

自选择还是情境分层？*

——一项健康不平等的准实验研究

洪岩璧 曾迪洋 沈 纪

提要：根本原因理论认为阶层地位差异导致健康不平等，生活方式是其中介机制。本研究利用 CFPS 多期数据，首先探讨不同阶层在饮酒、吸烟和体育锻炼方面的差异，发现管理人员的饮酒、吸烟倾向（风险健康行为）显著偏高；进而以反腐政策为准实验，考察饮酒的阶层差异变化。研究发现，生活方式转型理论和自选择机制都不足以解释管理人员饮酒更多的现象。健康分层并非社会经济地位梯度的简单映射，相关研究亟须反思以往强调微观个体实践直接反映宏观结构位置的分层理论框架。

关键词：根本原因理论 饮酒 生活方式转型理论 中央八项规定精神 准实验

如果我们对可做出选择的自由感兴趣，那就必须看一下某个个体实际拥有的选择有多少种，我们不能想当然地认为：该结果与从个体所掌控的“资源”而来的判定结果是相同的。

——阿马蒂亚·森(2016:43)

健康既是社会分层的结果，也是分层与流动的动力因素。随着我国扶贫和卫生健康工作的不断推进，慢性病日益成为中国人的死亡主因。高血压、吸烟、高钠/盐饮食与空气污染、高血糖、高胆固醇、肥胖和饮酒构成 2017 年中国人死亡的主要风险因素(Zhou et al.,2019)。可见生活方式对健康的影响非常重要。一方面，从凡勃仑的《有闲阶级论》到布尔迪厄的《区分：判断力的社会批判》，生活方式都被认为是阶层区隔的重要壁垒与边界符号。阶级消亡论更是认为，马克思意义上的“阶级”不断被基于生活方式和价值取向的“地位群体”所取代，认

* 本研究得到国家社会科学基金项目“早期健康状况对阶层固化的影响机制及对策研究”(17CSH063)的支持。感谢诸多师友与匿名评审人的宝贵建议。文责自负。

同、符号、品味和消费层面的差异逐渐凸显(Pakulski & Waters, 1996)。另一方面,个体化理论认为,在(后)现代社会中,人们对韦伯意义上的“社会阶级”的依附日渐减弱,正在培育趋向于个体化的生活方式(贝克,2018:109)。国内相关研究也表明,我国社会阶层“结构化”、边界清晰化的趋势与局部“碎片化”和“个体化”现象并存(李春玲,2017)。一般而言,健康是社会各阶层成员孜孜以求的目标,而生活方式是实现健康的重要手段。西方研究显示,社会经济地位越高的人,吸烟、饮酒的比例越低,而国内很多研究则发现相反的趋势。本研究尝试从健康生活方式的阶层差异角度,探讨结构性的阶层地位对生活机遇到底存在何种影响:究竟是如根本原因理论所言,阶层地位越高,活得越健康?还是个体可以自主选择生活方式?抑或是无论阶层地位高低,皆是结构“铁笼”之囚徒?

一、阶层、生活方式与健康

根本原因理论认为,社会经济地位是造成健康差异和健康不平等的根本原因(Link & Phelan, 1995),地位高者占有大量资源,可用于降低患病和死亡的可能性,因此健康状况更好(Phelan & Link, 2013)。根本原因理论和对“地位综合症”现象的解释(马默特,2008)都认为,存在着与社会经济地位梯度相对应的健康梯度。^①其基本逻辑乃社会经济地位梯度带来资源占有不平等,从而导致健康梯度。根本原因理论宣称,只要存在资源不平等,健康不平等就不会消除(Phelan & Link, 2013:109)。

在健康不平等形成过程中,生活方式是重要的中介因素,社会经济地位较高者更可能拥有健康生活方式(王甫勤,2012)。社会经济地位及其连带资源通过工具、溢出、惯习和制度四种机制导致健康不平等(Freese & Lutfey, 2011)。惯习主要指显著影响个体健康但又非明确以改善健康为目标的工具性行为,这是在社会化过程中形成的偏好和倾向(Phelan & Link, 2013:108)。马默特(Michael Marmot)强调,能在多大程度上掌控人生和参与社会生活的机会是地位综合症的潜在原因,所以我们更应关注医疗科技之外的生活方式以及个体的社会角色(马默特,2008)。

^① 德吕勒(Marcel Drulhe)(2009:51)提出,存在一个与阶层相对应的死亡率金字塔结构。刘慈欣在他的小说《2018》中也指出,由于人们对“基因改造生命延长技术”的利用存在阶层差异,会导致“永生”的不平等(刘慈欣,2014)。

在健康研究中,生活方式被定义为健康相关行为的一种集体模式,这些行为乃人们根据其生活机会所做出的可能选择(Cockerham,2010:159)。它彰显了结构和个体能动性之间的张力。饮酒、吸烟和体育锻炼等行为习惯看似是个体的选择,实则受限于其所属社会阶层的生活机会(Abel,1991;Cockerham,2010;德吕勒,2009)。根本原因理论和“地位综合症”解释都假定,生活方式的自主选择存在阶层差异,个体的社会经济地位越高,占有的资源越多,自主程度就越高,就越能掌控自己的人生。譬如,习得有效性理论指出,教育是影响个体健康的最重要因素,因为教育赋予个体各种资源,能够提升其对生活的控制感,从而更可能采取健康的生活方式(Mirowsky & Ross,2003)。根本原因理论的“全息影像”(holographic)原则认为,在影响健康结果的多个领域或途径中,都能观测到解释变量(社会经济地位)发挥了相同的作用(Luthey & Freese,2005),即在影响健康的所有维度中都存在社会经济地位梯度。这本质上是假定了微观个体行为与宏观分层结构存在着直接对应关系。

但上述理论存在两个可商榷之处。一是生活方式与特定社会文化密切相关(Abel,1991),也与社会发展和变迁的特定阶段有关。如饮酒、吸烟行为不仅是一种关乎健康的行为,同时也是社会互动的手段。在早期中国,饮酒便属于“礼”的范畴(许宏,2009)。西方学界认为,烟酒消费作为健康生活方式测量指标,具有很好的跨国比较性,但其在中国的适用性尚需谨慎对待。二是阶层地位与生活自主性之间线性相关这一假定的有效性问题。已有理论和研究指出,生活方式不仅是个体选择,也深受结构制约;但又假定高阶层群体所受结构制约较少,其有更大的自主选择性。然而这些研究并未深究结构是如何影响高阶层群体的。齐美尔提出,时尚具有等级性,乃阶级分野之产物,一旦较低阶层开始模仿高阶层的时尚,高阶层就会抛弃旧时尚,寻求新时尚(西美尔,2001:72)。高阶层为了维持阶层区隔,是否可以选择固守旧时尚?答案很可能是否定的。^①个体可能为了追求地位而牺牲健康(Luthey & Freese,2005),虽然健康与长寿乃人人之所欲求,但并非个体唯一追求之鹄的。^②

本研究尝试以健康生活方式的阶层差异为切入点,探讨结构限制与个体自

① 彼得森(Richard A. Peterson)等提出,优势阶层的文化消费日渐从“自命不凡的排斥主义”转向“文化杂食主义”(Peterson & Kern,1996),但这并不意味着模糊或消弭了高雅和低俗的界限,文化杂食仅是更具开放性、更能对任何事物抱持欣赏态度,而非基于严格的规则进行排斥(Chan,2010:8)。

② 柯林斯(Randall Collins)指出,以往研究者想当然地把吸烟当作健康问题来对待,但社会学家应保持清醒头脑,“明白这些活动不仅仅是个人的生活方式,而是仪式……吸烟仪式的上升和衰落可以主要用社会学学术语来解释”(柯林斯,2012:413-414)。该论断也适用于饮酒行为(黎相宜,2009)。

