

黑龙江省贫困地区 2020 年居民健康素养水平及其影响因素分析

苏莹, 马志杰, 郭恂, 王莹

黑龙江省疾病预防控制中心, 黑龙江 哈尔滨 150030

摘要: **目的** 了解 2020 年黑龙江省贫困地区居民健康素养水平及其影响因素, 为黑龙江省贫困地区居民的健康扶贫政策的制定提供依据。 **方法** 采用多阶段分层整群随机抽样方法, 于 2020 年 8—12 月选取黑龙江省 28 个国家级贫困市县 15~69 岁 6 762 名常住居民为研究对象, 进行健康素养水平问卷调查。 **结果** 2020 年黑龙江省贫困地区居民健康素养水平为 14.33%。其中健康基本知识和理念、健康生活方式与行为和健康基本技能三方面水平分别为 25.37%、14.72%、15.95%; 科学健康观、传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗和健康信息 6 类问题水平分别为 37.02%、19.26%、17.79%、39.45%、20.72%、23.86%。进行多因素 logistic 回归分析结果显示, 性别、文化程度、家庭平均年收入均是贫困地区居民健康素养水平的影响因素。 **结论** 黑龙江省贫困地区健康素养水平较低, 应针对不同性别、文化程度和家庭平均年收入的居民开展健康教育活动, 以提高居民的健康素养水平和生活方式。

关键词: 健康素养; 贫困地区; 影响因素

中图分类号: R193 文献标识码: A 文章编号: 1006-3110(2022)11-1333-05 DOI: 10.3969/j.issn.1006-3110.2022.11.012

Health literacy level and its influencing factors among residents in poverty-stricken areas of Heilongjiang Province, 2020

SU Ying, MA Zhi-jie, GUO Xun, WANG Ying

Heilongjiang Provincial Center for Disease Control and Prevention, Harbin, Heilongjiang 150030, China

Corresponding author: WANG Ying, E-mail: 294271201@qq.com

Abstract: **Objective** To investigate the status quo and influencing factors of health literacy among residents in poverty-stricken areas of Heilongjiang Province in 2020, and to provide a basis for making health poverty alleviation policies for the residents.

Methods Using a multi-stage stratified cluster random sampling method, 6,762 permanent residents aged 15-69 years from 28 national-level poverty-stricken cities and counties in Heilongjiang Province in August-December 2020 were selected as the subjects, and a questionnaire survey on health literacy was conducted. **Results** In 2020, the health literacy level of the residents in poverty-stricken areas of Heilongjiang Province was 14.33%. The levels of basic health knowledge and concept, healthy lifestyle and behavior and basic health skills were 25.37%, 14.72% and 15.95%, respectively. The levels of scientific health concept, infectious disease prevention and treatment, chronic disease prevention and treatment, safety and first aid, basic medical treatment and health information were 37.02%, 19.26%, 17.79%, 39.45%, 20.72% and 23.86%, respectively. Multivariate logistic regression analysis showed that gender, education level and average annual family income were the factors influencing health literacy level of the residents in poverty-stricken areas. **Conclusion** The health literacy among the residents in poverty-stricken areas of Heilongjiang Province is at a relatively low level. Health education activities should be carried out for residents with different genders, education levels and average annual family incomes so as to improve their health literacy level and lifestyle.

Keywords: health literacy; poverty-stricken area; influencing factor

健康素养是指个人获得和理解基本的健康信息和服务, 并运用这些信息和服务作出正确的决定, 用以维

基金项目: 黑龙江省卫生健康委科研课题(2020-198)

作者简介: 苏莹(1988-), 女, 主管医师, 研究方向: 健康教育与健康促进。

通信作者: 王莹, E-mail: 294271201@qq.com。

护和促进自身健康的能力^[1]。具备良好健康素养的人, 有能力从外界获得健康相关信息并对其正确判断和合理利用, 从而维护其自身的健康^[2]。近年来, 随着健康素养研究的深入和健康扶贫工作的推进, 贫困地区、贫困人口的健康素养状况备受关注^[3]。国卫办宣传函(2018)907号《关于印发贫困地区健康促进三

