

社会经济地位对人口健康的影响

——以生活方式为中介机制

黄洁萍, 尹秋菊

(北京理工大学 管理与经济学院, 北京 100081)

摘要: 将生活方式作为中间机制研究社会经济地位对人口健康的影响相比于二者关系的检验要相对匮乏许多, 已有的研究大多针对发达国家样本。论文用结构方程模型和“中国健康与营养调查”(CHNS)数据考察了社会经济地位、吸烟、饮酒、体育锻炼与人口健康的关系。研究发现, 社会经济地位不但直接影响健康, 也通过生活方式间接影响健康; 社会经济地位通过吸烟、饮酒和体育锻炼对自评健康的影响大于对健康体态的影响, 教育与职业是影响生活方式和健康最重要的因素, 家庭收入对两者的影响较小。

关键词: 人口健康; 社会经济地位; 生活方式; 结构方程模型

中图分类号: C92-05 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2013) 04-0026-09

The Effects of Socioeconomic Status on Health: Based on Lifestyle Mediator

HUANG Jie-ping, YIN Qiu-ju

(School of Management & Economics, Beijing Institute of Technology, Beijing 100081, China)

Abstract: Compared to the researches on the correlation between Socioeconomic Status (SES) and health, there were seldom discusses based on lifestyle as mediating pathway. Most of related studies were based on samples in the developed countries. The article use Structural Equation Model to explore the relationship between SES, smoking and alcohol, exercise, self-rating health and body type using the China Health and Nutrition Survey (CHNS) data in 2006. The results show that SES influences health condition both directly and indirectly through lifestyle. The influence of SES on self-rating health is more significant than that on body type. Education and occupation play more important roles on individual's health and lifestyle while the effect of family income is small.

Keywords: population health; socioeconomic status; lifestyle; Structural Equation Model

收稿日期: 2012-11-12; 修订日期: 2013-03-29

基金项目: 教育部人文社会科学基金项目“城镇劳动力健康状况及其影响机制研究: 基于社会分层的视角”(09YJCZH007)。

作者简介: 黄洁萍(1973-), 女, 安徽萧县人, 管理学博士, 北京理工大学管理与经济学院讲师。研究方向: 公共卫生、社会保障、公共政策。

一、引言

人口健康是人类可持续发展的永恒主题,其影响因素涉及医学、社会学、经济学等诸多领域。其中,由于社会经济地位不断分化引发的健康不平等问题已经受到学者们越来越多的关注。自20世纪90年代以来,社会经济地位与人口健康之间的关系已经明朗,这其中包括对我国样本的检验。不管实行什么样的社会政策,不同社会经济地位的人在健康指标上呈现出越来越大的差距,研究普遍认为社会经济地位越高,健康水平越高^[1~3]。但是社会经济地位如何影响人口健康?机理如何?对于在不同的样本中是否存在差异讨论得还不够充分,而这直接关系到健康促进政策的制定,因为任何的健康促进行动,都要建立在采取行动的变量与健康的关系是具体而明确的基础上,如此才能使政策更具有可操作性。

在人口健康的影响因素中,目前生活方式被公认为是首要的因素,其对于人口健康的贡献率远远高于社会经济环境等其他因素。恩格尔(Engel)通过研究美国疾病的影响因素得出:50%的疾病与生活方式和行为有关;20%与环境因素有关,包括社会环境和自然环境;20%与遗传等生物学因素有关;10%与卫生服务有关^[4]。福克斯(Fuchs)的研究也认为健康的影响因素主要是生活方式与环境^[5]。而另外一些研究又表明,生活方式与社会经济地位之间存在一定的关系。比如马克斯·韦伯认为,社会经济地位越高的人越趋向于良好的生活方式,进而健康状况更好^[6]。布迪厄(Bourdieu)的研究也得出了相同的结论^[7]。由此推论,社会经济地位与生活方式直接影响人口健康,社会经济地位也通过影响生活方式间接影响人口健康。

