

DOI:10.12405/j.issn.2097-1486.2025.03.008

残疾人预期寿命影响因素分析及提升策略研究 ——基于海南的调查研究

蔡琼雅^{1*}, 梁云¹, 刘刚^{2*}, 陈靖尧³, 李嘉豪³

1. 海南省残疾人联合会, 海南 海口 570203

2. 海南大学, 海南 海口 570228

3. 海南中联无障碍环境研究院, 海南 海口 570208

摘要: 预期寿命是评估人口健康的关键指标, 如何持续有效地提高残疾人预期寿命已然成为全球范围亟待破解的共同命题之一。立足中国式现代化着力推进人口高质量发展的时代背景, 从国内外相关文献的系统梳理分析切入, 基于海南残疾人预期寿命的调查分析, 揭示影响残疾人预期寿命的关键因素, 精准对标海南自由贸易港建设战略要求, 适度前瞻地提出极具实操性的健康预期寿命提升策略。

关键词: 残疾人; 预期寿命; 影响因素; 提升策略

中图分类号: C913.69

文献标志码: A

文章编号: 2097-1486(2025)03-0305-15

Research on the influencing factors of life expectancy of the disabled and the enhancement strategies: a study based on Hainan

CAI Qiongya^{1*}, LIANG Yun¹, LIU Gang^{2*}, CHEN Jingyao³, LI Jiahao³

1. Hainan Federation of the Disabled, Haikou 570203, China

2. Hainan University, Haikou 570228, China

3. Hainan Zhonglian Barrier-Free Environment Research Institute, Haikou 570208, China

Abstract: Life expectancy is a key indicator for assessing population health, and how to effectively and continuously improve life expectancy of the disabled has become one of the global propositions to be solved. Based on the background of China's modernization and the promotion of high-quality population development, starting with the systematic combing and analysis of the related domestic and foreign literature, this paper reveals the key factors affecting life expectancy of the disabled on the basis of the survey and analysis of life expectancy of the disabled in Hainan. To accurately align with the strategic requirements of the construction of Hainan Free Trade Port, it prospectively puts forward some practical enhancement strategies for healthy life expectancy.

Keywords: the disabled; life expectancy; influencing factors; enhancement strategies

0 引言

人口发展是关系中华民族伟大复兴全局的核心议题, 尤其在人口老龄化趋势不断加剧的当下, 推动人口长期均衡发展、提升人均预期寿命成为新时代

中国人口战略的关键任务。预期寿命(Life Expectancy, LE)作为衡量人口健康水平的核心指标, 广泛用于评估一个国家或地区整体死亡风险与健康状况。联合国与世界卫生组织将其定义为某代群体生命周期内平均可存活的年数。随着公众健康观念的

*通信作者

基金项目: 海南省残疾人联合会2023年度海南省残疾人事业研究课题(2022); 海南省自然科学基金面上项目(823MS063)

收稿日期: 2025-04-22; 修回日期: 2025-07-18

演进,健康预期寿命(Healthy Life Expectancy, HLE)逐渐成为研究焦点。该指标强调无残疾状态下的寿命期望,较传统死亡率计算更注重个体生活质量与功能状态,特别对评估残疾群体健康水平具有重要意义。

近年来,国际学界逐步将残疾因素纳入寿命研究范畴。Jia与Lubetkin的研究指出,残疾状态显著影响个体寿命,不同残疾类型对预期寿命的作用机制亦各异^[1];Rotenberg等年发表于medRxiv,构建生命表模型,量化比较有/无残疾者在LMIC中的预期寿命差异,并展示了基于世界银行收入分组的差异^[2]。世界卫生组织《残疾》报告显示,全球约有13亿人患有严重残疾,占总人口16%,多数残疾人面临卫生服务不足、社会歧视与生活条件恶劣等多重挑战,导致健康状况进一步恶化。特别是在公共卫生资源配置中,残疾人常被边缘化,更易罹患因不良生活方式引发的非传染性疾病。因此,提升残疾群体健康水平不仅关乎社会公平正义,更直接影响全体人口健康寿命指标的提高。与此同时,国内学者也对残疾人群体的预期寿命进行了深入研究。王漪雯指出,残疾人群体的社会支持、经济状况和医疗资源可及性等因素会显著影响他们的预期寿命。高收入群体和接受过良好教育的残疾人群体通常拥有更长的健康寿命^[3]。此外,程云飞也强调了残疾类型与寿命的关系,发现肢体残疾者的寿命较短,而视力和听力障碍者的寿命与普通人群差距较小^[4]。

中国残疾人事业在近年来取得显著成就,特别是在“全面建成小康社会,残疾人一个也不能少”的目标驱动下。根据《“十四五”残疾人保障和发展规划》,中国现有残疾人约8500万,占总人口6.02%,低于全球平均水平。教育、康复、社会保障等领域实现显著覆盖,残疾儿童义务教育覆盖率达95%,辅助器具适配率与康复服务覆盖率超过80%。尽管如此,因人口老龄化加剧、慢性病高发及功能性障碍上升趋势的影响,残疾问题的长期压力仍不容忽视。以海南省为例,凭借优越的自然环境和健康文化背景,人均预期寿命达79.3岁,在全国排名第九。但与上海、北京等超过80岁的发达省市相比,仍有差距。为此,海南在“十四五”期间提出提升人均健康预期寿命为核心目标,特别强调改善包括残疾人在内的重点人群健康状况,进一步表明残疾人健康是决定地区平均预期寿命水平的重要变量。

从全球视角来看,随着公共卫生、医疗技术的进

步及教育普及,人类寿命持续延长。1950年全球人均预期寿命为46岁,2021年增至71岁^[5]。然而,健康寿命的提升远不及总寿命增长,仅增加5年,显示残疾与健康损失仍是重要问题来源。不同地区之间差异显著,如东地中海与非洲地区的健康寿命因道路交通伤害及公共卫生薄弱而严重受损^[6]。过去两个世纪的发展进步,全球预期寿命从30岁以下增至71岁以上,但在诸如东地中海地区并未同步实现,其他地区的寿命均在这个地区两倍以上^[7]。根据WHO统计,中国人均健康寿命为68.7岁,高于全球平均水平(63.7岁)但低于欧美、日本等发达国家,需持续加强康复服务、慢性病防控及公平健康资源分配^[8]。在中国,“健康中国2030”战略明确将提升预期寿命与健康公平性作为发展目标之一。研究表明,2004至2017年间,残疾人与非残疾人预期寿命均有所上升,前者增长幅度更显著(男性增9.1岁,女性增8.3岁),显示政策支持对残疾人健康产生积极效应^[9]。此外,生活方式干预(如控糖、减肥)虽不延长总寿命,却显著延长无残疾寿命,对提高生活质量具有现实意义^[10]。基于2011—2018年老年人数据,研究发现65岁以上群体无残疾年限平均为14.7年,经济状况、性别、居住地与健康行为均为显著影响因素^[11]。

