

澳大利亚原住民健康状况研究 (2000—2019年)*

周云

摘要：近年来，中国学者开始讨论澳大利亚原住民的议题，但针对其健康状况的研究仍显不足。本文利用澳大利亚统计局官方资料，特别分析了原住民的健康状况，主要是对平均预期寿命以及健康自评、患病状况和健康风险因素现状的分析；同时探讨原住民在相关议题上与非原住民之间的差别。整体来看，澳大利亚原住民的健康状况与非原住民相比依旧处于劣势位置，仍需付出很大的努力以追平整体国民的健康水平。

关键词：健康状况；澳大利亚原住民；健康风险因素

A Study on the Health Issues of Australian Aboriginals (2000-2019)

Yun Zhou

Abstract: Australian Aboriginals have been a research subject for Chinese scholars in recent years; however, studies specifically addressing the health issues of this population remain relatively insufficient. Based on the data from the Australia Bureau of Statistics, this article analyzes the health status of the Aboriginals, especially their life expectancy, self-assessed health status, long-term health conditions, and health risk factors. It also discusses the difference in health status between Aboriginals and non-Aboriginals. In general, health conditions of the Aboriginals are inferior to those of non-Aboriginals. They need to make greater efforts to match the national level of health in the future.

Keywords: health status; Australian Aboriginals; health risk factors

* 本文系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”（项目编号：22JJD840001）的阶段性研究成果。作者在此感谢项目对本研究的支持。

1 引言

每个国家都有其独特的历史沿革和历史进程，每个国家的民族和种族格局也都有所不同。就澳大利亚而言，其民族和种族的形成与其国家建立的特点紧密相连。在欧洲移民来到之前，大约有30万土著生活在澳大利亚这片土地上。从英国建立第一个殖民地开始到19世纪中期，澳大利亚主要被英国当作罪犯流放地，自愿移居的自由移民数量很少（例如：克拉克，1973a、1973b；莫瑞，2017）。后来墨尔本附近发现金矿后，世界各地的移民才大量涌入澳大利亚。现今澳大利亚往往将白人出现在这一土地之前的居民称为原住民。澳大利亚的原住民（Indigenous peoples）主要指欧洲人到来之前居住在澳大利亚大陆的原住民（Aboriginal）和居住在澳大利亚东北部托雷斯海峡群岛的岛民（Torres Strait islander peoples）。^①将原住民分成这两大类别，可能与他们居住在澳大利亚大陆还是澳大利亚群岛岛屿有关，但具体个人对原住民身份的认同则不必根据其居住地来确定。澳大利亚1967年的公投结果要求澳大利亚的人口普查要包括所有原住民和托雷斯海峡岛民^②——由此可以推测出以往的人口普查不包含原住民。与美国人口普查明确要求填写种族类别不同（周云，2022），澳大利亚统计局主导的人口普查只填写原住民身份信息，^③但人们可通过其他普查问题得知这一个体的种族身份（如普查中询问是否是澳大利亚公民、出生的国家、父母出生国家、在家使用英语之外的语言、祖籍等）。^④因此，通过国家统计，我们能够一定程度解释和分析澳大利亚原住民的规模和特点。本文将在简要归纳中国有关澳大利亚原住民过往研究的基础上，展示澳大利亚原住民健康的现状，说明原住民健康发展的特点及与主流社会的差距，提供人群健康公平发展可能途径的一些思考。

2 文献综述

目前中国国内针对澳大利亚原住民议题已有多领域的研究。汪诗明曾对以往研究的内容和特点做过细致的总结。他认为，早期研究，特别是在20世纪60年代至20世纪80年代初，以翻译为主；之后则出现国内学者的自主研究。研究的广度和

① 资料来源于大英百科全书官网（读取日期：2024年12月11日）。

② 1901年1月1日施行的澳大利亚宪法中的127条规定统计人口时不计算原住民；1967年5月27日对宪法的公投结果同意改变澳大利亚宪法，规定原住民和托雷斯海峡岛民要被统计进总人口中。资料来源于澳大利亚统计局官网与澳大利亚原住民和托雷斯海峡岛民研究所官网（读取日期：2024年12月13日）。

③ 如普查问卷个人表单中的第9个问题：“您是原住民或托雷斯海峡岛民吗？”；其回答有三种选择——“不是”“是原住民”“是托雷斯海峡岛民”。普查指导回答者，如果自己既是原住民又是托雷斯海峡岛民，则需要勾选两个“是”的回答。资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

④ 资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

深度有所加强始于20世纪90年代；这时涵盖原住民问题的研究著作相继推出，专题性研究论文也有所增加。进入21世纪以来，国内有关澳大利亚原住民的研究议题不断扩展，已经不再局限于传统议题（如原住民的起源、社会组织等），延伸至原住民的宗教与文化、同化政策，或原住民现状问题（汪诗明，2019）。针对澳大利亚原住民的专著中，与本研究主题相关的主要是阮西湖、石发林、杨洪贵和汪诗明的研究。作为《世界各国民族志》丛书之二的《澳大利亚民族志》，作者基于自身1985年在澳大利亚的短暂考察和大量文献，书写了澳大利亚原住民居民的历史和现状、英国移民的作用以及多元文化政策和不同族群团体的基本状况。这部著作中特别分析了澳大利亚原住民人口的演变，作者认为“人口问题是与原住民民族的前途直接联系的”（阮西湖，1987a：66）。多年后，基于现有大量文献，石发林对澳大利亚的历史、宗教神话、社会组织、艺术、语言、文学以及针对原住民的社会政策等做了全面的整理和展现；其中也简要讨论过原住民人口及其分布（石发林，2009）。杨洪贵则专门关注了混血原住民、一个原住民与白种人混血的议题。他更多从其产生的缘由、社会的应对以及社会政策变化的角度进行分析和书写（杨洪贵，2003）。更为新近的专著则是以种族和解为主线对澳大利亚原住民问题的研究，更多讨论的是原住民政策的发展历程及至21世纪初的政策现状（汪诗明，2019）。除专著外，也有研究论文关注澳大利亚的原住民及人口。学者特别关心澳大利亚联邦政府的原住民政策，其产生的原因、形成和实施（阮西湖，1987b）。这类政策直接关系到澳大利亚原住民人口的发展。