主性的阶层差异问题。在此,下文首先回顾生活方式(尤其是饮酒)对健康的影响,然后描述生活方式的阶层分化与中西方模式的差异,最后梳理中西差异的相关竞争性解释并提出相应研究假设。

(一)生活方式对健康的影响

生活方式已成为健康的核心影响要素。早期研究提出影响个体健康的七个因素:饮食、吸烟、锻炼、饮酒、睡眠、体重和压力(Belloc & Breslow,1972)。前六项皆属于生活方式,而压力则是影响生活方式的因素。因为压力往往会激发不健康的生活方式,如暴饮暴食、饮酒和吸烟(Krueger & Chang,2008)。经验研究显示,吸烟、酗酒、缺乏锻炼、超重、睡眠过多或不足都不利于健康(Kenkel,1995)。如心血管疾病的七个主要风险因素(高钠/盐摄入、脂肪摄入过高、吸烟、超重和肥胖、果蔬摄入量低、缺乏体力活动、过度饮酒)都与饮食及体育锻炼等生活方式密切相关(Robertson et al.,2006)。进入疾病转型的第五个阶段,超重与久坐不动又成为疾病和死亡的主要风险因素(石智雷等,2020)。其中,吸烟对西方国家男性死亡率的贡献在24% - 50%(Marmot,2006),吸烟也是仅次于高血压中国人的死亡风险因素(Zhou et al.,2019)。

饮酒对健康的影响颇为复杂。过度饮酒不利于健康,但以往不少研究认为,相对于不饮酒和过量饮酒,适度饮酒有利于健康,可降低罹患心血管疾病和代谢综合症的风险(Fillmore et al.,2007)。然而,新近研究发现,无论饮酒量多少,皆不利于健康。世界卫生组织估计,饮酒导致了全球5.3%的全因死亡以及7.2%的69岁以下的全因死亡(World Health Organization,2018)。对全球195个国家/地区的数据分析显示,饮酒是全球疾病负担和健康损害的主要风险因素,降低健康损害的最佳选择是滴酒不沾(GBD 2016 Alcohol Collaborators,2018)。饮酒为2017年影响中国人死亡的十大风险因素(Zhou et al.,2019)之一,基于中国人的流行病学研究也对适量饮酒有益论(Millwood et al.,2019)提出了质疑。此外,饮酒对健康的影响存在阶层分化,饮酒对低阶层群体的健康戕害与死亡效应显著高于高阶层群体(Katikireddi et al,2017;World Health Organization,2018:15)。

(二)健康生活方式的阶层差异

受新自由主义思潮的影响,生活方式对健康的重要影响被误读成自由个体应该对自身健康问题负完全责任(德吕勒,2009:3)。而在布尔迪厄看来,饮食和身体都以最不可置疑的客观化方式体现了不同阶层的等级趣味(布尔迪厄,

2015:278,295)。换言之,个体的健康行为受到结构的诸多限制和约束。

根本原因理论认为,生活方式是形成健康不平等的核心中介机制。吸烟、过度饮酒、不良饮食习惯和疏于锻炼等不良生活方式更频繁出现于西方的低阶层中(Cockerham,2010;World Health Organization,2018),而且,在多数高收入国家,低教育程度的男性更可能酗酒或过度饮酒(World Health Organization,2018)。这一阶层差异模式不随年龄增长而变化,即存在“锁定”(locked in)效应(Jones et al.,2011)。这些行为可以消减职业地位及收入最高和最低组别之间17% - 35%的健康结果差异(Borg & Kristensen,2000)。近年来,此类不健康行为日益集中于低教育程度、低收入或无工作的底层群体中(Crimmins & Zhang,2019;Schilbach,2019)。

然而,中国的图景却异于西方。一方面,与西方类似,高阶层群体更积极参加体育锻炼(王甫勤,2012;石智雷等,2020);另一方面,职业阶层地位越高的群体吸烟、饮酒倾向越严重,身体体态越不健康,但其自评健康反而越好(黄洁萍、尹秋菊,2013;Kim et al.,2004;Chen et al.,2010)。这在男性群体中尤为明显,更高的社会经济地位并未给男性带来更健康的身材(吴菲,2021)。上述结果不仅迥异于西方,也与根本原因理论明显不符。那么,为什么我国的高阶层群体在健康风险行为上的发生频次更高?

(三)中西差异的竞争性解释

针对我国高阶层群体有更多饮酒等健康风险行为这一现象,已有研究从理论和方法层面提出了四种解释,包括生活方式转型理论、与健康选择论相关的自选择、社交功能以及虚假相关与因变量测量缺失问题。

第一种解释,生活方式转型理论认为,中国社会在转型过程中,上层和城市人口最先受到西方不良生活方式的影响(Kim et al.,2004)。该理论假定社会经济地位与健康生活方式之间的关系取决于社会发展水平。在发展中国家,高地位者更多地消费加工食品而非自然食品,更易受新奇、高成本同时也更不健康的西方生活方式影响(Kim et al.,2004)。该理论的优势在于提供了动态解释且表明这并非“中国特色”。因此,王甫勤(2017)认为,生活方式转型理论可以解释我国高社会经济地位者的风险型生活方式,因为他们深受西方生活方式的影响。

但该理论存在两个悖论。第一,为什么发展中国家的高地位群体不学习西方中上阶层的健康生活方式,而要模仿那些不健康行为?该理论的回答是这种不健康生活方式被认为是财富带来的特权。这说明更应从发展中国家社会内部

的阶层间关系寻求原因,是否模仿西方并非解释的核心。第二,社会经济地位与健康生活方式之间的关系在发达国家和发展中国家有不同的发展路径,还是处于同一发展趋势的不同阶段?该理论一方面暗示社会发展水平与健康生活方式之间存在U形关系,即发展中国家也会遵循发达国家的轨迹;同时又强调烟酒消费与特定社会文化密切相关(Kim et al.,2004)。可见单一的线性发展观与社会文化多样性之间存在着内在张力与矛盾。因此,生活方式转型理论对中国高阶层群体吸烟、饮酒行为更多的解释并不尽如人意。为检验该理论,我们把以往研究中笼统言之的高阶层群体区分为管理人员和专业人员,^①这有利于考察高阶层群体内部的异质性,进而对生活方式转型理论的内在逻辑进行检验。由此得到研究假设1。

假设1:根据生活方式转型理论,高阶层群体(管理人员和专业人员)的饮酒、吸烟倾向显著高于其他阶层群体。

第二种解释是与健康选择论相关的自选择问题。自选择是指某些个体特质(健康状况或非认知能力等)可能同时影响了饮酒、吸烟倾向和职业地位获得。健康是影响社会经济地位获得的重要因素,健康状况好的个体往往能获得更高的教育、收入和职业地位(洪岩璧、刘精明,2019)。健康选择论认为,健康状况佳者更可能获得高社会经济地位。而自选择偏误是指即使大家都了解饮酒、吸烟对健康的危害,但自评健康较佳者更可能饮酒、吸烟,而健康较差者更可能放弃这一行为。此外,饮酒对低阶层健康的戕害效应更大(World Health Organization,2018:15;Katikireddi et al.,2017)。这两个机制相结合就可能导致高社会经济地位者更容易出现饮酒、吸烟的现象,因为其原初健康状况更好且饮酒、吸烟对其健康的负效应更小。其他特质也会导致自选择,如饮酒的同侪效应和个体自我控制能力(Eisenberg et al.,2014;Schilbach,2019)。因此,齐良书和王诚炜(2010)提出,健康习惯的差别主要源于个人选择,而非不同社会经济地位群体之间的系统性差别。换言之,高社会经济地位者更倾向于饮酒、吸烟乃虚假相关,背后真正发挥作用的是健康选择和个体自选择机制。因此我们提出研究假设2,认为存在自选择机制。

