

社会资本与晚年健康

——老年人健康不平等的实证研究

□ 裴晓梅, 王浩伟, 罗 昊

[摘 要] 利用2008年全国综合社会调查数据,对老年人群健康不平等的社会经济因素进行回归分析,目的在于检验社会资本的积累对老年人健康的影响。分析结果显示扩展的家庭网络、生命历程中工作变换的频率、自评所属社会阶级和自评家庭所处经济地位对晚年健康有着显著的影响。前两个影响因素作为个人社会资本的测量带有明显的转型中国社会特征,因而对它们与老年人健康之间关系的理解需要限定在对当代中国老年人的研究;相对而言,后两个影响因素作为社区社会资本的测量则更具有解释普遍现象的能力,因为它们与老年人健康之间的关系再次证实了一些基本社会学理论观点。此研究的发现有助于人们认识社会因素影响健康差异的机制和过程。

[关键词] 健康不平等;社会资本;生命历程;社会经济地位

[中图分类号] C912.4 [文献标识码] A [文章编号] 1673-8179(2014)01-0017-08

Social Capital and Health in Later Life: An Empirical Study of Health Disparities among the Elderly PEI Xiao-mei, WANG Hao-wei, LUO Hao (Tsinghua University, Beijing 100084, China)

Abstract: Data from General Social Survey in China of 2008 is adopted to conduct a statistic analysis on socio-economic factors of health disparities of the elderly of China, aiming at examining the impact of capital accumulation on the elderly's health. The result indicates that variables, like expanded family network, frequency of changing careers, and self-evaluation of social class and family economic status, will cast obvious influence on the elderly's health. The first two variables mentioned above, as ways for measuring individual and social capitals, is featured by transforming Chinese society, understanding of relationship between them and the elderly's health, therefore, needs to be limited within research of in contemporary China. In comparison, the last two variables, as ways for measuring community social capital, are capable of explaining universal phenomena for relationship between the elderly's health and them once again prove some of fundamental sociological theories. Findings of this study help to understand potential mechanisms and processes of the impact of social environments on individual health.

Key Words: health disparity; social capital; life course; SES

一、问题的提出

社会经济地位与健康的关系一直是医学社会学研究者们所关注的一个问题。半个多世纪以来,随着死亡统计数据的完善,社会经济地位差异对人们健康的影响这个现象变得日益清晰(Mackenbach et al., 2002:3~24)。许多国家的

健康调查数据都显示拥有较高社会经济地位的人们通常处于较好的健康状态,而处于社会底层的人们则往往处于较差的健康状态,他们之中存在较高的死亡率,或者说他们的寿命会相对短些(Macintyre, 1997)。这种现象通常被称为“健康不平等”(health inequalities or health disparities),指的是处于不同

社会阶层的人们在健康状态上所表现的系统性差异,如贫困群体、女性、少数族裔比其他社会群体更容易遭遇患病、失能或死亡等健康风险(Braveman, 2006:167~194)。

最近二十年间,各类调查数据的积累使研究者有机会看到健康不平等现象在中国的存在。有关于老年群体的调查数据显示教育背景、收入和居住地区等社会经济因素对中国老年人身体健康与功能状况具有影响(Beydoun & Popkin, 2005:2045~2057)。特别值得注意的是社会经济地位的累积效应,随着人口年龄的增长,社会经济地位(尤其是收入)与健康水平之间的关系有强化的趋势,即在较高年龄段的人口中,收入与地位高的人同收入与地位低的人之间的健康不平等更加明显(Lowry & Xie, 2009)。对中国老年人口健康状况的研究证实了社会阶层地位与健康的关系,即在整个生命过程中,人们的健康状态因所处社会经济地位不同而呈现重要差异,而50岁以后,处于相对高层社会的人们与处于较低层社会的人们在健康方面的差异会扩大(House et al., 1990:383~411; Rogers, Rogers, & Belanger, 1992:19~42)。处于较高社会经济阶层的人们会保持比较健康的状态和较低水平的失能状态,这种状况往往会维持到非常高龄时期;而处于底层社会的人们则随着年事的增高而在健康方面每况愈下。

尽管现有的研究清楚地表明了社会经济地位与老年人健康状况之间的关系,但是研究者们还没有充分认识社会经济地位是如何对老年人的健康发挥影响作用的。在这方面,研究者们还面临着现有社会经济地位概念的测量是否适用于对老年群体研究的问题。首先,以职业、收入和教育为主要测量指标的社会经济地位在老年群体的分类中是不充分的,特别是前两个测量指标。如我们所知,职业是指人们在劳动力市场中的身份和状态。而用职业作为测量指标通常会排除那些从未涉足就业领域的人们,包括已经退休的人们,从事家务劳动的人们,以及失业的人们。进入老年的人们在劳动力市场就业的机会越来越小,特别是在退休制度建立之后,绝大多数老人已经失去了自己的职业身份。此外,收入作为测量老年人社会经济状态的一个指标也是不充分的。因为通常的情况是随着年龄的增长,收入会相应减少(Quadagno, 2002)。只有教育背景这个指标,因其相对稳定,被一些研究者们认为能够较好地描述一个人在健康分层体系中所处位置(Ross & Wu, 1996:104~120)。