综上所述,预期寿命与健康寿命已成为衡量人口健康的双重标准。残疾不是个人特性,而是一种由社会环境形成的社会性问题的复合形态,康复是降低残疾、促使有健康状况的个体在与环境相互作用过程中使其功能最大化的过程,更是残疾人平等参与社会生活的重要途径^[11]。基于对国家第四次、第五次、第六次人口普查、国家卫生和计划生育委员会生命登记数据、全国妇幼卫生监测数据等分析测算,主要受5岁以下儿童死亡率下降、60岁以上老人寿命延长的影响,人口预期寿命出现了明显增长,具体来看呼吸系统疾病死亡率降低是预期寿命增长的首因,恶性肿瘤及心脑血管疾病是造成我国居民预期寿命损失的主因,在健康公平性明显改善的前提下,慢性病对预期寿命影响日益显著^[12]。残疾人群体因其数量庞大、脆弱性强和面临健康不公平等多重因素,已成为推动人口健康转型的重要环节。康复不仅是功能恢复的过程,更是促进残疾人社会融入的基本民生,是健康中国构建公共服务体系不可或缺的一环。本文旨在梳理当前海南残疾人群体预期寿命与健康寿命的研究现状,探讨影响因素与政策实践路径,以期为实现更加公平、包容、持续的人

口健康战略提供理论与现实支撑。

1 海南残疾人预期寿命基本情况

1.1 海南省残疾人发展概述

1.1.1 残疾人数量

截至2020年末,海南常住人口1 012.34万人,人均预期寿命为79.04岁,其中残疾人约59万人,占全省人口比重为5.83%。海南省残疾人人均预期寿命约61.73岁,虽总体高于全国残疾人人均预期寿命56.9岁的水平,仍远低于全省人均预期寿命水平。海南省残疾人死亡率约为7.49‰,高出全省人口死亡率5.85‰(2020年末数据)1.64个百分点(见表1),显然,残疾人预期寿命和死亡率直接且严重影响全省人均预期寿命和人口死亡率。海南省的残疾人情况对整个省份的人口健康状况产生了重要影响。残疾人群体的人均预期寿命和死亡率不仅在一定程度上反映了医疗卫生服务水平和社会保障政策的有效性,也直接影响着全省人口的整体健康水平。

表1 2022年海南省总人口与残疾人数据对比

Table 1 Comparison of total population and the disabled people in Hainan Province in 2022

	总人口	残疾人
常住人口(万人)	1 012.34	59
常住0—14岁(万人)	202.16	11.21
常住15—64岁(万人)	704.49	41.10
常住65以上岁(万人)	105.59	6.67
死亡人口(万人)	6.31	0.441 9
出生率(‰)	10.36	(出生缺陷发生率)0.92
死亡率(‰)	5.85	7.49
人均预期寿命	79.04	61.73

1.1.2 地理及城乡分布

按地理区域划分,海南省可分为东部、中部和西部三个地区(不含三沙市),东部地区包括海口市、三亚市、文昌市、琼海市、万宁市、陵水黎族自治县等;中部地区包括五指山市、屯昌县、定安县、琼中黎族苗族自治县、保亭黎族苗族自治县、白沙黎族自治县等;西部地区包括儋州市、东方市、澄迈县、临高县、乐东黎族自治县、昌江黎族自治县等。

根据2010年第六次全国人口普查数据^[13-14],海南省东部地区的残疾人数量为28.5万人,占总残疾人数的57.7%;中部地区的残疾人数量为5.6万人,占总残疾人数的11.4%;西部地区的残疾人数量为15.6万人,占总残疾人数的31.6%。从城乡分布来

看,海南省城镇地区的残疾人数量为25.8万人,占总残疾人数的52.2%;农村地区的残疾人数量为23.6万人,占总残疾人数的47.8%。

2 海南省残疾人预期寿命发展概述

2.1 整体概述

预期寿命是衡量一个地区人口健康水平和生活质量的重要指标。自2000年至2020年,海南省各县的残疾人预期寿命均有所提高。根据中国老年人口健康预期寿命性别差异多元变化趋势的研究^[15]:2020—2050年,海南省残疾人预期寿命从2020年的66.8岁提高到2050年的72.4岁,高于全国平均水平(65.6岁到70.9岁)。

预期寿命的提升在琼中黎族苗族自治县和昌江黎族自治县最大,根据海南省第七次全国人口普查主要数据情况和年度数据^[16-17],琼中黎族苗族自治县的残疾人预期寿命从男性51.6岁、女性54.8岁增加到男性63.9岁、女性67.1岁。预期寿命的提高主要得益于国家和省级扶贫政策及项目支持、教育就业和社会参与服务体系的完善。

2.2 地理差异

根据中国疾病预防控制中心发布的《中国健康统计年鉴2023》^[18],海南省各县的残疾人预期寿命在2020年有较大差异。其中,最高的是文昌市,为71.2岁;最低的是昌江黎族自治县,为60.7岁。东部地区的残疾人预期寿命普遍高于中部和西部地区。以上的地理差异与东部地区的经济发展水平、医疗卫生资源、生活方式等因素有关。鉴于东部地区的经济总量和人均GDP均高于中西部地区,提供了更为充足的医疗卫生资源 and 环境质量,生活方式也相对健康科学。

2.3 性别差异

根据中国老年人口健康预期寿命性别差异多元变化趋势的研究^[15],2020—2050年,海南省残疾人预期寿命存在明显的性别差异。在2020年,女性残疾人的预期寿命为68.9岁,高于男性残疾人的64.6岁;到2050年,女性残疾人的预期寿命为74.5岁,仍然高于男性残疾人的70.2岁。

3 海南残疾人预期寿命研究设计

3.1 研究目的

海南残疾人预期寿命研究的主要目的是通过系统分析和评估海南省残疾人群体的寿命情况,深入探讨影响残疾人预期寿命的各类因素,为制定相关

政策、改善残疾人健康状况、提升生活质量提供数据支持和理论依据。评估海南省残疾人群体预期寿命主要目的可以归纳为以下几个方面。

通过研究残疾人群体的寿命状况,了解残疾人群体的整体健康状况和寿命特征,明确海南省残疾人群体的预期寿命水平。比较不同残疾类型与预期寿命的关系。比较不同类型(如肢体残疾、视力障碍、听力障碍等)和不同程度的残疾对残疾人群体预期寿命的影响,找出残疾类型与寿命之间的相关性。分析影响预期寿命的因素。研究影响海南省残疾人群体预期寿命的多种因素,如性别、年龄、残疾类型、社会支持、医疗资源可及性、生活习惯(饮食、运动等)、经济状况等,以确定主要的风险因素和保护性因素。为残疾人群体健康管理提供依据,同时提出改善预期寿命的政策建议,为未来的健康干预和康复工作提供数据支持。

