

主动健康行为下的老年健康不平等

郑 炆

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2023年7月16日; 录用日期: 2023年8月22日; 发布日期: 2023年8月31日

摘 要

面对我国老龄化程度不断加深和健康不平等持续存在的双重压力, 政府积极应对, 用更健康的理念指导老龄工作。本文对2018年的中国老年健康影响因素跟踪调查数据进行处理, 通过定序Logit回归, 分析了健康不平等是否存在和老年人追求健康的行为与健康之间关系。研究发现, 老年人追求健康的主动性略有差距, 健康不平等存在。在主动追求健康的行为中, 保持蔬菜摄入和社交是影响“贫困”地位老年人身体健康不平等的主要因素, 保持蔬菜摄入、戒烟、锻炼、体检是影响“一般”地位老年人身体健康不平等的主要因素, 保持蔬菜摄入和锻炼是影响“一般”地位老年人心理健康不平等的主要因素, 戒烟、锻炼、社交是影响“富裕”地位老年人的身体健康不平等的主要因素, 保持蔬菜摄入、锻炼和性别是影响“富裕”地位老年人的心理健康不平等的主要因素。基于以上研究结果对现实层面促进中国老年人形成健康行为提出有关建议。

关键词

老年健康, 健康不平等, 主动健康

Health Inequalities in Elderly under Initiative Health Behaviors

Yang Zheng

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jul. 16th, 2023; accepted: Aug. 22nd, 2023; published: Aug. 31st, 2023

Abstract

In the face of the dual pressures of the deepening of China's aging degree and the persistence of health inequality, the government actively responds and guides the aging work with a healthier concept. This paper processes the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study (CLHLS) in 2018,

and analyzes whether health inequality exists and the relationship between the elderly's health-seeking behaviors and health through ordered Logit regression. The results show that there is a slight gap in the initiative of pursuit health in the old, and health inequality exists. In behaviors of active pursuit for health, maintaining vegetable intake and social interaction are the main factors affecting the physical health of the elderly in the "poor" status. Maintaining vegetable intake, abstinence, exercise and physical examination are the main factors affecting the physical health of the elderly in the "general" status. Maintaining vegetable intake and exercise are the main factors affecting the mental health of the elderly in the "general" status. Quitting smoking, exercise and social interaction are the main factors affecting the physical health of the elderly in the "rich" status. Maintaining vegetable intake, exercise and gender are the main factors affecting the mental health of the elderly in the "rich" status. Based on the above research results, some suggestions are put forward to promote the formation of healthy behaviors of the elderly in China at the realistic level.

Keywords

Elderly Health, Health Inequality, Active Health

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 问题的提出

健康几乎是人们的普遍追求,也是个人生活质量和社会发展进步的重要影响因素[1] (周彬, 齐亚强, 2012)。慢性病、失能与半失能等等健康问题不断凸显,衰老所带来的身体健康恶化无法避免[2] (刘瑞平, 李建新, 2022)。国外学者很早就发现了健康不平等的问题[3] (Wilkinson, 1996)且认为该问题逐年凸显[4] (Michael Marmot, 2017),健康不平等不只会影响贫困群体的健康,甚至会影响到社会所有成员[5] (Marcos Paulo de Lucca-Silveira, 2017)。在群体的细分之下,老年健康不平等收到颇多关注,政府和学界普遍认为该双重危机亟需解决。

早在2002年,世界卫生组织提出积极老龄化,其中的“健康”视角是指老年人减少因年龄增长带来的慢性病和其他疾病,国家和社会帮助推广健康信息,增加老年人获取信息的渠道,满足老年人健康需求,提高老年人主动干预生理和心理健康的意识,除了治疗,更加强调预防。在2021年10月13日习近平总书记对老龄工作作出重要指示,各级党委和政府要高度重视并切实做好老龄工作,贯彻落实积极应对人口老龄化国家战略,强调“把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程”。2021年11月18日,习总书记强调“每个人都是自己健康的第一负责人”。提倡老年人主动追求健康,在已有的条件下努力培养健康行为,给缓解老龄化和健康不平等趋势带去了新的思考。

