

社会参与模式对老年人心理健康的影响

——基于个人-家庭平衡的视角

何文炯 张雪 刘来泽¹

【摘要】 社会参与是促进老年心理健康、实现积极老龄化的重要行动方案。基于个人-家庭平衡的视角，利用2015年和2018年“中国健康与养老追踪调查”数据，通过潜在类别模型将老年人社会参与模式分为个人中心型、家庭中心型、平衡型和低参与型四类。分析社会参与模式对老年人心理健康的影响，研究发现：(1)相比低参与型和家庭中心型，个人中心型能够显著降低老年人的抑郁程度，但是这个改善效应尚不足以影响老年人抑郁与否的结果；(2)个人中心型对农村老人的抑郁程度改善效应更加显著，家庭中心型的城镇老人比低参与型更容易陷入抑郁；(3)相比低参与型的老年人，个人中心型显著降低了中龄老人的抑郁程度，家庭中心型和平衡型的低龄老人表现出了更高的抑郁概率。研究社会参与模式对老年人心理健康的影响，探索更具健康改善效应的模式，有助于为促进老年社会参与的政策实践提供参考，从而积极应对人口老龄化。

【关键词】 社会参与模式 老年人 心理健康 个人-家庭平衡

【中图分类号】 :C913.6 **【文献标志码】** :A **【文章编号】** :1007-9092(2022)05-0012-013

一、问题提出

随着我国人口老龄化程度加深，老年心理健康问题在经济社会发展过程中表现出愈加深刻的影响，受到学界和社会越来越多的关注。寿命延长带来了老年人普遍的心理健康受损，¹2022年发布的《“十四五”健康老龄化规划》中明确将心理健康问题日益突出作为老龄事业的形势挑战，并从多个方面强调了老年心理健康的重要性。社会参与被视为促进老年心理健康、提高其生活质量的重要方式。从空间性来看，个人生活和家庭生活是老年人进行社会参与的两大领域。²退出劳动力市场以后，老年人从规范性较强的职业角色中退出，转而进入到一些规范性较弱的角色，如志愿者。在家庭中，老年人可能需要同时扮演子女角色和祖辈角色，即照顾高龄父母和低龄孙子女。老年人的生活重心从工作与家庭为主转变到个人与家庭为主。在时间分配上，老年人会面临个人生活与家庭照顾之间的选择，³甚至可能因为照顾家庭的责任而牺牲更加自主的生活方式。因此，老年人在个人生活和家庭生活中不同程度的参与会形成差异化的社会参与模式。不同模式下老年人的身心经历存在很大差别，心理健康状况变化因而不同，这意味着这种差异将影响社会参与作为老年心理健康促进手段的效率。

相比备受关注的在职职工的工作-家庭平衡，老年人在个人-家庭生活之间的冲突与平衡尚未得到重视。老年人参与个人生活和家庭生活的各项活动，会形成哪些社会参与模式？不同模式对老年人心理健康的影响是否存在显著差异？本文将利用“中国健康与养老追踪调查”(CHARLS)数据，基于个人-家庭平衡的视角划分老年人社会参与模式，分析不同模式对老年心理健康的影响，并考察这种影响的城乡和年龄异质性，以期寻找更为有效的改善老年人心理健康状况的社会参与模式，为实现积极老龄化、推进健康中国战略提供参考。相比于以往研究，本文的贡献之处在于：第一，拓展了老年人社会参与对心理健康影响的研究，展示了其社会参与更具政策参考价值的衡量方式。尽管已有大量关于老年人社会参与对其心理健康影响的研究，但是这些研究

¹**作者简介**：何文炯，浙江大学公共管理学院教授、博士生导师；张雪，浙江大学公共管理学院博士研究生；刘来泽，浙江大学公共管理学院博士研究生。

基金项目：国家社科基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论与政策研究”(编号：13&ZD163)

大多将社会参与视为一个整体，讨论是否参与、参与活动数量对心理健康的影响。而社会参与活动具有多样性和同时性，不同类型活动之间的相互关系是复杂的，这种关系所形成的模式对老年人心理健康的影响是老龄健康研究中被忽视的重要内容。第二，突破了仅以内容或频率为依据的社会参与模式分类方法。以往研究主要按照活动内容分为工作型、休闲娱乐型、家务型等，或者按照参与频率分为高、中、低参与模式，并且模式划分及命名具有较强的数据导向性、缺乏一定的理论基础。本文在个人—家庭平衡的理论支撑下，综合考虑老年人的活动内容和参与频率来划分社会参与模式。第三，已有研究欠缺对社会参与和心理健康之间反向因果问题的考量，我们采用滞后回归模型一定程度上缓解了这一内生性问题。

二、文献回顾与理论基础

(一) 文献回顾

1. 老年社会参与对心理健康的影响

老年人社会参与可以从参与社会活动⁴、建立社交网络⁵、产出社会价值⁶、进行资源交换⁷等多个角度被定义，这些概念强调了老年人社会参与的功能性价值。学界对老年人社会参与对心理健康的影响始终保持高度关注。国外学者已经对此开展了广泛研究，Crozen 等发现不同类型的社会参与活动对于老年人抑郁症状的影响并不一致，如相比于宗教活动明显的抑郁改善效应，政治参与反而带来了抑郁症状的增加。⁸同时，社会参与也在经验层面上显示出和老年孤独的高度相关性，Dahlberg 和 McKee 就指出亲友见面频率低、社会活动少、社区融入感低等社会参与缺乏的表现都是老年人社会孤独感的重要预测因素。⁹Ponce 等发现了社会参与度高往往与老年生活幸福相关，还指出老年社会参与随年龄成倒U型变化的情况。¹⁰国内学者也进行了许多相关研究，张冲和张丹验证了社会参与对抑郁情绪的减缓效应。¹¹陆杰华和汪斌注意到城乡间可能存在的差异，聚焦农村老年人群体，发现参与体育锻炼和有其他社会参与的老年人心理健康状况明显更好。¹²陈红艳以心理幸福感为心理健康表征的研究也得出相似结论，并发现生命意义在这一影响过程中的中介作用。¹³值得指出的是，老年人的社会参与状况和心理健康被证明会同时受到其生理健康的影响，如 Andrade 等发现听力损失会导致抑郁，减少老年人的社交活动，¹⁴Xie 等进一步发现视力损失和视力与听力双重损失会显著增加抑郁症状的发生。¹⁵这意味着我们的分析过程有必要控制老年人生理健康情况。

