

中国妇科病普查问题研究 及政策建议

中国社会科学院人口与劳动经济研究所
妇女健康问题研究课题组*

2009年11月

* 本课题为全国妇联交办课题。课题组负责人：郑真真；课题组主要成员：张妍、牛建林。

目录

课题报告

中国妇女妇科病普查问题及政策建议.....	1
-----------------------	---

附录

1 中国农村妇女妇科病普查普治问题研究.....	6
--------------------------	---

2 中国妇女妇科病问题研究综述.....	13
----------------------	----

3 现阶段中国流动妇女健康研究综述.....	20
------------------------	----

参考文献	32
------	----

中国妇女妇科病普查问题研究及政策建议

中国政府制定的《中国妇女发展纲要（2001-2010年）》将妇女与健康确定为6个优先发展领域之一，相关的主要目标包括妇女在整个生命周期享有卫生保健服务、提高妇女生殖健康水平等内容。联合国千年发展目标将“到2015年普遍享有生殖保健”列为改善孕产保健的两大具体目标之一。妇女健康无论在国家还是国际发展目标中都是一个重要方面。妇女的生殖系统疾病，即通常所称的妇科病，是困扰广大妇女健康的主要问题。针对妇科病进行定期检查和及时诊治，不仅能有效减轻妇女的疾病负担，更有利于生殖系统癌症的早期发现和有效治疗，从而挽救妇女生命。

中国政府一向积极致力于母婴保健的改善，尤其最近十多年来，在降低孕产妇死亡和婴儿死亡方面付出了巨大的努力，加大了对西部欠发达地区的投入和工作力度，有效提高了住院分娩率和产前检查率。不过，由于当前大多数夫妇只有一个或两个孩子，平均每个妇女一生仅生育不到两个子女，从妇女的生命周期来看，孕产保健仅覆盖妇女生命中2-3年时间，而基本的生殖健康保健问题则与妇女终生相伴，无论是否结婚、是否生育，生殖健康保健服务涉及全体妇女的整个生命周期。因此，妇科病的普查普治是惠及最广大妇女健康的工作。近10年的中国妇女儿童发展纲要监测指标显示，孕产死亡和婴儿死亡水平都呈下降趋势，而妇科病普查情况则多年没有改善，而且存在显著的地区、城乡和不同人群之间的差距。尽管2009年的政府工作报告中提及农村妇女的妇科疾病定期检查问题，但是要在短期有效提升妇科病普查率，需要有更为明确、系统、具体的策略并付诸行动。

一、妇科病普查普治现状

中国在20世纪70年代已将妇科病普查普治列为妇女保健工作的常规内容，开始致力于城市1-2年一次、农村3-5年一次的妇科病普查工作。根据卫生部统计，全国妇科病检查率在1998-2007年徘徊于34%-39%之间，同时妇科病检出率在24%-28%之间波动。同一时期的抽样调查和专项调查结果显示，农村的问题更为严重。如2000年第二期中国妇女社会地位调查揭示，约80%的农村妇女3年内没做过体检，46%的农村妇女从未做过妇科病检查，相应的城市妇女比例为33%。

尽管妇科病普查工作在城市中开展相对较好，但是常规检查的覆盖人群也相当有限。城镇中能够有保障享受定期妇科病检查的妇女，大多为在“机关团体事业单位”和“国有及国有控股企业”工作的在职职工，根据2005年全国人口抽

样调查结果推算，这类妇女在城镇 15 岁以上妇女中所占比例不到 22%，仅占全国同龄妇女的 6%。

此外，妇科病普查并不是最终目的，“普查”是为了查出妇科病，使患病妇女能够进一步确诊和得到及时治疗，从而改善妇女身体健康。不过有调查显示，仅有 54% 的农村妇女在检查出有妇科病后到医院诊治，说明“普查”并不一定能够保证“普治”。

简言之，中国妇科病普查普治现状可以用“两低”来概括，即普查率低、普治率低。

近年来，各地政府和职能部门先后针对妇科病普查普治“两低”问题，制定措施、采取行动。各地根据本地实际情况，工作方法各不相同，可归纳为几种方式：（1）政府主导下的多部门合作：如湖南省政府决定自 2007 年开始在全省农村开展 3 年一次的妇科病普查普治，由卫生、人口计生、妇联等部门组织协调配合、由各级政府提供普查经费，普查后的诊治经费按农村合作医疗规定报销；其他一些经济发达地区的县、市、区也建立了类似的工作机制；（2）政府协调、人口计生部门组织、卫生部门配合：利用人口计生部门的服务网络和场所，妇幼保健机构提供医务人员和设备，组织医疗队伍下乡服务到村，普查费用来自政府专项拨款、职能部门或其他渠道；（3）以项目方式开展工作：一些省或地级市政府或相关职能部门以妇女健康促进工程等项目形式，从政府或基金会获得财政资助，以项目运作方式开展妇科病普查工作，有些地方还结合妇科病普查开展妇女健康促进的宣传倡导；（4）专门面向城市流动人口的工作：有些城市开展了面向流动妇女的健康体检和妇科病检查工作，不过大多数以一次性集中组织的形式开展，覆盖人群有限。尤其值得一提的是，卫生部于 2009 年启动了农村妇女宫颈癌检查项目，选择了 221 个县/区/市在农村妇女开展宫颈癌检查。这一全国性项目的开展，将有助于加强农村妇科检查力量和工作力度，很可能对妇科病普查工作起到推动作用。不过，由于以上大部分工作开展时间较短，尚未见有比较系统的经验总结和项目评估发表，这些行动是否能够显著提高中国妇科病普查率，还有待观察。

二、存在问题

尽管各地政府和相关部门都在不同程度上为落实妇科病普查付出了努力，探讨不同的工作方式，但是目前仍然存在不少问题，依然没有突破“两低”的局面。以下根据世界卫生组织提出的对实现“普遍享有生殖保健”的监测框架，从政策因素、服务提供、服务使用和结果四个方面反思中国妇科病普查普治的问题。

1. 缺乏系统的政策保障和有效实施机制

国家相关政策和法规多为原则性的，缺乏系统和有指导意义的具体政策，职能部门的职责和各协同部门的角色分工不明确，没有建立有效的运行机制和监督

保障机制。

由于没有统一的政策规定，妇科病普查费用大多没有列入政府财政预算，需要每次开展工作时向政府专门申请。而多数工作的开展是一次性项目的形式，其可持续性是个问题。

2. 缺乏服务资源整合与协调

中国除了大城市和沿海较发达地区之外，卫生服务资源相对缺乏，尤其贫困农村和欠发达地区人力物力资源和基础设施严重不足，影响服务提供；而在服务资源相对充足的地区，也有多个部门分别组织妇女查体的情况出现。目前与妇科病普查有关的资源，主要有卫生妇幼保健部门的人力资源和设备、人口计生部门的网络信息资源，妇联主要起到组织和宣传倡导作用。目前的问题除了对这些资源的整合与协调不力之外，也没有很好地吸收具备资质的公民社会力量参与这项工作。

3. 缺乏管理和规范以及监督指导

有些妇科病普查工作缺乏系统规范的管理，存在有查无治、无记录、无随访、无指导等一系列问题。有些普查内容不规范，连基本的检查项目都不能保证，没有真正起到查病的目的。由于缺乏必要的规范和督导，有些妇科病普查服务质量不高，仅有检查而没有相应的咨询和转诊服务，也影响了服务效果。

4. 服务对象界定不明确

各地开展妇科病普查活动的目标人群界定有局限性，形成了服务空白，影响到公共服务的均等和公平。例如有些城市开展的妇科病普查规定服务对象为有户籍的居民，使流动人口难以享受；有些地区仅限于在农村开展服务，而无法满足一部分城市居民的需求。

5. 缺乏相关的社会动员和对妇女的宣传倡导

有多项调查反映妇女保健意识不强，对参加妇科病普查没有积极性，即使在普查中查出有妇科病症状，也有相当一部分妇女不积极诊治，削弱了妇科病普查应有的作用。从赋权妇女的角度思考这个问题，妇科病普查一方面是向有需求的妇女提供服务，另一方面还需要增强妇女的保健意识和使用服务的意愿，纠正社会和妇女对检查妇科病的误解和偏见，要达到这些目的，必要的宣传和倡导必不可少。这也正是目前所缺乏的。

6. 缺乏相关研究以及对工作或项目效果的评价

由于普查工作没有普遍开展，相应有一定规模的流行病学研究、目标人群需求研究和项目运作研究都比较缺乏。现有关于正在开展或已经开展的妇科病普查工作或项目方面的报告或报导，多数为对活动的描述，而缺乏对项目效果的科学评估和经验总结，虽然多处开花但不知结果如何，影响了工作发展和成功经验的推广。

三、政策建议

妇科病普查是妇女健康促进的重要组成部分，有效提高普查率和普治率涉及到多种因素，包括政策和制度因素、资源调动与整合、管理和服务质量以及宣传倡导等。要使妇科病普查工作真正成为促进妇女健康的关键措施，需要转变将妇科病普查视为单纯的医疗卫生问题的观念，将其作为赋权妇女框架下的社会干预项目，进行系统的规划设计和实施。

妇科病普查实际上是一项社会干预工程，需要向社会和广大妇女提供足够的信息和知识、提供优质的技术服务、营造良好的社会氛围，通过妇科病普查以及围绕其开展的相关宣传教育和倡导工作，改变妇女及其家人的健康观念和行为，最终目标是促进妇女健康。

为了尽快有效提高中国妇科病普查率以及普治率，特提出以下政策建议。

1. 政策支持和财政预算份额是考察一个国家是否致力于改善妇女生殖健康的重要指标。建议国家对妇科病普查制定明确的政策支持和指导意见，将其作为现阶段妇女发展的重点工作，要求各省制定工作计划和财政预算，将妇科病普查纳入政府工作职责。
2. 由于各地条件和资源分布不同，建议各省/市/自治区政府因地制宜，根据当地特点研究制定具体工作计划和实施方案，并指导和监督该项工作的实施。
3. 妇科病普查的规范化管理和优质服务是提高妇科病普查率、加强妇科病有效诊治的保障。建议各级实施部门制定妇科病普查的规范，规范内容应包括相关信息和知识的提供，妇科病检查内容和流程，围绕妇科病检查开展咨询，妇科病检查记录，妇科病检出后的咨询、转诊和随访，并对服务人员进行培训，对服务提供过程进行督导。
4. 建议各地在制定工作计划时既明确各部门的职责，也有系统性的规划，充分发挥卫生、人口计生、妇联以及民间团体等各方面的作用，根据当地条件和情况，由政府协调，有效整合本地资源。
5. 鉴于当前人口流动规模、城市化进程以及现有妇科病普查机制的不完善，以城乡或户籍来划分服务目标人群，有可能产生服务盲点或边缘人群。建议妇科病普查的政策制定和规划设计本着城乡一体和现驻地服务的原则，尽可能覆盖各类人群，满足不同需求。
6. 建议全国妇联配合妇科病普查工作开展社会倡导和宣传教育。首先需要增强广大妇女、尤其是农村妇女的健康知识、保健意识和权利意识，鼓励她们积极参与和监督妇科病普查工作，对于有妇科病的妇女，引导她们主动及时就医、积极治疗。其次需要进行社会倡导，使全社会都意识到妇科病普查普治的重要性和必要性，倡导工作应注重女职工较多的企事业单位和私营部门的管理者、工会组织以及社区基层干部，创造良好的职场和社区健康环境；在

7. 政策制定和有效实施需要有科学依据。建议国家和各级政府以及职能部门支持相关学术研究的开展，包括有关妇科病的流行病学和社会科学研究，妇科病检查和诊治的需求研究，以及妇科病普查项目的运作研究和评估研究，特别需要开展有关妇科病检查工作效果的评估监测指标研究。例如配合这次221县宫颈癌检查开展相关调研评估，将对未来在全国普遍实现宫颈癌检查提供决策依据。
8. 建议国家在评估中国妇女发展纲要的完成情况时，将妇科病普查工作计划和财政预算作为评估内容之一，考察各地执行情况。

（执笔人：郑真真）

附录 1

中国农村妇女妇科病普查普治问题研究

新中国成立以来，中国政府一直高度重视农村妇女的妇科病普查普治工作。建国初期，该项工作的重点是以查治由于旧法接生及产后过早劳动所引起的子宫脱垂及尿瘘为主，在查病治病的同时，落实防治措施，有效地降低了发病率。20世纪70年代起，妇科病普查普治被列入妇女保健的常规工作内容，并形成农村地区每3-5年开展1次妇科病普查的制度。2009年3月，温家宝总理在十一届全国人大二次会议所作的《政府工作报告》中再次提出：“在农村妇女中开展妇科疾病定期检查”，进而将农村妇女的保健工作推向了一个新的水平。

为进一步做好农村妇女的妇科病普查普治工作，提高工作质量和工作效率，有必要对其工作模式进行归纳分析，发现实际工作中存在的具体问题，并提出相应的对策建议。

一、农村妇科病普查普治的工作模式

近几年来，在逐步解决“三农”问题、推进新农村建设和构建社会主义和谐社会的大背景下，全国各地政府纷纷采取措施和行动为农村妇女开展妇科病普查普治活动，有效保障了农村妇女的健康权益。其工作模式主要有以下几种类型。

