

健康不平等视角下社会公众态度影响因素研究 ——来自CGSS2015的实证分析

张海霞

重庆大学公共管理学院, 重庆
Email: 1426357561@qq.com

收稿日期: 2021年8月13日; 录用日期: 2021年9月19日; 发布日期: 2021年9月26日

摘要

随着中国经济的稳步发展, 社会公众的身体健康总体水平也稳步提高。本研究使用CGSS2015的数据样本, 利用卡方检验证明了公众健康水平在各社会因素上均存在差异性, 比较了城乡、性别、地域、收入健康不平等现象, 分析了学历、政治面貌、社交、锻炼情况、自评社会等级与社会地位的健康不平等。本文认为健康不平等现象在社会因素各方面都普遍存在, 且处于优势地位一方的群体往往拥有更高的健康水平。通过ordinal回归分析方法探讨了健康水平对公众信任度、公平度、幸福度均有正向影响, 与正义度之间不存在显著性, 所以健康水平对公众社会态度具有正向积极影响。因此若希望公众社会态度倾向于积极方向发展, 要形成以立法、行政、战略与绩效管理为体系, 经济发展为主要手段, 宣传、应急机制为辅助手段的完整战略来提高公众整体健康水平, 促使公众社会态度向积极正向化发展。

关键词

健康, 健康不平等, 社会态度, 建议

Research on the Influencing Factors of Public Attitudes Based on the Perspective of Health Inequality

—An Empirical Analysis from CGSS2015

Haixia Zhang

School of Public Policy and Administration of Chongqing University, Chongqing
Email: 1426357561@qq.com

Received: Aug. 13th, 2021; accepted: Sep. 19th, 2021; published: Sep. 26th, 2021

Abstract

With the steady development of China's economy, the general level of public health has also steadily improved. This study uses the data samples of CGSS2015 and chi-square test to prove that there are differences in public health level in various social factors. Health inequality in urban and rural areas, gender, region and income is compared, and health inequality in educational background, political status, social communication, exercise, self-rated social class and social status is analyzed. This paper argues that health inequalities are widespread in all aspects of social factors, and the groups in the dominant position tend to have higher health levels. By means of ordinal regression analysis, health level has a positive impact on public trust, fairness and happiness, and there is no significant difference between health level and justice, so health level has a positive impact on public social attitude. Therefore, if the public and social attitudes are expected to develop in a positive direction, a complete strategy with legislation, administration, strategy and performance management as the system, economic development as the main means, and publicity and emergency mechanism as the auxiliary means should be formed to improve the overall public health level and promote the positive development of public and social attitudes.

Keywords

Health, Health Inequality, Social Attitudes, Suggestion

Copyright © 2021 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. 引言

随着中国经济的稳步发展，人民的生活水平也稳步提高，因此中国人民的总体健康水平也随着总体生活水平的提高而提高，但是，总体水平的提高并不意味着单个个体或者单个群体身体健康水平的提高，健康水平的不均衡提高、不均衡发展已经引起了政府、公众相当的重视，健康与健康不平等已经成为公众的热切关注点。比较马斯洛需求层次理论，排在第二层的是安全需求，其中包括自己的身体健康安全，没有身体的健康就提不上安全。因此，身体的健康成为公众的热切关注点是毫无疑问的，尤其是自新型冠状病毒全球严重蔓延的2020年以来，人类对于自身不受病毒侵略的身体健康已经成为公众最首要关注的点。由此，政府出台了措施以及政策来对公众的身体健康进行公共管理，当健康与平等这两个关注点结合到一起时，公众是否在健康方面享受到了平等的权利呢？很显然，当下公众的健康程度差异很大，不同地区、不同城市、不同收入等社会群体的身体健康差异巨大，健康不平等成为政府需要关注并解决的难题，因为健康不平等对涵盖公众情绪、社会氛围、社会价值观内容的社会态度能够产生重大影响。

本次研究的主要内容了解公众的自评健康现状及其由健康自评作为因变量的客观不平等，并探讨健康不平等对社会态度的影响，身体健康的群体会有怎样的社会态度，身体不健康的群体其社会态度又会有何变化，以帮助政府以及公众认识到不同人群的健康程度之间的差异，以及健康不平等现象对于公众社会态度的影响，给政府在制定这方面公共政策时提供有意义的参考价值。

