

人口信息

POPULATION INFORMATION

编者按 本期两个专栏从不同角度讨论流动人口健康状况相关议题。“人口与发展”专栏分析流动人口的健康状况对于居留意愿和心理状况的影响以及流动人口的健康知识与行为能力现况，旨在为人口发展政策决策提供参考。“人口与健康”专栏聚焦流动人口卫生服务利用情况：通过对流动人口进行问卷调查，了解流动人口的基层首诊状况及其影响因素；了解影响流动老人卫生服务利用的因素，以应对随着家庭化迁移增多带来的老年流动人口上升的趋势，进一步改善流动老人的健康状况。



上海市卫生健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）

内部资料 免费交流

上海市连续性内部资料准印证（K）字第0296号

人口信息

(双月刊)

2022年第1期(总第240期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:黄玉捷

执行副主编:信虹云

目次

• 人口与发展 •

健康对流动人口城市居留意愿的影响..... 祁静 (1)

上海市流动人口健康状况在社会支持与主观幸福感间的作用

..... 王懿程 张健明 于海燕 (7)

上海外来务工人员健康知识、行为和能力现况调查..... 吕韵佳 赵加奎 施佳华 (12)

• 人口与健康 •

流动人口基层医疗卫生机构首诊现状及影响因素分析..... 廖智柳 王德文 张宇轩 (17)

上海市流动老年人口卫生服务利用情况及其影响因素混合研究..... 王泳仪 王伟 严非 (24)

健康对流动人口城市居留意愿的影响

——以上海市为例

祁静

(吉林大学哲学社会学院, 吉林 长春 130012)

一、引言

第七次全国人口普查数据公布以来, 总体情况可谓“情理之中”, 符合学者们对人口趋势的把握和预期。而令学者们感到“出乎意料”的是我国流动人口的规模达到 3.76 亿, 比 2010 年第六次人口普查数据增加了 69.73%。从这一数据中可以推算出, 流动人口占城镇人口的 41.6%, 这意味着我国已经从乡土中国转变为迁徙中国。东部沿海大城市、特大城市的流动人口占比更高, 其所面临的流动人口市民化与公共服务需求也更加迫切。需要关注流动人口的城市居留意愿、健康状况, 提早准备相关公共服务资源安排。

上海作为我国最大的经济中心城市和全球城市体系中的重要枢纽, 经济和人口承载能力不断增强, 对人口迁徙、流动和聚集的吸引力依然很大。2020 年上海市常住人口为 2487 万人, 其中流动人口为 1048 万人, 占比达到 42.1% (上海市统计局, 2021)。流动人口的加入给上海市增添了活力, 为社会和经济发展做出重大贡献。由于上海市“引进人才”的蓝印户口、居住证、工作证制度、就业证制度和总和保险政策使外地人进入上海的难度不断增加。对流动人口来说, 在这里“扎根”仍然困难重重。

在流动人口居留意愿的研究中, 主要通过询问流动人口是否愿意长期生活 (或定居) 在所在城市, 根据流动人口的回答判断其居留意愿, 部分研究也称之为迁移意愿。有学者将居留意愿定义为外来人口进入流入地并在该地工作生活一段时期后对未来迁居安排的愿望和想法。简而言之, 居留意愿是指流动人口在居住地的居留打算。研究者使用 2015 年全国流动人口动态监测调查数据分析了我国超大城市流动人口的居留意愿发现, 在北京、上海、天津的流动人口希望在本地区长期居住的比例分别为 65.7%、68.1% 和 60.1%。与北京和天津相比, 上海市流动人口的居留意愿较高。

流动人口作为城市人口的重要组成部分, 健康是其从事劳动的基本条件, 也是影响个人社会经济活动和生活质量的重要因素。在人口频繁流动的背景下, 个人健康状况的好坏决定着其流动机会和流动决策。因此, 本研究以上海市为例, 了解流动人口的健康状况对城市居留意愿的影响, 为上海市人口调控、人口结构调整以及优化资源配置提供参考依据。

二、健康对流动人口居留意愿的理论分析

个人的迁移选择往往与其健康状况密切相关。目前学术界关于健康与迁移流动的理论主要有健康选择效应、健康损耗效应和“三文鱼偏误”效应。

健康选择效应是指个人在流出地的健康状况决定了自身是否能够进入流入地。流动人口的健康存在选择性,那些健康和强壮的人更可能流动。因此,在流入地他们仍然能够表现出明显的健康优势。

健康损耗效应是指流动人口在流入地需要适应新的社会环境,这可能会引起他们生理和心理健康状况的变化。为了适应流入地的生活,流动人口的健康状况会存在一定程度的损耗。在流入地,流动人口的健康状况会影响到谁留下来,谁将返回流出地。“三文鱼偏误”效应就假定健康状况相对较差的流动人口可能返回流出地,健康状况较好的流动人口更可能留在城市。

周小刚和陆铭使用 CGSS2010 年数据分析中国农村外出务工人员中的“健康移民效应”和“健康损耗效应”。研究发现,农村外出务工人员的身体健康优于城市本地工作人员。随着年龄的增长,农村外出务工人员中制造业建筑业工人的健康损耗更加严重,行政技术管理及服务业人员没有出现损耗效应。健康损耗更为严重的农村外出务工人员以更高的概率回到农村。由于“选择性”的存在,城市里总是居留着健康的流动人口。大量的农民工进城,消耗了他们的青春和健康,但是他们年老时,健康出现问题时偌大的城市却没有他们的居所,只能返回家乡。这意味着,中国的城市存在着某种筛选机制,相对健康的留下了,而不健康的负担却抛还给了农村。Xu Huang 等人的研究发现,身心健康对流动人口的居留意愿产生重要影响。流动人口在决定短期居留意愿时考虑的是他们的心理健康而不是身体健康;在决定长期居留意愿时,他们更重视身体健康而不是心理健康。值得注意的是,流动人口的居留意愿会受到当地居民和社区的社会支持的调节作用。如果政府可以提供相应的社会支持,可以提升身体健康状况较差的流动人口的城市居留意愿。

已有研究发现上海市流动人口的身心健康状况均优于本地人口。具体来看,流动人口和本地城市居民在健康状况和社会支持上存在较大的差异。与城市本地人口相比,流动人口的健康状况更好,但社会支持较差。社会支持对流动人口身心健康没有产生显著影响,而社会支持使上海本地居民的身心健康效果显著提升。

以上理论与研究进一步表明,流动人口的健康状况与迁移流动密切相关。本研究主要考察上海市流动人口健康状况对其城市居留意愿的影响。从流动人口的主观健康和客观健康两个方面检验流动人口的居留意愿是否存在“三文鱼偏误”假说。

三、数据与指标选取

本研究使用的数据来自国家卫生健康委开展的《全国流动人口动态监测调查数据(2018)》。该调查从 2009 年起开展一年一度的全国性大规模流动人口抽样调查,覆盖全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团中流动人口较为集中的流入地。调查的流动人口界定为在流入地居住一个

月以上,非本区(县、市)户口的 15~59 周岁流动人口。调查内容涉及流动人口的居留意愿、就业和社会保障、健康与公共服务等内容。本研究关注上海市的流动人口,因此仅保留了上海市的流动人口样本。经过筛选,获得上海市流动人口 7000 人。该调查使用分层、多阶段、与规模成比例的 PPS 抽样,对上海市的流动人口具有较好的代表性。

（一）因变量

居留意愿。本研究通过“今后一段时间,您是否打算继续留在本地?”来测量流动人口的城市居留意愿。流动人口对居留意愿的回答分为:是、没想好和否三种情况。一般情况下,居留意愿分为是和否两种选项。本研究保留了“没想好”这一选项,因为“没想好”是流动人口面对城市定居和离开时所表现出的一种矛盾和模糊的心理状态,也是对理想与现实的双重考量和犹豫,是研究流动人口居留意愿的一个不可忽视的重要变量。

（二）核心自变量

本研究在探讨流动人口的健康对居留意愿的影响时,将健康分为主观健康状况和客观健康状况。主观健康状况为自评一般健康,调查中通过询问“您的健康状况如何?”来测量流动人口的健康状况,将“健康”定义为“健康”,将“基本健康”“不健康,但生活能自理”和“生活不能自理”合并为“不健康”。

客观健康指标为近期身体不适情况。在调查中通过询问“最近一年,您本人是否有患病(负伤)或身体不适的情况?”来测量流动人口的客观健康状况。将“是,最近一次发生在两周内”和“是,最近一次发生在两周前”合并为“身体不适(不健康)”;将“否”定义为“无身体不适(健康)”。

（三）控制变量

在本研究中,控制变量包括性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、户口性质等基本人口学变量;流动时长等流动变量和医疗报销、健康教育参与活动参与情况等公共服务变量。

本研究中流动人口的居留意愿分为打算居留、没想好和不打算居留,将“不打算居留”作为参照组。采用无序多分类 logistic 回归模型验证健康对流动人口城市居留意愿的作用。

四、研究发现

（一）近九成流动人口打算继续居留上海市,绝大多数的流动人口处于健康状态

数据分析表明,88.17%的流动人口打算继续居留上海,1.83%的流动人口明确表示不打算留在上海,还有 10%的流动人口处于犹豫不决的状态,对于是否打算继续在上海生活表示“没想好”。从流动人口的健康状况来看,自评健康状况为“健康”的比例为 90.23%,自评“不健康”的比例为 9.77%。从客观健康指标来看,流动人口近期无身体不适的比例为 89.37%,有身体不适的比例为 10.63%。这说明,绝大多数的流动人口处于健康状态。

不同自评健康状况下的流动人口在上海的居留意愿存在显著差异。自评健康状况为“健康”的流动人口打算继续在上海生活的比例为 88.74%,自评“不健康”的流动人口这一比例

为 82.90%。自评健康状况较好的流动人口明确表示不打算在上海继续生活的比例仅为 1.63%，自评“不健康”的流动人口不打算在上海继续生活的比例为 3.65%。自评“健康”的流动人口“没想好”是否继续留在上海生活的比例低于自评“不健康”的流动人口，所占比例分别为 9.63% 和 13.45%。从近期身体不适情况来看，流动人口的城市居留意愿表现出相似的趋势。