中国国内关于澳大利亚原住民人口的健康仅有零星关注。费孝通于1981年参观考察过澳大利亚原住民居民点，就此发表了有关原住民的历史、文化、生活状况及国家政策等主题的论文（费孝通，1981）。阮西湖曾根据在当地原住民社区的考察，对当地居民社会的政治生活、经济和医药卫生方面做过说明（阮西湖，1987c）。他认为，尽管原住民社区的医药卫生已有很大的改善，但总体卫生条件依旧很差；原住民患各种疾病和不健康的情况比其他澳大利亚人要多和严重；不健康的原因主要是居住条件差、营养不充足和卫生设施差。也有学者通过平均预期寿命、死亡率、婴儿死亡率等现状的讨论，总结出原住民总体健康水平较为低下；认为影响他们健康状况的主要因素有缺乏足够的健康保障意识、卫生服务利用效率低、受地理位置所限就医和卫生管理成本高、专业技术人员不稳定等；也提到澳大利亚政府为改善原住民健康在做的一些努力（如加大对原住民卫生的支持力度；定向资助和培养原住民医务人员；采取巡回医疗方式提供服务；更利用原住民社区组织开展健康促进、疾病监测、卫生干预、协助转诊等活动）（姚建红，2006）。韩俊红则以现有文献为支撑，讨论了澳大利亚原住民健康问题的历史和社会因素、政府的政策干预和政策效果（韩俊红，2017）。

相比较国内对澳大利亚原住民人口和健康的研究，国外的研究成果则更加丰

富。但数据资料来源和质量一直是一个问题。人类学家夏普早在1940年就指出，人们很少研究澳大利亚原住民的一个重要原因是缺少人口数据（Sharp, 1940）。他根据自己人类学田野调查中收集到的来自北部昆士兰州属于四个原住民部落的393人的资料，对其人口的地理分布、年龄、性别、婚姻及一妻多夫状况、生育/死亡做了讨论；提到判断原住民人口年龄遇到的问题。尽管澳大利亚自1788年就开始进行人口调查，但因什么人 是原住民的问题（如纯血统、半血统、其他亚类别等）以及部落/偏远地区原住民难以登录导致人口普查中对原住民信息的收集不足；但当下人口普查中的原住民人口信息相比早期人口普查要丰富和准确得多。史密斯就曾对澳大利亚原住民人口做过详细的分析，其研究中早期原住民人口资料主要来自非原住民资料和原住民记忆中的家谱信息，后期人口则主要利用官方信息（Smith, 1980）。霍顿利用1966年的人口普查估计了原住民人口的总量和其占总人口的比例（0.69%）；认为原住民人口在总人口中的占比可能会因为混血、欧洲移民的涌入而越来越小；原住民人口在一些区域瞩目（如北领地），农村中原住民人口的占比也高于城市的占比（Houghton, 1970）。基于1991年的人口普查数据，人们分析了澳大利亚原住民的性别和年龄结构、生育和死亡水平，发现原住民生育水平和平均预期寿命的水平与前期人口普查结果相似，但均有所增加改善（Gray et al., 1993）。对昆士兰州12个原住民集中的社区于1972—1990年的健康问题的研究发现，自20世纪70年代早期原住民人口婴儿死亡率因预防和医疗治疗服务而得到控制和降低，但婴儿体重水平仍低于国际水平（Kunitz et al., 1994）。很多研究是基于学者的估计，但对原住民平均预期寿命各种直接和间接估计都存在的问题。例如学者常用的间接方法会低估原住民人口平均预期寿命、高估原住民和非原住民人口预期寿命之间的差距；同时各种间接估计之间的差别大，会有7.2年之多（Bronwen et al., 2014）。因此有关原住民健康的研究利用和依据怎样的资料是我们必须要面对和考虑的一个问题。

就健康议题，若从历史角度来看，原住民的躯体、社会和心理健康状况在英国人来到澳大利亚之前都优于大多数同时代的欧洲人；但殖民者的到来带来了当地未曾有过的传染性疾病，导致原住民人口的减少（Thomson, 1984）。其文化（包括传统的治疗技术）曾保护他们维护自身健康6万多年（Prucell-Khodr et al., 2022），但被殖民化及其随之而来的生活方式和文化的改变，加之原住民原有的健康生活环境也被破坏，导致他们患有哮喘、糖尿病、耳炎、肾炎、沙眼和血液循环系统慢性病的比例都高于其他澳大利亚人（Fredericks, 2007）。原住民与非原住民人群间的健康差异明显。如何缩小这种差距，有人认为，只有控制住影响原住民与非原住民健康差距的主要因素（吸烟、饮酒、体重、高胆固醇）并增加运动，两个群体间的健康差距才有可能缩小甚至消失（Vos et al., 2009）。

中国学者对澳大利亚原住民人口及健康研究的现实说明，这一领域来自中国的

贡献仍然稀少，表现在研究数量少和深度浅。这可能首先源于中国对澳大利亚的研究整体起步晚，研究者群体小且学科分散。其次是过去信息、资料和数据可得性有限，阻碍人们的研究。最后，作为世界上最大的发展中国家，我们的发展常以发达国家为目标，更多期待从发达国家学到发展的经验，惠及本国大多数民众，而较少关注发达国家失败的教训。由于原住民在澳大利亚整个人口中仍在多方面明显处于劣势地位或小众位置，因此原住民在中国学者优先研究领域清单序列中排名靠后。今天中国国家的发展、学者群的规模和学科的布局已允许我们关心发达国家中少数民族裔/种族/群体，吸收和汲取他们发展过程中经历的经验教训。作为世界民族之林中的一员，澳大利亚原住民理应进入我们的研究关注视野。本文就将以澳大利亚原住民为主题，侧重研究其人口健康发展的轨迹及其与澳大利亚总人口的差距，说明人口健康不平衡发展的状况，激发思考未来缩小群体健康差异缩小的路径，促进社会不同群体共同健康发展。

