

积极老龄化视域下社会活动参与 对老年人健康的影响

曹红梅 何新羊¹

【摘要】 促进老年人社会活动参与作为“实施积极应对人口老龄化国家战略”的一项重要内容，是实现积极老龄化和健康中国战略的关键。基于 2017—2018 年中国老年健康长寿影响因素跟踪调查（CLHLS）数据集，分析了社会活动参与对老年人健康的影响及影响机制。研究结果显示，社会活动参与对老年人自评健康和抑郁程度有显著的积极作用。异质性分析显示，与高收入和城市老年人相比，社会活动参与对低收入和农村老年人健康的积极作用更大，说明社会活动参与有利于降低不同社会经济地位老年人群体之间的健康不平等程度。机制分析表明，降低失能风险是社会活动参与影响老年人健康的重要渠道，社会活动参与通过增强日常生活能力和工具性日常生活能力进而促进老年人健康。

【关键词】 社会活动参与 老年人健康 积极老龄化 失能风险

一、引言

人口老龄化是我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程的基本国情之一。国务院第七次人口普查数据显示，2020 年我国 65 岁及以上人口是 1.91 亿人，老龄化程度为 13.50%。在当前及未来较长一段时期，我国将由“未富先老”“未备先老”发展到具有老龄化、高龄化、多健康状态长寿化人口特征的“渐富快老”新阶段。近年来积极老龄化理念逐渐成为我国老龄社会政策的主要目标，政府出台了《国家积极应对人口老龄化中长期规划》，提出实施积极应对人口老龄化国家战略¹。积极老龄化理念认为老年人仍然拥有参与社会经济和文化事务的平等权利，鼓励国家努力创造条件让老年人充分融入和参与社会，给予老年人更多的自主权与尊重。“健康、参与、保障”作为积极老龄化理念的三大支柱，共同支撑着积极老龄化目标的实现。作为积极老龄化理念的核心内容，老年人参与社会活动既能够实现个人与社会价值，又有益于社会发展。

二、文献综述与研究假设

1. 社会活动参与与老年人健康

离退休事件对老年人产生一种破坏性影响，因为这不仅意味着其从劳动力市场中脱离，更意味着个人社会角色的变动，从明确有意义的社会角色转变成定位模糊和几乎毫无意义的社会角色，从独立生活变成依赖他人。在这种情况下，老年人可以通过新的社会活动参与和新的社会角色建构，来改善因离退休事件引发的抑郁和情绪低落，实现自我价值的重新认识，获得自尊、心理满足和健康长寿。

再社会化理论认为，离退休后的老年人出于适应晚年生活环境的需要，通过积极参与各种社会活动来维持、拓展社会网络与社会关系，增强社会融入，降低社会隔离，促进自我的发展与完善，并最终取得良好的社会角色适应能力。这一观点与积极老龄化的观念不谋而合。在“实施积极应对人口老龄化国家战略”背景下，要鼓励老年人积极参与各种社会活动，进而促进其再社会

¹作者简介：曹红梅，南京大学政府管理学院博士研究生；何新羊，江苏省卫生健康委法规处处长

基金项目：国家自然科学基金青年基金项目“利益相关者视角下的远程医疗协作绩效评价研究”（71904082）的阶段性生活成果

化的顺利实现。相关研究表明社会活动参与对老年人身心健康具有内在的保护功能：在身体健康方面，老年人积极参与社会活动有利于降低死亡风险²，同时也能使慢性疾病患病率下降³；在心理健康方面，社会活动参与能提升老年人晚年生活的幸福感和生活质量⁴，缓解抑郁、孤独等不良情绪⁵。此外，社会活动参与还能够延缓老年人认知功能下降⁶，减少痴呆患病风险⁷。根据理论分析和文献回顾，提出以下假说：

假说一：社会活动参与对老年人健康有积极影响。

不同类型老年人的社会活动参与行为具有明显差异性。从收入来看，经济条件对老年人社会活动参与的形式与内容有重要影响⁸。由马斯洛需求层次理论可知，老年人需求包括基础性物质需求和更高层次的精神性需求两种，较为严格的经济约束促使老年人更加关注低级阶段的生理需求和安全需求⁹。社会活动参与所需要的货币或非货币成本使低收入老年人群体参与意愿不高。收入条件的改善使老年人对社会活动参与成本的支付能力增强，基于社交、情感的需要以及尊重和自我实现的需要，高收入群体更能从社会活动参与中受益，更有意愿参与社会活动¹⁰。从城乡来看，以户籍制度为核心的人口政策使得我国城乡社会文化结构迥异，费孝通指出我国乡村“熟人社会”和城市“陌生人社会”并存。相较于城市老年人主要以个体化、“原子化”的存在方式而言，农村老年人基于亲缘、地缘等社会纽带，有着较为稳定的交际圈和社会活动参与环境的良好建构¹¹，农村老年人在社会活动参与连续性上要高于城市老年人¹²。根据理论分析和文献回顾，提出以下假说：

