

# 三类人群不同分类方式下的健康素养水平

林玲, 蔡波, 尹仕伟

(南通市疾病预防控制中心, 江苏 南通 226007)

**摘要:**目的:对南通市三类人群按不同分类方式分析健康素养水平。方法:以15~69岁常住人口作为调查对象,采用自填作答或面对面访谈形式完成调查问卷,用SPSS17.0软件进行统计分析。结果:共调查机关事业单位人员290人,工人1660人,农民1060人。三类人群中机关事业单位人员的各方面和各类健康问题素养水平最高,工人最低;基本知识和理念素养水平高于基本技能素养,并高于健康生活方式与行为素养;八类健康问题的素养水平中,安全与急救和科学健康观素养水平相对较高,保健与康复素养水平最低,慢性病预防素养高于传染病预防;男女性素养水平无显著性差异,中青年的素养水平高于老年人;BMI < 18.5的农民素养水平(31.0%)高于其他BMI组农民。结论:针对健康素养水平低的重点人群开展健康促进和干预,才能提高全人群的健康素养水平。

关键词:健康素养;机关事业单位人员;工人;农民

中图分类号:R193

文献标识码:A

文章编号:1671-0479(2014)02-147-004

doi:10.7655/NYDXBSS20140218

健康素养(health literacy),是指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作出正确判断和决定,以维持并促进自己健康的能力<sup>[1]</sup>。2008年,卫生部发布了第3号公告《中国公民健康素养——基本知识和技能》<sup>[2]</sup>,并首次启动了“中国公民健康素养促进行动”。该公告界定了中国公民必须掌握的66条健康素养要点,涵盖了医药卫生领域最基础和最核心的信息。本文在2013年南通市城乡居民健康素养监测的基础上,重点分析了机关事业单位人员(包括公务员、教师、医生等)、工人和农民这三类重点人群的健康素养水平,并根据不同分类的方式分析人们关注的各方面健康问题的素养水平,以期为重点人群的干预提供科学依据。

## 一、对象与方法

本文的研究对象为南通市15~69岁的城乡常住居民,包括在当地居住或寄宿达6个月以上的亲戚朋友、保姆以及其他外来人口。研究方法包括:①抽样方法,按照多阶段整群抽样和样本推断总体的原则,

南通市9个县(市、区)均采用PPS法各抽取3个街道/乡镇,从抽取的街道/乡镇中抽取2个及以上的居(村)委会,从每个抽取的居(村)委会中抽取100家庭户(随机数法),考虑健康素养水平在家庭户中的聚集性,1个家庭户只调查1名家庭成员。每户按照KISH表的方法随机抽取1名15~69岁常住人口作为调查对象,每个居(村)委会完成75份调查。②调查方法,采用江苏省2013年公民健康素养调查问卷,采取调查对象自填为主的形式作答,因不能识字或其他原因未能自主作答者采用问答式完成调查问卷。调查问卷包含判断题、单选题和多选题。判断题和单选题回答正确计1分,多选题完全正确计2分,回答错误计0分。能够正确回答80%及以上题目的人,被认为具有健康素养,具有健康素质的人数占调查人数的百分比即健康素养水平。统计学分析采用EpiData3.1软件建立数据库,对调查问卷采用双录入方式。按照江苏省第六次人口普查的人口学特征数据(性别、年龄等)标准化,用SPSS17.0软件对数据进行分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用t检验, $P \leq 0.05$

基金项目:江苏省预防医学会课题(Y2012056)

收稿日期:2014-01-22

作者简介:林玲(1983-),女,江西赣州人,主管医师,研究方向为慢性病防制与健康教育;尹仕伟(1981-),男,江西泰和人,主管医师,通信作者。

为差异有统计学意义。

## 二、结 果

### (一)一般情况

本次共收到健康素养调查问卷3 899份,其中机关事业单位人员290人,工人1 660人,农民1 060人。三类人群的性别、年龄均有显著性差异(表1),未见

体质指数(BMI)有差异。

### (二)健康素养水平

#### 1. 健康素养总体水平

三类人群的健康素养总体水平依次为:机关事业单位人员(43.6%)、农民(16.0%)和工人(5.6%)。三者比较有统计学差异( $\chi^2=195.47, P < 0.01$ ,表2)。

