

社会资本对城乡老年人健康影响的实证研究

——基于 CGSS 混合截面数据

方 浩

(中国人民大学 公共管理学院,北京 100872)



摘 要 利用 2013 年、2015 年中国综合社会调查(CGSS)的混合截面数据,采用二元 logistic 回归、OLS 回归模型,从生理健康和心理健康二个维度,综合考察了社会资本对城乡老年人健康的影响,并检验了社会融合学说及网络关系学说两个理论。研究发现:个体社会资本与集体社会资本均对老年人的生理与心理健康产生显著正向作用,社会经济地位、收入和教育都对老年人身心健康有正向影响,性别和年龄会影响老年人的生理健康,而婚姻会影响老年人的心理健康,家庭规模的影响作用不显著。但在考虑城乡二元结构差异时,个体社会资本对城市老年人的生理与心理健康影响不显著,而家庭规模对农村老年人的心理健康产生显著正向作用。因此,需要促进城市老年人社会交往,提高老年人的社会经济地位,鼓励农村孩子常回家看看,共同营造一个“健康老龄化”的社会。

关键词 社会资本;老年人健康;城乡二元结构;社会经济地位

中图分类号:C 912.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1008-3456(2020)02-0088-10

DOI 编码:10.13300/j.cnki.hnwkxb.2020.02.011

截至 2017 年底,我国 60 岁及以上老年人的数量已经达到了 2.41 亿,占总人口数量的 17.3%。到 2020 年底,老年人口将达到 2.48 亿,老龄化水平达到 17.7%,其中 80 岁以上老年人数量将达到 3 067 万;到 2025 年,我国 60 岁以上人口将会增长到 3 亿,成为超老年型国家^[1]。随着老龄化和高龄化的进程加快,如何发展健康和积极的老龄化,使其安享晚年生活,日益成为学术界研究的热门话题之一。根据世界卫生组织(1946)的定义,健康是一种身体上、心理上和社会适应方面的完好状态,而不仅仅是疾病或衰弱的表现。因此,只有从生理、心理等多角度来探讨哪些因素会对老年人的身心健康产生影响,并对这些影响因素进行积极干预,才能找到改善老年人健康状况的最佳策略。

《渥太华宪章》认为健康促进的目标是通过改善人口健康、减少健康不平等、支持人权和建立社会资本来影响健康的决定因素^[2]。其促进健康的关键措施主要包括两项核心任务:(1)创造支持性环境;(2)加强社区行动,而社区行动主要依靠增加社区参与、相互信任和支持,以促进社会资本的形成。由此可见,创造支持性环境与培育社会资本都有助于改善老年人的身心健康。在国外,大量的实证研究都表明了社会资本对健康会产生积极的作用^[3-5]。在中国这样一个传统的关系型社会中,由血缘、亲缘、地缘等传统文化孕育出来的特殊社会资本,在现代社会经济活动中仍然发挥着不可替代的作用。因此,对于以关系取向为特征的中国社会,开展社会资本与健康的研究更具有重要的理论价值与实践意义。然而,就目前国内研究来说,虽然社会资本与健康的关系已经被广泛讨论了,但由于不同学者对社会资本的不同定义和测量上并未达成一致的观点,因而在探讨社会资本与健康关系时,较多的研究是去界定社会资本的概念和测量,而忽视对其影响机制的探讨,特别是针对不同类型社会资本,在不同空间环境下,对一些特殊群体的健康产生的差异化影响机制探讨较少。基于此,本文利用

收稿日期:2019-05-09

基金项目:中国人民大学科学研究基金(中央高校基本科研业务费专项资金资助)项目“城市社区形态对社会融合的影响机制与路径研究”(19XNH023)。

作者简介:方 浩(1991-),男,博士研究生;研究方向:社区治理与规划政策评估。

中国综合社会调查(CGSS)2013年与2015年的调查数据,从生理与心理这二个维度对健康进行测量,分析不同类型社会资本对老年人的健康影响作用,并引入城乡二元结构的情景,进一步分析这两个要素对城乡老年人的健康影响差异。

一、理论基础

1. 个体与集体社会资本的概念

社会资本的概念最早由 Hanifan 提出,他首次用社会资本解释社区参与对提高学校教育水平的重要性^[6]。此后,社会资本的概念被广泛应用到政治、经济、社会和文化等多个领域。在社会学领域上,代表性人物分别为布迪厄、科尔曼、林南。法国社会学家 Bourdieu 从关系网络存在形式定义社会资本,认为社会资本是社会网络内个体成员或群体所拥有的实际及潜在的资源总和^[7];Coleman 从社会结构的角度定义社会资本,认为社会资本是从人际关系和社会纽带中获得有价值的潜在资源^[8]。Lin 从网络资源的角度定义社会资本,认为社会资本是一种嵌入在社会结构中的可以通过有目的的行为来获取的有价值的资源,通过对社会关系进行投资以在市场上获得回报^[9]。在政治学领域上,代表性人物分别为帕特南和福山。政治学家 Putnam 从社会组织角度定义社会资本,认为社会资本是社会组织特征,包括社会网络及其从网络中产生出来的信任与互惠的规范,有助于提高合作的效率^[10];Fukuyama 从社会文化角度定义社会资本,认为信任是社会资本的基石,将其界定为特定社会群体之中成员之间的普遍信任程度^[11]。在经济学领域上,具有代表性的是世界银行报告,指出社会资本是能够约束和促进不同群体内部或群体之间进行交流与合作的行为规范和价值观念^[12]。