假说二：社会活动参与对不同类型老年人健康可能存在差异化作用效果。

2. 社会活动参与、失能风险与老年人健康

受传统文化理念影响，退休后的老年人倾向于回归家庭安享晚年生活，其多在家庭、社区附近活动，活动范围较窄；其活动方式多为久坐或轻度活动，身体长时间得不到有效锻炼，“用进废退”预示着老年人可能面临较高的失能风险，极易引发肥胖、骨质疏松、心血管疾病及其他慢性疾病¹³。并且，就像遭遇家庭变故、长期经济困难一样，失能风险作为一种重要的“压力源”极易产生“由身至心”的递推效应，降低老年人自我效能感、生活掌控感和社会支持感等，损害老年人精神状况¹⁴。

社会活动参与促使老年人走出家门，通过保持适度的日常锻炼、体育运动等方式降低失能风险，相关研究发现老年人持续参与社会活动具有良好的失能预防作用，尤其是对工具性失能有更加积极的预防作用¹⁵，同时社会活动参与频率越高、内容越丰富、形式越多样，老年人失能风险就越低¹⁶，而社会活动参与程度的降低会造成老年人生活自理能力下降和生活照料需求增加¹⁷。根据理论分析和文献回顾，提出以下假说：

假说三：社会活动参与通过降低失能风险从而改善老年人健康。

三、估计策略与数据说明

1. 估计策略

分析社会活动参与对老年人健康的影响，需要解决模型中可能存在的内生性问题。首先，可能同时存在影响老年人社会活动参与和健康的未观测变量，如社会经济发展水平、风俗习惯等；其次，老年人社会活动参与和健康之间存在双向因果关系，即相对较差的健康状况约束了老年人社会活动参与需求，社会活动参与也会对老年人健康产生影响。在处理内生性问题时，倾向得分匹配（PSM）方法既不需要事先假定函数形式、参数约束及误差项分布，也不要求解释变量严格外生，在克服样本自选择导致的“估计偏误”方面具有明显优势¹⁸，因此选择PSM法分析社会活动参与对老年人健康的影响。此外，本研究还进一步基于中介效应原理检验社会活动参与影响老年人健康的作用机制。

(1) 倾向得分匹配方法。参照经典的反事实分析框架，将老年人健康记为 $Health_i$ ，设置虚拟变量 $Social_i = \{0, 1\}$ 表示老年人 i 是否参与社会活动（ $Social_i = 1$ 表示参与， $Social_i = 0$ 表示不参与），即：

$$Health_i = \begin{cases} Health_{1i} & \text{if } Social_i = 1 \\ Health_{0i} & \text{if } Social_i = 0 \end{cases} \quad (1)$$

将 (1) 式进一步变换：

$$Health_i = Health_{0i} + (Health_{1i} - Health_{0i}) Social_i \quad (2)$$

其中， $(Health_{1i} - Health_{0i})$ 为社会活动参与对老年人健康的处理效应。反事实框架分析步骤如下：首先，基于 Logit 模型获得老年人 i 社会活动参与的条件概率。然后，进行倾向得分匹配。选取 k 近邻匹配、卡尺匹配、核匹配和马氏匹配四种匹配方法。其次，匹配质量检验。通过检验匹配后两组样本在协变量上是否有显著差异以确保匹配质量。最后，计算平均处理效应。聚焦于社会活动参与与老年人的健康变化，选择参与者的平均处理效应（ATT）进行衡量，其表达式为：

$$ATT_{PSM} = E(Health_{1i} - Health_{0i} \mid Social_i = 1) = E(Health_{1i} \mid Social_i = 1) - E(Health_{0i} \mid Social_i = 1) \quad (3)$$