本文有关原住民健康的讨论将从两大方面展开，平均预期寿命和健康状况。前者探讨以当时死亡水平，个体平均而言能存活的年数；从人口死亡水平反证健康状况。后者从不同侧面讨论原住民整体健康状况。分析资料均来自澳大利亚统计局的官方资料，包括人口普查和原住民健康抽样调查的结果。各部分的分析也将比较原住民与非原住民之间的差别，借以说明在整个澳大利亚社会中原住民健康状况所处的位置。本文中澳大利亚原住民的定义，以澳大利亚统计局的表述为准：原住民指“有原住民或托雷斯海峡群岛岛民的血统、自认为是原住民或托雷斯海峡群岛岛民且被所在社区接受为这一群体的个人”。^①

3 原住民的健康状况

3.1 平均预期寿命

平均预期寿命代表如果以当前的死亡水平衡量，平均而言一个人能够存活的年数。2021年澳大利亚进行了史上第18次大规模人口普查。^②普查结果表明原住民有81.3万人，占全国人口的3.2%，多居住在新南威尔士州和昆士兰州。^③占人口少数的原住民比非原住民的死亡水平高，平均预期寿命低。最新可得、统计口径一致

① 资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

② 澳大利亚最早于1788年进行了人口统计；1911年，澳大利亚统计局进行了首次全国性人口普查，之后开展普查的时间不定期；自1966年，定期每5年开展一次人口普查。资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

③ 资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

的人口普查资料说明，^① 在过去 10 年，澳大利亚原住民人口平均预期寿命的增加趋势与非原住民人口的变化一致，寿命均在增加且男女之间的差距在缩小（见表 1）。

表 1 原住民人口 / 非原住民人口的平均预期寿命（单位：岁）

年份	性别	原住民人口	非原住民人口	两者之差
2005—2007 年	男	67.2	78.7	11.5
	女	72.9	82.6	9.7
	女性优势（女—男）	5.7	3.9	—
2010—2012 年	男	69.1	79.7	10.6
	女	73.7	83.2	9.5
	女性优势（女—男）	4.6	3.5	—
2015—2017 年	男	71.6	80.2	8.6
	女	75.6	83.4	7.8
	女性优势（女—男）	4	3.2	—

数据来源：根据澳大利亚统计局官网数据整理所得。

从最近时点的角度考察，原住民男性的平均预期寿命已超过 70 岁，但比非原住民男性要少 8.6 年。然而从时点变化的角度看，10 年间，原住民男性的平均预期寿命增加了 4.4 岁，提高幅度达 6.5%；相比非原住民男性增加的年数要多（4.4 岁比 1.5 岁）。原住民男性 2005 年时比非原住民男性平均少存活 11.5 年，2015 年时两者间差距减少到 8.6 年，明显缩小了与非原住民男性之间的寿命劣势。女性原住民 2015 年的平均预期寿命达到 75.6 岁，提高幅度在 3.7%；仍比非原住民女性的寿命少 7.8 年。但在 10 年里，原住民女性平均预期寿命的增加年数多于非原住民女性（2.7 岁比 0.8 岁），寿命的改善程度大于非原住民女性。

从原住民本身男女平均预期寿命的差别看，今天原住民男性依旧比原住民女性平均而言少活 4 年。相比女性，原住民男性平均预期寿命增加的起点低但幅度大，目前超过了“人生七十古来稀”的 70 岁大关。10 年间，原住民男性的平均预期寿命改善的程度大于女性；男性增加了 4.4 岁，女性只有 2.7 岁。男女之间的寿命差别从 5.7 岁降低至 4 岁。应该看到，由于男性在死亡控制方面更有成效或女性死亡因素控制难度加大，原住民男女之间的预期寿命差距在缩小。这种缩小的合理性仍需要多角度的研究。

澳大利亚原住民男女虽然在提高平均预期寿命方面有可见的进步，但当前其平均预期寿命仍低于整体人口。男性原住民人口 2015—2017 年的平均预期寿命水平（71.6 岁）相当于整体男性人口 1985 年左右的水平；女性原住民人口的寿命（75.6

^① 澳大利亚统计局特别强调，普查于 2005 年调整了编制生命表的方法，因此不建议对此期之后的资料与之前的进行比较分析。资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024 年 12 月 13 日）。

岁）相当于整体女性人口在1972—1975年的水平。^①此外，澳大利亚原住民男女用10年改善的寿命水平（表1中的水平）与非原住民人口也有差别。以原住民男女寿命改善幅度为标准，也就是以2005—2015年寿命增加的年数来衡量，澳大利亚整体男性用了27年左右的时间才将其寿命水平从67.2岁延长至71.6岁；整体女性则用了20年左右的时间将其平均预期寿命从72.9岁增加到76.56岁。^②这说明，在同等寿命增加岁数所需年数上，原住民男性和原住民女性寿命改善的速度均快于非原住民；10年内寿命改善的幅度大于非原住民。总之，原住民人口与非原住民人口目前平均期望寿命差距的缩小是男女原住民人群在健康方面取得的成就，也是他们追赶主流社会努力的结果。整体来看，澳大利亚人口的平均预期寿命从20世纪70—90年代提高的速度比20世纪50—60年代的要快；2013—2016年则处于相对停滞的状态（Leon，2011）。目前的相对改善停滞状态以及过往的相对快速提升经历，为澳大利亚原住民提高自身平均预期寿命、更加接近整体人口的水平提供了一个有利的窗口期。然而，应当看到澳大利亚原住民人口达到目前非原住民人口的平均预期寿命水平还有很长的路要走。