不同学者站在不同学科视角对社会资本有着不同的定义,但这些定义大体上从两个层面来探讨社会资本:一类是以帕特南为代表的集体社会资本,强调的是群体的信任、参与和互惠等认知规范因素;另一类是以林南为代表的个体社会资本,强调的是个体如何在社会关系中投资而获取和使用的嵌入在社会网络中的资源。以个人为中心的社会资本,侧重于微观状态,关心的是个人如何对社会关系进行投资以及个人如何动用嵌入在网络关系中的资源,以实现特定的目标。而以集体为中心的社会资本就是一个社会、社区或者群体中集体的社会资本,偏重的是中观或宏观层面,主要强调的是特定群体如何发展或维系一定存量的社会资本作为公共物品或者集体物品,以及这一公共物品如何改善群体成员的生活质量^[13]。在社会资本与健康的关系研究中,如果不能有效地区分个体与集体社会资本的差别,依据宏观层面的认知因素去推断微观心理健康的问题,必然会导致以认知因素解释心理问题的循环论证,以及以高层次资料分析低层次现象的区群谬误等方法论错误^[14]。

2. 个体社会资本与健康

一些学者基于布迪厄和林南的观点,强调社会资本的拥有者为单个主体,根据社会网络分析的方法,对个人可调用资源总量和实际动用的资源总量来对个体社会资本进行测量,并主要考察其与精神健康的关系。Rose 探讨俄罗斯人为什么比其他国家的人更健康呢?通过多元回归分析,发现以参与、信任等代表个体社会资本比以社会地位和收入为代表人力资本更能增加身心健康^[15];Berkman 等在对加利福尼亚州阿拉米达县的死亡率进行长期追踪调查时,发现缺乏社会联系的人较社会联系多的人死亡率高 2~3 倍^[16];薛新东等利用 2008 年 CHARLS 数据,得出个体社会资本与自评健康存在显著的正相关关系,且对农村居民健康的影响要显著高于城市居民^[17];熊艾伦等利用 CGSS2013 年数据,分析个体社会资本中的弱关系对农村居民健康影响更显著,而强关系对城市居民的健康影响更显著^[18]。然而,也有一些学者发现个体社会资本与精神健康不存在相关关系。Veenstra 在研究加拿大居民的精神健康影响因素时,通过公民参与、社会信任以及认同感来测量个体社会资本,但研究结果发现个体社会资本与精神健康不存在显著相关关系^[19];Harpham 等在研究哥伦比亚居民精神健康影响因素时,发现在控制人口统计学变量后,组织参与和信任与其精神健康并不存在显著相关关系^[20]。

为什么个体社会资本会对健康产生影响呢?个体在社会资本上的投资会给个人提供社会支持性的资源,个体直接从这些资源中获得物质的或情感的帮助,从而有益于个人的身心健康。当个人拥有

更多的社会支持性资源时,可以大大降低生活困难所带来的负面效应,以及缓解对未来担忧产生的紧张与焦虑情绪。Folland 进一步指出,个体社会资本主要通过创造良好的社会生态环境、传播健康养生的知识、信息以及培养社会责任感这三种方式作用于健康^[21]。首先,社会资本有利于加强彼此互惠的规范,促进社会交往和居民参与,并创造相互信任的社会环境,这些因素能有效缓解个人面临的生活压力;其次,通过社会网络里成员间的信息交换,获取更多有关健康的知识和信息,从而提高自我防御能力和降低患病的风险;最后,社会参与和社会交往有助于社会责任感的培养,可以有效地规避危险行为发生。

3. 集体社会资本与健康

一些学者基于帕特南的观点,认为社会资本是整个社会或某一组织群体共有的社会性资源,并从信任、互惠、公共参与和社会规范等几个方面测量集体社会资本,并主要考察其与精神健康的关系。Kawachi 等将美国 GSS(综合社会调查)数据汇总到州尺度上,发现集体社会资本水平低的地区,人们的精神健康水平也较低^[22];Miller 等对印度尼西亚居民的心理健康水平进行调查,发现以社区层次的社会组织数量来测量集体社会资本时,其与居民心理健康水平存在显著的正相关^[23];朱伟钰利用上海市社区综合调研的数据,以社会支持、社会参与、信任与互惠来测量集体社会资本,发现集体社会资本与居民的心理健康与自评健康存在显著的正相关关系^[24]。同样,也有研究者发现,集体社会资本与人们的心理健康不存在显著的相关关系。Kennelly 等通过搜集 19 个 OECD 国家的截面数据,从社会信任和社会组织数量来测量集体社会资本,发现集体社会资本不能有效地解释预期寿命^[25]。Poortinga 运用多层线性模型,通过搜集 22 个欧洲国家的数据,也发现社会信任和公民参与对心理健康不产生显著影响^[26]。

为什么集体社会资本会对健康产生影响呢?当社会资本被看作为一种团体属性,在这种相互信任、相互帮助的团体中,即使存在一定数量的不合作、不信任的个体,他们也能从邻居的慷慨中获益(或搭便车)。Kawachi 等进一步指出,集体社会资本主要通过行为规范、社会参与及情感支持这三种方式作用于健康^[27]。首先,通过促进健康知识与信息传播,培养遵从健康行为的习惯,以及纠正偏离健康行为的不良恶习,促进邻里之间的健康行为规范;其次,通过提高居民对社会组织(如公益组织、兴趣小组)以及社区公共事务的参与热情,丰富居民的业余生活,提高接触愉快事件的机会;最后,通过团体内部成员之间相互关怀和鼓励等方式来缓解和排遣内心孤独、抑郁等负面情绪。