近年来关于社会资本的研究为我们认识社会因素对老年健康的影响开辟了更加宽广的视角。除了

职业、收入和受教育水平,社会资本作为影响健康的因素还包括了个人通过自己拥有的社会网络关系而获得的对自己有利的资源,如在社会互动中个人获得的物质和信息支持、信任关系、合作行为、社会身份的认同等(Yip et al., 2007:35~49)。社会资本所包含的上述因素对老年人健康的影响值得关注,因为它们通常是老年人社会支持体系的重要组成部分。

虽然社会资本概念的使用在帮助我们认识健康的社会决定因素方面令人鼓舞,但是这个概念因其所包含的内容过于广泛而导致出现“社会资本过剩现象”。一些研究者把社会生活的诸多特征或除物质资本和人力资本之外的一切东西都概述为社会资本,使这个概念难以形成一个共享的视角(Woolcock, 1998:151~208; 张文宏, 2003:23~35)。特别是一些对老年人健康的研究,社会资本与社会支持、社会关系等概念在许多研究的操作中被交互使用,没有清晰的边界可循,似乎只要扩大了其内涵和外延,便可以使这个概念成为解释社会现象的灵丹妙药(Portes, 1998)。

上述问题不仅对检验健康的社会影响因素具有普遍意义,而且对研究老人健康尤为重要。随着中国人口老龄化过程的加剧,老年健康日益成为一个公共议题。如何创造一个良好的社会环境促进老年人健康和老年群体的健康平等也同时受到社会政策制定者们的关注。如果我们还不能对中国老年人口健康状况有充分的认识,还不能厘清影响老年人健康的各种社会因素,我们就难以创造一个促进老年人健康的社会环境。在对中国老年人口的研究方面,随着近年来调查数据的积累,越来越多的关于中国老年人健康的实证研究文章发表于中外学术期刊上。但是总体而言,涉及社会资本对老年人健康影响的研究似乎对这个概念的界定和应用还存在一些随意性。鉴于在老年人健康研究中,社会资本概念界定的不充分以及这种不充分所导致对老年健康社会因素认识上的障碍,本文利用2008年全国综合社会调查数据,对老年人群健康的社会经济因素进行定序因变量的logistic回归分析,目的在于检验社会资本的积累对老年人健康的影响;同时,检验常用社会资本测量在对老年人健康研究中的有效性和普遍意义。

二、健康、社会资本与生命历程

1. 健康研究中的社会资本概念

相对于其他年龄群体,老年群体中普遍存在高慢病率、高失能率和高死亡率的现象,这是一个不争

的事实。尽管遗传和生物因素部分地决定了一个人是否罹患慢性疾病,社会因素的作用同样不可低估。个人在健康领域的生活方式差异在某种程度上影响着罹患慢性病并导致失能的可能。健康方面的生活方式(health lifestyle)包括个人对吸烟饮酒、饮食、个人卫生、身体锻炼的选择,还包括那些直接影响健康保健的行为,如定期体检或遵从医嘱而行事。在健康领域,人们所做出的一系列决定构成了一个人的健康行为特定类型,每个人的生活行为类型的形成是个人的选择,而拥有可供选择行为类型机会的多寡则是由一个人的生活境况所决定(Cockerham et al., 1993: 413~425)。尽管健康的生活方式在决定疾病的发生、过程和结果方面起着重要的作用,过分强调个人因素的作用往往导致对社会因素的忽略。事实上,老年群体寿命的延长并不必然导致晚年健康,在健康和失能方面,老年群体中存在明显的性别和社会阶层差异(Kaplan & Strawbridge, 1994: 57~78; George, 1996: 229~268)。