自推行社会主义市场经济体制改革以来,我国居民的社会经济地位不断分化,生活方式也随之分化。然而相比于社会经济地位与人口健康关系的检验,将生活方式作为中间机制研究社会经济地位对我国人口健康的影响的研究要匮乏得多。目前已有的研究多数针对发达国家,认为在发达国家社会经济地位越高的人群生活方式越健康,进而健康状况越好,但是对于中间的影响机理结论并不一致。一些研究认为,社会经济地位通过饮食和体育活动对健康结果的影响大于其他方面的影响,经济地位较低的群体更趋于不健康的饮食,参加更少的体育活动,因而损害了健康^[8~9]。但是沃德(Ward)等人认为这种情况仅在比较极端的情况下出现,比如蔬菜水果等的摄入量过少^[10]。米克(Mikko)等人的研究表明,饮酒作为社会经济地位与健康的中介变量并不显著。但是斯多恩尼(Stringhini)等人检验城市35~55岁人口社会经济地位、生活方式与死亡率的关系,结果却显示饮酒对于死亡率的影响是显著的,但是吸烟为最重要的中间变量,其次才是饮酒和饮食^[11]。而另外一些研究也认为吸烟是社会经济地位影响健康的最重要中介因素,其影响比饮酒、饮食等其他中介变量更显著^[12~13]。这些差异出现的原因一方面是由于样本选择的不同,另一方面也源于对健康测量指标选择的不同。我国学者中仅有王甫勤用Logistic方法检验了体育锻炼、社会经济地位和我国人口健康的关系,研究认为社会经济地位越高的人越积极参加体育锻炼,健康自评状况越好^[14]。

从生活方式视角探讨社会经济地位对我国人口健康的影响具有一定的现实意义。而本研究可以为健康促进资源的合理分配、人口健康促进政策的制定以及健康公平的政策实践提供参考。论文将以生活方式的三个方面:吸烟、饮酒和体育锻炼为中介机制,以自评健康状况和身体体态为健康度量指标,运用结构方程模型检验生活方式、社会经济地位和健康的关系。

二、数据与模型

1. 样本与数据说明

论文在检验生活方式、社会经济地位与健康的关系时,选取我国城镇劳动力作为样本。这是因为考虑我国特殊的二元经济结构,来自城镇与农村两大板块的人口在社会经济地位与生活方式上存在广泛的差异,如果将两种身份的人口同时包括在分析框架中,数据的集中与离散趋势将发生偏移,结果的有效性会降低,因而分析时有必要区分两类人口。考虑到工作人口、退休人口与儿童青少年在工作、生活方式上存在的差异,分析时也有必要进行区分。鉴于此,根据大百科全书关于劳动力的界定

以及上述考虑^[15]，论文分析样本定位于 18~60 岁、不包括在校学生与退休人口的城镇劳动力。

论文数据选取“中国健康与营养调查”(CHNS)^[16]项目数据。该数据由美国国家营养与食品安全局(INFS)、中国疾病预防控制中心、美国北卡罗来纳大学人口中心(UNC-CH)联合采集，问卷由包括营养学、公共政策、经济学、社会学、人口学、中国问题研究等领域的国际专家团队设计，旨在为各类相关研究提供基础数据。数据采集于辽宁、黑龙江、江苏、山东、河南、湖北、湖南、广西与贵州 9 个省份，包括城镇与农村。论文根据研究需要，选取了 2006 年面板数据中城镇劳动力的数据。对数据进行分析和处理缺失值后，得到有效数据 2902 条，其中男性数据 1422 条，女性数据 1480 条。对数据进行正态性与信度检验，数据满足论文所用分析方法的要求。

2. 模型构建的理论依据

自 21 世纪以来，社会经济地位影响人口健康的中介机制开始受到学者们的关注，但是讨论多数针对发达国家的样本。这些研究将社会经济地位对人口健康的影响机理总结为四个方面：物质或者结构机制，主要考虑与收入相关的医疗卫生可及性、医疗服务质量以及暴露于有害的生活和工作环境所产生的影响；生活方式机制，主要讨论饮食、体育活动与吸烟饮酒的影响；社会心理机制，考虑压力与负面情绪的影响；社区邻里环境与上述因素交互作用的机制^[17~19]。目前绝大多数的研究是基于单一方面的讨论，或者基于某个方面的某一个变量的探讨。在四个中介机制中，有些理论认为生活方式是最为关键的机制。1982 年，英国著名的布莱克报告指出，尽管英国实行了单一支付方的全民健康保险制度，不同社会经济地位的人在健康指标上却呈现出越来越大的差距^[20]，如果将生活方式因素排除，社会经济地位带来的健康不平等会被明显的减弱^[21]。论文基于上述机理研究普遍选择的框架，以我国人口为样本，兼顾我国的国情，选取生活方式中介机制构建社会经济地位对人口健康影响的结构方程模型。关于生活方式作为社会经济地位影响人口健康中介变量的研究，目前学者们大多只关注饮食、体育活动和吸烟饮酒三个方面。本论文讨论主要基于体育活动、吸烟和饮酒。