2. 文献综述

对健康不等的研究已经持续了很多年,学界收获了许多成果,虽然对健康不平等概念的没有明确的界定,但大多数学者认为宏观层面的社会政策和制度是主要的影响因素[4] (刘瑞平, 李建新, 2022),如医疗政策[6] (郑超, 王新军, 孙强, 2021),适当的社会保障政策和制度保障了老年人就医和养老的公平性,但是这使不同社会经济背景的居民在公共卫生和医疗服务利用的可得性上产生了差异,优势阶层从医疗卫生资源再分配中受益更多,而弱势群体贫困因受益不大,就医意愿降低,产生健康问题[7] (杨磊, 2020)。微观上的性别[8] (刘波, 等, 2020)、社会地位[9] (王甫勤, 2012)、生活方式[10] (郑莉, 曾旭晖, 2016)、

健康素养[11] (Gazaraian, J.A., *et al.*, 2003)、生活环境[12] (白春玲, 陈东, 2022)等都是影响健康不平等的因素。在健康不平等的变化趋势上, 不同学者对此看法略有不同, 有学者发现 1991 至 2006 年我国居民健康不平等虽有缩小, 但依然高于 0.46 [13] (赵广川, 2017); 有学者发现 1993 至 2006 年中国老年人健康不平等呈现先上升后下降的趋势[14] (薛新东, 2015); 有学者通过对 CHARLS2011 年至 2018 年四期数据分析比较, 发现我国中老年人的健康不平等表现出一致的加剧趋势, 但我国中老年人的主观心理健康不平等状况有所缓解[2] (刘瑞平, 李建新, 2022)。虽然趋势各不相同, 但证明了老年健康不平等的现象存在于我国。

健康经济学领域里, 学界运用机会不平等的理论对人们为追求健康而主动付出的“努力”和无法改变的“环境”进行了区分: 如果个体的健康不平等是由经济、地位等这些个体无力改变的“环境”因素导致的, 则这种不平等就是不合理的、不公平的, 即健康的机会不平等; 如果是由性别、年龄、婚姻状况等“努力”因素导致的, 则这种不平等就是合理的、可以接受的[13] (赵广川, 2017)。其中的“努力”和本文的“主动性”有着一致的含义。“努力”因素是个体选择的结果, 因此个体负责, 而“环境”因素非人力所能为, 需要社会责任来负责和解决[12] (白春玲, 陈东, 2022)。这个观点明确个体和社会两个主体之间的责任边界, 但是政府和社会也会对个人的“努力”产生一定的影响, 人们追求健康的主动性弱虽然是个人努力的问题, 但是政策方针对个人某方面的“主动性”的影响快于“环境”的变化。而“主动健康”作为一个积极的视角, 在医学、体育、社会保障等领域的应用较多。主动健康是通过主动对人体施加可控的刺激增加人体复杂性, 从而达到健康干预的目的[15] (李祥臣, 俞梦孙, 2020)。从参与主体来看, 有政府、社会、家庭和个人, 但主动健康的核心主体是个人, 即个体在健康行为中需承担主体责任[16] (Idler, E.L. & Benyamini, Y., 1997)。但是, 政府虽不是健康行为的主要承担者, 但是可采取措施影响个人的观念和态度从而改变个人的行为[17] (孙璨, 等, 2023)。

老龄化和健康不平等将是我国需要迫切解决的问题, 但大多数学者都聚焦于不同社会经济特征人群的健康差异, 而社会经济地位、收入等在短时间内无法改变, 个人主动追求健康的行为可以适时调整, 以提高老年人的健康水平并缓解现存的健康不平等。因此, 本文主要从老年人的主动追求健康的行为(包括健康消费行为、健康生活行为)等入手, 分析提高追求健康的主动性是否对老年人的健康有益, 旨在提高老年人的健康状况, 积极应对老龄化。

3. 研究设计

3.1. 研究假设

根据学者之前的研究, 个体所有的“努力”都应该被鼓励[18], 且“努力”因素对健康不平等的影响也不容小觑[12]。生活方式和消费方式是一个人基于长期以来学识、经验形成的, 在一定程度上反应人对某件事物的重视程度以及价值取向, 在本研究中, 人们追求健康的生活方式和消费方式在一定程度上体现了老年人对健康的主动关注程度, 因此本文提出如下假设:

H1: 老年群体中健康不平等是否存在。

H2: 在相同经济地位下, 主动追求健康生活方式是否影响老年人身体/心理健康不平等。

H3: 在相同经济地位下, 主动追求健康消费方式是否影响老年人的身体/心理健康不平等。

3.2. 数据

本文数据来源于中国老年健康影响因素跟踪调查(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study, CLHLS) 2018 年的截面调查数据。CLHLS 调查覆盖了全国 23 个省(区、市), 覆盖区域总人口大约占全国总人口的 85%, 更有代表性和科学性。其问卷设计既基于国际通行的标准, 又考虑到中国社会文化背景, 调查的内容涵盖了本文所需的老龄健康的相关内容, 是研究老年健康最理想、最合适的数据。

3.2.1. 因变量

综合以往的研究, 本文采用“身体健康”和“心理健康”两方面的自评健康作为研究的因变量。虽然自评健康存在着一定的主观性和滞后性, 使研究的结果偏向正向, 但是在不同国家的研究中“自评健康”仍能有效评估个人健康状况以及预测疾病和死亡风险[8]。在本研究中, “身体健康”根据问卷中“您觉得现在您自己的健康状况怎么样?”来测量, 选项划分为“很好”“好”“一般”“不好”“很不好”五类, 将“很好”赋值为5, “很不好”赋值为1, 其他以此类推; “心理健康”则依据问卷中“您是不是感到难过或压抑?”来评估, 选项划分为“总是”“经常”“有时”“很少”“从不”五类, 将“从不”赋值为5, “总是”赋值为1, 其他以此类推。基于上述赋值, 赋值越高, 表明健康状况越好。

3.2.2. 自变量

本文认为, 主动追求健康是根据已有的健康素养选择健康的方式, 对自己的健康负责, 体现在“生活方式”和“消费方式”两方面, 其中“生活方式”包括吸烟、饮酒、运动、膳食和社交五方面, 吸烟情况根据问卷中的“您现在吸烟吗?”来测量, 饮酒情况根据问卷中的“您现在常喝酒吗?”来测量, 将选项“否”赋值为1, “是”赋值为0。运动情况根据问卷总中的“您现在是否经常锻炼身体?”来衡量, 将选项“否”赋值为0, 将选项“是”赋值为1, 在膳食方面根据问卷中的“您是否经常吃新鲜蔬菜?”来衡量, 社交方面根据问卷的“串门、与朋友交往”来衡量, 选项有“几乎每天”和“不是每天, 但每周至少一次”赋值为1, “不是每周, 但每月至少一次”、“不是每月, 但有时”、“很少或从不”, 赋值为0。结合以往的研究[19][20], “消费方式”包括医疗消费和休闲消费两方面, 医疗消费根据问卷中的“您是否进行每年一次的常规体检?”, 将选项“否”赋值为0, 将选项“是”赋值为1。休闲消费根据问卷的“近两年里您外出旅游过多少次?”, 根据回答次数小于1, 则赋值为0, 次数等于或大于1, 则赋值1。

3.2.3. 控制变量

本文不仅选取人口统计学特征中的性别、年龄和婚姻变量外, 还增加了社会地位作为控制变量。将“女性”编码为“0”, “男性”编码为“1”, 年龄则为连续变量, 集中于77至113岁之间, 婚姻也被认为是影响健康的重要因素, “已婚, 并与配偶住在一起”赋值为1, “已婚, 但不与配偶住在一起”“离婚”“丧偶”“从未结过婚”赋值为0。社会地位方面, 以往研究有根据受访者的自评结果来测量[20], 自评家庭经济状况量表的回答来自受访者的主观选择, 代表了个人在当地的相对社会经济地位的主观评价, 这种主观评价更能表现受访者的消费水平, 因此本文选取问卷中的“生活在当地的水平”, 将“很困难”与“比较困难”赋值为1, “一般”赋值为2, “比较富裕”与“很富裕”赋值为3。

Table 1. Descriptive analysis of variables

表 1. 变量的描述性分析

变量	社会经济地位 = “贫困”				社会经济地位 = “一般”				社会经济地位 = “富裕”			
	Mean	Std.Dev.	Min	Max	Mean	Std.Dev.	Min	Max	Mean	Std.Dev.	Min	Max
因变量												
身体健康	2.824	0.883	1	5	3.342	0.888	1	5	3.758	0.925	1	5
心理健康	3.696	1.022	1	5	4.023	0.814	1	5	4.290	0.665	2	5
自变量												
生活方式												
新鲜蔬菜摄入	0.814	0.391	0	1	0.902	0.298	0	1	0.927	0.260	0	1