1. 政府主导，多部门合作，发挥新农合作用

该模式首先注重完善领导机制和工作机制，出台相关政策，形成由政府主导，卫生、计生和妇联等部门协调合作的方式，共同推动妇科病普查普治工作的开展。同时，寻求新型农村合作医疗的支持，积极促进治疗问题的解决，让妇女真正从中受益。

湖南省是全国较早在农村妇女中开展妇科病免费普查的省份，他们的做法就是这一模式的典范。2006年，湖南省妇联联合卫生、计生、妇幼保健等部门首先在全省开展了农村妇女生殖健康专项调研，撰写了《我省农村妇女生殖健康堪忧》的调研报告。报告中指出农村妇女的妇科患病率极高，如常德市调查的3万多人中，患各类妇科病高达93.2%。在妇联组织的大力倡导下，湖南省政府召集相关部门对调研报告所涉及的问题进行了专题研究。2007年8月，湖南省政府转发了卫生厅下发的《湖南省农村妇科病普查普治工作方案》，规定从2007年开始，在全省农村123个县市区建立妇科病普查普治制度，由卫生、计生、妇联等部门协调配合对农村已婚妇女每3年进行一次妇科病普查普治；要求各级政府提供必要的经费支持，普查实行免费，所需一次性医疗耗材由县市区政府补助。各市区根据经济状况，不同程度地安排了普查普治的医疗耗材和部分工作经

费。比如，湘潭市政府计划三年总投入 1800 万元，市、县两级财政每年各投入 300 万元，其中所需一次性耗材按每人 25 元由市、县两级财政各负担 50% 列入年度预算，分三年对全市 68 万农村已婚妇女进行免费检查。张家界市今年市县两级财政安排了 596 万元用于补助免费普查。

湖南省政府还下发了《关于成立湖南省农村妇科病普查普治领导小组的通知》，成立了以副省长为组长的领导小组。2007 年，湖南省在 34 个县市区开展了免费妇科病普查，当年普查育龄妇女 25 万多人。2008 年，全省农村免费普查县市区达 84 个，检查育龄妇女 357 万多人次，全省免费普查率达到 42.17%。截至 2009 年 4 月，全省受惠农村妇女达 380 多万人。同时，湖南全省统一规定，普查发现的一般生殖道感染的治疗费用或需进一步检查确诊费按农村合作医疗的相关规定报销，在一定程度上解决了普查后普治的难题。¹

2. 计生部门主导，卫生部门配合，新农合提供经费支持

整合资源，明确职责是该模式的突出特点。即在政府领导的协调和统筹安排下，将计生和卫生工作相结合，由计生部门作为统筹协调者，卫生部门具体落实妇科病普查普治工作，所需经费由新农合提供支持。

宁夏回族自治区于 2007 年制定了《宁夏农民健康教育与健康促进行动方案》（宁政发[2007]144 号），规定妇幼保健机构要定期进行妇科病普查普治工作。结合计划生育部门每季度的查环查孕项目，吴忠市红寺堡开发区政府决定由计生部门负责组织实施妇科病普查普治工作的开展，并于 2008 年 4 月正式启动，计划为该区 2.5 万名农村妇女进行免费检查。具体做法是：从新型农村合作医疗资金中挤出 50 万元，用于购置检查耗材，卫生院派出医务骨干，组成 8 个小分队，带着 B 超，深入各村，实行查环、查孕、查病捆绑免费下乡服务，检查项目多达 20 多种。一般妇科病患者，由主治大夫现场开具处方，病人可持处方在本村卫生室取药，费用从新农合个人账户中支出，超出部分在门诊统筹中再报销 40%，住院治疗者按新农合规定报销。²

3. 项目管理的运作模式

项目管理的运作模式强调在项目的整个实施过程中有详细的计划和干预手段，能对项目资源进行较好地组织、领导和控制。

安徽省宁国市开展妇科病普查普治工作的做法受到了广大妇女的支持和拥护。该市于 2006 年 10 月得到了中国初级卫生保健基金会的资助，在全市开展妇科病普查普治项目。首先，市委市政府印发了《宁国市妇女病免费普查工作实施方案》，确定市卫生行政部门具体组织实施该项工作。依据实施方案，市卫生行政部门成立了全市妇科病普查工作技术指导组，负责全市妇科病普查普治的业务工作。其次，加强业务人员的培训。为提高妇女病普查的诊断准确率和治愈率，

¹邓小波. 农村妇女妇科病普查需政策经费双保障. 中国妇女报, 2009 年 4 月 20 日, 第 A1 版。

²蒲利宏. 红寺堡 2.5 万名农村妇女可享受免费检查. 宁夏日报, 2008 年 4 月 17 日。

对普查工作组的业务人员进行了优质服务教育,对有关检查操作流程、诊疗技术常规等进行培训。第三,精心组织,广泛宣传动员。各乡镇、街道办事处、村在交通要道和人口集中的地方,张贴标语和通告,并将市妇科病普查工作领导小组办公室印制的《致全市妇女的一封信》送达到辖区内每家每户,确保普查时间和地点等信息通知到户,使广大已婚妇女能够按时到乡镇或街道卫生院参加检查。第四,严把检查关。针对普查出的妇女病,能够当时指导医治的,及时给予指导和治疗;对于重症患者,通知她们到上级医院做进一步检查,以确保不漏诊和误诊。同时,在普查点,设立了卫生宣传咨询室,对前来参加检查的广大妇女进行面对面的宣教,指导她们养成健康的生活方式和良好的卫生习惯,普及卫生防病知识。最后,做好总结工作。在每个乡镇、办事处的妇科病普查结束后,及时进行普查资料的录入、整理,对妇科病的发病情况做分类统计,分析疾病发病原因;同时建立妇科病普查档案,普查工作组按乡镇、街道办事处整理归档,以便对患病妇女进行跟踪随访,为今后妇女保健工作留下基础性的资料(王文强等,2008)。

此外,全国妇联于2003年7月发起的“母亲健康快车 手拉手护平安工程”已为新疆、西藏、青海、陕西等4省(区)的近2万名妇女进行了宫颈癌筛查。³浙江省于2007年实施了“妇女健康促进工程”项目,对城乡已婚育龄妇女每两年进行一次常见妇科疾病检查。并规定:机关、企业、事业单位的女职工的检查经费由各级政府支付;城镇低保家庭已婚育龄妇女的检查经费由各级财政给予补助;参加农村合作医疗的已婚育龄妇女的检查经费由各级财政解决。同时,充分利用农村和社区基层卫生服务网络,建立健全常见妇科疾病检查的管理服务体系,增加妇女宫颈癌、乳房疾病等检查项目。⁴2008年7月,陕西省人口计生委也在全省启动了“农村育龄妇女健康行动”项目,计划用两年时间,对全省528万农村已婚育龄妇女进行一次免费健康检查,省财政每人补贴20元。⁵福建省2009年3月组织了“农村妇女健康关爱月”活动,通过免费检查、赠送女性医疗援助卡、组织医疗队下乡、建立女性生殖健康普查基地等方式,为农村妇女和城市低保家庭的育龄妇女开展了妇科病检查,并将该项目纳入政府公共卫生服务体系。⁶

根据各个地区的实践经验,可以看到以政府为主的组织领导和经费支撑是搞好持续、针对性强的妇科病普查最重要的保障条件,多部门的合作和资源共享是保证普查质量、提高效率的最佳方法,健康教育和跟踪随访对妇科疾病的早期治疗起到至关重要的作用。但是,部分妇科病普查普治活动仍是项目式或突击式的,不具有可持续性。

³赵超.“母亲健康快车”为近两万人筛查癌症.中国社会报,2009年2月6日,第001版。

⁴胡玲.浙江实施妇女健康促进工程,80%妇女两年免费查一次妇科病.健康报,2007年7月20日,第2版。

⁵陈昭,何慧慧.陕西全面实施农村育龄妇女健康行动项目.中国人口报,2009年1月22日,第001版。

⁶赵彬.福建“农村妇女健康关爱月”推动长效机制建立.中国妇女报,2009年4月16日第A03版。

二、农村妇科病普查普治现状和存在问题

由于缺乏全国性的统计数据,我们只能根据一些抽样调查结果来阐述农村妇女的妇科病普查普治现状。第二期中国妇女社会地位调查发现,约 80% 的农村妇女 3 年内没做过体检,从未做过妇科检查的农村妇女为 45.9% (姜秀花, 2006a)。农村妇女的妇科病检出率较高,多次调查结果都超过 65% (何爱娥等, 2008; 任祥芳, 2009; 周平英等, 2009), 部分妇女一人还患有多种妇科疾病 (肖海香等, 2006)。同时, 受经济水平和思想观念的影响, 仅有 54% 的农村妇女在检查出妇科病后到医院就医 (章欣荣, 2008)。可见, 我国农村妇女的妇科病普查普治情况呈现出普查率低、患病率高、就诊率低的特点。

妇科疾病并非疑难杂症, 在科学高度发展的今天, 很多特效药和治疗方法相继问世, 能使病症得到有效控制和根除, 但为什么还有千千万万的农村妇女长期为妇科感染性疾病所困扰呢? 基于对法律法规、文献资料和实地调研数据的整理与分析, 我们发现在多年的妇科病普查普治过程中存在以下几个方面的问题。

1. 缺少一个全国的、正式的妇科病普查普治政策文件。中国政府颁布的《中国妇女儿童发展纲要》和卫生部、劳动部等部门联合下发的《女职工保健工作规定》中都明确要求定期对妇女进行妇科疾病的查治。那么, 这十几个字的规定具体怎样落实, 国家并未出台相应的政策文件, 反而成为实际工作中的最大难题。比如: 该项工作应该由哪个部门或单位来组织实施? 普查所需经费由谁承担? 普查对象包括哪些人群? 定期普查具体是指多长时间一次? 普查项目包括哪些? 由于上述问题没有明确规定, 导致目前妇科病筛查工作仅仅是项目性或机会性的, 主要在单位卫生室、计划生育服务站或产前门诊进行, 普查普治率难以提高。

2. 承担妇女保健的职能机构不明确。卫生部 1986 年发布的《妇幼卫生工作条例》中规定各级妇幼卫生专业机构要协同有关部门做好农村、厂矿、企事业单位妇女的保健工作; 而近年来计生部门的“查环、查孕、查病”的红头文件又要求妇女到计生部门检查妇科疾病。因此, 出现在同一地方、同一时间内卫生与计生部门都开展妇科病普查工作, 两个部门职能已经重叠, 造成资源浪费 (许肖虹、叶婉华, 2005)。

3. 缺乏专项资金。国家财政中没有专项经费用于妇科病普查普治工作, 农村妇女的妇科病检查经费主要来源于地方财政, 而在我国的中西部农村地区, 地方财政资金紧缺, 难以承担面广量大的妇科病普查活动, 导致农村妇女的普查次数和人数相对甚少 (肖海香等, 2006)。

4. 妇科病普查项目不规范。妇科病普查主要是以防癌为主, 对妇女常见病、多发病及恶性肿瘤的筛查。但在实际操作中, 有的单位以一般健康体检取代了妇科病普查, 有的把妇科门诊就诊病人作为妇科病普查, 还有的把计划生育每季度的 B 超查环与妇科病普查混为一谈, 极大影响了普查质量。同时, 以项目为主

导的妇科病普查现状也造成有查无治、无记录、无追踪、无指导的局面，使普查档案不能延续，每年普查人数和疾病分析难以统计（许肖虹、叶婉华，2005）。

5. 基础卫生医疗条件的制约。目前，在我国的一些贫困农村地区，妇幼保健机构、乡卫生院和村卫生室的基础设施缺乏（如没有红外线乳透设备）或陈旧，加之医务工作人员的技术水平有限，妇科病普查还停留在单纯妇科检查和乳腺触诊，相应的辅助检查较少，乳腺癌和宫颈癌的筛查仍未能得以广泛开展，因此，农村妇女参加妇科病普查的自愿性降低（杨丽、方鹅容，2005）。同时，在卫生保健服务市场化的今天，基层技术人员流动性增大，县、乡、村三级妇幼保健人员配备严重不足，在一定程度上影响了此项工作的深入开展。

6. 普查对象范围不确定。当前各地开展的妇科病普查普治活动所涵盖的人群千差万别，有的以育龄已婚妇女为普查对象，有的普查对象限定为 30-65 岁妇女，还有的普查包括所有已婚妇女。尽管已开展的妇科病普查工作是以高危人群为主，但据流行病学统计，老年妇女（65 岁以上）与 40-65 岁年龄组妇女比较，患子宫内膜癌的危险性将近 2 倍于后者，患卵巢癌的危险性将近 3 倍于后者，患宫颈癌的危险增高 10%（姚军，2004）。还有研究发现，受不洁性行为 and 人工流产问题的影响，生殖器炎症已在女大学生妇科疾病中占第 2 位（惠爱玲、白振京，2009）。因此，普查对象是以易患妇科病的高危人群为主，还是包括所有成年女性将有待进一步探讨。