总体来看，健康状况好的流动人口打算继续留在上海的比例较高，如图 1 和图 2 所示。

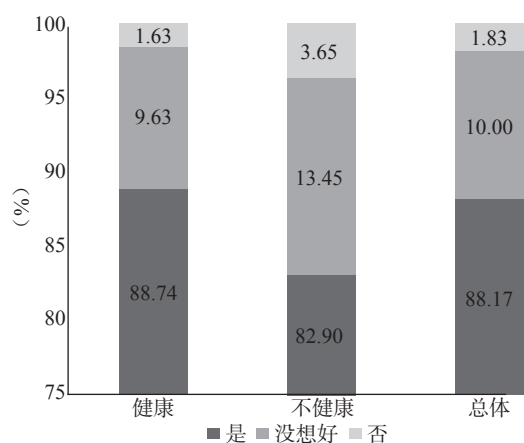


图 1 不同自评健康状态下的流动人口城市居留意愿

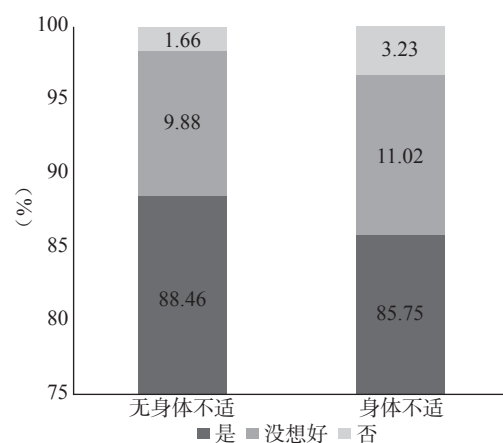


图 2 不同身体健康状态下的流动人口城市居留意愿

(二) 自评健康和身体不适显著影响流动人口在上海的居留意愿

在控制性别、年龄等人口学变量、流动变量以及公共服务相关变量的基础上，研究发现，健康显著地影响流动人口在上海的城市居留意愿。具体来说，相对于自评“不健康”的流动人口，自评“健康”的流动人口更可能继续留在上海市，发生比为 1.66，并具有统计学上的显著意义。相对于无身体不适的流动人口，近期有身体不适的流动人口在上海的居留意愿明显更低，发生比为 0.64，同样具有显著的统计学意义。模型结果进一步验证了流动人口的健康状况对他们在上海的居留意愿具有重要的影响作用。对于“没想好”是否继续居留上海的流动人口，自评健康和身体不适也影响着他们的城市居留意愿，但是未通过统计学的显著检验。

三、流动人口参与健康教育活动越多，他们在上海的居留意愿越强烈

流动人口所在单位或社区可以提供的健康教育活动主要包括职业病防治、传染病防治、生殖健康与妇幼健康、慢性病防治、心理健康（含精神障碍防治）、突发公共事件自救和其他等内容。流动人口在过去一年参与其中一项健康教育活动记 1 分，得分范围在 0~7 分之间。数据显示，有四分之一以上的流动人口过去一年从未参加过健康教育活动，超过三分之一的流动人口仅参加过一项健康教育活动，近六分之一的流动人口参加过两项健康教育活动；参加过三项及以上健康教育活动的流动人口不足五分之一。

在模型中，在控制其他变量的前提下，流动人口参与健康教育活动的项数越多，他们打算继续留在上海居留的意愿越强烈。参与健康教育活动数目的发生比为 1.14，并通过显著性检验。

对于“没想好”是否继续居留上海的流动人口来说，参与健康教育活动也能显著降低他们的离开上海的意愿。

四、接受过高等教育的流动人口的上海居留意愿较为强烈

受教育程度显著影响着流动人口在上海的居留意愿。模型显示，具有大专及以上学历受教育程度的流动人口希望留在上海继续生活的意愿最为强烈，发生比为 3.59，并具有统计学意义上的显著性。目前上海实施落户积分政策，具有本科及以上学历的流动人口在上海落户具有一定的优势。

五、流动年限较长的流动人口更希望在上海继续居留

从流动人口的流动年限来看，流动年限越长，他们打算在上海居留的意愿越强烈。数据显示，相比于流动不足一年的短期流动人口，流动年限在 6~9 年和 10 年及以上的长期流动人口更期望继续在上海生活，发生比分别为 1.96 和 2.53，并通过了统计学检验。

从流动人口的年龄来看，30~39 岁的流动人口是打算在上海居留意愿最为强烈的群体，可能是因为这一年龄阶段的流动人口处于成家立业的关键时期，稳定的生活环境和居住地是他们当下迫切关注的事情。

总体来看，本研究验证了健康是影响流动人口上海居留意愿的重要因素。自评“健康”和无身体不适的流动人口更愿意继续留在上海生活。这意味着通过健康选择机制，健康状况好的流动人口得以继续留在大城市；健康状况不佳的流动人口不打算继续居留，或者说没有足够的能力居留在大城市而可能返回户籍地。长此以往，人口流动不可避免地将一部分健康风险和疾病负担转移给农村，这不仅制约农村地区社会经济的发展和居民生活质量的提高，一定程度还加剧了城乡卫生资源配置与需求的矛盾。

为更好地保障流动人口的健康，促进城乡经济、健康、资源等方面的均衡发展，本研究提出以下两点建议：第一，在城市，为了保障流动人口的健康，需要为流动人口提供更为多样的健康服务和医疗保障；第二，对于因病返乡的流动人口，要给予他们更多的救治资源和政策支持，防止“因病致贫”和“因病返贫”现象的发生。

表 1 流动人口健康状况对上海居留意愿的无序多分类Logistic回归模型

因变量	打算居留		没想好	
	发生比	标准误	发生比	标准误
核心自变量				
自评健康 (参照: 不健康)	1.66 [*]	0.437	1.39	0.397
身体不适 (参照: 无身体不适)	0.64 [*]	0.163	0.67	0.186
控制变量				
参加健康教育的项目	1.14 [*]	0.083	1.14 [*]	0.088
参加医疗保险 (参照: 为参加)	1.03	0.208	0.66 [*]	0.144
性别 (参照: 男性)				
女性	0.76	0.140	0.77	0.152
年龄组 (参照: 20 岁以下)				
20-29 岁	2.14	1.002	3.11 ^{**}	1.662
30-39 岁	2.33 [*]	1.184	3.60 ^{**}	2.070
40-49 岁	1.79	0.921	3.81 ^{**}	2.212
50 岁及以上	1.37	0.704	3.50 ^{**}	2.035
受教育程度 (参照: 初中及以下)				
高中 / 中专	1.43	0.338	0.89	0.227
大学专科及以上	3.59 ^{***}	1.116	1.27	0.422
户口性质 (参照: 农业户口)				
非农业	1.05	0.240	0.85	0.208
婚姻状况 (参照: 不在婚)				
在婚	1.41	0.374	0.84	0.236
流动时长 (参照: 一年以内)				
1-2 年	1.20	0.339	0.82	0.247
3-5 年	1.61	0.503	0.96	0.320
6-9 年	1.96 ^{**}	0.655	1.05	0.373
10 年及以上	2.53 ^{***}	0.783	0.92	0.304
截距	5.12 ^{***}	2.813	2.47	1.523
AIC		5528.624		
Log likelihood		-2728.312		
Pseudo r-squared		0.060		
N		7000		

注释: *** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$ 。

上海市流动人口健康状况在社会支持与主观幸福感间的作用

王懿程¹, 张健明¹, 于海燕²

(1 上海工程技术大学管理学院, 上海, 201602 ;

2 温州医科大学公共卫生与管理学院, 浙江温州, 130000)

主观幸福感是指个体对其生活状况所做出的总体评价。以往对幸福感的研究主要集中在经济学和心理学领域。大多从被研究对象个体出发, 进行微观角度测量, 缺乏宏观视野下的社会支持与居民主观幸福感的相关性研究。社会支持是指来自个体之外的各种支持的总称, 可有效降低居民患病率、提高健康水平, 同时健康与个体幸福感呈正相关。流动人口作为一股内生力量, 深刻影响着区域人口分布、年龄结构和性别结构, 对现居城市与乡村的经济、政治、文化及环境的影响历久弥新。本研究通过对上海市流动人口的调查, 探讨社会支持对流动人口主观幸福感的影响机制, 侧重于分析心理健康和生理健康的中介作用, 为相关部门制定流动人口管理和政策提供参考依据。

一、资料来源与方法

(一) 研究对象

采用多阶段抽样方法, 于 2019 年 9—11 月, 以上海市经济水平为依据, 从上海市 16 个区中抽取浦东区、静安区、松江区、宝山区 4 个样本区的流动人口, 再分别从每个样本区中抽取 10 个样本村 (居委会), 在每个样本村 (居委会) 中随机抽取 60 户家庭。共抽取 4 个样本区、40 个样本村 (居委会)、2400 户家庭进行走访调查。采用无效问卷剔除法, 纳入标准: 年龄 > 18 岁; 流动时间 > 6 个月; 从外籍户口流入上海市; 能正常沟通, 无精神疾病和认知功能障碍。共发放 2200 份问卷, 回收有效问卷 1950 份, 有效回收率为 88.6%。

(二) 调查工具

1. 一般资料调查表

包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、子女数量、工作性质等资料。

2. 社会支持量表

采用国内学者肖水源编制的社会支持量表, 量表分为客观支持、主观支持以及社会支持的利用度 3 个维度。本研究基于大量文献和流动人口特性, 对肖水源的量表进行修正, 建立适合

流动人口的社会支持量表。该量表包括社交支持、实际支持和情感支持 3 个维度,共 12 个条目。其中社交支持是指流动人口在工作环境和日常生活中与他人交流互动的行为活动等;实际支持是指流动人口在社会上接受的帮助,如就医制度、生活补贴等;情感支持是指流动人口与家人、同事和邻里的关系、交流等情况。采用 Likeert 5 级计分法,正向条目按照“十分同意”“同意”“一般”“不同意”和“非常不同意”依次赋值 1—5 分,对负向条目则进行反向计分。社会支持量表总分为各个条目计分之和。将条目之和取均数,取值范围为 1~5 分,其中临界值的分值为 3 分,分值越高,越能说明负向作用的严重性。该量表的 Cornbach' salpha 为 0.91,各维度的 Cornbach' salpha 均大于 0.80。

3. SF—36 生命质量量表

采用浙江大学医学院社会学教研室研制的 SF—36 生命质量量表,包括生理健康和心理健康两个维度。各个维度分数区间为 0~100 分,分值的高低与这两类健康状况的好坏呈正相关关系。该量表具有问题条目少、应答率相对较高且能准确测定生命质量等优点。该量表的 Cornbach' salpha 为 0.81。

4. 主观幸福感量表

主观幸福感作为衡量个体生活状况的综合性心理指标,包括生活满意度、积极与消极情绪体验等因素。本研究采用 Diener 等人编制的主观幸福感量表测量流动人口的幸福感。该量表包括公认快乐和生活满意两个维度。采用 Likert 5 级计分法,量表从“十分同意”到“非常不同意”依次赋值 1—5 分,个体主观幸福感随得分的增加而减少。将两个维度的得分加权相加即可得出总体幸福感分值。设定 1~5 分为得分范围,将总体得分取均数。该量表的 Cornbach' salpha 为 0.84。

(三) 统计学方法

利用 Excel 2010 进行数据录入。运用 SOSS 23.0 进行统计分析,采用描述性分析、多重线性回归分析等统计方法进行数据处理,逐步解释社会支持与流动人口主观幸福感的关系。为了检验中介效应,采用 AMOS 24.0 构建结构方程模型,通过路径分析方法来验证健康变量在社会支持与主观幸福感之间所起到的中介作用。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 调查对象基本情况

