



江苏省农村居民健康生活方式与行为状况分析

叶仪芳^{1,2}, 曲晨^{2,3}, 毛涛^{2,3}, 李小宁^{2,3}, 王锦帆^{1,2}

1. 南京医科大学医政学院, 2. 健康江苏研究院, 江苏 南京 211166;

3. 江苏省疾病预防控制中心健康教育所, 江苏 南京 210009

摘要:通过问卷调查江苏省农村居民健康素养情况。经标化后,2015年农村居民健康生活方式与行为素养水平为16.3%,与2012年相比提升3.2%。有多数知识点居民知晓率高于70%,6个知识点知晓率不足60%。7个知识点知晓率总体呈现上升趋势,11个知识点知晓率有所下降。农村居民健康生活方式与行为素养水平缓慢提升,健康生活方式各项内容的知晓率升降起伏不均,提示需不断采取有效措施提高居民生活方式认知。

关键词:健康生活方式;健康行为;健康素养

中图分类号:R193

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)03-262-004

doi:10.7655/NYDXBSS20200312

在健康教育及健康促进工作中,“知信行”理论被广泛应用。该理论将人的行为改变分为三个连续的阶段:获取知识、产生信念、行为改变,提出知识是改变行为的基础,健康知识的掌握会促使人们积极思考并产生强烈的责任感从而建立积极的信念,并改变健康危险行为^[1]。研究证明,慢性疾病的发生与人们的不良生活方式和行为密切相关。本研究通过分析农村居民健康生活方式与行为素养水平,研究居民健康生活方式知识认知状况,凝练出需干预的重点知识内容,为健康教育从业者提供健康生活方式普及工作的落脚点。

一、对象和方法

(一)对象

入选标准:在江苏省农村居住6个月及以上的人口,包括满足条件的亲戚朋友、保姆或其他外来人员。排除居住在集体场所(如医院、军事基地、宿舍、监狱等)的人群和外出半年以上的家庭成员。调查对象在充分知情的基础上签字确认。

(二)方法

按照监测方案的要求,采用与人口规模成比例的整群抽样(PPS)方法分阶段抽取县、乡、行政村。

2012—2015年每年皆抽取13个县,在每个县抽取3个乡,每个乡抽取2个行政村。在每个行政村中随机抽取100个家庭户,用Kish表法(Kish表是Kish针对入户抽样的问题在20世纪40年代末根据美国的人口和家庭情况设计的)在每户家庭中随机抽取1名成员作为调查对象。

采用由国家健康教育中心组织研制的全国统一的健康素养监测问卷进行调查,2014年后问卷部分条目有所调整。由调查对象独立完成问卷,调查对象无法自行填写问卷时,由调查员面对面询问调查。质量控制:使用统一的教材对调查员进行培训;调查过程中调查员当场核对问卷内容;质量控制小组每天审核当日问卷;调查结束后,抽取5%的问卷,电话随访核查问卷内容。

(三)统计学分析

通过EpiData3.02软件双录入建立数据库。居民对健康生活方式与行为问题回答得分在总分的80%及以上即具备健康生活方式与行为素养,具备素养的人群占总人口比例定义为素养水平^[2]。以江苏省第六次人口普查数据为标准人口进行率的标准化的,在Excel2003和SPSS17.0统计软件中进行分析,率的比较采用卡方检验, $\alpha=0.01$ 。

基金项目:健康江苏研究院政策研究项目“江苏省城乡普及健康生活方式策略研究”(KY107NJMUKL17013)

收稿日期:2019-03-05

作者简介:叶仪芳(1991—),女,江苏泰兴人,硕士研究生,研究方向为社会医学与卫生事业管理;王锦帆(1960—),男,浙江永康人,教授,博士生导师,研究方向为社会医学与卫生事业管理,通信作者,Wjf607@sina.com。

二、结果

(一)调查对象基本情况

2012年共调查农村人口6 083人,2013年共调查7 369人,2014年共调查5 971人,2015年共调查

5 576人。4年调查对象男女比为1:1.05~1:1.17,基本维持平衡。每年55~69岁人群所占比例最高,占总样本人群的30%以上;文化程度以初中为主,其次是小学,不识字或识字少的居民约占每年总样本人群的16%(表1)。

表1 江苏省农村居民调查对象基本情况

[n(%)]