3. 模型变量度量指标选取

(1) 健康度量指标选取与划分标准。论文选择自评健康状况与身体体态度量人口健康。自评健康状况是一个主观评价指标，虽然有一定的局限性，但是运用起来比较简单，易于被调查者接受，能够对死亡率、患病率等做出较好的预测，较好地反映被调查者实际的健康状况^[22]。身体体态用身体质量指数(Body Mass Index, BMI)、腰围(Waist Circumference, WC)、腰臀比(Waist-to-Hip Ratio, WHR)等测量。研究表明身体质量指数、腰围与腰臀比等与某些疾病(比如代谢类疾病、心脑血管疾病、癌症、脑中风等)有很强的相关性^[23]。这些疾病与健康的首要影响因素——生活方式直接相关，是对未来健康存量的很好度量，因此，一些学者在研究健康时也经常采用这些指标。本论文选取自评健康状况、身体质量指数、腰围和腰臀比这四个指标可以较好地反映个体的当前健康状况与患病风险情况。

CHNS 数据把自评健康状况按照非常好、好、一般、差划分，本文直接采用此划分标准。身体质量指数、腰围以及腰臀比根据《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》划分^[24]。身体质量指数切点为小于 18.5、18.5~23.9、24~27.9、大于 28；腰围(单位: cm)切点为男小于 85、85~95、大于 95，女小于 80、80~90、大于 90；腰臀比为男 0.9、女 0.8~0.85。根据这些研究，从最有利于健康到最不利于健康，文章将身体质量指数、腰围、腰臀比数据进行切点划分，作为衡量健康风险的指标，命名为身体体态，作为模型的潜变量。

(2) 社会经济地位指标选取与划分标准。对于社会经济地位的测量方法学界已有很多的讨论，本文综合以往研究，选取家庭收入、职业与教育程度三个指标综合测量城镇劳动力的社会经济地位。家庭收入、职业与教育程度的赋值参考李强的多元划分量表^[25]。收入、教育程度和职业指标赋值得分加总后，得到 3~21 分的量表，将社会经济地位划分为五个等级。

(3) 生活方式测量指标的划分标准。本文确定生活方式变量主要考虑吸烟、饮酒与体育锻炼。

关于体育锻炼的度量标准并不统一，论文根据以往的研究结论和 CHNS 数据^[26~27]，将居民体育锻炼时间划分为五个等级，从最有利于健康到最不利于健康分别为：30~90 分钟/天、90~150 分钟/天、150 分钟以上/天、0~30 分钟/天、从不锻炼/天。医学上很多研究将吸烟大于 10 支/日作为一个疾病影响切点，其到重型吸烟（20 支）的中位数大致相当于城镇的平均吸烟量^[28~29]。论文综合以往的研究，将我国城镇劳动力的吸烟量划分为五个等级，从最有利于健康到最不利于健康分别为：不吸烟、0~5 支/日、6~10 支/日、11~20 支/日、大于 20 支/日。关于饮酒频次的划分，根据 CHNS 的划分方法，饮酒的频次被划分为五个等级，从最有利于健康到最不利于健康分别为：不多于 1 次/月、1~2 次/月、1~2 次/周、3~4 次/周、几乎天天喝。

论文选取的研究变量的对应情况如表 1 所示。

4. 模型说明

论文运用结构方程模型方法检验变量之间的关系。社会经济地位会影响人口的健康促进资源，进而影响健康，但是并没有研究表明健康会直接影响人口的社会经济地位，因此，在城镇劳动力的社会经济地位与健康之间建立单向关系，即：社会经济地位影响健康。一些研究表明，社会经济地位会影响人的生活方式，生活方式是特定社会经济地位人群拥有的特质，但是没有研究表明生活方式会对社会经济地位产生影响，因此，模型假设城镇劳动力社会经济地位影响生活方式。

生活方式本文主要选取吸烟、饮酒构成的不良生活方式以及体育锻炼时间。按照通常的解释，吸烟饮酒有损健康，体育运动能够增强人的体质，使得人的形体更健美，抵抗疾病能力更强。由此建立城镇劳动力吸烟饮酒行为与健康之间的单向关系——吸烟饮酒影响健康；建立城镇劳动力体育锻炼与健康之间的单向关系——体育锻炼影响健康。

据此对潜变量之间的关系做如下假设：社会经济地位（ ξ_1 ）影响城镇劳动力的健康状况（ η_1 ）；社会经济地位（ ξ_1 ）影响城镇劳动力的体育锻炼时间（ η_2 ）；社会经济地位（ ξ_1 ）影响城镇劳动力的吸烟饮酒行为（ η_3 ）；体育锻炼（ η_2 ）影响城镇劳动力的健康状况（ η_1 ）；吸烟饮酒行为（ η_3 ）影响城镇劳动力的健康状况（ η_1 ）。