这些研究大多将老年社会参与视为一个整体考虑，但复杂而不统一的社会参与概念下产生的种种研究结论间对话难度却很大，原因在于不同类型的社会参与可能通过不同机制对老年人产生影响。¹⁶因此，如果要获得更具普遍性的研究结论，应当将复杂的社会参与概念划分为更加清晰的模式，进而分析不同社会参与模式的影响。

2. 老年社会参与模式及其对心理健康的影响

比之老年社会参与汗牛充栋的文献，目前关于老年社会参与模式的研究还相对较少。关于模式分类，已有研究主要从以下三个思路出发：一是依据社会参与的内容进行分类，如工作型、休闲娱乐型、社会型、家务型四类；¹⁷二是按照社会参与的频率分类，如分为高低两种参与类型；¹⁸三是尝试将内容和频率共同纳入考虑，如分为低参与型、中参与型、高参与型、工作型和体力活动型。¹⁹

对于社会参与模式对老年心理健康影响的研究是明显不足的，仅有少数文献对此展开了讨论。李月等分析了简单交往型、智力参与型、健身锻炼型、团体组织型、助人奉献型五种类型的社会参与对我国老年人抑郁的影响，发现前四者能够显著降低老年人抑郁发生风险。²⁰赵涵等同样考虑了不同社会参与模式对老年抑郁的影响，发现社会活动对老年抑郁的保护作用，而作为经济参与的农业劳动则很可能成为抑郁的风险因素。²¹朱荟将社会参与区分为群体交往和自我消遣两类，发现两类参与都可以降低老人孤独感。²²然而，这些研究对社会参与模式的分类仅考虑了社会参与活动的内容或频率，分类和命名大多缺乏理论基础，并且缺乏对社会参与和心理健康之间反向因果内生性的讨论和处理。

(二)理论基础

个体进入老年期以后,是否还要保持积极的社会参与?学界对此展开了激烈的理论探讨。尽管脱离理论(Disengagement Theory)认为老年人应当退出强调生产能力和竞争能力的社会角色,以更好地适应老年生活,但与此相反,活动理论(Activity Theory)认为老年人应该积极参与社会,以新的角色取代因退休而失去的角色,通过新的参与来改善社会角色中断而引发的消极情绪,从而缩短与社会的距离。²³这与联合国“积极老龄化”战略相适应,强调老年人社会参与是其合理权利,应该得到保障和支持。

在不同的环境和空间中参与社会活动时,多样的社会地位和社会关系会赋予老年人多种社会角色,这是角色理论(Role Theory)的核心观点。在扮演多样化的角色时,个体承担着不同的责任,并受到相应社会期望的规训,而这些期望之间可能会发生冲突,Katz和Kahn由此提出了角色冲突理论。²⁴角色冲突的一种典型表现是工作—家庭冲突,指来自工作和家庭生活领域的角色压力不相容所造成的冲突,²⁵主要表现为基于时间、压力和行为的冲突。²⁶

对老年人的社会参与而言,角色冲突更多地表现为家庭生活领域和个人生活领域之间的冲突。在社会参与框架下,老年人同时承担着传统文化和伦理道德规训下的家庭角色和在家庭领域外满足自身其他发展需求的个人角色,两种角色间的冲突程度受到角色期望不相容程度、角色期望重要性差距、个体扮演角色的能力等一系列因素的影响。²⁷Arpino和Bordone发现一旦隔代照料成为定期任务则老年人的社会活动就会减少;²⁸Bulanda和Jenderk则发现照料同住的孙子女的老人会减少志愿服务行为,而不同住的老人则会增加志愿服务;²⁹Ho认为祖父母会在孙辈刚出生时增加经济参与,当孙辈数量增加时则会减少劳动供给,³⁰这都体现了家庭取向活动的责任程度对老年人个人取向活动的影响。个体在面临角色冲突时选择一系列行为策略其实就是在发生冲突的角色间寻求平衡的过程,因此,老年人选择的社会参与模式可以看作其在个人和家庭角色的平衡中做出的行为决策。已有研究对老年人面临的个人和家庭之间的活动平衡有了一定认识,谢立黎等明确提出了“个人—家庭平衡”视角下老年人的社会参与模式。³¹本文也将基于个人—家庭平衡的视角,根据老年人在家庭生活和个人生活两个领域的活动参与情况来划分社会参与模式。

三、研究设计

(一)数据来源

本文数据来源于2015年和2018年“中国健康与养老追踪调查”(CHARLS)。该调查由北京大学组织实施,采用多阶段分层抽样方法,调查对象为45岁及以上的中老年个人和家庭,覆盖全国28个省150个县450个村社。2015年和2018年的追踪调查共获得20999个老年人个体观测值,本文对数据做了如下处理:(1)删除心理健康和社会参与缺失的观测值;(2)由于本文聚焦60岁及以上老年人的社会参与,因此剔除年龄低于60岁的观测值。最终,本文得到6412个研究观测值。

(二)变量说明与描述统计

因变量是老年人心理健康,通过其抑郁程度和抑郁与否来表征。CHARLS数据采用Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)量表简表测量抑郁程度,该表共计10题,题目主要询问被调查者上周出现以下感觉及行为的频率,包括:(1)我因一些小事而烦恼;(2)我在做事时很难集中精力;(3)我感到情绪低落;(4)我觉得做任何事都很费劲;(5)我对未来充满希望(反向问题已转置);(6)我感到害怕;(7)我的睡眠不好;(8)我很愉快(反向问题已转置);(9)我感到孤独;(10)我觉得无法继续我的生活。答案包括“很少或者根本没有(<1天)、不太多(1~2天)、有时或者说有一半的时间(3~4天)、大多数的时间(5~7天)”,分别赋值0~3分,加总后分数越大代表抑郁程度越高、心理健康状况越差。另外,CES-D10量表在临床使用过程中已经有较为明确的切点值以判断被调查者是否处于病理性的抑郁状态。本文依过往研究结论,³²³³定义“抑郁与否”变量,将抑郁程度得分 ≥ 10 的个体定义为“抑郁”,取值为1,反之则为“不抑郁”,取值为0。