共调查 1950 人,其中男性 965 人,女性 985 人;文盲或半文盲 156 人,小学学历 234 人,初中学历 488 人,高中学历 683 人;已婚 1468 人,未婚 469 人;无子女的有 563 人,只有 1 个子女的有 780 人,有 2 个子女的有 456 人,有 3 个及以上子女的有 151 人;工作性质为全职的有 1224 人,兼职的有 426 人。

(二) 社会支持、健康与主观幸福感的描述性分析

流动人口的主观幸福感得分为 (3.91 ± 0.63) ,说明流动人口总体上感觉比较幸福或一般。

情感支持得分为 (3.60 ± 0.57) ，处于较低水平，表明多数人对社会信任表示一般或同意。社交支持得分为 (4.11 ± 0.61) ，表明流动人口在社交上花的时间较少，多数人很少进行社交。实际支持得分为 $1.24 (1.06, 1.71)$ ，表明参加城市医疗保险等保障的人较多。生理健康得分为 $74 (61, 79)$ ，心理健康得分为 $76 (63, 81)$ ，但标准差较大，数据离散程度高即表明流动人口个体之间差异较大。

（三）社会支持、生理健康和心理健康对主观幸福感的回归分析

回归分析结果显示，不同性别、婚姻状况、儿女数量的流动人口主观幸福感得分比较，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。社会支持各维度对流动人口的主观幸福感有显著影响 ($P < 0.001$)。情感支持、社交支持、实际支持每增加一个单位，流动人口的主观幸福感分别增加 0.286 、 0.267 、 0.282 个单位，这说明加强情感支持、社交支持和实际支持是提升流动人口主观幸福感的重要途径。生理健康和心理健康均对流动人口的主观幸福感有正向预测作用 ($P < 0.01$) (表 1)。

表 1 社会支持、生理健康和心理健康对主观幸福感的回归分析

变量	模型 1	模型 2	模型 2
性别	0.983*** (0.124)	0.671*** (0.118)	0.660*** (0.118)
文化程度	0.529 (0.022)	0.341 (0.021)	0.297 (0.021)
婚姻状况	0.934*** (0.067)	0.898*** (0.064)	0.831*** (0.064)
儿子数量	0.818** (0.128)	0.856** (0.122)	0.968** (0.124)
女儿数量	0.417* (0.066)	0.350* (0.113)	0.215* (0.115)
工作性质	0.577 (0.038)	0.704 (0.047)	0.838 (0.047)
情感支持	0.283*** (0.064)	0.286*** (0.063)	
社交支持	0.281*** (0.061)	0.267*** (0.063)	
实际支持	0.297*** (0.058)	0.282*** (0.148)	
生理健康	0.060** (0.030)		
心理健康	0.123** (0.027)		
F	0.197	3.151	2.941
R^2	0.235	0.812	0.894

注：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$ ；表中系数为非标准回归系数，括号内为标准误。

（四）生理健康和心理健康的中介效应检验

采用 AMOS 24.0 构建社会支持、生理健康、心理健康与主观幸福感的结构方程模型，见图 1。模型拟合结果显示， χ^2/df 位于 $1 \sim 3$ 之间，并且 GFI、AGFI、TLI、CFI、IFI、Gamma Hat、NFI 均大于 0.90，RMSEA 小于 0.05，说明模型拟合较好，具体结果见表 2。另外，模型变量之间的路径系数结果如表 3 所示。其中，除了社交支持对生理健康和心理健康以及实际支持对生理健康的影响作用不显著，其余差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。

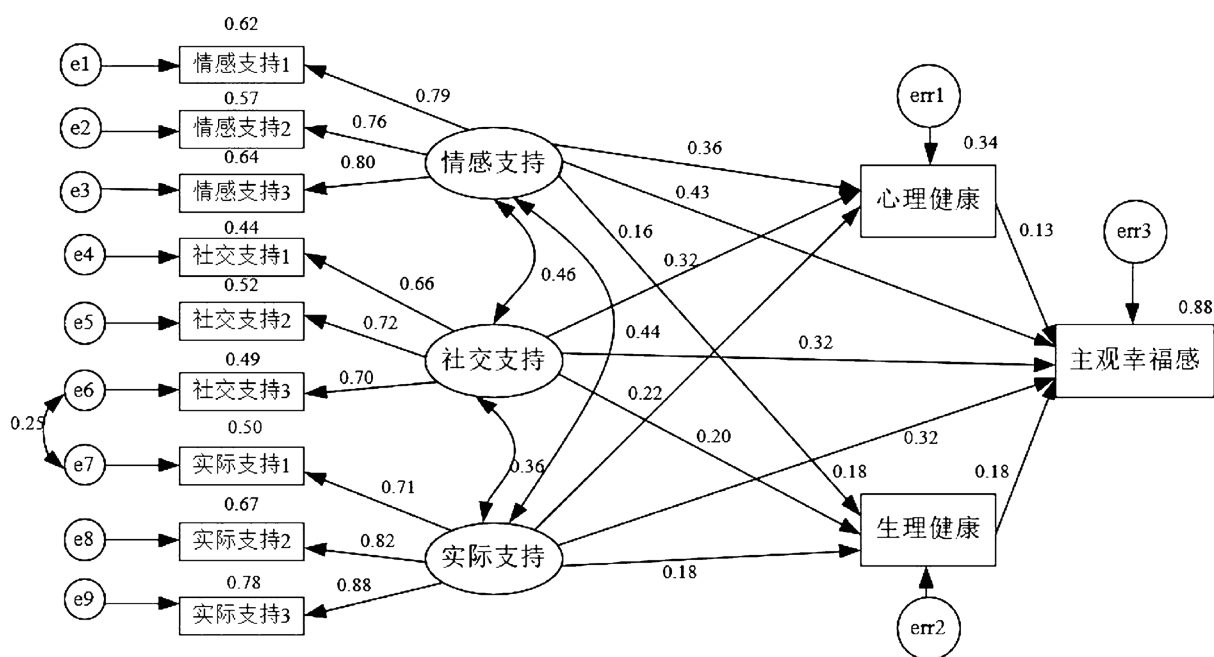


图 1 结构方程模型

表 2 结构方程模型拟合结果

χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA	TLI	CFI	IFI	Gammma Hat	NFI
69.141	42	1.646	0.964	0.933	0.046	0.976	0.985	0.985	0.933	0.963

表 3 生理健康和心理健康在社会支持与主观幸福感间的中介效应路径分析

路径	B	β	S.E.	C.R.	P	R ²
情感支持→心理健康	0.516	0.355	0.141	5.147	< 0.001	0.343
社交支持→心理健康	0.308	0.158	0.134	2.305	0.021	
实际支持→心理健康	0.312	0.219	0.087	3.585	< 0.001	
社交支持→生理健康	0.365	0.205	0.125	2.921	0.003	0.316
情感支持→生理健康	0.422	0.319	0.092	4.566	< 0.001	
实际支持→生理健康	0.237	0.183	0.083	2.946	0.003	
心理健康→主观幸福感	0.117	0.132	0.029	4.036	< 0.001	0.882
生理健康→主观幸福感	0.171	0.175	0.031	5.504	< 0.001	
情感支持→主观幸福感	0.552		0.429	0.058	8.591	< 0.001
社交支持→主观幸福感	0.553	0.319	0.075	7.358	< 0.001	
实际支持→主观幸福感	0.233	0.185	0.043	5.399	< 0.001	

由拟合结果可得出,健康在社交支持与主观幸福感之间的中介效应为 0.064,社交支持作用于主观幸福感的总效应为 0.383,可得出健康在社交支持与主观幸福感之间的中介效应比为 16.7%。健康在实际支持与主观幸福感之间的中介效应为 0.061,实际支持作用于主观幸福感的总效应为 0.246,可得出健康在实际支持与主观幸福感之间的中介效应比为 24.8%。健康在情感支持与主观幸福感之间的中介效应为 0.102,情感支持作用于主观幸福感的总效应为 0.531,

可得出健康在情感支持与主观幸福感之间的中介效应比为 19.2%。生理健康在社会支持与主观幸福感之间的中介效应为 0.124, 心理健康在社会支持与主观幸福感之间的中介效应为 0.097, 说明生理健康和心理健康在社会支持与主观幸福感之间起中介作用。

三、讨论

(一) 社会支持对流动人口主观幸福感有显著影响

在我国特殊的国内移民背景下, 上海市流动人口对城市及乡村的经济、政治、文化和环境产生了举足轻重的作用。本研究结果显示, 社会支持对流动人口主观幸福感有正向作用, 而且健康作为中介变量作用显著, 这表明健康能缓解个体的压力, 而社会支持作为一个外界因素, 能通过影响个体的生活条件、情绪等来影响幸福感。对于流动人口来说, 由于多数在外没有家人陪伴, 且承担着家庭的主要经济负担, 同时社会因素的存在使得这类人群缺乏关怀。出于传统观念的影响, 大多数人更喜欢稳定的生活而不倾向轻易迁居, 对故乡的眷恋和他乡的陌生均造成不同的幸福感体验。思维模式的转变、不同文化差异的冲击、周边人群的改变都会导致流动人口的主观幸福感降低。因此, 应提高流动人口的社会支持水平, 通过贯彻落实教育政策、降低随迁子女异地就读门槛、加强流动人口社区化管理等措施来提升流动人口的主观幸福感。

(二) 流动人口生理健康和心理健康在社会支持与主观幸福感间起中介作用

本研究结果显示, 流动人口生理健康、心理健康在社会支持与主观幸福感之间存在中介效应, 而且生理健康的中介效应更强。身体素质是个体在社会上生存的基础, 幸福的前提是身体无病无痛, 许多家庭都是被疾病拖累, 大大降低了生命质量, 甚至很多都是因病致贫, 所以生理健康是心理健康的基础, 对流动人口主观幸福感的影响较大, 当然心理健康也不可忽视。研究表明情感支持对主观幸福感的影响相对较大, 那么则需要着重强调这一方面。因此, 相关部门应完善相应的法律法规, 扩大保障性住房覆盖面, 加快统筹流动人口流入地和流出地的医保和信息登记管理, 建立统一的医保服务网站, 完善异地就医制度, 提高医疗保障水平。同时, 社区经费的足够投入是一个社区良好运行的重要前提, 由此相关部门应基于实事求是、合理充足的原则, 加强社区基础设施建设。而社会应在提供流动人口生活支持的基础上, 通过加强健康教育、宣传相关的疾病知识、定期组织流动人口体检等措施给予流动人口更多关爱。

本研究由于时间及经费的限制, 在样本选择上仅调研了浦东区、静安区、松江区、宝山区 4 个区的流动人口, 后期将扩大样本量, 纳入更多区, 并从纵向角度深入分析流动人口社会支持、健康状况与主观幸福感之间的因果关系, 为提升流动人口的主观幸福感提供参考。虽然本研究存在一定的局限性, 研究结果还需要进一步的证实, 但依然对社会的和谐发展具有一定的借鉴意义。我国流动人口主观幸福感降低已成为常态, 因此提高社会支持水平、加强健康教育、鼓励居民社会交往等是提升流动人口主观幸福感的有效途径。

