



20世纪80、90年代开始,生命质量研究已广泛出现于全球各国的社会各领域,生命质量评价量表则成为不可或缺的重要指标和评定工具。随着医学和卫生保健国际交流的广泛化,生命质量的跨文化研究成为新的研究热点。进入21世纪后,体育活动随之进入生命质量研究的视野,将生命质量的提升从过去的医学治疗前推到疾病预防。由于历史和社会原因,中国大陆与台湾地区虽同根同源,但仍然有不小的文化差异,而越南作为发展中国家,与中国两岸也有着相当的文化差异,因此有必要对当前国际上活跃的生命质量跨文化研究项目进行阐明,并分析存在的问题。本专题5篇生命质量研究的文章来自两岸三地,以不同的社会经济、文化背景和价值取向为基础,研究三地居民的身体状态、心理功能、社会能力以及个人整体感觉体验,对象涉及普通成年人和老年人、慢性病人、少数民族、高校教师等多种群体,试图从健身和运动入手,研究和探讨运动与生命质量的关系,以适量健身和运动(干预),将生命质量的提升推进至远离医院和病床阶段。

——刘志民,上海体育学院教授、博士、博士生导师,生命质量研究专家

畲族聚居区居民生命质量的群体特征研究

王莉莉,马春林

摘要: 生命质量维系民族或种族的繁衍和质量。以畲族聚居区居民为研究对象,运用文献资料法、量表法、访谈及数理统计等方法,观察和分析聚居区居民生命质量的群体特征,发现:畲族聚居区畲族等少数民族居民在生命质量心理健康层面状况要优于生理健康层面,体现出“苦中作乐”基本状态;低收入居民生命质量在生理健康和心理健康两方面都受到较大限制;女性心理健康层面(MCS)生命质量问题突出,心理健康潜伏危机;老年居民生命质量得分显著低于其它群体,成为高危群体,而慢性病患者生命质量处于挣扎的边缘。此外,还发现体育健身可能具有维系或提升生命质量的价值作用。建议地方政府及时调整区域经济和社会发展政策,着力改善民生,加强公共卫生、体育公共等服务体系建设,以维护地区和谐稳定。

关键词: 生命质量;少数民族聚居区;畲族;健康

中图分类号:G80-05 文献标志码:A 文章编号:1006-1207(2014)06-0001-06

Group Characteristics of Quality of Life of Residents in She-Nationality Areas

WANG Lili, MA Chunlin

(Institute of Physical Education, Huaiyin Normal University, Jiangsu 223300, China)

Abstract: Quality of life sustaining reproduction and the quality of national or racial. This article to residents living in She nationality areas as the research object, by the method of literature, the scale method, interview and mathematical statistics method, observation and analysis of the group characteristics of quality of life for these residents. The results found, Minority residents, female, elderly residents group lower than other groups of residents. In addition, sports fitness may have a value function to maintain or enhance the quality of life. Therefore, suggests the government timely adjustment of regional economic and social development policy, to improve people's livelihood, strengthen the construction of public health, public sports service system, to maintain regional harmony and stability.

Key Words: Quality of life; Health

生命质量(Quality of life, QOL)维系民族或种族繁衍和质量以及社会发展的基石,生命质量要素是提升民族群体的基础^[1]。在社会科学领域里,生命质量被认为是不同文化和价值体系中的个体与群体的目标、期望和标准,也是各种民族或种族生命攸关事物、生理与心理以及精神等领域的体验。生命质量量表就是将这些体验全面、客观和

准确地定量测量并呈现,一方面供现代社会学者研究与生命质量相关的身体(生理)功能、心理能力、社会适应等能力,另一方面为国家 and 政府提升其国民生命质量的政策、策略制定提供依据。中国是多民族国家,少数民族人口众多,地域分布广泛,由于历史的欠账和区域经济社会发展的不平衡等原因,少数民族聚居地区社会发展、居民健康,

收稿日期:2014-10-19

基金项目:中国国家体育总局科教司重点研究领域攻关课题(2012B085)。

第一作者简介:王莉莉,女,硕士,助教。主要研究方向:体育社会学。

作者单位:淮阴师范学院体育学院,淮安 223300。



尤其是生命质量等问题长期以来制约着社会的均衡发展。为此,本研究以中国畲族聚居区居民为研究对象,观察其生命质量的基本特征,以发现当前提升畲族居民的健康及生命质量的重点,为政府制订少数民族地区社会发展的民生政策提供参考。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