自变量是老年人社会参与模式，通过考察老年人参与个人生活和家庭生活中不同活动的组合获得(见表1)。个人生活领域包括学习社交、个人娱乐、经济参与和志愿活动四类活动，家庭生活领域包括照顾父母和孙子女两类活动，只要参与了对应活动内容的其中一项，该类活动赋值为1，否则为0。社会参与模式的划分通过潜在类别分析获得，具体见下文。

表1 社会参与活动领域划分

活动领域	社会参与活动	活动描述
个人生活领域	学习社交	串门、跟朋友交往、参加社团活动、上学或参加培训课程
	个人娱乐	打麻将、下棋、打牌、去社区活动室、跳舞、健身、练气功等
	志愿活动	志愿者活动或慈善活动、向非同住的亲友或邻居提供帮助、照顾非同住的病人或残疾人
	经济参与	目前从事有收入的工作
家庭生活领域	照顾父母	每周与父母联系且过去一年向父母提供现金或实物的经济支持
	照顾孙子女	过去一年花时间照看了(外)孙子女

在选取控制变量时，本研究参考既往研究的做法，考虑了老年人个人和家庭两个层面的特征变量。个人层面控制老年人的人口学特征(性别、年龄、居住地、受教育程度、婚姻状态、自评健康、视力状况和听力状况)、社会经济特征(是否有基本养老金、是否有基本医疗保险)、基期抑郁程度和基期抑郁与否，家庭层面控制家庭人均年收入、子女数量和是否与子女同住。主要变量的描述性统计如表2所示。

表2 主要变量的描述性统计

变量名	样本量	均值/百分比	标准差	最小值	最大值
因变量(2018年)					
抑郁程度	6412	8.792	6.587	0	30
抑郁与否(是=1)	6412	0.387	0.487	0	1
社会参与活动(2015年)					
学习社交	6412	0.325	0.468	0	1
个人娱乐	6412	0.223	0.416	0	1
志愿活动	6412	0.139	0.346	0	1
经济参与	6412	0.571	0.495	0	1
照顾父母	6412	0.059	0.236	0	1
照顾孙子女	6412	0.487	0.500	0	1

控制变量(2015年)					
性别(男性=1)	6412	0.489	0.500	0	1
年龄	6398	67.171	5.987	60	105
居住地(农村=1)	6412	0.645	0.479	0	1
小学及以下(是=1)	6412	0.790	0.408	0	1
初中(是=1)	6412	0.142	0.349	0	1
高中及以上(是=1)	6412	0.069	0.253	0	1
基本养老金(有=1)	6405	0.628	0.483	0	1
基本医疗保险(有=1)	6181	0.909	0.288	0	1
婚姻状态(有配偶=1)	6412	0.825	0.38	0	1
视力损失(是=1)	6290	0.155	0.362	0	1
听力损失(是=1)	6303	0.297	0.457	0	1
家庭人均收入对数	6412	6.035	5.186	0	17.371
子女数量	6412	3.297	1.458	1	13
与子女同住(是=1)	6412	0.500	0.500	0	1
自评健康(好=1)	6306	0.214	0.410	0	1
基期抑郁程度	6288	8.352	6.497	0	30
基期抑郁与否(是=1)	6288	0.357	0.479	0	1

(三) 模型设定

1. 潜在类别分析

潜在类别分析是一种用于识别二分类潜在类别态度变量的方法，³⁴该方法根据个体在外显变量上的联合概率来进行参数估计。本文的外显变量包括学习社交、个人娱乐、经济参与、志愿活动、照顾父母和照顾孙子女，分别记为 A, B, C, D, E, F。潜在类别分析模型写作：

$$\tau_{ijklmn}^{ABCDEF} = \sum_t \tau_t^x \tau_{it}^{\bar{A}x} \tau_{jt}^{\bar{B}x} \tau_{kt}^{\bar{C}x} \tau_{lt}^{\bar{D}x} \tau_{mt}^{\bar{E}x} \tau_{nt}^{\bar{F}x} \quad (1)$$

其中，i, j, k, l, m, n 分别表示外显变量的取值，即是否参与某项活动； τ_{ijklmn}^{ABCDEF} 表示外显变量的联合分布概率； τ_t^x 表示观测数据属于某一潜在类别变量 X 的特定类别 t 的概率， $t=1, 2, \dots, T$ ，其中 T 为潜在类别变量的类别数； $\tau_{it}^{\bar{A}x}$ 表示属于第 t 个潜在类别的观测者在 A 行为变量上反应为 i 的条件概率，其他同理。

2. 滞后回归模型

社会参与模式与健康的研究需要解决反向因果的内生性问题，因为老年人的社会参与行为与健康存在着相互影响的关系。³⁵ 社会参与是老年人自主选择的行为，相比心理健康状况较差的人，心理健康较好的老年人可能更有意愿和精力参加社会活动，故老年人社会参与和心理健康状况可能存在反向因果问题。而考察前一期的自变量对当期因变量的影响是解决互为因果影响机制的重要方法之一，³⁶即滞后回归分析。这是一种能够有效降低反向因果内生性的估计策略，可以更为准确地估计社会参与模式对老年人心理健康的影响。滞后回归模型设定如下：

$$Y_{i,2018} = \beta_0 + \beta_1 socwork_{i,2015} + \beta_2 X_{i,2015} + \mu_i \quad (2)$$

其中，因变量 $Y_{i,2018}$ 表示 2018 年的心理健康，即抑郁程度或抑郁与否；自变量 $socwork_{i,2015}$ 表示 2015 年的社会参与模式； $X_{i,2015}$ 表示 2015 年个人和家庭两个层面的控制变量。系数 β_1 是社会参与模式对心理健康的影响效应， β_2 是控制变量的影响效应， β_0 是常数项， μ_i 是残差项。

