



照顾资源供需视角下的 儿童身体健康与父母抑郁

盛 禾, 李建新

(北京大学 社会学系, 北京 100871)

【摘 要】成年人抑郁已成为全球性公共健康问题。当前研究大多在个体层面讨论导致成年人抑郁的因素及其分化,对家庭的影响讨论尚不充分。在中国的家庭文化中,父母对子女的期望和责任感尤为强烈,儿童生病往往构成家庭的冲击性事件,打破家庭常规的运行方式,需要父母付出额外的照料与经济成本,进而可能会影响父母的心理健康。特别是随着老龄化加剧与女性大量进入劳动力市场,传统以家庭为单位的照顾活动在日益增长的照料需求面前相形见绌,照顾资源的供给与需求状况构成了研究这一问题的结构性背景。本研究使用中国家庭追踪调查 2020 年数据,聚焦儿童身体健康对父母抑郁的影响及异质性,并将其置于照顾资源的供给与需求框架下进行分析。研究发现:在只有一名 0~16 岁儿童的家庭中,儿童生病或者因病就医会显著增加父母的抑郁水平,医疗开支越大父母的抑郁水平也显著更高。研究通过将自变量更换成生病的频率以及将样本更换为有多名儿童的家庭,发现上述结果具有一定的稳健性。此外,儿童身体健康对父母抑郁的影响存在性别与社会经济地位的分野。女性往往是承担照顾工作的主体,儿童生病会提高母亲的抑郁水平,对父亲的影响并不显著,这反映了中国传统家庭分工模式的作用。在居住城镇、教育程度较高的父母中,儿童身体健康不佳对父母抑郁的影响更大。研究还进一步在照顾资源供给与需求情境下讨论影响效应。从供给方面看,当祖辈能够提供照料支持或者父母一方不在业时,儿童生病对父母抑郁的影响相对较小,说明更多的照顾供给能够发挥“保护网”作用,在儿童生病时为家庭托底。从需求方面看,无论家庭中孩子总数多还是少、孩子的年龄大还是小,儿童生病都会显著提升父母的抑郁水平。本研究的发现对优化儿童照顾政策具有一定的启发意义,未来应当借鉴其他国家(地区)的先进经验,更加重视儿童的社会保障问题,平衡照顾资源的供需矛盾,重点增加照顾资源的供给,形成针对兼顾工作和子女照顾的制度性支持。与此同时,也需要在照顾议题中关注两性平等,推动男性参与儿童照顾,促进家庭成员之间的风险共担,为家庭赋能。

【关键词】儿童身体健康;父母抑郁;照顾资源;供给与需求

【中图分类号】C924.24

【文献标志码】A

doi:10.16405/j.cnki.1004-129X.2024.06.005

【文章编号】1004-129X(2024)06-0063-14

【收稿日期】2024-03-24

【基金项目】教育部人文社会科学重点研究基地重大项目:中国人口长期均衡发展关键问题研究(22JJD840001)

【作者简介】盛 禾(1996-),女,湖北武汉人,北京大学社会学系博士研究生;李建新(1962-),男,新疆伊宁人,北京大学社会学系教授,北京大学中国社会与发展中心研究员。

一、引言

在当代中国社会,成年人抑郁日益成为人口与健康领域的重要议题。随着社会的快速转型,经济发展与城市化加剧了个体在工作、家庭等方面的压力,成年人面临越来越多的心理负担。相关研究显示我国成年人抑郁终生患病率为6.8%,^[1]据此推测2022年患抑郁症人数达9 500万。世界卫生组织预测2030年抑郁症或将成为全球负担第一位的疾病。近年来国家发布了《“健康中国2030”规划纲要》及《“十四五”国民健康规划》,明确提出加强全面心理健康服务体系的建设,提升心理健康意识。因此,深化对成年人抑郁的研究具有现实意义。

当前研究大多从个体层面出发讨论导致成年人抑郁的因素及其分化,对家庭的影响讨论尚不充分。生命历程视角指出家庭成员之间的生命历程高度依赖,个体经历的影响往往会溢出拓展至其他成员。在中国的家庭文化中,父母对子女的期望和责任感尤为强烈,子女的身体健康状况会直接影响父母的情绪和心理状态。基于代际责任,儿童生病往往构成家庭的冲击性事件,打破家庭常规的运行方式,需要父母付出额外的照料与看护。教育部公布的数据显示中国儿童体质健康指标已连续20多年下降,近1/3的儿童存在不同程度的健康隐患。^[2]后疫情时代儿童身体健康不佳时常成为家庭的焦虑来源。

家庭中照顾资源的供给与需求提供了研究这一问题的结构性背景。随着老龄化加剧、人口平均预期寿命增加,加之第二次人口转变以来婚姻家庭的变迁与越来越多女性进入劳动力市场,传统以家庭为单位的照顾活动在日益增长的照料需求面前相形见绌。一方面,中间一代需要同时承担“老”与“小”的照料压力,家庭照料负担可能会超过自身的能力。^[3]另一方面,由于儿童抚养的精细化程度与育儿成本不断提高,儿童在家庭中的地位提升,当面临一老一小照顾需求叠加的情形时,家庭通常会优先满足儿童的照顾需求。^[4]此外,照顾资源的供给与需求还与家庭内部的性别分工以及家庭的社会经济地位息息相关,这些因素将共同影响成年人的抑郁风险。基于此,本文重点关注儿童身体健康与父母抑郁之间的关系,并将其置于照顾资源的供给与需求视角之下展开讨论。

二、文献回顾

中层理论指出情境性因素是影响个体心理健康的重要指征之一。近几十年以来越来越多的研究开始关注个体所经历的生活事件与心理健康之间的关系。生活事件是指导致人们生活方式突然发生变化的事件,这些事件可能在短期或者长期对个体生活状态造成影响,促使个体主动或被动调整生活方式。^[5]依照性质划分,生活事件可以分为积极与消极两类。积极生活事件能够让人产生愉悦的情绪情感体验,有利于个体的身心健康;负面生活事件(如失去工作、父母离异、生病受伤等)会造成消极的情感体验,产生不安、焦虑、抑郁等问题。已有研究指出暴露于压力性的生活事件与较高的抑郁水平相关。通过匹配抑郁症患者与非抑郁人群,有研究发现抑郁患者在总体压力生活事件量表上的得分更高。^[6]消极事件的严重程度、数量与抑郁症的发病率之间也存在线性关联。^[7]这说明压力性生活事件与抑郁之间存在剂量-反应关系,且在很大程度上取决于生活事件的类型与测量。此外,压力性事件对抑郁的影响也存在时间效应,多为短期影响。在相关生活事件发生后的一个月,个体更可能出现抑郁情绪,抑郁持续时间最长可达3~6个月。^[8]

