



健康相伴，活力常在

2012年世界卫生日
全球概要



世界卫生组织

©世界卫生组织2012年

版权所有。

要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可—无论是为了出售或非商业性分发，应通过世卫组织网站向世界卫生组织出版处提出申请 (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/e/index.html)。

本文件中地图所显示的分界线和名称以及使用的标记并不代表世卫组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐，或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实出版物中包含的信息。但是，已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

设计：日内瓦Services Concept

图片来源。封面和第5页：KarstenThormaehlen；第8和第12页：国际助老会/Antonio Olmos；第22页：国际助老会/Wang Jing；第25页：世卫组织/T. Halvari

瑞士日内瓦世卫组织出版服务处印制

本出版物可从http://www.who.int/world_health_day/2012下载

文件号：WHO/DCO/WHD/2012.2

前言

人口老龄化是一种既不可避免又可以预测的全球现象。它将在许多方面以复杂方式改变社会，既带来挑战也带来机遇。一方面，不论是通过正式参与工作，还是通过非正式工作、志愿服务或在家庭内部，老年人已经为社会做出过重大贡献。我们可以通过帮助他们保持健康并打破使老年人无法继续参与社会的众多障碍加强其贡献。另一方面，在生命的最终阶段，许多老人都将面临健康问题，他们自立的能力也遭遇挑战。我们需要解决这些问题，并且以家庭和社会能够负担得起且可持续的方式解决。

任何成功应对老龄化的核心都必须是良好的健康。如果我们能够确保人们不仅更长寿，而且更健康，社会就将得到更大机会、付出更小代价。因此，21世纪前50年所面临的这一人口结构挑战需要做出公共卫生应对，世卫组织也已将其确定为工作重点。

要实现健康而积极的老龄生活，许多决定因素在卫生系统以外。而且，这些因素往往在生命历程的较早阶段就开始发挥影响。因此，我们的应对工作需要处理整个生命周期内和许多社会领域的问题。但是，卫生部门也需要做出调整。老龄化时代一个日益突出的卫生挑战就是非传染性疾病。我们需要发展卫生系统，使之能够提供这些疾病及其风险因素所要求的长期护理。

本全球概要以全新视角看待现有卫生数据并利用一些激动人心的新工作帮助我们确切了解现实需求。文件提供了我们大家都可以采取的行动。现在，国际社会应直面挑战，真正实现“健康相伴，活力常在”。



世界卫生组织总干事
陈冯富珍博士

术语说明

本概要从整个生命周期的角度探讨老龄化。它假设从我们出生的那一刻起就开始老龄化，而非人为地将生命划分为“中年”或“老年”等阶段。尽管如此，出于统计学目的，将人群分为不同的年龄组通常也很有必要。我们使用的分析通常将60岁及以上作为统计学分界线，但出于多种原因，某些分析研究也涉及不同年龄的人群，如50岁及以上，65岁及以上或80岁及以上。认识这些次群体的不同经历有助于我们更好地理解老龄化过程，并珍视生命的连续性。



要点

人口老龄化这一全球现象目前正在低收入和中等收入国家快速出现。欧洲和日本是最早经历人口老龄化的地方，而现在最剧烈的变化发生在古巴、伊朗伊斯兰共和国和蒙古等国。

人口老龄化与社会经济发展有着千丝万缕的联系。典型的情况是，随着国家发展，更多的人会活过儿童期和度过生育关，生育水平下降，人们开始活得更长。这些变化反过来又会促进发展。但这些变化也会推动人口老龄化。除非社会能够进行调整并促进老年人的健康和参与，否则这一不可避免的人口结构变化可能阻碍未来的社会经济进步。

老龄化虽然给社会带来挑战，但也会创造许多机会。人口老龄化导致急诊和初级卫生保健需求增加，养老金和社会保障制度面临压力以及长期社会护理需求增加，这给社会带来挑战。但是，老年人作为家庭成员、志愿者和积极的劳动参与者也做出重要贡献。他们是重要的社会和经济资源，更长的预期寿命也就意味着为社会做出贡献的更多机遇。挑战和机遇的权衡结果将取决于社会如何作出反应。

全球应对人口老龄化工作的中心是加强老龄健康。现在，健康状况低下、负面刻板印象和参与障碍等因素使老年人处于不利地位，妨碍他们对社会做出贡献并且增加人口老龄化的费用。在卫生方面进行投资可以减轻疾病负担、帮助防止老年人孤单，并且通过保持老年人的独立性和生产能力，对社会带来更广泛的效益。

老龄健康状况低下不仅仅是个人的负担，而且是家庭和社会的负担。家庭或社会越贫困，潜在影响越大。失去健康可能意味着曾经是家庭劳力的老年人再也无法做出贡献并可能需要大量支持。其卫生保健费用可能使整个家庭陷入贫困。这种负担的分布并不公平。资源最少的人或者生活在最贫困地区的人面临的风险最大。

老年人面临的主要卫生挑战是非传染性疾病。与高收入国家的老年人相比，低收入和中等收入国家老年人受到的影响要高一到两倍。即使在最贫困的国家，老年人面临的最大健康负担也是来自心脏病、中风、视力损害、听力损失和痴呆。老年人身上常常同时出现几种健康问题。

当前卫生系统的设计难以满足以上复杂疾病负担所导致的慢性病护理需求，特别是在低收入和中等收入国家。例如，根据最近一项大型研究，虽然缺血性心脏病和中风是导致损失生命年的最大原因，而高血压是导致这些疾病但可治疗的关键风险因素，但低收入和中等收入国家只有4%到14%的老年人接受有效降压治疗。除为较年轻人群提供治疗干预措施之外，卫生系统需要加以调整，确保为常常同时罹患数种慢性病和残疾的老年人提供高质量的安全护理，而且这种服务应不仅限于在医院内。

老龄化与城市化、技术变革和全球化等其它主要全球趋势相互关联。正如人口迁移和城市化正在改变社会结构和关系，预期寿命延长也会影响到人们生活和规划生活的方式。以20世纪的社会模式为基础的方法很可能在当今快速变化的环境下不再有效。

寿命延长甚至可能促使我们重新思考该如何看待“老龄”本身。如果人们普遍比以前多活10年或20年，过去无法实现的许多人生选择将成为可能。

对于人口老龄化的挑战，并无简单的“灵丹妙药”，但确实存在各国政府和社会现在就可采取的切实行动（表1）。

表1. 实现健康、积极老龄化需考虑整个生命期

促进所有年龄的良好健康和健康行为，预防或推迟慢性病的发展。坚持身体活动、健康饮食、避免有害使用酒精、不吸烟或使用烟草制品，能够减少老年时患慢性病的风险。这些行为需要在生命早期就开始，并且一直延续至老年。

通过及早发现和高质量保健（基本保健、长期保健和姑息治疗）减轻慢性病的后果。虽然我们可以通过健康生活方式减少罹患慢性病的风险，但仍然有许多人会在老年时出现健康问题。我们需要及早发现代谢变化，如高血压、高血糖和高胆固醇，并对其进行有效管理。但我们也需要满足已经患有慢性病者的需求，护理无法自理者，并确保每个人都能有尊严地死去。