社会资本概念被引入对老年人健康状况的研究使我们看到了解释二者关系形成机制和过程的潜在可能。这是因为对健康的社会影响因素是多维度和多层次的,社会资本的概念有助于我们在分析老年人健康的社会影响因素时搭建一个相对有效的理论解释框架;而社会资本的测量则具有帮助我们厘清对老年人健康真正发挥作用的社会因素的潜力。在已有的关于健康的研究中,社会资本常常被定义为“以互利为目的,能够促进协调与合作的社会组织特征,例如关系网络、规范和社会信任”(Putnam, 1995: 65~78)。网络资源、相互信任与合作行为构成这个概念的核心,而基于网络过程所形成的行为规范和人们之间的信任可以促成好的社会和经济结果(Paldam, 2000; Durlauf & Fafchamps, 2004)。社会资本的测量至少包括微观和宏观两个层面。微观层面的测量运用“个体中心网络(ego-centered network)”的方法,关注那些可以为个人调用的有形或无形资源,如亲属关系、朋友、可以信任的熟人、可供遵循的行为规则等(Kawachi et al., Kennedy, and Glass, 1999: 1187~1193; Putnam, 2000; Kawachi et al., 2008)。宏观层面的测量关注个人作为社区或组织成员所获得的有形或无形资源,如相互信任、公共参与、社会联结和社会规范等(Drukker et al., 2005: 185~198; Lochner et al. 2003: 1797~1805; Stafford et al., 2008: 394~405; Van Hooijdonk et al., 2008: 1384~392; 鲍常春, 2009: 102~109)。

虽然有许多研究发现社会资本与个人健康存在正相关关系,但是现有研究似乎倾向于证实微观或

个人层面社会资本对人口健康的作用,而不是宏观或社区层面社会资本的作用。关于社区社会资本与个人健康关系的研究似乎产生了一系列矛盾的结果。有些研究发现社区社会资本对个人健康状况具有很强的解释力(Browning & Cagney, 2002: 383~399; Franzini et al., 2003: 1847~1861; Lindstrom, et al., 2004: 135~141; Mohnen et al. 2011: 660~667),而另一些研究则发现二者之间没有太多的相关性(Veenstra, 2005: 2059~2071; Subramanian et al., 2002: S21~S34; Drukker et al., 2003: 825~841; Mohan et al., 2005: 1267~1283)。关于社区社会资本与个人健康关系的争论正在吸引越来越多研究者的注意,可以预期会有更多的研究者加入到验证二者关系的工作中来。

社会资本对老年人健康状况的影响是另一个值得关注的问题,尽管对这个问题的实证研究还远不充分。一项关于中国老年人口健康的研究发现社会资本变量,如结构性网络、社区规范,对老年人生命质量差异具有较强的解释力(Chen et al., 2009: 107~123)。另一项比较城市与农村老人健康状况的研究显示较高水平的个人层面社会资本与城市老人较好的身体健康状况有相关性,而尽管农村老人有较高水平的个人层面社会资本,数据分析显示研究所使用的社会资本变量与老人身体健康并无关联(Norstrand & Xu, 2011: 325~334)。

2. 生命历程的研究框架

老年人的健康随着年龄的增长而不断弱化,这使得检验社会资本对老年人健康的作用尤其有意义(Pollack & Knesebeck, 2004: 383~391)。因为社会资本所具有积累的特征,并且老年人健康状况是社会经历的结果,这使得二者关系可以被置于生命历程的理论框架下进行检验。

生命历程的研究框架把对人口年龄结构变化的研究和对个体老化的研究融合在一起,强调历史事件、个人决定和个人机会的交互作用,强调早期生活经历如何影响随后的结果(Riley, 1994: 436~446; Elder, 1994: 57, 4~15)。在整个生命过程中,同龄群体成员之间不断地分化,造成了人们之间的不平等。因此,老年人群中的不平等状况通常会比其他年龄群体更为严重(O'Rand, 1996: 36)。生命历程研究的一个重要任务就是解释为什么不平等会随着年龄的增长而增强。生命历程的解释产生了劣势积累理论。劣势积累理论强调早期生活经历对晚年生活质量的影响,认为那些在生命初期就拥有较多物质和社会资源的人们会不断有积累更多资源的机会;而那些在生命初期相对资源较少的人们在随后的生命过程中就会总是处于资源短缺的状态(O'

Rand, 1996: 230~238)。根据这个观点,健康状况的差异应该随着年龄的增长而扩大。因为随着年龄的增长,那些拥有较多社会资本的人会有更多的机会保持健康的生活方式,减少患病风险,因为健康结果毕竟是心理社会因素和环境因素长期综合作用的结果。

本研究试图验证个人层面的社会资本和社区层面的社会资本与中国老年人健康状况差异的关系。研究采用生命历程的研究框架,假设通过微观和宏观机制积累的社会资本对老年健康存在影响。其意义在于检验个人层面和社区层面社会资本的解釋力,认识影响老年健康的社会环境因素,期望对中国老年人健康的研究能够有助于梳理对社会资本在健康研究中的理论争议和测量问题。