假设2:根据自选择解释,个体自评健康越好,越可能饮酒、吸烟。

本文旨在解释为什么高阶层群体的饮酒频次更高。假定个体偏好在一时期内相对稳定,那么根据自选择解释,不同阶层个体的饮酒倾向并不会受到外在

^① 一项对北京的调查显示,中年高级知识分子饮酒和吸烟的比例分别是22.2%和20.7%,低于一般民众的28.0%和33.4%(和红、陈超,2009)。

冲击的系统性影响。本研究尝试以“中央八项规定精神”相关政策为准实验,^① 聚焦于饮酒行为,^② 考察不同阶层在政策实施前后的饮酒倾向变化。如果政策冲击前后不同阶层的饮酒比例存在显著差异,则有理由质疑自选择偏误的解释力,需求助于其他解释。由此得到研究假设3。

假设3:若健康选择论和自选择机制具有完全解释力,则高阶层群体(管理人员、专业人员)的饮酒倾向在“中央八项规定精神”相关政策实施前后无显著差异。

第三种解释强调饮酒、吸烟的社交功能。中国是一个“伦理本位”社会(梁漱溟,2011),诸多社会关系都是家庭伦理关系的拓展和延伸。请客吃饭(饮食社交)是国人拓展和维持关系网络的重要形式(边燕杰,2004)。在此类社交场合,饮酒、吸烟是最常见的互动形式。改革开放以来,个体更多地要依靠关系消费来自力更生,导致转型期间饮酒社交的涌现(黎相宜,2009)。在饭桌上,通过敬酒和其他席间互动,陌生人逐渐变成熟人,有助于把公务转化为遵循人情逻辑的私事(严霞、王宁,2013)。在很多文化中,不同场合的饮酒、吸烟都有利于促进社会团结。譬如吸烟向来是西方军队团结仪式的中心(柯林斯,2012:552)。在英国,酒精一直被认为是中产阶级社交的润滑剂(詹姆斯,2015:487)。在中国,烟酒消费和烟酒礼物是“拉关系”的重要手段(杨美惠,2009:109-111)。所以赵旭东、衡山(2013)认为,饮酒在人与人之间以及整个社会结构中发挥着某种功能性作用。

把饮酒作为社会交往的重要手段,并不意味着个体可以自由选择饮酒或不饮酒,即使高阶层成员亦是如此。在备受谴责的“公款吃喝”现象中,很多公务

① “八项规定”是指2012年12月4日中共中央政治局审议通过的《十八届中央政治局关于改进工作作风、密切联系群众的八项规定》。其中第八项是“要厉行勤俭节约,严格遵守廉洁从政有关规定,严格执行住房、车辆配备等有关工作和生活待遇的规定”。之后,各地陆续制定了贯彻落实中央八项规定精神的相关办法,包括防范、治理公款大吃大喝、公款相互宴请、公款旅游或变相旅游等,并对违反中央八项规定精神的问题和案件进行通报(详见中共中央纪律检查委员会中华人民共和国国家监察委员会网站)。因此,落实到所有党员干部的是“中央八项规定精神”,而非仅针对中央政治局委员的“八项规定”,感谢匿名评审的提醒。相关政策还包括“六项禁令”(包括“严禁超标准接待”)和反“四风”(包括反享乐主义和奢靡之风)。截至2014年5月底,全国共查处违反中央八项规定精神问题41880起,54862人受到处理,14050人受到党纪政纪处分(新华社记者,《落实八项规定反“四风”践行“三严三实”树正气》,《中国青年报》2014年7月27日获取, http://zqb.cyol.com/html/2014-07/03/nw.D110000zgqmb_20140703_1-06.htm)。

② 香烟消费与公共场所控烟规定有关。2013年12月29日,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》,通知规定,各级领导干部不得在禁止吸烟的公共场所吸烟、各级党政机关公务活动中严禁吸烟、要把各级党政机关建成无烟机关,等等。由于这一时间点处于CFPS2012和CFPS2014两次调查之间,所以难以区分禁烟政策与“中央八项规定精神”相关政策的效应,因此我们在“准实验”中仅关注饮酒行为。

员都抱怨频繁的饭局不仅耗费个人休息时间和精力,而且还可能因过度饮酒而伤身(严霞、王宁,2013)。但即使是在正式制度严厉禁止、频繁严打,许多公务员自己也不情愿的情况下,官场酒风似乎仍有顽强的生命力。究其原因有三:饮酒行为能发挥构建信任和提供激励作用,缓解当前中国地方治理中存在的金字塔层级结构信息不足,治理任务非制度化和组织激励不足(强舸,2019)。^① 美国的一项研究发现,当前居住环境可以解释酒精消费变化量的2/3(Hinnosaar & Liu,2021)。因此,饮酒倾向并非简单地受社会经济地位或阶层高低的影响,而是受特定社会群体所处的结构位置和具体情境的影响。^②

第四种解释是方法层面的虚假相关和因变量测量缺失问题。虚假相关是指由于对社会经济地位的测量不够完全,饮酒、吸烟频次可能代表了教育和收入以外的社会经济地位维度,如营养摄入、医疗设施的使用和社会支持等(Chen et al.,2010)。这本质上是缘于变量缺失和因变量测量缺失。饮酒、吸烟会带来生理危害,但也可使人得到心理满足(黄洁萍、尹秋菊,2013)。酒是人类制造出来、进行情感能量转移和宣泄的“合法”途径,在社会生活中扮演着唤起和解脱功能(王宁,2005:141-144)。针对这两个方法问题,我们提出如下应对策略。首先,采用准实验法解决缺失变量导致的虚假相关问题,考察“中央八项规定精神”相关政策出台前后不同阶层饮酒频次的差异,以尽量消除自选择和缺失变量的影响。倍差法中的固定效应因为控制了不随时间变化的未观测变量,可以处理缺失变量偏误。其次,对于心理满足命题,模型纳入测量负面情绪的心理变量,以控制其对健康行为的影响。

二、研究设计

本研究首先利用中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies,CFPS)横截面数据考察不同阶层在健康生活方式方面的差异,对高阶层是否更倾向于饮酒、吸烟进行检验。其次,利用2012年12月开始施行的“中央八项规定精神”相关

① 这表明个体把其他非健康目标置于优先地位,更看重通过烟酒消费带来的社会地位升迁和经济收益,而不关注由此导致的健康损害(Link & Phelan,2010:7)。

② 利用准实验可以直接检验自选择能否完全解释阶层差异(假设3),但无法对强调微观情境的社交功能解释进行直接检验。因此我们未列出第三种解释所对应的研究假设。我们把强调社交功能之微观情境解释作为排除其他三种解释后的剩余解释。

政策构造准实验,对追踪调查数据(CFPS2012、CFPS2014)进行倍差法(也称双重差分法,DID)分析,利用年份和阶层的交互项来考察阶层差异在两个时点间的变化是否显著,检验自选择机制能否完全解释高层次饮酒更多这一现象。

(一)数据

本文使用中国家庭追踪调查数据中2010年、2012年、2014年和2016年的四期数据(谢宇等,2014)。CFPS的优势在于能利用2012年12月开始施行的“中央八项规定精神”相关政策构造准实验,比较饮酒阶层差异的变化,检验生活方式转型理论和自选择相关解释。因此,CFPS2012和CFPS2014两期数据是本研究的分析重心。

(二)变量

因变量为饮酒、吸烟和体育锻炼情况,具体说明如下:(1)是否(过度)饮酒,二分变量(否=0),询问被访者最近一月每周喝酒是否超过3次。因此本文对饮酒的操作化更接近于是否过度饮酒,从而也在一定程度上回避前文所述有关适量饮酒的争论。(2)是否吸烟,二分变量(否=0),询问被访者最近一月是否吸烟。(3)体育锻炼频次,定序变量,1-5分别代表“从不”“每月一次”“每月两三次”“每周两三次”“几乎每天”。

