

2021 年寻甸县居民健康素养 监测调查报告

寻甸县疾病预防控制中心

2022 年 7 月

2021年寻甸县居民健康素养监测调查报告

目 录

一、监测方法和内容	3
(一) 监测对象.....	3
(二) 抽样原则.....	3
(三) 监测点数量与城乡比例.....	3
(四) 样本量估计.....	3
(五) 样本抽取方法及步骤.....	4
(六) 监测内容.....	4
(七) 现场调查.....	5
(八) 数据收集与统计分析.....	5
(九) 监测结果的应用.....	6
二、质量控制	6
(一) 调查前质量控制.....	6
(二) 调查阶段质量控制.....	6
(三) 调查后质量控制.....	7
(四) 数据处理分析阶段质量控制.....	7
三、主要结果	7
(一) 调查对象的基本情况.....	7
(二) 寻甸县居民健康素养水平情况.....	10
四、结果与分析	16
(一) 全县总体健康素养水平呈持续增长趋势, 但仍有提升空间.....	16
(二) 居民健康知识素养水平与健康行为素养实践转化存在距离.....	16
(三) 科学健康观和安全急救意识已初步形成, 医疗疾病相关素养亟待提升.....	17
(四) 文化程度低、老年人、工人群体健康素养水平有待提高.....	18
五、建议	19
(一) 落实“将健康融入所有政策”策略.....	19
(二) 普及“健康教育先行”的观念, 大力开展全民健康素养促进行动.....	19
(三) 积极探索健康教育形式, 加强重点地区、重点人群、重点领域健康教育与健康促进工作.....	20
(四) 强化健康知识基础, 关注健康行为转变.....	21
(五) 持续开展规范、科学的健康素养监测工作.....	21

2021 年寻甸县居民健康素养监测调查报告

没有全民健康，就没有全面小康。实现全民健康不仅需要政府不断地完善健康服务体系，同时，作为健康第一责任人的个人也应该积极参与对自身健康的维护和促进。健康素养是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决策，以维护和促进自身健康的能力。提升居民健康素养，是促进人民群众健康生活方式形成、改善人民群众健康状况的重要策略和措施，也是健康中国建设的重要抓手和先导工作。

世界卫生组织指出，提高公众健康素养是公共卫生领域的当务之急，提升健康素养有助于减少健康不公平，降低社会成本。2012 年，中央补助地方健康素养促进行动项目在国家财政部正式立项，健康素养监测是其工作内容之一，标志着健康素养监测工作步入常态化、规范化发展的轨道。同年，“居民健康素养水平”指标纳入《国家基本公共服务体系建设“十二五”规划》和《卫生事业发展“十二五”规划》，成为衡量国家基本公共服务水平和人民群众健康水平的重要指标之一，这对于提升全民健康素养水平起到了积极的推动作用。

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神和《“健康中国 2030”规划纲要》、《关于加强健康促进与教育的指导意见》、《“十三五”全国健康促进与教育工作规划》有关要求，及云南省委、省政府出台的《“健康云南 2030”规划纲要》和《云南省“十三五”卫生与健康规划》中提出的“健康素养水平持续提高，达到全国平均水平”、“健全覆盖全省的健康素养和生活方式监测体系”的相关要求，进一步提升城乡居民健康素养水平。寻甸县在昆明市开展的城乡居民健康素养监测的基础上，结合寻甸县实际情况，扩大监测范围，提高样本数量，获得持续稳定的全县城乡居民的健康素养水平数据。本次开展的居民健康素养水平监测将在全县辖区内 3 个（街道）6 个乡镇进行。调查结果如下。

一、监测方法和内容

（一）监测对象

随机抽取寻甸县非集体居住的 15~69 岁常住人口，不包括集体居住于军事基地、医院、监狱、养老院、宿舍等地点的居民。

常住人口是指过去 12 个月内在当地居住时间累计超过 6 个月的居民，不考虑是否具有当地户籍。

（二）抽样原则

1. 综合考虑经济社会发展状况、人口构成、地理分布等因素，以乡镇进行分层，考虑监测点和监测样本具有全县及（街道）镇代表性。

2. 考虑可行性及经济有效性，采用分层多阶段、PPS、整群抽样相结合的方法。

3. 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 名符合条件的家庭成员。

（三）监测点数量与城乡比例

根据寻甸县行政区划的情况，本次健康素养监测仍然以乡镇（街道）为监测点。根据各乡镇（街道）人口数量、人口比例及满足调查的样本要求等因素确定各乡镇（街道）监测点数量。对照昆明市要求，结合寻甸县实际情况，每个（街道）视为城市监测点；乡镇下辖的所有村（居）委会均视为农村监测点。各乡镇（街道）监测点比例按照 2021 年度各乡镇（街道）人口比进行分配。

