

社会经济地位对健康的影响：“收敛” 还是“发散”

——基于 CFPS 2012 年调查数据

李建新，夏翠翠

(北京大学社会学系，北京 100871)

摘要：文章采用中国家庭动态追踪调查项目（CFPS）2012年最新数据，利用多维健康指标，分析了在当前中国社会中社会经济地位对人们健康的影响，以及这种影响随年龄变化而变化的作用模式。研究结果显示，这种随年龄增长的影响作用模式既存在着“发散效应”，也存在着“收敛效应”，同时还存在着不同地位群体间的健康差异不随年龄变化而变化的“平行效应”。研究结果表明，社会经济地位对人们健康的影响具有持久性，贯穿于各个年龄阶段，并在某些健康指标上具有累积性。因此，调整社会政策，注重社会公平，缩小社会地位差距对于提高人口整体健康水平具有重要的意义。

关键词：社会经济地位；健康；年龄；收敛效应；发散效应

中图分类号：C913.6 **文献标识码：**A **文章编号：**1000-4149 (2014) 05-0042-09

The Effect of Socioeconomic Status on Health: Convergence or Divergence: Based on the Data from CFPS 2012

LI Jianxin, XIA Cuicui

(Department of Sociology, Peking University, Beijing 100871, China)

Abstract: Based on the survey data of Chinese Family Panel Studies (CFPS) in 2012, using different health indicators this paper explores the relationship between socioeconomic status and health in China and the age pattern of this relation. The results suggest that the influence of socioeconomic status on health enhances with the growth of age confirming the divergence hypothesis in some health indicators. Adversely, the results of the analysis with the other health indicators indicate a convergence effect. Totally, the research finds the constant and accumulative effect of

收稿日期：2014-03-21；修订日期：2014-07-08

作者简介：李建新，北京大学社会学系教授；夏翠翠，北京大学社会学系博士研究生。

socioeconomic status on health throughout every age group. Therefore, improving the social policy, focusing on social equality and reducing the inequality of socioeconomic status are of great significance to enhance the overall level of health.

Keywords: socioeconomic status; health; age; divergence; convergence

一、引言

社会地位与健康之间的关系是多门学科一直关注的研究议题。在这一领域中, 社会经济地位对个人健康的积极作用已经被国内外诸多研究证实^[1-5]。但社会经济地位对健康的影响作用是否在不同年龄群体中有所不同, 目前这方面的相关研究主要存在着两种观点。其一是“收敛效应”(the convergence effect, 又称 the divergence-convergence hypothesis), 这种观点认为, 不同社会经济地位群体的健康分化先是随年龄增长会不断扩大, 但在高龄老年期这种分化则会变小甚至消失^[6], 最终将会“收敛”于无健康差异。其二是“发散效应”(the divergence effect, 也称 the accumulative hypothesis), 这种观点认为, 社会经济地位对人们健康的影响随年龄的增长而不断扩大^[7], 最终“发散”出更大的健康差异。以往的实证研究采用了不同地区和时期的数据, 它们都在不同程度上证实了“收敛效应”或“发散效应”的存在。不过, 作为社会科学领域的研究, 对于不同时空下的社会地位对健康影响“效应”的再验证是必要的, 因为不同时期不同地区具有不同的人口以及社会环境, 因此会存在不同的健康影响程度和影响模式。本文采用中国家庭动态追踪调查项目(CFPS)数据, 立足于当代中国社会, 考察研究社会经济地位对个人健康的影响以及这种影响是否会随年龄的变化而变化, 若有变化又将是怎样的变化趋势等问题。

二、文献综述与研究设计

目前, 社会地位与健康的关系研究主要存在着两种不同的因果观, 一种是社会地位决定健康, 认为不同社会地位拥有不同的健康水平, 较高社会经济地位者健康状况较好^[8]; 另一种是健康选择, 认为健康差别带来了社会地位差别, 如健康状况较差的人, 更不容易获得较高的社会经济地位和高收入^[9]。可以说两种观点均具有一定的解释合理性且得到了验证, 本文将主要立足于“社会地位决定健康”的观点, 探讨社会地位对健康的影响以及这种影响的年龄模式等。

