

男性健康状况及其影响因素分析

徐安琪

【摘要】 文章使用全国30个省、自治区和直辖市的404个县、区和市的19449个样本资料(其中男性8875人),对男性身心健康、就医和体检、体育锻炼和休闲、计划生育责任等现状进行了描述,并对影响男性健康的多元因素进行建模分析。研究结果未验证男性身心健康的总体状况比女性差的社会印象,但年老、受教育年限少、经济拮据、单亲、有病不及时治疗、受过社会不公正待遇、社会支持资源缺乏及家庭生活质量较低的男性身心健康状况较差。

【关键词】 男性健康 全国调查 影响因素分析

【作者】 徐安琪 上海社会科学院社会学研究所,研究员。

近年来,男性健康受到社会的关注,但大多仍局限于医药、卫生、人口和计划生育领域,“男性健康日”和相关的健康调查所关注的主要是男性生殖系统疾病的检出率以及对男性卫生科普知识的宣传。实际上,男性健康并非指没有疾病,尤其不应局限于没有性功能障碍、前列腺病或性病。联合国世界卫生组织1990年关于健康的定义为:一种完整的身体、心理和社会良好状态,而不仅仅是没有疾病或伤残。帕森斯在将健康的医学定义改变为社会学定义的开拓性研究中提出,健康可以解释为已社会化的个人完成角色和任务的能力处于最适当的状态(F·D·沃林斯基,1999)。

中国男性的身心健康状况究竟如何?哪些人口特征、观念意识、家庭和社会资源、环境因素对男性健康起作用?本研究将使用第二期中国妇女社会地位调查资料中的有关数据,对中国男性健康状况进行大致的描述,并对影响其身心健康的多元因素建立综合模型进行估算和分析。该调查采取分域分层四阶段不等概率抽样方法,在全国除港澳台外的30个省、自治区、直辖市的404个县、区和市共获得19449个样本,其中男性为8875人,占45.6%,农村样本占51%(第二期中国妇女地位调查课题组,2001)。

一、身心健康状况

第二期中国妇女地位课题组的调查结果表明,67%的被访男性自述健康状况良好,28%认为一般,仅有5%述说较差或很差。同时,男性的健康状况略好于女性(女性认为自己健康状况良好的占55%,显著性检验表明性别差异具有统计意义)。相关分析显示,农村和城市男性的健康状况无显著差异,但30岁及以下男性有82%自述健康状况良好,而51岁及以上男性认为健康状况良好者仅占47%。统计数据同时显示,在最近1个月中,有过失眠、身心疲惫或烦躁易怒等亚健康心理症状的男性比例为40%~50%。但 χ^2 检验结果显示,有过不良心理症状的男性明显少于女性,而农村男性的亚健康状况似乎更差(见表1)。

表 1 最近 1 个月有过的不良心理症状

心理症状	女	男	χ^2 检验	男性		
				农村	城市	χ^2 检验
失眠	50	40	206***	41	39	7**
身心疲惫	59	50	151***	52	49	4*
烦躁易怒	52	40	271***	41	40	2
容易哭泣或想哭	27	8	1099***	9	7	11**
对什么都不感兴趣	28	21	116***	22	20	5*
感到很孤独	22	17	58***	20	15	37***
觉得自己没有用	25	20	60***	24	17	73***
觉得活着没意思	15	10	106***	12	9	14***

* $P < 0.10$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

男性自述身体和心理健康状况比女性略胜一筹,但其中不乏社会对两性气质的不同期待所致。由于社会对男性的要求是健壮、坚强和成功,一些人即使感觉体力不支、孤独无援也常硬挺着或在外人面前掩饰自己的疲惫、孤寂和病痛,因此,男性诉说或承认自己身心不适的会少一些。从表 1 可以看出,“容易哭泣或想哭”的性

别差异最大,这主要是受“男儿有泪不轻弹”的社会暗示,男性常常抑制自己的喜怒哀乐,处处展现自信、自强,而不愿公开承认自己的脆弱。因此,自述容易哭泣或想哭,以及身心健康欠佳的男性比实际感到郁闷、不适的可能更少些。

