

中年高级知识分子健康状况的社会人口学分析

杨菊华, 翟振武, 吴婷娜

(中国人民大学人口与发展研究中心, 北京 100872)

摘要: 本文使用2004年“北京市中年高级专业技术人员健康状况调查”资料, 从社会医学和社会人口学的角度比较了北京市中年高级知识分子与普通人群之间健康水平的差异; 探讨了影响知识分子健康状况的个人和社会环境因素。结果显示, 其一, 当以慢性疾病来衡量生理健康时, 知识分子的健康状况低于一般人群, 但二者的生活质量自评没有显著差异。其二, 社会人口学因素对这两方面健康的作用有同有异。工作和生活压力是影响人们身心健康的至关重要因素之一; 但大部分因素对健康的影响因健康层面和人群而异。

关键词: 知识分子; 健康; 慢性病; 生活质量

中图分类号: C913.6 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2007)05-0045-05

Sociodemographic Analysis on Health of Middle Aged Intelligentsia

YANG Ju-hua, ZHAI Zhen-wu, WU Ting-na

(Center for Population and Development Studies, Renmin University of China, Beijing, China, 100872)

Abstract: Using data from the 2004 Health Survey of the Middle-Aged Intelligentsia in Beijing City, this paper compares the health status (measured as number of chronic diseases & self-reported life quality) of intelligentsia and other people, and examines the sociodemographic determinants of intellectuals' health. Analytical results suggest that, first, the intelligentsia have a worse physical health than other people do, but there is no significant difference between them in terms of self-reported life quality; second, sociodemographic factors yield a divergent impact on these two measurements of health. While stresses from work and daily life are important to both physical health and self-reported life quality, other factors, including age, sex, lifestyle, family context, affect them differently.

Keywords: intelligentsia; health; chronic diseases; self-reported life quality

一、前言

近年来, 随着数例知识分子英年早逝的个案的发生, 中国中年高级知识分子(下称“中年高知”)的健康问题受到了社会的极大关注。围绕该问题争论的焦点是, 中年高知的健康水平是否低于普通人群? 导致二者差别的主要因素是什么? 影响他们健康的主要原因有哪些? 一种看法是, 在各社会阶层中, 由于高级知识分子在健康知识、医疗条件、收入水平、生活方式、社会地

收稿日期: 2007-04-03

作者简介: 杨菊华(1963-), 女, 湖北人, 中国人民大学人口与发展研究中心副教授, 主要研究方向: 社会人口学, 家庭社会学, 社会统计学。

位、退休金待遇等方面的优势，他们的健康状况高于社会普通人群的总体水平^[1]；另一些研究则认为，知识分子本身的健康意识差、工作压力大，故他们的平均寿命低于其他人^[2]。

现存研究澄清了人们的不少疑虑^[3]，增加了我们对中年高知健康状况的了解^[4-5]。但过往研究也存在两点不足：(1) 视野的局限。虽社会学和人口学研究领域开始关注这些问题^[6-9]，但现存研究主要集中于生物医学、医疗保健和体育科学领域。(2) 相关的人口学研究基本属于描述性分析，故很难判断在其他条件同等的情况下，知识分子的健康水平与其他人群是否存在差异、为什么存在差异。本文使用 2004 年“北京市中年高级专业技术人才健康状况调查”资料，从社会医学和社会人口学视角出发，分析、比较北京市 45~60 岁之间，具有副高级职称以上的中年高知与普通人群之间健康水平的差异。我们首先描述知识分子与普通人群在健康水平方面的异同；其后通过模型分析，组群比较，分析在其他因素相同的情况下，二者的健康水平是否存在显著差异——该分析将直接回应中年高知的健康状况是否低于其他人群的问题；再后探讨群内差异，分析影响中年高知健康的个人和社会环境因素。

二、背景

随着社会的发展，人口的变化，常见的疾病类型也经历了转型，从传染性疾病向慢性、非传染性疾病转化。在人类社会的绝大部分时期，恶劣的卫生环境和营养不良使传染性疾病成为人类健康的天敌；然而，对健康而言，现代化是一柄双刃剑；它在改善人们生活和健康水平的同时，也带来了日益普遍的慢性疾病。

