

延边贫困地区青少年互动性健康素养现状及社会生态因素分析

李春玉¹, 周丽², 陈琦琦², 朴顺姬³

1. 郑州西亚斯学院护理学院, 河南 新郑 451100; 2. 延边大学; 3. 安图县疾病预防控制中心

【摘要】 目的 了解延边贫困地区青少年互动性健康素养现状及其社会生态学影响因素, 为开展该地区青少年的健康教育和决策提供科学依据。方法 采用整群抽样法, 于 2019 年 11 月对安图县全部 4 所初中的七、八年级共 818 名初中生实施问卷调查, 调查内容包括社会生态学资料和青少年互动性健康素养量表。结果 延边贫困地区青少年互动性健康素养得分为(101.38±20.12)分, 处于中等水平, 各维度条目平均得分由高到低依次为精神成长(3.62±0.96)分、压力管理(3.35±1.08)分、人际关系(3.29±0.82)分、营养(3.21±1.02)分、健康意识(2.99±0.82)分、体力活动(2.68±0.85)分。多元线性回归分析结果显示, 年级、性别、体质量指数、自评健康关注、自评学习成绩、参加课余活动、监护类型、父母教养方式、自评学校健康课程、日均视屏时间对青少年互动性健康素养水平有影响(P 值均 <0.05), 共同解释总变异的 54.5% ($F=35.97, P<0.01$)。结论 贫困地区青少年健康素养水平受到个人、家庭环境、人际关系、学校、媒介等因素的影响, 青少年健康素养干预要综合考虑学生自身及其所处的家庭、学校等可能影响学生健康成长的社会生态学因素。

【关键词】 健康教育; 社会环境; 回归分析; 青少年; 贫困区

【中图分类号】 G 479 R 179 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2020)12-1815-05

Status and social-ecological factors of interactive health literacy among adolescents in poverty-stricken areas of Yanbian/LI Chunyu*, ZHOU Li, CHEN Qiqi, PIAO Shunji.* School of Nursing, Zhengzhou Sias University, Xinzheng(451100), Henan Province, China

【Abstract】 Objective To understand the current situation of adolescents' interactive health literacy in Yanbian poverty-stricken area and associated social-ecological factors, so as to provide scientific basis for targeted health education and policy adolescents in this area in the future. **Methods** Using cluster sampling method, a questionnaire survey was conducted on 818 junior high school students in grades 7 and 8 of all 4 junior high schools in Antu County in November 2019. **Results** The scores of interaction health literacy was in moderate level (101.38±20.12) in Yanbian poverty-stricken area. The average scores of all dimensions was (3.62±0.96), stress management (3.35±1.08), interpersonal relationship (3.29±0.82), nutrition (3.21±1.02), health awareness (2.99±0.82), physical activity (2.68±0.85). The results of multiple linear regression analysis showed that grade, gender, BMI, perceived health care, perceived academic performance, participation in extracurricular activities, types of guardians, parenting style; perceived school health policy; average screen time were associated with the level of adolescent interactive health literacy ($P<0.05$), explaining 54.5% of the total variation ($F=35.97, P<0.01$). **Conclusion** The health literacy level of adolescents in poverty-stricken areas is affected by personal, family environment, interpersonal relationship, school, media and other factors. It is recommended that future health literacy interventions for adolescents should consider the students themselves, as well as their socio-ecological environment.

【Keywords】 Health education; Social environment; Regression analysis; Adolescent; Poverty areas

健康素养是指利用基本健康知识维护自身健康的能力^[1]。青少年低健康素养在全球范围有流行趋势^[2], 在经济贫困和边远地区尤为凸显^[2-3]。青少年低健康素养问题不仅关系到成年期的健康结局, 而且已成为危及青少年身心健康的重要因素^[1], 尤其是互动性健康素养。互动性健康素养侧重评价个体在环

境中对健康知识和技能的发展^[4], 是个体将健康信息向健康行为转化的重要能力, 可促使青少年做好自我调节和健康管理, 也可带动同伴、家庭生活行为方式健康发展。社会生态系统理论(society ecosystems theory)^[5]指出, 个体的行为产生是自身与环境交互作用的结果。安图县为延边朝鲜族自治州内 4 个国家级贫困县之一(2020 年脱贫), 社会生态系统基础薄弱, 儿童青少年健康问题突出^[6]。为此, 本研究于 2019 年 11 月对该地区中学生进行互动性健康素养水平调查, 并从社会生态学视角探析其影响因素, 为有效实施贫

