

研究論文

教育、家戶所得與社會地位之健康效 益的跨國比較研究

張荳雲 譚康榮

張荳雲 中央研究院社會學研究所兼任研究員 / 財團法人演譯基金會執行長。通訊地址：臺北市內湖區行善路58號3樓之三。Email: sociochang@gmail.com。譚康榮 香港中文大學社會學系教授。Email: soc.tam@cuhk.edu.hk。

收稿日期：2014/9/18，接受刊登：2015/4/22。

中文摘要

相關文獻將社會經濟地位定位為健康不平等之根源，本文以這個理論脈絡為起點，視客觀資源和相對地位為兩股影響健康的重要因素，提出健康資源論和地位症候論，檢驗教育、家戶所得、和社會地位，對個人健康之相對重要性。本文首先分析2011年臺灣社會變遷基本調查資料，發現絕大部分教育和家戶所得的健康效益都是透過社會地位的中介作用，且社會地位是理解臺灣民衆健康最重要的因素，所得其次，教育則沒有直接影響。進一步使用2010年東亞社會調查之資料，以同樣之分析架構分析中國、韓國和日本的態樣。分析發現，四個國家都觀察到教育、家戶所得和社會地位的粗健康效益。但是，（1）臺灣、中國和日本都觀察到社會地位比客觀資源重要，韓國則無此一現象。（2）在中國，且觀察到教育的健康效益，但於臺灣和日本則只觀察到家戶所得的健康效益。（3）教育的健康效益在韓國至為強烈。整體而言，文化因素和社會經濟發展等鉅觀環境，似乎難以有系統地理解各國間的歧異，對健康不平等的理論文獻形成相當大的挑戰。

關鍵詞：健康不平等、健康資源假設、地位症候假設、相對地位、東亞社會調查

**Health Effects of Education, Family Income and Social Standing:
A Comparative Study of Four East Asian Countries**

Ly-Yun CHANG

Academia Sinica and MJ Health Research Foundation

Tony TAM

Chinese University of Hong Kong

Abstract

This study examines the pathways through which education, family income, and subjective social standing affect health statuses. Data from the 2011 Taiwan Social Change Survey were used to test the health-enhancing resource hypothesis and the status syndrome hypothesis. Results indicate that social standing affects health and mediates most of the effects of education and income on health. We also compared country-specific patterns based on East Asia Social Surveys, and found that in all countries, education, income and social standing exert significant effects on health. After adjusting for education and income, social standing effects were found to be significant for all nations except South Korea. The effects of education were statistically significant for China and South Korea, and income effects were significant for Taiwan and Japan. We discuss how cross-country variation in the effects of education, income and social standing on health are hard to reconcile with existing health inequality theories.

Keywords: Health inequality, Health-enhancing resources, Status syndrome, Relative standing, East Asia Social Survey

一、前言

社會科學文獻對於理解健康不平等，已經累積相當多的研究成果。作為衡量客觀社會經濟地位指標的教育和家戶所得，一直是影響健康的重要因素，長期受到各國學者重視。教育程度高者比教育程度低者有較佳的自評健康，較低的罹病率和死亡率（Cutler and Lleras-Muney 2006）。在臺灣，雖然健康效益是隨著教育程度提高而增加，但教育的健康效益不是線性的，最高教育者的健康效益反而出現反轉的現象（張荳雲、楊孟麗、謝幸燕 2010）。韓國的研究則發現教育對健康的影響隨著世代而稍微降低（Park 2005）。日本的研究觀察到教育和所得的健康效益因性別（女性）而異，但普遍存在於各年齡層（Honjo, Kawakami, Takeshima, Tachimori, Ono, Uda, Hata, Nakane, Iwata, Furukawa, Watanabe, Nakamura, and Kikkawa 2006）。美國的研究回顧健康的社會梯度形態，收入最低和受教育最少的，無論根據那類健康指標，都顯示健康狀況最差（Braveman, Cubbin, Egerter, Williams and Pamuk 2010）。

社會地位（social standing）是健康不平等文獻中，另一個為學界關注的影響健康的因素。自認位居社會階層較高位的人，相較於居社會階層低的人，有較低的死亡率、較低的罹病率和較少的健康問題，自評健康狀況也比較好（Farmer 1999; Beckfield 2004; Wilkinson and Marmot 2005）。Meta分析臺灣中老年人的追蹤資料，發現社會經濟特性與死亡率之間的關係強度，在考量早期的健康狀況之後會減弱，作者們據此推測早期的健康狀況亦與社經地位有關（Meta 2005）。英國的研究發現自評地位愈高，心理健康較好，生活滿意度亦高（Sani, Elena, Scrignaro, and McCollum 2010）。中國研究發現社會地位上的健康差距，隨著年紀較長而擴大（Chen, Yang, and Liu 2010）。而韓國，則發現社會地位

上的健康差距與年齡之間沒什麼關係，基本上維持定額的差距（Park 2005）。日本的研究結果倒是指出社會階層不是影響健康的關鍵因素，反而是健康素養如飲食和社會支持決定健康與否（Cockerham, Hattori, and Yamori 2000）。2004年間，英國Marmot教授和他所領導的研究團隊提出「地位症候群」（status syndrome）一詞，以綜合表達死亡率、身體疾病、心病徵、以及身心安適，都隨著社會地位之高低而呈現傾斜的現象，稱之為健康的社會階梯（social gradient）。他倡言，即使是控制所得、教育或是健康行為，社會地位仍然是決定健康的重要因素。根據Marmot自己的說法，地位症候群之觀察，即不新鮮，也不令人意外（Marmot 2006）。

簡而言之，健康不平等的研究思路，雖早已認識到教育、所得和社會地位都是導致健康不平等的重要因素。在這個共識的基礎上，仍然還有許多待解決的課題。舉例而言，教育程度、所得，以及比較之後主觀認知的地位差距，對個人健康的效益，孰輕孰重？其底層成因為何？不僅如此，可能更具挑戰的課題是，透過教育、家戶所得和社會地位的健康模型，是否具有國際一致性？是否具有群體間的一致性？若否，又如何詮釋？最近Sakurai, Kawakami, Yamaoka, Ishikawa, Ishikawa, and Hashimoto（2010）探討主觀社會地位和客觀社會地位指標對日本人心理健康的影響，他們發現日本男女反應很不一樣，社會地位和教育及所得影響男性心理健康，但對女性而言，只觀察到社會地位對心理健康的影響。日本的案例，社會地位是預測心理健康較強的因子。但，日本的案例是特例？還是通則，需要更多的探究，以利理論的建構。

健康不平等文獻中過去十多年進展的論辯，卻少有臺灣相關的實證研究。對於「祝您健康快樂」這類人們常用的祝福語，我們並不了解教育和所得，孰輕孰重，我們也不了解具體客觀的資源和主觀比較地位，

對健康的促進，那一個比較重要。這篇論文因而企圖補足臺灣研究的缺口，探討客觀資源的教育和家戶所得，何者為重，也探討客觀資源和相對地位對個人健康的相對重要性。本文第一個目標是運用臺灣資料，探討教育、所得、和社會地位之於健康的影響。社會地位，相對於測量社經地位之教育和所得，何者對健康有較大的影響力？