三、研究方法

1. 数据来源

本研究使用的数据来自于2008年中国综合社会调查(CGSS)。这是一个由中国人民大学和香港科技大学合作进行的对中国城乡家庭户的抽样调查。调查以中国社会结构的演变为核心,使用统一的、持续性的全国问卷调查,来揭示社会结构的变化和社会矛盾的问题。2003~2008是中国综合社会调查的第一期,调查中,抽样方案、抽样框以及抽取的三层抽样单元保持不变。2008年的调查内容包括:(1)个人基本情况;(2)家庭基本情况;(3)教育及工作;(4)性格与态度;(5)社会交往及求职;(6)社会不平等;(7)全球化。本次使用的数据是CGSS在2008年度的调查结果。根据抽样设计,在全国28个省、自治区、直辖市中共抽取125个县(区),500个街道/乡镇,1000个居委会/村委会,10000个家庭,每个家庭中随机抽取一人作为最终调查对象。2008共有有效样本6000个,其中城市样本3092人,农村样本2018人;男性2892人,女性3108人。在本次研究当中的目标群体是老年人,因此我们抽取60岁以上样本共889人,其中城市样本576人,农村样本313人;男性467人,女性422人。研究样本具有较好的代表性。

2. 变量测量

因变量“个人健康状况”的测量来自于CGSS2008问卷的自评健康状况量表,通过回答“您觉得您的身体健康状况”将自评健康水平分为“很不健康”“比较不健康”“一般”“比较健康”“很健康”5个等级。健康自评在老年人健康研究中被广泛应用,是一个预测性很高的指标。过去的三十多年中,自评健康的有效性和可信度曾经被反复地检验。例

如有研究曾发现,老年人的自评健康状况差是预测死亡的一个相对准确的指标。

表1显示本研究889个有效样本中老年人健康状况的城乡差异和性别差异。38.4%的农村老年人认为自己健康水平较差(很不健康和比较不健康),比例高于城市老年人。老年人当中男性比女性倾向于认为自己的健康水平较好,而城市户口的老年人相较于乡镇和农村户口的老年人更倾向于认为身体健康状况较差。

表1 分户口和性别老年人口健康差异

自评身体健康状况	很不健康 频次(%)	比较不健康 频次(%)	一般 频次(%)	比较健康 频次(%)	很健康 频次(%)
户口					
城市	13(2.6)	108(21.4)	186(36.9)	160(31.8)	37(7.3)
乡镇	3(6.3)	18(37.5)	11(22.9)	11(22.9)	5(10.4)
农村	30(8.9)	95(28.2)	95(28.2)	88(26.1)	29(8.6)
性别					
男性	24(5.2)	102(21.8)	148(31.7)	143(30.6)	50(10.7)
女性	22(5.2)	119(28.2)	144(34.1)	116(27.5)	21(5)
总计	46(5.2)	221(24.9)	292(32.8)	259(29.1)	71(8)

由于本研究主要探讨社会资本与老年人健康状况差异的关系,因此在本次研究当中,将性别、年龄、教育水平、婚姻状况和职业等个人层面的社会经济地位因素作为控制变量引入模型讨论,以上变量在城市和农村两个样本当中均存在显著差异。其中,通过受访者对当前或最后职业的具体回答,依据国际标准职业编码将职业分为管理类、专业类和非专业类。

对社会资本的观察分为个人和社区两个层面。根据文献的分析,个人层面的社会资本来自于微观的个体中心网络,为个人提供有形或无形的资源。本研究对个人层面社会资本的测量包括成年子女数量、亲属数量、亲密朋友的数量、熟人(亲属和亲密朋友)的职业特征和单位性质、本人退休前受雇单位性质、退休前单位转换频度、宗教信仰、政治身份。有关子女、亲属和朋友的信息可以告诉我们老年人的社会支持网络,而受访者退休前受雇单位的性质、单位转换频度、宗教信仰、党员身份则帮助我们了解不同群体的身份认同以及身份认同对从不同的社会群体当中获得资源能力的影响。

社区层面的社会资本主要关注影响个人作为社区或组织成员所获得的有形或无形资源的因素,我们把受访者户口所在地、在本地生活时间、自评阶级类型和自评家庭经济状况作为本项研究中社区层面社会资本变量。众所周知,中国独特的户籍制度造成了城乡群体长期的二元分割状态,影响着公共资源的分配。过去的二三十年间,城市化过程中大量农村人口流动到城市,小城镇的建设缓冲了城乡二

元对立的状态。因此,我们对城市、乡镇、农村三种不同户口的老年人纳入分析,检验不同户籍对老年人健康状况差异的影响。自评社会阶级类型和自评家庭经济状况量表的回答来自受访者的主观选择,代表了受访者在当前社区内对个人相对社会经济地位的主观评价。这种主观的评价是各种社会资本积累产生的综合感受,因此对这两个自变量的检验希望能够验证生命历程中社会资本积累对健康状况的影响。表2详细描述了统计分析模型中所使用的上述社会人口变量和影响变量。

