

沧州市居民健康素养现状调查

陈瑞玲¹, 韩建华², 宫春爱², 朱凤林¹, 王蕾¹, 高永海²

¹沧州医学高等专科学校 河北 沧州 061001; ²沧州市疾病预防控制中心

摘要: [目的] 了解沧州市居民健康素养现状, 为有效开展健康教育干预提供理论依据。

[方法] 采用多阶段分层抽样方法, 抽取沧州市城乡居民 2130 人, 采用统一的“全国居民健康素养监测调查问卷”对居民进行健康素养问卷调查。利用 SPSS 13.0 对数据进行统计分析。[结果] 本市居民具备健康素养的比例为 13.0%。具备基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能三方面素养的比例分别为 22.2%、11.6% 和 17.0%; 具备科学健康观、安全与急救、传染病预防、基本医疗、慢性病预防和信息获取六类健康问题素养的比例分别为 42.2%、46.9%、11.2%、7.6%、14.2% 和 15.8%。不同职业、文化程度和不同年龄人群健康素养水平存在明显差异 ($P < 0.05$)。[结论] 沧州市居民健康素养水平仍然较低, 应结合不同人群特点、有针对性地制定健康教育与健康促进策略, 以提高整体人群的健康素养水平。

关键词: 健康素养; 居民; 调查

中图分类号: R181.3

文献标志码: A

Survey on the status of health literacy among Cangzhou residents

CHEN Rui-ling, HAN jian-hua, GONG chun-ai et al.

Cangzhou Medical College Hebei Cangzhou 061000; Cangzhou Center for Disease Control and Prevention

Abstract: objective To understand the current situation of health literacy among residents in Cangzhou and to provide theoretical basis for the development of health education intervention.

Methods By multi-stage stratified sampling method, 2130 residents were selected in Cangzhou. The unified *National Residents Health Literacy Questionnaire* was used to survey the health literacy of residents. The data was analyzed by statistical software SPSS13.0. **Results**

The overall level of health literacy was 13% among residents in Cangzhou. The health literacy level in the three health-literacy-related aspects as basic health concept and knowledge, healthy lifestyle and behaviors, and health related skills were 22.2%, 11.6% and 17.0% respectively; The health literacy level of the six health issues as scientific attitude towards health, safety and first aid, infectious diseases prevention, basic medical care, chronic diseases prevention and information access were 42.2%、46.9%、11.2%、7.6%、14.2% 和 15.8% respectively. There was significant difference ($p < 0.05$) of health literacy among residents in different groups with different professions, education levels and ages.

Conclusions The health literacy level among residents in Cangzhou is still lower, and health education and promotion strategies should be targeted developed according to the characteristics of populations with the purpose of improving the health literacy level of the whole population.

Key words: Health literacy; Residents; Survey

健康素养是指个体能够获取和理解基本的健康信息和服务, 并运用这些信息和服务做出正确判断和决定, 以维持和促进健康的能力^[1]。健康素养是衡量健康素质的重要指标,

直接
影响到人的生命和生活质量，进而影响社会生产力的水平和整个经济社会的发展。为了解沧州市居民健康素养现状，以便有针对性地开展健康教育与健康促进工作，遂于 2013 年 3~5 月对沧州市居民健康素养水平进行了调查，现将结果报告如下。

1 对象与方法

- 1.1 调查对象 沧州市 15~69 岁常住居民 2130 人。
- 1.2 抽样方法 采用多阶段分层抽样的方法。综合考虑经济、地理、人口等因素，在全市共抽取了 8 个县（区），每个县（区）抽取 3 个乡镇（街道），每个乡镇（街道）抽取 1 个行政村（居委会），每个行政村（居委会）抽取 50~60 个家庭，对抽中家庭所有 15~69 岁常住人口进行调查。
- 1.3 调查内容 采用国家统一设计的“全国居民健康素养监测调查问卷”。内容包括调查对象的基本情况和健康素养的三个维度，即**基本知识和理念、健康生活方式与行为和健康技能**，以及科学健康观、**慢性病预防、传染病预防、安全与急救、信息获取、基本医疗等**六类健康问题。
- 1.4 调查方式 采用入户发放自填问卷或由调查员面对面询问的方式进行调查。
- 1.5 评价方法 选项与标准答案完全相符为“正确”。判断题、单选题正确赋 1 分，多选题正确赋 2 分。总分 100 分，80 分以上为具备健康素养（三个维度和六类健康问题素养评判标准见相应表内）。
- 1.6 数据处理 采用 EpiData3.0 软件进行数据双录入，建立数据库，利用 SPSS 13.0 对数据进行统计分析。检验水准 $\alpha=0.05$ (双侧)。

