

新农村建设背景下我国中部地区农村居民 生活方式对健康的影响研究

张晓丽, 白景, 王新雷

(中北大学体育学院, 太原 030051)

摘要: 运用文献资料、问卷调查、数理统计等方法, 对我国中部地区农村居民生活方式对健康的影响进行研究。通过对13个相关维度分析后发现: ①相关地区的医疗卫生资源和保障状况比较好, 医疗卫生保健知识普及宣传力度与5年前相比, 已经得到了很大的改善, 但还需要进一步增强。②在生存方式指标“个人收入”和生活方式指标“吸烟、饮酒、饮食和睡眠质量”等方面对健康的影响分析中, 没有发现有显著性差异。③在生存方式指标“生活环境污染情况”“参加生产劳动时间”“不同生活地域”和生活方式指标“受教育程度”“婚姻和家庭状况”“是否参加体育锻炼”等对健康的影响分析中, 均发现有显著性差异, 说明这些因素与该人群的健康有很大的相关性。建议: ①政府应进一步加强对农村医疗卫生、健康保健等知识的普及宣传, 使居民形成“预防为主、治疗为辅”的正确健康观念。②加强农村体育健身软硬件设施和系统的建立, 形成科学、合理的健身系统网络。③加大对地方环境污染的整治工作, 努力做到将污染危害程度降到最低。④提高农村人口的受教育水平, 进而提高他们的保健认知水平和生活质量。

关键词: 新农村建设; 我国中部地区; 农村居民生活方式; 健康

中图分类号: G80-051

文献标志码: A

文章编号: 1008-3596 (2015) 05-0018-06

我国改革开放三十年后, 物质生活水平达到一定高度, 人们更加追求精神生活质量, 当前很多学者将人生“四大要素”——衣、食、住、行, 改为“五大要素”, 即衣、食、住、行、健康。当前城乡居民健康状况的差异越来越成为社会生活中一个突出问题。本研究对我国中部地区农村居民的生活方式对健康的影响进行分析, 了解当前影响该人群健康的不良生活方式和习惯等因素, 并为今后的农村居民健康水平提高提供科学的建议。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

以山西省、河南省、湖北省、安徽省、江西省、湖南省等6个省的15—70岁农村居民的生活方式与健康状况为研究对象。

1.2 研究方法

(1) 文献资料法。根据本课题研究需要, 通过中国期刊全文数据库(CNKI)、北京体育大学图书馆查阅关于农村居民生活方式和健康的相关文献资料, 掌握前人的研究成果和最前沿的学术动态, 为本研究提供理论参考。

(2) 问卷调查法。为了保证问卷的效度, 采用了两种

调查表: ①生活习惯及体育锻炼情况调查表(主要参考2005年国民体质监测调查问卷内容)^[1]。②SF-36生活质量量表, 它包括了生理功能(PF)、社会功能(SF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、精神健康(MH)、情感职能(RE)、活力(VT)、总体健康(GH)等8个与健康相关的生命质量维度^[2]。于2013年6月—2013年9月, 对我国中部6省的100个村庄的15—70岁农村居民共计发放问卷3000份, 剔除由于技术错误产生的1个村的数据, 共计回收99个村, 2970份问卷, 剔除无效问卷138份, 合格问卷共计2832份, 有效率达到96.35%。为了保证问卷的信度, 采用重测法对问卷进行信度检验。对调查对象的问卷回收结束15天后, 将同样的问卷再对300名调查对象重新发放、填写和回收, 回收后计算两次测验结果的相关系数, 得出两份问卷测得结果的相关系数 $r=0.82$, 符合研究要求。

(3) 数据统计法。将调查获得的数据采用Microsoft Excel软件、SPSS11.5统计软件等进行处理。

(4) 逻辑分析法。对已有的材料和统计结果, 运用逻辑学的知识和方法, 进行分析。

收稿日期: 2015-03-20

基金项目: 山西省体育局科研课题(10yb226)

