

社会资本视域下农村大病患者内源防贫能力建设

张心洁^{1,2}, 罗英¹

(1. 江苏大学管理学院, 江苏 镇江 212013; 2. 南京大学政府管理学院, 江苏 南京 212000)

摘要: 利用2018年中国家庭跟踪调查数据,运用因子分析及多元线性回归模型实证分析不同形式社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响。结果显示,社会资本及其具体形式对农村大病患者内源防贫能力均有显著正向影响,影响程度由大到小依次为社会网络、社会信任、社会声望、社会参与;社会资本可通过改善农村大病患者的健康状况提升其内源防贫能力,但该中介效应相对较弱。在农村大病患者内源防贫能力建设过程中,可通过优化社会互动环境、提高社会活动质量等手段培育社会资本,以直接或间接发挥促进作用。

关键词: 农村大病患者; 社会资本; 健康; 内源防贫能力

中图分类号: F323.8

文献标识码: A

文章编号: 1672-0202(2022)04-0013-10

一、引言

健康是幸福生活最重要的指标,也是衡量乡村振兴战略实施成效和共同富裕实现程度的关键内容。截至2020年,我国现行标准下农村贫困人口已全部脱贫摘帽,但仍面临多重疾病威胁并存、多种健康影响因素交织的复杂局面,加之农村自身经济发展水平、医疗保障待遇等条件制约,大病带来的返贫致贫风险仍将长期存在,且高于其他群体^[1]。从建立相对稳定的贫困治理长效机制,防止脱贫人口返贫与边缘贫困人口致贫的国家战略来看,继续借助传统、过度依赖外在物质补偿的贫困治理方式已无法满足后扶贫时代长效扶贫的需要,且这种贫困治理方式存在明显的社会排斥^[2-3]。提升农村大病患者的内源防贫能力,激发内生驱动力,通过累积生计资本提高其防范因病致贫返贫的能力,是新时期建立稳定长效贫困治理机制所应关注的重点。

基于已有研究可知,生计资本通常包含物质资本、人力资本、金融资本及社会资本^[4]。其中,物质资本、人力资本、金融资本在防范因病致贫返贫中的重要作用已经多次在学者的研究中被证实^[5-6]。有少数学者从社会稳定和支持功能入手对社会资本与健康的关系展开研究,认为社会资本会通过工具性支持及情感性帮扶等方式对健康产生一定促进作用^[7]。关于社会资本与防范因病致贫返贫关系的研究则相对较少,结论也不一致。少数学者认为提升社会资本会增加农民的资源禀赋,使其能在社会网络及活动中获取更多有益信息及非正式扶持,有效防范疾病风险^[8]。但也有个别学者认为,增加贫困农户社会资本存量的同时可能增加其负债交友的可能性,不利于健康,同时加剧农户的心理脆弱性和交往脆弱性,使其陷入健康贫困^[9]。

农村大病居民具有更高的贫困脆弱性,但还鲜少有学者将研究视角聚焦在农村大病患者这一特殊群体上,并同时 will 将社会资本、健康水平及防范因病致贫返贫问题置于一个研究框架进行分析。相较以往文献,本文试图从以下两方面做进一步研究:一是在已有内源性扶贫相关概念和理论基础,提出内源防贫能力概念,旨在激发农村大病患者在防贫过程中的内生驱动力,也为构建贫困

收稿日期:2022-04-06

DOI:10.7671/j.issn.1672-0202.2022.04.002

基金项目:国家自然科学基金青年项目(71804061);国家自然科学基金面上项目(72174078)

作者简介:张心洁(1986—),女,吉林四平人,江苏大学管理学院副教授,南京大学政府管理学院博士后,主要研究方向为医疗保障、健康扶贫等。E-mail:zhangxinjie1218@126.com

治理长效机制提供理论支撑和数据支持;二是引入社会资本变量,并利用2018年中国家庭跟踪调查(CFPS)数据,运用因子分析及多元线性回归模型分析其对农村大病患者内源防贫能力的影响机理,以探索农村大病患者内源防贫能力建设的有效路径。

二、社会资本影响农村大病患者内源防贫能力的理论分析及研究框架

(一)农村大病患者内源防贫能力建设的理论基础

“内源性”一词来源于内源性发展理论,常被应用在贫困治理相关研究中,强调区域或群体发展需在合理利用外部资源的同时,充分发挥自身的内生脱贫动力^[10-11]。这不仅有利于扶贫对象行使自身的参与权利,同时有利于其更好承接来自政府、市场和社会的各种资源^[12]。进而,研究者基于贫困会导致个体生计资本及可行能力下降的实然现状,引入可持续生计理论、可行能力理论和多维贫困理论,提出“生计资本—可行能力—内源性防贫”的分析思路。综合考虑我国贫困治理已由“扶贫”转向“防贫”的新形势,本文将农村大病患者的内源性防贫界定为一种在政府主导下,农村大病患者通过积累生计资本增强内生驱动力以防止陷入贫困的防贫方式,并由此引申出“内源防贫能力”这一核心概念。

