
贫困地区妇女健康现状及其影响*

罗军飞 廖小利

【内容提要】以湖南农村贫困地区妇女为例，探讨农村贫困地区妇女健康现状，并采用Logit 回归分析方法，研究农村贫困地区妇女健康状况影响因素。结果发现，湖南省农村贫困地区妇女健康状况属于“很好”、“好”、“一般”、“不好”、“很不好”的比例分别为17.8%、21.4%、31.2%、18.9%、10.7%。农村贫困地区妇女健康状况受到社会支持、人口特征、社会经济状况、健康相关行为、患病因素、心理因素等变量影响。社会支持对农村贫困地区妇女健康存在正向预测作用，且照顾支持和借钱支持等非正式支持对农村贫困地区妇女健康发挥了“主效应模型”作用，而医疗保险、免费体检和政府财物支持等正式支持对农村贫困地区妇女健康状况发挥了“缓冲器模型”效应。

【关键词】健康教育；健康培育；农村发展

作者单位：中南大学湘雅护理学院，湖南，长沙 410000

家长可以维持家庭成员均等享受家庭资源的神话已经被现代经济学研究打破，家庭成员之间除了生活上的互济以外，还存在资源上的竞争，尤其是在资源匮乏的贫困家庭，家庭成员在资源分配中并不公平，女性作为性别弱者其需求经常被忽视。

一、文献综述

调查显示，家庭成员在资源有限的情况下，在营养、健康和教育资源分配中不平等现象较为明显，优先满足老人、孩子和丈夫的需求，而作为媳妇、母亲和妻子的妇女则理所应当被忽视。具体到健康方面来说则表现为：妇女健康状况不平等、家庭营养分配不平等和生育责任不平等^[1]。除了家庭内部性别不平等以外，农村贫困地区妇女尚且面临城乡地域不平等，调查显示，农村地区贫困妇女健康状况不仅低于本地男性^[2]，更是劣于城镇妇女。面临性别和地域双重弱势的农村贫困地区妇女深陷“因贫致病、因病返贫”的恶性循环，遭受疾病困扰时只能采取“小病拖、大病扛”的消极应对方式。2012 年全国妇联第二期中西部贫困地区农村妇女社会状况调查结果显示，高达37.5%的农村贫困地区妇女处于“妇科亚健康”状态，仅有20.5%的农村贫困地区妇女最近三年做过健康体检，高达47.5%的农村贫困地区妇女从未做过健康体检；31.3%的农村贫困地区妇女身患一种疾病，17.6%的农村贫困地区妇女身患两种以上疾病^[3]。

WHO 指出，健康不仅是指身体没有疾病，还包括心理健康、道德健康和社会适应良好。个体的健康除了受到性别、年龄等生理因素影响以外，还受到学历、职业等社会因素影响；除了受到生活方式、健康行为等内在因素影响外，还受到医保政策、卫生资源等外部条件影响。对于农村贫困地区妇女来说，由于经济收入不高，医疗保健投入不足，健康状况较差；而妇女健康状况差，劳动创收能力低，又导致经济收入不高，从而深陷“贫困—疾病—贫困”的恶性循环。仅依靠个人的力量显然难以打破贫病交加的循环，必然需要借助外界的支持，既往诸多研究证明良好的社会支持切实可以有效地提升个体的健康状况。社会支持通过提升个体的抗压能力、承受能力和危机处理能力，帮助个体有效应对生活变迁、危机事件和不利处境，从而提高个体的生理健康、心理健康和社会适应功能^[4]。社会支持对生理健康有积极影响：Bert^[5]研究发现社会支持是心血管疾病保护因子，良好的社会支持可以有效缓解个体对压力事件的应激反应，降低个体心血管疾病发生危险。Lutgendorf^[6]等研究发现社会支持可

*该标题为《重庆社会科学》编辑部改定标题，作者原标题为《农村贫困地区妇女健康现状及影响因素分析——基于湖南的实证》。

以增强个体免疫功能，积极的人际关系可以提升个体的PHA 应答能力，增强个体免疫功能。社会支持对心理健康也有正向预测作用：Catherine^[7]研究发现，具有良好社会支持的个体心态更加积极。Brissette^[8]研究发现， 社会网络质量较好的个体心理更加健康。赵延东^[9]研究发现， 紧密度高、强关系多的核心网络对个体心理健康有积极影响， 而紧密度低、弱关系多的松散网络对个体身体健康有积极影响。

