

中国老年人安宁疗护服务利用问题研究

李曼

[摘要] “安宁疗护”是养老服务体系守护老年人“生命最后一公里”的重要环节。本文从临终老年人的安宁疗护服务需求出发，以“安宁疗护服务利用”为研究切入点，基于“生命质量理论、马斯洛需求层次理论和安德森健康卫生服务利用模型”构建分析框架，进而进行实证研究。研究发现：老年人的安宁疗护服务利用需求包括“身、心、社、灵”等多个方面，但需求层次存在明显的异质性；个体层面的使能因素和需求因素显著影响老年人的安宁疗护服务利用行为，服务利用效果则会受到服务利用行为与成本的影响。本文认为需要坚持“需求导向”的原则，从政策支持、服务供给、社会氛围和个体参与等多个维度着手，提升老年人安宁疗护服务利用的可及性、可获得性、可接受性和有效性。

[关键词] 临终老年人；安宁疗护服务；服务利用；临终生命质量

一、引言

生老病死是人类生命周期演进的自然过程，“生如夏花之绚烂，死如秋叶之静美”是人们对生命的美好期待。随着社会经济的快速发展以及人们生活水平的不断提高，“善终”既是养老服务人文关怀体系建设的题中之义，^①也是人们对生命尊严和质量的必然追求，“善终权”被世界卫生组织（WHO）认为是人的一项基本权利。根据 WHO 的定义，“安宁疗护服务（HPC）”由专业医护人员、非正式照料者（家属、亲朋等）及志愿者等为患有不可治愈的威胁生命疾病的患者提供身体、心理、精神等多方面全方位的关怀和支持，使患者在有限的生存期间内，生命得到尊重、疼痛症状得到缓解、生命质量得到改善，直至他们平静安详和有尊严地、安宁地度过生命最后的旅程；同时，安宁疗护服务也关注家属的身心健康，为患者家属提供照料及居丧期的支持。^②安宁疗护服务的目标是改善患者及其家属的生活质量和生命质量，以实现“患

[作者简介] 李曼，北京大学国家发展研究院健康老龄与发展研究中心博士后。主要研究方向：老龄人口与养老服务政策。

[基金项目] 国家自然科学基金青年资助项目“我国 2020—2050 年养老机构需求研究——基于婚姻状态和家庭结构的预测”（72104004）；国家社会科学基金重点项目“积极应对人口老龄化的社会养老服务制度城乡统筹和区域协调发展战略研究”（21AZD076）。

① 郑功成：《尽快补上养老服务中的人文关怀短板》，《中国老年报》，2018 年 11 月 22 日第 3 版。

② Stephen R. Connor, et al., *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, London, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014, pp. 5-9.

者善终、家人善别”的愿景。

当前我国已步入深度老龄化发展阶段,高龄长寿老年人口数量的迅速增长将带来一系列关于社会保障、医疗服务、长期照护等问题。^①同时,患有慢性病、恶性肿瘤等不可治愈疾病的老年人口数量激增将大大激发社会对安宁疗护服务的需求。^②然而,根据“经济学人智库”2015年发布的《全球死亡质量报告》,我国死亡质量在被评估的80个国家和地区中排名第71位,^③该报告反映出我国安宁疗护服务资源的可获得性和服务质量整体偏低。国家卫生健康委员会表示:“2018年我国人均预期寿命为77.0岁,但人均健康预期寿命仅为68.7岁;患有一种以上慢性病的老年人比例高达75%,失能和部分失能老人超过4000万”。^④这表明我国老年人在生命终末期的安宁疗护服务利用需求将大大增加。

安宁疗护服务是健康老龄化的重要手段,是我国应对老龄化挑战和养老服务建设与深化发展中的重要内容。^⑤2017年,由国家卫生和计划生育委员会牵头,我国开始试点探索发展安宁疗护服务。但目前我国对于安宁疗护服务利用问题的理论和实证研究均相对不足。本文以“安宁疗护服务利用”为研究切入点,基于“生命质量理论、马斯洛需求层次理论和安德森健康卫生服务利用模型”构建研究分析框架,采用质性研究和定量研究相结合的混合研究设计,主要围绕三个具体问题逐步展开:首先,梳理目前我国安宁疗护服务发展的现状及其特征;其次,探析老年人安宁疗护服务利用的需求内容及其需求层次;最后,分析老年人安宁疗护服务利用现状,包括服务利用行为及其影响因素、不同服务利用行为产生的成本及服务利用效果。基于上述三个问题的深入研究,剖析目前我国安宁疗护服务发展和服务利用存在的问题及成因;进而立足我国实际,借鉴发达国家有益经验,提出促进安宁疗护服务利用与发展的政策建议。

二、理论分析框架构建

本文将临终老年人的需求置于全生命周期之中,将临终阶段安宁疗护服务利用的选择视为个体基于自身需求的一种行为,行为的选择基于内在需求并且受到复杂因素的影响,不同行为会产生不同的安宁疗护服务利用结果。鉴于此,本文选择“生命质量理论”^⑥为价值理论,“马斯洛需求层次理论”^⑦和“安德森健康卫生服务利用模型”^⑧作为工具理论,构建本文的理论分

① 王杰秀、安超:《全球老龄化:事实、影响与政策因应》,《社会保障评论》2018年第4期。

② 崔檬、王玉梅:《老年安宁疗护准入标准的研究进展》,《实用老年医学》2018年第1期。

③ Economist Intelligence Unit, *The 2015 Quality of Death Index: Ranking Palliative Care across the World*, London, EIU, 2015, pp. 1-8.

④ 《国家卫生健康委员会2019年11月1日专题新闻发布会:介绍建立完善老年健康服务体系指导意见有关情况》,国家卫生健康委员会官网:<http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11200&gectype=1>, 2019年11月15日。

⑤ 郭林:《中国养老服务70年(1949—2019):演变脉络、政策评估、未来思路》,《社会保障评论》2019年第3期。

⑥ Patrick Donald L, et al., "Evaluating the Quality of Dying and Death," *Journal of Pain and Symptom Management*, 2001, 22(3).

⑦ Len Doyal, Lan Gough, "A Theory of Human Needs," *British Journal of Sociology*, 1984, 4(4).

⑧ Ronald Andersen, "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter," *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(1); Lu Ann Aday, Ronald Andersen, "A Framework for the Study of Access to Medical Care," *Health Services Research*, 1974, 9(3).