已有理论和实践均表明,大病治疗通常会产生高昂治疗费用,患者也会因为持续的生理性疼痛产生恐惧、抑郁甚至厌世等情绪,这种不良情绪又会进一步影响疾病治疗,由此形成“生理疾病—贫困—心理疾病”的恶性循环^[13]。破解这一闭环的路径是多元的,如需要提升大病患者的信息获取能力以帮助他们形成正确的健康认知及就医行为,提升经济负担能力以提高他们对自付医疗费用的承受能力及就医积极性,提升心理承压能力以减少恐惧、焦虑等情绪^[14]。此外,还需提升大病患者本身的社会交往能力以进一步增强前述相关能力,避免患者与社会的脱节^[15]。基于此,本文将农村大病患者内源防贫能力界定为信息获取、经济负担、心理承压及社会交往等4种能力。

(二)社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响分析

中国是典型的“关系型社会”,基于地缘、血缘、亲缘等传统文化孕育出的特殊社会资本是城乡居民包括农村大病患者特有的资源禀赋,是社会网络、社会信任、社会参与及社会声望的结合体^[16]。伴随近年学界关于社会资本相关研究的不断深入,其在解决贫困方面的重要作用不断显现^[17]。但也有学者认为,社会资本存在明显的“富人”效应,可能在一定程度上降低低收入家庭的风险防范能力,只有在社会资本存量超过一定门槛后才能降低农户家庭的贫困水平^[18]。在社会资本与大病致贫返贫的相关研究中也有学者指出,社会资本对大病风险感知具有负向影响^[19]。那么,社会资本到底能否提升农村大病患者的内源防贫能力,防止其陷入贫困?基于这些思考,研究提出假设H1。

假设H1:社会资本能够有效提升农村大病患者的内源防贫能力。

作为社会资本的重要内容之一,社会网络主要指根植于人们长期生活和交往所形成的人际关系,个体可以从中获取金融借贷、工作介绍等工具性支持及心理安慰、压力排解等情感性支持。一般认为,个体及家庭成员的社会交际范围越广,能够在交流和来往中获取的信息、非正式金融借贷及就业机会等越多,有助于减轻患者及家庭的疾病经济负担^[20]。对农村大病患者来说,患病期间与亲朋好友加强联系不仅能获得更多精神支撑,还可以维持甚至提升社会交往能力^[21]。但对部分长期处于贫困或者贫困边缘的个体来说,社会网络质量可能并不高,加强建设反而可能造成虚假知识、谣言等的快速传播,不利于减贫^[15]。

社会信任是社会资本中一个基本的社会心理变量。社会可以通过成文的规则体系或非正式的契约精神构筑不熟悉群体之间的信任关系,使大家可以为实现同一目标采取共同行动,增强陌生人之间的交往及信息流通。传统的中国农村社会具有典型的“熟人社会”特征,基于家庭、亲戚、邻里等亲密关系形成的社会信任可以有效提升农户之间的信息交流及资金来往,信任程度越高,

风险防御能力也越强^[22]。加之医疗服务市场亦具有一定特殊性, 医患之间的信任对提高大病患者的就医遵从性及疗效等具有重要作用^[23]。

社会参与则是以个体利益、公共利益或公共事务为出发点, 通过积极参与社会活动实现自我发展的过程和方式, 具有许多人参与决策与执行决策的特点^[24]。通常情况下, 农村低收入群体可以通过政治参与使家庭获得更多经济补贴或金融借贷。个体也可以通过参与亲属、朋友、邻居等群体组织活动, 增强与社会的契合度^[25]。总之, 不管是政治参与还是民间参与, 都有利于个体获取更多信息^[22]。课题组在调研中也发现, 大病患者常因患病主动或者被动减少参加社会活动的频次, 一定的社会参与有助于他们改善健康状况。

社会声望是人们在长期交往过程中形成的一种合作互惠与权威关系。农村富裕家庭一般倾向拥有更高的社会声望, 从而赢得尊重及社会地位^[26]。当然, 这种尊重和社会地位也会使他们在面对风险时能获得更多正式或非正式的扶持, 增强风险防范能力。但也有学者认为, 低收入家庭也可能具有较高的社会声望^[27]。并且, 在面临风险时, 他们能向更多社会群体寻求帮助, 因而获取来自政府、慈善机构、爱心人士等的经济救助也更多^[28]。

