

社区医养康养结合对老年人健康脆弱性的影响研究

张 丽

上海工程技术大学, 上海

收稿日期: 2022年9月23日; 录用日期: 2022年10月21日; 发布日期: 2022年10月28日

摘 要

目的: 分析社区医养康养结合能否缓解老年人的健康脆弱性。方法: 利用2018年公布的中国老年健康影响因素跟踪调查数据, 选取2个维度12个变量, 构建结构方程模型进行实证分析, 基于老年人健康脆弱性进行检验。结果: 社区医养康养结合能够对改善老年人的健康状况起到积极作用; 社区医养康养结合在一定程度上增强老年人的反脆弱能力, 老年人应对风险能力提升, 生理健康脆弱性降低, 生理健康又能影响心理健康, 因此形成一种链式中介效应; 此外研究还发现社区医养康养结合的服务需求存在一定的城乡差异。结论: 应从养老服务体系、公共卫生服务体系、医疗服务体系出发, 优化社区医养康养结合服务, 减轻老年人的健康脆弱性。

关键词

社区医养康养结合, 健康脆弱性, 老年人

Study on the Impact of the Combination of Medical and Health Care in Community on the Health Vulnerability of the Elderly

Li Zhang

Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Sep. 23rd, 2022; accepted: Oct. 21st, 2022; published: Oct. 28th, 2022

Abstract

Objective: To analyze whether the combination of community health care and rehabilitation can

alleviate the health vulnerability of the elderly. Methods: Based on the tracking survey data of influencing factors of elderly health in China published in 2018, select 2 dimensions and 12 variables to construct a structural equation model for empirical analysis, and test based on the health vulnerability of the elderly. **Results:** The results show that the combination of community medical care and health care can play a positive role in improving the health status of the elderly. The combination of community medical care and health care can enhance anti-vulnerability ability of the elderly to some extent, improve their ability to cope with risks, reduce the vulnerability of physical health, and physical health can affect mental health, thus forming a chain mediation effect. In addition, the study also found that there are certain differences between urban and rural areas in the service demand. **Conclusion:** We should start from the old-age service system, public health service system and medical service system to optimize the combination of community medical care and health care services and reduce the elderly vulnerability to human health.

Keywords

Combination of Medical Care and Health Care in Community, Health Vulnerability, The Elderly

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

中国统计年鉴 2021 发布：全国 65 岁及以上人口数量为 19,064 万人，所占比例为 13.5%，老年抚养比为 19.7%，中国已经进入老龄化时代，且老龄化速度不断加快。为了应对人口老龄化带来的挑战，国家不断推出政策完善养老服务体系，随着对养老问题的不断深入以及健康中国战略的深入推进，养老服务体系建设目标从“医养结合”改为“医养康养相结合”，社区医养康养相结合服务体系是中国现阶段应对人口老龄化，践行健康中国战略的主要实现路径[1]。目前国内针对社区医养康养相结合以及脆弱性展开较多研究，现有研究多集中于健康贫困脆弱性、慢性病患者脆弱性，针对老年人群体的健康脆弱性研究以及社区医养康养结合研究不足，因此本研究基于 CLHLS 数据，以中国老年人为研究对象，构建理论分析框架，使用结构方程模型考察社区医养康养相结合对老年人健康脆弱性的影响，探讨社区医养康养相结合服务缓解老年人健康脆弱性路径，以期为完善社区医养康养相结合，实现健康中国战略提供参考。

2. 文献回顾

关于脆弱性研究最初起源于灾害研究，最后逐渐扩展到社会学、经济学、贫困研究等领域，国内学者目前脆弱性研究主要集中在健康贫困脆弱性、人口脆弱性、特殊环境下健康风险及脆弱性、慢性病患者健康贫困脆弱性、经济全球化下健康脆弱性，但有关老年人群体的健康脆弱性研究比较少，目前学界尚未对健康脆弱性有一个确切的界定，因此本文以老年人为研究对象，针对学界提出的健康脆弱性定义梳理，整合出较为完善的老年人健康脆弱性定义和测量指标。

2.1. 健康脆弱性定义界定

邵芯苗，郭庆，吴忠(2022)将健康贫困脆弱性界定为个人因为健康和疾病风险而导致贫困[2]；黄建毅，童磊，苏飞等(2022)将人口健康脆弱性界定为面对包括自然、社会、经济和环境变化等多重因素的影响时，所能展现的应对能力[3]；邓大松(2021)提出健康脆弱性是指老年人由于身体变化和外在风险共同影响下导致的风险承受能力下降；肖晓华(2020)指出脆弱性是指暴露在风险区域中的所有都是脆弱的，但是个人的风