這個研究並不止於此。爲了進一步確認臺灣案例的研究所見之普遍性，這個研究運用同樣的分析模型，分析日本、韓國和中國的資料。也就是說，本研究的第二個目標將採用比較研究的架構，探討影響健康的因素之異同。這四個國家包括高所得和高教育但低度所得分配不均的日本，有低所得但高所得分配不均的中國，以及介於中間的臺灣和韓國，如此的比較研究有其理論上的重要性，因爲這四個國家在平均所得、教育水平、和所得分配不均度上有顯著的差異，而如前所指，相關文獻指出教育程度愈高、家戶所得愈多、生活在所得分配較為平均的社會，個人對健康的主觀評估愈好。這四個國家之間的異同，透過比較研究可以檢驗絕對資源和相對地位理論的普同性。而且東亞的日本、韓國和中國相關研究亦不多見，因此，本研究的分析所見，正可補充這方面文獻的不足。

二、資源、地位對健康的影響：理論與研究假設

教育是個人能力的重要指標，教育是資源之本。教育透過職場（Link, Lennon, and Dohrenwend 1993）、薪酬所得（Schnittker 2004），以及婚配，爲個人帶來經濟和社會資源。教育和所得的高低綜合代表著個人擁有知識、金錢、訊息、社會關係等資源的質量。擁有這些資源，帶出較好健康狀況，是文獻中公認的健康促成要素（Ross and Wu 1995;

Cutler and Lleras-Muney 2006)。根據這部分的研究文獻，個人自評健康狀況之所以受到教育和家戶所得的影響，是因為教育和家戶所得代表著個人擁有的資源和訊息，這些實質的資源和訊息的質與量，影響個人健康狀況。我們將之命名為健康資源論。

社會地位，從來都是社會階層研究的中心概念。社會地位是就財富、權力和聲望、生活方式等不同的向度，比較而得。教育和家戶所得是決定社會地位的重要因子。諾貝爾經濟獎得主Amartya Sen在他1992年的鉅著*Inequality Reexamined*提出民衆在地位上的差距會轉換成能耐容量（capability）的差距。社會地位低的人，較之於地位高的人，選擇空間較為有限。健康上的差距是能耐容量差距所導出的後果之一。Marmot（2004, 2006）論到居於社會位置之底層者，他們獨立自主的基本需求，較難獲得滿足，常覺得受制於人；較難融入社會，社會參與少，較難享受安然居住的安全感和安身立命的悠游自在。人們在獨立自主和自在安全這方面的基本需求，無法獲得滿足時，較容易導致新陳代謝改變和內分泌失調，致病風險因而增加。這類觀察呼應早期社會學文獻所指出社會經濟地位之不平等是健康不平等的根本原因的論點（House, Kessler and Herzog 1990; House, Lepkowski, Kinney, Mero, Kessler and Herzog 1994; Link and Phelan 1995; House 2001）。而Lutfey and Freese（2005）且進一步剖析社會經濟地位之不平等之所以固著，以致成為健康不平等的根本原因的各個環節，呼應Sen之能耐容量說。個人之教育和家戶所得之所以影響健康的自我評估，仍因與其他人比較之後所引起的心理生理反應和能耐容量所致。我們將之命名為地位症候論。

我們企圖檢驗絕對資源和相對地位對健康的作用力。如圖1所示，教育、家戶所得和社會地位作為影響個人健康的研究架構。根據健康資源論，我們預期觀察到教育和家戶所得不因為比較地位之納入而改變其

對個人健康的影響；而比較地位對健康的影響是假性的，僅為反映教育和家戶所得的影響。根據地位症候論，相對比較地位的納入，實證上不僅觀察到它對個人健康的影響，而且客觀資源的影響力將會減弱或消失。根據圖1所示的架構，我們估計不同的模型，模型間教育、家戶所得和社會地位之估計值的變化，作為理解其相對重要性的根據。

第二個層次則帶入鉅觀環境的可能影響。以臺灣為本，與中國、韓國和日本比較，有三個層面的意義。首先，固然經過長期政治分離，臺灣和中國在政治、社會和經濟等等面向，顯然不同，然而，二者仍同屬華人社會。二者的比較，有助推敲文化價值是否是個底層機制，使得臺灣和中國在影響健康的因素上，有類似的表現，而與韓日不同。其次，如下節所示，韓國社會經濟發展的取徑，和臺灣相似，且一直是國際市場上的競爭者，如果社會發展條件是個關鍵底層機制，則韓國的研究發現應類似於臺灣，而與中國和日本不同。第三，就四國而言，日本的社會經濟發展早於臺韓、國民所得遠超過臺韓，因而可能在影響健康的關鍵因素上，不同於臺韓，也不同於中國。總而言之，在文獻缺乏的情況下，本文企圖觀察各國估計值的大小，為文獻中對教育、所得、地位之健康效益是否受到宏觀社會條件所影響，提供一些線索。

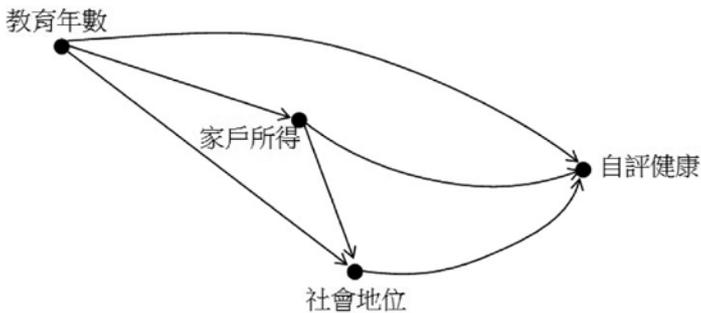


圖1 研究架構示意圖

三、臺灣、日本、韓國和中國

以日本爲首，臺灣與韓國爲後，這些東亞國家的經濟發展長期以來是發展理論學者的研究標的（近年來當然已轉向中國和金磚四國）。日本在七〇年代開始就列入發達國家之林。臺灣和韓國則是叱吒風雲、具有競爭力的亞洲四小龍之新興國家。日本雖然從九零年代中期呈現經濟衰退至今，進入了21世紀，日本仍然是世界重要的經濟強權，是先進國家之一，於技術研發上處於領先地位。韓國和臺灣則在生產資訊科技上保有領先地位。這些經濟體的民衆不僅有高的識字率，生活豐裕，政治穩定，而且各樣的健康指標都標示著良好的人口健康水準。相對於臺灣和韓國，中國於1978年改革開於以來，長期保持兩位數字的經濟成長，是世界上經濟成長最快的經濟體。中國已稱爲世界工廠。過去二十多年經濟和社會轉型，讓人矚目。

我們可以輕易的將這四個國家根據人類發展爲指標區分爲兩群：第一群包括日本、臺灣¹以及韓國。根據2011 Human Development Index (HDI)，日本 (No. 12) 和韓國 (No. 15) 被評比爲「極高度人類發展」。IMF的報告則指出，日本在2012年已達到世界最高的人均收入，人均GDP達到45,920美元，緊接著的是韓國（22,778美元）以及臺灣（20,101美元）。根據WHO的報告，這三個「極高度人類發展」的國家皆達到最高的平均餘命與最低的嬰兒死亡率、平均教育年數約爲12年，15歲以上人口識字率均超過98%（表1）。中國則是屬於另一端的社會類型，中國是「中度人類發展」社會。人均GDP達5,414美元，2010年中國的平均教育年數約爲8至9年之間，15歲以上人口識字率均超過90%。