作者简介: 张晓丽(1974—), 女, 山西大同人, 副教授, 硕士, 研究方向为社会体育学。

2 结论与分析

2.1 调查基本情况介绍

本次调查主要针对我国中部6省农村地区的15—70岁的农村户口人群,其中涉及到99个村庄,覆盖人口为220 193人,其中有效调查人数为2 832人,男性1 608人(56.8%),女性1 224人(43.2%),男女比例为了1:0.76。另外为了便于进行进一步的分析,根据国家通用标准,将本次调查人数划分为4个年龄组,12—17周岁为少年组,18—39岁为青年组,40—64周岁为中年组,65周岁以上为老年组;以上年龄的统计均以2013年6月为截止日期。

2.2 农民生活方式、健康的概念界定

农民生活方式是指农村居民在其居住环境下所从事的一切生存活动或生活活动。它既包含了“农民在占有有一定物质生活资料的基础上进行的消费活动、精神文化活动、社会交往等日常生活,还包含了他们物质生产等方面的生产活动。”^[3]本文在生存活动方面选取了“经济收入”“生产劳动时间”“生活环境污染程度”“医疗卫生环境”“生活地域”等5个指标;在生活活动方面选取了“受教育程度”“家庭和婚姻”“吸烟”“饮酒”“饮食习惯”“睡眠”“闲暇时间活动”“体育活动”等8个具有代表性的指标。

我国学者张铁民综合了世界卫生组织提出的健康概念内涵,1992年提出:“健康是人类的基本需要,是躯体的、心

理的、环境的和行为的互相适应和协调的良好状态。”^[4]这个定义通俗易懂,基本上符合我国的国情。目前,世界卫生组织提出人类新的健康标准,包括机体和精神健康两部分,具体可用“五快”(机体健康)和“三良好”(精神健康)来衡量,“五快”是指吃得快、便得快、睡得快、说得快、走得快;“三良好”是指良好的个性人格、良好的处世能力、良好的人际关系^[5]。

根据以上生活方式和健康标准的界定,本文通过选取的相关生活方式指标对健康影响的描述主要从以下三个方面进行:第一是针对处于不同生活方式情况下的农村居民“健康自评”这一主观指标进行论述和比较;第二是针对处于不同生活方式情况下的农村居民“与5年前比,您的健康状况”这一主观指标进行论述和比较;第三是针对处于不同生活方式情况下的农村居民“疾病史”这一指标进行论述和比较^[6]。

2.3 生存活动方面对健康的影响情况

2.3.1 经济收入水平对健康的影响情况

调查居民中,年收入在1万以上的人数达到65.6%,中青年收入水平居高,老年和少年的收入水平明显偏低,这符合社会发展的农村居民收入特点。但年收入达到3万元以上的比例在青年组中最高,说明6个省农村居民的收入水平偏低,且青年人在有知识的基础上,收入明显高于其他年龄组。

表1 经济收入水平对我国中部地区农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我感觉状况							
	少于 500元	501— 1 000元	1 001— 2 000元	2 001— 5 000元	5 001— 10 000元	10 001— 20 000元	20 001— 30 000元	30 001元 以上
少于500元	—	-2.419*	-2.123*	-2.515*	-2.479*	-2.272*	-1.862	-1.671
501—1 000元	-0.691	—	0.810	0.606	0.675	0.933	1.370	1.537
1 001—2 000元	-0.024	0.670	—	-0.367	-0.281	0.106	0.796	1.070
2 001—5 000元	0.229	0.967	0.338	—	0.106	0.569	1.336	1.634
5 001—10 000元	-0.289	0.538	-0.348	-0.784	—	0.477	1.282	1.595
10 001—20 000元	-0.283	0.552	-0.352	-0.858	0.018	—	0.942	1.313
20 001—30 000元	-0.199	0.693	-0.222	-0.745	0.199	0.212	—	0.389
30 001元以上	-0.109	0.726	-0.110	-0.581	0.328	0.365	0.171	—