分类	2012年	2013年	2014年	2015年
性别				
男	2 963(48.7)	3 509(47.6)	2 846(47.7)	2 564(46.0)
女	3 120(51.3)	3 860(52.4)	3 125(52.3)	3 012(54.0)
年龄(岁)				
15~24	452(7.5)	635(8.6)	346(5.8)	214(3.8)
25~44	1 985(32.6)	2 524(34.2)	1 898(31.8)	1 539(27.6)
45~54	1 644(27.0)	1 951(26.5)	1 713(28.7)	1 728(31.0)
55~69	2 002(32.9)	2 259(30.7)	2 014(33.7)	2 095(37.6)
文化程度				
不识字/识字少	973(16.0)	1 155(15.7)	1 009(16.9)	952(17.1)
小学	1 432(23.6)	1 621(22.0)	1 267(21.2)	1 188(21.3)
初中	2 216(36.4)	2 860(38.8)	2 175(36.4)	2 089(37.4)
高中/职高/中专	981(16.1)	1 135(15.4)	939(15.7)	958(17.2)
大专/本科及以上	481(7.9)	598(8.1)	581(9.8)	389(7.0)
合计	6 083(100.0)	7 369(100.0)	5 971(100.0)	5 576(100.0)

(二)健康生活方式与行为素养水平

经过标化后,2015年农村居民健康生活方式与行为素养水平为16.3%,与2012年相比提高了3.2%。男性素养水平为17.4%,高于女性,差异有统计学意义。45~54岁居民素养水平为14.6%,较2012年提升了6.1%;25~44岁居民素养水平最高,为19.2%,与2012年相比提高了3.4%;55~69岁居民素养水平最低,为13.6%,但较2012年提高了5.4%。数据提示文化程度越高,农村居民健康生活方式与行为素养水平越高(表2)。

表2 江苏省农村居民健康生活方式与行为素养水平 (%)

健康生活方式与行为素养水平	2012年	2013年	2014年	2015年
性别				
男	13.3	10.5	18.9	17.4
女	12.9	8.2	15.5	15.3
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
年龄(岁)				
15~24	18.5	14.5	22.5	15.2
25~44	15.8	10.6	20.6	19.2
45~54	8.5	7.2	12.9	14.6
55~69	8.2	4.1	9.7	13.6
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
文化程度				
文盲/半文盲	4.2	2.0	6.8	5.9
小学	7.1	3.6	10.0	11.3
初中	9.3	9.1	13.8	12.6
高中/职高/中专	16.1	12.2	23.8	18.8
大专/本科及以上	30.0	20.9	32.4	38.5
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
总体	13.1	9.4	17.2	16.3

(三)居民健康生活方式知晓情况

1. 膳食营养及体力活动

居民对“吃水果不能代替吃蔬菜”的知晓率由2012年的76.1%下降到2015年的75.8%;居民对“剧烈运动后该补充的物质”的知晓率由2012年的72.2%降低到2015年的62.0%;对“进食豆制品的益处”的知晓率由2012年的15.6%提高到2015年的21.8%;知晓“运动对健康的益处”的居民比例从2012年的40.3%增加到2015年的58.8%(表3)。2015年15~24岁居民对“运动对健康的益处”“进食豆制品益处”的知晓率最低,分别是54.9%、17.6%。

2. 成瘾行为

居民对“吸烟危害”的知晓率由2012年的54.0%降低到2015年的48.2%;“长期服用会成瘾的药物”的知晓率由2012年的59.5%降低到2013年的57.0%;知晓网络成瘾危害的居民比例从2012年的88.8%提高到2013年的92.7%(表3)。

3. 日常健康行为

对开窗通风持正确认识的居民比例由2012年的68.2%降低到2015年的64.1%;能正确处理咳嗽、喷嚏的居民比例由2012年的22.7%提高到2015年的33.1%;居民对“长期睡眠不足的危害”的知晓率从2012年的91.8%提高到2013年的93.1%(表3)。

4. 心理健康

居民对关于心理健康的知识点知晓率皆有所下降:知晓“儿童青少年抑郁症”居民比例由2012年的83.1%降低到2015年的74.6%;居民对“促进心理健康方法”的知晓率由2012年的49.6%降低到2015年

的49.1%;能理解“心理健康内涵”的居民比例由2012年的89.7%降低到2013年的88.3%(表3)。2015年55~69岁居民对“儿童青少年抑郁症”的知晓率为55.7%,低于60%。

5. 就医保健行为

当出现发热症状时能正确处理的居民比例从2012年的79.4%降低到2015年的72.2%;遵医嘱服药出现不良反应后能寻找医生解决的居民比例从2012年的80.8%降低到2015年的77.8%;能正确认识就医的居民比例从2014年的72.6%提高到2015年的73.0%;能正确认识住院时间的居民比例从2012年的65.2%提高到2015年的77.1%(表3)。

表3 江苏省农村居民膳食营养及体力活动知晓率(%)

