

非医大学生干预对农村居民健康素养的影响

——基于湖南娄底 198 户农户的调查

刘存根, 王天明, 李庆辉, 陈彩辉, 吴滢辉

(湖南农业大学 医院, 湖南 长沙 410128)

摘 要: 为探讨非医科大学生干预对农村居民健康素养水平的影响, 随机抽取农村居民 198 户, 由接受过培训的非医大学生采取知识讲座、面对面宣传、播放宣传广播、发放宣传资料等手段实施为期 1 年的健康素养知识干预。干预前后每户抽取 1 名村民分别进行健康素养知识问卷调查。结果显示, 干预后农村居民总体健康素养具备率以及科学健康观、传染病知识预防、慢性病预防、安全与急救知识和基本医疗知识等几类健康问题平均知晓率均有所提高。这说明经过培训的非医大学生能有效提高农村居民健康素养水平, 可建立长效机制予以推广。

关 键 词: 农村居民; 健康素养; 非医大学生; 效果评价; 娄底

中图分类号: C912

文献标志码: A

文章编号: 1009-2013(2012)06-0045-06

Influence of health education for rural residents' health literacy by non- medical students: Based on the survey of 198 households in Loudi city

LIU Cun-gen, WANG Tian-ming, LI Qing-hui, CHEN Cai-hui, WU Yan-hui

(The Hospital of Hunan Agriculture University, Changsha 410128, China)

Abstract: To study the influence of health education for rural residents' health literacy by non- medical students. A total number of 200 rural households was surveyed by random sampling with questionnaires prior and after interventions in a year-long plan. The thoroughbred non-medical students have participated in the scheme and selected one villager as a representative of one household to be investigated. The results showed that: The total qualified rate of health literacy increased. Knowledge rate of health literacy was prior to the intervention and after the intervention with meaningful statistical differences, includes the following several points: the view of science and health, knowledge of infectious diseases prevention, safety and first aid knowledge and basic medical knowledge. A conclusion was drew that the level of health literacy has improved and certain effects have achieved in rural residents after the intervention and establishing a long effecting mechanism would be effective.

Key words: rural residents; health literacy; non- medical students; effect assessment; Loudi city

我国健康水平普遍较低的农村居民是健康教育重点关注对象。由于农村地域广, 人口不集中, 健康教育往往难以落到实处。农民较少接纳预防性服务, 生病时服药经常不遵守医嘱, 常常导致严重后果。近年调查显示, 我国农村居民健康素养水平仅为 3.43%,^[1]广大农村是健康知识传播极度缺乏地区。^[2]其重要原因在于农村健康传播系统机制不

健全且理念陈旧, 健康传播主体范围狭隘,^[3-5]仍是以疾病控制中心的医务人员为健康传播主力军, 非专业健康传播主体专业水平有待提高。这说明已有的农村健康传播主体团队亟待注入新型的理念和血液, 以切实提高农村居民健康素养水平。为此, 笔者提出由接受过健康素养知识课程培训的非医科大学生对农村居民进行健康素养知识干预的新模式, 并付诸实施。

干预于 2011 年 7 月-2012 年 8 月进行。干预对象采用随机抽样法, 在湖南省娄底市娄星区茶园乡

收稿日期: 2012 - 11 - 23

项目基金: 湖南省教育厅资助项目(10C0823)