3.2 健康状况

在20世纪80年代，资料的匮乏阻碍了人们全面研究原住民的健康状况（Thomson，1984）。这种状况自2000年以来有所改善，资料均由澳大利亚统计局收集。在此，我们利用了两组数据，其一来自涉及部分健康议题的2001年的“国家原住民和托雷斯海峡岛民社会调查”（NATSISS），其二为“国家原住民和托雷斯海峡岛民健康抽样调查”（NATSIHS）。^③NATSIHS调查的形式是计算机辅助的个人面访。调查曾于2004—2005年、2012—2013年和2018—2019年开展。在2018—2019年的调查中，有10,579原住民给出完整回答。^④NATSIHS的调查内容包括慢性病、残障、生活方式、躯体健康以及医疗服务的利用状况。本文未采用同为澳大利亚统计局收集的人口普查提供的健康相关资料。因为澳大利亚人口普查2021年才首次询问人们慢性病患病的的问题。询问的问题非常简单和直接，“此人是否患有

① 由于没有明确说明去除原住民的非原住民的平均预期寿命的资料，后文以整体人口的平均预期寿命水平作为与原住民比较的参照。整体人口寿命的资料可参见澳大利亚统计局官网。

② 整体男性人口将其寿命从67.14岁（1953—1955年时、接近男性2005—2007年67.2岁的水平）增加到71.23岁（1980—1982年时、接近原住民男性2015—2017年71.6岁的水平）用时约27年；整体女性人口将其寿命从72.75岁（1953—1955年时、接近原住民女性2005—2007年72.9岁的水平）增加到76.56岁（1975—1977年时、接近原住民女性75.6岁的水平；或1970—1972年的74.49岁）用时约20年。

③ 澳大利亚的地理地区被分为五大区域：主要城市、接近中心区、远离中心区、偏远区和非常偏远区。其划分的标准是一个地区离最近服务中心的距离，有ARIA和ARIA+两个版本。

④ 本节资料均来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

被医生或护士告知的所列慢性病?”人口普查资料目前无法提供纵向考察健康问题的信息。

根据NATSIHS 2018—2019年的调查,46%的原住民至少患有一种慢性病,高出2012—2013年的比例(40%);2岁以上原住民中有焦虑情绪的占17%、有抑郁症的占13%;偏远地区原住民的哮喘比例(9%)要低于非偏远地区(17%)。在这一最近调查结果的基础上,我们利用NATSISS和NATSIHS调查的几期数据,纵向考察几个时点上原住民健康状况的变化,目标集中在原住民的健康自评、患病数量、患病类别以及健康风险因素。

3.2.1 原住民的健康自评

健康自评是一种个体对自身健康的主观感受和评价。图1展示了近20年来原住民健康自评的结果。人们对自身健康的评价分为5种,从“非常好”到“差”评;这是调查问卷中给出的类别。图1中的资料说明,在4个调查时点上,更多人首先倾向于认为自己的健康状况“好”;其次认为自己的健康“很好”;更有13%—16%的原住民认为自己的身体“非常好”。三种回答的比例超过73%,也就是在每个调查时点上,有73%的原住民认为自己健康状况好。相比之下,认为自己健康“一般”或“差”的人群比例较低,两者相加后占比为22%—25%。

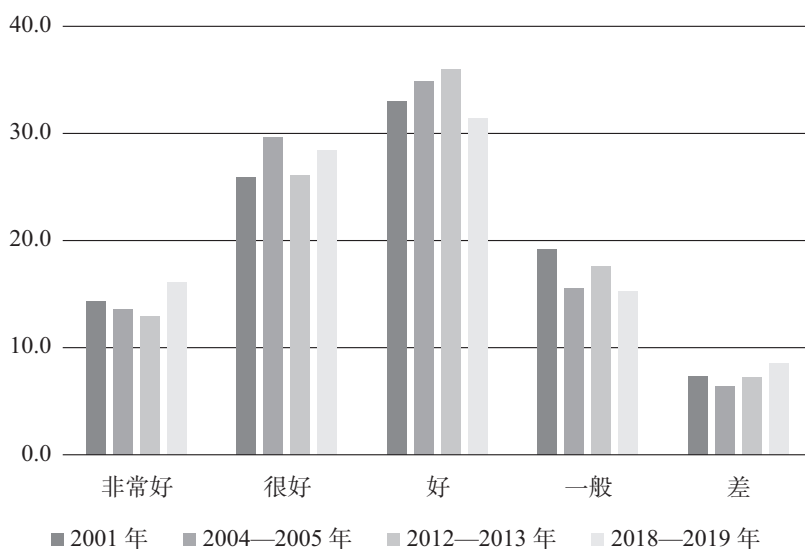


图1 2001—2019年澳大利亚原住民健康自评的比例变化(单位:%)

数据来源:根据澳大利亚统计局官网数据整理所得。

如果从时间变化的角度看评价类别的差异,我们首先注意到在连续几次调查中,人们认为健康“好”的比例最多且逐年上升;最后一次调查(2018—2019年)

比例略有下降。与“好”类相反，“非常好”的比例在经历几次调查逐次小幅下降后，2018—2019年调查时出现上升现象。“很好”和“一般”类评价有随调查逐次下降的趋势，“差”评的比例虽然整体未超过9%，但比例在逐步上升。人们对自身健康状况的主观感受整体变化并不大；“好”及以上的回答比例远高于“一般”和“差”的回答。我们在此强调这是“主观”回答，也是希望指出，认为自己健康状况好的人并不一定未患病。个人的心态或可左右对健康自评的回答。然而，应该相信，多数身体健康不佳的人不会回答自己非常健康。