（四）样本量估计

以 2020 年昆明市居民健康素养水平 26.7% 为 p 值，允许相对误差取值为 10%，允许绝对误差 $\delta = 26.7\% \times 10\% = 0.0267$ ， $u_{\alpha} = 1.96$ ， $deff = 1.2$ ，根

据公式：
$$N = \frac{u_{\alpha}^2 \times p(1-p)}{\delta^2} \times deff$$
，计算出每层最小样本量 $N = 1266$ 。

考虑无效问卷和拒访率，实际抽样样本量扩大 10%。计算得到样本量 $= 1266 \times (1+5\%) \approx 1400$ 人。

（五）样本抽取方法及步骤

1. 抽样方法

采用分层多阶段随机抽样方法，每个监测街道抽取4个社区居委会（村），每个监测乡镇（街道）抽取2个社区居委会（村），每个社区居委会（村）抽取70个家庭户，每个家庭户抽取1名15~69岁常住人口作为调查对象，每个社区居委会（村）完成50份调查为止。如果抽中的居委会未能满足样本量，则在选中的居委会继续抽取满足条件的调查对象，最终每个监测乡镇（街道）至少调查160人。全县计划调查1400人。

2. 抽样步骤

采用分层多阶段整群随机抽样方法，共分为四个阶段，各阶段具体抽样方法如下：

第一阶段抽样：监测乡镇（街道）抽样：全县共9个乡镇（街道），均为监测乡镇（街道）。

第二阶段抽样：监测社区居委会（村）抽样：以乡镇（街道）为单位，收集监测乡镇（街道）辖区内的社区居委会（村）名称及家庭户总数信息上报至县级。由县级采用与人口规模成比例的整群抽样方法（PPS法），在每个监测乡镇中随机抽取相应监测社区居委会（村）。

第三阶段抽样：以乡镇（街道）为单位，收集各抽中的社区居委会（村）家庭户信息（家庭户列表）并上报至县级，由县级在每个社区居委会（村）家庭户信息（家庭户列表）内随机抽取70个家庭户。

第四阶段抽样：调查员在每个抽中的家庭户内，收集家庭成员信息，按照KISH表方法随机抽取15~69岁常住人口1人开展调查，直到该社区居委会（村）在抽取的70个家庭户内完成50份调查为止。

（六）监测内容

1. 监测问卷

采用2021年《全国居民健康素养监测调查问卷》，了解调查对象的健康素养水平，主要内容包括基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、健康技能3个方面。

2. 判定标准

(1) 回答正确的判断标准

判断题、单选题回答正确计 1 分，错误计 0 分；多选题回答选项与正确答案完全一致计 2 分，错选、漏选计 0 分；情景题共 3 个单选题和 1 个多选题，判分标准与单选题、多选题一致。未做出回答的题目，一律计 0 分。

(2) 具备某种素养的判定标准

判定具备基本健康素养的标准：问卷得分达到总分 80%及以上者判定为具备基本健康素养。

判定具备某方面健康素养的标准：以考察某方面素养所有题目的分值之和为总分，实际得分达到该总分 80%及以上者判定为具备该方面的健康素养。

(七) 现场调查

现况调查，采用入户调查方式，问卷由调查对象自填完成，如调查对象不能独立完成填写，则采用面对面询问方式调查。

各乡镇（街道）承担现场调查的工作任务，负责组建现场调查工作组，制定现场调查工作方案，同时，要积极协调各级各部门，做好监测的宣传动员工作，确保现场调查工作顺利实施。现场调查前确定各监测点现场调查的负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员等现场工作责任人，明确工作职责及任务分工。

现场调查工作组要制定调查工作时间表，准备调查所需用品，携带调查方案和问卷，打印调查对象名单，按计划按要求保质保量完成现场入户调查工作。

(八) 数据收集与统计分析

现场调查完成后，各乡镇（街道）对本地全部原始调查问卷进行收集汇总，并组织人员进行乡镇（街道）级数据质控和问卷审核。质量不合格的问卷，由各监测点进行落实修改或重新调查。各乡镇（街道）在保证原

