

文化水平对中国居民健康的影响研究

徐庆凤

(南京理工大学 江苏 南京 210094)

【摘要】教育对个体的生活有诸多影响,而当下的情况,教育带来的影响不只是体现在物质经济上,它对个体的非物质性特征也产生了影响。本文根据“中国综合社会调查(CGSS)”2015年的研究数据,研究分析了文化教育水平与个体健康状况之间的联系,最终发现文化教育水平确实对个体的健康状况有影响,并且是正向影响,收入作为了一个中介点,受到教育水平影响进而对个体的健康产生了一定影响,因此发展教育可提升全民健康水平。

【关键词】教育程度;健康;收入

一、引言

身体是革命的本钱,健康对个体来说意味着是一个能更好发展的保障,有着强大的工具性价值。自《布莱克报告》发布以来,健康不平等问题开始受到学术界的持续关注。^[1]由于社会的发展,越来越多的人关注健康问题,这也使得更多的学术研究者开始关注影响健康状况的多元因素。他们发现,除了一些经济因素影响个体健康状况外,教育在其中也发挥着一定作用。教育作为当代社会一个重要的标识,受到了广泛关注,引起了高度重视。之前,学术界更多关注的是教育对职业收入及经济地位的影响,探讨的是教育带来的物质性回报,缺少对非物质方面的关注。物质性回报只是教育带来的一个方面的影响,要想对教育影响作全面的分析,还要考虑非物质方面的影响。总之,教育过程如何显著影响个人健康水平已成为近十几年教育社会学、健康社会学以及公共卫生等学科共同关注的议题之一。

关于教育与健康之间的关系,国外早期研究存在三种观点:教育影响健康,健康影响教育,第三因素同时且同方向地影响健康和教育。这三种观点都对我们解释证明教育对健康状况具有正向影响有着强有力的说服力,但无论是上述中的哪个观点,发挥主要作用的还是教育对个体健康的影响。为了更好的探究教育对个体健康状况的影响机制,在以上这些基本研究信息的基础上,笔者基于中国综合社会调查(CGSS)2015年的数据进行分析,主要关注“教育程度对人们健康的影响”和“教育对健康的影响能否通过收入水平实现”两个问题。

二、文献综述及假设

现如今的大部分研究文献都发现,有关教育水平是否影响健康以及影响机制问题,教育对健康产生着正向的影响。^[2]例如,格罗斯曼(Grossman)以中年男性样本为基础,对样本个体高中阶段的健康状况、父母的教育水平等变量进行了控制,发现教育程度对健康水平有着显著的正面影响。^[3]诸如此类,格罗斯曼进一步研究指出,无论是采用死亡率、残障率等客观健康指标还是采用自评健康、认知功能等主观健康指标,这一关系都稳健地存在。^[4]

虽然大部分的研究证明表示教育对个体健康的影响是正向的,但其中具体的表现形式依然受到各界的质疑。叶华、石爽以人们的受教育年限为自变量,发现教育年限对健康水平产生影响,个体的健康状况会随人们受教育年限的增加而提高。^[5]毛毅、冯根福提出,教育年限虽然会对健康状况产生影响,但不是持续稳定的,其年限增加到一定时间后会发生反向作用,即教育年限与健康之间呈倒“U”型关系。^[6]

为了探索教育对健康影响的具体形式与表现,笔者将教育

程度进行了划分,并以全国最具普遍性的样本为基础,研究分析教育与健康之间的联系,并利用回归模型对研究结果进行了检验。本文基于教育对健康的影响研究与教育影响健康的中介机制研究提出如下假设:

假设1:教育对健康有显著的正向作用。

假设2:教育程度越高的人收入水平越高,其健康状况也越好。

三、数据和分析方法

(一) 数据来源

本研究使用的数据来自“中国综合社会调查(Chinese General Social Survey,简称CGSS)”。中国综合社会调查(CGSS)是我国最早的全国性、综合性、连续性学术调查项目,由中国人民大学中国调查与数据中心负责执行。2015年CGSS项目调查覆盖全国28个省/市/自治区的478个村居,共完成有效问卷10968份,具有全国代表性。

(二) 变量设置

(1) 因变量

因变量是个体的健康状况,根据个体对自己健康的自我评价为根据,兼顾了主观客观两方面,使得研究更全面。根据受访者对“您觉得您目前的身体健康状况如何”的回答结果进行分析,并将他们的回答从低到高依次分为“很不健康”“比较不健康”“一般”“比较健康”“很健康”,分别对应得分1~5分进行自我评估。为了顺应研究需求,本文将原选项中的“很不健康”“比较不健康”“一般”合并归类为自评健康状况结果为“不好”(编码为0),将“比较健康”“很健康”合并归类为自评健康状况结果是“好”(编码为1)。在此次研究中,健康状况的自我评估是衡量健康水平的主要指标。

(2) 自变量

本研究主要的核心自变量是个体的受教育程度,为了使研究结果更细化,本文将教育的各个阶段进行了划分,分别为“小学及以下”“初中”“高中(或中专)”“大专”“本科”“研究生及以上”6个类别,依次赋值(小学及以下“1”,初中“2”,高中或中专“3”,大专“4”,本科“5”,研究生及以上“6”),此次划分是考虑到各教育阶段影响的差异。

(3) 控制变量

控制变量包括性别(女=0,男=1)、年龄、婚姻状况(无法定配偶=0,有法定配偶=1)、户口类型(农业户口、蓝印户口取“0”,非农业户口和居民户口取“1”)和所在区域(西部地区=0,中部地区=1,东部地区=2)。研究中待检验的中介变量是个人的收入水平状况。

