

2015年第4期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2015年第4期

(总第201期)

2015年8月28日出版



- * 创造出“新人口红利”的发展机遇
- * 浅析当前我国老年人口流动的影响因素
- * 我国城市医生的防御性医疗实践：来自北京的发现
- * 大迁移时代的大留守：城镇化过程中的留守儿童问题和社会支持(论坛)

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市人口与发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地址：上海市陕西南路122号705室
邮政编码：200040
编辑部：021-54031529
发行：021-54249570
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印刷：上海大士印刷厂
上海市连续性内部资料准印证(K)字第0296号

上海市人口与发展研究中心

内部资料 免费交流

人口信息

(双月刊)

2015年第4期(总第201期)

名誉主编 黄 红 主 编 金春林
孙常敏 副 主 编 黄玉捷
肖泽萍 执行副主编 李冬梅
责 任 编 辑 李冬梅

本 期 目 录

• 人口与发展论坛 •

2 创造出“新人口红利”的发展机遇

任远

4 浅析当前我国老年人口流动的影响因素

程雅璐

• 本期关注 •

10 大迁移时代的大留守：城镇化过程中的留守儿童

童问题和社会支持

本刊编辑部

• 调查与分析 •

25 我国城市医生的防御性医疗实践：来自北京

的发现

姚泽麟

• 优生与早教 •

33 10种避免生缺陷宝宝的方法

李萌摘

34 准妈妈“孕”动的那些事儿

梅子辑

• 全球视野 •

35 如何使医疗服务尽善尽美——参观日本静冈

癌症中心有感

杜莉

38 美国高学历女性生育意愿增强，“零生育”

下降

格雷琴·利文斯顿

• 舆情关注 •

40 2014年度六大城市医患关系调查报告

汪雨渐

• 综述 •

44 从人民日报历史数据看我国生育政策演变

史尹深等

• 政策之窗 •

46 各省“单独二孩”政策简编之四——渝陕辽

吉黑

流管处

• 信息荟萃 •

48 沪外来出生人口超户籍出生人口，建议增加

郊区产科床位

姜丽钧

· 人口与发展论坛 ·

创造出“新人口红利”的发展机遇

任 远

“人口红利”在最近10多年来被广泛地加以讨论。人口红利从人口结构性变化的角度来解释中国经济增长以及论述未来人口变动对经济社会发展带来的挑战。这些讨论对于理解国家发展和预判未来趋势有一定的启发意义。但是过分强调人口结构变动对经济增长的积极作用或者对未来国家发展带来威胁,也容易陷入“人口决定论”的错误认识。

实际上,从人口结构转变来看,我国1960年代已经开始出现了劳动适龄人口比重的逐步提高和社会抚养系数的下降,但也只是到了1970年代末期以后“人口红利”才真正开始实现。在1960年代的人口结构转变所带来的“红利”不仅没有有效地推动经济增长,而且实际上由于过分重视重工业和不能充分解决城市就业,使得大规模劳动力人口的“红利”还表现为城市就业的风险,并一定程度上可以用来解释1960年代后期“上山下乡”的出现。只是到了1980年代以后从东部沿海地区开始的资本投资和工业化发展,才使得人口结构变动的“人口红利”推动经济增长成为现实可能。

在这个意义上说,“人口红利”确实对经济增长、对投资率的提高有积极作用,但与其强调“人口红利”推动经济社会发展,不如说经济发展方式的转变和改革开放的制度变动,才是1980年代经济奇迹的真实力量。

从这个角度来历史地分析“人口红利”和国家发展关系的目的在于说明:人口结构性转变的“红利”对于经济社会发展的影响是一种潜在性的影响,这样的“潜在性的红利”需要通过劳动力市场的发

展和教育的发展、通过制度改革,才能够转化成为现实的人口红利。

同样,当前我们确实面临着国家人口结构变化带来“人口红利”减弱或者逐步消失的挑战。我们看到劳动适龄人口的比重从2011年开始已经下降,而劳动适龄人口总量从2012年开始也已经下降,老龄化的速度在加快,社会抚养系数也开始转头向上不断提高。人口红利减弱对于发展带来的不利影响是值得警惕的,但如果我们意识到人口结构性变化对于经济社会发展并不具有决定性的影响,可能也不必对于人口红利的逐步减弱而惊慌失措。

实际上与其考虑如何避免“人口红利”的消失,还不如深入思考促进经济发展模式和制度安排进行新的调整,从而应对人口变动和人口结构的转变,反而能够开辟出适应未来中长期人口变动的新的发展机遇。“传统的人口红利”逐步减弱带来发展的挑战,但也同时创造出一些新的发展机遇,或者可以说是创造出“新的人口红利”。

第一种新的人口红利是“人力资本红利”。人口生育率下降推动教育水平的提高,而人口死亡率下降带来预期寿命的提高和健康预期寿命的提高。教育水平的提高和健康寿命的延长,共同增加了劳动者的人力资本。劳动者人力资本的提高使得人力资本替代劳动力数量得以成为可能。只要人力资本对于经济增长的贡献率超过劳动力数量对于经济增长的贡献率,人口结构转变过程中出现的“人口红利消失”就可以转而被新生成的“人力资本红利”所替代,并创造出新的发展动力。这也就要求以劳动

力为依托的经济发展模式要转变成为以人力资本的充分利用为动力的发展模式,转变成为更加依赖人才、更加依赖知识技术、更加依赖健康促进的发展模式,通过人力资本的不断投资和充分利用来提高劳动生产率,使得单位劳动者能够创造出更大的物质和社会财富,这样的人口结构转变所带来的新红利就能够延长经济社会发展的可持续性。同时促进“人力资本红利”发挥作用,才能真正落实知识创新和技术创新,使创新驱动的经济社会发展得以实现。因此,在人口结构性转变背景下新生成的“人力资本红利”实际上有可能替代“传统的人口红利”的下降,并构造成为经济社会可持续发展和创新发展的新动力。

第二种新的人口红利是“消费和服务红利”。“传统的人口红利”的典型特点是劳动适龄人口比重提高和社会抚养系数下降,在此人口结构变动下带动了投资率的提高,这也一定程度上可以解释改革开放以来形成的投资驱动的经济增长方式。人口结构转变带来老年人口比重提高和社会抚养系数下降,会造成人口红利的减弱,带来投资率的下降,但在另一方面则相应带来消费率和服务需求的提高。这种消费和服务的增加,甚至在某些方面表现为养老、护理等社会的负担,或者是对非劳动力人口教育、健康等家庭社会开支,但这些包括了各种服务和消费的消费率提高,也有可能构成人口红利减弱以后的新的发展动力。这也意味着一个推论,如果消费和服务提高对于经济增长的贡献率快于投资率下降对于经济增长的影响,这样的“传统人口红利”的减弱也就能被增加着的“消费和服务红利”所替代。同时,这样增加着的“消费人口红利”本身意味着提高居民的生活福利,并且形成一种以服务为导向的、以福利幸福为追求的经济社会模式,避免了过分重视GDP对发展本质的扭曲和对民生幸福的不利影响。

第三种新的人口红利是“老年人口红利”。这样的想法可能被认为是岂有此理和天方夜谭,因为老龄化水平提高正是被广泛讨论的人口红利的减弱和社会负担提高的原因。但是实际上我们可以看到,老年人口预期寿命延长和健康预期寿命在延长,老年人口数量和比重的提高意味着可以利用的老年人力资源和老年人力资本的存量也在增加。那么,如果老年人力资源的开发利用快于劳动适龄人口比重的下降,总体上由于“传统人口红利”减弱所带来的生产能力损失就能够被生产性老龄社会带来的经济社会贡献增加所替代。其实,无论采取什么样的政策,老龄化的总体趋势仍然是不可避免的。老龄化过程客观上不是一个悲观的现象,其实际上意味着人类社会的进步,因为预期寿命的提高正是人类自身的发展能力、人类自身生命成长的表现。因此,在充分认识老龄化过程对于经济社会确实带来诸多挑战和不利影响的同时,我们也需要有另一种颠倒过来的思路,就是生产性老龄社会建设本身就是蕴含着解决“老龄化”挑战的对策思路,并为开辟新的人口红利提供可能。

传统的人口红利正在减弱和消失,并不必然对未来国家发展带来决定性的不利影响,人口结构转变过程中会形成一些“新的人口红利”,则可能孕育出新的发展机会和发展模式,并可能有着更大的推动经济社会发展的能力。但是特别应该强调的是,这样的新人口红利和1960年代出现的人口红利一样,并不必然地就会实现。如果经济发展模式和制度安排不适应未来人口变动和结构性转变,人口红利减弱才真正对国家长远发展带来威胁。要实现这些新的人口红利,要求加快推进经济发展方式转变和实行一系列的包括教育制度、人才制度、创新制度、收入分配制度以及社会保障制度改革,使国民经济和社会发展尽快向创新经济转变、尽快向消

(下转第37页)

浅析当前我国老年人口流动的影响因素

程雅璐

一、研究背景

近些年,随着我国城镇化进程的深入和人口老龄化进程的加快,“老漂族”这一新词汇出现在新闻、网络和影视剧作品中,并引发了人们的关注和讨论。从字面上看,“老漂族”指的是远离家乡、在外漂泊的老年人口,实际上这个群体可以理解为处于人口流动过程中的老年人口。“老漂族”乃至“老年人口流动”现象的产生有着深刻的社会背景,它与我国人口老龄化和城镇化相互交织,密切相关。然而回顾有关文献,学界对这方面的研究却并不深入。孟向京(2004)认为,这是由于流动老年人口在总的流动人口中所占比例低,而且已经完成生命过程中的教育、就业等重要阶段,相对于流动儿童而言,他们往往被视为没有特殊问题的一类人,因而往往容易被忽视。同样的,现有流动人口研究更多关注的是农民工群体,而忽视那些参与流动但“非劳动力”的部分。流动的“一老一小”(流动老年人口、儿童)常常被大数据所遗漏。《中国流动人口发展报告2012》指出,由于我国人口流动逐渐呈现家庭化趋势,随着流动人口总体规模的继续增大,青少年及老年流动人口的总量将不断增加。特别是就流动的老年群体而言,他们尚有一定劳动力,既有可能部分参与劳动力市场,又有可能成为家庭照顾者或被照顾者;然而目前这个群体尚没有得到相关部门的应有重视和学界的深入研究。

二、概念界定

(一)流动和迁移

国外的研究对于老年人口的迁移和流动并没有明确的区分。有学者通过回顾有关文献指出,国外对于流动或迁移老年人的研究多集中在分析退休老

年人的迁徙行为上(宋健,2005),或是总结老年人口的个人、家庭和迁入地的迁移特征以及老年人口迁移对迁入地的社会影响(张伊娜等,2012)。由于我国户籍制度的特殊性,“迁移”系指户籍登记随着居住地的改变而发生变化,“流动”则指的是户籍登记地未发生变化,而仅仅是居住地发生变化(周皓,2002)。两者是有着本质区别的,其标准在于居住地的变化是否伴随着户口的变迁(宋健,2005)。《中国流动人口发展报告2014》指出,到2013年末,全国流动人口总量达到2.45亿,超过总人口的六分之一(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2014)。由此可见,流动人口所带来的问题在我国显得尤为突出。

(二)流动老年人口

总体来说,虽然目前我国专门研究流动老年人口的成果并不多,但其实已经有相关的研究成果体现在人口学、社会老年学、社会保障和社会工作等领域的文献中。这个议题牵涉了诸多学科,需要关注不同的方面。如果说,“老年人口流动”可以被看作一种社会现象,需要学界深入探讨它的社会意义及影响,相应地,“流动老年人口”概念可以从群体的角度来界定的话;那么我们同样需要研究这个群体的内部特征和发展变化趋势,分析究竟是哪些因素影响了老年人口的流动,哪些因素能够帮助我们更加深刻地了解这个群体,从而为相关的政策和服务提供借鉴。

现有文献中对“流动老年人口”的概念界定较为简单,王世斌(2013)将“流动老年人口”界定为:离开原居住地流入到大城市生活而没有办理户口迁移的60岁及以上人口。孟向京(2004)结合

我国普遍的退休年龄,将“流动老年人口”界定为:男性60岁以上、女性55岁以上,没有迁移户籍的流动人口。其他学者也多是年龄界限的角度来界定“流动老年人口”。本文认为,如果需要综合考察不同户籍流动老年人口的情况,将退休年龄也考虑在内是较为适合我国国情的。

(三) 老漂族

对于“老漂族”这一新词汇,目前还没有能被广泛接受的定义。刘奇(2013)认为,“老漂族”是指“为了照顾自己的生活或照顾孩子读书,一些青年农民工接到城里同住的父母”。很显然,这一概念界定并没有包括因为同样原因流动的城镇户籍老年人口。刘庆(2012)认为,“老漂族”也称“漂族老人”,特指人到老年还要离开故土家园到子女所在的陌生城市生活的那些老年人。其他类似的定义有“为了跟晚辈团聚或帮助子孙打理生活,不得不加入了流动人口队伍的异地老年人群体”(刘晓雪,2012)等。这样的界定与“流动老年人口”的定义有着一定的相似性。

通过对不同概念的回顾可以发现,不同学者对于“老漂族”的概念界定仍有不同意见。本文认为,不能将“老漂族”完全等同于“流动老年人口”。“漂”字的使用体现了较强的无奈感和被动感,容易形成负面的标签效应和问题化视角。仅仅强调对于下一辈的照顾,会让“老漂族”变成“老保姆”,如果再加上在流出地和流入地之间的多次往返,又会变成“老候鸟”。这样的视角对于我们理解流动老年人口的现状与未来都会带来一定的局限性。

三、流动老年人口的群体特征

(一) 基本特征

现有研究多为利用地方性调查或人口普查数据而进行的研究。根据2005年全国1%人口抽样调查的数据推算,2005年全国流动人口约为1.5亿,其

中15~59岁的劳动年龄人口有近1.2亿(国家统计局人口和就业统计司,2006)。如此推算,60岁及以上流动人口的绝对数量应该也不是一个小数目。具体到地区性的调查,孟向京(2004)的调查指出,北京流动老年人口以低龄、高学历、非农业户口老年人为主,具有夫妻双方共同流动、其子女有着较强经济实力、更多地是住在女儿家、多为三代家庭等特征。苗瑞凤(2012)对上海高校教工家庭中来自农村的老年父母的调查结果显示,上海流动老年人口以低龄、女性老年人为主,具有以照顾小孩为主、子女家庭经济条件较好等特征。王世斌等(2013)通过对第六次人口普查数据的分析指出,广东省流动人口举家迁移和在流入地长期居留趋势明显,多数老年人属于省内跨地区流动,有接近一半的流动老年人在广州生活了5年以上,绝大多数是入住子女家庭。

目前尚无全国范围内针对流动老年人口的专门统计和研究,而仅从人口普查资料出发,其研究往往无法捕捉到某些对于研究流动老年人口有价值的详细信息。

(二) 流动的可能性

老年人口流动的可能性包括流动的宏观原因和主观动机。

从宏观角度看,流动老年人口增加的背后折射出的是当前我国人口流动家庭化趋势的加剧。人口流动不只是农村青壮年劳动力流入城市这么简单,它在一个较长的时期内有着不同的阶段性特征,是一个动态过程。有学者总结出人口流动家庭化会对家庭的分离与聚合过程产生不同的影响(郭志刚,2008)。流动人口在流入地站稳脚跟后,就会考虑安排子女随迁,随着核心家庭的稳定,父母也会被纳入随迁考虑的范围内。2011年,我国有近70%的流动人口同家人一同流动,在现居地户均规模已经达

到2.5；2013年6~15岁子女随同父母流动的比例为62.5%，比2011年上升了5.2个百分点（国家卫生和计划生育委员会流动人口司，2012，2014）。可以说，当前我国人口流动的家庭化是流动老年人口产生的宏观社会背景。

从微观角度看，有一部分老年人流动到大城市是为了帮助子女照看孩子和照料家务（孟向京，2004；苗瑞凤，2012；王世斌等，2013），也有一部分老年人是子女邀请来的（苗瑞凤，2012）。这也可以从一个侧面印证老年人口流动具有一定的家庭聚合作用。特别是由于我国实行计划生育后的子女一代已经逐渐进入生育期，出于生育、照顾等成本的考虑，身体状况较好的低龄老年人有着较大的流动可能性概率。调查显示，2012年生育的流动育龄妇女中，在流入地生育的比例为59.2%，比2011年上升7个百分点。这种趋势是否会带来老年人口的流动值得研究。中国的传统家庭观强调家庭的美满和团圆，结合老年人口流动的现象，我们可以将其解释为情感动机下家庭共同体内的分工和支持，是传统与现实、感性与理性的结合。

（三）流动的可行性

老年人口的流动是如何实现的？这关系到老年人口流动的条件或是影响因素。国外早期研究中达成共识的是，退休年龄人口通常是从气候寒冷地域移往气候温暖地域、从大城市移往小城镇、从生活成本高的地区移往生活成本低的地区。老年人的健康状况、家庭结构与支持、经济和社会资源、住房拥有情况和社区情况等，被认为是影响老年人发生流动和迁移行为的重要因素（宋健，2005）。有学者指出，老年人口的流动基本上是个人的和家庭理性考虑的结果，流动者的个人因素、家庭因素以及地域因素是决定老年人口是否流动的三大主要动因（孟向京，2004）。张刚（2008）利用第五次人口普查数

据，分析了人口学特征、居住安排、城乡性质以及工作安排对老年人口流动的影响。

影响老年人口流动的因素有很多，且不能排除各个项之间存在着复杂的交互影响。由于目前尚缺乏这方面的研究，因此可以提出一个假设：老年人口流动存在流动成本和流动收益，成本和收益核算的综合结果便是流动的可行性，代价越大越不可能流动。同时需要注意的是，个人和家庭，特别是老年人口做出迁移的决定会受到多种因素的影响。除了上文所提到的影响老年人口流动的宏观和微观因素，我们在分析流动如何真正实现时，还需要考虑老年人的自主选择。此外还要看到，老年人口流动不仅仅是简单的经济行为，其背后还有着深厚的文化和社会背景。

（四）生活情况和社会适应

随着老年人口流动现象的增多，相关的新闻也常常见诸媒体，流动老年人口的生活情况和社会适应就成了众多学者的研究对象。早期研究认为，大多数迁入或者流动的老年人口属于被抚养人口（周皓，2002）。而近些年对于流动老年人口的看法却发生了变化，流动老年人口更多地是以“照顾者”而不是以“被照顾者”的身份出现（苗瑞凤，2012；王世斌等，2013）。这一方面可能是由于原先我们对于迁移和流动的概念并没有进行明确区分，对于流动老年人口的重视程度不够；另一方面也可能是由于迁移老年人口和流动老年人口存在一定的区别（这方面目前还没有较为深入的研究）。

社会适应方面，王世斌（2013）从经济支持、生活支持以及心理情感支持三方面分析了流动老年人口的社会支持情况，并指出，不管是来自城市还是农村，流动老年人口面临的最主要问题首先是割舍不了的思乡之情，其次是医疗问题，“感到孤独寂寞”是城乡流动老年人的共同表现。在环境适应方

面,农村老年人表现出更多的不适应,其社区参与度也较低。孟向京(2004)将流动老年人口遇到的这种适应问题形容为“客居感”,并认为流动老年人需要一定的情感寄托。精神生活方面,苗瑞凤(2012)的研究显示,近90%的老年人感觉不满意,这与老年人及其子女的性格也有一定的关系。老年人不适应在城市子女家生活的原因,主要是源于老年人城市适应性的困难。

随着我国人口老龄化程度的加深,养老的社会成本迅速增加,无论是作为“被照顾者”还是“照顾者”的老年流动人口都需要得到社会的关注。通常被认为相对稳定的老年人口如今也不同程度地卷入人口流动当中或从中受到影响。无论是参与社会和家庭分工,继续创造价值的老年人,还是追求安详舒适的晚年生活的老年人,都对城市的公共服务提出了更高的要求,卫生、社保和民政等系统应当采取更加积极的态度来应对这一问题——要实现“老有所养、老有所为”的目标,需要用优势视角来看待流动老年人口群体,即不仅看到老年人口流动带来的挑战,也要从中看到提升老龄服务水平的契机。

四、分析老年人口流动影响因素的生态视角

从生命历程理论的观点来看,处于流动中的老年期可能会出现生命轨迹的一系列转换与连接,流动成为老年期这个生命阶段的新主题之一,社会变迁、生理老化以及社会流动3条脉络结合在一起,形成流动老年人口这个群体。借鉴生态系统理论的分析框架,笔者尝试总结出一套老年流动人口的分析框架,以流动老年人口为分析原点,流动性强弱为横轴代表流动的趋势,梳理出影响老年人口流动的个人、家庭和社会环境因素以及与老年人口流动密切相关的社会议题(见图1)。

