

# 地位束缚与生活方式转型\*

——中国各社会阶层健康生活方式潜在类别研究

王甫勤

**提要:**本研究利用中国综合社会调查数据(CGSS2010),通过多维度健康行为指标测量中国民众的健康生活方式。潜在类别分析发现,人们的生活方式呈现多元化特征,可划分为三个类别,即健康型、混合型和风险型生活方式。高社会经济地位者的生活方式呈现出健康型和风险型两端分化的特征,而低社会经济地位者的生活方式更倾向于混合型。总体上来说,中国民众的生活方式处于不断转型中,社会的上层成员由于在社会结构处于优势位置,能够作出有利于自身健康的生活方式选择,但同时也受到了西方生活方式的影响;社会下层成员则更多地受到社会结构地位的束缚。

**关键词:**社会经济地位 健康生活方式 生活方式转型 潜在类别分析

## 一、导 言

20世纪前60年被视为“医学时代”。疫苗的大规模接种基本上消灭或抑制了传染性疾病的死亡率和发病率。现在,发达社会正在进入“后医学时代”,疾病谱由医学可以治愈的急性或传染性疾病转变为医学无法治愈的慢性非传染性疾病(简称慢性病),人们的身体健康状况主要受到社会及环境因素的影响(Cockerham, 2014)。根据世卫组织的数据统计,慢性病是导致当前世界各国人口死亡或失能的首要原因(WHO, 2005)。慢性病的发病率和死亡率逐渐上升,已经成为世界性公共卫生问题。研究表明,现代社会人们的健康问题主要与人们特定

---

\* 本研究得到了国家社会科学基金青年项目“社会分层理论视角下维护弱势社会群体健康权益研究”(编号:12CSH020)的资助。文章初稿在2016年“中国社会分层与流动·冬季论坛”上宣读,感谢张顺、朱迪、洪岩壁、郑莉及其他与会学者的评论和修改建议,也感谢匿名评审人对文章提出的宝贵的修改意见和建议。文责自负。

的生活方式有关。生活方式中的风险健康行为,<sup>①</sup>诸如吸烟、过度喝酒、缺乏体育锻炼、不合理饮食等被认为是导致慢性病的主要原因,对于长期健康具有累积性的负面影响,尤其是那些长期的行为模式。

以往对发达国家的研究普遍发现了一个稳定的趋势,即低社会经济地位者的生活方式更加不健康。健康生活方式再生产理论认为,比起高社会经济地位者,低社会经济地位者在面临压力和缓解压力、长寿收益、风险认知、效能与能动性、辅助健康行为、阶级/阶层区隔、社区机会和社会资本等方面都处于劣势地位。但是,与发达国家研究不同,在中国(包括香港地区)的研究中发现,社会上层成员往往比社会下层成员出现风险健康行为的比例更高,仅从社会经济地位的角度无法得到很好的解释。一方面,生活方式转型理论认为,中国在社会转型过程中,人们的生活方式快速变迁并受到西方生活方式的影响,但社会上层成员及城市人口最先受到那些不良生活方式(如高热能、加工油炸食品消费)的影响。另一方面,中国长期以来盛行的烟酒文化并未减弱,导致社会上层成员的生活方式比下层成员更不健康(Kim et al., 2004)。在生活方式快速变迁以及政府对健康生活方式积极倡导的背景下,当前中国城乡居民的健康生活方式有何特征,与社会经济地位的关系是否会呈现发达国家的变化趋势,在当前研究中尚未得到重点关注。

本研究采用中国综合社会调查(CGSS2010)数据,试图通过研究设计处理健康生活方式的测量问题。本研究预设具有相同或类似生活方式的人将会表现出类似的健康行为,因而将健康生活方式作为潜在变量,具体的健康行为作为外显变量,通过潜在类别模型来测量人们的健康生活方式,进而在当前中国社会转型的背景下厘清社会经济地位与健康生活方式之间的关系。

## 二、低社会经济地位与风险健康行为

大量研究发现,社会经济地位同人们的风险健康行为存在负向关

---

① 本文中的健康行为(health behaviors)、健康生活方式(health lifestyle)等概念是总称,与中文语境下的健康行为或生活方式(healthy behaviors 或 healthy lifestyle)有所区别。为避免误解,本文在特指负面的不健康行为或生活方式时增加了修饰词。

系(Christensen & Carpiano, 2014; Morris et al., 2016; Skalamera & Hummer, 2016),社会经济地位越低者,发生风险健康行为的可能性越大,或生活方式越不健康;而社会上层成员的风险健康行为发生概率较低,其生活方式往往比较健康或者具有预防性(Roshchina, 2016)。对于低社会经济地位者与风险健康生活行为之间的关系,存在多种理论解释(Pampel et al., 2010)。本研究根据健康行为的产生机制将这些理论观点<sup>①</sup>重新整合为两种路径,即个体主义路径和结构主义路径。

### (一)个体主义路径的解释

个体主义路径关注低社会经济地位者的心理、认知、效能和经济条件等方面,主要包括相对剥夺和压力、长寿收益、风险认知、效能与能动性、辅助健康行为等理论或观点。

剥夺与压力解释基于压力过程理论,认为低社会经济地位者处于相对地位剥夺状态,比高社会经济地位者更容易遭遇生活压力或负面事件(Pearlin & Menaghan, 1981),如失业、财产损失、婚姻破裂、歧视等,而吸烟、喝酒、过度饮食等风险健康行为则是其适应和对抗压力的方式(Gilbert & Zemore, 2016)。社会上层成员面临这些压力或负面事件的可能性较小,在应对生活压力时途径较多,资源较为丰富。

长寿收益解释基于成本与收益原理,认为社会下层成员从(能够促进长寿的)健康行为中获得的收益更少,因而不愿意进行健康行为投资,而社会上层成员更关心自己的健康状况,希望通过健康行为(如锻炼身体、合理膳食、充足睡眠等)达到延长寿命、享受生活和继续工作等目的,进而巩固其社会经济地位(Biddle & Hamermesh, 1990)。

风险认知观点认为,健康行为是人们的健康信念以及患病风险认知的反映,那些认为健康生活方式能够促进健康水平的人更容易发生健康行为,对疾病的风险认知以及负面健康诊断信息对于改善人们的健康行为有积极的帮助(Ferrer & Klein, 2015)。我国的一项研究发现,当人们被诊断为高血压时脂肪的摄入量会显著减少,尤其是对于高收入群体来说,效应更加明显(Zhao et al., 2012)。

---

<sup>①</sup> 潘佩尔等(Pampel et al., 2010)在研究中指出,当前对于低社会经济地位与健康行为之间的负相关共有9种解释观点。但其中有一种潜在特质观点认为,统计上的负相关是一种伪相关,而非因果关系。这种观点并未得到实证研究的支持,因而本研究并未将其纳入个体主义或结构主义的分析框架。

效能(efficacy)与能动性(agency)观点认为,教育不仅会增加人们在地位获得过程中的优势,还增强了效能与能动性、信息获取与处理能力、问题解决能力,加强了个人对生活的控制,这有助于将健康行为内化为一种健康生活方式(Mirowsky & Ross, 1998)。因而对于那些需要恒心和克服困难才能采取或维持的健康生活方式而言,高社会经济地位者(尤其是高教育者)更容易坚持下来,行动能力往往比人们掌握的健康风险知识更加重要(Mirowsky & Ross, 2007)。