国内外的相关文献表明，人的健康状况除先天遗传因素外，还在较大程度上受制于社会因素，包括宏观（社区）的社会和经济基础（即我们对于自然的控制能力与水平^[10]）、财富的分配方式、医疗条件、健康资源的分配、工作环境等。然而，在同样的社会环境中，人们的健康状况也不一样。这是因为，健康也因个体的年龄、性别、社会经济地位而异^[11-14]。此外，人们的健康意识、饮食结构、生活方式^[15-18]和工作压力也都与健康状况密切相关。环境因素和个体因素相互作用，共同导致了健康水平在各亚人群中的差异。

联合国将健康定义为（1）远离疾病；（2）完好的生理、精神和社会适应状态。研究表明，中年高知的健康水平因健康衡量指标而异：身体状况低于普通人群，社会活动功能和体能好于其他人群，健康自评与普通人群无显著差别^[19]。我们在现有研究的基础上，探讨影响知识分子生理健康和社会适应能力的家庭、社会、行为、制度因素。

三、数据与方法

本文使用中国人民大学人口研究所在 2004 年进行的“北京市中年高级专业技术人才健康状况调查”数据，比较中年高知与普通人群的健康水平差异，分析知识分子身心健康的影响因素。健康衡量为：（1）慢性病。将被访者所患慢性病（包括高血压、糖尿病、各类心血管疾病、呼吸系统疾病、内分泌系统疾病）进行加总，生成一个数值型变量。由于患有三种以上疾病的个案较少，故将其进行合并，并取值为 3。（2）自评生活质量。该变量为受访者综合生理、心理、社会关系和周围环境等各方面对自己生活质量的打分，取值以 5 为进制（如，0，5，10，15……），故每个取值代表 5 个单位。取值越高，表明被访者对自己的生活越满意。

为比较中年高知与其他人群的健康差异，我们生成一个虚拟变量，代表二者的身份。若受访者为知识分子，则定义为 1；若受访者属于后者，则定义为 0（参照人群）。自变量还包括一系列的、个人、家庭和社会环境、制度因素。

数据显示（本文没有列出）参照人群所患慢性病病种数量低于知识分子，分别为 0.84 种和 1.12 种；他们的生活质量自评高于知识分子 2.3 个百分点。T 检验表明，他们之间的差别均十分

显著。此外，二者在工作压力、生活习惯，医疗保健制度等方面也都有较大差异。然而，这些差异是否不同地影响他们的健康状况却有待模型检验^①。

数据分析分两步：(1) 比较高级知识分子与参照人群的健康水平（群间差异），以回应知识分子的健康水平是否低于非知识分子；(2) 探讨知识分子身心健康的影响因素（群内差异），以分析影响知识分子健康的因素。由于本文的因变量均为数值型变量，故采用 OLS 模型^②。

四、模型分析结果

1. 中年高知与参照人群健康水平比较分析结果

表 1 是中年高知与参照人群健康 OLS 模型的分析结果。就慢性病来看，在控制了样本年龄、性别、工作和社会压力、生活习惯、家庭结构与体检制度后，知识分子患慢性病的种类显著高于参照人群，因此，与其他研究得出的结论相一致，知识分子的生理健康水平低于参照人群。

与有一定工作压力的人相比，工作压力很大的人患慢性病的种类显著增多，没有工作压力与患慢性病数量的负关联不显著，同样，生活压力也与患慢性病数量呈正关联：压力越大，患慢性病的种类就越多。锻炼和喝酒都会显著减少患慢性病的数量。体检制度与患慢性病数量呈正关联但不显著；单位有体检制度的人群患有更多的慢性病。这可能是由于，该制度的存在和执行使疾病能够被及时发现；不享受该制度的人群或许不进行定期体检，故即便有病，也未能及时发现。