社会经济地位是人们在社会结构中所处的位置, 它影响着人们的行为方式、心理状态、知识和资源获取能力等。英国学者迈克尔·马默特(Michael Mamot)对于社会地位决定人的健康方面有过系统的论述, 其结论是: 人的社会地位越高, 健康水平就越高。同时, 马默特还将社会地位如何影响健康概括为几个途径, 即行为方式、福利水平、心理压力、孤独与社会关系、父母的地位遗传等^[10]。地位决定行为方式的观点认为, 教育水平较低者更不容易认识到不利行为的危害, 更好的教育水平可以增强人们解决问题的能力 and 调控健康的能力、促进心智成熟、增强充实感^[11-12]; 收入水平较低的人更容易养成吸烟、喝酒等对健康不利的行为习惯^[13]。社会经济地位较差的人经历了更多的危机和不可控的生命事件, 例如生活条件较差者更容易受到犯罪、暴力、歧视、生病、孩子死亡等急剧生活转变的影响, 更容易受到生活的压力以及收入来源的不确定性等慢性压力的影响。福利水平的观点认为, 社会经济地位较高者更容易获取良好的居住生活环境、较好的营养状况和医疗卫生服务^[14]。心理压力观点认为, 较低收入群体的人有更高的可能性面临着急剧的生活转变和慢性压力^[15-16], 这些转变和压力带来的心理状态恶化是造成个人健康水平较差的因素。孤独与社会关系也会影响到人的健

康,马默特认为当人们的物质生活条件达到一定程度后,参与生活的机会和自主性将成为决定健康的因素,而较高社会阶层的人有更多的健康知识和保健认识。

如前所述,社会经济地位对健康的影响随年龄变化趋势的研究也有两种主要观点“收敛效应”和“发散效应”。这里进行一下扩展论述。“收敛效应”认为,在青壮年时期不同社会经济地位群体的健康差异较小,在中年时期和低龄老年人群中不同地位的人健康分化较大,在老龄老年期健康分化则会变小甚至消失^[17]。这种观点认为在青壮年和老龄老年人群中,生物和生理性因素在人的健康水平中发挥了主要的作用,在这两个群体中,人们的身体机能分别处于旺盛和迅速衰退的时期,这时候社会经济地位及其带来的健康行为和健康资源对个人身体的型塑能力较差^[18]。相关实证研究也证明,自评健康、慢性病、身体功能等健康指标在未成年的年龄组差异较小,成人后差异较大,年老后差异又会缩小或消失^[19]。除生理性因素占主导地位之外,存活的选择性问题也对收敛效应起到一定作用,身体较差的人活到高龄的概率较小,因而不同社会经济地位的高龄组老年人都属于经历了存活选择的身体状况较好的老人。健康差异随年龄的变化而具有“发散效应”的理论源自于对累积优势和累积劣势的探讨。在经济学中存在着累积劣势的“马太效应”,有研究认为收入不平等在老年组最严重,老年组的基尼系数高于其他年龄组^[20]。累积优势理论认为生命历程中的经历累积会对以后的生命形态产生影响,在这方面,有不少研究指出,人们在不同的年龄阶段经历的生活环境和事件都将对人的老化过程起到作用^[21],而早年的社会经济地位会对个人健康产生持久的影响^[22]。也有研究从健康随年龄增长衰退的速度上印证发散效应,发现相比低地位者,高社会经济地位者的健康水平随年龄增高其健康的累积优势扩大,因此,在老年阶段会产生健康差异发散的效应^[23-24]。

虽然对社会经济地位、年龄与健康关系的研究已经形成了一些成果,但从不同的国家和地区以及不同时间跨度上对健康差异随年龄的变动趋势进行研究还是十分必要的,而且不同地区的社会环境,比如政治背景、家庭结构和文化结构,可能导致影响模式曲线形状上的差异^[25]。本文在以往研究基础上,建立常规的社会经济地位影响健康的研究框架,并在以下两个方面尝试做出改进。首先,从世界卫生组织对于健康的定义出发,采用多维度健康指标检验社会地位与健康之间的关系。健康是一种身体、精神和社会适应上的完好状态^[26],按照这一定义,本文将选用患病情况、心理健康和健康自评三项指标对健康进行测量,以反映个人身体、心理及综合健康状态。其次,使用CFPS项目2012年最新全国抽样调查数据。该数据资料丰富且有很好的代表性。可以说,基于这样一个良好的数据,引入多维度健康测量,能够更全面地了解社会经济地位与健康之间的关系,从而更加深刻地揭示社会经济地位对健康的影响作用。本文将尝试回答以下两个主要问题,其一,社会经济地位对健康是否存在影响?其二,这种对健康的影响作用是否会随年龄的变化而变化,以及这种变化趋势是“收敛效应”还是“发散效应”,抑或其他?