险应对能力不同,脆弱性高的群体更难从风险中恢复;邓睿(2020)提出健康脆弱性是指特定人群由于健康问题和缺乏修复能力,可能出现健康状况以及生活质量不佳[4];李英桃(2020)从身体状况、环境条件、职业特点三个方面分类健康脆弱群体,指出特定主体的脆弱性等于所承担的风险减去抵御风险的能力[5]。本文中老年人健康脆弱性是指在个人特征和外环境影响下老年人的风险承受能力下降导致的健康水平下降。

2.2. 健康脆弱性指标体系

邓大松(2021)将其分为生理和心理两个方面,选取9个测量指标,分别为身体不适、身体虚弱、BMI指数、健康变化和跌倒风险,以及情绪特征、老年抑郁、老年焦虑和认知障碍[6];阳义南,李思华(2021)构建多维度心理健康测量指标,包括孤独感、认知能力、生活满意度、参与活动四个[7];刘军军(2019)从五个维度出发,选取21个评价指标,对慢性病患者进行综合评价,主要包括个人特征、健康水平、医疗服务、医疗保障和疫病预防与控制[8];李娟、吴振云(2009)从五个维度构建指标体系,包括认知能力、自我认知、社会交往、适应能力以及情绪特征;Russell(1978)从孤独感、抑郁水平和主观幸福感三个维度测量老年人心理健康。本文在邓大松老师提出的生理和心理两大维度基础上,整合先前学者研究,构建更全面的测量指标。

2.3. 健康脆弱性影响因素研究

邵芯苗,郭庆,吴忠(2022)得出个人的良好身心健康状况可以有效降低贫困脆弱性,健康水平中自评健康、患慢性病数量、情绪低落、孤独和睡眠质量是影响因素,参加各类医疗保险可以有效降低健康脆弱性;邓大松(2021)通过综合指标计算得出老年人群体健康脆弱性较高,还呈现出城乡差异,社区医养康养结合能够改善老年人健康脆弱性;刘军军(2019)研究得出五个维度21个评价指标中有16个指标是健康贫困脆弱性的影响因素,因此需要开展评估工作,识别脆弱性群体,完善服务体系。

综上所述,国内外学者用不同的理论和工具探究健康脆弱性,对健康脆弱性进行了较为深入的探索,但针对老年人健康脆弱性及影响因素研究仍然较少,主要存在以下不足:第一,老年人健康脆弱性研究较为缺乏,学界健康脆弱性研究对象多为女性和慢性病患者,对于已有的老年人健康脆弱性研究,变量选取不够全面;第二,老年人脆弱性研究多集中在心理健康层面,对于生理和心理的共同研究比较少;第三,现有文献较少从社区医养康养相结合角度对老年人健康脆弱性进行相关分析。本文尝试构建老年人健康脆弱性评估体系,通过模型验证健康老龄化背景下社区医养康养结合对老年人健康脆弱性的影响因素。

本文通过社区医养康养相结合是否有效,基于老年人健康脆弱性检验构建模型,实证分析社区医养康养是否能够缓解老年群体的健康脆弱性,可能的贡献有:第一,健康老龄化背景下研究社区医养康养相结合,探索社区卫生服务能力以及老年人服务需求,能够为缓解老年人健康脆弱性提供助力,同时更好的完善社区医养康养结合服务,满足老年人健康需求[9]。第二,本文完善了老年人的健康脆弱性分析框架和评价体系,验证了社区医养康养相结合基于老年人健康脆弱性的有效性。第三,回归模型适用于多个自变量对一个因变量的影响,本文构建结构方程模型,揭示社区医养康养相结合对老年人健康脆弱性多维度的影响。

3. 理论分析框架与研究假设

3.1. 理论分析框架

借鉴先前学者对健康脆弱性研究,本文构建社区医养康养结合服务对老年人健康脆弱性分析框架,老龄人口面临的不仅是身体质量下降带来的身体脆弱,还有社会参与减少等所引起的心理脆弱,生理脆弱性也会在很大程度上影响老年人的心理脆弱性,此外城市和农村的老年人面临的环境不同,也会出现

不同的脆弱性特征。老年人脆弱性主要分为生理脆弱性和心理脆弱性，但目前不断完善的社区医养康养相结合可以对老年人的健康脆弱性起到明显的改善作用，因此，本文认为，健康脆弱性是关于生理、心理脆弱性和反脆弱能力的一个复合函数，改善老年人的生理和心理脆弱性能够极大提高反脆弱能力，反脆弱能力的改善也能促使老年人的健康水平提升。

