

流行性疾病感知代际差异及对健康行为的影响

梁海祥^①

摘要：全球范围内流行性疾病的频繁爆发对人类社会造成了深远影响，预防和应对流行性疾病成为了巨大挑战。基于“上海都市社区调查”数据，深入探讨公众对流行性疾病风险的感知情况，并分析影响风险感知的代际差异以及风险感知对健康行为的具体影响。研究结果显示，一是年轻一代对流行性疾病的感知明显高于年长一代。二是认知能力、媒体接触频率和个人健康状况是影响公众流行性疾病风险感知的关键因素，而在利益相关性方面，不同世代之间存在显著差异。三是流行性疾病的感知对健康行为有一定的影响，特别是在饮酒行为上，这种影响还表现出代际差异。这些结论对理解影响流行性疾病风险感知的因素，进而揭示不同世代间行为差异的根源具有重要意义，有助于针对性地开展健康宣传和干预措施，进而提高不同年龄群体的公共健康水平。

关键词：流行性疾病 风险感知 健康行为 代际差异

* 本文为国家社科基金青年项目“资源配置与心理健康素养空间差异研究”(22CSH084)阶段性成果。

①作者简介：

梁海祥，上海社会科学院社会学研究所助理研究员，研究方向：健康不平等、社会分层与流动。

Intergenerational Difference of Risk Perception of Epidemic Diseases and Influence on Health Behavior

Haixiang LIANG

ABSTRACT

This study leverages data from the "Shanghai Urban Neighborhood Survey" to investigate the public's risk perception of epidemic diseases, focusing on the intergenerational disparities in risk perception factors and the subsequent impact on health behaviors. The findings reveal that younger individuals exhibit a heightened risk perception compared to their older counterparts. Factors such as cognitive ability, media usage frequency, and health status were identified as significant influencers of the public's risk perception regarding epidemic diseases, with notable intergenerational variations in the impact of interest-related factors. Interestingly, epidemic disease risk perception was found to influence health behaviors, particularly in the context of drinking behavior. The study's conclusions contribute to a deeper understanding of the determinants of epidemic disease risk perception and offer insights into how to enhance the health outcomes across different age groups.

KEY WORDS

Epidemic Disease; Risk Perception; Health Behavior; Intergenerational Differences

一、问题的提出

在过去二十余年中，全球范围内流行性疾病的频繁爆发对人类社会造成了深远影响，例如，非典 (SARS)、甲型 H1N1 流感、MERS 病毒等不仅对人类健康构成威胁，也对经济和社会结构带来了重大冲击。2020 年，新冠肺炎 (COVID-19) 的出现进一步改变了人们的生活方式，并造成了难以预测的经济损失和社会动荡。即使在今天，甲型流感和肺炎支原体病毒等流行性疾病仍然在特定季节影响着人们的日常生活。历史上，流行性疾病对历史进程有着不可忽视的影响。正如威廉·麦克尼尔在《瘟疫与人》中所研究的，疾病的传播是人类历史发展的一个重要方面。人类在征服自然的过程中，无意中促进了传染病的传播，这不仅影响了人类文化和文明的形成，还体现在疾病对宗教、社会变革、人口迁移和战争等方面的影响（威廉·麦克尼尔，2018）。从更近的角度来看，疾病直接关系到每个人的健康和生活质量，而健康本身就是一种重要的人力资本 (Mushkin, 1962) 和可行能力 (Sen, 2002)。流行性疾病以其高度的不可预测性、控制难度和潜在的灾难性特征，一直对人类构成威胁（孙祁祥、周新发，2020）。鉴于流行性疾病对人类健康的巨大危害性，我们必须对其给予持续和高度的关注。因此，预防和应对流行性疾病成为了我们面临的巨大挑战，而风险感知和风险治理是其中的关键环节。

在流行性疾病的传播过程中，公众的行为与反应呈现出显著差异。以新冠疫情为例，疫情初期中国迅速提升公共卫生事件响应等级，全国的生产生活活动一度暂停，口罩成为日常必备。然而，媒体报道中不乏年轻人努力说服长辈佩戴口罩的情景，这引发了对年长一代防控新冠病

毒态度的疑问，以及对代际差异背后因素的疑惑。随着疫情管理结束，部分人已放松警惕不再佩戴口罩，而另一些人则依然严格遵守防控措施。这些现象表明，群体间的差异和个体的风险感知能力不容忽视。风险感知是应对风险的第一步，它并非风险本身，而是人们对风险的主观感受 (Bauer, 1960)。面对已知和未知风险，风险感知会影响人们的管理与应对策略 (Pennings & Smidts, 2003)。众多研究表明，风险感知对行为有显著影响，如政府信任、社会运动、消费行为和环境保护等方面 (周全、汤书昆, 2017; 沈珺, 2017)，因此，研究流行性疾病风险感知对健康行为的影响，对政策制定和实施具有重要意义。

在全球流行性疾病仍旧频发的背景下，本文旨在利用实证数据探讨公众对流行性疾病风险感知的现状，分析影响感知的因素，并探讨流行性疾病风险感知是否会影响公众的健康行为。同时，本文还将探讨这些因素和影响是否存在代际差异，通过分析影响公众流行性疾病风险感知的因素及其世代差异，探究风险感知是否能够促进公众采取更健康的行为。

