健康中国战略下民族地区农村居民

健康素养提升策略研究

——基于恩施土家族苗族自治州的农户调查¹

黄瑞芹

(中南民族大学 公共管理学院, 湖北 武汉 430074)

【摘要】：随着中国医疗保障制度的不断完善，我国居民健康水平有了大幅度的提高，但是民族地区由于特殊的自然、经济、社会环境，其居民健康水平普遍低于全国平均水平。健康素养是维护及提升国民健康水平的有力工具，提升民族地区居民尤其是农村居民健康素养成为改善该地区居民健康状况进而实现全民健康这一战略目标的重要路径。恩施土家族苗族自治州是武陵山连片特殊困难地区扶贫攻坚的主战场，本文在对该地区 730 户农村居民进行调查的基础上，建立 Logistic 回归模型，实证分析了民族地区农村居民健康素养的现状及其影响因素。研究结果显示，民族地区农村居民健康知识知晓、健康技能具备、健康行为形成和整体健康素养四项指标均远低于全国农村居民平均水平；民族地区农村居民健康知识向健康技能，尤其是健康行为的转化有待进一步的提高；民族地区农村居民健康素养受个体特征、家庭禀赋和外部环境的影响。因此，应加强健康教育宣传力度，推动健康技能培训和健康行为指导，因地制宜地开展重点人群健康干预计划，从而不断提升民族地区农村居民的健康素养水平。

【关键词】：民族地区；农村居民；健康素养

一、引言

建国初期，由于错综复杂的国外形势和落后的经济文化状况，我国居民人均预期寿命仅 35 岁。在经过几十年的调整振兴后，1990 年我国居民平均预期寿命上升至 68.55 岁^[1]，但与发达国家相比仍有较大差距。于是，上世纪 90 年代我国开始构建社会保障制度体系，1998 年建立了城镇职工基本医疗保险制度，2003 年又以农村居民为保障对象，建立了新型农村合作医疗保险制度，随后，2009 年又建立了城镇居民医疗保险制度，至此，我国医疗保险基本实现全覆盖。到 2010 年，我国居民人均预期寿命达 74.83 岁^[2]。尽管我国居民人均预期寿命不断上升，但由于医疗资源配置不平衡，优质医疗资源大多集中于城镇，而基层医疗机构设施简陋、人员不足。因此，2016 年 10 月中共中央、国务院印发并实施“健康中国 2030”规划纲要，强调以农村和基层为重点，缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异。提高民族地区居民健康素养，缩小其与全国居民平均水平的差距成为实现全民健康战略不可忽视的一部分。

1990 年至 2010 年的二十年间，我国居民健康水平明显提高，但是民族地区居民健康水平低于全国平均水平。1990 年、2000 年以及 2010 年全国居民平均预期寿命分别为 68.55 岁、71.40 岁和 74.83 岁^[3]。分省份来看，全国人均预期寿命最高的地区为

¹[收稿日期]：2017-12-18

[基金项目]：国家社会科学基金一般项目“健康扶贫导向的民族地区医疗保障体系优化策略研究（17BMZ080）、湖北民族地区经济社会发展研究中心招标课题“精准扶贫背景下民族地区社会保障制度建设研究”

上海，分别为 74.90 岁、78.14 岁和 80.26 岁^[4]。民族八省区居民人均预期寿命除广西壮族自治区略高于全国平均水平外，其他七个省区人均预期寿命在全国排名中均位于后十位，其中最低的为西藏自治区，相应年份的人均预期寿命分别为 59.64 岁、64.37 岁和 68.17 岁^[5]。因此，提升民族地区农村居民健康状况显得尤为迫切。

健康素养作为维护及提升国民健康状况的有力工具，其发展与研究在卫生保健系统和公共健康领域中备受瞩目。许多欧美国家则将健康素养纳入未来卫生保健策略的指标体系，而增强公众健康素养、促进公众自我健康管理意识更成为先进国家提升综合国力的战略共识。中国国家卫生健康委员会提出健康素养是个体获取、理解和处理基本的健康信息或服务，运用这些信息和服做出正确决策以维持和促进自身健康的能力。民族地区由于其特殊的文化背景，偏远的地理位置，落后的经济条件，其居民尤其是农村居民的健康素养能否跟上全国居民健康素养提升的步伐直接影响到全民健康这一战略目标的实现。