社会支持源自20 世纪60 年代精神病学研究领域， 最初被视为个体从其所在社会关系网络中所获得的各种支持性资源。Sarason^[10]等认为社会支持是个体对可以得到或想要得到的外界支持的一种感知。Cullenf^[11]认为社会支持是个体从居住的社区或所在的社会网络获得的物质帮助或精神支撑。Caplan^[12]认为社会支持是个体从家人、朋友、邻居或其他人的关系中获得的心理、情感及额外帮助。王俊秀、郑杭生^{[13][14]}等认为社会支持是指公众个体或社会组织对社会脆弱群体或社会生活困难者提供物质或精神的无偿救助和服务。李鲁^[15]等认为社会支持是指个体从社会网络中获得的物质或情感帮助。根据支持性质不同， 社会支持可以分为客观支持和主观支持：客观支持即客观存在的、实质性的支持，包括物质的援助、社会网络的存在和团体关系的参与，如金钱资助、分担劳动等；主观支持即主观感受到的、情感上的支持，即个体因受到尊重、获得理解而产生的情感满足，如耐心倾听、情感回应等。根据支持主体不同，社会支持分为正式支持和非正式支持：正式支持是指政府、企业、社团、社区等正式组织提供的医疗、养老等支持；非正式支持是指家人、邻居、朋友、同事等提供的感情、行为等支持。社会支持对健康的影响既可以是直接的，也可以是间接的^{[16][17]}，有两种作用机制：一是主效应模型(the main-effectmodel)；二是缓冲器模型(the buffering model)。主效应模型认为社会支持对个体健康具有普遍增益作用，无论个体是否面临压力，具备社会支持较好的个体健康状态也更好。缓冲器模型认为社会支持仅对面临压力的个体健康具有积极作用，当个体面临外界压力时，社会支持可以缓冲应激事件对个体健康的负性影响使个体保持较好的健康状态， 本文着重探讨社会支持对农村贫困地区妇女健康状况的影响。

自评健康是个体基于身体功能、是否患病和临床诊断等信息对自身健康状况的一种综合认知，融入了个体自身的经历、对健康的体验以及所处文化对健康的理解， 综合反映了个体的生理、心理和社会适应状态，能够有效地预测个体实际健康状况^[18]，与临床医生健康评估结果相当甚至更好， 自评健康状况不佳给个体带来的危险比医生诊断的客观健康不好带来的危险更大^[19]。自评健康不仅反映了个体对自己客观身体健康状况的感知， 罹患疾病的个体更易出现消极的自评健康^[20]；同时还受到个体主观心理状态的影响^[21]，心态积极的个体更易做出正向的自评健康^[22]。自评健康不仅与躯体健康状态显著正相关^[23]，也与心理健康状态呈现正相关^[24]。自评健康可以较好地预测个体死亡率、慢性患病率以及慢性疼痛发生率^[25]。自评健康与客观健康指标高度相关，且数据容易获取，因而广泛用于个体健康状态评估^[26]，Gerdtham 、刘国恩、赵忠^{[27][28][29]}等在研究中均已使用，可以很好地反映个体健康状态， 因而本文以自评健康来反映农村贫困地区妇女的健康状况。

二、研究设计

（一）研究对象

采取随机抽样方法，在湖南省20个国定贫困县中随机抽取3个贫困县， 在每个县随机抽取2个贫困镇，在每个镇随机抽取3 个贫困村，在所抽取的18个贫困村每个村随机抽取30个20 岁以上的妇女，共获得540个样本。样本纳入标准：妇女年龄20 岁以上，户籍在湖南省贫困县农村，生活居住在户籍所在地1 年以上。

（二）研究数据

本文数据来自湖南省妇联委托项目——“湖南省农村贫困地区妇女生存现状调查”，本文所用数据包括：

（1）妇女健康自评，分为很差、差、一般、好、很好五类；

(2) 社会支持，分为非正式支持、正式支持；

(3) 妇女人口特征，包括年龄、学历、职业；

(4) 健康相关行为，包括是否吸烟、是否饮酒、是否锻炼身体；

(5) 社会经济因素，包括家庭年人均收入、是否住楼房、是否有室内厕所、是否饮用自来水、垃圾是否集中处理；

(6) 患病因素，包括是否患慢性病、日常生活是否需要依靠医疗帮助；

(7) 心理因素，包括是否入睡困难、是否有消极感受。

(三) 资料收集

在各级妇联组织帮助下，由统一培训的调查员入户发放问卷，面对面收集资料。对于文化程度偏低无法自主完成问卷的妇女，由调查员以中性无暗示方式逐项读给其听，然后妇女口述调查员帮助填写。问卷当场回收，共发放问卷540份，回收有效问卷536份，问卷回收率99.3%。