¹ 由於臺灣不是聯合國成員，因此是用臺灣的官方統計資料來計算HDI值大約和韓國相當，其排序亦落在極高度人類發展的層級。

表1 臺灣、中國、韓國與日本之相關描述統計

	臺灣	中國	韓國	日本	臺灣	中國	韓國	日本
人口統計值					樣本統計值			
人口數 (千人)	23,225	1,338,300	48,875	127,451	年齡 (平均數)	43.61	46.18	45.20
男性平均餘命	76.13	71.60	77.44	79.64	標準差	(15.15)	(16.02)	(16.98)
女性平均餘命	82.55	75.03	84.25	86.39	樣本數	2,005	2,414	1,569
嬰兒死亡率 (‰)	4.20	15.80	4.20	2.40	性別 (%)			
					男性	49.23	52.67	47.21
成人識字率 (%)					女性	50.77	47.33	52.79
1991	92.58	77.79	97.88	99.90	樣本數	2,005	2,415	1,576
2001	96.77	90.92	97.75	99.90	婚姻狀況 (%)			
2011	98.17	93.98	99.00	99.90	已婚	59.80	77.05	64.10
IMF人均GDP (美元)	20,101	5,414	22,778	45,920	單身	30.65	12.53	23.30
					喪偶	4.85	6.85	8.08
Gini 指數					離婚	4.70	3.57	4.52
1991	27.10	35.50	28.40	24.85	樣本數	2,000	2,410	1,571
2001	29.60	42.59	32.00	31.60	教育年數 (平均數)	11.97	9.91	11.89
2011	32.10	42.48	31.00	37.60	標準差	(4.40)	(4.32)	(4.32)
					樣本數	2,005	2,412	1,576
樣本統計值					家戶所得 (平均數)	68.65	9.21	37.07
健康狀況 (%)					標準差	(77.03)	(26.49)	(42.85)
不好	13.31	4.14	9.14	3.93	樣本數	1,995	2,036	1,378
普通	38.06	14.17	14.73	25.16	社會地位 (1-10) ***			
好	28.96	23.72	24.44	52.37	平均數	4.96	4.17	4.56
很好	16.44	33.26	30.41	15.73	標準差	(1.57)	(1.63)	(1.72)
非常好	3.23	24.71	21.27	2.81	樣本數	1,964	2,407	1,563
樣本數	1,0221	3,861	1,575	2,492				

*因顧及連續性，臺灣樣本有一半的樣本用五分尺度，另一半用四分尺度，此處僅呈現五分尺度之分配。

依據收入不平等來比較這四個國家，同樣浮現出兩個層級：一邊是中國，另一端則是日本、臺灣與韓國。於一直以來便以城鄉差距不斷加深而著稱的中國，貧富差距亦不斷擴大，其Gini指數於1989年時為34.9，增加至2007年的41.5以及2011年的42.48，儘管中國的人均GDP甚至不到美國人均GDP的八分之一，但就貧富差距的指標來看，中國已經與美國並駕齊驅。中國在1991年的Gini指數為35.5，與此同期的臺灣是27.1、韓國28.4，而日本則是24.9。身為世界最大經濟體制之一的日本，其2011年的所得不平等維持在適度的37.6，雖高於OECD國家平均值的31.0，但比美國、中國及印度等世界最大的經濟體來得低。至於同期的韓國為31.0，臺灣則是32.1。儘管臺灣和韓國所得不平等的情況均在適度的層級，但所得不均已然躍升為這兩國的首要政治議題。

這四個國家之經濟前景亦大有不同。中國是過去三十年來成長最快國家之一，而日本則陷於停滯。根據Mundi指標（IndexMundi, <http://www.indexmundi.com>）的收集自多種來源的統計，2000年時，臺灣的經濟成長是6.3%，中國是8%，韓國9%，而日本是1.3%。到了2006年，各國的成長率分別是4.6%、10.2%、4.6%和2.2%。中國持續成長，2008至2011年間的成長率分別是9.6%、9.2%、10.4%和9.3%。同一時期的日本則為-1.2%、-5.5%、1.8%和0.4%。韓國經歷了金融危機後，經濟成長率2.3%、0.3%後，逐漸復甦而到6.3%和3.6%，臺灣則是0.1%、-1.9%、10.8%和4%。也就是說，中國是經濟蓬勃發展，而日本則走下坡，臺灣和韓國介於中間。

綜合而言，近年來學界與許多政府施政都關注到經濟發展的軟效果，也就是社會效果，包括社會信任、生活滿意度、健康、幸福感等等。本文將焦點放在可視為經濟發展的軟效果之一的健康課題。這四國之比較分析，有助於理解外在社會經濟環境如何調節教育、所得、社會

地位對健康的關係。

四、資料與分析方法

本研究使用2010年東亞社會調查（East Asia Social Surveys，簡稱EASS）資料。東亞社會調查2010年的主題是健康與健康照顧，中國、日本和韓國的調查是在2010年中進行，而臺灣在2011年進行資料收集。根據「台灣社會變遷基本調查報告」（章英華、杜素豪、廖培珊2012），臺灣、中國和韓國均以面訪收集資料，而日本則以郵寄問卷為之。以18歲以上之民衆為對象，完成訪問的人數為臺灣2,199、中國3,866、韓國1,576以及日本2,496。各國之資料經過統整，對外釋出。由於文獻中一再指出中國的城鄉差距（Knight and Gunatilaka 2010; Treiman 2012），而相對於日本、臺灣和韓國，中國的鄉村地區恐怕也難以相當，因此分析時排除中國樣本中的鄉村居民，以降低中國城鄉所可能造成的偏誤。因而進行分析之臺灣、中國、韓國和日本的有效樣本數分別是2,005、2,415、1,576、和2,496。

（一）依變項

本研究以健康為主觀福祉的主要向度。自評健康的詢問方式如下：「整體來說，您覺得您的身體好不好？」，答項重錄由正面很健康到負面不健康：非常好（5）、很好（4）、好（3）、普通（2）、不好（1）。臺灣因顧及連續性，故有一半的樣本在自評健康這題上是用四分尺度，即非常好（4）、好（3）、不好（2）、非常不好（1）。

由表1所呈現有關健康的次數分配，我們注意到國家間的差異：以

五分量尺之資料來看，有4.14%的中國人自認健康狀況是不好的，但超過13%的臺灣人和9%的韓國人自認的健康狀況不好，日本人和中國人的比例相當，但仍低於中國人。再看自認非常健康的比例，日本人和臺灣人自認非常健康比例都在3%左右，但韓國人和中國人都有超過20%的人自認身體非常健康。

（二）解釋變項：教育、家戶所得和社會地位及其間關係

爲了驗證本研究的假設，我們納入兩類的解釋變項，一爲客觀資源的指標，包括教育程度和家戶所得。教育程度是以受訪者受教育年數爲測量指標。從表1得知，中國教育年數介於0與19年之間，平均爲9.9年，韓國介於0與21年之間，臺灣介於0與23年之間，其平均教育年數均接近12年，而日本受訪者的教育年數介於6到18年間，平均值爲12.6年。家戶所得原資料是以各國幣值爲測量單位，各國之幣值相差過大，如中國受訪者之所得介於沒有收入到最高六百人民幣，韓國則是沒有收入到100,000萬韓圓間。實際分析時將答項調整介於1與1,000之間，並取對數以調整極端值之份量。家戶所得介於-6.9和6.9之間。