上海外来务工人员健康知识、行为和能力现况调查

吕韵佳¹ 赵加奎² 施佳华

(1. 上海市黄浦区人口和计划生育指导中心, 上海 200011

2. 上海市黄浦区疾病预防控制中心, 上海 200011)

外来务工人员是指户籍地在老家, 进入城市从事非农产业劳动 6 个月及以上, 常住地在城区, 以非农业收入为主要收入的劳动者。上海市人力资源和社会保障局的数据显示, 2019 年全国各省市来沪人员为 463.3 万, 平均年龄仅为 32 岁, 是上海职业人群队伍中不可忽视的一支重要力量。外来务工人员普遍存在文化程度偏低、卫生意识淡薄、工作生活环境较差和缺乏医疗保障等情况, 这些因素将对他们的健康造成危害。多项研究表明, 外来务工人员已成为传染病、职业类型病、生殖健康问题和因工负伤的高风险人群。

本课题组对外来务工人员的健康知识、行为和能力现状进行调查, 并分析相关影响因素, 旨在了解上海外来务工人员的健康知识、行为和能力水平现状, 为开展外来务工人员健康促进相关实践活动和政策制定提供参考。

一、对象与方法

(一) 研究对象

在上海市居住、生活和工作累积达 6 个月以上, 年龄为 16~69 周岁的外来务工人员。

(二) 研究方法

1. 抽样方法

采用分层整群抽样的方法, 对上海市外来务工人员聚集的五类行业开展调查。其中建筑业 2 家、制造业 7 家、仓储物流业 2 家、餐饮服务业 3 家、生活服务业 5 家, 共有 19 家企业纳入调查。

2. 调查工具

采用自制的问卷进行调查。调查问卷分两部分: 第一部分为基本情况, 包括性别、年龄、户籍类型、文化程度、职业类型和本地定居时间。第二部分是测评题目, 选自“公民科学素质测评题库(健康部分)”四条基准的 26 个基准点, 共 40 题, 含判断题 6 题和选择题 34 题。内容包括“了解人体生理知识”(12 题 30 分)、“知道常见疾病和安全用药常识”(12 题 30 分)、“掌握饮食、营养基本知识, 养成良好生活习惯”(9 题 22.5 分)、“掌握常见事故的救援知识和急救方法”(7 题 17.5 分)。每题答对得 2.5 分, 答错得 0 分, 问卷总分为 100 分, 得分在 60 分及

基金项目: 上海市黄浦区拔尖医学人才培养计划课题(2019BJ13)。

本文转载自《健康教育与健康促进》2021年第3期

以上视为具备健康知识、行为和能力。信度方面, 问卷整体 Cronbach α 值为 0.790, 信度指标可以接受; 效度方面, 问卷内容选自中国公民科学素质测评题库(健康部分), 是国家正式颁布的基准题库, 具有权威性、科学性和实用性, 已经过数次全国公民科学素质测评的检验。

3. 调查方法

本调查采用现场发放调查问卷、现场回收的方式。调查员和质控员由经过统一培训的课题组成员担任。调查开始前由调查员向调查对象说明调查目的、方法、主要内容和保密措施等。问卷由调查对象独立填写, 填写完成后调查员进行现场质控, 不合格问卷重新填写。问卷回收后抽取 5% 的问卷进行复核。

(三) 统计学处理

使用 Excel 进行数据录入, 采用 SPSS22.0 统计软件进行分析与处理。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 进行统计描述, 采用 t 检验或方差分析进行统计推断; 计数资料的统计描述用率 (%) 表示, 采用多元线性回归进行影响因素分析。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

二、结果

(一) 人口学特征

共调查外来务工人员 1379 人。其中, 男性 965 人 (70.0%), 女性 414 人 (30.0%), 性别比为 2.33 : 1; 年龄最小 16 岁, 最大 64 岁, 平均 (33.34 ± 10.16) 岁; 农业户口 1070 人 (77.6%), 非农业户口 309 人 (22.4%); 文化程度以初中 (38.1%)、高中或中专 (38.1%) 为主; 定居本地的平均时间为 (5.55 ± 6.14) 年; 职业类型分布为建筑业 153 人 (11.2%)、制造业 324 人 (23.5%)、仓储物流业 508 人 (36.8%)、餐饮服务业 275 人 (19.9%)、生活服务业 119 人 (8.6%)。见表 1。

表1 调查对象的人口社会学特征分布

人口学特征	调查人数	构成比 (%)	人口学特征	调查人数	构成比 (%)
性别			户籍		
男	965	70.0	农业户口	1070	77.6
女	414	30.0	非农业户口	309	22.4
年龄 (岁)			文化程度		
≤ 24	302	21.9	小学及以下	154	11.2
25~	526	38.1	初中	525	38.1
35~	302	21.9	高中中专	525	38.1
45~	209	15.2	大专	133	9.6
55~	40	2.9	本科	42	3.0
定居本地时间 (年)			职业类型		
< 1	129	9.4	建筑业制造	153	11.2
1~	785	56.8	业仓储物	324	23.5
6~	234	17.0	流餐饮服务	508	36.8
10~	231	16.8	生活服务	275	19.9

(二) 健康知识、行为和能力水平现状

外来务工人员的健康知识、行为和能力水平偏低, 得分为 60 分以上的仅 279 人 (20.23%)。问卷总体得分为 46.18 ± 15.99 , 知晓率为 46.18%。人体生理知识得分为 14.72 ± 5.61 , 知晓率为 49.08%; 疾病和安全用药常识得分为 14.35 ± 5.84 , 知晓率为 47.84%; 饮食营养知识和良好生活习惯得分为 10.01 ± 4.76 , 知晓率为 44.50%; 事故救援知识和急救方法得分为 7.09 ± 4.06 , 知晓率为 40.54%。经统计学检验, 不同性别、文化程度、定居本地时间和职业类型的外来务工人员的总体健康知识、行为和能力水平有显著性差异 ($P < 0.05$)。女性的总体健康知识、行为和能力水平显著高于男性 ($P < 0.05$); 本科学历人群的总体健康知识、行为和能力水平显著高于大专及以下学历的人群 ($P < 0.05$); 定居上海 5 年以上人群的总体健康知识、行为和能力水平显著高于定居上海 5 年及以下的人群 ($P < 0.05$); 不同职业类型人群的健康知识、行为和能力有显著差异, 制造业人群最低, 餐饮服务业人群最高 ($P < 0.05$)。人体生理知识、疾病和安全用药常识、饮食营养知识和良好生活习惯、事故救援知识和急救方法的各组别差异情况与各组别在问卷总体上的差异分布情况一致。如表 2 所示。

表2 外来务工人员的健康知识、行为和能力水平现状 ($\bar{x} \pm s$)

组别	总体健康知识、 行为和能力水平	人体生理 知识	疾病和安全 用药常识	饮食营养知识和 良好生活习惯	事故救援知识和 急救方法
性别					
男	45.09 ± 16.39	14.52 ± 5.58	13.89 ± 5.88	9.77 ± 4.96	6.91 ± 4.17
女	48.74 ± 14.72	15.20 ± 5.65	15.44 ± 5.60	10.59 ± 4.20	7.52 ± 3.77
<i>t</i>	4.079	2.069	4.541	3.134	2.651
<i>P</i>	0.000	0.039	0.000	0.002	0.008
文化程度					
小学及以下	44.77 ± 14.91	13.77 ± 5.46	13.95 ± 5.47	10.47 ± 4.78	6.59 ± 3.64
初中	44.53 ± 15.84	14.47 ± 5.61	13.74 ± 5.59	9.38 ± 4.77	6.95 ± 4.32
高中中专	46.41 ± 15.41	14.90 ± 5.51	14.42 ± 5.85	10.13 ± 4.69	6.97 ± 3.70
大专	49.10 ± 16.89	15.19 ± 5.65	15.53 ± 6.20	10.58 ± 4.47	7.80 ± 4.34
本科	59.82 ± 18.60	17.80 ± 6.20	18.99 ± 6.35	12.98 ± 4.98	10.06 ± 4.43
<i>F</i>	10.761	4.955	9.876	7.430	7.620
<i>P</i>	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000
定居时间 (年)					
< 1	40.87 ± 15.43	13.35 ± 5.81	12.91 ± 5.54	8.41 ± 4.35	6.20 ± 4.11
1~	45.30 ± 15.85	14.33 ± 5.54	14.15 ± 5.70	9.81 ± 4.72	7.02 ± 4.25
6~	49.83 ± 17.34	15.90 ± 5.85	15.45 ± 6.48	10.77 ± 4.91	7.71 ± 3.85
10~	48.44 ± 14.23	15.64 ± 5.17	14.75 ± 5.57	10.82 ± 4.542	7.23 ± 3.50
<i>F</i>	11.377	9.503	6.142	9.715	4.096
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.007
职业类型					
建筑业	46.55 ± 17.39	13.58 ± 5.47	13.91 ± 5.51	11.88 ± 5.89	7.19 ± 3.76
制造业	39.06 ± 10.98	11.55 ± 4.22	12.74 ± 4.10	9.19 ± 3.86	5.58 ± 3.49
仓储物流	42.14 ± 15.25	14.23 ± 5.28	12.76 ± 5.66	8.57 ± 4.65	6.57 ± 4.21
餐饮服务	59.18 ± 14.31	18.60 ± 4.97	18.88 ± 5.91	12.22 ± 4.04	9.48 ± 3.60
生活服务	52.33 ± 12.30	17.96 ± 5.25	15.65 ± 5.08	10.90 ± 4.58	7.82 ± 3.69
<i>F</i>	94.046	89.493	70.602	39.745	42.667
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

（三）健康知识、行为和能力水平的影响因素分析

以总体健康知识、行为和能力水平作为因变量，将单因素分析中性别、文化程度、职业类型和定居时间等差异有显著性的因素作为自变量进行多元线性回归分析。结果显示，文化程度、本地定居时间和职业类型 3 个因素进入回归模型（ $F=37.846$ ， $P<0.05$ ）。见表 3。

表3 外来务工人员健康知识、行为和能力水平影响因素的线性回归分析

自变量	<i>b</i>		<i>t</i>	<i>P</i>
（常量）	47.517		22.086	0.000
文化程度				
初中	1.272	0.039	0.920	0.358
高中中专	1.588	0.048	1.193	0.233
大专	3.998	0.074	2.333	0.020
本科	11.472	0.123	4.600	0.000
小学及以下（对照组）本地定居时间（年）	0.000			
1~	3.298	0.102	2.409	0.016
6~	4.395	0.103	2.681	0.007
≥ 10	2.955	0.069	1.774	0.076
< 1（对照组）	0.000			
职业类型				
建筑业	-5.703	-0.112	-3.245	0.001
制造业	-13.745	-0.365	-8.922	0.000
仓储物流	-9.693	-0.292	-6.308	0.000
餐饮服务	5.796	0.145	3.677	0.000
生活服务业（对照组）				

