發佈：2016-03-01, 週二 09:36
點擊數：10044

介紹

有關於男女性別健康差異的議題，存在許多爭議。辯論的爭點在於到底男女性健康發展不同是來自於先天的生理差異（primordialism）抑或是來自於後天的環境（circumstantialsim）所造成。先天決定論者認為，男女性健康的差異主要是性徵（sex）的不同。後天環境決定論者主張，性別上的健康差別來自於環境創造、人與社會互動、組織與機構的壓迫、歧視、認同的重塑、性別刻板印象、社會對性別的規範等等。不過，越來越多研究認為，要理解性別上的健康發展不同，必須結合生理與心理、以及社會脈絡整體來看(Read & Gorman, 2010; Verburgge, 1985)。例如出生時的身體狀況與家庭背景、父母社經地位、青少年教育情況、中年求職與工作經歷、人生轉捩點、自我社經地位、與父母比較後有無向上社會流動、晚年的退休時間與金額等，這些都會影響每個生命歷程階段的健康發展。

總之，單看某階段的面向無法全面理解男女性健康差異，因為健康差異是一連串生命歷程脈絡的累積。

為了要全面性理解美國近十年來男女性別健康差異，本文以兩部分內容分別深入探究在性別上如何出現健康不平等的原因。首先 (1) 主要探討美國目前學術上，在男女性有健康不平等議題的爭論與核心關懷、相關研究發展證據等。其次 (2) 透過兩個主要的核心發展趨勢來理解性別上有健康不平等的狀況。以透過問題設計、相關證據証成方式來探究該美國學術上針對性別產生健康不平等的兩個核心發展趨勢。

Phoca PDF

發佈：2016-03-01, 週二 09:36
點擊數：10044

壹、學術上對男女性別健康不平等的核心關懷、證據

1. 主要關懷

(1). 預期壽命（Life Expectancy）

主要男女性在預期壽命的差異是女性活的比男性長，但是女性比男性承受較高且較長的罹病率與病痛(Read & Gorman, 2010)。平均而言，美國女性可以活到 80.4歲，男性可以活到 75.2歲 (Natl. Cent. Health Stat. 2009)。在1970年代中期，男女性預期壽命的差異達到最顛峰 (Read & Gorman, 2010)。當時，女性平均可以比男性多活 7.8年。後來隨著男性吸菸人數的下降，男性的預期壽命也漸漸成長 (Read & Gorman, 2006)。

(2). 罹病率（Morbidity）

一般而言，在老年，女性有比男性更高的罹病率。就疾病的類別而言，男女性有不同的發展狀況

Phoca PDF

。

男性比女性更傾向喜好有特定的帶來健康危害的行為或習慣，例如抽煙、喝酒、藥物濫用。這些特定的行為或直接與間接累積性的對健康造成損害。例如男性比女性更容易有車禍、兇殺等，因為喝酒誤事、或是藥物成癮造成的意外傷害 (Read & Gorman, 2010)。此外，有些疾病與老化無關的，例如哮喘（asthma）、支氣管炎（bronchitis），這些與男女性別差異較無關係。但是有些疾病與老年有關的，例如心臟病（hearth diseases）、關節炎（arthritis）都有高度男女性健康不平等的狀況 (Read & Gorman, 2010)。

平均而言，就 Anderson (2011)的研究，心臟衰竭 （heart failure）、惡性腫瘤 （malignant neoplasms），與腦血管疾病（cerebrovascular）是美國女性前三大致死的病徵。而黑人女性平均有比亞裔女性、拉丁美裔以及印第安女性高過兩倍罹患此三種疾病的機率。 糖尿病（diabetes）、泌尿生殖系統疾病 （Nephritis system）、敗血症（Septicemia）則是黑人女性位居最高的疾病。白人女性緊居在黑人女性之後，在這三種疾病的罹患率亦為次高。就印第安女性來說，糖尿病雖是她們罹患第三名多的疾病，比起其他族群女性而言，卻是次高的，僅次於黑人女性。 就白人女性而言，死於慢性呼吸道疾病 （Chronic lower respiratory diseases）、肺炎（Influenza and Pneumonia）與 阿茲海默 （Alzheimer’s disease）等疾病的比率遠高過其他族群女性。

對男性而言，心臟衰竭與惡性腫瘤是前兩大排名致死的疾病。黑人男性死於這兩種疾病的比率比亞裔男性、印第安男性、拉丁美裔男性高過兩倍。黑人男性死於腦血管病變疾病的比率也是高於

Phoca PDF

這三大族群的兩倍。就印第安男性而言，糖尿病則是位居第四名致死的疾病，可是，比起其他族群罹患此病的機率而言，是僅次於黑人男性之後。白人男性死於肺炎與阿茲海默症是最高的。對亞裔男性而言，死於腦血管病變的比率遠大於拉丁美裔與印第安男性。

簡而言之，亞裔男性是與所有族群男女性比較中，罹病率最低的族群，而黑人女性則是罹病率最高的族群、也是對特定疾病有最高死亡率的族群 (Hummer, Benjamin & Rogers, 2014)。整體趨勢而言，在性別上的健康不平等中，存在著顯著的種族不平等。

