

多慢性病防治措施,注重饮食,自我保护意识强。而文化程度是糖尿病和肥胖的危险因素,这与国内外研究结果<sup>[4,7-8]</sup>一致。这可能因为较高文化程度者易找到高薪工作,生活水平高,油脂类摄入多,工作繁忙应酬多,缺乏锻炼,使其更容易发生糖尿病和肥胖。经常饮酒的人群患高血压病的可能性是不喝酒的 1.342 倍,患糖尿病的可能性是不喝酒的 1.412 倍。因此,应该加强健康宣教,建议居民养成良好的生活习惯,不酗酒,尤其是针对青少年,更要做好提前预防。家族史是糖尿病和高血压的共同危险因素,这与王良锋等<sup>[7]</sup>的研究结果一致,表明糖尿病和高血压的发病可能具有家族聚集性。应引起相关部门重视,尽早采取有效措施,减少疾病的发生。夷陵区移民的肥胖率高于非移民,可能由于移民人群失去土地,劳作方式发生改变,受当地环境气候影响,饮食习惯有所变化,身体各部分机能不能完全适应;此外,移民被迫离开家乡后心理因素的影响也不可忽视。

参考文献

[1] WHO Global Report. Preventing chronic diseases, a vital investment [R/OL]. WHO, 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_re](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/enhttp://www.who.int/chp/chronic_disease_re)

port/en/2005-10-5.  
 [2] 王陇德. 中国居民营养与健康状况调查报告之一 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 25-60.  
 [3] Matheson GO, Kluql M, Dvorak J, et al. Responsibility of sport and exercise medicine in preventing and managing chronic disease: applying our knowledge and skill is overdue [J]. British Journal of Sports Medicine, 2011(9): 205-228.  
 [4] Yang ZY, Yang Z, Zhu L, et al. Human behaviors determine health: strategic thoughts on the prevention of chronic non-communicable diseases in China [J]. International Society of Behavioral Medicine, 2011(10): 101-118.  
 [5] 中华人民共和国卫生部, 卫生部心血管病防治研究中心, 高血压联盟(中国). 中国高血压防治指南 [M]. 北京: 北京市卫生局, 2005: 37.  
 [6] 董忠, 李刚, 谢瑾, 等. 北京市成年人主要慢性病流行特征分析 [J]. 中国公共卫生, 2010, 26(3): 357-358.  
 [7] 王良锋, 王英, 张顺, 等. 上海静安区居民主要慢性病流行现状及其危险因素 [J]. 中国慢性病预防与控制杂志, 2008, 16(5): 501-502.  
 [8] 周海滨, 彭绩, 刘小立. 1997 年和 2009 年深圳居民糖尿病患病状况 [J]. 中华预防医学杂志, 2011, 9(45): 149-151.  
 [9] 王瑜, 张炎. 北京市农村居民高血压、糖尿病患病及认知调查 [J]. 中国公共卫生, 2011, 27(6): 787-788.  
 [10] 徐继英, 李新建, 姚海宏, 等. 上海市 15-69 岁人群超重和肥胖的流行病学特征分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2010, 18(5): 467-469.  
 [11] 柴本正. 农村慢性非传染性疾病防治工作现状与对策探讨 [J]. 中国民康医学, 2010, 4(22): 4.

收稿日期: 2011-12-04

(郭薇编辑 王奕校对)