始问卷数量和质量达标的前提，将本地的全部原始问卷登记填表，并上报至县级。

县级组织人员对各乡镇（街道）上报的全部原始问卷进行再次数据质控和问卷审核，修改落实或删除不合格问卷。审核合格后，按要求将数量达标的原始数据双录入数据库，并进行清理核对。最后，将核对后的数据库统一上报至寻甸县疾病预防控制中心。

同时，县级负责用国家统一方法对全县的数据进行统计分析，根据调查结果，撰写 2021 年寻甸县健康素养监测报告。

（九）监测结果的应用

1. 以全县 3 个（街道）与 6 个乡镇监测乡镇的健康素养水平代表全县水平。

2. 全县的监测结果，由县卫生健康局向社会公开发布。

3. 全县的监测结果，用于本年度的各类工作考核。

4. 全县监测结果数据用于科研课题研究与应用。

二、质量控制

（一）调查前质量控制。

严格遵循指定的抽样方法完成逐级抽样，直至抽取调查对象。使用全省统一的监测方案和操作手册对 9 个乡镇（街道）进行培训，其他乡镇参与学习。

（二）调查阶段质量控制。

严格按照统一的监测方案要求开展现场调查，使用统一的调查问卷进行调查。原则上由调查对象根据自己的理解作答，自行完成调查问卷，调查员不做任何解释。如调查对象有读、写困难，不能独立完成者，则由调查员来询问，根据调查对象的回答情况，调查员帮助填写选项，询问过程中调查员不能使用诱导性或暗示性语言。如调查对象文化水平较低或存在语言障碍时，可作适当解释。问卷填写完成后，调查员要当场核对问卷，确认问卷中的所有信息完整无误后，将调查问卷上交给质控员。质控人员

对当天所有问卷进行复核，有问题的问卷返还给调查员，由该调查员核实并补充后，再次上交。整个质控过程由质控员填写质控记录。

（三）调查后质量控制

调查后质量控制分为数据真实性复核和有效性复核。

1. 数据真实性复核

乡镇（街道）级对本辖区的所有监测点（村/居委会）的原始数据进行真实性复核。每个监测社区居委会（村）抽取3份调查问卷，采用《健康素养监测复核调查表》以现场复核或电话复核的方式进行真实性复核，复核结果不一致比例超过20%，则视为该乡镇现场调查信息不真实，必须重新进行调查。

2. 数据有效性复核

各社区居委会（村）的调查员和质控员，对收集的原始问卷的质量进行审核，并对本监测点的所有原始数据的质量负责。

各乡镇（街道）对本乡镇（街道）的所有原始问卷的质量进行二次审核，并对本乡镇（街道）的所有原始数据的质量负责。

县级对所有原始问卷的质量进行三次审核，并对全县的所有原始数据的质量负责。在原始数据合格的前提下，进行数据录入，并对数据库的质量负责。

（四）数据处理分析阶段质量控制

县级工作人员使用数据分析软件对数据进行清理和逻辑校验，发现有问题的数据库，通知相应乡镇（街道）进行落实修改。对不合格数据过多的乡镇（街道），将予以限期重新调查。对确实存在严重质量问题的乡镇（街道），将进行全县通报。

三、主要结果

（一）调查对象的基本情况

1. 人口学特征分析

本次监测共调查寻甸县15~69岁常住人口1420人，用于分析的有效

问卷 1406 份，有效问卷回收率 99.01%。

在 1406 名被调查者中，男性 714 人，占 50.8%，男女性别比 1.03:1；平均年龄为 44.37 ± 14.06 岁，各年龄组段分布较为均衡；汉族 1140 人，占 81.1%；婚姻状况以在婚人员居多，占 80.6%；文化程度除不识字或识字很少、本科、硕士及以上人群外，其他人群分布较为均衡；农民 1247 人，占 88.7%，详见表 2。