本研究以福建、江西、浙江3省交界的7个常年生活在畲族聚居乡镇的1450名成年居民(20岁以上)为研究对象。

1.2 研究方法

1.2.1 文献资料法

通过文献检索,搜集相关研究资料、地方志、统计年鉴、民族文史等资料了解畲族的历史变迁、演变、民族文化、风俗等知识,为本研究奠定基础。

1.2.2 量表法

SF-36(The Short Form-36 Health Survey, SF-36)为国际上通用的评价一般或特定人群生命质量标准化工具之一,本研究采用中文第二版对7个畲族乡镇居民的主观生命质量进行测定。

1.2.3 访谈法

深入3省多个畲族聚居乡镇与村落走访居民,就收入、居住环境、生活习惯及医疗支出等情况进行访谈。

1.2.4 数理统计法

对所得数据资料进行整理后,在计算机分析软件SPSS16.0建立数据库,进行研究涉及问题的数据统计与分析。

2 分析与讨论

2.1 畲族聚居区居民生命质量的群体特征

畲族居民大多生活在福建、江西、浙江3省交界的畲族聚居地区,是中国除汉族居民之外人口数量较多的民族

之一。在本研究的1450名聚居区研究对象中,有634名是包括畲族在内的少数民族居民,占总体样本数量的43.7%,因此,畲族等少数民族居民的生存、健康和生命质量水平对于畲族聚居地区的社会经济发展与社会和谐稳定有着重要作用。

2.1.1 少数民族居民“苦中作乐”

由表1所示,本研究634名少数民族居民生命质量8个维度的得分中,生理健康层面(PCS)如生理功能、生理职能、躯体疼痛和总体健康4个维度得分均低于聚居区1450名居民生命质量平均得分,其中,生理职能、躯体疼痛维度得分与聚居区居民平均得分差异有显著或非常显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),但是心理健康层面(MCS)包括畲族在内的少数民族居民在活力、社会功能、情感职能和精神健康维度得分高于聚居地区居民平均得分,且在活力、社会功能两维度方面差异具有显著性意义($P < 0.01$)。由此可知,畲族等少数民族居民在生命质量心理健康层面状况要优于生理健康层面,得分上明显高于聚居地区居民的平均水平,体现出“苦中作乐”基本状态。从畲族历史发展史和实地调查也证实,由于长期生活在交通闭塞、偏僻、自然环境恶劣的大山之中,造成畲族等少数民族居民普遍经济收入偏低,地区公共卫生医疗条件落后,身体营养严重不足,出生率、死亡率较高,人均寿命较短,身体健康的“疾苦”一直威胁着民族的生存。但与身体“疾苦”不同的是,畲族文化异常璀璨和活跃,有极具民族特色的传统体育、舞蹈、音乐等内容丰富、形态多样的文化和节日庆典活动。这些文化、娱乐及随之出现的各种节庆、仪式等都为他们在长期相对恶劣的生活环境中生存,培养了他们“苦中作乐”的生活态度和顽强、乐观的品质,而且还缓解着来自身体的痛楚,为相对苦闷又单调的生活带来了乐趣^[2]。时至今日,这些文化活动仍然发挥着一些特殊作用,至少在心理层面相对提升畲族人民的生活质量和幸福感受。表1可见,畲族等少数民族居民生理健康层面(PCS)得分较之聚居区居民平均水平离散程度大,表明个体间生理健康差异较大,而在心理健康层面(MCS)离散程度却趋向集中,表明“苦中作乐”是该民族乐观豁达的性格,也是生命质量的基本事实,政府有责任让畲族等少数民族群众能够健康并快乐。

表1 畲族居民生命质量各维度得分($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Different Dimensional Scores of the Life Quality of She Nationality People ($\bar{x} \pm s$)

维度	少数民族居民 (N=634)	聚居区居民 (N=1450)	P
生理功能(PF)	79.3±22.4	80.2±14.8	>0.05
生理职能(RP)	74.0±30.6	77.3±29.6	<0.05
躯体疼痛(BP)	69.4±21.5	76.3±18.9	<0.01
总体健康(GH)	71.8±23.6	73.5±20.2	>0.05
活力(VT)	79.2±12.4	76.6±13.3	<0.05
社会功能(SF)	85.7±13.4	82.3±15.8	<0.01
情感职能(RE)	80.4±19.4	78.7±21.6	>0.05
精神健康(MH)	80.3±16.1	80.6±12.5	>0.05