年攻坚行动方案的通知》指出,黑龙江省 2020 年贫困县区居民健康素养水平年目标较 2018 年增长 50%。因此,提高贫困地区居民健康素养是健康扶贫工作的重点内容。本研究旨在通过分析 2020 年黑龙江省 28 个国家级贫困市县居民健康素养水平及其影响因素,为黑龙江省贫困地区居民的健康扶贫政策的制定提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用多阶段分层整群随机抽样,于 2020 年 8—12 月选取黑龙江省 28 个国家级贫困市县,每个市县选取 3 个乡镇,每个乡镇随机选取 2 个村,每个村随机选取 40 户家庭,在每户运用 KISH 表法选取 1 名 15~69 岁常住居民进行健康素养问卷调查。所有调查对象均为自愿参与。本次调查共回收问卷 6 762 份。

1.2 方法 采用“2020 年全国居民健康素养监测调查问卷”进行面对面入户调查。问卷内容包括健康基本知识和理念、健康生活方式与行为和健康基本技能三个方面,包含科学健康观、传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗和健康信息 6 类问题。判断题、单选题答对得 1 分,多选题答对得 2 分,否则不得分。问卷满分 66 分,得分在总分的 80% 以上(即 53 分以上),为具备健康素养。

1.3 统计学分析 采用 Epi Data 3.0 数据双录入,数据整理后采用 SPSS 19.0 软件进行分析。采用 χ^2 检验和多因素 logistic 回归分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 2020 年黑龙江省贫困地区居民健康素养监测共回收有效问卷 6 762 份。其中,男性 3 881 人(57.39%),女性 2 881 人(42.61%);47.23% 的调查对象文化程度为小学及以下;平均年龄为(51.6±11.8)岁,以 50~59 岁为主;89.15% 的调查对象为农民;44.06% 的调查对象家庭平均年收入为 1~

3 万元。

2.2 健康素养水平分布 黑龙江省贫困地区居民健康素养水平为 14.33%。不同性别、文化程度、职业、家庭年平均收入的贫困地区居民健康素养水平差异均有统计学意义($P < 0.05$)。贫困地区男性居民的健康素养水平高于女性居民。贫困地区居民健康素养水平随文化程度和家庭年平均收入增高而上升,见表 1。

表 1 黑龙江省贫困地区健康素养水平

人口学特征	分类	健康素养		χ^2 值	P 值
		具备人数	具备率(%)		
性别	男	603	15.54	10.738	0.001
	女	366	12.70		
年龄(岁)	15~	17	17.00	9.687	0.085
	20~	38	16.81		
	30~	121	17.26		
	40~	233	14.87		
	50~	301	13.52		
	60~69	259	13.36		
文化程度	小学及以下	389	12.18	47.257	<0.001
	初中	445	15.21		
	高中/职高/中专	86	17.62		
职业	大专以上	49	32.24	57.873	<0.001
	公务员/教师/医务人员	36	31.03		
	其他事业单位人员	25	21.55		
	学生	22	21.57		
	农民	817	13.55		
	工人	22	17.19		
	其他企业单位人员	21	25.00		
家庭平均年收入(万元)	其他	26	13.98	60.290	<0.001
	<1	155	10.78		
	1~	386	12.96		
	3~	226	16.25		
	≥5	202	21.22		

2.3 三个方面健康素养水平 健康基本知识和理念素养水平为 25.36%,健康生活方式与行为为 14.71%,健康基本技能素养水平为 15.94%。不同性别、文化程度、家庭平均年收入的贫困地区居民基本知识与理念、健康生活方式与行为、健康基本技能三方面健康素养水平差异有统计学意义($P < 0.05$),不同职业的贫困地区居民在基本知识与理念、健康生活方式与行为方面差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 黑龙江省贫困地区居民三个方面健康素养水平

人口学特征	健康基本知识与理念		健康生活方式与行为		健康基本技能	
	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)
性别						
男	1 051	27.08	632	16.28	664	17.11
女	664	22.97	363	12.61	414	14.38
χ^2 值		14.087		17.793		9.184
P 值		<0.001		<0.001		0.002
年龄(岁)						
15~	30	30.00	18	18.00	19	19.00