表 2 寻甸县居民健康素养监测调查对象基本情况

	人口学特征	调查人数	构成比 (%)
性 别	男	714	50.8
	女	692	49.2
城 乡	城市	436	31.0
	农村	970	69.0
年 龄 组 (岁)	15~24	158	11.2
	25~34	233	16.6
	35~44	246	17.5
	45~54	376	26.7
	55~64	289	20.6
	65~69	104	7.4
民 族	汉族	1140	81.1
	回族	208	14.8
	苗族	3	0.2
	壮族	1	0.1
	其他	54	3.8
婚 姻	未婚	209	14.9
	在婚	1133	80.6
	分居	8	0.6
	离异	27	1.9
	丧偶	29	2.1
文 化 程 度	不识字或识字很少	248	17.6
	小学	447	31.8
	初中	497	35.3
	高中/职高/中专	145	10.3

人口学特征		调查人数	构成比 (%)
	大专	38	2.7
	本科	31	2.2
职业	公务员	3	0.2
	教师	9	0.6
	医务人员	6	0.4
	其他事业单位人员	11	0.8
	学生	80	5.7
	农民	1247	88.7
	工人	10	0.7
	其他企业人员	24	1.7
	其他	16	1.1

2. 烟草流行情况

调查的 1406 名居民中，吸烟者有 346 名，吸烟率为 24.6%，其中男性吸烟率（44.9%）远高于女性（3.7%）；农村吸烟率（21.79%）略高于城市（29.88%）；45~54 岁年龄组吸烟率最高（31.1%）；苗族吸烟率（50.%）高于汉族吸烟率（18.9%）；初中文化程度者吸烟率最高（37.9%）；工人吸烟率最高（46.7%）。详见表 3。

表 3 寻甸县居民健康素养监测调查对象烟草流行情况

		调查人数	吸烟人数	吸烟率 (%)
合 计		1406	346	24.6
性 别	男	714	321	44.9
	女	692	25	3.7
城 乡	城市	436	95	21.8
	农村	970	175	29.9
年 龄 组 (岁)	15~24	158	21	13.3
	25~34	233	39	16.7
	35~44	246	36	14.6

	45~54	376	117	31.1
	55~64	289	43	19.4
	65~69	104	25	24.3
民 族	汉族	1140	215	18.9
	回族	208	27	13.0
	苗族	10	5	50.0
	壮族	1	0	0.0
	其他	54	4	7.4
文 化 程 度	不识字或识字很少	248	29	11.7
	小学	447	82	18.3
	初中	497	184	37.9
	高中/职高/中专	145	17	11.7
	大专	38	5	13.2
	本科	31	0	0.0
职 业	公务员	3	0	0.0
	教师	9	0	0.0
	医务人员	6	0	0.0
	其他事业单位人员	11	0	0.0
	学生	80	2	2.5
	农民	1247	237	19.0
	工人	30	14	46.7
	其他企业人员	24	0	0.0
	其他	16	4	25.0

(二) 寻甸县居民健康素养水平情况

1. 居民健康素养及三个方面健康素养水平

(1) 2021年寻甸县居民健康素养平均水平为26.60%，比2020年全国居民健康素养平均水平的23.15%高出3.45个百分点。

(2) 2021年寻甸县居民基本知识和理念素养水平为37.60%，健康生活方式与行为素养水平为30.50%，健康技能素养水平为22.70%，与2020年全国平均水平比较，基本知识和理念、健康生活方式与行为分别高于全

国居民水平 0.45%和 4.06%，健康技能方面略低于全国水平 0.42%，详见表 4、图 1。

表 4 2021 年寻甸县居民健康素养监测情况

组别	健康素养水平 (%)	基本知识和理念 (%)	健康生活方式与行为 (%)	健康技能 (%)
寻甸县	26.60	37.60	30.50	22.70
2020 年全国	23.15	37.15	26.44	23.12

