

患者对健康危险因素的总体感知及其影响因素: 一个全国样本的分析

叶贝珠^{1*} 洪雅君^{1,2} 张萍¹ 程瑶¹ 蒋红卫¹ 孙奕¹ 王乔凤³ 谢小华⁴ Xi Zhu⁵ 张乃兴⁶ 梁渊¹

1. 华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

2. 福建省厦门市解放军第 174 医院 福建厦门 361003

3. 中山大学第三附属医院 广东广州 510630

4. 广东省深圳市第二人民医院 广东深圳 518037

5. 爱荷华大学公共卫生学院 Iowa city USA

6. 广东省深圳市卫计委 广东深圳 518031

【摘要】目的:了解患者对健康危险因素的总体感知及其影响因素。方法:采用分层整群抽样的方法,并根据 WHO 健康社会决定因素框架,从结构因素和调节因素的角度来分析对其的影响。结果:调查对象感知的源自生活的健康相关危险因素危害“较大/很大”所占比例(27.1%)高于源自工作的相应比例(21.7%)。Logistic 回归分析结果显示,结构因素中有显著性意义的主要是文化程度和经济状况,小学及以下文化程度的调查对象感知到的危险因素的危害更小($OR_{\text{源自生活}} = 0.64, 95\% CI: 0.54-0.76$; $OR_{\text{源自工作}} = 0.75, 95\% CI: 0.63-0.89$);经济状况较差/很差的患者其危险因素的危害感知更大($OR_{\text{源自生活}} = 1.54, 95\% CI: 1.31-1.81$; $OR_{\text{源自工作}} = 1.72, 95\% CI: 1.47-2.01$);调节因素对两个来源的危险因素的影响没有显著性意义。结论:源自生活的健康危险因素控制可能需要借鉴源自工作的健康危险因素控制的相关措施(即政策法规及相应的组织机构),结构因素和调节因素的影响则揭示健康危险因素的控制可能更需要依靠社会经济发展。

【关键词】健康危险因素;患者感知;健康的社会决定因素;结构因素;调节因素

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.05.009

National sample analysis on patient's general perception of health risk factors and its influencing factors in China

YE Bei-zhu¹, HONG Ya-jun^{1,2}, ZHANG Ping¹, CHENG Yao¹, JIANG Hong-wei¹, SUN Yi¹, WANG Qiao-feng³, XIE Xiao-hua⁴, XI Zhu⁵, ZHANG Nai-xing⁶, LIANG Yuan¹

1. School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. The 174th Hospital of Chinese People's Liberation Army, Xiamen Fujian 361003, China

3. The Third Affiliated Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou Guangdong 510630, China

4. No. 2 People's Hospital of Shenzhen Municipality, Shenzhen Guangdong 518037, China

5. College of Public Health, University of Iowa, Iowa USA

6. Health and Family Planning Commission of Shenzhen Municipality, Shenzhen Guangdong 518031, China

【Abstract】 Objective: To analyze patient's general perception of health risk factors and its influencing factors. Methods: Using stratified cluster sampling method, a national cross-sectional survey was conducted. Influencing factors included structural and intermediary determinants according to the WHO's Framework of Social Determinants of Health. Results: The proportion of high risk factors originated from life was higher than that of those originated from work (being 27.1% vs 21.7%). The results of logistic regression analysis showed that structural determinants had significant influence on patient's general perception of health risk factors. The recorded determinants were education

* 基金项目:国家自然科学基金项目(NSFC71273098/G0308)

作者简介:叶贝珠,女(1991年一),博士研究生,主要研究方向为健康的社会决定因素与卫生政策。E-mail: yebeizhu@163.com

通讯作者:梁渊。E-mail: liangyuan217@163.com

(OR originated from life = 0.64, 95% CI: 0.54 - 0.76; OR originated from work = 0.75, 95% CI: 0.63 - 0.89) and economic status (OR originated from life = 1.54, 95% CI: 1.31 - 1.81; OR originated from work = 1.72, 95% CI: 1.47 - 2.01). Most of moderating determinants showed a non-significant effect on the risk factors from the two sources (education and economic status). Conclusions: The characteristics of the patient's overall perception of health risk factors suggests that the risk factors originated from life may need to draw on relevant measures (i. e., policies and regulations and the corresponding organization) controlled by the health risk factors originated from work. The comparison between structural and moderating determinants revealed that the control of health risk factors is possible and may need to be more reliably dependent on socioeconomic development.