#### 2. 三个方面的健康素养水平

表1 三类人群的一般特征

一般特征	机关事业单位人员(n=290)	工人(n=1 660)	农民(n=1 060)	$\chi^2/t$ 值	P 值
性别(男/女)	143/147	667/993	532/528	29.126	<0.01
年龄(岁)	45.8 ± 13.3	54.9 ± 10.2	45.9 ± 12.2	15.457	<0.05
BMI	23.3 ± 3.4	23.5 ± 3.1	23.3 ± 3.3	1.205	0.234

基于“知识-行为-技能”理论模式,健康素养分为三个方面:健康知识和理念素养、健康生活方式与行为素养和健康技能素养。结果显示,三类人群的基本知识和理念素养均高于基本技能素养,基本技能素养均高于健康生活方式与行为素养。三类人群中,机关事业单位人员各方面的健康素养水平最高,工人最低,且均有显著性差异( $\chi^2=255.63, P < 0.01$ ;  $\chi^2=158.79, P < 0.01$ ;  $\chi^2=212.10, P < 0.01$ ,表2)。

#### 3. 三类人群八类健康问题的健康素养水平

以公共卫生问题为导向,按照人们关心的八类健康问题,分为:科学健康观、信息获取和理解、健康生活方式、安全与急救、传染病预防、慢性病预防、基本医疗和保健与康复。结果显示,八类健康问题的素养水平中,安全与急救素养和科学健康观素养水平相对较高,保健与康复素养水平最低,慢性病预防素养高于传染病预防素养。三类人群中,机关事业单位人员各类健康问题健康素养水平最高,工人最低,且均有显著性差异(P均 < 0.01,表2)。

### (三)不同特征的健康素养总体水平

#### 1. 不同性别人群的健康素养总体水平

分析三类人群男女性素养水平的差异。结果显示,机关事业单位和农民两类人群中女性素养水平高于男性,而工人则相反,但经 $\chi^2$ 检验后,发现三类人群男女性素养水平并无显著性差异( $\chi^2=2.57, P=0.11$ ;  $\chi^2=0.25, P=0.62$ ;  $\chi^2=0.63, P=0.43$ ,表3)。

#### 2. 不同年龄段人群的健康素养总体水平

以每10岁为1个年龄段,分为15~24、25~34、35~44、45~54、55~64和65~69岁6个年龄段。结果显示,各年龄段人群的素养水平有显著性差异( $\chi^2=22.89, P < 0.01$ ;  $\chi^2=23.19, P < 0.01$ ;  $\chi^2=17.09, P < 0.01$ ,表3)。机关事业单位人员、工人和农民的素养水平最高的分别在35~44、25~34和25~34岁年龄段,素养水平分别为68.4%、19.1%和22.8%。45岁以下中青年的素养水平普遍高于老年人。

#### 3. 不同BMI人群的健康素养总体水平

根据BMI值分为<18.5(低体重)、18.5~(标准)、

表2 三类人群的各类健康素养水平

分 类	机关事业单位人员	工人	农民	$\chi^2$ 值	P 值
三个方面					
基本知识和理念	53.2	12.2	25.2	255.63	<0.01
健康生活方式与行为	27.2	3.9	8.4	158.79	<0.01
基本技能	40.0	8.4	21.1	212.10	<0.01
八类健康问题					
科学健康观	75.1	31.1	54.6	229.92	<0.01
信息获取与理解	50.6	11.2	26.8	251.13	<0.01
健康生活方式	29.6	5.7	11.4	180.16	<0.01
安全与急救	81.8	32.5	55.2	247.69	<0.01
传染病预防	27.9	12.0	12.0	43.74	<0.01
慢性病预防	35.0	12.9	25.5	128.61	<0.01
基本医疗	40.4	16.8	22.6	53.21	<0.01
保健与康复	18.0	3.8	8.4	61.90	<0.01
健康素养总水平	43.6	5.6	16.0	195.47	<0.01

24~(超重)和28~(肥胖)四个类别。结果显示,三类人群中,不同BMI的机关事业单位和工人人群的健康素养总体水平无差异( $P > 0.05$ )。而BMI<18.5的农民素养水平(31.0%)高于其他BMI组农民( $\chi^2=12.86, P < 0.01$ ,表3)。