3.2. 研究假设

根据上述分析可知，养老服务体系建设中从医养结合到加入康养结合是老年人健康保障的一个重要进步，在改善老年人身心健康中都能提供有益助力[10]，在实践路径分析中可以看到，老年人是社区医养康养相结合中接受服务的主要群体，得到社区医养康养相结合提供的例如生活照料和健康卫生服务能够提高老年人的反脆弱能力，改善老年人身体健康，减缓脆弱性，此外，通过一些健康教育、精神慰藉等服务能够改善老年人的心理健康。社区医养康养结合可以提高老年人的医疗可及性以及非正式支持，从而提升老年人反脆弱能力，医疗可及性以及非正式支持不但可以缓解老年人生理健康脆弱性，一定程度上也能缓解其心理健康脆弱性，因此可以推测社区医养康养结合有利于改善老年人的健康脆弱性，同时反脆弱能力在影响中存在中介效应。

同时，由于城乡差异，提供服务程度以及不同地区的老年人健康脆弱性不同，城市居民更多需要的是康养结合服务，而农村老年人更多需要的是医养结合提供的服务，在社区所提供的医养康养相结合服务中城市也明显优于农村，可以推测社区医养康养结合服务存在一定的城乡差异。基于以上分析，本文提出以下假设：

- H1：社区医养康养结合对老年人反脆弱能力有正向影响；
- H2：社区医养康养结合有利于改善老年人的健康脆弱性；
- H3：反脆弱能力在社区医养康养结合影响老年人脆弱性中存在中介效应；
- H4：社区医养康养结合服务需求存在城乡差异。

4. 研究设计

4.1. 数据来源

本研究数据为中国老年长寿影响因素调查(CLHLS) 2018年截面数据，CLHLS的数据包括全国23个省份的50岁以上老年人，数据质量较高。本文收集了老年人口的基本情况、健康状况和社区医养康养相结合提供的服务等资料，在数据处理过程中剔除了三类样本，一是剔除年龄小于65岁的样本，二是剔除在机构养老的样本，三是剔除不能独立回答A至C问题的样本，以及剔除一些关键缺失值，最终获得10,029个有效样本数。

4.2. 构建理论模型

相较于回归分析研究多个自变量对一个因变量的影响，用stata进行结构方程模型分析，测量自变量和多个因变量的关系，并且显示路径分析和测量关系，采用最大似然法估计SEM模型参数。

第一步，构建解释变量和被解释变量模型，其表达式如式(1)。

$$\pi = \alpha\pi + \beta\delta + \theta \quad \text{式(1)}$$

π 表示两个被解释变量：生理和心理健康脆弱性， α 表示两个被解释变量之间的关系系数， δ 表示2个解释潜变量：社区医养康养结合服务和反脆弱能力， β 表示被解释潜变量与解释潜变量之间关系系数， θ 表示误差项。

第二步，构建显变量和被解释潜变量关系模型，如式(2)所示：

$$\omega = \gamma\pi + \varepsilon \quad \text{式(2)}$$

借鉴邵芯苗(2022)、邓大松(2021)、刘军军(2019)的研究,本文综合选取12个指标测量生理和心理健康脆弱性。 γ 表示12个测量指标($\omega_1 \sim \omega_{12}$)与生理、心理健康脆弱性(π_1, π_2)之间的因子载荷,误差项用 ε 表示。

第三步,构建被解释潜变量 δ 模型,如式(3)所示:

$$\varphi = \gamma\delta + \epsilon \quad \text{式(3)}$$

采用四个指标测量 δ_1 社区医养康养相结合,2个显变量测量 δ_2 反脆弱能力。 ϵ 表示误差项。

4.3. 变量选取与赋值

4.3.1. 被解释变量

本文使用2018年CLHLS数据构建生理和心理两个一级指标。为构建全面客观的脆弱性测量指标,

Table 1. Elderly vulnerability indicator assignment

表 1. 老年人脆弱性指标赋值

| 一级指标 | 二级指标 | 指标释义 | 变量赋值 | 均值 | 标准差 |
|-------------|-------------|--------------------|--|--|--------|
| 生理健康 脆弱性 | 身体不适 | 过去两周身体是否不适 | 否 = 0, 是 = 1 | 0.1453 | 0.3524 |
| | 身体虚弱 | 被访老人看上去 | 很健康 = 0, 比较健康 = 0.25, 比较虚弱 = 0.5, 体弱多病 = 1 | 0.1994 | 0.1643 |
| | 健康状况 | 自认健康状况怎么样 | 很好 = 0, 好 = 0.25, 一般 = 0.5, 不好 = 0.75, 很不好 = 1 | 0.3751 | 0.2202 |
| | 跌倒风险 | 过去的一年里是否跌倒过 | 没有 = 0, 有 = 1 | 0.1937 | 0.3952 |
| | 睡眠质量 | 现在的睡眠质量如何 | 很好 = 0, 好 = 0.25, 一般 = 0.5, 不好 = 0.75, 很不好 = 1 | 0.3676 | 0.2426 |
| | 健康变化 | 过去一年身体状况有没有变化 | 变好很多 = 0, 变好一些 = 0.25, 没变 = 0.5, 变差一些 = 0.75, 变差很多 = 1 | 0.5479 | 0.2039 |
| | 心理健康 脆弱性 | 孤独感 | 您是否觉得孤独 | 从不 = 0, 很少 = 0.25, 有时 = 0.5, 经常 = 0.75, 总是 = 1 | 0.2211 |
| 生活满意度 | | 您觉得现在生活怎么样 | 非常好 = 0, 好 = 0.25, 一般 = 0.5, 不好 = 0.75, 很不好 = 1 | 0.2672 | 0.1966 |
| 认知能力 | | 认知功能筛查七题回答正确数量 | 七题答对题目数量加总, 答对七题 = 0, 答对5或6题 = 0.25, 答对3或4题 = 0.5, 答对两题或以下 = 1 | 0.0957 | 0.1215 |
| 情绪特征 | | 无论遇到什么事是否能想得开 | 很想得开 = 0, 想得开 = 0.25, 一般 = 0.5, 想不开 = 0.75, 很想不开 = 1 | 0.2604 | 0.1765 |
| 老年焦虑 | | 在过去两周感到不安、担心及烦躁的频率 | 没有 = 0, 有几天 = 0.25, 一半以上时间 = 0.5, 几乎天天 = 1 | 0.1270 | 0.2344 |
| 老年抑郁 | | 您会因为一些小事而烦恼吗 | 从不 = 0, 很少 = 0.25, 有时 = 0.5, 经常 = 0.75, 总是 = 1 | 0.2792 | 0.1682 |

在评价生理健康脆弱性时, 本文选取: 身体不适、身体虚弱、健康状况、跌倒风险、睡眠质量和健康变化, 前四个是直接观察指标, 睡眠质量和健康变化也是学界测量生理健康的重要指标, 心理健康脆弱性测量指标包括孤独感、生活满意度、认知能力、情绪特征、老年焦虑和老年抑郁六个, 孤独感和生活满意度是心理健康的关键指标, 李娟(2009)就将认知能力作为心理健康一大重要指标, 情绪特征、老年焦虑、老年抑郁可以直接体现心理健康。具体指标赋值如表 1 所示。

4.3.2. 解释潜变量

第一, 为确保数据准确性, 本文选取八个服务类型, 如表 2 所示, 将八个服务类型分成四类社区医养康养结合服务, 分别为生活照料服务、精神慰藉服务、健康卫生服务和法律援助服务, 生活照料服务包括起居照料和日常购物, 精神慰藉服务包括聊天解闷和娱乐活动, 健康卫生服务包括上门看病送药和提供保健知识, 法律援助服务包括法律援助和处理邻里关系。第二, 反脆弱能力包括医疗可及性(即生病能否得到及时救助)和非正式支持(即能否得到帮助)两个衡量指标。

Table 2. The variable assignment of community medical care and health care services

表 2. 社区医养康养结合服务变量赋值

| 社区医养康养结合服务 | 指标释义 | 总体样本服务供给率 | | 城市样本服务供给率 | | 农村样本服务供给率 | |
|------------|---------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | | 均值 | 标准差 | 均值 | 标准差 | 均值 | 标准差 |
| 生活照料服务 | 有 = 1, 没有 = 0 | 0.1469 | 0.3540 | 0.1548 | 0.3618 | 0.1368 | 0.3437 |
| 精神慰藉服务 | 有 = 1, 没有 = 0 | 0.2673 | 0.4425 | 0.3046 | 0.4603 | 0.2197 | 0.4141 |
| 健康卫生服务 | 有 = 1, 没有 = 0 | 0.5312 | 0.4990 | 0.5370 | 0.4987 | 0.5239 | 0.4995 |
| 法律援助服务 | 有 = 1, 没有 = 0 | 0.3462 | 0.4702 | 0.3773 | 0.4848 | 0.3067 | 0.4612 |