注:*表示 $p < 0.05$ 为显著性差异,**表示 $p < 0.01$ 为非常显著性差异。下表同。

在对不同经济收入水平对健康影响的比较中发现(表1),年收入少于500元的人群“自我健康感觉状况”与年收入501—20 000元的各年龄段均有明显差异,进一步研究发现,年收入少于500元的人群主要以少年学生为主,他们还处于身体发育期,故自我感觉健康情况非常好。而其他年龄组的相互比较中,没有显示出差异。在“与5年前比,您的健康状况”的各组比较中,也没有显示出差异。

对以上各组中患病率进行分析,各组排在前五名的疾病依次为:高血压、胃病、关节炎、高血脂、妇科病等,说明收入的多少和患病率相关性不大。徐黄华对北京、上海和广州的居民收入和健康的研究发现高血压和收入相关性不大^[4],这与我国中部地区农村居民的研究结果相符。

2.3.2 参加生产劳动时间对健康的影响情况

表2 参加生产劳动时间长短对我国中部地区农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我健康感觉状况		
	4小时及以下	5小时	6小时及以上
4小时及以下	—	-0.314	-3.565**
5小时	3.411**	—	-2.124*
6小时及以上	-0.373	-3.429**	—

调查数据显示,我国中部地区农村居民每天参加生产劳动的时间低于4小时的比例最大(59.3%),其次是6小时

及以上(18.3%),从各年龄组分析发现,4小时及以下时间的人群比例均排在第一位,而青年组和少年组的6小时及以上人数也比较少,说明随着我国经济的发展,人们在生产劳动上付出的时间越来越少。

表2数据显示,参加生产劳动时间在4小时及以下人群的“自我健康感觉状况”与6小时及以上人群呈非常显著性差异,参加生产劳动时间在5小时的人群与6小时及以上人群也呈显著性差异;参加生产劳动时间在4小时及以下人群的“与5年前相比,你的健康状况”与5小时人群的这一指标相比呈非常显著性差异,而参加生产劳动时间在5小时的人群与6小时及以上人群之间也呈非常显著性差异。说明参加生产劳动的时间长短与健康关系非常密切,劳动时间越长对健康的负面影响越大。

对参加劳动时间不同的农村居民的患病情况进行比较发现,三个时间段中患病率排在前两位的均为“高血压”“胃炎”,而“关节炎”在6小时及以上组中排在了第三位,在其他组均排位靠后;同时可以看到“高血脂”和“妇科疾病”均排在了第四和第五。以上分析发现,劳动时间的长短与关节炎的患病率有很大的关系。

2.3.3 生活的自然环境污染对健康的影响情况

调查数据显示,我国中部地区农村居民中有12.5%的人认为“生活环境污染很严重”,有25.3%的人认为“无污染”;认为“空气污染”的占到最多(51.6%),其次是“水质和土壤污染”(36.0%)。说明我国中部地区农村居民的生活环境污染情况比较严重。我们对生活环境污染和无污染的两组人群进行了健康方面的比较,“自我健康感觉状况”的两个总体比较方差具有齐性,t检验的结果为 $t=2.149$, $\text{Sig. (双侧)}=0.000 < 0.01$,说明两个人群的“自我健康感觉状况”具有非常显著性差异。“与5年前比,您的健康状况”的两个总体比较方差具有齐性,t检验的结果为 $t=-2.589$, $\text{Sig. (双侧)}=0.010 < 0.05$,说明两个人群的“与5年前比,您的健康状况”也具有显著性差异。