续表 2

人口学特征	健康基本知识与理念		健康生活方式与行为		健康基本技能	
	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)
20~	59	26.11	35	15.49	38	16.81
30~	203	28.96	144	20.54	120	17.12
40~	419	26.74	248	15.83	272	17.36
50~	538	24.16	350	15.71	335	15.04
60~69	466	24.03	200	10.31	294	15.16
χ^2 值	11.074		53.161		6.117	
<i>P</i> 值	0.050		0.050		0.295	
文化程度						
小学及以下	691	21.63	370	11.58	441	13.81
初中	777	26.56	489	16.71	496	16.95
高中/职高/中专	176	36.07	87	17.83	102	20.90
大专以上	71	46.71	49	32.24	39	25.66
χ^2 值	91.758		75.183		37.745	
<i>P</i> 值	<0.001		<0.001		<0.001	
职业						
公务员/教师/医务人员	48	41.38	35	30.17	28	24.14
其他事业单位人员	38	32.76	20	17.24	14	12.07
学生	36	35.29	19	18.63	21	20.59
农民	1 465	24.30	842	13.97	945	15.68
工人	47	36.72	24	18.75	25	19.53
其他企业单位人员	32	38.10	25	29.76	16	19.05
其他	49	26.34	30	16.13	29	15.59
χ^2 值	43.961		43.700		10.922	
<i>P</i> 值	<0.001		<0.001		0.091	
家庭平均年收入(万元)						
<1	322	22.39	137	9.53	174	12.10
1~	698	23.43	411	13.80	461	15.47
3~	383	27.53	247	17.76	261	18.76
≥ 5	312	32.77	200	21.01	182	19.12
χ^2 值	43.650		73.127		31.744	
<i>P</i> 值	<0.001		<0.001		<0.001	

2.4 六类健康问题健康素养水平 科学健康观问题素养水平为 37.02%, 传染病防治问题素养水平为 19.26%, 慢性病防治问题素养水平为 17.79%, 安全与急救问题素养水平为 39.45%, 基本医疗问题素养水平为 20.72%, 健康信息问题素养水平为 23.86%。不

同性别、文化程度、职业、家庭年平均收入的贫困地区居民六类健康问题素养水平差异均有统计学意义($P < 0.05$); 不同年龄的基本医疗问题素养水平差异无统计学意义($P > 0.05$); 其余问题素养水平差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 黑龙江省贫困地区居民六类问题健康素养水平

人口学特征	科学健康观		传染病防治		慢性病防治		安全与急救		基本医疗		健康信息	
	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)	具备人数	具备率(%)
性别												
男	1 504	38.75	787	20.28	753	19.40	1 577	40.63	849	21.88	995	25.64
女	999	34.56	515	17.81	450	15.57	1 090	37.70	552	19.09	618	21.38
χ^2 值	11.647		6.172		16.074		5.323		7.347		15.835	
<i>P</i> 值	0.001		0.014		<0.001		0.021		0.007		<0.001	
年龄(岁)												

续表 3

人口学特征	科学健康观		传染病防治		慢性病防治		安全与急救		基本医疗		健康信息	
	具备人数	具备率(%)										
15~	43	43.00	20	20.00	22	22.00	51	51.00	24	24.00	30	30.00
20~	83	36.73	38	16.81	47	20.80	96	42.48	44	19.47	65	28.76
30~	294	41.94	158	22.54	154	21.97	320	45.65	161	22.97	198	28.25
40~	599	38.23	326	20.80	282	18.00	647	41.29	329	21.00	375	23.93
50~	813	36.51	416	18.68	377	16.93	826	37.09	458	20.57	506	22.72
60~69	671	34.61	344	17.74	321	16.55	727	37.49	385	19.86	439	22.64
χ^2 值	14.897		11.513		14.172		28.246		4.011		15.665	
P 值	0.011		0.042		0.015		<0.001		0.548		0.008	
文化程度												
小学以下	1 060	33.19	540	16.91	498	15.59	1 133	35.47	543	17.00	675	21.13
初中	1 118	38.21	613	20.95	548	18.73	1 180	40.33	655	22.39	733	25.05
高中/职高/中专	237	48.57	100	20.49	101	20.70	253	51.84	155	31.76	144	29.51
大专以上	88	57.89	49	32.24	56	36.84	101	66.45	48	31.58	61	40.13
χ^2 值	78.202		33.685		52.847		99.856		78.959		46.077	
P 值	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
职业												
公务员/教师/医务人员	57	49.14	41	35.34	35	30.17	61	52.59	38	32.76	41	35.34
其他事业单位人员	41	35.34	26	22.41	28	24.14	43	37.07	19	16.38	34	29.31
学生	47	46.08	21	20.59	28	27.45	55	53.92	6	5.88	35	34.31
农民	2 180	36.16	1 104	18.31	1 016	16.85	2 326	38.59	1 238	20.54	1 373	22.78
工人	63	49.2	39	30.47	26	20.31	63	49.22	32	25.00	41	32.03
其他企业单位人员	41	48.81	25	29.76	32	38.10	46	54.76	17	20.24	32	38.10
其他	74	39.78	46	24.73	38	20.43	73	39.25	31	16.67	57	30.65
χ^2 值	26.712		43.501		50.583		32.840		16.397		39.133	
P 值	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		0.012		<0.001	
家庭平均年收入(万元)												
<1	436	30.32	211	14.67	200	13.91	482	33.52	259	18.01	301	20.93
1~	1 131	37.97	543	18.23	490	16.45	1 158	38.87	599	20.11	677	22.73
3~	537	38.61	296	21.28	287	20.63	593	42.63	293	21.06	355	25.52
≥ 5	399	41.91	252	26.47	226	23.74	434	45.59	250	26.26	280	29.41
χ^2 值	40.197		56.975		49.195		42.503		24.990		27.160	
P 值	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	