基于前述分析, 围绕不同类型社会资本对农村大病患者内源防贫能力的各种可能影响关系, 本文进一步提出研究假设 H2:

假设 H2: 不同类型社会资本均能有效提升农村大病患者的内源防贫能力。

(三) 社会资本影响内源防贫能力的健康中介传导路径

健康损伤是农村大病患者致贫返贫的根源, 改善健康因而也就成为有效防贫的根本路径。健康改善, 一方面可以增强患者的生活自理和劳动能力, 减少治疗所需费用, 缓解焦虑抑郁情绪等, 从而提高患者在经济负担、心理承压等方面的能力^[29-30]; 另一方面还可以增强患者对社会的认同感与融入感, 提升其获取健康信息和社会交往等方面能力^[31]。

在社会资本概念被引入健康领域以来, 研究结果多显示其对个体健康水平有正向的积极影响^[7]。如患者可以通过与亲人、朋友等交往形成的社会网络结构调节情绪; 在良好社会制度及互动环境中产生的社会信任还有助于缓解患者心理压力; 积极参与体育活动及健康宣讲等, 不仅可以改善个体身体健康状况, 还可以增进人际交流和推动健康信息共享; 基于权威和互惠关系形成的社会声望则有助于个体积累健康资本^[32-33]。可见, 社会资本对个体包含农村大病患者的健康状况具有显著的正向影响, 而健康状况的改善又会促进其内源防贫能力的提升。由此猜测, 社会资本可以通过改善农村大病患者健康状况提升其内源防贫能力, 即健康状况是社会资本影响农村大病患者内源防贫能力的中介传导路径。基于以上思考, 本文进一步提出研究假设 H3。

假设 H3: 社会资本可以通过改善农村大病患者健康状况提升其内源防贫能力。

(四) 社会资本影响农村大病患者内源防贫能力分析框架构建

基于上述分析可知, 农村大病患者的内源防贫能力的建设旨在激发个体的内生动力。社会资本及其包含的社会网络、社会信任、社会参与和社会声望均有助于促进农村大病患者内源防贫能力的建设, 健康还可能成为其中介传导路径。基于此, 本文从社会资本视域出发, 提出农村大病患者内源防贫能力建设的理论分析框架, 旨在为后扶贫时代贫困治理长效机制的构建提供新的解决思路(详见图1)。

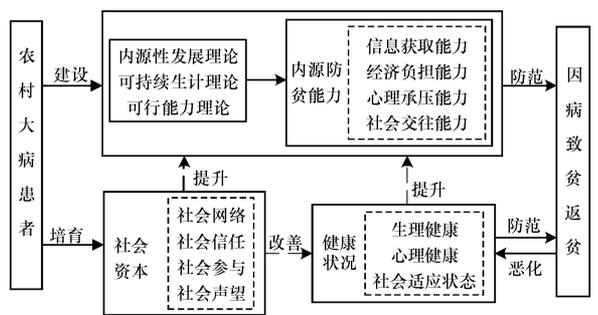


图1 社会资本影响农村大病患者内源防贫能力的分析框架

三、数据来源、变量描述与模型设定

(一) 数据来源

基于研究设计,结合世界卫生组织(WHO)关于灾难性卫生支出的判定标准^[34],本文界定农村大病患者为具有农业户口,且自付医疗费用超过个人可支付能力40%的患者^①。本文所用数据来自2018年中国家庭跟踪调查数据库(CFPS)。针对CFPS中受访者个人自答问卷部分,本文通过户口状态、医疗总花费等指标及样本编码进行数据筛选、合并和剔除异常值。考虑到研究主题、题项选择及读者理解的匹配度,本文对部分题项名称做了适宜近义变换,最终得到具有农业户口且一年内医疗总费用大于4389元的农村大病患者样本共2875份。

(二) 变量描述

1. 因变量:内源防贫能力

内源防贫能力为本文的因变量。基于前述分析可知,内源防贫能力具体可分为信息获取能力、经济负担能力、心理承压能力及社会交往能力。其中,信息获取能力是农村大病患者改善健康、防范风险的基础。一般认为,信息获取途径越多的人信息获取能力越强,如可以掌握更多就业机会、信息资源等。基于此,研究选择题项“您对您获取信息能力的打分?”对受访者的健康信息获取能力进行测量。经济承受能力则是防止农村大病患者陷入贫困的重要条件,经济收入水平高的个体也可能因罹患大病陷入贫困。考虑到农村居民一般不具有稳定工作,关于收入的统计多少存在偏差,且多数受访者从自我保护角度出发也不愿如实说出全部收入,因此研究选择“您对您收入在本地位置的打分?”题项对受访者的经济承受能力进行衡量。而心理承压能力是大病患者不陷入焦虑低落情绪,积极面对疾病和减少社会问题发生风险的重要保障。一般来讲,心理承压能力强的人对生活都比较乐观^[9],故选择“您对生活满意度的打分?”指标进行衡量。能否有效融入社会是大病患者社会交往能力的重要表现之一,融入程度则很大程度上取决于交往意愿,即是否愿意与周围人建立联系。因而选择题项“您在不孤单对您重要程度的打分?”对该指标进行衡量,即认为不孤单对自己越重要的人,越愿意与周围其他人建立联系和交往。