对生活环境污染程度不同的农村居民的患病情况进行比较发现,各个环境中的居民患病率和健康比例方面均具有显著性差异。

2.3.4 医疗卫生资源、医疗保障制度和医疗保健知识普及情况

在调查的99个村庄里,有93个村拥有医疗卫生所,说

明我国中部地区农村的医疗卫生资源和保障状况不错。

对于每个居民来说,保健的医疗成本小、收益大且持续时间长,学会保健、学会疾病预防知识能够降低自己患病的风险。但在该方面的调研中发现:认为每年的医疗保健知识宣传“有很多”的村庄占到22.1%，“只有少数”的村庄占到56.6%，“没有宣传”的有21.2%；与5年前相比,“有很多”的村庄多了17个,“没有宣传”的村庄减少了19个。说明随着社会的进步和经济的发展,农村医疗卫生保健知识普及和宣传工作正在逐渐改善,但我国中部地区农村医疗卫生保健知识普及和宣传的力度还远远不够。

2.3.5 地域不同对健康的影响情况

表3 我国中部地区不同地域对农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我健康感觉状况			
	东南部	南部	中部	北部
东南部	—	0.035	1.809*	-3.005**
南部	-4.341**	—	2.973**	-4.167**
中部	-3.373**	1.531	—	1.261
北部	-5.085**	-2.165	-3.179**	—

为了便于进行大区域的农村居民的健康特征比较,按照地域特征,将6个省划分入东南部(安徽省、江西省)、南部(湖北省、湖南省)、中部(河南省)和北部(山西省)四个区域,并对四个地区的居民健康状况进行了比较研究。表3显示,东南部除和南部在“自我感觉健康状况”方面没有差异外,和中部、北部均有显著性差异,且距离越远,差异性越大;南部和中部、北部也呈非常显著性差异,中部与南部和东南部也呈显著性差异,但与北部没有差异。同样,北部与南部和东南部均呈非常显著性差异。

在对“与5年前比,您的健康状况”的比较中发现,东南部与其他三个地域均呈非常显著性差异,而南部除与东南部有非常显著性差异外,与中部和北部没有显著性差异;中部和北部却有非常显著性差异。

以上研究说明,四个区域农村居民的健康和亚健康状况均有明显的差异,可能与地域独特的地理环境和人们的生活习惯相关。

2.4 生活活动方面对健康的影响

2.4.1 受教育程度对健康的影响

表4 受教育程度对我国中部地区农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我健康感觉状况					
	未上过学	扫盲班	小学	初中	高中或中专	大专及以上学历
未上过学	—	0.834	2.763**	5.610**	7.905**	10.026**
扫盲班	1.473	—	1.142	2.851**	4.188**	6.006**
小学	1.041	-1.000	—	5.806**	9.991**	15.078**
初中	2.679**	0.620	3.845**	—	5.061**	11.419**
高中或中专	3.424**	1.486	5.759**	2.299*	—	6.540**
大专及以上学历	3.891**	2.053*	6.959**	3.724**	1.443	—

对我国中部地区农村居民的受教育程度与健康的关系进行了分析:其中对“自我健康感觉状况”的差异性进行比较,表4显示,未上过学的人群和小学以上的各人群均呈现非常显著性差异,扫盲班也与小学以上人群呈非常显著性差异,其他各组之间也存在非常显著性差异,说明不同受教育程度人群的健康水平差异非常显著。对“与5年前比,您的健康状况”的差异性进行比较,小学以下人群与初中以上人群均呈非常显著性差异,扫盲班只与大专以上组存在显著性差异,小学和初中组与所有其他组都存在显著性差异,但高中组和大专组没有显著性差异。说明不同人群的受教育程度

与健康状况有很大的相关性,教育程度越高的人群健康水平越高。

受教育程度与健康程度呈正相关,究其原因,教育程度的提高,使人容易了解健康保健的各种方法和知识,懂得如何利用相关医疗保健方面的信息和知识,选择健康饮食习惯(如不吸烟),并避开有害健康的风险(如选择较安全的工作),并结合自己的时间来改善健康状况。