5. 实证结果分析

5.1. 模型拟合情况

Table 3. Model fitting results

表 3. 模型拟合结果

| 评价指标 | 模型数值 | 评价标准 |
|-------|-------|-------|
| RMSEA | 0.041 | <0.08 |
| SRMR | 0.030 | <0.05 |
| CFI | 0.905 | >0.90 |
| TLI | 0.887 | >0.90 |

见表 3 模型评估考察理论模型和实际数据的拟合程度, 本文中模型相关评价指标基本都在可接受合理范围内, 说明整体拟合优度较好, 可以用该模型进行分析。

5.2. 社区医养康养结合改善老年人的健康脆弱性分析

Table 4. Structural equation model estimation results

表 4. 结构方程模型估计结果

| 模型 | 变量关系 | 估计系数 | OIM 标准误 | Z 值 | P > Z | |
|------------|------------------|---------|---------|--------|--------|-------|
| 结构模型 | 社区医养康养结合→反脆弱能力 | 0.0272 | 0.0090 | 3.01 | 0.003 | |
| | 社区医养康养结合→生理健康脆弱性 | -0.0285 | 0.0796 | -2.95 | 0.003 | |
| | 社区医养康养结合→心理健康脆弱性 | -0.0435 | 0.0081 | -5.36 | 0.000 | |
| | 生理健康脆弱性→心理健康脆弱性 | 0.7404 | 0.3282 | 22.56 | 0.000 | |
| | 反脆弱能力→生理健康脆弱性 | -0.3077 | 0.0796 | -3.86 | 0.000 | |
| | 反脆弱能力→心理健康脆弱性 | -0.2723 | 0.0699 | -3.90 | 0.000 | |
| 社区医养康养结合服务 | | | | | | |
| | 生活照料服务 | 1 | | | | |
| | 精神慰藉服务 | 1.7996 | 0.0441 | 40.81 | 0.000 | |
| | 健康卫生服务 | 1.6879 | 0.0486 | 34.94 | 0.000 | |
| | 法律援助服务 | 1.9352 | 0.0527 | 36.69 | 0.000 | |
| 生理健康脆弱性 | | | | | | |
| | 身体不适 | 1 | | | | |
| | 身体虚弱 | 0.7454 | 0.0289 | 25.82 | 0.000 | |
| | 健康状况 | 1.4696 | 0.0532 | 27.63 | 0.000 | |
| | 跌倒风险 | 0.6376 | 0.0442 | 14.43 | 0.000 | |
| | 睡眠质量 | 0.9142 | 0.0384 | 23.84 | 0.000 | |
| | 健康变化 | 0.8182 | 0.0333 | 24.55 | 0.000 | |
| 测量模型 | 心理健康脆弱性 | | | | | |
| | | 孤独感 | 1 | | | |
| | | 生活满意度 | 1.1227 | 0.0345 | 32.55 | 0.000 |
| | | 认知能力 | 0.1561 | 0.0139 | 11.22 | 0.000 |
| | | 情绪特征 | 0.9561 | 0.0291 | 32.85 | 0.000 |
| | | 老年焦虑 | 0.9826 | 0.0328 | 29.95 | 0.000 |
| | | 老年抑郁 | 0.4610 | 0.0205 | 22.45 | 0.000 |
| | 反脆弱能力 | | | | | |
| | | 医疗可及性 | 1 | | | |
| | | 非正式支持 | 0.2820 | 0.0624 | 4.52 | 0.000 |

LR test of model vs. saturated: $\chi^2(129) = 2354.82$, Prob > $\chi^2 = 0.0000$.

见表 4 我们可以看到整个模型在 1% 的水平上显著, 说明整个模型的拟合优度比较好。其中结构模型

部分,我们可以得出:第一,社区医养康养结合服务对反脆弱能力的回归系数为正,且在5%的水平上显著相关,这表明社区医养康养结合能够增强老年人的反脆弱能力,因此H1成立。第二,社区医养康养结合服务对老年人生理和心理健康脆弱性影响系数都为负,且在1%的水平上显著相关,证明社区医养康养结合能够在一定程度上减轻老年人的生理和心理健康脆弱性;此外反脆弱能力对生理和心理健康脆弱性的影响系数都为负,且在1%的水平上显著相关,说明反脆弱能力能够抑制老年人脆弱性;同时生理健康脆弱性对心理健康脆弱性影响系数为正,同样在1%水平上显著相关,说明生理健康能改善老年人的心理健康,这说明社区医养康养结合能提高老年人反脆弱能力,反脆弱能力越强,老年人生理和心理健康脆弱性就越低,证明H2成立。测量模型部分,四类社区医养康养结合服务、生理和心理健康脆弱性、反脆弱能力都在0.1%的水平上显著,说明脆弱性评估变量均具有较高的测量水平。