研究对受访者关于前述4个题项的回答进行1~5分的赋值,赋值越高其对应的内源防贫能力也越强。通过进一步的KMO与Bartlett's检验得到,上述指标的KMO值为0.620大于0.6, sig等于0.000小于0.001,即可做因子分析,并通过Thomson回归法计算因子得分,生成“内源防贫能力”这一新变量,相关结果详见表1。

表1 内源防贫能力题项及因子分析结果

因子	KMO	特征值	题项	因子载荷	赋值
信息获取能力	0.620	1.764	您对您获取信息能力的打分?	0.728	1~5
经济负担能力			您对您收入在本地位置打分?	0.577	
心理承压能力			您对生活满意度的打分?	0.695	
社会交往能力			您在不孤单对您重要程度打分?	0.647	

2. 自变量:社会资本

本文以社会资本作为自变量,包含社会网络、社会信任、社会参与及社会声望4个维度。综合考虑CFPS题项设置的指向性及研究的适用性,本文最终筛选出题项12个。通过数据的标准化处理,得到KMO值为0.694大于0.6, sig小于0.001,适合进行探索性因子分析。12个题项的因子载荷值均大于0.5,说明题项无需剔除或更换,在此基础上依据特征值大于1的标准得出4个公因

① 根据WHO关于灾难性卫生支出概念的界定,个人可支付能力=可支配收入-食品类必需开支。

子,如表2所示。

表2 社会资本题项及因子分析结果

公因子	特征值	方差累计百分比	题项	因子载荷	赋值
社会网络(WL)	1.451	13.195	不被人讨厌对您的重要程度?	0.670	1~5
			与配偶关系亲密对您的重要程度?	0.737	
			子女有出息对您的重要程度?	0.674	
社会信任(XR)	2.361	28.130	您对邻居的信任程度能打几分?	0.611	0~10
			您对本地官员的信任程度能打几分?	0.817	
			您对医生的信任程度能打几分?	0.777	
社会参与(CY)	1.147	39.021	您通过网络参与政治生活的频率?	0.634	0~10
			您通过广播了解乡村事务的频率?	0.746	
			您与非同住亲戚朋友交往的频率?	0.571	
社会声望(SW)	1.301	52.170	您多大程度上符合做事严谨认真这一情况?	0.662	1~5
			您多大程度上符合天性比较宽容这一情况?	0.738	
			您多大程度上符合为他人着想,对几乎每一个人人都和蔼这一情况?	0.740	

其中,公因子1用于体现受访者个人、配偶及子女的社会网络关系及能够从这种关系获取的资源,命名为社会网络。公因子2表示受访者对邻居、地方官员、医生的信任,命名为社会信任。公因子3体现受访者对国家政治生活、乡村日常事务、个体社会活动的参与情况,命名为社会参与。公因子4反映受访者为人处事的态度,侧面体现出受访者在所在地区的声望水平,命名为社会声望。最后,研究依据各因子得分及方差百分比得到社会资本总得分,如式(1)所示:

$$SC = (13.195 \times WL + 14.935 \times XR + 10.891 \times CY + 13.149 \times SW) / 52.170 \quad (1)$$

3. 中介变量:健康状况

根据1989年WHO关于健康概念的界定可知,健康不仅包括生理健康,还包括心理健康及社会适应状态的良好。基于此,本文将中介变量健康状况分为生理健康、心理健康及社会适应状态3部分。其中,生理健康主要用于反映个体生理机能及身体活动状况,用题项“您近一周是否觉得做事都很费劲?”来衡量;心理健康表示个体心理活动状态,用题项“您近一周是否感到悲伤难过?”测量;社会适应状况主要指个体为更好生存并与社会达到和谐状态的适应执行能力,用“您近一周是否觉得生活无法继续?”题项表示。由于CFPS问卷中此3个问题的选项均为“几乎没有(不到一天)、有些时候(1~2天)、经常有(3~4天)、大多数时候有(5~7天)”,与前述表征因变量和自变量的问题选项表达方式相反,为此本文对表示中介变量的问题选项重新进行了1~4分的反向赋值,分值越高表明受访者相应方面的健康状况越好。同上运用因子分析进行检验,发现3个题项的选择皆合理,详见表3。