二、文献回顾与研究假设

（一）风险社会与风险感知

乌尔里希·贝克提出，随着文明从工业化前阶段过渡到工业化阶段，风险的来源也从自然和社会转向了人为因素。现代化和个体化进程的加速进一步促成了风险社会的形成。“确定性的终结”宣告了科学理性主义神话的破灭，在面对不确定性和复杂的社会环境时，即使是“科学技术权威”也不能被盲目信任 (乌尔里希·贝克, 2004)。在这样的背景下，

风险感知在风险社会中变得尤为关键，它也是风险研究的一个核心领域。

风险感知 (Risk Perception) 主要涉及人们对风险的识别和反应方式 (Berry, 2004)。风险感知的研究主要沿着两个理论方向展开：一是心理学视角，认为风险感知具有主观性。通常认为风险感知属于心理学范畴，强调个体通过直观判断和主观感受形成的经验对认知的影响 (孟博等, 2010; 黄杰等, 2015)。这包括个体的信念、判断、价值观，以及在面对潜在危险和利益时所做的选择 (Pidgeon, 1992)。另一个理论视角是文化理论，它强调风险感知的建构性。“文明的风险往往难以直接感知，它们隐藏在物理和化学的方程式之中（例如食物毒素、核威胁）”（乌尔里希·贝克，2004）。风险感知来源于人们的主观判断，可能与客观存在的风险有所偏差 (Maksim, 2010)。建构论强调风险认知的主观性和非逻辑性，认为风险感知受到心理、文化和个人特征的影响 (Slovic 1993)。同时，风险感知也具有其真实性，研究者不仅视其为社会建构的产物，也认为它是对现实的反映 (Renn, 2008)。

风险感知的研究不仅关注风险感知的影响因素及其后果，还深入探讨了这些因素如何塑造公众对风险的理解和反应。在网民的风险感知研究中，发现媒介、文化、经济等社会及个体因素对风险感知有显著影响 (腾文杰, 2015)。特别是环境风险感知，由于环境风险引发的群体性事件频发，其研究的现实意义愈发凸显。健康风险感知的重要性也同样不容忽视，健康不仅是生命先决条件，而且普遍化的健康威胁对政治和经济系统都产生深远影响 (乌尔里希·贝克，2004)。例如，通过分析网络搜索数据，研究者发现网民对 H7N9 禽流感的风险感知具有时间性和空间性，且时空因素会相互影响，网络的结构和节点在其中扮演着重要角色 (李燕凌、

孙龙等, 2020)。此外, 风险感知被认为是风险评估和风险管理的重要组成部分, 它涉及到人们对风险事物和风险特征的感受、认识和理解。其中, 心理测量流派强调运用心理学方法对风险的主观特征和感受进行测量, 而文化理论流派则强调从认知主体自身生活方式的视角理解风险感知及与风险有关的行为。

(二) 风险感知的影响因素

风险感知是一个多维构建, 其形成受到多种因素的影响, 学界对此也有广泛的讨论。心理学视角认为风险感知是由情景和个体因素共同塑造的, 因此它在风险管理政策制定中扮演着关键角色。而文化视角则将风险感知视为社会和文化建构的产物, 强调其测量必须与特定背景紧密相关(黄杰等, 2015)。另一种分析方法是要素分析, 提出了影响民众风险感知的三因素论, 包括个体因素、风险特征和感知环境(时振刚、张作义、薛澜, 2002), 以及从风险本身、行动者主体和中介载体三个角度进行的阐述(王刚、徐雅倩, 2020)。在流行性疾病风险感知的研究领域, 尤其是在新冠肺炎疫情背景下, 年轻人劝说长辈戴口罩等现象揭示了影响因素的复杂性。对于这种现象, 现有研究的主要论点包括“文化反哺”说(宫晓彤, 2020)和数字鸿沟说(王琪, 2020)。基于学者们对风险感知的研究, 王刚、宋楷业(2018)总结了三种解释逻辑: “风险决定论”、“个体自主论”和“文化影响论”。本研究将采纳三因素论的视角, 从认知能力效应(行动者主体视角)、风险放大效应(中介载体视角)和利益相关效应(风险本身视角)三个维度来分析流行性疾病的风险感知。此外, 考虑到以往研究中较少涉及的代际效应对流行性

疫情防控的重要性，本研究将进一步探讨代际间在风险感知上是否存在差异。

1. 认知能力效应

风险意识与知识紧密相连，主要由科学发现和引导，而非传统或普通人群的意识所形成（乌尔里希·贝克，2004）。知识在其中扮演了媒介的角色，那些受过更好教育、见识更广的人群可能更容易意识到风险的存在。相对而言，经济条件宽裕且有保障的个体可能培养出更强的风险意识和采取更有效的风险应对行动（乌尔里希·贝克，2004）。人们感知到的风险增加，往往是因为在特定风险文化背景下认知程度提高的结果（刘岩，2009）。研究表明随着技术和大众媒体的作用，民众认知风险的能力加强（杨之涵、罗思东，2022）。

在应对风险的能力和效果方面，不同职业和教育阶层的群体存在差异。社会经济地位较高的个体更有可能规避风险，如教育程度较高的群体更容易获取信息，从而减少或避免风险（成伯清，2007）。已有研究表明，提升教育水平可以降低风险感知。例如，在食品风险领域，教育程度较高的个体对转基因技术的认识和理解更为深入（成伯清，2007），形成了一个“知识—权力”的场域（郭于华，2004）。环境风险感知的研究也表明，教育程度较低的群体更容易产生较高的风险感知（Rundmo & Nordfjørn, 2017）。另一方面，在中国年轻一代与年长一代在教育水平上存在显著差异，主要原因在于义务教育的普及和大学扩招等政策，导致全国教育资源和能力的整体提升，使得年轻一代的教育水平普遍较高。基于此，本研究提出以下假设：