与本文的研究对象类似,国内也有一些学者探讨个体社会资本、集体社会资本与健康之间的关系,如余慧等利用多层线性模型对上海市居民调查数据进行分析,发现个体与集体社会资本对个体心理健康均有显著的影响,但集体社会资本是解释心理健康水平邻里间差距的关键^[28];张云武利用浙江省奉化市四个乡镇调查数据进行研究,发现个体社会资本对农村居民精神健康不产生直接影响,而集体社会资本作用显著^[29];温兴祥等利用 CHARLS 2013 年调查数据,发现个体社会资本和社区社会资本都对农村中老年人精神健康水平产生显著的影响^[30];潘泽泉利用 CGSS 2008 年调查数据,发现个体社会资本对农村居民健康要远高于城镇居民,而集体社会资本对城市居民健康影响要略高于农村居民^[31]。从现有国内外文献来看,对于个体社会资本、集体社会资本与心理健康关系是否存在显著相关性出现分歧,个体社会资本与集体社会资本在城乡不同空间环境下,是否对心理健康产生影响,以及谁的作用更大也存在一定的分歧。

就当前研究现状来看,主要存在以下三个方面不足:第一,在个体与集体社会资本的测量上存在一定重叠,如参与或信任既被当作个体社会资本,又被当作集体社会资本。在解释个体与集体社会资本对健康的影响机制时存在相互混淆,如创造良好的环境、传播健康的信息既用来解释个体社会资本,也用来解释集体社会资本对健康的影响机制。第二,现有研究大多从个体社会资本或集体社会资本的其中一个方面考察与精神健康的关系,而将个体社会资本与集体社会资本放入一个研究框架内,探讨对不同类型健康的影响研究较少。第三,缺乏在不同社会环境下(如城乡环境或不同类型社区等),探讨社会资本的存在形式对健康影响作用的差异化研究。因此,本文主要解决不同类型的社会资本对老年人不同类型的健康影响是否存在差异?影响机制又是什么?特别在考虑城乡二元结构体

制下,这种差异是否又会存在变化?通过比较不同类型社会资本对城乡老年人健康的影响差异,将更有利于从社会资本视角,进一步来改善老年人的生理与心理健康。

二、研究假设

现有的研究在解释个体社会资本、集体社会资本与健康的关系时存在相互混淆,并未有效地区分社会资本对不同类型健康的影响机制,但是对个体社会资本与集体社会资本的测量学界基本达成一致观点。因此,本文将个体与集体社会资本对健康的影响机制归纳分为两种学说:网络关系学说及社会融合学说。根据网络关系学说,社会资本被定义为个人能通过社会网络获取的有价值的资源,这些价值资源通常包括社会支持、信息渠道和社会认同等^[32]。根据社会融合关系学说,社会资本通常被定义为集体的资源——例如信任、规范、以及约束力的执行——有利于社会团体的成员^[33]。

1. 个体社会资本与老年人生理及心理健康的关系

根据网络关系学说,老年人通过他们的网络获得资源时,产生健康有关的机制通常包括网络学习机制,社会支持机制以及社会认同机制,大量有关健康心理学与公共健康的文献详尽分析了这些路径和机制^[34]。网络学习机制,将社会资本看作一种信息来源,有助于老年人获得更多健康的护理知识和自觉规避不健康的风险行为,主要对老年人的生理健康产生影响;社会支持机制,将社会资本看作一种社会关系资源,有助于老年人获得来自家人、亲人、朋友、邻居、社区成员等提供的物质性、陪伴性与情感性支持。反过来,社会支持被认为具有缓冲压力的能力以促进老年人的幸福与健康——无论是积极的影响个体对其处理压力环境能力的评估,还是直接提供解决压力和不安所需的资源,都对老年人的心理健康产生影响;社会认同机制,将社会资本看作一种精神资源,有助于提升老年人的自信与自尊,缓解老年人的孤独和心理压力,主要对老年人的心理健康产生影响。因此,基于网络学习机制提出 H₁ 假设,基于社会支持机制及社会认同机制提出 H₂ 假设,假设内容如下:

H₁:个体社会资本越高,获取健康护理信息的信息渠道就越多,从而有助于改善老年人的生理健康;

H₂:个体社会资本越高,获得陪伴性支持与情感性支持就越多,老年人对生活就越自信,从而有助于改善老年人的心理健康。

2. 集体社会资本与老年人生理及心理健康的关系

根据社会融合学说,老年人通过融入于集体来获取集体的资源时,产生健康有关的机制通常包括非正式照料机制、行为规范机制与社会参与机制。非正式照料机制,主要是指老人由于完全丧失生活自理能力,而儿女又经常不在身边,需要委托他人来进行专门的看护照料。如果孤寡老人属于某个团体中的一员,则可以获得来自团体其他成员的帮扶和照料,主要对老年人的生理健康产生影响。行为规范机制,主要是指处在一个集体中老人会受到周边老年人的行为示范影响,如健身、跑步、晨练等,同时对自己不健康的行为也产生一定的约束,主要对老年人的生理健康产生影响^[35]。社会参与机制,主要指老年人可以参与更多的社会组织活动及志愿者活动,丰富他们的业余生活和精神文化,提高接触愉快事件以及社会信息的机会,避免脑力的快速退化导致与时代脱轨,主要对老年人的心理健康产生影响。因此,基于非正式照料机制及行为规范机制提出 H₃ 假设,基于社会参与机制提出 H₄ 假设。