三、讨论

健康知识、行为和能力是影响个人健康的重要因素。只有具备了正确的健康知识与理念，才能进一步转化为生活中的健康生活方式和行为，最终改善整体健康状况。

（一）全面普及健康知识和技能

外来务工人员的健康知识、行为和能力水平整体偏低。从健康科学素质基准的四个方面情况来看，外来务工人员对人体生理知识、疾病和安全用药常识掌握相对较好，对饮食营养和良好生活习惯掌握较差。这与流动人口健康素养水平分析结果相同：基本知识和理念素养水平最高，基本技能素养水平次之，健康生活方式与行为素养水平最低。此外，研究显示有 1/4 的外来务工人员在过去 1 年中出现过疾病症状，但去医院就诊的不足 50%，像腹泻、发烧等常见疾病的就诊率则更低，近 60% 的外来务工人员未接受过相关方面的健康教育。应强化外来务工人员的个人健康责任意识，以《中国公民健康素养——基本知识与技能（2015 版）》《流动人口健康教育核心信息及释义》为依据，加强外来务工人员对饮食营养和良好生活习惯的重视程度，

提高他们对于常见疾病的风险防控意识,全面普及健康知识和技能。

外来务工人员对事故救援知识和急救方法掌握较差,提示他们对职业危险因素的认识和防护能力不足。中国伤害预防报告显示,我国每年因意外伤害死亡的人数约占死亡总人数的 9%,居死因谱中第 5 位。意外伤害死亡占流动人口总死亡的 64.44%,其中有很大一部分是从事制造业、仓储物流和建筑业的外来务工人员。应加强对外来务工人员事故救援知识和急救技能的培训,减少意外伤害的发生。

(二) 开发有针对性的健康教育模式

文化程度、本地定居时间和职业类型与健康知识、行为和能力水平有关联。文化程度越高,健康知识、行为和能力水平也越高,这与全国居民健康素养调查结果一致。定居本地的时间越长,外来务工人员的健康知识、行为和能力水平也逐渐提高。接受公共健康教育可以显著提升流动人口的健康水平。随着本地定居年限的增加,外来务工人员接受了更多的健康知识并逐渐被城市所同化,他们的健康知识、行为和能力水平也得到提高。制造业的健康知识、行为和能力水平最低,其次是仓储物流业和建筑业,餐饮服务业最高,这与已有文献结果一致。餐饮服务业通常会组织岗前培训,培训和健康体检合格者方可上岗;卫生监督部门会定期组织监督,从业人员的健康知识、行为和能力水平相对较好。

健康教育应重点关注在本地定居时间未满 5 年、文化程度偏低的外来务工人员群体,结合外来务工人员的个人特征以及健康需求情况,采取不同的健康教育模式。依托国家基本公共卫生服务项目,对不同职业类型人群采取针对性的健康教育,保障外来务工人员的合法权益。

(三) 社会各界共同落实外来务工人员健康教育

社会健康教育的重视程度也会影响外来务工人员的健康知识、行为和能力水平。要从整个社会环境入手,制定健康教育与健康促进政策,开展健康支持性环境建设,营造良好的健康教育社会氛围。政府部门应完善跨省卫生服务体系,注重外来务工人员的社会融入问题与居住地公共服务的可及性;企业、行业协会、工会组织等部门应对外来务工人员大力普及健康教育,尤其是对职业类型病、慢性病、传染病、心理健康等知识的宣传,根据不同特点与需求主动提供个性化的健康教育;社区应充分发挥基层网络服务体系的作用,为外来务工人员建立完善的社区居民健康档案。多部门合作联合开展健康知识普及和健康管理,提高外来务工人员健康知识水平,引导他们养成健康文明的生活习惯。

外来务工人员是健康弱势群体,他们的健康知识、行为和能力水平受到经济、文化、教育、地域发展水平等因素的影响和制约。应以“大健康”为主旨,贯彻以人民为中心的发展理念,全面深入落实《健康上海行动(2019-2030)年》规划纲要,各方共同协调开展外来务工人员健康教育和健康促进活动,帮助其提高健康知识水平,树立健康信念,掌握维护自身健康的必要技能,提升健康素养水平,最终提升全民健康水平和生命质量。

流动人口基层医疗卫生机构首诊现状及影响因素分析

廖智柳, 王德文, 张宇轩

(厦门大学公共事务学院, 福建 厦门 361005)

一、引言

建立分级诊疗制度, 是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措, 对深化医药卫生体制改革、提高人民健康水平、保障和改善民生有重要意义。《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》首次将开展分级诊疗制度试点放在深化医改的首位, 指出到 2020 年, 基本建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度。其中, 基层首诊是指当居民有健康问题时, 首先选择到就近的基层医疗卫生机构进行就诊, 对于超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病, 由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。基层首诊不仅可以方便居民就近就诊治疗, 降低居民的医药负担, 还可以合理分流患者, 缓解综合医院和专科医院的诊疗压力, 提高医疗卫生资源的优化配置。由于就医观念的根深蒂固, 我国居民不管疾病的严重程度, 大多还是愿意首先到大医院就诊, 造成基层医疗卫生机构“门可罗雀”, 而大医院出现“人满为患”、“小病大医”现象。学界关于基层首诊的相关研究主要集中在以本地户籍居民为调查对象。从已有文献来看, 影响居民不愿意选择到基层首诊与基层医疗设备落后、基层医生技术水平低、不信任等因素有关。此外, 居民的年龄、有无医疗保险, 受教育程度、经济水平等因素也对选择到基层首诊有影响。然而, 关于流动人口选择到基层首诊的情况及影响因素的研究却相对缺乏。截止 2017 年年末, 流动人口仍占总人口的 17.6% (共 2.44 亿人)。尽管我国流动人口的规模正在进入调整期, 大规模的人口流动在今后较长一段时期内仍是社会经济和人口发展中的一个重要现象。流动人口因其流动性较大、收入水平较低以及生活质量及居住环境卫生状况较差, 导致其患病机会较多。流动人口基层首诊率低将阻碍我国分级诊疗制度的全面建立。因此, 为了解流动人口的基层首诊状况及其影响因素, 本研究基于 2017 年全国流动人口动态监测调查数据, 分析影响流动人口基层首诊的影响因素, 为促进和完善流动人口基层首诊服务政策的制定和实践提供参考依据。

(一) 资料与方法

1. 资料来源

本研究选取 2017 年全国流动人口卫生计生动态监测调查数据, 调查于 2017 年 5 月在全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团共 32 个省级单位流动人口较为集中的流入地抽取居住在本地的 N1 个月、非本区(县、市)户口且 2017 年 5 月年龄 N 15 周岁流入人口作为调查对象,

采取分层、多阶段、与规模成比例概率抽样方法进行流动人口动态监测抽样。本研究中筛选出最近 1 次患病(负伤)或身体不适情况的流动人口,并剔除了相关变量缺失的样本,最终有效样本数为 82734 人。

2. 方法

通过选拔基层业务骨干作为调查指导员和调查员进行集中培训以确保能够准确和统一的理解调查内容。调查员直接访问被调查对象并填写个人问卷。本次调查问卷使用全国流动人口卫生计生动态监测 2017 年调查问卷中的个人问卷。主要包括性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、家庭月均总收入、户口性质、流动时间、流动范围、流入地区域、自评健康状况、是否患慢性病、是否参加医疗保险、居住地到最近医疗服务机构所需时间等。本文所指的基层医疗卫生机构包括本地社区卫生站、社区卫生中心和街道卫生院。是否患慢性病依据问卷中所设计的问题“您是否患有医生确诊的高血压或Ⅱ型糖尿病?”,只要患以上任意一种慢性病就认定为患慢性病,否则为无。

3. 统计分析

本研究利用 SPSS 25.0 统计软件进行数据的描述和回归等统计分析。采用卡方检验进行单因素分析,采用二分类 logistic 回归进行多因素分析,以 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

(二) 结果

1. 样本基本情况

调查的 82734 流动人口中男,非农业户口 18664 人(22.6%),农业户口 64070 人(77.4%);家庭月均总收入 ≤ 5000 元 25323 人(30.6%),5001 ~ 10000 元 47149 人(57.0%), >10000 元 10262 人(12.4%);流动时间 0 ~ 5 年 46221 人(55.9%),6 ~ 9 年 16346 人(19.8%), >10 年 20167 人(24.4%);流动范围跨省 40283 人(48.7%),省跨市 28096 人(34.0%),市内跨县 14355 人(17.4%);流入地区域为东部地区 36973 人(44.7%),中部地区 13857 人(16.7%),西部地区 25974 人(31.4%),东北地区 5930 人(7.2%);愿意落户 32534 人(39.3%),不愿意落户 29130 人(35.2%)、没想好 21070 人(25.5%);居住地到最近医疗服务机构所需时间 ≤ 15 分钟 69751 人(84.3%), >15 分钟 12983 人(15.7%);自评健康状况为不健康 3535 人(4.3%),基本健康 16030 人(19.4%),健康 63169 人(76.4%);慢性病患者 5656 人(6.8%),未患慢性病 75288 人(91.0%),未就诊 1790 人(2.2%);至少参加过一项医疗保险的有 76346 人(92.3%),未参加过任何医疗保险 6388 人(7.7%)。

2. 流动人口选择到基层首诊现状(见表 1、表 2)

82734 名流动人口最近 1 次患病(负伤)或身体不适时首诊选择到基层医疗卫生机构就诊的有 15936 人,仅占 19.3%。12632 人(15.3%)的流动人口首诊选择到本地个体诊所,13427 人(16.2%)的流动人口首诊选择到本地综合/专科医院。25549 人(30.9%)的流动人口选择去本地药店,首诊选择在老家治疗、本地和老家以外的其他地方分别占比为 0.6%(493 人)和 0.4%(291 人),另外有 14406 人流动人口患病后却选择不治疗,占 17.4%。单因素分析结果表明,不同特征流动人口患病(负伤)后选择到基层首诊情况不同。不同年龄、婚姻状况、受

教育程度、户口类型、家庭月均总收入、流动时间、流动范围、流入地区域、落户意愿、自评健康状况、是否患慢性病、有无参加医疗保险、居住地到最近医疗服务机构所需时间的流动人口之间差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。但性别对流动人口选择到基层首诊的影响未有显著的统计学差异 ($P > 0.05$)。

表1 2017年流动人口最近一次患病（负伤）或身体不适就医首诊地点选择状况

首诊地点	人数	百分比 (%)	累积百分比 (%)
基层医疗卫生机构（本地社区卫生站、社区卫生中心、街道卫生院）	15936	19.3	19.3
本地个体诊所	12632	15.3	34.5
本地综合 / 专科医院	13427	16.2	50.8
本地药店	25549	30.9	81.6
在老家治疗	493	0.6	82.2
本地和老家以外的其他地方	291	0.4	82.6
哪也没去，没治疗	14406	17.4	100.0
合计	82734	100.0	