假设 1.1：教育程度高的群体对流行性疾病的感知低。

假设 1.2：教育程度对流行性疾病风险感知的影响存在代际差异。

2. 风险放大效应

风险放大是一个复杂现象，由多种机制引发，这些机制将不幸事件或灾难视为线索或信号 (Slovic, P., 1987)。风险事件（如事故）的影响往往在感知和传播过程中被个人及群体放大或缩小，其负面影响可能会扩展至整个行业乃至全球经济社会（王锋，2017），从而引出了“风险的社会放大”这一综合概念 (Kasperson, 1988)。乌尔里希·贝克 (2004) 将风险社会定义为“科学、媒体和信息的社会”，强调媒体在风险识别和定义中的关键作用。公众的风险认知是基于个体经历和社会网络逐渐形成的，同时受到社会规范和媒体的显著影响 (Berry, 2004)。

媒体在构建公众风险感知方面发挥着关键作用（蒋晓丽、胡登全，2010）。关于信息对风险感知的影响，存在两种对立观点：一种认为信息缺失导致民众高估风险，另一种则认为信息量是风险放大器，过量信息可能导致风险被高估（王刚、徐雅倩，2020）。现有研究表明，无论是传统媒体还是新媒体，都具有风险放大效应（方学梅等，2019）。年轻一代与年长一代在信息获取方式和强度上的差异可能导致他们对风险的感知存在差异。因此，提出以下假设：

假设 2.1：公众媒介使用频率越高，其对流行性疾病的感知可能性越大。

假设 2.2：媒介使用频率对公众流行性疾病风险感知的放大效应存在代际差异。

3. 利益相关效应

如前文所述，风险感知与信息获取紧密相关，信息内容及个体相关

性同样至关重要。研究表明，与个体利益相关的风险因素不利于风险感知的降低，负面的利益相关会增加个体的风险感知，而信息过载则可能抑制风险感知（王刚、徐雅倩，2020）。从风险特征来看，流行性疾病直接关联个体或群体健康，构成显著的利益相关。个体的风险感知受到社会因素及个体社会经济背景的影响，包括媒介、文化、经济和政治等因素（腾文杰，2015）。现有研究已证实信息量、信息类型、知识结构和媒体传播对公众风险感知的影响（王刚、徐雅倩，2020）。在媒介对癌症风险感知作用的研究中，有患病经验的群体显示出更高的风险感知（刘紫阳等，2018）。因此，提出以下假设：

假设 3.1：良好的健康状况将降低公众对流行性疾病风险的感知程度。

年轻世代与年长世代在诸多观念上存在差异，包括对环境的关心程度（洪大用等，2015）。有研究提出在健康方面，老年人可能对个体健康过度自信，即使健康状况不佳，也倾向于认为自己的健康好于他人（田怀谷，2016）。同时，有观点认为由于经历了 2003 年的“非典”防控，年长世代可能放松了对流行性疾病的警惕。因此，提出以下假设：

假设 3.2：健康状况对流行性疾病风险感知的影响存在代际差异。

（三）风险感知与公众行为

在环境风险研究领域，已观察到风险感知对个体或群体行为的直接影响。公众对环境风险的感知能够显著影响他们的风险行为，其中较高的环境风险感知可能激发上访、游行等高风险行为，这些行为有时会导致潜在的环境风险项目失败或暂停（黄杰等，2015）。因此，环境风险与社会风险之间存在一个明确的逻辑链条，即“环境风险感知—风险反

应行为—社会冲突动荡”（王刚、宋锴业，2018）。同样在流行性疾病风险感知的研究中，公众对健康风险的感知提升往往伴随着对身体健康状况的更多关注，这可能促使他们在健康行为上做出积极的改变。生活方式是公认的影响健康的关键因素，并且被定义为与健康风险相关的行为模式 (Cockerham, 2010)。社会流行病学研究关注的吸烟、饮酒、饮食、锻炼、体检等与个人健康状态直接相关的近端因素 (House, 2002)，这些因素在医学社会学研究中根据与健康的因果距离被划分为三个层次，其中最直接影响健康的因素包括与健康相关的生活方式和行为，如吸烟、饮酒、饮食和运动 (Lahelma, 2010)。此外，针对“非典”的研究表明，大学生对“非典”风险危害的认知提升会促使他们改善健康生活方式，例如调整饮食、增加锻炼、改善作息等（薛可等，2013）。基于此，提出以下假设：

假设 4：公众对流行性疾病的感知有助于提升其健康行为，包括增加运动、减少饮酒和吸烟。

三、实证化策略

（一）数据来源

研究所用数据来自“上海都市社区调查”（Shanghai Urban Neighborhood Survey，简称 SUNS）。该项目由上海市“高峰高原”计划社会学 III 类高峰计划资助，由上海大学“数据科学与都市研究中心”负责设计和执行。该调查项目搜集包括社区、家庭、个人在内的多层次的追踪调查数据，包括居村调查和住户调查两个子项目。居村调查

包括全市 5732 居（村）委会中随机抽取的 537 个社区，于 2015 年完成；住户调查则对全市具有代表性的 180 个社区进行入户访问，对象包括所有同住家庭成员，于 2017 年 7 月最终完成（吴晓刚、孙秀林，2017）。本研究使用的数据涉及到 SUNS 成人间卷，去除研究所需相关变量的缺失值，选择 60 岁以下群体作为分析对象，共有 5062 个样本进入分析。