由于健康评价指标自评健康与身体质量指数、腰围、腰臀比信度不一致不属于同一维度，论文设立基于不同健康评价指标的两个理论模型并进行实证检验。

模型一中，健康由身体质量指数、腰围、腰臀比构成，命名为身体体态，构建式（1）：

$$\begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 0 & \beta_{12} & \beta_{13} \\ \beta_{21} & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} 0 \\ \gamma_{21} \\ \gamma_{31} \end{bmatrix} [\xi_1] + \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \\ \xi_3 \end{bmatrix} \quad (1)$$

模型假设： $E(\eta) = 0$ ； $E(\xi) = 0$ ； $E(\zeta) = 0$ ； $Cov(\xi, \zeta) = 0$

测量模型方程如式（2）和式（3）所示。

$$\begin{bmatrix} x_1 \\ x_2 \\ x_3 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda_1 \\ \lambda_2 \\ \lambda_3 \end{bmatrix} [\xi_1] + \begin{bmatrix} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \delta_3 \end{bmatrix} \quad (2)$$

$$\begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \\ y_3 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda_4 & 0 & 0 \\ \lambda_5 & 0 & 0 \\ \lambda_6 & 0 & 0 \\ 0 & \lambda_7 & 0 \\ 0 & 0 & \lambda_8 \\ 0 & 0 & \lambda_9 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \\ \varepsilon_3 \\ \varepsilon_4 \\ \varepsilon_5 \\ \varepsilon_6 \end{bmatrix} \quad (3)$$

模型假设: $E(\varepsilon) = 0; E(\delta) = 0; \varepsilon$ 与 η ξ 与 δ 无关; δ 与 ξ η 与 ε 无关。
 模型二中, 健康由自评健康状况测量, 构建方程如式 (4) 所示。

$$\begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 0 & \beta_{21} & \beta_{13} \\ \beta_{21} & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} 0 \\ \gamma_{21} \\ \gamma_{31} \end{bmatrix} [\xi_1] + \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \\ \xi_3 \end{bmatrix} \tag{4}$$

模型假设: $E(\eta) = 0; E(\xi) = 0; E(\zeta) = 0; Cov(\xi, \zeta) = 0$ 。
 测量模型方程如式 (5) 和式 (6) 所示。

$$\begin{bmatrix} x_1 \\ x_2 \\ x_3 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda_1 \\ \lambda_2 \\ \lambda_3 \end{bmatrix} [\xi_1] + \begin{bmatrix} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \delta_3 \end{bmatrix} \tag{5}$$

$$\begin{bmatrix} y_7 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda_4 & 0 & 0 \\ 0 & \lambda_7 & 0 \\ 0 & 0 & \lambda_8 \\ 0 & 0 & \pi_9 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \\ \eta_3 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_4 \\ \varepsilon_5 \\ \varepsilon_6 \end{bmatrix} \tag{6}$$

模型假设: $E(\varepsilon) = 0; E(\delta) = 0; \varepsilon$ 与 η ξ 与 δ 无关; δ 与 ξ η 与 ε 无关。

三. 模型结果分析

1. 模型一参数估计结果与分析

样本量达 2902 个, 数据足够大, 因而采用对数据不敏感的 ADF 方法进行估计。潜变量体育锻炼只有一个测量变量, 采取残差方差固定^[30]的方法^①, 数据拟合情况如表 2 所示。

社会经济地位对城镇劳动力身体体态的直接影响通过统计显著性检验。随着社会经济地位的向上流动, 城镇劳动力身体体态呈上升趋势, 即社会经济地位越高, 身体体态越好, 这与以往的结论较一致, 但是系数仅为 0.085, 关系的强度较小。论文中身体体态由身体质量指数、腰围和腰臀比进行测量, 重在考查健康存在的风险。数据说明从健康风险的角度, 社会经济地位对其的直接影响在不同经济地位群体

影响路径	估计值	标准化估计值	标准误	C. R.	P
健康体态←社会经济地位	0.098	0.085	0.079	21.465	***
吸烟饮酒←社会经济地位	-0.220	-0.135	0.044	-4.968	***
健康体态←吸烟饮酒	0.052	0.073	0.016	3.142	0.002
体育锻炼←社会经济地位	0.616	0.314	0.056	10.957	***
UHR ←健康体态	1.000	0.637			
WC←健康体态	1.850	1.000	0.043	42.737	***
BMI←健康体态	1.109	0.643	0.038	29.367	***
收入←社会经济地位	1.000	0.515			
职业←社会经济地位	2.205	0.729	0.103	21.370	***
教育程度←社会经济地位	1.689	0.728	0.078	21.625	***
饮酒←吸烟饮酒	1.000	0.753			
吸烟←吸烟饮酒	0.785	0.635	0.038	20.429	***
锻炼←体育锻炼	1.000	0.919			