创造能够促进老年人健康和参与的物质和社会环境。社会决定因素不仅在整個生命周期影响人们的健康行为，而且是老年人能否继续参与社会的重要因素。因此，要创造对老年人方便的物质和社会环境，促进老年人的健康和参与。

重塑老龄化 — 改变社会态度，鼓励老年人参与。当前对老龄化的态度很大程度上是20世纪发展起来的，当时老龄人口比现在少得多，社会结构也很不一样。这些思维模式可限制我们发现21世纪人口老龄化的真正挑战并抓住其机遇的能力。我们需要发展新的老龄化模式，帮助我们创造出我们期待的未来社会。



老龄化的

人口结构

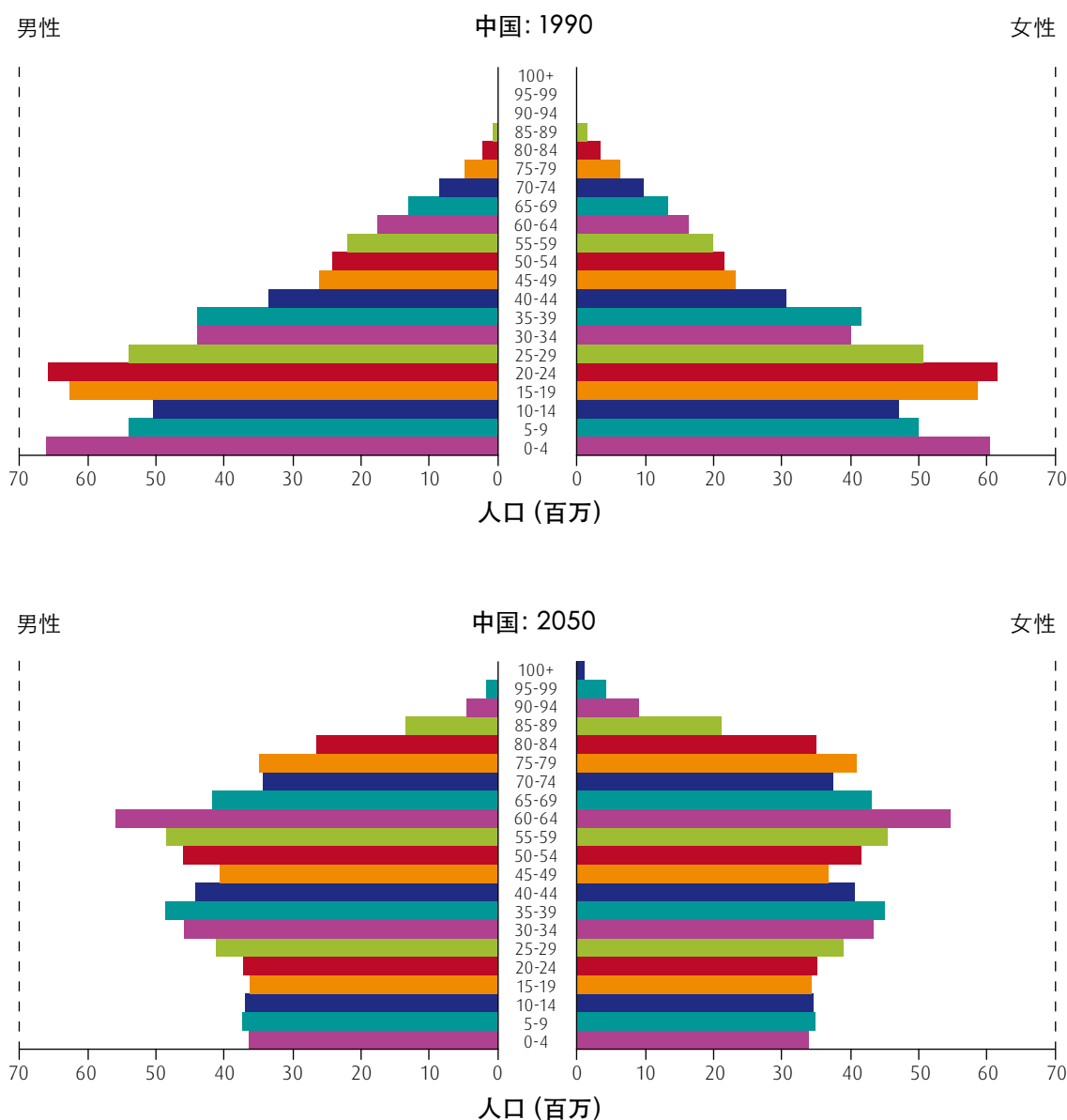
为什么会有人口老龄化？

人口老龄化在诸多方面均可被看作是社会经济发展的直接结果。虽然各国的经历并不相同，但显现出了普遍模式。随着生活条件的改善和卫生保健获取机会的增加，儿童期和分娩时的死亡率降低。随后通常发生出生率下降的情况，因为家庭逐渐意识到儿童存活的可能性增大，且妇女能够更好地控制生育。出生率下降慢于死亡率下降，导致人口中儿童比例的短暂升高。随着这一代人进入传统的工作年龄，他们将加强经济增长。

然而，这些激增的人口最终会步入老年，如果生育率持续较低，老年人占总人口的比例就会升高。老年期寿命的不断延长还会加速这一趋势。在较发达国家，儿童和孕产妇死亡率一直徘徊在极低水平，而老年期寿命延长也将越来越多地驱动未来老龄化。这将导致80岁以上人口在总人口中的比例加大。

这些变化使人口结构产生巨变，从以年轻群体为主，转变为各年龄组人群分布更加均衡（图1）。

图1. 1990-2050年中国人口年龄结构变化



来源：国际数据库，美国人口普查局

全球趋势

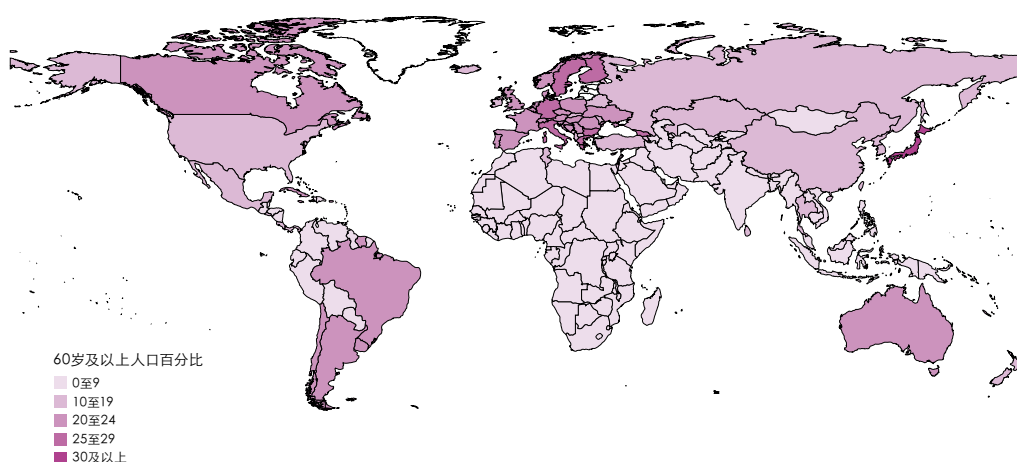
虽然各国均处于人口老龄化的不同阶段，但这一转变已在每个国家发生。图2显示老年人口比例在全球各地上升的情况。