（二）变量测量

1. 因变量

流行性疾病风险感知是本研究的核心因变量，使用的是“上海都市社区调查”成人问卷中对于社会风险的测量，题目为“当今社会面临着各种风险，您认为下列各种风险的严重程度如何？”对于“流行性疾病的风

险”有四个选项，由 1 到 4 代表着程度越来越严重，分别代表着不严重、不太严重、比较严重和很严重。在分析中，将流行性疾病风险感知操作成一个二分变量，“不严重”“不太严重”赋值为 0，代表未感知风险，“比较严重”“很严重”赋值为 1，代表感知到风险。

研究中对于健康生活方式的测量，包括是否吸烟，是否有饮酒的习惯和锻炼身体频率三个方面。是否吸烟和喝酒，分别处理为虚拟变量，“有”赋值为 1，“没有”赋值为 0。锻炼频率是一个连续性变量，使用问卷中“最近三个月，您锻炼身体吗”，数值 1 到 6 代表运动频率的增多，分别代表“几乎从不”到“几乎每天锻炼”。

2. 自变量

本研究的核心是关注影响流行性疾病风险认知的因素，包括认知能

力效应、风险放大效应、利益相关效应和世代效应。认知能力的测量是采用教育年限变量，“科学确定风险，而人们感知风险”（乌尔里希·贝克，2004）。而个体对于风险的认知是与认知能力密切相关，使用教育年限作为认知能力的测量，数值越高说明受教育程度越高。风险放大效应是通过测量媒体使用频率，媒体使用频率是使用问卷中“在网上（如手机、电脑、pad 等）搜集或阅读健康相关的信息或其他活动的频率”，数值由 1 到 5，分别表示“从来不”、“偶尔”、“有时”、“经常”和“几乎每天”。利益相关效应通过公众的健康状况，个体的自评健康状况，使用问卷中“总的来说，您认为自己现在的健康状况如何”，数值由 1 到 5，分别代表“差”、“一般”、“好”、“很好”、“非常好”，将健康状况赋值为 1 表示“健康”（好、很好、非常好），0 表示“不健康”（差、一般）。代际效应则是区分不同的年龄组变量，样本采用的是小于 60 岁的样本，分析中出生年龄组分为 1970 前出生、1970-1979 出生、1980-1989 出生和 1990 后出生世代。

3. 控制变量

控制变量包括性别、户口、收入和婚姻状况。性别变量，男性赋值为 1，女性为 0；户籍变量，本地户籍赋值为 1，非本地赋值为 0；收入状况，无收入或者收入为零的赋值为 0，低收入赋值为 1，中收入赋值为 2，高收入赋值为 3；婚姻状况，在婚状态（已婚）赋值为 1，非在婚状况（未婚、同居、离婚、丧偶）赋值为 0。

（三）模型选择

研究涉及到影响流行性疾病风险感知因素及对健康行为影响。根据

因变量的测量特征，风险感知是一个虚拟变量，1为感知到风险，0为未感知到。同样在健康行为方面，是否抽烟，是否有饮酒习惯也为虚拟变量，因此研究采用逻辑斯蒂回归模型 (Logit)，模型中会加入并分析各自变量对于因变量的影响。运动频率则是一个连续型变量，因此采用一般线性回归模型，使用最小二乘法 OLS 来估计系数。

四、数据分析结果

(一) 流行性疾病风险感知的描述性分析

对于流行性疾病风险感知的总体状况，描述性结果显示样本中有 2526 人感知流行性疾病风险，总体感知程度为 62.65%。随着出生年龄组的变化，年轻世代中感知到流行性疾病风险的比例增高，1970 前出生

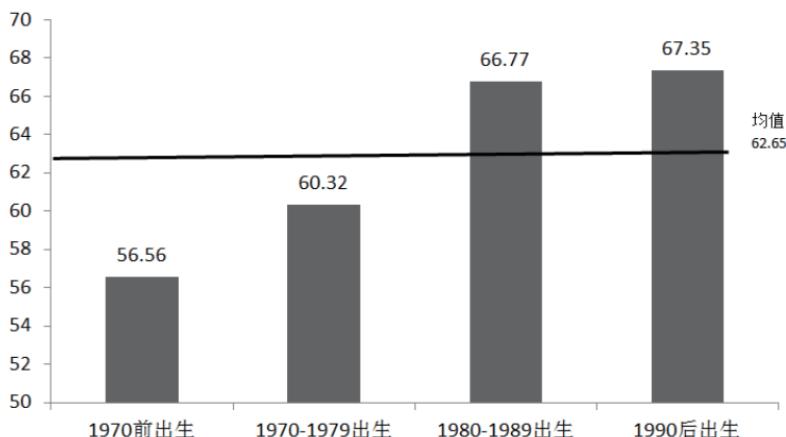


图 1 不同出生组公众流行性疾病风险感知度 (N=5062, 单位: %)

生群体中风险感知比例最低，有 56.56% 的人感知流行性疾病的风险，70 世代（1970-1979 出生）为 60.32%，80 世代（1980-1989 出生）为 66.77%，1990 后出生世代的感知比例为 67.35%。因此，从描述性数据中就可体现年轻世代比年长世代有更高的流行性疾病风险感知，并且感知度随年龄减小而升高，即年轻人比年纪大的人更有可能感知流行性疾病风险。