注: 1. ***表示值非常小, 接近于 0; 2. 模型各拟合指数情况: GFI=0.994, RMR=0.039, RMSEA=0.030, NFI=0.980, TLI=0.975, CFI=0.985。

中有差异, 但是差异较小。 χ^2 检验显示, 较差的身体体态主要在社会经济地位较低的群体中表现较为突出, 在其他群体中差异并不明显, 统计具有显著性, 这与模型的检验结果是一致的。

社会经济地位不但直接影响城镇劳动力的身体体态, 也间接影响其身体体态。越处于社会经济地位上层, 吸烟饮酒倾向越严重, 身体体态越趋于不健康。金等人在对比中美社会经济地位对生活方式的影响进而影响健康的研究中, 选取吸烟饮酒、体育锻炼和饮食为生活方式的测量指标, 结论为在中国, 社会经济地位越高, 生活方式越不健康, 吸烟饮酒现象越严重; 但是在美国, 情况恰好相反, 社

① 论文中凡涉及一个测量变量时, 方差都按此方法固定。

会经济地位越高生活方式越健康^[31]。在其他文献中也可以看到相似的解释^[32]。洛佩滋（Lopez）建立的烟草消费模型揭示的规律或许可以部分解释这个现象：一个地区的烟草消费特征可以划分为四个阶段，第一个阶段为仅在男性中消费，第二阶段为男性消费开始盛行，女性消费出现，第三个阶段为男性消费开始下降，第四个阶段为两性消费都下降，但是比较缓慢，且受经济地位的影响较显著^[33]。按照这样的解释，我国属于中低收入国家，烟草的消费至少在短期内不会减少，并且与社会经济地位关系较强。这个现象值得进一步研究探索。

社会经济地位对城镇劳动力体育锻炼时间的影响较显著，高于对吸烟饮酒的影响，系数为 0.314。城镇劳动力的社会经济地位越高，体育锻炼时间越多，说明目前我国，居民体育锻炼的时间与社会经济地位存在着较强的关系，社会经济地位从一定程度上决定了体育锻炼的参与度。但体育锻炼对身体体态的影响没有通过显著性检验，这一结果似乎与以往的研究结论^[34]以及人们的常识相悖。模型一的直接路径显示，社会经济地位越高的人，身体体态越好，虽然系数不是很大。另一条间接路径显示，社会经济地位越高的人吸烟饮酒更多，影响了其健康体态的获得。由此我们推论，在我国，社会经济地位高的城镇劳动力良好身体体态的获得与锻炼身体没有关系，其也不是控制吸烟饮酒的结果。有研究指出，在发展中国家，社会经济地位高的人往往更趋于不健康的饮食，比如摄入更多的糖份、油脂，因而影响了健康形体的获得^[35]。我们进而继续推论，我国社会经济地位高的城镇劳动力群体身体体态好于社会经济地位低的群体，但是良好体态的获得不是由于良好的生活方式，社会经济地位高的人吸烟饮酒等不良生活方式更多，饮食更不健康，反而不利于健康体态的获得。

在收入、教育程度和职业三项社会经济地位测量变量中，表现为职业与教育程度对健康的影响最大，二者的影响力接近，系数分别为 0.729 和 0.728，说明目前我国，职业与教育程度是影响生活方式乃至健康的主要因素。教育程度较高、职业地位较高的群体体育锻炼的时间越长，次数越频繁，但是这些人群更可能倾向于吸烟与饮酒。影响最弱的指标是家庭收入，系数为 0.515，影响力处于刚刚可以接受的水平。这说明体育活动与吸烟饮酒的参与度不主要是由于经济原因造成。

模型中，饮酒对身体体态的影响大于吸烟对身体体态的影响，影响力高出 0.118，表明饮酒对于不同经济地位群体的危害更大。这与以往的研究结论较一致。卡斯维尔（Casswell）等人的研究认为，高收入的群体，无论男性还是女性酒精的消费量都要高于低收入群体^[36]。2006 年英国健康调查数据也说明了这一点^[37]。而吸烟与饮酒往往有很强的相关性，相比于不经常饮酒的人群，经常饮酒人群的吸烟发生率更高，男性为 7 倍，女性为 27 倍^[38]。这些结论对于健康促进政策的制定具有一定的指导意义。

2. 模型二参数估计结果与分析

模型二拟合方法与模型一相同，拟合结果如表 3 所示。

社会经济地位对城镇劳动力自评健康状况的直接影响通过统计显著性检验，影响力较强，影响系数为 0.16，随着社会经济地位的向上流动，城镇劳动力自评健康状况呈上升趋势。模型二的影响结果大于模型一的影响结果，说明社会经济地位对城镇劳动力自评健康状况的影响大于对身体体态的影响。身体体态是一个客观指标，论文用身体质量指数、腰围、腰臀比进行测量，重在