四、实证分析

(一) 个人—家庭平衡视角下老年人社会参与模式

从个人生活和家庭生活出发，老年人各类社会活动的参与比例如表 2 所示。在个人生活领域，老年人参与经济活动的比例最高，占比为 57.1%，之后依次是学习社交、个人娱乐和志愿活动，分别占比 32.5%、22.3%和 13.9%。在家庭生活领域，照顾孙子女的比例最高，达到 48.7%，意味着老年人在子女的家庭中扮演着重要的照料者角色；照顾父母的比例很小，占比为 5.9%。

为了分析老年人在两大领域的社会参与模式，本文利用潜在类别模型对数据进行多次拟合，结果如表 3 所示。我们主要通过 AIC(Akaike Information Criterion)和 BIC(Bayesian Information Criterion)两个评价指标来选择最佳类别数，两个指标越小，表明适配度越好。³⁷ 比较社会参与模式的类别数分别为 2、3、4 和 5 时的拟合结果，可以发现：当模式划分为 3 类和 4 类时，BIC 指数低于其分为 2 类和 5 类，且二者相差无几；当模式划分为 4 类时，AIC 指数远小于其分为 3 类，因此，将社会参与模式划分为 4 类的选择是最优的。

表 3 2~5 类潜在类别分析模型拟合优度及选择

类别数	χ^2	G^2	P	AIC	BIC
2	379.00	379.00	0.00	50846	50938
3	143.00	141.00	0.00	50622	50763
4	80.20	78.60	0.00	50574	50764
5	48.30	47.60	0.01	50557	50796

基于个人—家庭平衡视角，进一步分析六项社会活动为“参加”的条件概率，依据老年人在个人生活和家庭生活领域中相关角色责任的履行程度，将四种社会参与模式分别命名为家庭中心型、低参与型、平衡型和个人中心型(见图 1)。

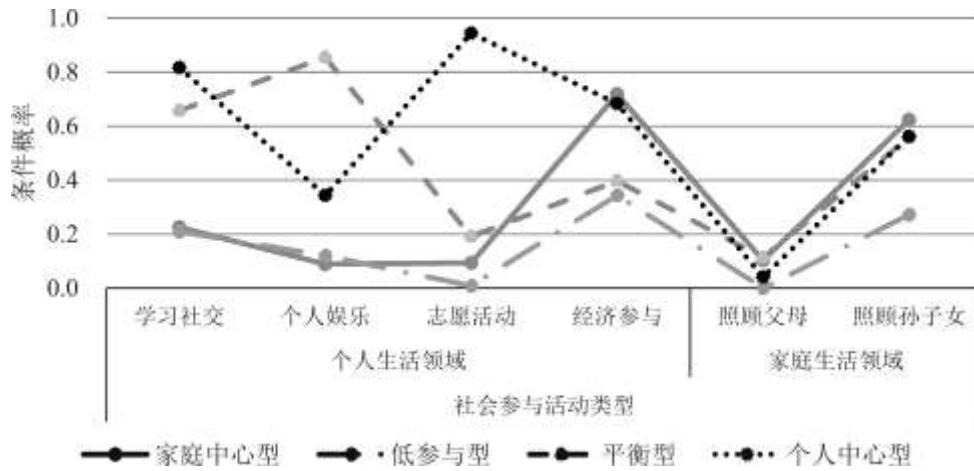


图 1 四种社会参与模式的条件概率分布图

四种社会参与模式的潜在类别系数如表 4 所示，模式一是家庭中心型。有 36.8% 的老年人属于家庭中心型，这类老年人参与照顾父母和照顾孙子女的条件概率 (0.103 和 0.623) 都较高，整体高于参加个人生活的条件概率。模式二是低参与型，所占比例为 39.1%。这类老年人在六类活动中的参与概率都很低。除了个人娱乐活动的条件概率 (0.120) 居于倒数第二位，其他五类活动参与的条件概率都是最低的。模式三是平衡型，占比只有 3.3%，这类老年人参与六类活动的概率整体上比较适中。模式四是个人中心型，占比为 20.8%。这类老年人参加个人生活的条件概率整体高于参加家庭生活的条件概率，参加学习社交和志愿活动的概率最高，而照顾父母和照顾孙子女的概率相对较低。在四种参与模式中，低参与型的老年人占比最高，其次是家庭中心型、个人中心型和平衡型，说明老年人整体社会参与率仍然有待提高。

表 4 社会参与状况及其模式的潜在类别系数

外显变量	模式一：家庭中心型	模式二：低参与型	模式三：平衡型	模式四：个人中心型
学习社交	0.225	0.209	0.657	0.817
个人娱乐	0.088	0.120	0.855	0.343
志愿活动	0.093	0.008	0.191	0.944
经济参与	0.718	0.344	0.397	0.683
照顾父母	0.103	0.000	0.112	0.041
照顾孙子女	0.623	0.272	0.559	0.562
潜在概率	0.368	0.391	0.033	0.208

(二) 老年人社会参与模式对其心理健康的影响

1. 不同社会参与模式的老年人特征

表 5 给出了老年人不同社会参与模式的群体差异。个人中心型的老年人抑郁程度得分和抑郁比例最低，分别为 7.999 和

35.3%,代表个人中心型参与模式下的老年人心理健康状况最好;家庭中心型的老年人抑郁程度得分和抑郁比例最高,分别为9.104和41%,心理健康状况最差;除此之外,平衡型和低参与型的老年人抑郁程度居于中间。相较于2015年老年人的心理健康状况,2018年四种模式下的老年抑郁程度均有所深化,抑郁比例都呈现出上升趋势,老年群体的心理健康问题更加突出。从平均年龄来看,平衡型参与的老年人最“年轻”,平均年龄为63.152岁;最长的是低参与型老年人,平均年龄达到了69.565岁;家庭中心型和个人中心型介于两者中间,均在66岁左右。从城乡居住地来看,在家庭中心型的老年人中,有77.1%居住在农村,这一比例远高于其他三种,说明农村老年人社会参与的活动更多地局限在家庭内部。