2 结果

2.1 基本情况 发放问卷 2130 份，收回有效问卷 2070 份，有效率为 97.2%。被调查者的年龄、文化程度、职业、民族、性别构成见表 1。

表 1 调查对象的人口学特征 n (%)

人口学特征			人口学特征		
		人数（%）	人数（%）		
年龄（岁）	15～	370（17.9）	职业	厂企工人	194(9.4)
	25～	427(20.6)		农民	978(47.2)
	35～	499(24.1)		医务人员	106(5.1)
	45～	388(18.7)		教师	96(4.6)
	55～	286(13.8)		公务员	82(4.0)
	65～69	100(4.8)		事业单位人员	128(6.2)
文化程度	不识字/识字很少	149（7.2）		学生	236（11.4）
	小学	312（15.1）		商业及服务人员	176(8.5)
	初中	781（37.7）	离退休人员	74(3.6)	
	高中/职高/中专	456（22.0）	民族	汉族	1989（96.1）
	专科及以上	372（18.0）		少数民族	81（3.9）
			性别	男	952（46.0）
				女	1118（54.0）

2.2 居民健康素养及三个维度素养的水平 居民健康素养达标人数为 270 人，具备健康素养的比例为 13.0%；基于“知识-行为-技能”理论模式，从基本知识和理念、健康生活方式

与行为以及基本技能三个维度评价居民健康素养水平，达标率分别为 22.2%、11.6%和 17.0%。高于国家卫生计生委公布的 2012 年我国居民健康素养平均水平^[2]。 χ^2 检验显示，不同年龄、文化程度和不同职业人群居民健康素养和三个维度素养水平存在差异($P<0.05$)，性别差异主要体现在健康技能素养维度，女性高于男性，差异均有统计学意义($P<0.05$)，见表 2。

表 2 不同特征人群健康素养及不同维度达标率[n (%)]

人群特征	例数 (n)	健康素养 (≥80 分)	基本知识 和理念(≥37.6 分)	健康生活方式 与行为(≥22.4 分)	健康技能 (≥20.0 分)
年龄(岁)					
15~	370	59 (15.9) *	86 (23.2) **	57 (15.4) *	66 (17.8) **
25~	427	61 (14.3)	119 (27.9)	50 (11.7)	82 (19.2)
35~	499	76 (15.2)	132 (26.5)	67 (13.4)	101 (20.2)
45~	388	37 (9.5)	66 (17.0)	36 (9.3)	54 (13.9)
55~	286	27 (9.4)	45 (15.7)	24 (8.4)	41 (14.3)
65~69	100	10 (10.0)	12 (12.0)	7 (7.0)	8 (8.0)
合计	2070	270 (13.0)	460(22.2)	241(11.6)	352(17.0)
文化程度					
不识字/识字很少	149	5 (3.3) **	10 (6.7) **	3 (2.0) **	7 (4.7) **
小学	312	14 (4.5)	19 (6.1)	14 (4.5)	35 (11.2)
初中	781	72 (9.2)	114 (14.6)	64 (8.2)	102 (13.1)
高中/职高/中专	456	77 (16.9)	138 (30.3)	69 (15.1)	97 (21.3)
专科及以上	372	102 (27.6)	179 (48.1)	91 (24.5)	111 (29.8)
民族					
汉族	1989	261 (13.1)	441 (22.2)	235 (11.8)	336 (17.0)
少数民族	81	9 (11.1)	19 (23.5)	6 (7.4)	16 (19.8)
职业					
厂企工人	194	31 (16.0) **	52 (26.8) **	24 (12.4) **	35 (18.0) **
农民	978	56 (5.7)	85 (8.7)	51 (5.2)	108 (11.0)
医务人员	106	51 (48.1)	83 (78.3)	31 (29.2)	53 (50.0)
教师	96	29 (30.2)	59 (61.5)	26 (27.1)	31 (32.3)
公务员	82	30 (36.6)	50 (61.0)	28 (34.1)	25 (30.5)
事业单位人员	128	19 (14.8)	52 (40.6)	18 (14.1)	21 (16.4)
学生	236	21 (8.9)	30 (12.7)	31 (13.1)	23 (9.7)
商业及服务人员	176	20 (11.4)	35 (20.0)	22 (12.5)	38 (21.6)
离退休人员	74	13 (17.6)	14 (18.9)	10 (13.5)	18 (24.3)
性别					
男	952	127 (13.3)	203 (21.3)	109 (11.4)	141 (14.8) *
女	1118	143 (12.8)	257 (23.0)	132 (11.8)	211 (19.0)