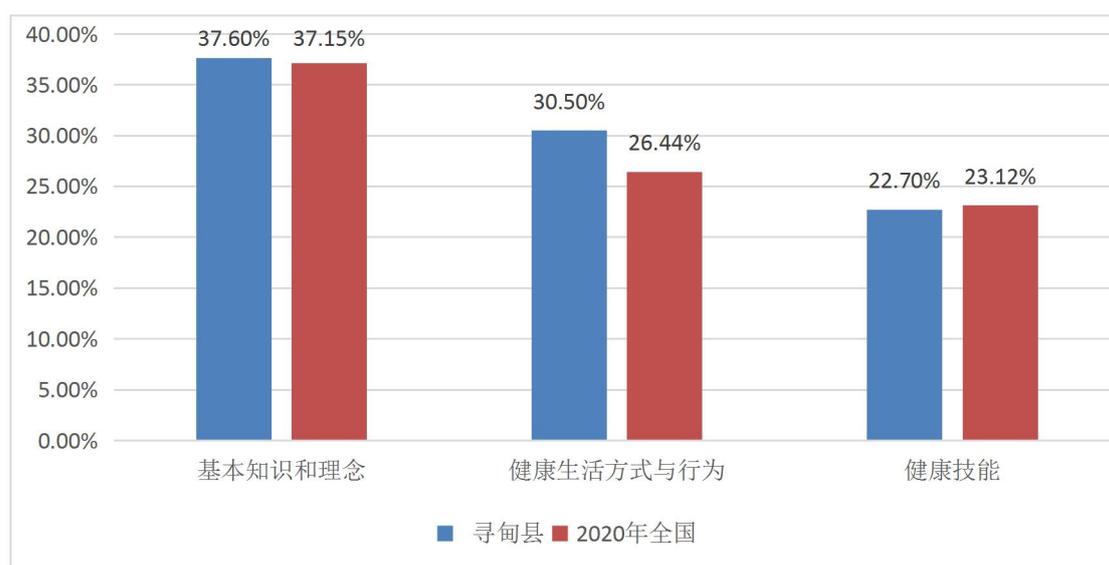


图 1 2021 年寻甸县居民健康素养监测情况

(3) 2020 年全国居民健康素养监测结果显示：中国居民健康素养水平 23.15%，基本知识和理念 37.15%，健康生活方式与行为 26.44%，健康技能 23.12%，上海、江苏等一线城市的健康素养水平也在 27.6%–35.5%之间，高于寻甸县平均水平约 6 个百分点，三个方面的健康素养水平也存在一定的差距；但与其他城市或区县比较，寻甸县健康素养水平均比其高出 4 个百分点以上，说明寻甸县居民的健康素养水平有了长足的进步，但与一线城市相比还存在一定差距，还有待进一步提高，详见表 5，图 2。

表 5 2021 年寻甸县与其他省份居民健康素养监测情况比较

省市	市/县/区	健康素养水平 (%)	基本知识和理念 (%)	健康生活方式与行为 (%)	健康技能 (%)
全国	---	23.15	37.15	26.44	23.12
上海市	崇明区	21.30	37.90	18.40	17.50
上海市	徐汇区	35.50	34.20	31.70	49.00
江苏省	苏州市	27.60	34.20	30.90	34.60
广西壮族自治区	藤县	3.80	5.10	7.30	1.10
云南省	寻甸县	26.60	37.60	30.50	22.70