三、统计模型

(一) 因变量——妇女自评健康

本研究因变量为妇女自评健康，通过“总的来说，您觉得自己的健康怎么样”来测量，回答采用“很不好、不好、一般、好、很好”5等级顺次变量。样本对该问题有效回答“很不好”、“不好”、“一般”、“好”、“很好”的比例分别为10.7%、18.9%、31.2%、21.4%、17.8%。为了便于分析，将其合并成三类，前两类合并为“不好”，“一般”不变，后两类合并为“好”，三类回答比例分别为29.6%、31.2%、39.2%。

(二) 自变量——妇女社会支持变量

1. 非正式支持通过两个问题来测量

“生病的时候，谁来照顾您？”回答分为无人照顾、丈夫、子女、娘家亲戚（父母及自己的兄弟姐妹）、婆家亲戚（公婆及丈夫的兄弟姐妹）、其他六类，样本对该问题回答比例依次为19.3%、29.7%、18.7%、15.6%、9.3%、7.4%。

“治病需要钱的时候，您会找谁借钱？”回答分为无人可借、娘家亲戚（父母及自己的兄弟姐妹等）、婆家亲戚（公婆及丈夫的兄弟姐妹等）、邻居、其他五类，样本对该问题回答比例依次为4.1%、39.7%、26.7%、19.8%、9.7%。

2. 正式支持通过三个问题来测量

“您是否参加了医疗保险？”，回答分为是、否，样本对该问题回答比例分别占98.5%、1.5%。

“您是否获得过免费体检（妇科检查、两癌筛查等）？”，回答分为是、否，样本对该问题回答比例分别占25.6%、74.4%。

“您是否获得过政府财物支持（物质救济、金钱补贴等）？” ，回答分为是、否，样本对该问题回答比例分别占12.7%、87.3%。

（三）协变量

1. 妇女人口特征，包括年龄、学历、职业

年龄在20~50岁之间，其中20~29岁者占29.7%，30~40岁者占47.8%，41岁以上者占22.5%；学历分为小学及以下、初中、高中、大专及以上，分别占34.5%、36.7%、24.6%、4.2%；职业分为务农、种养殖业、个体经营、其他，分别占56.7%、15.9%、8.4%、19.0%。

2. 健康相关行为，包括是否吸烟、是否饮酒、是否锻炼身体

吸烟和不吸烟者分别为6.9%、93.1%；饮酒和不饮酒者分别为10.6%、89.4%；锻炼和不锻炼者分别为26.9%、73.1%。

3. 社会经济状况，包括家庭年人均收入、是否住楼房、是否有室内厕所、是否饮用自来水、垃圾是否集中处理

家庭年人均收入分为999元及以下、1000元到2000元、2001元及以上三个等级，分别占19.5%、43.6%、36.9%；是否住楼房分为是、否，分别占46.8%、53.2%；是否有室内厕所分为是、否，分别占32.9%、67.1%；是否饮用自来水分是、否，分别占29.4%、70.6%；垃圾是否集中处理分为是、否，分别占37.1%、62.9%。

4. 患病状况，包括是否患慢性病、日常生活是否需要依靠医疗帮助

是否患慢性病分为是、否，分别占23.6%、76.4%；日常生活是否需要依靠医疗帮助分为是、否，分别占14.7%、85.3%。

5. 心理因素，包括是否入睡困难、是否有消极感受

是否入睡困难分为是、否，分别占29.7%、70.3%；是否有消极感受分为是、否，分别占30.8%、69.2%。

变量名称和定义如下（见表1）。

（四）统计模型

本研究主要考察农村贫困地区健康状况及其影响因素。因变量即农村贫困地区妇女自评健康状况，属于分类等级变量，选用适合分类等级变量的Ordinal Logit 回归模型进行分析。模型一般形式如下：