表3 健康状况题项及因子分析结果

因子	KMO	特征值	题项	因子载荷	赋值
生理健康	0.623	1.832	您近一周是否觉得做事都很费劲?	0.673	1~4
心理健康			您近一周是否感到悲伤难过?	0.837	
社会适应状态			您近一周是否觉得生活无法继续?	0.823	

(三)模型设定

为分析阐释社会资本及其具体形式对农村大病患者内源防贫能力的影响,本文拟运用多元线性回归模型进行研究,如式(2)所示:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + e \quad (2)$$

其中, Y 为因变量表示农村大病患者的内源防贫能力; X 表示自变量社会资本, X_1 、 X_2 、 X_3 、 X_4 分别表示社会资本的不同形式, 即社会网络、社会信任、社会参与、社会声望; β_0 为常数项, $\beta_1 \sim \beta_4$ 分别表示 $X_1 \sim X_4$ 的偏回归系数, e 为误差项。

同时, 为明确农村大病患者社会资本、健康状况及内源防贫能力三者之间的关系, 检验假设 H3, 即社会资本能通过改善农村大病患者的健康状况提升其内源防贫能力, 研究构建中介效应模型, 如式(3)至式(5)所示:

$$Y = cX + e_1 \quad (3)$$

$$M = aX + e_2 \quad (4)$$

$$Y = c'X + bM + e_3 \quad (5)$$

其中, c 为自变量 X (社会资本) 对因变量 Y (内源防贫能力) 的总效应; a 为自变量 X (社会资本) 对中介变量 M (健康状况) 的总效应; c' 为在控制中介变量后, 社会资本对农村大病患者内源防贫能力的直接效应; e_1 、 e_2 、 e_3 是回归残差。

四、实证结果与分析

(一) Pearson 相关系数检验

基于社会资本 4 个因子及其总得分, 研究通过测算农村大病患者拥有的社会资本总量与其内源防贫能力的 Pearson 相关系数来验证假设 H1。结果显示, 二者的相关系数为 0.489, 呈现较强的相关关系, 相关系数显著性检验概率 P 值为 0.000, 小于 0.05, 表明社会资本与内源防贫能力存在正相关, 即农村大病患者的社会资本总量越高, 内源性防贫能力也越强, 假设 H1 得以验证。研究随后又通过计算各个变量的相关系数矩阵和显著性, 预测不同社会资本形式与农村大病患者内源防贫能力关系的强弱及方向, 并计算自变量间的相关关系以预测变量间的共线性问题。结果显示, 自变量之间的相关系数均为 0.000, 不存在共线性问题, 可继续构建多元线性回归模型。

(二) 回归方程的拟合优度检验

本文采用逐步进入法使回归模型依据自变量对因变量影响能力的大小依次逐个选入模型, 模型回归结果详见表 4。

表 4 社会资本影响农村大病患者内源防贫能力的回归结果

模型	R	R ²	调整后 R ²	标准估算 的错误	更改统计量			Durbin-Watson 统计量
					R ² 变化	F变化	显著性 F变化	
1	0.469 ^a	0.220	0.219	0.883	0.220	809.225	0.000	
2	0.527 ^b	0.278	0.277	0.850	0.058	230.842	0.000	
3	0.549 ^c	0.301	0.300	0.836	0.023	95.517	0.000	
4	0.557 ^d	0.310	0.309	0.831	0.009	37.890	0.000	1.955

注: a 预测变量:(常量), 社会网络; b 预测变量:(常量), 社会网络、社会信任; c 预测变量:(常量), 社会网络、社会信任、社会声望; d 预测变量:(常量), 社会网络、社会信任、社会声望、社会参与。

由表 4 可知, 模型 1 中“社会网络”与“内源防贫能力”的复相关系数 R 为 0.469, 判定系数 R^2 为 0.220, 表示该模型可以解释因变量 22% 的变异量。模型 2 增加了变量“社会信任”, R^2 为 0.278, 表示模型可以解释因变量 27.8% 的变异量。同理, 模型 3 和模型 4 分别解释的因变量的变异量为 30.1%、31%。“更改统计量”列出的是模型增加自变量带来的 R^2 及 F 的变化量, 主要用于反映模型新增入自变量的解释量, 即表示“社会网络”“社会信任”“社会声望”“社会参与”对农村大病患者“内源防贫能力”的预测力分别是 22%、5.8%、2.3% 和 0.9%。且这些变量进入模型后

的显著性 P 值均为 0.000, 小于 0.05, 表示相应自变量进入模型增加的个别解释力也都达到了显著水平。

另外, Durbin-Watson 检验统计量数值为 1.955, 接近 2, 说明变量之间不存在自相关, 各模型容差及 VIF 均为 1.000, 远小于 10, 说明模型拟合优度良好。