3.2 研究方法

采用横断面研究(描述性研究)和纵向追踪研究(随访研究)相结合的方式,评估海南省残疾人群体的预期寿命。横断面调查通过收集当前不同群体的生存状况与健康影响因素;纵向追踪通过定期随访,跟踪样本群体的健康变化和生存状况,以计算预期寿命。通过海南省残疾人联合会和其他相关机构登记数据获取基础样本库;随机抽样结合分层抽样,确保覆盖不同区域(城市/农村)、不同性别、不同年龄

段(建议20—60岁)、不同残疾类型与程度的群体。研究变量包括基本人口学变量,即残疾的类型、程度、性别、年龄、生活习惯(饮食、运动、吸烟、饮酒等)、医疗服务利用情况、社会支持、经济状况以及健康行为与生活方式等。由于海南省的残疾人群体较为分散,可以通过多点采样覆盖海口、三亚、儋州、琼海、东方等市县,并通过合作机构的帮助减少样本选择偏差。考虑到残疾人群体可能面临沟通或信息获取困难,应采取合适的问卷形式和数据收集方法(例如,面访和电话访谈)以确保数据的准确性;对于沟通能力受限人群,可由家属/照护人辅助填写。对于残疾人的社会支持系统的量化评估可能存在困难,可以结合访谈和量表评估等方式,以获得更全面的数据。

3.3 研究内容

3.3.1 研究思路

在对海南省残疾人预期寿命情况进行初步研究和预期评估的基础上,采用文献分析法、归纳总结法等研究方法,对海南省残疾人群体的性别结构、年龄结构、残疾类型等基本情况掌握和初步分析,并设计其他问项,对残疾人群体获得的家庭关怀、社区关怀、公共服务等进行深度分析,结合调研的总体结果进行比较探讨和内容深挖,总结分析影响海南省残疾人预期寿命的因素,并探索提出针对性的对策建议,具体技术路线图如图1所示。

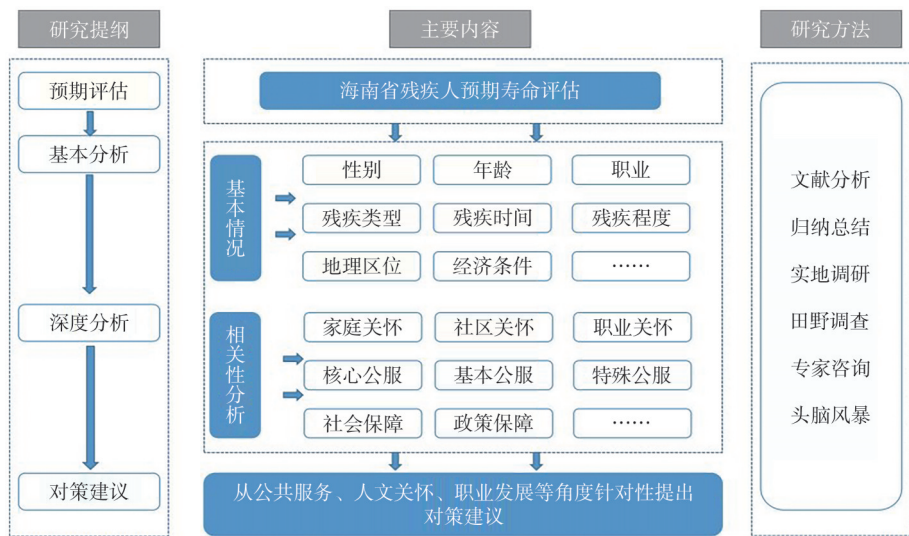


图1 技术路线图

Figure 1 Technology roadmap

3.3.2 问卷设计

本研究的核心问题是探索海南省残疾人预期寿命的基本情况、关键影响因素,学习典型地区提高残

疾人预期寿命的好经验、好做法,提出未来提高海南残疾人预期寿命的意见建议,因此问卷调查的样本主体即海南省内的残疾人群体,由于残疾人群体具

有特殊性,其参与家庭和社会活动极易受到自身条件限制且为保证研究结果的科学性和严谨性,本研究在对不便于参与家庭和社会活动或无法配合调查的视力残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾类型的残障人士开展研究时,主要邀请其监护人进行填写。同时,考虑到残疾人事业是全社会共同参与的公共事业,海南省残疾人联合会、各市县残疾人联合会和广大社区工作者也是需要充分调研的对象,因此结合了访谈和座谈等方式进行综合性研究,采用定量和定性研究相结合的方法作为选择受访对象的出发点。

3.3.3 数据来源

基于前期文献研究梳理出可能影响残疾人预期寿命的主要因素,围绕残疾人预期寿命这一主题,开展省内调研。首先与省残联、省发改委、省卫健委、省住建厅、省交通厅等省直部门(单位)就海南省人口预期寿命、特别是残疾人预期寿命问题进行专题调研访谈基础上,初步形成对海南省人口预期寿命整体“画像”,本研究组织调研组赴海口市、澄迈县、五指山市、保亭县、三亚市等典型市县开展实地调研座谈及深入访谈,主要针对市县发改、残联、卫健、住建、交通等部门和有关街道、社区(村庄),医疗、康复(主要是残疾人康复)公共交通等企业机构,以及不同类型残障群体(家庭)、不同年龄段残疾人、领域专家、行业主管部门负责人等开展实地调研、专题座谈或深入访谈等。

省外调研组前往广州、上海、杭州、北京、西安、武汉等东、中、西部地区,主要围绕前期调研所得信息进行系统梳理分析,聚焦残疾人预期寿命可能存在的关键影响因素,分层分类对相关部门单位、企业机构和领域专家、典型代表等开展实地走访调研、座谈交流和深入访谈等,力图汲取兄弟省市在促进残疾人健康、提高残疾人预期寿命、提升残疾人生命质量等方面经验做法的同时,通过对比分析厘清影响残疾人预期寿命的关键因素与核心指标等,针对性提出提高海南残疾人预期寿命的对策建议。

3.3.4 研究结果与分析

(一)问卷正式调研

根据预调研结果,形成最终的海南省残疾人预期寿命研究调查问卷,并结合课题研究进度安排,问卷调查时间为2024年6月上旬至8月上旬,受海南人口分布特征影响,预期寿命潜在因素存在形态以及残疾人(调查对象)对问卷调查理解能力认知有限等,充分依托残疾人组织、团体及基层残疾人工作专员等精准投放给具备填写调查问卷的残疾人或其监

护人,力求调查问卷真实、客观、准确反映残疾人主体态度或意向等。因此,调查问卷所收集到的827份有效问卷,高质量地通过了信度、效度检验,且所得数据分析结果与文献研究、实地调研、深度访谈、比较分析等存在高度一致性,充分表明调查问卷所得数据具有极强的代表性,能够有效证明海南残疾人预期寿命关键影响因素水平及主次特征等。