辅助健康行为观点认为,尽管经济能力与健康行为之间没有直接关联,<sup>①</sup>但是如果购买一些特殊的健康服务,例如健康咨询、参加健身俱乐部、减肥俱乐部、戒烟戒酒俱乐部,购买更加健康营养的蔬菜水果以及一些特殊的运动装备等,需要有足够的经济条件作为支撑(Cutler & Lleras-Muney, 2010),因而对于低社会经济地位者来说,辅助健康行为对他们设置了较高的经济门槛。

概括来说,个体主义路径将人们面临的社会压力、行为预期、健康认知、健康意识、效能感与辅助行为等视为社会经济地位影响人们健康行为或生活方式的中间机制。这为低社会经济地位者的风险健康行为提供了具体的解释。但是,个体主义路径所指出的这些中间机制侧重于个体层次的反映,忽略了社会经济地位作为结构性要素在更高层次上对个体行为的约束,也没有考虑到生活方式作为不同地位群体之间标识的边界,实际上还反映了不同群体(阶层)之间的分化。

## (二)结构主义路径的解释

结构主义路径关注人们因所处社会位置的不同而产生的阶级/阶层分化、居住隔离以及社会资本与网络差异所导致的健康行为分化,主要包括阶级区隔、社区机会、社会资本等理论。

阶级区隔理论起源于韦伯的地位群体理论,韦伯根据社会声望和生活方式来区分不同类型的地位群体,并认为不同地位群体的生活方式必然是可辨别的(韦伯,2004/1946)。在韦伯论述的基础上,布迪厄将人们的日常行为(包含但不限于健康行为)视为一种社会实践,认为

---

<sup>①</sup> 并不是所有的健康行为都需要花费额外的经济成本,比如慢跑作为一种健康的有氧运动方式并不需要支付特殊费用。相反,像吸烟、喝酒这些风险健康行为却需要支付相关的购买费用。

人们在特定的场域结构下,依据自己的性情倾向(惯习)来选择特定的生活方式,反过来,生活方式也反映了人们在特定场域结构中的位置,生活方式起到了区隔不同社会阶层的作用(Bourdieu, 1984)。

社区机会解释认为不同类型社区为内部居民提供健康生活方式的机会是不同的,那些低收入社区在公共设施(如健身场所、公园、休闲中心等)、商业配套设置方面往往较差,人们购买健康食品需要去离家较远的大超市或购物中心,在离家较近的小商店只能购买快速消费品,从而制约了人们的健康生活方式(Powell et al., 2006)。

社会资本理论认为,健康生活方式是社会资本影响人们健康水平的中间机制,社会网络和社会支持有助于促进人们的健康行为并抑制风险健康行为(Kaljee & Chen, 2011)。社会资本影响人们的健康行为主要通过两条路径:一方面,社会网络成员之间可以相互交换健康信息、传递健康行为,共同作出实施健康行为的决策并在实施过程中相互监督(Lindström, 2008);另一方面,在高社会经济地位社区,社会凝聚力更强,成员之间更容易基于信任和互惠达成合作网络,这也有助于成员间健康行为的发生(Kawachi et al., 2008)。

结构主义路径强调社会经济地位分化对人们在健康行为或生活方式选择上的制约,相对个体主义路径来说更为抽象。但结构主义路径也忽略了个体主义所侧重的微观要素。综合来说,个体主义路径和结构主义路径从不同角度解释了社会经济地位同健康行为或生活方式之间的关联,两者可以相互补充。科克汉姆依据韦伯关于地位群体的论述,将健康生活方式定义为人们根据自身的生活机会(life chances)所能提供的选项进行生活选择(life choices)的一系列与健康有关的集体行为模式(Cockerham, 2010),强调健康生活方式受到个体能动性和结构双重因素的影响。因而以往的研究在理论和方法上便存在如下不足或问题。第一,理论预设的差异导致健康行为与健康生活方式在概念上存在差异。早期关于健康行为或生活方式的研究强调个人对健康行为的选择作用,因而通常以某种单一行为作为核心因变量。直到近20年来,才开始逐渐使用健康生活方式的概念。单一健康行为并不能反映行为对于健康的复杂效应和健康行为中的社会不平等。当分析社会经济地位同单个健康行为之间的关系时,不同的结果之间往往会出现一定程度的差异甚至矛盾,但是采用复合型测量指标时结果就比较明显(Friestad & Klepp, 2006),这要求我们在开展健康研究和健康实践

时要采用更加综合的视角,考虑更加多元的健康行为(Morris et al., 2016)。第二,很多研究只重视风险健康行为,如吸烟、喝酒、不合理饮食等,忽视了健康促进行为对健康的影响,如体育锻炼、常规体检等(Abel et al., 2000)。第三,在很多采用多维指标的研究中,对生活方式变量的处理往往只作了简单的汇总(即将各项指标的得分相加,如Kim et al., 2004),或采用聚类分析方法(如Chan & Leung, 2015)。这些处理方式均不能消除各行为指标之间的普遍相关性,新的变量不能真正反映人们的生活方式是否存在本质差异。这些问题在新的研究中都需要重新考量。

### 三、中国居民生活方式变迁与阶层差异

#### (一)中国居民生活方式变迁与营养转型

受工业化、城镇化、人口老龄化、生态环境及生活方式变化等方面影响,我国居民的慢性病发病率和死亡率问题也日趋严重,高血压、糖尿病、心脏病、脑血管疾病和恶性肿瘤均有明显增加,慢性病成为威胁我国居民健康的主要疾病(国家卫生和计划生育委员会, 2015)。

中国居民慢性病的快速发展与人们的生活方式变迁密切相关。改革开放三十多年来,中国居民的生活方式发生了明显的变迁(李霞, 2012)。在物质生活方面,人们的住房条件、居住环境、卫生条件显著改善。在饮食方面,营养转型理论(The Nutrition Transition Theory)指出,发展中国家或低收入国家人口的生活方式正在经历“西方化”的过程,中国的表现尤为明显(Popkin, 2003)。改革开放以来,城乡居民在纤维摄入和脂肪摄入等方面出现明显变化,中国人口的营养摄入逐渐由营养不足转向营养过度,从后饥荒阶段(receding famine stage)向退行性疾病阶段(degenerative disease stage)转型(Zhai et al., 2010)。此外,膳食结构也发生了明显变化,零食消费行为逐渐显现,烹饪方式从蒸、煮向油炸变迁(Wang et al., 2008)。在劳动方式方面,营养转型理论指出,以往的一些体力劳动逐渐由现代自动化设备(机器)所替代,各个行业、职业的劳动强度下降,人们的体力活动范围减少,长期静坐,缺乏必要的体育运动和锻炼(Popkin, 2003)。在烟酒消费方面,我国男性吸烟率(2010年为52.9%)远高于世界平均水平(32%),女性

(2010年为2.4%)则远低于世界平均水平(8%)。1990年以来,男性吸烟率虽然呈现下降趋势,但仍处于高平台期(国家烟草专卖局,2013)。男性成人在人均年酒精摄入量 and 有害饮酒率方面也远超女性(中国酒业协会、中国酒业年鉴编辑委员会,2015)。吸烟、过量饮酒、身体活动不足和高盐、高脂等不健康饮食是中国居民体重超重和肥胖、高血压、心脑血管疾病、糖尿病等慢性病发生发展的主要行为危险因素。

