

社会经济地位、生活方式与健康不平等

社会
2012·2
CJS
第32卷

王甫勤

摘要:以往研究多认为社会经济地位是人们健康水平最重要的决定因素,但对其影响机制却缺乏理论解释和检验。而社会流行病学研究关注与健康相关的生活方式及行为因素对人们健康水平的影响,但忽视了社会结构因素对人们生活方式的型塑作用。本研究根据健康生活方式模型将生活方式作为社会经济地位影响健康水平的中间机制,通过“中国综合社会调查(2005)”数据,分析中国民众健康不平等的形成过程。研究发现,同欧美主要发达国家一样,中国民众也存在明显的健康不平等,社会经济地位越高的人,其健康水平越高。社会经济地位主要通过健康生活方式影响人们的健康水平,其影响机制可以描述为,社会经济地位越高的人越倾向于拥有和维护健康生活方式,而健康生活方式又直接影响了人们的健康水平。

关键词:社会经济地位 生活方式 健康不平等

Socioeconomic Status, Lifestyle and Health Inequality

Wang Fuqin

* 作者:王甫勤 同济大学政治与国际关系学院社会学系,同济大学建筑学博士后流动站 (Author: Wang Funqin, Department of Sociology, School of Political Science and International Relations, Tongji University; Postdoctoral Station of Architecture, Tongji University) E-mail: wfq0927@163.com

** 本研究得到中国博士后科学基金项目“中国城市中产阶层与社会建设研究”(20110490074)、教育部重大攻关项目“中国目前社会阶层状况研究”(08JZD0024),以及同济大学国家 985 项目“全球变化与中国国家利益研究”的资助。[This research was funded by the China Postdoctoral Science Foundation “China’s Urban Middle Classes and the Social Construction Research” (20110490074), the Education Ministry’s Key Subject Research Project “China’s Current Social Class Study” (08JZD0024) and Tongji University National 985 Project “Global Change Research and China’s National Interests”]

本论文使用数据全部来自中国人民大学社会学系与香港科技大学社会科学部执行的“中国综合社会调查(CGSS2005)”项目。本文初稿曾在 2011 年中国社会学年会上宣读。作者感谢上述机构及人员提供的数据协助和研究指导,以及杂志匿名专家、编委提出的修改意见和建议。文负自责。

Abstract: Many studies on health inequality in main European countries and America have found that socioeconomic status (SES) has powerful and sustainable positive relationships with health. Social causation theory has thus been forwarded, stating that SES is the most important determining factor of one's health, namely, those who have higher SES also have better health. However, its mechanism has not been theoretically explained or tested. On the other hand, socialepidemiology has focused on how health-related lifestyle and behavioral factors affect health, but it has neglected the fact that lifestyle is shaped by social structural factors. According to Cockerham's lifestyle model, the present research treated lifestyle as the mediating mechanism between SES and health in the analysis of the emergence of the health inequality among Chinese citizens. Three hypotheses were developed: first, there existed health inequality among people with different socioeconomic statuses in China; second, health-related lifestyle would have a significant effect on health; and third, SES influenced health via lifestyle. All three hypotheses were supported by the data from China General Social Survey (2005). As those developed countries in Europe and America, China apparently had significant health inequality among people: the higher the SES, the better the health status (measured by self-reported method). SES influenced health via health-related lifestyle by the healthy-lifestyle-demand mechanism. The groups in higher social statuses demanded much more for healthy lifestyle and they were able to afford the expenses to maintain such lifestyle, which in turn directly promoted their health.

Keywords: health inequality, lifestyle, socioeconomic status (SES)

从 20 世纪 60 年代到 70 年代中期,学术界普遍认为,随着医学技术以及经济水平的发展,健康不平等¹状况将会有所减小,至少在发达国家是这样(Robert & House, 2000)。然而在 20 世纪 70 年代后期及 80 年代早期,布莱克等(1980)却发现²,英国社会的健康不平等状况不

1. 社会学研究关注的健康不平等实质上是一种社会不平等,即不同优势的社会群体之间具有系统性差异的健康不平等,如穷人、少数民族、妇女等群体比其他社会群体遭遇更多的健康风险和疾病的社会不平等现象(Braveman, 2006)。

2. 这一发现发表在布莱克报告(Black Report, 1980)中。

但没有减小,反而有所扩大;美国及其他欧洲国家的研究也支持这种观点,社会经济地位较高群体的健康状况明显优于社会经济地位较低的群体,这一趋势并未随时间和空间的变化而改变(Mackenbach, *et al.*, 2008)。虽然不同国家的人口预期寿命总体上随着社会经济和医疗技术的发展都有所增加,死亡率有所降低,但更多是社会上层人口从中获益,这加剧了健康的不平等。这种不平等程度的扩大,使得曾经是社会流行病学关注的公共健康问题,逐渐也变为社会学研究的重点领域¹,尤其是受到社会分层学者的重视。社会学家重点探讨的是社会分层所产生的社会经济地位的不平等是如何导致健康不平等的。当然,相对于社会流行病学和生物医学研究,社会学研究还提供了一种综合性的社会理论框架和方法(Robert & House, 2000)。