表3 不同特征的三类人群的健康素养总体水平 (%)

指标	机关事业单位人员	工人	农民
性别			
男	32.8	6.4	13.8
女	54.6	5.0	18.5
$\chi^2$ 值	2.57	0.25	0.63
P值	0.11	0.62	0.43
年龄(岁)			
15~24	44.9	4.7	13.6
25~34	27.1	19.1	22.8
35~44	68.4	7.5	13.8
45~54	46.8	5.2	13.8
55~64	31.3	4.0	15.7
65~69	30.0	4.1	20.5
$\chi^2$ 值	22.89	23.19	17.09
P值	<0.01	<0.01	<0.01
BMI			
<18.5	23.6	0.7	31.0
18.5~	45.9	5.6	16.2
24~	49.0	5.9	13.2
28~	14.3	5.7	16.1
$\chi^2$ 值	5.55	1.45	12.86
P值	0.1	0.70	<0.01

### 三、讨论

健康素养是对健康知识甄别并应用的一种素养能力。国外大量研究表明,良好的健康素养能够促进公众对疾病的预防和控制,增进医患沟通,降低医疗费用,减少卫生资源的浪费<sup>[3]</sup>。从2008年开展城乡居民健康素养促进行动开始,全国陆续在中东西部开展了健康素养监测。随着监测覆盖范围的扩大和深入,监测方法的日益精准,我国居民健康素养稳重有升,2012年中国居民健康素养总体水平为8.80%,比2008年(6.48%)上升了2.32个百分点<sup>[4]</sup>。国家卫生计生委相关负责人指出,健康素养水平应保持逐年稳步提高,将会成为经济社会发展综合评价和衡量卫生工作成效和经济社会发展的重要指标之一<sup>[5]</sup>。

本文从三类重点人群(机关事业单位人员、工人和农民)着手,按照不同分类方式,分析健康素养水平。从结果可以看出,机关事业单位人员的素养总体水平最高,工人的素养总体水平最低。三类人群

的各类健康素养水平亦是如此。这与事实也是相符的。文化程度会直接影响到个体获取自身健康的相关信息,文化程度高的人更易于采取主动寻求获取健康信息的方式,并对自己的不良生活方式与行为习惯产生较强的约束力<sup>[6]</sup>。机关事业单位人员的文化程度普遍较高,接触健康知识的机会较多,素养水平自然比农民和工人高。这提示在将来的健康促进工作中,应将干预策略和资源更多地向农民和工人等重点人群倾斜。同时,我们也发现,农民的健康素养水平高于工人,其中原因值得我们进一步探究。

基于“知识-行为-技能”模式,健康素养的三个方面中,不论哪类人群,基本知识与理念素养水平最高,其次为健康技能,最低的为健康生活方式与行为。这说明人们已经掌握了一定水平的健康知识和健康技能,但健康知识和技能尚不能有效转化为健康的生活方式与行为。要改变已经形成的“根深蒂固”的不良行为习惯是人群健康促进中的难点,也是一个非常复杂的渐进过程<sup>[7]</sup>,并非一蹴而就,受到社会、环境、经济等一系列因素的影响,需要长期不断地探索行之有效的方法。

根据公众普遍关心的八类公共卫生问题进行素养水平的分析,结果显示安全与急救素养和科学健康观素养相对较高。这几年,国内外的自然灾害和事故灾难层出不穷,如汶川地震、日本海啸等。国家在制定各项应急预案的同时,也对公众普及了安全与急救方面的知识,开展各种紧急演练,提高了公众自救他救能力。对大多数公众来说,保健与康复是一个较为新兴的概念,因而保健与康复素养水平最低,故这类素养水平有待提高。随着疾病模式的转变和疾病谱的改变,传染病逐渐退出公众的视野,取而代之的是慢性病。慢病示范区的广泛创建,使慢性病的防治知识逐渐深入人心,本研究结果出现慢性病的健康素养水平均超过了传染病素养水平的现象。尽管如此,这与我国慢性病防控形势和任务的要求仍有较大差距,慢性病的防治工作仍任重道远。