个体主义视角的研究主要关注个体自身遭遇的生活事件对抑郁的影响,人口学、社会学则强调



家庭视角的引入,将生活事件的边界拓展至其他家庭成员。生命历程理论指出家庭成员之间的生命历程高度依赖,家庭中某个成员的经历会辐射至其他成员。具体而言,孩子的身体健康不佳会给父母造成精神压力。既有研究较多关注困境儿童或弱势儿童的健康状况对父母抑郁水平的影响。研究发现孩子患有严重的疾病时,父母会暴露于更高风险的心理压力中。养育患有自闭症的孩子通常会导致父母的心理困扰更多。^[9]照顾患有智力和发育障碍的儿童会增加父母抑郁与焦虑的风险。^[10]

从社会分层的视角考察,儿童身体健康对父母抑郁的影响存在社会经济地位的差异。一种观点认为社会经济地位更差的家庭在面对生活事件冲击时更容易出现心理问题。压力暴露假设指出生活事件的压力源在不同社会经济群体中的分布具有差异,社会经济地位较低的群体更可能暴露在更多的压力之中,心理健康的水平较低。^[11]压力脆弱性假设则强调“冲击-反应”的能力,个体对压力反应的脆弱程度存在社会经济地位的差异。社会经济地位较低的群体通常缺少物质、社会和心理等维度的应对资源,因此在面对生活事件的冲击上表现出更大的脆弱性。^[12]另一种观点由“地板效应(Floor Effect)”推演而来。社会经济地位较低的家庭可能面临更多生活事件的冲击,因此对冲击的敏感性较低、容忍性较高,单一事件所造成的负面影响较弱。而社会经济地位较高的家庭生活中的变数相对较少,一旦经历消极事件所造成的影响可能更大。

生活事件是否会影响心理健康在一定程度上取决于既有资源与应对能力,如金钱、时间以及服务等。^[13-14]金钱是最重要的物质类照顾资源,时间是照顾资源里最重要的非物质类资源。身体健康状况不佳的儿童通常需要更多的照料和陪护,恢复健康也需要经济上的医疗支出,因此会给父母带来额外的时间和经济约束。^[15-16]当面临生活事件的冲击时,灵活的家庭角色、稳健的财务能力都能够发挥重要的缓冲作用(Buffer Effect),使家庭在应对消极事件时保持一定的韧性(Resilience),具有韧性的家庭通常会通过减少压力源、发掘资源、提高应对能力等方法不断调整,帮助家庭快速恢复已有的功能。^[17]这种保护性功能也会作用于个人,减少家庭成员面临的冲击与负面情绪。

总体而言,现有研究针对儿童身体健康与父母抑郁的关系进行了初步探讨,但还存在着拓展与深化的空间。一方面,现有研究的对象仅覆盖少数特殊儿童,特别是患有某些严重疾病的儿童。但是更多的父母需要面对的是儿童的日常脆弱性,孩子偶发性的生病、因病就医更为普遍。尽管此类事件不一定会使家庭长期陷入困境,但同样需要父母集中动员家庭的照顾资源予以应对。因此,研究有必要在所有儿童群体中考察这一对关系。另一方面,现有研究对异质性的讨论不足。鲜有研究针对不同的家庭状况讨论其影响效应的不同,特别是结合照顾资源供给与需求的不同情境对影响效应进行分析。本研究将采用中国家庭追踪调查数据考察0~16岁儿童身体健康对父母抑郁的影响。这一数据具有全国代表性,可以提供有关中国当下社会事实的经验证据,数据的测量捕捉到了儿童日常生病的状况,弥补了现有研究只覆盖特殊疾病儿童群体的缺憾。本文将首先分析儿童在过去一段时间内身体健康状况对父母抑郁的影响,继而在此基础上分样本考察不同群体中的影响异质性,最后围绕几类照顾供给与需求情境分析其影响并提出针对性建议。

三、数据与方法

(一)数据

本研究使用的数据来自中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies,以下简称CFPS)。CFPS是由北京大学中国社会科学调查中心设计和实施的一项全国性、综合性、追踪性的社会调查项目,采

用多阶段、内隐分层、与人口规模成比例的系统概率抽样方法在全国 25 个省(区、市)抽取基线样本。自基线调查后,CFPS 每间隔 2 年对所有家户和个人样本展开了六轮持续追踪调查,截至目前 CFPS2020 是最新公开可获得的调查数据。

使用 CFPS2020 年数据分析儿童身体健康对父母抑郁的影响具有一定的优势。CFPS 采用了嵌套式的数据采集策略,不同于大多数其他入户调查只在家户中随机抽取一人访问,CFPS 对受访家庭中所有的基因成员及其直系亲属均进行个人问卷的访问,实现个体成员与家庭关系相嵌套的网络结构。^[18]就本文的研究问题而言,CFPS 单独设计了少儿问卷,家庭中所有 0~16 岁儿童均需其监护人代答相应问题,研究可以利用其嵌套设计将其子女信息匹配至成人库中。此外,CFPS 还提供了丰富的个体特征变量,便于进行统计控制。

本文的主要分析样本限定在只有一名 0~16 岁子女的个体中,这是因为考虑多子女家庭儿童身体健康状况的组合更为复杂,放在一起分析可能会造成效应的混淆。使用个案剔除法处理变量缺失值并将样本年龄限定为 60 岁以下后,最终样本量为 3 450。此外,研究单独构造了家庭中有多个 0~16 岁子女的成人样本作为补充,用以考察多子女生病的影响,删除主要变量的缺失后样本量为 2 522。

(二)变量与测量

本文的因变量为抑郁水平。在 CFPS2020 年的问卷中,抑郁水平采用的是 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression)量表。CES-D 量表是当前应用最为广泛的抑郁量表之一,主要测量内容包括情绪低落、无价值感、绝望、食欲下降、注意力差等抑郁症状。其原始量表包含 20 道题目,受访者过去一周内出现相关抑郁症状按照频率分为几乎没有(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),分别赋为 1 至 4 分。考虑题量太大,在调查中可能对受访者造成困扰,CFPS2020 年数据采用的是八道题的简化版本,要求受访者评估以下八种行为和感受:我感到情绪低落、我觉得做任何事都很费劲、我的睡眠不好、我感到愉快、我感到孤独、我生活快乐、我感到悲伤难过、我觉得生活无法继续。量表主要包含了躯体症状、抑郁情绪、积极情绪等项目。研究将反映积极情绪的题目进行反向赋分,并将分数加总为抑郁得分。为了保持量表的完整性,本研究采用的是转换后的 CES-D20 得分,得分越高表明抑郁状况越严重。