社会经济地位同健康水平之间的因果关系应当如何确定仍存在争议(Warren, 2009)。这些争议基本形成两种观点:社会因果论和健康选择论(Elstad & Krokstad, 2003)。社会因果论认为,个人的健康水平受社会结构因素限制,即个人在社会结构中的位置决定了他们的健康水平,社会经济地位越低的人,其健康状况越差(Dahl, 1996)。健康选择论则认为,健康状况是个人社会流动的筛选机制之一,只有健康状况较好的人才能获得较高的社会经济地位,从而产生了健康不平等(West, 1991)。笔者也曾试图用中国综合社会调查数据(CGSS2005)检验这两种主要观点对于中国民众健康不平等状况的解释力。研究发现,社会因果论和健康选择论对中国民众的健康不平等状况都有一定的解释力,但相对而言,社会因果论的解释力要比健康选择论强(王甫勤, 2011)。因而,同其他很多研究一样,本研究以社会因果论为基础,探讨社会经济地位影响健康不平等的因果机制。虽然大多数研究都支持这一观点,但是重在阐明社会经济地位影响人们健康状况理论机制的研究却很少(Mirowsky, Ross & Reynolds, 2000)。

社会流行病学致力于寻找影响人们健康水平的风险因素,包括社会、心理和行为等层面的社会关系、生活或工作压力、悲观情绪、健康生活方式等(House, 2002)。根据社会流行病学的观点,对于离个人最近

1. 从笔者检索到的相关文献来看,其作者绝大部分都是社会学领域的研究人员(美国社会学会 1994 年成立医学社会学分会),这一点在后文中关于健康测量方面也会有所涉及。

的(proximal)、行为的和生物学因素的直接干预将会从总体上提高人口的健康水平(Link & Phelan, 2010)。但在社会学研究中,生活方式并不只是个人行动选择的结果,更受到社会结构的型塑,即生活方式在不同社会群体中的分布是不同的(Cockerham, 2010a)。那么,(健康)生活方式能否成为社会经济地位影响健康不平等的解释机制?这是本研究关注的核心问题。

本研究试图通过“中国综合社会调查(CGSS2005)”数据,分析与健康相关的生活方式对人们健康水平的影响和社会结构是如何型塑人们生活方式,进而为社会经济地位决定人们的健康水平提供因果解释逻辑,并试图将社会流行病学和社会学关于健康不平等的研究结合起来。

一、社会经济地位与健康不平等

布莱克报告发表后,欧美主要发达国家的学者开始探索本国的健康不平等问题,形成大量研究成果(Bartley, 2004; Cockerham, 2010b; Pickett & Wilkinson, 2009; Smith, Bartley & Blane, 1990)。在布莱克提出的四种观点¹中,健康选择论和社会因果论虽然都解释了社会经济地位与人们健康水平之间的相关关系,但是因果方向却恰恰相反,所以关于这两种观点之间的争论最多。在争论中,社会因果论一直处于优势。许多研究者认为,社会经济地位是影响个人健康状况和期望寿命的最具决定性的因素(Link & Phelan, 1995; Williams, 1990; Winkleby, *et al.*, 1992)。另外,人们的社会经济地位与他们的健康状况之间存在稳健和持续的关系(Mackenbach, *et al.*, 2008),即社会经济地位同人们健康状况之间的相关关系很少受到其他因素的影响。王甫勤(2011)运用“中国综合社会调查数据(2005)”检验了这两种理论对中国民众的健康不平等现象的解释力,结果显示,社会因果论的解释力(相对而言)要比健康选择论强。本研究也正是在这一基础上讨论社会经济地位同健康不平等之间的关系。

温珂拜(Winkleby)和他的同事(1992)的研究发现,社会经济地位的决定性作用几乎出现在所有疾病中和生命的各个阶段。社会经济地

1. 这四种观点即虚假相关论、自然或社会选择论、唯物主义或结构主义解释和文化主义或行为主义解释,具体内容详见王甫勤(2011)。

位各指标¹间有一定的相关性,但每个指标都可以从不同角度反映一个人在社会阶级/阶层结构中的地位。在疾病和健康研究中,教育反映一个人积极获取社会、心理和经济资源的能力;职业反映一个人的社会地位、权利责任感、体力活动状况和健康风险;收入水平反映一个人的消费能力、住房条件、营养状况及医疗保健资源的获取能力。当然,这三个指标并不同等重要。温珂拜等(1992)认为,虽然收入水平和职业地位也很重要,但良好的健康状况最重要的决定性因素应该是受教育程度。教育通过多种机制来影响人们的健康不平等,如改变人们的生活方式、解决问题的能力 and 改变人们的价值观,并且教育还能够促进人们心智成熟和培养人们赚钱的能力等(Winkleby, *et al.*, 1990)。也有研究发现,教育程度高的人与教育程度低的人相比,前者在工作过程中感觉更为充实和有价值,他们对于生活和健康状况的调控能力明显比后者强,这些都解释了为什么教育是影响人们健康状况的最重要因素(Ross & Mirowsky, 2010)。社会经济地位不但对人们健康状况产生影响,还具有累积效应,即长期处于优势地位(或劣势地位)的人拥有更好(或更差)的健康水平(Heraclides & Brunner, 2009)。这种累积效应在年龄方面体现比较明显,即青年人社会经济地位差异反映的健康状况差异不是非常明显,但随着年龄的增长,社会经济地位对健康状况的累积效应逐渐展现出来(Lowry & Xie, 2009)。

从多重病原论的角度看,健康问题或疾病的产生除了基因和体质因素之外,还包括多重社会因素。在医学社会学中,根据与健康的因果距离,社会因素被划分为三个层次:最近的因素(*proximal factors*),包括与健康相关的生活方式及行为,如吸烟、饮酒、饮食和运动等;中等距离的因素(*mid-range factors*),包括人们的社会和家庭关系以及社会支持网络;最远端的因素(*distal factors*),包括人们的生活和工作条件,如社会结构与社会分层因素(Lahelma, 2010)。虽然大多数学者们都支持社会因果论的基本观点,并就社会经济地位如何影响人们健康水平的因果机制作出解释,但并未得到数据的检验(Mirowsky, *et al.*, 2000)。从对这种因果机制的研究和解释看,主要是基于最远端的因素是如何产生健康或疾病的,这种因果机制没有得到直接的数据支持。