2.2 低收入群体生命质量的“双重受限”

国内外研究都表明,稳定的经济收入及来源是国民生命质量提高的物质基础,足够的经济收入可以改善居民的生活条件,可以享用良好的医疗资源,也可以通过消费获得丰富的精神和物质生活,从而进一步提升生命质量水平^[3]。在本研究中,依据我国最新贫困人口标准及当地实际情况,将调查中个人年收入在“0~2 500 元”的居民划为低收入居民;收入在“2 501~5 000 元”和“5 001~10 000 元”的居民合并为中等收入;收入在“10 000~15 000 元”和“15 000 元以上”的居民合并为高收入群体。

从表 2 不同收入的居民生命质量在 8 个维度的得分

情况来看,低收入居民较中、高收入居民生命质量在生理健康层面(PCS)和心理健康层面(MCS)的得分低,其中,在生理功能(PF)、总体健康(GH)、躯体疼痛(BP)和精神健康(MH)4 个维度方面,其差异具有统计学的显著性或非常显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),由此表明低收入居民在生理健康和心理健康两方面都受到较大生命质量限制。此外,从低收入居民的生命质量的生理功能(PF)、总体健康(GH)、躯体疼痛(BP)和精神健康(MH)等维度得分离散程度来看,较之中、高收入居民得分也表现出较高的集中趋势,说明经济收入直接影响低收入居民的生命质量体验,表现在生理健康层面(PCS)和心理健康层面(MCS)的“双重受限”。

表 2 畲族聚居区不同收入居民生命质量维度得分($\bar{x} \pm s$)

Table II Different Dimensional Scores of the Life Quality of She Nationality People with Different Income($\bar{x} \pm s$)

维度	低收入 (N=513)	中收入 (N=776)	高收入 (N=161)
生理功能 (PF) *	78.9 ±14.8	80.6 ±18.8	82.3 ±17.6
生理职能 (RP)	76.2 ±18.9	77.7 ±20.5	79.2 ±19.7
躯体疼痛 (BP) **	69.7 ±18.9	79.3 ±21.9	82.4 ±20.8
总体健康 (GH) **	62.5 ±20.2	78.8 ±23.1	82.8 ±20.3
活力 (VT)	76.1 ±13.3	76.3 ±15.5	78.2 ±14.1
社会功能 (SF)	81.3 ±15.8	82.6 ±15.8	83.7 ±15.1
情感职能 (RE)	77.9 ±21.6	78.7 ±23.3	80.9 ±20.3
精神健康 (MH) *	78.7 ±12.5	81.5 ±17.5	83.1 ±22.5

注: * 为有显著性意义 $P < 0.05$, ** 为有非常显著性意义 $P < 0.01$ 。

在调查中了解到,畲族聚居地区居民年人均收入在 0~2 500 元之间的居民比例约为 35.4%,在 2 501~5 000 元之间,比例约为 40.5%。从资料统计来看,2011 年我国政府公布的全国农村居民平均纯收入为 5 919 元,而本研究调查的 7 个畲族乡镇居民约有 75.9%的居民收入还处于全国平均线以下,而如果按 2011 年我国最新贫困人口标准 2 300 元测算,还有 35.4%的居民尚处在贫困边缘。据调查所知,畲族聚居地区农业生产收入仍是当地居民的主要收入来源,其比例占到了调查的 67.3%。这些微薄的收入仅能勉强应付家庭正常生活开支,要明显改善生活条件,尤其是提高医疗保健水平和治疗身体疾病,维持健康,提高低收入居民经济收入将是关键因素。

2.3 女性心理健康生命质量“危机潜伏”

由表 3 可知,畲族聚居地区居民的生命质量各维度得分中,男性居民各维度得分均较高于女性居民,且在统计学上具有显著性意义。具体为:男性生命质量在 GH、活力(VT)和 MH 等维度得分高于女性居民,并具有非常显著性意义($P < 0.01$);在 PF、生理职能(RP)具有显著性意义($P < 0.05$);在 BP、情感职能(RE)和社会功能(SF)3 个维度得分上高于女性居民,但不具有统计学意义($P > 0.05$)。究其原因,在包括畲族在内的少数民族聚居地区,男性居