表 1 中年高级知识分子与一般人群健康状况比较的 OLS 模型分析结果

项目	患慢性病数量		自评生活质量	
	系数	标准误	系数	标准误
个人因素				
中年高知	0.199 [*]	0.083	-2.150	1.279
年龄 (45- 50= 对照组)				
51~ 55	0.306 ^{**}	0.029	1.015 [*]	0.473
56~ 60	0.490 ^{**}	0.077	0.576	0.511
女性	-0.090 [*]	0.031	0.464	0.429
工作压力 (工作压力一般= 对照组)				
没有工作压力 ^①	-0.066	0.048	2.357 [*]	0.889
工作压力很大	0.162 ^{**}	0.025	-4.369 ^{***}	0.614
生活压力	0.187 [*]	0.075	-5.463 ^{***}	0.458
生活习惯				
锻炼	-0.089 [*]	0.042	3.205 ^{***}	0.489
抽烟	0.037	0.036	-1.256 ^{**}	0.540
喝酒	-0.140 ^{**}	0.039	1.476	0.739
家庭结构 (仅与配偶居住= 对照组)				
与配偶和子女居住	0.039	0.052	1.166 [*]	0.441
其他居住方式	-0.064	0.069	1.517 [*]	0.528
制度因素				
体检制度	0.059	0.059	-	-
截距	0.602 ^{**}	0.109	77.346 ^{***}	1.463
样本量	2087		2100	
R ²	0.066		0.148	

注：① 该变量的每个取值代表 5 个单位，故系数应该解释为其数值的 5 倍。

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$ 。

① 需要指出的是，由于数据的性质和局限，我们无法比较二者的职业和收入。

② 由于慢性病为计数数据，且存在删节现象，我们也使用更适用于这类数据特征的 Poisson 模型，但分析结果与 OLS 模型的结果无实质性差别，出于简便，我们只展示 OLS 分析结果。

知识分子与参照人群的自评生活质量没有显著差异，但工作和生活压力是影响该健康指标的重要因素：与有一定工作压力的人相比，没有工作压力的人生活质量自评提高大约 2 个分值单位，即近 10 分，而工作压力很大的人的生活质量下降大约 4 个分值单位，即 20 多分；生活压力对生活质量的影响程度更深。生活质量也因个体的生活方式而异：锻炼、饮酒者的生活质量自评高于不锻炼、不饮酒的人，抽烟则反之；居住模式和生活质量显著相关，其他居住方式的人的生活质量均好于仅与配偶居住的人的生活质量。

2. 知识分子健康因素分析

表 1 的分析结论回答了本文的第一个问题，即中年高知的生理健康与参照人群存在差异，中年高知的健康水平低于参照人群，但在自评生活质量方面两者并没有显著的差异，下面将重点关注知识分子人群的健康影响因素。表 2 是知识分子健康因素的回归分析结果。模型中的因素对生理健康和生活质量的影响差别很大。仅有年龄和工作、生活压力与慢性病相关：患慢性病的数量随年龄的增长而增多；工作压力和生活压力也与患慢性病数量呈正关联：工作压力和生活压力越大，患慢性病的种类就越多。

表 2 中年高级知识分子健康因素 OLS 模型分析结果

项目	患慢性病数量		自评生活质量	
	系数	标准误	系数	标准误
个人因素				
年龄 (45~ 50= 对照组)				
51~ 55	0. 286**	0. 053	1. 037	0. 592
56~ 60	0. 478**	0. 063	0. 957	0. 711
女性	- 0. 090	0. 056	0. 988	0. 626
职业 (高校教师= 对照组)				
管理人员	0. 096	0. 078	0. 964	0. 872
科研人员	0. 045	0. 068	- 0. 564	0. 769
工程技术人员	0. 009	0. 086	- 2. 030*	0. 963
中小学教师	- 0. 001	0. 085	3. 025*	0. 956
医务人员	- 0. 068	0. 091	2. 450*	1. 021
其他	- 0. 093	0. 136	0. 146	1. 520
收入 (中等收入= 对照组)				
低收入	- 0. 011	0. 055	- 1. 697*	0. 621
高收入	0. 043	0. 067	2. 105*	0. 752
工作压力 (工作压力一般= 对照组)				
没有工作压力	- 0. 005	0. 068	2. 820**	0. 759
工作压力很大	0. 176**	0. 052	- 4. 247**	0. 580
生活压力	0. 166**	0. 050	- 5. 711***	0. 561
生活习惯				
锻炼	- 0. 076	0. 046	3. 604***	0. 520
抽烟	0. 032	0. 064	- 1. 831**	0. 712
喝酒	- 0. 091	0. 059	2. 148**	0. 658
家庭结构 (仅与配偶居住= 对照组)				
与配偶和子女居住	0. 036	0. 070	1. 938*	0. 786
其他居住方式	- 0. 050	0. 083	2. 558*	0. 931
制度因素				
体检制度	0. 040	0. 099	-	-
截距	0. 765**	0. 145	74. 883**	1. 635
样本量	2035		2027	
R ²	0. 053		0. 185	