(二)样本描述性分析

利用SPSS4.0对有效问卷样本进行人口学特征分析:

(1)在性别项中,男性506人,占总数的61.19%;女性321人,占总数的38.81%;男性残疾人占比较大。

(2)在年龄项中,18岁以下87人,占总人数的10.52%;18—44岁301人,占总人数的36.4%;45—59岁213人,占总人数的25.76%;60岁及以上226人,占总人数的27.33%。整体来看残疾人大多数都在18岁以上。

(3)在受教育程度项中,小学及以下390人,占总人数的47.16%;初中297人,占总人数的35.91%;高中100人,占总人数的12.09%;大专31人,占总人数的3.75%;本科及以上学历9人,占总人数的1.09%。整体来看,受教育程度在高中及以下的残疾人占主要部分,其中小学及以下的残疾人最多。

(4)在职业项中,专业人士8人,占总人数的0.97%;服务业人员19人,占总人数的2.3%;公职人员18人,占总人数的2.18%;公司职员26人,占总人数的3.14%;个体经营者18人,占总人数的2.18%;自由职业者146人,占总人数的17.65%;农、林、牧、渔业生产及辅助人员133人,占总人数的16.08%;其他459人,占总人数的55.5%。整体来看,其他未知职业的样本残疾人最多,占一半以上。

(5)在居住地项中,城市212人,占总人数的25.63%;农村615人,占总人数的74.37%。农村占比较大。

(6)在残疾类型项中,视力残疾105人,占总人数的12.7%;听力残疾69人,占总人数的8.34%;言语残疾93人,占总人数的11.25%;肢体残疾458人,占总人数的55.38%;智力残疾157人,占总人数的18.98%;精神残疾173人,占总人数的20.92%。整体来看,肢体残疾占整个样本一半以上

(7)在残疾程度项中,四级残疾180人,占总人数的21.77%;三级残疾179人,占总人数的21.64%;二级残疾234人,占总人数的28.3%;一级残疾234人,占总人数的28.3%。总体来看,二级残疾和一级残

疾人数略高于三级残疾和四级残疾人数。

(8)从残疾原因来看,遗传等因素导致的先天残疾 133 人,占总人数的 16.08%;传染性疾病和非传染性疾病致残 86 人,占总人数的 10.4%;意外事件致残 135 人,占总人数的 16.32%;医疗事故致残 51 人,占总人数的 6.17%;其他原因 422 人,占总人数的 51.04%。整体来看,其他原因致残人数最多,占比一半以上。

(9)在残疾人是否接受过治疗项中,接受过治疗的有 481 人,占总人数的 58.16%;未接受过治疗的有 346 人,占总人数的 41.84%,接受过治疗的残疾人较多。

(10)在现有医疗水平能否满足残疾人的健康需求项中,完全能满足的有 169 人,占总人数的 20.44%;比较能满足的有 111 人,占总人数的 13.42%;一般能满足的有 339 人,占总人数的 40.99%;比较不能满足的有 102 人,占总人数的 12.33%;完全不能满足的有 106 人,占总人数的 12.82%。整体来看,一般能满足的人数最多,占比 40% 左右。

(11)在收入能否承担医保外的医疗康复费用项中,完全能承担的有 28 人,占总人数的 3.39%;比较能承担的有 34 人,占总人数的 4.11%;一般能承担的有 162 人,占总人数的 19.59%;比较不能承担的有 203 人,占总人数的 24.55%;完全不能承担的有 400 人,占总人数的 48.37%。整体来看,完全不能承担的占比最多,接近一半左右。

(12)在接受问卷的残疾人当前健康状况项中,健康状况一般的人最多,有 419 人,占总人数的一半左右。

(13)在周边环境对残疾人心理健康影响程度项中,认为影响程度一般的人数最多,有 460 人,占比超过一半。

(14)在日常生活方式项中,饮食规律且健康的 283 人,占总人数的 34.22%;偏好高热量、高脂肪、高糖、高盐等食物的 64 人,占总人数的 7.74%;经常运动的 179 人,占总人数的 21.64%;从不运动的 187 人,占总人数的 22.61%;日常注意休息和恢复的 283 人,占总人数的 34.22%;没有特别重视休息的

103 人,占总人数的 12.45%;定期接受健康体检的 94 人,占总人数的 11.37%;没有定期检查的 234 人,占总人数的 28.3%;注重卫生的 223 人,占总人数的 26.96%;有饮食不规律的 39 人,占总人数的 4.72%。整体来看,饮食规律且健康和日常注意休息和恢复的人最多。

(15)在受到过歧视方面,在教育方面曾受到歧视的 114 人,占总人数的 13.76%;在医疗方面曾受到歧视的 78 人,占总人数的 9.43%;在就业方面曾受到歧视的 192 人,占总人数的 23.22%;其他方面曾受到歧视的 599 人,占总人数的 72.43%。整体来看,在其他方面曾受到过歧视的人最多。

(16)在残疾人存在负面情绪的程度项中,偶尔会有的人最多,有 302 人,占总人数的 36.52%。

(17)在残疾人能够独立生活项中,能独立生活的 292 人,占总人数的 35.31%;在家人帮助下生活能部分自理的 385 人,占总人数的 46.55%;不能自理的 150 人,占总人数的 18.14%。整理来看,接近一半的残疾人,在家人的帮助下生活能部分自理,少部分不能自理。

(18)在是否接受过社会救济扶助项中,接受过的 409 人,未接受过的 418 人,相差不大。

(19)在对残疾人所处的社会环境是否满意项中,非常满意的 180 人,占总人数的 21.77%;比较满意的 155 人,占总人数的 18.74%;一般满意的 422 人,占总人数的 51.03%;比较不满意的 49 人,占总人数的 5.93%;非常不满意的 21 人,占总人数的 2.54%。整体来看,一半左右的人对残疾人所处社会环境持一般满意的态度。

(20)最影响残疾人预期寿命的因素分别为残疾人及其家庭经济状况,残疾人的心理健康,政府对残疾预防的重视程度。

(三)预期寿命的测量与分析

(1)样本频率分析

如表 2 所示,为使样本数据具有真实性和区分度,问卷设置性别等人口学变量,采取匿名问卷方式进行调查,对有效样本进行人口特征分析,得到样本个案数和百分比,占比高的选项说明人群的倾向性高。