$$\log \frac{P(Y \leq y)}{1 - P(Y \leq y)} = \theta_j - bx_1$$

X_i 为自变量； P 为自变量 X_i 的条件概率； b 为对应的回归系数； θ_j 为常数项，即基准累积发生风险。累积发生风险计算公式如下：

$$P(Y \leq y | x_i) = \frac{\exp(\theta_j - bx_i)}{1 + \exp(\theta_j - bx_i)}$$

对特定的Y 的预测为：

$$P(Y \leq y | x_i) - P(Y \leq y - 1 | x_i) = \frac{\exp(\theta_j - bx_i)}{1 + \exp(\theta_j - bx_i)} - \frac{\exp(\theta_{j-1} - bx_i)}{1 + \exp(\theta_{j-1} - bx_i)}$$

为了便于理解，系数通过发生风险(oddsratio)来解释，即在控制其他变量条件下，自变量每增加一个单位，因变量发生风险增加 $\exp(-b)$ 倍。根据研究设计，分别建立3个模型：

模型1，考察非正式支持变量对农村贫困地区妇女健康状况的影响；

模型2，在模型1基础上加入正式支持变量，考察正式支持对农村贫困地区妇女健康状况的影响；

模型3，在模型2基础上加入协变量，考察人口特征、健康相关行为、社会经济因素、患病因素、心理因素对农村贫困地区妇女健康状况的影响。

表 1 变量定义

变量名称	变量定义
非正式支持	
生病谁照顾	1=无人照顾(参照组);2=丈夫;3=子女;4=娘家亲戚(父母及自己的兄弟姐妹);5=婆家亲戚(公婆及丈夫的兄弟姐妹);6=其他
治病找谁借钱	1=无人可借(参照组);2=娘家亲戚(父母及自己的兄弟姐妹等);3=婆家亲戚(公婆及丈夫的兄弟姐妹等);4=邻居;5=其他
正式支持	
是否参加医保	1=否(参照组);2=是
是否参加免费体检	1=否(参照组);2=是
是否获得政府财物支持	1=否(参照组);2=是
妇女人口特征	
年龄	1=20~29岁(参照组);2=30~40岁;3=41岁及以上
学历	1=小学及以下(参照组);2=初中;3=高中;4=大专及以上
职业	1=务农(参照组);2=种养殖业;3=个体经营;4=其他
健康相关行为	
是否吸烟	1=否(参照组);2=是
是否饮酒	1=否(参照组);2=是
是否锻炼身体	1=否(参照组);2=是
社会经济状况	
家庭年人均收入	1=999元及以下(参照组);2=1000~2000元;3=2001元及以上
是否住楼房	1=否(参照组);2=是
是否有室内厕所	1=否(参照组);2=是
是否饮用自来水	1=否(参照组);2=是
垃圾是否集中处理	1=否(参照组);2=是
患病情况	
是否患慢性病	1=否(参照组);2=是
日常生活是否需要依靠	
医疗帮助	1=否(参照组);2=是
心理因素	
是否入睡困难	1=否(参照组);2=是
是否有消极感受	1=否(参照组);2=是

四、研究结果

(一) 非正式支持变量对农村贫困地区妇女健康状况的影响(见表2)

通过模型1 可以看到, 生病以后有人照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况要好; 有人借钱治病的妇女比无处借钱的妇女健康状况要好。

(1) 获得丈夫照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况提升1.214 倍; 获得子女照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况提升1.157 倍, 经Wald 检验, 回归系数在0.05 水平上显著; 生病以后丈夫或者子女提供照顾支持对妇女健康状况影响差异不大。获得娘家亲戚照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况提升1.143 倍, 经Wald 检验, 回归系数在0.05 水平上显著; 获得婆家亲戚照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况提升1.079 倍, 经Wald 检验, 回归系数仅在0.1 水平上显著; 生病以后娘家还是婆家亲戚提供照顾支持对妇女健康状况影响存在差异, 获得娘家亲戚照顾的妇女健康状况更好。获得朋友、邻居以及其他照顾的妇女比无人照顾的妇女健康状况提升1.025 倍, 经Wald 检验, 回归系数仅在0.1 水平上显著。