三、数据和研究方法

1、数据来源

本文使用的数据为CFPS 2012年最新全国抽样调查数据。CFPS的调查对象为除港澳台、新疆、西藏、青海、内蒙古、宁夏和海南以外的全国25个省、市、自治区,覆盖了占全国95%的人口,因此,可以将CFPS数据视为一个具有全国代表性的样本^[27]。CFPS抽样采用了内隐分层和与人口规模成比例的系统概率抽样方式,以行政区划和社会经济地位为主要分层变量。2012年调查时对2010年受访家庭户进行了追踪调查,共追踪调查13459个家庭户、44693名受访个人,其中成年人有36063

人。代表全国样本的成年人数据在 23000 条左右，纳入到本次分析和研究的样本量为 19841 人。调查涉及个人教育、收入、户口、健康状况以及家庭人均收入等本研究所需要的数据。

2、变量描述

因变量为个人的健康状况。按照上述研究设计，本文的健康测量有三项指标。一是患病的测量，本文采用了“两周内是否患病”这一指标，样本显示，有 29.28% 的成人患过病。二是心理健康测量，我们根据 CFPS 问卷的心理健康量表，经过统计转换，将心理健康换算成 0~100 之间的分值，分值越高代表心理健康状况越好。三是被访人对自身健康状况的主观评价，选项为“非常健康”、“很健康”、“比较健康”、“一般”和“不健康”五个选项，将前四项重新编码为“健康”，在分析中我们主要关注自评为“健康”者的比例，在样本中有 82.44% 的成人自评健康较好。

对主要自变量社会经济地位的测量，本文选取了个人受教育程度和家庭人均收入两个指标。社会经济地位的常用测量指标为收入、职业和教育，此外有部分研究将住房、资产等纳入社会经济地位的测量中^[28]。一方面教育和家庭人均收入可以充分地反映个人的社会经济地位；另一方面也有研究认为社会经济地位的各个指标中，教育对健康的敏感性更高^[29]。同时在“家”的观念较强的中国社会中，家庭人均收入比个人收入更能真实反映个人的经济能力。因此，采用教育和家庭人均收入这两个指标来反映社会经济地位是充分的。在本文中，将原始问卷中的教育类型重新划分为三类：文盲及小学、初中及高中、大专及以上，各自所占的比例为 41.03%、49.38%、9.59%。家庭人均收入这一变量按照 25%、75% 的分界点，将收入划分成低收入、中收入和高收入。年龄也是本文主要关注的自变量。本文将年龄处理为分类变量，分为 16~29 岁、30~39 岁、40~49 岁、50~59 岁、60~69 岁、70 岁及以上六组，各自在总样本中所占的比例分别为 15.43%、17.21%、19.87%、18.28%、16.74%、8.62%。

主要的控制变量是户口以及其他个人基本信息。由于我国城乡医疗卫生资源分布不均^[30]，城乡间健康状况差异也较大，因此，需要对城乡居住地进行控制，在本文中使用了“户口”这一指标来粗略反映城乡差异，样本中城镇户口的人有 26.78%。对婚姻状况的测量，将其重新编码为“有配偶”和“无配偶”两类，有配偶者的比例为 79.76%。此外，女性的比例为 50.36%。变量描述见表 1。

3、统计方法

本文采用 OLS 回归和 Logistic 回归模型。对于三个因变量，首先，定义一个基础模型，自变量包括教育、家庭人均收入、年龄三项核心自变量；性别、婚姻、户口三项控制变量，在此基础模型中不加入任何交互项，主要验证社会经济地位（教育与收入）是否对健康产生影响。其次，我们假定社会经济地位对健康状况的影响会随着年龄的增长而发生变化，并产生“收敛效应”或“发散效应”或其他效应，为验证这些假设，在基础模型中加入教育与年龄的交互项、收入与年龄的交互项，以此建立表 2 中基础模型以外的三个模型，模型二和模型三与无交互项模型进行比较，模型四与模型二或模型三相比较，并进行了似然比卡方统计量检验。其中，心理健康得分为一个连续型变量，心理健康的模型选择采用 R-square 增量检验。