7. 流动妇女成为被忽略人群。在国家政策环境的影响下，近两年来各地政府将大量的人力、物力、财力投向了农村妇女的妇科病普查普治工作，但一直频繁游走于城乡之间的流动妇女由于其流动性强，大多数人又在城镇非正规部门就业，常常处于流出地和流入地政府两不管的尴尬境地，致使她们的保健水平偏低，妇科疾病患病率较高。有研究发现，无人组织、没时间、不知道去哪里检查是流动妇女未参加妇科病检查的主要原因（李桂华等，2008）。

8. 传统思想观念的束缚。有研究发现农村妇女无论年龄大小，得了妇科病后羞于启齿而不去医院诊治，常常听信长辈的所谓偏方治疗，而大部分老年人文化水平低，不懂科学，提供的偏方不但不能治病，反而导致病情加重，延误诊治，甚至危及生命，这种情况在农村地区时有发生（王雪莉，2009）。一项调查发现，妇女出现妇科病症状后不去医院就医的主要原因包括：认为不值得去花钱看妇科病的占 37%，感觉害羞不去看的占 19%（吴红彦等，2009）。可见，这些来自社会、他人和自己的错误观念制约着妇女，影响了妇科病的及时诊治和有效控制，造成了妇科疾病的高发病率和低治愈率。

三、对策建议

中国作为拥有几亿农业人口的大国，农村妇女卫生水平的提高标志着社会文明的进步，对于全民族健康素质的改善和促进经济发展都具有十分重要的意义。

妇科病普查普治作为农村妇女卫生保健中的常规内容,在实施过程中面临着许多问题,导致受检率呈现下降趋势、普查质量不高,疾病诊治不及时,已对农村妇女健康和生命构成严重威胁。因此,为农村妇女提供安全、方便、有效的妇科病普查普治服务已是当务之急。为此我们提出以下改进建议:

1. 制定相应的政策文件和切实可行的管理实施办法

要改变农村妇科病普查普治当前突击式的、一窝蜂式的单纯检查的服务模式,国家必须制定相应的政策文件,出台具体的工作实施方案,明确规定工作开展的职能部门、资金来源、检查项目、普查时间和普查对象范围等,使妇科病普查普治工作的开展有据可依,逐步走向规范化、可持续发展的轨道。

由于各种妇科疾病在不同年龄人群中的发病率有显著差异,因此,在制定妇科病普查方案中,可以根据不同年龄段妇女的具体需要选择合理的检查项目,这样既减少了工作量,也节省资源。例如,根据世界卫生组织的经验,宫颈癌筛查的年龄应在30岁以上,且每5年筛查一次比较适宜,65岁以上的妇女,如果最后两次筛查结果为阴性,就不必再筛查。

2. 多部门协调合作,齐抓共管

惠及亿万农村妇女的妇科疾病的预防、治疗和控制受多种社会因素的影响,仅仅依靠某个部门的力量难以完成该项工作,需要多部门的协调合作和全社会的共同努力。当前,部分地区在尝试妇幼保健机构与计划生育部门、妇联组织联合开展妇女生殖保健的工作模式,取得了满意的效果。其具体做法是:充分利用计生工作政策优、网络全、条件好的优势,负责组织实施普查工作;发挥妇幼保健机构业务专的特长,开展具体的检查、诊治和咨询工作;妇联组织则面向领导层、医务工作者、妇女及家庭成员进行宣传倡导工作,提高人们对妇科病普查重要性的认识,引导和鼓励妇女主动参加检查和治疗,为普查普治率的提升作出巨大贡献。

3. 重视咨询、宣传教育工作的开展

很多妇科疾病都是由于患者缺乏保健知识以及生活中的不良行为和习惯引起的,因此,采用多途径、多形式的宣传手段,包括电视、广播等媒体宣传、专家义诊、保健咨询、健康教育等形式,针对妇女各期卫生知识及保健知识开展宣教工作和分类指导,提高妇女的自我保健意识,使她们自愿参与到妇科病普查普治工作中来。

4. 加强县、乡、村三级农村妇幼卫生服务网络建设

县、乡、村三级农村妇幼卫生服务网络建设应注重卫生人员的培训和医疗设备的改善两个方面。妇女健康的实现要求具有相当数量和质量的服务提供者,结合2006年卫生部组织实施的西部卫生人才培养项目,加强基层卫生人员的教育培训,提高培训档次,并积极引进年轻高学历人才,确保卫生人员的素质满足基

层居民医疗卫生服务的需要。同时，医疗设备的短缺将极大限制居民就医和保健的需求，因此，认真贯彻落实《农村卫生服务体系建设和发展规划》是当前工作的重中之重。

5. 依托社区，开展流动妇女的妇科病普查普治工作

针对流动妇女的具体情况，建议在流入地政府部门的支持下，在居住地建立流动人口活动社区，利用社区卫生咨询室，与卫生、计生部门相协调，在社区中开展妇科病普查普治工作，并加强对流动妇女卫生保健知识的普及以及有针对性的行为指导和干预。同时，流出地政府和流入地政府需有效协调，对流动妇女的生殖保健信息及时交流，减少管理与服务空白点（姜秀花，2004a）。

（执笔人：张妍）

附录 2

中国妇女妇科病问题研究综述

妇女健康是妇女的基本人权之一,也是衡量一个国家或一个地区政治、经济、文化发展及文明程度的重要标志之一。自第四次世界妇女大会在北京召开以来,中国政府在促进妇女健康和赋权方面作出了较大努力。诸如:截至 2003 年,国家基本建立了遍布城乡的人口和计划生育服务网络,其中县乡两级技术服务机构 3.3 万多个,技术服务人员 12 万人。国家投资几亿元在 1000 个县实施“降消项目”,覆盖人口 3 亿多(赵捷, 2005)。在医疗卫生条件得到极大改善的同时,妇女的健康水平也有所提高。1998 年和 2003 年国家卫生服务调查的统计结果显示,我国妇女的两周患病率和慢性病患者率都呈下降趋势,2003 年这两项指标分别为 155.8‰和 169.0‰,比 1998 年的对应值分别低 8 和 5 个千分点。⁷目前,中国妇女的平均预期寿命、住院分娩率、孕产妇死亡率等指标数据已经接近发达国家水平。

然而,在中国社会转型和市场化经济体制发展的过程中,既给妇女健康带来了积极的影响,也给妇女健康带来了许多负面冲击。这些负面影响主要表现为:市场化导致公共卫生服务投入减少,农村三级医疗卫生体系服务功能弱化,服务质量下降,贫困地区妇女的医疗服务可及性减少,加剧了健康方面的不公平性;市场化带来的社会分化和性别分化,使妇女在医疗、卫生保健服务和社会保障体制中处于更不利的地位(刘伯红, 2005; 高小贤, 2002; 萧扬, 2001); 经济发展造成的环境恶化对妇女健康的影响日益显现(洪新宇, 2003); 全球化带来的流行病的大规模发生,使艾滋病成为中国妇女健康的严重威胁(龙秋霞, 2003); 劳动力市场的变化和人口流动的加剧,降低了劳动立法的适用性,而劳动标准的降低和劳动保护水平的下降,影响了妇女的职业健康和妇女健康权益的保护(刘伯红, 2005; 谭琳等, 2004)。

与此同时,我们看到妇科疾病一直是中国妇女的常见疾病,其患病率始终未得到改善。且随着人们工作压力的加大、生活行为方式的改变、饮食结构的变化以及环境污染的影响,妇女疾病谱也发生了变化,乳腺疾病、子宫肌瘤、卵巢囊肿、生殖道疾病和性传播疾病已成为影响妇女健康的主要问题之一,部分家庭还因此陷入贫困。如果定期组织妇女参加妇科病的检查,早诊早治,可大大降低治疗成本和患者死亡率。因此,妇科病的普查普治日益成为科学研究、相关政府部门、家庭乃至个人共同关注的重要内容。

⁷卫生部.2005 年中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005。

本文将回顾 20 世纪 90 年代以来围绕妇女妇科病的研究成果，描述我国妇女健康的现状，分析影响妇科病普查诊治的主要因素，以确定妇科病防治工作的重点，降低妇科病患率，为推动妇女健康服务工作探讨有效的对策。

一、妇科病的普查现状

妇科病普查普治在保护我国妇女生殖健康、使妇女摆脱疾病困扰方面起着重要的作用。我国自 20 世纪 70 年代起，妇科病普查已形成制度，列入妇女保健的常规工作内容，并提出了在城市以防宫颈癌为中心、农村以防子宫脱垂为中心，定期开展妇科病的普查普治。1995 年妇科病普查普治又被纳入《中国妇女发展纲要》，深受各级政府的重视和支持。几十年来，妇科病普查普治工作取得的成绩是肯定的，很多地方通过此项工作的开展，提高了专业队伍的业务水平，健全了妇幼保健组织，有效遏制了妇女生殖系统的发病率和死亡率。同时，妇科病检查率又被纳入生命健康领域性别平等与妇女发展状况的评估指标体系中，可见妇女保健服务的重要意义（姜秀花，2008）。

然而，仅从妇科病普查率这一指标来看，1998-2007 年间全国妇女的妇科病检查率基本在 34%-39% 之间徘徊，其结果并不尽人意。⁸同时，由于我国地区之间和城乡之间经济发展水平和医疗卫生服务供给的不平衡，妇女的妇科病普查情况也呈现出明显的地区差异和城乡差异。

从 2006 年各地区妇科病的检查情况来看（见图 1），全国只有 12 个省份的妇科病检查率高于全国平均水平，各省份的差异明显，天津、上海、北京、江苏、山东等地区在 60% 以上，而江西、福建、云南、广西、西藏等地则维持在较低水平，检查率不到 20%。

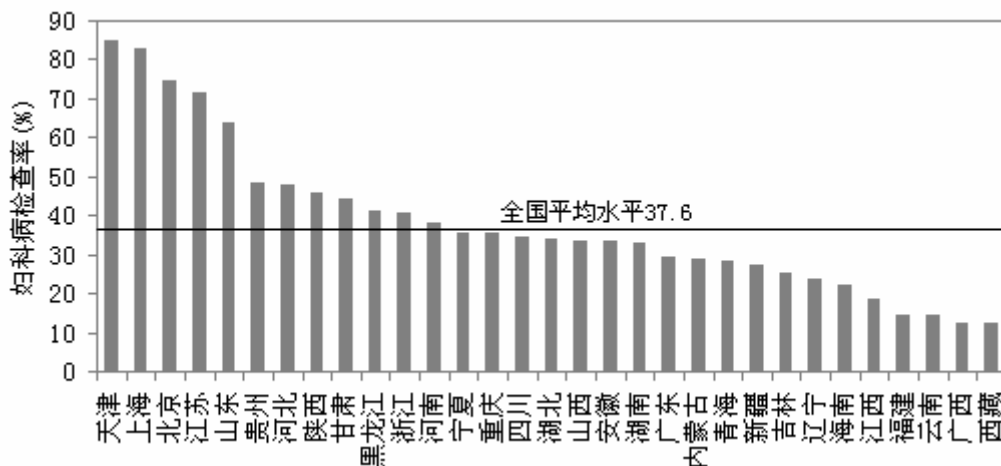


图 1 2006 年分地区中国妇科病普查情况

资料来源：卫生部.2008 年中国卫生统计年鉴.北京：中国协和医科大学出版社，2008。

第二期中国妇女社会地位调查结果显示，约 80% 的农村妇女 3 年内没做过体

⁸ 卫生部.2008 年中国卫生统计年鉴[M].北京：中国协和医科大学出版社，2008。

检。从未做过妇科检查的农村妇女为 45.9%，城市妇女为 32.9%（姜秀花，2006a）。一些地区的实证研究结果表明，近年来城市女职工的妇科病检查率平均在 70% 以上（田艳玲等，2008；吴红彦等，2009；马金凤等，2009），而农村地区已婚妇女的妇科病检查率却很低，只有 22.6%，做过结扎手术的农村妇女的检查率则更低（任祥芳，2009）。

流动妇女作为农村妇女中的一个特殊群体，她们的妇科病检查率要高于农村妇女，但低于流入地妇女（邢海燕，2008）。外出时间的长短显著影响妇科病检查的参与率，即外出时间越长，妇女的妇科病检查率越高（李桂华等，2008）。可见，外出流动在一定程度上增强了流动妇女的健康保健意识。但是，多数流动妇女依旧面临着无人组织、没时间、不知道去哪里检查、经济条件差等困难，导致妇科病检查率低（姜秀花，2006b；李桂华等，2008）。

此外，从 20 世纪末期开始，受经济体制改革、厂矿和企事业单位转制的影响，女工的劳动保护受到了冲击，大部分单位的卫生保健设施已停用或取消，妇女生殖健康的保障制度得不到很好落实，造成接受妇科病检查的单位和人数急剧减少，普查率明显下降（洗海燕，2006）。同时，受经济条件相对较差，享受不到医疗福利待遇，居住社区医疗保障体系尚未完善等因素的制约，离退休在社区的妇女和下岗无业人员更缺乏能力在必要的时候寻求医疗服务，不得不降低保健要求，她们的妇科病检查率不及在职女工的一半（瞿金慧，2007）。