Continued

戒烟	0.784	0.413	0	1	0.841	0.366	0	1	0.875	0.331	0	1
戒酒	0.147	0.356	0	1	0.861	0.346	0	1	0.843	0.365	0	1
锻炼	0.392	0.491	0	1	0.352	0.478	0	1	0.496	0.501	0	1
消费方式												
体检	0.500	0.502	0	1	0.658	0.475	0	1	0.706	0.457	0	1
旅游	0.0196	0.139	0	1	0.0881	0.284	0	1	0.141	0.349	0	1
控制变量												
婚姻状况	0.412	0.495	0	1	0.372	0.484	0	1	0.415	0.494	0	1
性别	0.500	0.502	0	1	0.443	0.497	0	1	0.520	0.501	0	1
年龄	84.34	5.391	78	103	84.77	5.877	77	110	85.21	6.055	77	113
观测值	102				704				248			

3.3. 分析策略

本研究主要探讨的是主动追求健康的行为与健康不平等之间的关系，因此本文为排除社会地位这一短时间内无法改变的外部影响，将样本划分为困难、一般和富裕三类，分析在同一社会地位下不同行为分别对身体健康和心理健康的影 响。又鉴于由于本研究所关注的在心理健康和身体健康都是取值自 1 到 5 的有序变量而非连续型变量，不满足传统的最小二乘回归模型的基本假设。因此，针对因变量的特性，使用定序 Logit 回归模型。

4. 结果分析

根据表 1 显示，不同社会经济地位的老年人之间存在健康差距。整体来看，社会经济地位越高，老年人的健康状况更好，但社会经济地位提升，身体健康差距增加，心理健康差距减小。处于“困难”下的老年人中，追求健康的生活方式和消费方式的主动性均值都是最弱的。处于“一般”下的老年人中，戒酒的方面主动性最高，标准差在三种社会经济地位中最小；但是在锻炼的方面主动性最低，标准差在这三种社会经济地位中最小。处于“富裕”下的老年人中，除了喝酒之外，追求健康的生活方式和消费方式的人最多，并且同一组的各种行为的标准差最小。

需要特别说明的是，“贫困”的老年人中戒酒的主动性最高，“一般”地位下的老年人戒酒的人主动性最高，“富裕”的老年人中戒酒的人数相比于“一般”地位的老年人更多一些。可能的原因是社会经济地位低的老年人的财富资源、健康意识有限，限制了健康行为，面对生活的压力，更愿意通过吸烟和喝酒来缓解；有一定社会经济地位的老年人在过去的工作中受到“烟酒文化”的影响较大，在进入老年之后因健康状况较好，减弱了戒酒和戒烟的意识和主动性。主动锻炼这一行为在“一般”地位下的老年人中最少。可能的原因是处于社会经济地位的中间层的老年人即便进入老年，女性可能需要帮助子代照料孙辈，男性还要给予子代一些经济照料，因此减少了锻炼的机会。

根据表 2 中的模型(1)(2)可发现，新鲜蔬菜的摄入对“困难”老年人的身体健康的不平等具有显著影响，新鲜蔬菜摄入频繁比不频繁的老年人的身体更健康的发生比高 2.586 ($e^{1.277}-1$)倍，并在 1%的水平上显著，新鲜蔬菜摄入频率多的老人的身体健康状况要比新鲜蔬菜摄入频率少的老年人更好。社交对老年人的身体健康具有显著影响，社交频繁的老年人的身体健康状况比社交频率少的更健康的发生比高 1.173 ($e^{0.776}-1$)倍，并在 5%的水平上显著，意味着社交频率高的老年人的身体健康状况更好。

Table 2. Ordered logistic regression results between initiative and health inequality
表 2. 追求健康主动性与健康不平等的定序逻辑回归结果