表5 不同社会参与模式的老年人特征(均值/百分比)

变量	家庭中心型(N=2629)	低参与型(N=2085)	平衡型(N=233)	个人中心型(N=1465)
抑郁程度	9.104	8.991	8.476	7.999
抑郁与否	0.410	0.382	0.391	0.353
年龄	66.064	69.565	63.152	66.382
居住在农村	0.771	0.522	0.601	0.598
基期抑郁程度	8.572	8.769	7.286	7.550
基期抑郁与否	0.373	0.381	0.273	0.307

2. 滞后回归结果分析

本文首先以低参与型老人为参照组,并出于稳健性的考虑采用逐步回归的方法进行分析:模型1~3分析了社会参与模式对抑郁与否的影响,模型4~6则考察了社会参与模式对抑郁程度的影响,回归结果见表6。在模型1中,个人中心型老人陷入抑郁状态的概率在10%的水平上显著更低,家庭中心型老人相比低参与型老人则更可能陷入抑郁状态。然而这一结论可靠性有待进一步检查,因为在加入控制变量后,家庭中心型和个人中心型社会参与模式都未表现出明显的影响,平衡型的老人则面临更高的抑郁风险。这表明老年人的社会参与模式并不能改变其病理性的抑郁状态,但这并不意味着社会参与模式无法影响老年人的心理抑郁情况。将老年人按照抑郁与否分组进行描述性统计,并以抑郁程度为被解释变量进行回归分析,结果显示个人中心型的参与模式对于抑郁组和非抑郁组的老年人都产生了显著的抑郁改善效应,家庭中心型的参与模式则在非抑郁组的老年群体中发挥了积极的心理健康优化作用。然而,这样的影响虽然显著,但对于抑郁量表得分的减少却是微弱的——在抑郁组当中,个人中心型社会参与模式的系数仅为-0.908,对于这些平均抑郁得分达到15.717的老年人来说,这并不足以使其得分跨越10的切点值。³⁸因此,社会参与模式并未对老年人抑郁与否表现出显著的影响。这提示了在衡量心理健康时关注抑郁得分的必要性,因为二分变量“抑郁与否”可能会掩盖潜在的抑郁情绪改善效应。

虽然我们不能得到社会参与模式可以作为抑郁治疗手段的结论,我们仍然可以研究对于老年人来说,其社会参与模式能否作为一种抑郁程度的缓解手段。模型4~6的结果显示出了良好的一致性:在所有模型中,采取个人中心型参与模式的老年人比之低参与型老人的抑郁程度都显著更低。在纳入所有控制变量后,个人中心型老年人比低参与型老年人抑郁得分显著降低0.369,意味着个人中心型社会参与模式能够缓解老年人的抑郁程度,有利于促进老年人心理健康。

表6 老年人社会参与模式对其心理健康的影响

变量	抑郁与否			抑郁程度		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6
家庭中心型	0.117+	0.103	0.101	0.113	-0.016	-0.023
	(0.060)	(0.073)	(0.073)	(0.193)	(0.183)	(0.183)
平衡型	0.037	0.268+	0.277+	-0.514	0.141	0.165
	(0.142)	(0.160)	(0.160)	(0.454)	(0.404)	(0.404)
个人中心型	-0.124+	0.031	0.030	-0.992***	-0.367+	-0.369+
	(0.071)	(0.082)	(0.082)	(0.224)	(0.202)	(0.202)
常数项	-0.482***	-0.397	-0.268	8.991***	7.575***	7.990***
	(0.045)	(0.407)	(0.428)	(0.144)	(1.024)	(1.079)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
样本量	6412	6027	6027	6412	6027	6027
Pseudo R2/R2	0.002	0.126	0.126	0.005	0.284	0.285
Chi2 值/F 值	13.17	1012	1018	9.893	158.9	132.8
P 值	0.004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注：*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, + $p < 0.1$; 括号内是标准误; 因变量为“抑郁与否”时采用 Logit 模型, 汇报 PseudoR2 和 Chi2 值; 因变量为“抑郁程度”时采用线性回归模型, 汇报 R2 和 F 值。下同。

为了进一步探讨四种社会参与模式对老年人心理健康影响的差异, 我们对社会参与模式的参照组进行轮换。模型 7-1 和模型 7-2 分别以家庭中心型和平衡型为参照组考察了社会参与模式对抑郁与否的影响(见表 7), 与上述结果一致, 不同参与模式没有表现出对老年人抑郁与否的显著影响。模型 8-1 和模型 8-2 则探讨了对于抑郁程度的影响。与家庭中心型相比, 个人中心型社会参与模式在 10% 的显著水平上将老年人抑郁得分降低了 0.346。综上所述, 不难发现, 个人中心型的老年人的心理健康比家庭中心型和低参与型显著更好。

社会参与能够提高老年人的目标感、控制能力和整体的自我效能感, 从而改善随着年龄增长带来的不利改变和疾病。³⁹ 相较于低参与型的老年人, 个人中心型模式更能通过参与各种增强身体锻炼、丰富老年生活、扩大社会网络、实现个人价值的社会活动, 促进老年人心理健康。个人中心型的社会参与模式, 直接受益者是老年人自身, 他们可以自主选择社会活动的形式、内容与时间, 更容易获得正向体验, 更有助于促进老年人的心理健康。在家庭中心型的社会参与模式下, 受益者更多是接受照顾的家庭成员, 如高龄的父母、低龄的孙子女, 老年人子女的家庭照料负担也随之减轻。受到传统的道德文化和伦理规范影响, 相较于个人中心型的参与, 家庭参与被动性更强, 照顾父母和孙子女作为一种社会期望规范着老年人的行为, 老年人也将其视为自己的义务来履行, 是一种奉献型、付出型角色。这意味着家庭中心型的老年人比个人中心型整体上受到了更强烈的心理压力而进行社会参与, 这种压力与约束会产生一种负向反馈, 削弱了社会参与本身可能带来的积极效应, 不利于老年人抑郁程度的缓解。