析框架。根据上述理论对于研究内容的解释侧重,“生命质量理论”主要用于勾勒本文的研究价值及服务利用结果变量选择的依据。“马斯洛需求层次理论”主要用于识别临终老年人安宁疗护服务利用需求的内容与层次,并分析个体需求在临终阶段呈现出的特殊性。“安德森健康卫生服务利用模型”用于分析老年人安宁疗护服务利用行为的影响因素及其服务利用结果。本文理论分析框架如图1所示。

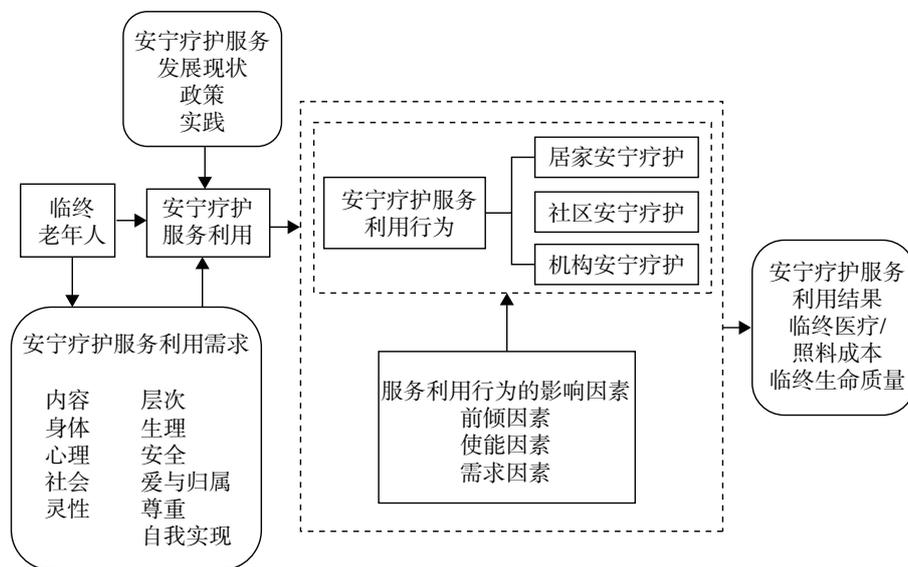


图1 理论分析框架

目前国内对安宁疗护服务利用需求的实证研究较缺乏,因此本文首先采用质性研究设计,基于马斯洛需求层次理论厘清老年人安宁疗护服务利用的需求内容及需求层次。其次,以安德森卫生服务利用理论模型为指导,遵循安宁疗护“服务利用影响因素-服务利用行为-服务利用结果”的逻辑分析主线,应用中国老年健康影响因素跟踪调查(简称CLHLS)数据对我国老年人安宁疗护服务利用的现状进行实证分析。其中,影响因素的分析将在“前倾因素、使能因素和需求因素”的框架下从个体层面进行实证检验;“安宁疗护服务利用行为”被分为“居家安宁疗护服务利用”“社区安宁疗护服务利用”和“机构安宁疗护服务利用”,分析服务利用行为与前述三类影响因素的关系。根据生命质量理论和已有相关研究,“服务利用结果”的测量维度主要包括“临终医疗成本”“临终照料成本”^①和“临终生命质量”。

三、安宁疗护服务利用的需求内容与层次

(一) 研究对象与资料分析方法

本文主要采取“目的性抽样”^②的方法对研究对象进行抽样。访谈对象的可交流性问题是本文质性研究的一大难点。由于研究对象的特殊性,很多老年人由于年龄和疾病等因素在临终

① 陈华帅等:《老年人临终医疗与照料费用的地区差异研究》,《中国人口科学》2019年第2期。

② 陈向明:《质的研究方法与社会科学研究》,教育科学出版社,2016年,第1-67页。

阶段已丧失语言功能或者处于昏迷状态无法进行直接交流和对话。已有研究在选择临终老年人作为访谈对象时，大都选择意识清楚且能清晰用语言表达所思所想的受访者，^①但是笔者通过实际调查认为，意识不清、语言表达障碍等问题是老年人临终前的常态，若全部将这部分老年人排除在访谈和研究之外，不利于全面了解不同类型临终老年人及其家属的安宁疗护服务利用需求及服务利用行为选择的逻辑。因此，本文对无法自我表达的临终老年人采取采访其亲近家属的方式，重点了解老年人临终前的健康状况、照料服务选择偏好及原因等问题。“访谈样本选择导图”如图2所示，共计访谈老年人和家属31人次。

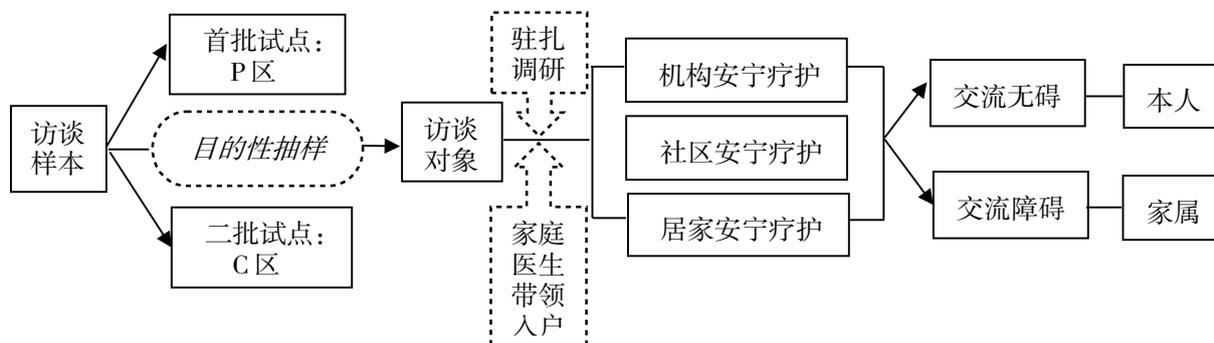


图2 访谈样本选择导图

参照已有相关研究，本文采用 Colaizzi 现象学研究七步法分析临终老年人安宁疗护服务利用需求的具体内容。具体而言，Colaizzi 现象学七步法包括：一是熟悉访谈资料和研究对象，二是识别访谈资料中有意义的陈述，三是构建意义，四是聚类主题，五是对主题进行详细描述，六是生产主题基本结构，七是验证主题基本结构。^②