2.4.2 家庭情况对健康的影响

家庭情况对健康的影响分析主要从“婚姻状况对健康的影响”和“家庭人口对健康的影响”两方面进行。

表5 不同婚姻状况对我国中部地区农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我健康感觉状况					
	未婚	已婚	离婚未再婚	离婚再婚	丧偶未再婚	丧偶再婚
未婚	—	-15.416**	-5.642**	-6.924**	-9.150**	-4.523**
已婚	-11.323**	—	-1.770	-2.525*	-4.519**	-2.382*
离婚未再婚	-3.596**	-0.281	—	-0.922	-1.797	-1.131
离婚再婚	-1.195	1.283	1.132	—	-0.732	-0.411
丧偶未再婚	-2.349*	0.012	0.198	-0.834	—	0.117
丧偶再婚	-2.123*	-0.910	-0.531	-1.265	-0.640	—

本次调查未婚人数占到38.8%,已婚且婚姻正常的占到55.8%,其他特殊情况占有5.3%。表5显示,未婚人群的“自我感觉健康状况”明显好于其他群组,可能与未婚人群多属于年轻人有关;已婚人群和其他特殊情况人群具有显著性差异,说明特殊情况的婚姻变故对健康的影响起到很大的作用。“与5年前比,您的健康状况”相比,未婚的人群与其他人群也具有显著性差异,已婚人群和特殊人群之间没有差异。

调查的居民中4口家庭居多(49.8%),几乎占到了

一半,其次是5口人家庭(26.0%),3口人家庭在农村中较少(20.9%),2口人的家庭最少(3.3%)。对家庭人口多少对健康是否产生影响方面进行分析发现(表6):除2口人家庭与5口以上家庭之间没有差异外,所有家庭的“自我健康感觉状况”之间都具有非常显著性差异。另外,“与5年前比,您的健康状况”相比,5口以上家庭与3—4口人家庭均存在非常显著性差异。说明人口越多,健康状况越差。

表6 家庭人口状况对我国中部地区农村居民健康影响的情况比较

与5年前比, 您的健康状况	自我健康感觉状况			
	2口人	3口人	4口人	5口人以上
2口人	—	4.306**	3.451**	1.880
3口人	1.073	—	-2.453**	-5.156**
4口人	1.130	0.087	—	-3.682**
5口人以上	0.063	-2.355**	-2.788**	—

2.4.3 吸烟对健康的影响

调查数据显示“从不吸烟”的人数占到56.0%,但“吸烟”的人数也有21.5%,说明我国中部地区农村的吸烟情况比较严重。尤其是在老年组和中年组中,均超过了20%,在青少年中较低一些。

对“吸烟”和“不吸烟”的人群“自我健康感觉状况”的差异性进行比较,两个总体方差具有齐性,t检验的结果为 $t=-0.428$, $\text{Sig. (双侧)}=0.668>0.05$,说明两个人群的自我健康感觉没有明显的差异。对吸烟和不吸烟的人群“与5年前比您的健康状况”的差异性进行比较,两个总体方差具有齐性,t检验的结果为 $t=-0.763$, $\text{Sig. (双侧)}=0.446>0.05$,说明两个人群“与5年前比,您的健康状

况”没有明显的差异。

对“不吸烟组”“偶尔吸烟组”“吸烟组”和“戒烟组”的患病率进行比较发现:不吸烟组的健康人数占到58.0%,偶尔吸烟组的健康人数占到56.8%,吸烟组的健康率略有下降,占到53.6%,戒烟组为59.5%,四个组的患病主要集中在高血压、高血脂和肺炎,患病比例没有显著性差异。

2.4.4 饮酒及对健康的影响

调查数据显示,“从不饮酒”的人数占到39.3%，“每天饮酒”的人数有8.0%，说明6个省农村居民的饮酒情况比较好。所有年龄组中偶尔喝酒的人群占到近一半，这可能出于日常交流和应酬的需要。