对赋值后的变量进行描述性统计分析,见表1。

变量	均值	标准差
自评健康状况	0.6	0.49
受教育程度	2.23	1.29
年收入对数	9.77	1.27
性别	0.47	0.5
年龄	50.4	16.9
婚姻状况	0.78	0.42
户口类型	0.43	0.5
所在区域	1.16	0.78

表1 主要变量描述性统计

(三) 模型构建

建立一个教育影响健康的基准模型, 具体如下。

$$H_i = \alpha_0 + \beta x_i + v_i \quad (1)$$

其中, H_i 表示衡量健康的指标: 自评健康及心理健康; x_i 是其他控制变量, 包括性别、年龄、婚姻状况、户口类型和所在区域; v_i 是随机误差项。

对教育影响健康的中介机制, 遵循“教育程度→中介变量→健康状况”逻辑, 在基准模型(1)上加入收入水平和教育程度, 建立主效应模型如下:

$$H_i = \alpha_0 + \alpha_1 Edu_i + \beta x_i + \beta_1 income_i + v_i \quad (2)$$

其中, Edu_i 是其受教育程度, $income$ 在本研究中指年收入对数。

随后考察教育程度与中介变量之间的关系, 在主效应模型加入收入水平和教育的交互项, 检验教育程度对中介变量的影响情况。模型如下:

$$H_i = \alpha_0 + \alpha_1 Edu_i + \beta x_i + \beta_1 income_i + \gamma edu * income_i + v_i \quad (3)$$

四、模型估计结果与分析

本研究根据以上三个模型, 得出如下结果(表2):

变量	模型一	模型二	模型三
性别	0.321***	0.231***	0.221***
	-0.0421	-0.0483	-0.0485
年龄	-0.0454***	-0.0379***	-0.0371***
	-0.00134	-0.00178	-0.0018
婚姻状况	0.0453	0.0233	0.0276
	-0.053	-0.0609	-0.061
户口类型	0.182***	-0.160***	-0.178***
	-0.0445	-0.0601	-0.0605
所在区域	0.146***	0.0567*	0.0578*
	-0.0279	-0.0325	-0.0326
收入水平		0.167***	0.270***
		-0.024	-0.0392
教育程度		0.117***	0.701***
		-0.0253	-0.178
收入 * 教育			-0.0561***
			-0.0169

注: *** 表示 $p < 0.01$, ** 表示 $p < 0.05$, * 表示 $p < 0.1$ 。

表2 教育对健康的影响极其中介因素

根据表2可知: 控制了其它因素之后, 教育程度的效应是正的, 而且有统计显著性, 表明教育水平越高, 身体状况更倾向于健康。因此, 假设1得到验证。

同时, 收入水平的效应也是正的, 也具有统计显著性, 表明收入水平越高的居民, 身体状况更好。

另外, 收入水平的主效应表明, 在那些低教育水平的人当中, 收入越高, 健康状况越良好。而教育的主效应表明教育对收入也有影响, 或者说教育程度越高, 收入水平也会提高。此外, 交互效应($inedu$)显示收入水平受到教育的影响, 即教育程度越高的居民, 在收入水平方面表现也越好, 进而自身的健康水平也得到提升。因此, 假设2也成立。

五、结论与建议

本研究基于中国综合社会调查(CGSS)2015年数据, 通过回归模型的检验, 得出如下结论:

第一, 教育对健康有正向影响, 个体受教育程度越高, 其健康状况也越好。

第二, 教育影响收入中有个中介点, 收入水平, 它在其中扮演着关键角色, 教育影响收入的同时, 收入进而对健康状况产生了影响。

本文的最终研究结果发现, 教育对个体物质性因素产生影响的同时也会对健康状况产生影响, 并且其影响往往是正向的, 教育水平越高的人往往更健康, 他们会更关注自身的健康状况。因此, 国家的相关政策要更关注教育水平较低的人群, 促进教育给他们带来的福利。政府部门应该加强对低教育水平的再教育服务工作, 给他们提供更多的教育机会, 从而提高劳动素质, 提升国民健康水平。另外, 我国的医疗保障制度也需要进一步完善, 给群众普及健康教育知识, 定期提供体检、治疗等基础服务, 提高群众健康意识。

由于本研究使用的数据源于全国性综合社会调查, 并非专门的健康水平调查, 缺少个人初始健康数据、个体具体的生活习性等相关变量, 测量比较单一; 同时, 本研究使用横截面调查数据, 难以避免内生性问题, 也会对最终的数据研究结果造成影响。以上种种问题, 还需要在以后的进一步研究中进行深入完善。

参考文献:

- [1] 焦开山. 健康不平等影响因素研究 [J]. 社会学研究, 2014(5): 24 - 46.
- [2] 李珍珍, 封进. 教育对健康的影响——基于上海家庭调查数据的研究 [J]. 中国劳动经济学, 2006(4): 30 - 41.
- [3] MICHAEL GROSSMAN. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health [J]. Journal of Political Economics, 1972, 80(2): 223 - 255.
- [4] MICHAEL GROSSMAN. The Human Capital Model [J]. Handbook of Health Economics. 2000, 1(1): 347 - 408.
- [5] 叶华, 石爽. 健康的教育梯度、城乡差异与影响机制 [J]. 学术研究, 2015(9): 50 - 59.
- [6] 毛毅, 冯根福. 教育对健康的影响效应及传导机制研究 [J]. 人口与经济, 2011(3): 87 - 93.