二、就医和体检情况

市场竞争的激烈和工作节奏的加快使不少人因忙于工作或家务,或因对身心疾病缺乏重视,甚至因医疗制度改革后个人须承担部分医药费而不及时治疗疾病或按时体检。统计资料显示,在最近 3 年中有病拖着未及治疗的男性为 15%,低于女性的 21%。城市男性、年纪大者未及治疗的也较多。

调查表明,由于 50% 的城市男性和 96% 的农村男性的工作单位不提供公费医疗或保险,因此,被访者中有病不及时诊断治疗者有 63% 出于经济原因,35% 由于时间缺乏而不去医院检查。男性更多地因工作忙、路途远等延误诊治,而女性主要因家务忙(见表 2)。

表 2 有病不及时治疗的原因(最多择两项)

	女性	合计	男性			
			地区		年龄(岁)	
			农村	城市	18~30	51~64
付不起医药费	63	63	74	54	53	69
家里不重视	15	14	13	14	15	13
工作忙没时间	22	35	23,4	44	45	20
家务忙脱不开	34	19	31	10	14	22
去医院不方便	26	28	30	26	36	34
不好意思	6	3	4	3	3	3

统计数据还显示,与城市相比,农村男性的医疗资源和保障严重缺乏。而随着医疗福利保障制度的改革,工作单位不提供公费医疗或医疗保险、工伤保险、病假工资和带薪休假的日趋增多,年轻人难以享受相关医疗保障和福利的比重高于老年人。但他们自我保险的意识则并未随之增强,仅有 5% 的人自费购买了医疗保险,与中老年人无显著差

异,其中农村仅有 3% 的男性购买了医疗保险,而城市为 9%。除了有病就医治疗外,被访者按时进行体检的意识也很缺乏。调查显示,近 3 年来,未做健康检查的男女均占七成,其中城市男性为 59%,农村男性则高达 81%,这主要由于城市居民享受公费福利较多,大专及以上学历受教育程度者(占 36%)更多地享受公费体检,而小学及以下者仅为 3%。

三、体育锻炼和休闲

调查表明,约七成被访男性在最近两个月中未参加任何体育锻炼;每天坚持锻炼的仅占

12%，其中城市男性(55%)和年轻男性(39%)参与体育锻炼的较多；中年男性的双重负荷较大、运动意识也较差，31~50岁的男性仅有26%参加过体育锻炼。相关分析还显示，在业的、低学历者参与体育锻炼明显较少，如不在业者最近两个月未参加体育锻炼的占60%，在业者为78%；小学及以下文化程度的男性达90%，大学及以上文化程度的仅占37%。

踏青、旅游被认为是一种减轻压力、放松心情的休闲活动，但96%的农村男性和82%的城市男性在最近两个月中无外出旅游度假经历。而男性的日常休闲，如每天用于看电视、读小说、聊天和娱乐的时间为222分钟，明显多于女性(192分钟)，农村和青年男性的休闲时间更少。

四、计划生育责任

虽然贯彻计划生育国策是男女共同的责任，但从实际的避孕职责看，86%的丈夫自述以妻子为主，城乡无显著差异。而30岁以下男性承担避孕责任的更少，而大专以上文化程度的男性似乎更具“夫妻双方都有实行计划生育的义务”的平等意识，只是参与者也不到20%(见表3)。

分析男性将避孕责任推给女性的理由，只有2%的被访者不知道男性也可采取避孕措施，17%的男子承认怕影响自己的健康，而78%则以一般都是女方采取来解释(见表4)，可见把避孕责任和节育风险赋予女性已成为社会共识和根深蒂固的习俗。

表3 男性自述以谁为主采取避孕措施

	地区		年龄(岁)		受教育程度		合计
	农村	城市	18~30	51~64	小学及以下	大专及以上	
女方	85	86	85	83	87	80	86
男方	11	10	9	14	10	15	10
双方	4	4	6	3	3	5	4
合计	100	100	100	100	100	100	100