【Key words】 Health risk factors; Patient's perception; Social determinants of health; Structural factors; Moderating factors

慢性非传染性疾病(以下简称“慢性病”)已对人类健康构成严重威胁,且其死亡人群 80% 在中低收入国家。^[1-3]虽然慢性病是由错综复杂的因素所致,但吸烟、过量饮酒、不合理膳食、身体活动不足、压力、环境污染等危险^[1-2,4-7],均与人们的日常生活和工作密切相关。另外,根据卫生的概念^[8],即“社会和个人为增进人体健康,预防疾病,创造合乎生理需要的生产环境和生活条件所采取的措施”,健康的危险因素可分为两个方面:一是源自生活,二是源自工作。虽然有很多研究调查了一些与生活和工作相关的健康危险因素^[9-10],但这些危险因素的客观存在未必能被调查对象有效地感知,这也正是世界卫生组织前总干事中岛宏博士指出“不要死于无知”的原因^[11]。由于健康危险因素种类繁多,对一般人群而言,识别具体而繁多的危险因素及其危害存在困难(其毕竟是一个高度专业的问题),大多数人可能只有一些总体的、笼统的感受。基于此,本研究拟在全国综合医院抽样调查的基础上,从患者的角度来分析其源自生活和工作的危险因素的总体感知,并根据世界卫生组织健康社会决定因素框架,从结构因素和调节因素的角度来分析其影响^[6,11-12],以期相关的卫生政策与管理提供依据和建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究采用的是分层整群抽样:第一阶段根据 2014 年各省 GDP 排名,从经济发达地区抽取两个省/直辖市(北京和江苏),较发达地区抽取 3 个省(广东、山东、湖北),欠发达地区抽取两个省(甘肃和云南);第二阶段,在每个省份分别抽取 1 家省级西医院和 1 家省级中医院;在省会城市抽取 2~3 家市级西医院和 1 家市级中医院;第三阶段,在每个省运

用便利抽样选取 2 个市,然后每个市再抽取 2 家市级西医院和 1 家市级中医院,全国 85 家医院被抽中,其中 8 家拒绝调查,最终有 77 家医院接受了调查;第四阶段,在被抽中的医院运用便利抽样分别抽取 4 个手术科室和 4 个非手术科室(西医院的抽样中排除中医科室),最终有 451 个科室接受了调查,科室的全部住院患者都被邀请参与调查。

在经过培训的调查员将问卷分发到每个科室住院患者,告知调查的目的和自愿参与原则。问卷采用匿名自填形式,两天后回收。调查共发放患者问卷 24 250 份,无应答问卷 11 884 份(49.01%),回收的问卷经过调查员笔迹核查及电脑逻辑检查,剔除无效问卷 4 128 份(17.02%),最终获得有效问卷 8 238 份(33.97%)。调查的时间为 2014 年 7 月—2015 年 5 月。

1.2 研究方法

研究变量选自课题“基于组织内部参与行为的患者导向服务政策的运行机制”设计的调查问卷,主要内容包括人口学特征、身体情况、生活方式、对健康相关问题的看法等。如前所述,在文献研究及专家咨询的基础上^[1-3,8-11],患者对健康危险因素总体感知的测量包括如下两个方面:源自生活的健康危险因素(总体上,您认为您日常的生活方式,即衣、食、住、行等对您健康的影响是大还是小)和源自工作的健康危险因素(总体上,您认为您工作环境,包括干农活、学习,对您健康的影响是大还是小),每个指标均采用 Likert 5 级评分。