其中， $E(Health_{1i} \mid Social_i = 1)$ 为参与社会活动老年人的健康状态，是可以观测的，而 $E(Health_{0i} \mid Social_i = 1)$ 为社会活动参与老年人在反事实情境下的健康状态，是不可观测的，需要运用 PSM 方法构造 $E(Health_{0i} \mid Social_i = 1)$ 的替代指标 $E(Health_{0i} \mid Social_i = 0)$ 。

(2) 中介效应原理。为检验社会活动参与影响老年人健康的作用机制，基于 Baron & Kenny 提出的因果逐步回归法（casual steps approach），构建如下中介效应检验模型：

$$Health_i = \beta_0 + \beta_1 Social_i + \sum_{j=2}^n \beta_j X_{ji} + \sigma_i \quad (4)$$

$$Disability_i = \gamma_0 + \gamma_1 Social_i + \sum_{j=2}^n \gamma_j X_{ji} + \tau_i \quad (5)$$

$$Health_i = k_0 + k'_1 Disability_i + k_1 Social_i + \sum_{j=2}^n k_j X_{ji} + \mu_i \quad (6)$$

其中， $Disability_i$ 为失能风险； X_{ji} 为协变量； β_1 为社会活动参与对老年人健康的总效应； γ_1 为社会活动参与对失能风险的效应； k'_1 为控制住社会活动参与因素以后，失能风险对老年人健康的效应； k_1 为控制住失能风险因素以后，社会活动参与对老年人健康的直接效应； σ_i 、 τ_i 、 μ_i 分别为回归残差。因果逐步回归法是进行中介效应的经典方法，但近年来有文献认为 Bootstrap 法是检验中介效应的更好做法¹⁹，遵循这一思路，利用 Bootstrap 法验证社会活动参与如何通过影响失能风险进而影响老年人健康。

1. 数据说明

(1) 数据来源。数据来源于“中国老年健康长寿影响因素跟踪调查”（CLHLS）数据集。CLHLS 是一项全国范围内开展最早、持续时间最长的老年领域专项抽样调查，覆盖我国 23 个省（自治区、直辖市）的 860 多个县（县级市、区），系统采集 65 岁及

以上老年人的社会经济背景、生活方式、社会参与、健康特征等内容。2017—2018 年 CLHLS 共访问 15874 名 65 岁及以上老年人，基于研究内容的需要以及对数据质量的要求，剔除数据中年龄小于 65 岁及关键变量缺失的样本，但并不影响统计推论的有效性，最终整理获得 8304 个老年人个体样本。

(2) 变量说明。因变量是老年人健康，世界卫生组织认为老年人健康主要是其身心无恙和社会福祉的完美状态，从自评健康和抑郁两方面衡量。自评健康（SRH）是老年人综合家庭遗传史、患病情况、社会适应等多种复杂因素以后对自身健康状况的主观评价²⁰，CLHLS 问卷中将自评健康分为很不好、不好、一般、好、很好 5 个等级，分别赋值为 1~5 分，得分越大代表自评健康越好。抑郁是对老年人心理健康的度量，采用简化流调中心抑郁量表（CES-D）测量，包括消极情绪（因一些小事而烦恼、现在做事很难集中精力、感到难过或压抑、做什么事都很费劲、感到紧张害怕、觉得孤独）和积极情绪（觉得与年轻时一样快活、对未来的生活充满希望）。对于消极情绪，回答从不、很少、有时、经常、总是分别赋值 0~4；对于积极情绪，对其得分做逆向处理，即回答总是、经常、有时、很少、从不分别赋值 0~4。将上述问题得分加总，取值范围为 0~32 分，得分越高说明抑郁越严重。

自变量社会活动参与是指在社会层面上老年人所扮演的社会角色以及与其他人在正式或非正式场合进行交往维持社会关系，并在资源交换中获得积极或消极个人体验的过程。基于老年人参加社会性因素活动的角度进行定义，根据老年人是否“串门、与朋友交往”“打牌或打麻将等”“参加社会活动（有组织的活动）”以及“近两年里您外出旅游过多少次”进行测量，如果参加以上任意一项社会活动，则视为有社会活动参与并赋值为 1 分，否则视为没有社会活动参与并赋值为 0 分。