## (二)中国民众健康生活方式的阶层差异

尽管低社会经济地位同风险健康行为之间的相关关系在大多数国家的实证研究中都得到了验证,但在中国的几项研究中并未得到支持。王惠君(Huijun Wang)等研究发现,中国高收入家庭以及城市居民比低收入家庭和农村居民消费了更多的零食和油炸食品,高社会经济地位群体的生活方式逐渐向不健康的方式变迁(Wang et al., 2008)。陈彩云(Choi Wan Chan)等关于香港地区不同社会经济地位与生活方式的研究也发现,中高教育者、在业者比低教育者和非在业者的生活方式更加不健康(Chan & Leung, 2015)。这些研究发现与发达国家研究呈现相反的趋势。金素媛(Soowon Kim)等对中美两国不同社会经济地位人口的健康生活方式(饮食、锻炼、吸烟、喝酒)进行对比研究后发现,与美国相反,中国具有优势社会经济地位的人口生活方式往往更加不健康。金素媛等将这种差异归结为中美社会经济发展程度的差异,认为生活方式总是伴随经济发展程度而发生转型,并且不同社会阶层群体在生活方式转型过程中的模式存在差异(Kim et al., 2004)。在中国改革开放以后,由政府控制的食物分配制度得以废除,人们可以在市场上自由购买食品,购买模式和消费模式开始转型。社会上层成员和城市居民最先受到西方生活方式的影响,但生活方式中的某些行为在中美两国存在差异。例如,在美国(以及其他西方发达国家)由于加工食品的消费经济成本较低,其主要消费群体往往是工人阶级及社会经济地位较低的群体;相反,这些食品在中国售价昂贵,往往只有社会上层成员或高社会经济地位群体才能经常消费,并将消费这些加工食品作为富有的象征。在运动方面,现代办公工具、机器的运用使得一些社会上层成员在工作过程中缺少活动,同时面对电子屏幕的时间更长(Kim et al., 2004)。金素媛等将这些发现概括为生活方式转型理论,在一定

程度上解释了为什么在发展中国家与营养相关的非传染性疾病在社会上层人口中的发病率更高。生活方式转型理论与营养转型理论都指出,发展中国家人口的生活方式受到了西方国家的影响,并且受到经济发展程度的调节。严格来说,生活方式转型理论并未超越营养转型理论的框架范畴,但是生活方式转型理论更聚焦于对发展中国家不同社会阶层之间生活方式差异的解释。

当前中国经济仍处于快速发展阶段,综合国力已经达到中等发达国家水平,民众的经济水平和教育水平不断增加,健康意识逐渐增强。同时,我国政府近年来在控烟、推广健康生活方式等方面也作出了极大的努力。那么不同社会经济地位群体的生活方式将如何变迁?是否会呈现出发达国家的趋势,即低社会经济地位群体比高社会经济地位群体的生活方式更加不健康?或者还未突破发展中国家营养转型的“瓶颈”?这些问题将在本研究中得到分析和检验。

## 四、研究假设

### (一)地位束缚假设

科克汉姆结合韦伯的地位群体理论和布迪厄的社会实践理论,提出了健康生活方式再生产理论(Cockerham, 2010)。该理论认为社会结构(主要是阶级结构、年龄、性别、种族/族群、集体、生活条件等)束缚了个体的生活机会,而社会化及个人经历影响了个人的生活选择,个体在生活机会和生活选择的相互作用下形成健康生活方式的行动倾向(惯习),发生生活方式行为。这些行为模式构成了健康生活方式,而这些生活方式实践又会影响他们的行动倾向(惯习)。健康生活方式理论从社会学的角度整合了个体主义路径和结构主义路径关于社会经济地位与健康行为(生活方式)之间具有稳定相关关系的解释。以往西方发达国家的相关研究都为这一理论模型提供了经验支持。

中国改革开放以来,社会结构也经历了快速转型,不同社会阶层之间的差距越来越大。尽管不同学者对于中国社会阶层分化状况的结论有所不同,但不同社会阶层之间的资源和利益出现分化和多元化是不同研究的共识基础。社会上层成员在教育水平、收入分配、财富等方面都有明显优势。阶层分化导致了不同社会阶层成员在消费行为、居住



空间和体育锻炼等方面也出现了明显的差异。社会上层成员更加注重生活质量和消费品位(朱迪,2013),居住在较好的社区类型或价位较高的社区地段(刘精明、李路路,2005),高社会经济地位的人也有经常参加体育锻炼的优势(王甫勤,2012)。根据健康生活方式再生产理论,社会经济地位作为重要的结构变量,在个人能动选择和结构两个维度上都制约或束缚着人们对健康生活方式的选择。在当前中国社会阶层分化的背景下,本研究提出健康生活方式的地位束缚假设。

研究假设1:低社会经济地位者更容易受到社会结构位置的束缚,在生活方式选择上往往更不健康;而高社会经济地位者在生活方式选择中的自由度更大,更加健康。

## (二)生活方式转型假设

金素媛等提出的生活方式转型理论认为,生活方式随着国家经济发展而发生转型,并且不同社会经济地位群体的转型模式不同(Kim et al., 2004)。中国作为发展中国家,在市场化经济转型过程中人们的营养水平和饮食方式都发生了明显变化,并受到西方生活方式的影响(Popkin, 2003)。在饮食行为方面,社会上层成员由于其经济能力较强,那些售价较高但不健康的食品反而消费得更多。体育运动方面同样也受到了现代工作方式的影响,社会的上层成员的工作更多依赖电脑,活动时间更少。同时,中国的烟酒文化仍然相当浓厚,从最近二十多年来烟酒消费量统计来看,人们的烟酒消费并未出现明显下降,但烟酒消费价格却稳步增加。<sup>①</sup> 尽管金素媛等研究所使用的数据较为陈旧,研究设计方面<sup>②</sup>也存在一些问题,但那些基于新近调查数据的研究(包括对香港的研究)也发现了中国社会上层成员生活方式不健康的问题(Wang et al., 2008),生活方式转型理论的观点并未被否定。因此,本研究提出生活方式转型假设。

研究假设2:社会经济地位越高,其生活方式越不健康。相反,社

① 可参考《中国统计年鉴》相关年份“价格指数”中“烟草”和“酒”的居民消费价格指数。

② 金素媛等使用了“中国健康与营养状况调查”(CHNS1993)的数据,在社会经济地位测量中,仅以接受过小学及以上教育作为高教育程度的测量。在生活方式测量方面,将饮食、吸烟、喝酒、运动等行为进行汇总得到生活方式指数(0-100分),并将得分在60分以下的称为不健康的生活方式,60-80分的称为中等健康的生活方式,80分以上的称为健康的生活方式。这些方面与其前述研究一样都存在明显不足。