表2 2017年不同特征流动人口选择到基层首诊情况比较

特征	调查人数	选择基层首诊人数	基层首诊率 (%)	χ^2 值	P 值
性别					
男性	41554	8034	19.3	0.279	0.597
女性	41180	7902	19.2		
年龄组（岁）				35.603	0.000
15~24	11026	2304	20.9		
25~34	32565	6306	19.4		
35~44	21431	4101	19.1		
45~54	12837	2345	18.3		
55~64	3242	561	17.3		
≥ 65	1633	319	19.5		
婚姻状况				5.946	0.015
在婚	67902	12973	19.1		
不在婚	14832	2963	20.0		
受教育程度				37.104	0.000
小学及以下	14346	2706	18.9		
初中	35334	6994	19.8		
高中 / 中专	17976	3573	19.9		
大专及以上	15078	2663	17.7		
户口类型				52.039	0.000
农业	64070	12683	19.8		
非农业	18664	3253	17.4		
家庭月均总收入（元）				27.242	0.000
≤ 5000	25323	4715	18.6		
5001~10000	47149	9367	19.9		
>10000	10262	1854	18.1		

表2 2017年不同特征流动人口选择到基层首诊情况比较 (续)

特征		调查人数	选择基层 首诊人数	基层首诊率 (%)	χ^2 值	P 值
流动时间 (年)	0~5	46221	9087	19.7	11.493	0.003
	6~9	16346	3100	19.0		
	≥ 10	20167	3749	18.6		
流动范围	市跨县	14355	2293	16.0	149.439	0.000
	省跨市	28096	5334	19.0		
	跨省	40283	8309	20.6		
流入地区域	东部	36973	8429	22.8	660.775	0.000
	中部	13857	2496	18.0		
	西部	25974	4340	16.7		
	东北	5930	671	11.3		
落户意愿	愿意	32534	6765	20.8	101.683	0.000
	不愿意	29130	5123	17.6		
	没想好	21070	4048	19.2		
自评健康状况	不健康	3535	518	14.7	68.320	0.000
	基本健康	16030	2932	18.3		
	健康	63169	12486	19.8		
是否患慢性病	否	75288	14587	19.4	15.759	0.000
	是	5656	1068	18.9		
	未就诊	1790	281	15.7		
是否参加医疗保险	无	6388	1117	17.5	14.037	0.000
	有	76346	14819	19.4		
居住地到最近医疗服务机构所需时间 (min)	≤ 15	69751	13843	19.8	97.673	0.000
	>15	12983	2093	16.1		

3. 流动人口选择到基层首诊影响因素二分类 logistic 回归分析 (见表 3)

以流动人口选择基层卫生机构首诊情况为因变量 (0= 否、1= 是), 以年龄、婚姻状况等因素为自变量建立二分类 logistic 回归模型。结果显示 (见表 3), 除婚姻外, 其他变量对流动人口基层首诊的影响均显著。首先, 年龄 ≥ 65 岁的流动人口更倾向于选择到基层首诊; 农业户口流动人口选择到基层首诊的可能性是非农业户口就诊的 1.169 倍; 学历为高中及中专、初中、小学及以下的流动人口选择到基层首诊的可能性是学历为大专及以上学历的流动人口的 1.143 倍、1.139 倍和 1.141 倍; 家庭月均总收入 ≤ 5000 元和 5001 - 10000 元的流动人口选择到基层首诊的可能性是收入 > 10000 元的流动人口的 1.206 倍和 1.196 倍。其次, 流动特征方面, 流动时间 0 ~ 5 年的流动人口选择基层首诊的可能性是 ≥ 10 年的 1.052 倍; 流动范围越小, 选择到基层首诊的可能性越小。东部、中部和西部地区流动人口选择到基层首诊的可能性分别为东北地区流动人口的 2.235 倍、1.740 倍和 1.518 倍; 愿意落户的流动人口选择基层首诊的可能是不愿

意落户流动人口的 1.228 倍。此外，自评健康状况为基本健康和健康的流动人口选择到基层首诊的可能性是不健康的 1.241 倍和 1.317 倍；患慢性病的流动人口选择到基层首诊的可能性是未患有慢性病流动人口的 1.095 倍；参加医疗保险的流动人口选择到基层首诊的可能性是未参加医疗保险的 1.128 倍；居住地到最近医疗服务机构所需时间 ≤ 15 分钟流动人口选择到基层首诊可能性是 > 15 分钟的流动人口的 1.256 倍。

表3 流动人口选择基层首诊影响因素二分类logistic回归分析

因素	参照组				WaldX2 值	P 值	OR 值	95% CI
年龄（岁）	15~24	≥ 65	-0.188	0.074	6.363	0.012	0.829	0.716~0.959
	25~34		-0.242	0.070	11.909	0.001	0.785	0.684~0.901
	35~44		-0.244	0.069	12.329	0.000	0.784	0.684~0.898
	45~54		-0.261	0.070	14.133	0.000	0.770	0.672~0.882
	55~64		-0.222	0.079	7.887	0.005	0.801	0.686~0.935
婚姻状况	不在婚	在婚	0.016	0.028	0.299	0.585	1.016	0.961~1.074
受教育程度	高中 / 中专	大专及以上	0.134	0.030	20.358	0.000	1.143	1.079~1.212
	初中		0.131	0.028	21.191	0.000	1.139	1.078~1.205
	小学及以下		0.132	0.036	13.163	0.000	1.141	1.062~1.225
户口类型	农业	非农业	0.156	0.024	41.997	0.000	1.169	1.115~1.225
家庭月总均收入（元）	≤ 5000	>10000	0.187	0.033	31.494	0.000	1.206	1.130~1.288
	5001-10000		0.179	0.029	37.395	0.000	1.196	1.129~1.266
流动时间（年）	0~5	≥ 10	0.051	0.023	4.843	0.028	1.052	1.006~1.101
	6~9		0.033	0.028	1.396	0.237	1.033	0.979~1.091
流动范围	省跨市	市跨县	0.173	0.028	38.474	0.000	1.189	1.126~1.256
	跨省		0.158	0.028	30.668	0.000	1.171	1.107~1.238
流入地区域	东部	东北	0.804	0.044	331.456	0.000	2.235	2.049~2.437
	中部		0.554	0.048	134.525	0.000	1.740	1.584~1.910
	西部		0.418	0.045	86.873	0.000	1.518	1.391~1.658
落户意愿	愿意	不愿意	0.205	0.021	92.298	0.000	1.228	1.178~1.281
	没想好		0.110	0.024	21.740	0.000	1.116	1.066~1.169
自评健康状况	基本健康	不健康	0.216	0.054	16.014	0.000	1.241	1.116~1.379
	健康		0.276	0.053	27.186	0.000	1.317	1.188~1.461
是否患慢性病	是	否	0.091	0.039	5.370	0.020	1.095	1.014~1.182
	未就诊		-0.191	0.066	8.263	0.004	0.826	0.725~0.941
是否参加医疗保险	是	否	0.121	0.035	11.965	0.001	1.128	1.054~1.208
居住地到最近医疗服务机构所需时间（min）	≤ 15	>15	0.228	0.026	77.121	0.000	1.256	1.194~1.322

三、讨论与建议

1. 流动人口基层医疗卫生机构首诊现状

本研究结果显示,流动人口患病(负伤)后基层首诊率仅为 19.3%,与 2015 年 9 月国务院发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中分级诊疗试点工作考核评价标准中居民两周患病首选基层医疗卫生机构的比例 $\geq 70\%$ 有显著差距。这提示流动人口患病(负伤)选择到基层首诊意愿较低,基层医疗资源利用不足。

2. 社会人口学特征、流动特征和健康需求是流动人口基层首诊的影响因素

本研究结果显示,年龄 ≥ 65 岁的流动人口患病后更倾向于选择到基层首诊,这与汪曾子的研究结果相一致。农业户口的流动人口相较于非农业流动人口更加倾向于选择到基层首诊,与田壮等人研究结果相一致,这可能是因为农业户口的流动人口收入较低,患病后更愿意选择到费用较低且较近的基层首诊有关。流动特征方面,流动时间越长、流动范围为市跨县的流动人口选择基层首诊意愿较低,这可能与流动人口在流入地居住时间越长、流动范围越小对流入地基层医疗卫生服务更加熟悉有关。从流动地区来看,东北地区的流动人口相较于东、中、西部的流动人口选择基层首诊意愿较低,这可能与东北地区医疗卫生服务的可及性较低有关。愿意落户的流动人口更倾向于选择到基层首诊,这可能与有落户意愿的流动人口更愿意主动去寻求与流入地居民一样优质的基本医疗卫生服务有关。此外,自评健康状况为不健康的流动人口选择到基层首诊的意愿更低,这可能是因为:一方面对基层医疗卫生机构水平不信任,另一方面现行医疗保险制度允许患者自由选择医疗机构就诊有关。患有慢性病的流动人口更倾向于在基层首诊,这可能与慢性病患者因基层医疗机构就诊更方便,而大医院就诊等待时间较长有关。

3. 社会经济地位、医疗保险和医疗服务可及性是流动人口患病后选择到基层首诊的重要影响因素

社会经济地位方面,受教育程度较低者更愿意选择到基层首诊,这与王颖研究结果相一致。高收入者选择到基层首诊的意愿较低。其可能的原因:一方面与高收入流动人口的就医成本不受经济约束而扩大医疗选择权有关;另一方面与高收入流动人口更关注就医机构的医疗技术水平、医疗设备及服务质量有关。目前,我国基层医疗卫生机构存在医疗技术水平较低、医疗设备和药物配备相对不够完全、服务质量相对较差等一系列问题。因而,高收入者更倾向选择医疗设备更好、医疗条件更优的大医院就诊。在医疗保险方面,未参加医疗保险的流动人口选择到基层首诊的意愿较低,这可能与未参加医保者缺乏支付医疗服务的能力、对基层医疗卫生机构不了解或医疗保险异地结算困难有关。医疗服务的可及性方面,居住地到最近医疗服务机构所需时间在 15 分钟以内,流动人口更容易选择基层首诊,这可能是因为流动人口患病后选择就诊地点会考虑医疗服务的可及性,在距离二三级医疗机构较远的情况下,更愿意选择离居住地较近且费用较低的基层首诊有关。