虽然向老年人口过渡的转变始于欧洲和北美洲等富裕地区，但低收入和中等收入国家目前正在经历的变化最大。到2050年，80%的老年人将生活在这些国家。智利、中国和伊朗伊斯兰共和国的老年人口比例将高于美国。

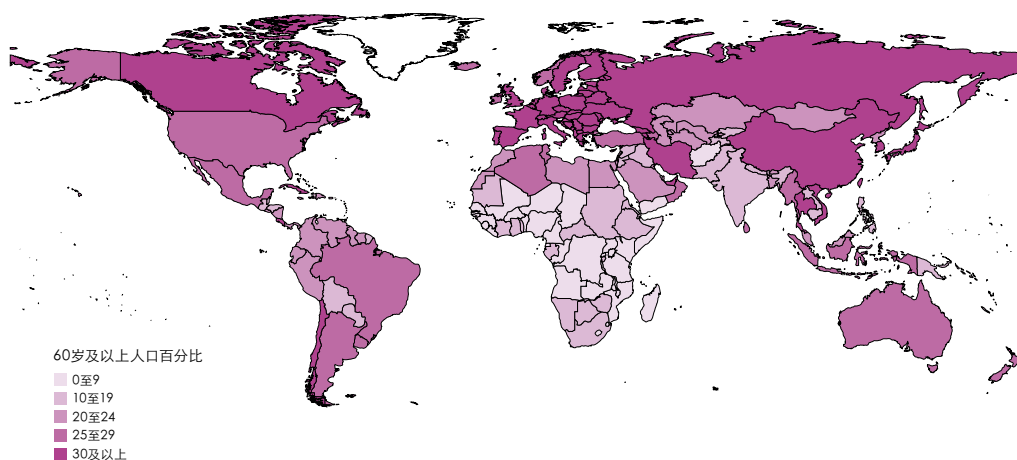
在高龄年龄组中，这些趋势也较为明显。在20世纪中叶，全世界仅有1400万80岁及以上的老年人。到2050年，该年龄组单是在中国就将达到1亿人，而在全世界将达到4亿人。

图2. 全球老龄化趋势

2012年60岁及以上人口占总人口的百分比



2050年60岁及以上人口占总人口的百分比

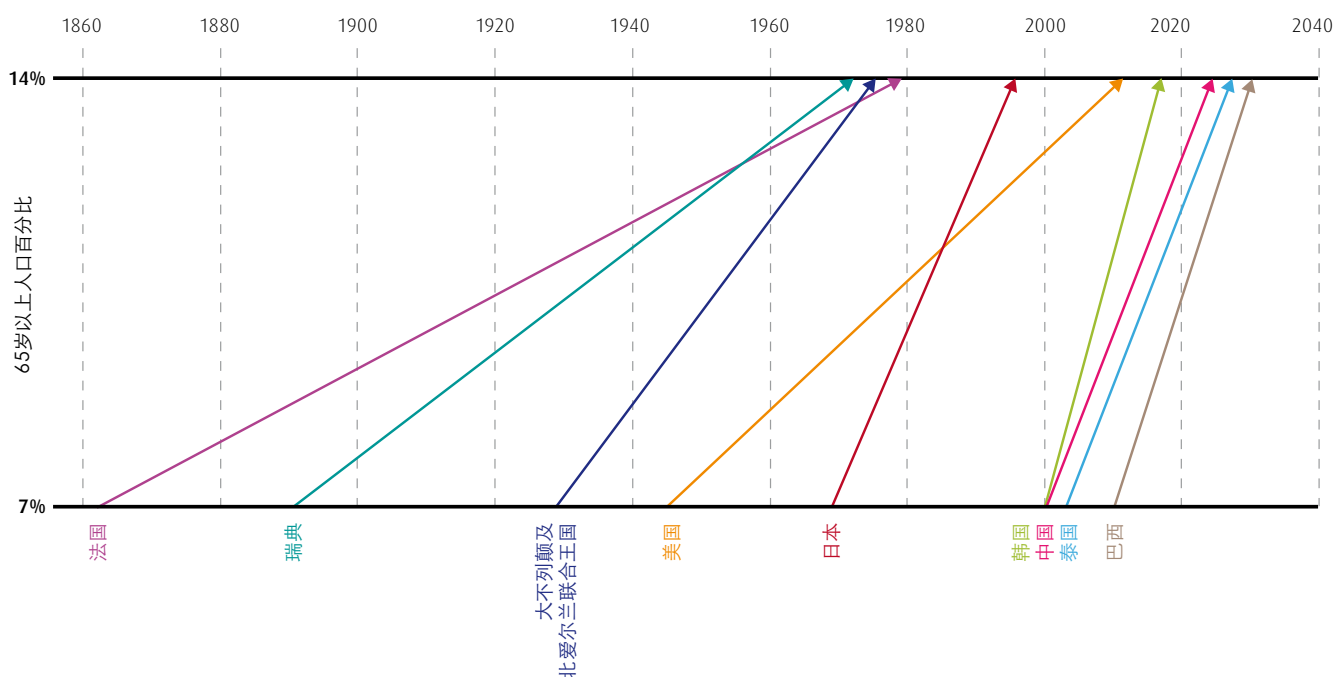


来源：联合国（2012年，即将出版）2012年人口老龄化与发展，挂图。经济和社会事务部人口司，纽约。计算数据来自联合国（2011年）2010年世界人口展望，ST/ESA/SER.A/306。

注：这些地图中所显示的分界线并不代表被联合国正式认可或接受。

像法国和瑞典这样的国家，人口老龄化经历了很多年。而对于现在许多正在经历同样转型的国家而言，其发展速度则更快。因而，法国65岁及以上人口比例历经100多年从7%增长到14%，但巴西、中国和泰国等国家则将在仅仅20年中就经历同样的人口结构变化（图3）。这就使得这些国家进行基础设施建设以应对老年群体需求的时间大大减少。

图3. 人口老龄化速度。65岁及以上人口比例从7%增长到14%所需要或预计需要的时间



来源: Kinsella K, He W. 老龄化的世界: 2008年。华盛顿特区: 国家老龄化问题研究院和美国人口普查局, 2009年。



人口老龄化的 流行病学

预期寿命

在讨论人口老龄化时，其中一项常用数据是“出生预期寿命”。其定义为，一名新生儿在生命全程中面对其出生时的实际死亡率，预计能够生活的平均年数。

出生预期寿命可以同时衡量幼年期的生存情况以及存活者一般能够活多久。表2显示了世卫组织不同区域的出生预期寿命。高收入和低收入国家之间的出生预期寿命有近20年的差异，部分体现出在较富裕