2. 文献综述

2.1. 健康不平等

2.1.1. 健康不平等的划分

关于健康不平等,以不同维度划分就会出现不同形式的健康不平等,比如,Wagstaff等(1991) [1]提出了以人群纯粹的身体健康差异划分的纯粹的健康不平等,以及以社会经济地位、不同人群收入差异划分的社会经济方面的健康不平等。从自身的因素分析或者从社会经济入手分析,但是,这样的分类方式并不全面,忽略了很多其他的社会因素比如文化划分,教育,学历,城市地域等差异造成的健康不平等。基于此,Blas等提出了另一种用以研究健康不平等的方式,即群体之间的健康劣势、个体之间的健康差异、由个体的健康差异导致的整个人口的健康梯度。除此之外,孙玉垒认为健康不平等的关键在于风险的承担,也就是说不同社会经济地位、不同学历、不同地区的人群之间承担健康风险的程度不一样以及风险后面的医疗保健不平等[2]。

2.1.2. 健康不平等的原因探究

关于健康不平等现象的原因,目前有多种理论,第一种,健康不平等现象是由于人为原因而造成的为人论;第二种,健康不平等现象是由于社会选择不同而造成的选择论;第三种,健康不平等现象是由于文化以及行为模式的不同而造成的文化和行为论;第四种,健康不平等现象是由于人所处群体不同而造成的结构论;最后一种,健康不平等现象是由于社会原因而造成的社会因果论[3]。

2.2. 社会态度

社会态度不仅仅只是指公众的情绪态度,也包括其对于社会的认识以及自身的社会价值观[4]。社会态度是社会上单个个体或者群体对事物认知的一种行为倾向或者心理状态,其由认知、情感和行为意向三部分内容构成。在本次的研究中,也体现了社会态度的这三方面内容,公众社会态度的变化毫无疑问会影响到社会的发展以及进步。而社会态度的内涵包括公众对于政府的信任度、对社会公平度的认知以及对社会的满意度作为衡量社会态度的三个维度[5]。但是,用于专门衡量青年群体的社会态度从对社会的公平度认知、自身安全感以及冲突感这三个维度来衡量比较合适[6]。综合考虑,本次研究将从四个维度衡量社会态度,信任度、正义度、公平度以及幸福度。

3. 研究设计

3.1. 研究思路

本次研究的主要研究思路,首先是对公众健康不平等现象的研究,利用卡方检验数据分析方法证明公众在性别、城乡、收入、城市地域等多个因素之间是否存在健康不平等现象,在证明健康不平等现象之后,利用ordinal回归分析公众健康与社会态度之间是否存在联系,以公众自评健康作为自变量,以公众社会态度作为因变量分析公众健康差异对其社会态度的影响。

3.2. 数据来源及样本概况

3.2.1. 数据来源

本文的数据来源为2015年的中国综合社会调查(CGSS2015),此调查项目由中国人民大学中国调查与数据中心执行,涵盖的区域大,调查覆盖的省市有28个,区县总计125个,街道(乡、镇)总计500个,居民委员会达到了1000个之多,调查的内容也涵盖中国社会、社区、家庭以及个人多方面的信息,完成的有效问卷总计10,968份。调查采用的抽样方法为多阶分层PPS随机抽样方法,将调查的主体分为了两