影响因素包括:人口特征,即性别、年龄、文化程度、婚姻状况、自感的个人经济状况;家庭支持^[12]采用肖水源社会支持量表中的家庭成员类型及支持赋值方式,即配偶支持、父母支持、子女支持和兄弟姐

妹支持,采用 Likert 5 级评分;以及调查样本地区的经济状况(经济发达、较发达、欠发达地区)、亲属中从事医务工作的人数(0 人、1 人、2 人、3 人、≥4 人)、最近三年您总共住院几次(0 次、1 次、2 次、3 次、≥4 次)。

从世界卫生组织健康社会决定因素的角度讲^[6],人口因素和地域差异属于结构因素,家庭成员支持、亲属中从事医务工作的人数和最近三年住院次数属于调节因素。

采用 Epidata 3.1 软件双人双机录入并进行核查比对、逻辑检查,清理并校对录入的数据。采用 SAS 9.2 进行统计分析,了解调查对象的人口学特征及其对健康危险因素的总体感知的分布特征;采用多因素的 Logistic 回归分析健康危险因素的总体感知的影响因素;回归模型的系数均报告为优势比(odds ratios, OR)和 95% 的可信区间(confidence intervals, CIs), $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象的人口特征及其健康危险因素总体感知的分布

从总的分布上看,调查对象感知的源自生活的健康相关危险因素危害“较大/很大”占比(27.4%)高于源自工作的健康危险因素危害“较大/很大”占比(21.9%),其中前者男性占 28.6%,女性占 26.0%,男性高于女性($P = 0.015$);后者男性占 21.8%,女性占 22.0%,男女之间差异没有显著性($P = 0.625$)。无论是感知的源自生活还是工作的健康危险因素,人口特征中年龄、文化程度和经济状况之间的差异均具有显著意义,总体上看,年龄较小、文化程度较高、经济状况较差者感知的源自生活和工作的危险因素均较大;但婚姻状况之间的差异,二者均没有显著性意义。

表 1 调查对象的人口特征及其健康危险因素的总体感知

人口特征	样本例数 n(%)	源自生活的危险因素					P	源自工作的危险因素					P
		很小 (%)	较小 (%)	一般 (%)	较大 (%)	很大 (%)		很小 (%)	较小 (%)	一般 (%)	较大 (%)	很大 (%)	
性别													
男	4 130(52.8)	19.7	15.3	36.5	19.8	8.8	0.015	23.9	17.0	37.2	15.9	5.9	0.625
女	3 691(47.2)	21.4	15.7	36.9	19.1	6.9		24.6	16.0	37.4	16.5	5.5	
年龄													
0~	1 269(15.7)	19.7	15.4	35.0	21.8	8.1	0.005	21.7	16.8	38.1	17.4	6.0	<0.001
30~	1 770(21.9)	18.6	16.0	35.4	21.7	8.2		19.2	15.3	39.4	19.2	6.9	
45~	2 300(28.4)	21.8	15.9	37.1	18.4	6.8		22.4	17.8	37.7	17.4	4.6	
60~	2 755(34.0)	21.2	15.2	37.9	17.5	8.2		29.8	16.1	36.2	12.0	5.8	
文化程度													
小学或以下	1 623(20.1)	22.8	15.2	37.3	16.4	8.3	<0.001	27.4	15.5	36.4	14.0	6.7	<0.001
初中	2 398(29.8)	23.2	16.3	39.4	14.9	6.3		26.5	15.3	38.6	13.7	5.9	
中专/高中等	2 344(29.1)	20.3	15.8	37.0	19.9	7.1		23.3	18.1	38.0	15.8	4.8	
大学及以上	1 692(21.0)	14.8	15.0	31.6	28.7	9.9		18.4	17.0	36.9	22.1	5.6	
婚姻状况													
已婚	6 513(80.4)	20.9	15.5	36.8	19.2	7.6	0.546	24.1	16.4	37.6	16.2	5.7	0.070
未婚或其他	1 591(19.6)	19.2	15.6	36.6	20.6	8.0		25.1	17.5	35.2	15.5	6.7	
经济状况													
很差	573(7.0)	23.0	11.9	35.5	16.0	13.7	<0.001	25.8	12.7	31.2	17.7	12.5	<0.001
较差	915(11.2)	14.5	17.5	38.4	21.3	8.3		16.2	16.9	41.7	17.8	7.4	
一般	4 483(55.0)	20.4	15.2	39.0	18.6	6.8		23.7	16.6	39.6	15.2	4.9	
较好	1 571(19.3)	18.9	17.9	33.1	23.2	6.9		24.1	18.2	36.0	17.6	4.2	
很好	607(7.4)	33.6	12.5	27.8	16.3	9.8		38.2	14.5	26.7	14.0	6.6	