对饮酒和不饮酒的人群“自我健康感觉状况”的差异性进行比较,两个总体方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = -1.297$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.195 > 0.05$, 说明两个人群的自我健康感觉没有明显的差异。对饮酒和不饮酒的人群“与5年前比,您的健康状况”的差异性进行比较,两个总体方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = -1.397$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.163 > 0.05$, 说明两个人群“与5年前比,您的健康状况”没有明显的差异。

“从不饮酒组”“偶尔饮酒组”和“每天饮酒组”的健康人数均在55%—60%之间,没有太大的差异,从得病情况看,饮酒容易引起的心血管病的发生率在三个组中差别也不明显,仅在饮酒组中略高。

2.4.5 饮食习惯对健康的影响情况

我国中部地区农村63.5%居民“每天吃早餐”,仅有4.5%的人“从不吃早餐”,不吃早餐的人主要集中在青年和中年组,说明中青年的生活规律性稍差。

对“每天吃早餐的人群”和“从不吃早餐的人群”进行了健康方面的比较。其中“自我健康感觉状况”的两个总体比较方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = 0.036$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.971 > 0.05$, 说明两个人群的自我健康感觉差异不明显。对“与5年前比,您的健康状况”的两个总体比较方差成齐性, t 检验的结果为 $t = -1.500$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.134 > 0.05$, 说明两个人群“与5年前比,您的健康状况”也没有明显的差异。

“每天吃早餐组”“偶尔吃早餐组”和“从不吃早餐组”的健康人数均达到55%以上,没有太大的差异,从得病情况看,不吃早饭容易引起的消化系统等疾病的发生率在三个组中差别也不明显。

2.4.6 睡眠质量对健康的影响

睡眠质量方面调查数据显示,我国中部地区农村居民的睡眠质量差的人数较少(7.0%),睡眠质量一般的人占到大多数(53.2%),从各年龄段看,少年组的睡眠质量最好,良好人数占到52.1%,其他组睡眠一般的人数比睡眠好的人数要多。总体上看反映了该人群的睡眠情况特点。

对“睡眠感觉差人群”和“睡眠感觉好的人群”进行了健康方面的比较。其中“自我健康感觉状况”的两个总体比较方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = 1.730$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.084 > 0.05$, 说明两个人群的自我健康感觉差异不明显。对“与5年前比,您的健康状况”的两个总体比较方差成齐性, t 检验的结果为 $t = 0.615$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.538 > 0.05$, 说明两个人群的“与5年前比,您的健康状况”也没有明显的差异。

从得病情况看,睡眠质量不好容易引起的心血管、消化系统等疾病的发生率在各组中差别也不明显。

2.4.7 闲暇时间的活动内容

调查数据显示,我国中部地区农村居民的闲暇时间中,排在前三位的活动依次为“看电视”“家务劳动”“看书学习”,而“文体活动”排在了最后。老年、中年、青年和少年组中“文体活动”均排在最后,说明中部地区农村居民整体健身意识比较差。

2.4.8 体育活动对健康的影响情况

调查数据显示,我国中部地区农村居民参加体育活动的人数占到35.0%,不参加体育活动的占到65.0%,说明该人群参与体育活动的整体情况非常差。从各年龄组看,基本上与整体的分布特征一致。

对参加和不参加体育活动的两个人群的健康程度进行比较,其中“自我健康感觉状况”的两个总体方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = -3.340$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.01 < 0.05$, 说明两个人群的“自我健康感觉状况”差异非常显著。对“与5年前比,您的健康状况”的差异性进行比较,两个总体方差具有齐性, t 检验的结果为 $t = -2.227$, $\text{Sig. (双侧)} = 0.026 < 0.05$, 说明两个人群“与5年前比,您的健康状况”也具有显著性差异。说明体育活动对健康的影响作用比较大,参加者和不参加者无论在心理上和生理上都显示出明显的差异。

对该人群不参加体育活动的原因进行了调查发现,最主要的原因是“无兴趣”(41.3%)、“工作忙,没时间”(26.3%)、“家务重、无时间”(14.9%),而“无活动场所”等排在最后,说明目前我国中部地区农村居民不参加体育活动的主要原因是自身的内因所致,体育场地器材环境的影响较小^[7]。