五、影响身心健康的因素分析

(一) 研究回顾

社会学、人口学和心理学领域对影响健康的因素分析主要集中在婚姻状态、物质环境、压力事件、不良的生活习性以及社会支持方面。以往几乎所有的经验研究都发现，已婚者在心理和生理上都比未婚者更健康(Wyke等，1992；Ross，1995；Waite等，2000)，而且他们死亡的危险性也更低(Hu等，1990；Lillard等，1995)。已婚男性与单身男子相比，有更大的概率获得高职位和高薪，更可能在事业上取得成功，身心状况也好得多，寿命也可能更长，生活也可能更幸福；而已婚女性与单身女性相比，更多地沮丧、神经质和患有其他心理疾病(Bernard，1982)。

研究表明，婚姻状况往往是通过社会心理因素、物质环境和生活习性为中介对健康产生影响(Lillard等，1995；Ross，1995；Umberson，1992；Wyke等，1992)。与未婚者相比，已婚者一般较少有不良的生活习性。若婚姻终止，男女双方分离，一些有益健康的因素就开始减少。有研究显示，离婚后男

性酒精中毒、女性精神抑郁的概率都会上升(Horwitz等，1996)。而丧偶和离婚时常伴随着其他压力较大的生活事

表4 男性不采取避孕措施的原因

	地区		年龄(岁)		受教育程度		合计
	农村	城市	18~30	51~64	小学及以下	大专及以上	
怕影响身体	21.4	11.7	12.1	20.0	20.7	7.9	16.7
不知道男性可采取	2.2	1.7	2.3	1.9	2.1	1.4	1.9
一般都是女方采取	74.0	83.2	83.5	74.0	73.8	87.4	78.5
其他	2.4	3.4	2.1	4.1	3.4	3.3	2.9

件,例如,从双亲到单亲职责的转变和居住地的被迫迁移,由此增加社会心理压力(Bloom等,1978;Stroebe等,1993)。

一些研究认为男性从婚姻中获得的健康收益大于女性(Bernard,1982;Hu等,1990),可能是因为妻子更关注丈夫的健康(Depner等,1985)。对于女性,最重要的中介因素是物质环境如家庭收入、财政问题和住房(Joung等,1997)。失业、经济窘迫会使女性的功能性健康下降,精神抑郁加重;贫困的生活也会降低男性健康的自我评价(Wu等,2002)。

与女性调查结果一致的是,男性健康也会随时间而下降,已婚男性比有同居等非婚姻关系的男性表现得更为明显。无论男性还是女性,受教育程度高,自我健康状况的评估也相应较高。社会支持可以缓解因压力对健康造成的负面影响也被证实(Joung等,1997)。此外,过度抽烟、酗酒、活动少和体重超重都将影响身体和心理健康(Joung等,1997)。新近的一项研究还显示,参加体育锻炼未与男性健康呈正相关,反而有负面影响。但研究者同时指出,健康下降可以是一些未观察到的因素引起的,比如慢性病等(Wu等,2002)。而生态大众健康理论视野则强调通过公平待遇、支持性的社会关系和可持续的社会环境来促进健康发展(Cordia Chu,1998)。

(二) 变量和方法

由于身心健康包括身体、心理和社会适应的多元内涵,我们首先用因子分析法将9个相关变量(个人健康评价、最近1个月有无失眠、身心疲惫、烦躁易怒、对什么都不感兴趣、感到很孤独、觉得自己没有用等症状)简化为2个复合因子(斜交转轴),共解释了所有变量总方差的56.4%;其次,我们以每个因子的方差贡献率为权数,计算2个因子得分估计值的加权之和,并将该身心健康的合成分值作为依变量,分值越大表示身心健康状况越差或负面感受越多。然后,我们将以受访者对身心健康状况的自我评价作依变量,人口特征、健康意识和生活方式、公平待遇和工作环境、社会适应和支持资源、家庭生活质量5个侧面共19个指标为自变量^①,分别建立回归模型1和模型2以对影响男女身心健康的不同因素进行比较,同时,模型Ⅲ将增加性别变量以检验社会流行的男性身心健康比女性差的定性分析结果是否属实。