【作者简介】 李春玉(1957-), 女, 吉林图们人, 博士, 教授, 主要研究方向为社区健康促进。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2020.12.013

续表 1

组别	选项	人数	统计值	体力活动	健康意识	营养	人际关系	压力管理	精神成长	总分
自评成绩	优异	189		17.70±5.61	11.83±4.04	16.06±5.10	12.72±3.67	16.80±4.38	15.68±7.68	111.60±19.54
	一般	471		16.17±4.73	16.42±4.26	20.77±3.79	17.86±4.05	22.25±5.91	16.32±3.24	102.76±16.93
	差	158		13.74±4.72	15.08±3.88	19.59±3.45	16.47±3.88	20.69±5.53	14.65±3.50	85.04±19.79
			F 值	27.95	38.81	51.57	27.99	55.59	69.95	95.58
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
自评健康关注	不关注	364		14.39±4.80	13.52±3.70	17.93±4.27	15.46±4.12	17.73±6.10	12.98±3.97	91.97±19.16
	一般	324		16.65±4.70	15.56±3.96	19.87±3.33	16.92±3.84	21.12±6.47	15.29±3.21	105.46±16.88
	关注	130		19.22±5.09	17.34±4.09	21.88±2.62	18.00±3.93	24.08±4.71	16.73±3.18	117.58±16.16
			F 值	52.28	53.79	60.61	60.56	66.44	23.50	112.81
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
是否为班干部	是	245		17.24±5.55	16.32±4.14	20.69±3.50	17.93±3.89	21.70±5.97	15.79±3.46	109.77±19.45
	否	573		15.55±4.82	14.34±3.95	18.74±3.99	15.80±4.01	19.39±6.57	13.94±3.86	97.79±19.34
			t 值	4.14	6.47	6.62	7.01	4.72	6.47	8.10
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
自评学校健康课程	完善	119		18.79±5.62	16.90±4.57	21.24±3.32	17.95±4.08	22.68±5.63	15.89±3.60	113.44±19.34
	一般	287		16.44±5.14	15.26±3.91	19.76±3.93	16.80±3.94	20.82±6.76	15.06±3.63	104.15±18.72
	缺乏	412		15.00±4.58	14.13±3.89	18.47±3.90	15.75±4.05	18.83±6.23	13.69±3.87	95.97±19.41
			F 值	28.47	23.58	26.83	15.63	20.00	20.94	42.95
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
课余活动	经常参与	508		17.30±5.01	15.59±4.13	20.11±3.66	17.03±3.98	21.19±6.47	15.41±3.41	106.68±19.02
	不经常参与	310		14.01±4.58	13.86±3.85	18.05±4.07	15.48±4.09	18.27±6.09	12.99±4.03	92.71±18.85
			t 值	9.63	5.96	7.28	5.36	6.39	8.82	10.22
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
是否为独生子女	是	460		15.78±5.14	14.38±4.03	18.95±4.12	16.00±4.12	19.39±6.93	13.91±4.01	98.38±20.57
	否	358		16.41±5.04	15.64±4.11	19.80±3.67	17.01±3.98	20.98±5.74	15.24±3.47	105.24±18.87
			t 值	-1.77	-4.40	-3.07	-3.51	-3.58	-4.99	-4.91
			P 值	0.08	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
监护类型	双亲	479		16.61±5.21	15.65±4.18	19.94±3.70	16.89±4.08	21.04±6.57	15.08±3.67	105.23±19.51