会经济地位较低者生活方式更加健康。

地位束缚假设和生活方式转型假设表面上看似一个假设的正反两面,但假设的出发点并不相同,其蕴含的理论机理也不一致。地位束缚假设基于健康生活方式再生产理论,强调不同社会经济地位者由于所处社会结构位置不同,能够掌控的资源也存在分化,从而对人们生活机会的限制也不同。而生活方式转型假设则基于营养转型理论,认为在经济快速发展的发展中国家(尤其是中国),人们的生活方式普遍受到“西方化”的影响,正在经历从营养不足向营养过度的退行性疾病阶段,不同社会阶层均受到营养转型的影响,但是社会上层成员受到的影响可能更大。健康生活方式理论以西方发达社会的经验为基础并得到了检验,而生活方式转型理论则根据发展中国家的经验现实而提出,两种理论的背景并不相同。因此,两种理论对于中国民众社会经济地位与健康生活方式之间关系的预期是不一致的。

## 五、研究设计

### (一) 变量测量

#### 1. 因变量

健康生活方式通过健康行为进行潜在类别测量。具体的健康行为包括吸烟、喝酒、体育锻炼、休息、常规体检等5种行为。具体测量方式如下:(1)吸烟。根据受访者当前抽烟的频率分成5个类别,即“从不抽烟”、“一年几次”、“一月几次”、“一周几次”和“每天都抽”,编码依次为1-5。(2)喝酒。与吸烟类似,根据受访者当前喝酒的频率,依次分为“从不喝酒”、“一年几次”、“一月几次”、“一周几次”和“每天都喝”5个类别,编码方式与吸烟相同。(3)体育锻炼。根据被访者进行体育锻炼(20分钟以上,能够出汗或呼吸加速)的频率,分为“从不锻炼”、“一年几次”、“一月几次”、“一周几次”和“每天锻炼”等5个类别,编码方式与吸烟、喝酒相同。(4)休息放松。根据被访者最近一年内的空闲时间安排,分为“很少休息”、“有时休息”、“经常休息”和“总是休息”4个类别,编码依次为1-4。(5)常规体检。根据被访者在最近三年内是否参加过任何健康体检来测量,分为“从不体检”、“有,但不定期”和“有,定期”3个类别,编码依次为1-3。对于5个行为变量

在样本中的描述统计以及潜在类别变量的构建过程,可参见数据分析的第一部分。

## 2. 自变量

社会经济地位根据人们的教育、职业和收入来测量。(1)教育。根据受访者所接受的最高学历情况,将其划分为小学及以下、初中、高中及同等学历、大学专科及以上,编码依次为1-4。(2)职业。根据受访者当前(或退休前最后一份)的职业类型,采用EGP11分类职业阶层框架,将受访者的职业地位合并为管理/专业技术人员、常规非体力人员、小业主/个体户、工头/技术工人、非技术体力工人、农业劳动者六个类别,编码依次为1-6。(3)收入。根据受访者调研前一年的年总收入来测量,并取自然对数。

## 3. 控制变量

在以往国外的健康行为研究中,性别和年龄是基本的控制变量。(1)性别。男性为1,女性为0。(2)年龄。根据调研年份减去出生年份获得年龄,同时根据以往研究经验,将年龄的平方也作为控制变量,为了消除尺度效应,将年龄平方的变量取值除以100。(3)出生同期群。以1978年为界,将人们划分为两个出生同期群,即1977年及以前出生(编码为0)和1978年及以后出生(编码为1)两个群组。此外,由于中国城乡间经济发展程度存在明显差异,因而将城乡差异也作为控制变量,城镇为1,农村为0。

## (二)研究数据与分析方法

本研究所采用的数据来自于“中国综合社会调查(2010)”(CGSS2010),该调查由中国人民大学中国调查与数据中心联合各地学术机构共同执行,采用分层设计、多阶段PPS抽样方法,对全国31个省市自治区的城乡人口总体(18岁以上,不含港、澳、台)进行了抽样调查,<sup>①</sup>调查共获得样本11783个。但由于在调研设计中健康(M)部分样本只针对出生月份为一月、四月、六月和八月等四个月份的人,有效样本实际是3866个。在分析中,对部分存在缺失值的变量进行了删除

<sup>①</sup> 具体抽样方案可参考《中国综合社会调查第二期(2010-2019)抽样方案》,相关文本可从中国人民大学中国调查与数据中心(<http://www.chinagss.org/>)或中国国家调查数据网站(<http://www.cnsda.org/>)下载。

处理,进入最终分析模型的样本实际为 2895 个,在最终统计模型中,样本经过了加权处理。样本的基本情况见表 1。

表 1 中国综合社会调查(CGSS2010)健康(M)部分样本描述统计

分类变量	取值	加权前(N = 2895)		加权后(N = 2930)	
		样本数	百分比	样本数	百分比
性别	男	1559	53.9	1672	42.9
	女	1336	46.1	1258	57.1
城乡	农村	1226	42.3	1395	47.6
	城镇	1669	57.7	1535	52.4
出生同期群	1977 年及以前出生	2402	83.0	2409	82.2
	1978 年及以后出生	493	17.0	521	17.8
教育程度	小学及以下	1011	34.9	1072	36.6
	初中	933	32.2	981	33.5
	高中及同等学历	515	17.8	499	17.0
	大学专科及以上	436	15.1	377	12.9
职业阶层地位	管理/专业技术人员	396	13.7	357	12.2
	常规非体力人员	352	12.2	310	10.6
	小业主/个体户	280	9.7	300	10.2
	工头/技术工人	291	10.1	276	9.4
	非技术体力工人	452	15.6	450	15.4
	农业劳动者	1124	38.8	1236	42.2
连续变量	范围	均值	标准差	均值	标准差
年龄	[18,96]	47.3	14.8	46.4	14.4
年总收入(元)	[50,6000000]	22108.5	118221.9	21250.9	112438.8
年总收入的对数	(3.91,15.61)	9.2	1.2	9.2	1.2

本文所采用的模型包括潜在类别模型(Latent Class Model)和多分类 Logistic 回归模型。

潜在类别模型是通过潜在类别变量来解释外显变量之间的关联,使外显变量间的关联通过潜在类别变量来估计,进而达到局部独立性的统计方法(邱皓政,2008)。本研究的外显变量共有 5 个,即吸烟、喝酒、体育锻炼、休息和常规体检这 5 个行为变量,分别记为 A,B,C,D,E,于是潜在类别分析模型可以写为:

$$\pi_{ijklm}^{ABCDE} = \sum_t^T \pi_t^X \pi_{it}^{\bar{A}X} \pi_{jt}^{\bar{B}X} \pi_{kt}^{\bar{C}X} \pi_{lt}^{\bar{D}X} \pi_{mt}^{\bar{E}X}$$

模型中,  $i, j, k, l, m$  分别表示外显变量的取值,  $\pi_{ijklm}^{ABCDE}$  表示潜在类别模型估计的外显变量的联合分布概率,  $\pi_t^X$  表示观察数据属于某一潜在类别变量  $X$  的特定类别  $t$  的概率,  $t = 1, 2, \dots, T$ ,  $\pi_{it}^{\bar{A}X}$  表示属于第  $t$  个潜在类别的观测者在  $A$  行为变量上的反映为  $i$  的条件概率, 其他依次类推。

由于潜在生活方式类别属于分类变量, 因而对社会经济地位与生活方式之间的关系采用多分类 Logistic 回归分析进行预测分析。该模型在类别数据分析中较为常见, 本文不再赘述。