表 1 变量描述 %

变量	比例	变量	比例
因变量		年龄	
两周内患病	29.28	16~29	15.43
心理健康得分	79.73	30~39	17.21
健康自评较好	82.44	40~49	19.87
主要自变量		50~59	18.28
教育		60~69	16.74
文盲/小学	41.03	70+	8.62
初中/高中	49.38	性别	
大专及以上	9.59	女	50.36
收入		婚姻	
低收入	24.98	有配偶	79.76
中等收入	50.00	户口	
高收入	25.02	城镇	26.78

注：N = 19841

表2 模型选择

模型	模型内容	患病	心理健康	自评健康
模型一	无交互项			
模型二	教育* 年龄	不显著	不显著	显著 ***
模型三	收入* 年龄	显著 ***	显著 **	不显著
模型四	收入* 年龄 + 教育* 年龄	不显著	不显著	不显著

注: 显著 **表示 $P < 0.01$, 显著 ***表示 $P < 0.001$ 。

从表2看,对于患病的Logistic回归,有收入与年龄交互项的模型解释力要显著优于无交互项的模型;对心理健康的线性回归,有收入与年龄交互项的模型显著优于无交互项的模型;对自评健康的回归,教育和年龄交互的模型显著优于无交互项的模型。对各个因变量,在选择适合模型的基础上,我们将测算出不同的社会经济地位群体各自身体、心理和自评更为健康的概率,并由此画出社会经济地位、健康、年龄三者的折线图,以直观的形式反映不同地位群体的健康状况随年龄变化的趋势。

四、研究结果

1. 社会经济地位对健康的影响

为了检验社会经济地位对不同健康指标的影响,我们在控制基本人口信息的基础上,考察不同教育水平、收入水平群体的健康差异情况。表3给出了基础模型的结果,模型结果显示,教育和收入对于患病的影响不大。相对于文盲及小学教育水平者,初中及高中群体患病的可能性更低,患病的发生比(odds)是参照组的0.87倍($\exp(-0.134)$);而其他教育和收入系数则不显著。当然,社会经济地位对患病的总体影响不大的原因可能也与“患病与否”这一指标的选取和测量有关,或许可以使用更有效的身体健康测量指标来验证。从心理健康上来看,教育程度越高、收入等级越高,心理健康得分也就越高。初中及高中群体的心理

表3 年龄、社会经济地位对健康的影响

变量	患病	心理健康	自评健康
年龄 (16~29岁=0)			
30~39岁	0.460 ***	-1.802 ***	-1.172 ***
40~49岁	0.719 ***	-2.118 ***	-1.821 ***
50~59岁	1.074 ***	-3.256 ***	-2.371 ***
60~69岁	1.174 ***	-2.263 ***	-2.428 ***
70岁及以上	1.194 ***	-2.727 ***	-2.499 ***
性别 (男=0)			
女	0.365 ***	-3.150 ***	-0.405 ***
婚姻 (无配偶=0)			
有配偶	-0.065	3.190 ***	0.124 *
户口 (农村=0)			
城市	0.003	1.883 ***	0.077
教育 (文盲/小学=0)			
初中/高中	-0.134 ***	3.320 ***	0.496 ***
大专及以上	-0.009	4.125 ***	1.150 ***
收入 (低收入=0)			
中等收入	0.007	1.201 ***	0.187 ***
高收入	0.009	2.459 ***	0.333 ***

注: N=19841 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

健康得分比参照组高3.3分左右,大专及以上学历群体比参照组高4.1分;中等收入者比低收入者平均高出1.2分,而高收入者比低收入者高2.5分左右,且差异均显著。这显示出教育水平或收入水平越高,心理健康得分越高,即越健康。从自评健康上来看,教育和收入均对自评健康有正向的显著影响。初中及高中的人自评为健康的发生比是参照组的1.6倍,大专及以上学历群体自评为健康的发生比是参照组的3.2倍;中等收入者自评为健康的发生比是参照组的1.2倍,高收入者自评为健康的发生比是参照组的1.4倍。年龄也是我们关注的主要变量。从三个不同侧面的健康指标上来看,随着年龄增长,健康状况呈现变差的趋势。综上所述,教育和收入两个社会经济地位指标对不同的健康指标的影响是有差异的。心理健康和自评健康受到教育和收入的影响较大,而患病与否受到社会经济地位的影响则较小,甚至不受影响。对于患病的这一结果,也可能是由于在不同年龄段,教育和收入对患病的影响方向不一致,从而导致了整体上影响不显著或影响较小,后面将会对此进行论述。