2.5 地区居民健康素养水平多因素分析 以是否具备健康素养作为因变量,以性别、文化程度、职业、家庭平均年收入(元)作为自变量,进行多因素 logistic 回归分析。结果显示,性别、文化程度、家庭平均年收入(元)均为贫困地区居民健康素养水平的影响因素,见表 4、表 5。

表 4 多因素 logistic 回归分析变量赋值

变量	赋值
性别	男=1;女=2
文化程度	小学以下=1;初中=2;高中/职高/中专=3;大专以上=4
职业	公务员/教师/医务人员=1;其他事业单位=2;学生=3;农民=4;工人=5;其他企业人员=6;其他=7
家庭平均年收入(万元)	<1=1;1~ =2;3~ =3; ≥ 5 =4

表 5 黑龙江省贫困地区居民健康素养水平多因素 logistic 回归分析

影响因素	分类	B	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
常量		1.069	0.288	13.796	<0.001	2.913	-
性别	男					1.000	
	女	-0.228	0.072	9.874	0.002	0.796	0.691~0.918
文化程度	小学以下					1.000	
	初中	0.728	0.222	10.761	0.001	2.072	1.341~3.201
	高中/职高/中专	0.587	0.219	5.384	0.007	1.798	1.172~2.760
	大专以上	0.531	0.229	5.384	0.020	1.701	1.086~2.665
家庭平均年收入(万元)	<1					1.000	
	1~	0.681	0.121	31.889	<0.001	1.975	1.560~2.501
	3~	0.481	0.099	23.447	<0.001	1.618	1.331~1.966
	≥ 5	0.624	0.109	5.820	0.016	1.302	1.051~1.613

3 讨论

居民对健康的自我认知、健康信息的获得以及对健康的自我管理能力对其自身的健康状况均有直接影响,公认的维持健康最经济有效的策略就是提高公民健康素养^[4]。黑龙江省经济发展滞后,贫困问题严重。贫困地区居民的健康素养状况对提高贫困地区的整体健康水平有深远影响^[5]。本研究结果显示,2020 年黑龙江省 28 个贫困县居民健康素养水平为 14.3%,高于 2018 年黑龙江省贫困地区人群总体健康素养水平(8.15%)^[6],但低于 2020 年中国农村居民健康素养水平(20.02%)^[7],低于经济发达地区农村居民健康素养水平(18.80%)^[8]。这可能是由于黑龙江省贫困地区医疗保障设施相对薄弱,乡镇卫生院、村卫生室负责健康教育与健康促进工作的人员较少,宣传渠道薄弱^[9];还可能与贫困地区居民文化程度普遍较低有直接关系,也折射出贫困地区居民在经济、文化、健康信息的获得和卫生服务利用等方面与其他农村居民的差异。

贫困地区大多分布在地理位置边远、交通不便利、基础设施落后、生态环境恶劣区域,存在经济条件差、人口素质较低等问题^[10]。分析发现,2020 年黑龙江省贫困地区三个方面健康素养水平为:基本知识和理念(25.36%)、健康基本技能(14.71%)、健康生活方式与行为(15.94%),与张得平等^[11]研究结果一致。说明贫困地区居民多年以来固有的思维模式和生活习惯难以转变^[12],不能够将所学的健康理论知识运用到日常生活中,改变自己的不良生活方式与行为^[13]。提示在未来的健康教育工作中,应当将健康理论的宣传逐步转移到促使改变不良生活方式的行为方面。