1. 社会经济地位包括三个方面:受教育程度、职业地位和收入水平(Blau & Duncan, 1967)。

因此,我们需要建立从最远端因素到最近因素的因果链接机制。

另一方面,改革开放以来,中国社会人口的健康水平(预期寿命和死亡率)有明显的改善。关于中国人口健康状况的研究成果也非常广泛,但绝大部分都是以医学、公共卫生和社会政策领域的研究为主,对公共健康的社会学研究相当缺乏。美国北卡罗来纳大学人口研究中心和中国卫生部从1989年开始对中国9个省份约4400户家庭进行的追踪调查——中国健康与营养状况调查(CHNS)——是目前中国健康研究最为权威的数据,以该数据为基础的研究成果¹数以百计。即便如此,这些成果中对中国人口社会经济地位与健康状况之间的关系仍鲜有涉猎。王甫勤(2011)虽然发现了中国人口社会经济地位与健康状况之间的相关关系,但只是检验了社会因果论和健康选择论的解释力大小,并未分析社会经济地位如何影响人们健康水平。正因为如此,本研究试图寻找社会经济地位影响人口健康水平的中间机制。

二、生活方式与健康

生活方式是社会学研究中的一个重要概念,早期社会学家如马克思、韦伯和凡勃伦等均对生活方式有相关论述(高丙中,1998),当代社会学家布迪厄的讨论也非常深入(Cockerham,2010a)。其中,韦伯对生活方式的界定和发展作出了巨大的贡献,他根据社会声望²和生活方式区分不同类型的地位群体,并认为特定地位群体之所以能够发展起来,最重要的就是发展出一套特定的生活方式来(韦伯,[1946]2005),因而,不同地位群体在生活方式方面必然是可辨别的。在韦伯看来,生活方式受到行动和结构两重因素的影响,每个人的生活方式都是个人的一种生活选择,但是这些生活选择却又(且主要是)受到他们自己的阶级处境或生活机会的制约(Cockerham,2010a)。当然,本研究重点并不在于探讨如何根据韦伯意义上的生活方式来划分不同的地位群体,而是要探讨在不同生活方式下行动的个体是如何获得健康地位的。笔者把与健康相关的生活方式称为健康生活方式,是指个人基于—

1. 成果名称可参考 <https://www.cpc.unc.edu/projects/china/publications>。

2. 社会声望建立在下列一个或更多的基础之上:(1)生活方式;(2)一个正式的教育过程(包括经验方面的理性方面的训练),和相应生活方式的获得;(3)与生俱来的声望,或职业的声望(韦伯,[1946]2005)。

定的动机和能力所发生的一系列维护和促进良好健康状况的行为模式¹ (Cockerham, *et al.*, 1993)。科克汉姆(Cockerham) (2010a)认为,人们维护或促进健康状况的主要动机包括维持工作、增长寿命以及享受身体健康带来的愉悦等。布迪厄(1984)从饮食习惯和运动偏好两个方面研究了专业技术阶级(中上层阶级)和工人阶级之间的区隔,他发现工人阶级更注重维持体能,而专业技术阶级更注重保持身型。(1)在饮食方面,工人阶级喜欢便宜且富有营养的食品,而专业技术阶级注重口味、健康、清淡和低能量;(2)在休闲运动方面,专业技术阶级经常从事帆船、滑雪、高尔夫、网球和骑马等运动,这些运动对于工人阶级而言,不但存在经济障碍,还存在社会障碍²,因而工人阶级喜欢参加一些比较流行的且对公众开放的运动,如足球、摔跤和拳击等一些锻炼肌肉力量、耐力并伴有暴力的运动(Bourdieu, 1984; 转引自 Cockerham, 2010a)。

社会流行病学一直致力于研究健康生活方式(如吸烟、饮酒、体育锻炼、安全驾驶和常规体检等)对人们健康状况和疾病的影响,并提出了风险因素模型(House, 2002)。但是,早期关于健康生活方式对健康影响的研究往往在理论和方法方面存在一些问题。亚伯(Abel)和科克汉姆等(2000)归纳为五个方面:(1)某一种健康行为并不能反映行为对于健康的复杂效应;(2)很多研究只重视健康损害行为,忽视了健康促进行为的影响;(3)将生活方式当成是一种个体行为来研究,忽视了社会结构和群体效应对生活方式的影响;(4)需要将生活方式嵌入到综合了社会、文化和心理效应的综合模型中;(5)对健康风险因素之间的相互关联和递归关系缺乏详细描述,往往仅以双变量分析为主。科克汉姆(2010a)在此基础上结合韦伯和布迪厄关于生活方式的论述提出了(健康)生活方式生产和再生产的综合模型,认为在社会结构(主要是阶级结构、年龄、性别、种族、集体行为和生活条件等)和社会化以及经历的影响下,个体形成了对健康生活方式的生活选择,进而形成了健康生活方式的行动倾向(惯习),并发生生活方式行为(如吸烟、饮酒、安全行驶、运动和常规体检等)。这些行为模式形成了健康生活方式,这些方式又会影响他们的行动倾向(惯习)。

1. 有些生活方式可以促进或改善健康水平,有些则可能导致疾病的产生。

2. 这种社会障碍体现为(布迪厄意义上)文化资本的缺失,即使工人阶级能够支付得起各项活动的经济费用,也会表现出与专业技术群体不相融合或难以适应。

根据科克汉姆模型的基本观点,生活方式不管是个人行为选择的结果,还是受到生活机会的约束,最基本的原因都缘于个体所处的社会结构位置和生活条件等方面的差异¹。社会流行病学的研究发现,(健康)生活方式对人们的健康水平具有显著的影响。因此,生活方式就成为链接社会经济地位(作为远端的社会结构因素)与健康水平之间的中间机制之一,即处于不同社会经济地位的人口产生了不同类型的健康生活方式(近端的行为因素),进而影响他们的健康水平,也即社会经济地位的差异通过健康生活方式导致健康的不平等。可以用图 1²来概括社会经济地位、(健康)生活方式与健康水平之间的关系。这也是本研究的逻辑框架。