大类，一是必选层，主体为大城市的市辖区家庭户；二是抽选层，主体为除去必选层以外的全国所有家庭户。抽样时为便于采集以及避免误差，采用三阶段概率抽样，具体见表 1。

3.2.2. 样本概况

研究健康不平等现象，CGSS2015 原始数据样本 10,968 份，经过以下数据处理，见表 2。

Table 1. Sampling plan table

表 1. 抽样方案表

	第一阶段	第二阶段	第三阶段
必选层	街道	居委会	家庭户
抽选层	区、县级市、县	居委会、村委会	家庭户

Table 2. Summary table of health measurement samples

表 2. 健康测量样本概况表

因变量
① 健康状况，剔除 7 份“无法回答”选项数，进行以下赋值 很不健康：1 比较不健康：2 一般：3 比较健康：4 很健康：5
自变量
① 城乡，城市：1 农村：2
② 性别，男：1 女：2
③ 城市：进行以下归类赋值 华北地区：北京市、天津市、河北省、山西省、内蒙古自治区，1 东北地区：辽宁省、吉林省、黑龙江省，2 华东地区：上海市、江苏省、浙江省、安徽省、福建省、江西省、山东省，3 华中地区：河南、湖北，4 华南地区：湖南省、广东省、广西壮族自治区，5 西南地区：重庆市、四川省、贵州省，6 西北地区：陕西省、青海省、甘肃省、宁夏回族自治区，7
④ 年收入剔除 872 份“不适用、不知道、拒绝回答、空白”数据，进行以下归类赋值 低收入：0~50,000 (含 50,000)，1 中等收入：50,000~150,000 (含 150,000)，2 高收入：150,000 以上，3
⑤ 学历删除 22 份“无法回答、其他”数据，进行以下归类赋值 没有受过任何教育：1 小学，私塾、扫盲班：2 初中：3 普通高中，职业高中，中专，技校：4 专科(成人高等教育、正规高等教育)，本科(成人高等教育、正规高等教育)：5 研究生及以上：6
⑥ 政治面貌 38 份删除“无法回答”数据， 群众：1 民主党派：2 共青团员：3 共产党员：4
⑦ 过去一年参加体育锻炼情况剔除 22 份“无法回答”数据， 从不：1 一年数次：2 一月数次：3 一周数次：4 每天：5
⑧ 空闲时间社交 2 份“无法回答”数据， 从不：1 很少：2 有时：3 经常：4 非常频繁：5
⑨ 自评社会等级 71 份“无法回答”，剩余 9944 份 1 (最低层)~10 (最高层)
⑩ 自评经济地位(与同龄人相比) 48 份“无法回答”数据， 较低：1 差不多：2 较高：3

社会态度相关变量，进行以下数据处理，见表3。

Table 3. Summary table of social attitude measurement sample

表 3. 社会态度测量样本概况表

社会态度				
① 信任度				
非常不同意: 1	比较不同意: 2	说不上同意不同意: 3	比较同意: 4	非常同意: 5
② 正义度				
非常不同意: 1	比较不同意: 2	说不上同意不同意: 3	比较同意: 4	非常同意: 5
③ 公平度				
非常不同意: 1	比较不同意: 2	说不上同意不同意: 3	比较同意: 4	非常同意: 5
④ 幸福度				
非常不幸福: 1	比较不幸福: 2	说不上幸福不幸福: 3	比较幸福: 4	非常幸福: 5

3.3. 概念界定及测量

3.3.1. 健康

健康，在不同时期具有不同的涵义，所以，本次研究梳理了世界卫生组织(WHO)在不同时期对于健康的定义，见图1。

世界卫生组织(WHO对于“健康”的定义)		
年份	定义	定义来源
1946	健康不仅为疾病或羸弱的消除，也是身体、精神与社会的完好状态	纽约召开的国际卫生会议
1978	健康是基本人权，全世界的一项社会性目标是2000年人人享有健康	《阿拉木图宣言》
1984	个人或群体能够实现愿望和满足需要的程度，以及应对和改变环境的能力	WHO
1986	健康是生命资源，并非生活目标	国际健康促进大会
1990	在躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康四个方面皆健全	WHO
2001	WHO在世界健康报告中强调重视和评估精神卫生	WHO的世界健康报告
2013	精神卫生是健康和福祉的一个组成部分	《2013-2020年精神卫生综合行动计划》
2017	“一个健康”行动，调动食品、农业、动物和环境等方面的项目，建立人与动物良好的生态系统	WHO“一个健康”行动

Figure 1. Health definition

图 1. 健康定义图

从以上关于“健康”定义的表格，可以看出随着时代的发展，健康的内涵外延是不断扩大的，从最早的仅仅对于身体方面的关注一直慢慢外延到精神健康、心理状态、道德品质以及人类自身与动物、环境、生态系统之间的健康关系。