2. 健康不平等的相關原因與證據

本文列有三大原因解釋為何有男女性別在健康上不平等的原因：生理因素、性別歧視、社經地位不平等。

(1) 生理差異（Biological Difference）

先天的生理差異造成男女性的健康上有不同的發展。就女性而言，先天上比男性強很多，主要原因是 女性賀爾蒙（estrogen

Phoca PDF

cholesterol） (Read & Gorman, 2010)。然而，男性睪丸同素（testosterone）卻會導致對免疫系統的抑制（immunosuppression），間接產生一些對健康有危害的因子 (Qwen, 2002)。

(2)性別歧視（ Gender Discrimination ）

有些學者認為性別上的健康差異是基因排序造成 (Wilson, 2000)。另一派學者強調，用生理差異解釋性別上的健康不平等是一種用科學霸權來壓迫不平等的手段。他們認為男女性健康上的不平等主要來自社會上給予男女性不同對待所造成 (Sperling, 1991)。越來越多社會學家強調社會化男性與女性的過程其實就是直接與間接造成男女性健康不平等的原因 (Leutwyler, 1987; Lane& Cibula, 2000)。所以，社會結構整體帶來性別的社會化與歧視，對女性造成各種健康上的危害甚過於男性。

文化上的性別刻板印象（Culturally patterned gendered expectation）、對女性特有的預期行為、社會角色（social role）、社會的性別規範（social gender norms）都對女性健康造成不利(Lane & Cibula, 2000)。例如，與懷孕有關的疾病罹患都與墮胎機構有很大的關係 (Lane & Millar, 1987)

Phoca PDF

。因為禁止女性墮胎，導致女性去找密醫墮胎，間接產生各種罹病率與死亡率。性別刻板印象對女

性要

求有特定

拘束、預期的行為

等等也為女性健康帶來極多的不平等。因為傳統父權主義（patriarchy）中，產生男性優越主義（male

supremacy

），把許多經濟上、心理上或是社會上各種資源都集中在男性之中，對女性權益受到高度貶抑。例如，這種性別歧視與性別刻板印象限制女性接受較多、較好的教育、受僱機會較少、薪資較低、經濟條件較差、社會網絡較弱、工作上權力與名聲的低落、政治與社會參與較低等等，這些都直接與間接導致經濟、社會等資源低落，使其無法將這些資本轉換成健康資源，造成女性健康發展上的危害。具體而言，社會大眾對

女性美學的標準就是要"瘦"

，女性有應該做的工作、應該有的行為，這些對女性的刻板印象與規範，都促成健康上危險因子的來源。

(3) 男女性社經地位的不平等（Socioeconomic Inequality）

較好的社經地位才能促進較好的健康(Farmer & Ferraro, 2004; Lantz et al., 2005)。學術上有許多證據顯示，男女性健康不平等的原因是主要來自於教育及社經地位的差異(Lane & Cibula, 2000; Read Gorman, 2010)

。本

Phoca PDF

文以下面

六點為要說明為何

社經地位不平等導致男女性健康上的

差異，主要包含收入（income）、教育（education）、受僱機會及其環境（employment and its environment）、心理慣習（psychological habitus）、偏好（preference）、社會網絡（social network）上的差異。

當提到收入，一般而言，女性比男性擁有較低的收入。收入多寡為何會對健康產生影響呢？由於收入可以直接轉換成對健康有利的資源，例如看醫生的錢、治療疾病的錢、或是各種醫療設施與疾病相關的資源。女性比男性有較低的收入，也導致女性比男性在健康維護上的資源比男性相較而言弱許多。平均上，美國 9.6 %的女性年收入可以超過五萬美元，但是有44.5%的男性是可以達到這個水準(Rose & Hartman; 2004)

。這種收入上的不平等在老年中，會有越嚴重加深的趨勢。因為女性平均比男性活越長、生病越久、越貧窮；經濟上的危機有帶來健康上的不利，特別是長年經濟上仰賴男性的女性，到晚年成為寡婦，就會面臨老年女性貧窮的巨大危機 (John R. Beard et al., 2011; Kinsella, 2000)。

談到教育，對美國女性一般而言，從1970

年後之後，漸漸比男性受更多年、更高的教育，不論是高中或是大學皆然(Read & Gorman, 2010)，但是女性比男性卻受到更多工作上求職的不利、而導致越可能經濟貧困 (Bianchi & Spain, 1986)，並且有更多機會因為太窮而負擔不起醫療費用與健康相關治療診察金額 (Nelson et al.,1999)

。一般而言，就算女性畢業於大學，也比男性更難找到工作，比男性更多機會從事部分工時的打工性質工作，並且比男性有更多不穩定薪資(Beechey & Perkins,1987; Delsen, 1998; Robinson,

Phoca PDF

1979)

。即使女性有高學歷，女性獲得較低權力的職位，無法爬升到位高權重的地位，也較不易擔任領導人的地位(Read & Gorman, 2010)

。所以種種的不利都會導致健康危害因子增加，資本較少而無法轉換成更多有益健康的保護因子，例如疾病治療與健康檢查等等(Read & Gorman, 2010)。

就受僱歷史與受僱環境而言，在男性主導的工作環境領域中、父權結構的社會脈絡裡例，給予女性各種健康的危害。這些健康危險因子包括社會性別角色的期待（Social role expectation）、工作環境上的性騷擾（workplace harassment）與暴力（violence），還有工作環境對女性預期該有的態度與行為造成女性各種壓迫，而帶來特有的健康危害。舉凡而言， 90% 得到厭食症（ anorexia nervosa）都是女性 (Leutwyler, 1998; Lane & Cibula, 2000)。性別標籤的工作（gender-labeling job）、高的失業率（unemployment rate）種種不平等都是導致健康危害的因子 (Ridgeway, 1997; Klasena & Lamannab, 2007)。