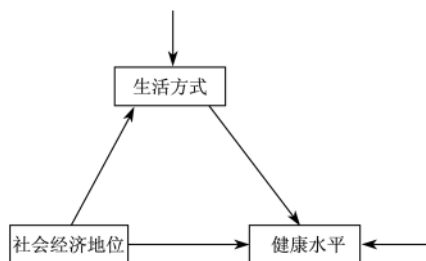


图 1:PH 值对 DDTs 生物有效性的影响

根据图 1 三因素间的因果关系,本研究形成如下三个基本假设:

假设 1:社会经济地位越高的人,健康状况越好。

根据社会因果论的基本观点,社会经济地位是影响人们健康状况的最重要的决定因素之一,是健康社会不平等产生的重要原因。这一假设在欧美主要发达国家的健康不平等研究中都得到了数据支持。

假设 2:越是经常发生健康行为的人(即健康生活方式,这里指有助于产生或维持良好健康状况的行为,如运动健身等),健康状况越好;相反,不经常发生健康行为或经常发生健康损害行为的人(如吸烟、饮酒等),健康状况相对经常发生健康行为的人要差。

1. 在科克汉姆模型中,个人行为选择受到社会化和经历的影响,而这两点也受到社会阶级结构、年龄、性别、种族、集体行为和生活条件等因素的影响。

2. 图中单向箭头表明一种潜在的因果假设;没有起点的箭头表示所指向的因素还受到其他因素的影响。如“生活方式”上方的↓表示除了“社会经济地位”影响“生活方式”之外,“生活方式”还受到其他因素的制约。

基于多重病原论及社会流行病学对于生活方式的研究,相关健康行为是人们维持健康或产生疾病的最近端的影响因素。

假设 3:社会经济地位通过健康生活方式影响人们的健康水平。

具体说来,不同社会经济地位人口的生活方式有明显差异。就与健康相关的生活方式而言,社会经济地位越高的人越倾向于产生和维护有利于健康的生活方式。一方面,社会经济地位越高的人口对健康的需求¹也越高,产生健康生活方式的动机也越强;另一方面,社会经济地位较高的人口能够支付健康生活方式所需要的经济资本和文化资本。再结合假设 2 的观点,便可形成一条社会经济地位通过影响人们健康生活方式(中间机制)来影响人们的健康水平的因果路径。

三、研究设计

(一) 分析策略

本研究重点分析社会经济地位如何通过健康生活方式产生了健康不平等,将采用逐步回归法来分别研究社会经济地位与健康生活方式对人们健康水平的影响;再通过 Logistic 回归分析方法确定社会经济地位对人们健康生活方式选择的影响。从不同层次检验本研究的三个基本假设。

(二) 变量测量

1. 因变量 本研究的因变量是健康状况。在社会流行病学研究中,往往采用医学健康指标²来测量,如死亡率、发病率以及具体疾病(如心脏病、肥胖症、高血压和高胆固醇等)。在社会学研究中,一般采用主观健康评估法(Braveman, 2006)。这主要是因为,社会学的研究不在于解决疾病康复问题;另一方面,尽管主观评估结果同人们真实健康状况之间存在一定的偏差,但主观健康评估在很多发达国家和发展中国家仍然被认为是死亡率和其他功能性限制的有效预测指标(Lowry & Xie, 2009)。因此,同国外很多研究(Elstad & Krokstad, 2003)一样,在本研究中,“健康状况”是通过人们自己的主观评估来测

1. 在西方生活方式研究中,往往是将其转化为消费方式来研究(高丙中,1998),与此类似,健康在很多学者那里也被作为一种消费品来看待(Cockerham, *et al.*, 1993)。

2. 这种测量方法往往采用临床测量较多,在一般性社会调查中难以实现。

量。在调查设计中,询问被访者“在上个月,是否因为健康状况而影响到您的日常工作(在家里或家外)?”,将回答结果合并为二分类变量,回答“完全没有影响”的,重新编为“健康状况良好(编码为1)”;回答“有很少影响”、“有一些影响”、“有很大影响”和“不能进行日常工作”等合并为“健康状况较差(编码为0)”,“有很少影响”和“有一些影响”没有作单独分类,而是归为“健康状况较差”,主要是由于这种测量方法属于回忆性测量,受访者对自己的健康程度有一定程度的偏高估计。

2. 自变量 本研究的核心自变量是社会经济地位和健康生活方式¹。布劳和邓肯(Blau & Duncan, 1967)根据每一种职业的平均教育水平和平均收入水平计算出职业的社会经济地位指数(SEI),后来特里曼(Treiman)、甘泽布姆(Ganzeboom)和格拉夫(Graaf)等又根据不同国家数据将社会经济地位指数转换成国际标准职业社会经济地位指数(ISEI)。本研究根据他们提供的标准化的职业转换程式²,将人们的社会经济地位转换成国际标准职业社会经济地位指数。从测量结果来看,ISEI属于连续型变量,取值越大,表明个人的社会经济地位越高。

健康生活方式是用人们在业余时间里参加的健身/体育活动来测量。在调查设计中,询问被访者“在业余时间里,您有没有在以下方面参加由您工作单位以外的社团组织(如俱乐部、沙龙、培训班、志愿团体和教会等)安排/进行的(健身/体育)活动呢?”根据被访者的参与程度分为五个等级,分别是“一周一次”、“一周几次”、“一月一次”、“一年几次”和“从不参加”等,在实际分析中,将“一周一次”和“一周几次”合并为“经常参加”健身/体育活动(编码为1),将“一月一次”、“一年几次”和“从不参加”合并为“很少参加”健身/体育活动(编码为0)。