影响老年人口流动的个人因素包括老年人的健康情况、性别、心理特质、性格特征、工作情况(是

否退休)、经济收入等;家庭因素包括家庭成员流动情况、家庭关系、居住条件、子女情况(子女流动、孙辈出生等单独列出)、土地、固定财产等;社会环境因素包括宏观文化政策、社会保障、户籍、人际关系及社会支持网络、公共服务和自然环境等。此框架中的诸多因素都对老年人口流动有着不同的作用方向,既有可能是推动力,也有可能是阻力。如图1所示,左侧因素偏向于固定,右侧因素偏向于流动,中部因素则有着两方面的影响,需要具体分析。流动的收益起着促进作用,流动的成本起着阻碍作用,两者合力作用的结果便是是否选择流动。一旦作用力的平衡被打破,就会产生流动,既有可能流出也有可能返回。因此,老年人口流动是一个动态过程。

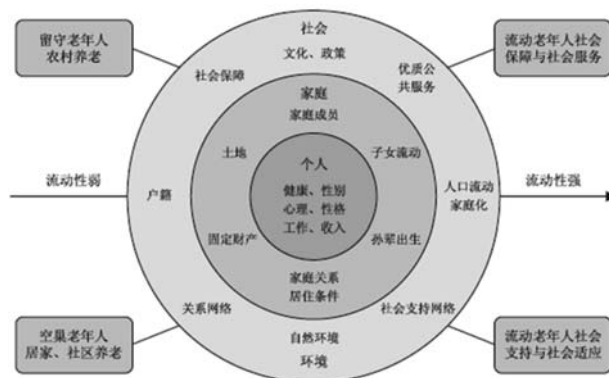


图1 “流动的老年期”分析框架

数据来源:作者自绘。

我们可以尝试运用这个框架来分析3个案例。

案例1 W老人,男,72岁,农村户口,身体硬朗。2008年,W老人将家中的财产和大部分房屋分给三个成家的儿子,之后便离开家乡来到北京打工,为的是不给儿子们增加负担。他一开始在某小区做门卫,后来在一家饭店看管停车场,不久便将老伴也接到北京,同样也在饭店打杂。虽然老两口每月的工资并不高,而且大部分都用来给老伴看病和买药了,但是二老非常开朗,因为他们觉得自己

挣钱自己花生活非常自在。

案例2 H老人,女,66岁,城市户口,职工退休,身体健康,儿子和儿媳在外省工作,收入较高但平时经常出差。2005年孙女出生后老人大部分时间都是住在儿子家,每天买菜、做饭、照顾孙女,但每年养老金年审时仍然需要回到户籍所在地。随着孙女逐渐长大,老人才逐渐有更多的时间回到家乡陪伴自己的老伴和其他子女。访谈中老人表示,这样的“双城生活”未来还会继续下去。

案例3 Z老人,女,81岁,城市户口,公务员退休,身体欠佳。老人20世纪90年代初期退休后曾和老伴住到省城的干休所,后来老伴去世,自己身体情况又逐渐下降,于是又搬回了原来的城市,为的是能有子女在身边照顾自己。

以上3个案例虽然不能代表所有的类型,但是能够帮助我们更好地理解上文所言的分析框架。在案例1中,孩子各自成家成为老人流动的契机。在这个案例中,W老人的个人因素起了很大的作用,对自主性的追求使得W老人的晚年生活非常独立并决定在古稀之年仍到大城市打拼;在案例2中,最主要的迁移因素就是孙女的出生(家庭因素),老人作为一个重要照顾者迁居到子女所在城市,但是户籍制度和原生家庭的聚合合力又会带来流动的阻力,造成了老人在两个城市之间有规律地移动;在案例3中,Z老人的流出和流入都是为了寻求更好的照顾,由于老人的微观个人系统和家庭系统并没有很高的流动性,即使老人曾经因为异地养老而产生流动,仍然会因为阻力超过推力而选择回流。由于现阶段我国的社会化服务体系还不完善,在流动的过程中,这些老年人的医疗、娱乐、社会支持等潜在需求都无法得到很好的满足。

由于社会的发展,年轻一代比老一辈有着更强的流动性。当本应作为照顾者的子女与进入老年期

的父母分离时,在城市便形成了空巢老年人,在农村则形成了留守老年人。虽然这两类老年人的需要与困境现在已经逐渐为社会大众所认识,但是选择流动到子女身边的老年人仍然没有得到足够的关心。留下还是离开?这是一个艰难的选择。俗话说,“父母在处便是家”,流动对家庭的影响是深刻而长远的,这不仅仅是家庭归属感的需要,更是家庭照顾的需要(实质是家庭内部劳动需要),由此产生的变化复杂而微妙。而且流动老年人的“照顾者”和“被照顾”角色是相互依赖的而不是非此即彼,因此需要从动态、历史的角度来看待这一问题。

五、反思与建议

“颐养天年”和“老有所为”是中国传统文化对老年人生活的期许,前者代表着社会和家庭要为老年人的生活提供良好条件,后者则强调老年人仍然需要在老年阶段有所作为。一项关于低龄(60~69岁)老年人的研究显示,低龄老年人身体健康状况尚好,仍然有较高的劳动参与率且以劳动收入作为其最主要的收入来源,是有着巨大潜力的人力资源(崔红威,2011)。对于流动老年人口而言,无论其参与的是社会劳动生产还是家庭劳动,都同样应当被视为一种光荣的劳动而受到尊重,其作用和贡献都是不容忽视的。当然也有学者指出,随着社会的剧烈变迁,我国悠久的尊老敬老传统和老年人不情愿地被弱化、被边缘化交织在一起,家庭层面的老有所为较为常见,但社会层面和个人价值层面的老有所为还需要各方努力(王思斌,2011)。如何将流动老年人口的“颐养天年”和“老有所为”很好地结合起来,仍然需要我们不断加以探索。

“流动的老年期”的背后是关于流动老年人口研究的新视角。

首先,流动的老年期强调积极看待老化和流动。老年人口流动带来的不仅是医疗等公共资源的负担

或是社会抚养成本的增加,而且还会有家庭稳定性的增加和家庭服务成本的下降。老年人来到子女身边,同样也可以成为城市和社区的贡献者,而不仅仅是索取者。因此要积极引导流动老年人参与社区志愿服务等活动,在丰富流动老年人生活的同时也可以为其建立一个新的社会支持网络。

其次,流动中的老年期需要社会政策和公共服务的积极安排。尽管人口流动和老龄化带来了一系列挑战,但这仍然是我国社会发展的一个必经过程。在户籍改革呼声越来越高、城镇化进程进入新阶段、社会保障体系逐渐建立、老龄化程度加剧的当下,对相关社会政策应做出相应调整,同时还应在社会服务的规划中予以考虑。由于政策的制定需要一定的周期,因此当务之急是运用适当的社会服务方案,加大对家庭的支持力度,同时引入民间组织力量,由专业的社会工作者提供服务,将流动老年群体也

纳入城市公共服务范围之内。

最后,流动中的老年期应当得到学界更多的关注和重视。老年人口流动并不是一个孤立的社会现象,它涉及人口学、社会学、老龄科学、社会工作、社会政策与社会保障等诸多学科,又常常被隐藏在家庭的私人空间,因此需要对此做进一步的深入研究。已有研究更多地是倾向于一种“问题化”叙述方式,忽视了个体的独特经历。实际上,老化并不必然带来一系列问题,老年人依然拥有发展变化的潜力;因此我们需要从优势视角和女性主义视角看待流动老年群体,通过重述生命故事等方式,建构流动老年人口的生活意义,倡导社会尊重作为家庭照顾者的流动老年人口的劳动。

参考文献(略)