2. “收敛效应” 与 “发散效应” 的验证

为验证社会经济地位对健康的影响是否会随着年龄的变化而变化，本文主要采用基础模型加入交互项的模型的结果，并以作图方式图解社会地位影响健康的年龄模式。

图 1 和图 2 反映的是不同社会经济地位群体在患病方面的差异随年龄变动的趋势。虽然在表 3 中显示，教育和收入对患病与否的影响很小，但收入与年龄的交互项模型是显著的，说明在患病方面，不同收入群体是存在差异的，而这种差异在不同年龄阶段又不相同。从图 1 和图 2 来看，不同教育群体间的患病差异在各个年龄段均不显著，这与表 3 中整体上教育对患病无影响的结论相一致；不同收入群体仅在 16~29 岁年龄组显著，在其他年龄组差异不显著。总体上教育和收入这两个社会经济地位变量对患病与否的影响不大；收入对患病的影响存在着一定的随年龄变化而变化的趋势，即在有的年龄组影响显著，有的年龄组不显著。此外，从图 1 和图 2 的曲线形状可以看到，以 50~59 岁组为界，在此之前人们随年龄增长患病的概率呈现急速上升的趋势，曲线斜率较大；在 50~59 岁以后，曲线较为平缓，患病的概率上升速度放慢。

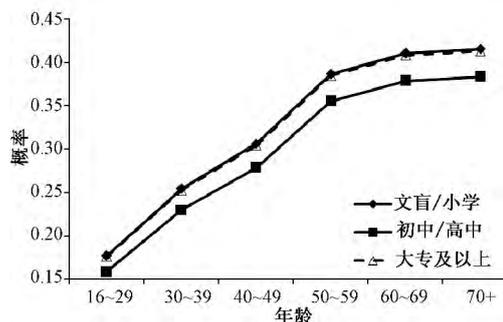


图 1 不同教育群体患病随年龄变化

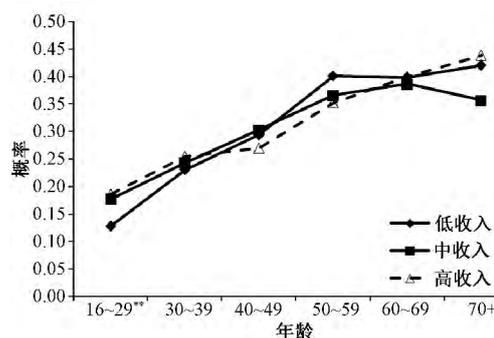


图 2 不同收入群体患病随年龄变化

注：1. **表示在 16~29 岁组不同收入水平的人在患病可能性上的差异，在 0.01 的显著性水平下显著；
2. 图中各年龄组后面的星号 **、*、* 分别表示变量在 0.001、0.01、0.05 的显著性水平下显著，下同。

进一步考察心理健康维度，图 3 和图 4 反映的是不同社会经济地位群体对心理健康的影响随年龄变化而变化的情况。教育对心理健康的影响在各个年龄组均显著，在各个年龄段均显示大专及以上学历教育水平者心理健康得分较高，而文盲或小学教育水平者的心理健康得分较低的特征。然而不同教育群体的心理健康差异在每个年龄段大致相同，并没有健康差异随年龄变化而变化的趋势，呈现出“平行效应”趋势。图 4 显示了不同收入水平的人心理健康随年龄变化的情况，从图中可见，不同收入群体的心理健康差异在 16~29 岁时不显著，在其他各个年龄组均差异显著，高收入者心理健康得分较高，其次是中等收入者，低收入者的心理健康得分最低。同时，在不同年龄组，收入对心理健康的影响存在显著差异。从图 4 来看，不同收入群体心理健康差异的折线呈现“发散效应”，较高的年龄组不同收入群体的健康差异更大，并且差异是显著的。在 16~29 岁组，不同收入群体的心理健康得分无显著差异；在 30~39 岁组差异开始显现，高收入者与低收入者的心理健康得分差异为 1.3 分；在 40~49 岁组这一差异进一步拉大为 2.8 分；在 50~59 岁组和 60~69 岁组的差异均为 3.3 分；在 70 岁以上年龄组，不同收入群体的心理健康得分差异最大，为 4.3 分。这一“发散效应”体现出社会经济地位积累在心理健康中的作用，即长期处于较差的生活条件中，人们的心理健康差异会逐渐拉大，直到老年期仍然会有扩大趋势。