## 六、数据分析

### (一) 中国城乡居民的健康行为及生活方式

本研究以吸烟、喝酒、体育锻炼、休息放松和常规体检 5 个行为变量来综合测量中国城乡居民的健康生活方式。如表 2(描述统计栏)所示, 总体上, 中国城乡居民的健康行为呈现多元化的特征, 各种健康行为都占有一定比例, 且不同行为的分布形态存在明显差异。吸烟行为呈两端集中分布状态, 即“从不抽烟”和“每天抽烟”所占的比重较高, 其中“每天抽烟”的比例为 31.0%。在喝酒行为方面, “从不喝酒”的人占样本总数的 58.1%, 其余人口在“一年几次”、“一月几次”、“一周几次”和“每天都喝”几个类别间分布比较接近, 约在 10% 上下。体育锻炼行为的分布与吸烟行为类似, 基本上也是两头多中间少, “从不锻炼”和“每天锻炼”的比例分别为 53.5% 和 17.2%, “一年几次”到“每周几次”的比例逐渐增加。在休息放松方面, 从“很少休息”到“总是休息”基本上呈现了先升后降的趋势, “经常休息”或“总是休息”的累计比例达到了 54.8%。体检行为中, “从不体检”、“有, 不定期”和“有, 定期”的比例逐渐减少, 分别是 43.2%、37.0% 和 19.8%。

由于各种行为的分布形态存在明显差异, 为了更好地研究人们在不同行为上的组合模式, 本研究采用潜在类别分析, 探索上述 5 个行为变量背后是否存在具有显著解释力的潜在类别变量, 使用 Latent Gold

4.5 版本软件对数据进行多次拟合,结果见表3。在所构建的五个潜在类别模型中,模型3的 $-2LL(G^2)$ 值的概率为1.00,表明具有三个类别的潜在变量能够很好地拟合数据,同时BIC指标最小,是拟合人们潜在生活方式类别的理想模型,进一步分析也发现,三个潜在类别对每个指标都具有显著的解释力。

在确定理想类别是三个类别之后,再计算不同潜在类别的概率及该类别在不同指标上的条件概率,结果见表2(条件概率栏)。通过各潜在类别在各外显指标上的条件概率,可以判断不同潜在类别的特征。

表2 健康行为的描述性分析及生活方式潜在类别概率和条件概率 N = 3827

生活方式指标	测量	描述统计		条件概率		
		样本数	百分比	类别1	类别2	类别3
吸烟	从不抽烟	1890	65.3	.8461	.8800	.0202
	一年几次	18	.6	.0006	.0114	.0142
	一月几次	17	.6	.0036	.0043	.0174
	一周几次	73	2.5	.0116	.0001	.0895
	每天抽烟	897	31.0	.1381	.1042	.8587
喝酒	从不喝酒	1681	58.1	.8273	.6645	.0124
	一年几次	292	10.1	.0536	.1631	.1342
	一月几次	356	12.3	.0393	.1197	.2760
	一周几次	261	9.0	.0268	.0422	.2882
	每天喝酒	305	10.5	.0530	.0105	.2893
锻炼	从不锻炼	1548	53.5	.7715	.0589	.5401
	一年几次	255	8.8	.0499	.1643	.1253
	一月几次	220	7.6	.0164	.2032	.0752
	一周几次	373	12.9	.0355	.3154	.1225
	每天锻炼	499	17.2	.1267	.2583	.1369
休息放松	很少休息	491	17.0	.2002	.0924	.1884
	有时休息	818	28.3	.2723	.3105	.2648
	经常休息	1196	41.3	.3672	.5015	.4261
	总是休息	390	13.5	.1603	.0956	.1207
常规体检	从不体检	1251	43.2	.5574	.1259	.5082
	有,不定期	1070	37.0	.3497	.4819	.3346
	有,定期	574	19.8	.0929	.3921	.1571
潜在类别概率	—	—	—	.5261	.2768	.1971

注:样本数3827为原始样本(3866人)中生活方式指标的有效样本数。为了最大化利用有效样本,在生活方式描述分析及下文的潜在类别模型构建中使用未加权的原始样本。

类别 1 在“从不抽烟”、“从不喝酒”、“从不锻炼”、“很少休息”和“从不体检”等选项上的条件概率最高,既包含了“不抽烟”、“不喝酒”等健康行为,也包含了“不锻炼”、“少休息”和“不体检”等风险健康行为,相对来说较为复杂,因而本研究将这种生活方式命名为混合型生活方式。与类别 1 相似,类别 2 在“从不抽烟”和“从不喝酒”选项上的条件概率也非常高,但不同于类别 1,类别 2 在体育锻炼、休息放松和常规体检等三个指标上也非常积极。总的来说,类别 2 在 5 项指标上都表现出健康生活的特征,故而将类别 2 命名为健康型生活方式。类别 3 在“每天抽烟”和“每天喝酒”选项上的条件概率最高,另外,与类别 1 类似,类别 3 在“从不锻炼”、“很少休息”和“从不体检”等选项上条件概率也较高,这些行为都增加了个体患病的风险,故将类别 3 命名为风险型生活方式。“混合型”、“健康型”和“风险型”生活方式的潜在类别概率依次是 52.61%,27.68% 和 19.71%,表明当前中国城乡居民的健康生活方式呈现多元化特征,且每种生活方式均占有一定比重。

严格来说,混合型和风险型生活方式都属于非健康的生活方式,但对人们的健康状况存在不同的负面影响,混合型生活方式更多产生与营养有关的慢性疾病,而风险型生活方式更多产生呼吸道系统疾病或心脑血管疾病。从三种类型生活方式在总人口中所占比例来看,当前中国城乡人口的健康生活方式仍然有待改善。

表 3 探索性潜在类别分析模型拟合情况比较 N = 3827

模型	$\chi^2$	G <sup>2</sup>	df	p	Npar	AIC	BIC
模型 1:1 个类别	4696.25	2752.01	1482	4.3e-79	17	42978.05	43084.30
模型 2:2 个类别	3001.20	1772.47	1464	4.3e-8	35	42034.50	42253.25
模型 3:3 个类别	1962.45	1245.04	1446	1.00	53	41543.08	41874.32
模型 4:4 个类别	1718.37	1109.98	1428	1.00	71	41444.01	41887.75
模型 5:5 个类别	1465.70	1005.46	1410	1.00	89	41375.50	41931.73

## (二) 社会经济地位与健康生活方式的关系

为了分析社会经济地位对于人们健康生活方式的影响,并检验地位束缚假设和生活方式转型假设,本研究根据潜在类别模型(模型 3)估计的后验概率大小将每个样本划分到三个类别中,并采用多分类 Logistic 回归模型估计基本控制变量及社会经济地位对健康生活方式

的影响作用。模型估计结果见表4。

从估计结果来看,基本控制变量和社会经济地位变量与人们的健康生活方式之间都存在显著的相关关系。在基本控制变量方面,以“健康型/风险型”的参数估计为例。男性、中年人、农村人口的生活方式更加不健康(风险型)。具体来说,与男性相比,女性生活方式倾向于健康型的优势是男性的65倍多( $= \exp^{4.181}$ ),这与国外其他研究一致,但从优势的量级上来看,与男性在中国烟酒消费中的绝对优势地位有关。年龄与生活方式的关系呈U型曲线,即青年人和老年人的生活方式更加健康,而中年人生活方式不健康的概率较高,这不同于陈彩云