整体而言，多年来我国妇女的妇科病普查工作主要面向城市企事业单位的女职工开展，而在城市非正规部门就业的流动妇女、下岗女工、离退休妇女和农村妇女则常常被忽视，享受不到应有的健康权益。

二、妇科病的患病和诊治现状

根据卫生统计年鉴数据，近十年全国妇女妇科病的检出率始终在 24%-28% 之间波动，检出率最高的北京、天津等地均未超过 48%，最低的西藏、宁夏等地区不到 20%；治疗率较高，阴道炎、宫颈糜烂、乳腺癌等疾病的治疗率一直在 90% 以上，淋病和宫颈癌的治疗率略低，但也超过了 80%。⁹然而，从现有文献中获取的数据结果却恰恰相反，表现为妇科病患病率大大高于年鉴数据，如对不同年份、不同城区（如北京、洛阳、常德等）在职妇女妇科病普查结果的回顾性分析发现，妇科病患病率都超过 50%（王嵩川等，2008；阴琴珠，2004；曾孟兰等，2006）；农村妇女的妇科病检出率则更高，基本在 65% 以上（何爱娥等，2008；任祥芳，2009；周平英等，2009）。同时，部分妇女一人患有多种妇科疾病（肖海香等，2006）。从妇科病的诊治情况看，患有妇科病的城市妇女中，有 70% 的人能够去医院诊治或自己买药治疗，其中 30% 左右的妇女能够马上到医院诊治（张辉，2008）。但受经济水平和思想观念等的影响，患有妇科病的农村妇女就

⁹卫生部.2008 年中国卫生统计年鉴[M].北京：中国协和医科大学出版社，2008。

医率明显下降，只有 54%（章欣荣，2008）。可以推测，我国妇女的妇科病患病和诊治情况不容乐观，农村妇女的状况更为严峻。

通过对文献的解读，概述出我国妇女的妇科病患病情况具有以下特点：

1. 妇科疾病谱发生了变化。各种阴道炎、宫颈炎、子宫肌瘤、盆腔炎、附件炎等仍是妇科常见病。子宫脱垂和宫颈癌的发病率有了显著下降，但宫颈癌的发病在近 20 年来却呈现出年轻化趋势（郝敏，2006）。生殖道感染和乳腺疾病的患病率在逐渐增加，特别是乳腺癌的发病率远远高于女性其他癌症的发生（武秋林等，2004）。

2. 妇科病的患病率与年龄密切相关。多项研究表明，30-49 岁年龄组妇科病患病率最高。但不同疾病的高发年龄有所不同，比如：乳腺疾病的好发年龄及高峰年龄在 25-45 岁（褚瑞峰，2001）；宫颈疾病患者的年龄较集中在 25-40 岁之间，其最高峰年龄在 30-39 岁之间（朱亚莎等，2008）；围绝经期是子宫肌瘤的多发期，其中 45-49 岁是高风险期（杨燕飞等，2008；石一复，2002）；慢性宫颈炎、阴道炎好发于 40-50 岁年龄段妇女（田艳玲等，2008）。

3. 不同职业女性的患病率有显著差异。有学者对教师、公务员和工人三大职业女性的妇科病患病情况进行了调查，结果表明，教师的妇科病患病率最低，为 49.5%；公务员患病率为 57.5%；与工人患病率 80.8% 比较，有显著性差异（祝怀平，2007）。另一项研究也发现工人妇女的妇科病患病率明显高于教师和从事服务行业的妇女（李青，2009）。这与工人妇女劳动强度大、工作忙、经常加班患病后没有时间看病有关（陈惠兰，2007）。此外，接触职业有害因素（包括：噪声、各种化学物等）的妇女，妇科疾病患病率比不接触职业有害因素女工的患病率高（比如，患乳腺癌的几率增大），同时还易引起月经异常和自然流产等问题（洪新宇，2003）。由于工人在人群中所占的比率往往最大，因此，改善工人劳动条件、降低工人的妇科病患病率是提高一个地区妇女健康水平的关键。

4. 不同受教育水平的妇女患病率明显不同。众多研究证实，常见妇科病患病率与文化程度有很大关系，文化程度高者患病率低，文化程度低者患病率高。这是因为文化程度高的妇女可能在生活习惯及自我保健意识等方面强于文化程度较低的妇女（吴红彦等，2009；吴盛辉等，2005）。然而，在现代社会生活中，文化程度越高的人群，从事脑力劳动的概率越大，导致精神紧张、工作压力大、机体内分泌功能紊乱，极易引起乳腺疾病。一些研究证实了文化程度对乳腺疾病患病率的影响呈现负相关关系，文化程度越高者患乳腺疾病的危险性越大（张秀芬等，2009；王启俊等，2000）。

5. 生育行为与避孕方式对妇科病患病具有一定影响。有研究指出，妇女病患病率随胎产次的增加而升高，患病率最高的为 3 胎以上者（塔桂梅，2009）。随着孕次和流产次数的增加，宫体炎和子宫肌瘤的发病率增加；自然分娩方式和带

IUD 可使宫颈炎发病率升高（尹林，2008）。未采取避孕措施的妇女更易患妇科病（吴盛辉等，2005）。对婴儿采取人工喂养的妇女比采取母乳喂养的妇女更易患乳腺疾病（张秀芬等，2009）。因此，大力推行计划生育，选择有效的避孕措施，减少人工流产，提倡母乳喂养，严格分娩和流产中的无菌操作是预防妇科疾病的重要措施。

可见，处于育龄期的妇女中，从事重体力劳动、受教育水平较低、有过多次孕产或流产经历以及未进行母乳喂养的妇女更易患妇科疾病，她们应是妇科病普查普治的重点人群。

三、妇科病普查普治的影响因素分析

妇女是否积极参与妇科病普查普治活动除了受个体因素的影响之外，还与家庭环境、地区的医疗卫生条件和服务、工作的组织与管理等息息相关。

（一）个体因素

从个体因素看，妇女的受教育水平、思想观念和心理状态对其参加妇科病普查普治具有显著影响。

对上海市离退休和低保妇女进行的一项调查结果显示，文化程度对3年内参与宫颈癌筛查具有正相关作用，即妇女的文化程度越高，参与宫颈癌筛查的几率越大（张雪等，2009）。

思想观念在很大程度上影响着妇女参加妇科病普查普治的积极性。有学者指出，目前仍有一些人对妇科疾病的认识还停留在初级层面上，缺乏对疾病的早发现、早诊断、早治疗的必要性认识，有的人甚至认为妇科病检查是没事找事，而不参加单位提供的检查机会。还有很多的农村妇女害怕别人知道自己有妇科病而看不起自己，认为婚后很多妇女都有妇科病，既不影响吃，也不影响劳动，不需要小题大做，极大地影响了妇科病的普查普治率（李映明等，2007）。

一项调查专门对妇科病普查对象的心理状态进行了研究，结果显示：只有25%的普查对象基本理解妇科病普查的意义，配合普查工作；75%的妇科病普查对象则因多种原因（如：焦虑、不满、无知及不信任等），检查时不够合作，阻碍检查工作的进行（龚平，2004）。Victoria（2002）的研究也指出，对疼痛和不舒服的担心是影响妇女3年内参加宫颈癌筛查的原因之一。因此，排除普查对象心理上不良因素的干扰，在检查过程中提高服务质量，尽量减少妇女疼痛和尴尬等不舒服的感觉，也是提高普查率，加强妇女定期普查的重要策略。

（二）家庭环境因素

从家庭层面看，家庭经济状况和家庭成员的社会支持被认为是影响妇女参加妇科病普查普治的重要因素。

一般认为，家庭收入水平同文化程度一样，是影响妇女参加妇科病普查的主要因素。有研究发现，随着家庭年收入的增加，妇女曾经参与宫颈癌筛查的比例

也随之增加（张雪等，2009）。在我国目前的情况下，大多数低保和离退休妇女无法继续享受单位的免费筛查，经济因素的影响可能更为严重，在经济状况不佳的情况下，健康保健就会被放到家庭中不被关心的位置。但是，只要社会保障体系使退休女工及下岗无业人员能由社会负担部分费用，本人负担部分费用，则绝大多数妇女是能够接受并参与妇科病普查服务的（方向明等，1998）。

从家人和朋友中得到的非正式的社会支持在妇科病筛查中起重要作用，这种支持包括信息的提供、建议和情感支持等，尤其是丈夫的支持是促进妇女参加妇科病检查的重要因素（世界卫生组织，2006）。

（三）医疗卫生条件和服务

目前，我国仍处在发展中国家的行列，社会经济发展水平决定了部分基础设施建设还很不完善，有的基层妇女保健机构设备落后，医疗水平较低，医务人员缺乏，难以满足人们对医疗卫生服务的需求，除一些行政事业单位通过行政手段，定期或不定期进行妇科病检查外，大部分妇科检查依然是空白，且检查项目仅限于环检和孕情检查（肖玉珍等，2008）。尤其在我国的广大农村地区，医疗卫生条件差和交通不便极大限制了妇女参加妇科病普查的积极性，出现无病不查、有病不治、病情严重则无钱医治的情况，导致有的村庄80%的妇女患有妇科疾病（雷明光，2009）。

（四）妇科病工作的组织与管理

受社会大环境的影响，我国多数妇女仍未有主动要求定期进行妇科病检查的意识，因此，单位和社区是否组织妇科病检查对妇女参与此项活动有直接的影响。从诸多文献中发现，大部分研究使用的数据来源于国家机关事业单位妇女的妇科病普查普治资料，主要是这些单位的妇女工作部门发挥了极强的组织协调功能。而在企业单位，特别是外企、私企和集体企业职工参加医疗保险的比例很低，是否为女职工开展妇科病普查活动在很大程度上取决于单位的经济效益（何惠玲、王志红，2005）。社区是低保妇女、离退休妇女和流动妇女最主要的服务来源，定期在社区组织免费妇科病检查，是提高她们保健水平的重要策略（兰红霞等，2004；张雪等，2009）。

妇科病普查管理的不规范也影响了妇女对普查活动的信任度，降低了普查普治率。随着社会主义市场经济的发展，医疗市场亦逐渐放开，多家医院相继成立了查体中心，有的科室为增加经济收入也开展查体工作，出现了医疗队伍混杂、检查项目不规范、收费标准不统一、普查质量不高的现象。有的企业受普查所需经费的影响，企办卫生室甚至自购查体仪器，自行开展妇科病查治工作，更无法保障检查质量（白晓霞，2004）。

四、结论与建议

由于社会经济发展水平和文化观念的原因，近年来妇科病普查普治制度的执

行情况远未达到预期的目标。在医疗技术手段高度发展和特效药品不断问世的今天，我国妇女的妇科患病情况却始终未得到改善，乳腺癌、卵巢癌等恶性肿瘤的发病率还呈现上升趋势，这说明妇科病普查普治已是一个超出医疗卫生领域的社会问题，必须依靠全社会的共同努力才能推动其更好地贯彻实施，使广大妇女从中受益。

回顾以往对妇科病问题的研究，我们清楚地看到问题的存在。然而，现有研究成果也具有一定的局限性。首先，缺乏精确的、综合性的、连续的统计数据，目前各种研究所用的资料大多来自医院某个年份的门诊汇总数据，这些数据中只包括就诊妇女的年龄、孕产情况等特征，而户口性质、文化程度、职业、经济收入等其他特征数据则难以获取，使得多数研究都停留在对基本状况的描述上，无法准确分析妇科疾病谱的变化特点，也缺少从社会科学的角度出发对其影响因素的探讨，限制了研究的深入开展，使研究视野局限于有限的领域中。其次，缺乏全国性的专项调查，各地提供的数据标准不统一，很难从宏观上对全国的整体情况进行分析，也不能进行区域比较研究，导致我们对问题的认识仅限于对特定区域的了解。

要使妇女的健康权益得以实现，完善的法律制度是保障。目前，我国已初步形成了以《宪法》为基础，以《人口与计划生育法》为主体，以《中国妇女发展纲要》为阶段性目标，包括《母婴保健法》、《妇女权益保障法》、《婚姻法》、《女职工劳动保护规定》、《女职工保健工作规定》、《计划生育技术服务管理条例》和《关于禁止非医学需要的胎儿性别鉴别和选择性别的人工终止妊娠》的一整套保护妇女权益的法律体系，使得妇女的健康权益保护有法可依。此外，我国政府于1994年还颁布了《企业职工生育保险试行办法》来保护妇女的生育健康。然而，在执行过程中，执法主体不明确、有法不依、执法不严的现象还时有发生，妇女的健康权益经常受到侵害。因此，进一步完善法律法规制度，建立严格的监督机制，进行普法知识宣传，提高全社会对依法保护妇女健康的重要认识，进而将妇科病普查普治工作纳入政府公共卫生服务体系。

与此同时，对妇科病普查普治实行规范化管理，加强妇女保健和医疗卫生服务机构的建设，提高普查质量，并利用多部门资源向广大妇女开展卫生保健知识的宣教工作和分类指导，增强妇女的自我保健意识，鼓励她们自觉接受妇科病普查普治，是做好妇女保健工作的重要措施。