知识考察点	2012年	2013年	2014年	2015年
吃水果不能代替吃蔬菜	76.1	72.0	80.3	75.8
剧烈运动后该补充的物质	72.2	67.3	70.6	62.0
进食豆制品的益处	15.6	20.3	19.0	21.8
运动对健康的益处	40.3	46.2	45.7	58.8
吸烟危害	54.0	57.9	54.5	48.2
长期服用会成瘾的药物	59.5	57.0	—	—
网络成瘾危害	88.8	92.7	—	—
对开窗通风的认识	68.2	72.0	77.0	64.1
咳嗽、喷嚏的正确处理	22.7	23.3	31.1	33.1
长期睡眠不足的危害	91.8	93.1	—	—
儿童青少年抑郁症	83.1	85.0	84.0	74.6
促进心理健康的方法	49.6	57.7	56.1	49.1
心理健康内涵	89.7	88.3	—	—
出现发热症状的正确做法	79.4	78.2	80.5	72.2
遵医嘱服药出现不良反应的正确做法	80.8	80.6	80.2	77.8
正确认识就医	—	—	72.6	73.0
正确认识住院时间	65.2	72.1	78.0	77.1

三、讨 论

(一) 农村居民总体素养水平缓慢提升

目前,关于江苏省农村居民健康生活方式与行为素养的研究较少,本研究样本量大,且为第一手资料,可为后续对居民生活方式和行为特点、发展及变化趋势的研究提供依据。2015年农村居民健康生活方式与素养水平为16.3%,高于全国^[3]、湖北省^[4],低于浙江省^[5]。2012—2015年,江苏省农村居民健康生活方式与行为素养水平平均每年提高0.8%,提升幅度为24.4%,增幅高于安徽省合肥市农村居民,低于合肥市城市居民^[6-7],要达到“健康中国2030”规划纲要中提出的“到2020年提高到24.0%”的目标仍任重道远。既往研究结果提示,在江苏省乃至全国,农村居民健康生活方式与行为素养低于城市居民^[3,8],城乡差异是影响健康生活方式与行为素养的重要因素^[9]。

(二) 农村居民健康生活方式知识知晓率升降起伏不均

“知信行”理论提出了解健康知识是形成积极的健康信念与态度的基础,正确的健康信念与态度会成为居民改变行为的动力。了解有关的健康知识是建立信念、改变行为的必要条件。本次对居民健康生活方式与知识状况进行分析,发现居民相关知识知晓情况总体良好,对“网络成瘾”“长期睡眠不足的危害”的知晓率在90%以上。有6个知识点知晓率不足60%,包括“运动对健康的益处”“吸烟危害”“长期服用会成瘾的药物”“咳嗽、喷嚏的正确处理”以及“促进心理健康的方法”,对“进食豆制品的益处”认识不足30%。

同时,居民对7个知识点的知晓率呈现出上升趋势,包括“进食豆制品的益处”“运动对健康的益处”“网络成瘾危害”“咳嗽、喷嚏的正确处理方法”等。而“剧烈运动后该补充的物质”“儿童青少年抑郁症”“出现发热症状的正确做法”“吸烟危害”等11个知识点的知晓率有所下降。居民对健康生活方式与行为的认知状况呈现出升降起伏不均的现象,考虑与社会发展过程中经济、文化等各种因素的综合作用有关。

(三) 不同特征农村居民健康生活方式素养水平

数据提示,男性素养水平高于女性,差异有统计学意义。居民文化程度越高,健康素养水平越高,与既往研究结果一致^[10]。不同年龄居民素养水平差异有统计学意义,15~24岁人群素养水平的波动较明显,健康生活方式知晓率也较高,这一时期是行为习惯塑造的重要阶段,需要采取措施不断夯实人群对健康生活方式知识的掌握程度。

四、建 议

(一) 建立健康素养教育体系,促使学生健康行为的牢固形成

研究证明,低素养的儿童青少年更容易出现吸烟等不良健康行为^[11]。本研究中15~24岁人群健康素养的状况提示需要加强对该人群的健康素养教育。提倡以在校大学生为对象,通过各种举措培养学生获取有效健康信息并加以利用的能力,形成良好的生活方式,促进其自身健康水平提高。具体可通过强化校园硬件软件的建设,开设健康素养教育课程等,提高学生健康生活方式知识知晓率,促进健康行为的养成。

(二) 提高并充分发挥家庭医生的健康教育能力

相关研究提示,家庭医生对提高居民健康素养有明显作用,通过开展家庭医生责任制服务,能有效提升居民对健康核心知识的知晓率^[12-13]。应该充分发挥家庭医生的作用,主张以签约医师为主力,