作者简介: 刘存根(1972—), 男, 湖南株洲人, 副主任医师, 主要从事医疗和健康教育。

随机抽取一个行政村,再在该行政村随机抽取 200 户家庭,每户抽取 1 名常住居民作为调查对象。常住居民是指在该地区居住 ≥ 6 个月的居民。干预前和干预后分别发出 200 份问卷,收回有效回卷 198 份和 188 份,有效回收率为 99%和 94%。干预前 198 名农村居民中,男性 91 人,占 46.0%,女性 107 人,占 54.0% ;年龄 16~69 岁,平均年龄(36.08 \pm 13.87)岁;汉族占 97.2%;文化程度:小学及以下 50 人,占 25.3%,初中 60 人,占 30.3%,高中及以上 88 人,占 44.4%;农民 106 人,占 53.5%,机关企事业单位职工 27 人,占 13.6%,离退休人员 25 人,占 12.6%,其他职业 40 人,占 20.2%。干预后 188 名农村居民中,男性 82 人,占 43.6%,女性 106 人,占 56.4%;年龄 16~69 岁,平均年龄(37.11 \pm 14.53)岁;汉族占 98.4%;文化程度:小学及以下 55 人,占 29.3%,初中 70 人,占 37.2%,高中及以上 63 人,占 33.5%;农民 96 人,占 51.0%,机关企事业单位职工 25 人,占 13.3%,离退休人员 20 人,占 10.6%,其他职业 47 人,占 25%。干预前后性别、年龄、文化程度、职业比较,差异均无统计学意义($\chi^2=0.21$, $t=-0.74$, $\chi^2=4.89$, $\chi^2=1.43$; $P > 0.05$)。

干预采用《2009 年中国公民健康素养调查问卷》进行调查,内容包括一般情况、健康知识与健康理念、健康生活方式与行为和基本技能等内容。问卷由经过统一培训的非医大学生进行调查。问卷采用匿名方式填写,干预前进行基线调查,干预 1 年后进行效果评估。每题回答正确计 1 分,回答错误或不回答计 0 分;多选题在所有选题中正确回答 $\geq 60\%$ 判定为正确。知晓率为每一个知识点回答正确的人数占总调查人数的比例。

干预的参与人员是经过健康素养课程培训和调查培训的非医科大学生为主的健康教育队伍成员,另配有高校医院医生、当地疾控中心人员和村医进行指导。干预时间为期 1 年,间断而集中的强化干预,共 4 次,每次 3-5 天。干预以户为单位,内容以《健康素养 66 条》^[6]为主。参照“三下乡”模式,形式有知识讲座、面对面宣传、播放宣传广播、

发放宣传资料等。干预期间干预对象不特意接受其它形式健康教育和健康促进。质量控制方面由负责组织的高校医院医生和参与的疾控人员对调查实施和数据的收集分析进行质量控制。最后用 EpiData3.0 软件双录入建立数据,采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,率的比较用 χ^2 检验,计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

一、健康素养具备率提高

健康素养是健康素质的重要组成部分。美国国家医学图书馆将健康素养定义为“个体获取、理解和处理基本的健康信息或服务,并运用其做出正确的健康相关决策,以维护和促进自身健康的能力”。^[7]调查显示,接受干预的农村居民总体健康素养具备率由干预前 14.14% 提高到干预后 45.74%(表 1),差异有统计学意义($\chi^2=46.28$, $P < 0.05$)。干预前后健康素养总体知识、基本知识与理念素养、健康生活方式与行为素养、基本技能素养积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 干预前后健康素养积分情况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

健康素养	干预前	干预后	t 值	P 值
健康素养总体知识	42.36 \pm 11.94	50.82 \pm 8.10	-8.10	0.000
基本知识和理念	23.38 \pm 7.22	25.62 \pm 5.02	-3.51	0.000
健康生活方式和行为	11.16 \pm 4.32	15.30 \pm 3.56	-10.26	0.000
基本技能	8.02 \pm 2.34	9.87 \pm 1.27	-9.63	0.000

二、科学健康观知晓率上升

长期以来,人们习惯把健康理解为身体不生病或不衰弱,也就是“无病即健康”的观念。这种认识虽有一定的道理,但不完全正确。按照世界卫生组织的定义:健康不仅是没有疾病或不虚弱,而是身体的、精神的和社会适应的完满状态。包括三层意思:身体上,即生理上健康;精神上,即心理上健康;对社会环境能很好地适应。这就是科学健康观。调查显示,接受干预的农村居民科学健康观平均知晓率由干预前 60.1% 提高到干预后 81.2%(表 2),差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中道德健康方

面知晓率低,且干预前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$);对“健康其它三方面的理解”、“适量献血对身体无害”、“定期健康体检”的知晓率差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 干预前后科学健康观知晓率的比较 / %