3.4 建议

基层首诊是影响流动人口分级诊疗的重要因素,通过基层首诊使流动人口常见病、多发病

患者得到连续、有效、方便的医疗卫生服务,从而提高流动人口的健康水平。为推动流动人口基层首诊的利用,建议如下。第一,政府应重点引导流动人口中高龄老人、低学历、农业户口等弱势群体到基层首诊,优化各区域内医疗卫生服务资源,尤其是加强东北地区基层医疗卫生机构的建设。第二,大部分流动人口来自经济欠发达地区,从事相对繁重的工作,收入较低者关注更多的是自身的收入问题而忽略疾病风险,只有当自身患重大疾病而无法支付昂贵的医疗费用时才会认识到医疗保险的重要性。本研究中流动人口的参保率仅为 92.3%,与我国居民基本医疗保险覆盖率 95.1% 有一定的差距,未参加医疗保险者一旦生病,将会给家庭带来沉重的经济负担。医疗保险是流动人口能够享有基本医疗服务的保障,是疾病风险共担的有效机制。医保报销也是流动人口分级诊疗制度形成和完善的调节“杠杆”因此,一方面针对未参加医疗保险的流动人口,应提高医疗保险的流动性和扩大医疗保险的覆盖面,提高基本医疗服务和基本公共卫生服务对未参加医保流动人口的可及性。另一方面,应合理利用医疗保险的“杠杆”调节作用,通过分级诊疗的规范路径对不同层级的医疗机构实行差异化的流动人口医保报销政策,使流动人口参保者在基层首诊可享受一定比例的门诊医保报销待遇,从而增加流动人口患病后选择到基层首诊意愿。第三,应提高基层医疗机构慢性病管理的服务能力和医疗技术水平。鼓励专科医院专家到基层医疗卫生机构出诊或指导基层医务人员的医疗技术水平,努力提高医疗服务质量和医疗设备水平,改善基层医疗机构的就诊环境,吸引更多的流动人口选择到基层首诊。同时重点引导慢性病患者到基层就诊,并加强流动人口家庭医生签约服务中慢性病管理质量,为流动人口中慢性病患者选择在基层首诊提供有力条件。第四,应在流动人口相对聚集的社区宣传基层医疗卫生机构等候时间短、就诊流程相对简单等优点,增强流动人口患病后选择基层首诊的意愿。

上海市流动老年人口卫生服务利用情况及其影响因素混合研究

王泳仪^{1, 2}, 王伟¹, 严非¹

(1. 复旦大学公共卫生学院, 上海 200032 ;

2. 广东省深圳市南山区慢性病防治院, 深圳 518054)

近年来, 家庭化迁移已成为我国人口流动迁移的主体模式, 随子女流动的老年人口数量呈逐年递增趋势。上海市第六次人口普查数据显示, 上海市外省市来沪常住人口为 897.70 万, 其中 60 岁及以上人口为 23.41 万。目前关于流动老年人口就医行为的研究较少。本研究利用 2015 年国家卫生计生委全国流动人口动态监测数据和定性访谈数据, 了解上海市流动老年人口卫生服务利用情况, 并对其影响因素进行分析, 从而为流动老年人口就医问题提供相关政策建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究采取量性研究和质性研究相结合的研究方法。

1.1.1 量性资料

来源于 2015 年国家卫生计生委全国流动人口动态监测项目的数据。调查主要采用多阶段、分层、按规模大小成比例的概率抽样法 (PPS 抽样法), 首先按全国 31 个省 (直辖市、自治区) 和新疆生产建设兵团分层, 再逐步分层到省内城市、乡镇街道、村委会, 最后以个体为单位进行抽样。其中流动老年人专题调查部分, 调查对象为北京、上海、大连、无锡、杭州、合肥、广州及贵阳 8 个城市抽中的户籍人口家庭中全部的 60 岁及以上流动人口。本文主要研究上海市流动老年人口卫生服务利用情况, 故选取老年人口医疗卫生服务部分数据, 最终得到上海市有效样本量 752 个。

1.1.2 质性资料

来源于上海市流动老年人口访谈资料, 访谈对象为在上海市居住 6 个月以上、无上海市户籍的 60 岁及以上老年人。采用方便抽样法, 根据上海市流动老年人的主要流动原因 (照顾子女或者孙辈、经商务工、养老、知青返沪), 在上海市城区选择流动人口较多的 3 个社区, 根据信息饱和原则, 选取 30 例不同流动原因的流动老年人进行定性访谈。受访者平均年龄 (61.84 ± 5.67) 岁, 其他基本情况见表 1。

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (71403007); 国家卫生计生委流动人口计划生育服务管理司委托项目; 复旦大学新进 青年教师科研起步项目
本文转载自《中国全科医学》2019年第一期。

表 1 30 例受访者的基本情况

项目	例数	构成比 (%)
性别		
男	3	10
女	27	90
婚姻状况		
在婚	28	93.3
丧偶	2	6.7
文化程度		
不识字或识字很少	6	20
小学	5	16.7
初中	12	40
高中及以上	7	23.3
户口性质		
城镇户口	9	30
农业户口	21	70
流动原因		
照顾子女或者孙辈	14	46.7
务工经商	9	30
知青返沪	7	23.3
主要经济来源		
劳动收入	12	40
退休金、养老金和土地租金	17	56.7
子女提供	1	3.3
居住情况 ^a		
只与配偶同住	11	36.7
与配偶、子女同住	11	36.7
与子女同住、未和配偶同住 与东家同住	6	20
保险类型	2	6.7
原籍地新型农村合作医疗保险原籍地城镇职工医疗保险		
上海市职工医疗保险	12	40
无保险	11	36.7

注：a 因为修约，构成比之和非 100.0%

1.2 研究方法

1.2.1 量性研究部分

收集的资料包括年龄、性别、婚姻状况等基本情况以及患轻症时的诊治情况（用以评价卫生服务利用情况）。采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据整理和分析，计数资料采用相对数表示，组间比较采用 χ^2 检验。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。上海市流动老年人口卫生服务利用的影响因

素采用二分类 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.2.2 质性研究部分

研究小组在 2015 年 9 ~ 12 月对 30 例流动老年人进行个人深入访谈,访谈主要内容包括上海市流动老年人的基本社会经济特征、健康状况和生活质量、卫生服务需求、卫生服务的利用情况及存在的问题等。访谈地点选择在社区卫生服务中心,由 1 名项目组成员作为主要访谈者按照提纲开展访谈,1 名项目组成员记录信息,并做好录音。访谈结束后,结合访谈笔记,根据访谈录音,将录音人工转化为 word 文档,使用 MAXQDA 软件,按照主题和亚主题编码、归类,进行归纳性的描述、整理和分析。

2 结果

2.1 上海市流动老年人口的基本情况

根据 2015 年国家卫生计生委全国流动人口动态监测项目的数据,上海市 752 例流动老年人年龄 60-88 岁,平均 (66.43 ± 5.55) 岁,男 378 例 (50.3%),女 374 例 (49.7%);婚姻状况以初婚为主,有 646 例 (85.9%),其次为丧偶,有 87 例 (11.6%);文化程度以初中学历为主,有 225 例 (29.9%),其次为小学学历,有 181 例 (24.1%);农业户口者 343 例 (45.6%),城镇非农业户口者 409 例 (54.4%);流动原因以照顾子女或者孙辈为主,有 391 例 (52.0%),其次为养老,有 168 例 (22.3%),第三为务工经商,有 114 例 (15.2%);流动时间 < 3 年者 241 例 (32.0%), ≥ 3 年且 < 5 年者 96 例 (12.8%), ≥ 5 年且 < 10 年者 218 例 (29.0%), ≥ 10 年者 197 例 (26.2%);主要经济来源为退休金 / 养老金者 433 例 (57.6%),其次为家庭其他成员资助 162 例 (21.5%),第三为劳动收入 86 例 (11.4%);484 例 (64.4%) 有医疗保险,其中 467 例 (96.5%) 在户籍地参保;本地朋友数量 3 ~ 6 个者 526 例 (69.9%);728 例 (96.8%) 自评身体健康 / 基本健康,174 例 (23.1%) 患有高血压或糖尿病 (见表 2)。

2.2 上海市流动老年人口的卫生服务利用情况

752 例流动老年人中,平常患轻症时,选择就医者 427 例 (56.8%),在本地找 / 买药或自我治疗者 279 例 (37.1%),从老家带药者 18 例 (2.4%),不处理等待自愈者 20 例 (2.7%),其他 8 例 (1.0%)。从定性访谈中了解到,大部分流动老年人口由于没有上海市医保,并且对户籍地医院更熟悉,所以选择回户籍地住院。

单因素分析结果显示,不同户口性质、流动原因、保险类型、本地朋友数量的流动老年人口患轻症时是否就医的选择比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 2)。

从访谈中了解到,流动老年人口在患病时更多地选择到上海市社区卫生服务机构看病,社区卫生服务机构离居住地近,方便流动老年人口就医。大部分流动老年人口表示对社区卫生服务机构比较熟悉,医务人员态度好,并在社区卫生服务机构签订了家庭医生,所以更加愿意到社区卫生服务机构就医。

表 2 上海市流动老年人口卫生服务利用影响因素的单因素分析〔n (%)〕

项目	例数	就医率	χ^2 值	P 值	项目	例数	就医率	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)			0.588	0.745	主要经济来源			6.306	0.278
60-69	580	325 (56.0)			劳动收入	86	41 (47.7)		
70-79	148	88 (59.5)			储蓄及理财	19	13 (68.4)		
≥ 80	24	14 (58.3)			离退休金 / 养老金	433	258 (59.6)		
性别			2.013	0.156	最低生活保障金	12	7 (58.3)		
男	378	205 (54.2)			家庭其他成员资助	162	86 (53.1)		
女	374	222 (59.4)			其他	40	22 (55.0)		
婚姻状况			0.77	0.38	保险类型			27.37	<0.001
未婚 / 离异 / 丧偶	102	62 (60.8)			新型农村合作医疗保险	224	108 (48.2)		
初婚 / 再婚	650	365 (56.2)			城乡居民合作医疗保险	28	23 (82.1)		
文化程度			4.025	0.546	城镇居民医疗保险	98	65 (66.3)		
不识字或识字很少	107	62 (57.9)			城镇职工医疗保险	115	53 (46.1)		
小学	181	98 (54.1)			公费医疗	19	12 (63.2)		
初中	225	122 (54.2)			以上都没有	69	39 (56.5)		
高中 / 中专	131	75 (57.3)			不清楚	199	127 (63.8)		
大学专科	57	37 (64.9)			保险参保地 ^a			3.254	0.197
大学本科	51	33 (64.7)			本地	14	6 (42.9)		
户口性质			6.137	0.013	户籍地	467	252 (54.0)		
农业户口	343	178 (51.9)			其他地方	3	3 (100.0)		
城镇户口	409	249 (60.9)			本地朋友数量 (个)			19.303	<0.001
流动原因			15.126	0.01	0	98	43 (43.9)		
务工经商	114	52 (45.6)			1 ~ 2	128	58 (45.3)		
照顾子女	158	90 (57.0)			3 ~ 5	204	126 (61.8)		
照顾孙辈	233	124 (53.2)			≥ 6	322	200 (62.1)		
治病	2	1 (50.0)			自评健康状况			1.211	0.271
养老	168	113 (67.3)			健康 / 基本健康	728	416 (57.1)		
其他	77	47 (61.0)			不健康 / 生活不能自理	24	11 (45.8)		
流动时间 (年)			2.893	0.408	是否患有高血压或糖尿病			0.537	0.464
0 ~	241	133 (55.2)			否	578	324 (56.1)		
3 ~	96	51 (53.1)			是	174	103 (59.2)		
5 ~	218	134 (61.5)							
10 ~	197	109 (55.3)							