3.3.2. 健康不平等

对于健康不平等的测量，本次研究主要以 CGSS2015 中“您觉得您目前的身体健康状况是?”虽然是社会公众的自评健康，但是对于研究公众健康程度差异是可取的，此问题的答案设置为“很健康，比较健康，一般，比较不健康，很不健康”。分析采用的方法是卡方检验，其能比较两个或两个以上样本率和两个分类变量之间的关联性分析，所以对于研究健康不平等现象是比较适合的数据分析方法。

3.3.3. 社会态度

研究健康不平等对公众社会态度的影响，数据来源于 CGSS2015，公众自评健康程度作为自变量，社会态度作为因变量，自评健康程度来源于“您觉得您目前的身体健康状况是?”，作为因变量的社会态度主要从以下四个方面来衡量：

- ① 信任度感知：“您同不同意在这个社会上，绝大多数人都是可以信任的?”
- ② 正义度感知：“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的便宜?”
答案设置均为“非常同意，比较同意，说不上同意不同意，比较不同意，非常不同意”
- ③ 公平度感知：“您认为当今社会公不公平?”
答案设置为“完全公平，比较公平，说不上公平但也不能说不公平，比较不公平，完全不公平”
- ④ 幸福度感知：“您觉得您的生活是否幸福?”
答案设置为“非常幸福，比较幸福，说不上幸福不幸福，比较不幸福，非常不幸福”

此外，还研究了公众自身环境因素之一的性别、周围环境因素之一的城乡居住地、社会环境因素之一的经济收入对公众社会态度的影响辅助形成数据结论。

4. 中国公众的健康及其不平等

4.1. 中国公众的总体健康水平

由表 4 可以看出，中国公众对于自身的自评健康水平比较积极，中国公众的总体健康水平还是比较高。而且，据估测，中国公众的总体健康水平正在逐年稳步提高，主要原因还是中国经济逐年稳步的发展带动其他领域不断稳步发展向前，其中尤其是食品领域以及医疗领域的发展使公众的健康水平不断得到提高，在食品领域方面，中国公众的关注点一步步从“有吃的就行”、一步步转向“吃饱就行”，再到现在的“吃饱，吃好，吃健康”；医疗卫生领域也经历了从以前的“小病依靠自身免疫力，病急要则乱投医、要则不医”到现在不论小病、大病都要找医生，吃药。在经历了这些转变之后，中国公众的健康水平的提高使毫无质疑的，在未来，中国公众的健康水平应该会稳步得到更大的提升。

Table 4. Overall health level of the Chinese public

表 4. 中国公众总体健康水平表

	很不健康	比较不健康	一般	比较健康	很健康
人数	300	1452	2153	3812	2169
百分比	3.03%	14.69%	21.78%	38.56%	21.94%
总计		1752	2153	5981	
		17.72%	21.78%	60.50%	

4.2. 中国公众的健康不平等

4.2.1. 城乡健康不平等

对不同地区的受试人群进行健康自评的卡方检验，从以上表 5 的结果可以看出，城市中很健康的人数为 1363 人，很不健康的人数为 120 人；农村中很健康人数为 806 人，很不健康的人数为 180 人。根据卡方检验显示 χ^2 值为 193.074, $P < 0.001$, 表明城市和农村人口在健康自评方面是存在明显统计学差异的，所以城乡健康不平等现象是存在的。

Table 5. Chi-square test table for urban and rural health self-assessment
表 5. 城乡健康自评卡方检验表

城乡健康自评的卡方检验						
题目	名称	居住地(%)		总计	χ^2	p
		城市	农村			
健康状况	很不健康	120 (2.07)	180 (4.40)	300 (3.03)	193.074	0.000** (<0.001)
	比较不健康	650 (11.21)	802 (19.61)	1452 (14.69)		
	一般	1321 (22.79)	832 (20.35)	2153 (21.78)		
	比较健康	2343 (40.42)	1469 (35.93)	3812 (38.56)		
	很健康	1363 (23.51)	806 (19.71)	2169 (21.94)		
	总计	5797	4089	9886		

** $p < 0.01$ 。

由表 6 可以看出，生活在城市里面的居民比生活在农村的居民健康水平更高一些。分析其原因，可以用健康结构论、社会因果论来加以解释，各个阶层结构获取到的社会资源的数量、质量的不同而导致健康不平等，居住在城市里面的居民比生活在农村中的人会更加容易获取到包括食物、医疗资源在内的各种与健康相关的资源，且获取到的资源数量、质量方面都处于优势的社会地位，所以数据显示出城市、农村群体身体健康水平呈现出明显差异。