(三) 回归方程及系数的显著性检验

研究运用方差分析对回归方程系数进行显著性检验, 4 个模型的方差检验显著性 P 值均为 0.000, 小于 0.05, 表明回归方程显著, 即“社会网络”“社会信任”“社会参与”“社会声望”对因变量“内源防贫能力”均有显著影响, 假设 H2 得以验证。为进一步分析不同类型社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响方向及水平, 研究进一步对模型的回归系数进行 t 检验, 发现在给定 0.05 的显著水平下, 各模型的 t 统计量均大于临界值, 通过参数显著性检验。可见, 本文构建的多元线性回归模型同时通过了整体的方差 F 检验与单个回归系数 t 检验, 模型显著, 得出标准化回归方程, 如式(6)所示:

$$Y = 0.469X_1 + 0.241X_2 + 0.095X_3 + 0.152X_4 \quad (6)$$

由式(6)可知, 农村大病患者的社会网络每提升 1 个百分点, 内源防贫能力将提升 0.469 个百分点, 即社会网络规模越大, 农村大病患者及其家属获得非正式经济援助和精神扶持的机会越多。同时, 社会信任每提升 1 个百分点, 内源防贫能力将提升 0.241 个百分点, 也就是说, 对干部、邻居和医生等越信任的农村大病患者, 主动寻求外界帮助、积极求医配合治疗的可能性越大。同样, 社会参与每提升 1 个百分点, 农村大病患者内源防贫能力相应提升 0.095 个百分点, 表示农村大病患者能够在社会参与中获取健康信息及经济情感等方面支持, 降低致贫返贫风险。社会声望每提升 1 个百分点, 内源防贫能力相应提升 0.152 个百分点, 说明社会声望越高的个体一般具有更高的信誉, 也更容易保持与他人的联系并获得正式或非正式借贷等, 防贫能力也越强。可见, 不同类型社会资本均有助于推动农村大病患者内源防贫能力建设, 假设 H1 及 H2 得以进一步验证。

另外, 通过比较回归方程系数大小还可发现, 不同类型社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响由大到小依次为社会网络、社会信任、社会声望、社会参与。其中, 社会网络的影响明显高于其他类型社会资本, 说明提升农村大病患者社会网络规模及质量在防范因病致贫返贫工作中具有重要地位。社会参与对农村大病患者内源防贫能力的影响相对较小, 不排除与农村地区相对单一的生活方式及农村居民本身获取外界信息的能力较弱等有关, 从而影响了农村大病患者能够参与的社会活动数量及质量。

(四) 中介效应检验

为进一步分析农村大病患者社会资本、健康状况及其内源防贫能力之间的关系, 本文利用逐步回归法对其进行中介效应检验, 并将社会资本及健康状况两个变量逐步引入回归模型, 观测显著性变化, 结果如表 5 所示。

表 5 中介效应检验结果

模型	因变量	预测变量	B	t	F	R	R ²
1	内源防贫能力	社会资本	0.489	30.305***	902.121***	0.489	0.239
2	健康状况	社会资本	0.220	12.100***	146.411***	0.220	0.048
3	内源防贫能力	社会资本	0.472	29.406***	527.581***	0.518	0.269
		健康状况	0.173	10.803***			

注: *** 表示模型显著性 P 值小于 0.001。

由表 5 可见, 以社会资本为自变量, 农村大病患者的内源防贫能力为因变量建立的回归方程模型预测作用显著 ($R = 0.489, P = 0.000 < 0.05$), 以健康状况为因变量建立的回归方程模型预测

作用亦显著($R = 0.220, P = 0.000 < 0.05$)。在加入中介变量健康状况后,同时考虑社会资本和健康状况对农村大病患者内源防贫能力的影响,社会资本对内源防贫能力效应仍然显著,且标准化系数值由0.489下降至0.472,中介效应模型成立,假设H3得以验证。

在此基础上,研究进一步计算得到中介效应占总效应的比例为7.78%,说明社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响虽存在中介路径,但这一中介效应相对较弱。分析原因主要有两个:一是农村大病患者社会资本存量有限,同时也缺少提高社会资本存量的途径,导致能够通过健康状况这一中介路径发挥效应的社会资本数量本身就有限;二是农村大病患者群体健康状况的明显改善更多还是要依靠医疗技术发挥作用,不同类型社会资本虽能对其健康产生正向影响,但易受到患者病情变化影响且需要一定时间作用才能显现。