通过模型2 加入正式支持变量以后， 照顾

支持对妇女健康状况的影响，回归系数增大，显著性提高。获得丈夫照顾的妇女，回归系数从0.512 变到0.736；获得子女照顾的妇女，回归系数从0.479 变到0.695；获得娘家亲戚照顾的妇女，回归系数从0.458 变到0.582；获得婆家亲戚照顾的妇女，回归系数从0.310 变到0.376；获得其他照顾妇女，回归系数从0.291 变到0.318；经Wald 检验，在0.01 水平上显著。说明正式支持的加入对照顾支持不仅没有挤出效应，反而加强了照顾支持对农村贫困地区妇女健康的增益作用，即发挥“主效应模型”作用。

通过模型3 加入协变量以后， 照顾支持对妇女健康状况的影响， 回归系数和显著性变化都不大。

(2) 向娘家亲戚借钱治病的妇女比无人借钱的妇女健康状况提升1.209 倍，经Wald 检验，回归系数在0.05 水平上显著；向婆家亲戚借钱治病的妇女比无人借钱的妇女健康状况提升1.194 倍，经Wald 检验，回归系数在0.05 水平上显著；生病以后娘家亲戚还是婆家亲戚提供借钱支持对妇女健康状况存在一定差异，从娘家借钱的妇女健康状况更好。向邻居借钱治病的妇女比无人借钱的妇女健康状况提升1.176 倍，经Wald 检验，回归系数在0.05 水平上显著；向朋友、同事以及其他他人借钱治病的妇女比无人借钱的妇女健康状况提升1.058 倍，经Wald 检验，回归系数仅在0.1 水平上显著。

通过模型2 加入正式支持变量以后， 借钱支持对妇女健康状况的影响，回归系数增大，显著性提高向娘家亲戚借钱治病的妇女，回归系数从0.497 变到0.619；向婆家亲戚借钱治病的妇女，回归系数从0.358 变到0.583；向邻居借钱治病的妇女，回归系数从0.310 变到0.416；向其他人借钱治病的妇女，回归系数从0.301变到0.365；经Wald 检验，在0.01 水平上显著。说明正式支持的加入对借钱支持不仅没有挤出效应，反而加强了借钱支持对农村贫困地区妇女健康的增益作用，即发挥“主效应模型”作用。通过模型3 加入协变量以后， 借钱支持对妇女健康状况的影响，回归系数和显著性变化都不大。

(二) 正式支持变量对农村贫困地区妇女健康状况的影响（见表2）

通过模型2 可以看到， 参加医保的妇女比没有参加医保的妇女健康状况提升1.213 倍，经Wald 检验，回归系数在0.05 水平上显著；参加免费体检的妇女比没有参加的妇女健康状况提升1.149 倍，经Wald 检验，回归系数在0.05水平上显著。获得政府财物支持的妇女比没有获得政府财物支持的妇女健康状况提升1.017倍，经Wald 检验，回归系数仅在0.1 水平上显著。

通过模型3 加入协变量以后， 是否参加医保对妇女健康影响，回归系数变小，显著性不变；是否参加免费体检对妇女健康影响，回归系数变小，显著性降低；是否获得政府财务支持对妇女健康影响，回归系数变小，显著性消失。说明控制协变量以后，正式支持对农村贫困地区妇女健康状况的影响降低，正式支持主要通过协变量间接影响农村贫困地区妇女健康状况，即发挥“缓冲器模型”效应。

(三) 协变量对农村贫困地区妇女健康状况的影响（见表2）

1. 妇女人口特征

年龄与农村贫困地区妇女健康状况呈中度负相关，在 $p < 0.05$ 时显著。随着年龄的增加，机体自然衰老，身体素质逐渐下降，常见疾病患病率随之增高，妇女容易出现眩晕、心悸等神经内分泌失调症状等萎缩性病变或血压、血脂异常等代谢障碍性疾病，健康状况也就降低。张永辉^[30]等研究也发现，随着个体年龄的增加，健康状况不断地下降。

从学历角度分析， 初中学历的妇女相对小学及以下学历的妇女，回归系数为负，说明初中学历的妇女相对小学及以下学历的妇女，健康状况更差，在 $p < 0.1$ 时显著。而高中和大专及以上学历的妇女健康状况显著提高，经Wald 检验，回归系数在 $p < 0.05$

时显著。学历水平较高的妇女，知识理解能力和保健意识较强，健康知识来源和卫生服务途径更加丰富，能够主动寻求医疗卫生服务，有病及时诊治，无病注重预防，身体状况较好。学历水平较低的妇女，健康意识不够，预防措施不利，治疗不及时，疾病拖延不愈，身体状况较差。赵忠^[31]研究证明，学历与健康呈正相关。