表 2 样本频率
Table 2 Sample frequency

		N	%
性别	A. 男	506	61.2
	B. 女	321	38.8

续表2 样本频率

Continued Table 2 Sample frequency

		N	%
年龄	A. 18岁以下	87	10.5
	B. 18—44岁	301	36.4
	C. 45—59岁	213	25.8
	D. 60岁及以上	226	27.3
受教育程度	A. 小学及以下	390	47.2
	B. 初中	297	35.9
	C. 高中(含中专、职中)	100	12.1
	D. 大专	31	3.7
	E. 本科及以上	9	1.1
职业	A. 专业人士(如:教师、医生、律师等)	8	1
	B. 服务业人员(如:餐饮服务员、司机、售货员等)	19	2.3
	C. 公职人员	18	2.2
	D. 公司职员	26	3.1
	E. 个体经营者	18	2.2
	F. 自由职业者	146	17.7
	G. 农、林、牧、渔业生产及辅助人员	133	16.1
	H. 其他	459	55.5
地区	A. 城市	212	25.6
	B. 农村	615	74.4
残疾程度	A. 四级(轻度)	180	21.8
	B. 三级(中度)	179	21.6
	C. 二级(重度)	234	28.3
	D. 一级(重度)	234	28.3
残疾原因	A. 遗传等因素导致的先天性残疾	133	16.1
	B. 传染性疾病和非传染性疾病致残(如:乙型肝炎、糖尿病、高血压等)	86	10.4
	C. 意外事件致残(如:生产安全事故、交通事故、辐射等)	135	16.3
	D. 医疗事故致残	51	6.2
	E. 其他	422	51
现有的医疗保健水平满足健康需求	A. 完全能满足	169	20.4
	B. 比较能满足	111	13.4
	C. 一般满足	339	41
	D. 比较不能满足	102	12.3
	E. 完全不能满足	106	12.8
收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用	A. 完全能承担	28	3.4
	B. 比较能承担	34	4.1
	C. 一般能承担	162	19.6
	D. 比较不能承担	203	24.5
	E. 完全不能承担	400	48.4
健康状况	A. 很好	89	10.8
	B. 较好	72	8.7
	C. 一般	419	50.7
	D. 较差	164	19.8
	E. 很差	83	10

续表 2 样本频率
Continued Table 2 Sample frequency

		N	%
消极情绪程度	A. 完全没有	193	23.3
	B. 偶尔会有	302	36.5
	C. 一般	231	27.9
	D. 比较严重	73	8.8
	E. 非常严重	28	3.4
能够独立生活	A. 能独立生活	292	35.3
	B. 在家人帮助下生活能部分自理	385	46.6
	C. 不能自理	150	18.1
是否接受过社会救济扶助	A. 是	409	49.5
	B. 否	418	50.5
残疾人所处的社会环境(公共服务、政策保障等方面)满意	A. 非常满意	180	21.8
	B. 比较满意	155	18.7
	C. 一般满意	422	51
	D. 比较不满意	49	5.9
	E. 非常不满意	21	2.5

(2)样本数据信度检验

信度分析也被称为可靠性分析,是对测量结果稳定性、一致性和可靠性的检验,为了保证测量结果的准确性,进行分析前需要先对问卷中的有效数据进行可靠性分析。目前在社科研究中通常采用Cronbach's α系数进行分析,一般而言,若信度系数

在 0.9 以上,说明信度非常好;若在 0.8~0.9 之间,则说明很好;在 0.7~0.8 之间,则说明较好;在 0.6~0.7 之间,说明可以接受;在 0.6 以下,则说明需要修订。

如表 3 所示,从表可以看出,量表题目的信度系数较高,故认为调查数据是比较可靠的。

表 3 各变量整体信度分析
Table 3 Overall reliability analysis of each variable

可靠性统计			
克隆巴赫 Alpha		基于标准化项的克隆巴赫 Alpha	项数
0.763		0.765	5
项统计			
	平均值	标准差	个案数
现有的医疗保健水平满足健康需求	3.16	1.250	827
收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用	1.90	1.067	827
健康状况	2.90	1.053	827
存在积极情绪的程度	3.68	1.033	827
残疾人所处的社会环境(公共服务、政策保障等方面)满意	3.51	0.978	827

(3)样本数据效度检验

根据正式调研收集到的数据,对最终的有效问卷仍使用KMO值Bartlett球形检验两种方法来检验效度,检验过程与预调研问卷效度检验一致。效度是指通过测验或量表工具能够准确测出所需测的心理和行为特征的程度,即测验结果的准确性和可靠性。一般来说,Bartlett球度检验显著性水平越小($P<0.05$)则表明原始变量之间越可能存在有意义的关系。KMO值用于比较题项间简单相关和偏相

关系数,取值在 0 到 1 之间。KMO 值大于 0.7,Bartlett 球形度检验统计值的显著性是 $0.000<0.01$,认为数据的效度良好。

如表 4 所示,研究变量 KMO 值大于 0.7,Bartlett 球形检验的显著性 Sig. 值均为 0.000,因此,综合以上信息说明最终的调查问卷具有良好的结构效度水平。

(4)相关性分析

相关分析是指描述和分析两个或两个以上变量

表 4 研究变量 KMO 值与 Bartlett 球形检验

Table 4 KMO value and Bartlett spherical test of the study variables

KMO 取样适切性量数		0.774
巴特利特球形度检验	近似卡方	995.037
	自由度	10
	显著性	0.000

之间相互关系的性质及其相关程度的过程。显著性小于 0.05,在相关系数的左上角标注*号,此时说明有关系;反之则没有关系。相关系数大于 0 时,说明

两个变量之间是正相关关系,小于 0 说明两个变量之间是负相关关系。

从表 5 可以看出,健康状况与受教育程度、现有的医疗保健水平满足健康需求、收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用、能够独立生活、接受过社会救济扶助的显著性小于 0.05,说明有显著的相关关系,其中各变量的相关系数均大于 0,说明有显著的正相关关系。健康状况与存在负面情绪的程度、残疾程度呈现显著的负相关。

表 5 健康状况、受教育程度与现有医疗保健水平满足健康需求等相关性分析

Table 5 Correlation analysis of health status, educational attainment and existing health care level to meet health needs

		健康状况
斯皮尔曼 Rho	健康状况	相关系数 1.000**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	性别	相关系数 -0.033
		显著性(双尾) 0.338
		个案数 827
	受教育程度	相关系数 0.194**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	地区	相关系数 -0.043
		显著性(双尾) 0.215
		个案数 827
	残疾程度	相关系数 -0.261**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	现有的医疗保健水平满足健康需求	相关系数 0.389**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用	相关系数 0.429**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	存在积极情绪的程度	相关系数 0.416**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	能够独立生活	相关系数 0.422**
		显著性(双尾) 0.000
		个案数 827
	是否接受过社会救济扶助	相关系数 0.069*
		显著性(双尾) 0.049
		个案数 827