	单亲	199		15.92±4.86	14.40±3.76	19.17±3.72	16.57±3.83	19.94±5.63	14.29±3.65	100.39±17.85
	隔代	93		14.15±4.98	13.61±3.84	17.68±4.69	14.81±4.13	17.94±6.19	13.11±4.23	91.38±22.36
	上代	47		14.79±4.21	12.53±3.41	17.04±4.03	14.55±3.86	15.19±6.46	12.09±3.88	86.15±16.35
			F 值	7.35	15.23	15.30	10.65	16.77	14.85	24.60
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
母亲文化程度	本科及以上	93		17.65±4.84	15.74±4.25	20.31±3.77	17.75±4.26	20.83±6.79	15.44±3.72	108.15±20.65
	大专	93		16.68±5.03	15.47±3.80	19.32±3.96	17.15±4.09	21.05±5.31	14.44±3.77	104.40±18.83
	高中/中专	333		16.05±5.12	14.89±4.32	19.39±3.97	16.44±4.13	20.09±7.17	14.61±4.05	101.30±20.35
	初中及以下	299		15.37±5.08	14.56±3.87	18.95±3.94	15.81±3.87	19.55±5.85	14.08±3.61	98.43±19.54
			F 值	5.34	2.61	2.87	6.62	1.80	3.15	6.48
			P 值	<0.01	0.05	0.04	<0.01	0.15	0.02	<0.01
父亲文化程度	本科及以上	108		17.90±5.29	15.96±4.48	20.49±3.99	18.18±4.34	21.40±6.95	15.25±4.04	109.69±21.95
	大专	88		15.73±4.71	15.20±4.11	18.99±4.75	16.02±3.87	19.92±5.44	14.72±3.73	100.56±19.05
	高中/中专	328		16.22±5.02	14.77±4.13	19.42±3.82	16.29±3.96	20.03±7.01	14.42±3.93	101.12±19.76
	初中及以下	294		15.29±5.08	14.65±3.89	18.89±3.73	16.10±4.05	19.71±5.92	14.22±3.67	98.87±19.43
			F 值	7.30	3.05	4.66	7.83	1.83	2.02	7.94
			P 值	<0.01	0.03	<0.01	<0.01	0.14	0.11	<0.01
父母教养方式	商讨型	423		17.36±4.86	16.13±3.85	20.75±3.03	17.42±3.87	22.25±6.04	15.80±3.16	109.78±16.54
	干涉型	273		15.70±4.96	14.53±3.92	19.01±3.58	16.25±3.93	19.78±5.54	14.00±3.78	99.27±16.77
	溺爱型	60		12.75±4.08	12.43±3.34	15.32±4.31	14.52±3.77	14.32±5.32	11.97±3.94	81.43±17.76
	忽视型	62		11.92±4.35	10.98±3.36	14.89±4.43	12.47±3.34	12.27±4.28	10.16±3.40	72.69±15.32
			F 值	35.61	45.71	86.12	36.47	79.57	65.15	127.83
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
日均视屏时间/h	<2	567		16.58±5.10	15.50±4.12	19.97±3.63	16.90±4.02	21.03±6.26	14.99±3.64	105.00±18.62
	≥2	251		14.87±4.93	13.64±3.79	17.88±4.25	15.40±4.07	17.96±6.48	13.35±4.05	93.21±21.01
			t 值	4.47	6.11	6.78	4.91	6.32	5.51	7.66
			P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 青少年互动性健康素养社会生态学影响因素多元线性回归分析 以互动性健康素养总分为因变量,将单因素分析筛选出差异有统计学意义的 15 个社会生态学指标(年级以初二为参照,性别以女生为参照,民族以汉族和其他为参照,体质量指数以正常为参照,自评学习成绩以一般为参照,自评健康关注度以缺乏为参照,是否为班干部以是为参照,自评学校健康课程以关注为参照,课余活动以经常参与为参照,是否为独生子女以否为参照,父母教养方式以商讨型