机制变量是失能风险，从日常生活能力和工具性日常生活能力两方面测量。日常生活能力采用日常活动能力（ADL）量表测量，ADL 量表旨在评估老年人维持基本日常活动所需的能力，包括洗澡、穿衣、上厕所、室内活动、控制大小便、吃饭 6 项活动，每一项活动回答完全不能独立完成为 0 分，需要部分帮助为 1 分，完全独立完成为 2 分，取值范围为 0~12 分，得分越高说明老年人日常生活能力越好。工具性日常生活能力采用工具性日常活动能力（IADL）量表测量，IADL 量表旨在评估老年人完成基本社交性活动所需的能力，包括独自串门、外出购物、做饭、洗衣服、连续走两公里、提起 5 公斤重物、连续蹲站 3 次、乘坐公共交通 8 项活动，每一项活动回答完全不能独自完成为 0 分，有一定困难为 1 分，完全独自完成为 2 分，取值范围为 0~16 分，得分越高说明老年人工具性日常生活能力越好。

社会-心理-生物医学模式认为个体的自然属性、社会经济结构特征、生活习惯、患病或损伤状况等都会对老年人健康产生重要影响，同时倾向得分匹配要求将同时影响处理变量和结果变量的因素都包含进来，并且这些因素要尽可能外生。为此协变量主要包括个体层面的人口学特征（年龄、性别、婚姻）、社会经济特征（教育、户口、独立生活来源、地区）、健康需要特征（慢性疾病），以及中观层面的外部环境特征（居住安排、家庭总收入、社区支持）。独立生活来源根据“您现在主要的生活来源是什么”构建虚拟变量，将回答“退休金、当地政府或社团、自己劳动或工作”视为有独立生活来源并赋值为 1，将回答“配偶、子女、孙子女、其他亲属、其他”视为没有独立生活来源并赋值为 0。社区支持得分依据社区是否为老年人提供以下 8 项社会服务：起居照料；上门看病、送药；精神慰藉，聊天解闷；日常购物；组织社会和娱乐活动；提供法律援助（维权）；提供保健知识；处理家庭邻里纠纷。对于每一项社会服务，回答有为 1 分，没有为 0 分，取值范围是 0~8 分，得分越高表示社区支持越好。表 1 是描述性统计结果。

表 1 样本特征的描述性统计分析

变量		全样本（N=8304）		处理组（N=5769）		对照组（N=2535）	
		均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
健康特征	自评健康	3.465	0.900	3.520	0.877	3.340	0.938
	抑郁	9.988	5.183	9.603	5.054	10.863	5.363
	日常生活能力	11.279	1.938	11.751	0.994	10.206	2.898

机制变量	工具性日常生活能力	11.398	5.620	11.369	3.995	6.915	6.183
	年龄（周岁）	83.137	11.309	80.326	10.383	89.533	10.713
人口学特征	性别（1=男性）	0.457	0.498	0.480	0.500	0.404	0.491
	婚姻（1=有配偶）	0.477	0.500	0.545	0.498	0.323	0.468
	文盲（1=是）	0.432	0.495	0.372	0.483	0.570	0.495
教育	小学（1=是）	0.349	0.477	0.377	0.485	0.284	0.451
	初中及以上（1=是）	0.219	0.414	0.251	0.434	0.146	0.354
	户口（1=城镇户口）	0.309	0.462	0.304	0.460	0.318	0.466
社会经济特征	独立生活来源（1=是）	0.498	0.500	0.532	0.499	0.419	0.494
	东部地区（1=是）	0.517	0.500	0.502	0.500	0.552	0.497
地区	中部地区（1=是）	0.247	0.431	0.256	0.436	0.227	0.419
	西部地区（1=是）	0.236	0.424	0.242	0.428	0.221	0.415
	高血压（1=是）	0.450	0.497	0.461	0.499	0.422	0.494
	心脏病（1=是）	0.181	0.385	0.179	0.383	0.187	0.390
	白内障（1=是）	0.141	0.348	0.131	0.337	0.164	0.370
健康需要特征	脑血管疾病（1=是）	0.113	0.316	0.106	0.308	0.128	0.334
	关节炎（1=是）	0.109	0.312	0.112	0.315	0.103	0.304
	支气管炎（1=是）	0.104	0.306	0.101	0.302	0.111	0.314
	糖尿病（1=是）	0.110	0.313	0.116	0.320	0.097	0.297
	独居（1=是）	0.159	0.366	0.173	0.378	0.127	0.334
居住安排	与家人同住（1=是）	0.808	0.394	0.802	0.399	0.824	0.381
	住养老机构（1=是）	0.033	0.178	0.025	0.158	0.049	0.216
外部环境特征	家庭总收入（取对数）	9.888	1.812	9.935	1.766	9.781	1.908
	社区支持	1.914	2.170	2.007	2.180	1.704	2.131