据文献报道,健康素养水平受多种因素的影响,如年龄、性别、文化程度、经济状况等<sup>[8-10]</sup>。本研究的结果显示,三类人群中男女性素养水平均无显著性差异。45岁以下中青年的素养水平高于老年人。究其原因,一方面老年人由于岁数大接受健康信息能力降低,有些老年人退休后不愿读书看报,健康信息仅靠道听途说,即使偶尔读书看报,对健康知识的了解也非常凌乱;另一方面,中老年人处于社会转型期的当口,年轻时生活艰辛,大部分的时间和精力都放在养家糊口上,信息封闭,养成的生活方式和思维模式

很难改变。在结果中我们还发现,BMI<18.5的农民素养水平高于其他BMI农民组。其中原因值得我们进一步探究。

本次研究针对机关事业单位人员、工人和农民这三类重点人群的健康素养水平进行分析,然而尚有其他人群如学生等未纳入本次分析范围,这是本研究的不足之处,也为将来的研究分析提供了方向。综上所述,健康素养是一种养成教育。甄别正确健康知识,养成良好行为习惯,不仅可以预防疾病,更有助于疾病的治疗与康复。健康素养水平的提高是全社会的责任和义务,加强重点地区、重点人群、重点疾病和领域的健康教育与健康促进工作,通过加强与正规媒体的合作,将健康大讲堂、健康生活体验区深入到社区和学校,才能综合提高全人群的健康素养水平。

#### 参考文献

- [1] 李新华.《中国公民健康素养-基本知识》的界定和宣传推广简介[J]. 中国健康教育, 2008, 24(5): 385-388
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中国公民健康素养——基本知识(试行)[Z]. 2008

- [3] 孙燕, 沈菲飞. 健康素养内涵探析[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2009, 30(3):17-19,53
- [4] 国家卫生计生委. 我国居民健康素养水平稳步提升[EB/OL]. [2013-11-10].<http://www.moh.gov.cn/xcs/s3582/201311/f56de13175be4bf6b6790ac8cae7cfc1.shtml>
- [5] 中华人民共和国国务院办公厅. 提高中国居民健康素养水平活动取得实效[EB/OL]. [2013-11-10]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/xczb/zy/Document/1358639/1358639.htm>
- [6] 孙琦, 陈俊国. 健康素养的内涵及影响因素分析[J]. 西北医学教育, 2009, 17(2):316-317
- [7] 胡俊华, 侯培森. 当代健康教育与健康促进[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:43-44
- [8] 林燕, 刘兆炜, 李志新, 等. 四川省居民健康素养影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2011, 38(9):1694-1696.
- [9] 郭海健, 李小宁, 黄明豪, 等. 江苏省居民健康素养影响因素回归分析研究[J]. 江苏预防医学, 2012, 23(1): 12-14
- [10] 涂亿桥, 李俊林, 黄远霞, 等. 武汉市健康素养综合评价及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2013, 29(7): 996-998

## Health literacy level of three types of population according to different classification

Lin Ling, Cai Bo, Yin Shiwei

(Nantong Center for Disease Prevention and Control, Nantong 226007, China)

**Abstract: Objective:** To analyze the health literacy level of three types of population according to different classification in Nantong city. **Methods:** The questionnaires for resident person aged 15~69 were completed by self-administered or face-to-face interview. Data were statistically analyzed by SPSS17.0 software. **Results:** A total of 290 staffs of government organizations and institutions, 1 660 workers and 1 060 farmers were investigated. The health literacy level of government organization and institution staffs was the highest in all aspects, while the workers' was the lowest. The levels of basic knowledge and conceptual literacy were higher than that of basic technological literacy, and also higher than those of healthy life style and behavior literacy. The health literacy levels of safety and first aid and scientific view of health were higher in eight kinds of health events. The health literacy level of health care and rehabilitation was the lowest. The health literacy level of chronic disease prevention was higher than that of infectious disease prevention. There were no significant differences between the health literacy levels of male and female. The health literacy level of young and middle-aged people was higher than that of the elder. The health literacy level of farmers with BMI less than 18.5 was 31.0%, higher than those of other BMI groups. **Conclusion:** In order to improve the total health literacy level of the whole population, promotim and intervention should be carried out in key populations whose health literacy levels were low.

**Key words:** health literacy; staff of government and institution; worker; farmer; worker; farmer