民作为家庭的主要经济来源支柱,为了保障家庭重要劳力不致由于健康能力而降低获得经济来源水平,甚至丧失能力,几乎所有家庭都尽其所能,保证家庭成员中的青壮年男性优先享受家庭中各种资源,包括好的饮食和医疗条件,以保证他们的生理健康水平能够得到较好地维持。在男权主义仍然相对盛行的少数民族社会和聚居区内,男性居民在生活中有着相对较高的社会地位,所以较之女性,研究对象中的男性居民身体和精神健康在得分和现实两方面都要高于女性。反过来,少数民族社会和聚居区内的男权主义对于女性而言,却是在家庭和社会生活中,隐忍着各种压力的同时,还必须要求自己忽略自身健康不佳与疾病,尽可能地承担各种家务和日常劳动,所以女性居民在活力、情感职能、精神健康等生命质量维度得分都较低。尽管本研究中这种趋势在统计学中尚无显著性,但是从畲族聚居地区女性居民的心理健康层面 4 个维度得分趋向进一步离散的情况来看,女性居民的心理健康问题已有潜伏,值得警惕。

2.4 老年居民是生命质量的“高危群体”

表 4、5 是畲族聚居地区不同年龄居民生命质量各维度得分的方差分析结果。由此可见,随着研究对象的年



龄增长, 生命质量在 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE 等 8 个维度的得分呈现逐渐降低的趋势, 并且在 40~49 岁年龄后逐渐显现出差异, 且具有非常显著性意义(P<0.01)。例如 20~29 岁时, PF 的维度为 86.8±11.6, 而随着年龄的递增, 到达 60 岁以上年龄段时, PF 得分降到了 76.4±15.6,

并且在统计学上出现非常显著性意义(P<0.01); 精神健康 (MH) 在年龄 20~29 岁年龄段得分为 85.4±13.6, 到 50~59 岁时, 降低为 76.2±12.1, 随后, 继续呈现下降趋势, 到 60 岁以上年龄降为 73.3±16.8, 差异具有非常显著性意义(P<0.01)。

表 3 畲族聚居区不同性别居民生命质量各维度得分情况($\bar{x}\pm s$)

Table III Different Dimensional Scores of the Life Quality of She Nationality People of the Different Genders($\bar{x}\pm s$)

维度	男性居民 (N=853)	女性居民 (N=597)	P
生理功能 (PF)	81.1±15.5	78.9±21.8	<0.05
生理职能 (RP)	79.4±24.3	76.3±27.4	<0.05
躯体疼痛 (BP)	77.3±16.4	75.9±19.5	>0.05
总体健康 (GH)	79.4±18.6	65.1±22.3	<0.01
活力 (VT)	81.3±15.4	70.0±13.7	<0.01
社会功能 (SF)	83.5±13.8	81.9±18.3	>0.05
情感职能 (RE)	79.6±20.7	77.5±22.5	>0.05
精神健康 (MH)	85.4±14.5	73.7±10.5	<0.01

表 4 畲族聚居区不同年龄居民生命质量维度得分($\bar{x}\pm s$)

Table IV Different Dimensional Scores of the Life Quality of She Nationality People of the Different Ages($\bar{x}\pm s$)

维度	20~29 岁 (N=157)	30~39 岁 (N=249)	40~49 岁 (N=467)	50~59 岁 (N=352)	60 岁以上 (N=225)
生理功能 (PF)	86.8±11.6	84.2±22.8	79.6±17.3	77.5±17.8	76.4±15.6
生理职能 (RP)	84.6±15.6	82.5±24.3	78.8±18.6	74.5±28.4	67.9±23.7
躯体疼痛 (BP)	80.3±15.9	79.4±21.9	76.3±22.5	75.5±18.6	69.3±29.5
总体健康 (GH)	79.2±16.3	78.4±20.3	72.5±18.1	71.4±23.2	69.4±24.4
活力 (VT)	80.4±23.2	79.7±10.3	77.6±15.5	74.2±18.4	72.1±23.3
社会功能 (SF)	86.5±18.5	85.8±14.6	82.8±17.3	79.4±22.8	78.7±19.8
情感职能 (RE)	84.4±18.6	82.1±24.2	79.2±19.5	75.6±16.4	74.5±21.6
精神健康 (MH)	85.4±13.6	85.2±14.5	83.4±10.5	76.2±12.1	73.3±16.8