表4 社会经济地位与生活方式之间关系的多分类 Logistic 回归分析

N = 2930

常数项/变量	健康型/风险型		混合型/风险型		健康型/混合型	
	b	Exp(b)	b	Exp(b)	b	Exp(b)
常数	3.153 ***		7.249 ***		-4.096 ***	
性别	-4.181 ***	.015	-4.032 ***	.018	-.149	.861
年龄	-.106 ***	.899	-.105 ***	.901	-.002	.998
年龄的平方	.131 ***	1.140	.123 ***	1.131	.008	1.008
城乡	.454 **	1.575	-.191	.826	.645 ***	1.907
教育程度						
大学及以上	1.251 ***	3.495	-.667 **	.513	1.918 ***	6.808
高中及同等学历	.562 **	1.755	-.506 **	.603	1.068 ***	2.910
初中	.634 ***	1.884	-.083	.921	.716 ***	2.047
职业阶层地位						
专业技术/管理人员	.697 **	2.007	.218	1.244	.478 *	1.613
一般办事人员	.433	1.541	-.127	.880	.560 **	1.751
个体户/小业主	.438	1.549	.453 *	1.573	-.015	.985
一般技术工人	.670 **	1.953	.347	1.414	.323	1.381
体力工人	.419 *	1.520	-.330 *	.719	.749 ***	2.114
年总收入的自然对数	.080	1.083	-.128 *	.879	.208 ***	1.232
-2LL	4535.279					
自由度	26					
Pseudo R <sup>2</sup> (cox and snell)	.393					
Prob > Chi <sup>2</sup>	.000					

注: \* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001, 表5 与此相同,不再另行注明。



等(Chan & Leung, 2015)研究中发现的年轻人的生活方式更不健康的结论。城市居民生活方式倾向于健康型的优势是农村居民的 1.575 倍(=  $\exp^{0.454}$ ),这与生活方式转型理论有所不同。在社会经济地位方面,不同社会经济地位人口的生活方式呈现多元化的特征。从教育的角度来说,随着教育程度的增加,人们的生活方式更加健康。与低教育程度者相比,具有大学专科及以上文化程度者,其生活方式为健康型的优势是风险型的 3.495 倍(=  $\exp^{1.251}$ ),是混合型的 6.808 倍(=  $\exp^{1.918}$ ),高中文化程度者和初中文化程度者对应的优势分别是风险型的 1.755 倍(=  $\exp^{0.562}$ )和 1.884 倍(=  $\exp^{0.634}$ ),是混合型的 2.910 倍(=  $\exp^{1.068}$ )和 2.047 倍(=  $\exp^{0.716}$ )。低教育者的生活方式更倾向于混合型,虽然在抽烟和喝酒方面的概率较低,但也缺少运动,闲暇生活中放松休息和参加体检的机会较少。这与西方国家的研究一致(Mirowsky & Ross, 1998)。这一发现支持了地位束缚假设的观点。但本研究也发现,我国高教育程度者中风险型生活方式也占有相当大的比重。在混合型/风险型的对比中,高教育者比低教育者更加偏向风险型生活方式。相对而言,高教育者生活方式为风险型的优势是混合型的 1.948 倍(=  $\exp^{0.667}$ ),这与西方国家的研究并不一致,而与金素媛等的研究较为接近,因而不能否定生活方式转型假设的观点。这说明近 20 年来,<sup>①</sup>尽管高教育者的生活方式已经有了明显改善(健康型优势更大),已在向西方国家的健康生活方式靠近,但仍然没有摆脱中国传统文化中的烟酒消费模式,而且高教育群体在工作中对现代化办公的依赖也增加了久坐的可能性,工作压力也使他们减少了休息放松的机会。职业阶层地位和生活方式之间的关系与西方研究一致(Griep et al., 2015),支持了地位束缚假设。高职业地位者(专业技术/管理人员)在工作自主性、工作控制程度、工作环境以及资源分配过程中拥有更大优势,对生活方式的要求更高(如工作场所禁烟),因而发生健康型生活方式的优势更大。具体来说,相对于农业劳动者而言,管理/技术人员的生活方式为健康型的优势是风险型的 2.007 倍(=  $\exp^{0.697}$ )。一般技术工人、体力工人的生活方式也比农业劳动者更加健康,其生活方式属于健康型而不是风险型的优势分别是农业劳动者的 1.953 倍

① 金素媛等使用的是中国健康与营养状况调查 1993 年的数据,本研究采用中国综合社会调查 2010 年的数据,两个数据采集时间相差 17 年。

( $= \exp^{0.670}$ )和1.520倍( $= \exp^{0.419}$ )。与农业劳动者相比,他们一般在城镇工作,因而受到城镇居民生活方式的影响和同化;而且他们通常归属于特定的单位,其劳动合同通常会对“常规体检”作出规定,因而他们参加常规体检的概率也要高于农业劳动者。与地位束缚假设预期不同的是,一般办事人员、个体户/小业主阶层在职业地位上要明显高于农业劳动者,但在生活方式方面并无明显差异,这一点支持了生活方式转型假设。收入对健康生活方式的影响同教育程度一样,也呈现出两端分化的特征,虽支持了地位束缚假设,但也不否定生活方式转型假设。高收入者出现健康型生活方式和风险型生活方式的概率并没有显著差异,但低收入者的生活方式更倾向于混合型。相对而言,人们收入的自然对数每增加一个单位,其生活方式偏向健康型和风险型的优势分别是混合型的1.232倍( $= \exp^{0.208}$ )和1.137倍( $= \exp^{0.128}$ )。一方面,根据健康生活方式再生产理论,高收入群体比低收入群体面临的经济压力更小,还能够购买一些辅助健康行为,工作环境的优势也使他们参加常规体检的可能性高于低收入群体。在群体层次上,高收入群体更有可能居住在高档社区(如商品房社区),增加了他们发生健康行为的可能性。另一方面,根据金素媛等(Kim et al., 2004)和王惠君等(Wang et al., 2008)的研究,中国高收入群体比低收入群体消费了更多的零食、油炸加工食品,这些食品价格比较昂贵却不健康。

### (三)不同出生年代人口的社会经济地位与健康生活方式

根据上文,当前中国城乡居民的社会经济地位与生活方式之间的关系并非仅仅通过单一的地位束缚假设或生活方式转型假设就可以解释。事实上,由于不同社会阶层在教育、职业和收入等维度上的相对位置并不完全一致,不同社会经济地位者在不同健康行为上的组合模式也不完全相同。另外,由于生活方式转型理论是基于社会变迁的解释,反映的是改革开放前后中国经济水平的变化,对不同社会经济地位者的影响属于时期效应(time effect),但由于受截面数据的限制,并不能完全检验这种时期效应的变化。鉴于此,本研究根据受访者的出生年代将人们划分成1977年及以前和1978年及以后两个出生同期群,采用与总样本相同的模型进行分样本分析,通过不同社会经济地位对于两个出生群组的同期群效应(cohort effect)分析来间接反映改革开放前后不同社会经济地位者的生活方式变化,模型估计结果见表5。