表 7 轮换参照组的老年人社会参与模式对其心理健康的影响

变量	抑郁与否		抑郁程度	
	模型 7-1	模型 7-2	模型 8-1	模型 8-2
参照组	家庭中心型	平衡型	家庭中心型	平衡型
家庭中心型		-0.176		-0.188
		(0.155)		(0.393)
平衡型	0.176		0.188	
	(0.155)		(0.393)	
个人中心型	-0.071	-0.246	-0.346+	-0.533
	(0.077)	(0.161)	(0.191)	(0.404)
低参与型	-0.101	-0.277+	0.023	-0.165
	(0.073)	(0.160)	(0.183)	(0.404)
常数项	-0.167	0.008	7.967***	8.155***
	(0.415)	(0.428)	(1.045)	(1.079)
控制变量	控制	控制	控制	控制
样本量	6027	6027	6027	6027
Pseudo R2/R2	0.126	0.126	0.285	0.285
Chi2 值/F 值	1018	1018	132.8	132.8
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

(三) 老年人社会参与模式对其心理健康影响的异质性分析

1. 城乡差异

从表 5 可以看出,老年人的社会参与情况存在明显城乡差异。同时,已有研究显示了我国老年人心理健康也存在着明显的城乡差异——农村老年人抑郁情况更为严重。⁴⁰受空巢困扰且缺乏多样娱乐活动的农村老人可能可以通过社会参与获得更好的心理健康水平,尤其是使其从惯习规训下的家庭责任中得以放松的个人中心型社会参与。因此,本研究认为有必要就此展开异质性分析,通过对老年人的居住地按照城镇与乡村进行分组,更全面地考察城乡老年群体的社会参与模式对其心理健康的影响。

从居住地的城乡分布来看(见表 8),居住在农村的老年人中,个人中心型的抑郁得分比低参与型的显著降低 0.586,而不同社会参与模式对抑郁与否没有显著影响;居住在城镇的老年人中,低参与型与个人中心型、家庭中心型和平衡型三种模式对抑郁程度的影响则没有显著差异,家庭中心型老年人比低参与型更容易抑郁。这说明社会参与模式对城乡老年人的抑郁状况影响确实

存在差别，对于农村老年人来说，个人中心型的社会参与模式是缓解抑郁问题更好的选择。

表 8 城乡老年人的社会参与模式对其心理健康的影响(参照组：低参与型)

变量	抑郁与否		抑郁程度	
	模型 9-1	模型 9-2	模型 10-1	模型 10-2
	农村	城镇	农村	城镇
家庭中心型	0.027	0.247+	-0.236	0.297
	(0.088)	(0.136)	(0.232)	(0.311)
平衡型	0.235	0.342	-0.134	0.554
	(0.202)	(0.267)	(0.533)	(0.610)
个人中心型	-0.029	0.129	-0.568*	-0.095
	(0.104)	(0.136)	(0.273)	(0.298)
常数项	0.568	-1.224	10.162***	5.880***
	(0.521)	(0.747)	(1.377)	(1.708)
控制变量	控制	控制	控制	控制
样本量	3949	2078	3949	2078
PseudoR2/R2	0.110	0.139	0.269	0.285
Chi2 值/F 值	594.0	358.3	85.29	48.31
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2. 年龄差异

社会参与模式的年龄差异同样是明显的，且年龄在社会参与行为对心理健康影响过程中的调节作用也已得到验证。⁴¹ 因此，另一个异质性分析来自于对年龄差异的考虑。不同年龄段老人哪怕处于相同的社会参与模式中，其具体参与强度也可能存在差别，抑郁状况的变化规律也不尽相同，因此本研究也考虑了社会参与模式对不同年龄段老人抑郁状况的影响。

从年龄段来看，我们将老年人分为低龄(60~69岁)、中龄(70~79岁)和高龄(80岁及以上)三组(见表9)。在对抑郁与否影响的分析中，家庭中心型和平衡型都在低龄组表现出了增大陷入抑郁风险的作用，个人中心型参与并未明显表现出这种作用。而考虑对抑郁程度的影响，只有个人中心型的中龄老人比同龄低参与型老年人的抑郁程度显著降低了0.722，其他参与模式在各年龄段的作用都未表现出明显差别。这说明中龄老年人参与个人生活领域的活动，更有助于改善心理健康。这提醒我们对70岁到80岁的中龄老人给予更多关注，因为他们大多数都已经完成了照顾孙子女的使命，并且还拥有足够的身体机能支持他们参与一些社会活动。

表 9 不同年龄组老年人的社会参与模式对其心理健康的影响(参照组: 低参与型)

变量	抑郁与否			抑郁程度		
	模型 11-1	模型 11-2	模型 11-3	模型 12-1	模型 12-2	模型 12-3
	低龄	中龄	高龄	低龄	中龄	高龄
家庭中心型	0.156+	-0.053	0.515	0.080	-0.333	0.284
	(0.090)	(0.138)	(0.392)	(0.224)	(0.346)	(1.028)
平衡型	0.349*	-0.343	-	0.380	-2.269	5.005
	(0.170)	(0.702)	-	(0.425)	(1.609)	(5.658)
个人中心型	0.074	-0.081	0.114	-0.285	-0.722+	0.512
	(0.101)	(0.157)	(0.464)	(0.246)	(0.390)	(1.157)
常数项	0.456	0.435	4.047	9.475***	7.137+	14.094
	(0.872)	(1.696)	(4.911)	(2.151)	(4.240)	(11.331)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
样本量	4232	1553	241	4232	1553	242
Pseudo R2/R2	0.129	0.152	0.065	0.293	0.302	0.165
Chi2 值/F 值	729.8	318.2	20.20	96.84	36.84	2.440
P 值	0.000	0.000	0.264	0.000	0.000	0.001