注:性别缺失 417 例;年龄缺失 144 例;文化程度缺失 181 例;婚姻状况缺失 134 例;经济状况缺失 89 例。

2.2 调查对象感知的健康危险因素的影响因素 Logistic 回归分析

以调查对象感知的健康危险因素为因变量(很小/较小 = 0;一般/较大/很大 = 1),根据世界卫生组织健康社会决定因素的框架,将结构因素

(包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、经济状况以及地域差异)和调节因素(包括家庭成员支持、亲属中从事医务工作的人数和最近三年住院次数)作为自变量纳入 Logistic 回归方程分析其影响因素(表 2)。

表2 调查对象健康危险因素总体感知的影响因素的 Logistic 回归分析

研究变量	源自生活的危险因素 <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	源自工作的危险因素 <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
结构要素		
性别(对照组:女)		
男	1.07(0.97,1.18)	0.97(0.88,1.08)
年龄(对照组:60~)		
0~	0.83(0.67,1.04)	1.21(0.97,1.50)
30~	0.91(0.77,1.08)	1.35(1.14,1.60)**
45~	0.87(0.75,1.01)	1.07(0.93,1.24)
文化程度(对照组:大学及以上)		
小学或以下	0.64(0.54,0.76)***	0.75(0.63,0.89)**
初中	0.59(0.51,0.69)***	0.72(0.62,0.83)***
中专、高中等	0.70(0.61,0.82)***	0.74(0.64,0.86)***
婚姻状况(对照组:未婚或其它)		
已婚	1.08(0.87,1.32)	1.09(0.89,1.34)
经济状况(对照组:较好/很好)		
很差/较差	1.54(1.31,1.81)***	1.72(1.47,2.01)***
一般	1.24(1.10,1.39)***	1.24(1.11,1.40)***
地域特征(对照组:欠发达地区)		
发达地区	1.12(0.96,1.30)	1.08(0.93,1.25)
较发达地区	0.95(0.84,1.07)	0.92(0.82,1.04)
调节要素		
配偶的支持(对照组:很大)		
暂无/很小/较小	0.91(0.73,1.13)	0.83(0.67,1.03)
一般	1.06(0.89,1.28)	1.14(0.95,1.37)
较大	1.02(0.87,1.20)	1.08(0.92,1.27)
父母的支持(对照组:很大)		
暂无/很小/较小	0.84(0.71,0.99)*	0.89(0.75,1.05)
一般	0.98(0.80,1.20)	1.18(0.96,1.45)
较大	0.91(0.76,1.09)	0.96(0.80,1.15)
子女的支持(对照组:很大)		
暂无/很小/较小	1.12(0.92,1.36)	1.04(0.86,1.26)
一般	1.27(1.05,1.54)*	1.29(1.07,1.55)**
较大	1.11(0.94,1.31)	1.09(0.93,1.28)
兄弟姐妹支持(对照组:很大)		
暂无/很小/较小	1.31(1.10,1.57)***	1.03(0.87,1.23)
一般	1.23(1.03,1.46)*	1.22(1.03,1.46)*
较大	1.30(1.09,1.55)***	1.21(1.02,1.44)*
亲属从事医护人员数(对照组:2~)		
0个	0.86(0.76,0.97)*	0.82(0.73,0.93)**
1个	0.89(0.77,1.03)	0.93(0.81,1.08)
最近三年住院次数(对照组:3~)		
0	0.89(0.77,1.02)	0.92(0.80,1.06)
1~2	0.94(0.82,1.08)	0.94(0.82,1.07)