表2 变量特征描述

	频次	百分比/均值	范围	标准差	P 值
控制变量					
性别(男)	467	52.5%			0.009
年龄		65.8	60~98	5.3	0.002
教育年限		6.2	1~20	4.5	0
婚姻状况(已婚)	743	83.6%			0.031
当前或最后职业					0
管理类	72	8.1%			
专业类	157	17.7%			
非专业类	660	74.2%			
个人层面社会资本					
成年子女数量		2.9	0~9	1.5	0
亲戚数量		12.5	0~80	11.2	0.0196
朋友数量		5.5	0~99	10.2	0.0891
熟人职业					
管理类(有)	206	16.3%			0
专业类(有)	235	26.4%			0
非专业类(有)	728	81.9%			
熟人单位					
机关	28	3.1%			
国企	327	36.8%			
其他	534	60.1%			
单位转换频度		0.3	0~6	0.7	0
宗教信仰(有)	95	10.7%			0.919
党员(是)	180	20.2%			0
社区层面社会资本					
户口所在地					0
城市	504	56.7%			
乡镇	48	5.4%			
农村	337	37.9%			
本地生活年数		55.2	1~86	16	0
自评阶级类型					0
下层阶级	232	26.1%			
工人阶级	206	23.2%			
中下阶级	189	21.3%			
中层阶级	233	26.2%			
中上阶级	27	3.0%			
上层阶级	2	0.2%			
自评家庭经济状况					
远低于平均水平	91	10.2%			0
低于平均水平	339	38.1%			
平均水平	407	45.8%			
高于平均水平	50	5.6%			
远高于平均水平	2	0.2%			

四、社会资本模型的检验及结果

本研究采用逻辑回归的统计方法来检验社会资本与个人健康之间的关系。由于本研究所关注的因变量自评健康为取值自1到5的序变量而非连续型

变量,并不满足传统的最小二乘回归模型的基本假设。因此,我们针对因变量的特性,使用定序因变量的 logistic 回归模型。表3显示了统计分析的结果。

表3 定序因变量的 Logistic 回归系数及比值比

	模型一 系数	比值比 OR	模型二 系数	比值比 OR
控制变量				
性别	0.286 **	1.331 **	0.290 **	1.336 **
年龄	-0.033 **	0.968 **	-0.039 **	0.962 **
教育年限	0.017	1.017	-0.002	0.998
婚姻状况(已婚)	0.167	1.182	0.117	1.124
当前(最后)职业	-0.092	0.912	-0.030	0.971
个人层面				
成年子女数量	0.027	1.027	0.039	1.039
亲戚数量	0.024 **	1.024 **	0.022 **	1.022 **
朋友数量	*	*	*	*
熟人数量	-0.002	0.998	-0.002	0.998
熟人从事专业类工作	0.357 **	1.429 **	0.267	1.306
熟人从事非专业类工作	0.046	1.047	0.019	1.019
熟人在企业工作	0.501	1.650	0.283	1.327
熟人在除机关及企业外的其他单位工作	-0.024	0.977	-0.163	0.849
单位转换频度	-0.207 **	0.813 **	-0.198 **	0.820 **
宗教信仰(有)	0.111	1.118	-0.060	0.941
党员(是)	0.259	1.296	0.261	1.298
社区层面				
乡镇户口			-0.473	0.623
农村户口			-0.241	0.786
本地生活年数			0.005	1.005
自评社会阶级类型			0.132 **	1.141 **
自评家庭经济地位			0.268 **	1.307 **

说明:*** p 值<0.01; ** p 值<0.05; * p 值<0.1

模型一检验了控制变量以及个人层面社会资本的变量对自评健康等级的影响。在控制变量组中,男性较女性更可能有较高的自我健康评级,而年龄越大的人更容易有较低的健康评级。除此之外,教育年限、婚姻状况与退休前职业均对自评健康无显著影响。在个人层面社会资本的变量组中,亲戚的数量对于自我健康等级有显著影响,亲戚越多,老年人越觉得健康,其发生比值比为1.024。除此之外,拥有从事专业类工作的熟人也会对健康产生积极影响。而曾经更换工作的次数越多,健康评级越低。

模型二引入了代表社区层面社会资本的解释变量,包括户口类型、本地生活年数、自评社会阶级以及自评家庭经济地位。其中,自评社会阶级与自评家庭经济地位对健康的影响均高度显著。以自评社会阶级类型为例,假设自评社会阶级类型增加一个阶层,其自评健康处于某一水平的发生比将为低于该水平的发生比的1.141倍。简言之,自评社会阶级类型越高,自评健康等级处于更高水平的可能性越大。自评家庭经济地位对自评健康等级影响也是如此。