此外，心理健康方面，不同教育和收入群体的心理健康随年龄变化的曲线均呈现“U”型。在 16~29 岁、30~39 岁、40~49 岁、50~59 岁组有明显的心理健康得分下降的趋势，从 60 岁以后又

有一定幅度的回升。这一“U”型曲线显示了人们的心理健康水平在退休以后变好的特征。随着年龄的增长，年龄成熟效应和历史年龄效应对人们的心理健康起到了一定的正向促进作用^[31]，即老年人阅历较为丰富，有更强的心理调节和适应能力，同时在退休之后也避免了工作压力等带来的不良心理状态。因此，图3和图4的心理健康得分曲线呈现随年龄增长的“U”型状态。

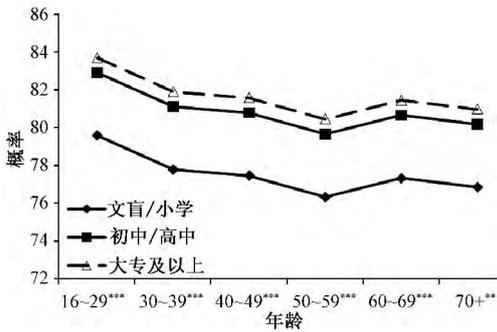


图3 不同教育群体心理健康随年龄变化

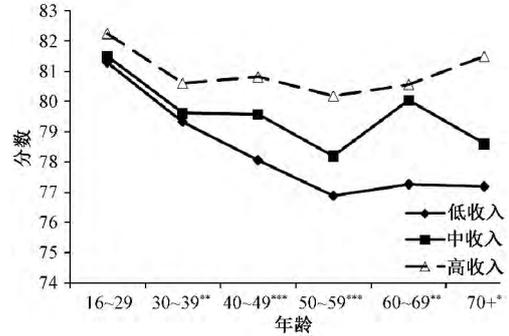


图4 不同收入群体心理健康随年龄变化

最后，来看自评健康。图5和图6显示的是在控制其他变量的条件下，不同社会经济地位群体的自评健康差异随年龄变化而变化的趋势。教育程度对自评健康的影响在除70岁组以外的其他各个年龄组均显著，呈现出教育程度较高的群体自评健康更好的趋势。在不同的年龄组，不同教育程度群体间的自评健康差异是有显著区别的。在16~19岁组，大专及以上群体自评为健康的概率仅比文盲小学群体高0.06左右；在30~39岁组两者的差异有扩大趋势，差异为0.1；在40~49岁组差异进一步扩大为0.13；在50~59岁组不同教育水平的人自评健康差异最大，在0.2左右；到60~69岁组这一差异开始缩小为0.16；在70岁以上年龄组则差异不再显著。这一变动趋势显示出差异由小变大，再缩小或消失的状态，即“收敛效应”。以往研究认为不同社会经济地位群体的自评健康差异有随年龄增长而扩大的趋势，不同社会经济地位群体的自评健康差异在老龄老年人组中仍然显著存在^[32]。本文的研究由于与早前研究使用的数据不同、数据的收集年份有差异，所以结论也有所不同。自评健康的收敛效应可以从两个方面解释：首先，这一趋势反映了随着年龄增长，生物性因素对健康的影响占据主要作用；其次，存活效应也缩小了不同社会经济地位群体的健康差异，即能存活到70岁以上的高龄老年人具有一定的健康选择性。从收入对自评健康的影响来看，在除16~29岁组之外的各个年龄组中，收入对自评健康的影响均是显著的。然而收入与年龄的交互项并不显著，说明在各个年龄段，不同收入群体的自评健康差异没有实质的区别，并不存在收入对自评健康的影响力度随年龄变化而变化的趋势。此外，从图5和图6的曲