五、结论与建议

基于个人—家庭平衡的视角, 本文根据老年人学习社交、个人娱乐、经济活动、志愿活动、照顾父母和照顾孙子女六类社会活动的参与情况, 采用潜在类别模型将老年人社会参与模式分为个人中心型、家庭中心型、平衡型和低参与型四类, 分别占比 20.8%、36.8%、3.3%和 39.1%。通过滞后回归模型分析了不同社会参与模式对老年人心理健康的影响效应, 研究发现: (1) 不同的社会参与模式对老年人心理健康的影响存在显著差异。个人中心型老年人比低参与型和家庭中心型的抑郁程度分别低 0.369 和 0.346, 个人中心型老年人的心理健康比家庭中心型和低参与型显著更好, 但是这个改善效应尚不足以影响老年人抑郁与否的结果。(2) 社会参与模式对老年人心理健康的影响效应存在城乡差异。对居住在农村的老年人而言, 个人中心型的抑郁程度比低参与型的显著更低; 居住在城镇的老年人, 家庭中心型比低参与型更容易陷入抑郁。(3) 社会参与模式对老年心理健康的影响存在年龄差异。只有在中龄老人中, 个人中心型的老年人的抑郁程度比低参与型显著降低了 0.722; 在对抑郁与否的影响中, 家庭中心型和平衡型的低龄老人表现出了更高的抑郁概率。

老年人从正式的劳动力市场退出以后, 必然面临着个人生活与家庭生活参与的交织和重叠。不同的社会参与模式对老年人心理健康的影响是不同的, 并且这些影响存在异质性。我们对促进老年人社会参与的认识不能仅停留在宽泛地提高参与率上, 还应当重视其社会参与模式的优化。⁴² 从仅考虑老年人社会参与强度到综合考量社会参与模式和质量的转变, 是新时期积极老龄化

的必然要求。结合本文的研究结论，我们提出以下几点建议：

第一，增加社会化的照顾服务供给，减小家庭照料负担。在四种社会参与模式中，个人中心型参与模式对老年人心理健康的促进作用最为积极。而将近 40%的老年人相比于个人生活更倾向于承担为父母或孙子女提供照料的任务，形成了家庭中心型的社会参与模式，社会参与的心理促进作用未能充分发挥。除了家庭责任和个人偏好外，社会化的照顾服务供给缺失是这种模式形成的重要社会原因。因此，有必要增加社会化的照顾服务供给，减轻老年人的家庭照料负担。针对高龄父母，完善长期照护保障制度，为失能老人提供长期照护服务，减轻老年人照顾高龄、失能父母的压力。对于低龄孙辈，增加儿童照顾服务供给，尤其是针对 0~3 岁儿童的托育服务。

第二，充分发挥社区和村集体作为社会参与的平台作用，提高社会活动的可及性。作为老年人生活的主要场所，也是社会参与的主要平台，社区和村集体可以组织开展各项文化娱乐、志愿服务活动，还可以开展诸如电子设备使用等技能类课程、社会热点介绍等知识类课程、体育艺术指导等兴趣类课程，充分发挥其平台作用，让老年人能够在熟悉的生活区域寻找到符合个人旨趣的社会活动。

第三，增加对农村地区的基本公共服务供给，为农村老年人创造更多社会参与的机会，尤其是家庭以外的个人生活领域的参与机会。农村地区的基本公共服务供给和社会参与机会远少于城市，而农村老年人的抑郁情况却可以由个人中心的社会参与模式得到显著改善。因此应当为农村老年人提供更多元的社会参与渠道。一方面，加强农村地区的基础设施建设，利用村委会的场地提供体育锻炼器材，同时发动村干部组织广场舞等活动，带动农村老人积极参与；另一方面，鼓励社会组织进入乡村，为有意愿参加学习和培训的农村老人提供相应老年课程和志愿服务培训。

注释：

1 温兴祥、程超：《贫困是否影响农村中老年人的精神健康——基于 CHARLS 数据的实证研究》，《南方经济》，2017 年第 12 期。

2(1) 谢立黎、王飞、胡康：《中国老年人社会参与模式及其对社会适应的影响》，《人口研究》，2021 年第 5 期。

3(2) Frone M.R., Work-Family Balance. In Quick J.C. and Tetrick L.E. (Eds.). Handbook of Occupational Health Psychology, Washington DC: American Psychological Association, 2003, pp. 143-162.

4(3) Hsu H.C., “Does Social Participation by the Elderly Reduce Mortality and Cognitive Impairment?”, *Aging & Mental Health*, vol. 11, no. 6 (November 2007), pp. 699-707.

5(4) Lindström M., “Ethnic Differences in Social Participation and Social Capital in Malmö, Sweden: A Population-based Study”, *Social Science & Medicine*, vol. 60, no. 7 (April 2005), pp. 1527-1546.

6(5) Glass T.A., De Leon C.F.M., Bassuk S.S., et al., “Social Engagement and Depressive Symptoms in Late Life: Longitudinal Findings”, *Journal of Aging and Health*, vol. 18, no. 4 (August 2006), pp. 604-628.

7(6) Lövden M., Ghisletta P. and Lindenberger U., “Social Participation Attenuates Decline in Perceptual Speed in Old and Very Old Age”, *Psychology and Aging*, vol. 20, no. 3 (September 2005), pp. 423.

8(7) Croezen S., Avendano M., Burdorf A., et al., “Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects

Analysis in 10 European Countries”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 182, no. 2 (July 2015), pp. 168-176.

9(8) Dahlberg L. and McKee K. J., “Correlates of Social and Emotional Loneliness in Older People: Evidence from An English Community Study”, *Aging & Mental Health*, vol. 18, no. 4 (May 2014), pp. 504-514.

10(9) Ponce, María S. H., Raúl P. E. R., et al., “Social Capital, Social Participation and Life Satisfaction among Chilean Older Adults”, *Revista De Saude Publica*, vol. 48, no. 5 (October 2014), pp. 739-749.