职业阶层根据CFPS的职业编码分成七类,1=单位负责人,2=专业技术人员,3=办事人员,4=商业服务人员,5=农业生产人员,6=操作工人,7=其他人员。^①自评健康为五点李克特测量,1-5表示从“不健康”到“非常健康”,处理成定距变量纳入模型。控制变量包括性别、年龄、年龄平方、民族、户籍、婚姻、教育、个人年收入(取对数)和抑郁得分。^②CFPS2012和CFPS2014数据的描述统计参见表1。

表1 CFPS2012、CFPS2014 变量描述统计

变量	CFPS2012	CFPS2014
过度饮酒(参照组为不过度饮酒)	19.33%	17.82%

① 其他人员包括军人、无职业者和不便分类人员,由于占比很低,在结果中未报告其系数。CFPS2012职业变量缺失值较多,用被访者2010年数据进行填补。

② 抑郁得分来自CESD量表,取值范围1-4,分值越高抑郁程度越严重。CFPS各期采用的CESD量表包含的题项数有所不同,但换算后各年度量表之间的得分具有可比性。

续表 1

变量	CFPS2012	CFPS2014
吸烟(参照组为不吸烟)	34.60%	33.63%
体育锻炼频次		
从不	59.39%	—
每月一次	3.14%	
每月两三次	5.94%	
每周两三次	8.06%	
几乎每天	23.47%	
男性(参照组为女性)	53.98%	54.04%
汉族(参照组为少数民族)	91.02%	90.14%
年龄	45.10(12.94)	44.32(13.57)
城镇户籍(参照组为农业户口)	23.13%	23.12%
在婚(参照组为未结婚)	89.03%	86.11%
自评健康	2.85(1.18)	3.12(1.22)
抑郁得分	1.64(0.39)	1.40(0.48)
体制内(参照组为体制外)	12.24%	11.78%
个人年收入对数	4.66(5.20)	4.23(5.33)
教育程度		
未受教育	21.99%	26.20%
小学	21.17%	22.25%
初中	34.14%	29.07%
高中	13.85%	14.02%
大专及以上学历	8.85%	8.46%
职业阶层		
单位负责人	2.74%	4.95%
专业技术人员	5.61%	5.78%
办事人员与有关人员	4.70%	5.58%
商业服务人员	14.51%	15.18%
农业生产人员	51.93%	45.04%
操作工人	19.85%	21.99%
其他人员	0.67%	1.48%
样本量	18421	17936

注:(1)下文的简单比较和倍差法分析分别使用了横截面数据和追踪数据,因此样本量会有所变化。本表的样本量为倍差法分析中汇总和PA分析方法中删除相关变量缺失值之后的个案数,追踪样本量会更小。(2)表中数字为均值和百分比,括号中为标准差。

(三) 准实验法

在难以开展实验研究的社会科学领域,自然实验(natural experiment)方法被认为既符合伦理要求又接近实验。自然实验法收集的数据可能存在外部效度问题,但却可以提供干净、可信的因果效应(程诚,2017)。自然实验本质上是对随机控制实验的模仿,所以要求进入干预和控制条件的分组尽量随机(Dunning, 2012:16)。因此,自然实验虽然通常由社会政治力量所构造,但并非任何政策改变或冲击都能构成所谓的自然实验。

本研究尝试以“中央八项规定精神”相关政策的实施来检验高阶层群体更倾向于饮酒的诸种解释。关键在于该政策实施前后的比较是否符合自然实验设计。虽然基于“中央八项规定精神”的自然实验设计已有所应用,但恰如陈林和伍海军(2015)所言,国内经济学界常用的自然实验概念其实往往是准实验(quasi-experiment)。自然实验与准/拟实验的重要差别在于,准实验未能实现随机或类随机的指派过程(Dunning, 2012:20)。近似随机分配的自然实验数据可以用简单多元回归估计政策效应,但在“准实验”中,控制其他变量之后处理组和对照组的差异依然存在,需要比较处理前和处理后结果的变化来估计政策效应,也即倍差法估计量(斯托克、沃森,2012:379)。“中央八项规定精神”相关政策的出台并非以改善健康或生活方式为目标,因此可用于检验本研究关注的自选择假设。

我们选择CFPS2012和CFPS2014数据进行准实验设计,运用倍差法比较阶层饮酒差异在“中央八项规定精神”相关政策出台前后的变化。由于相关政策针对的群体主要是管理人员和相关白领阶层,因而他们构成一个实验组;不受或很少受政策直接影响的工人、农民等群体形成对照组。^①如果高阶层群体饮酒更多源自个体偏好,那么即使反腐政策不允许其利用公款吃喝,他们也依然可以自费饮酒。如果阶层差异在政策实施前后发生了显著变化,那么就可以认为,高阶层群体饮酒并非全部源于自选择,而是受其他结构因素的制约。其中隐含的假定是所有个体的饮酒偏好在2012-2014年无显著变化。个体不会因为公款而大肆喝酒、自掏腰包则滴酒不沾。这是一个较强的假定,但根据定性

^① 虽然反腐政策的对象是党员干部和体制内群体,但我们并未利用体制内外构建实验组和控制组,因为体制内外并非两个相互隔绝的体系,体制外群体往往通过饮食社交获取体制内干部所掌握的资源(陈云松、边燕杰,2015),这也是反腐的重要环节。在中共中央纪律检查委员会、中华人民共和国国家监察委员会网站上通报的违反“中央八项规定精神”的案例中,有不少事件是体制内人员接受体制外机构的宴请。

研究结果(严霞、王宁,2013;强舸,2019),我们认为该假定在当前社会具有合理性。^①

三、分析结果

首先,对 CFPS2012 数据进行回归分析,比较阶层间健康生活方式的差异。其次,比较 2012 年和 2014 年的 CFPS 追踪数据,利用倍差法考察“中央八项规定精神”相关政策实施前后健康行为的阶层差异是否存在显著变化。最后,利用四期 CFPS 数据进行稳健性检验,包括体制内外差异分析和健康知识的阶层差异分析。

(一)健康行为的阶层差异

我们根据因变量特征,分别建构了二分 logit 模型(是否饮酒、是否吸烟)和定序 logit 模型(体育锻炼频次)(结果如表 2 所示)。第一,单位负责人的饮酒可能性显著高于除农民外的其他阶层,其吸烟可能性仅显著高于专业人员。但在体育锻炼方面,单位负责人与其他白领(专业人员和办事人员)皆无显著差异,但显著高于蓝领(服务业人员、工人和农民群体)。由此,以往研究中“高社会经济地位者的饮酒、吸烟倾向更严重”的论断颇不准确,更确切的表述应为单位负责人(管理人员)的饮酒、吸烟倾向更严重,而专业人员则显著低于其他职业阶层。因此假设 1 未得到验证。第二,高社会经济地位者更倾向于参加体育锻炼,这与根本原因理论相符。但关键的理论疑惑在于,管理人员与专业人员为何在健康行为上呈现如此巨大差异。假设 1 被证否,表明生活方式转型理论的解释难以令人满意。第三,表 2 三个模型中自评健康系数皆显著为正,假设 2 初步得到验证,即饮酒、吸烟等风险健康行为存在自选择,自认为健康状况较好的个体更可能饮酒和吸烟。即使控制了自评健康,单位负责人的饮酒倾向仍显著高于其他群体。然而,表 2 模型无法解决个体内在偏好导致的自选择,即获得管理人员职位的个体可能更倾向于饮酒,或其他特质同时影响了饮酒偏好与职业获得。因此,接下来利用准实验进行倍差法分析,以控制自选择效应。