3. 控制变量 在以往的国外研究中,性别和年龄是常见的控制变量。本研究中,性别男女编码分别为1和0;被访者年龄范围在18—70岁之间,同时根据年龄和人们健康水平之间的倒U型曲线关系,将年龄的平方也作为控制变量。另外,由于中国特殊的城乡差异,城镇劳动力和农村劳动力在社会福利和保障方面存在明显差异,而这种差异主要通过劳动力所在单位的性质决定。体制内和体制外单位在工资水平

1. 在研究社会经济地位对健康生活方式影响时,健康生活方式将作为因变量。

2. 这些程式可以参见:<http://home.fsw.vu.nl/hbg.ganzeboom/isco08/index.htm>。

和社会福利保障等各方面都有明显的差异,这些差异是影响劳动力健康水平的重要因素,所以本研究将劳动力的单位性质也作为控制变量使用。根据劳动力所在单位性质,划分为三种类型¹:国有单位(包括党政机关和国有企事业单位)、非国有单位(集体企业、个体经营、外资企业或其他企业)、无单位(主要是指农业劳动者没有挂靠单位)。此外,除了城乡差异之外,中国东部地区、中部地区和西部地区之间的经济发展水平也有较大差距,这导致不同地区的医疗资源配置有明显差异,因而,本研究根据调查地点将被访者划分为三个区域²并作为控制变量。

(三) 数据来源

本研究所采用的主要数据来自“中国综合社会调查(CGSS2005)”³,调查采用分层设计、多阶段 PPS 方法,对全国 28 个省市自治区的城乡人口总体(18—70 岁,不含港澳台及西藏)进行了抽样调查⁴,调查共获得样本 10 372 个,其中城市样本 6 098 个,农村样本 4 274 个;本研究根据被访者的当前工作状态进行筛选,剔除了“从未工作过”的样本,共获得有效分析样本 9 185 个,有关样本的基本情况见表 1。在实际分析中,对数据进行加权处理。

(四) 分析模型

因为本研究的因变量健康水平为二分变量,所以采用二分类变量的 Logistic 回归模型来分析其影响因素。其估计模型为:

$$\hat{p} = \frac{\exp(b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_c X_c)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_c X_c)}$$

1. 这种划分同时也区分了城乡劳动力的作用。

2. 根据 1986 年全国人大六届四次会议通过的“七五”计划报告、1997 年全国人大八届五次会议通过的《关于批准设立重庆直辖市的决定》及国发〔2000〕33 号文件等规定,中国东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南等 11 个省(直辖市),中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北和湖南等 8 个省,西部地区包括重庆、四川、广西、云南、贵州、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、内蒙古和新疆等 12 个省(直辖市、自治区)。

3. 前文提到中国国家卫生部和美国北卡罗来纳大学人口研究中心联合实施的“中国健康与营养状况调查”是专门收集中国居民健康及营养状况的数据,但本研究并未使用该数据,其主要原因是在 2006 年的调查数据中,用于测量人口社会经济地位的职位地位和收入水平的缺失值累加超过样本总量的 50%。

4. 具体抽样方案可参考:<http://www.cssod.org/index.php>。

表 1:中国综合社会调查(2005)样本数据描述

变量	编码	取值	加权之前 N=9185	比例 (%)	加权之后 N=9052	比例 (%)
性别	0	女	4 736	51.6	4 681	51.7
	1	男	4 449	48.4	4 371	48.3
年龄	[18,70]		均值:43.4 岁; 标准差:12.8 岁		均值:43.2 岁; 标准差:12.6 岁	
单位性质	1	国有部门	2 847	37.5	2 367	26.3
	2	非国有部门	2 844	31.2	2 707	30.1
	3	无部门	3 412	31.3	3 917	43.6
区域	1	东部地区	4 108	44.7	3 574	39.5
	2	中部地区	2 682	29.2	2 868	31.7
	3	西部地区	2 395	26.1	2 610	28.8
社会经济 地位指数		[16,90]	均值:33.0; 标准差:17.9		均值:31.4; 标准差:17.8	
是否经常参 加健身/体 育活动	1	一周一次	432	4.7	373	4.1
	2	一周几次	800	8.7	684	7.6
	3	一月一次	318	3.5	277	3.1
	4	一年几次	592	6.4	565	6.2
	5	从不参加	7 043	76.7	7 154	79.0
健康水平	0	健康较差	4 056	44.2	4 097	45.3
	1	健康良好	5 129	55.8	4 955	54.7

注:部分变量样本总和与总样本量的差异是由于缺失值导致。

其中, \hat{p} 表示接受健康状况良好的概率, X_1 、 X_2 分别表示本研究的核心自变量社会经济地位指数和健康生活方式; X_c 分别表示控制变量(包括性别、年龄、年龄平方、单位性质和地区等变量)。 b_i ($i=1, 2, c$) 为回归系数, 表示在控制其他变量的情况下, X_i 每改变一个单位, 健康状况良好与健康状况较差的优势比将会平均改变 $\exp(b_i)$ 个单位。在分析生活方式的影响因素时, 也采取二分类 Logistic 回归模型。

四、数据分析

(一) 中国民众健康水平影响因素分析

健康不平等问题研究一直以欧美发达国家为主, 对中国的健康不平等研究较少, 也缺少明确的认识和解释。本研究以“中国综合社会调查数据(CGSS2005)”为基础, 根据上述统计模型描述和解释中国民众的健康不平等。本研究建立了三个基本模型: 社会经济地位模型, 在基本控制变量的基础上加入社会经济地位变量; 生活方式模型, 在基本控制变量的基础上加入了健康生活方式变量; 联合模型, 在基本控制变量