表 3 自评健康状况、社会经济地位与生活方式参数估计值					
影响路径	估计值	标准化估计值	标准误	C. R.	P
自评健康←社会经济地位	0.180	0.160	0.030	5.909	***
吸烟饮酒←社会经济地位	-0.234	-0.143	0.045	-5.152	***
自评健康←吸烟饮酒	-0.081	-0.117	0.017	-4.818	***
体育锻炼←社会经济地位	0.606	0.306	0.056	10.861	***
自评健康←体育锻炼	0.027	0.047	0.014	1.965	0.049
自评健康←自评健康	1.000	0.918			
收入←社会经济地位	1.000	0.513			
职业←社会经济地位	2.183	0.721	0.101	21.562	***
教育程度←社会经济地位	1.705	0.733	0.080	21.309	***
饮酒←吸烟饮酒	1.000	0.755			
吸烟←吸烟饮酒	0.766	0.622	0.038	20.072	***
锻炼时间←体育锻炼	1.000	0.920			

注：模型各拟合指数情况：GFI = 0.994，RMR = 0.028，RMSEA = 0.031，NFI = 0.979，TLI = 0.963，CFI = 0.984。

考察健康的折旧速度，是对健康潜在风险的度量。而自评健康状况既是客观指标，也是主观指标，不但反映当前的身体状况，也暗含个体对自我健康的满意度，重在考察健康的现状。由此推断，社会经济地位对城镇劳动力健康现状影响较大，对健康的潜在风险影响较小。

社会经济地位不但直接影响也间接影响城镇劳动力的自评健康状况，模型设计的两条间接影响路径都通过显著性检验。社会经济地位通过吸烟饮酒构成的不良生活方式对城镇劳动力自评健康状况的影响为正向，社会经济地位越处于上层的城镇劳动力，自评健康状况越好，但是影响机理为社会经济地位对吸烟饮酒行为产生负向影响，系数为 -0.143 ，即越是社会经济地位处于上层的城镇劳动力，越倾向于吸烟饮酒行为，这一结论与模型一的结果相同。但是吸烟饮酒行为越频繁，自评健康状况反而越好，系数为 -0.117 。有理论认为，吸烟与饮酒对人健康的影响是双向的，吸烟与饮酒可能会带来生理上的危害，但是也可能使人的心理得到满足^[39]。由于模型二采用自评健康指标，该指标易受人的心理影响，喜欢吸烟饮酒的人，往往享受心理上的满足感，因而可能影响了自评健康得分。

社会经济地位通过体育锻炼对城镇劳动力自评健康状况产生影响。社会经济地位越是处于社会上层，体育锻炼时间越多，自评健康状况越好。影响机制为社会经济地位正向影响体育锻炼，影响系数为 0.306 ，系数较大，体育锻炼正向影响自评健康状况，但是影响系数为 0.047 ，系数较小，在 α 为 0.05 的显著水平上刚刚通过检验，整体影响趋势与模型一较接近。这一路径方向与王甫勤的研究结论^[40]是一致的，在王甫勤的相关研究中，健康指标也是选择了自评健康状况，研究结论为社会经济地位影响人的体育活动时间，进而影响自评健康状况，但是影响的程度比模型二更大，尤其在体育锻炼对自评健康的影响上。

在收入、教育程度和职业三项社会经济地位测量变量中，表现为教育程度对健康的影响最大，系数为 0.733 ，职业的影响其次，但与教育程度相当，系数为 0.721 ，收入的影响最弱，系数为 0.513 ，影响力处于刚刚可以接受的水平。这个结论与模型一的结论较一致。坎通雅尼斯（Contoyannis）等人的研究认为，在社会经济地位的解釋变量中，教育对生活方式的贡献率是最显著的^[41]。但是原因解释为：拥有更高教育程度的人不良生活方式越少是因为他们相比教育程度低的人更能理解健康投资的重要性^[42]，因此，寿命更长，残疾率与慢性病发病率更低^[43]。在这一点上，本文的研究结论与之正相反，教育程度越高的人吸烟饮酒现象越多。齐良书使用我国样本研究社会经济地位与健康度量指标时也得到了相同的结论^[44]。这个结论有必要进一步探究原因。社会经济地位因子载荷中职业的影响力与教育程度的影响力较接近，说明当前我国城镇劳动力自评健康状况以及健康身体体态的获得与职业的关系也较大。因子载荷中家庭收入的影响相对要小，说明当前收入并不是影响城镇劳动力健康与生活方式的最主要因素。关于收入对健康影响的研究目前存在不同的结论，一些研究认为收入是影响我国人口健康的重要因素，但是另一些研究表明收入与健康的相关性并不显著^[45~46]。