关键自变量为儿童的身体健康状况。这部分问题在少儿问卷中采集,本研究主要通过生病^①、就医、医疗支出三个变量来测量儿童的身体健康。生病情况由“过去一个月,孩子是否生过病”这一问题测量,“是”赋值为 1,“否”赋值为 0。因病就医状况由“过去 12 个月,孩子是否因病去医院或医疗场所看病”测量,“是”赋值为 1,“否”赋值为 0。医疗支出是过去 12 个月孩子由于伤病总体的医疗花费,由门诊、买药等伤病花费与住院费用加总得到,包含已报销和未报销的部分,是一个连续变量,进行了取对数处理。在稳健性检验中,研究将自变量替换成生病的次数,问卷中分别提问了孩子在过去一个月生病的次数、过去一个月因病就医次数以及过去 12 个月因病就医次数,均为连续变量。

针对家庭中有多个 0~16 岁子女的样本,研究通过综合多个子女过去一段时间的身体状况生成自变量。孩子们上月生病情况是多分类变量,分为家庭中 0~16 岁孩子均没有生病(参照类)、一个孩子生病(=1)、多个孩子生病(=2)。孩子们去年就医情况同样为分类变量,分为家庭中 0~16 岁孩子去年均没有因病就医(参照类)、一个孩子因病就医(=1)、多个孩子因病就医(=2)。多孩医疗总支

① 问卷中明确将“生病”界定为出现身体不适,并采用了药物或者其他方式治疗的状态。



出是将多个0~16岁孩子过去一年的所有医疗支出进行加总,并取对数。

控制变量包括儿童特征与父母特征。儿童特征主要是孩子的性别与年龄。性别为二分类变量,男性赋值为1,女性赋值为0。年龄由调查年份减去出生年份获得。在父母特征中,性别与年龄的构造方法与儿童特征相同。城乡为二分类变量,是指受访者当时的居住地,农村和城镇分别赋值为0和1。根据受访者所在省份,研究进一步划分了西部、中部和东部地区。受教育年限为连续变量,根据受访者的受教育程度进行换算。是否在业为二分变量,“不在业”和“在业”分别赋值为0和1,其中“不在业”包括当前没有工作以及由于退休导致的不在工作状态。家庭收入是指家庭的人均收入,通过对个体与家庭经济库进行匹配后获取相应信息,进行了取对数处理。婚姻状态包括“在婚”与“不在婚”两类,其中“不在婚”包括单身、离异、丧偶几个类别。

在对照顾资源供给与需求的分析中,研究还构造了是否有祖辈参与照管和是否为多孩家庭两个变量。是否有祖辈参与照管通过“一般情况,孩子晚上最主要由谁照管”这一问题测量,选项设有孩子的爸爸、妈妈、爷爷奶奶、外公外婆、保姆、其他等。本研究将相关选项合并,分为“主要由父母照管”和“由祖辈或其他照管”两类。是否为多孩家庭考察的是家庭中孩子的总数,需要特别说明的是尽管研究的主要结果限定在家庭中只有一名0~16岁子女的样本中,但是仍然存在一定比例的家庭有多个子女,即还有年龄在16岁以上的子女。家庭子女总数通过家庭关系库匹配得到,将只有一个子女的个体赋值为0,有多个子女的个体赋值为1。表1展示了主要变量的描述性统计信息。

表1 主要变量的描述性统计结果(N=3 450)

变量	变量编码	均值/百分比	标准差	最小值	最大值
抑郁水平	连续变量	33.00	7.59	22	68
上月是否生病	否=0,是=1	22.35			
去年是否就医	否=0,是=1	50.55			
医疗支出	连续变量,取对数	4.35	3.17	0	12.11
上月生病次数	连续变量	0.29	0.63	0	7
上月因病就医次数	连续变量	0.21	0.54	0	6
去年因病就医次数	连续变量	1.36	2.23	0	20
孩子年龄	连续变量	8.16	4.61	0	16
孩子性别	女性=0,男性=1	58.43			
父/母性别	女性=0,男性=1	46.72			
父/母年龄	连续变量	37.02	7.62	20	58
城乡	农村=0,城镇=1	57.07			
地区 西部	其他=0,西部=1	26.93			
中部	其他=0,中部=1	30.20			
东部	其他=0,东部=1	42.87			
受教育年限	连续变量	10.69	4.01	0	19
是否在业	不在业=0,在业=1	86.87			
家庭人均收入	连续变量,取对数	9.98	0.96	0	13.81
婚姻状况	不在婚=0,在婚=1	94.93			
主要照管人	父母=0,祖辈或其他=1	27.54			
多孩家庭	一孩=0,多孩=1	38.69			

注:变量编码为0者为参照组;“上月生病次数”与“去年因病就医次数”两个变量的样本量分别为3 449和3 314。

(三)分析方法

本研究首先关注儿童身体健康对父母抑郁的影响。由于因变量抑郁水平是连续变量,因此采用多元线性回归的方法进行估计。模型采用嵌套结构,第一组模型仅纳入对核心自变量儿童身体健康的测量,考虑儿童特征与父母的个体特征是可能混淆变量,第二组模型在第一组模型的基础上控制了儿童与父母特征,形成如下模型:

$$CESD_i = \beta_0 + \beta_1 Sickchild_i + X_i \delta + \varepsilon_i \quad (1)$$

i 代表父亲或者母亲,被解释变量 $CESD_i$ 代表个体 i 的抑郁水平, $Sickchild_i$ 表示个体 i 子女身体健康状况,通过是否生病、因病就医以及医疗支出进行测量, X_i 为一系列控制变量,包括孩子性别、孩子年龄、个体性别、个体年龄、城乡居住地、所在地区、受教育年限、工作状况、婚姻状况、家庭收入; ε_i 为随机误差。系数 β_0 是截距项, β_1 是研究关注的儿童健康对父母抑郁的影响效应, δ 为控制变量对应的回归系数构成的向量。其次,分析儿童身体健康对父母抑郁影响的异质性。采用分样本回归的方法分别考察儿童身体健康对父母抑郁的影响在不同性别、城乡、受教育水平、高低家庭收入群体中的效应大小,并对分组回归后组间系数的差异进行检验。最后,以分组回归的方式分析不同照顾资源供给与需求情境下的影响。