针对签约居民健康生活方式认知的薄弱环节进行教育和管理,以达到强化居民健康生活方式认知的目的。医务人员对病情的解释情况、对健康知识的传播情况会影响农村居民健康素养水平^[14]。可通过完善政策,加强对农村家庭医生的健康教育及沟通能力的培训,提升其健康教育及服务能力,更好地发挥健康教育作用。

(三)大力推进城乡一体化建设,缩小城乡差距

江苏省农村居民的素养水平虽然有一定的提升,但既往研究提示城乡居民的素养水平存在显著差异,城乡差异是影响健康素养的重要因素^[15]。缩小这部分差别是提升健康素养工作中不可忽视的一部分。研究表明,资源配置、收入分配是造成城乡差别的本质原因。针对上述问题,相关部门应该加强对农村的政策和财力支持,改变公共卫生服务长期倾斜城市的作风,缩小城市和农村在教育、医疗、交通等资源上的分配差距,实现城乡医疗、文体教育、社会保障等公共服务的均等化,实现地区协调发展。

参考文献

- [1] 杨延忠. 健康行为理论与研究[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:61-82
- [2] 聂雪琼,李英华,李莉. 2012年中国居民健康素养监测数据统计分析方法[J]. 中国健康教育,2014,30(2):178-181
- [3] 姚宏文,石琦,李英华. 我国城乡居民健康素养现状及对策[J]. 人口研究,2016,40(2):88-97
- [4] 罗彦,马丽娜,镇重,等. 湖北省15~69岁居民健康素养现状调查[J]. 中国健康教育,2018,34(2):99-104
- [5] 马亚萍,张海芳,卢愉中,等. 2016年浙江省丽水市居民健康素养监测结果分析[J]. 疾病监测,2017,32(Z1):890-894
- [6] 徐义超,张俊青,张小鹏,等. 2017年合肥市居民健康素养调查分析[J]. 健康教育与健康促进,2018,13(3):232-234,239
- [7] 徐义超,张俊青,邱顺翼. 合肥市2016年居民健康素养现状调查分析[J]. 安徽预防医学杂志,2018,24(3):234-236
- [8] 戎毅,来卫立,王小莉,等. 2014年江苏省居民健康素养水平监测分析[J]. 江苏预防医学,2015,26(6):134-135
- [9] 谭琪,张继昌,汤大俊,等. 四川省居民健康生活方式和行为素养分析[J]. 预防医学情报杂志,2013,29(12):1044-1047
- [10] 季震南,罗琼妹,张永开. 闽北农村居民健康生活方式与行为素养调查分析[J]. 海峡预防医学杂志,2014,20(3):93-95
- [11] 余小鸣. 学校健康教育与儿童青少年健康素养的促进[J]. 中国学校卫生,2013,34(8):897-899
- [12] 杨芬红,沈薇,赵新平,等. 家庭医生糖尿病健康素养管理对提升患者健康素养水平的影响[J]. 中国初级卫生保健,2017,31(8):36-38
- [13] 吴慧芳,王吉平. 家庭医生责任制下全人群健康管理的运行模式探索与实践[J]. 中国全科医学,2014,17(1):25-27
- [14] 严丽萍,许玲,田向阳,等. 中国三省农村居民健康素养个体和社会因素分析[J]. 中国公共卫生,2013,29(5):660-662
- [15] 王启晨,姚俊. 江苏省农村贫困居民卫生服务现状与影响因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(2):133-137

Analysis on the healthy lifestyles and behaviors of rural residents in Jiangsu Province

YE Yifang^{1,2}, QU Chen^{2,3}, MAO Tao^{2,3}, LI Xiaoning^{2,3}, WANG Jinfan^{1,2}

1. School of Health Policy and Management, 2. Institute of Health Jiangsu Development, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 3. Health Education Center, Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention, Nanjing 210009, China

Abstract: The healthy literacy data of rural residents in Jiangsu Province were investigated by questionnaire. After standardization, the level of healthy lifestyle and behavioral literacy of rural residents in 2015 was 16.3%, which was 3.2% higher than that in 2012. The awareness rate of residents in most knowledge points was higher than 70%, and that of 6 knowledge points was less than 60%. The awareness rate of 7 knowledge points showed an overall upward trend, while that of 11 knowledge points decreased. The level of healthy lifestyle and behavioral literacy of rural residents has been slowly improved, and the awareness rate of various contents of healthy lifestyle has been unevenly rising and falling, suggesting that effective measures should be taken continuously to enhance the awareness of healthy lifestyle.

Key words: healthy lifestyle; healthy behavior; healthy literacy