就心理慣習（psychological habitus）而言,研究發現社經地位較低的人通常有較差且負面的心理特徵 (Denton et al., 2004; McDonough & Walters, 2001)。女性傾向有較低的自尊、較高的憂鬱、以及承受較大的精神壓力、面對更多的挫折經歷、有更高的慢性疾病罹患率，種種均來自她們有較低的社會地位與較差的工作、薪資、社會環境帶來的各種壓迫，這些也使其生理健康比男性來的弱 (Ross & Mirowsky, 1999; Kessler & Zhao, 1999; Forthofer et al., 2001; Nazroo et al., 1998; Rieker & Bird, 2000; Denton et al., 2004)。通常負面情緒例如 焦慮（anxiety）或是敵意（hostility）都會是對健康不良因子的催化劑 (Alder et al., 1994; Gallo & Mattews, 2003)。總之，在情緒困擾（emotional

Phoca PDF

distress）上，女性擁有較高的罹病率，與社會背景有很重要的相關 (Lane& Cibula, 2000)。世界衛生組織（ WHO ）發現憂鬱（ depression）是女性最種要的沈重疾病負荷（disease burden），高達兩成的女性都有憂鬱症情況(Liebenluft et al., 1998)。

就社會結構影響的偏好（preference）而言，男性有較高的健康危險因子偏好行為。這是因為來自生理特徵與社會文化交叉影響而成，男性氣概 （masculine）驅使男性有比女性更高的立即性滿足（immediate of gratification）、較高衝動（ impulse）。尤其男性有許多特殊的偏好對健康有害，例如，男性比女性有更高的比率抽煙、喝酒、藥物濫用、在年輕時期，較少、較不願意使用醫療設施。也因此未來他們帶來比女性更高的死亡率（ mortality）(Johnson et al., 1998; Crimmins, et al., 2002; Denton et al., 2004; Denton & Walter, 1999)。然而，有些男性特有的偏好卻是有益於健康因子的，例如男性平均而言，比女性更喜歡運動、定期運動的習慣(Natl. Cent. Health. Serv, 2009)。

提到社交網絡 （social network），有些學者認為較多較強的社交網絡有助於良好健康的發展，因為女性有較強的社會網絡、較好的溝通策略、形成較多層面的社會支持，這都是促成健康良好的因子 (Denton et al., 2004; Denton & Walters, 1999; Forthofer et al., 2001; Umberson et al., 1996)。然而有些學者認為，較多的社會網絡對女性帶來更多的健康危害，例如女性要負擔更多更沈重

Phoca PDF

照顧家人與長者的工作，健康照護工作的負擔對女性身心健康帶來不少危害。這些壓力、緊張、焦慮、沮喪的照護家人之負面情緒都是摧毀女性健康的原兇之一(Shye et al., 1995)。

簡短而言，健康不平等因素主要來自於生理上男女性先天的差異、社會結構建立的性別歧視與刻板印象、男女性社經地位不平等，透過收入、心理慣習、偏好、教育、工作及其環境、社交網絡六大機制，直接與間接使女性比男性有較弱勢與更負面的健康發展。

貳、男女性健康不平等的兩大發展趨勢

1. 男女性健康不平等是從生命歷程發展而來（Health Disparity in Gender through Life Course ）

社經地位帶來對健康的影響是生命一連串累積的歷程。有哪些機制或路徑成為社經地位不平等的媒介，為男女性健康差異帶來影響?
美國學術界對此議題在近十年來有多許爭議與相關研究，爭議主要來自到底是哪個機制影響較為重要？有些學者認為大學教育對於女性晚年健康扮演較重要的角色，而對男性健康而言，收入才是真正最重要的因素 (Lau & Waite, 2005)

Phoca PDF

。不過也有學者認為男性的認知發展與健康，主要與幼童時期父母的教育與職業具有最大相關 (Turrell et al., 2002)
。因此，早年父母的社經地位、中年自我的社經地位、收入、教育、職業等等到底對於男女性健康帶來如何不同的影響，是學界目前最關心的議題之一。
如果在研究中不控制同年齡層（cohort）的變項與選擇性偏差（selection bias
）的變項，就會發現性別造成的健康不平等差距會隨著年紀增加而縮小。然而，如果控制了這兩個變項，這個不平等差距就會隨著年齡而拉大 (Willson et al., 2007)。

有四個動態的社經地位因素會帶來在性別上有著健康不平等的現象，包括父母的社經地位、青年時期的教育歷程、成年的工作經驗與收入、晚年的退休金 (Adler & Stewart, 2010)。

(1). 原生家庭父母的社經地位（Parental Socioeconomic Resources Birth Childhood）

早期原生家庭的低社經地位會對個體晚年的健康帶來許多危害，有許多研究證實這樣的因果關係，該因果關係建立在各種路徑上，包括透過父母低收入無法醫治孩童的疾病、父母教育低落無法注意孩子健康發展、童年的鄰里環境差帶來被害率、與各種居家周遭環境污染、貧窮，這些都成為成年健康危害因子之一 (Dannefer, 2011; Turrell et al., 2002; Luo & Waite, 2005; Adler & Stewart, 2010; Ben-Shlomo et al., 2002; Hayward & Gorman, 2004; Willson et al., 2007; O'Rand & Hamil-Luker, 2005)
。不過，在學界對於各種路徑如何影響性別帶來的健康不平等仍有紛陳多元的意見，仍未有定論