表2 儿童身体健康对父/母抑郁影响的OLS回归(N=3 450)

变量	模型(1)	模型(2)	模型(3)	模型(4)	模型(5)	模型(6)
是否生病	1.13*** (0.31)			1.18*** (0.31)		
是否因病就医		0.59* (0.26)			0.85** (0.26)	
医疗支出对数			0.15*** (0.04)			0.19*** (0.04)
孩子年龄				0.07 (0.04)	0.07 (0.04)	0.07 (0.04)
孩子性别				0.28 (0.26)	0.29 (0.26)	0.29 (0.26)
父/母性别				-0.59* (0.27)	-0.59* (0.27)	-0.59* (0.27)
父/母年龄				-0.06* (0.03)	-0.06* (0.03)	-0.05 (0.03)
城乡				0.53 (0.29)	0.53 (0.29)	0.50 (0.29)
地区(参照组:西部)						
中部				-0.64 (0.34)	-0.65 (0.34)	-0.59 (0.34)
东部				-0.91** (0.32)	-0.93** (0.32)	-0.86** (0.32)
受教育年限				-0.19*** (0.04)	-0.19*** (0.04)	-0.19*** (0.04)
是否在业				-0.07 (0.40)	-0.09 (0.40)	-0.13 (0.40)
婚姻状况				-2.73*** (0.58)	-2.76*** (0.58)	-2.78*** (0.58)
家庭收入				-0.64*** (0.64)	-0.66*** (0.64)	-0.66*** (0.64)
常数	32.75*** (0.15)	32.70*** (0.18)	32.33*** (0.22)	45.71*** (1.72)	45.79*** (1.72)	46.61*** (1.96)
R^2	0.004	0.001	0.004	0.040	0.039	0.042

注:括号内数值为标准误;*** $P<0.001$,** $P<0.01$,* $P<0.05$ 。下表同。

四、研究结果

(一)儿童身体健康对父母抑郁的影响

子女身体健康是否会影响父母的抑郁水平?表2



报告了全样本 OLS 回归结果。模型(1)至模型(3)是仅纳入儿童身体健康变量的基准模型,结果显示在只有一名 0~16 岁子女的家庭中,与上个月孩子没有生病的父母相比,孩子生病会显著增加父母的抑郁得分。与过去一年孩子没有就医经历的父母相比,孩子因病就医的父母更加抑郁。儿童的医疗支出越高,父母的抑郁水平也显著更高。考虑儿童特征与父母特征是儿童身体健康对父母抑郁影响的混淆变量,模型(4)至模型(6)在基准模型之上控制了这些变量。研究发现在儿童和父母各方面特征都相同的情况下,孩子生病、因病就医、更高的医疗支出会显著增加父母的抑郁水平。这说明在家庭的视角之下,中国社会中孩子的身体健康状况会对父母的心理健康造成影响,特别是在低生育率背景下,儿童已经成为家庭中重点保护和照看的对象,其精细化养育、生病照料等都需要父母的投入,体现出子女中心主义的特点与家庭内部的联动效应。

研究通过替换自变量进行了稳健性分析。表 3 展示了儿童生病与因病就医次数对父母影响的 OLS 回归结果。结果显示随着儿童上月生病次数、因病就医次数、去年因病就医次数的增加,父母抑郁得分也会显著增加。控制其他变量后三者每增加一次,父母抑郁水平将分别增加 0.83 分、0.73 分与 0.21 分。基于频率的测量反映出儿童生病的强度,儿童频繁生病将导致父母体力和心理上的极大消耗,考虑父母对子女有着强烈的情感依附,儿童生病还可能引发父母的内疚感和无助感,进而增加他们的压力和抑郁风险。这一结果也说明文章的主要发现具有一定的稳健性。

上述研究发现是否也适用于拥有多个 0~16 岁儿童的家庭?在此类家庭中可能出现多个子女同时生病的情况,表 4 展示了基于多儿童家庭的分析结果。可以看到多名儿童生病对父母抑郁水平的影响具有一定的梯度。与家中没有孩子上月生病相比,仅一个孩子生病会使父母抑郁水平显著升高 0.91 分,多个孩子生病会使父母抑郁水平显著升高 1.35 分。与家中没有孩子去年就医相比,仅一个孩子生病会使父母抑郁水平显著升高 0.56 分,多个孩子生病会使父母抑郁水平显著升高 0.88 分。与家中没有孩子去年就医相比,一个孩子因病就医的影响不显著,多个孩子因病就医会导致

表 3 儿童生病与因病就医次数对父/母抑郁影响的 OLS 回归

变量	模型(7)	模型(8)	模型(9)
上月生病次数	0.83*** (0.20)		
上月因病就医次数		0.73** (0.24)	
去年因病就医次数			0.21*** (0.06)
控制变量	控制	控制	控制
N	3 449	3 450	3 314

注:控制变量为孩子特征与父母特征,详见表 2 中的模型(4)至模型(6),此处省略,下表同。

表 4 多儿童家庭中孩子身体健康
对父/母抑郁影响的 OLS 回归(N=2 522)

变量	模型(10)	模型(11)	模型(12)
上月生病(无孩生病=0)			
一个孩子生病	0.91** (0.34)		
多个孩子生病	1.35** (0.48)		
去年就医(无孩就医=0)			
一个孩子就医		0.56 (0.35)	
多个孩子就医		0.88** (0.34)	
多孩医疗总支出对数			0.22*** (0.05)
控制变量	控制	控制	控制

父母抑郁水平显著升高0.88分。多个孩子的医疗总支出越高,父母的抑郁水平也显著越高。这表明在多儿童家庭中,子女身体健康状况同样是影响父母心理健康状况的重要因素,多名儿童同时生病会显著增加家庭的照顾压力。