科学健康观	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
健康就是身体强壮,没有身体上疾病	49.5	74.5	25.44	0.000
身体好的人,不需要关注健康	77.8	97.9	35.76	0.000
与健康相比,我更关心是否赚更多钱	79.8	89.4	6.72	0.010
心理问题不算病,没有必要看医生	78.8	95.7	24.59	0.000
适量献血对健康是否有正确的理解	55.6	92.6	67.90	0.000
是否愿意与残疾人和康复后的精神疾病患者一同学习和工作	34.3	25.5	3.56	0.060
“每年应做1次健康体检”正确理解	45.0	92.6	100.6	0.000
平均	60.1	81.2	20.99	0.000

三、传染病防治知识知晓率提升

传染病是各种疾病中的一个大的类型,特指由病原体和寄生虫感染人体后所产生的具有传染性的疾病。调查显示,接受干预的农村居民传染病防治知识平均知晓率由干预前 54.0% 提高到干预后 64.3%(表 3),差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中“四害”能导致传染病的流行干预后虽有所提高,差异

有统计学意义($P < 0.05$),但知晓率较低;使用安全套可减少艾滋病的传播、蚊虫叮咬不传播艾滋病、生产或母乳喂养可传播艾滋病、预防一些传染病最有效、最经济的措施、生熟菜要分开切、犬猫咬伤的处理和水源污染可导致甲肝、急性中毒、痢疾等疾病的知晓率,干预前后有统计学意义($P < 0.05$);其余各项干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 干预前后传染病防治知识知晓率的比较 / %

传染病知识	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
使用安全套可以减少艾滋病的传播	67.2	90.4	30.89	0.000
输入被艾滋病毒感染的血液和血液制品	89.3	93.4	2.05	0.153
蚊虫叮咬	46.0	58.5	6.09	0.014
与艾滋病毒感染者共用注射器	86.9	90.4	1.21	0.272
通过生产或母乳喂养传给婴儿	79.3	92.6	13.88	0.000
预防一些传染病最有效、最经济的措施	43.4	56.4	6.47	0.011
按国家规定打预防针能够预防的疾病	85.9	90.4	1.92	0.166
洗手有助于预防流感	65.7	68.1	1.41	0.235
肺结核病症状及就诊	64.6	68.2	0.51	0.475
肺结核病人免费抗结核药物治疗	58.6	60.2	0.90	0.343
肺结核病治疗	62.6	64.6	1.25	0.723
蚊子传播的疾病	27.8	40.0	6.34	0.012
苍蝇传播的疾病	39.4	50.0	4.39	0.036
老鼠传播的疾病	19.2	30.4	6.44	0.011
蟑螂传播的疾病	26.8	39.4	9.32	0.002
不与外人共用毛巾、牙刷	70.7	70.2	0.01	0.915
蔬菜和生肉应与熟肉、凉菜用不同砧板	46.0	67.0	17.38	0.000
被犬猫抓伤、咬伤后的正确处理方法	60.1	87.2	36.3	0.000
不随地吐痰	41.4	47.9	1.63	0.202
发现病死家禽鸟处理方法	33.8	40.4	1.79	0.180
水源受到污染引起的疾病	18.7	43.6	57.93	0.000
平均	54.0	64.3	4.25	0.039

四、慢性病预防知识知晓率升高

慢性病是指肿瘤、高血压、糖尿病等一类慢性非传染性疾病。随着经济的发展,生活水平的提高,生活方式的改变,慢性病的人群患病率正在以惊人的速度上升。调查显示,接受干预的农村居民慢性病预防知识知晓率由干预前 42.3%提高到干预后

61.5%(表 4), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中在健康生活方式内容、癌症的报警信号、成人饮酒量、成人日食用盐量、婴儿的喂养方法等方面干预前后差异有统计学意义($P < 0.05$), 而在对控烟知识、营养素正确摄入、牛奶的摄入、早晚刷牙方面的知识干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 干预前后慢性病预防知识知晓率比较 / %