(作者单位:中国青年政治学院社会工作学院)

~~~~~  
(上接第48页)

在高职医技院校的专业中,设立助产士专业,培训产科专业人才。在上海有关高校中,招收服务郊区医院的产科儿科定向培养生,同时政府部门要研究完善产科床位补贴与儿科诊室补贴的措施。

针对上海郊区逐渐已形成若干大规模人口集聚区的状况,提案提出,上海应鼓励郊区财政对妇幼

医疗保健硬件设施的投入,增加郊区的产科与儿科床位数,市里给予郊区的财政投入配套支持。同时,需要有重点的在这些人口集聚区建设妇幼医疗保健机构,并在政策上给予三级医疗保健机构在郊区建立分支机构扶持与优惠。(作者为澎湃新闻记者)

## · 本期关注 ·

## 大迁移时代的大留守：城镇化过程中的留守儿童问题和社会支持

《人口信息》编辑部

特邀主持人：复旦大学人口研究所教授 任 远

## 主持人语

伴随着改革开放以来的人口大迁移，不仅产生了移民过程中的市民化、社会融合等各种问题，还产生了庞大的留守儿童、留守妇女和留守老人的社会群体，产生出大规模的迁移流动人口返回农村和周边乡镇。

在这种激荡着的人口动态性中，留守儿童的问题越来越引起人们的关注。根据国家妇联近期的调研报告，我国农村中有留守儿童6100万人，这个庞大的群体的生活、学习、健康、心理、家庭关系和未来发展，都在这种分离性的家庭生活模式中产生一系列不利的影响。不久前，贵州省毕节市4位留守儿童选择自杀，进一步刺痛人们对留守儿童关注的神经。引起进一步的社会呼吁和政策关怀，来帮助这些孩子的健康成长是重要和必要的。我们因此组织了本期圆桌讨论，希望结合各自相关研究的学术发现，讨论留守儿童的生活发展困难，并对留守儿童及中国城镇化发展提出相关思考和建议。

## 建设贫困地区留守儿童的心理健康社会支持体系

李含伟（上海工程技术大学公共管理系副教授）

## 一、前言

2015年6月9日发生在贵州毕节市的关于4名

留守儿童喝农药自杀的事件引起了社会和国家的高度关注。孩子是祖国的未来，留守儿童的健康成长已经成为亟待解决的问题。这起集体自杀事件中年龄最小的5岁，最大的13岁，其父打工，母亲3年前改嫁，爷爷奶奶已过世，外公外婆年纪大了无法照顾孩子，只剩4个孩子在家中。自杀前老大留下遗书说：“谢谢你们的好意，我知道你们对我的好，但是我该走了。”这是一起四兄妹集体自杀的悲剧。

留守儿童的出现与我国现代化进程的不断加快分不开，农村的剩余劳动力开始大规模向城市转移，这既是农民理性选择的结果，也是当今社会发展的必然。这种劳务输出现象已形成并将长期持续，但由于受到各种条件的限制，很多农民工无力解决孩子面对的许多现实问题，因此“留守儿童”这一社会群体也会长期存在。

我国大约有6100万留守儿童，据2015年6月18日公布的《中国留守儿童心灵状况白皮书》中，经过对云南、广西、贵州、山东、河北、甘肃6省区农村地区的两千多名留守儿童进行问卷调查后指出，近15.1%约1000万孩子1年都见不到父母，4.3%的留守儿童1年1次父母电话都接不到，885万1年只与父母联系1~2次，3个月通话1次的有1519万。调查结果指出，父母与孩子见面与联系的频率将会影响留守儿童的“烦乱度”和“迷茫度”，我国留守儿童心理危险系数呈现明显的地区差异，无论是“烦乱指数”（对于现状的焦虑）还是“迷茫

指数”(对于未来的焦虑)都呈现西北地区最高,西南地区次之,中部再次,东部最低的分布。

留守儿童与父母的长期分离造成家庭教育的弱化、情感缺失和心理失衡,导致孩子不能健康成长,轻者逃学、打架,重者违纪犯法,给社会造成不良影响。有学者指出,“留守儿童”中的一些人很有可能成为被“毁掉的一代”,成为国家新的不稳定因素。我国正逐步趋于老龄化,若是当“毁掉的一代”成长为社会发展的中坚力量,那么社会将面临更多的不稳定因素,因此,关注“留守儿童”,研究如何正确引导“留守儿童”的健康成长具有重大意义。近年来,学者们对于留守儿童的研究日益增加,但是留守儿童的问题却始终没有得到缓和,因此,对于留守儿童的帮扶机制的研究显得更有必要。

## 二、留守儿童生活存在的主要问题

从社会发展的角度看,农村留守家庭的产生,其根本在于以城市化、工业化、市场化以及商品化为主导的发展模式对农村和农民的生存空间产生的巨大挤压,是以农村家庭幸福为代价来汲取乡村资源、实现现代化经济增长的必然结果,长期以来,造成了农村衰败以及迅速的空心化。

留守家庭中的主要成员就是儿童,双亲外出打工时,留守儿童就需要长期承受缺乏父母的关爱和

照顾,留守在家的老人因年事已高也不能给予孩子很好的照顾,无论是在物质还是精神都不能满足孩子正常成长的诉求,而导致留守儿童在成长过程中出现了诸多的问题。

从2003年开始,学者对于留守儿童的研究逐渐增多,纵观研究的主题,大致可以归纳为以下3个方面,即留守儿童的安全问题、留守儿童的教育问题以及留守儿童的心理问题。这三者之间并不相互对立,甚至相互影响。

### 1、留守儿童的安全问题

近年来,关于留守儿童的安全事故层出不穷,综合来说有留守儿童溺死、交通意外、被火烧、被水烫、被殴打、被拐卖、被性侵等。这些问题严重影响了留守儿童的健康成长和生命安全,引起了社会各界的广泛关注,对于留守儿童的安全方面的研究是保障留守儿童生命安全的理论基础。

综合各类关于留守儿童的安全问题研究,可以归纳出影响留守儿童安全的因素主要来自外因和内因。外因主要有学校方面、家庭方面、政府方面、社会方面,使留守儿童遭受他人的侵害甚至是人身伤害;内因主要是留守儿童自身的心理和生理方面,导致自身的行为失控,走上犯罪道理甚至自杀轻生之路,危及自身的人身安全和生命。

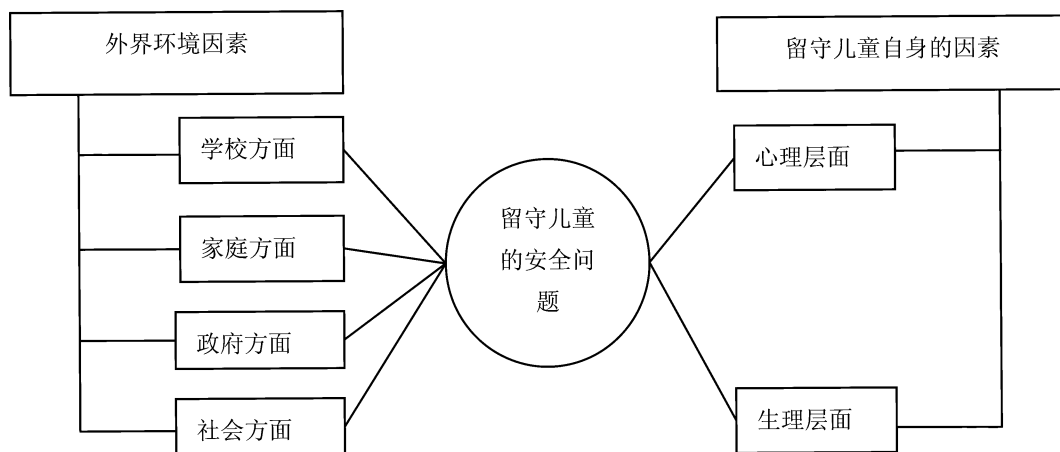


图1 留守儿童安全的影响因素

相对而言,留守儿童是一个特殊的群体,成长在一个相对特殊的环境,然而学校缺乏对这个特殊群体进行安全教育。首先,学校方面存在的问题是农村教育能力的缺失,使得学校的教育师资还不够甚至没有能力做针对性的教育;其次是缺失对安全教育的重视,学校对于安全教育的重视度不够,由于留守儿童成长环境的限制,接受的安全教育甚至是安全意识基础都相对薄弱,学校后期若是没有在教育方面进行加强,那么留守儿童对于自己的保护和对外界不利因素的预防都会相对滞后,而让不良分子有机可乘。

在广大的农村留守儿童中,大部分的农村留守儿童都是由老人抚养,还有一部分人完全是处于无人监管的状态。由于农村地区公共安全设施落后,生活环境中安全隐患众多,加上监护人的关注度不够,使儿童处于自行其是的状态,致使留守儿童事故频发。

农村资金缺乏,公共基础设施普遍落后造成了很多的安全隐患,直接成为留守儿童安全的威胁。另外,相关部门在农村更应该在存在安全隐患的地方设置警示语和提醒,以防留守儿童因安全意识薄弱造成悲剧。

最后,由于针对留守儿童自身的特殊状况保护

的专门条款基本处于空白,导致出现的法律问题难以解决。

由于各方面的原因使得一些不法分子将眼光落向了留守儿童,使得留守儿童的处境更加危险,因此,更应当考虑对留守儿童进行集中的教育和监管,例如由学校提供安全的住宿等,就能在一定程度上避免和减少人身安全事故的发生。

从留守儿童自身因素来看,成长的环境中由于缺少父母的监管而导致留守儿童的内心自卑、自闭、抑郁甚至仇恨社会,这些不良的心理导致其在成长过程中行为出现偏差,从而伤害自己或者伤害他人。由于缺少正确的引导使得留守儿童对于安全和自我防护意识都不够,甚至对于常见的外伤的自我处置等教育都缺乏,使其安全状况堪忧。

## 2、留守儿童的教育问题

2014年5月,一项关于6个劳务输出大省的12个县进行全国农村留守儿童状况调查,共调查了四至九年级农村留守儿童4533人,占调查人数的61.7%。形成《全国农村留守儿童状况调查报告》。其中显示,留守儿童的学习成绩差且学习兴趣不足,留守儿童中不想学习的有39.1%,对学习不感兴趣的有43.8%。在学习不良行为的占比与非留守儿童相比如下:

表1 不良行为的占比情况

| 不良行为  | 留守儿童占比(%) | 非留守儿童占比(%) |
|-------|-----------|------------|
| 没完成作业 | 49.4      | 40.8       |
| 上学迟到  | 39.6      | 35.6       |
| 逃学    | 5.5       | 4.2        |

同时,留守儿童缺乏所需要的学习辅导:有68.7%的留守儿童曾听不懂老师的讲课内容,有58.1%的人在在学习上遇到问题没人帮助,比非留守儿童都高出5.8个百分点。而有20.4%的留守儿童自评学习成绩偏下,82.1%的人有过成绩下降的情形。不想学习(39.1%)和对学习不感兴趣(43.8%)的比

非留守儿童高5.6和3.2个百分点。

外出打工的父母对于孩子的教育期望不高,甚至认为没有文化依旧可以赚钱。这种潜移默化的思想使得留守儿童不想学习,认为读书无用。而留守儿童由于缺少父母的监督和陪伴,丧失了心理归属,在成长最关键的时刻缺少领路人,在学习上又缺乏

正确的认识,学习过程中遇到的问题都得不到解决,成长过程中心理问题也得不到正视,造成恶性循环,厌学或者不想学。学校对于农村留守儿童的教育也没有重视,依旧是以应试教育为主,而对于学生的品行以及心理健康发展并不关注。

### 3、留守儿童的心理问题

在众多关于留守儿童的问题研究中,对于其心理问题的研究更是受到了很大的关注,留守儿童的心理健康决定了其能否健康成长,也影响着他们的行为、认知和发展。很多的行为偏差都是由于留守儿童的心理问题没有得到解决,日积月累造成了隐患,长期发展下去,会影响社会的稳定,成为社会的隐患。

有研究显示,随着年龄的增长,留守儿童会因为家庭的欠完整而对生活的满意度降低,同时,表现出对家庭经济、安全等的忧虑,内心压力大。由于长期的亲子分离使留守儿童对关怀的渴求得不到满足,缺乏感情交流,一些不良情绪如愤怒、失落、焦虑、担忧等得不到排解,长期积累,形成了留守儿童孤僻、内向的性格倾向。通常留守儿童的个性主要表现为两种类型:第一类为攻击型的性格特征,动辄吵闹打架,情绪自控力差,好冲动,不达目的决不罢休;另一类为畏缩型,表现为情绪冷漠、畏惧、抑郁、自卑、优柔寡断、害怕与人交往等个性障碍。

隔代监护类型的留守儿童无法享受到父母情感上的关注和呵护,极易产生认识、价值上的偏离和个性、心理发展的异常,人格发展的不健全,性格孤僻、脆弱,渴望亲情成了留守儿童最大的心理问题。大量相关研究表明,父母管教缺失为留守儿童的越轨行为创造了条件。

由于得不到父母的亲情、关照和教育,缺乏良好的家庭教养氛围,留守儿童在行为习惯上易发生消极变化。这些主要表现在放任自流,不服管教,违反校纪,小偷小摸,看不良录像,同学之间拉帮结

派,与社会上的混混搅在一起,抽烟、酗酒、赌博、抢劫等,甚至走上罪恶的深渊。

留守儿童存在道德教育的真空地带,由于处于身心迅速发展时期的儿童缺乏事物正确与否的判断能力,一些同龄人的不良习惯,越轨行为很容易钻空子,使得他们对一些新的社会现象很容易产生认识和价值上的偏离。在多方面因素的综合作用下,一些农村“留守子女”精神空虚、行为失范,严重者就走上了违法犯罪的道路。

### 三、留守儿童心理健康支持体系建设的设想

根据数据显示,6000万名留守儿童中有205万名独居儿童,长期以来,大多数的留守儿童面对的现状是家庭功能的丧失,缺乏关心关注,环境不利于心理健康发展,造成留守儿童的心理健康状态普遍都非常差,后期的成长学习中,又不能满足对于心理咨询的需求。随着对于留守儿童的问题不断研究,有理由认为留守儿童面临的不仅仅是经济的贫困,而更多的是精神贫困。留守儿童的心理问题是所有问题中最不容忽视,也是最容易造成留守儿童行为出现偏差的因素。因此,帮扶机制模型构建的突破点就是针对留守儿童心理问题的解决。就此,文中提出的模型将针对留守儿童的心理问题,融合四方,形成一体,具体的实现如图2。

留守儿童心理健康支持体系的“四方”分别是父母、学校、公益组织以及网络平台,这四方可以做到直接与留守儿童进行沟通,可以对留守儿童的心理健康建设起到直接的作用。而政府政策作为“一扶持”对于留守儿童的支持需要通过一些媒介并且需要一段时间来实现,例如政府拨款建设学校的安全设施,改革户籍制度等等,这些政策措施也很重要,并且一旦实现甚至可以从源头上解决问题。因此,需要结合直接与间接方法,齐头并进,在政府创造条件的基础上,结合学校、家庭、社区以及网络平台功能实现留守儿童的心理健康建设。

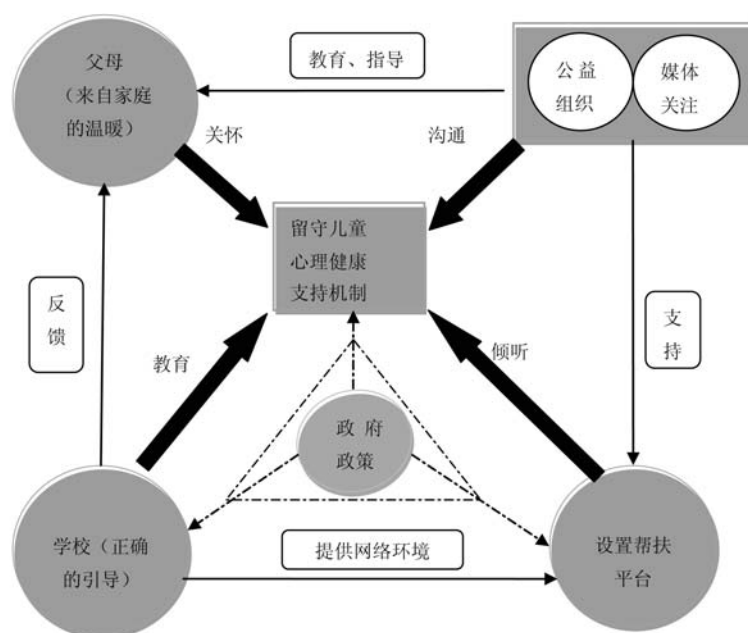


图2 留守儿童心理健康支持体系模型构建

### 1、家庭（父母）

留守儿童出现心理问题最根本的原因是家庭功能丧失，因此对于留守儿童的心理健康建设不能绕开“家庭”这个核心问题。首先，父母有必要在外出前做好孩子的安排，比如由老人或亲朋照顾。其次，父母应当关注孩子的成长过程，不仅仅是提供经济上的支持，更应该多关心孩子，经常与孩子联系，让孩子体会来自家庭的温暖。最后，应当尽可能与孩子团聚，给予生活上、学习上正确的价值观的引导。

### 2、学校

学校在模型中发挥着至关重要的作用。首先，教师对于留守儿童在教育和学习上的帮助将会对留守儿童的学习兴趣产生决定性的影响，因此在教育的过程中，教师应当给予留守儿童更多的关注和关怀。并且可以在教学中定时地给学生做专业的心理测试，跟踪关注留守儿童的心理健康。其次，学校在发现留守儿童有不良行为或者行为异常的情况下，需及时反馈给父母并且找寻解决的办法，以防发生悲剧。最后，学校要加强基础设施建设，不仅可以为留守儿童提供安全的成长环境，方便集中管理，还可以

让留守儿童始终与外界保持联络，在一定程度上减轻自闭等不良心理状况。当然农村学校要加强基础设施建设还有赖于政府不遗余力地支持。

### 3、平台支持

针对留守儿童的心理问题超出了农村教师的能力范围，因为心理辅导工作的专业性非常高，培训成本高、时间长。农村教师往往不能付出太多的时间和精力去照顾孩子的心理，甚至也不具备这样专业的能力。但是按常规方法培养一名合格的心理咨询师，成本很高，农村学校往往无力承担。若是由公益机构组织一些来自城市的心理工作者，又会出现和农村孩子的交流存在障碍的情况，“能起到的效果也有限”。

因此，在基础设施不断完善的基础上，政府可以考虑在农村学校覆盖网络，在学校搭建一个帮扶网络平台可以与外界联络，甚至可以开发专属于留守儿童的移动终端，可以与高校心理学专业学者对接，开启一对一或者是一对三这样的模式，跟踪留守儿童的心理状况、给予帮助关怀。

### 4、社会组织

一方面基于社会媒体的高度影响力，不要只报

道富裕儿童如何吃、如何玩,更应当加强关心在外务工的父母、关心留守在家中的孩子,加深对于社会现状的报道,加强其家庭意识,并且注重父母与孩子沟通过程中对于安全意识的灌输。另一方面,积极呼吁公益组织和关心儿童成长的NGO走近留守儿童,关注留守儿童,与他们进行沟通,给予温暖和支持。再者,可以考虑成立贫困地区留守儿童慈善救助基金,由政府、爱心人士共同出资,以应对留守儿童的突发事件,并形成可持续性的财力保证。

总之,留守儿童是时代的产物,随着社会化进程的不断发展,他们也在成长。我们无法想象如果他们存在心理隐患对于社会造成的影响,因此,应关注留守儿童,关注他们的成长环境,关注他们的心理健康。在政府、学校、家庭、网络平台以及社会传媒的帮助下,为他们建造一个更适宜成长,更温暖,充满关怀和爱的环境,相信未来,期待明天,也实现真正的和谐社会,实现中国梦。

### 儿童留守中的“家庭理性” 和社会制度建设

任 远(复旦大学人口研究所教授)

无论是在世界范围内进行比较,还是在历史视野下进行观察,我国当下正经历着规模巨大的人口迁移流动。“大迁移”背景下的“大留守”问题相当严峻,我国当前有6000多万留守儿童、5000多万留守妇女和5000多万留守老人。另据报道,有1000多万留守儿童“一年到头见不到爸妈”(《东方早报》2015年6月19日),成为实际生活中的“孤儿”。儿童留守所引发的各种社会问题越来越严重。

逻辑的诡异之处在于,留守儿童和家庭分离在各种意义上都是“不合理”的,而实际上“留守”确实是迁移流动家庭理性选择的结果。新迁移经济学认为家庭迁移决策是家庭理性选择的结果,这种理

性选择并不仅在于获得最大化的利益,也在于通过迁移决策分散家庭生活的风险,提高家庭在社区中的处境和地位。因此迁移流动过程中出现大规模的留守问题,造成家庭生活的分离,在他者来看似乎是家庭的不幸,但是在家庭自身来说这是迁移流动家庭“最优的理性选择”。迁移流动人口家庭对儿童留守安排的理性选择在于:

第一,移民父母本身对在城市生活的预期是模糊的、不确定的。他们在城市就业和工作,但是却很难融入城市 and 实现在城市内的市民化。城市体系缺乏对移民的制度接纳,居住社区中也并不能提供良好的融合环境,移民因此缺乏在城市生活的长期预期。如果他们只是将在城市中的生活和工作作为一种暂时性的状态,往往会放弃携带子女进入城市。

第二,移民家庭为了实现财富积累宁愿或者不得不选择家庭分离。由于农村农业劳动收益率极低,农村人口不得不通过外出迁移流动获得家庭财富的积累。80%以上的迁移流动人口是劳动力人口,务工经商和财富积累是他们迁移的主要目的,为此他们不得不放弃部分的家庭生活。研究表明迁移流动人口的储蓄率远远高于本地人口,他们储蓄率的主要目的是为了其流出地家庭的生活和在社区中的地位。

第三,留守儿童共同迁移使移民家庭在城市的生活成本提高,而流动家庭缺少在城市展开家庭生活的充分能力。儿童的学龄前教育、幼托服务的成本较高。义务教育阶段如果不能进入公办学校,也只能选择成本更高的民办学校。流动人口家庭在城市生活的住房开支、生活开支、保障和健康成本、社会交往成本都显著提高。相对于在城市生活更高的成本和对未来的不确定性,移民家庭往往认为家庭分离的生活安排是更加合理的生活选择。对于选择留守儿童的家庭来说,他们认为这种家庭分离是更有利于子女和家庭生活的,至少他们认为比在城市



社区生活总体更加幸福,或者具有更低的生活成本和生活风险。

第四,迁移流动家庭的父母基本都是务工经商的劳动力人口,在工作和家庭的时间安排失衡,使他们缺乏照顾儿童的时间。城市流动人口中的80%以上都是劳动力人口,同时具有极高的劳动参与率。流动人口的平均每周工作时间达到60小时,迁移流动人口的工作时间和劳动强度很大,使得他们几乎没有时间来照顾随迁的流动儿童。在这种情况下将子女放回故乡由祖父母照料成为一个典型的家庭生活安排。

第五,儿童在乡村留守甚至是对子女未来成长最为合理的安排。从1990年代以来,城市在迁移流动人口子女的义务教育服务有了较大进步,但是教育体制的中考和高考对于流动儿童仍然存在显著限制。教育权利的不平等实际上很大程度上造成了儿童返乡的问题。一些优秀的流动儿童如果要继续教育和发展,就只能回到农村流出地学校参加高中教育和高考,因此在进入初中以后流动儿童返乡的情况增加,并引起了11岁以后儿童随迁率和净迁移的下降。一些城市对流动儿童开放了职业学校的发展通道,允许非户籍流动儿童可以进入当地的职业学校,但是职业教育很大程度上并不一定能够支持流动儿童通过教育实现社会流动的人生期望,迫使部分优秀的儿童不得不回到流出地的学校。需要讨论的是,这样的“返乡”的设想可能是有利于孩子成长的,但是实践的结果却可能是带来新的不利因素。不同地区的教育不公平强烈地展现出来,有的时候可能还成为返回流出地的留守儿童的心理创伤。更值得担忧的是,近年来一些大城市和巨型城市还采取“教育控人”的措施,通过严格的户籍制度标准来录取小学和初中人口,数据表明这样的措施还切实地起到了“控人的成绩”。当城市中3500万流动

儿童中的几十万、几百万儿童在这种“教育控人”的机制下不得不成为新的留守儿童,对于特大城市人口规模控制似乎是一种“工作的成绩”,对于家庭来说也确实是促进儿童成长的“最优选择”,但是对于社会平等和社会进步来说,不能不说是一件值得感叹和悲哀的结局。

因此,从他者来看儿童留守是一种家庭生活的分离,是一种不合理的家庭选择,但这样的家庭迁移决策还恰恰是基于家庭自身对流出地和流入地、对当下和未来、对家庭和社会、对制度安排和个人成长进行整体判断后的“理性选择”。从这个角度来看,留守儿童问题不是迁移流动人口的家庭选择错了,而是在制度和社会环境因素带来对家庭决策的扭曲。

为了要减少子女和迁移父母家庭分离的生活模式,加快推动与上述因素相关联的制度改革和社会环境建设显得日益迫切。第一,需要通过推动迁移流动人口的市民化、增强其在城市社区的社会融入,从而改变其在城市稳定工作和稳定居留的预期。第二,需要加强新农村建设提高农民的收入和生活福利,尽快地减少城乡发展失衡,尽快地推动城乡一体化。第三,需要在城市中加强对迁移流动家庭的公共服务,包括教育、保障和住房服务,从而减少迁移流动家庭子女在城市生活的成本。第四,需要城市的就业部门对迁移流动人口提供更加以人为本、以家庭为本的经济就业安排,规范劳动时间,加强对流动儿童的幼托服务,保障劳动者的工作就业和家庭生活的平衡;第五,需要在城市中提供帮助流动人口融合和发展的制度安排,包括加强教育培训机会,逐步为流动人口在城市中义务教育、高中教育和高等教育实现公平平等对待。这样的制度和社会环境建设有利于改变家庭迁移决策,逐步实现迁移流动、家庭生活以及子女发展的有机整合。

## 留守儿童成长中不可缺少父母的“角色陪伴”

任佳（复旦大学人口研究所硕士研究生）

不久前发生在贵州毕节4名留守儿童喝农药自杀的事件，再次使留守儿童问题引起公众的关注和讨论。留守儿童悲剧谁之过？父母、监护人、学校、政府等恐怕都应该“责任均沾”，而其中父母更是应该承担最为主要、最为特殊的责任。

留守儿童是指因父母双方或一方外出而被留在家中，并且需要其他亲人或委托人照顾的处于义务教育阶段的儿童。在我国，农村留守儿童是留守儿童的主要部分，占到80%左右的比例，而且由于农村地区在经济、教育、社会福利等方面的建设不足，使得“农村留守儿童”问题更为严重。有学者根据《中国2010年第六次人口普查资料》估算出我国0~17岁的留守儿童规模近7000万，而全国农村留守儿童为6100多万（段成荣等，2013）。如此巨大数量的留守儿童及近年来问题频出的留守儿童悲剧事件不得不引起学界及社会各界的关注、研究和关怀。

以农村为例，有近一半的留守儿童父母均外出不在家，而另一半则是有父母一方在家，且主要是母亲在家的情况。在留守儿童家庭中，父母双方或一方缺位的情况下，通常将子女交给（外）祖父母、亲戚朋友、同辈群体或父母的一方照顾，也就是目前学术界所区分的隔代监护、上代监护、同代监护及单亲监护，这是一种不完整的家庭结构，它会导致家庭的抚养功能在一定程度上的弱化，并对留守儿童的社会化造成一系列的影响（岳天明，2008）。父母不在家的留守儿童中，超过2/3的儿童是由“隔代照料”（由祖父母或外祖父母照料）完成的，但“隔代照料”的责任主体存在着很大的缺陷，比如他们的受教育程度低、经济状况不理想、自身“管教”孩子的权威性不足等都严重影响了留守儿童的健康成

长。有研究表明，与非留守儿童相比，留守儿童因父母的不在场或部分缺场，他们的心理归属感会变淡，更容易跟父母产生隔阂，并且形成自卑、封闭的性格，不喜欢与人交流，甚至出现抑郁、暴躁、走极端的性格缺陷，因此我们对留守儿童应该投入更多的关注和关怀（李桂枝，2015）。

用社会学或者心理学的专业术语说，“留守儿童的问题”是一种留守儿童社会化不足或社会化失败的行为表现，不论是性格缺陷还是能力不足都可看作是一种社会规范习得的不足或失败，即他们更容易形成偏差的社会行为。影响儿童社会化进程（或者说人格成长、规范学习）最主要的几个载体是家庭、学校、同辈群以及大众传媒，而留守儿童与非留守儿童社会化影响载体的差别主要就是家庭方面的不同了。

社会化是儿童人格健全发展的重要组成部分，而家庭是儿童社会化的第一场所，父母是他们的第一交往对象，更是他们习得社会规范的重要来源（徐慧等，2008）。卢梭在《爱弥儿》中提出要尊重儿童，父母要把自己变成儿童发展的帮助者和适当的指导者，儿童的教育首先是从家庭教育开始的。心理学家麦肯依研究早期童年经验对人格的影响，结论是早期的亲子关系定出了儿童的行为模式，塑造出儿童一切日后行为。正所谓“三岁看大，七岁看老”，这句话说明了幼儿期是人格形成和发展的关键期。这些已有的研究无非是在强调家庭和父母对儿童健康成长及未来发展有着怎样重要的影响，父母应该在孩子儿童期为其营造健全、安全、温馨而多样化的成长环境。而留守儿童正是一群成长环境不足的受害者，尤其是那些父母均不在身边的“完全”留守儿童，因为即便他们有外祖父母或其他亲人照料，也很难达到父母照料的良好效果，况且还有一部分留守儿童是自我照料的，比如案例中喝农药自杀的四兄妹。

更深一层分析父母照料对儿童成长影响的研究是由弗洛伊德和埃里克森做出的。弗洛伊德在最为有名的精神分析理论中的“俄狄甫斯情节”中认为,儿子在童年时期具有普遍的“恋母情结”,而女儿则表现为“恋父情结”,由此不论是儿子还是女儿在他们童年时期都会为了得到母亲或父亲的关注而学习那些被母亲或父亲欣赏的品质或能力,自然父母很早就成为了孩子学习模仿的“偶像”了(佛洛伊德,2009)。埃里克森人格发展的“八阶段论”更是强调成长环境对人格培养的重要性,尤其是儿童在父母等亲辈群体中培养起信任、安全感、亲密性等方面性格的重要性,父母等亲辈群体的缺失会带来子女性格上更多的自卑感、孤独感等。

如此理论化的分析再一次强调父母在儿童成长过程中扮演着怎样重要的作用,健全而良好运作的家庭环境是儿童进行社会行为规范学习、社会角色塑造和交往能力训练的“优良港湾”(侯志阳,2003)。留守儿童是脆弱而容易受伤害的一群人,父母的部分或完全缺场使他们失去了学习“正确”社会规范的榜样,他们更容易“由着自己的性子走”或者沾染同辈群体的负面亚文化,且更容易发展出越轨的社会行为(邓纯考,2012)。而如果父母一方或双方均在场的时候,儿童的越轨(不正当)行为就更容易被纠正,并有更多的机会发展出父母希望的“好习惯”。因此很多学者认为,留守儿童问题的本质其实就是亲情缺失所带来的问题,并没有其他问题。有调查显示60%的留守儿童表示父母外出后的亲子分离与亲子关系的淡化使他们遭受打击,形成他们的心理创伤,而监护人则多表现出文化程度低、疏导能力不足。

父母的外出不仅降低了留守儿童社会化的正向发展,而且在子女获得更高的教育机会上起到第二次的“拉力”作用。有研究表明,农村留守儿童进入高中学龄阶段后,教育机会急剧下降,这是由父

母外出务工的经济收益带来的“诱惑”,而这很有可能对留守儿童未来的发展带来负面影响(吕利丹,2014)。

从婴儿期一直到青年早期,父母一直是子女的“偶像”和榜样,子女可以从父母身上学会为人处世的准则,并因父母充分的爱而生成安全性依恋心理,这会使他们培养起更健康、完善的性格、品质,更容易选择信任社会和别人,因而在未来的人际交往中更大方自如。另一方面,孩子在成年之前具有很强的性格和行为可塑性,他们更容易模仿和接受周边的价值观和行为,不管是正确的还是偏差的。影响儿童社会化的因素不止家庭,还有同辈群、大众媒体等,稍有不慎他们很容易“误入歧途”,这时自制力和判断力较差的孩子就需要父母正确的引导和纠正了。留守儿童由于缺乏父母有效的引导和纠正,他们更容易在“是非”面前选错道路,而现在的教育还是一种知识灌输型的应试教育,学校在承担孩子人格能力发展方面常常显得“不够格”;而大众传媒的传播内容更是“雅俗兼备”,辨识能力较差的留守儿童很容易被更具吸引力的不良传媒内容所影响,从而不利于其健康成长。因此在儿童社会化的关键时期,父母一方或双方的有效陪伴就显得必不可少,对那些双方均外出的父母更是如此,他们的陪伴不仅能为子女提供成长中所需要的“正能量”,还能增强孩子抵御“负能量”的能力。

父母外出务工也是希望提高家庭的经济能力,为孩子提供更好的成长支持,如果父母一味地追求物质利益而忽视了孩子成长的情感陪伴而造成孩子未来性格、能力缺陷,那可真是得不偿失了,尤其是因父母的不在场而产生的子女遭遇悲剧事件就更是本末倒置了。现实的情况是由于国家对义务教育的大力投入和父母外出工作收益的增加,孩子在物质满足方面已“绰绰有余”了,他们更希望父母能多陪陪自己,能多聆听他们的心里话,能在他们孤

独、犯错的时候伸出温暖而有力的双手。

有研究表明,母亲一方在家的留守儿童,他们在学业成绩、性格能力塑造等方面比父亲一方在家的留守儿童表现得更为出色,而且父亲外出工作的收入平均是要高于母亲外出的工作收入(苏群等,2015)。因此,对希望通过外出工作改善家庭经济状况的父母,选择“男主外女主内”的家庭分工更会显示出高效率,其留守的子女也能够收获在物质和情感上的双重保障。不论是把孩子带在身边还是选择一方或双方在家陪伴子女成长,对父母和儿童都是十分必要的,孩子的健康成长才是最重要的,尤其是在孩子年幼时期。对那些情况特殊的家庭,比如家庭高负债或贫困程度严重,父母选择双双外出并将子女单独留守在家里或让其他亲属代为照料的,他们也应该承担起为人父母的责任,不仅在物质上努力满足子女的健康成长需求,也应在情感上多多关心留守子女,比如经常性电话联系,并且不只关心子女吃穿问题,还要学着关心他们的社会交往、情感变化等。

家庭是孩子成长的摇篮,父母是他们启蒙的老师,积极的父母教养有利于儿童形成健康的人格特点和良好的人际关系。成年之前是孩子成功社会化的关键时期,而这离不开父母从人格榜样到对子女的性格习惯有意培养,再到对子女偏差行为“纠错”的不懈努力。父母应努力做一个合格的子女成长的陪伴天使,即便因特殊原因不能留在孩子身边,父母也应努力为留守子女“挑选”合格的照料者,并通过各种途径了解孩子的成长状况,努力在物质、情感等方面为子女成长提供更好的帮助。

参考文献:

- [1] 段成荣, 吕利丹, 郭静, 王宗平. 中国农村留守儿童生存和发展基本情况——基于第六次人口普查数据的分析[J]. 人口学刊, 2013(3).
- [2] 岳天明, 原明明. 农村留守儿童社会化及其对策研究——以家庭功能的弱化为基本视角[J]. 西人口, 2008(2).

- [3] 李桂枝. 家庭教育缺失对农村留守儿童的影响与对策[J]. 中国校外教育, 2015(4).
- [4] 徐慧, 张建新, 张梅玲. 家庭教养方式对儿童社会化发展影响的研究综述[J]. 心理科学, 2008(4).
- [5] 佛洛依德. 图腾与禁忌[M]. 中央编译出版社, 2009.
- [6] 侯志阳. 单亲家庭儿童社会化问题探究[J]. 广西教育学院学报, 2003(2).
- [7] 邓纯考. 农村留守儿童社会化困境与学校教育对策[J]. 浙江社会科学, 2012(5).
- [8] 吕利丹. 从“留守儿童”到“新生代农民工”——高中学龄农村留守儿童学业终止及影响研究[J]. 人口研究, 2014(1).
- [9] 苏群, 徐月娥, 陈杰. 父母外出务工与留守子女辍学——基于CHNS调查数据的经验分析[J]. 教育与经济, 2015(2).

### 如何提升留守儿童的心理健康?

骆为祥(复旦大学社会发展与公共政策学院)

2015年6月9日晚,贵州省毕节市七星关区田坎乡发生了4名留守儿童集体喝农药自杀身亡事件。这4名留守儿童是一兄三妹,最大的哥哥13岁,最小的妹妹才5岁。虽然生命的消逝令人惋惜,但生命消逝的原因更值得我们去关注和反思。虽然处于贫困落后地区,但4兄妹并不缺吃少穿——平时外出打工的父亲会往家里汇钱(新华网,2015年6月11日)。这起悲剧引起人们警醒的是,由于父母长期外出打工,留守儿童心理健康问题迫切需要加以关注。

发生在毕节的这起悲剧是中国成千上万的留守儿童生存状态的缩影。由于远离父母,缺少了起码的与父母交流的机会,也得不到父母的关爱与呵护。这对留守儿童的心理健康发展极为不利。有调查表明,有55.5%的留守儿童表现为“任性、孤独、内向、冷漠”;“长期与父母分离使他们生理上与心理上的需要得不到满足,消极情绪一直困扰着孩子,使他们变得自卑、沉默、悲观、孤僻,或表现出任性、暴躁、极端的性格”(谭深,2011)。

如果父母不外出打工,孩子可以在完整的家庭

里成长。一旦父母外出,家庭就会变得残缺。完整的家庭对于孩子的快乐、健康成长至关重要。原因主要有4个方面:

第一,完整的家庭可以使得孩子获得意义感、稳定感和安全感(Blankenhorn 1995; Popenoe 1996; Amato 2001)。假如家庭里父亲外出打工,那么母亲必须一个人抚养孩子,她可能会遇到很多困难,甚至有外在威胁。母亲自身的不安全意识和自我保护意识就很强,并灌输给孩子,让孩子潜意识里过多警惕外部世界。

第二,在完整的家庭里,孩子可以得到更多的照料和情感上的呵护。家庭内部有人外出打工,必然意味家庭劳动(农业、家务)的再分配和转移。因为雇佣劳动力的现象在农村还相当有限,对于留守的母亲(父亲或家庭成员)来说,承担家务的数量、农活的数量都有可能增加。因此,留守父母或者监护人不可能有充足的时间来关爱和照料孩子。

第三,完整的家庭给孩子的社会化提供了“角色模型”(Thomas, 2005)。父母在儿童的健康成长过程中起着榜样的作用。父亲以其独特的男性气质成为孩子性别角色的规范;同样,母亲也以其独特的女性气质成为孩子的性别角色规范。由于父母外出打工带来的一方或双方角色的缺位,留守儿童就丧失了学习正确的“性别角色”规范的机会。性别角色规范习得水平不高,很可能会给留守儿童的社会交往造成障碍。

第四,通常而言,完整家庭的父母教育孩子能力、水平更高。如果父母均外出打工的话,留守儿童即使有监护人,监护人的教育水平也不高。他们给孩子提供情感疏导的能力很可能不足。

如何才能提升留守儿童的心理健康呢?显然,一个可能的途径是从家庭方面入手。考虑到留守儿童的庞大规模,对于这个方面的建设就显得尤为重要和紧迫。出于户口的限制、生活成本的考虑,流动人口外出务工时将他们的孩子留在家乡,这就形成了大量的留守儿童。2010年人口普查数据显示,

农村留守儿童总量达到了6102万(全国妇联,2013)。也就是每5个儿童,就有1个是留守儿童。

如何从家庭方面入手呢?一方面,我们可以对父母角色作些分工。父亲外出打工,母亲在家照料孩子。如今外出打工已经成为农村家庭收入的主要来源之一。呼吁父母都不出去打工而在家照顾孩子不现实。父亲外出打工解决生计的问题;母亲在照料孩子方面有优势。有研究表明,母亲留守的儿童在心理方面与非留守儿童没有太大区别。母亲单独外出,父亲留守对于儿童来说是最不利的模式(谭深,2011)。

另一方面,我们可以让留守儿童变成流动儿童。现在对留守儿童的关爱,在一定程度上陷入两难,大多数外出务工父母生活的环境并不利于儿童的健康成长或者是他们无力在城市抚养孩子,留在农村又无人照顾。除了生活上的照顾,对儿童的心理关爱尤其缺少。虽说留守儿童和流动儿童都是边缘群体,“留守”和“流动”都可能对儿童的心理健康带来不利影响,但是我们两害相权取其轻。流动儿童的心理健康要优于留守儿童。我们要倡导城市制度变革,呼吁当地政府接纳流动儿童,降低流动儿童在城市入学、就医方面的门槛。

再有,我们可以帮助留守儿童融入到大家庭中。在农村学校,留守儿童最集中。那我们可以通过开展心理咨询和多样化的文体活动,帮助留守儿童融入集体生活当中,改善他们的身心健康、安全、情感以及心理状态。当然,留守儿童大家庭融入也可以放在社区,比如社区教育、社区监护,“代理家长”。尽管父母一方或双方缺位,但亲情不缺位。

总的来讲,农村留守儿童的心理健康确实处于不利的地位。我们整个社会应该在留守儿童家庭建设方面多花些功夫,提升他们的心理健康水平。期望类似毕节留守儿童的悲剧不再发生。

#### 参考文献

- [1] 新华网,2015年6月11日,悲剧是如何发生的?  
——贵州毕节4名儿童集体喝农药自杀事件调查。

- <http://news.xinhuanet.com/2015-06/11/c-127906281.htm>
- [2] 谭深 2011. 中国农村留守儿童研究述评. 中国社会科学, 第1期。
- [3] Blankenhorn, D. (1995). *Fatherless America: Confronting our most urgent social problem*. New York: Basic Books.
- [4] Popenoe, D. (1996). *Life without father: Compelling new evidence that fatherhood and marriage are indispensable for the good of children and society*. New York: Free Press.
- [5] Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family* 56(4), 1031-1042.
- [6] Thomas Murray R. (2005). *Comparing Theories of Child Development*. Belmont, CA Wadsworth, Cengage Learning
- [7] 全国妇联发布研究报告. (2013). 我国农村留守儿童、城乡流动儿童状况研究报告. <http://acwf.people.com.cn/n/2013/0510/c99013-21437965.html>

**田野视角中留守青少年的生活世界：  
基于安徽阜阳T县G镇实地观察的反思**

潘天舒 (复旦大学民族学人类学研究所教授)

从2006年4月到2007年3月初,本人和同事为了解普通农民对于正在展开的新农村运动的看法,在安徽西北与河南省接壤的阜阳T县G镇进行阶段性的田野考察,以期获得“接地气”的第一手材料,为进一步展开跨地区的比较研究做必要的准备工作。本文将以此田野体验为基础,重新检视笔记中与描述留守青少年生活状态有关的内容和细节,通过反思来提出可资借鉴的看法。

作为华东地区最大民工输出地(migrant-sending community)的阜阳,自改革开放以来就开始承受由于大量青壮劳力快速流失的后果。这一类似社会学家默顿(Merton)所说的“未预结局”(unintended consequences),使当地社会在经济和文化层面的转型从一开始就呈现出与东部民工接纳地(migrant-receiving community)如苏南吴江和浙北海宁等区域截然不同的特征。较之留守本土的弱势贫病者,属于“缺席者”的外出务工人员(即在正常情况下有可能成为地方精英骨干的候选人)对阜阳绝大多数城镇的发展产生了更具持续性的影响。打工者在外流动方式及其在外的遭遇,对于留守青少年想象外部世界和规划人生,起到了实质性的作用。

如果说,在沿海发达地区城镇,学校、家庭以及其他社会文化机构继续在履行促进青少年正常社会化(涵化)的功能性职责,那么在阜阳地区,学校、家庭以及村委会可以说在留守青少年的社会化过程中扮演的是次要的甚至可以说是可有可无的角色。本人进行田野调研的阜阳T县G镇所辖的26个行政村,共有11所小学,3所中学,不设高中和专门的职业学校。镇中心的学校与村里的学校在师资、教学质量以及教学设备等方面差异显著。农村小学按25名学生配1名教师,或者每个班1.3名教师的规定比例,目前的教师总数趋向饱和。老教师不退休的话,无法为年轻教师设岗。总的来说,农村学校缺少英语教师,女教师和年轻教师偏少,大专以上学历或科班出身的教师奇缺。

财政拨款不足、教学经费紧张以及摇摇欲坠的危房是G镇行政村学校普遍面临的窘境。以本人走访的Z小学为例,该校5个年级共有120位学生,8位在职教师,每学期都有随打工父母去外地的学生。教学资源严重匮乏。教学经费的主要来源是每个学生支付的70元学杂费(镇教研室提成30%),教学环境日益恶化,校长办公室的条件也极为简陋。当地的治安情况令人担忧,学校的照明设施遭到外人

破坏,教学设备被砸。有时候,学生们只能借村委会办公室做教室。在L小学停建校舍的外墙上,有这样一首打油诗:两个大队建校园,去打报告来要钱,报告打了好几次,仅仅批下一点钱,学校建了一大半,上级拨款没指望,领导你去瞧一瞧,你去了看了心也寒。

由于师资力量得不到保证,留守在乡村学校的往往都是“全能型”的教师,1人兼好几个班和好几门课程的教学工作,常年处在严重超负荷运转的状态。上课时教师只有1本教材和1块小黑板。教学质量完全没有保证。除了开学收费,教师与家长在平时基本没有什么联系。学生出了问题,往往也找不到家长。对学生的学业情况真正关心的家长不到20%。

隔代教育给留守青少年、学校以及留守老人带来了一系列无解难题。与城镇的情形相比,阜阳农村的留守老人们在抚养和教育留守儿童的过程中,根本无法保持长者应有的尊严,其人生经验和处世智慧也得不到小辈的认可。当地大部分留守老人受教育程度与城市的同龄老人相比,要低得多。因而他们对自己照看的孙辈只能负责日常饮食起居,没有过问其学业情况的能力和精力,尤其是当他们还得干农活以维持基本收入的时候。近年来,越来越多的打工父母会在暑假期间把留守孩子接到他们打工所在的城市,以弥补平日关心不足的缺憾。然而当开学伊始,孩子们从繁闹的都市回到寂静的村庄,再也无法静心学习,始终想着如何回到父母身边,回到父母打工的城市。面对学生日益涣散的状态,学校教师和祖父母无能为力,极度失望。

近年来在阜阳T县G镇,有些孩子在小学阶段就幸运地随父母去外地读书。这对仍在留守的儿童产生了极大的吸引力。到了初中阶段,有两到三成的学生主动辍学,升入高中的不超过30%,有10%的学生会考虑上职业学校。去外地打工是多数学生

的意向。留乡务农已经成为被人歧视的一种职业选择。而农资市场和农业技术普及过程中存在的老大难问题实际上也向有务农倾向的当地年轻人传递出负面的信息。

由于其多灾多难的历史记忆,阜阳在安徽省内始终是一个被其他地区另眼相看(歧视)的地方。因而它存在的问题既有难以言说的特殊性,也有一定不可否认的普遍性。笔者认为,解决包括阜阳在内的民工流出地留守儿童的问题,必定是一项旷日持久的社会系统工程。任何希望在短期内做出政绩而进行治标不治本的努力,肯定无济于事。留守青少年所面临的问题是多层次的。民工流出地的社区凝聚度、经济复苏的速度、社会环境的逐步改善、接地气的顶层设计和当地官员不打折扣的执行力,是使留守青少年摆脱困境和看到希望的前提条件。

### 增强城乡发展的“可沟通性” 解决留守儿童问题

李美慧 (复旦大学社会发展与公共政策学院博士后)

2013年全国妇联发布的《我国农村留守儿童、城乡流动儿童状况研究报告》推算,目前全国有农村留守儿童6100万,约占农村儿童总数的38%,占全国儿童总数的22%。<sup>1</sup>从数量上看,留守儿童,尤其是农村留守儿童是一个不容忽视的社会群体。

2012年11月,5名男童死于贵州毕节城区的一处垃圾箱中,其中4人是留守儿童。2015年6月,贵州毕节一家中的4名留守儿童集体喝农药自杀,其中最大的13岁,最小仅5岁。近年来,与留守儿童相关的社会悲剧时有发生,作为我国城市化,特别是农民工“市民化”不完整的后果之一,留守儿童的问题正在日益凸显。

目前传统媒介对于留守儿童问题的呈现多基于

1 这一数据由全国妇联根据第六次人口普查数据推算得出。

参见: [http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201305/10/t20130510\\_24368366.shtml](http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201305/10/t20130510_24368366.shtml)

某一突发的新闻事件,并随后展开连续性调查报道。报道形式公式化,缺乏对于具体事件特殊问题的分析与披露。就媒介话语看,对于留守儿童的描绘多用“孤单”<sup>2</sup>、“孤独”<sup>3</sup>等等强调缺乏社会沟通与互动的词汇;或者使用“陪伴”<sup>4</sup>、“心灵抚慰”<sup>5</sup>等等呼吁沟通与互动的表达。报道内容与话语单一,用“孤独”与“缺爱”的标签涵盖了所有留守儿童,缺乏对于留守儿童生活多方面的呈现,以及不同类型的留守儿童所面临的问题的具体展开。