(二)儿童身体健康影响父母抑郁的异质性分析

表5展示了儿童身体健康对父母抑郁影响的分样本回归结果。儿童照料分工是高度性别化的,分父亲与母亲的结果显示:孩子是否生病、是否因病就医对母亲抑郁水平的影响显著为正,对父亲的抑郁水平不存在显著影响。这主要是因为女性通常将大部分的时间用于照料孩子、做家务等,而男性则会用于从事有报酬的市场化工作,从而形成“男主外、女主内”的家庭分工模式。^[19]即使当今女性受教育程度和就业率大幅提高,社会对女性的期待依然包括具有高度利他属性的无酬家务劳动和照料工作。女性在职场之中的工作是第一轮班,回到家还需要承担家务劳动等第二轮班。^[20]而在儿童照料方面,20世纪80年代以来兴起的“密集母职”观念强化了母亲在儿童照料中的角色。母亲被视为孩子最好、最理想的照顾者,母亲应该以孩子身心利益最大化为目标,全心全意投入孩子照顾,甚至放弃自己的需要和利益。^[21]CFPS数据结果也显示母亲作为孩子主要照料人的比例超过50%,在儿童照料中占据绝对的主导地位。当儿童出现身体健康状况时,也更多地由母亲协调工作与家庭,付出时间与精力进行照顾。本研究发现这种家庭分工造成了男女两性在心理健康上的分化,女性付出更多,心理健康水平也更差,这种以牺牲女性健康为代价的模式不利于家庭的可持续发展。特别是随着国家照顾支持的弱化,女性的照顾者角色不断强化,会进一步加剧性别之间的分化。不过在医疗支出方面,儿童就医的花费越高,父亲与母亲的抑郁水平均更高,两性之间不存在显著差异。这反映出随着双薪家庭的日益普遍,男女两性共担经济压力,对家庭的经济开支都更加重视。

中国社会中城镇与农村之间仍存在资源配置与社会福利的分野。表5结果显示孩子生病、因病就医会显著提高居住在城镇的父母的抑郁水平,对居住农村的父母并不存在显著影响,两个组别在因病就医的影响上存在显著城乡差异。此外,无论是居住农村还是城镇,孩子医疗支出的增加都会提升父母的抑郁水平。一方面,城市中的父母通常面临更高的生活成本和工作压力,工作与照顾孩子的时间冲突会加剧孩子生病时父母的抑郁情绪;另一方面,虽然城市的医疗资源相对丰富,但也可能使父母对孩子的健康期望更高,儿童健康问题造成父母心理压力的可能性更大。随着城市化的发展家庭不断小型化,社会支持网络有所弱化,父母较少能够从社会网络中获得情感与生活支持,因此当面临孩子生病事件的冲击时更容易产生心理健康问题。

父母的社会经济地位既影响儿童养育状况,同时也是心理健康分化的重要来源。研究采用父母的受教育程度以及家庭人均收入来评估家庭的社会经济地位。受教育程度根据学历是否为大专及以上学历划分为高教育程度与低教育程度。结果显示过去一年中孩子因病就医对父母抑郁的影响在高教育群体中显著为正,在低教育群体中不显著,高低教育群体之间存在显著差异。孩子是否生病以及医疗支出对高、低教育程度的父母均存在显著正向影响,调节作用不显著。家庭人均收入根据中位数划分为高收入与低收入。研究发现不论收入高低,孩子生病、因病就医、更高的医疗支出都会显著增加父母的抑郁水平,组间差异不显著。

儿童身体健康对父母抑郁的影响在社会经济地位较高的家庭中相对突出。除了“地板效应”假设作为解释外,还可能存在两个原因。其一,家庭对疾病及孩子价值的认知。尽管孩子是否生病或去医院是客观的行为,但也在一定程度上依赖于家长对疾病的认知。在社会经济地位较高的家庭



中,父母对各类疾病的知识更加了解,也更可能及时采用合理的医疗手段针对性治疗疾病。其二,更高的社会经济地位与更大的时间压力有关,时间是更为有限的资源。在这类家庭中,儿童生病更容易改变家庭的日常秩序,且父母提供照料的机会成本高,因此更可能引发焦虑、抑郁等情绪。

表 5 儿童身体健康对父/母抑郁影响的分样本回归

变量	性别			父/母城乡		
	母亲	父亲	组间差异	农村	城镇	组间差异
是否生病	1.85*** (0.41)	0.36 (0.46)	是	0.88 (0.50)	1.37*** (0.39)	否
是否因病就医	1.15** (0.35)	0.47 (0.39)	否	0.23 (0.41)	1.34*** (0.34)	是
医疗支出对数	0.25*** (0.06)	0.11+ (0.06)	否	0.20** (0.06)	0.18** (0.05)	否
N	1 838	1 612		1 481	1 969	
变量	父/母教育程度			家庭人均收入		
	低教育程度	高教育程度	组间差异	低 50%	高 50%	组间差异
是否生病	1.07** (0.38)	1.38** (0.47)	否	1.49** (0.49)	0.82* (0.40)	否
是否因病就医	0.48 (0.31)	1.78*** (0.47)	是	0.96* (0.40)	0.67* (0.34)	否
医疗支出对数	0.18*** (0.05)	0.20** (0.07)	否	0.24*** (0.06)	0.13* (0.04)	否
N	2 468	982		1 568	1 882	

注:*** $P<0.001$,** $P<0.01$,* $P<0.05$,+ $P<0.1$;低教育程度是指父母教育为高中及以下,高教育程度为大专及以上;组间差异是指差值是否在 95% 水平上显著。

(三)不同照顾资源供给与需求情境下的影响

本研究将进一步考察家庭在不同的照顾资源供给与需求情境下儿童身体健康对父母抑郁的影响,这些具体情境可以为政策制定提供更精准的信息,也有助于识别风险群体。

1. 照顾供给情境

照顾资源的供给需要人力来支撑,具体讨论两种情况。第一,家庭中有祖辈或者其他人分担照料压力。已有研究发现:为了缓解母职压力,在中国城市家庭中开始广泛存在代际育儿合作的现象,祖辈会以“帮忙者”的角色进入子女家庭,承担大量生理性抚育和家庭照料的工作。^[22]在“祖辈管生活、父母管教育”的模式之下,祖辈的参与很大程度增加了家庭照顾资源的供给,缓解了父母在儿童照料上的压力。图 1 报告了分“主要由父母照管”和“由祖辈或其他照管”两类样本的 OLS 回归结果,图中 95% 置信区间横跨零值则结果不显著,在零值右侧为正效应,左侧为负效应。可以发现只有当父母亲自参与照料儿童时,儿童生病、因病就医才会对他们的抑郁水平造成影响。当孩子主要由祖辈或者其他人照料时,父母的照料压力得到缓解,抑郁水平的升高并不显著。不过,由于祖辈或者其他人参与照料更多增加的是照料时间供给而非经济资源供给,因此医疗支出对抑郁水平的影响依然显著。