• 流行病学研究 •

## 中国农村职业人群健康素养现状及影响因素分析\*

严丽萍, 魏南方, 安家傲, 王萍

**摘要:**目的 分析中国农村职业人群健康素养(adequate health literacy, AHL) 现状及主要影响因素, 为相关政策的制定提供依据。方法 2008 年 5—8 月, 采取多阶段分层随机抽样方法, 调查全国 31 个省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团(未含香港、澳门和台湾) 32 987 名农村 15~69 岁脑力劳动者、轻体力劳动者、农林牧副渔生产运输者和农民工的 AHL 水平。结果 调查地区农村职业人群具备 AHL 的比例为 3.98%, 其中脑力劳动者、轻体力劳动者、农林牧副渔和农民工分别为 16.90%、16.20%、2.14%、4.50%; 农村职业人群具备基本知识和理念、健康生活方式和行为、基本技能素养的人口比例分别是 10.14%、4.09%、13.05%; 具备科学健康观、传染病预防素养、慢性病预防素养、安全与急救素养、基本医疗素养的人口比例分别是 23.35%、11.35%、2.77%、12.33%、4.76%; logistic 回归模型发现, 对农村职业人群 AHL 影响因素从高到底依次为文化程度(OR = 0.497)、职业性质(OR = -0.222)、民族(OR = -0.175)、地域(OR = -0.167~0.071)、年龄(OR = -0.094)和婚姻状况(OR = 0.049); 文化程度越高、年龄越轻、汉族、已婚者 AHL 相对较高, 中部高于东部, 西部最低。结论 文化程度、职业性质、民族、地域、年龄、婚姻是我国农村职业人群 AHL 的主要影响因素, 应采取相应的干预措施, 改善农村居民 AHL 现状。

**关键词:** 农村职业人群; 健康素养; 影响因素

中图分类号: R 195

文献标志码: A

文章编号: 1001-0580(2012)07-0902-04

\* 基金项目: 卫生部中央补助地方烟草控制与健康素养监测项目(080105)

作者单位: 中国健康教育中心, 卫生部新闻宣传中心, 北京 110011

作者简介: 严丽萍(1979-) 女, 江苏扬州人, 副研究员, 博士, 主要从事健康教育与健康促进工作。

## Status and influencing factors of adequate health literacy among occupational populations in rural areas of China

YAN Li-ping, WEI Nan-fang, AN Jia-ao, et al (Chinese Center for Health Education, Health News Communication Center of Ministry of Health, Beijing 100011, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the adequate health literacy (AHL) status and to analyze its influencing factors in rural occupational populations in China, and to provide scientific evidence for developing intervention strategies of health literacy. **Methods** The investigation covered 32 987 workers in rural areas aged 15–69 years selected from all provinces, autonomous regions and municipalities of mainland China with multistage stratified random sampling method. A face-to-face questionnaire survey was conducted among the workers. **Results** The proportion of adequate health literacy (PAHL) among the rural workers was 3.98%. The proportion of the workers with AHL in mental, light physical labor, agriculture workers and farmers was 16.90%, 16.20%, 2.14%, and 4.50% respectively. The proportion of AHL for health concept and knowledge, lifestyle and behavior, and related skills among the workers was 10.14%, 4.09%, and 13.05% respectively. In addition, the proportion of AHL was 23.35%, 11.35%, 2.77%, 12.33%, and 4.76% respectively for the following health issues: attitude towards health, safety and first aid, infectious diseases prevention, basic medical care and chronic non-communicable diseases prevention. logistic regression analysis results indicated that education (odds ratio [OR] = 0.497), occupation (OR = -0.222), nationality (OR = -0.175), region (OR = -0.167 - 0.071), age (OR = -0.094), and marriage (OR = 0.049) were important influencing factors of AHL level in rural occupational populations. The educational level was positively correlated with the proportion of PAHL. PAHL was lower among elder people and the minority. The PAHL in the workers in central China was higher than that in the eastern China and PAHL was lowest in the workers of the Western. **Conclusion** Education, occupation, nationality, region, age, and marriage are important influence factors of health literacy and special intervention measures should be focused on these factors to improve health literacy among the rural occupational populations.

**Key words:** rural resident; health literacy; influencing factor

中国是一个农业大国,改善农村居民的健康状况一直是医改的重点。健康素养(adequate health literacy, AHL)指个人获取和理解基本健康信息和服务,并运用这些信息和服务做出正确判断,以维护和促进自身健康的能力<sup>[1]</sup>。提高居民 AHL 水平,对改善健康公平、落实医改政策均有重要意义。2008 年首次中国居民 AHL 调查发现,中国农村居民的 AHL 水平明显低于城市居民<sup>[2]</sup>。为制定有针对性的干预措施,本研究进一步分析农村不同职业人群的 AHL 水平及其影响因素,现将结果报告如下。