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

结构因素中性别、婚姻状况、地域特征对二者的影响均没有显著性意义。年龄只对源自工作的健康危险因素感知的影响具有显著性意义,相对60岁及以上人群而言,30~44岁人群感知到的健康危险因素更多($OR = 1.35, 95\% CI: 1.14-1.60$)。文化程度的影响对二者均具有显著性意义,其中,相对大学及以上人群而言,小学及以下文化程度的调查对象对危险因素的感知更少($OR_{源自生活} = 0.64, 95\% CI: 0.54-0.76; OR_{源自工作} = 0.75, 95\% CI: 0.63-0.89$)。经

济状况对二者的影响均具有显著性意义,其中相对经济状况较好/很好的而言,经济状况较差/很差的人群对危险因素的感知更多($OR_{源自生活} = 1.54, 95\% CI: 1.31-1.81; OR_{源自工作} = 1.72, 95\% CI: 1.47-2.01$)。

调节因素中对二者的影响大多数没有显著性意义。相对兄弟姐妹支持很大而言,支持较大、一般和较小的感知的源自生活和工作的危险因素的有害,均不同程度地增大;亲属中医护人员的人数对患者健康危险因素感知的影响具有显著性意义,相对亲属中有两个及以上医护人员的调查对象而言,亲属中没有医护人员的人群感知到的危险因素更少($OR_{源自生活} = 0.86, 95\% CI: 0.76-0.97; OR_{源自工作} = 0.82, 95\% CI: 0.73-0.93$)。

3 讨论

由于慢性病的主要行为危险因素与人们的工作和生活密切相关,慢性病的防控已超出了卫生部门的范畴,需要非卫生部门的参与(人们的生活与工作相关部门),而这也正是慢性病防控所强调的关口前移和将“健康纳入所有政策”(Health in All Policies, HiAP)的需要^[3,5,7],而从公众的角度研究其对源自工作和生活的健康危险因素的感知及其影响因素,正是上述两个策略的体现和需要。

3.1 研究结果的分析与解释

调查对象感知的源自生活的危险因素的有害大于源自工作的危险因素的有害,其原因可能包含两个方面:一是客观方面,即调查对象的源自生活的危险因素(如吸烟、酗酒、不合理膳食、缺乏锻炼等)多于源自工作的危险因素(如压力、物理和化学污染等);二是主观方面,即调查对象主观感知的源自生活的危险因素的有害大于源自工作的危险因素的有害。相对工作而言,源自生活的危险因素是共性的、普遍性的问题,但工作可能会因人而异,毕竟生活(衣食住行等)基本上每个人大同小异。^[13,8-11]相对而言,源自工作的危险因素有专门的法律及配套政策(如安全生产法、职业病防治法及其配套政策)及相应的组织机构(安全生产领导小组、职业健康管理体系等)来控制,而相比之下,源自生活的危险因素既没有专门的法律及配套政策,也没有相应的组织机构。^[13-14]因此,针对源自生活的危险因素(共性的、普遍性的健康危险因素),也许应借鉴源自工作的危险因素的控制措施,即通过政策法规及相应的组织