(三) 研究结果

分析结果显示,大多数解释变量对受访者身心健康的正负影响都得到预期的支持,模型1、2、3的综合解释力分别为27%、25%和26%(见表5)。

回归分析模型在排除了其他自变量的影响后显示出以下主要结果。

1. 老年、受教育少、单亲家庭男性的身心健康状况较差,而城市的、在业或在校男性虽自述身心健康较好的稍多些,但因关系强度很低,可略去不计。

2. 健康意识有助于防病和增强体质,有病却经常拖着不去治疗对男性身心健康的危害最大($\text{Beta}=0.140, P<0.01$)。参加体育锻炼的积极作用未得到支持,可能是因为,尽管许多中青年男性懂得运动的重要意义,但由于双重负载和时间限制,难以积极投入运动,社区活动场所的不足也制约了一些人参与锻炼,而去健身俱乐部活动因经济成本高难以普及。抽烟、喝酒对男性身心健康的不利影响统计上不显著,主要是因为该自变量将喝酒与抽烟放在一起且未分程度,而适度饮酒或许有助于减少某些疾病。

^① 19个变量中9个为虚拟变量,其余为连续变量。其中“教育、政治、劳动、婚姻、财产权益受过损害”为6个虚拟变量相加之和,0~6分别表示均未受过损害到6项权益都受过损害;“因年龄、相貌、性别、民族等原因受过社会歧视”类似,故归为一类;“传统型性别观”是用因素分析方法将“男人以社会为主,女人以家庭为主”、“男人能力天生比女人强”、“干得好不如嫁得好”和“女性应避免在社会地位上超过她的丈夫”4个变量简化、复合生成。

表 5 身心健康影响因素的多元回归分析结果 (Beta 值)

自变量	模型 1(男性)	模型 2(女性)	模型 3(全体)
人口特征			
性别(女=1)			0.095***
地区(城市=1)	-0.026*	-0.040**	-0.034***
年龄	0.064***	0.031**	0.046***
受教育年限	-0.067***	-0.051***	-0.059***
工作或在读状况(在业或在读=1)	-0.033**	-0.029**	-0.029***
婚姻状况(以未婚为参照)			
已婚	-0.050***	-0.011	-0.029**
离婚	0.062***	0.046***	0.050***
丧偶	0.046***	0.098***	0.075***
健康意识和生活方式			
有病而经常拖着不及时治疗(是=1)	0.140***	0.167***	0.155***
经常参加体育锻炼	-0.008	-0.015	-0.012
个人消费主要用于抽烟、喝酒(是=1)	-0.011	0.022*	-0.002
公平待遇和工作环境			
因付不起医药费而拖着不看病(是=1)	0.114***	0.106***	0.110***
教育、政治、劳动、婚姻或人身权益等受过损害	0.094***	0.101***	0.097***
因年龄、相貌、性别等原因受过社会歧视	0.092***	0.076***	0.081***
工作环境中有不利健康的因素(是=1)	0.020	0.027**	0.023**
社会适应和支持资源			
对自己的能力有信心	-0.128***	-0.068***	-0.091***
传统型性别观	0.034**	0.031**	0.032***
在心情不好或沮丧时得不到社会支持(是=1)	0.084***	0.087***	-0.085***
家庭生活质量			
家庭地位满意度	-0.068***	-0.094***	-0.084***
物质生活的满意度	-0.069***	-0.088***	-0.080***
文化精神生活满意度	-0.107***	-0.061***	-0.078***
常数	16.55***	16.06***	16.00***
R ²	0.27	0.25	0.26
F	136.88***	145.50***	281.98***

* P<0.10, ** P<0.05, *** P<0.01。

3. 受过社会不公正待遇的被访者述说自己身心健康状况较差的概率更大。而社会保障制度的不完善,尤其是社会转型期医疗保障和福利制度的改革,使一些经济拮据而又得不到应有的社会保障或救济者的健康水平亦呈下降趋势。但高温、噪音、化学毒物、烟或粉尘及电磁辐射等有害工作环境对男性健康危害的假设未被证实,这可能是因为上述不良环境的程度尚不严重或调查存在未问清严重程度的缺陷。此外,一些人可能对危害自己健康的工作环境并不知情,加上目前已退休、下岗等不在业的均被处理成无不良健康环境因素的缘故。

4. 社会适应和支持资源对男性健康的正面影响也在模型中得到支持,个人的能力和自信可以通过积极的心态应对不利境况,并提升正面感受和自我评价(Beta=-0.128, P<0.01),工作单位、社区和亲朋好友必要的心理、法律和经济援助与支持也对当事人的身心健康具有积极意义。此外性别意识越传统的男性,通常难以接受顺应社会潮流的两性平等、均衡发展的现实,或固守因袭的“男子气概”,努力扮演刚强、全能的成功角色,日常生活中掩饰自己的人性弱点。