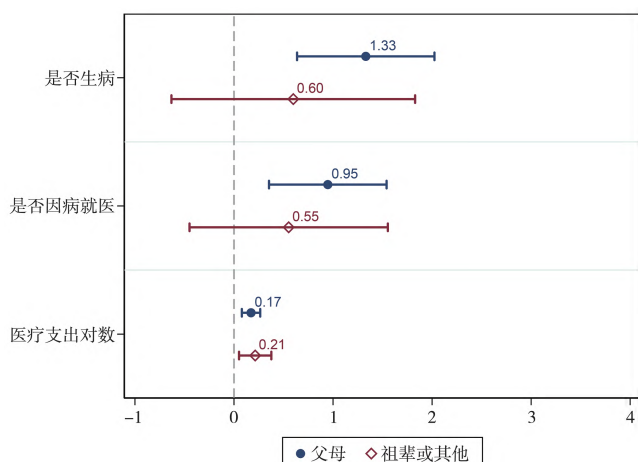


图1 分主要照料人的样本OLS回归结果

注:图中数值为回归系数,线段展示为95%置信区间,下图同。

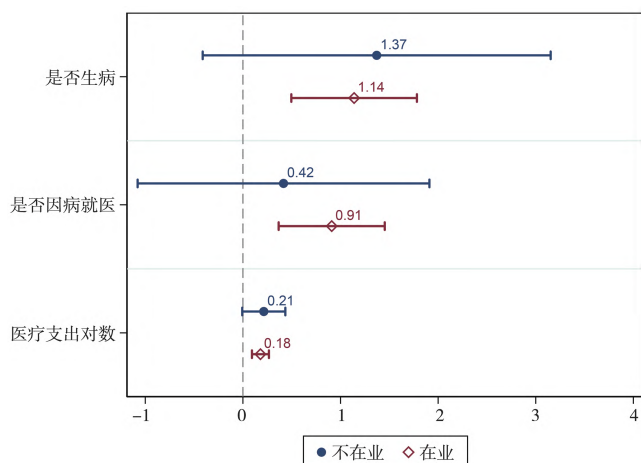


图2 分父母在业状况的样本OLS回归结果

对照顾资源提出更高需求,家庭中有限的资源需要在多个孩子之间分配。图3展示了分独生子女家庭和多子女家庭的OLS回归结果。结果显示无论是独生子女家庭还是多子女家庭,家中0~16岁的孩子生病、因病就医、更高的医疗支出都会显著增加父母的抑郁水平,只是在多子女家庭中系数值略大。多子女家庭中孩子需求增加是多种因素共同作用的结果,子女的需求通常包括健康、教育、情感支持等多个方面。孩子的数量越多,照顾需求就越叠加,父母越需要投入更多的时间和精力来满足每个孩子的需求。不过在本研究的分析样本中,独生子女家庭中只有一名0~16岁儿童,多子女家庭由一名0~16岁儿童和一名或多名16岁以上子女构成,样本分布特点在某种程度上导致两组之间的结果差异不大。

第二,儿童的年龄阶段不同,照顾需求不同。在婴幼儿时期,儿童通常需要父母或照顾者提供全天候的看护,这一时期照顾需求非常高,父母的身体、心理和情感投入较大。等到儿童更大一些,身体上的照顾需求有所减少,但仍需要在学习辅导、日常起居、社会活动等方面提供支持。由于本文关注的是0~16岁儿童,考虑样本分布的平衡性,研究以儿童年龄中位数8岁作为划分样本的依据。孩

第二,父母一方不在业全职照料家庭。图2展示了分父母工作状态的OLS回归结果。对于在业的父母而言,儿童生病、因病就医以及医疗支出的增加会显著增加他们的抑郁水平。这主要是由于工作与家庭是当代成年人生活中的两个重要领域,二者的冲突和失调是压力的来源,会导致负面的心理健康后果。^[23]如果父母中有一方不在业,那么家庭中整体的照料资源会有所增加。图2结果显示不在业群体中儿童身体健康不佳对父母抑郁水平的影响不显著。不过,工作与家庭照顾之间的关系具有两面性。一方面,工作的时间投入与家庭中的照顾需求会产生冲突。特别是当工作的灵活性不足时,固定的工作时间难以应对孩子突发性身体健康状况所引发的照顾需求。但是另一方面,工作收入是家庭经济支持的重要保障。高收入不仅意味着针对医疗支出的给付能力,还会影响医疗服务的选择与利用。

2. 照顾需求情境

照顾资源的需求取决于被照顾者,在本文指孩子状况,研究同样讨论两种情形。第一,当家庭中有多个子女时会

子 8 岁及以下主要涉及婴幼儿时期以及小学低年级阶段,8 岁以上则主要是学龄期和青春期阶段。图 4 展示了分儿童年龄的样本 OLS 回归结果。可以发现无论儿童处于哪一个阶段,生病和因病就医都会显著增加父母的抑郁水平,组间的差别并不是很大。这也说明在中国社会儿童的照顾责任与经济压力是普遍的,所有年龄段的孩子在生病时都需要照顾,虽然具体的照顾方式可能不同,但父母的照顾责任和压力是一致的。

综合以上照顾资源的供给与需求情境可以发现照顾供给更可能调节儿童身体健康对父母抑郁的影响。当祖父母能够提供照料支持或者父母一方不在业时,家庭中的照顾资源供给有所增加,能够有效缓解儿童生病对父母心理健康的负面影响。而无论家庭中孩子多还是少、孩子的年龄大还是小,儿童生病都会显著提升父母抑郁水平,组间的差异并不大。其根本原因在于照顾资源供给的外生性与照顾资源需求的内生性。照顾供给通常受政策、家庭条件和经济条件等外部因素的影响,当供给能够快速响应家庭的需求时,父母可以更容易获得所需的支持。照顾需求通常是由家庭内部的因素所驱动,包括孩子的健康状况、家庭成员的心理状态、生活环境等。只要照顾需求存在,就会对父母提出要求,而需求的多少可能是相对次要的问题。照顾资源供给与需求的不同特性对政策优化具有启发意义。