11(10) 张冲、张丹:《城市老年人社会活动参与对其健康的影响——基于 CHARLS 2011 年数据》,《人口与经济》,2016 年第 5 期。

12(11) 陆杰华、汪斌:《乡村振兴背景下农村老年人健康老龄化影响机理探究——基于 CLHLS2018 年数据》,《中国农业大学学报》(社会科学版),2022 年第 1 期。

13(12) 陈红艳:《社会参与对老年人心理幸福感的影响:生命意义和家庭关怀的作用》,《中国健康心理学杂志》,2022 年第 3 期。

14(13) Andrade C. C., Pereira C. R. and Da Silva P. A., “The Silent Impact of Hearing Loss: Using Longitudinal Data to Explore the Effects on Depression and Social Activity Restriction among Older People”, *Ageing & Society*, vol. 38, no. 12 (December 2018), pp. 2468-2489.

15(14) Xie T., Liu D., Guo J., et al., “The Longitudinal Effect of Sensory Loss on Depression among Chinese Older Adults”, *Journal of Affective Disorders*, vol. 283 (March 2021), pp. 216-222.

16(15) Adams K. B., Leibbrandt S. and Moon H., “A Critical Review of the Literature on Social and Leisure Activity and Wellbeing in Later Life”, *Ageing & Society*, vol. 31, no. 4 (May 2011), pp. 683-712.

17(16) 张文娟、赵德宇:《城市中低龄老年人的社会参与模式研究》,《人口与发展》,2015 年第 1 期。

18(17) Arai A., Ishida K., Tomimori M., et al., “Association between Lifestyle Activity and Depressed Mood among Home-dwelling Older People: A Community-based Study in Japan”, *Aging and Mental Health*, vol. 11, no. 5 (January 2007), pp. 547-555.

19(18) Morrow-Howell N., Putnam M., Lee Y. S., et al., “An Investigation of Activity Profiles of Older Adults”, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 69, no. 5 (September 2014), pp. 809-821.

20(19) 李月、陆杰华、成前、顾大男:《我国老年人社会参与与抑郁的关系探究》,《人口与发展》,2020 年第 3 期。

21(20) 赵涵、向远、裴丽君:《老年人多维度社会参与和家庭交往与抑郁情绪发生风险的关联研究》,《人口与发展》,2021 年第 3 期。

22(21) 朱荟:《中国老年人社会参与对其孤独感的影响探究——基于 CLHLS2018 数据的验证》,《人口与发展》,2021 年第 5

期。

23(22)王莉莉:《中国老年人社会参与的理论、实证与政策研究综述》,《人口与发展》,2011年第3期。

24(23)Kate D.,Kahn R.L.,The Social Psychology of Organizations,New York:John Wiley& Sons,1978,p.204.

25(24)Greenhaus J.H.and Beutell N.J.,“Sources of Conflict between Work and Family Roles”,Academy of Management Review,vol.10,no.1 (January 1985),pp.76-88.

26(25)Gutek B.A.,Searle S.and Klepa L.,“Rational Versus Gender Role Explanations for Work-Family Conflict”,Journal of Applied Psychology,vol.76,no.4 (August 1991),p.560.

27(26)Greenhaus J.H.,Collins K.M.and Shaw J.D.,“The Relation between Work-Family Balance and Quality of Life”,Journal of Vocational Behavior,vol.63,no.3 (December 2003),pp.510-531.

28(27)Arpino B.and Bordone V.,“Does Grandparenting Pay off?The Effect of Child Care on Grandparents’ Cognitive Functioning”,Journal of Marriage and Family,vol.76,no.2 (March 2014),pp.337-351.

29(28)Bulanda J.R.and Jendrek M.P.,“Grandparenting Roles and Volunteer Activity”,Journals of Gerontology Series B:Psychological Sciences and Social Sciences,vol.71,no.1 (January 2016),pp.129-140.

30(29)Ho C.,“Grandchild Care,Intergenerational Transfers,and Grandparents’ Labor Supply”,Review of Economics of the Household,vol.13,no.2 (June 2015),pp.359-384.

31(30)谢立黎、王飞、胡康:《中国老年人社会参与模式及其对社会适应的影响》,《人口研究》,2021年第5期。

32(31)Andresen E.M.,Malmgren J.A.,Carter W.B.,et al.,“Screening for Depression in Well Older Adults: Evaluation of a Short Form of the CES-D”,American Journal of Preventive Medicine,vol.10,no.2 (March 1994) pp.77-84.

33(32)Santor D.A.,Coyne J.C.,“Shortening the CES-D to Improve Its Ability to Detect Cases of Depression”, Psychological Assessment,vol.9,no.3 (September 1997),p.233.

34(33)Loehlin J.and Beaujean A.,Latent Variable Models:an Introduction to Factor,Path,and Structural Equation Analysis,London:Routledge,2017,p.1.

35(34)Ding N.,Berry H.L.and O’ Brien Léan V.,“One-year Reciprocal Relationship between Community Participation and Mental Wellbeing in Australia:A Panel Analysis”,Social Science & Medicine,vol.128,no.1 (March 2015),pp.246-254.

36(35)Yang Y.C.,Boen C.,Gerken K.,Li T.,et al.,“Social Relationships and Physiological Determinants of Longevity Across the Human Life Span”,Proceedings of the National Academy of Sciences,vol.113,no.3 (January 2016),pp.578-583.

37(36) 曾宪华、肖琳、张岩波:《潜在类别分析原理及实例分析》,《中国卫生统计》,2013年第6期。

38(37) 限于篇幅,按照“抑郁与否”分组的描述性统计和回归分析的结果没有单独报告。如有需要,欢迎读者向作者索取。

39(38) Mendes de Leon C.F., Glass T.A. and Berkman L.F., “Social Engagement and Disability in A Community Population of Older Adults”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 157, no. 7 (April 2003), pp. 633-642.

40(39) 孔宪焜、肖巧玲、李娟:《老年抑郁症状相关因素的城乡比较》,《中国心理卫生杂志》,2018年第8期。

41(40) Lee H. Y., Jang S. N., Lee S., et al., “The Relationship between Social Participation and Self-rated Health by Sex and Age: A Cross-sectional Survey”, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, no. 7 (July 2008), pp. 1042-1054.

42(41) 汪然、李挺、李刚:《中国老年人的社会参与模式及其对年龄认同的影响——基于2016 CLASS数据的实证分析》,《人口与发展》,2021年第6期。