Phoca PDF

(Luo & Waite, 2005)。

首先，在許多開發中國家或是未開發中國家，女性一出生就受到歧視，就有齊頭點不平等的差異。由於社會角色定位其為劣勢，許多經濟資源都會放在男性幼童的健康發展，女性幼童則受到漠視，尤其是在亞洲或非洲等一些國家裡，有重男輕女的觀念，這種性別刻板造成對女性的健康發展危害甚鉅 (Dollar & Gatti, 1999; Fikree & Pasha, 2004)。
例如嫁出去的女兒是潑出去的水(Weiguo,
2009)、女子無才便是德，這種種性別歧視對女性早年的發展極為不利。
健康照護的資源都會集中在男性身上，特別在經濟窮困的家庭，資源有限的情況下，女性孩童的權利包括身心健康發展是優先被犧牲的 (Pitt & Rosenzweig,
1990)
。總之，原生家庭的社經地位對女性健康帶來的影響相當大，也是男女性健康不平等的原因之一。

(2). 青少年時期教育的發展（Educational Attainment in Young Adulthood）

越多的教育可以產生更多的健康有利資源，例如可能有較高的收入、較佳的職位、較完整的認知理性、溝通技巧、批判思考、以及更強的社會網絡、正確的健康教育與價值觀，延緩立即享樂等等健康有利因子 (Cutler & Lleras-Muney,
2006)。尤其是健康教育對於成年健康有很重要的影響(Clark & Feldman, 1986)。

Phoca PDF

在許多未開發國家，女性普遍有較低落的教育程度，特別是南亞、北非、西非、與中非。當財富與教育連結交互影響健康時，男女性的健康不平等差距就加劇 (Deon Filmer, 2000)。不過，在已開發國家，教育對女性而言卻扮演正向對健康發展的角色。

從1964 到2002年，女性在高等教育的就讀與參與的比率是大於男性的 (Diprete & Buchmann, 2006)。男性對女性的大學就學比率是 43
比57，在1960年代晚期這數字是相反的，從1970年代中期，女性就學率快速增長 (Marklein, 2005)。目前男性就讀高中與大學的比率落後於女性。在1994年，女性比男性是 63%比 61%，在2012年女性與男性的大學就讀率是 71% 比 61% (Lopez & Gonzalez-Barrera, 2014)。女性吸收更多的教育就能有更多健康知識，與做更多對健康促進的行為，例如受教育的女性比教育程度低的女性透過運動或更多方式控制體重，避免過度肥胖(Cutler & Lleras-Muney, 2006)。

(3). 中年的職業與收入（Occupation and Income in Middle Age）

職業是形塑男女性健康不平等的關鍵路徑。有些學者研究發現，被解雇、失業對健康有不良的影響，因為自我成就感低、心情沮喪或是無法實現自我、壓力、貧困等失業造成的因素都是健康危險因子 (Bartley,
1994)
。女性通常有較高的機會擔任家庭主婦、家事工作，她們的社交網路與經濟支柱主要來自於配偶、家庭等。這會有較高程度的貧窮風險、較缺乏多元的社會支持（loss of multiple social support）、缺乏自信與心理支持等 (Ross, Mirowsky,

Phoca PDF

1995)

。此外，女性在職場上面對比男性更多的挑戰、世俗的眼光與壓力，包括不穩定的工作、低薪資且勞力密集的女工工作，雖然她們未能負荷太粗重的體力性工作，但是大多只能從事低專業性、低名聲、低權力的工作，這些都會直接影響到薪水差、最後導致負擔不起昂貴的健康照護、公司未提供良好的健康保險、累積的退休金基數不足、延緩退休且領的退休金比男性少許多，(O'Rand & Henretta, 1999)，這些健康不利因子都在在對晚年女性健康的打擊甚重。

(4). 晚年退休金與退休生活（Retirement Income in Old Life）

由於美國老年晚年50%

以上主要依賴社會安全金過生活。職業的影響是經年累月累積的，老年何時退休、何時可以領退休金，這些都與中年工作多久？薪資多少息息相關。女性由於工作類別差、薪資較低、失業率風險比男性高、受僱歷史較短、種種累積性不利（cumulative disadvantage）造成退休金領取的基數不足，較晚才能符合領取的資格，而且因為中年薪資就低，晚年退休金領取的金額當然比男性少許多(Deaton and Paxson, 1998; Murtaugh, Spillman & Mark, 2001)。這種種經濟層面帶來負面的健康因子都促成了男女性健康不平等的重要因素。

而晚年的健康也是從幼年、中年逐步累積的。通常晚年女性有比男性更多的疾病罹患率、身心失能率，加上她們又窮，對老年病弱身體等於是雪上加霜。因為貧困使女性更缺乏健康保護因子，例如無法接受良好的醫療資源（access to health care）、住良好品質的療養院（nursing home）、接受好的長期照護（long term

Phoca PDF

care），還有各種無法得到較佳的聯邦醫療保險與醫療補助（Medicare & Medicaid），或是任何醫療性治療等。因此，有學者認為，老年、女性、貧窮是三大危難（triple jeopardy），加重女性在晚年健康負荷甚鉅，特別對長年仰賴配偶支柱的家庭婦女而言更甚，更易形成晚年女性化貧窮（feminization of poverty in old life ）(Minkler & Stone, 1985)。