为参照,监护类型以双亲监护为参照,父母亲文化程度均以初中及以下为参照,日均视屏时间以<2 h 为参照)进行哑变量设置后以强迫进入法纳入方程,并设定进 Entry = 0.05, Removal = 0.10。统计结果显示方程拟合度好($P < 0.01$),模型的方差膨胀因子 VIF 均小于 10,容限度 Tolerance 均>0.1,提示无共线性。社会生态特征中,年级、性别、体质量指数、自评健康关注度、自评学习成绩、参加课余活动、监护人类型、父母教养方式、自评学校健康课程、日均视屏时间对青少年互

动性健康素养水平有影响,共解释了总变异的 54.5% ($F=35.97, P<0.01$)。见表 2。

表 2 青少年互动性健康素养社会生态学影响因素多元线性回归分析 ($n=818$)

常量与自变量	β 值	标准误	t 值	P 值	B 值(B 值 95.0%CI)
常量	-	3.29	36.68	<0.01	120.55(114.10~127.00)
年级					
初一	-0.08	1.00	-3.39	<0.01	-3.38(-5.33~-1.42)
性别					
男生	-0.15	1.00	-6.25	<0.01	-6.22(-8.18~-4.27)
民族					
朝鲜族	-0.01	1.25	-0.51	0.61	-0.64(-3.10~1.82)
体质量指数					
偏轻	0.10	1.28	3.94	<0.01	5.05(2.53~7.56)
超重	-0.03	1.27	-1.09	0.28	-1.38(-3.86~-1.10)
肥胖	0.05	2.50	2.14	0.03	5.36(0.45~10.26)
自评学习成绩					
优异	0.04	1.29	1.64	0.10	2.12(-0.42~4.66)
差	-0.11	1.41	-3.89	<0.01	-5.50(-8.27~-2.73)
自评健康关注度					
一般	0.11	1.13	3.85	<0.01	4.33(2.12~6.54)
不关注	0.26	1.53	9.25	<0.01	14.12(11.12~17.11)
是否为班干部					
否	-0.03	1.14	-1.14	0.25	-1.30(-3.53~0.93)
自评学校健康课程					
完善	0.07	1.53	2.69	0.01	4.12(1.12~7.13)
一般	-0.03	1.13	-1.06	0.29	-1.19(-3.41~1.02)
课余活动					
不经常参与	-0.14	1.05	-5.46	<0.01	-5.75(-7.82~-3.68)
是否独生子女					
是	-0.05	1.00	-2.10	0.04	-2.09(-4.05~-0.14)
父母教养方式					
干涉型	-0.13	1.11	-4.84	<0.01	-5.35(-7.52~-3.18)
溺爱型	-0.21	2.01	-8.05	<0.01	-16.17(-20.11~-12.23)
忽视型	-0.26	2.19	-9.09	<0.01	-19.89(-24.18~-15.59)
监护类型					
单亲	-0.05	1.18	-2.05	0.04	-2.42(-4.75~-0.10)
隔代	-0.08	1.63	-2.98	0.00	-4.86(-8.05~-1.66)
上代	-0.04	2.20	-1.38	0.17	-3.05(-7.37~1.28)
母亲文化程度					
本科及以上	0.00	2.21	0.18	0.86	0.39(-3.94~4.72)
大专	-0.01	1.84	-0.31	0.76	-0.57(-4.18~3.03)
高中/中专	0.01	1.28	0.25	0.81	0.31(-2.20~2.82)
父亲文化程度					
本科及以上	0.02	2.12	0.45	0.66	0.94(-3.21~5.10)
大专	-0.03	1.87	-1.17	0.24	-2.18(-5.84~1.48)
高中/中专	-0.01	1.29	-0.32	0.75	-0.41(-2.94~2.11)
日均视屏时间 ≥ 2 h	-0.06	1.13	-2.29	0.02	-2.60(-4.82~-0.37)

3 讨论

本研究中,安图县中学生互动性健康素养总分为(101.38 \pm 20.12)分,低于杨蓉等^[1]对中国 6 所城市中学生调查结果(104.06 \pm 18.68)分,处于中等水平,提示改善贫困地区青少年健康知识的应用与实践意识迫在眉睫。各维度中得分最高的 3 个维度依次是精神成长、压力管理、人际关系,表明贫困地区青少年有较好的自我调节精神、人际交流互动和追求健康生活状态。体力活动维度得分最低,可能与中学阶段学生、家庭和学校更注重学习成绩的提高,在一定程度上忽视体力活动有关。健康意识和营养维度得分较低,说明青少年对利用已掌握的健康知识不够自信,不能准确有效地将健康知识转化为健康促进行为,如调查中