实际上,个体家庭的贫困并不完全是导致悲剧发生的全部原因。留守儿童问题归根结底是孩子与家庭、学校、社会缺乏互动和沟通所导致<sup>6</sup>,以及缺乏一个城乡之间针对留守儿童的支持网络系统,一方面留守儿童家庭与社会缺乏有效的互动与沟通;另一方面社会也缺乏发现、处理这类“类解体家庭”的问题的有效机制<sup>7</sup>。城乡社会支持网络的缺乏,具体表现为3个方面:

第一,“城—乡”之间的行政,社会服务与保障工作缺乏有效的对接。这来源于我国由来已久的城乡二元结构。改革开放前,户籍制度、土地制度等加大了城乡之间的壁垒,虽然1978年后这一壁垒有一定程度的削弱(周其仁,2013),但户籍门槛,特别是农民工子女的教育、医保等问题,仍然使其无法在城市中安置自己的子女,而不得不把孩子留在农村。

第二,留守儿童家庭内部缺乏良好的交流与互动。目前留守儿童的监护办法主要有5种:隔代监护,即由爷爷奶奶等监护;单亲监护,由父母双方中的一方监护;亲属监护,叔叔、阿姨等亲属监护;同辈监护:由哥哥姐姐等监护;自我监护,自己照

看自己。其中隔代监护和单亲监护占绝大多数(戴洪伟,2009)。这样的监护机制导致家庭沟通不顺畅,从而影响孩子的心理健康。

第三,学校、组织、社会方面对留守儿童缺乏必要的关注,从而缺乏及时发现留守儿童心理、生理问题,并解决这些问题的机制。

留守儿童问题的解决,需要在当前中国城市化进程的角度加以思考,应当从城乡关系和城乡发展出发,从传播与沟通的角度进行考量。而这其中的关键就在于提高城市的“可沟通性”,加强城乡之间的互动,从而建构起留守儿童的社会救助网络体系。城市的“可沟通性”或者说“可沟通城市”,最早由美国“城市传播基金会”<sup>8</sup>集合的一批学者提出并展开研究。城市的“可沟通性”所关注的是作为人以及社会活动集合体的城市如何能够通过多元的文化、政策、法律手段为社会交往、商贸、社区互动乃至政治活动提供良好的环境(Drucker et.al.,2009),从而全面提升人的生活质量(Gumpert & Drucker,2008)。

在新一轮城市化背景下,由农村劳动力流向城市所引发的问题层出不穷,这些问题关系到城市以及乡村能否可持续地发展,而城市的“可沟通性”为解决留守儿童问题提供了一个新的,也可能是最有效的路径。由社会组织、机构,社工人员建构城市务工父母与乡村留守子女之间沟通的机制,保障父母与子女之间定期的交流与沟通。在促进农村城镇化和中小城市发展的基础之上,依靠城市的向心力、扩散力,“以城带乡”(景普秋,2015)建构城市主导的城乡社会公共服务的网络。

在中国社会转型的大背景下,大众媒介与公民

2 让留守儿童的生活不再孤单[N]. 贵阳日报. 2015. 6(16): 003.

3 守护孤独天使[N]. 团结报. 2015. 3(17): 006.

4 留守儿童需要关爱的陪伴[N]. 山西日报. 2015. 6(18): C01.

5 留守儿童尤需心灵抚慰[N]. 江苏教育报. 2015. 6(19): A01.

6 我们需要更多“关怀+”[N]. 第一财经日报. 2015. 6(15): A01.

7 我们需要更多“关怀+”[N]. 第一财经日报. 2015. 6(15): A01.

8 城市传播基金会(Urban Communication Foundation): <http://urbancomm.org>



表达,特别是诸如“留守儿童”等被归类为“社会弱势群体”的利益群体的媒介表达与参与一直颇受新闻传播学界的关注,而互联网这一媒介平台更为其带来了特殊的契机(周葆华,2013)。较之传统媒体,以互联网为代表的新媒体打破了传统的“传者—受者”的相互关系,使传播、表达、反馈的机制不再是一种稀缺的资源,从而为留守儿童的发声提供了更多的机会。现有的以上海为个案的研究显示,新媒体,是仅继人际渠道之后,农民工更愿意选择的利益表达渠道(周葆华,2013)。

基于新媒体的“留守儿童”的利益表达,从发声的主体看,主要有4种:(1)进城务工的父母就子女的医疗、教育需求的表达;(2)各类社会组织、机构职务性或公益性的表达;(3)社会热心人士的关注;(4)留守儿童的自我表达。

从形式上看主要有两种:(1)各种组织与团体的官方微博或者官方网站:如共青团怀化市委员会“关爱留守儿童活动”官方微博<sup>9</sup>,广州市海珠区蓝信封留守儿童关爱中心官方微博<sup>10</sup>,“关爱农村留守儿童专项基金管理委员会”官网<sup>11</sup>。这些官网微博定期或不定期地举办各种关爱留守儿童的活动,招募志愿者并呼吁社会对于这一群体的关注。(2)留守儿童论坛、贴吧,如“中国留守社区”<sup>12</sup>百度“留守儿童吧”<sup>13</sup>。是留守儿童及其父母表达求助需求,以及社会关爱人士提供帮助的平台。

虽然新媒体拓宽了这类社会弱势群体的表达空间,但仍有一定比例的人群由于年龄、文化水平、经

济能力等因素,媒介表达的能力有限甚至缺失(宦晓渝,2011),另外线上的表达在线下收效的显著性还有待商榷(周葆华,2013)与进一步研究。随着传播新技术的发展,利用新媒体开通“留守儿童”生活状况监测、求助的媒介平台,同时构建有效的线上求助与线下救济的联动机制对于解决留守儿童问题非常必要。

#### 参考文献

- [1]. 周其仁. 城乡中国(上). 北京: 中信出版社. 2013.
- [2]. 戴洪伟. 关爱农村留守儿童——广西壮族自治区龙州县调研报告[A]. 中国社会科学院党校第33期进修班中国社会科学院党校办公室赴广西壮族自治区边境地区国庆调研文集(第6集)[C]. 2009.1(10). 来自中国知网.
- [3]. Susan J. Drucker & Gary Gumpert, Freedom of Expression in Communicative Cities, Free Speech Yearbook, 44 (2009/2010): 66-84.
- [4]. Gary Gumpert & Susan J. Drucker, Communicative Cities, International Communication Gazette, 3 (2008): 195-208.
- [5]. 景普秋, 解阁阁. 城乡互动的国际经验及其对中国地启示. 高等财经教育研究. 2015. 18 (2): 50-68.
- [6]. 周葆华. 新媒体与中国新生代农民工的意见表达——以上海为例的实证研究. 当代传播. 2 (2013): 41-44+48.
- [7]. 宦晓渝. 新媒体与弱势群体的话语表达. 新闻爱好者. 15 (2011): 19-22.

9 共青团怀化市委员会“关爱留守儿童活动”官方微博: <http://weibo.com/lischildren>

10 广州市海珠区蓝信封留守儿童关爱中心官方微博: <http://weibo.com/blueletter>

11 “关爱农村留守儿童专项基金管理委员会”官网: <http://www.cfcac.org>

12 中国留守社区: <http://www.liushou.org.cn/bbs/thread.php?fid=57>

13 百度留守儿童吧: <http://tieba.baidu.com/f?kw=%C1%F4%CA%D8%B6%F9%CD%AF&fr=ala0&loc=rec>

## · 研究与分析 ·

# 我国城市医生的防御性医疗实践：来自北京的发现<sup>[1]</sup>

姚泽麟

自2009年国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，新医改已经走过了6个年头。6年当中，我国医保覆盖率已超过95%<sup>[2]</sup>，民众的医疗费用负担得到一定程度的减轻。与此同时，基本药物制度、公立医院等改革都在不断推进。然而，医患关系似乎并没有得到相应的改善，相反甚至有恶化的趋势。医生这一典型的职业群体正处于极为尴尬的境地：不受患者信任、遭遇人身攻击、公共形象受损、职业声望下跌。于是，如何自我保护以使自身避免医疗矛盾与纠纷、避免成为医疗暴力的目标，成了医生最为关注的焦点之一。

作为医生自我保护逻辑的集中体现，“防御性医疗”（defensive medicine）是考察医患关系的一个可行窗口，也是评估新医改成效的重要依据。本文试图通过描述近年来医生的各种防御性医疗行为，并分析这些行为在不同级别的医疗机构当中的不同呈现及产生这种差异的原因，来挖掘影响医患关系的深层次因素，由此为新医改提供一些政策参考。

## 一、防御性医疗的基本概念与研究现状

Tancredi 与 Barondess 将防御性医疗定义为医务人员“为了避免可能发生的医疗官司或为了提供适当的文件以证明已对某患者实施了大范围的诊疗项目而使用的一些特定的诊断与治疗行为”。防御性医疗一般分为两种类型：一种是“积极防御性医疗”，指的是医生谨慎小心地为患者完善其疾病所涉及或潜在涉及的各类检查，以保留证据为目的，使得医疗工作更加周密。另一种是“消极防御性医疗”，指的是医生首先考虑避免医疗争议的出现，如果治疗存在巨大的风险，医生宁可采取保守处置方

案，避免高风险性治疗<sup>[3]</sup>。

防御性医疗并非中国特有、也非最近才出现的医疗现象。早在1971年，《杜克法学杂志》（Duke Law Journal）上的一篇文章就指出，在美国，随着越来越多的医疗纠纷发生，医生们开始实践防御性医疗，以使自身远离医疗诉讼<sup>[4]</sup>。其后，许多研究都证实了欧美社会中防御性医疗的存在和上升趋势<sup>[5]</sup>，我国情况亦不容乐观<sup>[6]</sup>（表1）。

既有研究指出，防御性医疗随医疗纠纷与诉讼的增加而增加，其根源在于医患信任的不足。其直接后果，其一是增加了不必要的医疗费用，加重了患者与整个社会的经济负担；其二则是造成了患者的权益得不到保障，医生借助信息不对称，对患者进行了过度的或保守的临床处置，影响了正常的诊疗。防御性医疗行为在一些“高风险”科室尤为明显，如产科、外科等。

不过，已有的研究至少有两个方面可以改进：其一，他们基本未考虑“医疗机构层级”这一重要变量。之所以医疗机构层级是一个重要变量，是因为根据现行的《医院分级管理办法》，我国医院分为三级十等。可以推想，相对于低层级医疗机构，三级医院将面临更大、更多的医疗风险，从而导致其中的医生更多、更频繁地使用防御性医疗策略<sup>[7]</sup>。和经纬的研究虽验证了这一假设，但却简单地将此差异归因为三级医院拥有更多的先进设备，这显然混淆了原因与条件<sup>[8]</sup>。其二，他们大多通过问卷调查和定量数据分析方法去探究防御性医疗发生的普遍程度与频繁程度，但对防御性医疗的具体行为与实践逻辑缺乏阐述。而笔者通过2009年至2012年在

北京的田野调查,对悬壶与济世医院(三甲)、杏林医院(二甲)与岐黄社区卫生服务站中的医生查房、门诊、医患互动等的观察、对超过100人次的患者、患者家属、医生和其他医务工作人员的访谈<sup>[9]</sup>,恰好能与采用问卷方法的研究相互映照,展现医生实施防御性医疗的具体行为和实践逻辑。

表1 近40年来防御性医疗的几次调查数据比较

| 研究者                           | 年份   | 国家或地区 | 防御性医疗的比例(%) |
|-------------------------------|------|-------|-------------|
| Tancredi and Barondess        | 1978 | 美国    | 70          |
| Studdert et al.               | 2005 | 美国    | 93          |
| Summerton                     | 2000 | 英国    | 90          |
| Hymaia                        | 2006 | 日本    | 98          |
| Massachusetts Medical Society | 2008 | 美国    | 83          |
| Catino                        | 2008 | 意大利   | 77.9        |
| 程红群等                          | 2003 | 中国北京  | 100         |
| 和经纬                           | 2014 | 中国广东  | 80.6        |

接下来,笔者首先详细描述医生常用的防御性医疗行为策略,其后分析这些行为策略在不同层级的医疗机构中的分布差异并剖析原因,最后提出有针对性的建议以作政策参考。

## 二、北京医生防御性医疗的策略与实践

笔者在田野调查中发现,当前在医生的临床工作中至少存在着7种常见的防御性医疗行为:

### 1、建立“黑名单”

“医生看病的第一步就得看患者这个人,医生应该在三句话之内看出这是个什么样的患者,然后一套相应的防御体系就跟上了。”在接受笔者访谈时,济世医院骨科刘大夫如是说。他会“因人治病”,依据患者的非临床特征做出不同的处置,即使两个患者的临床特征相同。刘大夫通常将病患分成3种类型:第一种是表现出“攻击性”倾向的患者,通常“来者不善”,可能是来“找事的”(比如通过看病“讹”医生与医院),他以保守的诊疗方案来应对这样的患者;第二种是比较“啰嗦”的患者,对大夫的依从性差,医生说一句,患者就要跟着问两句甚至更多,这让大夫感觉患者总是在质疑自己的诊断和治疗,或者至少在与自己就诊疗方案“讨价还价”,对这样的患者,“别人怎么治自己就怎么治”,

要“随大溜”;第三种患者则是医生最喜欢的,他们是“真正来看病的”,依从性最好,对大夫言听计从。对这种患者,大夫会积极地寻求最佳的治疗方案,甚至还会替患者考虑费用的问题,以期以最小的成本治疗疾病。而第一类患者往往被纳入了黑名单。

这种对患者的类似划分亦为一名刚入行几年、在杏林医院心内科工作的晓翔所道出,他以此甄别“高风险”的患者与家属。他会注意观察患者的语气与行为,会打听患者的家庭情况,也会从自我保护的角度对手术风险做一个评估。他并且强调,这是整个科室的集体行为(IN100715):

问:“如何来判断患者的好坏呢?”

晓翔:“我通过患者的语气、接触和行为方式,能够判断出来。而且比较喜欢惹事的患者,我们各个科室都有记录,这种患者以后住院就很困难。……虽然我们这么做很不应该,但是有时候实在是受不了,怕影响到我们日常的工作,各个科室就采取了一些极端的方法。”

问:“一般什么样的患者比较麻烦,就有可能被拒呢?”

晓翔:“这得看情况。一般家属对事情非常纠结的,对小事都非常纠结的。对什么事都比较在意的,

或者说有那种打官司倾向……我们做手术，心里有评估。当然我们的评估和患者是不一样的，但我们肯定是采取一种自我保护的方式。（诊疗方案）说出来以后，可能患者更好一点，我们更差一点。但是一旦我们觉得这个病例有医疗风险，我们就开始警惕。所以当医生自己心里有数……大夫长期的行医经验告诉他，这个患者可能会出现什么风险，这个风险大概有多大，大了以后，针对目前的医疗环境，这个患者会不会做出一些医疗纠纷。同时对患者家属要有了解，……然后心里有一个初步的判断，这个患者属不属于高风险的患者。如果属于高风险的患者，我们当时就马上采取规避的措施。”

正是在这样的患者类型学基础上，医生和科室建立了黑名单，上面记录着“高风险”的患者和家属。对医生来讲，所谓的“风险”，是指患者引发医疗纠纷、诉讼甚至暴力事件发生的可能性。医生需要同时判断患者和家属的风险大小。被记录在案的这些患者，很难在这个科室获得医疗尤其是住院服务。

## 2、病历证据化

病历本来是医生对患者的诊断和治疗情况的记录，是进行后续的诊断和治疗的重要依据。然而在当下，医生记录病历的用途和目的却逐渐偏离临床需要，而变得越来越“证据化”，即写病历是为了记录这个患者的疾病与治疗情况，更是为了一旦发生医疗官司，病历便可作为“呈堂证供”帮助医生规避责任。

在笔者观察的二甲与三甲医院的病房区，每次开完早会、查完房，各个大夫就坐在电脑前面开始写病历。笔者就曾问杏林医院的住院医师童大夫，为什么要写这么多病历和医嘱。她说没办法，要记录的内容就是很多，尤其是内科。而且她写病历的时候想的就是“随时准备上法庭”。同一科室的晓翔亦证实了这一点：

“我们修改病历的过程，是在不断地规避风险。因为一份更好的病历出来以后，万一出事，对我们都是非常有利的。所以我们做的都是理所当然保护自己的事，我们当然都没什么心理压力。虽然现在法律是不认可，但是学术界是默认的，而且这些事别人也查不到。”

在三甲医院，情况也是如此。悬壶医院血液科的习大夫就告诉我，她们在写病程时想的就是“怎么不犯错，怎么不落把柄”，目的就是保护自己，避免卷入医疗纠纷。

## 3、留余地

第3种常见的策略是在做诊断结论时“留余地”。比如一项检查结果出来，如果没有发现什么问题，以前医生会写“正常”，但现在写的是“没有发现异常”或者“暂未发现异常”。看似没有差别，但实际上“未发现异常”并不等同于“正常”，它只意味着医生在本次检查中没有发现问题而已。这样一个检查结果的书写更加“圆滑”，更不易出现差池，也更模棱两可。万一出现问题，医生就容易为自己辩护。

类似的变化还有“疑似良性肿瘤，但未排除恶性”或者“有百分之多少的概率判断为癌症”等。鄢大夫的同事荆大夫对此就有深切感受。身为医生的她某次陪母亲看病，诊断书上写的就是“大致正常”。她觉得好笑：“正常就正常，还大致，那到底是正常还是不正常？”这令转换为患者家属角色的荆大夫也有点无所适从。

## 4、“踢皮球”

第4种则是医生为了推诿责任和规避风险，在科室之间和医院之间“转送”患者，即“踢皮球”。这是一种风险转嫁方法，通常被西方研究者认为是积极型防御性医疗行为<sup>[10]</sup>。这是因为西方社会具有行之有效的医疗转诊体系，患者是否有必要到医院看病，取决于其家庭医生或全科医生的判断和转介。

因而,门诊与住院服务、全科与专科服务在西方社会是有明晰界限的,而患者自身通常不易逾越<sup>[1]</sup>。如此,出于防御目的的转诊会造成不必要的医疗活动的发生。

但中国目前尚缺乏有效的转诊体系,踢皮球的策略在中国应当同时被视为积极型和消极型的防御性医疗行为,其区分的关键则是患者是在同级别医疗机构间,还是不同级别医疗机构间被“转送”。一方面,有部分患者可以在该医院就诊,但被“推拉”至其他医院就诊,尤其是当患者从低层级医疗机构转到高层级医疗机构寻求服务时,这种情况可被视为积极防御性医疗<sup>[12]</sup>。另一方面,患者也在同一机构的不同科室间被踢来踢去,因为科室不想接收“高风险”的患者。在这个意义上,这是一种消极防御性医疗。

以下一个案例就发生在不同科室之间,反映了医生试图将对患者诊疗的主要责任推向其他科室。

2010年4月某日,我在悬壶医院心内科跟随宋大夫查完房,有一个患者进到病房区来找宋大夫。我在门诊室见过这个从外地来的小伙子,他要做眼部手术,眼科医生叫他到心内科确认血压没有问题。他说自己已经到病房找宋大夫多次了。宋大夫说:“你不要老来病房找我。就跟(眼科)李主任说,没问题,血压控制在90到140之间就可以,就说是宋大夫说的。”然而眼科要求宋大夫一定在病历本上白纸黑字写上这一句话。这个年轻人来回奔波多次,为的就是这个目的。他这一次是有点死缠烂打了。旁边宋大夫的一个同事急了:“他们眼科怎么老搞这种事啊?!”那小伙子说,眼科的大夫一定要看到宋大夫的签字才给做手术。宋大夫实在无法,就拿笔在病历本上写了“血压已达标,酌情考虑”。这等于又把临床决策的义务与责任推给了眼科大夫。年轻人看了有点将信将疑,问“这能行吗?我就能做手术了?”宋大夫回答:“你不要问我。这也是双向

选择,别问我能不能做。”如此,宋大夫巧妙地保护了自己。

#### 5、保守治疗与过度检查化验

在防御性医疗实践中,被现有研究提到最多的是保守治疗与过度检查<sup>[13]</sup>。两者分别属于消极型与积极型的防御性医疗实践。在笔者的田野调查中,多数被访者都确认医生在诊疗过程中有保守治疗行为,以回避使用一些高风险的诊疗手段;而本来,使用这些手段可能更利于患者的诊治。以下的田野记录就表明了这一点。

晓赫是一名实习医生。他表示,近20年来,外科医生在临床工作中的保守化倾向日益明显。其导师已近70岁。1992年,导师曾经给一个血管肿瘤患者做手术。这是风险较大的手术。她当时毅然决定做手术,而患者家属也非常认同,家属说,“患者就交给你了”。手术虽然成功,但有并发症,而且一度严重。在这种情况下,家属非但没有怪罪大夫,反而劝大夫要有信心,“您都没有信心,那我们怎么办啊”?这个患者直到最近才去世。晓赫说,到2004年,导师做完最后一个此类手术便退了,因为她有感于当下医患关系的恶劣。现在同科室的医生再碰到这种病例,更多的是采取保守治疗,比如放个支架,等于让血液绕过肿瘤,这样不会有生命危险。

防御性医疗的第6种策略——过度检查的情形较为复杂。必须指出的是,过度检查除了有自我保护的因素,也有可能出于经济利益的考虑,不过这不属于本文的主题。检查化验中“扫射”与“点射”的区分充分说明了这一策略的存在:“扫射”是指对某个患者进行大批量的检查化验,包括在临床上必要的和不必要的;而“点射”则指较有针对性地做检查。某次早会,杏林医院的心内科主任方大夫说自己有一个老乡要住进病房,这个患者经济条件一般,所以方大夫特别交待:“不要机关枪扫射,要点射。”“要一项一项地做检查”,做一项排除一项,再

进行下一项检查,“有的放矢”,“能省则省”。当然,是点射还是扫射,不仅取决于与医生是否认识、是不是熟人或更近的关系,而且也取决于医生对患者的归类。

#### 6、知情同意书

小傅是一名即将毕业的医学生,在一家三甲医院实习。他表示,目前任何有创的检查都需要患者签署知情同意书;否则医生就可能“惹麻烦”。对患者来讲,不仅常规项目要签署知情同意书,比如住院、手术、用药、检查、化验等,紧急情况的处理也要签字。他强调,如今作为医生,最重要的不是替患者做决定,而是向患者提供所有可供其选择的项目,最后的抉择应该让患者来做。而当患者或家属一旦做出决定,就应该“立字为据”。但这样一种做法显然引起了医患之间更多的猜忌、误解、矛盾与冲突。

在杏林医院工作的晓乐大夫也表达了同样的困惑。他认为,签署越来越多的知情同意书,归根到底是医生出于自我保护的需要,尽管这种策略未必有效。

晓乐:“特别住院的,用这个签字,用那个签字。我就老想不明白这一点。比如你来看病吧,其实你对这个不了解。比如你需要放支架,你不放支架就签字。大夫是提个建议,建议你做。其实我觉得这应该是由大夫来做决定。但是现在都是由患者来做决定……我觉得现在好多医院都这样,让患者、家属自己选择,我给你提供几种方案。我不知道这种方法合不合适。比如你这个可以手术,可以放化疗,可以保守,那你自己选吧。当时各种利弊都给你说了,你自己选吧……”

问:“为何这么做呢?在患者看来,大夫似乎想把责任都推给自己。”

晓乐:“大夫觉得我要给你做手术万一没做好呢?家属会说,要是保守的话,会更好。本来我可

以活两年,结果现在我只能活1年……我个人觉得,现在做决定的时候还是大夫做比较好。但是又没有相关的东西来保护大夫的决定。比如说,大夫做的这个决定是正确的,但是做下来之后,他的情况可能没有想象中那么好,他可能就会打官司,也可能最后大夫能赢,但是我觉得这也很麻烦……所以没有一个保护的机制,比如大夫做决定,如果患者相信你还好。就算说之前患者说得好好好的,但是做完以后患者就不相信你,就说当时是你让做的,但是做完以后成这样了。那怎么办?大夫也挺害怕这些东西。反正就是有个责任的问题,谁的责任。好的话都说好,现在基本上都是这样,不管干什么,如果结果好,过程无所谓,但是一旦结果不好,那就看签没签字。家属同意做的,那就可能……也不是说签了字就没大夫的责任,但是已经告知你了,有可能有风险。”

与其他策略不同,知情同意书的签署已经高度制度化(institutionalized),成了医生临床操作中的必经程序。不过,这一策略并不如期望的那么有效。正如 Shorter 在研究美国医患关系的变迁时所指出的,颇具讽刺意味的是,在20世纪60年代,签署越来越多的知情同意书的结果是签署本身成了一种“无意义的科层制程序”(meaningless bureaucratic routine)<sup>[14]</sup>。<sup>[15]</sup>事实上,把这一评论用在当代中国也非常恰当。一家三甲医院的护士晓池就印证了这一观点。她说,医院现在为了规避风险就让患者签署越来越多的知情同意书,但这种形式未必“管用”。比如做个手术就要签这签那,“大夫当时说什么,患者和家属都会答应。可真要出什么事,那些知情同意书就是‘废纸一张’,起不了任何作用”。

#### 三、防御性医疗与医疗机构层级的关联

为了比较目前在医生的临床工作中常见的这7种防御性医疗策略,笔者绘制了表2。7种策略中,有3种积极型行为与3种消极型行为。3种积极型行

为包括知情同意书、病历证据化与过度检查化验；而踢皮球则可以同时归入积极型与消极型行为。三种消极型行为包括黑名单、留余地与保守治疗。 笔者发现，七种防御性医疗策略中只有三种行

表 2 七种常见的防御性医疗行为的比较

| 策 略    | 防御性医疗的类型 |     | 医疗机构的层级 |      |      |
|--------|----------|-----|---------|------|------|
|        | 积极型      | 消极型 | 基层机构    | 二级医院 | 三级医院 |
| 黑名单    |          | ✓   |         | ✓    | ✓    |
| 知情同意书  | ✓        |     | ✓       | ✓    | ✓    |
| 病历证据化  | ✓        |     |         | ✓    | ✓    |
| 留余地    |          | ✓   |         | ✓    | ✓    |
| 踢皮球    | ✓        | ✓   | ✓       | ✓    | ✓    |
| 保守治疗   |          | ✓   | ✓       | ✓    | ✓    |
| 过度检查化验 | ✓        |     |         | ✓    | ✓    |

为经常出现在基层医疗机构中，而二级医院和三级医院都普遍使用这七种策略。前文已经指出，防御性医疗是医生出于对患者的不信任、对医疗环境的不安全感而做出的自我保护行为。然而，同样面对患者，为何身在不同层级的医疗机构的医生在运用防御性医疗策略上却有着明显的差异？笔者认为，主要的原因要从他们所身处的医疗机构层级中寻找。按照《医院分级管理办法》，“对医院分级管理的依据是医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理的综合水平。”据此，医疗机构被分为三级。一级医院、包括其延伸——城市中的社区卫生服务站，主要承担预防保健和基本医疗服务；三级医院则应该负责疑难杂症的诊疗，并且承担医学教学与科研任务；二级医院则处于二者之间。由此，不同层级的医疗机构配备有不同的医务人员和医疗设备，提供不同的医疗服务。这本来应该成为分级诊疗的制度基础，但因为改革后发生的公立医院自负盈亏政策与医疗保障制度的巨大变革，使得分级诊疗根本无从落实。而吊诡的是，基层医疗机构与二三级医院的巨大差异倒是依据《医院分级管理办法》而得以固化与合法化。

所以，尽管政府通过各种制度设置鼓励和引导居民去社区医疗机构解决病痛问题，但因为社区医

疗机构的医护人员的总体水平不高，社区医生更像是药店的售货员而非能够诊治疾病的大夫，同时社区机构的设施配备也较为简陋，因而政府对患者的分流措施效果并不显著，只有较少的居民前往社区站就诊。相对来讲，二级和三级医院、尤其是三甲医院则因为优质的医疗资源和人力资源而吸引大量病患，结果都是人满为患。这些境况导致了不同层级医疗机构中的医患关系有所不同。综上，笔者认为，至少有以下 3 条具体原因造成了防御性医疗在不同层级的医疗机构存在明显差异。

其一，由于目前分级诊疗无法实现，大量患者直接涌向二三级医院尤其是三甲医院，这些医院的医生要应对大量的病患。笔者参与观察的两家三甲医院每天门庭若市。在济世医院骨科的普通门诊，刘大夫平均每个半天的门诊人次接近 50，平均的看诊时间约为 5~6 分钟，然而在看诊时，其他患者常常会聚集在诊室，这严重影响了医患交流和看诊效果。当刘大夫出专家门诊时，限号 15 人，时常会有患者要求加号，不过看诊时间就稍长，看诊环境也好很多。该院心内科某位医生的专家门诊平均为 10 分钟。悬壶医院宋大夫的心内科专家门诊平均为 9~10 分钟。在杏林医院，患者较少，心内科专家门诊的平均时间会更长一些。而据岐黄社区卫生服务

站的统计,站里每天两到三位值班大夫平均只接待20~30位居民,多数患者是去开药、量血压而非“看病”。社区站的平均看诊时间最长。尽管看诊时间长并不意味着就诊质量高,但是已有研究指出,流水线式的诊疗会导致医患缺乏交流时间,而这阻碍了医患之间信任的生成<sup>[15]</sup>。因而,越是基层的医疗机构,医生与患者之间的交流机会就越多、交流时间就越长,他们之间的信任可能也就越多,其使用防御性医疗的动机也就越小。

其二,社区医生与患者的关系更为亲密。这是因为,一个社区卫生服务站只有三四名固定的医生,他们常年驻守在社区,与固定区域内的居民熟识,这实际上增加了医患之间接触、交流的机会,为两者关系的发展提供了客观条件。其结果是在医患关系之外增加了个人关系(personal relationship),前者基于对专家系统(expert systems)的信任<sup>[16]</sup>,而后者则是基于因直接交往、熟识、享有共同经历而产生的人际信任<sup>[17]</sup>。这种机制类似于当年扎根于农村社区的赤脚医生与农民的关系<sup>[18]</sup>。这种人际信任在一定程度上“润滑”了紧张的医患关系。因此,相对二三级医院的医生来讲,基层医疗机构的医生缺乏防御性医疗的动机。

其三,基层医疗机构的医生缺乏进行防御性医疗的硬件基础,因为如一级医院和社区卫生服务中心的医疗设施配备是比较简陋的,社区卫生站连血常规检查都无法实现。这从客观上大大限制了基层机构的医生运用防御性医疗策略、尤其是积极型防御性医疗的可能性。从表2可以看出,无一例外,社区医生即便使用防御性医疗策略,也都是低成本的、不太消耗医疗资源的策略。相比之下,二三级医院就可以通过过度检查来“储备证据”,以避免万一可能发生的医疗纠纷。因此,事实上,临床硬件设施的配备在提高医疗水平的同时,也增强了医生防御系统的“实力”。

#### 四、结论与讨论

有些学者指出,患者在防御性医疗的产生中扮演了重要角色。如Hershey就发现一些病患似乎让医生意识到他们更可能带来医疗纠纷。这些患者不是对诊疗抱有不切实际的期望,就是经常“逛医师”,或者存在某些精神问题,比如他们较为偏执、有妄想症、歇斯底里,或者“固执己见、一意孤行、苛求、好斗的、敌对的、容易对抗的”<sup>[19]</sup>。尽管笔者所访谈的许多医生也提到了“因人治病”,但是,如文章所展现的,防御系统是面对所有患者都开启的,而且较为普遍地发生在所有级别的医疗机构。这意味着防御性医疗的背后有制度性因素。

长期以来,面对日益恶化的医疗环境,我们往往只注意到患者对医务人员和医院乃至医疗系统的不信任,而对相反方面的不信任缺乏足够的重视。医生对患者缺乏足够的信任,其实也是目前整个社会缺乏信任的缩影。正是因为这种不信任,导致医生产生防备心理,在面对患者时有意识地开启了防御系统,以规避可能发生的医疗纠纷,使自己避免陷于日益增多的医患矛盾、医疗官司和医疗暴力事件当中。

这种不信任源于民众对于医生“角色分裂”的不满。医生本该是救死扶伤的白衣天使,但在医院自负盈亏、医生工资与医疗服务价格受到政府管控的条件下,医生同时需要扮演生意人的角色,他们需要通过临床工作来养活自己和医院。在民众看来,白衣天使与生意人是相互对立的角色,但却同时为今天的医生所扮演。这使普通民众难以再完全信任医生,最终导致了医疗纠纷增加。此外,法律上的“举证责任倒置”也促使医生在平常的执业活动中有意识地创造、保留证据。这些都导致了防御性医疗行为的普遍化。

但本文的分析也表明,防御性医疗的发生在不同级别的医疗机构当中有着明显不同。造成这种差



异的,正是不同层级的机构中的医患关系和医患信任存在差异。基层医疗机构中较好的医患关系和较多的医患信任或许能给我们这样的启示:医患关系可以通过长期、固定的接触而得到改善,两者之间的信任感会增加。这在大型医疗机构中是难以实现的。而国外行之有效的分级诊疗和全科医生“看门人”制度,背后遵循的正是这样一个逻辑。我们应

该通过建立有效的看门人制度,使每一位居民与固定的全科医生形成契约关系,他们之间的信任能够日益增强;而当居民有进一步的医疗需要时,这个看门人就能够将其转诊至医院。这种人际信任与系统信任相结合的逻辑或许能够有效减少医生的防御性医疗行为。

(作者单位:华东师范大学社会发展学院)

### 参考文献

- [1] 本研究受2014年度教育部人文社会科学研究青年基金项目“新医改背景下城市居民就医行为逻辑研究”(14YJC840040)资助。
- [2] 参见“《深化医药卫生体制改革三年总结报告》出台”,新华网,2012年6月25日, [http://news.xinhuanet.com/politics/2012-06/25/c\\_112286717.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2012-06/25/c_112286717.htm)。
- [3] Tancredi, Laurence R. and Jeremiah A. Baroness, "The Problem of Defensive Medicine", *Science*, 1978, 200(4344): 897-882.
- [4] Project, "The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine", *Duke Law Journal*, 1971.5: 9339-993.
- [5] Anderson, Richard E., "Billions for Defense: the Pervasive Nature of Defensive Medicine", *Archives of Internal Medicine*, vol.159, no.20, 1991, pp.2399-2402; Bassett, Ken L., Nitya Iyer, and Arminee Kazanjian, "Defensive Medicine during Hospital Obstetrical Care: a By-product of the Technological Age", *Social Science and Medicine*, vol.51, no.4, 2000, pp.523-537; Catino, Maurizio, "Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-effects of Medical Litigation", *Safety Science Monitor*, vol.15, no.1, 2011, pp.1-12; Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A., "Defensive Medicine among High-risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment", *Journal of American Medical Association*, vol.293, no.21, 2005, pp.2609-2617; Summerton, Nicholas, "Trends in Negative Defensive Medicine within General Practice", *The British Journal of General Practice*, vol.50, no.456, 2000, p.565; Tussing, A. Dale, and Martha A. Wojtowycz, "Malpractice, Defensive Medicine, and Obstetric Behavior", *Medical Care*, vol.35, no.2, 1997, pp.72-191; Zuckerman, Stephen, "Medical Malpractice: Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine", *Health Affairs*, vol.3, no.3, 1984, pp.128-133.
- [6] 程红群、陈国良、蔡忠军、刘希花、王健康:《对医生防御性医疗行为的探讨》,《医学与哲学》2002年第12期;程红群、陈国良、蔡忠军、刘希花、王健康:《512名医生自卫性医疗行为现状调查及分析》,《中国医院管理》2003年第6期;陈王华、沈春明、韦嫚:《防御性医疗行为的分类探讨》,《医学与哲学》2010年第5期;孙大明、王瑞山:《防御性医疗的法律思考》,《中国司法鉴定》2004年第S1期;王银发、徐凌忠:《我国防御性医疗研究现状分析》,《中国卫生事业管理》2008年第11期;和经纬:《公立医院医生防御性医疗行为及其影响因素研究——基于广东省某市公立医院医生问卷调查的实证研究》,《中国卫生政策研究》2014年第10期。
- [7] 按作者的说法,有效问卷共512份。“512名医生均有不同程度的自卫性医疗行为,其中407(79.49%)名被调查者的程度偏高。”也即是说,近80%的受访医生经常会有防御性医疗行为。参见程红群、陈国良、蔡忠军、刘希花、王健康:《512名医生自卫性医疗行为现状调查及分析》,《中国医院管理》2003年第6期。
- [8] 和经纬:《公立医院医生防御性医疗行为及其影响因素研究——基于广东省某市公立医院医生问卷调查的实证研究》,《中国卫生政策研究》2014年第10期。
- [9] 为保护被访者的隐私,按照学术伦理与规范,文中所出现的医院名称与人物姓名均经过了匿名化处理。
- [10] Zuckerman, Stephen, "Medical Malpractice: Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine", *Health Affairs*, vol.3, no.3, 1984, pp.128-133; Catino, Maurizio, "Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-effects of Medical Litigation", *Safety Science Monitor*, vol.15, no.1, 2011, pp.1-12.

(下转第34页)

## · 优生与早教 ·

# 10 种避免生缺陷宝宝的方法

为了生一个健康的宝宝，女性在怀孕的整个过程中都有许多需要注意的事项。下面有10个小窍门能够帮助妈妈们了解什么应该做以及什么不应该做，更好地帮助准妈妈们生出一个健康可爱的小宝宝。

### 1、服用叶酸补充剂

所有育龄妇女至少在怀孕前3个月就要开始服用叶酸补充剂。女性叶酸不足是诱发一些婴儿常见的出生缺陷、神经管缺陷（如脊柱裂）的原因。这些缺陷都发生在女性妊娠早期甚至是在女性的第一次产检之前。

### 2、在怀孕之前去看医生

医生可以通过女性怀孕前进行的检查对每个女性进行分析，这对于一些患有慢性疾病的女性是尤其重要的。

### 3、不要喝酒

胎儿醇中毒综合征(FAS)是一种完全可以避免的出生缺陷。酒精给胎儿带来的损害可能从轻微的知识和行为问题严重到残疾或者过早死亡。美国妇产科医师学会认为，怀孕期间是绝对严禁饮酒的。

### 4、戒烟并且避免吸二手烟

研究显示，如果禁止孕妇吸烟，美国女性流产的情况会减少5%，婴儿出生体重低的情况会减少20%，过早分娩的情况会减少8%，新生儿的死亡率也会降低5%。

### 5、避免环境毒素

孕妇们应该避免在日常生活中暴露在化学物质中。如果你所处的环境不可避免的要接触到一些化学物质，那你应该注意使用口罩、手套并且注意通风。在购买旧家具或者翻修老房子的时候，你应该

注意要避免接触铅。那些在医学领域工作的人应该要特别注意采取措施预防辐射。

### 6、健康饮食

良好的营养对于孕妇和胎儿来说是非常重要的。专家建议孕妇们尝试各种各样健康的食品，尤其是那些富含蛋白质的谷类和豆类食品。孕妇们还要在日常饮食中关注对DHA的补充。

### 7、屏蔽人乳头状瘤病毒

研究证明，人乳头状瘤病毒与出生缺陷无直接关系，但它会增加孕妇早产的风险，而早产会导致严重的儿童的大脑和肺部损伤。

### 8、不吃药

毫无疑问，许多药物在怀孕期间对于宝宝的发展都是不利的。你应该经常咨询你的医生，这样他就能彻底的检查你可能服用的处方药是不是安全的，这一点对于患有慢性疾病的女性而言是尤其重要的。

### 9、咨询遗传问题

大多数孩子出现出生缺陷的原因是不得而知的，但是家族中出现过出生缺陷病史的夫妇们能够通过咨询找出宝宝患有出生缺陷的风险。这是一个很好的帮助准爸爸妈妈们作出明智决定的方法。

### 10、放松

研究表明，压力非常大的女性更有可能生出有缺陷的孩子。压力也会增加孕妇流产、不孕以及早产的风险。因此女性应该寻找多种方法来缓解压力，包括进行心理咨询或者是瑜伽等等。（辑自《搜狐母婴》）

## 准妈妈“孕”动的那些事儿

实际上,整个孕期还是要适当地做一些运动量较小的运动,如果太过于安静不动的话,对孕妇自身的体质和胎宝宝的发育都是非常不利的。孕期运动好处非常多,不仅能够令孕妈妈们保持身体健康,而且还有利于准妈妈肚子里的小宝宝健康成长以及自然分娩。关于孕期运动,有哪些需要注意的问题呢?一起来看看吧!

### 孕前期多做有氧运动

孕期做运动我们可以分为3个阶段来讲,就是孕前期、孕中期和孕晚期,不同阶段对于运动的选择也有所不同。孕前期可以多吃一些有氧运动,游泳就是个非常不错的选择。因为游泳时,可以帮助孕妈妈放松肌肉,促进身体的血液循环,令腹中的小宝宝发育更好,而且游泳还可以减轻孕早期的妊娠反应,培养良好的孕期心态。除了游泳之外,孕前期还可以做一些散步、慢跑、慢舞等有氧运动,太剧烈的运动要避免哦!

### 孕中期提高运动频率

孕中期由于胎盘的形成,腹中的宝宝已经非常安全了,这时候,孕妈妈们可以适量增加一些运动量,并且提高运动的频率。孕前期的运动如果每天半个小时,那么,孕中期就可以增加到1个小时,但还是不宜运动过于激烈,可选择散散步、坐健身球等。实际上,孕中期,散步是最佳的运动方式,但需要注意,应选择人群较少、环境较好的地方进行散步,每天大概散步1个小时。

### 孕晚期以慢运动为主

准妈妈们在孕晚期,由于体重明显增加,胎儿越来越大,这时候运动一定要特别注意安全,应以慢运动为主,不能太过疲劳,运动的时间也应缩短,不要超过20分钟,可以做伸双腿、扭动骨盆等慢运动,主要以舒展筋骨和放松肌肉为主,不应过于疲劳,安全最重要。(辑自《Sohu 母婴》)