^① 即使是直接针对酒类消费的政策也难以取得预期效果。对德国某州禁止后半夜酒类销售的禁令分析表明,禁令降低了与年轻人饮酒相关的住院率,但对老年人无显著影响(Marcus & Siedler,2015)。美国 1920 年 2 月开始实施的禁酒法案也未取得成功,于 1933 年废除(Okrent,2010)。

表 2 饮酒、吸烟与体育锻炼行为的阶层差异 (CFPS2012) N = 18421

变量	模型 1:是否过度饮酒	模型 2:是否吸烟	模型 3:体育锻炼频次
男性(参照组为女性)	2.501(0.065)***	4.204(0.075)***	0.068(0.032)*
年龄	0.088(0.011)***	0.044(0.010)***	0.002(0.008)
年龄平方/100	-0.072(0.012)***	-0.047(0.011)***	0.021(0.008)*
汉族(参照组为少数民族)	-0.697(0.070)***	0.088(0.074)	-0.359(0.055)***
在婚(参照组为不在婚)	0.139(0.076)	-0.028(0.069)	-0.068(0.047)
城镇户籍(参照组为农业户口)	-0.115(0.061)	0.092(0.059)	0.148(0.041)***
教育水平(参照组为未上学)	—	—	—
小学	-0.067(0.067)	-0.028(0.070)	0.213(0.054)***
初中	-0.103(0.065)	-0.186(0.067)**	0.375(0.052)***
高中	-0.157(0.082)#	-0.243(0.081)**	0.620(0.061)***
大学及以上	-0.375(0.117)**	-0.735(0.109)***	0.712(0.073)***
职业(参照组为单位负责人)	—	—	—
专业人员	-0.796(0.151)***	-0.431(0.141)**	0.006(0.079)
办事人员	-0.513(0.139)**	-0.130(0.135)	0.093(0.082)
服务业人员	-0.504(0.122)***	-0.136(0.122)	-0.233(0.075)**
农业生产人员	-0.611(0.117)***	-0.019(0.117)	-0.333(0.078)***
操作工人	-0.317(0.115)**	-0.020(0.117)	-0.425(0.075)***
个人年收入对数	0.020(0.005)***	0.014(0.005)**	0.006(0.004)
自评健康	0.103(0.019)***	0.036(0.019)*	0.032(0.015)*
抑郁得分	-0.169(0.062)**	0.191(0.060)**	-0.228(0.043)***
伪 R ²	18.33%	36.81%	1.91%
对数似然(Log Likelihood)	7381.2	7505.3	20393.4

注:(1)模型 1 和模型 2 为二分 logit 模型,模型 3 为定序 logit 模型。模型的截距/切点系数均未报告。

(2)# $P < 0.1$, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。(3)括号中为标准误。

(二) 饮酒的阶层差异变化(CFPS2012 - CFPS2014)

为探究管理人员饮酒更多的原因,我们对假设 3 进行检验,以 2012 年 12 月开始施行的“中央八项规定精神”等系列反腐政策为“准实验”,分析不同阶层饮酒情况在 2012 - 2014 年间的变化。首先对 2010 年、2012 年和 2014 年三次调查中不同阶层的饮酒比例进行描述和简单比较。

图 1 中的 1A 把 2010 - 2014 年的三轮调查数据作为重复横截面数据进行比较,1B 则选取了三轮调查中的追踪样本进行比较。两图皆显示,单位负责人的饮酒比例明显高于其他职业阶层(除操作工人外),其饮酒比例至少是专业人员的两倍。两个图的变化模式基本一致,即单位负责人的饮酒比例在 2012 - 2014 年间急剧下降,但在其他阶层中并未观察到如此明显的变化。单位负责人的这一变化并非以往变迁趋

势的延伸,因为其在 2010 - 2012 年的饮酒比例有所上升。因此,急剧下降的主要原因很可能是受“中央八项规定精神”相关政策的影响。

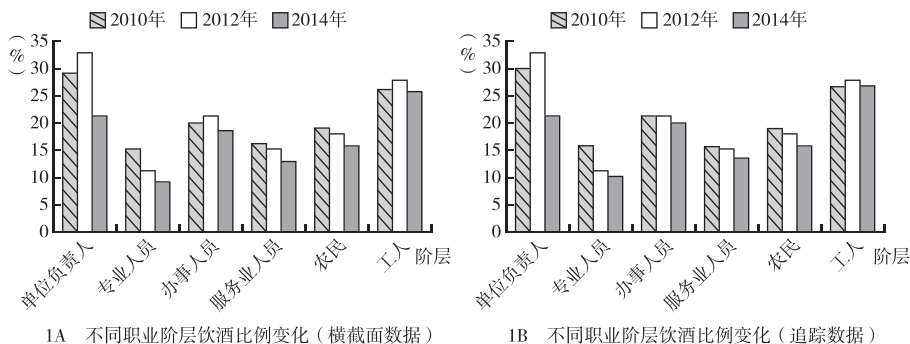


图 1 2010 - 2014 年不同职业阶层饮酒比例变化

表 3 是否过度饮酒之阶层差异的 logit 模型 (CFPS2012 - CFPS2014) N = 36365

变量	模型 4 无交互项	模型 5 农民为参照类	模型 6 专业人员为参照类
职业阶层 (参照组为单位负责人)	——	0.189 (0.100) [#]	0.370 (0.146) [*]
专业人员	-0.556 (0.105) ^{***}	-0.182 (0.125)	——
办事人员	-0.329 (0.093) ^{**}	-0.001 (0.101)	-0.190 (0.127)
服务业人员	-0.286 (0.081) ^{***}	0.062 (0.075)	-0.127 (0.110)
农业生产人员	-0.363 (0.077) ^{***}	——	-0.189 (0.100) [#]
操作工人	-0.105 (0.075)	0.0265 (0.060) ^{***}	-0.076 (0.100)
2014 年 (参照组为 2012 年)	-0.126 (0.032) ^{***}	-0.0103 (0.046) [*]	-0.095 (0.154)
年份 × 职业阶层			
单位负责人		0.418 (0.145) ^{**}	0.425 (0.207) [*]
专业人员		-0.007 (0.161)	——
办事人员		0.083 (0.134)	0.090 (0.199)
服务业人员		0.032 (0.096)	0.039 (0.176)
农业生产人员		——	0.007 (0.161)
操作工人		-0.011 (0.071)	-0.004 (0.164)
伪 R ²	18.13%	18.16%	18.16%
对数似然 (Log Likelihood)	14289.1	14284.3	14284.3

注: (1) 控制变量和切点系数均未报告。控制变量包括性别、年龄、年龄平方、民族、户籍、婚姻、自评健康、教育、个人收入对数和抑郁程度。(2) [#] $P < 0.1$, ^{*} $P < 0.05$, ^{**} $P < 0.01$, ^{***} $P < 0.001$ 。(3) 括号中为标准误。

简单比较揭示了反腐政策这一准实验外生冲击对不同职业阶层饮酒行为的影响,但为了控制混杂效应,需要建构 logit 回归模型。检验假设 3 需要考察不

同职业阶层在 2012 - 2014 年间饮酒倾向变化的差异,以厘清饮酒倾向变化是某职业阶层所独有,还是仅反映整体趋势。倍差法可消除整体趋势效应,用以分析不同职业阶层饮酒变化幅度的差异。我们把 CFPS2012 和 CFPS2014 年数据合并,然后加入年份变量(模型 4)以及阶层与年份的交互项(模型 5 和模型 6),结果如表 3 所示。模型 4 中年份系数为负,且统计显著,表明 2014 年总体的饮酒比例低于 2012 年。模型 5 以农民为职业参照类,年份交互项系数仅单位负责人显著,表明单位负责人的饮酒变化显著大于农民,而专业人员的变化幅度与农民无差异。因此,假设 3 仅得到部分验证,即在高阶层群体中,仅单位负责人的饮酒倾向在政策颁布前后有显著变化。可见政策对单位负责人和专业人员饮酒倾向的影响存在很大差异。