（执笔人：张妍）

附录 3

现阶段我国流动妇女健康研究综述

改革开放以来,市场经济的发展与人口流迁制度的变革成就了大规模的、持续的人口流动现象。女性流动人口作为后起之秀,在二十世纪最后几年的时间内飞速增长;到二十一世纪初期,其规模、流迁距离与影响已经赶上、甚至在一定意义上超过男性流动人口(姜秀花,2004a;林丹华等,2006;王菲,2007)。第五次人口普查数据显示,2000年我国女性流动人口约占流动人口总数的49.6%;跨省流动人口中,女性约占47.2%;与男性流动人口相类似,女性流动者的年龄结构以青壮年(15-35岁)为主(国家统计局人口和社会科技统计司,2001)。与以往以婚迁为主的流动模式不同,现阶段的女性流动人口多数以从事经济活动为主要目的,她们广泛地活跃于社会经济生产的各个领域,成为二十一世纪社会经济与文化发展不可或缺的重要力量。

众多研究与实践表明,受我国人口管理的户籍登记制度与城乡社会经济二元分割状况的影响,流动人口的社会保障、公共政策与管理服务发展严重滞后,这些因素在不同程度上加剧了流动人口在流入地社会经济生活中被“边缘化”的现实(郑真真、连鹏灵,2006)。一方面,流动务工者游离于城市和农村之间,对流入地及流出地的社会福利、保障和公共服务的可及性较差;另一方面,由于缺乏人力资本积累,多数流动者工作环境差、劳动强度大且缺乏基本的就业保障与医疗保险。与男性相比,受生理特征以及社会文化所赋予的家庭责任等因素的影响,高强度、超长时间工作、低就业保障、低医疗服务可及性等因素对女性流动务工者的健康威胁(如经期、孕产期、流产后等)更大。而流动妇女的身心健康不仅关系着其个人的生活质量与经济生产力,而且突出地影响着其家庭、乃至整个社会的健康发展(张建武等,2008)。因此,流动妇女的健康状况日益成为科学研究、社会服务与相关政策决策的重要内容。

1990年代中期以来,全国不少地区开展了一系列的关于流动妇女健康状况的专题调研。这些调研覆盖的范围既包括主要人口流入地(如北京、上海、深圳等),也包括人口输出大省(如安徽、河南、四川等)。调研的对象既包括外出务工的妇女,也包括已返乡妇女;既包括未婚流动妇女,也包括已婚流动妇女。考察的主要内容涉及了卫生保健知识、认识与行为、主客观健康状况(生殖健康、其他生理健康与心理健康)、保健服务利用状况、健康教育效果等方面。

随着数据资料的日益丰富,学术界不断涌现并积累了较为丰硕的研究成果。本文将主要针对近年来在学术期刊中公开发表的相关研究成果进行梳理与回顾,评价现有研究中的突出发现、主要结论以及研究不足,为系统理解流动妇女的健

康状况及其影响机制、解决现存问题、改善流动妇女健康状况提供实证基础与决策依据。以下行文将以不同研究内容为主线，依次回顾：1) 流动妇女健康知识、认识与行为；2) 流动妇女的健康状况；3) 卫生保健服务利用状况；4) 流动妇女健康教育的干预效果。在此基础上，本文将对现有研究的主要结论与政策建议进行总结与讨论。

一、流动妇女健康知识、认识与行为

现有文献中关于流动妇女健康知识、认识与行为的研究较为丰富，其中，多数研究指出，流动妇女对卫生保健知识掌握较少、对保健的重要性认识不足，在追求经济目的过程中在不同程度上存在着（自觉或不自觉的）以健康为代价的做法。加之，流动妇女在融入流入地社会环境的过程中，存在着不同程度的社会、文化、心理等方面的障碍与落差，这也在相当程度上影响着流动妇女的健康行为与健康风险。

（一）流动妇女卫生保健知识匮乏，保健意识不强。

1998年上海嘉定区关于15-49岁流动妇女的分层整群抽样调查数据显示，约有86.6%的被调查妇女没接受过性教育、62.8%的人不知道生殖道感染、41.2%的人没听说过性病、57.5%的人不知道性病传播渠道。受其保健知识局限性的影响，被调查的已婚流动妇女中有76.2%的人未做过婚前检查，使用IUD的妇女中（多数已放置一年以上）有超过30%的未做过检查，超过80%的流动妇女在流入地从未有过妇科检查，且半数以上不知道获取相关信息与指导的途径（张真，1999）。

1999年武汉市6城区36个居委会的已婚流动妇女的分层整群随机调查数据也显示，流动妇女的性与生殖健康知识匮乏，避孕方法选用缺乏主动性，自我保健意识薄弱。被调查流动妇女婚前新婚知识知晓率低于5%，未做过婚前检查的高达72.7%；而来流入地后结婚的妇女中，也有超过半数（56.8%）的人未作婚前检查，在流入地分娩的妇女中做过产前检查的约仅占37.3%。相关数据表明，多数流动妇女根本不知道可得到哪些服务，也不清楚自己需要哪些服务（张建瑞等，2001；杨森焙等，2001）。

此外，2003年广东省惠州、珠海与广州三市15-35岁流动妇女的分层整群抽样调查显示，流动妇女性与生殖健康知识匮乏，54%的被调查妇女不知道紧急避孕，能说出3种以上避孕药具及使用方法的仅约8%；多数被调查者对性传播疾病缺乏清楚、正确的了解（黄江涛等，2005a、2005b）。2004年广州市白云区35岁以下自愿参加环孕检查的流动妇女的抽样调查数据也表明，被调查流动妇女缺乏系统的生殖健康以及性传播疾病的知识，仅有较少的被调查妇女（21%）了解知情选择避孕方法（吴晓菁等，2005）。李润清等（2006）于2005年对深圳宝安与龙岗两区公园门口、工厂、市场等地流动孕产妇进行的便利抽样调查结果同样显示，流动妇女保健意识薄弱，而文化程度是影响其自我保健意识的关键因素。

2007年江苏省南京市建邺区流动妇女健康调查数据显示，听说过紧急避孕的被调查对象大约仅占34.6%，约有21.3%的被调查者从未听说过性病。而听说过性病、艾滋病等的被调查对象中，也有相当一部分人对性病的病种、传染渠道等缺乏清楚的了解。而与此同时，超过三分之一（36.8%）的被调查对象不赞同向未婚青年提供避孕药具服务（杭春燕等，2007；钱年华等，2007）。2007年江苏省盐城市亭湖区15-49岁流动妇女的目的性抽样调查结果显示，多数妇女缺乏性病、生殖系统疾病的系统知识；接近一成的（8.9%）被调查妇女自2006年以来未做过妇科检查（毛京沭等，2008）。这些妇女多数没有意识到定期进行乳房检查和宫颈刮片检查的重要性，缺乏主动、定期进行妇科检查的意愿。

（二）流动女性观念相对开放，生殖健康风险大。

与流动妇女卫生保健知识匮乏、自我保护意识淡薄的现状不相对称，不少流动女性观念开放、性行为缺乏约束。因而，其非意愿妊娠风险明显增大，人工流产发生率高，生殖健康状况不容乐观。

1994年青岛市流动已婚育龄妇女的随机抽样调查结果显示，接近15%的已婚流动妇女有婚前性行为，部分妇女婚前甚至有多个性伙伴。而婚前性活跃者中，仅有不足60%的人采取了避孕措施；约有9.6%的妇女有婚前妊娠史（王朝晖等，1998）。此外，被调查妇女中有三分之一以上的人对性病一无所知，38.3%的人曾避孕失败，51.6%的妇女婚后有过非意愿流产，而其中不少人（约20%）人工流产选择在私人诊所或其他非正规医疗场所（万加华等，1997）。

与之相类似，1999年武汉市已婚流动妇女的分层整群随机抽样调查数据显示，接近20%的被调查妇女同意婚前性行为，超过40%的流动妇女做过人工流产，其中相当比例（26.9%）发生在产后一年内（张建瑞等，2001；杨森焙等，2001；苏长梅等，2001；王绍梅等，2001）。

2003年广东省惠州市惠城区、珠海市香洲区、广州市白云区15-35岁流动妇女的分层整群随机调查结果表明，流动女性观念开放，无防护性行为、不固定性伴侣、多个性伴侣等现象在不同程度上存在（黄江涛等，2005a、2005b）。被调查妇女中，自报有婚前性行为的接近四分之一（23.4%），其中经常使用避孕套的不足一半（46.9%）。有过性行为的被调查对象中，约有12.5%的同时或曾经有过2个性伴侣，而约16.6%的同时或曾经有过3个及以上性伴侣。避孕知识的匮乏与性行为的相对放纵，不可避免地影响到这些妇女的生殖健康，不少被调查妇女经历过意外妊娠与人工流产（66.8%），有的甚至在较短的时间内经历过多次人工流产（黄江涛等，2005a、2005b；张金辉等，2005）。

谢立春等（2007）对深圳市宝安区沙井镇已婚流动妇女的等比例分层整群随机抽样调查数据显示，72.2%的被调查妇女接纳婚前性行为，超过50%的本人有过婚前性行为；74.2%的被调查者首次性行为没有采取避孕措施；另外，约有

11.33%的有多个性伙伴。在这些已婚妇女中，17.8%的人做过人工流产，重复流产率高达28.3%，最多人流次数达8次（谢立春等，2006）。吴琼等（2007）对696名到上海市某区疾控中心接受体检的16-49岁流动妇女的调查结果表明，近三个月有性行为的被调查妇女中，有49.9%的从不用避孕套，其中52.6%的近三个月有生殖道感染症状。

由于远离原有的生活环境和社会亲友网络，流动妇女一方面精神孤独，另一方面缺乏传统道德舆论的约束，其性观念开放，有不少流动者性行为放纵，有的甚至非法从事（或兼职于）性服务行业。这些现象在未婚流动妇女的调查数据中更为突出地体现出来（王丰等，2006；郑立新等，2000；郑真真，2005）。何荣跃等（2000）对贵州28位16-29岁未婚流动妇女生殖健康的访谈结果表明，未婚流动妇女普遍缺乏生殖健康知识，婚前性行为较为普遍，人工流产手术后卫生保健状况差、休息严重不足。此外，2002-2003年北京、深圳、南宁、郑州4市某医疗机构以人工流产结束妊娠的24岁以下未婚流动妇女调查结果同样表明，年轻流动妇女缺乏生殖健康知识，其性传播感染/生殖道感染（RTIs/STIs）风险较为突出（Zhang等，2006；赵更力等，2005）。张建武等（2008）于2006-2007年期间对汕头市自愿来计生服务站接受环孕检查的流动女工的生殖健康抽样调查结果显示，流动妇女性开放认可程度不断增大，无防护性行为风险增加；因而，这些流动妇女的生殖健康风险不容忽视（王德文，2008；王丰等，2006；郑真真等，2004）。

王菲（2007）利用2005年安徽省怀宁县农村妇女抽样调查数据，对比分析了外出返乡妇女与未外出妇女的生殖健康知识状况。该研究指出，尽管两组妇女生殖健康状况均有待提高，外出返乡的妇女的生殖健康意识比未外出妇女要高，妇科检查率、性病等防范意识比未外出妇女较强。据此，该研究推断，外出务工能够在某种程度上增强妇女自我保健能力与意识。与之相类似，2000年中国人口信息研究中心在安徽、四川进行的“流动人口研究”抽样调查数据同样表明，外出返乡妇女了解与获取卫生保健知识的渠道更多，其性病等知识明显较多；然而不可忽视的是，这些妇女意外怀孕与人工流产的风险也明显高出从未外出过的妇女（中国人口信息研究中心“流动人口研究”课题组，2001）

二、流动妇女健康现状

流动妇女远离家庭及亲友网络的支持，健康的体魄与精神面貌对于她们在异地生存与发展极为关键。然而，如前所述，多数流动妇女由于缺乏卫生保健知识、保健意识淡薄且性观念开放，因而其健康状况不容乐观。现有研究中关于流动妇女健康状况的主要研究发现集中在流动妇女身体健康、尤其是生殖健康方面，而对流动妇女心理健康的研究相对较少。

（一）流动妇女生殖健康状况较差，妇科疾病患病率高而就诊率低

1998年上海嘉定区育龄流动妇女调查与体检结果显示,约有31%的被调查妇女有妇科不适感,31.4%的被调查妇女体检查出妇科疾病(张真,1999)。吴琼等(2007)对上海市某区疾控中心体检的16-49岁外来妇女的抽样数据分析指出,约有43.7%的被调查妇女近3个月内出现过至少一种生殖道感染的常见症状,43.5%的被调查妇女有过应就诊而未就诊经历。