3.2.2 原住民的慢性病患病状况

慢性病是困扰人们健康的疾病，会让人们对自身健康有负面的评价。原住民的健康状况可用患有慢性病的程度（种类数量）和慢性病所患病种来考察。澳大利亚统计局的调查显示，原住民在回答慢性病患病数量时，其慢性病并不一定是经过医生或者护士确诊的。在纵跨近20年的4次调查中，始终有三分之一左右的原住民在调查时未患有任何慢性病。未患慢性疾病应该让人欣慰，但其三分之一的比例意味着还有三分之二的原住民患有慢性病。^①

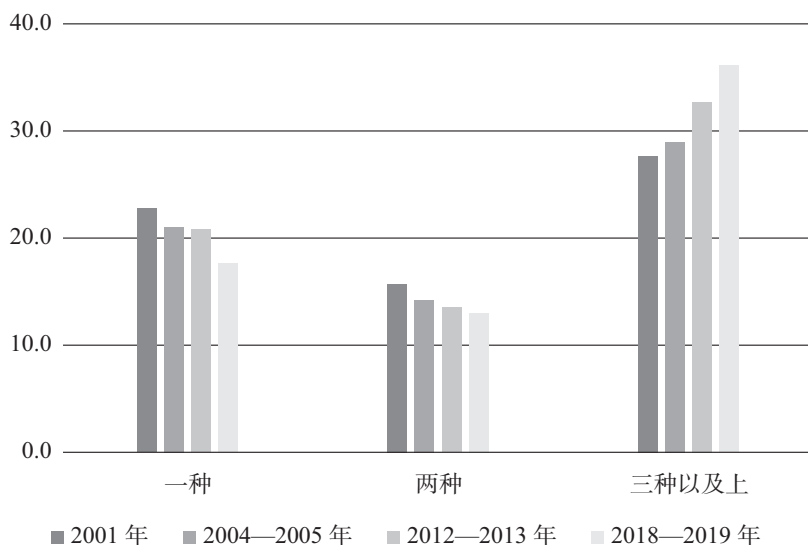


图2 2001—2019年澳大利亚原住民患慢性病数量的比例变化（单位：%）

数据来源：根据澳大利亚统计局官网数据整理所得。

图2中的资料令人对原住民的健康担忧。其中较为醒目的是患有三种及以上慢性病的原住民的比例在4次调查中都高于患有一种和两种慢性病的比例，且有逐渐上升的趋势。患有三种及以上慢性病比例的上升是以患有一种或两种疾病人群比例

^① 资料来源于澳大利亚统计局官网（读取日期：2024年12月13日）。

下降为替代的。若单看患病数量少的人群比例在下降，这是一种好的现象，说明健康状况在改善。但若结合患病数量更多的人群比例的上升一起讨论时，结论只能是原住民人群的健康状况越发复杂。从慢性病患病数量考察，多重疾病在困扰着澳大利亚原住民。

关于原住民的健康，我们分析的另外一个视角是人们患慢性病种类的比例是否随调查时点发生着变化。为此，我们将4个年份的调查数据按照人们报告患有疾病的比例进行排序，列出前10位疾病的名称和患病人群的比例（见表2）。通过病种的顺序我们发现，2001—2019年，原住民最常患的疾病前三位依次均是哮喘、背部病变和关节炎。之后的三位常患疾病在几种疾病中转换。2001年第4—6位所患疾病依次为高血压、糖尿病和慢性阻塞性肺疾病；2004—2005年为高血压、慢性阻塞性肺疾病和肾病；2012—2013的顺序为糖尿病、高血压和慢性阻塞性肺疾病；2018—2019年的顺序略有颠倒和增加，为高血压、糖尿病和心脏/中风和血管疾病。^①

表2 2001—2019年澳大利亚原住民患慢性病种类顺序（单位：%）

病种 排序	2001年	2004—2005年	2012—2013年	2018—2019年
1	哮喘 (16.5)	哮喘 (15.1)	哮喘 (17.5)	哮喘 (15.7)
2	背部病变 (15.4)	背部病变 (13.4)	背部病变 (11.0)	背部病变 (12.6)
3	关节炎 (8.1)	关节炎 (9.1)	关节炎 (9.5)	关节炎 (10.5)
4	高血压 (6.7)	高血压 (7.1)	糖尿病 (7.7)	高血压 (8.3)
5	糖尿病 (5.0)	慢性阻塞性肺病 (3.7)	高血压 (5.0)	糖尿病 (7.9)
6	慢性阻塞性肺病 (4.4)	肾病 (1.8)	慢性阻塞性肺病 (4.1)	心脏、中风和血管病 (5.2)
7	肾病 (1.2)	骨质疏松症 (0.9)	心脏、中风和血管病 (3.9)	慢性阻塞性肺病 (3.4)
8	癌症 (0.7)	癌症 (0.8)	肾病 (1.7)	骨质疏松症 (2.3)
9	骨质疏松症 (0.3)	糖尿病 (备) (—)	骨质疏松症 (1.5)	肾病 (1.8)
10	心脏、中风和血管病 (备) (—)	心脏病 (备) (—)	癌症 (0.9)	癌症 (1.1)

数据来源：根据澳大利亚统计局官网数据整理所得。

处于不同位次的慢性疾病，在原住民中的患病比例相差很大，从0.3%的骨质疏松到17.5%的哮喘。占据第一位的哮喘患病比例近20年间在15%—18%区间波动，其间没有太大的比例变化。背部病变整体患病比例比第一位的哮喘要低，在

① 在表2中，前两个调查年份只有心脏、中风和血管疾病和糖尿病类别，但没有比例信息，也没有提供调查时前10名慢性病其他病种的资料，而是简单将上述病种类别放置原始资料中，这可能是为方便与后两个调查年份的资料对应起来。因此在表2中，作者将上述几种疾病后面标有“（备）”的字样，意在说明若有比例数据，其患病比例的位次也许会位于排序中列。