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	困难		一般		富裕	
	身体健康	心理健康	身体健康	心理健康	身体健康	心理健康
新鲜蔬菜摄入	1.277** (0.512)	0.515 (0.474)	0.929*** (0.245)	0.702*** (0.243)	0.0273 (0.493)	1.155** (0.523)
戒烟	-0.540 (0.541)	0.0803 (0.540)	-0.321 (0.211)	-0.313 (0.213)	-1.101*** (0.397)	0.143 (0.393)
戒酒	-0.146 (0.502)	0.344 (0.502)	-0.394* (0.214)	-0.143 (0.219)	0.129 (0.341)	0.0821 (0.356)
锻炼	-0.684 (0.549)	-0.0431 (0.555)	0.547*** (0.155)	0.488*** (0.156)	0.483* (0.257)	0.675** (0.279)
社交	0.776* (0.413)	0.115 (0.387)	0.112 (0.146)	-0.110 (0.147)	0.514** (0.254)	-0.438 (0.269)
每年体检	0.264 (0.408)	-0.490 (0.395)	0.325** (0.153)	0.0419 (0.154)	0.0279 (0.279)	0.355 (0.285)
每两年旅游	1.009 (1.429)	0.0267 (1.244)	0.337 (0.260)	0.302 (0.258)	0.273 (0.366)	0.280 (0.376)
婚姻状况	-0.638 (0.444)	0.305 (0.415)	-0.00683 (0.158)	0.213 (0.165)	0.377 (0.267)	-0.0952 (0.278)
性别	-0.288 (0.467)	0.411 (0.441)	-0.203 (0.160)	0.130 (0.163)	-0.380 (0.267)	-0.500* (0.282)
年龄	-0.00651 (0.0388)	-0.0317 (0.0385)	0.00773 (0.0126)	-0.00182 (0.0130)	0.0627*** (0.0221)	0.00315 (0.0219)
Constant cut4	3.672 (3.480)	-0.576 (3.401)	3.679*** (1.152)	1.340 (1.182)	6.329*** (2.093)	
Constant cut1	-3.177 (3.471)	-5.810* (3.494)	-2.666** (1.166)	-4.151*** (1.228)	0.431 (2.132)	-3.293 (2.166)
Constant cut2	-0.854 (3.460)	-3.693 (3.435)	-0.550 (1.144)	-3.111*** (1.196)	2.466 (2.068)	-0.624 (2.065)
Constant cut3	1.510 (3.451)	-2.283 (3.416)	1.627 (1.146)	-0.890 (1.182)	4.404** (2.074)	2.103 (2.071)
观测值	102	102	704	704	248	248

Standard errors in parentheses; *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

根据模型(3)(4)可发现,在社会地位为“一般”的老年人中,新鲜蔬菜的摄入、锻炼对身体健康和心理健康的不平等具有影响。新鲜蔬菜摄入频繁的老年人的身体健康和心理健康比摄入少的老年人的更健康的发生比分别高 1.532 ($e^{0.929}-1$)倍和 1.018 ($e^{0.702}-1$)倍,且都在 0.1%的水平上显著,新鲜蔬菜摄入频率高的老年人的身体健康状况和心理健康状况都比新鲜蔬菜摄入少的老年人更好;锻炼频率高的老年人的身体健康状况和心理健康状况比锻炼频率少的老年人身体更健康发生比分别高 0.728 ($e^{0.547}-1$)倍和 0.629 ($e^{0.488}-1$)倍。除此之外,戒酒对老年人身体健康不平等具有显著的影响,戒酒比喝酒的老年人的更健康的发生比高 0.326 ($1-e^{-0.394}$)倍,并在 5%的水平上显著,意味着戒酒的老年人的身体健康的状况要比喝酒的老年人更健康。每年体检对老年人的身体健康具有影响,每年体检的老年人的身体健康状况比少于每年一次体检的老年人更健康的发生比高 0.384 ($e^{0.325}-1$)倍,在 1%的水平上显著。