總之，這四條生命歷程路徑都是可能造成性別上有健康不平等的重要來源，除了青年的教育之外，其他三個要素，不只對女性的生理健康有累積性不利，對於心理健康有更大的危害 (Kim & Durden, 2007; Green& Benzeval, 2011; Ferraro & Wilkinson, 2013)。而且，這四條路徑都是環環相扣的，形塑一種累積性不利或是累積性有利的循環過程，持續在整個生命週期中不斷堆積（a circle of cumulative advantages or disadvantages through life course ）(Alder & Stewart, 2010; Luo & Waite, 2005)。例如，女性在幼年較少得到父母社經地位薪水資源、心理支柱，影響青年的讀書就讀、學習成效，之後對中年找工作造成不良影響，導致影響薪資與中年社會地位低落，最後晚年形成又窮、又老、又病的三大危機 (Alder & Stewart, 2010)。

而且，雖然現代的女性有男性受更多、更高的教育，但是女性又比男性更少能獲得向上的社會流動的機會，這也是減少女性健康保護因子的原因(Lau & Waite, 2005)。另外，個體在中年的社經地位比幼年父母的社經地位來得高，達到向上的社會流動時，都會對男女性帶來健康保護因子，對健康形成良好的影響，但是這其中對男女性形塑健康結果的路徑卻是不一樣的 (Lau & Waite, 2005)。

Phoca PDF

發佈：2016-03-01, 週二 09:36
點擊數：10044

2. 在性別上的健康不平等中仍有種族不平等存在（Race Inequality in Health Disparity of Gender ）

美國學術界對於性別造成健康不平等的研究中，主要探究的另一個發展是：是否健康不平等的原因是來自性別差異？種族差異？還是女性有較差的社經地位造成？這三條路徑能否各自存在？還是相互依賴？最後造成健康上的不平等。種族對性別上的健康不平等帶來很重要的影響，由於人的健康都是多元因素造就而成的 (Williams et al., 2010)。假如政策制定者要提供經費支援弱勢女性，那會是在哪個族群中呢？

長期以來在美國學術界對於該議題有一個很大的論辯：種族本身就會帶來健康的不平等，還是種族是透過社經地位來造成健康上的不平等？有些學者支持性別、種族、社經地位是各自獨立影響健康的因子 ，是不一樣且不能替換的(Willie, 1989)。有些認為這三大因子都是交互對健康不平等產生影響，社會結構影響與改造性別與種族基因上的生心理結構，最後形塑健康的結果 (Vicente, 1991; Farmer & Ferraro, 2005; Williams et al., 2010)。又有些學者認為，這樣的論辯只是在社會科學研究的統計分析上，如何設定控制變項（control variable）與調節變項 (mediator)去看如何對健康結果造成不同影響(Collins, 2000; Pappas, 1994; Pettigrew, 1981; Wilson, 1978) 。

Phoca PDF

這三個立場皆具有重要意含。首先，種族本身就會帶來健康危害，透過種族歧視（racial discrimination）、種族隔離（racial segregation）與社區環境差距，就會對健康產生危害(Williams et al., 2010)。性別本身也是可以獨立影響健康結果的，例如社會上的性別刻板印象、職場上的性騷擾或是文化上對性別的歧視等等，都是直接影響健康結果的。因此，種族或性別本身不需要靠社經地位就會直接對健康造成許多影響 (Williams et al., 2010)。例如黑人女性醫生比白人女性醫生在晚年有兩倍高的死亡率（mortality）。可是，對於沒念書的白人女性卻比沒念書的黑人女性有更高的死亡率 (Williams et al., 2010)。

第二個立場，許多學者從基因的角度，探討生理先天上性別與種族的差異，如何與社會系統交互作用，最後產生健康不平等的結果 (Williams et al., 2010)。第三個立場對社會科學家如何將該議題進行研究設計與統計分析帶來重要的影響。

根據Hoyert, Arias, Smith, Murphy & Kochanek (2001)的研究，性別上的健康不平等仍包含種族不平等，可以從下面三大面向的證據中理解。

(1)死亡率（Mortality）：在1999年黑人女性在65-69, 70-74, 75-79, 80-84歲的死亡率比白人女性高出 1.47, 1.48, 1.35, 1.19 倍。黑人男性比白人男性高出 1.47, 1.39, 1.31, 1.14 倍。亞裔與拉丁美裔是死亡率最低的。印地安人比白人高，但比黑人低 (Rosenberg et al., 1999)。黑人男性的死亡率又比黑人女性死亡率高許多(Rosenberg et al., 1999)。

Phoca PDF

發佈：2016-03-01, 週二 09:36
點擊數：10044

(2)自陳量表的健康評估（Self-Reported Health）與生理失能率（Activity Limitations）：在1989-1994年，根據美國國家健康老人局的面談調查研究顯示（the Pooled National Health Interview Surveys
），自我評估健康狀況普通與很差的比率，在65-74
歲裡，女性白人、黑人女性、墨西哥裔女性、拉丁美裔女性、亞裔女性、印第安女性上分別是23%, 41%, 36%, 32%, 20.9%, and 34.2%。在75 至84歲中，對女性白人、黑人女性、墨西哥裔女性、拉丁美裔女性、亞裔女性、印第安女性上分別是29.1%, 45.8%, 44.7%, 41.7%, 35% and 40.5% 。在65-74
歲中，對男性白人、黑人男性、墨西哥裔男性、拉丁美裔男性、亞裔男性、印第安男性上，分別是 24.5%, 41.3%, 34.1%, 30%, 18.2%, and 35.4%。在75 至84
歲中，對男性白人、黑人男性、墨西哥裔男性、拉丁美裔男性、亞裔男性、印第安男性上，分別是30.8%, 47.3%, 45.3%, 34.6%, 17.4% and 51% at age 75-84
。總之，黑人男性與女性在各族群中都是自陳量表健康最差的。印第安男性與黑人女性在晚年比其他族群還擁有最高的疾病罹患率。