5.3. 社区医养康养结合服务对老年人脆弱性中介效应分析

Table 5. Mediation effect

表 5. 中介效应

| 路径 | 直接效应 | 间接效应 | 总效应 |
|--------------------|---------|---------|---------|
| 社区医养康养结合服务→生理健康脆弱性 | -0.0285 | -0.0084 | -0.0369 |
| 社区医养康养结合服务→心理健康脆弱性 | -0.0435 | -0.0347 | -0.0782 |
| 社区医养康养结合服务→反脆弱能力 | 0.0272 | 0 | 0.0272 |
| 反脆弱能力→生理健康脆弱性 | -0.3077 | 0 | -0.3077 |
| 反脆弱能力→心理健康脆弱性 | -0.2723 | -0.2278 | -0.5001 |
| 生理健康脆弱性→心理健康脆弱性 | 0.7404 | 0 | 0.7404 |

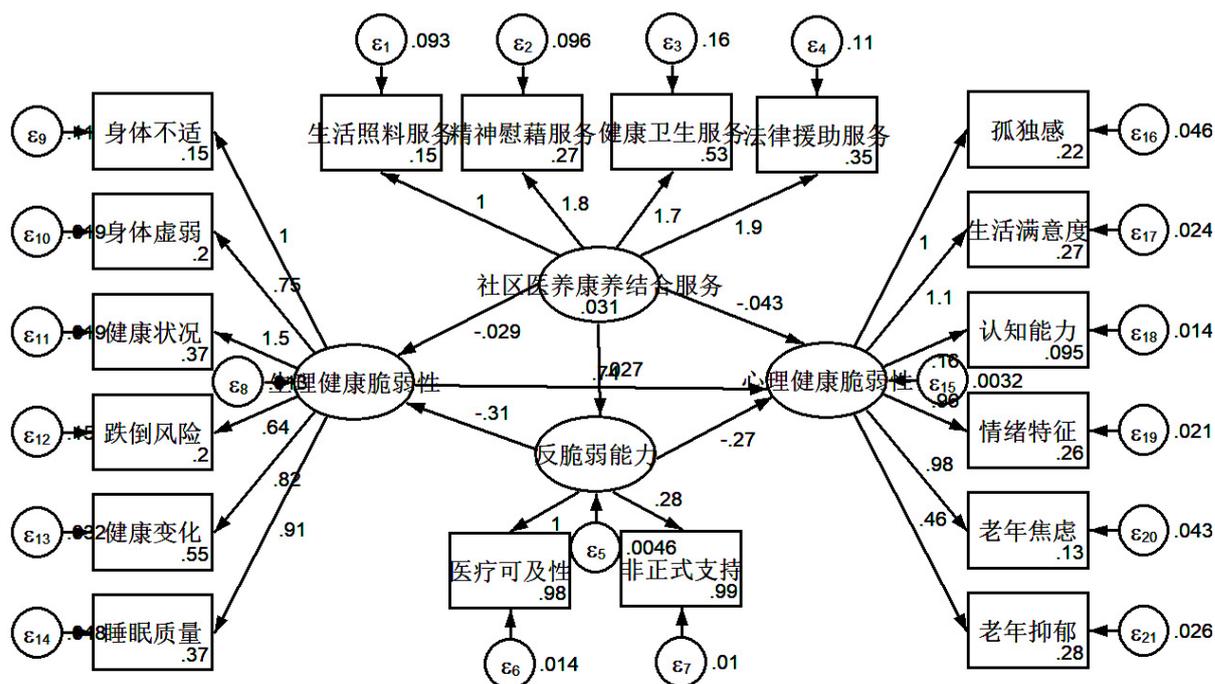


Figure 1. Structural equation model estimation results

图 1. 结构方程模型估计结果

见中介效应表 5 和结构方程模型图 1，我们可以看出社区医养康养结合服务对反脆弱能力路径系数为正；社区医养康养结合服务对生理健康脆弱性和心理健康脆弱性路径系数均为负；反脆弱能力对生理和心理健康脆弱性路径系数也为负；生理对心理脆弱性路径系数为正，和之间假设一致。社区医养康养结合服务对老年人的健康水平有正向影响，反脆弱能力对老年人健康水平也有显正向影响，因此我们可以得出反脆弱能力在社区医养康养结合服务和健康脆弱性之间具有部分中介作用，老年人生理健康上影响其心理健康，其影响路径为社区医养康养结合服务→反脆弱能力→生理健康脆弱性→心理健康脆弱性，因此 H3 成立。从图中我们可以看出老年人健康脆弱性并非割裂的个体，而是相互联系的。