饮酒对城镇劳动力自评健康的影响大于吸烟的影响，影响力高出 0.133 。上述结论与模型一中因子载荷的表现是一致的。在我国很多城镇地区，所谓的“酒文化”已经成为一大社会问题，饮酒与职业、教育程度的关系更强，论文的研究结论支撑了这一观点。

四、研究结论与不足

本文对社会经济地位、生活方式与健康关系研究的主要结论如下：第一，社会经济地位直接影响我国人口自评健康状况与健康身体体态的获得，同时也通过生活方式路径影响自评健康状况与健康身体体态的获得。社会经济地位越高，自评健康与身体体态越好，社会经济地位对人口自评健康状况的影响大于对身体体态的影响。第二，相比社会经济地位低的群体，社会经济地位高的群体体态更好，健康风险更小，但这并不是由于后者拥有良好的生活方式。社会经济地位越高的人越倾向于吸烟饮酒等不良生活方式，社会经济地位高的群体参加体育锻炼的时间显著增加，自评健康状况越好，但是这并没有使他们获得更好的身体体态。第三，教育程度与职业是影响生活方式进而影响健康的首要因

素,二者的影响比较接近。教育程度越高,职业地位越高的人群体育锻炼时间越多,吸烟饮酒现象越严重。家庭收入对生活方式的影响最弱。饮酒对健康的影响大于吸烟对健康的影响。

本文在考察社会经济地位通过生活方式中介变量影响人口健康时主要存在以下两个有待于今后改进的方面。首先,限于目前城乡二元结构对于不同群体生活方式的影响,论文选取的样本是我国城镇劳动力的样本,而对于城镇劳动力的界定又基于户籍制度。随着我国户籍改革的逐步推进,有必要进一步检验涵盖更多群体的样本。其次,在生活方式变量的操作上,本文主要考察了体育活动与吸烟饮酒。在后续研究中,还需要添加中介变量——营养获取,因为饮食也是生活方式的重要组成部分,与自评健康和健康体态有较强的关系。

参考文献:

- [1] Cheng, H., I. T. Elo. Mortality of the Oldest Old Chinese: The Role of Early-life Nutritional Status, Socio-economic Conditions, and Sibling Sex-composition [J]. Population Studies, 2009, 63 (1).
- [2] Condliffe, S., C. R. Link. The Relationship between Economic Status and Child Health: Evidence from the United States [J]. American Economic Review, 2008, 98 (4).
- [3] Currie, J., M. Stabile. Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children? [J]. American Economic Review, 2003, 93 (5).
- [4] Engel, G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Bio-medicine [J]. Science, 1977, 196.
- [5] Fuchs, V. R. Economic Aspects of Health [M]. Chicago: Chicago Press, 1982.
- [6] 马克思·韦伯. 经济与社会(下卷) [M]. 北京: 商务印书馆, 1997: 254-258.
- [7] Bourdieu, P. Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste [M]. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1996.
- [8] Katja, B., Z. Catherine, S. Risto, et al. Health Behaviours as Mediating Pathways between Socioeconomic Position and Body Mass Index [J]. International Journal of Behavioral Medicine, 2012, 19 (1).
- [9] Mikko, L., T. Kirsi, M. Tuija, et al. Health Behaviours as Explanations for Educational Level Differences in Cardiovascular and All-cause Mortality: A Follow-up of 60000 Men and Women Over 23 Years [J]. Europe Journal of Public Health, 2008, 18 (1).
- [10] Ward, H., V. Tarasuk, R. Mendelson, et al. An Exploration of Socioeconomic Variation in Lifestyle Factors and Adiposity in the Ontario Food Survey Through Structural Equation Modeling [J]. International Journal of Behavioral and Nutrition Physical Activity, 2007, (4).
- [11] Stringhini, S., S. Sabia, M. Shipley, et al. Association of Socioeconomic Position with Health Behaviors and Mortality [J]. Journal of the American Medical Association, 2010, 303 (12).
- [12] Van, Oort F. V., F. J. Van Lenthe, J. P. Mackenbach. Material, Psychosocial, and Behavioral Factors in the Explanation of Educational Inequalities in Mortality in The Netherlands [J]. Journal of Epidemiol Community Health, 2005, 59.
- [13] Strand, B. H., A. Tverdal. Can Cardiovascular Risk Factors and Lifestyle Explain the Educational Inequalities in Mortality from Ischaemic Heart Disease and from Other Heart Disease? 26 Year of Follow up 50000 Norwegian Men and Women [J]. Journal of Epidemiol Community Health, 2004, 58.
- [14] 王甫劬. 社会经济地位、生活方式与健康不平等 [J]. 社会, 2012, (2).
- [15] 中国大百科全书编辑部. 中国大百科全书·社会学卷[M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2004: 142.
- [16] China Health and Nutrition Survey [EB/OL]. (2008-07-28) [2012-04-16]. <http://www.cpc.unc.edu/projects/china>.
- [17] Kim, S., M. Symons, M. Barry. Contrasting Socioeconomic Profiles Related to Healthier Lifestyles in China and the United States [J]. American Journal of Epidemiology, 2004, 159 (2).
- [18] Prus, S. G. Age, SES and Health: A Population Level Analysis of Health Inequalities over the Life Course [J]. Sociology of Health and Illness, 2007, 29.
- [19] Adler, E., J. Stewart. Health Disparities across the Lifespan: Meaning, Methods, and Mechanisms [J]. New York Academy of Sciences, 2010, 1186.
- [20] Black, D., J. N. Morris, C. Smith, et al. Inequalities in Health: Black Report Pelican Series [M]. London: Penguin, 1982.
- [21] 同 [11].
- [22] Benyamini, Y., E. Idler. Community Studies Reporting Association between Self-rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995-1999 [J]. Research On Aging, 1999, 21 (3).
- [23] Kaplan, R., J. P. Anderson. A General Health Policy Model: Update and Applications [J]. Health Services Research, 1988, 23 (2).
- [24] 中华人民共和国卫生部疾病控制司. 中国成人超重和肥胖症预防控制指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