H₃:集体社会资本越高,老年人受到非正式照料的机会越多,对自身不健康行为约束作用越强,从而有助于改善老年人的生理健康;

H₄:集体社会资本越高,老年人接触愉快事件及社会信息的机会越多,从而有助于改善老年人的心理健康。

通过对上述个体社会资本与集体社会资本对老年人的健康影响机制探讨总结,最终得到图1社会资本对老年人生理与心理健康的影响机制。

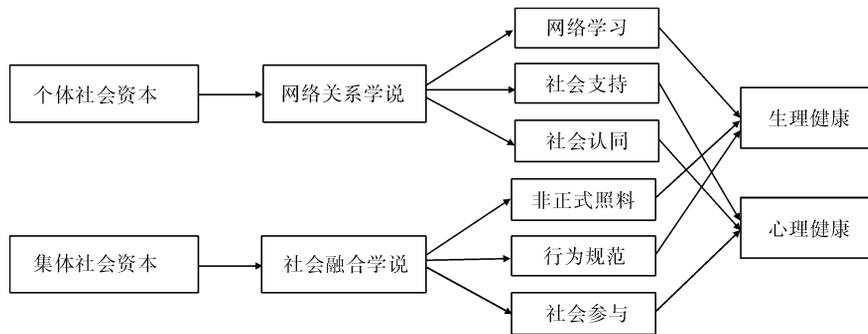


图1 社会资本对老年人生理与心理健康的影响机制

三、数据来源与研究设计

1. 数据来源及说明

本文所用数据来自于2013年与2015年中国综合社会调查(Chinese general social survey, CGSS)。其中,2013年CGSS项目调查覆盖了全国28个省/市/自治区,数据库中的有效问卷为11 438份,农村居民的样本数量为4 416份,城市居民的样本数量为7 022份;2015年延续了2013年的调查工作,同样覆盖了全国28个省/市/自治区,数据库中的有效问卷为10 968份,农村居民的样本数量为4 498份,城市居民的样本数量为6 470份。由于本文调查的对象主要集中在城乡地区60岁及其以上的老年人,将2013年与2015年CGSS中非老年人的数据剔除后进行合并,得到3 312份样本。然后,进一步剔除相关的缺失样本、无效样本最终得到有效样本3 225份。该调查数据是目前国内研究社会问题的权威数据,基于该数据库已经形成了大量的科研成果,被广泛地应用于教学、科研、政府决策之中,因此应用该数据具有较强的适用性与代表性。

2. 变量测量及说明

由于健康不仅是身体没有疾病,而是生理、心理各方面均达到良好的状态,故被解释变量将对老年人的生理健康与心理健康进行全面考察。解释变量主要包括集体社会资本及个体社会资本。其中,集体社会资本更侧重于社群主义的资源,它强调了以相互信任和团结以及非正式社会控制为形式的邻里社会资源,它解释了邻里结构对居民福祉的影响,故本文用信任意识及偏见意识的加权平均值来代表集体社会资本;个体社会资本更侧重于那些个人通过和他人联系而构建的资源,相较于集体社会资本,它更强调获得特定预期目的的资源必要性以及个体获得这些资源的相对性。个体社会网络的构建主要依靠社会交往,才能获得相应的资源与信息,故本文用邻里交往及朋友交往的加权平均值来代表个体社会资本。控制变量主要采用常见的社会人口统计变量,另外加入社会经济地位和家庭规模。一般而言,具有高社会经济地位(SES)的老年人有着更高的生活质量和更多的社会网络与社会支持,这在一定程度上能够缓解由于压力和孤独引发的心理不健康问题。而家庭规模越大,老年人将会得到亲人更好、更周到的照料,他们的身心健康状况将会更好。最终,形成表1相关变量的测量体系。

3. 变量处理及说明

由于健康的评价主要为李克特5级量表,而本文主要采用二元Logistic回归模型,所以将老年人的健康状态为很不健康、比较不健康、一般归为不健康一类,对其赋值为0;而将比较健康和很健康的评价归为健康一类,对其赋值为1。其他控制变量根据研究目的,对其进行相应的赋值,以此避免量纲的不同对数据结果造成的偏差影响。为了确保研究的信度,本文利用OLS回归模型对其实证结果进行稳健性检验,从而保证研究结果的一致性、稳定性和可靠性。

表 1 相关变量的测量体系

一级指标	二级指标	测量问题
健康	生理健康	在过去的四周中,由于健康问题影响到您的工作或其他日常活动的频繁程度是
	心理健康	在过去的四周中,您感到心情抑郁或沮丧的频繁程度是
社会资本	个体社会资本	邻里交往 请问您与邻居进行社交娱乐活动(如互相串门,一起看电视,吃饭,打牌等)的频繁程度是
		朋友交往 请问您与其他朋友进行社交娱乐活动(如互相串门,一起看电视,吃饭,打牌等)的频繁程度是
	集体社会资本	信任意识 总的来说,您同不同意在这个社会上,绝大多数人都是可以信任的 偏见意识 总的来说,您同不同意在这个社会上,您一不小心,别人就会想办法占您便宜
控制变量	性别	男性=1;女性=0
	年龄	2013-出生年份,2015-出生年份,剔除小于60岁样本
	婚姻	有配偶(或同居)=1;其他=0
	收入	个人全年收入的自然对数
	社会经济地位 SES	赋值 1~3,值越大,社会经济地位越高
	受教育程度	初中及其以下=1;高中=2;大专及其以上=3
	家庭规模	赋值 1~3 人=1;为小规模;4~6 人=2,为中规模;7~10 人=3,为大规模