1974 年 Simonds 在国际健康教育大会上发表了《健康教育和社会政策》并正式提出“健康素养”这一概念，此后国内外专家学者对健康素养的研究层出不穷。国外健康素养的研究主要集中在三个方面。第一，从医学角度出发，侧重于医患关系对健康素养提升的研究（Parker, 2000^[6]；Nafradi et al., 2018^[7]）。第二，对特定病种患者的健康素养状况展开研究，如 Perry et al. (2017)^[8]、Cosic et al. (2017)^[9]及 Ghisi et al. (2018)^[10]分别对镰状细胞病青少年、低腰痛、冠状动脉疾病等患者的健康素养进行调查。第三，尝试利用现代技术进一步提高人们健康素养水平（Meppelink et al., 2017^[11]；Lke et al., 2017^[12]）。

国内学者对健康素养的研究尚处于起步阶段，在借鉴国外学者研究的基础上，主要从三个方面展开。一是从健康传播的角度对健康素养的提升展开调查（秦美婷，2011^[13]；邓胜利等，2017^[14]）。二是对特定群体健康素养的研究，如金伟等（2014）^[15]对餐饮从业人员健康素养的调查，毛涛等（2017）^[16]对江苏省小学教师健康素养状况及影响因素分析，许雅等（2011）^[17]进行的广东省高中生健康素养现状及影响因素调查。三是对特定病种患者健康素养状况的研究，如李春玉等（2012）^[18]、张庆华等（2014）^[19]、刘卓等（2018）^[20]分别对糖尿病、高血压、风湿性疾病患者的健康素养展开研究。这些研究对提升我国居民健康素养，践行“健康中国 2030 规则”具有重要参考价值。城乡之间、不同地区、不同群体的健康素养状况存在显著差异（姚宏文等，2016）^[21]。而已有研究大多以某个地区全体居民、特定职业、特定病种等人群为研究对象，虽然也有部分学者关注到了农村居民，但对民族地区农村居民健康素养的研究较少。由于民族地区经济、文化、习俗和生活方式等方面与其他地区有所不同，其农村居民健康素养水平如何？哪些因素影响了民族地区农村居民健康素养水平？本文试图对这些问题进行探讨。这些问题的回答，可以使相关政府部门准确了解民族地区农村居民的整体健康素养水平，为今后因地制宜地制定相应的健康促进政策提供决策参考。

二、数据来源与衡量指标

（一）数据来源

本文采用数据来源于 2016 年 7 月和 2017 年 8 月课题组成员对湖北省恩施土家族苗族自治州农村居民的入户调查。恩施土家族苗族自治州居住有土家族、苗族、侗族、汉族、回族、蒙古族等 29 个民族，属于中部地区典型的扶贫开发重点区域——武陵山连片特殊困难地区，其所辖两市六县均为国家级贫困县，占湖北省国家级贫困县总数的 32%。截至 2016 年底，该州农村建档立卡贫困人口为 28.71 万户，共计 91.3 万人，是武陵山区扶贫攻坚的主战场^[22]。本次调查采取多阶段分层整群随机抽样的方法，抽取鹤峰县和建始县，每个县抽取 2~3 个乡镇，每个乡镇抽取 2~3 个村，每个村抽取 60 户。共发放 780 份调查问卷，回收有效问卷 730 份，回收率 93.6%。

在有效的 730 位调查对象中，男性占 43.29%、女性占 56.71%；受教育程度方面，小学及以下占 49.73%、初中占 29.04%、高中或中专占 16.03%、大专及以上学历占 5.20%；少数民族占 84.25%、汉族占 15.75%；家庭月收入低于 999 元的占 6.17%、1000~1999 元之间的占 25.48%、2000~4999 元之间的占 45.75%、5000~9999 元的占 18.49%、10000 元以上的占 4.11%；医务人员占

5.48%、非医务人员占 94.52%；参加社会医疗保险的人占 98.08%、没有参加社会医疗保险的人占 1.92%；已经安装宽带的人占 65.21%、没有安装宽带的人占 34.79%。