（二）安宁疗护服务利用需求的内容与层次

1. 安宁疗护服务利用需求的内容分析

第一，“身体”层面的安宁疗护服务利用需求。“身体”层面的安宁疗护服务利用需求主要是指临终老年人因疾病、衰老等产生的躯体上的不适与疼痛，也包括因躯体疼痛或者功能丧失而造成临终老年人独立生活的能力部分或者完全丧失。由于上述原因而产生的支持需要被认为是基于“身体”层面的安宁疗护服务利用需求。本文认为，对于临终老年人而言，“身体”层面的安宁疗护服务利用需求主要包括老年人在生命终末期的“生理需求”和“安全需要”。

第二，“心理”层面的安宁疗护服务利用需求。“心理”层面的安宁疗护服务利用需求主要是指老年人在生命终末期需要获得的情绪疏导、消除死亡恐惧、克服无力感和无用感等情绪和心理支持需要。具体而言，临终老年人的心理支持需求可以细分为情绪支持、心理疏导、消除无用感、不成为家人的负担、减轻负罪感等方面。另外，直面死亡与死亡准备是临终老年人必须经历的心理过程，也是显著区别于其他老年群体的需求内容。研究发现不同个体特征的临

① 吴斌等：《肿瘤安宁疗护患者亲属照顾者照护体验的质性研究》，《护理学报》2019年第6期。

② Morrow Rosie, et al., "Colaizzi's Descriptive Phenomenological Method," *The Psychologist*, 2015, 28(8); Ghada Abu Shosha, "Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: A Reflection of a Researcher," *European Scientific Journal*, 2012, 11(8); 刘明：《Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用》，《护理学杂志》2019年第11期。

终老年人对死亡本身的态度体现出积极与消极两种,前者更希望在有限的时间内完成遗愿与安排身后事,或者积极寻求无痛苦死亡;后者则呈现出逃避死亡或者畏惧死亡,这种消极的态度往往导致临终老年人希望加速死亡以达到解脱,或者拒绝承认将死亡的事实,给老年人自身和家属都造成极大的心理负担与痛苦。本文认为,重视临终老年人心理层面的安宁疗护服务利用需求,在实践中加强安宁疗护服务的人文关怀,是提升临终生命质量与安宁疗护服务质量的重中之重。

第三,“社会”层面的安宁疗护服务利用需求。“社会”层面的安宁疗护服务利用需求是指老年人在生命终末期希望维持正常的社会交往关系,包括与伴侣的亲密关系、与家属的亲情关系、与朋友及同事间的社交关系等,通过这些社会关系的保持与互动,满足了老年人自我认可和获得他人尊重的需要。尊重与尊严需求主要基于两个方面:一是临终老年人自我尊严的保持,即在生命终末期老年人是否能够处理好自身与疾病、与年老衰弱的关系,不出现因疾病和年老而产生的自我厌弃等消极情绪;二是来自他人对于临终老年人的态度与行为,如家属、医护人员、志愿者等在态度上是否有厌恶或者轻贱临终老年人、在行为上是否存在抛弃或者虐待临终老年人等。本文通过实证研究发现形象管理、被尊重、隐私空间、自主选择接受服务的地点、辅助工具的获得与使用等方面直接影响着临终老年人尊重与尊严的需求满足与否。从马斯洛需求层次理论理解临终老年人“社会”层面的安宁疗护服务利用需求,与之相对应的主要是“爱和归属”需要层次的体现。

第四,“灵性”层面的安宁疗护服务利用需求。临终老年人“灵性”层面的安宁疗护服务利用需求是人在生命终末期与生命其他阶段不同的一大特殊需求。所谓“灵性”安宁疗护服务利用需求是指对生命超时空的期待和理解。在安宁疗护服务实践中,灵性需要通过一些内在和外在的形式而达成,比如有佛教信仰的老年人或家属需要在临终前的几小时或者死后进行诵经超度,以帮助死者的灵魂去到“极乐世界”;佛教信徒在死亡前,通常会明确告知家人和亲朋避免悲伤和哭泣,因为人世间的牵挂会“阻碍”他们去往极乐世界。因此,“灵性”需求本质上是人们对于生命消逝和面对死亡的一种精神寄托。本文认为,临终老年人“灵性层面”的安宁疗护服务利用需求,是个体在临终阶段产生的个性化的特殊需求。马斯洛需求层次理论中没有包含“灵性”层面的需求,本文认为可以将人的灵性需求纳入分析框架,从全生命周期的视角理解人类需求,扩展该理论的解释范围。

2. 安宁疗护服务利用需求的层次分析

在需求产生和需求层次满足上,本文研究发现老年人在临终阶段的安宁疗护服务利用需求并不完全遵循从低到高的需求产生和需求满足顺序,这主要受个体需求的诱因和需求满足的目的两个方面影响。一是需求产生的诱因,研究发现,老年人对安宁疗护服务利用需求的产生很大程度上由临终前的身体健康状况决定。例如,相较于自然衰老的临终老人,末期癌症的老年人对缓解疼痛、控制症状等较为专业的医疗护理类安宁疗护服务利用需求更为迫切。相应地,这些老年人在安宁疗护服务利用行为上更容易选择去社区或者机构等专业安宁疗护服务中心。二是需求满足的目的,本文研究发现不同个体特征的临终老年人因需求目的不同而呈现出对于

需求内容、需求层次及相应的服务利用行为的差异。以上分析表明未来我国高质量的、需求导向的安宁疗护服务既要满足临终老年人多层次安宁疗护服务利用的需要，又要充分兼顾临终阶段老年人服务利用需求层次满足的特殊性。

四、安宁疗护服务利用的行为与临终生命质量

(一) 安宁疗护服务利用行为的影响因素分析

1. 数据来源

本文定量分析使用的数据来源于中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）”。在 1998—2018 年期间，通过对每两期调查期间死亡老年人家属的回顾性调查，共收集了 28515 位 65 岁及以上已故被访老年人的死亡年月、死因、死亡前健康状况、医疗和照料成本与生活质量等信息。由于 CLHLS 数据在 2008 前后死亡问卷的关键信息有差别，因此本文选择使用 CLHLS 数据 2011—2018 年的 3 期数据。样本数据筛选流程如表 1 所示，最终纳入研究分析的样本量合计为 8981 位 65 岁及以上已故老年人。

表 1 样本数据筛选流程表

年份	上期存活当期死亡样本数 (1)	年龄缺失或小于 65 岁样本数 (2)	其他关键变量缺失样本数 (3)	最终样本数 (1) - (2) - (3)
2011/2012 年	5635	6	824	4805
2014 年	2879	0	503	2376
2018 年	2273	48	425	1800
合计	10787	54	1752	8981