四、实证结果及分析

1. 老年人社会活动参与估计

为实现样本匹配，本研究利用 Logit 模型分析了老年人社会活动参与的影响因素。

在人口学特征方面，年龄在 1%统计水平上对老年人社会活动参与显著为负，说明年龄越大的老年人参与社会活动的可能性越低。健康需求理论认为，随着年龄的自然增长，老年人健康资本损耗开始加快²¹，独立参与社会活动的能力在逐渐降低。

在教育方面，小学、初中及以上均在 1%统计水平上显著为正，说明受教育程度越高，老年人社会活动参与可能性就越高。教育过程为老年人提供了同学、校友、老师等社会网络关系²²，而良好的社会网络关系为老年人社会活动参与提供了良好基础，同时教育内容促使老年人与外界的交流、互动更有效率。在社会经济特征方面，户口在 1%统计水平上显著为负，说明与城市老年人相比，农村老年人社会活动参与的可能性更高。根据费孝通“乡土中国”理论，农村是“熟人社会”而城市是“陌生人社会”²³。熟人之间的人际互动与交流更为频繁、密切，邻里社会信任感更强，从而为社会活动参与提供了良好的环境支撑。独立生活来源在 1%统计水平上显著为正，说明老年人经济独立性越高，就越有可能参与社会活动，较好的经济独立能力促使老年人社会活动参与意愿较少受到他人经济条件和主观态度等因素影响，并且其社会活动参与的形式与内容更为丰富多样。在地区方面，东部地区在 1%统计水平上显著为负，说明与西部地区相比，东部地区老年人社会活动参与的可能性较低。尽管东部地区相

对较高的经济社会发展水平为老年人社会活动参与提供了良好社会条件，但同时较高的市场化程度也意味着更为繁重的工作生活压力和更高的社会活动参与成本，老年人社会参与需求难以得到有效释放。相对而言，西部地区经济社会发展水平较低，市场化程度不高，社会活动参与成本较低，加之社会文化的良好建构，为老年人社会参与提供了重要契机。

在健康需要特征方面，脑血管疾病在 1%统计水平上有显著负向影响，说明与未患脑血管疾病的老年人相比，患有脑血管疾病的老年人参与社会活动的可能性更低。较差的健康状况约束了老年人社会活动参与意愿，其会尽量避免参与耗时耗力的社会活动。

在外部环境特征方面，与家人同住和住养老机构均在 1%统计水平上显著为负，说明与独居相比，与家人同住和住养老机构的老年人社会活动参与的可能性更低。代际关系研究中的利他主义模型认为，与家人同住的老年人出于为子女分担生活压力的考虑，倾向于承担一定的隔代照料与琐碎家务等责任²⁴，降低了其社会活动参与意愿。住养老机构的老年人在获得正式支持的同时需要遵守一定的规章制度，在社会活动参与方面受到了机构管理的制约，其社会活动参与需求得不到有效释放。在外部环境特征方面，家庭总收入在 1%统计水平上显著为正，说明家庭经济条件越好，老年人越有可能参与社会活动。良好的家庭经济条件预示着老年人不需要为家庭生活投入太多心力，可以促使老年人无后顾之忧地去寻找晚年人生价值。社区支持在 1%统计水平上显著为正，说明较高的社区支持有利于老年人社会活动参与。社区是老年人晚年生活的主要场所，良好的社区支持在社会活动宣传、组织与开展方面具有明显优势²⁵，能为老年人提供更多的社会活动参与机会。