（二）健康素养衡量指标

本文采用的调查问卷是参照《全国居民健康素养监测调查问卷》，由课题组成员和相关专家共同研讨设计。在互联网时代，信息的传播更加便捷、快速，其作为一个新的信息传播渠道，为民众提供了收集信息、表达自我、舆论监督的平台，其可能会对居民健康知识的获得、健康技能的培养及健康行为的形成产生一定的影响。因此，本研究在原问卷的基础上新增是否安装宽带作为外部环境变量之一。本研究将民族地区农村居民健康素养分为健康知识、健康技能、健康行为和整体健康素养四大指标。其中，健康知识是健康行为的基础，只有拥有一定的健康知识储备才能使我们尽早的发现疾病线索和健康隐患，从而有效预防疾病、维护健康。这一指标由 18 个题目组成，具体包括科学健康观、传染病预防、基本医疗知识等方面的问题。民族地区农村居民答对 80%的健康知识问题则视为知晓健康知识，否则被认为健康知识不知晓。健康技能是个人识别、管理危害健康的因素、保护及促进自身健康所需要运用的技术、方法、能力及素质。这一指标由 4 个题目组成，具体包括安全与急救方面的技能。民族地区农村居民答对 80%的健康技能问题则视为具备健康技能，否则被认为不具备健康技能。健康行为是指个体通过改变自身危险的生活方式和行为所采取的健康措施，从而达到维护自身健康、预防疾病的目的。这一指标由 14 个题目组成，具体包括常规检查、饮食健康以及生活习惯方面的问题。民族地区农村居民答对 80%的健康行为问题则视为健康行为形成，否则被认为健康行为未形成。民族地区农村居民答对所有题目的 80%则视为具备整体健康素养，否则被认为不具备整体健康素养。

三、民族地区农村居民健康素养现状

（一）民族地区农村居民健康知识知晓状况

健康知识 18 道题目中，答对 14 道题目即可视为健康知识知晓，此次调查地区农村居民健康知识知晓的人数为 79 人，占比 10.82%，而 2013 年中国居民健康素养监测报告中显示全国农村居民健康知晓水平为 15.98%^[23]，2016 年中国居民健康知识知晓水平为 24.00%^[24]。本次问卷中，健康知识模块答对率排在前三位的是“身体越胖越健康吗？”、“身体好的人不需要注意健康问题吗？”和“肺结核病人可以享受免费抗结核药物治疗吗？”，答对率分别为 94.44%、89.93%和 85.07%。答对率排在后三位的题目是“蟑螂能传播什么疾病？”、“苍蝇能传播什么疾病？”和“您认为被动吸烟会引发哪些疾病？”，答对率分别为 12.15%、1.73%、0.69%。

调查发现，民族地区农村居民对于科学健康观方面的题目答对率较高。表明其在提升健康意识方面已经得到了足够的重视，这是我国不断加强健康知识宣传和教育所取得的成效。但需要指出的是，民族地区农村居民关于被动吸烟的后果及各类害虫传播的疾病缺乏了解。这类问题的正确认知不仅与民族地区农村居民有关，也与当地医疗卫生部门工作的开展情况紧密相连，应继续通过传播、教育等策略，不断促进民族地区农村居民深入学习、拓宽健康知识面。

（二）民族地区农村居民健康技能具备状况

健康技能方面的题目共 4 道，答对 3 道题目即可视为具备健康技能。本次调查中，具备健康技能的人数为 53 人，健康技能水平为 7.26%。而中国健康教育中心研究显示，全国 2013 年农村地区居民健康技能水平为 9.62%^[25]，2016 年中国居民健康技能水平为 15.57%^[26]。健康技能的 4 道题目分别是“需要紧急医疗救助时应拨打什么电话？”、“是否会测量体温？”、“发生火灾时应怎么做？”以及“药盒上的 OTC 是什么含义？”，其答对率分别为 88.19%、84.72%、51.04%以及 11.11%。

关于医疗急救以及医疗生活常识的具备率较高，均达 80%以上，但“药盒上 OTC 的含义”等医学专业知识技能具备率较低，其原因可能是由于民族地区农村居民受教育程度整体较低，对英文等语言性要求较高的医药常识了解不足。总体上看，民族地

区农村居民健康技能具备水平低于健康知识知晓水平，与全国农村居民健康技能具备水平相比仍偏低。

（三）民族地区农村居民健康行为形成状况

健康行为方面共涉及 14 道题目，答对 11 道题 0 即可视为健康行为形成。答对健康形成题目 11 道及以上共有 32 人，占比 4.38%，而 2013 年全国农村居民健康行为水平是 6.35%^[27]，2016 年中国居民健康行为水平是 9.79%^[28]。健康行为题目中答对率最高的是“关于驾车，您同意以下哪个说法？”，排在第二位的是“关于保质期的说法，您认为正确的是？”，排在第三位的是“您是否能做到不与他人共用毛巾？”，答对率分别为 97.92%、97.22%和 91.67%。答对率排在后三位的题目是“为预防高血压，一般成年人每天吃盐不能超过多少克？”、“您认为妇女怀孕后至少要进行几次孕期检查？”和“成年男性一天饮用酒的酒精量不能超过多少？”，答对率分别为 25.35%、12.85%和 5.21%。根据以上分析可以看出健康行为的答对率差异较大，最高为 97.92%，最低仅为 5.21%。