~~~~~  
(上接第32页)

- [11] 参见朱恒鹏, 2014: “医患冲突恶化的根源及对策”, 中国社会科学网, http://www.cssn.cn/jix/jix_gd/201403/t20140313_1028217.shtml.
- [12] 但须注意的是, 病人奔走于不同医生、不同科室、不同医院之间, 也有可能是出于自己的意愿与选择。即“逛医师”(doctor shopping)现象。
- [13] Catino, Maurizio, "Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-effects of Medical Litigation", Safety Science Monitor, vol.15, no.1, 2011, pp.1-12; Zuckerman, Stephen, "Medical Malpractice: Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine", Health Affairs, vol.3, no.3, 1984, pp.128-133.
- [14] Shorter, Edward, Doctors and Their Patients: A Social History, London: Transaction Publishers, 1993:238-239.
- [15] Scott, Robert A., Linda H. Aiken, David Mechanic and Julius Moravcsik, "Organizational Aspects of Caring", The Milbank Quarterly, vol.73, 1995, pp.77-95; Mechanic, David, "Changing Medical Organization and the Erosion of Trust", The Milbank Quarterly, vol.74, 1996, pp.171-189.
- [16] 吉登斯:《现代性的后果》, 田禾译, 译林出版社2000版。
- [17] 房莉杰、梁小云、金承刚:《乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例》,《社会学研究》2013年第2期。
- [18] 杨念群:《再造“病人”——中西医冲突下的空间政治, 1832-1985》, 中国人民大学出版社2006版。
- [19] Hershey, Nathan, "The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality", The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1972, 50(1):69-97.