发现,部分中学生知晓软饮料不利于健康,但仍有喝饮料的习惯。因此,学校健康教育应注重提升内容的深度及学生的接受度,培养学生的内生意志,克服对知识与行为改善缺乏持久效力等问题,促进青少年将健康理念内化于心、外化于行为,真正从健康教育中受益。

本调查发现,女生互动性健康素养得分高于男生,与程丽楠等^[6,9]研究结果一致,女生的性格特征可能使其在日常生活中更注重个人卫生、形象、生活方式等与健康素养紧密相关的细节。朝鲜族青少年互动性健康素养水平低于汉族和其他民族青少年,与相关研究^[6,10-12]结果一致。本研究调查对象属于朝鲜族聚居地,少数民族人文特点和语言环境因素可能限制其健康素养的交流互动,提示在改善青少年健康素养水平时应给予少数民族青少年更多的关注和支持。体质量指数偏轻和正常的青少年互动性健康素养总分高于超重学生,与马爱民等^[9]研究结果一致。超重的青少年健康意识维度得分较低,原因可能由于饮食习惯和行为方式已初步形成,影响青少年对改变或转化健康行为的意志。自评成绩差的学生可能在健康相关知识的接受和应用方面较为忽视,导致互动性健康素养得分较低。对健康关注度较低的青少年互动性健康素养较低,健康关注度是个体获取健康理念和技能、建立健康行为习惯的动力,提示对青少年的健康教育中应注重培养其对健康生活方式的参与度和态度。

非独生子女和经常参与课外活动的青少年互动性健康素养总分及各维度上得分较高,与张银玲等^[13-14]研究结果不一致,与独生子女相比,非独生子女可能与同伴分享意识和交往能力更强。经常参加课外活动的青少年交流互动更多,良好的同伴支持资源可能有利于促进青少年形成健康积极的态度和行为。学校健康教育是较直接和青少年容易接受的方式^[15],本研究中,认为学校健康教育工作和政策较缺乏的青少年占比 50.37%,其互动性健康素养水平较低,部分验证了当前贫困地区健康教育课程体系和相应配备基础差,也从学生视角反映出青少年对于健康教育有较强的意愿倾向,当前学校层面的教育尚不能满足中学生对于健康知识和技能的需求。

家庭作为青少年成长的首要环境对其健康发展有重要影响。本研究中,贫困地区青少年的家庭环境具有经济水平差、父母文化程度偏低、青少年留守情况集中等特点。文化程度较低的家长在子女健康理念的传授、健康生活方式的支持和管理上可能会力不从心,导致青少年互动性健康素养水平较低,与相关

研究结果相一致^[6,9,16]。研究对象中近 50% 家庭存在父母一方或双方常年在外打工,致使青少年不得已与祖父母或亲戚共同生活。父母长时间缺位、家庭教育的缺失不利于青少年的健康发展。而祖孙辈观念差距在一定程度上限制了青少年健康知识理念的交流互动^[4];祖辈过于溺爱的教育方式也可能干扰青少年健康行为方式的转化或形成^[6,14];进一步弱化了家庭教育功能,导致由隔代监护的青少年互动性健康素养较低。父母参与和学生自我期望是影响健康发展的重要因素,自评家庭教养方式为忽视型的青少年互动性健康素养水平低于其他类型,而商讨型教养方式的青少年互动性健康素养总分最高,父母与子女间开放、亲密地良性沟通,有助于青少年自立和自理能力的提升。提示可以尝试通过改善父母参与,强化父母的行为支持,弥补家庭背景上的劣势对贫困地区青少年健康发展造成的不利影响。

日均视屏时间 ≥ 2 h 者互动性健康素养得分较低。手机、电视、计算机等是青少年获取健康信息、技能和休闲娱乐的重要途径,但随着视屏活动时间的延长,如看电视、玩网络游戏等个体静态娱乐方式的增加,在一定程度上会影响身体活动、同伴交往和家庭互动等^[17-18],不利于互动性健康素养的形成。

多元线性回归分析显示,与贫困地区青少年互动性健康水平有关联的是性别、体质量指数、自评健康关注度、自评学习成绩、独生子女、参加课余活动、监护人类型、父母教养方式、学校健康课程、日均视屏时间。青少年处于认知观念和行为习惯形成的敏感阶段,个人因素、同伴关系、家庭环境和学校环境或媒介因素等都可能成为影响健康素养形成的重要原因。青少年时期可塑性大,在制定贫困地区青少年健康干预策略时,应充分考虑可能影响青少年健康的社会生态环境因素。