（二）影响流行性疾病风险感知的因素

描述性分析的结果已经展现年轻人相对于年长者有更高的流行性疾病风险感知，为了探讨影响流行性疾病的因素，研究对数据进行了回归分析（见表 1），考察风险感知的几种效应，包括认知能力效应、风险放大效应、利益相关效应，以及代际效应。

模型 1 为基线模型，模型中的系数为发生比 (odds ratio)，在控制了基本的特征变量性别、户籍、婚姻状况等之后，加入教育程度、媒体使用频率、自身健康状况变量，以及年龄组变量。结果显示，教育年限越长则越会降低流行性疾病风险感知的可能性，教育年限每增加一年感知流行性疾病风险可能性降低 3.9%，即认知能力越强，对于流行性疾病的感知则会更低，这个效应是与转基因食品的机制类似（何光喜、赵延东等，2015）。研究假设 1.1，教育程度越高的则会降低流行性疾病的感知成立。

对于风险放大效应的考察，模型中媒体使用频率越高则会增加风险感知的可能性，越多的信息则会增加流行性疾病的感知，媒体使用频率提升一个单位，感知风险的概率增加 10.9%，并且在统计上显著

($P<0.01$)，验证了媒体的风险感知放大效应。假设 2.1 成立，媒介的使用频率越高，流行性疾病的风险感知可能性越大。

利益相关效应，模型结果则显示身体健康的公众相比不健康的降低了 15.5% 流行性疾病风险的感知，在数据上具有显著性，反过来说即身体不健康的公众对于流行性疾病风险的感知度更高，由于身体健康状况不佳更加注重与健康相关的流行性疾病风险。因此假设 3.1 成立，健康状况会影响流行性疾病风险的感知。

从年龄效应来看，模型 1 中加入了年龄及年龄平方项，控制了其他变量之后，年龄每增长一岁，疾病风险感知就降低 0.048 个单位，并且具有统计显著性，从数据上体现了年龄越大流行性疾病风险感知越低的现象。

那么流行性疾病的感知是年龄效应还是代际效应呢？这个问题也是我们经常会遇到的，在这里转化的说法是对于流行性疾病风险感知的差异是因为一代人与一代人的差异，还是只要人变老了都会产生风险感知变低。为了讨论这个问题，则主要使用了模型 1 和模型 2。模型 1 的结果对流行性疾病风险感知的年龄效应、认知能力效应、风险放大效应、利益相关效应都得到验证。模型 2 则在模型 1 的基础上加入了出生世代变量。数据分析结果显示，模型 2 在加入出生世代变量后年龄变量的显著性消失，则说明这种差异被出生世代所解释。因此从模型 2 的世代效应来看，年轻世代具有较高的流行性疾病风险感知，80 世代（1980-1989 出生）是 1970 前出生世代的 1.353 倍，但统计上不显著，90 世代（1990 后出生）是 1970 前出生世代的 1.698 倍，并且在统计上显著。因此，模型 1 和模型 2 的结果显示流行性疾病的感知存在群

体间代际效应影响。

模型 3、4 则是为了考察是否是因为认知能力和媒体使用频率的代际差异导致了流行性疾病风险感知的区别。模型 3 是在模型 2 的基础上加入教育年限与出生年龄组交互项，考察教育程度对于风险感知的影响是否存在代际差异，数据显示交互项并不显著，则说明教育程度对风险感知不存在代际差异；从主效应则显示只有 90 世代（1990 后出生）显示出比 1970 前出生世代更高的风险感知可能性，统计上具有显著性。那么假设 1.2 不成立，世代间的认知能力作用并无差异。

模型 4 在模型 2 的基础上加入年龄组与使用媒体频率的交互项，控制了其他变量，交互项并不显著，则说明了媒体使用频率对于流行性疾病是否有风险感知的效应不存在代际的差异。主效应则显示相对于 1970 前出生世代，80 世代（1980-1989 出生）和 90 世代（1990 后出生）风险感知的可能性就越高，统计上具有显著性。因此，假设 2.2 并不成立，媒介的使用频率对流行性疾病风险感知的放大效应不存在代际差异。

模型 5 是在模型 2 基础上加入出生世代组与健康状况的交互项，结果显示健康的状况会减少公众的流行性疾病的风险感知，但从出生世代组与健康状况的交互效应发现，交互项具有显著性，90 世代（1990 后出生）年轻的健康群体相较于 1970 前出生的健康群体会有更多的流行性疾病的风险感知。年轻世代高度关注健康，并且与目前所说的年轻人“保温杯泡枸杞”等养生现象相呼应。假设 3.2 成立，健康状况对流行性疾病风险感知的效应存在代际差异。

表1 影响流行性疾病感知因素的逻辑斯蒂回归模型

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
教育年限	0.961*** (0.009)	0.959*** (0.009)	0.953*** (0.015)	0.960*** (0.009)	0.959*** (0.009)
使用媒体频率	1.109*** (0.028)	1.111*** (0.028)	1.116*** (0.029)	1.081** (0.040)	1.112*** (0.028)
健康	0.845*** (0.051)	0.845*** (0.052)	0.849*** (0.052)	0.846*** (0.052)	0.736*** (0.080)
年龄	0.952** (0.022)	1.012 (0.039)			
年龄平方	1.000 (0.000)	1.000 (0.000)			
出生世代					
1970-1979	0.996 (0.142)	1.195 (0.259)	1.097 (0.199)	1.063 (0.113)	
1980-1989	1.353 (0.296)	1.400 (0.354)	1.595** (0.305)	1.729*** (0.196)	
≥1990	1.698* (0.544)	1.974* (0.715)	1.631** (0.397)	1.875*** (0.282)	
1970-1979* 教育年限		0.999 (0.019)			
1980-1989* 教育年限		1.019 (0.021)			
≥1990* 教育年限		1.012 (0.029)			
1970-1979* 使用媒体频率			1.029 (0.064)		
1980-1989* 使用媒体频率			1.036 (0.065)		
≥1990* 使用媒体频率			1.136 (0.094)		
1970-1979* 健康				1.307 (0.216)	
1980-1989* 健康				1.052 (0.164)	
≥1990* 健康				1.493** (0.281)	
男性	0.699*** (0.044)	0.702*** (0.045)	0.702*** (0.045)	0.699*** (0.044)	0.694*** (0.044)