从常规检查方面来看，调查结果显示过去一年内参加过健康体检的人数约占 63.54%，大部分民族地区农村居民知道应该体检，但能坚持每年体检一次的人数不多。这不仅与民族地区农村居民健康管理意识较薄弱有关，更与预防保健性体检资源的可获得性有关。人的健康状况是动态的，只有定期进行全面体检，才能便于民族地区农村居民及时掌握自身健康状况，早期发现疾病线索和健康隐患，最终达到预防疾病，促进身心健康的作用。同时，对妇女怀孕后至少需进行 5 次孕期检查的掌握度不高。在后期建设过程中，可以开发更多的体检下乡项目，让民族地区农村居民获取更多更好的体检资源。

从饮食健康方面来看，调查结果显示民族地区农村居民对成年男性一天饮用酒的酒精量不能超过半两的了解不足。导致这种状况的原因，一方面因为健康教育精准宣传覆盖面不够广，另一方面“每天健康二两酒”等信息误导了农村居民。每天吃盐不能超过 6 克的掌握度也不高，民族地区农村居民普遍知道需要减少用盐量，但对于具体的克度了解不足。相关部门应采用更为规范、精确的方式逐渐培养农村居民健康行为的养成。32.30%的农村居民表示生、熟菜应该使用不同的刀具及砧板，而这类居民中的大部分虽知道应该分开使用，但均认为在日常生活中无需如此讲究。

从生活习惯方面来看，调查结果显示由于经济的发展以及社会的进步，90%以上的民族地区农村居民可以做到不与别人共用毛巾，而早晚刷牙的完成度仅 68.75%。由此可见，健康生活方式的养成是一个循序渐进、由浅入深的过程。

（四）民族地区农村居民整体健康素养具备状况

世界卫生组织指出健康素养所代表的认知和社会技能决定了个体具有动机和能力去获取、理解和运用信息，并可以通过这些方式促进和维持健康。此次调查结果显示，民族地区农村居民整体健康素养具备水平为 3.84%。而 2013 年中国农村居民整体健康素养具备水平为 6.92%^[29]，2016 年全国居民整体健康素养具备水平为 11.58%^[30]。杨焕静等（2016）的研究显示天津市农村居民整体健康素养具备水平为 8.53%，健康知识、健康技能和健康行为这三个方面素养水平分别为 17.72%、11.93%、15.92%^[31]。胡军霞等（2016）的研究表明西安市农村居民整体健康素养具备水平为 4.40%，健康知识、健康技能和健康行为这三个方面素养水平分别为 10.8%、7.7%、6.3%^[32]。这表明民族地区农村居民的整体健康素养在全国平均水平之下，远低于经济发达区域，与西部地区比较接近。可能因为本次调查的地区是民族地区，属于中部经济欠发达地区，当地农村居民的受教育程度、经济状况、健康意识等都低于全国平均水平。由于受主、客观因素的作用，一个人拥有了健康知识并不代表其能及时地转化为健康技能及健康行为。因此在加强健康知识宣传教育的基础上还应该着力培养民族地区农村居民健康技能，促使其养成健康的行为习惯。

四、民族地区农村居民健康素养影响因素

（一）变量与模型选取

本文选取健康知识、健康技能、健康行为和整体健康素养为因变量，健康知识知晓、健康技能具备、健康行为形成和整体健康素养具备取值为1，健康知识不知晓、健康技能不具备、健康行为未形成和整体健康素养不具备取值为0。由于这些因变量是二分类变量，因此本文选择二元 Logistic 回归模型进行回归分析，具体方程为：

$$\text{Logistic}(p) = \text{Ln}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta X + \epsilon$$