根据模型(5)(6)可发现,在社会地位为“富裕”的老年人中,戒烟、锻炼、社交、年龄对老年人的身体健康具有显著影响,戒烟比吸烟的老年人的更健康的发生比高 0.667 ($1-e^{-1.101}$)倍,并在 0.1%的水平上显著。锻炼对老年人的身体健康具有正面影响,锻炼频率高的老年人的身体健康状况和心理健康状况比锻炼频率少的老年人更健康的发生比高 0.621 ($e^{0.483}-1$)和 0.964 ($e^{0.675}-1$)倍,并在 5%的水平上显著。社交对老年人的身体健康不平等具有正面影响,社交频繁的老年人的身体健康状况比社交频率少的更健康的发生比高 0.672 ($e^{0.514}-1$)倍,并在 1%的水平上显著。控制变量方面,年龄增加一岁,“富裕”老年人的身体更健康的发生比高 0.064 ($e^{0.0627}-1$)倍,并在 0.1%的水平上显著,这可能是由于社会地位高的老年人对健康的重视程度较高,并有充足的时间和财富去追求健康,健康状况相对于以前略有变好,这一点在过去的研究中也有学者发现,即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,随着年龄的增长,患病的风险减少[10]。在心理健康方面,新鲜蔬菜摄入对老年人的心理健康不平等具有影响,新鲜蔬菜摄入频繁比不频繁的老年人的心理更健康发生比高 2.174 ($e^{1.155}-1$)倍,并在 1%的水平上显著。锻炼的老年人比不锻炼的老年人的心理更健康发生比增高 0.964 ($e^{0.675}-1$)倍,并在 1%的水平上显著。性别对老年人的心理健康不平等具有影响,男性比女性的心理更健康的发生比高 0.393 ($1-e^{-0.500}$)倍,并在 5%的水平上显著,老年男性的心理健康状况更加好。其可能的原因是老年女性在生活中承担起对孙辈的照料,增加了心理的压力。

5. 研究结论与建议

本文对 2018 年的 CLHLS 数据按社会经济地位分类,并依次采用定序逻辑回归,分析了在不同的社会经济地位下老年人的健康差距。总体来看,老年群体的健康不平等状况存在,假设 1 得以论证。老年人追求健康的行为存在差距,处于“贫困”下的老年人追求健康的主动性较弱,处于“一般”水平下的老年人追求健康的主动性也处于中等水平,处于“富裕”水平下的老年人的主动追求健康的行为最多,主动性最强。主动追求健康的行为对不同社会经济地位下的老年人健康不平等的影响程度略有不同,假设 2、3 得到部分论证。

处于“贫困”经济地位的老年人的身体健康差距小,心理健康差距大。新鲜蔬菜的摄入和社交对老年人的身体健康具有显著正向影响。这部分群体受到“地位束缚”[7],在有限的资源下其可以选择的健康的生活方式有限,即收入微薄,勉强温饱,难以在健康饮食或其他方面产生较多的消费。这一类群体与通过潜类别模型识别出的生存型生活方式存在一定程度的相似,追求健康的行为少,损害健康的行为也少,反映出这种行为模式并不是出于健康的考虑,而是出于一种消费上的克制或环境上的限制[21]。针对这一类的老年人,老年扶助的公共政策需重点关注这部分群体,政策干预的主要目标不仅在观念上引导养成健康的生活方式,更要通过补贴和实物发放等方式提高其生活水平和生活质量,注重从饮食和社交等方面提高他们主动追求健康生活的主动性。与此同时,要关注到这类群体的心理健康,结合基层组织,加强对“贫困”水平下的老年人的心理问题疏导,缩小心理健康差距。

处于“一般”水平下的老年人的身体健康差距比处于“贫困”经济地位的大，但比“富裕”平下的老年人的身体健康差距小；心理健康差距也处于一个中等的水平。新鲜蔬菜的摄入、锻炼、每年体检都对该地位的老年人的身体健康有显著的正面影响，喝酒这一行为对老年人的健康有负面影响。蔬菜摄入和锻炼有利于老年人的心理健康状况的提升。针对这一类群体，政府可适当增加获取健康信息的渠道，多方式宣传健康生活理念，为他们创造良好的环境，如完善社区配套锻炼设施等，以保障其追求健康行为的主动性。

处于“富裕”社会经济地位下的老年人之间的身体健康差距大，心理差距最小。锻炼和社交等行为对身体健康具有显著的正向作用，吸烟对身体健康具有负面作用。新鲜蔬菜摄入和社交对心理健康具有正向的促进作用。值得一提的是，控制变量中的年龄对身体健康具有正面作用。性别上，男性的心理健康更好。针对这一类群体，需要从年龄的角度关注老年人的身体健康，鼓励提高戒烟、锻炼、社交等健康的生活方式的主动性；在心理健康上，要关注到老年女性的心理健康状态，避免因生活压力带来的心理疾病。