爲了解教育對家戶所得的影響，表2左半部呈現的迴歸分析結果顯示，四個國家都觀察到控制了家戶人數後，教育程度愈高，家戶所得愈高（表2）。教育程度能帶出的所得效果，以日本最低（0.081），其後依序爲臺灣（0.090）、中國（0.097），而韓國最高，達0.123。有趣的是，男女的家戶所得沒有差別。臺灣、韓國和日本相似，年紀大者家戶所得低，但在中國，則沒有觀察到年齡的所得差異。同樣的，臺灣、韓國都觀察到單身者和離婚者的所得劣勢，單身者和離婚者要比已婚者家戶所得低。但是在中國，只有離婚者的所得劣勢是明顯的。在日本，單

表2 臺灣、中國都市樣本、韓國與日本的教育年數、家戶所得、性別、年齡及婚姻狀況對家戶所得和社會地位之迴歸分析

	家戶所得				社會地位			
	臺灣	中國	韓國	日本	臺灣	中國	韓國	日本
教育年數	0.090*** (0.009)	0.097*** (0.007)	0.123*** (0.015)	0.081*** (0.006)	0.110*** (0.011)	0.035** (0.012)	0.106*** (0.015)	0.140*** (0.019)
家戶所得					0.183*** (0.037)	0.446*** (0.053)	0.130*** (0.033)	0.599*** (0.120)
家戶人數	0.099*** (0.016)	0.071** (0.026)	0.248*** (0.037)	0.131*** (0.012)	0.017 (0.019)	0.009 (0.043)	0.062 (0.043)	-0.013 (0.031)
女性	-0.075 (0.055)	0.043 (0.052)	-0.053 (0.089)	-0.022 (0.034)	0.412*** (0.071)	0.221** (0.080)	0.116 (0.091)	0.162* (0.077)
年齡	-0.012*** (0.003)	0.002 (0.002)	-0.012* (0.005)	-0.004** (0.001)	0.020*** (0.004)	0.002 (0.003)	0.008 (0.005)	0.006 (0.003)
婚姻狀況								
單身	-0.456*** (0.079)	0.050 (0.090)	-0.326* (0.157)	-0.181** (0.055)	0.192 (0.105)	-0.081 (0.144)	0.318* (0.141)	-0.146 (0.144)
喪偶	-0.176 (0.160)	-0.106 (0.138)	-0.290 (0.227)	-0.237*** (0.068)	-0.146 (0.226)	0.164 (0.199)	0.011 (0.223)	0.306 (0.179)
離婚	-0.721** (0.253)	-0.417* (0.180)	-1.120** (0.390)	-0.446*** (0.077)	-0.063 (0.217)	-0.297 (0.210)	-0.060 (0.284)	-0.553* (0.216)
常數 / 截距1	3.056*** (0.224)	0.453** (0.162)	1.563*** (0.424)	4.121*** (0.143)	1.708*** (0.309)	2.854*** (0.267)	2.236*** (0.423)	-0.133 (0.633)
R2	1946	2026	1367	1776	1946	2026	1367	1776
樣本數	0.149	0.136	0.243	0.232	0.101	0.114	0.106	0.153

括弧內為標準誤。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

身、喪偶者和離婚者同樣都承受明顯的所得劣勢。

第二類解釋變項是主觀社會地位。社會地位的測量則引用麥克阿瑟主觀社會地位的量尺（McArthur Scale of subjective social status, Adler, Epel, Castellazzo, and Ickovics 2000），「我們社會中，有一群人比較接近上層，有一群人比較接近下層。下面有一個由上到下的圖表，請問您認為您目前屬於哪一層？，答項可以由最低的1到最高的10。主觀社會地位的十分量表平均值以日本5.19最高，其次為臺灣的4.96和南韓的4.56。中國的非鄉村樣本主觀相對地位的平均值是4.04（表1）。從標準差來看，臺灣受訪者的看法最為集中，韓國、日本和中國受訪者的自評社會地位則較為分散。

表2的右半部呈現的是以十等級的社會地位為依變項的迴歸分析，結果顯示，教育程度愈高者，自認社會地位愈高，在四個經濟體都有類似發現。但每一年教育年數能帶出社會地位提高的程度，則以日本最高（0.140），其後依序為臺灣（0.110）、韓國（0.106），而中國最低，為0.035。其次，校正家庭人數之後，家戶所得亦是社會地位的重要指標，家戶所得愈高，自認社會地位亦高。家戶所得的效果以日本的0.599最高，依序為中國（0.446）和臺灣（0.183），而韓國最低（0.130）。第三，我們觀察到性別差異。中國和臺灣的女性，會比同條件的男性自認社會地位較高，日本女性亦有類似的傾向。但韓國則沒有性別差異。考慮教育程度、家戶收入以及性別後，臺灣的老年人自認的社會地位較高，但中國、韓國和日本卻沒有類似的年齡效果。韓國的單身者自認社會地位較已婚高，日本的已婚者自認社會地位較離婚者高，但中國和臺灣都沒有類似的發現。簡而言之，教育和家戶所得是相對社會地位的重要預測因素，但份量不一。

（三）分析方法與策略

跨國比較研究在方法上最大的挑戰在於資料來源受到調查設計、田野執行、測量以及主要變項的量尺設計等影響，以致不盡然得以比較。東亞社會調查的設計，通過四國的合作，盡力使得各國在調查設計、田野執行和變項測量上的一致，提高比較的效力。然而，量尺的問題，仍不容易因此而得以有解。以本研究的依變項「健康」為例，個人的健康狀況根據的是主觀的自我評估。一般都會注意，單憑觀察四國自評健康的次數分配，是不能遽斷各國民眾之健康的差異。就自評健康的次數分配，我們都可以注意到問卷設計的1至5的答項的過錄值，在各國有代表著不同的意義。例如，中國社會的自評健康為普通的民眾（即過錄值為「2」者），他們健康狀況的位置介於4.14%和18.31%之間（即累積次數分配），在臺灣，同樣表達自己健康狀況普通的民眾，他們的健康狀況在全部受訪民眾中，介於13.31%和51.37%之間。人們的回答固有可能已經適切地反映其健康狀況，也有可能帶有各自的價值判斷，因而各國分配的差異，不能排除文化價值的影響。考慮這些可能性，本文作者並不運用次數分配推測各國健康異同。進而言之，我們認為，從比較的目的來看，1至5的原始過錄值，不能有效反映民眾在各自社會在健康上的相對位置，不能將各變項對健康的影響效果放在較為精準的比較架構上。

面對量尺比較性的問題，我們借重近年有關隱性構念（latent construct）和時序所得流動（intertemporal income mobility）的經濟計量分析的做法，採取排序（rank order）的量尺策略，而以百分位數的方式呈現。時序或代間所得流動的研究，觀察的是同一個變項，所得，的長期變化。然而，大家都注意到所得水準之意義，相當程度受到所得分配的左右，因而所得之意義經常性的隨時間而變動。使用百分位數可以