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
本地户籍	0.906 (0.066)	0.899 (0.065)	0.914 (0.066)	0.915 (0.066)	0.913 (0.066)
在婚	1.330*** (0.117)	1.317*** (0.119)	1.320*** (0.118)	1.308*** (0.116)	1.302*** (0.115)
收入状况					
没有收入	0.960 (0.092)	0.954 (0.092)	0.937 (0.089)	0.933 (0.088)	0.920 (0.087)
中收入	0.922 (0.080)	0.915 (0.079)	0.921 (0.080)	0.921 (0.080)	0.921 (0.080)
高收入	1.027 (0.109)	1.024 (0.109)	1.029 (0.109)	1.035 (0.110)	1.035 (0.110)
常数项	10.155*** (4.783)	2.019 (1.864)	1.759*** (0.322)	1.798*** (0.295)	1.803*** (0.284)
样本量	5,062	5,062	5,062	5,062	5,062

注：括号中为标准误； *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1；健康状态、出生世代、收入的参照组分别为“非健康”、“1970 前出生”、“低收入”群体。

（三）流行性风险感知对健康行为的影响

风险感知会对个体行动产生影响，例如在环境风险研究表明风险会产生群体运动等现象。那么流行性疾病风险是否对个体行为产生影响，若以新冠肺炎疫情为例，流行性疾病风险是否会影响到个体对于政策及规范的遵守，例如保持社交距离和戴口罩等都十分关键。但在本文中一方面是受数据局限，无法分析此类行为，另一方面，生活方式是对于健康有着重要的影响作用。那么高流行性疾病风险感知是否意味着对于健康的关注程度就高，从而会更加注重养成健康的生活习惯吗？为了验证流行性疾病风险是否会对健康行为产生影响，对于健康行为分别考察运动频率、是否吸烟、是否有饮酒习惯，模型拟合结果见表 2。

模型 1 和模型 2 采用最小二乘法估计系数，考察流行性疾病风险感知对于运动频率的效果，数据结果中风险感知变量并不显著，加入出生

世代组交互项也不显著。因此，感知流行性疾病并不会影响运动的频率。控制其他变量，出生世代组变量在统计上显著，表示年轻群体相对于1970前出生群体减少运动的频率。

模型3至模型6采用的是逻辑斯蒂回归模型(Logit)，系数为发生比(odds ratio)。模型3和模型4的结果显示，控制其他变量，风险感知变量并不显著，说明流行性疾病感知的并不会减少抽烟比例。模型5和模型6考察的是流行性疾病风险感知对于饮酒行为的作用，在模型5中风险感知变量也不显著，流行性疾病的感知对抽烟与否也无统计显著效应。模型6中加入了风险感知与年龄组的交互项，控制其他变量，主效应显示有流行性疾病感知的群体会降低饮酒的比例，但交互效应显示有风险感知的70世代(1970-1979出生)和80世代(1980-1989出生)相对于有风险感知的1970前出生群体则会增加饮酒的可能。因此，假设4并不成立，公众有流行性疾病感知并非有助于提升其健康行为(多运动、少喝酒、少抽烟)。数据结果显示有流行性疾病感知的并不会增加健康行为，例如不会增加运动和减少吸烟，甚至有风险感知的年轻时代相比年长世代增加了有饮酒习惯的可能性。

表2 流行性疾病感知对健康行为影响的回归模型

变量	运动频率		抽烟		饮酒	
	模型1	模型2	模型3	模型4	模型5	模型6
风险感知	-0.071 (0.060)	0.020 (0.102)	1.085 (0.086)	1.137 (0.157)	1.022 (0.081)	0.766** (0.103)
出生世代	1970-1979		1980-1989		0.692** (0.111)	
	-0.521*** (0.081)	-0.499*** (0.125)	0.863 (0.095)	0.831 (0.133)	0.971 (0.104)	0.671*** (0.078)
	-0.763*** (0.086)	-0.667*** (0.129)	0.774** (0.089)	0.859 (0.143)	0.505*** (0.078)	

≥1990	-0.739*** (0.115)	-0.565*** (0.168)	0.800 (0.126)	0.858 (0.189)	0.620*** (0.099)	0.610** (0.135)
1970-1979*		-0.039 (0.159)		1.070 (0.228)		1.828*** (0.381)
风险感知						
1980-1989*		-0.154 (0.151)		0.846 (0.172)		1.631** (0.338)
风险感知						
≥1990* 风险		-0.263 (0.185)		0.897 (0.220)		1.080 (0.268)
感知						
男性	0.147** (0.058)	0.147** (0.058)	49.259*** (6.986)	49.476*** (7.024)	10.309*** (1.063)	10.374*** (1.071)
本地户籍	-0.024 (0.068)	-0.02 (0.068)	0.675*** (0.062)	0.671*** (0.062)	1.565*** (0.143)	1.547*** (0.141)
教育年限	0.072*** (0.008)	0.073*** (0.008)	0.912*** (0.011)	0.912*** (0.011)	0.974** (0.011)	0.974** (0.011)
在婚	-0.241*** (0.085)	-0.234*** (0.085)	0.997 (0.114)	1.002 (0.115)	0.961 (0.112)	0.961 (0.112)
常数项	2.619*** (0.139)	2.559*** (0.148)	0.077*** (0.017)	0.075*** (0.017)	0.066*** (0.013)	0.077*** (0.016)
样本量	5,058	5,058	5,062	5,062	5,062	5,062
R ²	0.036	0.037				