研究结果显示,6 类问题健康素养水平为:安全与急救(39.45%)、科学健康观(37.02%)、健康信息(23.86%)、基本医疗(20.72%)、传染病防治(19.26%)、慢性病防治(17.79%),其中慢性病防治问题健康素养水平最低。与赵采红等^[14]研究结果一致。慢性病相关知识较为专业、复杂,居民不易理解;慢性病与生活方式和行为有关,提示今后要将慢性病防治作为贫困地区开展健康教育工作的重点。

多因素分析结果显示,不同性别、文化程度、家庭年收入的居民健康素养水平不同。男性健康素养水平高于女性,可能是因为男性居民更容易理解新知识、接受新鲜事物。文化程度高的居民,健康素养水平越高,这与王思凌等^[15]研究结果一致,文化程度高的人可以通过更加丰富的途径获取健康知识,接受能力强,更容易理解、掌握和运用^[16]。

综上所述,黑龙江省贫困地区居民健康素养水平

有待提升,进一步加强贫困地区健康扶贫力度,应当在重点地区特别是经济欠发达和偏远地区以低学历、低收入者为重点人群,以慢性病防治为重点工作开展健康教育活动,利用微信、微博等网络新媒体方式向公众普及健康教育知识^[17-18],同时以“健康中国行动”“健康龙江行动”为契机,广泛动员全社会积极参与,形成全民参与的模式,达到有效提升居民健康素养水平和健康素质的目标。

参考文献

- [1] 聂雪琼,李英华,李莉,等.2012—2016 年中国居民基本医疗素养水平及其影响因素[J].中国健康教育,2019,35(7):579-587.
- [2] 王刚,谢伦芳,章新琼,等.老年冠心病住院患者健康素养现状及其影响因素分析[J].中国健康教育,2018,34(9):859-861.
- [3] 刘梅,李灵清,普世传,等.2018 年云南省 86 个贫困县区居民健康素养现状及其影响因素分析[J].现代预防医学,2020,36(1):13-19.
- [4] 刘柳,田建丽,张红,等.中老年住院冠心病患者疾病相关健康素养与社会支持现状分析[J].护理管理杂志,2016,16(1):7-9.
- [5] 曹子坚,张震霖.主体性视角下中国农村贫困居民健康扶贫[J].改革与战略,2019,35(11):117-124.
- [6] 郭恂,马志杰,苏莹,等.2018 年黑龙江省贫困地区居民健康素养水平分析[J].中国健康教育,2021,37(11):979-983.
- [7] 中华人民共和国中央人民政府.2020 年全国居民健康素养水平升至 23.15%[EB/OL].(2021-04-01)[2021-12-01].http://www.gov.cn/xinwen/2021-04/01/content_5597287.htm.
- [8] 吴佳昱,黄馨缘,张莉,等.上海市浦东新区城镇与农村居民健康素养分析[J].河南预防医学杂志,2021,32(2):104-125.
- [9] 彭锋,刘亚欣,刘虹妍,等.重庆市贫困地区 65~69 岁老年人健康素养现状及影响因素分析[J].中国慢性病预防与控制,2019,27(12):912-916.
- [10] 焦利娟.浅谈黑龙江省农村贫困人口发展能力建设[J].经济研究导刊,2019,15(2):15-26.
- [11] 张得平,马俊杰,戚宏云,等.甘肃省某深度贫困县居民健康素养调查[J].疾病预防控制通报,2019,34(6):3181-3196.
- [12] 庞玉华,张会君.辽宁省贫困地区中老年健康素养现状及影响因素研究[J].现代预防医学,2019,46(7):1207-1275.
- [13] 罗彦,马丽娜,余惠红,等.湖北省居民健康素养现状及其影响因素分析[J].实用预防医学,2019,26(5):599-602.
- [14] 赵采红,王晓南,官旭华,等.湖北省某市农民群体健康素养状况及影响因素分析[J].现代预防医学,2018,45(13):2373-2377.
- [15] 王思凌,李志新.2018 年四川省贫困县区居民健康素养监测结果分析[J].预防医学情报杂志,2022,38(1):70-74.
- [16] 班玉萍,余石花,黄健.四川省理县居民健康素养水平及影响因素分析[J].实用预防医学,2022,29(4):455-459.
- [17] 罗俊娥,傅静,黎源圆,等.基于以微信平台为主的健康教育对四川省 3 市辖区居民健康素养及健康生活方式的影响[J].中国健康教育,2019,35(3):231-234.
- [18] 王友军,胡文宏.“互联网+”在健康教育与健康促进中的应用初探[J].疾病预防控制通报,2018,33(2):90-91.