表 5 畲族聚居区不同年龄居民生命质量维度得分显著性检验

Table V Significance Test of the Different Dimensional Scores of the Life Quality of She Nationality People of the Different Ages($\bar{x}\pm s$)

维度	P<0.05	P<0.01
生理功能 (PF)	ac**, ad**, ae**, bc*, bd**, be**, ce**	
生理职能 (RP)	ac**, ad**, ae**, bc**, be**, ce**, de**	bd*
躯体疼痛 (BP)	ac**, ad**, ae**, be**, ce**	bc*; bd*; de*
总体健康 (GH)	ac**, ad**, ae**, bc**, be**, ce**	bd*
活力 (VT)	ad**, ae**, bd**, be**, ce**	ac*; cd*
社会功能 (SF)	ac**, ad**, ae**, bd**, be**, ce**	bc*
情感职能 (RE)	ad**, ae**, be**, ce**	bd*; cd*
精神健康 (MH)	ad**, ae**, be**, ce**	bd*; cd*; de*

注: a 表示 20~29 岁, b 表示 30~39 岁, c 表示 40~49 岁, d 表示 50~59 岁, e 表示 60 岁以上; ac 表示 a 年龄段与 c 年龄段相比较, 以此类推。

追根溯源, 本研究调查发现畲族聚居地区老年人生命质量降低有着其独特的社会背景。一方面, 由于少数民族地

区的共性, 当地经济、社会、教育等发展水平低, 医疗卫生尤其落后, 因此, 老年人一旦身患疾病, 就要面临“看病



难、看病贵”的大问题。有病不医,或说有病看不起的现实导致少数民族老人小病无法及时得到医治,久拖成大病,最后卧病床榻,不仅是生命质量的全面下降,而且造成一系列后遗症;另一方面,畲族聚居乡镇“空巢”老人比较普遍,大批年轻人外出务工,常年不返乡回家,老年人情感上对子女的思念,生活上的孤力无助,经济上的极度窘迫等均造成少数民族老年人精神、情感等生命质量职能的障碍和快速下降。

此外,研究中还发现相对比较发达地区城镇老年人热衷的健身活动,在畲族聚居区普遍缺乏。由于社会发展的相对滞后,畲族聚居区居民无论是健身意识,还是健身和休闲方式、方法都比较缺乏,畲族聚居区老年人闲暇生活内容极其单调,除了聚集闲聊,就是聚众玩具有赌博性质的游戏,从而滋生其它社会负面问题,乃至出现犯罪。不健康的娱乐和消遣活动导致老人身体健康越来越差,连同情感空虚,心理负担较重的作用最终导致生命质量的普遍不高和下降。因此,畲族聚居地区老年人应当是地区政府及社会团体推行卫生、体育等社会服务公共化的首要关注群体。

2.5 慢性病患居民生命质量处于“挣扎边缘”

慢性病主要指以高血压、脑中风、慢性气管炎、冠心病和糖尿病,以及精神异常等为典型代表的一系列疾病。慢性病往往病因复杂,而且病程很长,对身体和心理健康损害都很大,尤其是少数民族聚居区大面积的老年慢性病会对个人、家庭,以及社会的稳定带来许多潜在和现实的威

胁。慢性病不仅给患者造成心、脑、肾等脏器的损害,而且往往也给患者带来很大的心理压力,尤其是慢性老年病人往往变得敏感、脆弱、多疑、焦虑、脾气多变,治疗费用也极其昂贵,给家庭造成很大的经济负担。生命质量处于“挣扎边缘”,提升显然无从谈起^[4]。