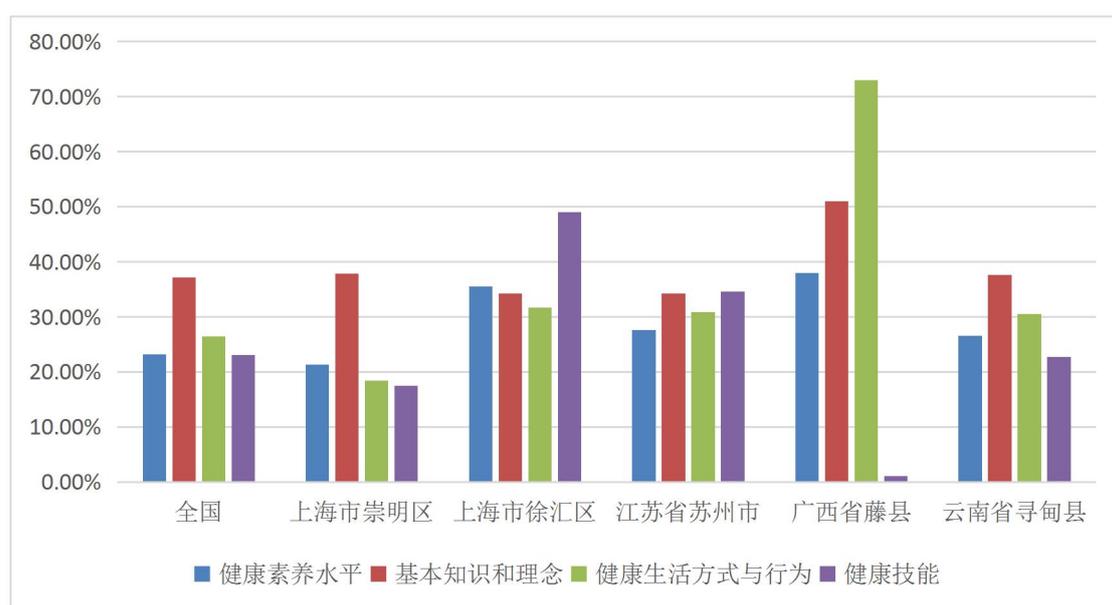


图 2 2021 年寻甸县与其他省份居民健康素养监测情况比较

2. 2021 年寻甸县居民六类健康问题素养水平

2021 年寻甸县居民六类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养 51.10%，科学健康观素养 45.10%，传染病防治素养 31.10%，基本医疗素养 30.10%，慢性病防治素养 27.50%、健康信息素养 26.60%。详见表 6、图 3。

2020 年全国居民健康素养监测结果显示，居民 6 类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养 55.23%、科学健康观素养 50.48%、健康信息素养 35.93%、传染病防治素养 26.77%，慢性病防治素养 26.73%、

基本医疗素养 23.44%。与全国平均水平相比，寻甸县除科学健康观素养、安全与急救、健康信息素养略低外，其余 3 类健康问题素养均高于全国平均水平 2-7 个百分点。但与江苏等一线城市监测情况比较，寻甸县在传染病防治素养、慢性病防治素养、基本医疗素养方面均高于其平均水平，但科学健康观素养、健康信息素养和安全与急救素养还存在一定差距，有待加强和提高，详见表 7 和图 4。

表 6 2021 年寻甸县居民六类健康问题素养水平 (%)

组别	科学健康观	传染病防治	慢性病防治	安全与急救	基本医疗	健康信息
寻甸县	45.10	31.10	27.50	51.10	30.10	26.60
2020 年全国	50.48	26.77	26.73	55.23	23.44	35.93

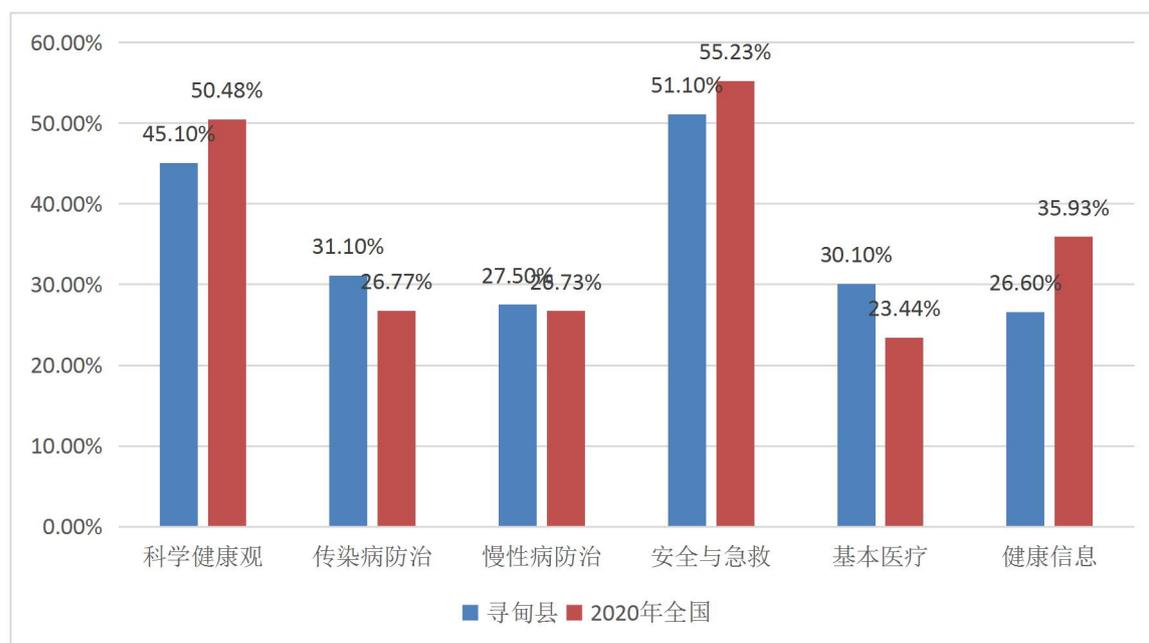


图 3 2021 年寻甸县居民六类健康问题素养水平

表 7 2021 年寻甸县与其他省份居民六类健康问题素养水平比较

省市	市/县/区	科学健康观 (%)	传染病防治 (%)	慢性病防治 (%)	安全与急救 (%)	基本医疗 (%)	健康信息 (%)
全国	---	50.48	26.77	26.73	55.23	23.44	35.93
上海市	崇明区	46.80	16.50	23.60	46.60	20.10	24.40