5.4. 社区医养康养相结合服务需求存在城乡差异

Table 6. Demand for community medical care and health care services

表 6. 社区医养康养服务需求

| 社区医养康养结合服务需求 | 指标释义 | 总体样本服务需求率 | | 城市样本服务需求率 | | 农村样本服务需求率 | |
|--------------|-----------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | | 均值 | 标准差 | 均值 | 标准差 | 均值 | 标准差 |
| 生活照料服务需求 | 需要 = 1, 不需要 = 0 | 0.6700 | 0.4702 | 0.6782 | 0.4672 | 0.6596 | 0.4739 |
| 精神慰藉服务需求 | 需要 = 1, 不需要 = 0 | 0.7404 | 0.4384 | 0.7474 | 0.4346 | 0.7316 | 0.4432 |
| 健康卫生服务需求 | 需要 = 1, 不需要 = 0 | 0.8525 | 0.3546 | 0.8382 | 0.3783 | 0.8707 | 0.3356 |
| 法律援助服务需求 | 需要 = 1, 不需要 = 0 | 0.7137 | 0.4521 | 0.7148 | 0.4516 | 0.7123 | 0.4527 |

见表 6 四类服务需求中，我们可以得出：第一，健康卫生服务和精神慰藉服务需求高于其它两类，可见健康老龄化背景下老年人对于健康重视程度有所提高；第二，由于家庭结构等的变化，老年人精神慰藉服务需求较高；第三，城市老年人的生活照料、精神慰藉和法律援助服务需求均高于农村老年人，但是健康卫生服务需求低于农村老年人，可以体现城乡社区医养康养结合服务需求存在一定的差异，证明 H4 成立，结合现实农村社区建设普遍落后于城市，可知医养康养结合下的健康卫生服务是缓解农村老年人健康脆弱性的首要需求，现阶段农村地区医养结合需要进一步加强。

6. 结论和建议

本文在社区医养康养相结合是否能够改善老年人健康脆弱性分析框架基础上，基于 CLHLS 数据，运用结构方程模型，验证社区医养康养相结合对老年人的健康脆弱性影响，得到三个主要结论：

第一，社区医养康养结合有利于改善老年人的健康脆弱性；

第二，社区医养康养结合能够改善老年人的健康水平，提高其反脆弱能力，反脆弱能力提升从而改善老年人的健康水平，因此形成一种链式中介效应：社区医养康养结合服务→反脆弱能力→生理健康脆弱性→心理健康脆弱性；

第三，社区医养康养结合服务需求存在一定的城乡差异。

在国家大力支持医养康养结合背景下，医养康养结合理念推广较快，但是实践不足。因此，在健康中国战略之下，不但国家要大力完善社区医养康养相结合，养老服务体系、公共卫生服务体系、医疗卫生服务体系等都需要与时俱进，调整总体结构，完善社区服务布局，更好的为老年人提供服务，因此基于上述研究，本文提出相应建议：

第一，以需求为导向，建立社区养老及健康需求检测机制。国家政策从医养结合到康养结合，预示着老年人的养老需求也发生相应的变化，尤其疫情的大环境下，越来越多的老年人更加注重健康，健康需求显著增长，因此需要国家建立社区养老及健康需求检测机制，及时听取不同老年人的养老需求，以及对健康服务的需求，才能提供老年人真正需要的服务。为实现医养康养相结合，加强需求管理首当其冲，需求管理机制主要包括需求甄别、需求评估、需求跟踪等，利用社区卫生服务中心或社区卫生服务站收集需求信息以及需求跟踪，将社区收集到的信息通过系统传递，由专业人员进行需求评估以及信息整合，建立老年人健康状况以及养老需求档案，以此为基础，为老年人提供更加多元化的服务。