注： * $P<0.05$; ** $P<0.01$

2.3 居民六类健康问题素养水平 以公共卫生问题为导向, 从安全与急救、科学健康观、信息获取、慢性病预防、传染病预防和基本医疗六类健康问题评价居民健康素养水平, 其达标率依次为 46.9%、42.2%、15.8%、14.2%、11.2%和 7.6%, χ^2 检验显示, 不同年龄、文化程度和不同职业人群之间六类健康问题素养水平存在差异, 性别差异主要体现在信息获取素养, 女性高于男性, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 居民六类健康问题素养达标率[n (%)]

人群特征	例数 (n)	科学健康观 (≥ 13.6 分)	慢性病预防 (≥ 16 分)	传染病预防 (≥ 10.4 分)	安全与急救 (≥ 15.2 分)	信息获取 (≥ 10.4 分)	基本医疗 (≥ 14.4 分)
年龄							
15~	370	144(38.9) **	52(14.1) **	42(11.4) **	180(48.6) **	59(15.9) **	21(5.7) **
25~	427	233(54.6)	85(19.9)	59(13.8)	255(59.7)	85(19.9)	42(9.8)
35~	499	249(50.0)	102(20.4)	81(16.2)	279(55.9)	107(21.4)	54(10.8)
45~	388	143(36.9)	30(7.7)	22(5.7)	148(38.1)	53(13.7)	26(6.7)
55~	286	78(27.3)	16(5.6)	22(7.7)	84(29.4)	22(7.7)	14(5.0)
65~69	100	26(26.0)	8(8.0)	6(6.0)	24(24.0)	1(1.0)	1(1.0)
合计	2070	873 (42.2)	293 (14.2)	232 (11.2)	970 (46.9)	327 (15.8)	158 (7.6)
文化程度							
不识字/识字很少	149	16(10.7) **	8(5.3) **	6(4.0) **	32(21.5) **	5(3.3) **	4(2.7) **
小学	312	58(18.6)	17(5.4)	17(5.4)	95(30.4)	25(8.0)	13(4.2)
初中	781	236(30.2)	72(9.2)	74(9.5)	330(42.3)	95(12.2)	52(6.7)
高中/职高/中专	456	272(59.6)	81(17.8)	57(12.5)	255(55.9)	98(21.5)	31(6.8)
专科及以上	372	291(78.2)	115(30.9)	78(21.0)	258(69.4)	104(28.0)	58(15.7)
民族							
汉族	1989	837(42.1)	281(14.1)	222(11.2)	940(47.2)	317(15.9)	152(7.6)
少数民族	81	36(44.4)	12(14.8)	10(12.3)	30(37.0)	10(12.3)	6 (7.4)
职业							
厂企工人	194	111(57.2) **	29(14.9) **	26(13.4) **	101(52.1) **	30(15.5) **	14(7.2) **
农民	978	217(22.2)	58(5.9)	66(6.7)	351(35.9)	81(8.3)	49(5.0)
医务人员	106	96(90.6)	32(30.2)	35(33.0)	86(81.1)	45(42.5)	34(32.1)
教师	96	79(82.3)	30(31.2)	21(21.9)	66(68.8)	32(33.3)	15(15.6)
公务员	82	57(69.5)	33(40.2)	20(24.4)	56(68.3)	17(20.7)	8(9.8)
事业单位人员	128	91(71.1)	29(22.7)	19(14.8)	70(54.7)	25(19.5)	15(11.7)
学生	236	99(41.9)	34(14.4)	24(10.2)	117(49.6)	35(14.8)	11(4.7)
商业及服务人员	176	89(50.6)	34(19.3)	16(9.1)	94(53.4)	41(23.3)	4(2.3)
离退休人员	74	34(45.9)	14(18.9)	5(6.8)	29(39.2)	21(28.4)	8(10.8)
性别							
男	952	404(42.4)	141(14.8)	112(11.8)	438(46.0)	133(14.0) *	76(8.0)
女	1118	469(41.9)	152(13.5)	120(10.8)	532(47.6)	194(17.4)	82(7.3)