从职业角度分析，从事种养殖业的妇女与务农的妇女相比，回归系数为负，说明从事种养殖业的妇女相对务农的妇女来说，健康状况更差，但是差异不具统计学意义。从事个体经营和教师、村干部等其他职业的妇女健康状况显著提高，经Wald检验，回归系数在 $p < 0.05$ 时显著。职业通过影响个体的健康风险直接作用于个体健康状况或者通过影响个体的收入水平间接作用于个体的健康状况。从事种养殖业与务农的妇女不仅要承担照顾孩子、洗衣做饭、打扫卫生等家务劳动，还要承担播种、施肥、收割等农业生产劳动，劳动时间多，劳动负荷大，身体长期处于超负荷运转中，健康状况不佳。Winkleby^[32]研究发现，职业对个体健康具有重要影响。

2. 社会经济因素

家庭年人均收入与农村贫困地区妇女健康状况呈显著正相关，经Wald检验， $p < 0.01$ 时显著。年人均收入较高家庭的妇女，更有可能获得充足的营养、安全的饮用水、良好的生活环境以及优质的医疗服务，因而身体更加健康。尹庆双^[33]等研究发现，个体收入越高，健康状况越好。李和森^[34]研究发现，收入增长缓慢的个体面临的健康风险更多。

表 2 农村贫困地区妇女健康影响因素 Logit 回归分析

变量	M1		M2		M3	
	Coef	OR	Coef	OR	Coef	OR
非正式支持						
生病谁照顾(1=无人照顾)						
2=丈夫	0.512**	1.214	0.736***	1.417	0.735***	1.415
3=子女	0.479**	1.157	0.695***	1.396	0.691***	1.392
4=娘家亲戚	0.458**	1.143	0.582***	1.358	0.584***	1.361
5=婆家亲戚	0.310*	1.079	0.376***	1.247	0.375***	1.247
6=其他	0.291*	1.025	0.318***	1.213	0.316***	1.211
治病找谁借钱(1=无人可借)						
2=娘家亲戚	0.497**	1.209	0.619***	1.465	0.615***	1.468
3=婆家亲戚	0.358**	1.194	0.583***	1.354	0.584***	1.356
4=邻居	0.310**	1.176	0.416***	1.278	0.417***	1.278
5=其他	0.301*	1.058	0.365***	1.197	0.368***	1.194
正式支持						
是否参加医保(1=否)						
2=是			0.326**	1.213	0.269**	1.154
是否参加免费体检(1=否)						
2=是			0.257**	1.149	0.214*	1.093
是否获得政府财务支持(1=否)						
2=是			0.198*	1.017	0.117	1.006

妇女人口特征					
年龄(1=20~29岁)					
2=30~40岁				-0.412**	0.683
3=41岁及以上				-0.507**	0.617
职业(1=务农)					
2=种养殖业				-0.310	0.591
3=个体经营				0.426**	1.314
4=其他				0.573**	1.415
学历(1=小学及以下)					
2=初中				-0.297*	0.659
3=高中				0.354**	1.217
4=大专及以上				0.427**	1.308
社会经济因素					
家庭年人均收入(1=999元及以下)					
2=1000~2000元				0.431***	1.318
3=2001元及以上				0.527***	1.436

变量	M1		M2		M3	
	Coef	OR	Coef	OR	Coef	OR
是否住楼房(1=否)						
2=是					0.625***	1.459
是否有室内厕所(1=否)						
2=是					0.639***	1.463
是否饮用自来水(1=否)						
2=是					0.712***	1.530
垃圾是否集中处理(1=否)						
2=是					0.428**	1.310
健康相关行为						
是否吸烟(1=是)						
2=否					-0.214	1.106
是否饮酒(1=是)						
2=否					0.197	1.059
是否锻炼身体(1=是)						
2=否					0.367**	1.235
患病因素						
是否患慢性病(1=否)						
2=是					-0.546***	0.591
日常生活是否需要医疗辅助(1=否)						
2=是					-0.613***	0.527
心理因素						
是否入睡困难(1=否)						
2=是					-0.461**	0.632
是否有消极感受(1=否)						
2=是					-0.617***	0.510
LRChi2	347.19**		462.92**		1273.03**	
Df	9		12		33	