为检验假设 3,模型 6 以专业人员为阶层参照类,以便直接展示单位负责人与年份的交互项系数。为得到稳健结果,我们建构了汇总数据、总体平均(PA)和固定效应(FE)三种模型。由于 logit 模型不适合进行交互项分析,因此估计了相应的线性概率模型。如表 4 中第一列(2012 - 2014 年)所示,无论是 logit 模型还是线性概率模型,三种估计方法结果类似,单位负责人饮酒倾向变化幅度与专业人员变化幅度存在显著差异。交互项系数皆为负,表明在 2012 - 2014 年间,单位负责人饮酒的下降幅度显著大于专业人员的下降幅度,这也就表明单位负责人饮酒倾向在政策颁布前后存在明显变化。因此倍差法结果不支持假设 3。自选择不能完全解释单位负责人较强的饮酒倾向,毋宁说其健康行为受到自身结构地位与情境的制约。

表 4 是否过度饮酒之职业阶层差异的倍差法结果

	估计方法	2012 - 2014 年	2010 - 2012 年	2014 - 2016 年
logit 模型	汇总数据	-0.423(0.207) *	0.566(0.199) **	0.252(0.198)
	总体平均	-0.443(0.175) *	0.539(0.167) **	0.253(0.179)
	固定效应	-1.324(0.480) * [3210]	0.733(0.348) * [3524]	0.335(0.421) [1996]
线性概率模型	汇总数据	-0.086(0.027) **	0.067(0.029) *	0.017(0.021)
	总体平均	-0.088(0.023) ***	0.062(0.024) *	0.021(0.019)
	固定效应	-0.109(0.031) ** [36688]	0.050(0.025) * [34566]	0.022(0.031) [31487]
样本量		36353	34450	30728

注:(1)表中报告为单位负责人与年份交互项系数,职业阶层以专业人员为参照组;年份以前一年为参照组,即三个模型的参照年份分别是 2012 年、2010 年和 2014 年。(2)方括号中数值为固定效应模型的个案数。控制变量与表 3 相同。(3) * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。(4)括号中为标准误。

(三) 稳健性检验

首先,倍差法的平行性假定要求考察变动趋势在政策颁布前后的变化状况。由于反腐政策干预具有持续性,因此预计政策干预前后的趋势存在显著差异。表4的第二列和第三列分别呈现了政策颁布前(2010-2012年)和政策颁布后(2014-2016年)的职业阶层差异变化结果。第二列2010-2012年结果说明,在实施“中央八项规定精神”相关政策前,相比于专业人员,单位负责人的饮酒倾向上升更快。而第三列2014-2016年结果显示,在政策持续实施阶段,单位负责人的饮酒倾向变化与专业人员无显著差异。这一结果不符合平行性假设,即政策干预前,单位负责人和专业人员饮酒倾向的变化趋势很可能就不同。但这种趋势的不同表明倍差法估计不够精确,低估了政策干预的效应。所以我们更有信心把2012-2014年单位负责人饮酒倾向的急剧下降归因于政策效应,因而准实验及倍差法揭示的职业阶层差异模式具有稳健性。

表5 是否过度饮酒 logit 模型的体制内外倍差法结果

模型	2012-2014年	2010-2012年	2014-2016年
汇总数据	-0.002(0.087)	-0.165(0.081)*	0.000(0.092)
总体平均	-0.044(0.073)	-0.168(0.065)*	0.005(0.081)
固定效应	-0.298(0.167)#[3210]	-0.352(0.139)*[3524]	0.018(0.166)[1996]
样本量	36354	34450	30728

注:表中报告为体制内与年份交互项系数,体制外为参照组。其他设置皆与表4相同。

其次,我们以体制内和体制外人员为实验组和对照组进行政策前后比较。如表5第一列结果所示,交互项分析发现体制内外的饮酒倾向并无显著差异。这表明“中央八项规定精神”相关政策不仅影响体制内人员,也影响体制外人员。我们认为,其原因在于体制内外的饮食社交并非相互隔绝、各成体系,而是存在深度的交叉互动。表5第二列结果显著,说明相比于体制外人员在2010-2012年间的饮酒变化,体制内人员增幅更小或降幅更大。描述分析显示,2012-2014年,体制外管理人员饮酒比例的下降幅度(32.18% - 20.36% = 11.82%)高于体制内管理人员(33.12% - 27.06% = 6.06%)。因此,体制外管理人员虽非反腐政策目标群体,但政策对饮食社交的干预也会对其产生显著影响。

最后,对管理人员与专业人员群体的健康知识无差异假定进行检验。本研究以专业人员作为管理人员的对照群体,对生活方式转型理论和自选择机制进

行检验,但另一个可能的解释是这两个群体所持的健康知识存在差异,从而影响其生活方式和健康行为。^① 虽然模型中控制了教育程度,但对健康知识无差异假定尚缺乏直接检验。因此,我们利用两个数据考察健康知识的阶层差异:一是以 CFPS 数据中被访者对中医的态度作为健康知识的一个代理变量,二是中国社会综合调查(CGSS)2011 年数据中被访者对健康问题归因的三个题目。^② 多分类 logit 模型结果显示,管理人员和专业人员在题目的选择上均无显著差异。由此我们推断,管理人员和专业人员在健康知识上无差异,本研究所持的健康知识无差异假定有一定可信度。故管理人员饮酒较多现象更可能源自其在阶层结构中的位置以及与社交相关的微观情境。

四、结论与讨论

本研究旨在探讨阶层地位如何影响与健康相关的生活方式,利用一般回归模型和基于准实验的倍差法分析中国家庭追踪调查数据。我们得到两个基本结论:一是健康生活方式存在阶层差异,在体育锻炼方面遵循阶层梯度,优势阶层的生活方式更健康;而在饮酒方面则存在某种“反阶层”梯度,管理人员的饮酒倾向显著高于专业人员、工人和农民等阶层。二是自选择机制并不能完全解释管理人员较强的饮酒倾向,我们仍需探求其他的理论解释。

国内社会分层研究既受西方研究脉络的影响,同时也凸显了中国社会自身的特征和变迁进程(李春玲,2019)。因此,不能简单把上述结论看作中国特例或发展中国家转型时期的特殊情况,而应在此基础上反思以往的健康不平等和分层框架。首先,以往认为中国社会中高阶层群体烟酒消费更多的观点有失偏颇。专业人员的烟酒消费是所有阶层中最低的,消费高的是管理人员。这两个

① 根本原因理论认为健康知识传播存在社会经济地位梯度,高阶层群体掌握的健康知识更加丰富。但林克(Bruce G. Link)等曾指出,在某些罕见情况下,高阶层群体可能拥有错误的健康知识(Link & Phelan,2010:7)。一个例子是日光浴曾受到西方中产阶级追捧,被认为有益健康,但后来医学研究指出,皮肤过度暴露于太阳光下与皮肤癌的发病率显著相关(詹姆斯,2015:485)。

② CFPS 的题目是“如果有中医您会去就医吗?”,答案为“会”“不会”“无所谓”三类。CGSS2011 的三个题目分别是询问被访者“有多种原因会导致严重的健康问题。您同不同意以下说法? 人们出现严重的健康问题是因为他们的行为方式损害自身健康(例如吸烟、吸毒)”“是因为遗传”“是因为他们穷”,答案为“同意”“不同意”“说不上同意不同意”。限于篇幅,这四个多分类 logit 模型结果均未报告,有兴趣的读者可向作者索取。