- [25] 李强. 转型时期的中国社会经济地位结构 [M]. 哈尔滨: 黑龙江人民出版社, 2002.
- [26] Pate, R., R. M. Pratt, S. N. Blair. Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine [J]. The Journal of the American Medical Association, 1995, 74 (7).
- [27] Bouchard, C. Physical Activity and Health: Introduction to the Dose-response Symposium [J]. Medical Science in Sports Exercise, 2001, 33 (6).
- [28] Donata, W., H. Elbieta, S. Anna. Correlates of Smoking with Socioeconomic Status, Leisure Time Physical Activity and Alcohol Consumption among Polish Adults from Randomly Selected Regions [J]. Central European Journal of Public Health, 2010, 18 (4).
- [29] 马冠生, 孔灵芝, 栾德春. 中国居民吸烟行为的现状分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2005, (5).
- [30] 侯杰泰, 温忠麟, 成子娟. 结构方程模型及其应用 [M]. 北京: 教育科学出版社, 2007: 15.
- [31] 同 [17].
- [32] Marcus, A. C., D. R. Shopland, L. A. Crane, et al. Prevalence of Cigarette Smoking in the United States: Estimates from the 1985 Current Population Survey [J]. Journal of National Cancer Institute, 1989, 81 (6).
- [33] Lopez, A. D., E. Collishaw, T. Piha. A Descriptive Model of the Cigarette Epidemic In Developed Countries [J]. Tobacco Control, 1994, 3 (3).
- [34] Godley, J., L. McLaren. Socioeconomic Status and Body Mass Index in Canada: Exploring Measures and Mechanisms [J]. Canadian Sociological Association, 2010, 47 (4).
- [35] Du, S., B. Lu, F. Zhai, et al. A New Stage of the Nutrition Transition in China [J]. Public Health Nutrition, 2002, (5).
- [36] Casswell, S., M. Pledger, R. Hooper. Socioeconomic Status and Drinking Patterns in Young Adults [J]. Addiction (Abingdon, England), 2003, 98.
- [37] Health Survey for England 2006: CVD and Risk Factors Adults, Obesity and Risk Factors Children [ER/OL]. (2008-1-31) [2010-06-21]. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles-related-surveys/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2006:-cvd-and-risk-factors-adults-obesity-and-risk-factors-children>.
- [38] 同 [27].
- [39] 杨廷忠. 健康行为理论与研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [40] 同 [14].
- [41] Contoyannis, P., A. M. Jones. Socio-economic Status, Health and Lifestyle [J]. Journal of Health Economics, 2004, 23.
- [42] Grossman, M. On the Concept of Health Capital and Demand for Health [J]. Journal of Political Economy, 1972, 80 (2).
- [43] 同 [19].
- [44] 齐良书, 王诚炜. 健康与社会经济地位: 基于多指标的研究 [J]. 中国卫生经济, 2010, (8).
- [45] 同 [2].
- [46] House, J. S., P. M. Lantz, P. Herd. Continuity and Change in the Social Stratification of Aging and Health over the life Course: Evidence from a Nationally Representative Longitudinal Study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study) [J]. The Journals of Gerontology: Series B, 2005, 60 (2).

[责任编辑 冯 乐]