注：括号中为标准误；*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1；出生世代的参照组为“1970前出生”。

五、结论与讨论

流行性疾病的传播对全球社会的运作和国际关系产生了深远影响，例如新冠疫情的爆发尤其凸显了我们生活在一个充满风险的社会中。健康风险感知作为对流行性疾病的预警信号，既受个体主观判断的影响，也与风险本身的特性紧密相关。本项研究利用广泛的入户调查数据，深入分析了公众对流行性疾病风险感知的现状。研究发现，相较于年长群体，年轻人对流行性疾病的感知更为敏感。在这一发现的基础上，研究进一步探讨了影响公众流行性疾病风险感知的多种因素，并考察了风险

感知如何影响人们的健康行为。

在探讨流行性疾病风险感知的影响因素时，本文采用三因素论作为分析框架。研究发现，个体的认知能力、媒体的放大效应以及个人利益相关度是影响人们对流行性疾病风险感知的关键因素。从不同年龄群体的视角来看，认知能力和媒体放大效应在代际间并没有显著差异，而个人利益相关度则在不同年龄群体间表现出差异。尽管健康状况良好的个体倾向于对流行性疾病的感知度较低，但交互效应分析揭示了一个有趣的现象：健康的年轻一代（相对于1970年前出生世代）展现出更高的风险感知度。这表明年轻一代更加重视个人健康和流行性疾病的潜在危害。进一步分析风险感知对健康行为的影响，结果并不符合预期，原本预期感知到流行性疾病风险会增加健康行为，但实际上发现风险感知对健康行为的影响主要体现在饮酒行为上。这一发现提示我们，风险感知与健康行为之间的关系可能比预期的更为复杂，需要更深入的研究来揭示其背后的机制。

本文的实证分析结果对于相关政策也有启示意义，公共健康服务政策需针对不同群体，尤其关注健康风险意识的教育与培养，其中在政策方面也有些思考和建议。一是提升公众的科学防治知识，缓解公众过度恐慌。从分析中的认知能力效应可知，增加个体的科学知识有利于降低公众的恐慌，进而减少次生灾害的发生。例如在新冠肺炎疫情中，有部分人群对于疾病认知不够，过度恐慌产生心理障碍甚至酿成惨剧。二是需要规范媒体疾病信息的准确性和科学性。研究显示媒介具有放大风险感知的效应，需要科学广泛传播正确科学的健康知识，否则任由不科学及谣言的传播，公众则会产生错误和失当的风险感知，甚至引发群体性

的活动。三是关注特殊群体的风险感知与健康行为培养。从利益相关效应的数据结果看，健康弱势群体对于流行性疾病的风险感知要高于健康群体，他们对于健康信息具有更强的需求性，这就需要特别关注这部分群体的健康宣讲和知识普及。四是需要提升年长世代的流行性疾病风险认知度。从实证数据清晰的显示“80后”（1980-1989出生），“90后”（1990后出生）群体对于感知到流行性疾病的比列远高于年长世代，这一点可与新冠肺炎疫情中“劝长辈戴口罩”现象相呼应。另一方面，年长世代身体状况相比年轻世代差，但现实状况是他们对流行性疾病风险感知也差，并且也是疾病的易感群体，更需要着重进行媒体宣传并普及正确的健康知识。现在信息化、智能化的发展使得信息到达个人的速度惊人，也为流行性疾病知识的传播和防止发挥着重要作用，但是对于其他的信息需要筛选管制与斟酌，否则会带来更大的负面影响。另外年长世代也会经历着“数字鸿沟”，对于新技术和新应用可能的适应性差，也会增加年长世代与年轻世代的信息差异和流行性风险感知度差异。

因此，制定有关流行性疾病方面的相关政策时需要关注群体间差异，尤其代际间的差异，从而可以进行精准施策。对于流行性疾病风险感知的研究还需要进一步深化，进一步探析清楚风险感知的逻辑及影响。本研究也有效的回应了现实关切与社会状况，公众对于流行性疾病的感知存在着差异，年轻世代要比年长世代更多的风险感知。从数据分析中也可知这个差异是代际效应，而不是年龄效应，在影响因素上也存在代际差异。以往研究多关注环境风险、核能风险、转基因食物风险等，而对流行性疾病风险感知研究较少，因此也扩展了有关风

险感知问题的研究。当然本文也存在着局限，例如目前还无法获得人们在此次疫情中的行为数据，但随着数据收集工作的进行，后期还可进行群体间流行性疾病风险感知与行为变化的比较研究。新冠肺炎疫情并不是最后一个威胁人类的流行性疾病，因此对于流行性疾病风险感知研究，我们需要关注并且在实证数据的基础上进一步分析。

参考文献

成伯清. (2007). “风险社会”视角下的社会问题. *南京大学学报（哲学·人文科学·社会科学版）*, 2, 129-135.