阶层的健康知识不存在差异。因而生活方式转型理论的解释难以成立。其次,准实验表明自选择机制不足以解释管理人员较高的饮酒比例。因为在“中央八项规定精神”相关政策实施之后,管理人员的饮酒比例显著下降,可见其饮酒倾向并非完全出于个体偏好或文化传统的熏陶,而是受制于其自身结构位置的。随之而来的问题是:受何种结构限制?恰如定性研究所言,在管理人员所处的制度结构中,饮酒具有重要的社交功能,迫使个体在追求社会地位和经济利益过程中不得不大量饮酒而暂时放弃健康考量。一旦反腐政策对这种制度结构进行一定的变更和限制,管理人员的饮酒行为就会有明显改变。而其他阶层群体的饮酒行为并未显著受到此类措施影响。因此,个体身处的社会结构位置及其政策环境对饮酒有重要影响。然而饮酒的社交功能并非中国独有,在柯林斯(2012)所说的西方“欢饮仪式”中,酒亦是重要的社交媒介。为何饮酒作为社交媒介独在我国的管理人员群体中尤为重要?倘若笼统地归之于文化作用,则难以解释文化对不同阶层群体的影响差异为何如此之大。这些问题有待未来对微观分层机制的深入研究。

根本原因理论强调占据不同结构位置的个体所占有资源的影响。虽然个体资源占有量通常与阶层高低成正比,但这并不意味着结构限制总是偏向高阶层、压制低阶层。在慢性疾病占主导的当代社会,健康的生活方式仍需个体去亲身实践。高阶层地位不会自动带来最佳健康结果。恰如布尔迪约(Pierre Bourdieu)和帕斯隆(Jean-Claude Passeron)所言,“高的社会地位,并不能自动地、也不能全部地有利于出身于它的人”(布尔迪约、帕斯隆,2002:33)。高阶层也可能因结构限制而不得不实践健康风险行为。已有分层研究对此鲜有论及。阶级消亡论等认为马克思主义的阶级概念不再适用于现代社会,生活方式、消费品味多元化、个体化思潮等对个体生活的影响更大,这本质上转向了韦伯主义的地位群体和阶层概念。然而根本的问题在于,在当代社会,传统的阶级或地位归属与个体微观层面的日常生活实践如何关联和互动?柯林斯(2012)直斥以往理论过于抽象和宏观,未能抓住当代社会分层的现实,他的互动仪式链理论试图引入戈夫曼等人的符号互动理论,考察微观情境中的分层。柯林斯指出,当代社会已不同于马克思和韦伯的时代,微观情境现实不再那么紧密地与权力和财富相关联,直接的社会经验已较少来自宏观分层的类别身份地位,而更多来自情境分层机制(柯林斯,2012:9,401)。个体社会学亦认为在更为个体化的第二阶段现代性时期,以往过于注重群体属性的分层理论显得格格不入(吴真,2021)。个体社会学与柯林斯的情境分层都不约而同地转向了微观互动理论,认为宏观社

会学的阶层视角不再是研究者的唯一选择(马尔图切利、桑格利,2020:41)。^①本研究也在某种程度上佐证了这一判断。饮酒行为并非直接由个体的政治和经济资源决定,在很多情况下是由情境分层决定的。质性研究指出,为了激励下级或不被下级认为是“摆架子”或“看不起”,上级也常常不得不采取来者不拒的饮酒策略(黎相宜,2009;强舸,2019)。换言之,传统分层结构中的等级化位置与个体日常生活实践不存在简单的映射关系。这不是说传统的社会经济资源不再重要,而是说要更好地理解当代社会的分层逻辑和生活实践,必须细致考察结构与不同阶层个体之间的互动以及社会阶层资源转化成微观情境优势的过程。

本研究也存在两方面不足。首先,准实验的可行性仍存在瑕疵。一方面,“中央八项规定精神”相关政策并非一个短时的外在冲击,而是一系列持续性的反腐政策,导致我们难以厘清到底什么因素在发挥作用。另一方面,预设个体不因公款消费而改变饮酒偏好是一个颇强的假定,有待进一步检验。其次,由于对强调社交功能微观解释采取了间接检验方法,难以对管理人员与专业人员之间的饮酒差异进行直接检验和解释,同时对于管理人员所处的结构位置如何影响其饮酒行为,定量分析仍未能给出清晰明确的解释。

参考文献:

- 贝克,乌尔里希,2018,《风险社会:新的现代性之路》,张文杰、何博闻译,南京:译林出版社。
- 边燕杰,2004,《中国城市中的关系资本与饮食社交:理论模型与经验分析》,《开放时代》第2期。
- 布尔迪厄,皮埃尔,2015,《区分:判断力的社会批判》,刘晖译,北京:商务印书馆。
- 布尔迪厄·P. J. C. 帕斯隆,2002,《继承人:大学生与文化》,邢克超译,北京:商务印书馆。
- 陈林、伍海军,2015,《国内双重差分法的研究现状与潜在问题》,《数量经济技术经济研究》第7期。
- 陈云松、边燕杰,2015,《饮食社交对政治信任的侵蚀及差异分析:关系资本的“副作用”》,《社会》第1期。
- 程诚,2017,《同伴社会资本与学业成就——基于随机分配自然实验的案例分析》,《社会学研究》第6期。
- 德吕勒,马赛尔,2009,《健康与社会:健康问题的社会塑造》,王鲲译,南京:译林出版社。
- 和红、陈超,2009,《中年高级知识分子体质指数与健康状况研究》,《人口研究》第4期。
- 洪岩璧、刘精明,2019,《早期健康与阶层再生产》,《社会学研究》第1期。
- 侯旭东,2018,《宠:信任型君臣关系与西汉历史的展开》,北京:北京师范大学出版社。
- 黄洁萍、尹秋菊,2013,《社会经济地位对人口健康的影响——以生活方式为中介机制》,《人口与经济》第3期。
- 柯林斯,兰德尔,2012,《互动仪式链》,林聚任、王鹏、宋丽君译,北京:商务印书馆。

^① 历史学者侯旭东(2018)认为,以往的种种“实体化”集团论,存在将复杂多向的历史简单化,将古人言行窄化、单向化的危险。他指出,即使是皇帝亦生活在群臣的关系之中,也难免“支配者”被支配、被塑造的局面。