視爲特定時間的所得分配之所得水準（e.g. Dahl and DeLeire 2008）。Heckman, Stixrud and Urzua（2006）認爲當隱性構念的計量尺度難以確定時，百分位數是標準化方法之就便，或者說適切，的選項。不止如此，於討論測量上顯然不相稱的多個變項，比較它們效果的大小時，百分位數亦顯得容易理解和溝通。

根據前述之文獻，自評健康地位亦可依健康狀況的分配轉換爲百分位數。然而不同於所得變項，健康地位的測量一般都用四點或最多七點李克量尺，其分配爲不連接（discrete），以致很難爲每個量尺類別對應單一百分位數。就變項如本研究之健康狀況，是爲不連接時，我們運用Tam所發展出來的對策（2013, 2014），將此不連續資料視爲連續資料之部分呈現。每一個量尺類屬內的多個受訪者，固然是歸於一類，但其間差異是存在的。受訪者之間的差異因歸於一類而無法外顯，正如研究者並無法觀察到他們之間的差異一樣，而統計估計理論是認知到他們之間的差異。在這樣的理解下，我們將原始不連續變項的每一個尺度，依累積百分比，轉錄爲百分位數的區間（interval），標示每一個尺度都有低標和高標，代表該類受訪者在該國全部受訪者中的位置。以臺灣的受訪者爲例，答（1）者（指健康狀況很差者），佔13.31%，過錄爲介於最低爲近於0（低標）而最高爲13.31（高標）。回答爲（2）者，其低標與高標分別爲13.32和51.37，依此類推。此時我們雖然不能精準地標示個別受訪者健康的相對位置，但能知道受訪者健康落點的區間。此一轉錄方式，避免了傳統上以單一百分位數（如中間值）來標示同一類別內的不同受訪者之偏誤。

其次，此一轉錄方式，因爲以四點量尺或五點量尺之別，必須捨棄部分資料不用的遺憾，有了出路。以本次東亞社會調查爲例，原本臺灣受訪者在回答健康題時，一半採五分量尺，與日本、韓國和中國同，另

一半採四分量尺，以與過去調查資料銜接。於傳統分析時必捨棄以四分量表回答健康題的樣本不用。當轉錄為區間值時，由於都是落於0與100之間，我們因而將之納入分析。本研究的依變項「自評健康」，經過重錄後，成為介於0和100之間的量尺，0是健康的底部，而100是健康的頂端。我們假設各國受訪者健康狀況都是在連續變項之分配下，有特定的位置，即此時的量尺可說視為個人與其國人相比的相對位置。如，重錄後的10都表示該受訪者的健康狀況在其國是排在10%的位置。如此之重錄，因而避開了原始過錄值於跨國比較的不宜。

由於每位受訪者都有兩個值，分別標示其區間的低標和高標，我們因此運用區間迴歸分析模型（interval regression）。區間迴歸分析是廣為人知的Tobit模型的一種變化。Tobit模型自身是線性迴歸模型的延伸，允許資料值的切斷（censoring）。區間迴歸分析模型的案例，我們無法觀察到每位受訪者在即定的區間內確切的百分位數，所以模型將此導因於資料值之切斷所造成之不完全的觀察考慮進來，依變項 $y=[y_1, y_2]$ ，是每位受訪者之區間資料， y_1 是低標值， y_2 是高標值， X 是解釋變項和控制變項。Tam運用模擬資料，評估區間迴歸模型的表現。模擬的結果顯示，無論一如原迴歸理論所要求偏誤分配（error distribution）接近常態，或是偏誤分配大幅偏離常態，區間迴歸模型都可以就百分位數的依變項正確地重現模型的底層參數（Tam 2013, 2014），表示作為一種描述工具，區間迴歸之於違反常態假設的情況下，是robust。STATA為區間迴歸提供估計的指令和技術說明，其新近之讀者手冊亦有詳細解說，供有興趣的讀者參考。我們使用STATA 11之Intreg command進行模型分析，以估計各解釋變項的影響力。所有模型推估都以性別、年齡、年齡平方、婚姻狀況為控制變項。

有了前述分析方法的說明，我們依兩個研究提問分別設計分析策

略。首先，針對臺灣的個案，探討資源和地位症候對健康的重要性。根據圖1模型設定的邏輯次序，以健康為依變項，分別以教育、家戶所得和社會地位為重點，分別估計其粗健康效益。其次我們估計教育和家戶所得對健康的效果，以探討家戶所得是否介入教育的健康效益，是為模型四。最後則是包括教育、家戶所得和社會地位的全模型（模型五）。由於是代表性樣本，分析時均使用資料收集單位所提供之權數，以校正選樣估計值。第二，將焦點拉到跨國比較。我們運用中國、韓國和日本的資料，前述依設定的模型分別估計，以探討絕對資源和相對地位對健康的作用。並據此比較這三個核心變項在各國國民之健康之作用的異同。

五、教育、家戶所得、地位之健康效益：臺灣個案分析

根據圖1所規劃的分析模型，表3呈現的是區間迴歸分析結果。區間迴歸分析結果顯示，教育程度高者，自陳健康較好（模型一）；家戶所得愈高，健康狀況愈好（模型二）；自認社會地位愈高者，自陳較為健康（模型三）。且部分之教育的健康效益（約35%），來自於家戶所得之於健康的效益，考慮家戶所得之後，教育的健康效益轉為統計上不顯著（模型四）。社會地位納入後，教育的係數進一步縮小，而家戶所得的係數變小（約21%），但仍顯著。部分家戶所得的健康效益亦與社會地位有關（模型五）。相對而言，社會地位的健康效益並沒有因考量教育和家戶所得而變化幅度較小。除此之外，我們沒有觀察到年齡的健康階梯；一如文獻所示，女性自評的健康顯著地低於男性。單身者自評健康較已婚者差，是因為家戶所得或社會地位之故。（模型一與模型二至

四之比較)。考慮了各樣因素後，已婚者的健康效益，並未顯著地高於單身者、喪偶者和離婚者。臺灣的案例並沒有觀察到婚姻上的健康階梯。

表3 臺灣社會的教育年數、家戶所得及社會地位對健康狀況之間距迴歸分析——以性別、年齡、婚姻狀況與家戶人數為控制變項，(N=1,943)

	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
教育年數	0.020* (0.008)			0.013 (0.008)	0.003 (0.008)
家戶所得		0.088*** (0.023)		0.080*** (0.023)	0.063** (0.023)
社會地位			0.099*** (0.017)		0.087*** (0.018)
年齡	0.001 (0.013)	0.001 (0.013)	0.006 (0.013)	-0.001 (0.013)	0.003 (0.013)
年齡 ²	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
女性	-0.130** (0.050)	-0.132** (0.050)	-0.175*** (0.050)	-0.124* (0.050)	-0.160** (0.050)
婚姻狀況（已婚者為對照組）					
單身	-0.180* (0.087)	-0.139 (0.087)	-0.166 (0.086)	-0.154 (0.087)	-0.153 (0.087)
喪偶	0.015 (0.134)	0.003 (0.131)	0.025 (0.131)	0.027 (0.134)	0.044 (0.133)
離婚	-0.158 (0.134)	-0.103 (0.133)	-0.148 (0.130)	-0.099 (0.132)	-0.098 (0.130)
家戶人數	0.024 (0.014)	0.012 (0.014)	0.019 (0.013)	0.016 (0.014)	0.015 (0.014)
常數	-0.130 (0.329)	-0.167 (0.323)	-0.380 (0.323)	-0.310 (0.331)	-0.568 (0.331)
Insigma	-0.019	-0.023	-0.030	-0.024	-0.033
Constant	(0.020)	(0.020)	(0.020)	(0.020)	(0.020)