注：其他关键变量缺失包括教育程度缺失 53 个，生育子女数缺失 53 个，家庭人均年收入缺失 1646 个。

2. 变量描述

本文的被解释变量是“安宁疗护服务利用行为”。根据 CLHLS 死亡问卷中“临终前一年主要居住方式”以及“临终前日常生活第一位主要照料者”，同时根据目前我国安宁疗护服务的政策导向与试点实践的实际情况，将安宁疗护服务利用行为主要分为居家、社区和机构三类。其中“居家安宁疗护服务利用行为”是指临终前一年主要选择在家中居住且主要由家属或朋友等非正式照料者提供服务。“社区安宁疗护服务利用行为”是指临终前一年主要选择在社区或者家中居住且主要由社工、护士、保姆等正式照料者提供服务。“机构安宁疗护服务利用行为”是指临终前一年主要选择在养老院等机构居住且主要由机构工作人员提供服务。本文将被解释变量“安宁疗护服务利用行为”作为分类虚拟变量，居家安宁疗护服务利用行为赋值为 1，社区安宁疗护服务利用行为赋值为 2，机构安宁疗护服务利用行为赋值为 3。

本文解释变量的选择以安德森健康卫生服务利用模型为指导，主要包括前倾因素、使能因素和需求因素三类。其中前倾因素包括年龄、性别、教育、民族、职业、婚姻状况等个体特征。使能因素包括居住地、有无个人养老保险、有无个人医疗保险、上一年家庭总收入、

生育子女数量。需求因素包括是否存在失能、是否患有高血压、是否患有糖尿病、是否患有中风、是否患有心脏病、是否患有老年痴呆症、是否罹患重病和临终前是否需要完全依赖他人提供照料。

3. 分析方法

由于临终老年人选择“居家”“社区”和“机构”三种可能的安宁疗护服务利用行为属于多元无序选择的离散选择模式。因此,本文参照周晓蒙、刘琦^①等人的做法,选择多项Logit模型分析临终老年人安宁疗护服务利用行为的影响因素。多项logit模型基于随机效用法,假设个体*i*选择方案*j*所能带来的随机效用为:

$$U_{ij}=X_i\beta_j+\varepsilon_{ij}$$

其中,*i*为本文样本中临终老年人(*i*=1, 2, …, *n*),*j*为临终老人做出的安宁疗护服务利用行为选择,*j*=1, 2, 3分别对应居家、社区和机构三种安宁疗护服务利用行为;*X_i*为解释变量,包括安德森模型中的前倾因素、使能因素和需求因素,影响因素只随个体*i*而变,不随安宁疗护服务利用方案*j*而变;系数 β_j 表明个体*X_i*对随机效用*U_{ij}*的作用取决于方案*j*。由于三大因素对于临终老年人安宁疗护服务利用行为的影响程度和方向可能存在差异,本文参考彭希哲^②等人的做法,构建了3个模型,模型1只纳入了前倾因素,模型2同时纳入了前倾因素和使能因素,模型3则同时纳入了前倾因素、使能因素和需求因素。

4. 安宁疗护服务利用行为影响因素的结果分析

表2汇报了基于安德森模型的安宁疗护服务利用行为影响因素分析。前倾因素对老年人安宁疗护服务利用行为的研究结果发现:社区相对于居家而言,去世时年龄越大、受教育年数越多、汉族、未婚、从事非农林牧渔业的老年人选择社区而非居家安宁疗护服务利用的可能性更高。机构相对于居家而言,去世时受教育年数越多、未婚、从事非农林牧渔业的老年人选择机构而非居家安宁疗护服务利用的可能性更高。当居家安宁疗护服务利用为参照组时,前倾因素并不显著影响老年人机构安宁疗护服务利用行为的选择。

使能因素对老年人安宁疗护服务利用行为影响的研究结果发现:社区相对于居家而言,城乡、所在地区、医疗保险、生育子女数显著影响老年人选择社区而非居家安宁疗护服务利用。居住在城镇、东部地区、生育子女数少的老年人选择社区而非居家安宁疗护服务利用的可能性更高。机构相对于居家而言,居住在城镇、东部地区、家庭经济状况越差、生育子女数少的老年人选择机构而非居家安宁疗护的可能性更高。

需求因素对老年人安宁疗护服务利用行为影响的研究结果发现:社区相对于居家而言,罹患高血压及重大疾病的老年人选择社区而非居家安宁疗护服务的可能性更高。机构相对于居家而言,罹患高血压、老年痴呆症及重大疾病的老年人选择机构而非居家安宁疗护服务的可能性更高。

① 周晓蒙、刘琦:《失能老年人的居住意愿及其影响因素分析》,《人口与发展》2018年第2期。

② 彭希哲等:《中国失能老人长期照护服务使用的影响因素分析——基于安德森健康行为模型的实证研究》,《人口研究》2017年第4期。

表2 前倾、使能、需求因素对安宁疗护服务利用行为的多项 Logit 模型回归结果
(对照组: 居家安宁疗护服务利用行为)