方程中 P 表示健康知识知晓、健康行为形成、具备健康技能以及具备整体健康素养的概率，β 为待估计参数，X 为健康素养状况的解释变量，ε 为误差项。

影响健康素养的因素主要分为两类，一类是居民自身基本特征，包括个体特征及家庭特征；一类是居民所处的外部环境，如社会制度、基础设施设备和社会氛围等。已有研究主要偏重于个人因素和家庭禀赋对健康素养的影响，较少关注接触外部信息的途径、医疗卫生资源和社会保险制度等外部环境对健康素养的影响。因此，本文从个体特征、家庭禀赋和外部环境三个层面选取 9 个变量作为自变量。个体特征包括性别、年龄、受教育程度和民族四个变量，家庭禀赋包括家庭人口数和家庭月收入两个自变量，外部环境包括是否医务人员、是否参加社会医疗保险和是否安装宽带三个变量。民族地区农村居民健康素养影响因素的描述性统计见表 1 所示。

表 1 民族地区农村居民健康素养影响因素描述性统计

	变量名称	变量定义	均值	标准差
个体特征	性别	1=女；0=男	0.43	0.496
	年龄	受访者年龄	51.35	15.513
	受教育程度	1=小学及以下；2=初中；3=高中或中专；4=大专及以上	1.77	0.901
	民族	1=汉族；0=少数民族	0.16	0.365
家庭禀赋	家庭人口数	受访者家庭人口数	4.02	1.563
	家庭月收入	1=999 元以下；2=1000~1999 元；3=2000~4999 元；4=5000~9999 元；5=10000 元以上	2.89	0.916
外部环境	是否医务人员	1=是；0=否	0.05	0.228
	是否参加社会医疗保险	1=是；0=否	0.02	0.137
	是否安装宽带	1=是；0=否	0.65	0.477

（二）民族地区农村居民健康素养的影响因素回归分析

利用统计软件 SPSS24.0，对民族地区农村居民健康素养的影响因素进行 Logistic 回归分析，模型结果如表 2 所示。模型 I 描述的是民族地区农村居民健康知识知晓的影响因素回归分析结果。模型 II 描述的是民族地区农村居民具备健康技能的影响因素回归分析结果。模型 III 描述的是民族地区农村居民健康行为形成的影响因素回归分析结果。模型 IV 描述的是民族地区农村居民具备整体健康素养的影响因素回归分析结果。表 2 中四个模型的回归结果显示，性别、年龄、受教育程度、民族、家庭人口数、是否医务人员和是否安装宽带这七个自变量在统计学上显著，家庭月收入和是否参加社会医疗保险这两个自变量在统计学上不显著。

表2 影响健康素养具备情况的 Logistic 回归分析

变量分类	模型 I		模型 ii		模型 in		整体模型 IV	
	B	Sig	B	Sig	B	Sig	B	Sig
女性	0.628**	0.033	0.553	0.117	-0.030	0.945	0.072	0.894
年龄	-0.005	0.689	-0.008	0.522	-0.017	0.315	-0.042**	0.047
初中	2.797***	0.000	18.006	0.992	1.874	0.084	15.298	0.993
高中/中专	2.913***	0.000	19.26	0.992	2.460**	0.028	17.115	0.993
大专及以上	2.978***	0.000	18.921	0.992	2.306*	0.068	16.722	0.993
汉族	0.093	0.800	-0.567	0.247	1.051**	0.033	-0.508	0.511
家庭人口数	-0.298**	0.017	-0.247	0.114	-0.248	0.211	-0.518*	0.067
1001-2000 元	17.571	0.997	0.08	0.947	15.625	0.998	14.671	0.998
2001-5000 元	17.928	0.997	-0.066	0.954	16.717	0.997	15.302	0.997
5001-10000 元	18.05	0.997	-0.176	0.882	16.674	0.997	15.827	0.997
1(8)00 元以上	17.565	0.997	-0.371	0.774	17.231	0.997	14.818	0.998
是医务人员	1.806***	0.000	1.639***	0.001	2.235***	0.000	2.791***	0.000
参加社会医疗保险	-19.26	0.998	-18.874	0.998	-18.293	0.998	-18.104	0.998
安装宽带	2.229***	0.000	18.228	0.993	17.396	0.994	16.789	0.993
	Chi-square=175.665 d. f. =14, Sig=0.000		Chi-square=158.390 d. f. =14, Sig=0.000		Chi-square=104.068 d. f. =14, Sig=0.000		Chi-square=136.443 d. f. =14, Sig=0.000	