11%—15% 浮动，但有按年下降的趋势。但最新一期调查显示其患病比例略有上升，患者人数略增。第三位的关节炎，患病比例整体上升，从8%的水平上升至11%。相比2012—2013年，时隔6年的2018—2019年各种疾病的患病比例均在增加，但哮喘和慢性阻塞性肺疾病分别减少了10%和17%。在两个调查年份之间，患病比例增长幅度最大的是高血压（66%）、骨质疏松症（53%）和心脏、中风和血管疾病（33%）。若与2001年的患病比例相比，一些疾病的患病比例在下降（背部病变、慢性阻塞性肺疾病和哮喘），但其他类别的疾病患病比例却在上升。作为几次调查中位列第三的关节炎，在近20年中未能得到较好的控制，患病率有所上升；位列第1和第2的哮喘和背部病变都在一定程度上有所控制。骨质疏松症的患病比例很低，始终处于第7、8、9的位置。2001年的估计为0.3%；2019年这一比例增长到2.3%。虽然其患病比例相比其他病种要低许多，但其自身的增长幅度达到了667%，是所列各种疾病中患病比例变化速度最快的一种疾病。

3.2.3 原住民与非原住民健康的时点横向比较

以上我们从几方面讨论了澳大利亚原住民的健康状况，但均是单独讨论原住民本身的健康状况。与非原住民群体相比，原住民的健康是更好还是更差，还需要一定的分析，以便让我们了解这种现状是原住民群体特殊的还是全民皆有的问题。为此，我们利用NATSIHS资料对近期原住民（原住民/托雷斯海峡岛民）和非原住民的健康状况做了一个时点上的分析比较（见表3）。

表3 2018—2019年澳大利亚原住民与非原住民健康状况指标的比较（单位：%）

指标	评价	原住民	非原住民	原住民健康所处状态
健康自评	非常好/很好	40.4	57.5	-
	好	31.8	28.6	+
	一般/差	27.7	13.9	-
当前患病数量	没有慢性病	24.5	23.2	+
	一种	15.8	19.2	+
	两种	13.3	15.6	+
	三种及以上	46.5	42	-
残障状况	有残障	44.8	29.2	-
	无残障	55.3	70.8	-
体重指数	轻/正常体重	25.1	35.8	-
	超重/肥胖	74.9	64.3	-
吸烟状况	从不吸烟	30.5	56.5	-
	曾经吸烟	26.5	28.4	+
	现在吸烟	43.1	15	-

续表

指标	评价	原住民	非原住民	原住民健康所处状态
饮酒状况	从不喝 / 过去12个月未喝	28.1	19.8	+
	过去12个月喝过	69.5	79.1	+
	未超过一次的标准量	19.1	35.9	-
	超过了一次的标准量	50.3	43.2	-
水果蔬菜每日食用达标状况	水果达标	39.2	51.1	-
	蔬菜达标	4.5	7.3	-
	水果或蔬菜达标	40.9	48	-
	水果和蔬菜均未达标	97.2	94.8	-

数据来源：根据澳大利亚统计局官网数据整理所得。

表3中列出的健康状况可分为三种——健康自评、健康状况（患病数量和残障状况）和健康风险因素（体重指数、吸烟和饮酒状况以及饮食平衡状况）。由表中资料可知，原住民自认为健康很好的比例低于非原住民，但感觉健康一般或差的比例却高出非原住民（近2倍）。在健康状况两个指标中，原住民没有慢性病的比例略高于非原住民，患有的一种、两种慢性病的比例均比非原住民低，患有三种及以上疾病的比例却比非原住民高。另一个健康状况指标残障状况也说明原住民的残障比例也高于非原住民。健康风险因素中，相比非原住民，原住民更可能超重或肥胖（超10个百分点），正常体重比例低（低10个百分点）。相比非原住民，原住民现吸烟比例高（高出28个百分点，43%与15%的差异），从不吸烟的比例又比非原住民低26个百分点。饮酒方面，原住民在喝酒方面比非原住民控制得好。从不喝酒 / 过去12个月未喝酒的比例好于非原住民；过去12个月喝过酒的比例低于非原住民。^①但在喝酒的原住民群中，喝过量的比例却比非原住民高。在水果蔬菜食用达标方面，50%的非原住民水果食用量达标，原住民中达标的比例接近40%。原住民和非原住民每天蔬菜食用达标的比例都很低，原住民的比例更低（5%）。两个群体在水果和蔬菜两者每天食用比例均未达标的比例超过95%，原住民未达标的比例更高（97%），更需努力达标。更高的未达标比例说明澳大利亚人整体上蔬菜水果的食用水平离国家标准有很大差距。^②

为更形象或突出反映原住民和非原住民之间的健康差异，表3中增加了与非原住民相比的“原住民健康状况所处状态”一列。这列中的负号“-”代表在某类指

① 然而，原住民因饮酒相关的住院治疗比例却不成比例地高于非原住民（可参见 Gray et al., 2018）。

② 所谓“国家标准”是以澳大利亚国家健康与医学研究委员会编制的“澳大利亚饮食指南”为准。每种或者每类食物的摄入量以标准分量来衡量（蔬菜75克、水果150克为1个标准分量）；每人每天不同食物摄入量的标准依年龄而确定。资料来源于澳大利亚营养协会官网（读取日期：2025年1月14日）。

标上与非原住民相比原住民处于劣势地位，而正号“+”则代表他们的状况要优于非原住民。例如，当健康自评“一般/差”时，原住民的比例高于非原住民。由于这一回答的类别是负面的，其比例高只能说明原住民的状况差，因此用“-”来表示。又如，过去12个月喝过酒的比例，原住民和非原住民都在70%以上，但相比非原住民，原住民的比例略低（低近10个百分点），因此在这一小项上，原住民的状况好于非原住民，用“+”做了标识。按这种分类，表3中7大类健康相关状况含有的22个小项中，原住民状况好于非原住民的占7项、差于非原住民的占15项。“优秀”率不及三分之一。由此也可以说明在很多健康相关指标上，原住民的表现或所处的状态要劣于非原住民的健康状态。