的基础上,同时加入了社会经济地位变量和生活方式变量(见表2)。

在三个模型中,各控制变量的显著性差别不大,只是由于不同模型中变量设置的差异使其参数估计的大小不同。本研究根据社会经济地位模型简要说明不同控制变量对中国人口健康水平的影响作用。从性别方面来看,男性的健康水平明显优于女性,男性健康状况良好的优势是女性的1.446倍($e^{0.369}$),这与国外以往研究的结论(Timms, 1998; Cardano, *et al.*, 2004)基本相同。年龄方面,没有发现与国外研究相类似的结论,倒U型关系没有得到支持,虽然年龄平方具有显著性,但是估计系数非常弱,接近于0。单位性质对人们健康水平有非常显著的影响。在国有单位和非国有单位工作的劳动力健康状况良好的优势分别是没有挂靠单位的农业劳动力的1.442倍($e^{0.366}$)和1.341倍($e^{0.293}$)。从各模型的单位性质的参数估计大小看,国有单位劳动力比非国有单位劳动力的身体健康状况更好,这些都反映了与不同单位性质匹配的各项社会医疗和保障资源等对内部劳动力人口的健康状况的重要影响。东中西部地区人口之间健康水平的差异并不明显,虽然不同地区在经济发展程度和医疗资源配置等方面存在明显的差异,但这些差异主要影响的是该地区总体层次的人口健康水平(如预期寿命¹),对个体层面的健康水平并无显著影响。

从社会经济地位对人们的健康水平的影响作用看,在社会经济地位模型²中,社会经济地位越高,个人健康状况良好的优势越大;具体来说,个人的社会经济地位指数每增加一个单位,其健康状况良好的优势就增加0.4%。这一结论表明,社会因果论对于中国人口健康水平也有较强的解释力,假设1得到支持。

生活方式模型的结果显示,经常参加体育健身的人相对于不经常参加(一月参加不超过一次)的人,其健康状况良好的优势明显增加,是不经常参加者的1.298倍($e^{0.261}$)。因而,本研究的假设2得到了数据的支持。体育健身作为一种健康生活方式,对人们的健康水平有显著影响,而且是最近端的因素。

1. 根据《中国统计年鉴2010》统计,在1990年东中西部地区人口的平均预期寿命依次为71.4、68和64.8岁;2000年东中西部地区人口的平均预期寿命依次为74.2、71.4和68.4岁。

2. 本模型和王甫勤(2011)的模型核心变量基本一致(职业地位编码有差异),模型的拟合情况也非常接近,但是参数估计的大小及显著性有一定差异。

表 2: 中国民众健康水平影响因素的 Logistic 回归模型

常数项/变量	社会经济地位模型				生活方式模型				联合模型			
	β	S.E.	Exp(b)	β	S.E.	Exp(b)	β	S.E.	Exp(b)	S.E.	Exp(b)	
常数项	1.270 ***	0.276	3.560	1.313 ***	0.273	3.718	1.213 ***	0.277	3.364			
性别(女性 = 0)	0.369 ***	0.045	1.446	0.371 ***	0.045	1.449	0.372 ***	0.046	1.451			
年龄	-0.022	0.012	0.978	-0.021	0.012	0.979	-0.019	0.012	0.981			
年龄的平方	0.000 *	0.000	1.000	0.000 *	0.000	1.000	0.000 *	0.000	1.000			
单位性质(无单位 = 0)												
国有单位	0.366 ***	0.078	1.442	0.415 ***	0.058	1.515	0.315 ***	0.079	1.371			
非国有单位	0.293 ***	0.076	1.341	0.378 ***	0.056	1.460	0.277 ***	0.076	1.319			
地区(西部地区 = 0)												
东部地区	0.003	0.056	1.003	0.014	0.056	1.014	0.004	0.056	1.004			
中部地区	0.040	0.058	1.041	0.057	0.058	1.058	0.049	0.058	1.051			
社会经济地位(ISEL)	0.004 *	0.002	1.004				0.004	0.002	1.004			
经常参加健身/体育活动(否 = 0)				0.261 ***	0.076	1.298	0.250 ***	0.076	1.283			
- 2LL	11 391.512				11 380.678				11 411.048			
Pseudo R ²	0.102				0.103				0.102			
(cox and snell)												
Prob>Chi ²	0				0				0			
观察值	9 076				9 076				9 103			

注: “+”, $p < 0.10$; “*”, $p < 0.05$; “**”, $p < 0.01$; “***”, $p < 0.001$ 。

在联合模型中,由于同时放入了社会经济地位变量和生活方式变量,模型的参数估计、显著性和拟合优度都发生了一定变化。主要表现在社会经济地位变量的参数显著性降低($p>0.05$),生活方式变量的显著性没有变化(参数略有降低)。综合两个主要变量模型和联合模型,根据详析分析的基本原理,可以认为生活方式是社会经济地位与人们健康水平之间的阐明变量¹,即社会经济地位通过生活方式影响人们的健康水平。

(二) 社会经济地位对生活方式的影响作用分析

人们健康水平影响因素模型确认了社会经济地位→生活方式→健康水平的因果链条,但是社会经济地位影响人们生活方式的模式并没有得到检验。为此,本研究继续构建了中国民众是否经常参加健身/体育活动的 Logistic 回归模型(表 3),探讨社会经济地位如何影响人们的生活方式。