机构等来实施治理或引导。

结构因素中性别差异对源自生活和源自工作的危险因素的影响均没有显著性意义,其原因可能是:对源自工作的危险因素而言,危险因素的存在客观上是比较接近的,毕竟多数情况下男女是同工同酬的;对源自生活的危险因素而言,危险因素的客观存在可能男性多于女性,但男性的主观感知低于女性。进一步讲,这可能揭示了健康危险因素的客观存在与主观感知之间的差异。因此,对于具体的健康危险因素调查及其结果解释,需要注意这种差异。

年龄对源自生活和源自工作的危险因素的影响差异(前者没有显著性、后者有显著性)可能与危险因素本身有关,毕竟不论哪个年龄段的人,生活(衣食住行等)都是必须的和大同小异的,而相比 60 岁及以上人群而言,青壮年特别是 30~44 岁人群工作负荷可能会更大、更多、更累。文化程度的影响可能与调查对象的主观感知能力有关,即相对大学及以上文化程度的调查对象而言,文化程度低的调查对象对危险因素的主观感知低。经济状况的影响则可能与调查对象本身所遇到的客观危险因素程度有关,即相对经济状况好的调查对象而言,经济状况差者在客观上所遇到的危险因素更多。地域差异的影响在统计学上没有显著性意义,其可能的原因是虽然我国大多数患者一般会在本省看病,但患者看病地点选择基本上是自由的,因此,地域差异的影响没有显著性意义。

调节因素中值得指出的是家庭支持中兄弟姐妹支持的影响均具有显著性,且相对支持很大的而言,支持小对两个来源的危险因素的危害较大,可能的原因是兄弟姐妹对工作和生活的理解比父辈或晚辈更直接,且兄弟姐妹之间的相互提醒更多(毕竟同年人的共同语言多一些)。父母不在的或支持小对源自生活的危险因素影响低,可能是由于此类调查对象更多关注的是其儿孙后辈,因此,源自生活的危险因素即使有,也被他们主观地忽视了。

亲属中医护人员的人数对患者危险因素感知的影响可能与其提醒有关,即家属中没有医护人员的,其缺乏相应的提醒,因此其感知的危险相应地也低。患者最近三年的住院次数对两个来源的危险因素的影响均没有显著性,可能有两个方面的原因:一是患者本身的不重视,一般而言,住院患者住院期间,医护人员均会或多或少地介绍病情和病因,并征求治疗方案意见,但患者可能重视其病痛而忽视预防保

健的知识与措施;二是医护人员的重视程度不够,因此,即使住院了,患者收获的可能是病痛的解除,而缺乏预防保健的知识与措施,但无论是哪一种原因,这一结论可能都值得临床医护人员的反省。^[15-17]

3.2 研究结果的引申与推导

值得指出的是,从结构因素与调节因素的对比来看,总体上有显著性意义的因素中,结构因素(年龄、文化程度、经济状况)多于调节因素(有显著性意义的主要是兄弟姐妹支持,而卫生服务相关的因素均没有显著性意义),且强度也大一些,这一结果揭示了人们的社会经济地位对其健康危险因素感知的影响可能强于卫生服务本身;进一步讲,要控制人们的健康危险因素,可能更加需要依靠社会经济发展。^[18]

3.3 研究的局限性

本研究的局限性主要有两点:一是样本应答率,本研究没有采取行政方式来提高应答率,因为这样虽然降低了选择偏倚,但同时会避免因诱导而导致的测量偏倚^[19-21];另外,值得指出的是类似的低应答率在其他全国性的卫生领域的调查中是比较多的,且本研究低样本与国内一些高应答率的样本在人口学指标上比较一致^[19, 22-23];二是考虑到患者填写多条目问卷的可行性及质量保障,在参考相关文献及专家咨询的基础上^[1-3, 8-11],没有纳入反映被试者社会经济地位(Socioeconomic Status, SES)指标之一的职业状况,且对患者健康危险因素的感知采用的是总体的感知。因此,结果的推导有待后续深入验证与完善。