Table 6. Chi-square test for gender health self-assessment
表 6. 性别健康自评卡方检验表

不同性别健康自评的卡方检验						
题目	名称	性别(%)		总计	χ^2	p
		男性	女性			
健康状况	很不健康	121 (2.58)	179 (3.44)	300 (3.03)	58.316	0.000** (<0.001)
	比较不健康	596 (12.72)	856 (16.46)	1452 (14.69)		
	一般	961 (20.52)	1192 (22.91)	2153 (21.78)		
	比较健康	1886 (40.26)	1926 (37.02)	3812 (38.56)		
	很健康	1120 (23.91)	1049 (20.17)	2169 (21.94)		
	总计	4684	5202	9886		

** $p < 0.01$ 。

4.2.2. 性别健康不平等

对不同性别的受试人群进行健康自评的卡方检验，从以上表 6 结果可以看出，男性中很健康的人数为 1120 人，很不健康的有 121 人；女性中很健康人数为 1049 人，很不健康的为 179 人。根据卡方检验显示 χ^2 值为 58.316， $P < 0.001$ ，表明男性和女性人口在健康自评方面是存在明显统计学差异的，所以性别健康不平等现象是存在的。且从以上数据来看，男性群体在健康水平方面是稍高于女性群体的。

4.2.3. 地域健康不平等

对不同城市地域的受试人群进行健康自评的卡方检验，结果可以看出，根据卡方检验显示 χ^2 值为 262.043， $P < 0.001$ ，表明不同城市地域人群在健康自评方面是存在明显统计学差异的。且从表 7 可以看出华北、华东、华中地区的健康比例是比其他地区稍高，西南地区的健康比例最小，这应该与各地区的经济发展有关，经济水平高一些的地区提供的医疗资源、医疗服务会比其他地区质量更高，所以居住在这些地区的居民健康水平更高。

Table 7. Chi-square table of regional health self-assessment

表 7. 地域健康自评卡方表

		不同城市地域健康自评的卡方检验							总计	χ^2	p
题目	名称	城市(%)									
		华北	东北	华东	华中	华南	西南	西北			
健康状况	很不健康	41 (2.94)	63 (4.71)	67 (2.08)	28 (2.55)	27 (2.30)	23 (2.44)	51 (7.11)	300 (3.03)	262.043	0.000** (<0.001)
	比较不健康	150 (10.75)	205 (15.32)	423 (13.13)	186 (16.92)	173 (14.75)	192 (20.38)	123 (17.15)	1452 (14.69)		
	一般	316 (22.65)	270 (20.18)	705 (21.88)	175 (15.92)	303 (25.83)	245 (26.01)	139 (19.39)	2153 (21.78)		
	比较健康	524 (37.56)	477 (35.65)	1286 (39.91)	416 (37.85)	503 (42.88)	363 (38.54)	243 (33.89)	3812 (38.56)		
	很健康	364 (26.09)	323 (24.14)	741 (23.00)	294 (26.75)	167 (14.24)	119 (12.63)	161 (22.45)	2169 (21.94)		
	总计	1395	1338	3222	1099	1173	942	717	9886		

** $p < 0.01$ 。

4.2.4. 收入健康不平等

对不同收入水平的受试人群进行健康自评的卡方检验，结果可以看出，低收入组中很健康的人数为 1868 人，很不健康的有 293 人；中等收入组中很健康人数为 256 人，很不健康的为 6 人；高收入组中很健康 50 人，很不健康 1 人，根据卡方检验显示 χ^2 值为 189.354， $P < 0.001$ ，表明不同收入人群在健康自评方面是存在明显统计学差异的。

由表 8 可以看出，收入越高的人群处于更高的健康水平。分析其原因，是符合健康不平等的选择论、结构论、社会因果论的，个人在社会的经济地位高低是社会选择论中一个影响比较大的因素，且拥有越多的财富，其获取社会资源的困难度就会越低，也能够获取到更多、更优质的社会资源，这样就会使收入越高的群体在社会生活时处于越优势的位置。