方学梅、曹靓、甘雪梅. (2019). 媒介使用、环境知识与化工风险感知——基于 1656 个样本的实证分析. *广州大学学报（社会科学版）*, 6, 52-61.

宫晓彤. (2020). 健康传播中的文化反哺现象——以新型冠状病毒疫情为背景. *今传媒*, 4, 42-44.

郭于华. (2004). 透视转基因: 一项社会人类学视角的探索. *中国社会科学*, 5, 141-150+208.

何光喜、赵延东、张文霞、薛晶. (2015). 公众对转基因作物的接受度及其影响因素——基于六城市调查数据的社会学分析. *社会*, 1, 121-142.

洪大用、范叶超、邓霞秋、曲天词. (2015). 中国公众环境关心的年龄差异分析. *青年研究*, 1, 1-10+94.

田怀谷. (2016). 老年人自感健康、过度自信与生命质量的关系研究. *中国全科医学*, 25, 3103-3107.

黄杰、朱正威、赵巍. (2015). 风险感知、应对策略与冲突升级——一个群体性事件发生机理的解释框架及运用. *复旦学报（社会科学版）*, 1, 134-143.

蒋晓丽、胡登全. (2010). 风险社会与媒介表征. *四川大学学报（哲学社会科学版）*, 2, 56-60+144.

李燕凌、孙龙、李诗悦、周妍. (2020). 公共风险事件中网民风险感知的时空分布: 来自 H7N9 的实证经验. *情报杂志*, 4, 117-126.

刘岩. (2009). “风险社会”三论及其应用价值. *浙江社会科学*, 3, 64-

69+126-127.

刘阳紫、姜晓航、朱莉、李嘉琪、蒋雪颖. (2018). 媒介接触与个体健康风险感知的关系研究. *东南传播*, 12, 44-46.

孟博、刘茂、李清水、王丽. (2010). 风险感知理论模型及影响因子分析. *中国安全科学学报*, 10, 59-66.

沈珺. (2017). 中国居民媒体使用对其环境认知及环保参与行为的影响分析. *浙江传媒学院学报*, 3, 55-62+160.

乌尔里希·贝克. (2004). 风险社会 [M]. 南京:译林出版社.

时振刚、张作义、薛澜. (2002). 核能风险接受性研究. *核科学与工程*, 3, 193-198.

孙祁祥、周新发. (2020). 为不确定性风险事件提供确定性的体制保障——基于中国两次公共卫生大危机的思考. *东南学术*, 3, 12-23+247.

腾文杰. (2015). 突发公共卫生事件网络舆情网民关注度区域分布研究. *中国卫生事业管理*, 5, 393-396.

王锋. (2017). 城市邻避设施 (PX 项目) 的风险感知与邻避冲突——基于 216 个宁波青年样本的分析. *中国社会公共安全研究报告*, 1, 73-85.

王刚、宋锴业. (2018). 环境风险感知的影响因素和作用机理——基于核风险感知的混合方法分析. *社会*, 4, 67-78.

王刚、徐雅倩. (2020). 公众风险感知的影响因素: 一个利益与信息的双维审视——来自 L 市的实证分析. *东北大学学报 (社会科学版)*, 1, 73-80.

王琪. (2020). 信息反哺视阈下代际差异化与对策研究. *新闻前哨*, 4, 15-16.

威廉·麦克尼尔. (2018). 瘟疫与人 [M]. 余新忠、毕会成译. 北京:中信出版集团.

吴晓刚、孙秀林 . (2017). 城市调查基础数据库助力社会治理 [N]. *中国社会科学报*, 2017-11-08.

薛可、邓元兵、余明阳 . (2013). “非典”认知对当代大学生健康生活方式的影响研究 . *国际新闻界*, 5, 43-51.

杨之涵、罗思东 . (2022). 从全球风险社会到人类安全共同体：理论进阶分析 . *浙江工商大学学报*, 6, 138-148.

周全、汤书昆 . (2017). 媒介使用与中国公众的亲环境行为：环境知识与环境风险感知的多重中介效应分析 . *中国地质大学学报（社会科学版）*, 5, 80-94.

Bauer, R. A. (1960). *Consumer behavior as risk taking*. Boston: Harvard Business Press.

Berry, D. C. (2004). *Risk, communication and public health*. New York: Open University Press.

Cockerham, W. C. (2016). *The new Blackwell companion to medical sociology*. New Jersey: John Wiley & Sons.

House, J. S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2).

Kasperson, R. E., et al. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2).

Kitsak, M. (2010). Identifying influential spreaders in complex networks. *Nature Physics*, 22(6).

Lahelma, E. (2007). *Health and social stratification*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*,

70(5).

Pennings, J. M. E., & Smidts, A. (2003). The shape of utility functions and organizational behavior. *Management Science*, 49.

Pidgeon, N., Hood, C., Jones, D., Turner, B., & Gibson, R. (1992). Risk perception in risk: Analysis, perception and management. A report of the Royal Society Study Group. London: Royal Society.

Renn, O. (2008). Concepts of risk: An interdisciplinary review-Part 2. *GAIA-Ecological Perspectives for Science and Society*.

Rundmo, T., & Nordfjørn, T. (2017). Does risk perception really exist?. *Safety Science*, 93.

Sen, A. (2002). Why health equity?. *Health Economics*, 11(8).

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236.

Slovic, P. (1993). Perceived risk, trust, and democracy. *Risk Analysis*, 13.