五、研究发现：家庭网络、就业经历和参照群体的影响

从上述两个统计模型验证中,我们看到了影响当代中国老人健康状况的一些社会因素。其中有些因素普遍存在于其他社会,另外一些因素则具有中国明显的特殊环境和时代特征。和其他许多社会的情况相同,性别和年龄对中国老人健康的影响是真实存在的。尽管女性通常比男性寿命更长,但是男性比女性总体上处于更健康的状态。同时,随着年龄的增长,老年人整体健康水平逐渐下降也符合自然规律。与发达社会的情况不同的是,分析结果显示受教育水平、职业类别和婚姻状况与中国老年人健康状况不存在显著关联。这个结果很可能与我们研究的这代中国老人的特征有关。我们可以从表2中看到,研究样本中老年人平均受教育年数仅为6年,即这代老人中大部分人仅完成了小学教育;几乎四分之三的人退休前职业类别为非专业;超过83%的人处于婚姻状态。这种群体特征反映了当代中国老年人所经历的社会环境的传统和非现代化状态。这代中国老人普遍受教育水平低下导致普遍的非专业职业生涯,加上极为稳定的婚姻状态,使得这三个变量对中国当代老人研究中的分类作用十分有限,也使得对发达社会老年群体研究的结论难以推广到对中国老年人群体的认识。值得注意的是,这三个变量对当代中国老年人健康没有显著影响,并不能证明它们对未来中国老年人健康没有影响。随着未来老年人口整体教育水平的提高,更多的人具有专业职业经历,以及婚姻状态的多样化,验证这三个变量的影响作用可能会变得有意义。

关于个人层面社会资本积累与老年人健康状况关系的检验证明了家庭与就业这两个领域关系网络的影响作用。在家庭方面,分析显示家庭关系仍然是老年人的重要社会资本,是促进健康的重要因素。值得关注的是,家庭的影响不是通过子女的多寡而发生的,而是通过熟人的多寡而起作用的,即亲戚朋友数量的多寡对老年人健康状况的好坏具有显著地正相关联系。这种状况和当代中国家庭规模的缩小趋势密切相关。本研究样本中老年人的成年子女数量平均只有2.9人,受计划生育政策的影响,许多人只有一个子女,而且这个子女还很有可能因就业原因不在身边。显然核心家庭所提供的资源已经不能满足老年人的健康需求,这种情况下,亲戚之间频繁交往的家庭网便成为核心家庭的一种补充。所谓“家庭网是指由亲属关系的家庭之间所组成的社会网络,就大多数情况而言,它是由可能组成主干家庭和联合家庭的几个独立核心家庭之间所组成的一种

特殊的社会组织,具有特殊的结构与功能”(潘允康,1990:9~102)。而我们的研究则证实了家庭网的扩展促进当代中国老年人健康水平。

另一个被证实的个人层面社会资本积累的影响发生在就业领域,我们发现退休之前工作的稳定程度对晚年健康的影响。虽然由于一些历史原因,样本中的老人退休前转换工作的频率不高,但是转换工作的频率对晚年健康有着显著的负面影响:以往职业生涯中工作转换频率越高,身体健康水平就越低。这种情况或许与这些老人所经历的就业时代有关。当社会环境限制劳动力自由流动时,工作转换并不能为人们带来更多或更有价值的社会资本。不仅如此,如果工作转换是向下流动的经历,人们原有的社会资源很有可能减少,而不是增加。这个发现的普遍意义需要进一步研究的证明,特别需要通过比较研究,验证在以鼓励劳动力自由流动为特征的社会环境中,不稳定的就业经历是否对老年人健康具有同样的消极作用。

对社区层面社会资本积累影响力的检验让我们看到老年人健康状况是一个心理作用的结果。在这里,老年人健康状态的优差与自评社会阶层高低和自评家庭经济地位高低显著相关。这种关系的形成可以借助“参照群体”(Merton, 1938: 3, 672~682)这个社会理论进行解释。根据此理论,老人们评价自己所处社会地位的高低,并不是根据某些绝对或客观的标准,而是与他们周围的人相比较。周围的人则构成了他们比较的参照群体。如果与周围人比较的结果显示自己所处位置高于参照群体,他们就会感到满足或是感觉自己融入到主流社会中,这种感觉作为一种无形的社会资本促使人们对自己健康状况愈发有信心;如果比较结果显示自己所处位置低于参照群体,他们就会感到相对被剥夺或是被主流社会所排斥,而这种感觉也作为社会资本对老年人身体健康发挥消极的影响。因此,我们可以在一定程度上断言,阶层差异程度和居民社会融入程度作为社区社会资本对老年人健康差异发挥着重要的影响。