4 小结

从本课题组的文献检索来看,本研究可能提供了第一个全国大样本的患者感知的健康危险因素及基于结构和调节因素对其影响的分析。患者对健康危险因素的总体感知的分布差异揭示针对源自生活的健康危险因素的控制可能需要借鉴源自工作的健康危险因素的控制措施,即政策法规及相应的组织机构;影响因素的特征揭示结构因素的作用可能比调节因素的作用更为重要,进一步讲,健康危险因素的控制可能更需要依靠社会经济发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [2] Hoyerzeil H V, Liberman J, Wirtz V J, et al. Lancet NCD Action Group. Promotion of access to essential medicines for non-communicable diseases: practical implications of the UN political declaration[J]. Lancet, 2013, 381(9867): 680-689.
- [3] 张艳春, 秦江梅. 将健康融入所有政策视角下慢性病防控的挑战与对策——基于我国健康城市的典型调查[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(1): 65-69.
- [4] 郑乐乐, 李程跃, 茆风水, 等. 慢性病防制工作进展缓慢——省级疾控绩效考核应用之九[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(2): 92-94.
- [5] 亓晓, 张普洪, 张勇, 等. 中国慢性病预防控制策略现状[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(2): 214-217.
- [6] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [EB/OL]. [2017-08-06]. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- [7] 赵文华, 施小明, 张娟, 等. 全民健康生活方式行动的实施策略与科学证据[J]. 中国慢性病预防与控制, 2013, 21(3): 257-259.
- [8] 辞海编辑委员会. 辞海(1999)[M]. 上海: 上海辞书出版社, 1999.
- [9] World Health Organization, Sixty-sixth World Health Assembly: Resolutions and Decisions/Annexes [R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [10] 李贞玉, 孔祥金. 我国慢性病防控的制度性缺陷与应对策略研究[J]. 现代预防医学, 2014, 41(21): 3915-3917.
- [11] 梁浩材. 远见的战略——预防和控制慢性病是跨世纪的英明决策[J]. 中国慢性病预防与控制, 1992(2): 9-10.
- [12] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(20): 98-100.
- [13] 刘铁民. 而今迈步从头越——《安全生产法》征求意见稿学习体会和修改建议[J]. 中国安全生产科学技术, 2012, 8(8): 5-12.
- [14] 张云军, 杨丹蓉, 李秋. 新版《职业病防治法》在加强职业病防治监管方面的重要特点[J]. 职业卫生与病伤, 2012, 27(5): 307-309.
- [15] Guan X, Qi L, Liu L. Controversy in public hospital reforms in China[J]. Lancet Glob Health, 2016, 4: e240.
- [16] 张宜民, 冯学山. 城市公立医疗机构医生工作满意度决定因素的实证研究[J]. 中国卫生资源, 2011, 14(2): 77-79.
- [17] 陈少春, 冯泽永. “以患者为中心”优化门诊就诊流程[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(8): 522-524.
- [18] Zhang P, Liang Y. China's National Health Guiding Principles: a perspective worthy of healthcare reform[J]. Primary Health Care Research & Development, 2017: 1-6.
- [19] West C P, Shanafelt T D, Kolars J C. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents[J]. JAMA, 2011, 306(9): 952-960.
- [20] Zhang Y M, Feng X S. The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study[J]. BMC Health Serv Res, 2011(11): 235.
- [21] Shanafelt T D, Balch C M, Bechamps G J, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons [J]. Ann Surg, 2009, 250(3): 463-471.
- [22] 刘丽, 谢铮, 邱泽奇, 等. 不同级别医院医患关系现状及医方影响因素分析[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2009(8): 30-31.
- [23] Lu Y, Hu X M, Huang X L, et al. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China [J]. BMJ Open, 2016(6): e011388.

[收稿日期:2017-10-23 修回日期:2018-01-05]

(编辑 刘博)