贫困地区青少年是健康促进与健康教育工作的重点人群。本研究首先从知识及理念转化为行为意向的角度考察延边贫困地区青少年健康素养水平的发展变化情况,其互动性健康素养处于中等水平。其次,根据社会生态理论探析该地区青少年互动性健康素养的影响因素,与国内外相关研究得出较为一致的结果。但本研究样本局限在一个地区,缺乏代表性。建议今后在不同贫困地区对不同对象进行反复论证,同时建议对青少年健康素养的干预应从学生、家庭和学校等多方面综合考虑,为青少年创造良好的文化氛围和成长环境,共同促进贫困地区青少年健康素养水平的提升。

4 参考文献

- [1] 杨蓉,李丹琳,王锦,等.2015—2016 年中国六城市中学生健康素养与躯体亚健康的关系[J].卫生研究,2019,48(5):711-716.
- [2] WHO. Adolescents; health risks and solutions [R]. Geneva: WHO. 2018.
- [3] 胡馨.洛阳农村低保户家庭初中生健康素养及影响因素分析[J].中国学校卫生,2018,39(6):913-915.
- [4] 张诗晨,万宇辉,陶舒曼,等.中国青少年互动性健康素养问卷的信度和结构效度评价[J].中国学校卫生,2014,35(3):332-336.
- [5] PIPPA W, MELANIE P, REBECCA B, et al. Factors influencing the health behavior of indigenous Australians: perspectives from support people[J]. PLoS One, 2015, 10(11):1-17.
- [6] 程丽楠.功能性及互动性健康素养模型在青少年中的验证性研究[D].延吉:延边大学,2015.
- [7] 全国学生体质健康标准数据中心.2014 年《国家学生体质健康标准》单项标准评分表[EB/OL].[2020-06-21].http://www.csh.edu.cn/wtxz/zl/20141226/2c909e854a8490a4014a8498e6730009.html.
- [8] American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. American academy of pediatrics: children, adolescents, and television [J]. Pediatrics, 2001, 107(2):423-426.
- [9] 马爱民,颜军,傅建,等.南通市城区中学生健康素养的社会生态学因素分析[J].中国学校卫生,2019,40(1):128-130.
- [10] 德力格尔,乌云格日勒,王海飞.集中连片贫困地区初中生健康素养与身体活动水平关联[J].中国学校卫生,2016,37(11):1651-1654.
- [11] 李凤霞,孙桐,刘永娟,等.山东青少年健康素养水平及其影响因素分析[J].中国健康教育,2018,34(2):105-109.
- [12] BISSELL K, BAKER K, PEMBER S E, et al. Changing the face of health education via health interventions: social ecological perspectives on new media technologies and elementary nutrition education [J]. Health Commun, 2019, 34(13):1575-1584.
- [13] 张银玲,袁名泽,姚云贵.广西防城港边境旅游试验区儿童青少年健康素养现状及影响因素研究[J].现代预防医学,2020,47(2):256-259,266.
- [14] 杨媛媛,张俊梅,陆一鸣,等.甘肃省 15~25 岁人群健康素养现状及影响因素分析[J].中国校医,2019,33(3):161-163,177.
- [15] HIGGINS J W, BEGORAY D, MACDONALD M. A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom [J]. Am J Commun Psychol, 2009, 44(3/4):350-362.
- [16] 彭林丽,何芳,王子扬,等.重庆某主城区流动初中生健康素养水平及影响因素[J].中国学校卫生,2017,38(12):1883-1885.
- [17] 余小鸣,黄思哲,段佳丽,等.以社会生态学理论为基础的青少年伤害因素及效应[J].中国学校卫生,2019,40(5):712-715.
- [18] LEE E, HESKETH K D, RHODES R E, et al. Role of parental and environmental characteristics in toddlers' physical activity and screen time: bayesian analysis of structural equation models [J]. Int J Behav Nutr Phys Act, 2018, 15(1):17.