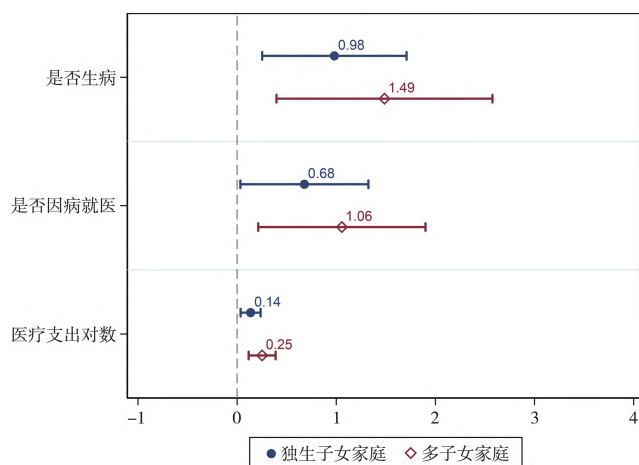


图3 分家庭子女总数的样本 OLS 回归结果

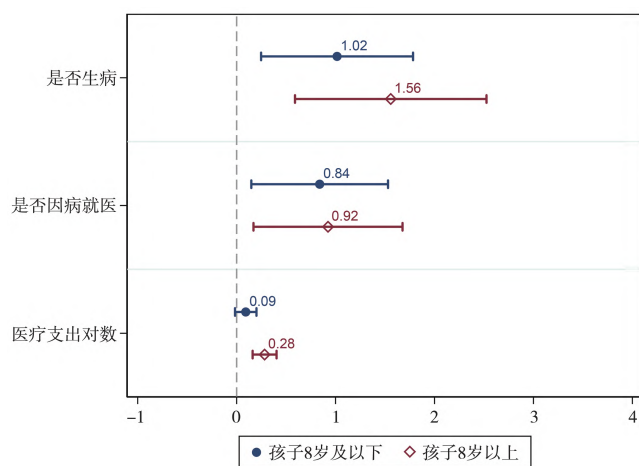


图4 分儿童年龄的样本 OLS 回归结果

五、结论与讨论

本文关注儿童身体健康状况与父母抑郁之间的关系。不同于以往研究仅从个体自身因素出发寻找抑郁的原因,研究聚焦儿童身体健康不佳这一具体的情景,考察儿童生病、因病就医等生活事件对父母抑郁水平的影响。研究发现儿童生病或者因病就医会显著增加父母的抑郁水平,医疗开支越大,父母的抑郁水平也越高。进一步将自变量采用频率测量、拓展至多个子女同时生病的情境,上述影响同样成立。此外,影响效应存在性别与社会经济地位的分化。儿童生病仅会增加母亲的抑郁水平,对父亲的影响并不显著。居住城镇、高教育水平的家庭儿童健康不佳对父母抑郁的影响更大。从照顾资源的供给与需求来看,当祖父母能够提供照料支持或者父母一方不在业时,儿童生病对父母抑郁的影响相对较小;而照料需求的多少并不会显著改变影响效应。

本研究将儿童身体健康状况与父母抑郁的关系置于照顾的供给与需求视角下进行分析。照顾之所以成为问题,关键在其稀缺性和不确定性,照顾者与被照顾者始终处于关系结构中,因此会受到周边多重因素和关系的影响而导致脆弱性。^[24]已有研究指出在家庭功能弱化的大背景下,以家庭为主的儿童照顾安排已经难以维系,产生了一系列的负面影响。在宏观层面,儿童照料是人口再生产得以实现的必要条件。^[25]儿童照料资源不足会抑制家庭的生育意愿,当前生育政策已经有所放松,儿童照顾压力成为束缚家庭再生育的主要担忧之一。^[26]本文以父母抑郁为结果提供了微观层面的经验证据,结果表明如果儿童照顾资源不足可能会对父母心理健康造成负面影响,对此重点在于增加照顾资源的供给,更多的照顾资源供给能够发挥“保护网”作用,在面临儿童生病事件时为家庭托底,减少父母抑郁的发生。

上述研究发现具有一定的政策启发意义。从国际比较的视野出发,各国针对儿童照料压力的负面影响已出台了一系列保护性政策。北欧国家为需要特殊照顾的儿童父母提供了额外的假期。挪威12岁以下生病孩子的父母每年有10~15天的照顾假,单亲家庭的父母可以享受20~30天的照顾假。在瑞典,劳动力市场存在一定程度的性别隔离,女性更可能因为家庭和子女的需要使用亲子假期、灵活就业安排等。^[27]瑞典的家庭政策体系建设较为完备,除了常见的亲子假期、儿童津贴、兼职工作机会外,还推行了“父亲假期”(Daddy Month)和“性别平等津贴”制度(Gender Quality Bonus)。^[28]同为东亚国家的日本也引入了当孩子发生紧急事件时的休假照料。

中国的实证发现和各国的实践经验都表明未来我国的政策导向需要关注几点核心问题。一是儿童的社会保障。当前我国已进入“少子老龄化”社会,儿童健康关系到国家和民族未来的可持续发展。《“健康中国2030”规划纲要》指出要实施健康儿童计划,加强儿童早期发展,加强儿科建设,加大儿童重点疾病防治力度。与此同时,医疗保险应该发挥经济保障的功能,如何针对性地推广少儿医疗保险,缓解儿童健康对家庭的冲击,帮助家庭减轻儿童的抚养压力,是未来政策值得重点关注方向。二是如何平衡照顾资源的供需矛盾,重点在于增加照顾资源的供给。当前中国社会还缺乏兼顾工作和照料子女的制度性支持,需要进一步完善假期制度,在带薪产假的基础上增设亲职假。以创设假期为代表的家庭友好的工作环境能够减少个人工作与家庭之间的冲突,促进工作和家庭的平衡。三是照顾问题上的性别友好机制。女性承担了更多的儿童照料工作,她们也更可能因此存在抑郁风险。这种负向循环的结果不仅会抑制个体的生育意愿,更会造成社会整体的生育低迷。尽管在公共领域内两性平等取得了突破性进展,女性在教育获得与劳动力市场参与中占据了一席之地,但私下领域内的“第二轮班”仍然是她们的巨大困扰。值得借鉴的经验是推动男性参与儿童照料,如在父亲假和父母假中增加父亲配额,促进家庭成员之间的风险共担,为家庭赋能。

当然,研究还存在一定的局限性。由于使用的是截面数据,研究无法很好地处理因果关系的双向性问题。儿童生病可能是引发父母抑郁的原因,反之父母心理健康不佳也可能对儿童身体健康造成影响。未来的研究可以基于纵贯数据通过交叉滞后模型等对二者的关系作进一步讨论,以深化对家庭内个体互动的认识。

【参考文献】

- [1] Lu J, Xu X, Huang Y, et al. Prevalence of Depressive Disorders and Treatment in China: A Cross-sectional Epidemiological Study[J]. The Lancet Psychiatry, 2021, 8(11): 981-990.