Table 8. Income health self-assessment chi-square test table
表 8. 收入健康自评卡方检验表

		年收入水平健康自评的卡方检验			总计	χ^2	p
题目	名称	年收入(%)					
		低收入	中等收入	高收入			
健康状况	很不健康	293 (3.28)	6 (0.72)	1 (0.81)	300 (3.03)	189.354	0.000** (<0.001)
	比较不健康	1414 (15.83)	32 (3.86)	6 (4.84)	1452 (14.69)		
	一般	1996 (22.34)	137 (16.53)	20 (16.13)	2153 (21.78)		
	比较健康	3367 (37.69)	398 (48.01)	47 (37.90)	3812 (38.56)		
	很健康	1863 (20.86)	256 (30.88)	50 (40.32)	2169 (21.94)		
总计		8933	829	124	9886		

**p < 0.01。

5. 健康不平等对公众社会态度的影响

5.1. 健康差异对公众信任度感知的影响

因为因变量采用的是等级变量描述，因为在多因素分析时候采用有序回归分析，通过表 9 回归分析结果显示，P 值均小于 0.05，表明性别、地区、收入分组、健康状况与信任度感知均有相关，其中性别和收入与信任度感知呈现负相关，即与男性相比，女性信任度感知水平明显降低，OR = 0.875，表明与男性相比，女性信任度降低 12.5%；随着收入增加，信任度感知得分降低 6%，OR = 0.940；农村与城市相比，信任度感知得分增高，OR = 1.373，表明农村是城市得分的 1.373 倍；健康状况与信任度感知呈现正相关，OR = 1.077，表明健康状况每增加一个级别，信任度提升 7.7%。所以，健康程度差异越大，公众的社会信任度感知也会出现差异巨大的情况，健康的人群对社会的信任度更高，而性别、居住地区、收入等也侧面印证了健康程度对于公众信任度的影响，即根据前面的数据证实不同性别、居住地区、收入造成不同人群身体健康程度的差异，而最终造成公众信任度的差异。

Table 9. Ordered regression analysis of influencing factors of perceived trust
表 9. 信任度感知的影响因素有序回归分析

变量	B	S.E.	Wald	自由度	显著性	OR	95%置信区间	
							下限	上限
性别	-0.133	0.038	12.229	1	0.000	0.875	0.813	0.944
地区	0.317	0.039	67.352	1	0.000	1.373	1.273	1.481
收入分组	-0.062	0.024	6.962	1	0.008	0.940	0.897	0.984
健康状况	0.074	0.018	17.613	1	0.000	1.077	1.041	1.115

5.2. 健康差异对公众正义度感知的影响

通过以上表 10 回归分析结果显示，性别、收入分组与正义度感知均有相关，其中性别与正义度感知呈现负相关，即与男性相比，女性正义度感知水平明显降低，OR = 0.909，表明与男性相比，女性正义度降低 9.1%，此外，随着收入增加，正义度感知得分增加 4.9%。而地区组跟健康状况组的 P 值为 0.234 与 0.283，均大于 0.05，所以地区跟健康状况对于公众的正义度感知是没有太大的影响的。

Table 10. Ordered regression analysis of influencing factors of perceived justice degree
表 10. 正义度感知的影响因素有序回归分析

变量	B	S.E.	Wald	自由度	显著性	OR	95%置信区间	
							下限	上限
性别	-0.095	0.036	7.081	1	0.008	0.909	0.848	0.975
地区	-0.043	0.036	1.417	1	0.234	0.958	0.892	1.028
收入分组	0.048	0.022	4.624	1	0.032	1.049	1.004	1.096
健康状况	-0.018	0.017	1.155	1	0.283	0.982	0.950	1.015

5.3. 健康差异对公众公平度感知的影响

通过表 11 回归分析结果显示, P 值均小于 0.05, 所以性别、地区、收入分组、健康状况与公平度感知均有相关, 其中性别和收入与公平度感知呈现负相关, 即与男性相比, 女性公平度感知水平明显降低, OR = 0.906, 表明与男性相比, 女性公平度降低 9.4%; 随着收入增加, 公平度感知得分降低 10.01%, OR = 0.899; 农村与城市相比, 公平度感知得分增高, OR = 1.430, 表明农村是城市得分的 1.430 倍; 健康状况与公平度感知呈现正相关, OR = 1.068, 表明健康状况每增加一个级别, 公平度提升 6.8%, 所以健康程度的差异对公众的公平度感知是有影响的。