### 1 对象与方法

1.1 对象 中国 31 个省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团(不含香港、澳门和台湾) 15~69 岁农村职业人群。采取多阶段分层随机抽样方法,每省随机选择 3 个样本县(全国 96 个县),每个样本县随机抽取 2 个乡镇,每个样本乡镇中随机抽取 1 个行政村,每个村随机抽取约 60 户家庭,该家庭户符合要求的人口均参与调查。农村职业人群指在调查前 1 年内,在调查地区连续居住并生活 6 个月及以上的职业人群,包括脑力劳动、轻体力劳动、农林牧副渔、农民工 4 类。

1.2 方法 现场调查于 2008 年 5—8 月实施,由经过培训的调查员采用面对面询问方式收集资料。问卷根据《中国公民健康素养—基本知识与技能》公告<sup>[1]</sup>的主要内容制定,预调查后确定问卷的维度。包括健康知识和理念、健康生活方式与行为以及健

康技能共 3 个方面的 AHL,其中核心问题 71 个,覆盖科学健康观、传染病预防、慢性非传染性疾病预防、安全与急救和基本医疗、母婴保健、个人卫生等内容。正确回答  $\geq 80\%$  AHL 问题者视为具备 AHL。

1.3 统计分析 数据双录入,采用 SPSS 17.0 统计软件进行单因素分析和 logistic 回归分析,检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

### 2 结果

2.1 人口学特征(表 1) 共调查农村职业人群 32 987 人,其中脑力劳动者 290 人(0.88%)、轻体力劳动者 3 217 人(9.75%)、从事农林牧副渔职业 24 681 人(74.82%)、农民工 4 799 人(14.55%)。男女比例 0.965:1,平均年龄(43.04  $\pm$  12.73)岁,初中及以下学历 87.82%(28 969/32 987)。

2.2 农村职业人群 AHL 水平(表 1) 调查地区农村职业人群具备 AHL 的比例为 3.98%(1 314/32 987),其中脑力劳动者、轻体力劳动者、农林牧副渔和农民工分别为 16.90%(49/290)、16.20%(521/3 217)、2.14%(528/24 681)、4.50%(216/4 799)。不同职业性质的农村居民 AHL 差异较大,脑力劳动者最高,其次是轻体力劳动者,农林牧副渔和农民工 AHL 最低。单因素分析发现,性别、年龄、文化程度等均对中国农村职业人群 AHL 产生一定影响。脑力和轻体力劳动者中,女性 AHL 水平高于男性,重体力劳动者(农林牧副渔和农民工)则相反。25~34 岁年龄组 AHL 水平高于其他年龄组。

受教育程度越高,具备 AHL 的比例也越高,不识字 或识字很少者 AHL 最低。

表 1 调查对象人口学特征和具备 AHL 人口比例

特征	脑力劳动		轻体力劳动		农林牧副渔		农民工		$\chi^2$ 值	P 值
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
性别									18.17	0.000
男性	203	15.27	1 760	15.80	11 607	2.46	2 630	4.79		
女性	87	20.69	1 457	16.68	13 074	1.85	2 169	4.15		
年龄(岁)									357.50	0.000
15~24	18	11.11	471	13.59	1 682	3.27	475	2.32		
25~34	64	20.31	1 147	19.70	3 968	3.63	1 045	6.79		
35~44	99	20.20	882	16.89	6 766	2.59	1 454	5.23		
45~54	70	14.29	508	12.20	6 059	1.72	1 021	3.53		
55~64	34	8.82	181	9.39	4 786	0.77	668	2.99		
65~69	5	20.00	28	10.71	1 420	0.92	136	1.47		
文化程度									2 416.44	0.000
文盲	18	5.56	72	0.00	5 154	0.35	604	0.17		
小学	38	7.89	289	4.15	8 477	0.80	1 329	1.96		
初中	60	6.67	1 262	7.92	9 337	2.96	2 329	5.62		
高中/职高/中专	84	15.48	1 015	22.96	1 600	9.69	493	10.95		
大专/本科	90	31.11	579	30.40	106	10.38	44	9.09		
硕士及以上	0	0.00	0	0.00	7	0.00	0	0.00		
合计	290	16.90	3 217	16.20	24 681	2.14	4 799	4.50		