表6显示,患有慢性病的畲族聚居区居民在生理功能、心理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康维度8个维度的生命质量得分均低于无慢性病居民,且具有非常显著性的意义($P < 0.01$)。可见,慢性病在很大程度上影响到了居民的生命质量,在一定程度上,慢性病问题是制约当前畲族聚居地区生命质量提升和社会发展的一个重要因素之一。本研究访谈中发现,畲族聚居地区慢性病者,特别是老年慢性病患者长期受病痛的折磨,一方面躯体功能和生理功能逐渐受损,得不到有效治疗后,程度逐年加重;另一方面,长期病痛折磨所造成的沉重心理及经济负担等非人所能体验,“久病床前无孝子”效应还容易带来家庭各代成员之间关系的扭曲,造成慢性病患者更沉重的心理负担,从而形成患者躯体和精神两方面的恶性循环,生命质量处于“挣扎边缘”。本研究发现,畲族聚居地区慢性病患者中尤以女性和50岁以上老年人居多,因此,政府和社会亟需重视少数民族地区妇女和老年人的生存状态,逐步完善妇女和老年人的社会保障制度,宣传和普及健康知识,促进健康水平的提高,改善少数民族地区居民的生命质量,将处于“挣扎边缘”的慢性老年病患者、妇女等拉回正常生活。

表6 畲族聚居区患慢性病居民的生命质量($\bar{x} \pm s$)
Table VI Life Quality of the She Nationality People with Chronic Diseases($\bar{x} \pm s$)

维度	慢性病 (N=342)	无慢性病 (N=1108)	P
生理功能(PF)	73.2±16.8	82.4±14.4	<0.01
生理职能(RP)	68.4±23.2	80.1±26.4	<0.01
躯体疼痛(BP)	68.5±15.9	78.7±20.2	<0.01
总体健康(GH)	64.3±18.4	76.4±22.1	<0.01
活力(VT)	64.2±14.3	80.4±15.1	<0.01
社会功能(SF)	75.2±18.5	84.5±13.8	<0.01
情感职能(RE)	70.4±19.6	81.3±20.6	<0.01
精神健康(MH)	68.8±13.5	84.2±17.5	<0.01

健康是提高生命质量的前提,已有研究表明,多种慢性疾病形成的原因往往在于人的生活方式和行为,吸烟、酗酒、熬夜、缺乏体育健身等不良生活方式诱发慢性病已成定论。25%的癌症及大多数心脏病可能是由于吸烟所致,而吸烟行为一般是可以有意识拒绝的,因此也是可以避免的^[5]。35~55岁的男性群体如果控制肥胖,减轻体重10%就可能减少约20%的冠心病的发生,更可以降低退行性关节炎、糖尿病、脑卒中及心脏病等慢性病的发生,避免生命质量进入“挣扎边缘”^[6]。

表7显示,在有体育健身居民的生命质量8个维度中,PF、RP、BP、GH、VT、MH、RE和SF等生命质量维度得分均高于有吸烟和酗酒习惯的居民,差异具有显著性意

义。有吸烟、酗酒习惯的居民在BP、GH、RE等维度得分最低,与具有健身习惯居民相差在10分以上。因此,可以认为吸烟、酗酒等危害健康的行为对生命质量的RP、PF和GH等维度的危害是极其严重的。有研究表明,日常健康行为不仅能增强体质,维护人的正常生理功能,减轻肌肉疼痛,而且还能够使人拥有良好的心态,保持积极的情绪,提高精神健康水平。体育健身作为日常健康行为之一,是当今社会的普世价值观,因为健身不仅能促进身体健康,而且还能够提升包括生理、心理和精神等层面的生命质量。Richard .Sawatzky(2007)在对加拿大65岁以上老年人的业余健身活动和生命质量关系的研究中发现,消耗1 000 kcal/周的健身活动能有效缓解老年人身体痛疼、情



感等生命质量问题^[7];孙芹芹(2010)的研究也发现,参与太极拳运动后,中老年人生命质量水平改善效果显著,由于身体健康问题所导致的RP受限问题明显减少,躯体疼痛程度、疼痛对日常生活及行动能力的影响程度明显降低,并且对自身精力和疲劳程度的主观感受明显好转,生理和心理健康等问题限制参加社会活动的数量和质量影响明显减小,由于情感问题所造成的职能受限问题也有所减小,激励、压抑或情感失控等心理主观感受明显降低^[8]。几乎与此同时,彭春政(2009)研究传统养生类健身运动对