表 5 不同出生年代人口的社会经济地位与健康生活方式之间关系的多分类 Logistic 回归分析

常数项/变量	1977 年及以前出生(N = 2409)				1978 年及以后出生(N = 521)			
	健康型/风险型		混合型/风险型		健康型/风险型		混合型/风险型	
	b	Exp(b)	b	Exp(b)	b	Exp(b)	b	Exp(b)
常数	1.010		8.711 ****		19.803 **		8.960	
性别	-4.347 ****	.013	-4.138 ****	.016	-3.690 ****	.025	-3.745 ****	.024
年龄	-.040	.961	-.152 ****	.859	-1.358 **	.257	-.186	.830
年龄的平方	.074	1.076	.165 ****	1.179	2.481 *	11.951	.279	1.322
城乡	.406 *	1.501	-.243	.784	.722 *	2.058	.072	1.074
教育程度								
大学及以上	1.335 ****	3.799	-.456	.634	1.238	3.449	-1.533 **	.216
高中及同等学历	.560 *	1.750	-.241	.786	.262	1.299	-1.864 ****	.155
初中	.561 **	1.752	-.067	.935	.680	1.975	-.470	.625
职业阶层地位								
技术/管理人员	.735 *	2.085	.170	1.185	.185	1.203	.045	1.046
一般办事人员	.649 *	1.913	-.043	.958	-.593	.553	-.567	.567
个体户/小业主	.474	1.607	.400	1.491	.239	1.270	.478	1.612
一般技术工人	.806 **	2.240	.432	1.540	-.092	.912	.020	1.020
体力工人	.438 *	1.549	-.202	.817	-.015	.985	-1.101 **	.333
年总收入的自然对数	.126	1.134	-.143 *	.867	.034	1.035	-.159	.853
-2LL	3650.639				830.968			
自由度	26				26			
Pseudo R <sup>2</sup> (cox and snell)	.395				.413			
Prob > Chi <sup>2</sup>	.000				.000			

将分样本与总样本分析结果进行初步比较(基于健康型 vs. 风险型)后发现,1977年及以前出生样本与总样本在性别、城乡等基本控制变量以及教育和收入等社会经济地位变量上的估计结果基本一致,<sup>①</sup>在1977年及以前出生样本中,年龄变量对生活方式是否为健康型或风险型的影响并不显著。在职业地位变量中,一般办事人员与农业劳动者相比,在生活方式为健康型而不是风险型方面存在显著差异(总样本中不显著),其余职业类别与总样本相比也一致。但是,1978年及以后出生样本与总样本估计结果相比,除了性别、年龄和城乡等基本控制变量和收入变量在方向与显著性方面与总模型保持一致外,主要社会经济地位变量均变得不显著(收入变量在总模型中也不显著),<sup>②</sup>并且职业地位中,一般办事人员、一般技术工人和体力工人等阶层的参数估计值变成了负值(虽然不显著)。综合来看,如果只考虑健康型与风险型生活方式的优势对比情况,在1977年及以前出生的人口中,社会经济地位变量对人们生活方式的影响更为明确,更支持地位束缚假设的观点;但在1978年及以后出生的人口中,人们的生活方式是健康型还是风险型主要是人口学变量的作用,而社会经济地位变量几乎不产生显著影响,不能支持地位束缚假设。尽管不能以此来推论生活方式转型假设成立,但的确反映出对于不同年代出生的群体而言,社会经济地位的影响模式发生了变化,而这一点正是生活方式转型理论所强调的。

## 七、研究结论与讨论

尽管以往西方发达国家的研究为健康生活方式再生产理论(Cockerham, 2010)提供了稳定的经验支持,但在中国民众的健康行为或生活方式研究中并未得到支持,再生产理论对此没有能够予以充分解释。生活方式转型理论基于营养转型理论(Popkin, 2003),认为,人们的生活方式在中国社会经济转型过程中发生变迁,受到西方社会的影响,而且社会上层成员受到西方生活方式的影响更大(Kim et al.,

① 由于各模型的样本量不同,也不相互嵌套,这里仅比较参数的方向和显著性检验的结果。

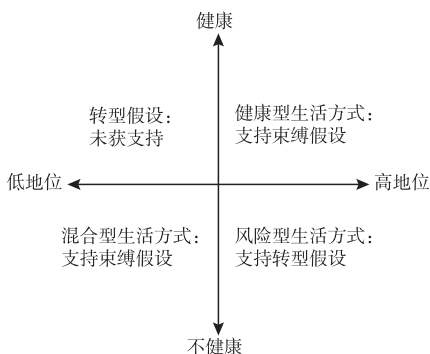
② 参数不显著除了变量效应改变之外,也有可能由于1978年及以后出生群组的样本总量偏少(仅占总样本量的17.8%)、参数估计的标准误增加有关。

2004)。本研究根据这两种理论观点分别提出了地位束缚假设和生活方式转型假设,在分析中国民众健康生活方式的基础上,对这两种竞争性理论进行了检验。

通过对中国综合社会调查数据(CGSS2010)的潜在类别分析,本研究将人们的生活方式划分为三个类别,即混合型、健康型和风险型生活方式。从潜在类别的规模来看,三种生活方式的潜在类别概率依次为52.61%、27.68%和19.71%,不同类型生活方式在五项指标上的组合模式明显不同。说明当前中国城乡居民的生活方式呈现出多元化特征,健康型生活方式在城乡居民中所占比例相对较低,而混合型和风险型生活方式作为两种非健康型生活方式分别占有相当大的比重。

从社会经济地位与生活方式之间的关系来看,结构束缚假设和生活方式转型假设都得到了部分支持,见下图。高教育者、高收入者相对于低教育者和低收入者来说,生活方式呈现出两端分化的特征,即健康型和风险型生活方式都占有相当大的概率优势,或者说健康型与风险型相比无显著优势,同时低教育、低收入者的生活方式更加偏向于混合型。从职业地位来看,更加支持结构束缚假设,高职业地位者比低职业地位者的生活方式更加健康。总体而言,高社会经济地位者的健康型生活方式和低社会经济地位者的混合型生活方式可以通过健康生活方式再生产理论的相关逻辑来解释,高社会经济地位者位于社会结构的中上阶层,掌握更多的社会资源,在个体层面与结构层面比低社会经济地位者更有优势,因而在特定的生活机会中会作出更有利于健康的选择。而高社会经济地位者的风险型生活方式可以通过生活方式转型理论的逻辑来解释。高社会经济地位者受西方生活方式的影响更深,但转型假设预期低社会经济地位者将会表现出健康型生活方式并未获得支持,说明中国民众的生活方式仍处于不断变迁的过程中。另外,本研究将人们划分为1977年及以前和1978年及以后两个出生世代,通过分样本分析发现,社会经济地位变量对人们选择健康型或风险型生活方式的影响发生了显著变化。改革开放以后,社会经济地位的影响基本上不显著,这也间接支持了生活方式转型假设的观点。基于以往的研究(Wang et al., 2008),社会上层成员的生活方式逐渐由不健康向健康型转变,反映了社会上层成员对自身健康状况的重视,或国家公共卫生政策、健康教育和健康干预起到了明显的效果,但社会下层成员逐渐由健康型向混合型转变,说明社会下层成员越来越受到生活机会的限