2.3 农村职业人群各类 AHL 水平(表 2) 农村职业人群具备基本知识和理念、健康生活方式和行为、基本技能素养的人口比例分别是 10.14% (3 344/32 987)、4.09% (1 350/32 987)、13.05% (4 304/32 987)。具备科学健康观、传染病预防素养、慢性病预防素养、安全与急救素养、基本医疗素养的人口比例分别是 23.35% (7 702/32 987)、11.35% (3 743/32 987)、2.77% (915/32 987)、12.33% (4 067/32 987)、4.76% (1 569/32 987)。

表 2 农村职业人群各类 AHL 水平(AHL%)

AHL	脑力劳动(290人)		轻体力劳动(3 217人)		农林牧副渔(24 681人)		农民工(4 799人)		$\chi^2$ 值	P 值
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
AHL	49	16.90	521	16.20	528	2.14	216	4.50	1 603.58	0.000
AHL3 个方面										
基本知识和理念	94	32.41	1 033	32.11	1 653	6.70	564	11.75	2 197.36	0.000
健康生活方式和行为	35	12.07	411	12.78	641	2.60	263	5.48	829.16	0.000
基本技能	96	33.10	972	30.21	2 519	10.21	717	14.94	1 129.26	0.000
AHL5 个基本内容										
科学健康观	137	47.24	1 478	45.94	4 840	19.61	1 247	25.98	1 221.54	0.000
传染病预防素养	85	29.31	932	28.97	2 157	8.74	569	11.86	1 254.41	0.000
慢性病预防素养	21	7.24	231	7.18	486	1.97	177	3.69	327.25	0.000
安全与急救素养	94	32.41	1 054	32.76	2 154	8.73	765	15.94	1 705.11	0.000
基本医疗素养	38	13.10	460	14.30	815	3.30	256	5.33	810.02	0.000

2.4 农村职业人群 AHL 影响因素分析(表 3) 标准化回归系数后,对农村职业人群 AHL 影响因素从高到底依次为文化程度、职业性质、民族、地域、年龄、婚姻。文化程度越高,AHL 水平越高;在农村从事农林牧副渔以及在城镇从事农民工职业人群的

AHL 水平低于在农村地区从事脑力及体力工作者;随着年龄增加,AHL 水平降低;少数民族低于汉族;已婚者高于未婚者。性别、家庭规模、家庭经济水平不是农村职业人群 AHL 的影响因素。

表 3 农业居民 AHL 影响因素 logistic 回归分析

自变量	参照组	$\beta$	$S_x$	Wald $\chi^2$ 值	P 值	OR 值	95% CI
地区							
中部	东部	0.152	0.069	4.873	0.027	1.165	1.017 ~ 1.333
西部		-0.359	0.082	19.063	0.000	0.698	0.594 ~ 0.821
年龄		-0.013	0.003	18.544	0.000	0.987	0.981 ~ 0.993
文化程度	文盲	0.926	0.039	571.541	0.000	2.524	2.340 ~ 2.723
职业性质							
轻体力劳动	脑力劳动	0.225	0.181	1.550	0.213	1.253	0.879 ~ 1.786
农林牧副渔		-0.764	0.186	16.955	0.000	0.466	0.324 ~ 0.670
农民工		-0.327	0.193	2.886	0.089	0.721	0.494 ~ 1.052
民族	汉族	-0.855	0.135	40.037	0.000	0.425	0.326 ~ 0.554
婚姻	单身	0.285	0.101	7.946	0.005	1.330	1.091 ~ 1.622
常数项		-5.045	0.291	300.166	0.000	0.006	