国家寿命更长，而幼年期的死亡风险——往往是由于较贫穷国家的传染病，也有着严重影响。

通过调查那些已达到60岁的人们预期能够生存的额外的年数，能使我们从不同视角看待人口老龄化的问题。与出生预期寿命相比，“60岁预期寿命”是衡量长寿的更好措施，国与国之间的差异也不那么显著。在撒哈拉以南非洲，一名六十岁妇女的预期寿命为14年，而在高收入国家，一名六十岁妇女的预期寿命为25年（表2）。然而，60岁预期寿命在高收入国家的增长速度是低收入和中等收入国家的两倍，几乎是撒哈拉以南非洲的三倍。

表2. 世卫组织区域出生预期寿命和60岁预期寿命

| 2009年出生预期寿命 | | | 60岁预期寿命 | | | |
|-------------|------------|------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| 世卫组织 区域 | 男性 (年龄) | 女性 (年龄) | 2009年 男性(年龄) | 2000-2009年 平均变化 比率(%) | 2009年女性 (年龄) | 2000-2009年 平均变化 比率(%) |
| 全世界 | 66 | 71 | 18 | 0.5% | 21 | 0.5% |
| 非洲 | 52 | 56 | 14 | 0.3% | 16 | 0.3% |
| 美洲 | 73 | 79 | 21 | 0.7% | 24 | 0.5% |
| 东地中海 | 64 | 67 | 16 | 0.4% | 18 | 0.4% |
| 欧洲 | 71 | 79 | 19 | 1.0% | 23 | 0.7% |
| 东南亚 | 64 | 67 | 15 | 0.1% | 18 | 0.2% |
| 西太平洋 | 72 | 77 | 19 | 0.5% | 22 | 0.6% |

来源：《2011年世界卫生统计》。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

过早死亡

总结疾病重要性特征的一种方式就是研究疾病所导致的死亡人数，并计算出若能够存活并活到较大年龄，每个人可能生活的年数。流行病学家可以将观察到的最长预期寿命作为“理想值”，而非人为确定在某一年龄（如：70岁）之前死亡就被认为是过早死亡。理论上，由于这一理想值已经在至少一个国家得以实现，因此它在当前的技术和资源条件下应有可能实现。无论年纪多大，在理想年龄之前死亡均可以看作是过早死亡，并根据比理想值提前了多少年，将此描述为“损失寿命年”。

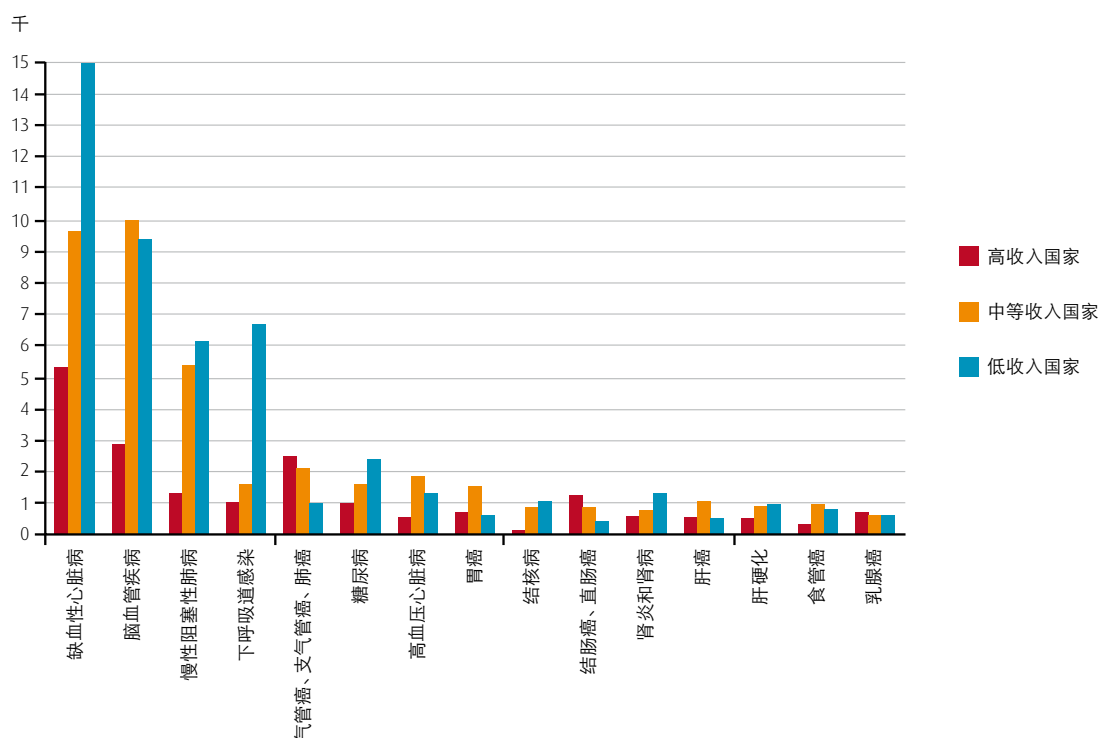
由于总人口的损失寿命年分析受到年轻群体存活率的巨大影响，因此在理解老年人死亡的重要原因方面，这种分析并不能给予我们很

大的帮助。正如60岁预期寿命有利于理解老年人的生存情况一样，对60岁及以上人口损失寿命年的调查也是衡量老年群体中重大致死疾病的更好方式。这一点至关重要是因为，若要更好地处理各国的老年人健康，它将有助于确定需要我们重点关注的问题。

图4展示出各国不同收入群体中，造成60岁及以上人群损失寿命年的15项最重大原因。无论经济发展水平如何，导致过早死亡的三大原因均为非传染性疾病：缺血性心脏病、脑血管疾病（中风）和慢性阻塞性肺病。

此项分析以10万人为单位（而非以各国的绝对数）进行计算，因此它还使我们能够在不同情况下对这些疾病的相关影响进行比较。事实上，它表明，低收入和中等收入国家老年人中，非传染性疾病导致的过早死亡负担甚至高于高收入国家。因此，在同等数量的老年人中，生活在低收入或中等收入国家的老年人因中风损失的寿命年是高收入国家中老年人的三倍以上，因缺血性心脏病损失的寿命年则在两倍以上，而因慢性阻塞性肺病导致的寿命年损失则在四倍以上。