(3) 身心失能的盛行率（Disability Prevalence）：根據Hayward & Heron (1999)研究顯示，在60-64歲中，白人女性、黑人女性、拉丁美裔女性、亞裔女性、印第安女性的失能率分別是19%, 33.4%, 21%, 13.6%, 36%。 於70-74歲中，失能率分別是 28.6%, 43.6%, 29.6%, 24.3%，42.6%。這些人在80-84 歲中，失能率分別是 47.3%, 58.7%, 48.7%, 41.8% ，58.4%。平均而言，黑人女性與印第安女性是最高的。在65-74歲中， 男性白人、黑人男性

Phoca PDF

、拉丁美裔男性、亞裔男性、 印第安男性上，分別是 24.5%, 41.3%, 34.1%, 30%, 18.2%, 35.4%。 在60-64 歲中，這些男性則分別是23.7%, 32.5%, 22.9%, 13.9%, 40.8%。在70-74歲則分別是 32.2%, 41.7%, 30.3%, 22.1%， 49.5%。 在80-84歲，分別是 is 44%, 52.7%, 40.5%, 35.5%， 55.4 %.
整體而言，印第安女性與印第安男性在60-64歲有最高的身心失能盛行率。黑人女性在70-74歲與80-84歲這兩區間有最高的身心失能盛行率。

總之，眾多研究顯示，在性別帶來的健康不平等中，更存在著種族的差異。而其中，黑人女性比起各族群男女性而言，是健康最差、失能率最高，黑人男性則是在所有男女性族群中，死亡率最高的 (Freid, Prager, MacKay & Xia, 2003; Kelly Morre & Ferraro, 2004)。

結論

性別、種族、社經地位都可以是各自獨立、也能是相互依賴對健康形成重要影響的因子。在社會結構中的性別歧視、性別刻板印象、文化形塑的女性角色，都是讓性別本身就能對健康產生危害或保護的因子。就種族來說亦然，種族歧視、種族隔離、以及來自社會結構中各種對種族的壓迫與不平等，都是讓種族本身就會對健康產生累積性不利或是累積性有利的影響。研究顯示，當選擇社經地位一樣的所有不同種族男女性來比較健康結果時，黑人女性罹病率與身心失能率是最高的，而黑人男性與印第安男性則是死亡率最高的 (Read & Gorman, 2006)

Phoca PDF

。不過，如果將性別與種族交成社經地位來看，低社經地位將會加劇原本性別與種族帶來的健康不平等 (Williams et al., 2010)，高社經地位的白人女性之晚年死亡率遠比低社經地位黑人男性要來的低非常多 (Williams et al., 2010)

。因此，未來研究發展方向更應該著重在到底形塑不同種族與性別的健康不平等路徑有何不同的面向與強度上。除了結合生理基因的差異與社會結構交成對健康產生影響之外，更要理解整個生命歷程如何形塑男女性不同種族間的健康不平等。能真正建構出對男女性不同種族造成健康影響的不同因子與路徑模型，理解哪些模型才是各自對不同性別與種族整體生命歷程來說，才是最強的影響健康的因子。如此才能在政策制定上，對最弱勢健康結果的族群帶來較大的益處與資源挹注。

作者黃芳誼為佛羅里達大學社會學博士生

Reference

Adler NE, Boyce T, Chesney MA, et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. American Psychologist. 1994; 49:15–24

Adler, N.E. & Stewart, J. 2010. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. Annals of the New York Academy of Sciences: The Biology of Disadvantage, 1186(2010), 5-23.

Anderson, Harrison O, Cooper C, Jané-Llopis E.2011. Incentives for health. Journal Health Community. Suppl 2:107-33.

Angus Deaton and Christina Paxson. 1998. Aging and inequality in income and health. The Journal of

Phoca PDF

Political Economy, 106. 5. 897-930. The Princeton University

Asfaw, A., Klasen, S., & Lamanna, F. (2007). Intra-household gender disparities in Children's medical care before death in India. Bonn: IZA.

Beard, Simon Biggs, David E. Bloom, Linda P. Fried, Paul Hogan, Alexandre Kalache, and S. Jay Olshansky, eds., 2011. Global Population Ageing: Peril or Promise, Geneva: World Economic Forum

Ben-Shlomo, Yoav and Diana Kuh. 2002. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives. International Journal Epidemiology. 31:285-93

Beechey, V., & Perkins, T. (1987). A matter of hours: Women, part time work, and the labor market. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Bianchi, S. M., & Spain, D. (1986). American women in transition. New York: Russell Sage

Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship.

Clark, G., & Zimmerman, E. (1986). A framework for educating artistically talented students based on Feldman's and Clark and Zimmerman's models. Studies in Art Education , 27.3.115-22.

Claudia, B., & Thomas, A. D. P. (August 01, 2006). The Growing Female Advantage in College Completion: The Role of Family Background and Academic Achievement. American Sociological Review, 71, 4, 515-541.