注：*、**、***分别代表在 10%、5%和 1%置信水平上显著。

1. 性别对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 I 的回归结果表明，民族地区农村女性健康知识知晓的概率高于男性。性别的指数幂 $\text{Exp}(B)$ 的值为 1.874，表明在其他因素不变的情况下，民族地区农村女性健康知识知晓的发生比是男性的 1.874 倍。本次研究结果与姚宏文等（2016）^[33]对我国城乡居民健康素养的调查结果相同，即女性健康素养水平高于男性。这也符合中国传统文化，女性大多承担起照顾全家人营养和健康的责任（朱玲，2010）^[34]。为了家人的健康，女性更愿意主动去收集与健康有关的知识，并把这些知识运用到生活当中。

2. 年龄对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 IV 的回归结果显示，民族地区农村居民的年龄越大，其整体健康素养具备率越低。根据年龄的指数幂值，在其他因素不变的情况下，民族地区农村居民的年龄每增加十岁，其具备整体健康素养的发生比只有平均水平的 65.7%。这主要是因为，从生理学上来说，年轻人对新事物的理解接受能力、新技术的掌握运用能力以及新习惯的获取适应能力在一定程度上都优于年长者。

3. 受教育程度对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 I 和模型 III 的回归结果表明，受教育程度与民族地区农村居民健康知识知晓和健康行为形成有正相关关系，这一结果与赵忠（2006）^[35]的研究一致。民族地区农村居民受教育程度越高，知晓健康知识和形成健康行为的概率越高。这主要是因为，与受教育程度较低的人相比，受教育程度高的人不仅容易获取健康知识，而且也容易意识到不良生活方式对健康的负面影响，从而主动形成良好的生活方式。

4. 民族对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 III 的回归结果表明,汉族与少数民族农村居民的健康行为形成在统计学上存在显著差异,但在健康知识知晓、健康技能具备和整体健康素养方面的差异并不显著。导致这种现象的原因主要是,一方面由于少数民族农村居民依然还保留着一些本民族特有的生活习惯和文化习俗,而这些不同于汉族农村居民的生活方式直接导致其健康行为的差异,最终必然影响到健康行为的形成。恩施土家族苗族自治州是全国最大的土家族聚居区,这里的土家族居民大多居住在山地,主动参加体育锻炼的人较少,且吸烟的人数较多、烟龄较长(钱骏,2014)^[36]。而另一方面,由于少数民族和汉族农村居民长期聚居在一起,形成了相互交流、交往、交融的良好局面。他们在获取健康知识的途径等方面基本没有明显差异,因此,在健康知识知晓和健康技能具备方面没有显著差异。

5. 家庭人口数对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 I 和模型 IV 的回归结果表明,家庭人口数与健康知识知晓、整体健康素养水平呈负相关关系。根据家庭人口数的指数幂值,在其他因素不变的情况下,民族地区农村居民的家庭人口数每增加一人,其健康知识知晓和整体健康素养具备的发生比分别是平均水平的 74.2%和 59.6%。这一结果与李志新和李朗悦(2017)^[37]的研究结果基本一致。通常小型家庭,人均消费越高,经济压力相对较小(何兴强和史卫,2014)^[38],可以在满足基本生活需要的基础上追求更高质量更健康的生活方式,对家庭成员的健康关怀及监督较为容易,可以及时有效地进行健康知识的传播。

6. 是否医务人员对民族地区农村居民健康素养的影响

是否医务人员是民族地区农村居民健康素养的重要影响因素。在模型 I、模型 II、模型 III 和模型 IV 的回归结果中,是否医务人员这一因素在统计学上均显著。在其他因素不变的情况下,医务人员的健康知识知晓、健康技能具备、健康行为形成和整体健康素养具备的发生比都显著高于非医务人员。这主要是由于医务人员基本都接受过专业的医疗培训,掌握的医疗知识和技能明显多于非医务人员,对健康的关注度也高于非医务人员。因此,医务人员比非医务人员具有更高的健康素养水平。

7. 是否安装宽带对民族地区农村居民健康素养的影响

模型 I 的回归结果显示,是否安装宽带与民族地区农村居民健康知识知晓呈正相关关系。民族地区农村居民家中安装了宽带的健康知识知晓的发生比高于没有安装宽带的农村居民。随着信息时代的到来,互联网、多媒体等现代信息传播技术发展迅速,在提高民族地区农村居民健康素养方面起着重要作用。家中安装宽带可以使人们更便捷的获取更全面的健康知识,是提升民族地区农村居民健康素养水平的重要途径。

五、研究结论与政策建议

本文通过对湖北省恩施土家族苗族自治州 730 户农村居民进行入户调查,构建 Logistic 回归模型,分析了民族地区农村居民健康素养水平及其影响因素,得出以下结论。