图4. 按国家收入分组，每10万60岁及以上成年人的死亡损失寿命年



残疾

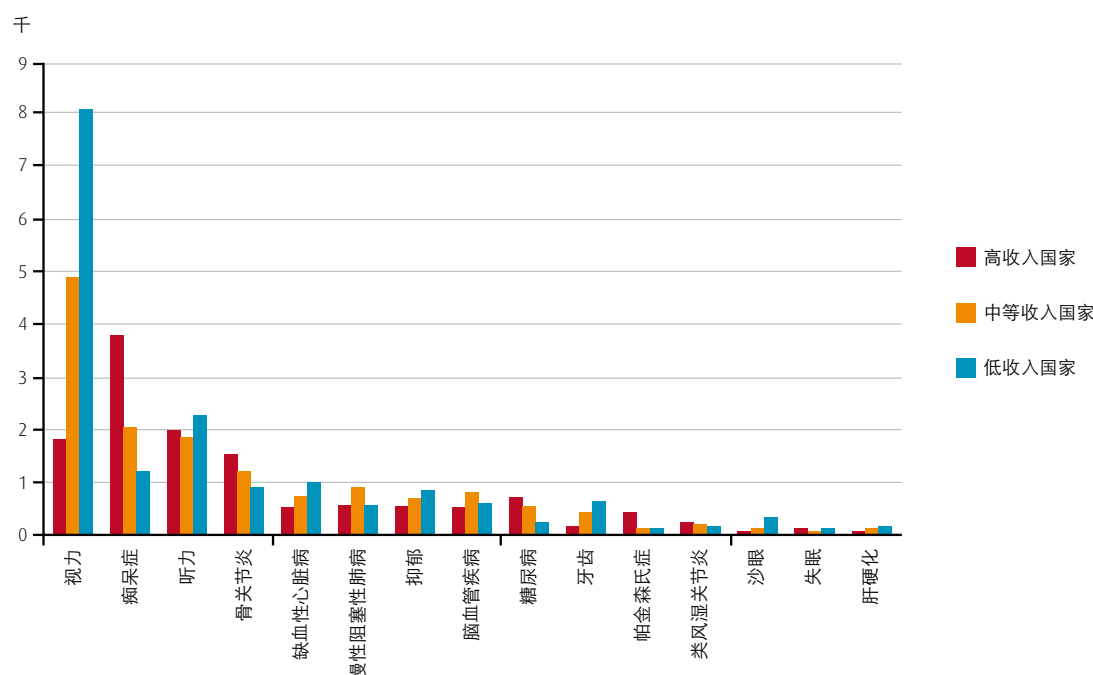
老年人较高的残疾比例体现出其生命全程中健康风险的累积。世卫组织的全球疾病负担（2004）估计值显示，残疾率随年龄增长而增加，它还表明，60岁及以上人口中有46%以上患有残疾。低收入国家的老年人残疾率高于高收入国家，妇女的残疾率高于男性。

因此，人口老龄化很可能会引起对卫生保健和社会支持需求的增长。随着寿命不断延长，这些趋势是仍旧保持不变还是发生改变，将对上述需求的增长程度产生重大影响。如果这些模式保持不变，而2050年一名75岁的老人有着与2012年同样的残疾水平，那么需求增长将远远大于增加健康寿命年的情况。因而，如果要对未来进行有效计划，了解正在发生哪些情况是根本。遗憾的是，虽然有非常清晰的证据证明人们的寿命更长，但我们目前尚不了解这些增加的年数是否一定也更为健康。

即便残疾发生的时间延后，不断增加的老年群体数量，即面临最大残疾风险的群体，将不可避免地引起对长期护理需求的增长。因此，经济合作与发展组织得出结论，决策者期望减少老年人群体中的严重残疾会抵消长期护理需求的增长是很不明智的。

有关当前老年期残疾的原因已经有了更清楚的信息。图5使用“残疾损失生命年”（YLD）的概念，显示按国家收入分组的残疾负担。通过计算非致命疾病发病率和体现疾病严重性的权重因子得出残疾损失生命年。利用这一方法，虽然次序会根据收入环境发生变化，但残疾的四大原因（视力损害、痴呆症、听力损失和骨关节炎）在低收入、中等收入和高收入国家相同。

图5. 按国家收入分组，每10万名60岁以上成年人的残疾损失生命年



在低收入和中等收入国家，视力损害是导致疾病负担的最大原因，是高收入环境中老年人负担的三倍以上。这些损害主要由屈光不正、白内障、青光眼和黄斑变性引起（表3）。这些问题中的绝大部分均能够以极低的成本进行矫正或解决。

表3. 按国家收入分组，每10万名60岁以上成年人因视力损害导致的残疾损失生命年

| | 屈光不正 | 白内障 | 青光眼 | 黄斑变性 |
|------|------|------|-----|------|
| 世界 | 1869 | 1478 | 430 | 912 |
| 高收入 | 762 | 136 | 180 | 708 |
| 中等收入 | 1564 | 1816 | 541 | 938 |
| 低收入 | 3919 | 2492 | 517 | 1118 |

年龄相关性听力损失是一项常被人忽视的致残原因。未经治疗的听力损失会影响沟通，并能够导致社会隔离，丧失自理能力，还与焦虑、抑郁和认知能力下降相关。此项身体和社会残疾往往无法得到听力正常的人们的重视，而在理解口头语言时的迟缓则往往被等同于心智不足，导致老年人更少接触外界，并往往保持冷漠以避免被贴上“心智不足”的标签。听力障碍可能会导致独立性的丧失，并需要正规的支持性服务。

表4显示了按国家收入分组的受这些常见致残原因影响的绝对人口数量。全世界2.5亿以上的老年人遭受中度至重度残疾。4000多万名生活在低收入和中等收入国家的老年人患有严重听力障碍，3250万人罹患白内障引发的严重视力损害，同时还有3980万人罹患由屈光不正导致的严重视力损害。

痴呆症是高收入国家最重大的残疾损失生命年原因，在全世界也是第二大原因。较近期的数据表明，2010年，全球约有3560万人患有痴呆症，每年的新发病例为770万¹。痴呆症患者的数量几乎每20年就会翻倍，其中大多数增长出现在发展迅速的中等收入国家。目前，58%的痴呆症患者生活在低收入和中等收入国家，而预计这一比例到2050年将上升至71%。

¹ 2011年世界阿尔茨海默病报告：早期诊断和干预的益处。伦敦国际阿尔茨海默病协会，2011。

表4. 按照与残疾相关的主要健康状况和国家收入分组, 60岁以上成年人的中度至重度残疾率 (百万人)

| | 高收入国家 | 低收入和中等收入国家 |
|---------|-------|------------|
| 视力损害 | 15.0 | 94.2 |
| 听力损失 | 18.5 | 43.9 |
| 骨关节炎 | 8.1 | 19.4 |
| 缺血性心脏病 | 2.2 | 11.9 |
| 痴呆症 | 6.2 | 7.0 |
| 慢性阻塞性肺病 | 4.8 | 8.0 |
| 脑血管疾病 | 2.2 | 4.9 |
| 抑郁 | 0.5 | 4.8 |
| 类风湿关节炎 | 1.7 | 3.7 |