括弧內為標準誤。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

綜合而言，臺灣實證資料分析偏向於支持地位症候論，且不排除健康資源論。錢和社會地位是直接預測臺灣民衆個人自評健康的重要因素，社會地位的重要性較為突出。社會地位的納入，實證上不僅觀察到它對個人健康的影響，而且客觀資源的影響力減弱（所得）或消失（教育）。社會地位產生的效益卻是直接，且獨立於教育和所得的效益，且介入教育和家戶所得對健康之效用。除此之外，在臺灣，家戶所得對健康的效果要比教育重要。所得不僅介入教育對健康的影響，而且，即或考慮社會地位的因素，所得對健康仍然有顯著的直接效果。相對而言，教育程度對健康的影響是透過家戶所得和社會地位。

六、社會脈絡的影響：教育、家戶所得、社會地位之健康效益的再檢驗

我們使用中國、韓國和日本的資料，以健康為依變項，重覆前節分析臺灣資料的模型，表4呈現的是包括主要結果的簡表，原表列入附錄1供讀者參考。表4各國區間迴歸分析結果有兩個重要發現，一為教育、家戶所得和社會地位分別對健康都有顯著的效果。各國都觀察到教育程度越高、家戶所得越多和自覺社會地位越高，則自評健康程度越好；二，三者對健康的影響路徑則各國異多於同。

1. 臺灣與中國之比較

於平均國民所得低但所得不均最為嚴重的中國，教育的健康效益部分受到家戶所得影響（約27%）（模型四）。家戶所得的健康效益，亦部分與教育的健康效益重疊（25%）；家戶所得的健康效益因著社會地位的考量，轉為不顯著（模型五）。社會地位的健康效益並沒有因為考

表4 教育年數、家戶所得及社會地位對健康狀況之間距迴歸分析——以性別、年齡、婚姻狀況與家戶人數為控制變項，臺灣與都市中國、韓國和日本之比較

	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
臺灣 (N = 1,943)					
教育年數	0.020*			0.013	0.003
	(0.008)			(0.008)	(0.008)
家戶所得		0.088***		0.080***	0.063**
		(0.023)		(0.023)	(0.023)
社會地位			0.099***		0.087***
			(0.017)		(0.018)
都市中國 (N = 2,024)					
教育年數	0.026***			0.019**	0.016*
	(0.006)			(0.007)	(0.007)
家戶所得		0.089***		0.066*	0.026
		(0.026)		(0.028)	(0.028)
社會地位			0.103***		0.091***
			(0.017)		(0.018)
韓國 (N = 1,366)					
教育年數	0.047***			0.042***	0.041***
	(0.008)			(0.009)	(0.009)
家戶所得		0.060***		0.041*	0.038*
		(0.017)		(0.017)	(0.017)
社會地位			0.041**		0.019
			(0.016)		(0.016)
日本 (N = 1,775)					
教育年數	0.033**			0.023*	0.009
	(0.011)			(0.012)	(0.012)
家戶所得		0.161***		0.145***	0.089**
		(0.032)		(0.032)	(0.031)
社會地位			0.107***		0.091***
			(0.016)		(0.017)

括弧內為標準誤。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

量教育和家戶所得而有大幅度的變化。也就是說在中國，家戶所得對健康產生效益，大部分透過社會地位而進行。社會地位則有獨立的健康效益。整體而言，教育和社會地位最能預測中國非農地區民衆的健康狀

況。與同為華人文化的臺灣相比，二者都突出社會地位的重要性，社會地位有獨立於教育或家戶所得的健康效益。不同之處在於，在臺灣，教育的健康效益全然透過家戶所得或社會地位而影響健康，而在中國，所得的健康效益全然透過社會地位而影響健康。臺灣的資料沒有顯示教育的直接效益，但在中國則有；雖然兩者所得的粗健康效益相當，臺灣的資料顯示所得的直接效益，但中國卻沒有。兩類客觀資源的作用機制大不相同。

2. 臺灣與韓國的比較

如前所述，臺灣與韓國在教育、國民所得和所得分配等指標都十分接近。然而，二者的健康模型卻大不相同。在韓國，約33%的家戶所得效益可被歸究於教育的健康效益（模型一、二與模型四之比較）。雖然觀察到社會地位之於健康的粗效益（模型三），但社會地位的健康效益卻全然來自於教育和家戶所得。同時考慮教育和家戶所得後，社會地位的效益大減54%，且轉為不顯著，但教育的健康效益卻未因家戶所得或是社會地位變項之納入考慮，而有大幅度的變化（模型五）。影響韓國人健康的，是教育程度和所得。與臺灣大為不同的是社會地位的健康效益：與他人的比較，並不直接影響個人自評健康。社會地位只是反映教育和家戶所得的健康效益。韓國的案例清楚地支持健康資源論，而與地位症候的理論假設顯有不合。

3. 臺灣與日本

就教育、家戶所得和社會地位對健康的效益而言，國民所得中等的臺灣和高國民所得的日本，其態樣最為相似。具體而言，部分教育的健康效益實透過家戶所得所造成（模型四）。考量家戶所得的因素後，教

育的健康效益減弱30%。教育的健康效益，大幅度是透過家戶所得和社會地位而影響健康，卻沒有直接效果。家戶所得是最顯著影響健康的因素，家戶所得愈高，健康愈好，部分家戶所得的健康效果與社會地位有關。社會地位愈高著，健康愈好。同樣的，小部分社會地位的健康效益亦反映教育和家戶所得的健康效益，但整體而言，社會地位的中介作用是很明顯的。

我們以圖示來呈現四國資料分析的結果，如圖2。圖2呈現出一個相同和四個不同。相同的是，四個國家都觀察到教育、家戶所得和社會地位的粗健康效益。五個不一致的發現分別是（1）臺灣、中國和日本圖2都觀察到社會地位比客觀資源重要，韓國則沒有此一現象。（2）除了社會地位的健康效益外，在中國，觀察到教育的健康效益，於臺灣和日本則沒有觀察到此一現象。（3）在臺灣、日本和韓國觀察到家戶所得的健康效益，中國則沒有此一現象。（4）教育的健康效益在韓國至為強烈，在四國中至為突出。