第一,民族地区农村居民整体健康素养有待提高。本次调查结果显示,民族地区农村居民整体健康素养具备率为 3.84%。而 2013 年全国农村居民健康素养具备率为 6.92%,城市居民健康素养具备率为 13.80%^[39]。虽然全国居民健康素养水平稳步提升,从 2013 年的 9.48%增长到 2016 年的 11.58%^[40],但是与“健康中国 2030 规划纲要”提出的到 2030 年全国居民健康素养水平达到 30%的目标还有很远的距离。因此,提升民族地区农村居民健康素养水平显得尤为迫切。

第二,民族地区农村居民健康知识亟待转化为健康技能与健康行为。健康技能和健康行为是提升健康素养的重中之重,对

健康具有决定作用（王俊等，2012）^[41]。只有拥有了健康技能和正确的健康行为，才能减少各类疾病的发生，从而有效规避各类健康危险因素。此次调查结果显示民族地区农村居民健康技能具备率为7.26%，而健康行为形成率仅为4.38%，说明健康知识向健康技能，尤其是行为方面的转化仍需要进一步的提高。

第三，民族地区农村居民健康素养水平受个体特征、家庭禀赋和外部环境的影响。其中，女性、受教育程度较高者、医务人员和安装宽带的民族地区农村居民健康素养具备率较高，年龄和家庭人口数与民族地区农村居民健康素养呈负相关关系，家庭收入和是否参加社会医疗保险对民族地区农村居民健康素养的影响并不显著。

民族地区农村居民健康素养远低于全国居民健康素养平均水平，尤其是健康技能具备率与健康行为形成率明显滞后。因此结合民族地区特点，因地制宜地采取相应策略提升民族地区农村居民健康素养水平迫在眉睫。

第一，增强民族地区农村居民健康教育宣传、实施力度。组织专业的健康教育队伍进校园、进医院、进村庄，以浅显易懂的实施方式，使健康知识更容易被接受、更愿意被接受，从而增加民族地区农村居民的健康知识储备。严格实施医疗建档立卡工作，将健康管理的思想推广至生活管理、膳食管理、运动管理。多管齐下，促使民族地区农村居民整体健康素养不断提高。

第二，促进民族地区农村居民健康技能培训和健康生活方式的指导。相对而言，了解相关健康知识较为容易，掌握健康技能却并不简单，形成健康的行为最为不易。健康行为的形成是一个不断培养、循序渐进的过程。如何制定合宜的健康政策，让居民将健康知识应用到日常生活中，从内在动机上转变居民的健康意识和需求，是相关政府部门应重点考虑的问题。而政策实施的过程中，基层医疗机构起着预防、指导、监督等不容小觑的作用。基层医疗机构可利用电视、投影仪等设备，在工作时间循环播放常见病的日常护理小窍门、逃生技能视频等，让民族地区农村居民通过更多的途径了解并掌握健康技能。对不良的生活方式及时指导与干预，发展健康文化，培养民族地区农村居民良好的生活习惯。

第三，推动民族地区农村重点人群健康干预计划。针对健康素养水平较低的群体，如男性、受教育程度较低者、家庭人口数较多、非医务人员和未安装宽带的家庭等，加强健康科学指导，促使该人群自主学习健康知识、自觉关注健康状况、积极培养健康技能、自发参与全民健身，从而促进民族地区农村居民健康素养水平的逐步提高。

注 释：

[1][2][3]国家统计局，[http://data, stats, gov. cn/easyquery. htm? cn=C01.html](http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01.html).

[4][5]国家统计局，<http://data, stats, gov. cn/easyquery. htm? cn=E0103.html>.

[6]R., Parker. “Health Literacy: A challenge for A-merican Patients and Their Health Care Providers.” *Health Promotion International* 15, no.4 (2000) : 277-283.

[7]L., NMrAdi, NakamotOK., CsabaiM., Papp-Zipernovszky O. , and Schulz P. J. “An Empirical Test of the Health Empowerment Model: Does Patient Empowerment Moderate the Effect of Health Literacy on Health Status?” *Patient Education & Counseling* 101, no.3: 511-517.

[8]L., Perry E, Carter P. A., Becker H. A., Garcia A. A. , Mackert M., and Johnson K. E. “Health Literacy in Adolescents with Sickle Cell Disease.” *Center for Health Promotion Disease Prevention Research in Underserved Populations Conference*, 2017, 36, 191-196.