江苏省	苏州市	49.20	26.20	17.20	56.80	12.30	29.50
广西壮族自治区	藤县	7.30	26.60	6.0	10.20	16.60	9.70
云南省	寻甸县	45.10	31.10	27.50	51.10	30.10	26.60

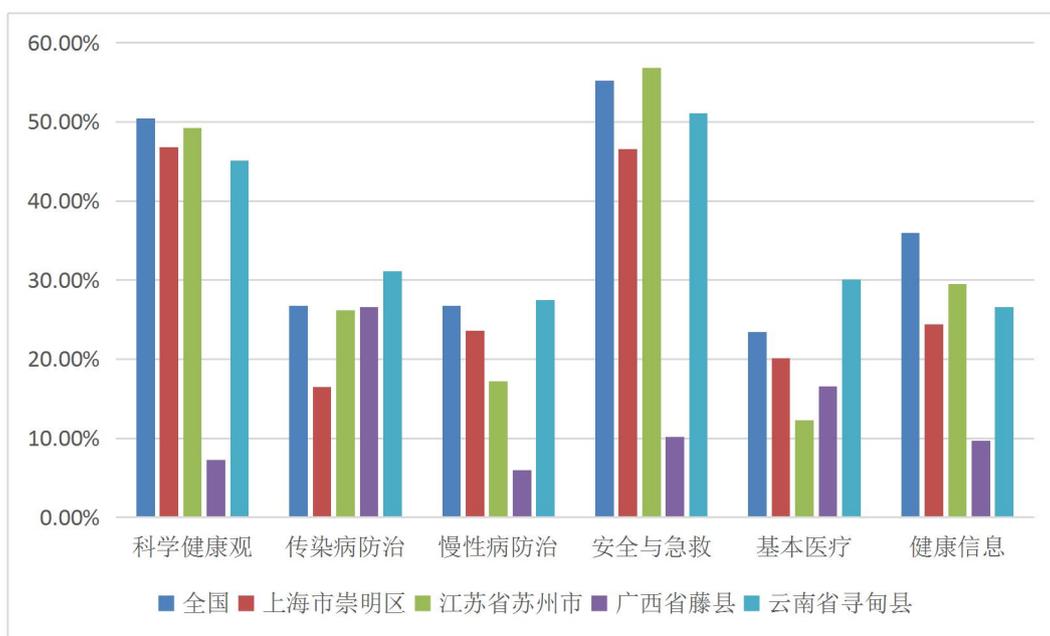


图 4 2021 年寻甸县与其他省份居民六类健康问题素养水平比较

3. 2021 年寻甸县不同人群健康素养情况

性别: 男性健康素养水平为 29.3%, 基本知识和理念素养水平为 38.5%, 健康生活方式与行为素养水平为 33.9%, 健康技能素养水平为 24.5%, 女性健康素养水平低于男性, 分别为 23.8%、36.7%、27.0%和 20.8%(表 8)。

城乡: 城市人群的健康素养水平为 29.6%, 基本知识和理念素养水平为 42.7%, 健康生活方式与行为素养水平为 31.0%, 健康技能素养水平为 27.3%, 女性健康素养水平低于男性, 分别为 25.3%、35.4%、30.3%和 20.6%(表 8)