四、实证分析

1. 模型构建

二元 Logistic 模型中的“二元”主要强调的是因变量为二分变量,即 Y 的取值为 0 和 1,而该模型是 Logit 变换的一种特殊形式,要求先将目标概率进行 Logit 变换,这样就确保了当因变量的概率在 $(0,1)$ 取值时,Logit 转换值可以取任意实数,避免了线性模型的结构缺陷^[36]。因此,将 Y 设定为二分变量时,“1”代表健康会发生,“0”则代表健康不会发生,自变量 (X_i) 为单因子信息量值。同时,将健康发生的条件概率记为 p ,并将 p 的某个函数 $f(p)$ 设定为变量的函数形式,进行 Logit 转换:

$$f(p) = \ln(p/1-p) \quad (1)$$

则二元 Logistic 线性回归模型为:

$$\ln(p/1-p) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i \quad (2)$$

式(2)中: $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_i$ 为逻辑回归待估计参数,对公示(2)中的 p 求解,即可以得到健康发生的概率 p 为:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \sum_{i=1}^m \beta_i X_i)}} \quad (3)$$

式(3)中, p 作为分布概率,其取值范围在 $[0,1]$ 之间, p 值越大表示发生的可能性越大, X 为影响概率分布的因子, β_0 与 β_1 为相应的待估计参数。

2. 描述性统计分析

本文将部分变量进行了操作化处理,并对其进行描述性统计分析,得到表 2。从表 2 中,可知城市老年人的生理健康与心理健康均高于农村老年人;从个体社会资本来看,由于城市的匿名性与陌生化特征,使得邻里的守望相助变得越来越难,城市老年人的个体社会资本低于农村老年人;从集体社会资本来看,由于农村熟人社会的特性,农村老年人的集体社会资本高于城市老年人;从性别来看,男女样本比例较为均衡;从年龄来看,被调查对象的平均年龄接近 70 岁;从婚姻来看,75% 的老年人都有配偶;从个人收入来看,城市老年人的全年收入比农村老年人大约高 3 倍;从社会经济地位来看,城市老年人的社会经济地位高于农村老年人;从受教育程度来看,农村老年人的教育文化程度非常低,城市老年人受教育程度普遍高于农村老年人;从家庭规模来看,大多数城乡老年人生活在小规模(人口数量不超过 3 个)的家庭之中。

表 2 变量的描述性统计

	城乡老年人				城市老年人				农村老年人			
	均值	标准差	极大值	极小值	均值	标准差	极大值	极小值	均值	标准差	极大值	极小值
生理健康	3.56	1.054	5	1	3.72	1.027	5	1	3.34	1.054	5	1
心理健康	3.83	0.900	5	1	3.95	0.884	5	1	3.65	0.892	5	1
个体社会资本	2.72	1.347	5	1	2.564	1.340	5	1	2.95	1.325	5	1
集体社会资本	3.31	0.741	5	1	3.25	0.753	5	1	3.41	0.712	5	1
性别	0.48	0.500	1	0	0.51	0.500	1	0	0.43	0.496	1	0
年龄	68.80	7.111	97	60	69.20	7.391	97	60	68.23	6.661	90	60
婚姻	0.75	0.431	1	0	0.75	0.433	1	0	0.76	0.429	1	0
收入	20 380.93	30 333.924	960 000	80	28 924.49	36 223.151	960 000	80	8 393.20	11 154.541	144 000	100
社会经济地位 SES	1.76	0.574	3	1	1.82	0.575	3	1	1.68	0.563	3	1
受教育程度	1.26	0.578	3	1	1.42	0.692	3	1	1.04	0.223	3	1
家庭规模	1.19	0.406	3	1	1.17	0.385	3	1	1.21	0.431	3	1

3. 全样本回归分析

通过 SPSS20.0 软件,将相关因变量与自变量代入软件中,最终得到表 3 全样本回归分析结果。在二元 logistic 回归分析中,首先需要通过 Hosmer-Lemeshow 拟合优度检验得到卡方值,卡方值越小或其显著性值 >0.05 ,表明由预测概率获得的期望频率与观测数之间差异无统计学意义,即模型整体拟合度较好。从表 3 中 HL 检验的卡方值及其显著性值来看,各个模型整体拟合度较好;并通过 OLS 回归对其实证结果进行稳健性检验,进一步确保研究结论的稳定性与可靠性。从解释变量来看,个体社会资本与集体社会资本均对老年人的生理健康与心理健康产生正向的显著影响,验证了前文所提出的网络关系学说及社会融合学说两个理论,前者认为个体社会资本主要通过提供社会支持、传播有关健康的知识和信息以及培养社会责任感这三种机制对老年人身心健康产生影响;而后者认为集体社会资本主要通过培养遵从集体的健康行为规范,创造良好的社会环境以及增强团体的信任与互惠等方式来规范老年人的行为及缓解心理压力。

表 3 全样本回归分析结果一览表

	Logistic		OLS	
	生理健康	心理健康	生理健康	心理健康
个体社会资本	0.104***	0.134***	0.071***	0.056***
集体社会资本	0.193***	0.229***	0.059***	0.074***
性别	-0.265***	-0.064	-0.053***	-0.008
年龄	-0.023***	-0.003	-0.095***	-0.018
婚姻	0.050	0.265***	0.006	0.039**
个人 SES	0.435***	0.553***	0.141***	0.132***
收入	0.249***	0.237***	0.180***	0.170***
教育	0.192**	0.176**	0.060***	0.060***
家庭规模	0.041	0.123	0.025	0.031*
N	3225	3225	3225	3225
HL 检验卡方值/F 值	4.908	13.927	41.366	33.326
Sig.	0.767	0.105	0.000	0.000