第二，养老服务体系改革，深入完善供给主体和手段。养老服务体系在“医养结合”阶段主要为老年人提供医疗服务，随着“康养结合”概念提出，养老服务体系应该更加重视老年人的健康服务需求，通过“四化”优化养老服务体系，养老服务供给主体多元化，随着社区医养康养结合服务供给的不断优化，如今不仅是机构能够提供医养康养相结合服务，社区也能承担起提供服务的责任，要重视社区作用发挥，减轻老年人健康脆弱性；社区医养康养结合服务便利化，社区根据老年人服务需求意愿，提供更加便利化的服务，针对老年人健康服务需求提供老年人养老过程中的需要的健康维护和健康促进服务；供给手段多样化，社区提供养老服务不仅仅是提供上门送药，陪同看病等服务，更重要的培养老年人的健康养老意识，改善老年人健康理念，因此养老服务也包括健康教育供给，加之技术创新，实现供给手段多样化；供给服务专业化，社区医养康养结合应该多培养更多专业人才，提供疾病诊治、康复护理、长期照护甚至安宁疗护等的专业化服务，此外还需要了解健康知识的专业人才提供健康教育和预防保健服务。

第三，公共卫生服务体系改革，深入推行康养结合。卫生服务体系需要适应医养康养相结合的新时代，增加综合性社区卫生保健和健康服务体系，助力实现健康老龄化的目标，把社区医养康养结合作为卫生服务体系改革的关键一环，注重老年人健康，建立社区老年人的健康服务体系，为老年人提供更多的服务。

第四，医疗卫生服务体系改革，深入提高基层能力建设以及职能转变，在医养康养结合新阶段，要把医疗卫生服务体系建设的医养康养结合目标转化为更加详细具体的目标，在前端可以更加注重健康教育以及预防保健，社区通过开展健康知识宣传会、社区医养康养结合服务平台预防保健活动，提升居民的健康意识，后端应该更加注重长期护理以及安宁疗护，尽快推广长护险制度，降低老年人负担。社区医养康养结合服务应该从治疗为主到预防保健为主，建设老年人健康基础设施，确保医疗服务需求以及保健需求的可及性，整合养老服务资源以及医疗卫生服务资源，实现两者联动和深度融合。

本文研究的老年人健康脆弱性问题与社区医养康养相结合发展优化密切相关，社区医养康养相结合是人口老龄化和健康中国战略背景下关键一环，其重要性不言而喻。随着家庭结构的变化，社区医养康养结合服务需求不断增加，社区服务能够提高老年人的生活质量，降低其健康脆弱性，因此需要政府的重视和支持，加快推进三大服务体系深度融合，重点关注社区健康卫生服务和精神慰藉服务完善。

参考文献

- [1] 林宝. 康养结合: 养老服务体系建设新阶段[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2021, 35(5): 9-18.
<https://doi.org/10.19648/j.cnki.jhustss1980.2021.05.02>

-
- [2] 邵芯苗, 郭庆, 吴忠. 健康促进视角下中老年慢性病患者贫困脆弱性影响因素研究[J]. 中国医疗管理科学, 2022, 12(1): 7-12.
- [3] 黄建毅, 童磊, 苏飞, 郑珂, 汤青. 韧性城市框架下的人口健康脆弱性概念及评价方法[J]. 北京联合大学学报, 2022, 36(1): 26-32. <https://doi.org/10.16255/j.cnki.ljxbz.2022.01.005>
- [4] 邓睿, 焦锋. 时间、资本、环境三维视角下深度贫困地区健康脆弱性解析[J]. 医学与社会, 2020, 33(11): 9-14. <https://doi.org/10.13723/j.yxysh.2020.11.002>
- [5] 李英桃. 新冠肺炎疫情全球大流行中的“脆弱性”与“脆弱群体”问题探析[J]. 国际政治研究, 2020, 41(3): 208-229+260.
- [6] 邓大松, 丰延东. 社区养老服务缓解了中国老年人健康脆弱性吗? [J]. 湖北大学学报(哲学社会科学版), 2021, 48(5): 150-159+169. <https://doi.org/10.13793/j.cnki.42-1020/c.2021.05.017>
- [7] 阳义南, 李思华. 社区养老精神慰藉服务对老年人心理健康的影响——基于多指标多因素结构方程模型[J]. 四川轻化工大学学报(社会科学版), 2021, 36(3): 1-15.
- [8] 刘军军, 王高玲, 严蓓蕾. 慢性病患者健康贫困脆弱性的影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(5): 56-59.
- [9] 朱孟斐, 朱孔来, 姜文华. 加快推广运用医养结合优化模式[J]. 宏观经济管理, 2020(5): 78-82. <https://doi.org/10.19709/j.cnki.11-3199/f.2020.05.012>
- [10] 李丹, 李丽萍. 社区医养结合养老服务高质量供给研究[J]. 中州学刊, 2022(3): 59-66.