王燕等(1999)利用便利性抽样调查数据对比分析了北京市流动妇女与户籍妇女的生殖健康状况。该研究指出,流动妇女在北京居住期间,产前保健水平较低;此外,体检结果显示,被调查流动妇女的生殖道感染率高达29.3%,明显高于被调查户籍妇女(21%);其中,霉菌性阴道炎、支原体感染、沙眼衣原体感染、淋病等检出率明显高于其参照组户籍妇女(安琳等,1999)。这些数据反映了流动妇女自我保健意识差、保健能力低以及保健行为缺乏主动性等客观现状,类似的研究发现也在其他城市的户籍人口与流动人口的对比中得以印证(程光英等,2007;葛学凤等,2004)。

此外,1999年武汉6城区的已婚流动妇女抽样调查显示,约有12.2%的被调查妇女现患慢性妇科疾病,8.9%的妇女患有泌尿生殖器官疾病(杨森焙等,2001;王绍梅等,2001)。张小松等(2005)在深圳、南宁、北京与郑州四市24岁以下未婚流动女性的抽样调查中,流动妇女生殖道感染率(RIT)为56.1%、性传播疾病(STD)的患病率为9.7%。王临虹等(2004)的研究同样表明,流动妇女是RTI和STD的高危人群,其RTI和STD患病率高于常住妇女。谢立春等(2007)对深圳宝安区沙井镇已婚流动妇女的抽样调查结果显示,26.3%的被调查者报告有(有症状的)生殖道感染患病史(谢立春等,2006)。2007年江苏省盐城市亭湖区流动育龄妇女的便利性抽样调查结果显示,23.8%的被调查妇女在妇科检查中查出妇科疾病,其中87.9%的妇女未进行治疗(毛京沐等,2008)。

(二) 流动孕产妇保健状况差,孕产期健康隐患严重、死亡率高

朱丽萍等(2006)通过对比上海市外来孕产妇与本地孕产妇的保健状况,指出,上海市1996-2005年间户籍孕产妇平均死亡率约为11.6/10万,而外来孕产妇死亡率则约为58/10万,相当于本市户籍人口的5倍左右。10年间,本市户籍人口的死亡率由22.5/10万下降到1.6/10万,而外来孕产妇死亡率则仅下降6个百分点(即从1996年的54.7/10万下降到2005年的48.5/10万),外来孕产妇死亡已成为上海市孕产妇死亡率下降的“瓶颈”。

北京、上海、广州等城市的相关调查与统计数据同样表明,流动孕产妇死亡率远高于这些城市的户籍孕产妇,且死因以直接产科原因为主,多数死亡是“可以避免”或“创造条件可以避免的”(陈刚等,2006b;刘英涛等,2006;马孝兰,2002)。此外,2005年江苏省常州市流动人口妇幼保健状况调查及相关统计数据表明,流动人口孕产妇死亡率高于户籍人口,这也在一定程度上导致了流动围产

儿死亡率的高居不下（王秋伟等，2007）。

（三）流动妇女的其他健康状况同样不容乐观

2006年厦门市18-49岁中、低收入的流动妇女的抽样调查结果表明，流动妇女在不同程度上受着胃肠溃疡、关节炎、慢性支气管炎、妇科疾病等疾病的困扰，这些状况与流动妇女的年龄、教育程度、收入状况、以及外出时间等因素显著相关。相对而言，被调查流动妇女的心理健康状况总体较好，不同妇女的具体心理健康状况与其劳动强度与收入状况紧密相关（张洁等，2007）。林丹华等（2006）利用2002-2003年北京市18-30岁农民工的抽样调查数据研究指出，女性农民工中存在较为普遍的抑郁现象（抑郁发生率约为22.6%），其中，未婚者的抑郁发生率明显高于已婚者。相对而言，流动妇女生活与工作满意度对其心理健康的影响比客观生活与工作条件影响更大（方晓义等，2007）。调查数据同时表明，流动妇女的心理健康问题进一步影响着其健康行为（如抽烟与酗酒）以及健康结果（林丹华等，2006）。此外，有研究发现人工流产显著地影响着妇女的心理健康（郑真真，1996），各流入地流动妇女的高流产发生风险无疑构成影响流动妇女心理健康的又一重要因素。

概括而言，流动妇女的总体健康状况较差。与流入地妇女相比，流动妇女的生殖健康状况较差，孕产期死亡风险明显较高。此外，受工作环境、生活压力、社会环境、经济条件以及保健服务可及性等方面因素的影响，流动妇女身心健康的其他方面也不容乐观。

三、流动妇女卫生保健利用状况

现有文献考察了不同地域、不同特征的流动妇女的健康状况，这些研究一再指出，流动妇女整体健康状况较差。然而，受其健康知识匮乏与保健意识薄弱等因素的约束，流动妇女对卫生保健服务的利用水平并不高，这一方面表现在其身体不适或患病时的就医状况以及常规性妇科检查中，另一方面也突出地表现在其孕产期相关医疗服务的利用状况中。

首先，流动妇女在患病或身体不适时，应就医而未就医的比例较高；不少妇女缺乏常规性的妇科检查，而接受过妇科检查的流动妇女中，不少人对检查出的疾病不予治疗。

2003年北京、上海、广州与杭州4市有6岁以下子女或怀孕6个月以上的流动妇女的典型抽样调查结果表明，超过90%的被调查者近一年来有过疾病或不适，其中约有48%的人在“公立医疗机构”接受过治疗，另有约3%的人去“私人诊所”接受治疗；其余接近半数（49.1%）的妇女采取自我治疗或未进行任何治疗。被调查妇女中，在现流入地接受过妇科病普查的不及一半（约占42%），比相应户籍人口低30%-40%（陈刚等，2006a、2006b）。与之相类似，2000年上海市徐汇区13家医院妇幼门诊访视的流动妇女的调查显示，被调查流动妇女

2周内患内科疾病而不治疗的约占相应患病人数的8%，2周内患妇科疾病而不治疗的占妇科病患者的12.6%；2年内未做过妇科病普查的约占59%（马孝兰，2002）。

2007年江苏南京市建邺区流动妇女生殖健康抽样调查数据显示，调查时点前一年，已婚被调查对象中约有72.7%的人做过妇科检查；而在妇科检查中查出妇科疾病的妇女（约占30.8%）中，只有18.3%的人进行过治疗（杭春燕等，2007）。刘刚等（2006）利用广州已婚流动育龄妇女体检及生殖健康调查数据研究指出，超过半数（约为52.8%）的被调查妇女在最近一年至少有过一种生殖道自我报道的感染症状，其中超过三分之一（35.2%）的人应就医而未就医。苏长梅等（2001）利用武汉市已婚流动育龄妇女调查数据指出，约有35%的妇女存在有病不看医生的现象。

其次，流动孕产妇孕产期保健服务利用水平低，围产期母婴健康风险较大。

2003年北京等4市被调查的年轻（有6岁以下子女或怀孕6个月以上）育龄妇女中，孕产妇住院分娩率约为82.7%，产后访视率在30%左右，明显低于相应城市的户籍人口（住院分娩率均在98%以上，产后访视率在90%左右）（刘英涛等，2006）。2006-2007年上海市某二级综合医院分娩的流动产妇调查显示，研究对象产前检查覆盖率约为96%，早孕初查率约38%，5次产检率约36.6%（高铁等，2007）。

此外，2002年北京等9市关于流动妇女儿童保健状况的调查与相关统计资料显示，流动妇女建卡率、产前检查率、住院分娩率与产后访视率不仅低于常住人口，而且低于全国平均水平。各城市被调查流动孕妇产前检查8次以上的比例、产后访视率均不超过40%，住院分娩率也仅约为33.6%-85.1%（林良明等，2005）。流动孕产妇较低的孕产保健水平不仅导致了其孕产期死亡风险的上升，而且间接地促成了围产儿死亡风险以及新生儿破伤风发生率的上升（李润清等，2006；林良明等，2005）。

针对现阶段流动妇女卫生保健服务利用状况，不少研究探讨了影响流动妇女卫生保健服务利用状况的原因。现有研究成果表明，制约流动妇女卫生保健服务利用水平的因素主要包括：1）经济约束与支付意愿；2）健康知识匮乏与卫生保健观念淡薄；3）相关信息及服务的可及性差；4）其他政策与环境因素。

首先，与流动妇女较低的收入水平相比，流入地城市医疗费用明显偏高，而且多数流动妇女缺乏医疗保障。这样，有限的经济资源无疑成为制约和影响流动妇女保健服务利用状况（生病时就医、孕产期检查、医院分娩等）的重要因素。加之，多数流动妇女外出打工的主要目的在于攒更多的钱带回老家以改变贫穷状况，这一竞争性目的进一步降低了她们对卫生保健服务的支付意愿；不少人患病应治疗而未治疗、甚至不惜以健康为代价换取工作机会（陈刚等，2006a；高铁等，2008；王秋伟等，2007）。

2003年北京、上海、广州与杭州四市关于年轻流动妇女的调查结果（陈刚等，2006a、2006b；刘英涛等，2006）显示，流动妇女的医疗保障水平低，约有95.8%的妇女就医“完全自费”，而由所在单位“全额支付”医疗费用的仅约占0.3%。调查时点前一年有病而未去医疗机构就医的被调查妇女约占49.1%，其中有接近一半的（47%）明确表示因“经济”原因未就医，另有约11.8%的妇女表示由于“工作忙、没时间”而未去就医。1999年武汉市6城区已婚流动妇女的调查显示，99.5%的被调查妇女医疗费用完全自费。有病而不去看医生的被调查妇女（约占35%）中，17.2%的是由于“经济困难”，另有3.5%由于“工作忙”（苏长梅等，2001）。2007年江苏南京市建邺区流动妇女生殖健康调查中，过去一年检查出妇科疾病、应治疗而未治疗的被调查妇女中，约有18.9%的表示在城市看病太贵，以后回老家再看；另有约13.5%的表示没钱看病（杭春燕等，2007）。

此外，经济因素也突出地影响着流动孕产妇的孕产期保健、医院分娩、高危妊娠孕产妇选择剖宫产等决策。2003年北京等4市被调查妇女中，表示不愿去医院分娩的流动孕产妇中，93.2%的认为经济原因是影响其相关意愿的主要因素（陈刚等，2006a、2006b；刘英涛等，2006）。2006-2007年上海市某二级综合医院分娩的流动产妇调查结果表明，尽管约有14.5%的流动妇女参加医疗保险，绝大多数妇女（98.1%）孕产期保健费用为完全自费。因此，面对相对较高的孕产保健服务费用，不少妇女尽量少做或不做产前检查；家庭收入、丈夫职业等经济指标显著地影响流动孕妇产前保健服务利用状况（高铁等，2008）。庄婵娟等（2007）在上海某医院剖宫产流动妇女的调研分析指出，经济条件是影响流动妇女中高危妊娠孕产妇选择剖宫产的重要因素。

其次，与流入地妇女相比，流动妇女总体受教育程度偏低，卫生保健知识有限，保健意识不强。

1998年上海嘉定区流动育龄妇女生殖健康调查中，有身体不适却未就诊的被调查妇女中约有10.4%表示“不好意思”，另有约37.3%的认为“没关系”，二者累积接近50%（张真，1999）。2000年上海市徐汇区被调查流动妇女中，约有4%的人认为怀孕后没有必要进行产前检查，3%的认为没有必要去医院分娩，4.4%的认为没有必要去医院做人流（马孝兰，2002）。

此外，2003年北京等四市调查的年轻流动育龄妇女中，不愿去医院分娩的孕产妇有36.8%的是由于认识不到分娩的危险性，认为“在哪里分娩都无所谓”（陈刚等，2006a）。2007年江苏南京市建邺区流动妇女调查中，过去一年有妇科疾病、应治疗而未治疗的妇女中，有三分之二以上（67.6%）认为“不碍大事、挺挺就过去了”（杭春燕等，2007）。毛京沭等（2008）利用2007年江苏省盐城市亭湖区流动育龄妇女调查数据分析指出，在妇科检查中查出妇科疾病而未治疗的，约有85.7%的认为“不碍大事、挺挺就过去了”。1999年武汉市已婚流动妇

女调查也显示,有病而未治疗的妇女中,有超过四分之三(75.9%)的认为“小病无所谓、不必去看”(苏长梅等,2001)。

再次,流动妇女对保健服务信息的可及性差、相关政策了解有限。

2000年上海市徐汇区流动妇女调查结果显示,知晓怀孕12周内应初查建立“孕产妇健康手册”的流动妇女约仅占44%(马孝兰,2002)。2003年北京等4市被调查育龄流动妇女中知道“健康证”、“流动人口就业证明”的不足20%;而了解“流动人口综合保险”、“企业职工生育保险”和“流动人口疾病管理”等政策的不及10%(陈刚等,2006a、2006b;刘英涛等,2006)。胡洋等(2006)在深圳市宝安区女性流动人口的生殖健康调查数据显示,约有86.2%的被调查流动妇女从未得到过所在社区或单位提供的免费避孕知识服务,其中,未婚妇女得到相应服务的比例更低。

2003-2004年在北京、上海、安徽、湖北、河南进行的关于流动妇女生殖健康权益的调研结果显示,未婚流动妇女、未持绿本的流动妇女、已实施绝育手术而不可能再生的妇女、流动性较强的妇女享受的生殖健康宣传教育与服务十分有限(姜秀花,2004a、2004b)。这一现实反映了当前我国计划生育与生殖健康服务在覆盖范围与工作指导思想方面的局限性。这一研究发现在其他地区(2005年在北京与厦门)的调查研究中也得以印证(姜秀花,2006b)。