Collins J, Herman A, David R. Very low birth-weight infants and income-incongruity among African-American and white parents in Chicago. Am J Public Health. 1997;87:414–417

Cooper-Patrick, L., Gallo, J. J., Gonzales, J. J., Vu, H. T., Powe, N. R., Nelson, C., & Ford, D. E. (January 01, 1999). Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. Jama, 282, 6, 583-9.

Crimmins, E. M. & Seeman, T. E. (2004). Integrating biology into the study of health disparities. Population and Development Review, 30, 89-107.

Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., & National Bureau of Economic Research. (2006). Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Dallar & Gatti. 1999. Gender Inequality, Income, and Growth-Are Good Times Good for Women?. (1999). S.l.: The World Bank.

Dannefer, D. 2011. Age, the Life Course, and the Sociological Imagination: Prospects for Theory. In George, Linda (Ed.). Handbook of Aging and the Social Sciences. Academic Press.

Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. Social Science & Medicine (1982), 48, 1221–1235.

Denton, Margaret, Steven Prus and Vivienne Walters. 2004. “Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural, and Behavioral Determinants of Heath.” Social Science and Medicine. 58: 2585-2600.

Delsen, L. (1998). When do men work part-time? In J. O’Reilly & C. Fagan (Eds.), Part time prospects: An international comparison of part time work in Europe, North America and the Pacific Rim

(pp. 57-76). London: Routledge

Farmer, M. M. & K. F. Ferraro. 2005. “Are Racial Disparities in Health Conditional on Socioeconomic Status?” Social Science and Medicine 60:191-204.

Ferraro, K. F. (1987). Double jeopardy to health for Black older adults? Journal of Gerontology, 42, 528–533.

Ferraro, K.F. & Wilkinson, L.R. 2013. Age, aging, and mental health. In C.S. Aneshensel, J.C. Phelan &

A. Bierman (Eds.) Handbook of the Sociology of Mental Health (Second Edition), Springer.

Fikree, Fariyal F, & Pasha, Omrana. (2004). Role of gender in health disparity: the South Asian context. BMJ Publishing Group Ltd.

Filmer, Deon. 2000. "The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth." Policy Research Working Paper.

Forthofer, M. S., Janz, N. K., Dodge, J. A., & Clark, N. M. (January 01, 2001). Gender differences in the associations of self esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease. Journal of Women & Aging, 13, 1, 19-37.

Fried, V.M., K. Prager, A.P. MacKay, and H. Xia. 2003. Chartbook on Trends in the Health of Americans. Health, United States, 2003. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics

Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? Psychological Bulletin. 2003;129:10–51.

Green, M. J., & Benzeval, M. (n.d.). Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland . Cambridge University Press.

Hoyert, D. L., & National Center for Health Statistics (U.S.). (2001). Deaths: Final data for 1999.

Hyattsville, Md: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

Phoca PDF

Prevention, National Center for Health Statistics.

Johnson, C. L. (1998). Effects of adult children's divorce on grandparenthood. In M. E. Szinovacz (Ed.), Handbook on grandparenthood (pp.184–199). Westport, CT: Greenwood Press.

Kessler, R. C., Turner, B., & House, J. S. (1988). Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. Journal of Social Issues, 44(4), 69–86

Kelley-Moore JA, Ferraro KF. The black/white disability gap: Persistent inequality in later life?Journal of Gerontology: Social Sciences. 2004;59(1):S34–S43.

Kinsella, Kevin. 2002. Demographic Dimensions of Global Aging. Journal of Family Issues 21:541-558

Kim, J., & Durden, E. (December 01, 2007). Socioeconomic status and age trajectories of health. Social Science & Medicine, 65, 12, 2489-2502.

Lane, S. D. (1987) 'A biocultural study of trachoma in an Egyptian hamlet', Ph.D. dissertation, University of California, San Francisco and Berkeley.

Lane, S. D., Cibula, D. A., (2000). Gender and health. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw (Eds.), The handbook of social studies in health and medicine (pp. 136–153). London: Sage.

Luo, Y. and Waite, L.J. 2005. The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life. The Journals of Gerontology, Series B 60(1): S93.

James S. House, Paula M. Lantz and Pamela Herd. 2005. Continuity and Change in the Social Stratification of Aging and Health Over the Life Course: Evidence From a Nationally Representative Longitudinal Study From 1986 to 2001/2002. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 60: S15-S26

Leutwyler, K. (1998) Dying to be thin. Scientific American Presents, 16-19.

Mark Hayward & Bridget Gorman. 2004. "The long arm of childhood: The influence of early-life social conditions on men's mortality." Demography 41: 87-107.

Mary Beth Marklein, 2005. College gender gap widens: 57% are women. USA TODAY. In May, the Minnesota Office of Higher Education.

Mark Hugo Lopez & Ana Gonzalez-Barrera, 2014 Gender gap in college enrollment. Pew Research Center. http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/03/06/womens-college-enrollment-gains-leave-men-behind/

Melvin, J., Hummer, R., Elo, I., & Mehta, N. (July 26, 2014). Age patterns of racial/ethnic/nativity differences in disability and physical functioning in the United States. Demographic Research, 31, 6, 497-510.

Minkler, M., & Stone, R. (August 01, 1985). The Feminization of Poverty and Older Women. The Gerontologist, 25, 4, 351-357.

McDonough, P., & Walters, V. (February 01, 2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. Social Science & Medicine, 52, 4, 547-559.