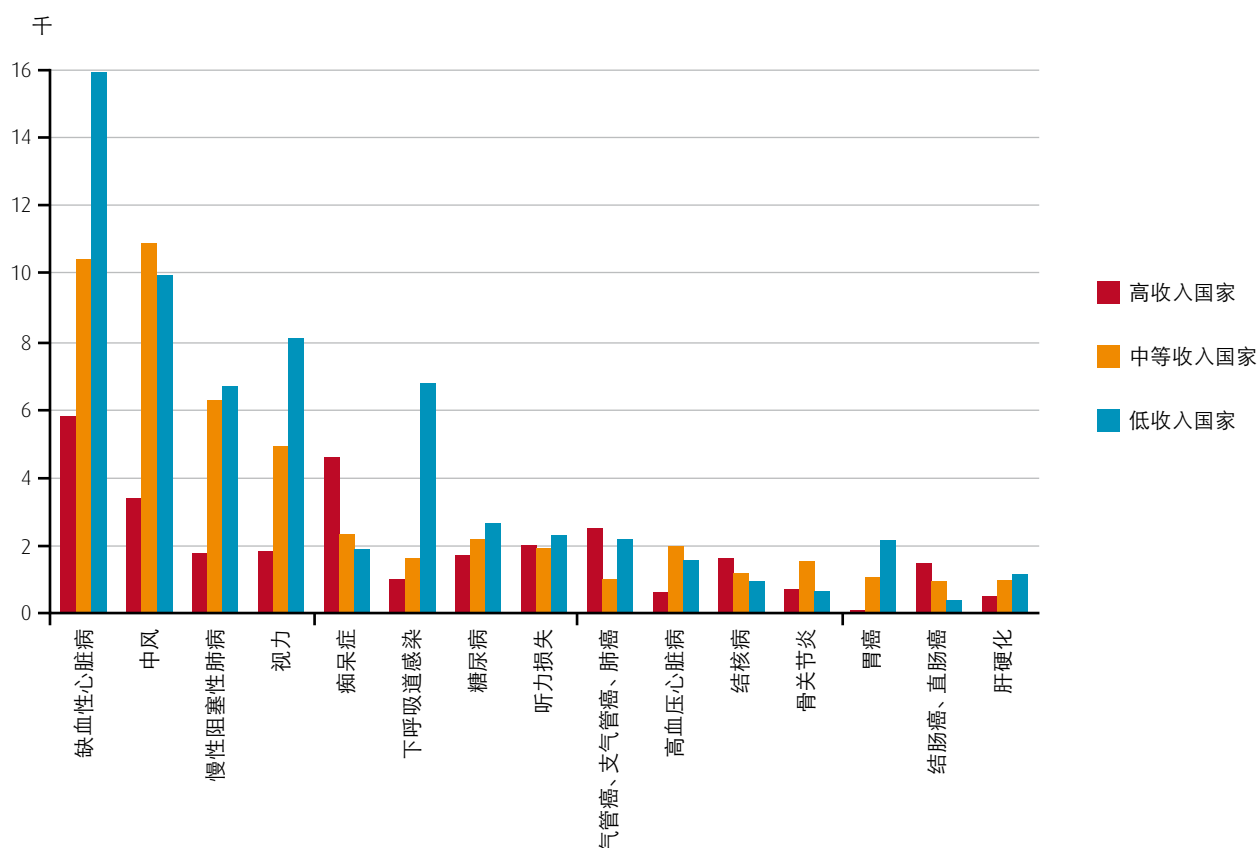
死亡和残疾总负担

老年人所面临的整体疾病负担是生命中所经历的过早死亡与健康不良的结合。这一概念体现为被称作“伤残调整寿命年”(DALY)的方法。一个伤残调整寿命年可以被看作是损失了一年“健康”生活, 通过因过早死亡和残疾损失的寿命年的和来计算。

当应用于所有年龄时, 疾病负担的主要原因(伤残调整寿命年)为下呼吸道疾病、腹泻病和抑郁症。而对老年群体中的疾病负担进行调查则会呈现不同情况(图6)。

对于高收入国家的老年人, 按照重要性排列, 最大的几种疾病负担分别是缺血性心脏病、视力障碍、痴呆症、癌症和中风。对于低收入和中等收入国家, 最大的原因为缺血性心脏病、中风、视力障碍和慢性阻塞性肺病。全部为非传染性疾病。

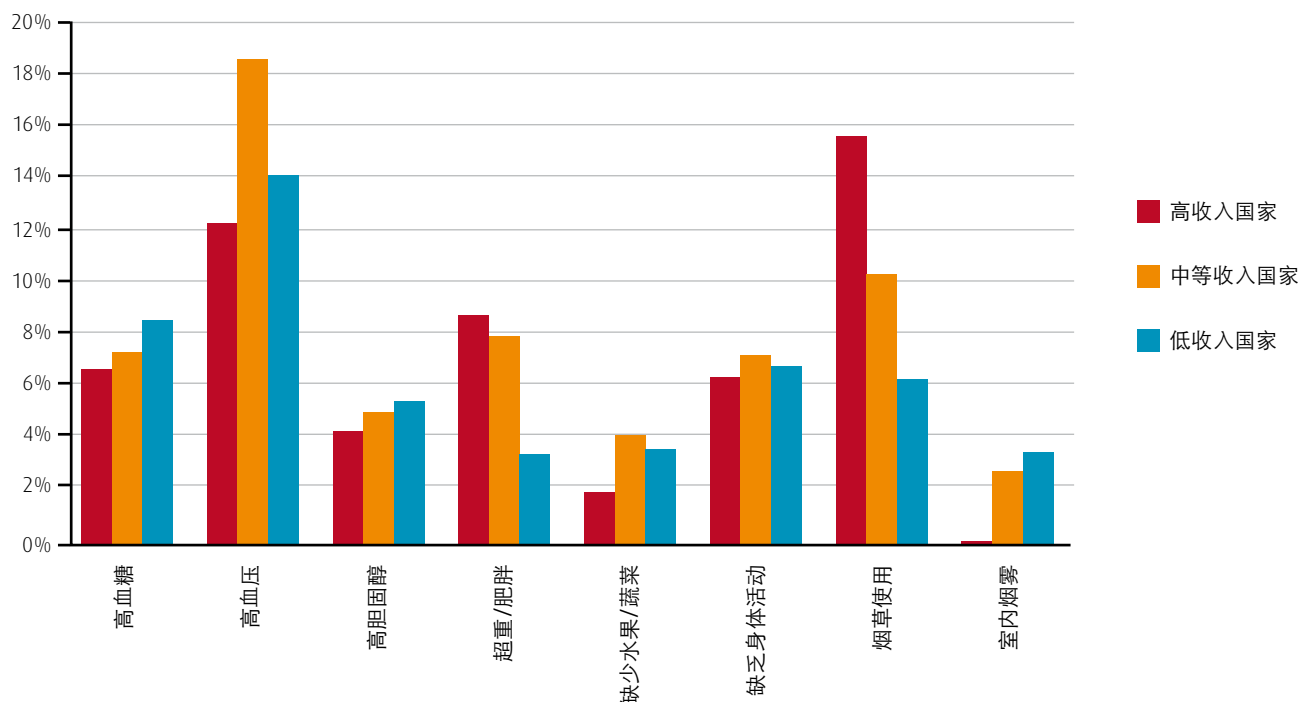
图6. 按国家收入分组, 每10万60岁以上成年人的伤残调整寿命年



为什么各国的疾病负担有如此显著的差异？它在一定程度上能够体现出收集可比较数据的问题。例如，痴呆症负担的差异可能在一定程度上反映出低收入和中等收入国家中的诊断困难。