最后,现有的医疗服务体系、服务政策以及生育政策等因素也在不同程度上影响着流动妇女对卫生保健服务的利用状况。

2003年北京等4市被调查妇女中,调查时点前一年应就医而未就医的约有13.2%表示因去医院“手续繁琐”而未就医。而不愿去医院分娩的孕产妇中,也有9%的表示“去医院分娩麻烦”;超过20%的表示没有准生证、证件不齐或不符合“生育政策”为其不去医院分娩的原因(陈刚等,2006a、2006b;刘英涛等,2006)。

四、流动妇女健康教育效果

众多研究表明,流动妇女卫生保健知识欠缺、保健意识淡薄,加之,现有的城乡分割的卫生服务体系与以控制人口为主导的工作思想,使流动妇女的保健服务利用水平偏低,健康状况不容乐观。对此,不少研究指出,对流动妇女进行有针对性的健康教育与宣传工作尤为重要。近年来,相关文献中也积累了一系列关于健康干预可行性及其效果的评估性研究,概括而言,这些研究表明健康教育对提高流动妇女卫生保健知识、改善其健康行为与健康状况具有积极作用;具体干预效果又因干预方式及干预内容而不尽相同。

陈妍等(2009)对天津市红桥区随机抽取的241名流动育龄妇女进行免疫规划知识的宣传教育,其结果表明,干预后免疫规划、免疫接种收费政策的知晓率均有显著提高(前者由54%提高到76%,后者由57.7%提高到81.3%)。干预后主动接受自费疫苗接种的自愿率也有显著提高。

黄江涛等（2008）于 2004-2006 年在广东省惠州市惠城区、珠海市香洲区、广州市白云区随机抽取的年轻（15-35 岁）流动妇女进行了为期两年的生殖健康宣传与技术服务干预，并对其效果进行了评估。结果表明，干预后被调查妇女对避孕节育方法的正确知晓种类增多，避孕节育措施使用率上升近 30 个百分点（由 63.8% 上升到 92.9%），避孕失败率显著下降。该研究指出，干预活动对提高和改善流动妇女的生殖健康认知、态度及行为，改善其避孕效果具有显著的作用。类似地，张斌等（2006）对上海市某街道婚迁的外来妇女生殖健康教育的效果进行了评估研究，结果表明，生殖健康教育对提高外来妇女的健康知识与保健服务利用水平具有重要意义。

练武等（2007）在武汉市 9 个城区随机抽取了 120 名流动妇女，由相关专家对选中妇女进行生殖健康知识培训。在培训前与培训后一周，运用同一问卷对这些妇女分别进行相关知识的调查，结果表明，已婚流动妇女对多数生殖健康与性传播疾病知识的知晓率在培训干预后有明显提高。该研究指出，短期健康教育对于提高流动妇女基本生殖健康知识有明显改善效果，然而对专业性较强的知识则效果并不明显。

裴泓波等（2006）通过高校学生对其家乡的返乡流动妇女进行艾滋病知识的宣传教育。干预前后问卷调查结果表明，干预对象在干预后对艾滋病知识、传播途径等正确认知率明显提高，干预接受率较好。2004 年深圳市“预防与控制艾滋病母婴传播项目”在西丽医院产科初次建卡孕妇中随机抽取了 85 名流动孕妇作为干预对象，通过进行艾滋病相关知识的宣传教育发现，接受宣传教育的流动孕妇在干预后艾滋病知识与认知应答正确率明显提高（李铁华等，2005）。此外，相关数据显示，被调查妇女在干预前就有比较高的艾滋病预防知识知晓率，李铁华等（2005）认为这一状况反映了深圳市的广大传媒对艾滋病知识的宣传与普及效应。

五、讨论

流动妇女的健康状况不仅关系着这些规模不断扩大的女性群体在生命周期各个阶段的生产与生活，而且直接地影响着其家庭成员、尤其是婴幼儿的健康风险（包括围生儿死亡风险、新生儿破伤风、低出生体重、贫血、佝偻病等的发生风险）（张建武等，2008）。因此，流动妇女的健康问题不仅越来越成为社会各界密切关注的重要社会问题，而且其重要意义已体现在一系列的政策与发展规划之中。例如，2001 年国务院颁布《中国妇女发展纲要（2001-2010 年）》，其中明确提出“流动人口中的妇女享有与户籍所在地妇女同等的卫生保健服务”、“将流动人口孕产妇保健纳入流入地孕产妇保健范围”、“对城市流动人口中的孕产妇逐步实行保健管理”的目标。

现有研究已在不同规模、范围内对具有不同特征的流动妇女进行了调查研

究，考察了流动妇女的健康知识、认识与行为、主客观健康状况、卫生保健服务利用情况及其影响因素。概括起来，现有的研究表明：1) 流动妇女的健康知识不及流入地常住妇女，但在一定程度上高于流出地（未外出的）常住妇女；2) 其自我保健意识比流入地常住妇女差，与流出地常住妇女不存在系统、一致的差异（王菲，2007；中国人口信息研究中心“流动人口研究”课题组，2001）；3) 与其他妇女（包括流出地与流入地的相应妇女）相比，流动妇女的观念（尤其是性观念）相对开放，性行为缺乏舆论与传统道德约束，性与生殖健康风险明显较大（郑立新等，2000）；4) 受个人保健知识与意识、经济条件、社会环境、工作环境、信息与服务可及性、制度与政策等方面因素的影响，流动妇女的卫生保健利用水平低，有病不医、以健康为代价换取工作机会、对自己的健康状况铤而走险的做法时有发生。因此，总体而言，流动妇女的健康状况不容乐观。

针对流动妇女的健康特征，现有研究探讨了一系列关于改善流动妇女健康状况的政策建议。这些建议主要包括：1) 加强宣传教育，强化流动妇女的保健知识与自我保健意识、改变其卫生保健观念与不健康的婚育观念（陈刚等，2006a；葛学凤等，2004；李润清等，2006；谢立春等，2006；杨森培等，2001；郑立新等，2000）；2) 对流动妇女提供多层次、多类别、人性化的服务与支持，切实消除流动妇女在卫生保健服务利用方面的信息、社会、心理等障碍（葛学凤等，2004；姜秀花，2004a；苏长梅等，2001；魏萍，2006；张斌等，2006）；3) 加强各相关部门之间的合作、户籍地与现居住地之间的协调，建立经济、高效、健全的服务与管理体系（胡洋等，2006）；4) 大力打击非法行医、非法接生以及违规收费等行为，进一步规范医疗服务体系（姜秀花，2006b）；5) 完善相关政策、法规，加强执法力度，保护流动妇女的劳动、健康等正当权益（何荣跃等，2000；魏萍，2006）。

如上所述，现有文献在流动妇女健康知识、认识与行为，身心健康状况、以及卫生保健服务的利用现状等方面积累了较为丰富的研究成果，这些研究对于理解流动妇女的健康特征及其影响机制提供了重要的实证依据与决策指导。然而，合理有效地运用现有研究成果，必须正确认识现有研究中的不足、避免可能的研究误区。首先，现有研究的内容仍以生殖健康与孕产期保健为主，而其他健康状况（包括生理与心理以及社会适应性）的考察相对较少。考虑到流动妇女在社会网络、生活环境等方面经历的断裂与冲击，其心理健康与社会适应性对其健康生活与生产活动同样重要。加之，流动妇女的心理状况（如孤独、抑郁等）在相当程度上影响着其健康行为与健康风险，因此，结合不同方面的身心健康状况进行研究相当必要。其次，流动妇女的职业与生活环境等因素对其健康知识、行为及健康结果存在显著的影响（郑真真，2001）。然而，将相关因素（如流动妇女的职业、工作环境、生活环境等）与健康相结合而进行的系统研究目前还相当有限。

这也要求我们在未来的研究中进一步探讨相关问题。再次，现有研究所考察的地域范围、目标群体以及抽样设计各不相同。因此，研究中所揭示的流动妇女健康问题及其特征也不尽相同。这些数据虽然在一定程度上揭示各研究目标群体的健康特征，然而，直接对这些描述性样本统计结果进行比较极易造成具有误导性的推断，从而影响相关服务与政策的制定与实施。最后，现有的比较性研究成果为理解流动妇女相对于其他女性群体的健康特征做出了重要的贡献。然而，比较研究结果中因果推断仍需要建立在更为科学的研究设计的基础上。

总之，现有关于流动妇女健康问题的研究为了解流动妇女的健康状况及相关影响因素积累了重要的知识，这将有助于制定与完善相关政策与管理服务，从而改善流动妇女的健康状况。针对上述研究中存在的不足与潜在的研究误区，未来研究有待进一步改进与完善，以期更好地为理解健康知识、认识、行为及其状况的影响机制贡献新的知识，从而为改善流动妇女健康状况提供有针对性的、切实可行的政策建议。

（执笔人：牛建林）

参考文献

1. 安琳, 王燕. 北京地区 604 名流动人口育龄妇女生殖健康状况的研究[J]. 生殖与避孕, 1999, (2).
2. 白晓霞. 妇女病普查率逐年下降的分析和措施[J]. 中国妇幼保健, 2004, (2).
3. 陈刚, 吕军, 张德英等. 133 名流动人口妇幼卫生保健服务意向调查分析[J]. 中国全科医学, 2006a(9).
4. 陈刚, 吕军, 张德英等. 流动人口妇女儿童卫生保健服务现状及对策研究概述[J]. 中国全科医学, 2006a(7).
5. 陈妍, 陈德荣, 李一等. 天津市红桥区流动人口育龄妇女免疫规划知识调查与健康教育效果评价[J]. 中国健康教育, 2009, (2).
6. 陈惠兰. 不同职业妇女生殖健康状况分析[J]. 中国社区医师, 2007, (13).
7. 程光英, 傅苏林, 邵子瑜等. 合肥市流动人口孕产妇保健及新生儿出生状况分析[J]. 中国全科医学, 2007, (22).
8. 方晓义, 蔺秀云, 林丹华等. 流动人口的生活工作条件及其满意度对身心健康的影响[J]. 中国临床心理学杂志, 2007(1).
9. 方向明, 金秀丽, 沈晓云. 上海市卢湾区妇女病普查现状及需求调查[J]. 中国妇幼保健, 1998(5).
10. 高轶, 乔春莉, 胡花. 非户籍妇女孕产期保健直接医疗费用调查[J]. 中国初级卫生保健, 2008, (8).
11. 高轶, 乔春莉, 胡花等. 非所在地户籍妇女产前保健服务利用现状研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2008, (5).
12. 高小贤. 贫困地区妇女孕产期保健服务分析——简论国家、市场、文化在其中的角色和作用[J]. 浙江学刊, 2002, (2).
13. 葛学凤, 叶文振, 夏怡然. 流动妇女孕期保健状况及其影响因素[J]. 人口研究, 2004, (4).
14. 国家统计局人口和社会科技统计司. 中国人口统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2001.
15. 龚平. 妇科病普查对象心理状态分析及须采取的对策[Z]. “2004 年玉溪市妇幼保健协会第一届会议” 论文.
16. 何荣跃, 杨元, 谭莉. 流动人口中未婚女青年生殖健康调查研究[J]. 中国计划生育学杂志, 2000, (5).
17. 何爱娥, 姚素娟. 27893 例已婚妇女常见妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, (19).
18. 何慧玲, 王志红. 体制改革对企事业单位开展妇女病查治工作的影响[J]. 中国妇幼保健, 2005, (6).
19. 胡洋, 李孜, 陈慧文. 深圳市宝安区女性流动人口生殖健康需求状况与服务可及性分析

20. 郝敏,王静芳. 宫颈癌流行病学研究与调查[J]. 国外医学妇幼保健分册, 2005, (6).
21. 杭春燕,钱年华. 江苏首个‘流动妇女’生殖健康调查报告提醒各地——她们不该被健康遗忘. 新华日报, 2007年12月17日, 第B06版.
22. 黄江涛,余森泉,俞小英. 流动人口年轻女性生殖健康知识及需求调查[J]. 中国公共卫生, 2005a(2).
23. 黄江涛,余森泉,俞小英. 年轻女性流动人口生殖健康知识及需求调查[J]. 中国妇幼保健, 2005b(2).
24. 黄江涛,王奇玲,余森泉. 年轻流动人口妇女生殖健康宣教干预效果分析[J]. 广东医学, 2008, (4).
25. 惠爱玲,白振京. 852例大学女生生殖健康状况分析[J]. 现代预防医学, 2009, (5).
26. 洪新宇. 妇女职业健康研究进展[J]. 职业卫生与应急救援, 2003, (1).
27. 姜秀花. 流动妇女计划生育/生殖健康权益实现情况调查及倡导建议[J]. 中华女子学院学报, 2004a, (6).
28. 姜秀花. 流动妇女计划生育与生殖健康权益保障情况调查[J]. 南方人口, 2004b, (4).
29. 姜秀花. 生命健康领域性别平等与妇女发展评估报告[A]. 谭琳主编. 2006-2007年: 中国性别平等与妇女发展报告(妇女绿皮书)[C]. 北京: 社会科学文献出版社, 2008.
30. 姜秀花. 社会性别视野中的健康公平性分析[J]. 妇女研究论丛, 2006a(4).
31. 姜秀花. 维护流动妇女计划生育/生殖健康权益: 路有多远?——基于北京和厦门的调查[J]. 浙江学刊, 2006b(5).
32. 李桂华,沈芽蕾,丁健等. 宝山区407名外来媳妇生殖保健状况分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, (34).
33. 李青. 不同职业女性与妇科病的关系[J]. 临床和实验医学杂志, 2009, (6).
34. 李润清,刘植鸿,李少丽等. 流动育龄妇女母婴保健知识调查结果分析与健康促进策略[J]. 中国妇幼保健, 2006, (21).
35. 李铁华,赖春莲,杨明艳. 流动孕妇人群艾滋病健康教育及效果评价[J]. 中国健康教育, 2005, (5).
36. 李映明,沈冰桥,钟菁. 浅谈妇女病普查中的问题与对策[J]. 中国实用医药, 2007, (5).
37. 兰红霞,谢玉荣,杨月平等. 北京市流动人口妇女病普查结果分析[J]. 中国全科医学, 2004(13).
38. 雷明光. 少数民族妇女权益法律保护的再思考[J]. 中央民族大学学报(哲学社会科学版), 2009, (2).
39. 刘伯红. 全球化与中国妇女健康[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2005, (4).
40. 龙秋霞. 艾滋病传播对妇女健康的威胁不容忽视——基于广东的调查[J]. 妇女研究论丛, 2003年增刊.