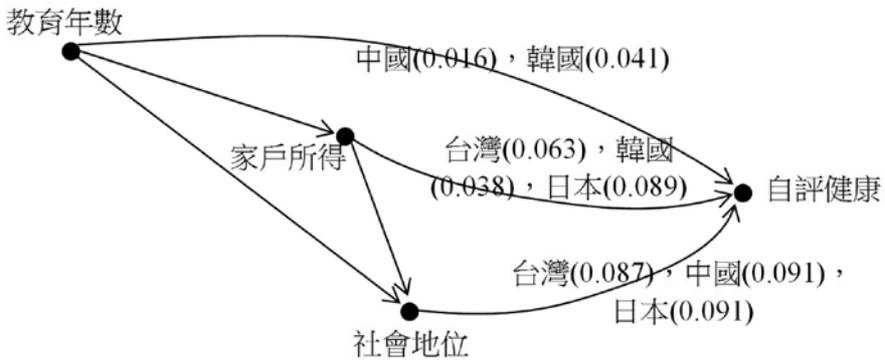


圖2 社會經濟指標與健康：四國之比較

表4沒有呈現的研究結果有三，其一為性別差異，除了日本外，中

國和韓國的女性都與臺灣女性一樣，自認健康狀況比較差。其二，中國和日本都有年齡階梯樣態，但韓國與臺灣一樣，控制了各樣因素後，觀察不到年齡和健康之間的關係。其三，與臺灣一樣，中國和韓國，沒有觀察到婚姻的健康階梯。日本的情況則大有不同。控制所有條件下，日本單身者和離婚者有顯著的健康劣勢，離婚者的健康劣勢與社會地位有關。

綜合而言，地位症候論在臺灣、中國和日本得到較強的支持：社會地位是預測健康的重要因素，不僅如此，其影響幅度亦類似，在0.087和0.091之間。相對而言，基於沒有觀察到社會地位的獨立效果，社會地位的健康效益實為反映教育和家戶所得之影響，韓國的案例則完全支持健康資源論。其次，就兩類健康資源的表現，韓國民眾呈現的教育之健康效果特別引人注目，中國雖然仍有獨立的健康效果，但較微弱，日本則與臺灣類似，教育的健康效果全然被家戶所得（日本）或家戶所得與社會地位（臺灣）所介入，教育並沒有呈現直接的健康效益。在臺灣和日本，教育程度高者，之所以健康狀況較好，因為教育程度高者，家戶的經濟狀況較好，家戶的經濟狀況可以讓他們「買」到顯著的健康優勢；教育程度高，自認社會地位，影響他們對自身健康的評估。

七、討論與結論

回應本論文所提出的研究假設，整體而言，教育、家戶所得和社會地位的健康效益，在四個國家的表現各有不同。各國的歧異表現，似乎難以確定到底是資源重要，還是地位症候重要。四國表現的異同，對本文作者而言，雖然是個實證問題，在缺乏文獻引導之下，本文試圖從文化觀和社會發展觀，理解比較之後的結果。然而，這個企圖並不成功。

這四個國家的資料分析，無論是相對的社會地位症候論，或是教育和所得的資源論，都沒有得到有系統的支持。從文化上來畫分，社經發展的階段、或是經濟現況來看，暫理不出有意義的脈絡。這個研究突顯跨國比較研究對現有理論的挑戰。

作者簡介

張苙雲，美國約翰霍普金斯大學社會學博士，目前為財團法人演譯基金會執行長。曾任中央研究院社會學研究所研究員及國立臺灣大學社會學系合聘／兼任教授。過去研究集中在醫療產業、製藥產業、金融產業的生態結構變遷、品牌和信用的生產、網絡生產和人情關係、以及競爭機制等，近年研究焦點放在健康不平等。

譚康榮，美國芝加哥大學社會學博士，目前為香港中文大學社會系教授。研究主題集中在教育、社會階層、健康不平等、勞動市場和經濟社會學等領域。最近他運用情境實驗和大型生物社會資料，探討非認知能力、地位、以及社會心理機制如何影響個人的幸福感、健康和心理健康。

附錄1 中國都市樣本、韓國與日本社會的教育年數、家戶所得及社會地位對健康狀況之間距迴歸分析——以性別、年齡、婚姻狀況與家戶人數為控制變項

	都市中國 (N=2,024)					韓國 (N=1,366)					日本 (N=1,775)				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
教育年數	0.026*** (0.006)	0.019** (0.007)	0.016* (0.007)	0.016* (0.007)	0.016* (0.007)	0.047*** (0.008)	0.060*** (0.017)	0.041** (0.016)	0.042*** (0.009)	0.041*** (0.009)	0.035** (0.011)	0.161*** (0.032)	0.107*** (0.016)	0.023* (0.012)	0.009 (0.012)
家戶所得	0.089*** (0.026)	0.066** (0.028)	0.026 (0.028)	0.026 (0.028)	0.026 (0.028)	0.089*** (0.026)	0.066** (0.028)	0.041* (0.017)	0.041* (0.017)	0.038* (0.017)	0.145*** (0.032)	0.145*** (0.032)	0.145*** (0.032)	0.089** (0.031)	0.089** (0.031)
社會地位		0.103*** (0.017)	0.091*** (0.018)	0.091*** (0.018)	0.091*** (0.018)	0.103*** (0.017)	0.091*** (0.018)	0.041** (0.016)	0.041** (0.016)	0.019 (0.016)	0.107*** (0.016)	0.107*** (0.016)	0.107*** (0.016)	0.091*** (0.017)	0.091*** (0.017)
年齡	-0.057*** (0.012)	-0.056*** (0.011)	-0.054*** (0.012)	-0.052*** (0.011)	-0.052*** (0.011)	-0.007 (0.013)	-0.004 (0.013)	-0.003 (0.013)	-0.009 (0.013)	-0.010 (0.013)	-0.032** (0.012)	-0.035** (0.012)	-0.029* (0.012)	-0.036** (0.012)	-0.033** (0.012)
年齡2	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
女性	-0.159** (0.050)	-0.179*** (0.050)	-0.200*** (0.050)	-0.182*** (0.050)	-0.182*** (0.050)	-0.176*** (0.052)	-0.218*** (0.053)	-0.227*** (0.052)	-0.174*** (0.052)	-0.176*** (0.052)	-0.047 (0.053)	-0.054 (0.052)	-0.069 (0.051)	-0.044 (0.052)	-0.058 (0.052)
婚姻狀況 (已婚者為參照組)															
單身	-0.228 (0.128)	-0.213 (0.126)	-0.197 (0.123)	-0.197 (0.122)	-0.197 (0.122)	0.002 (0.094)	-0.016 (0.096)	-0.042 (0.096)	0.007 (0.094)	-0.001 (0.095)	-0.280** (0.095)	-0.269** (0.095)	-0.257** (0.094)	-0.273** (0.095)	-0.255** (0.094)
喪偶	0.029 (0.111)	0.007 (0.110)	-0.008 (0.110)	0.041 (0.110)	0.041 (0.110)	0.092 (0.131)	0.009 (0.132)	-0.006 (0.133)	0.096 (0.131)	0.094 (0.131)	0.049 (0.108)	0.063 (0.107)	0.031 (0.105)	0.071 (0.107)	0.053 (0.105)
離婚	-0.166 (0.141)	-0.125 (0.133)	-0.139 (0.137)	-0.112 (0.135)	-0.112 (0.135)	0.062 (0.125)	0.083 (0.128)	0.018 (0.128)	0.112 (0.125)	0.114 (0.125)	-0.334* (0.133)	-0.281* (0.135)	-0.260 (0.135)	-0.265* (0.134)	-0.216 (0.134)
家戶人數	0.008 (0.028)	-0.008 (0.027)	-0.007 (0.028)	0.004 (0.027)	0.002 (0.027)	0.045 (0.023)	0.025 (0.024)	0.036 (0.024)	0.035 (0.024)	0.034 (0.024)	-0.012 (0.020)	-0.033 (0.021)	-0.020 (0.020)	-0.030 (0.021)	-0.029 (0.021)
常數	1.674*** (0.326)	1.859*** (0.312)	1.552*** (0.306)	1.590*** (0.319)	1.261*** (0.311)	-0.049 (0.351)	0.477 (0.343)	0.467 (0.349)	-0.066 (0.350)	-0.095 (0.353)	1.008** (0.358)	0.720* (0.346)	0.877** (0.325)	0.509 (0.372)	0.444 (0.368)
Insignia	-0.111*** (0.024)	-0.111*** (0.024)	-0.123*** (0.024)	-0.114*** (0.024)	-0.128*** (0.024)	-0.132*** (0.026)	-0.121*** (0.025)	-0.118*** (0.025)	-0.134*** (0.026)	-0.135*** (0.026)	-0.051** (0.020)	-0.056** (0.020)	-0.065** (0.020)	-0.057** (0.020)	-0.068*** (0.020)
Constant															