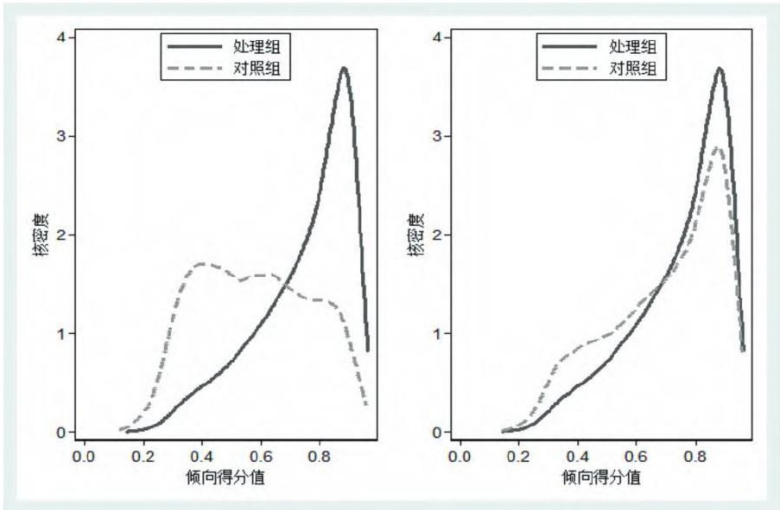


图 1 匹配前（左）和匹配后（后）倾向得分匹配的核密度函数

2. 匹配质量检验

图 1 是匹配前后老年人社会活动参与倾向得分值的核密度函数。与匹配前相比，匹配后两组老年人样本的倾向得分具有较大范围的重叠，而且绝大多数观察值都在共同支撑域以内。此外，在使用 4 种匹配方法下处理组与对照组的样本损失为 11，仍然保留了 8293 个匹配样本，匹配效果良好。

平衡性检验结果显示，倾向得分匹配显著降低了处理组与对照组两组样本之间协变量的分布差异，降低了样本由于自选择所导致的估计偏误，说明倾向得分估计和样本匹配是成功的。

3. 平均处理效应估计

社会活动参与对老年人健康的估计结果。经过倾向得分匹配的反事实估计，社会活动参与对老年人健康影响结果基本上保持一致，说明社会活动参与确实对老年人健康具有显著的积极影响。具体来看，社会活动参与显著正向影响老年人自评健康，其净效应为 0.1481~0.1853，社会活动参与显著负向影响老年人抑郁，其净效应为-1.0330~-0.9257，这表明即使在考虑了老年人社会活动参与的选择性偏差之后，社会活动参与会显著改善老年人健康。假说一得到证明。

可能的解释是，活动理论认为老年人社会活动参与要求体力和心力的双重投入，一方面能够引导老年人在安享晚年生活时积极走出家门参加户外运动，进行体育锻炼机会增多，有利于身体健康改善；另一方面，社会网络理论认为社会活动参与能促进人际互动和交流，从而有利于维持甚至拓展老年人晚年生活的社会网络和社会关系，增强其社会融入感，而且一个良好的社会网络与社会关系使得老年人能够获得一定正式或非正式社会支持²⁶，对老年人心理健康具有内在保护功能。此外，社会活动参与通过阅读、看电视等方式，使得老年人大脑精神刺激增加，锻炼老年人认知功能，能够明显降低老年人患阿尔兹海默病风险。

4. 异质性分析

(1) 收入异质性分析。根据家庭总收入变量的中位数将样本群体划分为低收入和高收入两个子样本，分别利用 PSM 方法估计社会活动参与对不同收入老年人健康的影响。估计结果显示，相较于高收入老年人，社会活动参与对低收入老年人健康的积极影响更大。具体来看，社会活动参与显著正向影响低收入和高收入老年人自评健康，其净效应分别是 0.1884~0.2512 和 0.0713~0.1028；社会活动参与显著负向影响低收入和高收入老年人抑郁，其净效应分别是-1.2914~-1.0584 和-0.6667~-0.5842，可见社会活动参与对低收入老年人自评健康和抑郁的改善作用更大。可能的解释是，随着收入水平提升，社会活动参与对老年人健康的积极效果有可能是边际递减的。尽管低收入老年人社会活动参与需求不强烈，但是相较于高收入老年人，社会活动参与带给低收入老年人健康特别是心理健康的边际效应更大。

(2) 城乡异质性分析。根据户口类型将样本群体划分为城市和农村两个子样本，分别利用 PSM 方法估计社会活动参与对城乡老年人健康的影响。估计结果显示，相较于城市老年人，社会活动参与对农村老年人健康的积极效应更大。具体来看，社会活动参与显著正向影响农村和城市老年人自评健康，其净效应分别是 0.1723~0.2012 和 0.0767~0.1302；社会活动参与显著负向影响农村和城市老年人抑郁，其净效应分别是-1.2049~-1.1241 和-0.8723~-0.3740，可见社会活动参与对农村老年人自评健康和抑郁的改善作用更大。可能的解释是，与城市地区相比，农村地区良好的社会文化建构使得老年人参与社会活动的概率更高，同时在社会活动参与的形式、种类与内容上更为多样，从而使得社会活动参与对农村老年人健康的积极影响更大。