5. 家庭生活质量的各变量都与男性的身心健康呈显著的正相关,尤其是家庭精神和文化生活满意度对男性身心健康的积极影响为最大,标准化回归系数为-0.107(P<0.01)。

6. 从性别差异看,研究结果未印证男性身心健康的总体状况比女性差的刻板印象,模型3显示了女性的健康状况逊于男性10%左右。此外,男性模型的大多数分析结果的影响方向和显著性与女性模型基本一致,所显示的几个不同结果有:(1)已婚男性的健康状况比未婚男子略

胜一筹(但影响程度不高),而已婚女性则与未婚女子无显著差异。(2)“个人消费主要用于抽烟、喝酒”和“工作环境中的有害因素”两变量在男性模型未呈显著性,对女性身心健康的危害则具有统计意义,只是Beta值不高,解释力较低。但这也提示我们对女性进行戒烟酒教育和劳动保护尤为重要。(3)除了有病不及时治疗等共有的较大影响系数外,与男性身心健康关系强度最大的是对自己的能力有无信心,而与女性健康呈最大相关的则是个人权益是否受过损害。

(四)分析和启示

1. 男性身心健康的总体状况比女性略胜一筹的研究结果,虽然未验证社会流行的男人健康处于劣势的说法,但由于本研究测量的是身心健康的自我评估,我们不能排除受“男人理应健壮、坚强”的传统规范的社会暗示,一些男子即使在事业受挫、适应不良、身体欠佳或心绪不宁时,也很少承认、述说。因此,一方面,我们不宜夸大男性健康状况差的劣势、有研究曾报告,女性由于拥有的社会经济资源有限,生殖健康的风险更大,家务负担也更重,尤其是农村女性的医疗保险、保健和预防性健康服务资源明显较少,与男性相比身心健康更多地处于劣势(Mead等,2001;姜秀花,2003;徐安琪,2004)。在中国,女性抑郁患病率和自杀率更高(许小幸等,1994;张敬悬等,1999;陈春英,2004),也从一个侧面印证了这一点。另一方面,在分析男性健康的影响因素时,仅凭表象归咎于男性工作压力大、心理负担重也缺乏实据。事实上,无论男女,下岗或失业、经济资源匮乏者的就业和生存压力更重,自述的健康状况更差。而教育、医疗、养老等社会保障的弱化,也使一些不在业或无稳定职业、生活质量下降者产生更多的心理失衡、挫折感和被剥夺感。因此,扩大就业,促进再就业,不仅事关让更多市民的生活质量达到小康水平、使弱势群体平等分享经济发展成果和社会稳定的大局,同时也有助于改善国民的健康状况。

2. 有病不及时治疗、在心情不好或比较沮丧时得不到社会支持以及传统型性别观对身心健康负面影响较大等分析结果表明,促进男性身心健康还须强化其健康意识和改变因袭的性别角色规范,“男儿有苦不倾诉”、“男子有病不去看”、“男儿有泪不轻弹”对身心健康有害无益。随着工作节奏的加快,人们更多地把家庭当作卸下社会面具、还我自然本性的休养生息场所。现代男子应更放松自己的情绪、表露自己脆弱人性的另一面。这样将对身心健康有所裨益,而善于倾诉并寻求亲属和社会的支持(尤其是具有专业资质的社会服务),也将有助于男性缓解压力、解惑求知和身心健康。

3. 受教育程度与身心健康呈正相关,这可能和高学历者获取的科普资源较多、生活方式更文明科学,以及产生心理困扰或人际障碍后善于自我调节有关。此外,高学历者往往收入较高,尽管其生活节奏更快、工作劳累,但往往更具成就感、更自信,生活质量也相对较高,可获得更多的健康资源,如购买绿色食品、高消费的健身、医疗服务、按时体检等,从而有利于身心健康。