表 3 的统计结果显示,人们是否经常参加健身/体育活动受到多种因素的影响。年龄同人们是否经常健身/体育活动之间呈 U 型曲线关系,呈现两头高、中间低的趋势。国有部门和非国有部门的劳动者相对无挂靠部门的劳动者来说,经常参加健身/体育活动的概率显著增高,其优势分别是无挂靠部门劳动者的 13.527 倍($e^{2.605}$)和 5.536 倍($e^{1.711}$)。不同地区人口在健康生活方式方面有明显差异,主要表现在中部地区人口经常参加健身/体育活动的概率较低,其优势只有西部地区人口的 0.648 倍($e^{-0.434}$)。男性和女性的健康生活方式没有明显差异。

社会经济地位对人们是否参加健身/体育活动有显著影响,呈正相关关系。社会经济地位指数每增加一个单位,人们经常参加各项健身/体育活动的优势相应增加 0.9%,换句话说,社会经济地位越高的人,越倾向于参加健身/体育活动。一方面,人们经常参加健身/体育活动需要足够的经济支持;另一方面,社会经济地位高的人,进行健康生活方式的动机也越强(Cockerham, 2010a)。健身/体育活动作为健康生活方式的一种,支持了假设 3 的基本观点,也明确了社会经济地位影响人们健康水平的具体模式。

1. 根据统计显著性来判断,我们从统计上可以认为这种阐明是完全阐明,但由于其它控制变量的存在,我们只能认为生活方式变量是多个阐明变量当中的一个。

表 3:中国民众是否经常参加健身/体育活动的 Logistic 回归

常数项/变量	模型		
	β	S. E.	Exp(b)
常数项	-1.681***	0.392	0.186
性别(女性=0)	-0.076	0.07	0.927
年龄	-0.119***	0.017	0.888
年龄的平方	0.001***	0.000	1.001
单位性质(无部门=0)			
国有部门	2.605***	0.140	13.527
非国有部门	1.711***	0.146	5.536
地区(西部地区=0)			
东部地区	0.017	0.084	1.017
中部地区	-0.434***	0.095	0.648
社会经济地位指数(ISEI)	0.009***	0.002	1.009
-2LL		5 428.483	
Pseudo R ² (cox and snell)		0.109	
Prob>Chi ²		0	
观察值		9 076	

注：“+”， $p<0.10$ ；“*”， $p<0.05$ ；“**”， $p<0.01$ ；“***”， $p<0.001$ 。

五、研究结论

社会经济的发展无疑会促进和改善总人口的健康水平(Preston, 1975),但 20 世纪 80 年代以来,欧美主要发达国家居民的健康状况研究表明,经济发展并不能降低不同社会经济地位人口的健康不平等(Franzini, *et al.*, 2001; Wilkinson & Pickett, 2008)。社会上层群体在整个社会经济发展过程中,将会获得更大的收益,从而拉大不同阶层之间的健康梯度。研究者们也普遍同意社会经济地位是人们健康水平的重要影响因素,健康不平等主要由社会不平等型塑。但是,就社会经济地位是如何影响人们的健康水平这一问题,在以往研究中却缺乏足够的关注。在社会流行病学中,社会经济地位被当做影响人口健康水平的最远端因素,与人们健康相关的生活方式和行为因素是影响人们健康水平的最近端因素。因而,在早期社会流行病学研究中,一直注重影响人们健康的行为因素,如吸烟、饮酒、安全驾驶、常规体检和锻炼等,却忽略了社会结构因素对人们健康水平的影响作用,也没有认识到这些生活方式在不同社会经济地位人口之间的分布形态是不同的。科克

汉姆(2010a)根据韦伯和布迪厄对于生活方式的论述,构建了健康生活方式的影响模型,即个人生活方式不仅是个人生活选择的结果,更是受到社会结构因素(主要是社会阶层结构、性别/年龄/种族结构、集体行为与生活条件等)的影响,这些社会因素构成了人们的生活机会,在这两层因素的影响下,人们形成了不同的行动倾向(惯习),从而产生一系列健康生活方式和行为,这些健康行为对人们的健康水平产生直接影响。本研究正是在这一模型基础上,认为(健康)生活方式是社会经济地位决定人们健康水平的中间机制之一,即社会经济地位通过影响人们的生活方式来影响其健康水平。

本研究通过“中国综合社会调查(CGSS2005)”的数据来分析社会经济地位(通过国际标准职业社会经济地位指数来测量)对人们健康水平(主观评估)的决定作用,探索健康不平等的产生过程。研究发现,欧美国家的健康不平等趋势在中国不同社会经济地位群体中也存在,即社会经济地位较高的群体健康状况良好的概率也越高;社会经济地位较低的群体健康状况良好的概率也越低。同时,健康生活方式对人们的健康水平也有直接影响,参与健身/体育活动越频繁,其健康状况越好。同时,生活方式在不同社会经济地位群体中的分布形态也有明显差异,社会经济地位越高的人追求健康生活方式的动机越强,其维持健康生活方式的能力也越强(经济支持),这就为社会经济地位影响个人健康水平提供了解释(阐明)机制。综合来说,根据科克汉姆健康生活方式模型建立起来的社会经济地位通过改变人们生活方式,进而影响人们健康水平的因果路径能够得到中国经验数据的支持。

如同早期生活方式研究一样(Abel, *et al.*, 2000),本研究也只关注了某一种生活方式对人们健康水平的影响,仅从是否经常参加健身/体育活动(作为一种健康促进行为)来代表人们的健康生活方式明显还存在不足之处。从健康生活方式来看,还应当包括一系列相关健康行为的集合(既包括健康促进行为,也包括健康损害行为)。由于研究数据本身的限制(本数据没有提供其它健康行为的测量,而CNHS数据在社会经济地位测量方面存在较大比例缺失值),没有能够检验其它生活方式对健康水平的影响以及是否可以成为社会经济地位影响健康水平的中间机制,这些不足在未来研究中都需要继续检验。