注 :n=536;*P<0.1;**P<0.05;***P<0.01

是否住楼房、是否有室内厕所、是否饮用自来水与农村贫困地区妇女健康状况呈显著正相关，经Wald 检验， $p < 0.01$ 时显著。居住楼房、有室内厕所、饮用自来水的妇女生活环境较好，面临的室内油烟污染、粪便污染、水污染较少，身体更加健康。韩俊^[35]等研究指出，生活环境的污染和卫生状况的破坏都会降低个体健康状况。白玥^[1]研究发现，居住环境是影响个体健康的主要因素之一，宽敞的住房面积和干净的生活环境可以带给个体更好的健康状况。

垃圾是否集中处理与农村贫困地区妇女健康状况呈中度正相关，经Wald 检验， $p < 0.05$ 时显著。

3. 健康相关行为

是否吸烟对农村贫困地区妇女健康状况有消极影响，吸烟妇女健康状况更差，但差异不具统计学意义。是否饮酒对农村贫困地区妇女健康状况具有正向影响，饮酒妇女健康状况更好，但差异不具统计学意义。虽然许多研究证明，吸烟和饮酒对个体

¹ ①白玥：《社会资本与社会卫生资源利用策略研究》，2006 年华南理工大学博士学位论文，第47~48 页。

健康存在不良影响，但是样本吸烟和饮酒的妇女所占的比例较低，导致影响不够显著。

是否锻炼与农村贫困地区妇女健康状况呈中度正相关，经Wald 检验， $p < 0.05$ 时显著。近年来农村地区开始流行广场舞，妇女积极参与身体锻炼，许多研究证明规律的锻炼可以有效提高个体的健康状况。

4. 患病因素

是否患慢性病与日常生活是否需要依靠医疗帮助与农村贫困地区妇女健康状况呈显著负相关，经Wald 检验，在 $p < 0.01$ 时显著。虽然自评健康状况是个体对自身健康状态的一种主观评价，但是能够反映个体潜在的生理、心理和社会角色功能状态，因而本身罹患疾病的妇女自评健康状况也就更差。

5. 心理因素

是否入睡困难与农村贫困地区妇女健康状况呈中度负相关，经Wald 检验，在 $p < 0.05$ 时显著。农村贫困地区妇女劳动时间长而休息时间少，身体时常处于疲乏状况而亟需休息，然而妇女经常由于躯体上的腰酸背痛或者心理上的焦虑担忧而辗转反侧，因而入睡困难的妇女更有可能身心健康状况不佳。

是否有消极感受与农村贫困地区妇女健康状况呈显著负相关，经Wald 检验，在 $p < 0.01$ 时显著。存在消极感受的妇女，情绪低落，心态悲观，容易对自身健康状况做出负性的评价。

上述研究表明，社会支持对农村贫困地区妇女健康存在正向预测作用，且照顾支持和借钱支持等非正式支持对农村贫困地区妇女健康发挥了“主效应模型”作用，而医疗保险、免费体检和政府财物支持等正式支持对农村贫困地区妇女健康状况发挥了“缓冲器模型”效应。加强农村贫困地区妇女社会支持，提升妇女健康状况具体可以从以下方面着手：增加农村贫困地区妇幼卫生经费，加强农村贫困地区妇幼保健机构建设，完善省、市、县、乡妇幼医疗卫生服务体系，改善妇幼卫生基础设施和服务资源短缺状况。加大农村贫困地区妇女宫颈癌和乳腺癌防治资金投入。继续扩大新型农村合作医疗保险覆盖面，稳步提高新型农村合作医疗筹资水平，将妇女常见病、多发病门诊费用纳入医保报销范围。

参考文献

- [1]王冬梅罗汝敏：《健康方面的性别不平等与贫困》，《妇女研究论丛》2005 年第2 期，第17~19 页
- [2]吴宏洛范佐来：《农村妇女的贫困与反贫困》，《福建论坛》（人文社会科学版）2007 年第6 期，第121~122 页
- [3]王俊文：《我国贫困地区农村女性人力资源开发问题探讨》，《湖南社会科学》2013 年第6 期，第102~103 页
- [4]Stewart MJ. Intergrating social support in nursing[J]. Sage Newburry Park CA, 1993: 1123~1125
- [5]Bert N. Uchino, Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes[J]. Journal of Behavioral Medicine, 2006(4): 385~387
- [6]Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, et al. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer[J]. J. Clin. Oncol, 2005: 7105~7113