健康的行为方式是影响老年人身体和心理健康的近端因素，也是提高老年人健康的直接路径。应增加老年人的健康素养，提高老年人追求健康行为的主动性，鼓励人们经常参加锻炼，减少吸烟、酗酒等健康损害行为的发生，在消费方式上，重视医疗健康消费，提高预防意识，保持健康生活。

6. 局限与不足

本文通过生活方式和消费方式来探讨健康不平等以及老年人追求健康的主动性，存在以下不足：第一，生活方式和消费方式二者受到社会经济地位、个体较长生命历程中形成的习惯影响，只能在一定程度上表现老年人追求健康的主动性；第二，探讨的维度有限。由于此次数据是采用的中国老年健康影响因素跟踪调查，所选取的指标只在调查的范围之内；第三，本文中涉及的“贫困”是社会经济地位是相对而言的，并非真正意义上的贫困。尽管有以上不足，但是本篇文章依旧具有一定的说明性，在现实意义上分析了何种健康行为对特定社会经济地位下的老年人健康方面的影响，以提升老年人的健康，缓解老龄化所带来的难题。

参考文献

- [1] 周彬, 齐亚强. 收入不平等与个体健康 基于 2005 年中国综合社会调查的实证分析[J]. 社会, 2012, 32(5): 130-150.
- [2] 刘瑞平, 李建新. 我国中老年人健康不平等的变化趋势及相关因素分解[J]. 人口与发展, 2022, 28(5): 43-55.
- [3] Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Society: The Afflictions of Inequality*. Routledge, London.
- [4] Marmot, M. (2017) *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: The Argument*. *International Journal of Epidemiology*, 46, 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>
- [5] de Lucca-Silveira, M.P. (2017) *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Marmot M. London/New York: Bloomsbury; 2015. 400 p. ISBN 978-163286-078-1. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00130716. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00130716>
- [6] 郑超, 王新军, 孙强. 城乡医保统筹政策、居民健康及其健康不平等研究[J]. 南开经济研究, 2021(4): 234-256.
- [7] 杨磊. 中国医改进程中健康不平等的演变趋势与反思[J]. 学习与探索, 2020(9): 38-45.
- [8] 刘波, 胡宗义, 龚志民. 中国居民健康差距中的机会不平等[J]. 经济评论, 2020(2): 68-85.
- [9] 王甫勤. 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[J]. 社会学研究, 2017, 32(6): 117-140.
- [10] 郑莉, 曾旭晖. 社会分层与健康不平等的性别差异基于生命历程的纵向分析[J]. 社会, 2016, 36(6): 209-237.
- [11] Gazaraian, J.A., Williams, M.V., Peel, J. and Baker, D.W. (2003) Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00239-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00239-2)

-
- [12] 白春玲, 陈东. 我国中老年群体健康不平等的早期根源追溯——基于机会不平等的测度与分解[J]. 人口与经济, 2022(2): 104-123.
- [13] 赵广川. 国民健康不平等及其内在影响机制、演变过程[J]. 世界经济文汇, 2017(5): 55-74.
- [14] 薛新东. 中国老年人健康不平等的演变趋势及其成因[J]. 人口与发展, 2015, 21(2): 84-92.
- [15] 李祥臣, 俞梦孙. 主动健康: 从理念到模式[J]. 体育科学, 2020, 40(2): 83-89.
- [16] Idler, E.L. and Benyamini, Y. (1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- [17] 孙璨, 唐尚锋, 陈超亿, 等. 主动健康内涵分析[J]. 中国公共卫生, 2023, 39(1): 68-72.
- [18] Barry, B. (2005) *Why Social Justice Matters*. Polity Press, Cambridge, 45-51.
- [19] 鞠牛, 梁玉成. 健康不平等产生机制及其治理途径探析——健康消费分层的视角[J]. 公共行政评论, 2022, 15(6): 154-172+200.
- [20] 裴晓梅, 王浩伟, 罗昊. 社会资本与晚年健康——老年人健康不平等的实证研究[J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版), 2014(1): 17-24.
- [21] 张韵, 梁宏. 社会经济地位与老年人生活方式: 低水平的“收敛”与高水平的“发散” [J]. 人口研究, 2021, 45(3): 114-128.