### 3 讨论

AHL 是健康的重要决定因素之一,可通过服务可及性、患者与服务提供方之间的互动以及自我保健能力等关键点影响健康结局<sup>[3]</sup>。AHL 的公共卫生视角<sup>[3-5]</sup>将 AHL 视作个体的能力,认为 AHL 能促进人们更好地控制自身健康和改善个体、社会和环境健康决定因素的能力,是健康教育和健康传播的结果。美国 AHL 涉及临床、预防和健康服务指导三个领域<sup>[6-7]</sup>。澳大利亚则包括健康促进、健康保护、疾病预防、健康保健和维护、卫生服务 5 类健康活动。中国的 AHL 理论体系不仅包含了公共领域的关键主题,还包含基本的医疗技能。AHL 与社会、经济、文化等因素相互作用,受到来自个体、社区以及医疗系统等多方面的影响。美国数据表明,年龄、文化程度、地理位置、种族等人口学特征是 AHL 的重要影响因素<sup>[8]</sup>。中国各省健康城乡居民 AHL 调查数据也支持该结论<sup>[9-11]</sup>。个体的基本文化素养、亲友支持、沟通能力、健康知识以及获取健康信息的难易程度都会影响到个人的 AHL,自卑、低自我效能以及恐惧都会导致低水平的 AHL<sup>[12]</sup>。

中国农村人口占总人口的 50.32%<sup>[13]</sup>,中国农民工总数达 2.3 亿人,在制造业、建筑业和服务业等行业中发挥重要作用<sup>[14]</sup>。农村居民显著的特点是文化层次相对较低,调查对象中小学及以下文化程度者接近 50%。本调查结果表明,受教育程度是影响居民 AHL 的重要因素,文化程度不仅影响农村居民理解掌握健康知识,还妨碍其主动获取健康知识的能力;不同职业性质的农村居民 AHL 差异较大,由于职业特点,从事脑力和轻体力劳动的居民获取健康知识的机会可能多于重体力劳动者,其分析、理解、掌握健康知识并主动获取知识来改善自身健康的能力要强于体力劳动者;农民工 AHL 水平处于极低的状态,他们获取健康知识并改善健康的能力远

弱于一般人群。

农村居民 AHL 的影响因素包括文化程度、职业特点和年龄等,提高农民居民的 AHL 水平对落实医改公共卫生均等化政策、改善农村健康状况都至关重要。政府、专业机构和社会各界需要着力于提高农村居民的健康信息可及性,促进农村居民的 AHL 的提高。

#### 参考文献

- [1] 卫生部. 健康 66 条 - 中国公民健康素养读本[M]. 北京: 人民卫生出版社 2008: 3-4.
- [2] 王萍, 毛群安, 陶茂萱, 等. 2008 年中国居民健康素养现状调查[J]. 中国健康教育 2010 26(4): 243-246.
- [3] Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients[J]. British Medical Journal 2007 335(7609): 24-27.
- [4] Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through ante-natal education: an exploratory study[J]. Health Promotion International 2001 16(4): 381-388.
- [5] Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go[J]. Canadian Journal of Public Health 2005 96: S62-S67.
- [6] Baker DW. The meaning and measure of health literacy[J]. Journal of General Internal Medicine 2006 21: 878-883.
- [7] Rudd RE. Health literacy skills of US adults[J]. American Journal of Health Behaviour 2007 31: S8-S18.
- [8] Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, et al. Developing predictive models of health literacy[J]. J Gen Intern Med. 2009 24(11): 1211-1216.
- [9] 李小宁, 郭海健, 黄明豪, 等. 江苏省城乡居民健康素养水平分析[J]. 中国公共卫生 2011 27(5): 666-667.
- [10] 洪源浩, 严延生, 管纪惠, 等. 福建省城乡居民健康素养状况调查[J]. 中国公共卫生 2011 27(5): 668-669.
- [11] 汤捷, 苏胜华, 刘贵浩, 等. 广东省城乡居民健康素养状况及影响因素分析[J]. 中国公共卫生 2011 27(3): 376-377.
- [12] Parker R, Kreps GL. Library outreach: overcoming health literacy challenges[J]. Journal of the Medical Library Association 2005, 93(Suppl. 4): S81-S85.
- [13] 中华人民共和国国家统计局. 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报[EB/OL]. [2011-04-28]. [http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110428\\_402722232.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110428_402722232.htm).
- [14] 中华人民共和国国家统计局. 2009 年农民工监测调查报告[EB/OL]. [2010-03-19]. [http://www.stats.gov.cn/tjfx/fx-bg/t20100319\\_402628281.htm](http://www.stats.gov.cn/tjfx/fx-bg/t20100319_402628281.htm).

收稿日期: 2011-09-26

(韩仰欢编辑 王奕校对)