**在 0.01 级别(双尾),相关性显著;*在 0.05 级别(双尾),相关性显著。

(5)回归分析

说明因变量能够被回归方程解释的部分为 39.8%,

通过表 6 拟合度检验可以看到,R 方为 0.398, F 检验的显著性小于 0.05,达到了显著性水平,说明

表 6 拟合度检验
Table 6 Fit test

模型摘要					
模型	R	R 方	调整后 R 方	标准估算的误差	
1	0.631 ^a	0.398	0.393	0.821	
a. 预测变量:(常量),负面情绪,受教育程度,收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用,残疾程度,现有的医疗保健水平满足健康需求,能够独立生活					
ANOVA ^a					
模型	平方和	自由度	均方	F	显著性
回归	364.531	7	52.076	77.303	0.000 ^b
1 残差	551.730	819	0.674		
总计	916.261	826			
a. 因变量:健康状况					
b. 预测变量:(常量),负面情绪,受教育程度,收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用,残疾程度,现有的医疗保健水平满足健康需求,能够独立生活					
系数 ^a					
模型	未标准化系数		标准化系数		共线性统计
	B	标准误差	Beta	t	
(常量)	1.896	0.207		9.173	0.000
受教育程度	0.077	0.033	0.065	2.311	0.021
残疾程度	-0.015	0.030	-0.015	-0.478	0.633
现有的医疗保健水平满足健康需求	0.140	0.026	0.166	5.328	0.000
1 收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用能够独立生活	0.255	0.030	0.258	8.401	0.000
是否接受过社会救济扶助	-0.034	0.058	0.193	5.696	0.000
负面情绪	-0.267	0.030	-0.016	-0.581	0.561
a. 因变量:健康状况			-0.262	-8.856	0.000
				0.840	1.190

建立的回归模型有效。根据表中VIF值远小于10,可以认为变量间共线性问题对模型的影响较弱。

受教育程度、现有的医疗保健水平满足健康需求、收入能够承担得起医保以外的医疗及康复费用、能够独立生活的显著性小于0.05,回归系数大于0,说明对健康寿命有显著正向影响。

负面情绪的显著性小于0.05,回归系数小于0,说明对健康寿命有显著负向影响。

其他变量的显著性大于0.05,对健康寿命的影响较弱,无显著影响。

绘制项中选择输出残差直方图与正态概率图可以通过这个图来大致确定数据是否存在自相关以及模型构建效果情况。模型的直方图中数值呈正态分布,正态概率图(P-P图)中观测的累计概率放在横轴,期望的累计概率被放置在纵轴上则表明了模型没有重大的偏差、标准化残差呈正态分布,散点在直线上或者向直线靠近,说明变量之间基本呈线性分布,模型效果较好。

4 海南残疾人预期寿命影响因素分析

综合文献梳理、实地调研、资料统计和深入访谈等,并结合问卷调查测算,总体上海南轻度(三、四级)残疾人和重度(一、二级)残疾人平均预期寿命均高于全国水平,其中轻度(三、四级)残疾人平均预期寿命更为接近海南全体人口平均预期寿命水平,且高出全国轻度(三、四级)残疾人平均预期寿命幅度较大。同时,关于海南残疾人预期寿命主要影响因素分析来看,18岁以下死亡率、因老年功能性障碍和因病致残是影响残疾人人均寿命的主要因素,收入水平、受教育程度、健康观念、人居环境、生产生活条件等也是影响残疾人寿命比较关键的因素。

4.1 生理与环境因素

遗传因素对人类寿命的影响是学界广泛深入讨论的命题之一。不论是既有文献梳理分析和实地调研访谈,还是问卷调查,遗传因素导致的先天性残疾值得高度关注,主管部门、领域专家和残疾人或其监护人等提及遗传因素的影响,特别是问卷调查结果中,有超过15%的残疾人受访者(或其监护的残疾人)是因遗传等因素导致的先天性残疾,六成以上的受访者为男性。地理环境对人类寿命的影响不可忽视,不同地区的温度、湿度、海拔和生态环境等因素都会影响当地居民的健康状况和寿命。海南拥有得天独厚的热带气候及优越的生态环境资源,自然环

境对于延长人的寿命是一个非常好的先天条件,但小气候的变化、偏远闭塞的生存环境、出行不便的山地条件,以及城乡间、区域间的发展不平衡等也在影响残疾人预期寿命,比如填写问卷调查的受访者中近四分之三来自农村,高达15.6%的受访者认为生活的周边环境(气候、空气、水源、卫生、过敏原等)对其身心健康的影响程度大,55.62%的受访者认为该影响程度一般。

4.2 经济因素

经济因素对人类寿命有着显著影响,而对于残疾人群体而言,这种影响更加深远。残疾人的生活质量、医疗保障、康复服务、就业机会、教育资源以及居住条件等,几乎无一不受到经济状况的制约。据问卷调查显示,有近73%的受访者表示无法承担医保范围以外的医疗与康复费用,表明多数残疾人家庭在经济上承受巨大压力。此外,约50%的受访者认为,残疾人及其家庭的经济状况直接影响到残疾人的预期寿命。这些数据反映出,提升残疾人经济能力、完善社会保障体系是改善其健康与寿命的关键。

4.3 社会因素

社会因素对于残疾人的预期寿命影响较之于其他社会群体更为明显,除了所有社会成员享有的社会稳定性外,公共服务、政策保障等,伤害致残如交通事故、自然灾害、突发安全风险等,以及社会歧视或接纳程度等所带来的安全感等方面,都对残疾人生命质量产生着直接且相对较大的影响。问卷调查受访者中8.47%不满意当前的社会环境。有超过45%的受访者自己或其监护的残疾人因残疾在教育、就业、医疗等方面受到过歧视。有超过40%的受访者认为政府对残疾预防的重视程度和24%的受访者认为社会对残疾人的友好程度是影响残疾人预期寿命的因素。

受教育程度与残疾人的就业、收入及其享有的医疗资源、生活环境、身心健康等息息相关,不仅有利于提高残疾人个体知识水平、运动自觉及综合素养,更能促使残疾人提高健康意识、注重健康饮食和生活、保持良好心理状态、改善健康生活方式等,教育对人类寿命的影响得到了广泛认同例如。问卷调查对此直观印证,有超过83%的残疾人受教育程度为初中及以下,受过高等教育的残疾人不到4%,有近14%的受访者认为教育方面受过歧视。

4.4 卫生医疗与生活因素

卫生医疗和生活习惯是影响残疾人预期寿命的

两个重要因素。充足的医疗卫生资源、良好的医疗保障、先进的医疗技术和强大的可及性对残疾人的健康状况起着至关重要的作用。调研数据显示,6.17%的受访者为医疗事故致残,且仅有33.86%的受访者认为现有医疗保健水平能够满足残疾人的健康需求,超过四分之一的受访者认为现有医疗保健水平无法满足残疾人健康需求。值得注意的是,20.92%的受访者认为医疗水平的高低及可及性影响残疾人预期寿命,而35.19%的受访者认为政府对残疾人康复、医疗经费的投入是影响预期寿命的关键因素。