[9]F., Co sic.Kimmel L., and Edwards E. Health Literacy in Orthopedic Trauma Patients. *Journal of Orthopedic Trauma* 31, no.3 (2017) : 90-95 .

[10]G., Ghisi, Chaves G., Britto R. R., and P. Oh. "Health Literacy and Coronary Artery Disease: A Systematic Review." *Patient Education & Counseling* 101, no.2 (2018) : 177-184.

[11]S., Meppelink C., Jem V. W., Brosius A., and Smit E. G. "Dutch Health Websites and Their Ability to Inform People with Low Health Literacy." *Patient Education Counseling* 100, no.11 (2017) : 2012-2019.

[12]H., Lke, Ehlers L.H., and Hejlesen O.K. "The Long-term Effects of Using Telehomecare Technology on Functional Health Literacy: Results from a Randomized Trial." *Public Health* 150 (2017) : 43-50.

[13]秦美婷:《健康传播对提升国民健康素养的理论运用与实证分析——以新加坡为例》,《现代传播(中国传媒大学学报)》2011年第12期。

[14]邓胜利、付少雄、陈晓宇:《信息传播媒介对用户健康信息搜寻的影响研究——基于健康素养和信息检索能力的双重视角》,《情报科学》2017年第4期。

[15]金伟、余金明、顾沈兵:《上海市七宝地区餐饮从业人员健康素养与食品安全知识和行为的相关分析》,《上海交通大学学报(医学版)》2014年第12期。

[16]毛涛、曲晨、张风云、李小宁、郭海健:《江苏省小学教师健康素养状况及影响因素分析》,《中华疾病控制杂志》2017年第7期。

[17]许雅、叶小华、曾转萍:《广东高中生健康素养水平及相关分析》,《中国学校卫生》2011年第12期。

[18]李春玉、赵晓霜、Miyong Kim、全金玉、李春瑛、李彩福:《社区糖尿病患者疾病相关健康素养对血糖控制的影响》,《中华护理杂志》2012年第1期。

[19]张庆华、安群英、代亚丽、杨江艳、雷阳、张静平:《乌鲁木齐市社区高血压患者疾病相关健康素养现状及其影响因素分析》,《护理管理杂志》2014年第7期。

[20]刘卓、谢伦芳、项茹、杨艳、方兰:《风湿性疾病患者健康素养研究进展》,《中国全科医学》2018年第5期。

[21][33]姚宏文、石琦、李英华:《我国城乡居民健康素养现状及对策》,《人口研究》2016年第2期。

[22]姚虹,向运华:《少数民族地K社区居家养老服务的现实特征与需求探析》,《湖北民族学院学报(哲学社会科学版)》2017年第1期。

[23][25][27][29][39]《2013年中国居民健康素养监测报告》显示:2013年中国居民健康素养水平为9.48%。城市居民健康素养水平为13.80%,农村居民为6.92%。其中,农村居民基本知识和理念、基本技能和健康生活方式与行为的素养水平分别为15.98%、9.62%和7.75%。

[24] [26] [28] [30] [40] 2016 年我国居民健康素养监测结果发布显示：2016 年中国居民健康素养水平为 11.58%。其中，基本知识和理念素养水平为 24.00%，基本技能素养水平为 15.57%，健康生活方式与行为素养水平为 9.79%。

[31] 杨焕静、顾清、高皓宇、李学军、王刚、陈晨：《2012 年天津市农村 15~69 岁居民健康素养水平分析》，《中国健康教育》2016 年第 1 期。

[32] 胡军霞、唐红、李春燕、吴亚琼、焦顺鹏：《2013 年西安市农村居民健康素养现状及影响因素分析》，《中国健康教育》2016 年第 1 期。

[34] 朱玲：《青、甘、滇藏区农牧妇女健康问题的调查》，《管理世界》2010 年第 10 期。

[35] 赵忠：《我国农村人口的健康状况及影响因素》，《管理世界》2006 年第 3 期。

[36] 钱骏：《山地土家族体质特征及动态分析》，《湖北体育科技》2014 年第 11 期。

[37] 李志新、李朗悦：《2014 年四川咨居民健康素养现状及影响因素分析》，《预防医学情报杂志》2017 年第 10 期。

[38] 何兴强、史卫：《健康风险与城镇居民家庭消费》，《经济研究》2014 年第 5 期。

[41] 王俊、龚强、王威：《“老龄健康”的经济学研究》，《经济研究》2012 年第 1 期。