• 全球视野 •

如何使医疗服务尽善尽美

——参观日本静冈癌症中心有感

杜莉

2013年3月在日中医学协会的安排下,全体笹川医学奖学金研究者有幸参观了日本静冈县立癌症中心,参观完后感触颇多,不仅仅是因为其先进的医疗设备,更是因为他们对患者个性化、人性化的医疗服务让我们叹为观止,很多可以借鉴到妇幼保健服务中,从而提高服务质量和效果。

一、医疗环境优美、温馨、舒适

静冈癌症中心的目标之一为“成为具有最佳的医疗保健环境和设施的癌症中心”。中心坐落在富士山脚下,箱根国立公园旁边,面朝太平洋,楼顶可以远眺富士山,俯瞰伊豆半岛,一年四季风景秀丽,是帮助癌症患者治疗休养的最佳圣地。

3月份是北国冰雪初融的时节,而癌症中心地处日本东南,气候温暖,周边已经山花烂漫。整个中心设有病房楼、姑息病房、质子治疗室、能源中心、研究所、职员宿舍、托儿所和小儿家属设施。所有设施都尽可能让患者舒适、心情舒畅,有宾至如归的感觉。走进大厅,犹如走进星级酒店的大堂,宽敞明亮。没有排队的患者,也没有玻璃窗把患者隔开的挂号处,接待处犹如酒店前台。大堂地面由黑色大理石铺成,中间是白色大理石铺的“走道”,走道旁是一排排黑色的真皮沙发,大厅右边是一个小“音乐厅”,静静摆着一架钢琴,还有一个小的舞台,墙壁是透明的玻璃,可以欣赏屋外的花园,这里时不时有志愿者为患者演奏或表演其他节目。

随着走道往里走,可以看到图书馆和儿童游乐设施,地面有统一地热,即使在冬天,患者的家人

也可以不穿鞋尽情在里面玩耍。医院还设有咖啡厅,可以边喝咖啡边享受落地窗外的美景。候诊的椅子也全部面向窗外,可以避免患者面对面影响心情。医院所有的地上和墙上没有任何“某诊室”或“化验室”之类的指示牌,尽可能减少患者的紧张情绪。在走廊、窗台,随处可见志愿者制作的人形玩偶或漂亮的手工艺品,赏心悦目。

二、先进的治疗技术

静冈癌症中心拥有世界最先进的质子治疗仪、320列PET-CT、达芬奇手术机器人、3特斯拉MRI装置等,其中质子治疗仪是该中心的一大特色。据介绍,质子线是目前放射治疗肿瘤中最先进、效果最理想的一种技术,质子治疗能量大,侧向辐射小,其射束的深度剂量分布曲线在其末端形成布拉格峰,提高了肿瘤的局部控制率,减小了周围正常组织器官并发症的发生率,对非小细胞肺癌,浅表肿瘤如鼻咽癌、前列腺癌等效果很好,2011年治疗了197例,其他如肝癌、肺癌、颈部肿瘤等效果也不错。

走进质子治疗室,会被质子治疗仪的体积和形状震撼,硕大的质子治疗仪有2层楼高,外形像个大号的水泥搅拌机,治疗时,患者只要躺在仪器室外的床上,医生对肿瘤病灶进行精密定位后,便可进行360度旋转照射,照射精确度可以到1 mm,每次持续3分钟。由于这种设备很昂贵,治疗系统也要求严格的地磁屏蔽,所以工程造价很高,治疗成本也因此很高。平均每个疗程约20万人民币,这部分患者自负,但是床位费和药物费可以通过医保报销。

癌症中心还有功能齐全并整合的HIS系统,包括PACS(图像获取和交流系统)、RIS(射线照片成像系统)、CES(临床检验系统)、RCS(区域协作系统)和PS(药物系统)以及自动挂号、自动收费(门诊和住院均可)等近20个应用系统。

HIS系统非常先进,例如患者自动挂号后,可以使用挂号机器上的手机,随身携带,不必一直坐着候诊,而是可以四处走动,去图书馆、咖啡馆均可,若轮到自己看病,则手机会有语音提醒,患者即可去诊室诊治。

病房里病床旁边是个触屏显示器,面对着患者,患者可以看电视,同时也可以查看自己的诊疗情况,需要医护人员帮助,也可以触摸选定,如可以通过此屏幕点餐,点完后饭菜可以直接送到病房。

药物系统也是安全性和方便性很高的,药房设有特殊功能的药柜,医生或护士输入患者的住院号,相应的药柜就可以打开,这样就减少拿错药的概率。对于特殊药品(如麻醉药品),也有特殊的识别措施。

三、以患者为中心的“姑息治疗”

“建立一个以患者为中心的癌症治疗和保健体系”是癌症中心的另一个重要目标。为了实现这一目标,他们组成专业团队,实行对患者的“姑息治疗”。

癌症医疗的目标,一是治愈,二是延长生命和提高生命质量,两者相互补足,形成综合的癌症治疗模式。WHO建议直接面对威胁生命的疾患时,要为患者及其家属提供积极的全人的护理,特别是要进行积极缓解疼痛等痛苦症状,给予心理的、社会的、实存的支持援助提高患者的生存质量,找出患者生存价值等护理,这就是姑息治疗,姑息治疗对于从癌症疾病的早期阶段开始到癌症治疗的所有过程,从疗养到死后都适用。