4 讨论

本研究是对澳大利亚民族问题展开深入研究的一项新尝试。基于澳大利亚官方资料，本文从几方面分析了近20年来澳大利亚原住民的健康状况。目前，原住民男女的预期寿命均已在70岁以上，女性更是超过75岁。原住民男女之间的寿命差异明显，特点是女性寿命更长。这一模式与世界上其他国家相同（Barford et al., 2006）。若从寿命提升幅度看，原住民男性的平均预期寿命增加得更快；在缩小与非原住民差别方面进步大；与女性之间的差距也在逐步缩小。在寿命性别差异方面，澳大利亚原住民的变化趋势有别于其他一些人口，例如与中国人口。中国自20世纪50年代以来平均预期寿命的性别差异有从女性优势很小逐步反转增大的特点（陈昊等，2022）。进入21世纪以来，中国女性平均预期寿命的改善更加明显，加大了与男性之间的差别（Zheng, 2022）。但澳大利亚原住民在寿命性别差异方面的变化趋势与其他一些人口却相似，例如美国。美国白人男女平均预期寿命的差距从1980年的7.4岁缩小至2013年的4.7岁（Crimmins, 2018），这与澳大利亚原住民的差别只是幅度不同而已。澳大利亚原住民今后何时能与非原住民的寿命相当是一个很难预料的问题。有研究认为，自1840年至今，人类的平均预期寿命是以每10年增加2.5岁的速度在提高（Vaupel et al., 2021）。这是根据以往经历得出的结论。原住民寿命的提高将取决于他们面临怎样的死亡风险和控制致死因素的有效程度。目前可预期的是澳大利亚原住民仍需很大的努力才能将其平均预期寿命与非原住民人口持平。人类的寿命是有限的；越接近寿命上限，寿命的增加幅度就会越小。一旦接近上限，寿命增加幅度就会停滞。因此，澳大利亚原住民人口有望在远低于寿命上限阶段，提高其平均预期寿命，缩小与非原住民人口的寿命差距。

提高预期寿命的有效方式是控制患病状况以及降低死亡风险。然而澳大利亚原住民的健康水平与非原住民之间存在差别。最新调查说明，46%的原住民患有一种

慢性病，但这并未影响到他们认为自己健康（73%）。多次健康调查的结果都显示近四分之三的原住民认为自己健康状况好（包括好、很好和非常好）。但原住民自评健康非常好的比例比非原住民低、差评的比例比非原住民高。这种健康自评的或许代表了原住民实际健康差的现实，也或许代表了他们乐观向上的生活态度。

若从患病状况看，三分之二的原住民患有一种或多种慢性病。在有调查资料的近20年里，原住民患有三种及以上慢性病的比例在增加，患有一种或两种疾病的比例在减少；且患三种以上疾病的原住民比例也远高于患有一种或两种疾病的比例。若横向比较，他们患有三种以上慢性病的比例高于非原住民的比例。原住民常患的前三种疾病是哮喘、背部病变和关节炎。几次调查中患有三种疾病的合计比例在38%—40%浮动；其在近20年里，病种和所占位次均没有发生颠覆性改变。这类疾病尽管致死率低、但极其影响个体的生活质量。考虑到原住民平均预期寿命相比非原住民低，这些致死率低的慢性病影响到的人群也必定相比较非原住民更年轻。这种患病现状是原住民生活环境所致还是生活方式所致，需要更多深入的研究，因为这是通过个人控制或努力可直接改善健康状况的自身因素。此外，近年来原住民高血压、心脑血管疾病的患病比例在快速增加，急需原住民自身和社会的关注。此类慢性疾病的致残率高，影响到个体的日常生活，甚至引发更多的照料需求。当照料需求增加，一个人的患病将影响到其周边更多人的生活，也需要更多的医疗医药护理的投入。

5 结语

以上对本文研究结论的讨论也为今后深入研究澳大利亚原住民健康状况提出一些思考。从本文所分析的健康风险因素来看，如果按照医学常识通过控制体重、吸烟和饮酒，^①平衡饮食，可促进健康；那么相比非原住民，原住民更需要克制自己的行为。如何进一步唤起和增加原住民关心自身健康的意识并改变个人行为是一项重要的健康文化建设工作。在这一文化建设过程中，有必要站在原住民的立场上，结合他们自身对健康的认知和实践，总结和推广健康行动计划，缩小原住民与非原住民澳大利亚人之间的健康结果差距。

本文的研究也说明该类研究的一些缺憾或未来研究需要考虑的问题。首先是数据资料的不确定性。其不确定性体现在原住民人群边界变动以及现代调查问卷回答的缺失或不准确问题。关于澳大利亚原住民健康的研究离不开数据资料的分析，而

^① 已有很多相关的研究。例如，东欧国家男性与女性间死亡差异的20%—30%是因饮酒相关死亡而引起，40%—60%是因吸烟相关的疾病所导致（Leon，2011）。

数据的来源基于个体的申报。由于澳大利亚原住民的身份是自定和自报，更多是一个主观判断的结果，且在每次人口普查中个体对自我身份认同都可能发生变化。因此，基础数据质量决定着研究结果的准确性和对现实社会的认识。早有学者指出，除原住民人口身份确定的变化性因素外，死亡登记和人口普查中原住民人口信息的低报及年龄的错报均影响到对平均预期寿命的估计（Phillips et al., 2014）。当地社区人员参与到资料收集中是保证资料精确的最重要的途径（Yu, 2012）。其次是缺少原住民自己对健康的解释和说明的细致研究。例如有关健康自评调查中，五大类选项（非常好、很好、好、一般、差）的含义对不同民族和群体的意义是什么或其系统性选择偏好又是什么，这直接关系到对数据资料的解释和人群间的比较。因此在原住民社区和人群中开展田野调查具有重要意义。只有从原住民的角度观察和思考当地人对健康的认识和其生活方式的特征，才能从根本上找到缩小原住民和非原住民之间健康差距的个人行为改变途径，促进原住民的全面健康发展。