综合上述分析发现，与高收入和城市老年人相比，社会活动参与对低收入和农村老年人健康的促进作用更大，可见社会活动参与有利于降低不同社会经济老年人群体之间的健康不平等。假说二得到证明。

5. 作用机制分析

适度的社会活动能够帮助老年人锻炼身体机能，减少生活依赖，降低失能风险，进而影响老年人健康。接下来基于中介效应原理，检验社会活动参与能否通过降低失能风险进而促进老年人健康。

估计结果显示，日常生活能力和工具性日常生活能力均在 1%的统计水平上介于社会活动参与与老年人健康（自评健康和抑郁）之间。其中，日常生活能力是属于部分中介效应，工具性日常生活能力属于完全中介效应，说明增强日常生活能力和工具性日常生活能力较好解释了社会活动参与是如何改善老年人健康的。综上所述，基于中介效应检验的计量估计结果清楚地反映了社会活动参与影响老年人健康的过程中确实存在着“社会活动参与—降低失能风险—老年人健康改善”的传导机制，说明失能预防作为社会活动参与影响老年人健康的手段发挥了重要作用。假说三得到证明。

五、结论及政策建议

本研究基于 2017—2018 年中国老年健康长寿影响因素跟踪调查 (CLHLS) 数据集, 分析了社会活动参与对老年人健康的影响。主要结论是: (1) 社会活动参与对老年人自评健康和抑郁具有显著的积极作用, 其净效应分别是 0.1481~0.1853 和 -1.0330~-0.9257。 (2) 社会活动参与对不同社会经济地位老年人健康的促进作用存在差异, 与高收入和城市老年人相比, 社会活动参与对低收入和农村老年人健康的促进作用更大, 说明社会活动参与有利于降低不同社会经济地位老年人群体之间的健康不平等程度。 (3) 作用机制分析表明, 降低失能风险是社会活动参与对老年人健康发挥积极作用的重要渠道, 日常生活能力和工具性日常生活能力在社会活动参与与老年人健康之间存在中介效应。

具体政策建议是: (1) 利用各种新闻媒介在全社会适度宣传老年人社会活动参与的家庭意义与社会价值, 塑造老年人社会活动参与的良好氛围与文化环境, 强调老年人也是社会经济发展的参与者和贡献者, 唤醒老年人社会活动参与的主观能动性和持续性。 (2) 利用财政补助、企业捐赠、社会捐助等多元筹资方式, 加强社会文化活动现场、活动器材等公共设施建设, 为老年人社会活动参与提供良好的物质基础。 (3) 重点扶持老年协会、老年社团组织、社区组织等有助于老年人社会活动参与的社会组织的发展, 为推动老年人社会活动参与提供良好治理机制支撑。特别是社区作为老年人晚年生活的主要场所, 在组织、引导和促进老年人社会活动参与方面具有独特优势, 因此应积极引导以社区为依托的老年人社会活动平台建设。此外, 政府还应关注弱势老年人群体的社会活动参与需求, 针对不同社会经济地位老年人社会活动参与提供个性化、差异化的参与渠道。

注释:

1[1] 《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》, 人民出版社 2021 年版。

2[1]House, J. S., Robbins, C., Metzner, H. L., "The Association of Social Relationships and Activities with Mortality:Prospective Evidence from the Tecumseh Community Health Study", American Journal of Epidemiology, 1982(1), pp. 123-140.

3[2]Chin, Y. R., Lee, I. S., Lee, H. Y., "Effects of Hypertension, Diabetes, and/or Cardiovascular Disease on Health-relatedQuality of Life in Elderly Korean Individuals:A Population-based Cross-sectional Survey", Asian Nursing Research, 2014(4), pp. 267-273.

4[3]Phillips, D. L., "Social Participation and Happiness", American Journal of Sociology, 1967(5), pp. 479-488; Siegrist, J., Wahrendorf, M., "Participation in Socially Productive Activities and Quality of Life in Early Old Age:Findings from SHARE", Journal of European Social Policy, 2009(4), pp. 317-326.