注： * $P<0.05$; ** $P<0.01$

表 3 居民六类健康问题素养达标率[n (%)]

人群特征	例数 (n)	科学健康观 (≥ 13.6 分)	慢性病预防 (≥ 16 分)	传染病预防 (≥ 10.4 分)	安全与急救 (≥ 15.2 分)	信息获取 (≥ 10.4 分)	基本医疗 (≥ 14.4 分)
年龄							
15~	370	144(38.9) **	52(14.1) **	42(11.4) **	180(48.6) **	59(15.9) **	21(5.7) **
25~	427	233(54.6)	85(19.9)	59(13.8)	255(59.7)	85(19.9)	42(9.8)
35~	499	249(50.0)	102(20.4)	81(16.2)	279(55.9)	107(21.4)	54(10.8)
45~	388	143(36.9)	30(7.7)	22(5.7)	148(38.1)	53(13.7)	26(6.7)
55~	286	78(27.3)	16(5.6)	22(7.7)	84(29.4)	22(7.7)	14(5.0)
65~69	100	26(26.0)	8(8.0)	6(6.0)	24(24.0)	1(1.0)	1(1.0)
合计	2070	873 (42.2)	293 (14.2)	232 (11.2)	970 (46.9)	327 (15.8)	158 (7.6)
文化程度							
不识字/识字很少	149	16(10.7) **	8(5.3) **	6(4.0) **	32(21.5) **	5(3.3) **	4(2.7) **
小学	312	58(18.6)	17(5.4)	17(5.4)	95(30.4)	25(8.0)	13(4.2)
初中	781	236(30.2)	72(9.2)	74(9.5)	330(42.3)	95(12.2)	52(6.7)
高中/职高/中专	456	272(59.6)	81(17.8)	57(12.5)	255(55.9)	98(21.5)	31(6.8)
专科及以上	372	291(78.2)	115(30.9)	78(21.0)	258(69.4)	104(28.0)	58(15.7)
民族							
汉族	1989	837(42.1)	281(14.1)	222(11.2)	940(47.2)	317(15.9)	152(7.6)
少数民族	81	36(44.4)	12(14.8)	10(12.3)	30(37.0)	10(12.3)	6 (7.4)
职业							
厂企工人	194	111(57.2) **	29(14.9) **	26(13.4) **	101(52.1) **	30(15.5) **	14(7.2) **
农民	978	217(22.2)	58(5.9)	66(6.7)	351(35.9)	81(8.3)	49(5.0)
医务人员	106	96(90.6)	32(30.2)	35(33.0)	86(81.1)	45(42.5)	34(32.1)
教师	96	79(82.3)	30(31.2)	21(21.9)	66(68.8)	32(33.3)	15(15.6)
公务员	82	57(69.5)	33(40.2)	20(24.4)	56(68.3)	17(20.7)	8(9.8)
事业单位人员	128	91(71.1)	29(22.7)	19(14.8)	70(54.7)	25(19.5)	15(11.7)
学生	236	99(41.9)	34(14.4)	24(10.2)	117(49.6)	35(14.8)	11(4.7)
商业及服务人员	176	89(50.6)	34(19.3)	16(9.1)	94(53.4)	41(23.3)	4(2.3)
离退休人员	74	34(45.9)	14(18.9)	5(6.8)	29(39.2)	21(28.4)	8(10.8)
性别							
男	952	404(42.4)	141(14.8)	112(11.8)	438(46.0)	133(14.0) *	76(8.0)
女	1118	469(41.9)	152(13.5)	120(10.8)	532(47.6)	194(17.4)	82(7.3)

注： * $P<0.05$; ** $P<0.01$

3 讨论

3.1 沧州市居民健康素养水平还亟待提升 调查结果显示,沧州市居民具备健康素养的比例为 13.0%,高于国家卫生计生委公布的 2012 年我国居民健康素养平均水平^[2],也略高于甘肃、柳州等地同期调查结果^[3-5]。这与近期本市开展的“医院-社区一体化”健康促进模