注：* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

就生活质量自评而言, 工程技术人员显著低于高校教师, 而中小学教师和医务人员显著高于高校教师; 低收入人群显著低于中等收入人群, 而后者又低于高收入人群。可见, 收入越高, 人们综合的生理、心理、社会关系和周围环境等各方面自评的生活质量越高; 锻炼、喝酒、与子女、父母和其他人同住也提高知识分子自评的生活质量, 但过高的工作和生活压力、抽烟降低知识分子自评的生活质量。

由此可见, 无论是包括对照人群的全部样本, 还是仅包括知识分子的次样本, 个人、家庭和制度因素对患慢性病数量和自评生活质量的影响有同有异。总体来看, 影响患慢性病数量的因素包括年龄、工作和生活压力; 影响自评生活质量的因素包括职业、收入、工作和生活压力、生活习惯、居住模式等。工作和生活压力同时影响知识分子和参照人群的生理健康、精神和社会适应。

五、结语

本文从社会人口学视角比较了北京市中年高知与普通人群的生理健康和生活方式, 分析了影响知识分子身心健康的要素。分析结果显示, 其一, 当以患慢性病数量衡量生理健康时, 中年高知的健康状况低于一般人群, 但二者的自评生活质量没有显著差异。其二, 社会、人口因素对这两个健康指标的作用有同有异: 工作和生活压力是影响患慢性病数量和自评生活质量的至关重要因素, 从而印证了当前其他相关研究成果, 表明繁重的工作和生活压力有损人们的身心健康。其三, 大部分因素对健康的影响因健康层面而异。比如, 个人的年龄与患慢性病数量显著相关, 却与自评生活质量无关; 收入和生活习惯仅与自评生活质量相关, 却与患慢性病数量无显著关联。收入与患慢性病数量无显著关联这一结果与国外相关的研究发现不符。国外研究发现, 经济收入决定了人们是否有能力购买必需的医疗服务, 特别是除了急症以外的保健、预防等方面的服务; 高收入的人群可能居住的环境较好的社区, 饮食质量也较有保证; 除物质水准外, 较高收入人群可能在锻炼、娱乐等方面也有较好的条件。对健康的投资自然对健康产生正面效用^[20]。本文未能发现收入和生活习惯与患慢性病数量之间关联可能有以下两个原因。(1) 横向数据的局限。收入为调查前一个月的收入, 生活习惯都是调查时的习惯, 但慢性疾病却不一定是当前特征。一些患者可能在数年前就已经患有某(多)种慢性病; 使用当前的生活习惯预测过去发生的现象在方法上存在一定的问题; 一些原来抽烟的人在查出患有慢性疾病后放弃了抽烟的习惯。这些都可能导致分析结果的不显著。(2) 经济收入对健康存量的作用可能存在某种“底线”或者“梯度”的关系^[21]: 在收入极低的情况下, 经济收入对健康状况有较强的影响力; 当经济收入逐渐提升时, 这种影响力的实际作用渐次减弱。

参考文献:

- [1] 翟振武, 明艳, 侯佳伟, 顾荣. 中国知识分子: 短命还是长寿? ——中国知识分子健康研究报告之一. 人口研究, 2005, (5).
- [2] 李力研. 我国知识分子健康状况堪忧. 新体育, 1998.
- [3] 同[1].
- [4] 杜本峰, 和红, 金承刚, 付晓光, 翟振武. 中年高级知识分子健康状况的综合评估. 人口研究, 2006, (1).
- [5] 李兆良, 陈大伟, 高燕, 冯晓黎. 高校中青年知识分子“过劳死”引发的思考. 医学与社会, 2006, (1).
- [6] 同[4].
- [7] 和红, 金承刚, 杜本峰, 翟振武. 亚健康“青眯”知识分子吗? ——中国知识分子健康研究报告之二. 人口研究, 2005, (6).
- [8] 同[1].
- [9] 张学杰. 经济收入与健康存量相关关系的数量模型分析. 医学与社会, 2001, (1).
- [10] Reijneveld, SA. Neighborhood socioeconomic context and self reported health and smoking: a secondary analysis of data on seven cities.