括弧內為標準誤。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

參考書目

- 張苙雲、楊孟麗、謝幸燕，2010，〈社會變遷脈絡下教育的健康效應：其趨勢和居間機制〉。頁301-336，收錄於謝雨生、傅仰止編，《台灣的社會變遷1985~2005：社會階層與社會不平等，台灣社會變遷基本調查系列三之3》。臺北：中央研究院社會學研究所。
- 章英華、杜素豪、廖培珊，2012，《台灣社會變遷基本調查計畫：第六期第二次調查計畫執行報告》。臺北：中央研究院社會學研究所。
- Adler, Nancy E., Elissa S. Epel, Grace Castellazzo and Jeannette R. Ickovics, 2000, "Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women." *Health Psychology* 19(6): 586-592.
- Beckfield, Jason, 2004, "Does Income Inequality Harm Health? New Cross-National Evidence." *Journal of Health and Social Behavior* 45(3): 231-248.
- Braveman, Paula A., Catherine Cubbin, Susan Egerter, David R Williams and Elsie R Pamuk, 2010, "Socioeconomic Disparities in Health in the United States: What the Patterns Tell Us." *American Journal of Public Health* 100: S186-S196.
- Chen, Feinan, Yang Yang and Guangya Liu, 2010, "Social Change and Socioeconomic Disparities in Health over the Life Course in China: A Cohort Analysis." *American Sociological Review* 75(1): 126-150.
- Cockerham, William C., Hiroyuki Hattori and Yukio Yamori, 2000, "The social gradient in life expectancy: the contrary case of Okinawa in Japan." *Social Science & Medicine* 51(1): 115-122.

- Cutler, David M. and Adriana Lleras-Muney, 2006, "Education and health: evaluating theories and evidence." *National Bureau of Economic Research*, Working Paper W12352.
- Dahl, Molly and Thomas DeLeire, 2008, "The Association between Children's Earnings and Fathers' Lifetime Earnings: Estimates Using Administrative Data." Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin-Madison.
- Farmer, Paul, 1999, *Infections and Inequalities*. Berkeley: University of California Press.
- Heckman, James J, Jora Stixrud and Sergio Urzua, 2006, "The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior." *Journal of Labor Economics* 24(3): 411-482.
- House, James S., 2001, "Commentary: Relating Social Inequalities in Health and Income." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(3): 523-531.
- House, James S., Ronald C.Kessler and A. Regula Herzog, 1990, "Age, Socioeconomic Status, and Health." *The Milbank Quarterly* 68(3): 384-411.
- House, James S., James M. Lepkowski, Ann M. Kinney, Richard P. Mero, Ronald C. Kessler and A. Regula Herzog, 1994, "The Social Stratification of Aging and Health." *Journal of Health and Social Behavior* 35: 213-234.
- Honjo, Kaori, Norito Kawakami, Tadashi Takeshima, Hisateru Tachimori, Yutaka Ono, Hidenori Uda, Yukihiro Hata, Hideyuki Nakane, Noboru Iwata, Toshiaki Furukawa, Makoto A. Watanabe, Yosikazu Nakamura and Takehiko Kikkawa, 2006, "Social Class Inequalities in Self-rated

- Health and Their Gender and Age Group Differences in Japan.” *Journal of Epidemiology* 16: 223-232.
- Knight, John and Ramani Gunatilaka, 2010, “The Rural-Urban Divide in China: Income but Not Happiness?” *Journal of Development Studies* 3: 506-534.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan, 1995, “Social Conditions as Fundamental Causes of Disease.” *Journal of Health and Social Behavior*, extra issue: 80-94.
- Link, Bruce G., Mary C. Lennon and Bruce P. Dohrenwend, 1993, “Socioeconomic Status and Depression: The Role of Occupations Involving Direction, Control, and Planning.” *American Journal of Sociology* 98(6): 1351-1387.
- Lutfey, Karen and 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): 1326-1272.
- Marmot, Michael G., 2004, *Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Book.
- , 2006, “Status Syndrome: A Challenge to Medicine.” *JAMA*, 295: 1304-1307.
- Mete, Cem, 2005, “Predictors of Elderly Mortality: Health Status, Socioeconomic Characteristics and Social Determinants of Health.” *Health Economics* 14: 135-148.
- Park, Hyunjoon, 2005, “Age and Self-Rated Health in Korea.” *Social Forces* 83 (3): 1165-1182.

- Ross, Catherine E. and Chialing Wu, 1995, "The Links between Education and Health." *American Sociological Review* 60: 719-745.
- Schnittker, Jason, 2004, "Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health." *Journal of Health and Social Behavior* 45(3): 286-305.
- Sakurai, Keiko, Norito Kawakami, Kazue Yamaoka, Hirono Ishikawa and Hideki Hashimoto, 2010, "The impact of subjective and objective social status on psychological distress among men and women in Japan." *Social Science & Medicine* 70(11): 1832-1839.
- Sani, Fabio, Maria M. Elena, "Marta Scignaro and Rachel McCollum, 2010, In-group identification mediates the effects of subjective in-group status on mental health." *British Journal of Social Psychology* 49: 883-893.
- Sen, Amartya, 1992, *Inequality reexamined*. Oxford: Oxford University Press.
- Tam, Tony, 2013, "Analyzing Education as a Positional Good: Alternative Models of Inequality without Arbitrary Identification." Paper presented at the Developments in Social Inequality and Social Cohesion, European Consortium of Sociological Research, Tilburg, the Netherlands, October 14-16, 2013.
- , 2014, "Alternative Methods for Comparative Educational Inequality: A Monte Carlo Evaluation of Positional Models." Paper presented at the Spring meeting of RC28, International Sociological Association, Budapest, Hungary, 8-10 May 2014.
- Treiman, Donald J., 2012, "The 'Difference Between Heaven and Earth': Urban-Rural Disparities in Health and Well-being in China." *Research in Social Stratification and Mobility* 30: 33-47.

Wilkinson, Richard G. and Michael G. Marmot, 2005, *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Second Edition. World Health Organization.