3 结论与建议

3.1 结论

在对生活方式与健康状况的相关性分析中,本研究从13个维度对该问题展开了分析和讨论后发现:

我国中部地区农村的医疗卫生资源和保障状况比较好,农村医疗卫生保健知识普及和宣传的力度与5年前相比,已经得到了很大的提高,但还需要进一步改善。

在生存方式指标“个人收入”和生活方式指标“吸烟”“饮酒”“饮食”“睡眠质量”“闲暇时间的活动内容”等对农村居民健康状况的影响分析中,没有发现显著性差异。

在生存方式指标“生活环境污染情况”“参加生产劳动时间”“不同生活地域”和生活方式指标“受教育程度”“婚姻和家庭状况”“是否参加体育锻炼”等对农村居民健康状况影响分析中,均发现有显著性差异,说明这些因素与我国中部地区农村居民的健康相关性非常强。

3.2 建议

政府应进一步加强对农村医疗卫生健康、医疗保健以及妇幼保健等知识的普及宣传,使农村居民形成“预防为主、治疗为辅”的正确健康观念。

加强农村体育健身软硬件设施和系统的建立,形成科学、合理的健身系统网络。

加大对农村地区环境污染的整治工作,努力做到将污染危害程度降到最低。

提高农村人口的受教育程度,提高人群文化素质水平,从而提高其保健知识水平和生活质量。

参考文献:

[1] 国家国民体质监测中心. 2005年国民体质监测工作手

- 册[Z]. 2005.
- [2] 李鹏,王宏. SF-36 量表第二版应用于重庆市区居民生命质量研究的信效度检验[J]. 第四军医大学学报, 2009, 30(14): 1342-1344.
- [3] 朱启臻. 农业社会学[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2009.
- [4] 张铁民. 论健康[J]. 中国健康教育, 1992, 8(12): 20-24.
- [5] 世界卫生组织的健康新标准[J]. 今日科苑, 2006 (2): 43.
- [6] 徐黄华. 1989—2009 年我国成年人健康与收入关系的研究[D]. 北京: 北京交通大学, 2012.
- [7] 李遵, 邓陈亮. 城乡一体化进程中的新农村居民体育生活方式研究——以成都市为例[J]. 河北体育学院学报, 2014, 28(1): 19-21.

Research on the Impact of Rural Lifestyle on Citizen's Health in Central China under the New Rural Construction Perspective

ZHANG Xiao-li, BAI Jing, WANG Xin-lei

(School of Physical Education, North University of China, Taiyuan 030051, China)

Abstract: By methods of literature review, commissionaire and mathematical statistics, this article makes a research on the impact of rural lifestyle to citizen's health in central China. After analysis of 13 health-related dimensions, the research shows that: 1) The medical resources and security in related regions are comparably good. Compared with the past 5 years, the popularization and publicity of medical health care have been greatly improved, but it also needs to be further enhanced. 2) In the impact analysis of survival index of income, and lifestyle index such as smoking, drinking, eating and sleeping quality, there is no significant difference. 3) In the impact analysis of survival index such as the pollution of living environment, duration of labor, and different living regions, and lifestyle index such as education level, marital and family status, whether participate physical exercise or not, there is significant difference. This indicates that these factors have great relevance to the health of the residents in central rural area. Suggestions: 1) Government should further strengthen their guidance and education to the knowledge of medical care and health care in rural residents, which helps them form proper health concept of main prevention with assistant treatment. 2) The establishment of sports facilities and sports systems in rural areas should be strengthened to form a scientific and reasonable fitness system for residents. 3) The environmental pollution in rural areas should be controlled to minimize the damage of pollution. 4) The education level of rural population should be improved to enhance their cognitive level of health and their life quality.

Key words: New Rural Construction; Central China; lifestyle of rural residents; health