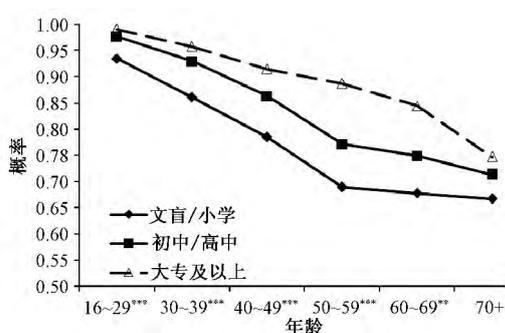


图5 不同教育群体自评健康随年龄变化

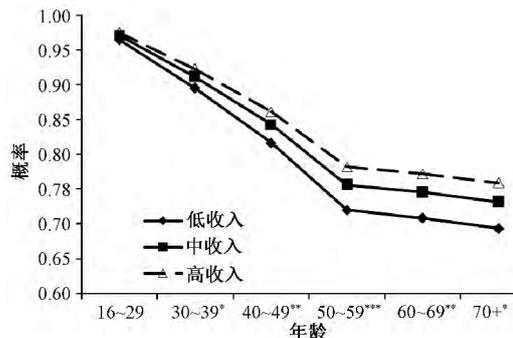


图6 不同收入群体自评健康随年龄变化

线形状来看, 以 50~59 岁组为界, 在此之前自评健康随年龄增长而变差的速度非常快; 在此之后则逐渐平缓, 变差的速度放慢; 这一趋势与患病随年龄的变动曲线相似。

五、结论与讨论

本文使用 CFPS 项目 2012 年最新数据, 采用多维度健康指标体系探讨分析了我国成人社会经济地位对健康的影响作用以及这种健康影响作用是否随年龄变化而变化。与中外有关研究结果相比, 本研究存在着一些异同, 也有一些有价值的发现。本文研究表明, 社会经济地位对健康的影响在不同的健康指标上有不同的表现, 如社会经济地位对心理健康和自评健康的影响较大且显著, 但对患病与否的影响不大。这一结果印证了以往的研究结果^[33], 显示出不同健康指标对社会分层的敏感性有差异, 同时也揭示了研究中采用多维健康指标的重要意义。对于不同健康指标随年龄的变化趋势研究发现, 50~59 岁组是一个非常关键的年龄段, 是一个健康转折的年龄段。以这一年龄段为界, 患病概率随年龄提高和自评健康下降的速度都明显减慢, 同时, 这一年龄段也是心理健康随年龄变化的“U”型曲线最低点。此外, 社会经济地位对健康的影响随年龄变化的研究, 除了得到了与过往研究中相同的“收敛效应”和“发散效应”发现外^[34], 本文还发现了另一种社会地位影响健康的年龄变化模式, 即不同年龄段上社会地位对健康的影响差异并不随年龄的变化而变化, 呈现出一种“平行效应”。当然, 社会地位在不同健康维度上具有不同的影响效应, 除了现实关系的揭示外, 还可能与健康指标和社会经济地位指标的选取有关。不过, 因为本文使用 CFPS 的 2012 年最新全国抽样数据, 同时又采用了身体、心理和自评等多维度健康指标, 应该说本研究的发现更可能接近中国现实情况。

本文研究还发现, 社会经济地位对人们健康不同维度方面不仅有不同的影响而且影响作用具有持久性, 贯穿于各个年龄阶段, 并在某些健康指标上具有累积性。目前我国正处在社会加速发展和转型阶段, 社会分化还将继续存在; 加之我国也已进入老龄社会, 老年人群规模将不断增加, 由于老年人是社会地位与健康分化变动较大的特殊群体, 由此可见, 未来我国社会地位与健康不平等问题还将长期存在。因此, 调整社会公共健康政策, 注重社会公平, 缩小社会地位(如收入和教育)差距, 积极扩展社会地位对健康的正向作用, 探讨老年人群社会地位对健康影响的积累或消减因素, 对于提高人口整体健康水平和建设健康老龄社会都具有重要的现实意义。

毋庸置疑, 本研究中还存在着不足之处。由于 CFPS 数据中高龄老年人样本量较少, 为避免回归结果不稳定, 本文并未对 70 岁及以上老年人做进一步的细分。同时, 由于使用数据为横截面数据, 无法有效区分年龄效应和队列效应, 在目前追踪数据不可获得的条件下, 本文的研究应该算是次优选择。此外, “发散效应”、“收敛效应”和“平行效应”的作用机制等还有待于进一步深入探讨。

参考文献:

- [1] Williams, D. R. Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection [J]. *Social Psychology Quarterly*, 1990, 53 (2).
- [2] Link, B. G. and Jo C. Phelan. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease [J]. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995, 35.
- [3] Zhu, Haiyan and Yu, Xie. Socioeconomic Differentials in Mortality among the Oldest Old in China [J]. *Research on Aging*, 2007, 29 (2).
- [4] Zeng, Yi, Danan, Gu, and C. L. Kenneth. The Association of Childhood Socioeconomic Conditions with Healthy Longevity at the Oldest-old Ages in China [J]. *Demography*, 2007, 44 (3).
- [5] 王甫勤. 社会经济地位、生活方式与健康不平等 [J]. *社会*, 2012, (2).