变量	模型一						模型二						模型三					
	社区		机构		社区		机构		社区		机构		社区		机构			
	系数	RRR																
前倾因素																		
去世时年龄 (岁)	0.030 ^{***} (0.010)	1.03	-0.009 (0.008)	0.99	0.031 ^{***} (0.010)	1.03	-0.005 (0.009)	1.00	0.042 ^{***} (0.011)	1.04	0.004 (0.009)	1.00	0.042 ^{***} (0.011)	1.04	0.004 (0.009)	1.00	1.00	
女性 (vs 男性)	0.106 (0.181)	1.11	-0.017 (0.162)	0.98	0.150 (0.184)	1.16	0.035 (0.165)	1.04	0.098 (0.185)	1.10	0.012 (0.166)	1.01	0.098 (0.185)	1.10	0.012 (0.166)	1.01	1.01	
受教育年数 (年)	0.070 ^{***} (0.024)	1.07	0.041 [*] (0.024)	1.04	0.056 ^{**} (0.025)	1.06	0.058 ^{**} (0.025)	1.06	0.051 ^{**} (0.025)	1.05	0.055 ^{**} (0.025)	1.06	0.051 ^{**} (0.025)	1.05	0.055 ^{**} (0.025)	1.06	1.06	
少数民族 (vs 否)	-1.247 ^{***} (0.457)	0.29	-0.069 (0.231)	0.93	-0.933 ^{***} (0.463)	0.39	0.283 (0.243)	1.33	-0.871 [*] (0.463)	0.42	0.337 (0.244)	1.40	-0.871 [*] (0.463)	0.42	0.337 (0.244)	1.40	1.40	
已婚 (vs 否)	-0.360 (0.237)	0.70	-0.551 ^{***} (0.208)	0.58	-0.437 [*] (0.241)	0.65	-0.609 ^{***} (0.211)	0.54	-0.506 ^{**} (0.242)	0.60	-0.617 ^{***} (0.212)	0.54	-0.506 ^{**} (0.242)	0.60	-0.617 ^{***} (0.212)	0.54	0.54	
从事农林牧渔 (vs 否)	-1.342 ^{***} (0.160)	0.26	-0.886 ^{***} (0.147)	0.41	-0.865 ^{***} (0.174)	0.42	-0.662 ^{***} (0.159)	0.52	-0.818 ^{***} (0.175)	0.44	-0.597 ^{***} (0.161)	0.55	-0.818 ^{***} (0.175)	0.44	-0.597 ^{***} (0.161)	0.55	0.55	
使能因素																		
城镇 (vs 否)					1.123 ^{***} (0.183)	3.07	0.974 ^{***} (0.156)	2.65	1.114 ^{***} (0.184)	3.05	0.955 ^{***} (0.156)	2.60	1.114 ^{***} (0.184)	3.05	0.955 ^{***} (0.156)	2.60	2.60	
所在地区 (以东部地区为参照)																		
中部					-0.514 ^{**} (0.211)	0.60	-0.425 ^{**} (0.184)	0.65	-0.471 ^{**} (0.212)	0.62	-0.409 ^{**} (0.185)	0.66	-0.471 ^{**} (0.212)	0.62	-0.409 ^{**} (0.185)	0.66	0.66	
西部					-0.414 ^{**} (0.194)	0.66	-0.615 ^{***} (0.193)	0.54	-0.360 [*] (0.197)	0.70	-0.599 ^{***} (0.196)	0.55	-0.360 [*] (0.197)	0.70	-0.599 ^{***} (0.196)	0.55	0.55	
东北部					-0.329 (0.278)	0.72	0.149 (0.259)	1.16	-0.312 (0.281)	0.73	0.177 (0.261)	1.19	-0.312 (0.281)	0.73	0.177 (0.261)	1.19	1.19	
有养老保险 (vs 否)					0.012 (0.193)	1.01	0.312 [*] (0.166)	1.37	-0.008 (0.194)	0.99	0.269 (0.168)	1.31	-0.008 (0.194)	0.99	0.269 (0.168)	1.31	1.31	

变量	模型一						模型二						模型三					
	社区		机构		社区		机构		社区		机构		社区		机构			
	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR	系数	RRR		
有医疗保险 (vs 否)																		
家庭人均年收入 (元/年, 以2011年为基准)			0.432 ^{**}	1.54	(0.168)		0.172	1.19	(0.170)	0.370 ^{**}	1.45	(0.156)	0.033	1.03	(0.384 ^{***})	0.68		
生育子女数 (个)					-0.101 ^{***}	0.90	-0.327 ^{***}	-0.14	(0.034)	-0.103 ^{***}	0.90	-0.327 ^{***}	0.90	-0.327 ^{***}	0.72			
需求因素					(0.034)		(0.035)			(0.034)		(0.035)						
有高血压 (vs 否)										0.573 ^{***}	1.77	0.369 ^{**}	1.45					
有糖尿病 (vs 否)										(0.186)		(0.176)						
有心脏病 (vs 否)										0.096	1.10	-0.121	0.89					
有中风 (vs 否)										(0.342)		(0.343)						
有老年痴呆症 (vs 否)										0.218	1.24	0.188	1.21					
罹患大病 (vs 否)										(0.200)		(0.189)						
完全依赖他人 (vs 否)										0.020	1.02	0.071	1.07					
样本数		8981								(0.226)		(0.209)						
期数		Yes								-0.078	0.92	0.751 ^{***}	2.12					
伪R-square		0.051								(0.323)		(0.218)						
		Yes								0.334 ^{**}	1.40	0.262 [*]	1.30					
		8981								(0.164)		(0.155)						
		Yes								0.232	1.26	-0.181	0.83					
		0.123								8981		8981						
		Yes								Yes		Yes						
		0.051								0.135		0.135						

注: 控制了调查期数虚拟变量, 系数未在表中列出; 括号内数据为 mlogit 模型回归系数标准误; *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01。

(二) 安宁疗护服务利用行为对临终生命质量的影响

1. 变量描述

“临终生命质量”为被解释变量。CLHLS 并没有直接问项收集老年人临终生命质量的数据, 根据生命质量理论中关于生命质量的论述, 本文临终生命质量主要由临终生存质量和临终死亡痛苦两部分构成。借鉴顾大男等^①学者的做法, 本文结合 CLHLS 数据将死亡前是否失能、是否卧床不起超过 90 天及是否预言死亡和梦到死亡作为衡量“临终生存质量”的变量; “临终死亡痛苦”变量由老年人临终表情痛苦程度来衡量。其中死亡前是否失能、是否卧床不起超过 90 天、是否预言死亡以及是否梦到死亡是二分变量, 是记为 1, 否记为 0。根据老年人去世时表情痛苦程度, 将“非常痛苦、比较痛苦”记为 1, “一般”记为 2、“比较安详、很安详”记为 3。主要解释变量包括“安宁疗护服务利用行为”和“临终医疗照料成本”两组。基于安德森模型, 选择前倾、使能和需求三类因素作为控制变量, 同时控制死亡问卷调查年份。

表 3 是老年人临终生命质量, 即临终生存质量与死亡痛苦在不同安宁疗护服务利用行为和医疗照料成本下的分布。按照三种安宁疗护服务利用行为对死亡样本进行分类时, 选择居家安宁疗护服务利用的老年人临终前存在至少一项失能的比例为 77.3%, 高于社区的 72.4% 和机构的 65.1%。选择社区安宁疗护服务利用的老年人临终前卧床不起超过 90 天、预言死亡、梦见死亡、临终表情安详的比例分别为 32.4%、20.0%、11.9%、62.2%, 均高于选择居家或者机构的老人。按照医疗照料费用进行分类时, 随着临终前一年总医疗费用和总照料费用的增高, 存在至少一项失能、临终表情安详的比例随之下降, 而卧床不起超过 90 天、临终表情痛苦的比例随之上升。