与以往许多对其他社会的研究结果不同是,我们的研究没有发现宗教对老年人健康的影响,而这个变量在西方发达社会老年人群体的研究中常被发现有较显著的影响力。比较合理的解释可能是中国老年人中声称自己有宗教信仰的人比较少,几乎90%的老人没有宗教信仰,这个比例基本代表了中国老年人口的宗教信仰特征。我们的样本中也只有10%的人报告自己有宗教信仰。可见,在一个绝大多数人都没有宗教信仰的社会中,宗教信仰作为社会资本一个变量难以对研究人口进行有效划分。

此外,在过去的一段时间内,关于中国社会资本的研究一直很关注政治组织身份和城乡分化的作用,党员身份一直是一个重要的社会和政治资本指标;同时,城乡分治的社会管理制度也是我们社会的一个明显特征,拥有城市户口通常被认为比拥有农村户口在社会资源分布中占有更多优势。但是,我们的研究并没有发现政治组织身份或城乡居住差异与老年人健康状态有任何关联。换言之,老年人的健康状况与是否是党员和生活在城市还是在农村没有关系。

六、结语

至此,我们这项对当代中国老年人的研究清楚地揭示了扩展的家庭关系网络、相对稳定的工作经历和自认占据较高社会经济地位对晚年健康的积极影响。家庭关系网络和工作经历作为个人社会资本的积累带有十分明显的社会转型印记,其普遍意义仍需要后续研究,特别是比较研究来证实。例如,我们需要通过检验工作转换频次对其他社会老年人健康的影响来确定这一结论的普遍性。而本研究关于自评所处社会经济地位与晚年健康关系的结论则再次证实相对公平感作为社区层面社会资本普遍解释力。

除上述理论意义外,本项研究还具有不可忽略的社会意义。在今天的中国社会中,快速的社会变迁正在导致家庭、劳动力市场和社区发生着剧烈的变化:传统的家庭关系日渐式微,计划经济体制下的稳定就业已经不复存在,社会阶层差异在扩大,所有这些都对中国人的晚年健康形成了挑战。本研究的发现使我们清醒地认识到促进中国人晚年健康平等,不仅需要医疗设施的建设和医疗保险制度的建立,更需要完善的家庭发展国家计划、良好的专业教育制度和鼓励人力资源自由流动的劳动市场,以及缩小社会阶层之间差距的有效政策措施。毕竟,一个公平和公正的社会环境是人们最有价值的社会资本,其对老年人口健康平等的意义已经得到普遍证明。☐

〔参 考 文 献〕

鲍常春. 2009. 社会资本理论框架下的人口健康研究[J]. 人口研究, (2).
潘允康. 1990. 中国家庭网的现状和未来[J]. 社会学研究, (5).
张文宏. 2003. 社会资本: 理论争辩与经验研究[J]. 社会学研究, (4).
Beydoun, M. & Popkin, B. 2005. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China[J]. Social Sciences and Medicine, Vol. 60, Issue

9.
Braveman, P. 2006. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement[J]. Annual Review of Public Health, Vol. 27.
Browning, C. & Cagney, K. 2002. Collective efficacy and health: Neighborhood social capital and self-rated physical functioning in an urban setting[J]. Journal of Health & Social Behavior, 43.
Chen, H., Yu-Cheung, W., & Chan, K. 2009. Social capital among Chinese adults: An exploratory study of quality of life and social capital in a urban community[J]. International Journal of Interdisciplinary Social Sciences, 4(9).
Cockerham, W., Abel, T. & Lueschen, G. 1993. Max Weber, Formal Rationality and Health[J]. Lifestyle. Social Quarterly, Vol. 34.
Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F. & Os van, J. 2003. Children's health-related quality of life, neighborhood socioeconomic deprivation and social capital. A contextual analysis[J]. Social Science & Medicine, 7.
Drukker, M., Buka, S., Kaplan, C., McKenzie, K., & Van Os, J. 2005. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings[J]. Social Science & Medicine, 61 (1).
Durlauf, S. & Fafchamps, M. 2004. Social Capital[J]. National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper, 10485. National Bureau of Economic Research 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138 2004, <http://www.nber.org/papers/w10485>.
Elder, G. 1994. Time, human agency and social change: Perspectives on the life course[J]. Social Psychology Quarterly, 57.
Franzini, L. & Spears, W. 2003. Contributions of social context to inequalities in years of life lost to heart disease in Texas, USA[J]. Social Science & Medicine, 57 (10).
George, L. 1996. Social Factors and Illness, in Handbook of Aging and Social Science, eds. by R. Binstock and L. George[M]. CA: Academic Press.
House J., Kessler, R., & Herzog, A. 1990. Age, Socioeconomic Status, and Health[J]. Milbank Quarterly, Vol. 68, Issue 3.
Kaplan, G. & Strawbridge, W. 1994. Behavioral and Social Factors in Health Aging, in Aging and the Quality of Life, eds. by R. Abeles, H. Gift, & M Ory[M]. New York: Springer.
Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R. 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis[J]. American Journal of Public Health, 89(8).
Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (Eds.). 2008. Social capital and health[M]. New York: Springer.
Lindstrom, M., Moghaddassi, M., & Merlo, J. 2004. Individual self-reported health, social participation and neighborhood: a multilevel analysis in Malm, Sweden[J]. Preventive Medicine, 39.
Lochner, K., Kawachi, I., Brennan, R. & Buka, S. 2003. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago[J]. Social Sci-