五、主要结论与建议

我国虽已消除绝对贫困,但因病致贫返贫风险仍将长期存在,特别是对于刚脱贫地区及经济发展水平、医疗条件等相对落后的农村地区,因病致贫返贫风险尤其突出。已有学者研究指出,在一国贫困人口比重下降到10%以下时,内因和内力的激发往往比外因帮扶更有效^[35]。基于此,本文运用2018年CFPS数据,利用因子分析、多元线性回归等方法分析社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响。结果显示,农村大病患者社会资本存量与其内源防贫能力呈现明显的正相关,不同类型社会资本对农村大病患者内源防贫能力均有正向影响,影响程度由大到小依次为社会网络、社会信任、社会声望、社会参与。研究同时发现,健康在社会资本对农村大病患者内源防贫能力的影响中发挥中介效应,虽影响较弱,但依旧说明社会资本会通过改善农村大病患者健康状况这一中介路径影响患者内源防贫能力。可见,发展社会资本是农村大病患者提升内源防贫能力的一个关键。基于此,本文提出如下建议:

第一,优化社会互动环境,提高社会网络规模及质量。如通过加强宣传栏、社区服务APP等乡村基础设施及平台的建设畅通交流渠道,这同时有利于净化大病患者的健康信息获取渠道,增加社会资本对健康和内源防贫能力的正向影响。再如鼓励农村大病患者积极主动保持与亲属、邻里、朋友等的联系,培育及拓展社会网络关系。此外,充分利用各地区一直以来实行的“第一书记”、驻村帮扶等政策,畅通患者同政府、市场等主体沟通的渠道,使其可以及时快速掌握相关政策、获取健康信息等,提高内源防贫能力。

第二,针对性开展心理疏导活动,增加社会信任及社会声望。考虑到大病患者及其家属更易受到冲击,影响患者疾病恢复及社会参与意愿等,可通过在村域范围设置心理咨询服务中心,采用线上线下相结合的方式为农村大病患者及其家属提供心理疏导,减轻焦虑烦躁情绪,增加社会信任,提高心理承压能力。此外,还可以组织心理健康状况较好的患者主动入户与病友进行交流,鼓励形成健康的生活方式和良好的社会参与氛围,这同时有助于提高主动入户群体的社会声望,进而促进其内源防贫能力建设。

第三,鼓励社会参与,提高农村大病患者社会活动质量。鼓励患者及家属积极参与乡村日常事务,充分行使“选举权”“被选举权”“言论自由”等基本政治权利,避免患病后与社会发展、村庄生活等的脱节。同时,政府及相关部门也应积极主动为包含大病患者在内的农村居民组织更多高质量的社会活动,如健康宣讲、文艺汇演、志愿服务等,在打造乡村文化的同时,为农村大病患者建设内源防贫能力提供信息、情感、资源等方面的助力。

参考文献:

[1] 翟绍果,丁一卓. 疾病冲击、代际互动与健康贫困——基于西部三省九县农户调查的实证分析[J]. 西北大学学

- 报(哲学社会科学版),2021(1):62-75.
- [2]张莎莎,郑循刚.农户相对贫困缓解的内生动力[J].华南农业大学学报(社会科学版),2021(4):44-53.
- [3]张永.扶志贫困对象内生动力系统论[J].系统科学学报,2021(2):121-126.
- [4]黄志刚,黎洁,王静.贫困区农户生计资本组合对收入影响的优化效应分析——基于陕西778份农户调查数据[J].农业技术经济,2021(7):79-91.
- [5]万里洋,吴和成.中国城市家庭脱贫可持续性发展研究——基于贫困脆弱性视角[J].东北大学学报(社会科学版),2020(2):23-30.
- [6]GOENKA A,LIU L. Infectious diseases, human capital and economic growth[J]. *Economic Theory*,2020(1):1-47.
- [7]曹跃群,马原,付小鹏.医疗保险、社会资本与健康水平[J].统计与决策,2022(3):146-151.
- [8]马志雄,丁士军.精准扶贫、人情支出与农村家庭医疗负担[J].中国人口科学,2018(3):85-96.
- [9]张永奇.社会资本与贫困农户的健康脆弱性:抑制还是促进?——基于中国家庭追踪调查数据[J].新疆农垦经济,2022(1):1-14.
- [10]覃志敏.连片特困地区农村贫困治理转型:内源性扶贫——以滇西北波多村为例[J].中国农业大学学报(社会科学版),2015(6):5-11.
- [11]彭峰,刘耀彬.内源性绿色减贫的治理逻辑与实现路径[J].学术论坛,2020(5):93-99.
- [12]彭小兵,谭志恒.组织动员、资源内生和市场对接:贫困社区内源发展路径——基于云南省L中心的考察[J].中国行政管理,2018(6):61-67.
- [13]徐小言.农村居民“贫困—疾病”陷阱的形成分析[J].山东社会科学,2018(8):66-72.
- [14]陈心宇.浅析陕西省城乡居民收入对就医的影响[J].陕西师范大学学报(哲学社会科学版),2008(2):43-45.
- [15]潘东阳,刘晓昀.社会交往对农村居民健康的影响及其性别差异——基于PSM模型的计量分析[J].农业技术经济,2020(11):71-82.
- [16]史恒通,赵伊凡,吴海霞.社会资本对多维贫困的影响研究——来自陕西省延安市513个退耕农户的微观调查数据[J].农业技术经济,2019(1):86-99.
- [17]马铮.社会资本、家庭生命周期与农户多维贫困[J].统计与决策,2021(3):5-9.
- [18]车四方,谢家智,舒维佳.社会资本与农户家庭多维贫困的门槛效应分析[J].数理统计与管理,2018(6):1063-1072.
- [19]唐林,罗小锋,余威震,等.社会资本、大病风险感知与非正式预防行为研究[J].中国农业资源与区划,2019(7):81-91.
- [20]WELDEGED Z,FOLLONIG P,ROWAE M. The determinants of non-farm income diversification in rural Ethiopia[J]. *Journal of Poverty Alleviation and International Development*,2015(1):109-130.
- [21]张心洁,周绿林,刘畅.农村居民大病保险制度设计与运行中的问题及成因[J].西北农林科技大学学报(社会科学版),2016(5):8-14.
- [22]徐戈,陆迁,姜雅莉.社会资本、收入多样化与农户贫困脆弱性[J].中国人口·资源与环境,2019(2):123-133.
- [23]LAUGHLIN M C,LOUIS S,XIA Z,et al. African migrant patients' trust in Chinese physicians: a social ecological approach to understanding patient-physician trust[J]. *Plos One*,2015(5):1-13.
- [24]王强.社会资本的反贫困机制——基于农村困难家庭全国性调查的实证研究[J].学习与实践,2019(6):83-95.
- [25]班涛.农村声望地位的阶层确认研究——基于“结构—互动”视角的解读[J].南京农业大学学报(社会科学版),2018(5):70-78.
- [26]CONTRERAS D,OTERO G,DFAZ J D,et al. Inequality in social capital in Chile: assessing the importance of network size and contacts' occupational prestige on status attainment[J]. *Social Networks*,2019(58):59-77.
- [27]高雪莲.生存有道:基于“家庭本位”的多元化小农生计结构——来自黔东南W侗寨的田野考察[J].西北农林科技大学学报(社会科学版),2020(5):85-92.

- [28]贺志武,胡伦.社会资本异质性与农村家庭多维贫困[J].华南农业大学学报(社会科学版),2018(3):20-31.
- [29]左停,徐小言.农村“贫困—疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设[J].西南民族大学学报(人文社科版),2017(1):1-8.
- [30]WAGATAFF A. Measuring catastrophic medical expenditures: reflections on three issues[J]. Health Economics, 2019(5):10-15.
- [31]SUN Y, ZHANG D, YANG Y, et al. Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among Chinese rural elderly in nursing homes[J]. Archives of Psychiatric Nursing, 2017(2):197-204.
- [32]DAUNER K N, WILMOT N A, SCHULTZ J F, et al. Investigating the temporal relationship between individual level social capital and health in fragile families[J]. BMC Public Health, 2015(15):1130-1144.
- [33]杨凡,黄映娇,王富百慧.中国老年人的体育锻炼和社会参与:健康促进与网络拓展[J].人口研究,2021(3):97-113.
- [34]XU K, EVANS D B, KADAMA P, et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda[J]. Social Science & Medicine, 2006(4):866-876.
- [35]刘晓玲.习近平总书记关于“扶贫先扶志”重要论述的理论贡献与实践价值[J].求索,2020(5):24-29.

Capacity Construction of Endogenous Poverty Prevention of Rural Residents with Critical Illness from the Perspective of Social Capital

ZHANG Xin-jie^{1,2}, LUO Ying¹

(1. School of Administration, Jiangsu University, Zhenjiang 212013;

2. School of Government, Nanjing University, Nanjing 210000)

Abstract: Based on the data of China Family Panel Studies in 2018, this study used factor analysis and multiple linear regression models to empirically analyze the influence of different social capital on the capacity of endogenous poverty prevention of patients with critical illness in rural areas. The results show that social capital and its four main forms all have significant positive impacts on the endogenous poverty prevention capacity, and the influencing factors ranking from high to low degree are: social network, social trust, social prestige and social participation, degree. Social capital can improve the capacity of endogenous poverty prevention through improving the health status of patients, but this mediation effect is relatively weak. Therefore, in the process of enhancing the endogenous poverty prevention capacity of patients with critical illness, social capital can be cultivated by optimizing the social interaction environment and improving the quality of social activities to play a direct or indirect role in poverty prevention.

Key Words: rural residents with critical illness; social capital; health; endogenous poverty prevention capacity