能在郊区形成有效的聚集，郊区城镇布局不完善、基础设施建设滞后、土地资源浪费、环境污染扩散等一系列问题仍未得到根本解决。

2. 对策建议

随着城市功能的迁移范围已扩大到更为广大的远郊区，如何通过各类政策手段，对城市功能的郊区迁移进行积极有效地引导，推动城市空间布局的调整，促进城乡一体化协调发展，已经成为日益重要的课题。因此，迫切需从以下三方面出发制定相应的政策措施。

首先，需要推动土地制度的改革创新，加强开发管理的协调，促进郊区产业的合理聚集。探索创新性途径，突破二元化土地管理制度框架，在解决郊区农村土地权益转化问题的基础上，建立各级协调的开发管理体制，是推动郊区产业、人口、土地有效聚集的根本条件。

其次，配合郊区城镇规划，优先发展联结中心城区与郊区的快速交通网络，加快郊区城镇基础设施建设。优先改善交通基础设施，发挥交通条件对人口、产业向郊区扩散的重要引导作用，是增强郊区城镇人口、产业聚集的吸引力的重要条件。

第三，引导、推动商务办公功能和人口的郊区迁移，依托郊区快速交通网络和产业园区布局，形成具有综合功能的城镇增长点。要避免郊区城镇发展成为单一居住功能的卫星城，减轻中心城区的开发压力，必须适度引导商务办公功能向郊区迁移，从而从根本上改变上海城市空间结构中居住、就业错位的不合理布局。

参考文献：

- [1] 周一星, 孟廷春. 中国大城市的郊区化趋势 [J]. 城市规划汇刊, 1998, (3): 22- 27.
- [2] 王桂新. 上海大都市地区的城市化 [A]. 王嗣均. 中国城市化区域发展问题研究 [C]. 北京: 高等教育出版社, 1992.
- [3] 宁越敏, 项鼎, 魏兰. 小城镇人居环境研究——以上海郊区三个小城镇为例 [J]. 城市规划, 2002, (10): 31- 35.
- [4] 熊鲁霞, 骆棕. 上海市工业用地的效率与布局. 城市规划学刊 [J]. 2002, (2): 15- 20.
- [5] 上海市统计局, 上海市农业委员会. 上海郊区统计年鉴 [M]. 2006.
- [6] 公安部治安管理局. 中华人民共和国全国分县市人口统计资料 1998~ 2003. 北京: 群众出版社, 2004.

[责任编辑 崔凤垣]

(上接第 49 页)

- [11] Dunn, JR., Walker JD, Graham J. Gender differences in the relationship between housing, socioeconomic status, and self reported health status. *Review of Environment Health*. 2004. 19: 177- 195.
- [12] Goldman, N., Gleit DA., Chang MC. The role of clinical risk factors in understanding self rated health. *Annals of Epidemiology*. 2004. 4 (1): 49- 57.
- [13] House, JS., Kessler RC., Herzog AR. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly*. 1990. 68: 383- 411.
- [14] Kington, R. Lillard L. and Rogowski J. Reproductive history, socioeconomic status and self reported health status of women aged 50 years or older. *American Journal of Public Health*. 1997. 87 (1): 33- 37.
- [15] Finkelstein, J. Joshi A., Hse MK. Association of physical activity and renal function in subjects with and without metabolic syndrome: a review of the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *American Journal of Kidney Disease*. 2006. 48: 372- 382.
- [16] Geffken, DF, Cushman M, Burke GL., et al. Association between physical activity and markers of inflammation in a healthy elderly population. *American Journal of Epidemiology*. 2001. 153: 242- 250.
- [17] Klieman, L., Hyde S., Berra K. Cardiovascular disease risk reduction in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006. 5 (Suppl. 1): S27- 57.
- [18] Liu, JT., Hsieh CR. Risk perception and smoking behavior: empirical evidence from Taiwan. *Journal of Risk and Uncertainty*. 1995. 11: 139- 157.
- [19] 同 [4].
- [20] 同 [9].
- [21] 同 [9].

[责任编辑 王树新]