- ence & Medicine, 56(8).
- Lowry, D. & Xie, Y. 2009. Socioeconomic status and health differentials in China: Convergence or divergence at old ages? [J]. University of Michigan, Population Studies Center Research Report No. 09—690, 2009. [2012—04—10]. <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr09—690.pdf>.
- Mackenbach, J., Bakker, M., Kunst, A., & Diderichsen, F. 2002. Socioeconomic Inequalities in Health in Europe. In Mackenbach J. & Bakker, M. (Eds), Reducing Inequalities in Health: A European Perspective[M]. London: Routledge.
- Merton, R. 1938. Social Structure and Anomie[J]. American Sociological Review, 3.
- Mohan, J., Twigg, L., Barnard, S. & Jones, K. 2005. Social capital, geography and health: a small — area analysis for England[J]. Social Science & Medicine, 60.
- Mohnen, S., Groenewegen, P., V?lker, B. & Flap, H. 2011. Neighborhood social capital and individual health[J]. Social Science & Medicine, Vol. 72.
- Norstrand, J. & Xu, Q. 2011. Social Capital and Health Outcomes among Older Adults in China: The Urban — Rural Dimension[J]. The Gerontologist, Vol. 52, No. 3.
- O’Rand, A. 1996. The precious and the precocious: Understanding cumulative disadvantage and cumulative advantage over the life course[J]. The Gerontologist, 36.
- Paldam, M., Social Capital: One or Many? Definition and Measurement Department of Economics[J]. University of Aarhus, Denmark, Written for the Journal of Economic Surveys — Special Issue on Political Economy, 2000.
- Pollack, C., & Knesebeck, V. 2004. Social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany[J]. Health and Place, 10 (4).
- Portes, A. 1998. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. in Annual Review of Sociology 24, (eds.) by John Hagan & Karen S. Cook, Palo Alto[J]. CA: Annual Review Inc.
- Putnam, R. 1995. Bowling alone: America’s declining social capital [J]. Journal of Democracy, 6.
- Quadagno, J. 2002. Aging and the Life Course: An Introduction to Social Gerontology[M]. New York: McGraw—Hill Higher Education.
- Riley, M. 1994. Aging and society: Past, present and future[J]. The Gerontologist.
- Rogers, R., Rogers, A. & Belanger, A. 1992. Disability — Free Life among the Elderly in the United States[J]. Journal of Aging and Health, Vol. 4.
- Ross, C. & Wu, J. 1996. Education, Age and the Cumulative Advantage in Health[J]. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 37.
- Subramanian, S., Kim, D. & Kawachi, I. 2002. Social trust and self — rated health in US communities: a multilevel analysis[J]. Journal of Urban Health, 79 (4).
- Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S. & Marmot, M. 2008. Neighbourhood social capital and common mental disorder: testing the link in a general population sample[J]. Health and Place, 14.
- Van Hooijdonk, C., Droomers, M., Deerenberg, I., Mackenbach, J., & Kunst, A. 2008. The iversity in associations between community social capital and health per health outcome, population group and location studied[J]. International Journal of Epidemiology, 37(6).
- Veenstra, G. 2005. Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada[J]. Social Science & Medicine, 60 (9).
- Woolcock, Michael 1998, Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework[J]. Theory and Society, 27.
- Yip, W., Subranmanian, S., Mitchell, A., Wang, J., Lee, D., & Kawachi, I. 2007. Does Social Capital Enhance Health and Well — being? Evidence from Rural China[J]. Social Science & Medicine, Vol. 64, Issue 1.

收稿日期 2013—09—18

[责任编辑 黄世杰]

[责任校对 苏兰清]

[作者简介] 裴晓梅(1955~), 北京人, 清华大学社会学系教授。主要研究方向: 医学社会学、老年学。邮编: 100084。电子邮件: peixm@mail. tsinghua. edu. cn. 王浩伟(1988~), 黑龙江人, 清华大学社会学系硕士研究生。主要研究方向: 医学社会学。北京, 邮编: 100084。罗昊(1984年~), 福建人, 清华大学社会学系博士后研究员。主要研究方向: 应用统计学。北京, 邮编: 100084。