4. 单亲者的身心状况较差,一是由于世俗的压力,一些人在潜意识中也常因自己是离异或单亲家庭而自卑、自责。二是因为独自承担抚养、教育子女的职责,生存和经济压力更大,孤独、无助和不安全等负面感受更甚,而单身父亲往往因抚育子女缺乏经验和时间而压力更大。因此,社会不仅应摒弃因袭的对单亲家庭的消极评价,还要给予单亲者更多的人文关怀和社会援助,使他们在挫折逆境中增强自信心和承受能力,以积极乐观的心态应对和缓解各种压力与困难,在改善物质福利条件的同时提升精神生活质量和健康水平。

在婚男性的健康状况不仅好于单亲,而且比未婚者也略胜一筹,或许是因为妻子通常能较好地照顾丈夫的日常生活,并对丈夫的不良嗜好和生活习性加以制约,改变其以往单身生活的不规律和不健康的生活方式。爱情和亲情也将使男性获得感情和心理支持,有家的男人也常常出于家庭责任心,努力进取,力求社会角色的成功,这也有助于增强自信心和健康水平。

5. 个人的合法权益受到过侵害或遭遇过社会不公平待遇、医疗保险、救济的覆盖不全(主

要是农村)和力度不足(主要是弱势群体),都会对国民的身心健康和社会适应造成显著的负面后果。因此,在效率优先的前提下倡导社会公平,消除各种年龄、相貌、身份、性别、地域、户籍等歧视,优化政治、法律、受教育、劳动就业和福利保障等社会环境,使弱势群体平等分享经济发展成果,并通过强化健康教育,大力普及卫生科学知识,引导广大群众增强健康意识,提高自我保健能力,才能不断提高全民的健康水平。

参考文献:

1. 陈春英(2004):《803例自杀患者的原因分析及急诊护理对策》,《护理与康复》,第4期。
2. 姜秀花(2003):《农村妇女健康水平和卫生服务利用研究》,载于蒋永萍主编:《世纪之交的中国妇女社会地位》,当代中国出版社。
3. 徐安琪(2004):《女性的身心健康及其影响因素——来自上海的报告》,《妇女研究论丛》,第1期。
4. 许小幸等(1994):《1989~1992年青岛市区17~24岁人群意外死亡调查》,《青岛大学医学院学报》,第2期。
5. 张敬悬等(1999):《山东省自杀死亡率流行病学研究》,《中国心理卫生杂志》,第4期。
6. 第二期中国妇女地位调查课题组(2001):《第二期中国妇女地位抽样调查主要数据报告》,《妇女研究论丛》,第5期。
7. F·D·沃林斯基(1999):《健康社会学》,孙牧虹等译,社会科学文献出版社。
8. Cordia Chu 主编(1998):《妇女生育健康促进与研究》,中国书籍出版社。
9. Bernard, J. (1982), *The Future of Marriage*. New Haven, CT: Yale University Press.
10. Bloom, B. L., Asher, S. J. and White, S. W. (1978), Marital Disruption as a Stressor: A Review and Analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
11. Depner, C. and Ingersoll-Dayton, B. (1985), Conjugal Social Support: Patterns in Later Life. *Journal of Gerontology*, 40, 761-766.
12. Horwitz, A. V., White, H. R. and Howell-White, S. (1996), The Use of Multiple Outcomes in Stress Research: A Case Study of Gender Differences in Response to Marital Dissolution. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 278-291.
13. Hu, Y. and Goldman, N. (1990), Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison. *Demography*, 27, 233-250.
14. Joung, I. M. A., Stronks, K., Van de Mheen, H., Van Poppel, F. W. A., Van der Meer, J. B. W. and Mackenbach, J. P. (1997), The Contribution of Intermediary Factors to Marital Status Differences in Self-reported Health. *Journal of Marriage and Family*, 59(2), 476-490.
15. Lillard, L. A. and Waite, L. J. (1995), Til death do us part: Marital Disruption and Mortality. *American Journal of Sociology*, 100, 1131-1156.
16. Mead, H., Witkowski, K., Gault, B. and Hartmann, H. (2001), The Influence of Income, Education, and Work Status on Women's Well Being, *Women's Health Issues*, 11(3), 160-172.
17. Ross, C. E. (1995), Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 129-140.
18. Stroebe, M. S. and Stroebe, W. (1993), The Mortality of Bereavement: A review. In Stroebe, M. S., Stroebe, W. and Hansson, R. O. (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention* (pp. 175-195). New York: Cambridge University Press.
19. Umberson, D. (1992), Gender, Marital Status, and the Social Control of Health Behavior. *Social Science and Medicine*, 34, 907-917.
20. Waite, L. and Gallagher, M. (2000), *The Case for Marriage*. New York: Doubleday.
21. Wu, Z. and Hart, R. (2002), The Effects of Marital and Nonmarital Union Transition on Health. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 420-432.
22. Wyke, S. and Ford, G. (1992), Competing Explanations for Associations between Marital Status and Health. *Social Science and Medicine*, 34, 523-532.