5[4]Hong, S., Hasche, L., Bowland, S., "Structural Relationships between Social Activities and Longitudinal Trajectories ofDepression among Older Adults", The Gerontologist, 2009(1), pp. 1-11; 朱荟:《中国老年人社会参与对其孤独感的影响探究——基于 CLHLS 2018 数据的验证》, 《人口与发展》2021 年第 5 期。

6[5]Glei, D. A., Landau, D. A., Noreen, G., et al., "Participating in Social Activities Helps Preserve Cognitive Function:AnAnalysis of a Longitudinal, Population-based Study of the Elderly", International Journal of Epidemiology, 2005(4), pp. 864-871.

7[6]Paillard-Borg, S., Fratiglioni, L., Winblad, B., et al., "Leisure Activities in Late Life in Relation to Dementia Risk:Principal Component Analysis", Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2009(2), pp. 136-144.

8[7]位秀平、吴瑞君:《中国老年人的社会参与对死亡风险的影响》, 《南方人口》2015 年第 2 期。

-
- 9[8]张冲、张丹：《城市老年人社会活动参与对其健康的影响——基于 CHARLS 2011 年数据》，《人口与经济》2016 年第 5 期。
- 10[1]张文娟、赵德宇：《城市中低龄老年人的社会参与模式研究》，《人口与发展》2015 年第 1 期。
- 11[2]Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., et al., "Depression in the Oldest Old in Urban and Rural Municipalities", *Aging and Mental Health*, 2007(5), pp.570-578.
- 12[3]王莉莉：《中国老年人社会参与的理论、实证与政策研究综述》，《人口与发展》2011 年第 3 期。
- 13[4]Wisdom, J. P., Mc Gee, M. G., Horner-Johnson, W., et al., "Health Disparities between Women with and without Disabilities:A Review of the Research", *Social Work in Public Health*, 2010(3), pp.368-386.
- 14[5]张月云、李建新：《老年人失能水平与心理健康：年龄差异及社区资源的调节作用》，《学海》2018 年第 4 期。
- 15[6]胡宏伟、李延宇、张楚、张佳欣：《社会活动参与、健康促进与失能预防——基于积极老龄化框架的实证分析》，《中国人口科学》2017 年第 4 期；李文畅、胡宏伟、李斯斯、夏露：《社会活动与老年健康促进：基于 2005—2014 年追踪数据的考察》，《人口与发展》2018 年第 2 期。
- 16[7]Carolina, S. B., Hopfe, M., Kus, S., et al., "Using the Refined ICF Linking Rules to Compare the Content of Existing Instruments and Assessments:A Systematic Review and Exemplary Analysis of Instruments Measuring Participation", *Disability and Rehabilitation*, 2016(5), pp.1-17.
- 17[8]Jerliu, N., Burazeri, G., Toçi, E., et al., "Social Networks, Social Participation and Self-perceived Health among Older People in Transitional Kosovo", *European Journal of Public Health*, 2014(2), pp.333-337.
- 18[1]贾仓仓：《替代还是互补：非正式照护对正式照护的影响——基于 CLHS 数据的经验证据》，《人口与发展》2021 年第 6 期。
- 19[2]Zhao, X., Lynch, J. G., Chen Q., "Reconsidering Baron and Kenny:Myths and Truths about Mediation Analysis", *Journal of Consumer Research*, 2010(2), pp.197-206.
- 20[3]温忠麟、叶宝娟：《中介效应分析：方法和模型发展》，《心理科学进展》2014 年第 5 期。
- 21[1]贾仓仓、何微微：《子女照料对老年人健康的影响——基于倾向得分匹配（PSM）的反事实估计》，《宁夏社会科学》2020 年第 6 期。
- 22[2]贾仓仓、何微微：《子女代际支持对老年人健康的影响——基于内生性视角的再检验》，《人口与经济》2021 年第 3 期。
- 23[1]Grossman, M., "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, 1972(2), pp.223-255.
- 24[2]张硕、陈功：《中国城市老年人社会隔离现状与影响因素研究》，《人口学刊》2015 年第 4 期。

25[3]陈占江、娄雪雯：《中国现代转型与费孝通的思想世界》，《社会学评论》2018年第5期。

26[1]Becker, G. S., "A Theory of Social Interactions", Journal of Political Economy, 1974(6), pp.1-13; 谢立黎、王飞、胡康：《中国老年人社会参与模式及其对社会适应的影响》，《人口研究》2021年第5期。

27[1]谢立黎、汪斌：《积极老龄化视野下中国老年人社会参与模式及影响因素》，《人口研究》2019年第3期。

28[2]丁志宏：《社会参与对农村高龄老人健康的影响研究》，《兰州学刊》2018年第12期。