式的逐步运行和“健康促进医院”创建活动的开展有一定关系，使健康教育工作取得初步成效。但与吉林、镇江等地的调查相比还存在较大差距^[6-7]，这可能与当地经济发展水平和健康教育工作的开展有关。此外，本次调查使用的问卷与国家 2012 年的调查一致，该问卷在《2009 年中国公民健康素养调查问卷》五类健康问题的基础上增加至六类健康问题，这也是影响调查数据差异的一个原因。但总体来看，本市居民健康素养水平还亟待提升，并且各知识点的掌握不平衡，从构成健康素养的三个维度来看，基本知识和理念素养最高（为 22.2%），健康生活方式与行为素养最低（11.6%）；从六类健康问题来看，安全与急救素养最高（46.9%），基本医疗素养最低（7.6%），慢性病和传染病预防素养也均不到 15%，与城乡居民日益增长的健康需求仍有较大差距。

3.2 不同人群健康素养存在较大差异 从调查结果看，年龄、职业、文化程度均影响着人们的健康素养水平，与 2012 年全国城乡居民健康素养监测以及一些省、市的调查结果基本一致^[2-8]。尤文化程度是影响健康素养最重要的因素^[8]，随着学历的提高，健康素养水平依次提升，说明文化素养相对较高的居民更关注自身和家人的健康，主动获取健康知识的意愿和对信息的接受理解能力也较强；从年龄来看，45 岁以下人群健康素养水平明显高于 45 岁以上人群，因为 45 岁以下也是高学历较集中的人群，特别是目前网络的普及，手机报等新媒体的兴起，使该人群获取健康信息的途径更广泛；从职业来看，农民、学生、离退休人员在多项知识素养方面均普遍偏低，尤其是农民，这与国内多数研究结果相一致^[2-8]。由于农村居民受教育水平和质量的限制，低文化程度者占较大比例，使其对健康知识的阅读、理解能力受限。所以针对农民的健康教育也应充分考虑这一特点，采取切实、有效的宣传形式，全面提高农村居民健康素养水平，这也是当下我国加强新农村建设的一项重要任务。

3.3 积极探索将健康知识转化为健康行为的有效措施 从评价健康素养的三个维度来看，本次调查呈现了“知识高于技能、技能高于行为”的特点，与 2012 年全国城乡居民健康素养监测结果一致。说明掌握健康知识并不等于采纳健康行为，由“知”到“行”，受到个人需求、行为条件和行为场景等诸多因素的影响^[9]，因此，积极探索并开展更加合适的宣传和干预的方法，对促进健康行为的形成是十分必要的。杨文洪^[10]等人的研究发现，参与式教育在改变居民健康不良生活行为方面具有明显的优势，能够有效促进社区居民健康生活行为的形成，是值得推广的方法。因此在充分发挥传统式教育的同时，应创造条件对居民开展参与式教育，提高整体健康素养水平。

参考文献:

- [1] 卫生部. 中国公民健康素养读本 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 孙磊. 2012 年我国居民健康素养水平为 8.8% [N]. 燕赵都市报 (数字版), 2013-11-12 (13)
- [3] 罗洁, 黄冬梅. 柳州市社区居民首次健康素养调查结果分析 [J]. 实用预防医学, 2013, 20 (8): 949-950
- [4] 文建强, 钱国宏, 王莉, 等. 甘肃省居民健康素养现状及影响因素分析 [J]. 中国健康教育, 2013, 29 (2): 130-132
- [5] 苏绮雯, 苏俭欢, 丘志坚, 等. 2012 年广州市番禺区城乡居民健康素养状况调查 [J], 实用预防医学, 2013, 29 (6): 653-655
- [6] 霍焱, 钱晓波, 张秀敏, 等. 吉林省城乡居民健康素养现状调查析 [J]. 中国健康教育, 2013, 29 (6): 530-532
- [7] 柳艳, 姜方平, 王莹. 2011 年镇江市城乡居民健康素养状况调查 [J]. 预防医学论坛, 2013, 19 (1): 18-20

- [8]胡晓云. 湖北省居民健康素养状况及其对健康的影响[D]. 武汉：华中科技大学，2009.
- [9]马骁. 健康教育学 [M] . 北京：人民卫生出版社，2004.61.
- [10] 杨文洪，张曙云，卓凤坚，等. 不同健康教育模式对社区居民健康素养的影 [J] . 中国公共卫生管理，2013，29（3）：401-402