Table 11. Ordered regression analysis of influencing factors of perceived fairness degree
表 11. 公平度感知的影响因素有序回归分析

变量	B	S.E.	Wald	自由度	显著性	OR	95%置信区间	
							下限	上限
性别	-0.099	0.037	7.415	1	0.006	0.906	0.843	0.972
地区	0.358	0.037	92.781	1	0.000	1.430	1.330	1.539
收入分组	-0.106	0.023	21.622	1	0.000	0.899	0.861	0.941
健康状况	0.066	0.017	14.849	1	0.000	1.068	1.033	1.104

5.4. 健康差异对公众幸福感知的影响

通过表 12 回归分析结果显示, 性别、健康状况与幸福度感知均有相关, 其中性别幸福度感知呈现正相关, 即与男性相比, 女性幸福度感知水平明显上升, OR = 1.160, 表明与男性相比, 女性幸福度增高 16%; 健康状况与幸福度感知呈现正相关, OR = 1.579, 表明健康状况每增加一个级别, 幸福度提升 5.79%, 所以健康程度的差异对于公众的幸福度感知是有影响的。而地区分组的 P = 0.810 > 0.05, 因此地区与公众幸福度感知没有太大联系。

Table 12. Ordered regression analysis of influencing factors of perceived happiness
表 12. 幸福度感知的影响因素有序回归分析

变量	B	S.E.	Wald	自由度	显著性	OR	95%置信区间	
							下限	上限
性别	0.148	0.039	14.603	1	0.000	1.160	1.075	1.251
地区	-0.009	0.039	0.058	1	0.810	0.991	0.918	1.069
收入分组	-0.048	0.024	3.943	1	0.047	0.953	0.908	0.999
健康状况	0.457	0.019	604.646	1	0.000	1.579	1.523	1.637

6. 结论与讨论

根据以上的数据,健康不平等对公众对于社会的信任度、公平度与自我生活的幸福度有着显著影响,但是对社会的正义度影响甚微,由此,是可以得出结论,健康不平等现象对公众的社会态度是有着显著影响的。

如果社会群体之间健康程度差异性巨大,那么这些群体简单社会态度也会出现巨大差异性,健康程度越高的社会群体,社会态度会倾向于更加积极的一方,而健康程度越低的群体,社会态度则会倾向于更加消极的一方。而消极的社会态度,尤其是以群体划分的社会态度的消极,会影响到整个社会的情绪分为以及价值观取向,这样就极有可能造成社会群体间的社会矛盾,对社会的和谐发展与国家的安全稳定都有着不利的影响。所以,降低公众群体间的健康不平等现象以促使公众的社会态度向积极的方向发展对于社会和谐、国家稳定是必要的。

为了解决健康的不平衡发展,国家政府应增加医疗支出,一方面用于发展医疗设施、建设医院等,另一方面用于国家医疗保障体系,保障医疗保险等改善公众健康体制的运行。尤其应该更多的为处于社会因素弱势一方的人群提供医疗补贴或者免费的基本医疗服务,以此改善公众健康的不平等。

参考文献

- [1] Wagstaff, A., Paci, P. and van Doorslaer, E. (1991) On the Measurement of Inequalities in Health. *Social Science & Medicine*, **33**, 545-557. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
- [2] 孙玉垒. 家庭背景、一般自我效能感与健康不平等——基于“首都大学生成长追踪调查”的实证研究[D]: [硕士学位论文]. 兰州: 兰州大学, 2009.
- [3] 蔡端颖. 健康不平等的解释理论及其启示[J]. 医学与哲学, 2019, 40(10): 40-43.
- [4] 杨宜音. 个体与宏观社会的心理关系: 社会心态概念的界定[J]. 社会学研究, 2006(4): 117-131.
- [5] 尉建文, 黄莉. 新媒体如何影响群体性事件?——中介机制与实证检验[J]. 北京师范大学学报(社会科学版), 2016(6): 109-119.
- [6] 贾冬琴, 王沛沛. 当代青年群体的社会态度及影响因素[J]. 青年研究, 2016(5): 47-56+95.