(责任编辑:朱萍)

vious persistence has been found in this process. The China's total population will continue to grow in the future. This result is in line with actual situation of China's population development.

An Analysis of the Convergence of Population Dynamic Distribution in China

Song Xuguang Wang Yuanlin • 54 •

Based on the convergence theory in economic growth theory, using China's provincial population and regional economic growth data, this paper analyzes the relationship between the dynamic distribution of regional population and the initial level of economic development by means of cross-section regression in econometrics. The result shows that the population distribution of China has a weak conditional convergence from 1964 to 1992, but it shows a regional divergence from 1992 to 2003.

Reducing the Rate of Dropout in Rural Middle School and Reforming the System of Compulsory Education

Jiang Zhongyi Dai Hongsheng • 59 •

There are two reasons for the high rate of dropout in rural middle school at compulsory educational period: the students are boring of going to school and the higher cost for study. The former is more influential. Under the current system of rural education, the short of fiscal input is the main reason for rural schools to take some activities of "rent seeking". The consequence is two-fold: the government control of tuition fee becomes less efficient and the schools lack incentives to promote their qualities. The ill-quality of rural education in turn causes the dropout in middle schools. The paper advocates a opening-up of rural educational market, which the authors believe can raise more funds and introduce competition in charges and educational quality. A new educational system for running schools jointly by the government and local people should also be created and developed.

Matching the Demand for and Supply of University Graduates

Lu Li • 67 •

The difficulty of employment for the university graduated students are mainly caused by mismatch of supply-demand of persons with ability (PWAs) between universities and industries. This paper intends to make some clear points on the following aspects: (1) how to link the supply-demand sides of university graduates, (2) how to set up a series of indicators for early warning of labor market for university graduates, and (3) how to assess the supply-demand sides about university graduates.

The Control of Infant Mortality in China: An Empirical Analysis on Regional Difference and Government Intervention

Nie Fuqiang Song Guojun • 75 •

The regional distribution of infant mortality in China is characterized by the gradual increase from the coastal areas to the inland and to the remote regions. This article analyzes some factors impacting the infant mortality in different areas by using collected data from 1996 to 2002 and panel data. The results show that the proportion of the agriculture-related population, the possession rate of the fixed telephone and the childbirth rate in hospital are most significant factors remarkably impacting the infant mortality rate in China, while other factors only have impacts in some areas.

Status of Men's Health and Its Determinants

Xu Anqi • 81 •

Based on the randomly sampled data with 19,449 interviewees (8,875 men) from 404 districts/cities in 30 provinces, this paper describes Chinese men's health status, including physical and medical conditions, nutritious and consumption preferences, sports and leisure time activities, and the responsibility for family planning. The analysis on various factors that affect men's health does not prove the conventional wisdom that men's health is worse than women's on the whole. However, those men who are old, less educated, living on low income, one-parent, suffering from chronic disease without timely treatment, ever suffered social unfair treatment, less socially supporting, and living a low quality of life are more likely to be in poor health status.

The Relationship between Styles of Coping and Mental Health of the Elderly

Chen Lixin Yao Yuan • 88 •

The mental health of the elderly is greatly influenced by their styles of coping with life. About 442 older people (above 60) are sampled randomly in Wuhan, Hubei province. The results of analysis suggest that the ways of problem-solving, help-seeking and fantasy are less adopted by elderly people. The different levels of coping styles have different impacts on the elderly mental health. The ways they choose while facing problems can be used to predict the elderly mental health. Among the ways of solving problems, self-blame and fantasy are ways that negatively impact their mental health, whereas the way of problem-solving has positive effects.