“全人”的护理首先就要理解患者“全人”的痛

苦(total pain),包括身体的痛苦、精神的痛苦、社会的痛苦和实存的痛苦。身体的痛苦是与癌症的转移和进展相伴的疼痛,与治疗相伴随的疼痛,包括呼吸困难、食欲不振、呕吐、全身倦怠和失眠等;心理的痛苦包括生气、困惑、怀疑、绝望感、不安、抑郁等;社会的痛苦包括疾病的经济负担,家庭的社会负担、工作和学习不能继续;实存的痛苦包括时间性(失去未来),关联性(失去亲人朋友)以及自律性(失去自立和生活能力)。

姑息治疗是静冈癌症中心的一大特色。为了解决患者和家属的各种痛苦,建立了各种专门的组合医疗和团队医疗,包括姑息治疗科医生、护士、专业护士、肿瘤科医生、精神肿瘤科医生、心理疗法医师,口腔外科、康复疗法医师、营养师、药剂师等,对患者和家属提供科学的帮助。而为了更好地理解患者和家属的痛苦,医护人员非常注重提高沟通技巧,如使用观察、倾听、确认、同感等方法。

特别要指出的是,他们还设有专门的社会福祉中心,负责为患者和家属提供治疗咨询。中心设在主楼二层,有护士接待处、热线电话工作室和患者详谈室。中心有十几位社会福祉士,都毕业于正规院校的社会福祉专业。患者或家属有任何疑问,可随时预约咨询或电话咨询。患者详谈室是提供面对面咨询的,环境温馨舒适,应用绿色粉色装饰,还根据患者或家属的心情,设有不同形状的桌子和摆设。

团队医疗改变了以往医生与患者一对一的服务模式,提高了患者满意度,提高了治疗效果和效率,分担了医生的工作量,同时其他医护人员也成为治疗团队不可或缺的一份子,提高了他们的工作积极性。

医院还设有25间姑息病房,专门用于只剩1个月左右生命的晚期患者的姑息治疗,优美的环境和温馨的服务将伴随着他们从容、自然、少痛苦的走

完人生最后阶段。同时也为患者家属提供支持，使他们能够正确对待亲人离去的伤痛。25张床由4个医师、25个护士管理，几乎是一对一服务。姑息病区还有专门的家庭会客室，包括客厅、厨房、工作区，跟家庭的布置一样，如果患者想和家人团聚，家人就可以来这里做些饭菜，一起坐在沙发上看书看电视，享受家庭的温暖。姑息病房1天的费用300元人民币左右，患者只需负担10%~30%，其余由医疗保险支付。

四、其他人性化服务随处可见

静冈癌症中心的大楼内，“心”字形的院徽高高悬挂着，从楼上俯瞰，主楼前有个大大的花园，花园的中心，是各种花卉包围的“心”形水池，叫“心的池”，体现了医院“从心开始，一心为患者”的理念。除了提供温馨的环境，人性化设施，高端的治疗外，中心还提供多种特殊人性化的服务温暖着患者和家属。

为了减少患者因脱发带来的尴尬，医院的图书馆里摆了很多样式不同的帽子，还为颈部做完手术的患者提供脖套，还为有经济能力的患者专门定制假发。除脱发外，癌症患者还会散发一些特殊的气味，为掩盖气味，癌症中心成立了气味研究所，研制掩盖各种特殊气味的香味剂，供患者使用。

“儿童生活专家”则是癌症中心最特殊，最贴心的一项服务。从事这个职业的在日本就二十几个，几乎都集中在这里。他们的职责就是陪伴年幼的孩子与患病母亲或父亲共同度过最后时光。因为对孩子来说，一旦失去亲人，很可能会影响他们一生，由此留下阴影，所以儿童生活专家要通过各种方法，如帮孩子制作父母的手模做纪念，到家里和孩子一起弹钢琴等，帮孩子正确面对亲人的离去，减少打击和痛苦等心理阴影，有助于他们健康成长。

以上即是参观静冈癌症中心所见所闻。深刻体会到作为“医者”，不仅需要重视疾病本身，还要重视“全人”的健康。患者不仅存在生理的痛苦，还有心理压力以及社会关系压力，医护人员在解决病痛的同时，更需要关注他们心理上的压力和社会的需求。其次，医疗机构的整体设计应大气、流程合理，让患者处处感觉便利，硬件条件即使没有很大能力改变，也需在环境上让患者感觉更温馨、舒适，如整洁、可爱的装饰可以缓解患者压力，轻音乐的播放可以愉悦患者心情，提高疾病治疗效果。再次，做到服务的全面细致和体贴入微，包括患者的个体化需求，甚至患者家属的压力，都需要关注和解决，从而使妇幼保健服务质量更上一层楼。