-
- [7]Catherine J, Lutz, Brian Lakey. How People Make Support Judgments: Individual Differences in the Traits Used to Infer Supportiveness in others[J]. Journal of Personality and Social Psychology, 2001:1070~1072
- [8]Ian Brissette, Michael F. Scheier. The Role of Optimism in Social Network development, Coping and Psychological Adjustment During a Life Transition [J]. Journal of Personality and Social Psychology, 2002:102~104
- [9]赵延东: 《社会网络与城乡居民的身心健康》, 《社会》2008 年第5 期, 第15~19 页
- [10]Sarason BR, Pierce GR, Shearin EN. Perceived social support and working models of self and actual others [J]. Journal of Personality and Social Psychology, 1991: 273~274
- [11]Cullen F T. Social support as an organizing concept for criminology: presidential address to the academy of criminal justice sciences[J]. Justice Quarterly, 1994: 527~528
- [12]Tilden VP. Issues of conceptualization and Measurement of social support in the construction of nursing theory [J]. Research in Nursing and Health, 1985:199~200
- [13]王俊秀杨宜音: 《2011: 中国社会心态研究报告》, 社会科学文献出版社, 2011 年, 第13~14 页
- [14]郑杭生: 《转型中的中国社会与中国社会的转型》, 首都师范大学出版社, 1996 年, 第318~319 期
- [15]李鲁: 《社会医学》, 人民卫生出版社, 2004 年, 第112~114 页
- [16]Jacobson, D. Types and Timing of Social Support[J]. Journal of Health and Social Behavior, 1986:261~264.
- [17]Lin N, W Ensel. Life Stress and Health: Stressors and Resources[J]. American Sociological Review, 1989:382~384
- [18]Lowry D, Xie Y. Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages? [M]. Population Studies Center, University of Michigan, 2009: 112~114
- [19]姜秀花: 《社会性别视野中的健康公平性分析》, 《妇女研究论丛》2006 年第4 期, 第27~29 页
- [20]Bosworth HB, Siegler IC, Brummett BH, et al. The relationship between self-rated health and health status among coronary artery patients [J]. Journal of Aging and Health, 1999(4): 565~584.
- [21]Hooke RK, Siegler IC. Separating apples from oranges in health ratings: perceived health includes psychological well-being [J]. Behavior, Health, and Aging, 1992 (2): 81~83
- [22]Farmer MM, Ferraro KF. Distress and perceived health: mechanisms of health decline [J]. Journal of Health and Social Behavior, 1997, 38:298~304
- [23]De Silva M J, McKenzie K, Harpham T, et al. Social capital and mental illness: a systematic review[J]. Journal of epidemiology and community health, 2005, 59(8): 619~621

-
- [24]Harpham T. The measurement of community social capital through surveys [M]. Social capital and health, Springer New York, 2008: 51~53
- [25]Yip W, Subramanian S V, Mitchell AD, et al. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China [J]. Social science & medicine, 2007(1): 35~39
- [26]Allison R, Foster J. Measuring Health Inequality using Qualitative Data [J]. Journal of Health Economics, 2004(3): 505~510
- [27]Gerdtham UG, M Johannesson. New Estimates of the Demand for Health: Results Based on a Categorical Health Measure and Swedish Micro Data [J]. Social Science and Medicine, 1999: 1325~1329
- [28]刘国恩, William H, 傅正泓, 等: 《中国的健康人力资本与收入增长》, 《经济学季刊》2004 年第1 期, 第104~106 页
- [29][31]赵忠: 《我国农村人口的健康状况及影响因素》, 《管理世界》2006 年第3 期, 第78~80 页
- [30][37]张永辉王征兵: 《农村居民的健康状况及其决定因素的实证分析》, 《农业技术经济》2010年第5 期, 第106~108 页
- [32]Winleby MA, et al. Socioeconomic Status and Health: How Education, Income and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease [J]. American Journal of Public Health, 1992 (6) : 816~820
- [33]尹庆双王薇王鹏: 《我国农村居民的收入与健康状况循环效应分析——基于CHNS 数据的实证分析》, 《经济学家》2011 年第10 期, 第43~44 页
- [34]李和森: 《中国农村医疗保障制度研究》, 经济科学出版社, 2005 年, 第123~124 页
- [35]韩俊罗丹: 《中国农村卫生调查》, 上海远东出版社, 2007 年, 第78~79 页