参考文献 (References)

- Abel, Thomas, William C. Cockerham, and Steffen Niemann. 2000. "A Critical Approach to Lifestyle and Health." In *Researching Health Promotion*, edited by J. Watson and S. Platt. New York: Routledge; 54—77.
- Bartley, Mel. 2004. *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts, and Methods*. Cambridge: Polity Press in association with Blackwell Publishing Ltd.
- Black, Douglas, *et al.* 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Blau, Peter M. and Otis Dudley Duncan. 1967. *The American Occupational Structure*. New York: the Free Press.
- Bourdieu, Pierre. 1984. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Braveman, Paula. 2006. "Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement." *Annual Review of Public Health* 27(1):167—194.
- Cardano, Mario, Giuseppe Costa, and Moreno Demaria. 2004. "Social Mobility and Health in the Turin Longitudinal Study." *Social Science and Medicine* 58(8):1563—1574.
- Cockerham, William C. 2010a. "Health Lifestyles: Bringing Structure Back." In *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, edited by W. C. Cockerham. Wiley: Blackwell.
- Cockerham, William C. 2010b. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Wiley: Blackwell.
- Cockerham, William C., Thomas Abel, and Günther Lüschen. 1993. "Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles." *Sociological Quarterly* 34(3):413—425.
- Dahl, Espen. 1996. "Social Mobility and Health: Cause or Effect?" *British Medical Journal* 313(7055):435—436.
- Elstad, Jon Ivar and Steinar Krokstad. 2003. "Social Causation, Health-Selective Mobility, and the Reproduction of Socioeconomic Health Inequalities over Time: Panel Study of Adult Men." *Social Science and Medicine* 57(8):1475—1489.
- Franzini, Luisa, John Ribble, and William Spears. 2001. "The Effects of Income Inequality and Income Level on Mortality Vary by Population Size in Texas Counties." *Journal of Health and Social Behavior* 42(4):373—387.
- 高丙中. 1998. 西方生活方式研究的理论发展叙略[J]. 社会学研究(3). [Gao Bingzhong. 1998. "The Review of Development of Western Lifestyle Research Theories." *Sociological Studies* (3). (in Chinese)]
- Heraclides, A. and E. Brunner. 2010. "Social Mobility and Social Accumulation across the Life Course in Relation to Adult Overweight and Obesity: The Whitehall II Study." *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(8).
- House, James S. 2002. "Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects." *Journal of Health and Social Behavior* 43(2):125—142.
- Lahelma, Eero. 2010. "Health and Social Stratification." In *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, edited by W. C. Cockerham. Wiley: Blackwell.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan. 1995. "Social Conditions As Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35(extra):80—94.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan. 2010. "Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities." In *Handbook of Medical Sociology* (6th edition), edited by C. E. Bird, *et al.* Nashville: Vanderbilt.

- Lowry, Deborah and Yu Xie. 2009. "Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Old Ages?" Population Studies Center, University of Michigan.
- Mackenbach, Johan P., et al. 2008. "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries." *The New England Journal of Medicine* 358(23):2468—2481.
- Mirowsky, John, Catherine E. Ross, and John Reynolds. 2000. "Links between Social Status and Health Status." in *Handbook of Medical Sociology* (5th edition), edited by C. Bird, P. Conrad, and A. Fremont. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pickett, Kate and Richard G. Wilkinson. 2009. *Health and Inequality*. London: Routledge.
- Preston, S. H. 1975. "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development." *Population Studies* 29 (2):231—248.
- Robert, Stephanie A. and James S. House. 2000. "Socioeconomic Inequalities in Health: An Enduring Sociological Problem." In *Handbook of Medical Sociology* (5th edition), edited by C. Bird, P. Conrad, and A. Fremont. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Ross, Catherine E. and John Mirowsky. 2010. "Why Education is the Key to Socioeconomic Differentials in Health." In *Handbook of Medical Sociology* (5th edition), edited by C. Bird, P. Conrad, and A. Fremont. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Smith, George Davey, Mel Bartley, and David Blane. 1990. "The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years on." *British Medical Journal* 301(6748): 373—377.
- Timms, Duncan. 1998. "Gender, Social Mobility and Psychiatric Diagnoses." *Social Science & Medicine* 46(9):1235—1247.
- Warren, John Robert. 2009. "Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses." *Social Forces* 87(4): 2125—2153.
- West, Patrick. 1991. "Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities." *Social Science and Medicine* 32(4):373—384.
- Wilkinson, R. G. and K. E. Pickett. 2008. "Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality." *American Journal of Public Health* 98(4):699—704.
- Williams, David R. 1990. "Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection." *Social Psychology Quarterly* 53(2):81—99.
- Winkleby, M. A., et al. 1992. "Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease." *American Journal of Public Health* 82(6):816—820.
- Winkleby, Marilyn A., Stephen P. Fortmann, and Donald C. Barrett. 1990. "Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-Year Prevalence Patterns by Level of Education." *Preventive Medicine* 19(1):1—12.
- 王甫勤. 2011. 社会流动有助于降低健康不平等吗? [J]. 社会学研究 (2). [Wang Fuqin. 2011. "Does Social Mobility Contribute to Reduce the Inequality of Health?" *Sociological Studies* (2). (in Chinese)]
- 韦伯, 马克斯. [1946]2005. 阶级、地位和政党[G]// 社会分层(第二版). 戴维·格伦斯基, 编. 北京: 华夏出版社. [Weber, Max. (1946)2005. Class, Status, and Party. In *Social Stratification* (2nd), edited by David, Grusky. Beijing: Huaxia Publishing House.]