表 3 老年人临终生命质量在不同服务利用行为和医疗照料成本下的分布 (%)

变量	按安宁疗护服务利用行为分类			按总医疗费用等级分类 (万元/人)				按总照料费用等级分类 (万元/人)		
	居家	社区	机构	0-0.03	0.03-0.2	0.2-0.7	0.7 以上	0-0.1	0.1-0.5	0.5 以上
	n=8578	n=185	n=218	n=2396	n=2648	n=1,741	n=2196	n=4743	n=2221	n=2017
至少一项失能	77.34	72.43	65.14	83.26	79.12	73.58	70.08	83.70	72.08	65.99
卧床不起超过 90 天	20.40	32.43	28.44	15.03	19.41	23.89	26.50	13.47	19.95	38.97
预言死亡	18.69	20.00	14.68	14.82	18.50	20.56	21.36	16.70	21.97	19.78
梦见死亡	8.55	11.89	5.50	6.43	9.29	9.82	8.93	7.43	10.00	9.67
表情痛苦	13.45	14.05	10.55	7.55	11.06	15.34	21.04	10.86	15.53	17.15
表情安详	56.94	62.16	56.42	65.23	59.10	53.99	48.00	59.03	55.25	53.69

2. 分析方法

采用 logit 模型, 在控制前倾因素、使能因素和需求因素变量下用比值比 (OR 值) 来考察不同安宁疗护服务利用行为和医疗照料成本的老年人临终生存质量差异。基于多项 logit 模型, 在控制前倾因素、使能因素和需求因素变量下用相对风险比率 (RRR 值) 来考察不同安宁疗护

① 顾大男等:《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 年第 5 期。

服务利用行为和医疗照料成本的老年人临终死亡痛苦的差异。

3. 不同服务利用行为与医疗照料成本对临终生存质量的影响结果

表4显示了不同安宁疗护服务利用行为以及医疗照料成本对老年人临终生存质量影响的logit回归结果。在控制前倾因素、使能因素、需求因素等变量的情况下,选择机构安宁疗护服务利用的老年人临终前失能的可能性显著低于选择居家的老年人,仅为居家安宁疗护服务利用老年人的0.61倍($P<0.01$)。选择社区和机构安宁疗护服务利用的老年人临终前存在卧床不起90天以上情况的可能性显著高于居家安宁疗护的老年人,分别是居家安宁疗护服务利用老年人的1.35倍($P<0.05$)和1.38倍($P<0.05$)。代表死亡恐惧的预言死亡和梦见死亡方面,安宁疗护服务利用行为对死亡恐惧没有显著影响,但总医疗费用支出对其有显著影响:医疗费用每增长1%,预言死亡和梦见死亡的可能性分别提高5%和7%。

表4 安宁疗护服务利用行为和医疗照料成本对老年人临终生存质量影响的logit回归结果
(参照组:居家安宁疗护服务利用行为)

变量	至少一项失能		卧床不起90天以上		预言死亡		梦到死亡	
	系数	OR值	系数	OR值	系数	OR值	系数	OR值
社区安宁疗护服务利用行为	-0.065 (0.185)	0.937	0.301* (0.180)	1.351	-0.122 (0.200)	0.885	0.119 (0.240)	1.126
机构安宁疗护服务利用行为	-0.494*** (0.177)	0.610	0.325* (0.181)	1.384	-0.186 (0.213)	0.830	-0.474 (0.319)	0.623
总医疗费用(对数)	0.008 (0.015)	1.008	-0.018 (0.016)	0.982	0.050*** (0.016)	1.051	0.071*** (0.021)	1.074
自付医疗费用(对数)	-0.034*** (0.013)	0.967	0.010 (0.013)	1.010	-0.004 (0.013)	0.996	-0.017 (0.018)	0.983
直接照料费用(对数)	0.032*** (0.011)	1.033	-0.035*** (0.012)	0.966	-0.006 (0.012)	0.994	-0.008 (0.016)	0.992
总照料费用(对数)	-0.045*** (0.010)	0.956	0.083*** (0.011)	1.087	-0.001 (0.011)	0.999	0.006 (0.015)	1.006
去世时年龄(岁)	0.010*** (0.003)	1.010	0.026*** (0.004)	1.026	0.009** (0.004)	1.009	0.018*** (0.005)	1.018
女性(vs 男性)	-0.054 (0.064)	0.947	0.388*** (0.069)	1.474	-0.155** (0.066)	0.856	0.141 (0.094)	1.151
受教育年数(年)	0.016 (0.012)	1.016	-0.008 (0.013)	0.992	0.001 (0.012)	1.001	0.026 (0.016)	1.026
少数民族(vs 否)	-0.090 (0.094)	0.914	0.041 (0.099)	1.042	-0.356*** (0.105)	0.700	0.003 (0.139)	1.003
已婚(vs 否)	0.073 (0.076)	1.076	0.016 (0.082)	1.016	-0.034 (0.079)	0.967	-0.135 (0.115)	0.874
从事农林牧渔(vs 否)	0.152** (0.067)	1.164	-0.286*** (0.070)	0.751	0.123* (0.072)	1.131	-0.109 (0.096)	0.897
城镇(vs 否)	-0.077 (0.060)	0.926	-0.049 (0.063)	0.952	0.083 (0.063)	1.087	0.154* (0.086)	1.166