除了医疗因素,生活习惯也是影响残疾人预期寿命的重要方面。残疾人由于主观和客观因素的影响,可能难以保持良好的生活习惯,从而对其预期寿命产生显著影响。健康饮食、适度运动、科学膳食结构、充足的营养摄入、戒烟戒酒等有助于改善身体状况,减少疾病风险,从而延长寿命。然而,不良生活习惯则会极大地缩短预期寿命。问卷调查显示,36.28%的受访者认为残疾人的生活习惯对预期寿命有重要影响。尽管超过三成的受访者表示残疾人能够保持规律且健康的饮食,并注重日常休息和恢复,但仍有超过五分之一的残疾人没有参与运动,超过十分之一的残疾人没有特别重视休息或定期体检。还有近8%的残疾人偏好高热量、高脂肪、高糖、高盐的食物,而近5%的残疾人存在饮食不规律、吸烟、酗酒和滥用药物的行为。

4.5 心理因素

残疾人的心理健康、健康意识等因素对其预期寿命的影响不容忽视。与其他社会群体相比,残疾人更容易面临心理困境,如自我否定、社会隔离、情绪低落等问题,这些负面情绪会显著影响其身体健康和生活质量。因此,良好的心理状态对延长残疾人寿命具有重要意义。养成科学的健康观念、积极的生活态度和稳定的情绪管理能力,有助于增强其身体免疫力,降低疾病发生率。同时,残疾人应树立自我保健意识,培养良好的生活习惯,如规律作息、合理饮食、适当锻炼等,从而更好地维护身心健康。问卷调查数据显示,超过40%的受访者认为残疾人的心理健康直接影响其预期寿命,另有29.87%的受访者指出,康复护理与保健意识也具有显著影响。这些数据反映出社会各界对残疾人健康问题的关注,强调了心理健康干预与健康教育在残疾人群体中的重要作用。

5 海南残疾人预期寿命提升策略

随着海南自由贸易港战略的持续深入推进,特别是“三区一中心”战略定位的落地实施,不仅要满足在地残疾人的各种保障需求,更要考虑如何高质量保障国内外来琼残疾人的生活、学习、工作的需求。因此,提升海南残疾人预期寿命的这一策略命题,既要立足海南实际,适度超前即前瞻性、实操性的予以谋划;更应在中国式现代化时代背景下,努力推动残疾人事业领域的制度集成创新工作,探索形成可复制、可推广、可借鉴的经验做法才是大势所趋、当务之急。

5.1 构建全链条出生缺陷防控与健康支持环境体系

为有效预防遗传因素引发的先天性残疾,提高全民健康水平,海南应构建覆盖出生前至出生后的全链条综合防控与环境支持体系。一方面,依托国家“出生缺陷防治行动计划”,建立全覆盖的孕产期基因检测体系,在县域医疗机构全面推广产前筛查与新生儿疾病筛查。应引入AI辅助诊断技术,实现出生缺陷的早发现、早干预;同时,借助大数据平台整合高风险人群信息,强化婚前医学检查与优生优育宣传教育,推动“健康海南”宣传向农村地区下沉。通过建设省级出生缺陷综合防治中心,推动基因病数据库与个体健康档案互联互通,从源头减少遗传性致残事件的发生。

另一方面,必须同步优化城乡生态与健康生活环境,为残疾人及易致残人群提供良好的康复与生活支持条件。严格落实《中华人民共和国无障碍环境建设法》,以全国无障碍环境示范城市(县)和示范性老年友好型社区为引领,在精准推进重度困难残疾人家庭无障碍、适老化与老旧小区改造的同时,推动建设高质量、高水平的无障碍环境。应探索残疾人家居无障碍改造补贴制度,采用政府购买第三方服务的方式,为困难残疾人家庭提供家居环境清洁维护服务。积极引导残疾人养成健康生活方式,将健康理念融入法规政策宣传、职业技能培训和日常康复训练,构建残疾人健康生活培训课程体系,强化其自主健康行为的“肌肉记忆”。

依托海南“国家生态文明试验区”优势,应持续推进农村水源净化、道路硬化与厕所革命项目,特别是强化农村及山区居民的环境治理能力。运用遥感与气象数据,构建“健康气候指数模型”,科学指导城乡功能布局和康复中心选址,推动建设气候适应性

社区,配置绿色基础设施与智能温湿调节设备,提升残疾人居住舒适度。同步加强生态康养服务与绿色出行设施建设,打造集自然环境、人文关怀与智能化支持为一体的宜居生态空间,实现出生缺陷预防与环境健康促进的协同发展。

5.2 构建多元化残疾人经济支持机制

一是应积极推动成立省域层面党政统筹的预防残疾工作领导体制,进一步完善海南省人均预期寿命提升行动计划(2022—2025年)实施细则及协调推进工作机制;二是政府须持续加大预防残疾专项工作投入,切实增强预防残疾工作的重视程度,不断完善地方相关法规政策,探索构建基层预防残疾工作网络;三是切实做好先天性疾病的防控工作,重点加强遗传(染色体异常等)因素、社会经济和人口因素(低收入、卫生保健和筛查、高龄产妇等)、感染在内的环境因素(母体感染、辐射暴露、某些污染物、孕妇营养不良、疾病或某些药物等),以及先天性心脏缺陷、唇腭裂和畸形足等的预防工作力度;四是持续加大针对残疾人群体的公共服务供给,以及残疾人康复、出行、生活等保障能力;五是重点加大交通安全、疾病预防、健康生活等伤害致残的宣传工作,尤其是针对18岁以下和40岁以上等重点人群加强宣贯工作,以提高其致残防范意识和能力。应进一步完善残疾人“分层分类”补贴体系,结合大数据与信用平台,实现个体化精准资助。引入数字普惠金融工具,鼓励银行推出残疾人专属贷款与保障产品,扶持其创业和技能培训。同时,推动“残疾人灵活就业平台”建设,依托数字经济创造远程就业机会。建立残疾人家庭收入与健康支出跟踪机制,动态调整医疗与康复财政补贴额度。引导社会资本参与残疾人公益保险与辅助器具补贴,降低其生活和健康成本,实现经济能力与健康水平的协同提升。

5.3 推动社会融合与公共服务公平化

一是积极创造条件为残疾人教育提供平等、公正的机会,一方面教育资源分配上应向特殊教育倾斜,加强特殊教育师资队伍、教育教学设施设备建设等,另一方面多措并举为残疾学生提供更多接受融合教育机会,支持鼓励普通学校接收残疾学生,尤其是增加残疾学生更多接受高等教育的机会;二是积极消除就业歧视,通过制度性措施确保党政机关和企事业单位为更多残疾人提供平等的就业机会,同时要不断加强残疾人职业技能及就业服务培训,积极扶持更多残疾人自主创业并带动更多残疾人高质量就业;三是积极组织开展残疾人社会保障政策的