- [6] House, J. S., C. K. Ronald, and A. R. Herzog. Age, Socioeconomic Status, and Health [J]. *The Milbank Quarterly*, 1990, 68 (3).
- [7] Ross, C. E. and Chia-Ling Wu. Education, Age, and the Cumulative Advantage in Health [J]. *Journal of Health and Social Behavior*, 1996, 37 (1).
- [8] Dahl, E. Social Mobility and Health: Cause or Effect? [J]. *British Medical Journal*, 1996, 313.
- [9] West, P. Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities [J]. *Social Science & Medicine*, 1991, 32 (4).
- [10] 马默特. 地位决定你的健康 [M]. 冯星林, 王曲译. 北京: 中国人民大学出版社, 2008.
- [11] Winkleby, M. A., P. F. Stephen, and C. B. Donald. Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-year Prevalence Patterns by Level of Education [J]. *Preventive Medicine*, 1990, 19 (1).
- [12] Ross, C. E., and M. John. Why Education is the Key to Socioeconomic Differentials in Health [M] // C. E. Bird, C. Peter, M. F. Allen, T. Stefan. *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010.
- [13] Marang-van de Mheen, J. Perla, D. S. George, and L. H. Carole. The Health Impact of Smoking in Manual and Non-manual Social Class Men and Women: A Test of the Blaxter Hypothesis [J]. *Social Science & Medicine*, 1999, 48 (12).
- [14] 同 [8].
- [15] Belle, D. Poverty and Womens Mental Health [J]. *American Psychologist*, 1990, 45 (3).
- [16] House, J. S., and R. Cynthia. Age, Psychosocial Stress, and Health [M] // Riley, M. W., B. H. Beth, and B. Kathleen. *Aging in Society: Selected Reviews of Recent Research*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
- [17] 同 [6].
- [18] Baum, A., J. P. Garofalo, and Y. Ann. Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? [J]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999, 896 (1).
- [19] Robert, S, and S. H. James. SES Differentials in Health by Age and Alternative Indicators of SES [J]. *Journal of Aging and Health*, 1996, 8 (3).
- [20] Easterlin, R. A., J. M. Diane, and M. C. Eileen. Economic Status of the Young and Old in the Working Age Population, 1964 and 1987 [M] // Bengtson, Vern L. and W. Andrew Achenbaum. *The Changing Contract across Generations*. New Jersey: Transaction Publishers, 1993.
- [21] 胡薇. 累积的异质性: 生命历程视角下的老年人分化 [J]. *社会*, 2009, (2).
- [22] 沈可. 儿童期的社会经济地位对中国高龄老人死亡风险的影响 [J]. *中国人口科学*, 2008, (3).
- [23] Prus, S. G. Age, SES, and Health: A Population Level Analysis of Health Inequalities over the Lifecourse [J]. *Sociology of Health & Illness*, 2007, 29 (2).
- [24] Lowry, D. and Yu, Xie. Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages? [R]. *Research Report 09-690*, Population Studies Center, University of Michigan, 2009.
- [25] 同 [6].
- [26] World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Signed at the International Health Conference [R]. New York, 1947.
- [27] 谢宇, 张晓波, 李建新, 于学军, 任强. 中国民生发展报告 2013 [M]. 北京: 北京大学出版社, 2013.
- [28] 同 [3].
- [29] 同 [11].
- [30] 胡琳琳, 胡鞍钢. 从不公平到更加公平的卫生发展: 中国城乡疾病模式差距分析及建议 [J]. *管理世界*, 2003, (1).
- [31] 骆为祥, 李建新. 老年人生活满意度年龄差异研究 [J]. *人口研究*, 2011, (6).
- [32] 同 [4].
- [33] 齐良书, 王诚炜. 健康状况与社会经济地位: 基于多种指标的研究 [J]. *中国卫生经济*, 2010, (8).
- [34] 同 [6].

[责任编辑 武玉, 方志]