注:HL 检验表示 Hosmer 和 Lemeshow 检验,*、**和***分别表示在 10%、5%和 1%水平上显著,后表同。

从控制变量来看,在性别方面,女性老年人在生理健康方面要好于男性老年人,但性别对老年人心理健康影响不显著;在年龄方面,年龄对老年人的健康具有显著的负向作用,意味着年龄越大,生理健康水平在下降,但对心理健康作用不明显,间接地说明年龄与心态不存在相关性;在婚姻方面,婚姻对于心理健康具有正向显著性,说明配偶对缓解老年人的孤独和心理压力具有显著的作用;在社会经济地位方面,老年人的社会经济地位越高,他们会越觉得自己是有价值的,越能获得其他人更多的尊敬,显著地作用于老年人的生理健康与心理健康;在收入方面,老年人的个人收入越多,其生活质量越好,对身心健康的作用越显著;在教育方面,无论是对健康养生与疾病预防知识的学习,还是对精神生活的填充,都对老年人的生理健康与心理健康产生显著的正向影响;在家庭规模方面,由于家庭结构的核心化导致家庭养老功能的弱化,家庭规模大小对老年人的身心健康的作用不显著。

4.分群体回归分析

由于我国特有的城乡二元户籍制度,城镇居民通常享有更多的社会保障资源,城镇的医疗服务水平也比农村发达,居民健康呈现出高度的城乡不平等^[37]。那么个体社会资本与集体社会资本对于城乡老年人的健康会表现出一致效应吗?它们对于缩小城乡老年人的健康不平等又有怎样的作用呢?为了回答这些问题,本文将城乡二元结构情景因素纳入到二元 logistic 模型中,最终得到表 4 分群体回归分析结果一览表。同时,通过 OLS 回归对其实证结果进行稳健性检验,进一步确保研究结论的稳定性与可靠性,最终将表 4 的实证结果与表 3 的数据进行对比分析,有如下的发现。

表 4 分群体回归分析结果

	城市				农村			
	Logistic		OLS		Logistic		OLS	
	生理健康	心理健康	生理健康	心理健康	生理健康	心理健康	生理健康	心理健康
个体社会资本	0.038	0.050	0.024	0.006	0.215***	0.255***	0.147***	0.137***
集体社会资本	0.243***	0.231***	0.079***	0.080***	0.166**	0.264***	0.048*	0.080***
性别	-0.286***	-0.067	-0.053**	-0.018	-0.399***	-0.184	-0.092***	-0.034
年龄	-0.032***	-0.011	-0.127***	-0.048**	-0.014	0.006	-0.069**	0.010
婚姻	0.116	0.342**	0.041	0.049*	0.012	0.216*	-0.028	0.036
个人 SES	0.336***	0.415***	0.118***	0.087***	0.569***	0.758***	0.182***	0.205***
收入	0.182***	0.152***	0.100***	0.100***	0.158***	0.197***	0.103***	0.103***
教育	0.120	0.161*	0.052**	0.069***	0.349	-0.086	0.032	-0.016
家庭规模	-0.061	0.000	0.007	0.020	0.155	0.243*	0.048*	0.045*
N	1 883	1 883	1 883	1 883	1 342	1 342	1 342	1 342
HL 检验	9.660	11.691	16.427	11.037	6.963	3.765	19.001	17.948
卡方值/F 值								
Sig.	0.290	0.166	0.000	0.000	0.541	0.878	0.000	0.000

从解释变量来看,个体社会资本对农村老年人的生理与心理健康都产生显著性的正向影响,而对城市老年人的生理与心理健康影响都不显著,其可能的解释包括城乡社会结构属性的差异以及社会网络形成的差异。Coleman 认为社会资本的形成过程中,关系网络的封闭性和稳定性发挥了关键的作用^[8]。首先,在传统的农村,以血缘、地缘和业缘等亲密关系为基础的资源和网络构成农村老年人社会资本具体存在形式,具有较强的同质性、情感性和关系性,他们生活的空间相对较为封闭,将农村老年人的社会交往限制于村集体内部,邻里之间互相熟悉、关系密切,成为一个熟人社会和人情社会。这种农村社会网络的封闭性增加了群体内部行动者之间的相互依赖程度,降低了内部行动者对网络外部行动者的依赖性以及资源的交换程度,从而有助于形成牢固的纽带式社会资本,促进群体内部成员之间的团结与互惠的规范^[38]。而对于城市来说,随着单位制解体以及住房商品化的制度改革,居民可以“用脚投票”自主选择居住场所后,城市内部的社会空间分异现象日趋显著,居民构成的异质性不断增强^[39],并且表现出匿名性、非人情化和表面化特点,居民之间因个人的性格特征、兴趣偏好、经济地位的差异而缺少相互交流的动机,邻里之间的关系趋于冷淡和疏离,彼此之间交往缺少信任的基础。其次,农村在生产与生活空间方面高度重合,邻里关系与工作关系相互交织在一起,农村老年人长久地居住在同一个地方,拥有共同的生活回忆与生活场景,在生活习惯与兴趣爱好等方面拥有着许多共同点,共同讨论的话题也较多,并且独特的住宅空间安排使得相互间的交流十分便利,彼此之间形成较为紧密的关系网络。相对农村而言,城市的生产空间和居住生活空间是相互分离的,城市老年人到了退休的法定年龄后,随着退出原来从事的工作和职业导致社会经济地位的下降,老年人那种嵌入在原有生活和工作网络中的社会资本也日趋瓦解和消失,彼此之间形成较为松散的关系网络。此外,商品房社区独有的空间特征包括单元小区以及独栋的居住空间模式,在一定程度上减少了日常生活中邻里之间的交流机会,虽保留了个人隐私生活空间,但也在客观上限制了邻里交往。因此,由于城乡社会结构属性及社会网络形成的差异,导致城市个体社会资本对老年人生理与心理健康影响作用不显著。