然而，另外一种解释是，这些慢性疾病的行为和代谢风险因素（例如吸烟）因国家而异。由于我们知道这些因素和主要疾病之间的关系，因此就有可能估计出各项风险因素引起的疾病总负担的比例。图7中显示了这些估计值。在老年人中观察到的最大基本风险因素是高血压，占较贫穷国家疾病总负担的12-19%。其它关键决定因素是吸烟和高血糖水平。

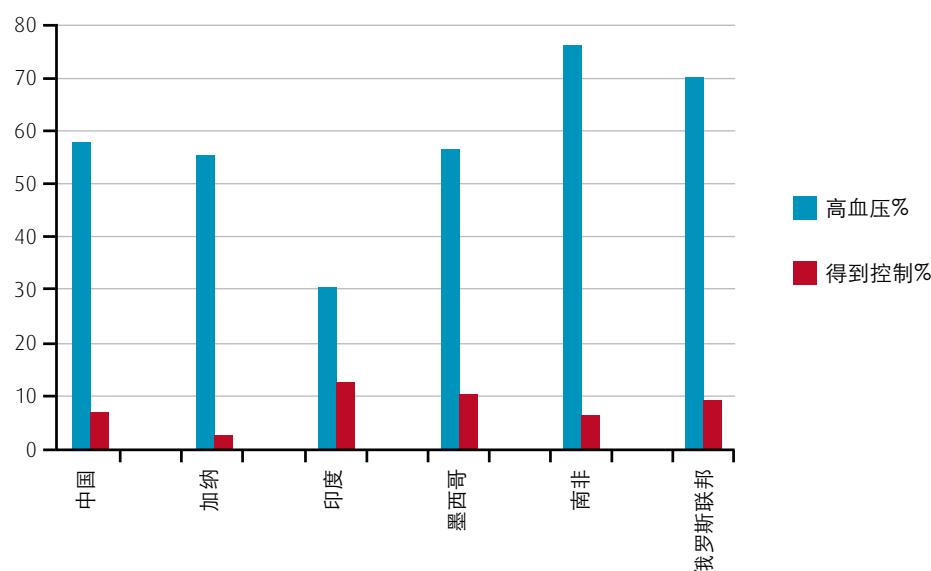
图7. 不同国家收入分组中60岁以上成年人特定风险因素导致的伤残调整寿命年比例



对老年人，几乎所有这些基本原因都会在低收入和中低等收入国家产生更大影响。这与广泛认为的这些健康风险行为及其导致的疾病是富裕国家的问题的想法形成鲜明对比。

虽然这些风险很重要，但目前在低收入和中等收入国家实行的控制方法似乎并不成功。世界卫生组织有关全球老龄化和成年人卫生的研究中对35 000多名50岁及以上的成年人的分析表明，虽然32%至80%的老年人患有高血压，但仅有4%至14%接受了有效治疗（图8）。而世卫组织已确认针对心血管疾病高风险人群的多药物联合疗法为一项以证据为基础的“最划算”疗法，在低收入国家中每人每年的花费不到1美元。由于缺乏此项基本保健，数百万老年人及其家庭的健康和未来目前均面临危险。

图8. 六国50岁及以上成年人高血压患病率和接受有效治疗的比例



其它挑战

老年人伤害,尤其是跌伤,往往不被记录,但却往往是导致健康进入下滑趋势的最常见事件,引发死亡或对长期护理的需要。每年有大约28-35%的65岁以上成年人跌伤,而这一比例在70岁以上人群中上升至32-42%。跌伤可能会导致跌伤后综合征,包括依赖性升高,失去自理能力,意识错乱、无法行动和抑郁。跌伤导致髋关节骨折后的一年之内,会有20%的老年人死亡。但是,也可以通过多种干预措施来预防跌伤,包括:发现风险因素的临床干预措施,如对低血压的治疗,对可矫正视力障碍的治疗;家庭评估和针对风险进行环境调整;加强肌力和再训练平衡力;以及以社区为基础的群体规划,包括跌伤预防教育和改善平衡和力量的太极等锻炼。

虐待老人鲜有记录。约4-6%的老人曾在家中遭受过某种形式的虐待。虐待可能导致严重的身体伤害和长期心理后果。多个部门能够为减少虐待老人做出贡献,包括社会福利部门(通过提供法律、经济和住房支持);教育部门(通过公共教育和宣传运动),以及卫生部门(通过初级卫生保健工作者发现受害者并对其进行治疗)。

其它健康和积极老龄化的关键问题与精神卫生和健康状态相关。虽然抑郁被确定为老年时期一项重大的致残原因和一项很可能的问题，社会隔离和孤独在这些数据库中却没有记录。社会趋势可能会使这些问题恶化。例如，在某些欧洲国家，40%多的65岁或以上妇女独居。促进老年人参与社会不仅对社会有利，还有助于避免或克服许多老年人所遭遇的孤独感。

新研究和证据差距

现有可用数据具有局限性。特别是，无法显示当前这些需求在多大程度上得到了满足。这方面的数据极为有限，特别是低收入和中等收入国家的数据。为填补这些知识缺口，世卫组织正在开展一项针对六个国家（中国、印度、加纳、墨西哥、俄罗斯联邦和南非）40 000多名老人的纵向研究(<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/>)。虽然对于第一波数据的深度分析尚未完成，但初期结果已显示出重大差距。



采取行动应对

老龄化与健康问题

健康不良的负担分布不均，低收入和中等收入国家的老年人所面临的死亡和残疾比例远远高于富裕世界。然而，也正是同样的国家有着最有限的应对基础设施。非传染性疾病是一项巨大挑战，所有国家均需建立能够预防和控制这些疾病的卫生系统。说明如何做到这一点的证据非常有力。

在所有年龄段促进良好健康和健康行为， 预防或推迟慢性病的发展

由于老年期非传染性疾病往往是生命早期行为或风险接触的后果，因此在生命全程中减少此类风险因素的策略应当到位。锻炼身体、健康饮食、避免有害使用酒精和不吸烟或使用烟草制品能够减少老年期慢性病的风险。世卫组织已确定了一套以证据为基础的“最划算”干预措施，不仅在应对非传染性疾病方面具有很高成本效益，而且在低收入和中等收入国家卫生系统受到的限制下具有可行性并适宜执行。其中包括对烟草和酒类征税、无烟工作场所和公共场所、减少食品中的盐摄入量以及提升公众在饮食和身体活动方面意识的预防性战略。

通过早期发现和高质量保健 尽量减少慢性病的影响

早期发现

非传染性疾病的早期发现以及对这些疾病和可调整风险因素的控制是一项关键方法。考虑到心血管疾病的沉重负担，应当对高血压加以预防并进行更好的管理。最近的一项调查对为什么日本人寿命最长且很可能最为健康进行了研究²。一项重要因素似乎就是通过有效的发现和治疗系统对高血压进行控制，并结合减少整体人口盐摄入量的战略。然而，正如图8中所显示的，高血压在低收入和中等收入国家的老年人中非常普遍，但接受有效治疗的人却寥寥无几。