- 黎相宜,2009,《关系消费的表演与凝固:当代中国转型期饮酒社交消费研究》,《开放时代》第1期。
- 李春玲,2017,《“中产化”:中国社会阶层结构变化新趋势》,《人民论坛》第8期。
- ,2019,《中国社会分层与流动研究70年》,《社会学研究》第6期。
- 梁漱溟,2011,《中国文化要义》,上海:上海人民出版社。
- 刘慈欣,2014,《2018》,南京:江苏凤凰文艺出版社。
- 马尔图切利,达尼罗·弗朗索瓦·德·桑格利,2020,《个体社会学》,吴真译,北京:商务印书馆。
- 马默特,迈克尔,2008,《地位决定你的健康》,冯星林、王曲译,北京:中国人民大学出版社。
- 齐良书、王诚炜,2010,《健康状况与社会经济地位:基于多种指标的研究》,《中国卫生经济》第8期。
- 强舸,2019,《制度环境与治理需要如何塑造中国官场的酒文化——基于县域官员饮酒行为的实证研究》,《社会学研究》第4期。
- 森,阿玛蒂亚,2016,《再论不平等》,王利文、于占杰译,北京:中国人民大学出版社。
- 石智雷、顾嘉欣、傅强,2020,《社会变迁与健康不平等——对第五次疾病转型的年龄—时期—队列分析》,《社会学研究》第6期。
- 斯托克,詹姆斯·马克·沃森,2012,《计量经济学》第三版,沈根祥、孙燕译,上海:格致出版社。
- 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。
- ,2017,《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》,《社会学研究》第6期。
- 王宁,2005,《消费的欲望:中国城市消费文化的社会学解读》,广州:南方日报出版社。
- 吴菲,2021,《社会决定抑或身材筛选?社会经济地位与肥胖的性别化因果关系》,《社会》第2期。
- 吴真,2021,《转向、重构与余问——当代法国个体社会学的进路》,《社会学研究》第1期。
- 西美尔,齐奥尔格,2001,《时尚的哲学》,费勇、吴瞿译,北京:文化艺术出版社。
- 谢宇、胡婧炜、张春泥,2014,《中国家庭追踪调查:理念与实践》,《社会》第2期。
- 许宏,2009,《最早的中国》,北京:科学出版社。
- 严霞、王宁,2013,《“公款吃喝”的隐性制度化——一个中国县级政府的个案研究》,《社会学研究》第5期。
- 杨美惠,2009,《礼物、关系学与国家:中国人际关系与主体性建构》,赵旭东、孙珉译,南京:江苏人民出版社。
- 詹姆斯·劳伦斯,2015,《中产阶级史》,李春玲、杨典译,北京:中国社会科学出版社。
- 赵旭东、衡山,2013,《饮酒行为与一种社会整体性的延续》,《南京农业大学学报(社会科学版)》第4期。
- Abel, Thomas 1991, “Measuring Health Lifestyles in A Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings.” *Social Science & Medicine* 32(8).
- Belloc, Nedra B. & Lester Breslow 1972, “Relationship of Physical Health Status and Health Practices.” *Preventive Medicine* 1(3).
- Borg, Vilhelm & Tage S. Kristensen 2000, “Social Class and Self-Rated Health; Can the Gradient be Explained by Differences in Life Style or Work Environment?” *Social Science & Medicine* 51(7).
- Chan, Tak Wing (ed.) 2010, *Social Status and Cultural Consumption*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chen, Feinian, Yang Yang & Guangya Liu 2010, “Social Change and Socioeconomic Disparities in Health over the Life Course in China: A Cohort Analysis.” *American Sociological Review* 75(1).

- Cockerham, William C. 2010, "Health Lifestyles; Bringing Structure Back." In William C. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. West Sussex; Wiley-Blackwell.
- Crimmins, Eileen M. & Yuan S. Zhang 2019, "Aging Populations, Mortality, and Life Expectancy." *Annual Review of Sociology* 45.
- Dunning, Thad 2012, *Natural Experiments in the Social Sciences: A Design-Based Approach*. Cambridge; Cambridge University Press.
- Eisenberg, Daniel, Ezra Golberstein & Janis L. Whitlock 2014, "Peer Effects on Risky Behaviors; New Evidence from College Roommate Assignments." *Journal of Health Economics* 33.
- Fillmore, K. M. , T. Stockwell, T. Chikritzhs, A. Bostrom & W. Kerr 2007, "Moderate Alcohol use and Reduced Mortality Risk; Systematic Error in Prospective Studies and New Hypotheses." *Annals of Epidemiology* 17 (5).
- Freese, Jeremy & Karen Lutefy 2011, "Fundamental Causality; Challenges of an Animating Concept for Medical Sociology." In B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod & A. Rogers (eds.), *The Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. New York; Springer.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators 2018, "Alcohol use and Burden for 195 Countries and Territories, 1990 – 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016." *The Lancet* 392(10152).
- Hinosaar, Marit & Elaine M. Liu 2021, "Malleability of Alcohol Consumption; Evidence from Migrants." (https://uh.edu/~emliu/alcohol/migration_alcohol.pdf).
- Jones, Ian Rees, Olia Papacosta, Peter H. Whincup, S. Goya Wannamethee & Richard W. Morris 2011, "Class and Lifestyle 'Lock-in' among Middle-Aged and Older Men; A Multiple Correspondence Analysis of the British Regional Heart Study." *Sociology of Health & Illness* 33(3).
- Katikireddi, Srinivasa V. , Elise Whitley, Jim Lewsey, Linsay Gray & Alastair H. Leyland 2017, "Socioeconomic Status as An Effect Modifier of Alcohol Consumption and Harm; Analysis of Linked Cohort Data." *Lancet Public Health* 2(6).
- Kenkel, Donald S. 1995, "Should You Eat Breakfast? Estimates From Health Production Functions." *Health Economics* 4(1).
- Kim, Soowon, Michael Symons & M. Popkin Barry 2004, "Contrasting Socioeconomic Profiles Related to Healthier Lifestyles in China and the United States." *American Journal of Epidemiology* 159(2).
- Krueger, P. M. & V. W. Chang 2008, "Being Poor and Coping with Stress; Health Behaviors and the Risk of Death." *American Journal of Public Health* 98(5).
- Link, Bruce G. & Jo Phelan 1995, "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior* 35(Extra).
- 2010, "Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities." In C. Bird, P. Conrad, A. Fremont & S. Timmermans (eds.), *Handbook of Medical Sociology (6th editim)*. Nashville; Vanderbilt University Press.
- Lutefy, Karen & Jeremy Freese 2005, "Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality; Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes." *American Journal of Sociology* 110(5).
- Marcus, Jan & Thomas Siedler 2015, "Reducing Binge Drinking? The Effect of a Ban on Late-Night Off-Premise

- Alcohol Sales on Alcohol-Related Hospital Stays in Germany. ” *Journal of Public Economics* 123.
- Marmot, Michael 2006, “Smoking and Inequalities. ” *The Lancet* 368(9533).
- Millwood, Iona Y. , Robin G. Walters, Xue W. Mei, Yu Guo, Ling Yang, Zheng Bian, Derrick A. Bennett, Yiping Chen, Caixia Dong, Ruying Hu, Gang Zhou, Bo Yu, Weifang Jia, Sarah Parish, Robert Clarke, George Davey Smith, Rory Collins, Michael V. Holmes, Liming Li, Richard Peto & Zhengming Chen 2019, “Conventional and Genetic Evidence on Alcohol and Vascular Disease Aetiology: A Prospective Study of 500,000 Men and Women in China. ” *Lancet* 393.
- Mirowsky, John & Catherine E. Ross 2003, *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Okrent, Daniel 2010, *Last Call: The Rise and Fall of Prohibition*. New York: Scribner.
- Pakulski, Jan & Malcolm Waters 1996, “The Reshaping and Dissolution of Social Class in Advanced Society. ” *Theory and Society* 25(5).
- Peterson, Richard A. & Roger M. Kern 1996, “Changing Highbrow Taste: from Snob to Omnivore. ” *American Sociological Review* 61(5).
- Phelan, Jo C. & Bruce G. Link 2013, “Fundamental Cause Theory. ” In W. C. Cockerham (eds.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. London: Springer.
- Robertson, Aileen, Eric Brunner & Aubrey Sheiham 2006, “Food is a Political Issue. ” In M. G. Marmot & R. G. Wilkinson(eds.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Schilbach, Frank 2019, “Alcohol and Self-Control: A Field Experiment in India. ” *American Economic Review* 109(4).
- World Health Organization 2018, *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization.
- Zhou, M. , H. Wang, X. Zeng, P. Yin, J. Zhu, W. Chen, X. Li, L. Wang, L. Wang, Y. Liu, J. Liu, M. Zhang, J. Qi, S. Yu, A. Afshin, E. Gakidou, S. Glenn, V. Krish, M. Miller-Petrie, W. Mountjoy-Venning, E. Mullany, S. Redford, H. Liu, M. Naghavi, S. Hay, L. Wang, C. Murray & X. Liang 2019, “Mortality, Morbidity, and Risk Factors in China and Its Provinces, 1990 – 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. ” *The Lancet* 394(10204).

作者单位:东南大学人文学院社会学系、医疗健康社会学研究所(洪岩璧)
南京财经大学公共管理学院(曾迪洋)
首都师范大学政法学院(沈纪)

责任编辑:张志敏