从控制变量来看,教育对农村老年人的身心健康影响不显著,其可能的解释一方面由于农村老年人自身受教育水平比较低,从表 2 可知大部分农村老年人处于初中及其以下文化水平,导致他们对健

康养生与疾病预防知识的学习吸收能力较差;另一方面由于受教育文化水平较低,他们的日常娱乐活动大部分不可能是琴棋书画等陶冶情操的休闲活动,更多可能是打牌、打麻将、抽烟、喝酒等娱乐活动,这些活动会进一步提高其患病的风险。除此之外,家庭规模对农村老年人的心理健康产生显著正向作用,其可能的解释是由于农二代甚至农三代的离土、不返农、不回村的社会观念转变,随着城镇化快速发展以及城乡收入差距的扩大,农村的年轻人都纷纷进城打工,由于回家路途遥远或者碍于面子,当自己还没有取得一定成就时,通常很少回家看望自己的父母。但对于农村老年人来说,不像城市老年人与子女居住的距离较近,可以经常走动,他们更期盼自己在外打工的子女能常回家看看。

五、结论与展望

通过上述实证分析,得到了以下结论:(1)根据网络关系学说,个体社会资本对老年人的生理健康与心理健康都产生了显著的正向影响,证实了前文所述的假设 H_1 与 H_2 ,个体社会资本越高,获得健康护理知识的信息及情感性支持就越多,老年人对生活就越自信,越有助于改善老年人的生理与心理健康;根据社会融合学说,集体社会资本对老年人的生理健康与心理健康都产生了显著的正向影响,证实了前文所述的假设 H_3 与 H_4 ,集体社会资本越高,受到非正式照料与接触愉快事件的机会越多,老年人对自身不健康行为约束作用越强,越有助于改善老年人的生理与心理健康。此外,社会经济地位、收入和教育都对老年人身心健康有正向影响,性别和年龄会影响老年人的生理健康,而婚姻会影响老年人的心理健康,家庭规模的影响作用不显著。(2)在考虑城乡二元结构差异时,发现:第一,个体社会资本对农村老年人的生理健康与心理健康都产生显著性的正向影响,而对城市老年人的生理与心理健康影响都不显著;第二,教育对农村老年人的身心健康影响不显著,而家庭规模对农村老年人的心理健康产生显著正向作用。未来,需要促进城市老年人社会交往,提高老年人的社会经济地位,鼓励农村孩子常回家看看,共同营造一个“健康老龄化”的社会。

然而,由于各种主观与客观原因的限制,本文尚存在一些不足,需要在后续的研究进一步完善。在个体社会资本上,只考虑了现实的邻里交往与朋友交往,并未考虑网络的虚拟社交对个体社会资本的影响,同时由于 CGSS 调查中缺乏了关于老年人的生活习惯数据,例如:抽烟、赌博、酗酒等不良生活作风会严重影响其身心健康,以及由于不同区域社会环境存在一定的差异,在未有效地控制区域差异时,可能会导致社会资本对健康的影响上存在一定的偏差,在今后的研究中,将开展进一步调查,以排除这些干扰变量可能带来的影响。未来,针对社会资本与健康的研究,可以进一步探讨社会资本的负面作用(如聚众赌博、喝酒等)对健康的影响,以及黏合型社会资本(指同质性群体之间,例如亲友、邻里、同一种族等,可以让早已彼此认识的人群加强联系)、桥梁型社会资本(指在异质性群体之间,例如不同社会经济地位、不同种族、民族等,可以让本来不认识的人或人群建立关系)、链接型社会资本(指在不同等级群体之间,例如教师、医生、官员、警察等,可以跨越阶层建立关系)^[40]对健康的差异化影响;针对环境支持与健康的研究,可以进一步探讨个体居住环境、社区文化环境以及当地城市社会环境三者对于健康的差异化影响。对这些可能的研究方向进行思考,也将成为下一步重点深入的工作。

参 考 文 献

- [1] 智研咨询集团.2017-2022年中国人口老龄化市场研究及发展趋势研究报告[EB/OL].[2017-02-22].<https://www.chyxx.com/research/201702/493919.html>.
- [2] World Health Organization.Milestones in health promotion:Statements from global conferences[R].Geneva:World Health Organization,2009.
- [3] KIM D,BAUM C F,GANZ M L,et al.The contextual effects of social capital on health:a cross-national instrumental variable analysis[J].Social science & medicine,2011,73(12):1689-1697.
- [4] SCHEFFLER R M,BROWN T T,RICE J K.The role of social capital in reducing non-specific psychological distress:the importance of controlling for omitted variable bias [J].Social science & medicine,2007,65(4):842-854.
- [5] KAWACHI I,KENNEDY B P,LOCHNER K,et al.Social capital,income inequality,and mortality [J].American journal of public health,1997,87(9):1491-1498.