- [2] 两会热点:青少年体质连续 20 多年下降[EB/OL]. (2020-05-25)[2024-03-02]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1667625880118632319&wfr=spider&for=pc>.
- [3] 李建新. 低生育率的社会学后果研究[J]. 社会科学, 2001(2):64-68.
- [4] 钟晓慧, 彭铭刚. 养老还是养小:中国家庭照顾赤字下的代际分配[J]. 社会学研究, 2022(4):93-116, 228.
- [5] 陈红敏, 赵雷, 伍新春. 生活事件对情感和行为的影响:理论比较与启示[J]. 心理科学进展, 2014(3):492-501.
- [6] Brown G W, Harris T. Social Origins of Depression: A Reply[J]. Psychological Medicine, 1978, 8(4):577-588.
- [7] Kendler K S, Karkowski L M, Prescott C A. Stressful Life Events and Major Depression: Risk Period, Long-Term Contextual Threat, and Diagnostic Specificity[J]. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1998, 186(11):661-669.
- [8] Hammen C. Stress and Depression[J]. Annual Review of Clinical Psychology, 2005(1):293-319.
- [9] Weiss J A, Cappadocia M C, MacMullin J A, et al. The Impact of Child Problem Behaviors of Children with ASD on Parent Mental Health: The Mediating Role of Acceptance and Empowerment[J]. Autism, 2012, 16(3):261-274.
- [10] Scherer N, Verhey I, Kuper H. Depression and Anxiety in Parents of Children with Intellectual and Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. PLoS ONE, 2019, 14(7):e0219888.
- [11] Kessler R C, Price R H, Wortman C B. Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes[J]. Annual Review of Psychology, 1985, 36(1):531-572.
- [12] Pearlin L I. The Sociological Study of Stress[J]. Journal of Health and Social Behavior, 1989, 30(3):241-256.
- [13] Bettio F, Plantenga J. Comparing Care Regimes in Europe[J]. Feminist Economics, 2004, 10(1):85-113.
- [14] Daly M, Ferragina E. Family Policy in High-income Countries: Five Decades of Development[J]. Journal of European Social Policy, 2018, 28(3):255-270.
- [15] Gould E. Decomposing the Effects of Children's Health on Mother's Labor Supply: Is It Time or Money?[J]. Health Economics, 2004, 13(6):525-541.
- [16] Agostinelli F, Sorrenti G. Money vs. Time: Family Income, Maternal Labor Supply, and Child Development[Z]. University of Zurich, Department of Economics, Working Paper, 2021.
- [17] Patterson J M. Integrating Family Resilience and Family Stress Theory[J]. Journal of Marriage and Family, 2002, 64(2):349-360.
- [18] 孙妍, 吴琼, 张春泥. 中国家庭追踪调查:设计理念及数据运用问题[J]. 调研世界, 2024(1):4-14.
- [19] Becker G S. A Treatise on the Family: Enlarged Edition[M]. Harvard University Press, 1993.
- [20] Hochschild A, Machung A. The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home[M]. Penguin, 2012.
- [21] Hays S. The Cultural Contradictions of Motherhood[M]. Yale University Press, 1996.
- [22] 肖索未. “严母慈祖”:儿童抚育中的代际合作与权力关系[J]. 社会学研究, 2014(6):148-171, 244-245.
- [23] Frone M R, Russell M, Cooper M L. Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface[J]. Journal of Applied Psychology, 1992, 77(1):65-78.
- [24] 吴小英. 照料的问题化及其政策选择:一个家庭变迁视角的探讨[J]. 杭州师范大学学报(社会科学版), 2020(6):80-90.
- [25] 吴帆, 王琳. 中国学龄前儿童家庭照料安排与政策需求:基于多源数据的分析[J]. 人口研究, 2017(6):71-83.
- [26] 钟晓慧, 郭巍青. 人口政策议题转换:从养育看生育:“全面二胎”下中产家庭的隔代抚养与儿童照顾[J]. 探索与争鸣, 2017(7):81-87, 96.
- [27] Haas L, Hwang C P. The Impact of Taking Parental Leave on Fathers' Participation in Childcare and Relationships with Children: Lessons from Sweden[J]. Community, Work and Family, 2008, 11(1):85-104.
- [28] Duvander A Z. Family Policy in Sweden: An Overview[J]. Social Insurance Report, 2008, 15:1-18.

[责任编辑 韩淞宇]

Children's Physical Health and Parental Depression : A Caregiving Resource Supply and Demand Perspective

SHENG He, LI Jianxin

(Department of Sociology, Peking University, Beijing, 100871, China)

Abstract: Adult depression has become a global public health issue. While much of the existing literature examines individual-level determinants of depression, less attention has been paid to the family context. In Chinese family culture, parents' expectations and sense of responsibility toward their children are strong, and children's illness can be a disruptive event for the family. It disrupts the normal family functioning and imposes additional caregiving and financial demands, which may in turn affect parental mental health. Particularly in light of the escalating aging population and the significant influx of women into the labor force, traditional family-centered caregiving activities have become increasingly insufficient to meet the growing demands for care. Therefore, the balance between caregiving supply and demand forms the structural context for understanding this issue. Using data from the 2020 China Family Panel Studies (CFPS), this study examines the impact of children's health on parental depression and analyzes the heterogeneity within the caregiving supply and demand framework. The study finds that among parent with only one child aged 0~16, the child's illness or medical treatment significantly increases parental depression levels. Higher medical expenses are associated with greater parental depression. These results remain robust when the analysis accounts for illness frequency and when extended to families with multiple children. The study also reveals gender and socioeconomic differences in the effects of children's health on parental depression. Women, as the primary caregivers, experience significant increases in depression when their children fall ill, whereas the impact on fathers is not as pronounced. This shows the influence of traditional family roles in China. The negative impact of the child's poor health on parental depression is more pronounced among parents living in urban areas and those with higher educational attainment. Further analysis explores the effects of caregiving supply and demand. On the supply side, when grandparents are available to provide caregiving support or when one parent is not employed, the impact of children's illness on parental depression is mitigated. This indicates that increased caregiving supply serves as a "safety net", providing crucial support to the family. On the demand side, regardless of the total number of children in the family or their ages, children's illness consistently elevates parental depression levels. The findings offer important insights for optimizing child care policies. Drawing on the advanced experiences of other countries, it is crucial to place greater emphasis on social protection for children, address the imbalance between caregiving supply and demand, and prioritize increasing caregiving resources. Institutional support should be developed to help parents balance work and child care. Additionally, it is essential to promote gender equality in caregiving by encouraging fathers' involvement in child care and fostering a shared responsibility for family risks. This would not only alleviate the mental health burden on parents but also empower families to better manage caregiving challenges in a rapidly changing social context.

Key Words: Children's Physical Health, Parental Depression, Caregiving Resource, Supply and Demand