老年人生命质量影响的研究结果表明,经常参加传统养生类健身活动的老年人生命质量得分明显高于无体育健身人口,其中身体健康维度之间的相关性非常显著($P < 0.01$)^[9]。由此可见,健身等促进健康的行为习惯可以作为促进人类身心健康、改善生命质量的重要手段,因而,在当前中国积极推动新农村文化建设和实施农民健身工程的有利形势下,倡导包括畲族在内的少数民族聚居地区居民参与全民健身活动,提高健康素质,丰富文化生活,也是提升生命质量的一个有效途径。

表 7 畲族聚居区居民健康行为与生命质量 ($\bar{x} \pm s$)
Table VII Fitness Behavior and Life Quality of the She Nationality People ($\bar{x} \pm s$)

维度	经常吸烟 (N=529 人次)	酗酒 (N=750 人次)	规律健身 (N=285 人次)
生理功能 (PF) **	76.4±21.4	77.4±17.8	83.6±15.5
生理职能 (RP) **	74.4±23.5	73.4±25.3	85.4±22.7
躯体疼痛 (BP) **	72.3±17.8	66.3±19.5	87.5±16.5
总体健康 (GH) **	67.8±17.4	64.6±20.2	75.4±18.5
活力 (VT) **	71.5 ±15.7	70.5 ±16.3	85.3 ±14.1
社会功能 (SF) **	79.5 ±16.5	78.7 ±14.1	87.4 ±13.5
情感职能 (RE) **	73.2±18.6	69.2±20.5	81.8±19.1
精神健康 (MH) **	73.5±18.4	77.4±16.8	86.5±14.5

注:*吸烟、酗酒组与规律健身组间差异具有显著性 $P < 0.05$,** 差异具有非常显著性 $P < 0.01$ 。

3 结论与建议

3.1 畲族聚居区畲族等少数民族居民在生命质量心理健康层面状况要优于生理健康层面,得分上明显高于聚居地区居民的平均水平,体现出“苦中作乐”基本状态;低收入居民生命质量在 PCS 和 MCS 的得分较低,生理健康和心理健康两方面都受到较大生命质量限制。

3.2 女性较之男性居民,生命质量的 PCS 和 MCS 共 8 个维度得分均低于男性居民,尤其 MCS 生命质量问题突出,心理健康潜伏危机。

3.3 畲族聚居区老年居民随着年龄增长,机能退化、多患慢性病,由此在生命质量 8 个维度中得分显著低于其它群体,生命质量状况成为高危群体,而目前聚居区慢性病患者,的生命质量处于挣扎的边缘。

3.4 具有良好的体育健身习惯的居民生命质量 8 个维度得分状况均明显高于有吸烟和喝酒行为习惯的居民,体育健身可能具有维系或提升生命质量的价值作用。

3.5 建议地方政府及时调整区域经济和社会发展政策,着力改善民生,健全完善公共卫生服务体系,尤其是重点解决居民收入,改善医疗条件,提高医疗保险政府支付比例,以维护地区和谐稳定。健康的生活习惯,尤其是体育健身有助于维系和提升居民生命质量,建议地方政府加强聚居区体育公共服务体系建设,挖掘畲族传统体育的健身价

值,以缓解或提升居民相关健康生命质量。

参考文献:

- [1] 刘志民,赵学森.少数民族传统体育与生命质量[M].北京:人民体育出版社,2012.
- [2] 郭志超.畲族文化论述[M].北京:中国社会科学出版社,2009.
- [3] 赵学森.我国毛南族聚居区传统体育与健康相关生命质量[D].上海体育学院,2010,6.
- [4] 周王艳,吉诃,陈家应.我国农村不同收入居民健康状况与生命质量研究[J].中国卫生政策研究,2011,4(5):54-60.
- [5] 杨廷忠.健康行为理论与研究[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [6] 万丹丹,杨瑞雪,万崇华,等.高血压患者生命质量的影响因素分析:QLICD-HY 的应用[J].中国卫生统计,2013(6):23-26.
- [7] Richard Sawatzky(2007). Teresa Liu-Ambrose, William C Mille and Carlo A Marra. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults[J].*Health and Quality of Life Outcomes*,68 (5):358-369.
- [8] 孙芹芹.太极拳运动对中老年高血压患者生存质量的影响研究[D].北京体育大学,2010,6.
- [9] 彭春政.统养生类体育锻炼对老年人生命质量影响的研究[J].搏击·武术科学.2009,6(6):71-72.

(责任编辑:杨圣韬)