- [6] HANIFAN L J. The rural school community center [J]. The annals of the American academy of political and social science, 1916, 67(1): 130-138.
- [7] BOURDIEU P. The forms of capital. (1986) [J]. Cultural theory: an anthology, 2011(1): 81-93.
- [8] COLEMAN J S. Social capital in the creation of human capital [J]. American journal of sociology, 1988, 94: S95-S120.
- [9] LIN N. Social capital: a theory of social structure and action [M]. Cambridge: Cambridge university press, 2001.
- [10] PUTNAM R D, LEONARDI R, NANETTI R Y. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy [M]. Princeton: Princeton university press, 1993.
- [11] FUKUYAMA F. Trust: The social virtues and the creation of prosperity [M]. New York: Free press, 1995.
- [12] ADLER P S, KWON S W. Social capital: prospects for a new concept [J]. Academy of management review, 2002, 27(1): 17-40.
- [13] 李东泉, 蓝志勇, 徐传峰. 社会资本视域下的社区治理创新研究: 以成都市高新区为例 [M]. 北京: 中国建筑工业出版社, 2017: 75-76.
- [14] 朱荟. 社会资本与心理健康: 因果方向检定和作用路径构建 [J]. 人口与发展, 2015, 21(6): 47-56.
- [15] ROSE R. How much does social capital add to individual health? [J]. Social science & medicine, 2000, 51(9): 1421-1435.
- [16] BERKMAN L F, SYME S L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents [J]. American journal of Epidemiology, 1979, 109(2): 186-204.
- [17] 薛新东, 刘国恩. 社会资本决定健康状况吗——来自中国健康与养老追踪调查的证据 [J]. 财贸经济, 2012(8): 113-121.
- [18] 熊艾伦, 黄毅祥, 蒲勇健. 社会资本对个人健康影响的差异性研究 [J]. 经济科学, 2016(5): 71-82.
- [19] VEENSTRA G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis [J]. Social science & medicine, 2000, 50(5): 619-629.
- [20] HARPHAM T, GRANT E, RODRIGUEZ C. Mental health and social capital in Cali, Colombia [J]. Social science & medicine, 2004, 58(11): 2267-2277.
- [21] FOLLAND S. An economic model of social capital and health [J]. Health economics, policy and law, 2008, 3(4): 333-348.
- [22] KAWACHI I, KENNEDY B P. Health and social cohesion: why care about income inequality? Socioeconomic determinants of health, part 2 [J]. British Medical Journal, 1997, 314(7086): 1037-1040.
- [23] MILLER D L, SCHEFFLER R, LAM S, et al. Social capital and health in Indonesia [J]. World Development, 2006, 34(6): 1084-1098.
- [24] 朱伟珏. 社会资本与老龄健康——基于上海市社区综合调查数据的实证研究 [J]. 社会科学, 2015(5): 69-80.
- [25] KENNELLY B, O'SHEA E, GARVEY E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination [J]. Social science & medicine, 2003, 56(12): 2367-2377.
- [26] POORTINGA W. Social capital: an individual or collective resource for health? [J]. Social science & medicine, 2006, 62(2): 292-302.
- [27] KAWACHI I, KENNEDY B P, GLASS R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis [J]. American journal of public health, 1999, 89(8): 1187-1193.
- [28] 余慧, 黄荣贵, 桂勇. 社会资本对城市居民心理健康的影响: 一项多层线性模型分析 [J]. 世界经济文汇, 2008(6): 40-52.
- [29] 张云武. 个体性资本、集体性资本与农村居民的精神健康 [J]. 福建论坛(人文社会科学版), 2013(1): 155-162.
- [30] 温兴祥, 文凤, 叶林祥. 社会资本对农村中老年人精神健康的影响——基于 CHARLS 数据的实证研究 [J]. 中国农村观察, 2017(4): 130-144.
- [31] 潘泽泉. 社会资本影响个人健康水平吗? ——基于 CGSS2008 的中国经验证据 [J]. 浙江社会科学, 2019(1): 66-78.
- [32] WOOLCOCK M. Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework [J]. Theory and society, 1998, 27(2): 151-208.
- [33] MOORE S, SHIELL A, HAWE P, et al. The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into public health research [J]. American journal of public health, 2005, 95(8): 1330-1337.
- [34] BERKMAN L F, GLASS T. Social integration, social networks, social support, and health [J]. Social epidemiology, 2000(1): 137-173.
- [35] ALMEDOM A M. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence [J]. Social science and medicine, 2005, 61(5): 943-964.
- [36] 杜谦, 范文, 李凯, 等. 二元 Logistic 回归和信息量模型在地质灾害分区中的应用 [J]. 灾害学, 2017, 32(2): 220-226.
- [37] LOWRY D, XIE Y. Socioeconomic status and health differentials in China: convergence or divergence at older ages? [M]. Michigan: Population Studies Center of University of Michigan, 2009.
- [38] 方亚琴, 夏建中. 社区、居住空间与社会资本——社会空间视角下对社区社会资本的考察 [J]. 学习与实践, 2014(11): 83-91.
- [39] 李志刚, 吴缚龙, 卢汉龙. 当代我国大都市的社会空间分异——对上海三个社区的实证研究 [J]. 城市规划, 2004(6): 60-67.
- [40] HAWKINS R L, MAURER K. Bonding, bridging and linking: how social capital operated in New Orleans following Hurricane Katrina [J]. British journal of social work, 2009, 40(6): 1777-1793.

(责任编辑: 陈万红)