参考文献

- 陈昊, 陈岱云, 2022. 中国人口寿命性别差距的变动机制[J]. 人口研究 (3): 117-128.
- 端木锡琦, 1985. 澳大利亚的人口和移民政策[J]. 人口研究 (2): 53-56.
- 费孝通, 1981. 澳大利亚的土著居民[J]. 中国民族 (7): 17-19.
- 韩俊红, 2017. 澳大利亚原住民健康问题研究: 社会事实与政策困境[J]. 思想战线 (3): 38-45.
- 贺交生, 陈印陶, 1991. 当代澳大利亚华人人口结构研究[J]. 南方人口 (4): 27-33.
- 克拉克, 1973a. 澳大利亚简史 (上册) [M]. 中山大学《澳大利亚简史》翻译组, 译. 广州: 广东人民出版社.
- 克拉克, 1973b. 澳大利亚简史 (下册) [M]. 中山大学《澳大利亚简史》翻译组, 译. 广州: 广东人民出版社.
- 刘泓, 于潇, 2019. 基于文本讨论的澳大利亚土著政策研究评析[J]. 世界民族 (6): 51-63.
- 莫瑞, 2017. 澳大利亚简史[M]. 廖文静, 译. 武汉: 华中科技大学出版社.
- 阮西湖, 1987a. 澳大利亚民族志[M]. 西宁: 青海人民出版社.
- 阮西湖, 1987b. 澳大利亚联邦政府对土著居民的政策[M]. 民族研究 (4): 32-38.
- 阮西湖, 1987c. 澳大利亚土著居民考察记[J]. 社会科学战线 (4): 338-342.
- 石发林, 2009. 澳大利亚土著人研究[M]. 成都: 四川大学出版社.
- 汪诗明, 2019. 澳大利亚土著问题研究——以种族和解为线索[M]. 北京: 社会科学文献出版社.
- 颜廷, 2013. 海外移民与澳大利亚文化多样性的发展[J]. 学海 (6): 195-201.
- 杨洪贵, 2003. 论澳大利亚土著人的同化政策[J]. 世界民族 (6): 22-29.
- 姚建红, 2006. 澳大利亚的土著卫生[J]. 中国卫生经济 (7): 79-80.
- 张天, 张静抒, 1998. 关于澳大利亚人口的几个问题[J]. 上海社会科学院学术季刊 (3): 144-153.
- 张玉洁, 颜廷, 2020. 霍华德政府时期澳大利亚移民人口结构变化及其社会影响[J]. 世界民族 (2): 95-108.

- 赵昌, 2016. 从官方统计资料看国际移民政策对澳大利亚人口问题的调洪作用[J]. 人口与发展 (5): 61-68.
- 周学军, 1993. 澳大利亚对土著居民政策的演变[J]. 世界历史 (5): 29-36.
- 周云, 2022. 美国人口普查中种族类别与种族身份的建构[J]. 国外社会科学前沿 (5): 3-14.
- Barford A, Dorling D, Smith G S, et al., 2006. Life expectancy: women now on top everywhere[J]. BMJ, 332(7545): 808.
- Bronwen P, Morrell S, Taylor R, et al., 2014. A review of life expectancy and infant mortality estimations for Australian Aboriginal people[J]. BMC public health, 14(1): 1-11.
- Crimmins E, 2018. Trends in mortality, disease, and physiological status in the older population[C]// National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Future directions for the demography of aging: proceedings of a workshop. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Fredericks B, 2007. Australian Aboriginal women's health: reflecting on the past and present[J]. Health and history, 9(2): 93-113.
- Gray A, Tesfagiorghis H, 1993. Aboriginal population prospects[J]. Journal of the Australian population association, 10(2): 81-99.
- Gray D, Cartwright K, Stearne A, et al., 2018. Review of the harmful use of alcohol among Aboriginal and Torres Strait islander people[J]. Australian Indigenous health bulletin, 18(1): 1-39.
- Houghton D, 1970. Australia's Aboriginal population[J]. Geography, 55(4): 451-454.
- Kunitz S J, Streatfield R, Santow G, et al., 1994. Health of populations in northern Queensland Aboriginal communities: change and continuity[J]. Human biology, 66(5): 917-943.
- Leon D A, 2011. Trends in European life expectancy: a salutary view[J]. International journal of epidemiology, 40(2): 271-277.
- Lopez A D, Adair T, 2019. Slower increase in life expectancy in Australia than in other high income countries: the contributions of age and cause of death[J]. Medical journal of Australia, 210(9): 403-409.
- Prucell-Khodr G, Webster E, Harrison K, et al., 2022. The importance of culture in alcohol care: listening to first nations staff in Australian Aboriginal community controlled health services[J]. The international Indigenous policy journal, 13(3): 1-29.
- Sharp R L, 1940. An Australian Aboriginal population[J]. Human biology, 12(4): 481-507.
- Smith L R, 1980. The Aboriginal population of Australia[M]. Canberra: Australian National University Press.
- Thomson N, 1984. Australian Aboriginal health and health-care[J]. Social science & medicine, 18(11): 939-948.
- Vaupel J W, Villavicencio F, Bergeron-Boucher M, 2021. Demographic perspectives on the rise of longevity[J]. Proceedings of the national academy of sciences, 118(9): e2019536118.
- Vos T, Barker B, Begg S, et al., 2009. Burden of disease and injury in Aboriginal and Torres Strait islander peoples: the Indigenous health gap[J]. International journal of epidemiology, 38(2): 470-477.
- Yu P, 2012. The power of data in Aboriginal hands[J]. Topical issue, 4(106): 3-7.

Zheng Z, 2022. Gender equality progress in a decade: health, education, and employment[J]. China population and development studies, 6(4): 452-460.

作者简介

周云，北京大学社会学系教授、北京大学中国社会与发展研究中心研究员。主要研究领域：文化与人口、社会文化人类学。电子邮箱：zhouyun@pku.edu.cn。

（责任编辑：李建军）