慢性病预防	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
健康的生活方式包括的内容	56.1	97.9	93.570	0.000
被动吸烟会引发的疾病	43.9	50.6	1.680	0.195
关于戒烟的说法哪些正确	55.6	63.8	2.740	0.098
癌症报警信号	49.0	81.9	45.970	0.000
成年人饮酒日饮用量	24.2	34.0	4.500	0.034
食物摄入的合理排序	52.5	57.4	0.940	0.331
成年人牛奶日摄入量	23.2	34.0	5.530	0.019
成年人食用盐日摄入量	26.3	57.4	38.640	0.000
面对被动烟的正确做法	31.8	33.6	0.126	0.723
体重快速减轻是癌症的早期信号	35.4	85.1	99.130	0.000
早晚刷牙	53.0	62.8	37.500	0.053
婴幼儿喂养正确的说法	57.1	79.8	22.920	0.000
平均	42.3	61.5	14.350	0.000

五、安全与急救知识知晓率扩大

现实生活中,农村居民很容易发生溺水、触电、中暑、煤气中毒、心脏病、高血压等突发病或事故。在医护人员没有赶到现场的情况下,如果现场有村民懂得急救方法,利用急救知识进行抢救,必将给救治赢得宝贵的时间,那么就很容易挽救一个人的生命。调查显示,接受干预的农村居民安全与急救

知识知晓率由干预前 64.4%提高到干预后 81.2%(表 5), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。村民对急救要呼叫“120”知晓率较高,且干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$);对收获期的农产品是否可以少量施用农药的知晓率较低,且干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$);其它方面安全与急救知识干预前后知晓率均有所提高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 干预前后安全与急救知识知晓率比较 / %

安全与急救知识	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
骨折伤员的处置	42.4	57.4	8.71	0.003
我国有专门保护从事有毒有害工作的劳动者权利的法律	62.6	74.5	6.26	0.012
《职业病防治法》	28.8	57.4	32.36	0.000
急救止血方法	49.0	71.3	19.93	0.000
呼吸心跳骤停时采取的措施	25.3	54.3	33.98	0.000
收获期的粮食、蔬菜、水果是否可以少量施用农药	37.9	40.4	0.26	0.608
不吃超过保质期的食品	85.4	95.7	12.02	0.001
骑摩托车必须戴头盔	78.8	96.8	28.76	0.000
购买和使用农药/杀虫剂的时,哪些做法正确	49.0	76.6	31.34	0.000
遇到煤气中毒的正确做法	58.6	81.9	24.97	0.000

续 表

安全与急救知识	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
紧急医疗救助时拨打 120	97.5	96.8	0.16	0.694
易燃标识识别	94.4	100.0	20.04	0.000
高压标识识别	85.9	95.7	11.15	0.001
放射性标识识别	59.6	87.2	37.42	0.000
生物安全标识识别	62.6	87.2	30.83	0.000
易爆标识识别	80.3	89.4	6.11	0.013
剧毒标识识别	86.9	94.7	6.96	0.008
抢救触电者的正确做法	71.7	92.6	28.20	0.000
发生火灾时的正确做法	66.7	93.6	43.44	0.000
平均	64.4	81.2	15.16	0.000

六、基本医疗知识知晓率增加

基本医疗知识指基础性的医学常识,是个体健康素养的重要指标。调查显示,接受干预的农村居民基本医疗知识知晓率由干预前 51.3%提高到干预

后 72.6%(表 6),差异有统计学意义。对安眠药的正确使用干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$);对体温的测量干预前后知晓率较高,差异无统计学意义($P > 0.05$);其余医疗知识知晓率经干预后差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 6 基本医疗知识干预前后知晓率比较 / %

基本医疗知识	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
打针比吃药好得快,生病应尽快打针	77.3	85.3	3.86	0.049
正常血压值(高压/低压)范围	42.9	76.6	45.30	0.000
成年人腋下体温正常值范围	58.1	85.1	34.38	0.000
成年人的正常脉搏次数	57.6	85.1	35.49	0.000
安眠药的使用	53.0	54.3	0.06	0.809
合理使用抗生素	73.2	94.7	32.48	0.000
妇女怀孕孕期检查的次数	22.7	50.0	31.13	0.000
患病后的就医行为	28.8	46.8	13.35	0.000
认识药品说明书	21.2	55.3	47.70	0.000
OTC 的理解	46.0	74.5	32.62	0.000
会测量腋下体温	83.8	90.4	3.71	0.054
平均	51.3	72.6	17.69	0.000