宣贯解读,切实提高残疾人对养老、医疗、救济救助等政策知晓率,为残疾人便捷高效享受各项社会保障政策建立“绿色通道”;四是在加快推动医养结合示范试点工作基础上,率先探索开展残疾人医康养护一体化创新试点工作,针对残疾人的社会特性不断健全医疗卫生服务体系,适度前瞻引培与地方经济社会发展相适宜的残疾人康复机构,分层分类做好残疾人康复服务人员的培养工作,同时应持续加强残疾人健康教育,着力提高残疾人自主健康管理能力;五是高度重视残疾人精神生活的满足,加大残疾人文化体育服务供给,在残疾人生活、学习、工作场所就近提供文化体育活动或设施,积极探索打造专门服务于残疾人的体育训练基地、体育旅游示范区、文化艺术节庆和品牌体育赛事等。

5.4 推进残疾人精准康复与健康管理服务

海南应依托“健康中国2030”与“互联网+医疗”政策,构建残疾人分级诊疗与远程康复服务体系。推动基于AI与穿戴设备的智能康复训练进入家庭场景,实现运动监测、药物提醒、营养建议一体化管理。建设标准化残疾人健康档案,动态监控慢病管理、生活习惯与营养摄入数据,个性化制定干预计划。同步推进辅助器具智能升级与适配流程优化,提升残疾人生活独立性。开展生活方式干预项目,如控糖控盐、戒烟限酒等专项健康营养行动,提升残疾人日常生活质量。

5.5 建立多层次残疾人心理支持系统

一是高度重视残疾人心理健康,重点加强残疾人群体心理健康的教育训练,鼓励和支持残疾人参与社会生活,为残疾人正常化学习、工作创设安全便捷及包容友爱的友好环境;二是在残疾人培训教育方面增加自我健康管理相关内容,努力引导和支持残疾人树立与现代生活、学习、工作相适应的健康理念,形成与地理环境、家居环境、学习场景、工作场所等相协调的健康生活方式;三是持续强化残疾人健康意识养成,针对不同类型残疾人提供自主康复训练方式方法,并做好危害、伤害残疾人各种突发、易发情形案例的宣教宣导。四是通过与高校合作设立“残疾人心理健康志愿者”培训项目,引导社工、志愿者深入社区开展心理疏导。五是借助VR冥想、情绪识别APP等技术,为残疾人提供智能化心理疏导工具。鼓励其参与社区文化活动与社会交往,激发归属感与自我价值感,从根本上提升心理健康水平与生命质量。

参考文献:

- [1] JIA H, LUBETKIN E I. Life expectancy and active life expectancy by disability status in older U.S. adults[J]. *PLOS ONE*, 2020, 15(9): e0238890. DOI:10.1371/journal.pone.0238890.
- [2] ROTENBERG S H, SMYTHE T, KUPER H. Left Behind: Modelling the life expectancy disparities amongst people with disabilities in Low and Middle-Income Countries[A/OL]. (2023-07-12)[2025-07-17]. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.07.12.23292565>.
- [3] 王漪雯. 工作还是休闲: 基于老年人预期寿命的影响研究[J]. *Advances in Applied Mathematics*, 2022, 11(10): 7227-7239. DOI:10.12677/AAM.2022.1110767.
- [4] 程云飞. 残疾类型对个体寿命的影响研究[J]. *中国人口科学*, 2022(4): 45-56.
- [5] WILMOTH J R, BAS D, MUKHERJEE S, *et al.* World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World[M]. U N, 2023.
- [6] World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates[R]. World Health Organization, 2019.
- [7] ROSER M, ORTIZ-OSPINA E, RITCHIE H. Life expectancy[J]. *Our world in data*, 2013.
- [8] World Health Organization. Global Health Estimates 2022: life expectancy and healthy life expectancy by country[R]. Geneva: WHO, 2022.
- [9] GREGG E W, LIN J, BARDENHEIER B, *et al.* Impact of intensive lifestyle intervention on disability-free life expectancy: the look AHEAD study[J]. *Diabetes Care*, 2018, 41(5): 1040-1048. DOI:10.2337/dc17-2110.
- [10] ZHOU M, WANG H, ZENG X, *et al.* Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. *The Lancet*, 2019, 394(10204): 1145-1158. DOI:10.1016/S0140-6736(19)30427-1.
- [11] 展元元, 韩耀风, 方亚. 基于多状态Markov模型的我国老年人无失能期望寿命及其影响因素[J]. *中华流行病学杂志*, 2021, 42(6): 1024-1029. DOI:10.3760/cma.j.cn112338-20200907-01133.
- [12] 蔡玥, 孟群, 王才有, 等. 2015—2020年我国居民预期寿命测算及影响因素分析[J]. *中国卫生统计*, 2016, 33(1): 2-4.
- [13] 国家统计局. 第六次全国人口普查数据[EB/OL]. (2011-4-28)[2025-06-24]. <https://www.stats.gov.cn/sj/pcsj/rkpc/6rp/lefte.htm>.
- [14] 海南省统计局. 海南省2010年第六次人口普查主要数据公报[EB/OL]. (2011-5-10)[2025-06-24]. https://stats.hainan.gov.cn/tjj/tjgb/pcgb/201207/t20120706_1631888.html.
- [15] 郭帅, 罗雅楠, 郑晓瑛. 中国老年人口健康预期寿命性别差异多元变化趋势的研究: 2020—2050年[J]. *中华疾病控制杂志*, 2023, 27(2): 201-208. DOI:10.16462/j.cnki.zhjbkz.2023.02.013.
- [16] 海南省统计局, 海南省第七次全国人口普查领导小组办公室. 海南省第七次全国人口普查公报(第二号): 地区人口情况[EB/OL]. (2021-05-13)[2025-06-24]. https://stats.hainan.gov.cn/tjj/ywdt/xwfb/202105/t20210512_2977770.html.
- [17] 海南省残疾人联合会. 2021年海南省残疾人事业发展统计公报[EB/OL]. (2022-04-15)[2025-06-24]. https://www.hidpf.org.cn/zwgk/sjtj/202204/t20220415_3191039.shtml.
- [18] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 2023[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2023.



蔡琼雅,海南万宁人,海南省残疾人联合会党组书记、理事长。



刘刚,陕西渭南人,海南大学旅游学院副教授,博士生导师,海南大学MTA教育中心主任,海南中联无障碍环境研究院高级研究员,主要研究方向:残疾人事业发展,主动健康管理与科技应对老龄化,城乡(海洋)治理与公共政策、文化遗产与跨文化旅游消费等。

(责任编辑:彭 鹏)