Murtaugh, C. M., Spillman, B. C., & Warshawsky, M. J. (January 01, 2001). In Sickness and in Health: An Annuity Approach To Financing Long-Term Care and Retirement Income. Journal of Risk and Insurance, 68, 225-254.

Natl. Cent. Health Stat. 2009. Health, United States, 2008 with Chartbook. Hyattsville, MD: Public HealthService

Phoca PDF

Nazroo, J.Y. (1998) Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. Sociology of Health and Illness, 20(5), 710–30.

O'Rand, A., & Henretta, J. (1999). Age and inequality: Diverse pathways through later life. Boulder, CO: Westview Press

O'Rand AM. and Jenifer Hamil-Luker. 2005. Processes of Cumulative Adversity: Childhood Disadvantage and Increased Risk of Heart Attack Across the Life Course. Journals of Gerontology: Series B Volume 60, Issue Special Issue 2Pp. S117-S124

Owens IPF. 2002. Sex differences in mortality rate. Science 297:2008–9

Pappas, G. 1994. Elucidating the relationships between race, socioeconomic status, and health.

Pettigrew, Thomas F. 1981. Race and Class in the 1980s: An Interactive View. American Indians, Blacks, Chicanos, and Puerto Ricans. 110.2. 233-255

Pitt, M. M. (1990). Productivity, health and inequality in the intrahousehold distribution of food in low-income countries. St. Paul: Economic Development Center, Dept. of Economics, Minneapolis, Dept. of Agricultural and Applied Economics.

Read, Jen'nan Ghazal and Bridget K. Gorman. 2006. "Gender Inequalities in U.S. Adult Health: The Interplay of Race and Ethnicity." Social Science and Medicine 62(5): 1045-65.

Read JG, Gorman BK. 2010. Gender and health revisited. In Handbook of the Sociology of Health, Illness, & Healing: Blueprint for the 21st Century, ed. B Pescocolido, JK Martin, JD McLeod, A Rogers. New York: Springer. In press

Ridgeway CL. 1997. Interaction and the conservation of gender inequality: considering employment. Am. Sociol. Rev. 62: 218-35

Rieker, P., Bird, C. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health. In C. Bird, P. Conrad, & A. Fremont (Eds.), The handbook of medical sociology (5th ed., pp. 98–113). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Robinson, O. (1979). Part-time employment in the European community. International Labor Review, 118, 299-314.

Ross, C.E., and Wu, C. 1995. "The links between education and health." American Sociological Review 60: 719-745.

Phoca PDF

Ross CE, Mirowsky J. 1999. Refining the association between education and health: The effects of quantity, credential, and selectivity. Demography 36(4):445-460.

Rose, S. J., & Hartmann, H. (2004). Still a man's labor market: The long-term earnings gap. Institute for Women's Policy Research. Retrieved from http://

www.iwpr.org/publications/pubs/still-a-mans-labor-market-the-long-termearnings-gap

Shye, D., Mullooly, J.P., Freeborn, D.K., and Pope, C.R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. Soc Sci Med 41(7): 935 □947.

Sperling, S. (1991). Baboons with Briefcases: Feminism, Functionalism, and Sociobiology in the Evolution of Primate Gender. Signs, 17(1), 1-27.

Turrell G, Lynch JW, Kaplan GA, Everson SA, Helkala E-L, Kauhanen J, et al. Socioeconomic position across the lifecourse and cognitive function in late middle age. Journal of Gerontology: Social Sciences. 2002;57B:S43–S51.

Umberson Debra, Chen Meichu D, House James S, Hopkins Kristine, Slaten Ellen. The Effect of Social

Phoca PDF

Relationships on Psychological Well-Being: Are Men and Women Really So Different? American Sociological Review. 1996;61:837–57.

Verbrugge, Lois. 1985. "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence." Journal of Health and Social Behavior 26:156-82.

Vicente, N. (April 01, 1991). Race or Class or Race and Class: Growing Mortality Differentials in the United States. International Journal of Health Services, 21, 2, 229-235.

Wehr, T. A., Turner, E. H., Shimada, J. M., Lowe, C. H., Barker, C., & Leibenluft, E. (June 01, 1998). Treatment of a Rapidly Cycling Bipolar Patient by Using Extended Bed Rest and Darkness to Stabilize the Timing and Duration of Sleep. Biological Psychiatry,43, 11, 822-828.

Wilson, E. O. (2000). Sociobiology: The new synthesis. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.

Wilson, W. J. (1978). The declining significance of race: Blacks and changing American institutions. Chicago: University of Chicago Press.

Willson, Andrea E., Kim Shuey, and Glen H. Elder, Jr. 2007. “Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health.” American Journal of Sociology 112: 1886-924.

Williams, D.R. & Sternthal, M. Understanding racial-ethnic disparities in health: Sociological contributions. Journal of Health and Social Behavior November 2010 51: S15-S27

Williams, D.R., S.A. Mohammed, J. Leavell, and C. Collins. (2010.) Race, Socioeconomic Status, and Health: Complexities, Ongoing Challenges, and Research Opportunities. Annals of the New York Academy of Sciences, 1186: 69-101.

Willie, C. V., & Willie, C. V. (1989). The Caste and class controversy on race and poverty: Round two of the Willie/Wilson debate. Dix Hills, N.Y: General Hall.

Weiguo, Z. (January 01, 2009). "A Married Out Daughter Is Like Spilt Water"?. Modern China, 35, 3, 256-283.

Phoca PDF