老伴的负担和感受老伴病痛的痛苦。

需要指出的是,由于本研究所关注的队列(cohort)有他们那个时代的特点,譬如他们的一生经历了贫困、战争、和平、动乱和改革等重大历史事件,因此,当我们下结论的时候必须要谨慎,因为其他队列的老人的情况不可能完全如此。此外,本研究还存在着一些问题,如二分变量统计方法的局限;如我们使用的是横截面数据,变量之间的内生性问题等。另外,文章中显示社会经济变量事实上并没有很显著地影响老人的健康,这也许意味着除了上述社会经济因素外还可能有很重要的影响着中国老人健康的变量未被考察,这些问题都有待于我们做进一步研究。

### 参考文献:

- 1 陶鹰,贾国平. 关于城市老年人几个问题的调查与思考. 人口研究,1995;3
- 2 赵柏康. 老年人健康状况主观评价分析. 人口研究,2000;2
- 3 宋新明,齐铤. 新城区老年人慢性病伤对日常生活功能的影响研究. 人口研究,2000;5
- 4 牛飙,黄润龙. 我国高龄老人健康状态的性别差异. 市场与人口分析,2003;2
- 5 李建新,骆为祥. 社会、个体比较中的老年人口生活满意度研究. 中国人口科学,2007;4
- 6 杜鹏,武超. 中国老年人的生活自理能力状况与变化. 人口研究,2006;1

- 7 王树新, 曾宪新. 中国高龄老人自理能力的性别差异. 中国人口科学, 2001 增刊
- 8 王德文, 叶文振. 中国老年人健康状况的性别差异及其影响因素. 妇女研究论丛, 2006; 4
- 9 顾大男, 曾毅, 柳玉芝, 曾宪新. 中国老年人虚弱指数及其与痛苦死亡的关系研究. 人口研究, 2007; 5
- 10 张文娟, 顾大男, 曾毅, 柳玉芝. 2005 年中国老年人人口健康状况第四次跟踪调查数据质量评估. 中国老年健康长寿课题组报告. 北京大学老龄与家庭研究中心, 2006
- 11 尹德挺, 陆杰华. 中国高龄老人日常生活自理能力的个体因素和区域因素分析. 人口研究, 2007; 2
- 12 中国人口统计年鉴 2006. 中国统计出版社, 2006
- 13 Arber, Sara, and Helen Cooper 1999 Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*. 48: 61—76.
- 14 Guralnik J. M., and Simonsick J. M., L. Ferrucci, R. J. Glynn, L. F. Berkman, D. G. Blazer, P. A. Scherr, and R. B. Wallace 1994 A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality. *Journal of Gerontology: Medicine Science* 49: M85—M94.
- 15 Jagger, Carol, and Fiona Matthews 2002 Gender Differences in Life Expectancy Free of Impairment at Older Ages *Journal of women & aging* 14: 85—97
- 16 Nathanson, C. 1975 Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social Science and Medicine* 9: 57—62.
- 17 Ross, Catherine E., and Chia-ling Wu 1995 The links between education and health. *American Sociological Review* 60: 719—745.
- 18 Schone, B. S., and Weimick, R. M. 1998. Health-related behaviors and the benefits of marriage for elderly persons. *Gerontologist* 38: 618—627.
- 19 Verbrugge, L. 1979 Females and illness: recent trends in sex differences in the United States. *Journal of Health and Social Behaviour* 17: 387—403.
- 20 Waldron, L. 1983 Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence. *Social Science and Medicine* 17(16): 1107—1123
- 21 Xie, Yu, and Kimberlee A. Shauman 1998 Sex differences in research productivity: new evidence about an old puzzle. *American Sociological Review* 63: 847—870.
- 22 Zimmer, Zachary, and James S. House 2002 Education, Income, and Functional Limitation Transitions among American Adults. *International Journal of Epidemiology* 32: 1089—97.

(责任编辑: 沈 铭 收稿时间: 2008—10)