有报道表明二级传播在健康教育中能起到较好效果。^[8]本次研究也显示干预后农村居民总体健康素养具备率、健康素养总积分、五类健康问题平均知晓率均有所提高,说明通过以上手段进行间断而集中的强化干预,有针对性开展健康素养方面的健康教育工作,能有效提高居民健康知识知晓率、健康观念持有率、健康行为形成率与相关技能持有率,提高农村居民健康素养水平。在某些方面知晓率仍低,尤其是在传染病和慢性病的预防方面,干

预后知晓率仍只有 60%左右,说明健康态度与信念至行为的改变需要相对复杂和漫长的干预过程。

有研究显示“敲警钟”方法能唤起受众的危机意识和紧张心理,促使他们的态度和行为向一定方向发生转变。^[9]本研究发现,肺结核的知识和控烟知识干预后知晓率提高不明显,干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$),可能由于这些知识点过于专业,干预者知识缺乏,缺乏针对性的恐惧诉求经验,所以干预效果不明显。对农产品正确使用农药干预前

后无差异,可能是因触及到村民的切身利益,还可能与政府针对农产品残余农药监管不力有关,导致村民“不愿”接受此知识。另外,成年人牛奶日摄入量知晓率较低,可能与农村经济条件难承受有关。

非医学生参与健康教育,能促进农村居民健康素养水平提高。究其原因,在于健康教育队伍成员具有较丰富的健康知识。参加健康教育队伍的非医学生是经过健康教育课程培训并选拔出来的,他们的健康知识比较丰富;干预过程中突显了农民主体地位。大学生与村民无界线、零距离接触、双向交流,农民成为健康传播的中心点,农民朋友比较容易接受;传播技巧比较丰富。健康教育队伍中的大学生知识面比较广,能抓住健康信息的“新闻点”,将健康知识层层展开,起到良好的传播效果,同时运用一些“负面提醒”的说服策略,加深了农民对健康知识的印象;集中而又间断的干预能保持健康信息的恒温性、分布的均衡性。

总之,通过大学生干预,不仅能使健康知识深入农村,扩大宣传覆盖面,而且能增强大学生的社会责任感,有效利用社会宣传资源,应用前景较好,可建立长效机制予以推广,从而缓解医务人员参与的压力。

参考文献:

- [1] 卫生部举行《首次中国居民健康素养调查》发布会[EB/OL]. <http://www.gov.cn>, 2009 - 12 - 18 .
- [2] 中华人民共和国统计局. 中华人民共和国 2009 年国民经济和社会发展统计公告[Z]. 2010 - 02 .
- [3] 郑云亭, 王雨, 李鹏飞, 等. 沈阳市农村居民健康素养综合干预效果评价[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(12): 1617-1619 .
- [4] 刘顺玉, 罗崴, 彭明益, 等. 广州市萝岗区农村居民健康素养干预效果评价[J]. 实用预防医学, 2010, 17(3): 449-452 .
- [5] 吴晓军, 施德源, 张永红, 等. 句容市农村居民健康素养干预效果分析[J]. 江苏预防医学, 2011, 22(4): 27-30 .
- [6] 卫生部. 中国公民健康素养-基本知识和基本技能(试行)[J]. 中国健康教育, 2009, 25(1): 1-3 .
- [7] 刘兆炜. 四川省城乡居民健康素养具备情况分析[J]. 现代预防医学, 2011(22): 37 .
- [8] 沈旭娟, 张宝津, 张时良. 学生二级传播方式在健康教育中的应用效果评价[J]. 中国学校卫生杂志, 2011, 32(2): 143-145 .
- [9] 郭庆光. 传播学教程[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2011: 186-197 .

责任编辑: 陈向科