变量	至少一项失能		卧床不起 90 天以上		预言死亡		梦到死亡	
	系数	OR 值						
所在地区 (以东部地区为参照)								
中部	0.353 ^{***}	1.423	-0.226 ^{***}	0.798	-0.073	0.930	-0.125	0.882
	(0.070)		(0.072)		(0.072)		(0.098)	
西部	0.038	1.039	-0.260 ^{***}	0.771	0.172 ^{**}	1.188	-0.154	0.857
	(0.068)		(0.073)		(0.070)		(0.099)	
东北部	-0.035	0.966	0.352 ^{***}	1.422	0.027	1.027	-0.200	0.819
	(0.115)		(0.116)		(0.125)		(0.173)	
有养老保险 (vs 否)	-0.095	0.909	-0.053	0.948	0.055	1.057	0.188 [*]	1.207
	(0.069)		(0.073)		(0.073)		(0.099)	
有医疗保险 (vs 否)	0.299 ^{***}	1.349	-0.193 ^{***}	0.824	-0.022	0.978	-0.233 ^{**}	0.792
	(0.065)		(0.067)		(0.066)		(0.094)	
家庭人均年收入 (元/年, 以 2011 年为基准)	-0.001	0.999	-0.014	0.986	0.010	1.010	0.008	1.008
	(0.022)		(0.022)		(0.023)		(0.032)	
生育子女数 (个)	-0.002	0.998	-0.018	0.982	-0.001	0.999	-0.006	0.994
	(0.012)		(0.012)		(0.012)		(0.017)	
有高血压 (vs 否)	0.074	1.077	-0.065	0.937	0.080	1.083	0.087	1.091
	(0.073)		(0.077)		(0.077)		(0.105)	
有糖尿病 (vs 否)	-0.115	0.891	0.051	1.052	-0.077	0.926	-0.079	0.924
	(0.136)		(0.145)		(0.155)		(0.214)	
有心脏病 (vs 否)	0.161 ^{**}	1.175	-0.336 ^{***}	0.715	0.047	1.048	0.067	1.069
	(0.080)		(0.085)		(0.083)		(0.113)	
有中风 (vs 否)	-0.577 ^{***}	0.562	0.274 ^{***}	1.315	-0.646 ^{***}	0.524	-0.348 ^{***}	0.706
	(0.076)		(0.081)		(0.099)		(0.132)	
有老年痴呆症 (vs 否)	-0.740 ^{***}	0.477	0.434 ^{***}	1.543	-0.360 ^{***}	0.698	0.117	1.124
	(0.100)		(0.106)		(0.131)		(0.156)	
罹患大病 (vs 否)	-0.348 ^{***}	0.706	1.117 ^{***}	3.056	0.216 ^{***}	1.241	0.065	1.067
	(0.060)		(0.063)		(0.063)		(0.086)	
完全依赖他人 (vs 否)	-5.887 ^{***}	0.003	1.825 ^{***}	6.203	0.836 ^{***}	2.307	0.567 ^{***}	1.763
	(1.001)		(0.174)		(0.106)		(0.146)	
样本数	8744		8744		8744		8744	
期数	Yes		Yes		Yes		Yes	
伪 R-square	0.117		0.124		0.030		0.023	

注: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$ 。

4. 不同服务利用行为与医疗照料成本对临终死亡痛苦的影响结果

表 5 显示了不同安宁疗护服务利用行为以及医疗照料成本对老年人死亡时表情痛苦程度影响的多项 logit 回归结果。在控制前倾因素、使能因素、需求因素等变量的情况下, 选择社区安宁疗护服务利用的老年人死亡表情安详的可能性是表情一般的 1.46 倍。临终前总医疗费用越高, 老年人死亡表情痛苦的可能性越高, 表情安详的可能性越低。临终前总医疗费用每提高 1%, 死亡表情痛苦的可能性提高 5%, 表情安详的可能性降低 5%。

表5 安宁疗护服务利用行为和医疗照料费用对临终老年人死亡痛苦影响的多项 logit 回归结果
(参照组:死亡表情痛苦程度一般)

变量	死亡表情痛苦		死亡表情安详	
	系数	OR 值	系数	OR 值
社区安宁疗护服务利用行为	0.211 (0.294)	1.235	0.377* (0.217)	1.458
机构安宁疗护服务利用行为	-0.075 (0.286)	0.928	0.191 (0.202)	1.210
总医疗费用(对数)	0.052** (0.022)	1.053	-0.053*** (0.015)	0.948
自付医疗费用(对数)	0.005 (0.018)	1.005	0.011 (0.013)	1.011
直接照料费用(对数)	-0.012 (0.016)	0.988	-0.006 (0.011)	0.994
总照料费用(对数)	0.017 (0.014)	1.017	-0.003 (0.010)	0.997
去世时年龄(岁)	-0.024*** (0.005)	0.976	0.020*** (0.003)	1.020
女性(vs 男性)	0.073 (0.087)	1.076	0.175*** (0.064)	1.191
受教育年数(年)	-0.015 (0.016)	0.985	0.005 (0.012)	1.005
少数民族(vs 否)	-0.519*** (0.132)	0.595	-0.310*** (0.087)	0.733
已婚(vs 否)	0.192** (0.097)	1.212	-0.097 (0.075)	0.908
从事农林牧渔(vs 否)	-0.001 (0.098)	0.999	-0.103 (0.070)	0.902
城镇(vs 否)	0.116 (0.086)	1.123	0.249*** (0.062)	1.283
所在地区(以东部地区为参照)				
中部	0.353*** (0.070)	1.423	-0.226*** (0.072)	0.798
西部	0.038 (0.068)	1.039	-0.260*** (0.073)	0.771
东北部	-0.035 (0.115)	0.966	0.352*** (0.116)	1.422
有养老保险(vs 否)	-0.095 (0.069)	0.909	-0.053 (0.073)	0.948
有医疗保险(vs 否)	0.299*** (0.065)	1.349	-0.193*** (0.067)	0.824
家庭人均年收入(元/年,以2011年为基准)	-0.001 (0.022)	0.999	-0.014 (0.022)	0.986

变量	死亡表情痛苦		死亡表情安详	
	系数	OR 值	系数	OR 值
生育子女数 (个)	-0.002 (0.012)	0.998	-0.018 (0.012)	0.982
有高血压 (vs 否)	0.074 (0.073)	1.077	-0.065 (0.077)	0.937
有糖尿病 (vs 否)	-0.115 (0.136)	0.891	0.051 (0.145)	1.052
有心脏病 (vs 否)	0.161** (0.080)	1.175	-0.336*** (0.085)	0.715
有中风 (vs 否)	-0.577*** (0.076)	0.562	0.274*** (0.081)	1.315
有老年痴呆症 (vs 否)	-0.740*** (0.100)	0.477	0.434*** (0.106)	1.543
罹患大病 (vs 否)	-0.348*** (0.060)	0.706	1.117*** (0.063)	3.056
完全依赖他人 (vs 否)	-5.887*** (1.001)	0.003	1.825*** (0.174)	6.203
样本数	8696			
期数	Yes			
伪 R-square	0.047			

注: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$ 。

五、主要结论与讨论

2017年,由国家卫生健康委员会牵头,我国开始试点探索安宁疗护服务的发展。然而,目前我国鲜有相关研究,尤其是缺少从社会保障的视角系统分析有关安宁疗护服务的问题。因此,本文以“安宁疗护服务利用”为研究的切入点,采用质性研究与定量分析相结合的混合研究设计,以生命质量理论、马斯洛需求层次理论和安德森健康卫生服务利用模型为指导,围绕安宁疗护“服务供给现状-服务利用需求-服务利用行为-服务利用结果”的研究脉络,对我国老年人的安宁疗护服务利用问题进行了深入研究。通过研究,本文得出如下结论和相关政策建议:

第一,目前我国安宁疗护服务缺乏完整的政策支持体系、实践发展不均衡。首先是安宁疗护服务政策发展缺乏系统性,具体表现为:政策基础研究不足影响政策与实际的相结合;政策支持重在强调“供给侧”,一定程度上忽略了“需求侧”对安宁疗护服务的影响,造成供需匹配失衡。其次是安宁疗护服务实践发展不均衡,具体表现为安宁疗护服务存在明显的“经济社会发展水平优势先行”趋势,即安宁疗护服务实践受当地经济社会发展水平、资源禀赋、老龄化程度等因素影响明显,落后地区先天不足、后天支持乏力,导致安宁疗护服务在地域和地区之间极为不平衡,不利于我国安宁疗护服务公平、均衡发展。

第二,老年人安宁疗护服务利用的需求内容包括“身、心、社、灵”四个方面,但需求层

次及其满足存在个体差异。身体层面的安宁疗护服务利用需求主要基于生理需要,包括疼痛控制和症状管理等方面。心理层面涵盖临终老年人安全需要和爱与归属的需求,包括不希望自己因病被嫌弃,甚至被抛弃,也包括保持和家人的亲密关系等。社会层面主要与临终老年人的尊重和自我实现需求相关,即老年人期望通过诸如器官捐献、财物捐赠等行为获得尊重、并实现内心对生命价值更高层次的追求和理解。“灵性需求”层面主要包括老年人对于精神寄托和宗教服务的需要,这是临终老年人的特殊需求且独立于马斯洛需求层次之外,表明临终老年人与一般群体的需求、临终阶段与生命周期其他阶段的需求之间的差异性。研究还发现,虽然临终老年人的安宁疗护服务利用需求在内容和层次划分上与马斯洛需求层次理论具有内在的一致性,但是在需求层次的生产 and 满足顺序上存在一定的差异,主要表现为临终老年人安宁疗护服务利用需求的产生和满足并不完全遵循马斯洛需求层次“由低到高”的顺序,可能同时产生多层次的需求。因此,在实践中应当准确识别老年人安宁疗护服务利用的需求及其特征,并就老人的身心状态、预计生存时间等对需求进行动态评估,为老人提供与其需求和偏好一致的服务、提升安宁疗护服务质量。

第三,目前我国临终老年人生存状况堪忧,个体层面的前倾因素、使能因素和需求因素均对安宁疗护服务利用行为产生显著的影响。生存状况方面,超过七成的老年人临终前患有慢性病和重大疾病、且普遍存在卧床不起和意识不清等极端虚弱情况;超过八成的老年人临终前主要选择居家安宁疗护,机构和社区较少;超过九成老年人的死亡点在家中。这表明,我国老年人临终阶段的照料负担较为沉重,且临终期的照料主要依赖于家庭内部。影响因素方面,前倾因素中,年龄越大、受教育程度越高、未婚及非农职业的老年人临终前更容易选择社区或者机构安宁疗护服务;使能因素中,家庭经济状况越差的老年人临终前更容易选择机构安宁疗护服务而不是居家,这与在农村地区“三无老人”或者鳏寡孤独者更可能去机构有关,这类型的机构通常提供福利性或救助性服务;需求因素方面,与选择居家相比,临终前患有高血压等慢性病或者重大疾病的老年人更容易选择社区或者机构安宁疗护服务。影响因素的分析结果表明,老年人安宁疗护服务利用行为受到家庭照料资源、地区和身体状况等因素的影响和制约。因此,在安宁疗护服务发展过程中应当注重消除个体层面影响服务利用的不利因素,保障老年人根据自己的需求和偏好自由选择和使用包括居家、社区和机构等在内的各类服务,提升安宁疗护服务利用的可获得性。

第四,安宁疗护服务利用行为和医疗照料成本显著影响临终生命质量。从成本角度,社区安宁疗护服务利用产生的医疗照料总费用均显著高于居家,机构的自付医疗费用显著低于居家。从安宁疗护服务利用行为及成本对临终生命质量的影响来看,选择社区安宁疗护服务的老年人临终死亡痛苦最低,这表明,社区安宁疗护比较有利于提高临终生命质量,但是需要降低成本;临终前总医疗费用越高则死亡时越痛苦,表明过度医疗或者无效抢救可能会降低临终生命质量。因此,应当以提升临终生命质量为核心,充分考虑安宁疗护服务的可负担性,出台支持措施构建居家、社区和机构相结合的安宁疗护服务利用网络。

第五,目前我国老年人安宁疗护服务利用仍面临一些困境,在服务发展的初级阶段,可以

借鉴相关国际经验，多管齐下提升安宁疗护服务利用的水平。本文基于安德森模型的“卫生服务利用可及性评价”框架提出：在政策层面，应当完善政策支持体系保障安宁疗护服务利用的可及性；在服务供给层面，应当规范服务供给提升安宁疗护服务利用的可获得性；在社会文化层面，应当创造良好的社会氛围提升安宁疗护服务利用的可接受性；在个体参与层面，应当积极鼓励个体参与提升安宁疗护服务利用的有效性。

Research on the Utilization of Hospice and Palliative Care Services for the Elderly in China

Li Man

(Center for Healthy Aging and Development, National School of Development,
Peking University, Beijing 100081, China)

Abstract: Hospice and palliative care (HPC) is widely recognized as an important part of elderly services to protect "the last mile of life". This paper takes "utilization of HPC services" as the starting point and constructs an analytical framework based on "quality of life theory, Maslow's hierarchy of needs theory, and Anderson's model of health service utilization". The study finds that the needs of HPC among the elderly at the end of life include physical-related care needs, psychological-related support needs, society-related needs and spiritual needs, with dissimilarities among individuals. It also finds the enabling factors and needs factors significantly influence HPC utilization behaviors, and the effects of HPC utilization are influenced by different HPC utilization behaviors and costs. This study suggests that, in order to improve the accessibility, acceptability and effectiveness of the use of HPC services for the elderly, it is necessary to adhere to the principle of "needs-oriented" and take measures in terms of policy support, service delivery, social environment and individual participation.

Key words: the elderly at the end of life; hospice care; service utilization; quality of life at the end of life

(责任编辑：仇雨临)