41. 林丹华, 方晓义, 藺秀云. 女性流动人口的流动性、抑郁情绪与烟酒使用行为的关系[J]. 中国临床心理学杂志, 2006, (6).
42. 林良明, 顾雪, 米杰等. 流动人口妇女儿童健康及卫生保健状况[J]. 中国生育健康杂志, 2005, (1).
43. 刘刚, 吴赤蓬, 王声湧. 流动人口妇女生殖道感染症状就医行为研究[J]. 现代预防医学, 2006, (9).
44. 刘英涛, 陈刚, 吕军等. 流动人口妇女孕产期保健服务利用状况分析[J]. 中国全科医学, 2006, (7).
45. 练武, 张建端, 张静等. 流动人口已婚女性生殖健康教育干预效果评价[J]. 医学与社会, 2007, (10).
46. 马金凤, 罗玲斐. 2007年临海地区妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2009, (9).
47. 马孝兰. 部分流动人口妇女健康现状及相关知识调查[J]. 上海预防医学杂志, 2002, (9).
48. 毛京沐, 尹勤, 宗占红. 盐城市流动妇女生殖健康现状与服务调查[J]. 中国妇幼保健, 2008, (35).
49. 裴泓波, 王燕玲, 蔡辉民等. 流动务工妇女艾滋病访谈式教育干预效果评价[J]. 中国计划生育学杂志, 2006, (4).
50. 钱年华, 朱安平. 流动妇女期待完善卫生保健救助制度. 中国妇女报, 2007年12月20日, 第A04版.
51. 瞿金慧. 2003~2005年妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, (33).
52. 任祥芳. 农村60339名已婚妇女健康普查资料分析[J]. 现代医药卫生, 2009, (3).
53. 苏长梅, 石淑华, 叶鸣等. 武汉市流动人口中已婚妇女生殖保健需求及服务对策的研究[J]. 中国计划生育学杂志, 2001, (4).
54. 石一复. 子宫肌瘤的发病率及病因学研究[J]. 中国医刊, 2002, (4).
55. 世界卫生组织著(中国癌症基金会组译). 子宫颈癌综合防治:基本实践指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2008.
56. 塔桂梅. 已婚育龄妇女患病率及其有关因素分析[J]. 中国现代药物应用, 2009, (10).
57. 谭琳, 宋月萍. 贸易自由化环境中的女性迁移流动及其对生殖健康的影响[J]. 人口研究, 2004, (4).
58. 田艳玲, 闫学明. 2001-2004年北京市西城区妇女病普查分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, (4).
59. 万加华, 戚其玮, 李曰坤等. 青岛市流动人口中已婚妇女生殖健康状况调查分析[J]. 中国人口科学, 1997, (5).
60. 魏萍. 你在他乡还好吗? ——流动妇女健康状况亟需关注. 中国妇女报, 2006年4月10日, 第005版.
61. 吴红彦, 陈彩霞, 王明英. 济南地区8825例妇女健康情况分析[J]. 医学检验与临

62. 吴盛辉, 徐芾, 郭宁. 特困家庭妇女常见妇科病患情况分析[J]. 中国妇幼保健, 2005, (11).
63. 吴琼, 何纳, 顾萍等. 上海市某区女性流动人口对性病艾滋病卫生服务利用的现状调查[J]. 中国健康教育, 2007, (7).
64. 吴晓菁, 谈军. 白云区流动人口已婚育龄妇女生殖健康认知调查分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2005, (4).
65. 武秋林, 曾晓琴, 李萍等. 妇女病普查疾病谱变化规律的探讨[J]. 中国妇幼保健, 2004, (12).
66. 王嵩川, 李万江, 黄玉梅. 2001-2006 年妇女病普查普治资料回顾性分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, (36).
67. 王启俊, 李玲, 祝伟星等. 中国城市居民乳腺痛危险因素的研究[J]. 中华流行病学杂志, 2000, (3).
68. 王文强, 穆华志. 宁国市开展妇女病普查工作的做法[J]. 中国农村卫生事业管理, 2008, (10).
69. 王雪莉. 农村常见妇科疾病高发的原因及对策[J]. 社区医学杂志, 2009, (10).
70. 王德文. 流动妇女生殖健康与基层人口计生综合改革[J]. 厦门大学学报(哲学社会科学版), 2008, (2).
71. 王菲. 农村妇女生育与生殖健康状况的调查分析——外出务工返乡妇女与未外出务工妇女的比较研究[J]. 北京科技大学学报(社会科学版), 2007, (1).
72. 王丰, 詹绍康等. 上海女性流动人口的生殖健康状况、知识与接受服务的研究[A]. 蔡昉, 白南生主编. 中国转轨时期劳动力流动[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.
73. 王秋伟, 徐辉, 姚昉等. 常州市流动人口妇女儿童卫生保健现状与思考[J]. 中国妇幼保健, 2007, (28).
74. 王临虹等. 中国生殖道感染(RIT)/性传播疾病(STD)流行现状与防治对策(上)[J]. 中国妇幼保健, 2004, (8).
75. 王绍梅, 石淑华, 苏长梅等. 武汉市流动人口中已婚女性健康状况调查[J]. 中国计划生育学杂志, 2001, (2).
76. 王燕, 安琳, 张学斌等. 北京地区 604 名流动人口育龄妇女生殖健康状况的研究[J]. 生殖与避孕, 1999, (2).
77. 王朝晖, 修新红, 万加华. 1555 例流动已婚妇女婚前生殖健康状况调查[J]. 青岛医药卫生, 1998, (4).
78. 谢立春, 钟于玲, 曾序春等. 深圳市流动已婚育龄妇女生殖健康现状调查[J]. 中国计划生育学杂志, 2006, (7).
79. 谢立春, 曾序春, 谷学英. 深圳流动已婚育龄妇女生殖健康现状及需求研究[J]. 中国妇幼

80. 萧扬. 社会性别视角下的妇女生殖健康[J]. 浙江学刊, 2001, (5).
81. 肖海香, 陈永宏. 城乡妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2006, (22).
82. 肖玉珍, 贾玉英. 和谐社会语境下性别平等现状与分析[J]. 红河学院学报, 2008, (6).
83. 邢海燕. 农民工健康状况及其卫生政策研究. 浙江大学博士论文, 2008.
84. 冼海燕. 1991-2003 年妇女病普查普治结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2006, (9).
85. 许肖虹, 叶婉华. 妇女病普查普治中存在的问题及对策[J]. 中国妇幼保健, 2005, (2).
86. 阴琴珠. 不同时期妇女病普查患病情况分析[J]. 中国妇幼保健, 2004, (9).
87. 尹林. 影响妇科疾病产科因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, (1).
88. 姚军. 老年妇科疾病的调查分析[J]. 华夏医学, 2004, (17).
89. 杨丽, 方鹅容. 贫困地区农村卫生室现状及服务功能调查[J]. 中国卫生经济, 2005, (8).
90. 杨燕飞, 傅锦媚, 阮祥燕. 子宫肌瘤患病年龄分布与追踪研究[J]. 实用妇产科杂志, 2008, (5).
91. 杨森焙, 贾桂珍, 石淑华. 流动人口已婚妇女生殖健康现状调查[J]. 医学与社会, 2001, (2).
92. 曾孟兰等. 常德市女职工妇科病整群抽样调查分析[J]. 实用预防医学, 2006, (1).
93. 张辉. 法制建设中妇女权益保护的思考[J]. 山东省农业管理干部学院学报, 2008, (5).
94. 张雪, 龚向真, 徐文玺等. 上海市虹口区离退休及低保妇女参与宫颈癌筛查相关因素研究[J]. 中国妇幼保健, 2009, (12).
95. 张秀芬, 李海龙, 俞丽. 杭州市萧山区 2268 例妇女乳腺疾病调查与影响因素研究[J]. 中国预防医学杂志, 2009, (5).
96. 张斌, 吴品玉, 王丽娟. 开展外来婚嫂生殖健康教育和保健服务的效果评价[J]. 健康教育与健康促进, 2006, (1).
97. 张建瑞, 石淑华, 刘筱娴等. 流动人口已婚妇女生殖健康认知状况的调查[J]. 中国公共卫生, 2001, (11).
98. 张建武, 吴小裘, 郑瑞红. 汕头市龙湖区流动人口育龄妇女生殖健康现状调查和思考[J]. 现代医药卫生, 2008, (6).
99. 张洁, 王德文, 翁金珠. 流动妇女健康影响因素分析——福建省厦门市的实证研究报告[J]. 南京人口管理干部学院学报, 2007, (3).
100. 张金辉, 陆杰华. 城市流动人口的生育健康状况调查[J]. 中国生育健康杂志, 2005, (2).
101. 张小松等. 未婚人流女青年生殖健康知识、态度、行为和生殖健康保健需求研究[J]. 中国妇幼保健, 2005, (20).
102. 张真. 流动人口中育龄妇女生殖健康的现状与思考[J]. 人口学刊, 1999, (4).
103. 章欣荣等. 马鞍山市郊农村已婚育龄妇女生殖健康基线调查分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2008, (11).

104. 赵捷. 妇女健康: 10 年推进过程中的喜悦与担忧[J]. 妇女研究论丛, 2005, (5).
105. 赵更力, 张小松, 王临虹等. 城市流动未婚人工流产女青年生殖健康状况分析[J]. 中华预防医学杂志, 2005, (1).
106. 郑真真. 人工流产与妇女心理健康[J]. 中国人口科学, 1996, (2).
107. 郑真真, 周云, 郑立新等. 城市外来未婚青年女工的性行为、避孕知识和实践[J]. 中国人口科学, 2001, (2).
108. 郑真真, 解振明. 人口流动与农村妇女发展[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2004.
109. 郑真真. 人口流动与妇女健康[J]. 婚育杂志, 2005, (5).
110. 郑真真, 连鹏灵. 劳动力流动与流动人口健康问题[J]. 中国劳动经济学, 2006, (1).
111. 郑立新, 朱嘉铭, 田佩玲等. 广州流动人口未婚青年女工生殖健康高危因素分析[J]. 南方人口, 2000, (2).
112. 周平英, 代永清, 刘泽雨等. 24544 名妇女妇科疾病普查情况分析[J]. 现代临床医学, 2009, (1).
113. 中国人口信息研究中心“流动人口研究”课题组. 人口流动对农村妇女计划生育与生殖健康的影响[J]. 人口与计划生育, 2001, (5).
114. 祝怀平. 三种不同职业已婚女性妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, (20).
115. 褚瑞峰, 朱小梅, 卢雪珍等. 已婚育龄妇女妇科常见病患病情况及影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2001, (6).
116. 朱亚莎等. 宫颈癌及癌前病变相关危险因素分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2008, (5).
117. 朱丽萍, 贾万梁, 华价增. 上海市外来孕产妇保健管理现况与政策研究[J]. 中国生与健康杂志, 2006, (5).
118. 庄婵娟, 朱昊平, 黄咏梅等. 1761 例外来流动孕产妇剖宫产指征分析与健康教育对策[J]. 健康教育与健康促进, 2007, (3).
119. Victoria M, Carey J, Shin-Ping T, et al. Cervical cancer screening among Chinese Americans[J]. Cancer Detect Prev, 2002, 26 (2):139.
120. Zhang, Xiaosong, Gengli Zhao, Linhong Wang, Jiuling Wu. Analysis on the reproductive health situation of unmarried floating young women in cities. Journal of Reproductive Medicine 15 Suppl. 2006,(1):24-27.