慢性病护理

虽然健康促进和疾病预防得到了更多的重视，但许多老人仍然会罹患非传染性疾病，而当前这一代老人也有着迫切需要。因此，所有国家均需要建设可持续的慢性病护理系统，保证在医院环境之外的高质量安全护理。它们必须处理这些疾病的慢性性质和需要多重治疗的多种疾病的共存状态。例如，许多高收入国家的老年患者可能会同时服用高达20种药物，由于药物的相互作用，往往会造成不良的健康影响。

长期护理

非传染性疾病的一项关键后果是残疾。诸如白内障、屈光不正、痴呆症和骨关节炎等问题会导致感觉、认知能力和活动障碍，从而限制老年人参与社会的能力。获得康复治疗及辅助设备以及生活在支持性环境中，可以减轻这一负担。然而，许多人在一生中从某一个时间点开始就不再能够照料自己。我们需要确保这些人能够获得长期护理。在大多数国家，包括家庭护理在内的非正规保健是支持老年人的主要模式。然而，护理人员往往会经历巨大压力、心理问题和身体不健康。此外，随着老年人的相对数量不断增长，能够提供护理的年轻人比例正在降低，因此这一模式不大可能持续下去。需要新的模式，为老年人提供与21世纪人口结构和社会规律相关的必要支持。

2 《2004年世界发展报告：公平与发展》。华盛顿特区，世界银行，2006年。

姑息护理

众多老年期常见死因均可能会伴随疼痛和痛苦。我们应确保每个人都能够带着尊严生活到生命的最后时刻。然而，在许多国家，有效止痛剂的获取却极为有限，数百万人无法获得任何形式的姑息护理。

创建促进老年人健康和参与的物质环境和社会环境

尽管卫生保健和社会关爱对老年人而言至关重要，但健康和积极老龄化的多种决定因素却处于卫生系统之外。其中一些会对老年人产生直接影响。例如，居住在街道上能够看到其他老年人的安全社区可能会鼓励老年人更频繁地参与社区活动。但是，积极老龄化是一项终生进程，所以这样的社区也能提高年轻人积极锻炼的可能性。这对他们的健康有积极影响，并有助于确保他们在更坚实的基础之上过渡至老年期。

世卫组织全球关爱老人城市和社区网络(http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html)正在开展实际措施，创建促进健康和积极老龄化的物质及社会环境。包括加拿大、法国、爱尔兰、葡萄牙、俄罗斯联邦、斯洛文尼亚、西班牙和美国在内的许多国家均已开展了相关规划。诸如日内瓦、拉普拉塔、曼彻斯特和纽约等城市也参与其中。这些国家与城市均承诺进行持续的循环改善，以便变得更加“关爱老人”。这包括改善物质和社会环境的战略，包括便利性、交通、跨代关系、社会态度和服务提供。众多创新型模式正在不断涌现。

重塑老龄化—改变社会态度，鼓励老年人参与

促进健康积极老龄化的潜在有效策略可能会被一系列时常扣给老年人的成见破坏。虽然我们往往以积极的眼光看待自己家庭中或个人网络中的老人，但在更广泛的意义上，对老年人的看法往往比较消极。例如，可能会认为一个人年纪太大而不能再学习新技能，或因为很快就要到退休年龄而不值得进行再培训。这些态度都使老人难以维持吸引潜在雇主所需的技能。

“老年歧视”有很多种，限制了我们真正理解人口老龄化挑战和机遇的能力。它们还会妨碍我们发现创新性的解决方法。例如，将老年人描述成一项负担而不是一种资源会使我们想尽办法尽量降低老龄化的费用，而不是尽可能为老人提供做出贡献的机会。认为老年人跟不上时代，会阻碍我们想出能够更好地利用其经验和知识的策略。

随着越来越多的老人按照与以往不同的规范生活，其中一些成见将会发生改变。老年人已经在多个领域做出重大贡献，包括商业、艺术和公共服务等。随着人口老龄化，这一现象的存在很可能会越来越广泛。然而，采取积极措施打破这些消极观念不仅有利于老年人，还将降低人口老龄化的费用，而且也将有助于建立可持续、团结、平等和稳定的社会——我们都愿意作为其中一员的那种社会。



推荐

读物

《从负担到“最划算”：减少非传染性疾病对低收入和中等收入国家的经济影响》。日内瓦，世界卫生组织/世界经济论坛，2011年。

《全球人口老龄化：困境还是希望？》日内瓦，世界经济论坛，2012年。

《世界残疾报告》。日内瓦，世界卫生组织，2011年。

《2007年世界经济和社会调查：老龄化世界中的发展》。
纽约，联合国经济和社会事务部，2007年。

《全球老年友好城市建设指南》。日内瓦，世界卫生组织，2007年。

附件1. 本概要中使用的方法和数据来源

本文件使用的60岁及以上成年人的数据来源于“2004年全球疾病负担”(GBD2004)³。利用世界银行收入分类(2004)⁴将世卫组织会员国分类如下:

- 若会员国2004年人均国民生产总值(GNI)为10 066美元或更高,则为高收入;
- 若人均国民生产总值为826–10 065美元,则为中等收入;
- 若人均国民生产总值低于825美元,则为低收入。

估算损失寿命年(YLL)所需要的数据为死亡人数和标准预期寿命,而估算残疾损失生命年(YLD)所需要的数据为发病率、残疾持续时间、发病年龄和残疾权重分布。残疾权重以从0(完全健康)到1(死亡)的级别体现,可以查询Mathers等人(2006)⁵。为了对老年人的疾病负担进行估计,本报告中的分析对老年期损失的各年一视同仁,未考虑年龄权重或折扣。

2009年,世卫组织开展分析,评估24项风险因素对全球疾病负担的影响⁶。本报告中,根据以往观察到的与导致老年人口伤残调整寿命年损失最大的疾病或状况(即,心脏病、中风、慢性阻塞性肺病和糖尿病)的关联,选择了8项风险因素。

为评估各项风险因素在不同收入水平的国家导致的负担,各项风险因素的伤残调整寿命年比例根据这三种收入分类的伤残调整寿命年分别进行了计算。可归于风险因素的估计负担包括了3%的折扣和不统一的年龄权重。

所使用方法的完整描述可检索: <http://www.who.int/ageing/en>

3 《全球疾病负担: 2004年最新情况》。日内瓦, 世界卫生组织, 2008年。请检索<http://www.who.int/evidence/bod>

4 《2004年世界发展报告: 公平与发展》。华盛顿特区, 世界银行, 2006年。

5 Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. 按疾病分列的疾病负担和死亡率: 2001年的数据, 方法和结果。Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, eds. 《全球疾病负担与风险因素》。纽约, 牛津大学出版社, 2006:45–240 (3)。

6 全球卫生风险: 可归因于特定主要风险的疾病的死亡率和负担》。日内瓦, 世界卫生组织, 2009年。



世界卫生组织

20, avenue Appia, CH-1211 Geneva 27
+41 22 791 21 11
www.who.int