注：^a统计对象为参保者

2.3 影响上海市流动老年人口卫生服务利用的多因素分析

以患轻症时是否就医为因变量,以年龄、性别、婚姻状况、文化程度、户口性质、流动原因、流动时间、经济来源、保险类型、保险参保地、本地朋友数量、自评健康状况、是否患有高血压或糖尿病为自变量,进行 Logistic 回归分析。结果显示:流动原因及本地朋友数量是流动老

年人口在患轻症时是否就医的影响因素 ($P < 0.05$, 见表 3)。在本地拥有 3 ~ 5 个或 ≥ 6 个朋友的流动老年人口, 比在本地没有朋友的流动老年人口更有可能选择就医; 不同流动原因的流动老年人口对轻症处理情况也有所差异, 与来沪养老者相比, 来沪经商务工和照顾子女或孙辈者较少选择到医疗机构看病就医。

表3 上海市流动老年人口卫生服务利用影响因素的Logistic 回归分析

自变量 b	SE	χ^2 值	Wald	P 值	OR (95%CI)
年龄 (岁, 以 60-69 为对照)					
70-79	0.021	0.210	0.010	0.919	1.021 (0.677, 1.542)
≥ 80	-0.247	0.477	0.238	0.605	0.781 (0.307, 1.991)
性别 (以男为对照)					
女	0.148	0.163	0.824	0.364	1.159 (0.843, 1.595)
婚姻状况 (以未婚 / 离异 / 丧偶为对照)					
初婚 / 再婚	-0.240	0.252	0.905	0.341	0.787 (0.480, 1.289)
文化程度 (以不识字或识字很少为对照)					
小学	-0.213	0.266	0.644	0.422	0.808 (0.480, 1.360)
初中	-0.370	0.276	1.802	0.179	0.690 (0.402, 1.186)
高中 / 中专	-0.332	0.318	1.087	0.297	0.718 (0.384, 1.339)
大学专科	-0.149	0.403	0.136	0.712	0.862 (0.391, 1.900)
大学本科	-0.158	0.418	0.142	0.706	0.854 (0.376, 1.939)
户口性质 (以农业户口为对照)					
城镇户口	0.230	0.213	1.161	0.281	1.258 (0.828, 1.911)
流动原因 (以养老为对照)					
务工经商	-0.907	0.360	6.334	0.012	0.404 (0.199, 0.818)
照顾子女或孙辈	-0.522	0.217	5.801	0.016	0.594 (0.388, 0.907)
治病 / 其他	-0.328	0.304	1.164	0.281	0.720 (0.397, 1.307)
流动时间 (年, 以 0 ~ 为对照)					
3~	-0.210	0.256	0.673	0.412	0.810 (0.491, 1.339)
5~	0.156	0.202	0.597	0.440	1.169 (0.787, 1.737)
10~	-0.078	0.219	0.125	0.723	0.925 (0.602, 1.422)
主要经济来源 (以劳动收入为对照)					
储蓄及理财	0.484	0.601	0.648	0.421	1.622 (0.500, 5.266)
离退休金 / 养老金	-0.099	0.353	0.079	0.779	0.906 (0.454, 1.808)
最低生活保障金	-0.091	0.704	0.017	0.897	0.913 (0.230, 3.628)
家庭其他成员资助	-0.213	0.393	0.293	0.588	0.808 (0.374, 1.747)
其他	-0.146	0.487	0.090	0.764	0.864 (0.332, 2.245)
保险类型 (以新型农村合作医疗保险 / 城乡居民合作医疗保险 / 城镇居民医疗保险 / 城镇职工医疗保险 / 公费医疗为对照)					
以上都没有 / 不清楚	0.233	0.170	1.866	0.172	1.262 (0.904, 1.762)

表3 上海市流动老年人口卫生服务利用影响因素的Logistic 回归分析（续）

自变量 b	SE	χ^2 值	Wald	P 值	OR (95%CI)
保险参保地（以非本地为对照）					
本地	-0.344	0.612	0.316	0.574	0.709 (0.214, 2.353)
本地朋友数量（个，以 0 为对照）					
1~2	-0.002	0.282	0.000	0.995	0.998 (0.574, 1.736)
3~5	0.680	0.263	6.707	0.010	1.974 (1.180, 3.303)
≥ 6	0.695	0.251	7.647	0.006	2.003 (1.224, 3.276)
自评健康状况（以不健康 / 生活不能自理为对照）					
健康 / 基本健康	0.632	0.463	1.862	0.172	1.881 (0.759, 4.662)
是否患有高血压或糖尿病（以否为对照）					
是	0.151	0.191	0.622	0.430	1.163 (0.799, 1.692)

从访谈中进一步探究流动老年人口的就医行为，发现异地医保报销问题、经济收入、怕麻烦、不能独自一人到医疗机构就医是影响流动老年人口利用医疗卫生服务资源的主要因素。其中部分老年人表示在新的城市生活，不敢到陌生的医疗机构就医，能在家人的陪同下，才会到医院看病；但是如果家人没有时间，则会选择到药店买药或者不就医。

3 讨论

3.1 上海市流动老年人口的健康状况良好

根据 2015 年中国流动人口发展报告，在健康状况自评中，96.8% 的上海市流动老年人口认为自己身体健康，而全国流动老年人口中 89.34%（11 653/13 043）的老年人认为自身健康状况良好。慢性病患者率也是反映健康状况和卫生服务需要量的指标。本次调查中，上海市流动老年人口患慢性病比例为 23.1%（174/752），全国流动老年人口患慢性病比例为 22.18%（2 893/13 043），第五次上海市卫生服务调查结果显示，60 岁及以上户籍人口的慢性病患者率为 629.69%，本次调查发现上海市流动老年人口身体状况良好。从流动原因可以看出，流动老年人口流动到流入地，照顾子女或孙辈和务工经商的人数较多，从事的这些活动都需要流动老年人体较健康才能够胜任，所以调查的流动老年人口健康状况普遍良好。

3.2 上海市流动老年人口的卫生服务利用度较高

居民的卫生服务需要只有转化为需求，才有可能去利用卫生资源，需求才有可能得到满足。本次调查显示，上海市流动老年人口患病后选择就医的比例是 56.8%，全国流动老年人口患病后选择就医的比例是 45.5%。在慢性病患者率与全国基本相同的情况下，上海市的流动老年人就医率高于全国水平，表明在上海市的流动老年人口能更好地将卫生服务需要转化成需求，卫生服务利用得比较好。

上海市基层医疗卫生机构网络健全，社区卫生服务中心（站）数量较多，医疗服务的地理

可及性更好。对于流动老年人口而言,对流入城市的不熟悉会导致其患病后选择不去就医看病,但是当流动老年人口在居住的社区附近就能找到社区卫生服务机构,即居民到达最近的医疗机构的距离较短时,更有可能将需要转化为需求,然后去利用卫生服务。从访谈中也了解到,流动老年人口对上海市社区卫生服务中心(站)的医疗质量较为认可,在社区卫生服务中心(站)有熟悉的医生和卫生人员,看病买药较为便宜,从技术可及性和经济可及性而言,上海市的基层医疗卫生机构有满足流动老年人口医疗卫生资源需求的技术能力,流动老年人口也拥有承担基层医疗卫生机构提供的医疗服务费用的经济能力。所以在上海市的流动老年人口能更多地将卫生需求转变为需要,对卫生服务利用度较高。

3.3 影响流动老年人口卫生服务利用的因素

多因素分析结果显示,来沪的原因影响流动老年人口的卫生服务利用情况。与来沪养老者相比,来沪照顾子女或孙辈者较少地选择到医疗机构看病就医,流动老年人口主要是受子女邀请到上海,健康状况较好,故卫生服务利用度较低。相对于来沪务工经商的流动老年人而言,来沪养老的流动老年人更多地受到家人的关心,这将促进卫生服务的利用。

流动老年人在本地拥有一定数量的朋友,朋友之间的交流也会影响流动老年人的卫生服务利用情况。社会支持水平与老年人卫生服务利用度相关,社会支持水平高的老年人卫生服务利用度会增高,并且会增加其基层就医次数,如果流动老年人在流入地能够拥有一定数量的朋友,获得足够的社会支持,积极倾诉并寻求帮助,则流动老年人能更自觉地利用基层卫生服务。

访谈中发现异地医疗保险在流入地使用报销比例低、报销内容诸多受限及报销程序复杂是影响流动老年人患病后是否就医的主要因素。752 例流动老年人在流入地参加医疗保险的比例很低,只有 1.9%,从定性访谈中了解到,大部分流动老年人是异地医保,在上海市就医不能报销或报销程序复杂,大部分的流动老年人拥有的医疗保险在流入地很难起到保障作用,看病就医的经济负担对收入较低的流动老年人而言较重,影响其对卫生服务的利用。

4 建议

4.1 健全基层医疗卫生机构网络的建设,提高流动老年人口的卫生服务可及性

基层医疗卫生机构在促进流动老年人口卫生服务利用上有积极作用,简单的就医环境、较近的医疗机构,都会促使流动老年人口主动选择就医和独自就医,建立健全基层医疗卫生机构网络,可以为提高流动老年人口的卫生服务利用创建条件。

4.2 发挥社会团体作用,重视家庭支持,引导流动老年人口合理使用卫生资源

本研究显示,朋友数量较多的流动老年人口的就医较为积极,社会团体可以协助街道、居委会关爱流动老年人口,积极动员流动老年人口参加社区活动,帮助流动老年人口在本地构建新的社会网络,子女与流动老年人多加交流,关注流动老年人的健康状况,及时发现流动老年人的健康需求,并鼓励流动老年人利用基层卫生服务。

4.3 继续推进建立简便快捷的流动老年人口异地就医结算制度

目前全国各地都在积极建立异地就医系统，推进建设医疗保险信息标准化建设，实现异地医疗保险信息的共享，推出简便快捷的异地结算方式，方便流动老年人口使用和报销，逐步改善流动老年人口医保报销不方便的局面。

本研究采用量性研究和质性研究相结合的混合性研究，并且利用 2015 年国家卫生计生委全国流动人口动态监测数据及个人深入访谈资料，比较有代表性，既能从样本量和代表性上说明流动老年人口的卫生服务利用问题，又能从个人深入访谈中了解其背后原因，研究结果比较可信。主要的不足是由于问卷采用的是大样本调查，有些条目数据缺失较多，无法补充；问卷问题有些不够详细，虽然本项目组已在访谈中进行详细了解，但是访谈对象与问卷调查对象不是同一批，不能更准确地了解其背后的原因。

（本文转载自《中国全科医学》2019 年第 1 期。）

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）
编辑刊发：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
电 话：021-33262065
E-mail：rkxibjb@sohu.com
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
印刷数量：1500本
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司