制。健康生活方式的社会阶层差异可能导致中国民众健康不平等(焦开山,2014)的趋势进一步扩大。



社会经济地位与健康生活方式关系图

总体来说,中国民众的社会经济地位与生活方式之间的关系非常复杂,其中既能够观察到西方发达国家的特征,也能够观察到发展中国家的特征,并非简单的线性关系,或仅仅通过单一健康行为就能呈现。作为发展中国家,中国民众的生活方式既受到社会经济地位的结构束缚,也受到西方发达国家生活方式的影响。在实际研究和相关决策中,必须考虑到社会经济发展程度和文化差异对社会经济地位与健康生活方式间关系的调节作用。尽管本研究以潜在类别模型在一定程度上处理了不同健康行为之间存在的相关性,但由于缺少了与饮食相关的变量,研究所得到的健康生活方式潜变量在内容效度上仍有所欠缺,这可能是社会经济地位对于1978年及以后出生群组选择健康型还是风险型生活方式影响不显著的潜在原因。同时,潜在类别模型本身的局限,如通过后验概率将样本进行归类存在一定的分类错误概率,也使得本研究的结论可能存在一定偏差。此外,本文未能对高社会经济地位者的生活方式出现两端分化的中间调节机制予以解释,这些不足在进一步研究中仍需要重点关注。

#### 参考文献:

国家烟草专卖局,2013,《中国烟草年鉴2013》,北京:中国科学技术出版社。

国家卫生和计划生育委员会,2015,《中国卫生和计划生育统计年鉴(2015)》,北京:中国协和医科大学出版社。

- 焦开山,2014,《健康不平等影响因素研究》,《社会学研究》第5期。
- 李霞,2012,《生活方式的变迁与选择》,北京:人民出版社。
- 刘精明、李路路,2005,《阶层化:居住空间、生活方式、社会交往与阶层认同——我国城镇社会阶层化问题的实证研究》,《社会学研究》第3期。
- 邱皓政,2008,《潜在类别模型的原理与技术》,北京:教育科学出版社。
- 韦伯,马克斯,2004/1946,《经济与社会》上卷,林荣远译,北京:商务印书馆。
- 王甫勤,2012,《社会经济地位、生活方式与健康不平等》,《社会》第2期。
- 中国酒业协会、中国酒业年鉴编辑委员会,2015,《中国酒业年鉴 2012 - 2013》,北京:中国轻工业出版社。
- 朱迪,2013,《品味的辩护:理解当代中国消费者的一条路径》,《广东社会科学》第3期。
- Abel, Thomas, William C. Cockerham & Steffen Niemann 2000, "A Critical Approach to Lifestyle and Health." In J. Watson & S. Platt (eds.), *Researching Health Promotion*. New York: Routledge.
- Biddle, Jeff E. & Daniel S. Hamermesh 1990, "Sleep and the Allocation of Time." *Journal of Political Economy* 98(5).
- Bourdieu, Pierre 1984, *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Chan, C. W. & S. F. Leung 2015, "Lifestyle Health Behaviors of Hong Kong Chinese: Results of a Cluster Analysis." *Asia-Pacific Journal of Public Health* 27(3).
- Christensen, V. T. & R. M. Carpiano 2014, "Social Class Differences in BMI among Danish Women: Applying Cockerham's Health Lifestyles Approach and Bourdieu's Theory of Lifestyle." *Social Science and Medicine* 112.
- Cockerham, William C. 2010, "Health Lifestyles: Bringing Structure Back." In W. C. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Wiley: Blackwell.
- 2014, *Medical Sociology*. Routledge.
- Cutler, D. M. & A. Lleras-Muney 2010, "Understanding Differences in Health Behaviors by Education." *Journal of Health Economics* 29(1).
- Ferrer, Rebecca A. & William Mp Klein 2015, "Risk Perceptions and Health Behavior." *Current Opinion in Psychology* 91.
- Friestad, C. & K. I. Klepp 2006, "Socioeconomic Status and Health Behaviour Patterns through Adolescence: Results from a Prospective Cohort Study in Norway." *European Journal of Public Health* 16(1).
- Gilbert, P. A. & S. E. Zemore 2016, "Discrimination and Drinking: A Systematic Review of the Evidence." *Social Science and Medicine* 161.
- Griep, Rosane H., Aline A. Nobre, Márcia Gm Alves, Maria Jm Da Fonseca, Letícia O Cardoso, Luana Giatti, Enirtes Cp Melo, Susanna Toivanen & Dóra Chor 2015, "Job Strain and Unhealthy Lifestyle: Results from the Baseline Cohort Study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (Elsa-Brasil)." *BMC Public Health* 15(1).
- Kaljee L. M. & X. Chen 2011, "Social Capital and Risk and Protective Behaviors: A Global Health

- Perspective.” *Adolescent Health Medicine and Therapeutics* 2(2).
- Kawachi, Ichiro, S. V. Subramanian & Daniel Kim 2008, *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Kim, Soowon, Michael Symons & Barry M. Popkin 2004, “Contrasting Socioeconomic Profiles Related to Healthier Lifestyles in China and the United States.” *American Journal of Epidemiology* 159(2).
- Lindström, Martin 2008, “Social Capital and Health-Related Behaviors.” In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim(eds.), *Social Capital and Health*. New York, NY: Springer New York.
- Mirowsky, John & Catherine E. Ross 1998, “Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis.” *Research on Aging* 20(4).
- 2007, “Life Course Trajectories of Perceived Control and Their Relationship to Education.” *American Journal of Sociology* 112(5).
- Morris, L. J., C. D’Este, K. Sargent-Cox & K. J. Anstey 2016, “Concurrent Lifestyle Risk Factors: Clusters and Determinants in an Australian Sample.” *Preventive Medicine* 84.
- Pampel, F. C., P. M. Krueger & J. T. Denney 2010, “Socioeconomic Disparities in Health Behaviors.” *Annual Review of Sociology* 36(1).
- Pearlin, L. I. & E. G. Menaghan 1981, “The Stress Process.” *Journal of Health and Social Behavior* 22(4).
- Popkin, Barry M. 2003, “The Nutrition Transition in the Developing World.” *Development Policy Review* 21(5-6).
- Powell, L. M., S. Slater, F. J. Chaloupka & D. Harper 2006, “Availability of Physical Activity-Related Facilities and Neighborhood Demographic and Socioeconomic Characteristics: A National Study.” *American Journal of Public Health* 96(9).
- Roshchina, Y. 2016, “Health-Related Lifestyle: Does Social Inequality Matter?” *Journal of Economic Sociology-Ekonomicheskaya Sotsiologiya* 17(3).
- Skalamera, J. & R. A. Hummer 2016, “Educational Attainment and the Clustering of Health-Related Behavior among U. S. Young Adults.” *Preventive Medicine* 84.
- Wang, Z., F. Zhai, S. Du & B. Popkin 2008, “Dynamic Shifts in Chinese Eating Behaviors.” *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 17(1).
- World Health Organization (WHO) 2005, *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization.
- Zhai, Feng Ying, Hui Jun Wang, Shu Fa Du, Yuna He, Zhi Hong Wang, Ke You Ge, B. M Popkin, L. Serramajem, J. Ngo & J. Aranceta 2010, “Prospective Study on Nutrition Transition in China.” *Nutrition Reviews* 67(s1).
- Zhao, M., Y. Konishi & P. Glewwe 2012, “Does Information on Health Status Lead to a Healthier Lifestyle? Evidence from China on the Effect of Hypertension Diagnosis on Food Consumption.” *Journal of Health Economics* 32(2).

作者单位:同济大学社会学系  
责任编辑:杨 可