（作者单位：上海市妇幼保健中心）

~~~~~  
（上接第3页）

费服务经济转变、尽快向生产性老龄化社会转变。要加快转变的速度，才能够适应人口结构正在发生的快速转变，适应传统人口红利的下降，在这样过程中的人力资本红利、消费和服务红利以及老年人口红利才可能内嵌成为经济社会成长的积极力量。

因此传统人口红利正在减弱对经济社会发展的影响未必是悲观的结果。国家发展面临重要的人口结构转变时期，也必然要求面临重要的发展模式转

型和制度变革，才能在人口结构转变的转型中孕育出更加强大的经济社会发展动力。在人口结构转变和人口红利消失的过程中进行刻舟求剑式的人口和发展政策实际上是并不现实的，需要做好准备向一个人口结构性转变过程中新的经济社会形态加快转型以及向着更远的未来不断转型。

（作者单位：复旦大学社会发展与公共政策学院教授）

## 美国高学历女性生育意愿增强，“零生育”下降

格雷琴·利文斯顿

在美国女性中，受过研究生教育和做母亲的比  
例同步增长。45岁左右的高学历女性仍然无子女<sup>1</sup>（以  
下用“零生育”代称）的比例已经在过去20年显著  
下降。这项研究结果是基于皮尤研究中心的一项平  
民女性在接近生育年龄结束时的生育情况分析，使  
用的数据是从1976年6月到2014年6月的当前人  
口调查补充数据（Supplements of the Current  
Population Survey）。6月的补充数据通常是每隔  
1年进行，由此产生一个具有全国代表性的非制度  
化（non-institutionalized）的美国人口样本。

据皮尤研究中心最新发布的人口普查局数据分  
析，大约有1/5（22%）的40~44岁拥有硕士或更  
高学位的女性“零生育”——从1994年的30%下降  
到22%。下降尤为引人注目的是拥有医学博士或博  
士学位的女性——1994年35%“零生育”，而现在  
“零生育”的比例是20%。当今受过高等教育的女性  
不仅更可能生孩子，而且也拥有比过去更大的家庭。  
至少拥有一个硕士学位的女性中，60%有两个或两  
个以上的孩子，而1994年这一比例是51%。有两个  
孩子的比例上升了4个百分点，而有3个以上孩子  
的比例上升了6个百分点。<sup>2</sup>

这种生育趋势可能是由人口和社会变化推动

的。这跟在管理、领导岗位的女性越来越多的趋势  
相一致，同时这也意味着越来越多的职业女性面临  
不可避免的工作和家庭之间的推拉平衡矛盾。以前  
的皮尤研究分析发现，整体上女性每增加1个孩子  
就投入更少的时间去做有报酬的工作。平均来说，  
一个“零生育”的工作年龄的女性每周27小时从事  
有报酬的工作，而有3个或更多孩子的女性每周工  
作18个小时。此外，作为工作的父母，职业生涯发  
展更加困难的母亲是父亲的3倍（51% vs. 16%）。

美国所有40~44岁女性的“零生育”比例在过  
去10年出现最低点，<sup>3</sup>部分原因是受过高等教育的  
女性做母亲的比例增加。1994年美国所有女性中有  
18%在生育年龄末“零生育”。这个数字在2000年  
代中期上升到了20%，而在2014年下降到15%。同  
时，美国女性平均一生生育的子女数在过去20年相  
当稳定，保持在大约两个孩子。

事实上，由于在经济衰退后美国关注热点经常  
指向所谓的“婴儿潮”，所以有子女家庭的规模从20  
世纪90年代中期以来变化不大，这好像违反直觉。  
但基于每年的生育率变化的分析显示，自2007年以  
来生育连续下降是真实的，这表明生育率创历史新  
低。然而，这些分析都是在1个时间点采集的生育，

- 1 由于数据的限制，为了这个报告的目的，任何一个女性生了一个孩子被认为是一个“母亲”，而那些没有生育者被视为“无子女”。然而，许多女性自己没有生育孩子而的确是母亲。估计表明，与父母户主生活的美国孩子中7%是与养父母或继父母一起生活的。
- 2 本报告定义年龄40-44岁的女性处于其生育结束的时期。这一点在人口研究中是一个长期相沿成习的传统，因为绝大多数孩子是45岁以下的女性生育的。而且，直到最近，有关更年长女性的完整生育数据尚没有收集。2013年女性可以生育孩子的年龄正在扩大，但只有0.2%的孩子是由45岁及以上女性所生育，而且人口普查局分析表明，40至50岁的女性和40至44岁的女性无子女的状况是相类似的。
- 3 新的研究表明，当新的编辑协议由美国人口普查局实施后，在2012之前的当前人口调查(CPS)可能高估了无子女的情况。然而，模拟结果表明，即使控制了编辑程序的变化变化的情况下，当今的无子女估计是低于2004年和2006年的，而且至少像1994年一样低，尽管变化的确切大小难以确定。

而不是本分析中应用的终身生育的累计测量。年生育率低的部分原因是许多女性推迟生育孩子，这既是因为广泛的文化变革（如增加教育），又因为经济大衰退，加剧了推迟生育，尤其对于年轻女性来说更是如此。年出生率下降是否将持续，并且将在女性生育年龄结束转化为较低的终生生育率还有待观察。一些专家认为，因为以往的经济低迷，女性生育能力可能最终“赶超”上来，虽然最近的一项分析表明，由于经济大衰退导致的生育延迟实际上可能表示过去的生育。

无论短期的生育模式及其影响如何，不可否认的是，长期的趋势是美国家庭将会变得小得多。回首1976年——数据可用的第1年——美国女性40多岁时平均育有3个小孩，在这个年龄段的女性36%有4个或更多的孩子。在2014年，盛行于20世纪70年代的大家庭已经由2个孩子的家庭完全取代。现在，年龄在40~44岁的女性35%有2个孩子，而只有12%的女性有4个或更多的孩子。同时，独生子女家庭越来越为人们所接受——在生育年龄结束时，女性只有1个孩子的比例从1976年10%上升到当前的18%。大约20%的女性有3个孩子，实际上这个数字保持不变。

受过高等教育的女性生育呈现出更少的“零生育”和更大的家庭规模的趋势，而在受教育程度较低的女性中则不那么明晰。在缺少高中学历的女性和拥有学士学位的女性中，“零生育”呈下降趋势，但在其他方面，这两组的家庭规模从1994年以来几乎不变。在高中毕业的女性中，40~44岁的女性有1个孩子的比例已经增加，但较大家庭所占比例一直没有变化。在过去的20年中教育对“零生育”

和家庭规模的影响的“差距”在缩小，但“差距”的确还在持续。一个女性所受教育更多，如拿到学士学位，她更不太可能成为一个母亲。在母亲当中，受更多教育者比接受较少教育者的孩子少。例如，没有高中文凭的母亲，只有13%有1个孩子，而足有26%有4个或更多孩子；而具有硕士学位及以上的母亲中，23%生育1个子女，只有8%生育4个或更多的孩子。

生育模式在不同的种族和民族中差异显著。40~44岁的白人女性约有17%“零生育”，而同年龄组相比，“零生育”的黑人女性为15%，亚裔女性为13%，西班牙裔女性只有10%。40~44岁的西班牙裔和黑人母亲特别可能拥有一个大家庭。足有20%的西班牙裔母亲有4个或更多的孩子，而同样黑人母亲的这一比例为18%。相比之下，只有11%的白人母亲有4个或更多的孩子，而亚裔母亲的这一比例则为10%。自1988年以来，有4个或更多孩子的西班牙裔母亲、黑人母亲和白人母亲的比例都在急剧下降。

原文链接:

<http://www.pewsocialtrends.org/2015/05/07/childlessness-falls-family-size-grows-among-highly-educated-women/>

(上海市人口与发展研究中心 李冬梅、位秀平  
编译自皮尤研究中心网站 Childlessness Falls, Family Size Grows Among Highly Educated Women BY GRETCHEN LIVINGSTON)



## · 舆情关注 ·

## 2014年度六大城市医患关系民调报告

**编者按：**近年来，在中国社会的医患关系中，矛盾占据了主要地位。医疗系统的问题被集中映射在医患关系上。医疗领域每发生一起医患相关的新闻都会引起公众及媒体的强烈关注，并带来关于医改重点的话题，可以说医患关系已成为社会关注的焦点问题。在这样的形势下，了解公众对医患关系的评价，对于从患方角度思考医疗改革的内容也具有一定的意义。为此，我们特选了来自现代社评研究院的调研报告，希望文中结果会为相关部门和研究者提供些许信息。

2014年末，医疗领域连续曝出多起重磅新闻，引发公众强烈关注。先是“新东方名师李睿教学生收红包”的视频在网络上大量流传，然后是河南信阳急诊大夫遭患者家属持刀威胁，后又出现西安市的“手术台自拍”事件。每一起事件的曝光，都引发社会各界反思同一个问题，医患关系到底怎么了？

有媒体报道，新医改自2009年启动以来，中央政府和地方政府累计投入资金达3万亿元，但医改效果却仍与预期存在明显差距。全国人大代表钟南山院士曾在2014年全国两会期间提出，衡量医改效果应该看3个标准：“看病难”“看病贵”解决了没有，医患关系有没有改善，医务人员的积极性有没有调动起来。

可以说，医患关系，既是医改重点，也是社会关注的焦点。公众对2014年的医患关系如何评价呢？为此，现代社评院联合问卷网和搜狐新闻中心，对全国3757名公众进行专项民意调查，结果发现，

在重点调查的六大城市北京、上海、广州、深圳、天津、成都中，只有天津和广州受访者对医生的信任度达到60%以上，北京、成都、上海和深圳的受访者信任度均不足60%。而就医满意率，六大城市均未超过40%，其中天津最高，但也仅为36.3%，广州第二，为35.1%。

### 一、六大城市就医满意率天津第一广州第二

今年以来，您或家人朋友的就医经历感觉怎么样？调查结果显示，全国受访者的平均满意率仅为28.1%（其中表示非常满意的占6.6%，表示满意的占21.5%）。就医不满意率为30.4%（其中表示不太满意的占21.1%，表示很不满意的占9.3%）。其余41.4%的人表示一般。

细分不同行业群体，可以发现普通公众的就医满意率（23.7%）明显低于医疗、医药行业群体。其中医疗行业群体就医满意率达到54.6%，医药行业群体就医满意率为44.5%。

在重点调查的六大城市中，天津就医满意率排在第一，达到36.3%；广州为35.1%，排名第二；北京（29.3%）、成都（28.8%）、上海（26.7%）、深圳（23.9%）均未达到30%。进一步分析发现，天津、广州两城市的就医满意率极为接近，不存在明显差异（P值大于0.05），但明显领先于其他四城市（P值均小于0.05）。而深圳在六大城市中不但排名最末，而且明显落后于排名第五的上海（P值小于0.05）。

调查中，一位上海受访者留言：“现在医生看病太依赖于仪器，我去年看感冒就花费了近2000元。”

北京一位受访者说：“进了医院没几百出不来，大事小情都拍片，而且挂号取药排队等半天，医院总是想着怎么做加法，榨取老百姓的血汗钱，却很少考虑为老百姓减轻负担，提高服务质量！”深圳一位受访者表示：“体检时拿其他医院的单据打乙肝疫苗居然让我重新验血，医院这样赚钱也太离谱了！”

## 二、服务态度和药价成为最容易引发患者不满的两大关键因素

就医满意率整体偏低，并不是偶然现象。深圳市文明办最近公布的2014年“第三季度窗口行业满意度调查”结果显示，深圳医疗卫生窗口在全市24个行业中排名最后。根据中国社科院财经战略研究院发布的《中国公共财政建设报告2014(全国卷)》，9项公共服务的满意度得分，医疗卫生行业同样排在末位。

究竟是什么因素导致就医满意度低呢？社评院本次调查发现，服务态度和药价成为最容易引发患者不满的两大关键因素，各有58.5%的受访者表示不满意。紧随其后的是诊疗费用（57.2%）、看病/收费/取药等候时间（49.5%），表示不满的受访者都达到或超过五成。其次，对诊疗时长（35.8%）、挂号（35.3%）、诊疗技术（29.7%）表示不满的受访者都达到或超过三成。相对而言，受访者对疗效（26.0%）、医院环境/设施/卫生（12.0%）和诊疗设备（10.1%）的不满程度较低。

六大城市相互比较，可以发现北京的突出问题是挂号，不满意率明显高于其他城市，达到46.7%；上海的服务态度不满意率偏高，达到64.3%；而广州在药价（64.8%）、诊疗费用（61.4%）、等候时间（61.4%）3个环节的不满意率都明显高于其他城市。

深圳在就医各个环节几乎都相对均衡，也就是说单个环节的不满意率都不高，但整体就医满意率却低于其他五大城市。社评院专家推测，这与两大因素有关。第一是深圳持续多年的窗口服务满意度

调查及相应考评制度已开始发挥作用，影响满意度的突出就医环节已根据民意做出相应改善。第二是深圳公众就医期望值偏高，从而导致就医满意率相对偏低。国内外的公共服务满意度研究经验表明，公众期望值通常对满意度有明显影响。让公众期望值保持在合理水平，是提高就医满意度的必要前提条件。

一位深圳的受访者说：“好医院好医生是极度稀缺资源，导致挂号看病耗时特别久，而且绿色通道不健全，急诊有时候也很不方便。”广州的一位受访者表示：“医疗行业属于服务产业，但不能纯粹追求利益最大化，应更多考虑其公益性。这方面我有切身感受，医护人员普遍态度比较差，医护队伍水平参差不齐。”成都的一位受访者认为：“以我个人的看病经历来说，现在的医生老是开一些无谓的检查单，看个感冒都要拍X光，医院越大越是这样。”

## 三、普通公众对医生的信任率（50.9%）明显低于医疗卫生群体（78.1%）

医患互信是许多医疗专家一直呼吁的医改目标。国务院2009年发布的新医改方案中，也明确提出加强医德医风建设，努力构建健康和谐的医患关系。

医患之间重要的是信任度。调查结果显示，除深圳仅为45.0%的信任度外，其他城市都超过50%。

进一步分析显示，医疗卫生行业群体对医生的信任度总体高于普遍公众的50.9%，达到78.1%。

## 四、医疗、医药、普通公众等不同群体都把医护人员对患者缺乏理解视为医患关系紧张的主要原因之一

医患缺乏互信，关系紧张，究竟责任在谁？历来众说纷纭。本次调查显示，不同行业受访者的观点大相径庭。

医疗行业受访者认为，主要原因是患者及家属对医护人员缺乏理解（52.4%）、医护人员对患者缺乏理解（43.2%）、患者缺乏医疗常识期望太高（41.9%）。

医药相关行业认为，主要原因是医护人员对患者缺乏理解（52.4%）、部分医生水平低医疗事故多（43.0%）、患者缺乏医疗常识期望太高（30.2%）。普通公众则认为，主要原因是过度检查（60.9%）、药价高患者负担重（49.7%）、医护人员对患者缺乏理解（48.3%）。可以看出，不同群体都把医护人员对患者缺乏理解视为医患关系紧张的主要原因之一。

“10多年来，我们重症监护（ICU）没有发生过一起患者向医生挥拳相向的事件，因为几乎每天都要花上1个小时跟家属沟通。”中国工程院院士、著名呼吸科专家钟南山在接受采访时介绍。他认为，医生必须想方设法为患者解决问题，不辜负患者的信任。这种对医患沟通的重视，效果明显，钟南山院士所在的广州医科大学附属第一医院ICU病房保持着10多年零投诉的纪录。

“做医生就应该把心放在患者身上。”中国科学院院士侯凡凡所在的南方医科大学南方医院肾内科，20多年来同样没有一起医疗纠纷，医患关系非常和谐。媒体报道，在侯凡凡的字典里，好医生有三层含义，首先应当用心体察患者的需求，这样才能更好地为患者服务；第二要潜心研究医术，不断提高医疗服务质量；第三要贴心为病患排忧解难，不但要治好患者的病，还要尽可能地减轻病患医疗负担。

本次调查发现，受访者同样也在期待建立这样一种医患互信的关系。一位北京受访者留言：“医患关系之所以紧张，在我看来，最主要是人的问题，现在的社会缺乏基本的信任。”一位广州受访者则表示：“医患关系如此紧张，一方面，医生收红包的现象还是存在，另外一方面就是乱开检查单。此外还有医生误诊造成医疗事故。”

#### 五、医疗资源过于集中、社会力量办医门槛高被视为看病难的主要原因

本次调查显示，看病难在不同群体眼中，原因也不尽相同。在普通公众看来，导致看病难的主要

原因在于患者就医观念不正确（61.8%）、好医生过于集中在大城市大医院（61.0%）、社会力量办医院门槛太高（54.4%）。在医疗行业从业群体看来，主要原因是好医生过于集中在大城市大医院（52.4%）、社会力量办医院门槛太高（47.0%）、患者就医观念不正确（41.6%）。而在医药行业从业群体看来，其主要原因是社会力量办医院门槛太高（50.6%）、好医生过于集中在大城市大医院（50.0%）、医疗服务不公平（39.6%）。可以发现，3个群体都把医疗资源过于集中、社会力量办医门槛高视为看病难的主要原因。

细分不同城市进行比较，结果发现不同城市受访者对看病难的原因看法略有不同。广州（62.5%）、深圳（60.4%）的受访者认为患者就医观念不正确（无论大小病都去大医院）是看病难的首要原因，北京（60.4%）和天津（58.2%）的受访者倾向于认为社会办医院门槛太高是首因，而上海（61.8%）和西部城市成都（61.2%）的受访者则普遍认为好医生过多集中在大城市和大医院是看病难的重要原因。

#### 六、“广州健康通”微信挂号广州知晓率64.4%

随着网络日益发达，医疗服务信息化已成必然趋势，也是新医改的目标之一。2014年11月25日，广州市卫生局正式开通“广州健康通”微信公众服务号，首批有60家医院的号源供公众预约。这也是广州市卫生局为解决挂号难问题推出的最新便民措施。

本次调查结果显示，对于广州市卫生局的这一新举措，广州受访者的知晓率为64.4%。其他五大城市受访者对此也有一定知晓率，但明显要低。

细分不同行业，“广州健康通”在医药行业群体知晓率（61.3%）最高，医疗行业群体（57.8%）次之，普通公众最低，不到五成。

#### 七、微信挂号服务受到普遍支持

微信作为国内最大的社交平台，用户量达数亿，

而且持续迅猛增长。利用微信开展挂号服务,优势明显。

本次调查显示,当问及对微信挂号服务是否支持时,公众支持率达到76.9%,其中表示非常支持的占30.8%,表示比较支持的占46.1%。表示反对的仅占3.7%,其余19.4%的人表示一般。

比较不同行业群体的态度,微信挂号服务广受欢迎。其中,医药行业群体支持率为83.9%,医疗行业群体支持率为77.8%,普通公众的支持率为76.1%。比较不同城市,可以发现,广州支持率最高(83.0%),其次是上海(82.7%)、天津(81.4%),三城市支持率均超过八成。支持率相对较低的是深圳(74.5%)、北京(78.8%)、成都(79.9%),但也都超过七成。

#### 八、微信平台能否解决挂号难,普通公众信心较低

微信挂号的初衷是方便公众挂号,解决挂号难的问题。公众对此有没有信心呢?调查结果发现,超半数(56.5%)的受访者表示有信心,表示没有信心的有13.0%,其余30.5%的人表示一般。

细分不同行业,可以发现,最看好微信预约挂号的是医药行业受访者(75.9%),其次是医疗行业受访者(68.6%)。普通公众对微信解决挂号难问题信心相对较低,但也超过半数,达到53.3%。

对不同城市进行比较,可以发现,天津信心度最高(65.6%),排在第二的是广州(62.9%),其次是上海(62.7%)、成都(61.9%)、北京(58.1%),以上五城市的信心度均在六成左右。信心度排在最末的是深圳,仅为51.8%。一位来自北京的受访者表示:“实行网上和手机预约挂号,看病可以节省很多时间,很实用,希望有关部门可以广泛推广。”但成都一位老年受访者也有不同意见:“微信挂号对于

年轻人是好事,对于我这样的老年人,不会用微信,即使开通了微信预约挂号服务,我也不会用。”

#### 九、常见病三大诊疗选择:自诊买药、社区医院、私人门诊

在日常生活中,遇到感冒发烧等常见病通常是怎么处理呢?此次调查发现,上网自诊然后到药店买药(37.8%)已然成为最常见的一种应对方式,选择去社区医院的(30.2%)排第二位,私人诊所(15.3%)排第三位。选择公立大医院的人仅占9.4%,选择民营医院的最少,只有6.1%。

比较不同城市,可以发现,六大城市受访者对常见病的诊疗方式趋于一致。广州、北京、上海、天津、成都的受访者中,上网自诊药店买药均为首选,选择率均超过30%,而深圳则稍微有些不同,选择去社区医院的比例(32.3%)略高于自诊买药的比例(30.6%)。

#### 背景资料

此次调查,以经济发展水平较高,人口规模较大的北上广及天津、深圳和成都等六大城市为重点调查对象,每个城市受访者均超过500位。

受访者行业分布:医疗卫生行业315人,占8.4%;医药研发、生产、销售等相关行业328人,占8.7%;普通公众(非医疗、医药行业)3113人,占82.9%。

受访者学历分布:初中及以下占0.9%,高中/中职占7.4%,大专/高职占23.4%,本科学历占60.7%,硕士及以上学历占7.4%。

受访者年龄分布:18岁及以下的占0.4%,19~29岁的占33.2%,30~39岁的占41.3%,40~49岁的占19.6%,50岁以上的占5.4%。

男性受访者占53.0%,女性占47.0%。

(信息来源:现代社评院,发布日期:2015-01-08)

## · 综述 ·

## 从人民日报历史数据看我国生育政策演变史

尹深、唐述权

自2013年底我国启动“单独两孩”政策以来,“全面放开二孩”问题也不断引发讨论。今年7月初,国家卫计委计划生育基层指导司司长杨文庄回应该问题时表示,当前主要任务是要继续组织实施好单独两孩政策,同时也要积极做好进一步调整完善生育政策的研究论证工作。

几十年来,我国生育政策不断调整,从《人民日报》的历史数据可见其演变史。

在计划生育政策实行前,1957年,《人民日报》曾整版刊发著名经济学家、人口学家、北京大学校长马寅初的《新人口论》,引起极大关注。文章主张控制人口数量,提高人口质量。

1971年,我国提出“要有计划生育”,提倡“一个不少,两个正好,三个多了”。

1978年3月,计划生育政策被载入宪法。

1979年1月,《人民日报》第一版对全国计划生育办公室主任会议进行报道,会议“提倡每对夫妇生育子女数最好一个,最多两个”。

1980年9月,全国人大五届三次会议明确提倡“只生育一个孩子”,不久,党中央向党员、团员发公开信进行提倡,这标志我国一孩政策正式出台并全面实施。

1981年,成立国家计划生育委员会。1982年,党的十二大将计划生育定为基本国策。

其后几年,一孩政策有所微调,主要是对农村稍作放开,“开小口、堵大口”,允许农村独女户生二胎。

2001年底,《人口与计划生育法》通过,2002年施行。各地根据该法制定“双独二胎”政策,陆续在全国推开。

2013年11月,十八届三中全会决定,启动实施

一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策。“单独两孩”政策逐渐落地实施。

2015年7月,国家卫计委回应“全面放开二孩”问题表示,积极做好进一步调整完善生育政策的研究论证工作。

全国六次人口普查人口总数数据

|           | 时间    | 人口总数(人)       |
|-----------|-------|---------------|
| 第一次全国人口普查 | 1953年 | 601,938,035   |
| 第二次全国人口普查 | 1964年 | 723,070,269   |
| 第三次全国人口普查 | 1982年 | 1,031,882,511 |
| 第四次全国人口普查 | 1990年 | 1,160,017,381 |
| 第五次全国人口普查 | 2000年 | 1,295,330,000 |
| 第六次全国人口普查 | 2010年 | 1,370,536,875 |

数据来源:国家统计局官网

1957年:马寅初发表《新人口论》主张控制人口

1953年全国第一次人口普查,我国人口数量6亿多,出生率上升到37.0‰,死亡率下降到14.0‰,自然增长率创下23.0‰的新高。

1957年7月5日,《人民日报》一整版刊发著名经济学家、人口学家、北京大学校长马寅初的《新人口论》。文章分析了人口增长过快同经济社会发展的矛盾,主张控制人口数量、提高人口质量。

马寅初指出,当时我国最大的矛盾是“人口增加得太快而资金积累得似乎太慢”,并从工业原料、促进科学研究、就粮食而论等方面论证“非控制人口不可”。同时指出,实行计划生育是控制人口最好最有效的办法。

20世纪70年代:“一个不少,两个正好,三个多了”?计划生育写入宪法

据新华社《中国人口政策演变“编年史”》，1971年，国务院批转《关于做好计划生育工作的报告》，强调“要有计划生育”。在当年制定“四五”计划中，提出“一个不少，两个正好，三个多了”。

1973年12月，第一次全国计划生育汇报会提出“晚、稀、少”的政策。

1978年3月，第五届全国人民代表大会第一次会议通过的《中华人民共和国宪法》第五十三条规定“国家提倡和推行计划生育”。**计划生育第一次以法律形式载入我国宪法。**

1979年1月，全国计划生育办公室主任会议强调，今后要提倡每对夫妇生育子女数最好一个，最多两个，间隔三年以上。

同时提出，对于只生一胎、不再生二胎的育龄夫妇，要给予表扬；对于生二胎和二胎以上的，应从经济上加以必要的限制。

**20世纪80年代：提倡“只生育一个孩子”，计划生育被定为基本国策**

1980年9月，第五届全国人民代表大会第三次会议强调，“国务院经过认真研究，认为在今后三、四十年内，必须在人口问题上采取一个坚决的措施，就是除了在人口稀少的少数民族地区以外，要普遍大力提倡一对夫妇只生育一个孩子，以便把人口增长率尽快控制住。”

1980年9月25日，党中央发表《关于控制我国人口增长问题致全体共产党员、共青团员的公开信》，**提倡“一对夫妇只生育一个孩子”**。至此，标志我国一孩政策正式出台并全面实施。

1981年，成立国家计划生育委员会。

1982年9月，**党的十二大把计划生育定为基本国策。**

1982年，《中共中央、国务院关于进一步做好计划生育工作的指示》，规定“农村普遍提倡一对夫妇只生育一个孩子，某些群众确有实际困难要求生二胎的，经过审批可以有计划地安排。不论哪一种情况都不能生三胎。”

1984年，“开小口、堵大口”对农村稍作放开

独女户可生二胎。据新华社《中国人口政策演变“编年史”》，1984年4月，中共中央转发了《关于计划生育情况的汇报》的7号文件，对“一孩”政策进行修正。提出“对农村继续有控制地把口子开得稍大一些，按照规定的条件，经过批准，可以生二胎；坚决制止大口子，即严禁生育超计划的二胎和多胎”，即“开小口、堵大口”。

1988年，中央提出，“农村某些群众确有实际困难，包括独生女，要求生二胎的，经过批准可以间隔几年后生第二个孩子”。

**21世纪：双独可生二胎，启动“单独两孩”**

2002年9月施行的《中华人民共和国人口与计划生育法》第十八条规定，符合法律、法规规定条件的，可以要求安排生育第二个子女。具体办法由省、自治区、直辖市人民代表大会或者其常务委员会规定。

山东、四川等27个省份在上世纪末已实行“双独二胎”政策，湖北、甘肃、内蒙古在2002年实行，河南省在2011年实行，成为最后实行的省份。

2013年11月，十八届三中全会审议通过《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》。决定提出，坚持计划生育的基本国策，启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策，逐步调整完善生育政策，促进人口长期均衡发展。

2015年7月10日，国家卫计委计划生育基层指导司司长杨文庄在回答记者有关“全面放开二孩”问题时表示，当前主要任务是要继续组织实施好单独两孩政策，同时也要积极做好进一步调整完善生育政策的研究论证工作。生育政策的调整事关全局、事关长远，必须权衡利弊，审慎决策。按照中央的部署，依照法定程序，逐步调整完善。我们现在正在按中央的要求抓紧推进有关工作。（木子摘编自《人民网》20150729）

注：原文附有相应时期的《人民日报》文章全文及版面截图，本文省略。

## · 政策之窗 ·

## 各省区市“单独两孩”政策简编之四

## ——渝、陕、辽、吉、黑

编者按：党的十八届三中全会做出了调整完善生育政策的决策部署，启动实施一方是独生子女的夫妇可以生育两个孩子的政策（以下简称“单独两孩”政策）。2013年12月，中共中央、国务院印发了“关于调整完善生育政策的意见”（中发〔2013〕15号），对调整完善生育政策、坚持计划生育基本国策、稳妥扎实有序推进各项工作提出了明确要求。根据国家统一部署，各省、自治区、直辖市结合实际，先后启动实施“单独两孩”政策。时至今日，“单独两孩”政策已实施近1年，全国只有近100万对单独夫妇提出再生育申请，其中92万对获得批复，这样的结果远远低于200万的预期。分析其原因，之一就是各省二孩政策的开放时间早晚不同，时间跨度未达1年。那么各省“单独二孩”政策开始实施的时间、办理程序及具体要求又是如何呢？为此，本刊特邀约了上海市卫生和计划生育委员会流动人口计划生育服务管理处编撰的《各省区市“单独二孩”政策汇编》进行简编后陆续选载，期望对读者有所帮助。

本期我们选编了重庆市、陕西省、辽宁省、吉林省和黑龙江省的政策。

## 重庆市

**实施日期：**2014年3月26日

**办理程序：**（1）申请再生育的夫妻，应当提出书面申请，内容包括申请人基本情况、申请理由等。（2）再生育申请应经夫妻双方所在单位或者村民委员会、居民委员会审查并签署意见。在男方办理的，需经女方村居民委员会（或单位）、乡镇人民政府或街道办事处审查并加盖公章。（3）提交申请后，乡镇人民政府或者街道办事处将按程序进行审核，最

后由区县计划生育行政部门进行审批。从提交申请到获得批准，一般不超过30天。

**提交材料：**在申请再生育时，应当提供身份证、户籍证明、婚姻登记证明材料原件及其复印件，独生子女一方父母的婚育情况证明及其父母终身只生育一个子女的证据材料，女方1寸免冠近照2张。

## 陕西省

**实施日期：**2014年3月1日

**办理程序：**（1）本人向乡（镇）人民政府或者街道办事处提出申请填写再生一胎申请表。（2）乡（镇）人民政府或者街道办事处十五个工作日内受理核实。（3）县级卫生计生行政部门十五个工作日内进行审查批准。（4）（对）合单独两孩生育条件的，发给再生育证；对不符合单独两孩生育条件的，不发给再生育证，并以书面形式说明理由告知申请人。

**提交材料：**（1）个人申请。（2）再生一胎申请表。（3）夫妻双方单位开具的婚育证明。（4）夫妻双方户口本、身份证、结婚证原件和复印件。（5）独生子女方父母单位开具的独生子女证明材料（注意按地区文件格式，格式具体咨询申请对象女方户口所在地计生办）。（6）独生子女方父母户口本、身份证、结婚证原件和复印件。

## 辽宁省

**实施日期：**2014年3月28日

**办理程序：**符合“单独二胎”生育政策的夫妻要求生育第二个子女的，应当持户口簿、结婚证、居民身份证、《婚育情况证明》和独生子女身份相关证明等材料，到子女拟落户地的夫妻任一方户籍所在地乡（镇）人民政府或者街道办事处提出申请，并填写《再生育申请审批表》。乡级审核：乡（镇）人

民政府或者街道办事处应当自收到申请之日起5日内提出审核意见,并报县级卫生和计划生育行政部门。县级卫生和计划生育行政部门应当自收到审核意见之日起5日内做出是否批准的决定;不予批准的,应当说明理由。

**提交材料:**户口簿、结婚证、居民身份证、《婚育情况证明》和独生子女身份相关证明材料。

### 吉林省

**实施日期:**2014年3月28日

**办理程序:**到男方户籍所在地居委会领取《再生育申请表》一式4份。将申请表送交单位,让单位加具意见。男女双方户籍所在地社区居委会加具意见(3个工作日内完成)。之后街道计生机构在10个工作日内完成审批,审核后5个工作日内上报。如果同意,社区委员会将申请人《服务证》移送街道计生机构办理手续,手续办理完毕后,《服务证》送还申请人。如果街道计生机构不同意审批,将签发《不予安排再生育一个子女通知书》。

**提交材料:**身份证、户口簿、结婚证、子女出生证原件以及复印件,近期孕检说明和特殊情况证明。

### 黑龙江省

**实施日期:**2014年4月22日

**办理程序:**申请再生育夫妻双方户籍均是本省的,可以选择向户籍所在地乡(镇)人民政府或街道

办事处计划生育部门提出再生育申请;一方户籍是本省的且选择适用本办法的,可以向本省居民户籍所在地乡(镇)人民政府或街道办事处计划生育部门提出再生育的申请。

**提交材料:**(1)申请再生育夫妻应当填写《再生育审批表》。《再生育审批表》中单位或村(居)民委员会已经证明情况,且有经办人签字、加盖公章的,无需另行出具基本情况证明。(2)申请再生育夫妻需提交户籍所在村委会(社区)或单位出具其本人为独生子女的证明和单独一方父母的《独生子女父母光荣证》。申请再生育夫妻的父母未办理《独生子女父母光荣证》或《独生子女父母光荣证》丢失(无法查找相关档案及资料),且申请再生育夫妻所在单位或村委会(社区)无法出具证明的,申请再生育夫妻需提交《申请再生育夫妻单独一方父母婚育情况申报表》及其相关材料,相关材料包括身份证、户口簿或公安部门出具的户籍证明原件及复印件,结婚证或县级以上民政部门出具的婚姻状况证明原件及复印件。申请再生育夫妻的父母因多地、多次或长期流动、父母亡故以及其他特殊情况无法提供《申请再生育夫妻单独一方父母婚育情况申报表》及其相关材料的,可根据《黑龙江省人口计生委关于方便群众办证八项便民措施的通知》进行个人信息申报承诺。(3)申请再生育夫妻已经领取的《独生子女父母光荣证》自县级计划生育行政部门批准其再生育申请之日起无效,并由乡(镇)人民政府或街道办事处计划生育部门收回,办理注销手续。



## · 信息荟萃 ·

**沪外来出生人口超户籍出生人口，建议增加郊区产科床位**

姜丽钧

上海医院的实际出生人口显示，外来出生人口已占全市出生人口的51.2%，而全市外来出生人口的54.1%集中在浦东、闵行、松江、嘉定等4个区。与此形成对比的是，浦东新区与闵行、嘉定、松江等郊区的产科床位比都大大低于全市的平均水平，最低的床位比仅0.155张。针对这一现象，农工党上海市委在2015年的上海“两会”上递交提案，建议完善区域妇幼医疗保健的发展规划，有重点的在这些人口集聚区建设妇幼医疗保健机构。

**外来出生人口54%集中在浦东、闵行等4个区**

农工党上海市委在此前的调研中了解到，在过去的10年时间里，上海出生人口经历从谷底大幅回升并高位运行的过程。2003年全市常住人口出生数进入谷底，仅出生8.34万人，次年便开始了快速回升，到2013年增至21.2万人。由于常住人口中育龄妇女比例高，外来婚嫁女性人数增多、外来人口在沪生育人数增多、“单独两孩”生育政策实施等因素的影响，在未来几年里，上海的出生人口总量将继续在高位运行。

而且，自2004年上海出生人口开始回升后，其构成便稳步改变。户籍出生人口比例从2004年的78.4%降至2013年的53.4%，外来出生人口升至全市出生人口的46.6%。事实上，除浦西的8个中心区及崇明外，其他各区的外来出生人口都超过在该区出生的上海户籍人口。此外，上海每年还有1~2万外来非常住出生人口因各种原因未进入常规统计。以上海各医院的实际出生人口计，外来出生人口已占全市出生人口的51.2%。

调研同时透露，上海的出生人口呈现出区域高度集中的特点。2013年上海户籍出生人口的52%集中于浦东、徐汇、杨浦、长宁等4个区，达5.38万人，外来出生人口的54.1%集中在浦东、闵行、松江、嘉定等4个区，达5.87万人，总的趋势是浦东与郊区的出生人口增长快，户籍出生人口倾向于三级医院和服务优质的医疗机构，外来出生人口则主要在其居住生活所在区县的医疗机构。

从上海的妇幼保健医疗资源来看，则是更多投向了三級医疗机构。2000年至2013年间，上海三级医疗机构的产科实有床位与医护人员增幅达155.3%与163.6%。同期，二级医疗机构产科实有床位与医护人员仅增长15.8%与20.2%，远逊于三级医疗机构。从区域来分析，上海浦西8个区的实有产科床位增长63.5%。同期，浦东新区与闵行等8个郊区县县的产科床位仅增长46%。

**提案建议培训产科人才，增加郊区床位**

农工党上海市委在提案中提出，目前，浦东新区与闵行、嘉定、松江等郊区的产科床位比都大大低于全市的平均水平，最低的床位比仅0.155张，这些区的产科医护人员比也都低于全市的平均水平。除闵行、金山及崇明外，浦东与郊区各区的儿童床位比与医护人员比都明显低于全市的平均水平。提案认为，上海亟需完善区域妇幼医疗保健的发展规划，积极调控外来非常住出生人口的数量。一方面，上海要加强对郊区公立医疗机构产儿科撤并的审核，制止纯出于经济利益而撤并产儿科的情况。

(下转第9页)