年龄: 15-24 岁组健康素养水平最高, 为 39.9%, 65-69 岁组健康素养水平最低, 为 14.4%(表 8)。

文化程度: 随着受教育水平的增高, 健康素养水平及三个方面健康素养水平均逐渐升高, 其中以本科水平者最高, 为 64.5%; 不识字或少识字

者最低，为 18.1%(表 8)。

职业：医务人员的健康素养水平最高，为 83.3%，农民的健康素养水平最低，为 24.2%(表 8)。

表 8 2021 年寻甸县居民健康素养监测情况比较

组别	健康素养水平 (%)	基本知识和理念 (%)	健康生活方式与行为 (%)	健康技能 (%)
性别				
男性	29.3	38.5	33.9	24.5
女性	23.8	36.7	27.0	20.8
城乡				
城市	29.6	42.7	31.0	27.3
农村	25.3	35.4	30.3	20.6
年龄组(岁)				
15-24	39.9	49.4	41.8	33.5
25-34	35.2	48.1	38.2	33.0
35-44	31.3	45.9	33.3	27.2
45-54	22.9	32.7	30.6	17.8
55-64	17.6	27.7	22.1	15.6
65-69	14.4	22.1	12.5	9.6
文化程度				
不识字/少识字	18.1	25.0	20.2	10.9
小学	19.0	29.3	22.8	17.4
初中	26.4	41.4	34.6	25.6
高中/职中/中专	47.6	56.6	49.7	35.2
大专	63.2	71.1	34.2	55.3
本科	64.5	67.7	64.5	48.4
职业				
公务员	73.3	63.3	66.7	63.3
教师	55.6	55.6	55.6	55.6
医务人员	83.3	83.3	83.3	66.7
其他事业单位人员	27.3	36.4	27.3	27.3
学生	42.5	52.5	45.0	37.5

农民	24.2	35.3	28.6	20.1
工人	40.0	40.0	30.0	40.0
其他企业人员	50.0	70.8	41.7	45.8
其他	50.0	68.8	50.0	62.5

四、结果与分析

（一）全县总体健康素养水平呈持续增长趋势，但仍有提升空间。

2021年寻甸县居民健康素养具备平均水平为26.6%。2020年全国居民健康素养监测结果显示：中国居民健康素养水平为23.2%，上海市崇明区为21.3%，徐汇区为35.5%，江苏省苏州市为27.6%，寻甸县居民健康素养水平比全国平均水平高3.4个百分点。与其他大中城市比较，寻甸县健康素养水平平均比其高出4个百分点以上。但比上海等一线城市比较，则低约8个百分点。

健康素养水平的提高是一个缓慢的过程，是一项具有长期性、基础性、复杂性的工作，不可能一蹴而就。健康素养受政治、经济、教育、卫生服务等多方面的影响，对于个体来说，受教育水平是首要的决定因素。因此，仅靠卫生部门的努力是远远不够的，必须全面贯彻“将健康融入所有政策”的执政理念，非卫生健康部门必须履行健康的社会责任，各行各业，各尽其力，各司其职，共同提升全社会的健康水平。

（二）居民健康知识素养水平与健康行为素养实践转化存在距离

有关健康素养的培养是一个漫长的过程，从认知到转变生活需要很长时间才能完成。而掌握了较高理论知识的人群也不一定会按照知识水平做出改变，所以具有较高健康知识的人并不代表了其保持了有益健康的生活习惯。寻甸县居民基本知识和理念素养水平为37.6%，健康生活方式与行为素养水平为30.5%，基本技能素养水平为22.7%。调查结果呈现出知识水平高于行为、行为高于技能的特点，表明健康知识的获取相对容易，但由知识转化为健康行为，却是一个相对漫长的过程。由于获取健康知识相对容易，但如果仅仅是获得知识，缺乏对健康知识的认同感或不重视健康的重要性，则很难激发个体想要改变的欲望及行为。健康行为改变理论模

型中的知-信-行理论模式认为，在获得知识、引发信念、促成行为这一持续的过程中可以实现人们行为的改变；只有当人们知识被不断加强形成一种信念，才有可能有行为改变的积极性。

健康行为的形成受内因、外因等多方面因素的影响，提示健康教育工作应加强以下两方面工作：一是推动公共政策的出台、营造良好的社会氛围、创建支持性环境，为个体行为的改变创造良好的外部条件；二是对不同人群健康行为影响因素进行深入分析，找到“原因背后的原因”，开展有针对性干预，激发个体行为改变的内在需求和动机，促进健康行为的形成。

（三）科学健康观和安全急救意识已初步形成，医疗疾病相关素养亟待提升

以健康问题为导向，寻甸县居民六类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养 51.10%，科学健康观素养 45.10%，传染病防治素养 31.10%，基本医疗素养 30.10%，慢性病防治素养 27.50%、健康信息素养 26.60%。2020 年全国居民健康素养监测结果显示，居民 6 类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养 55.23%、科学健康观素养 50.48%、健康信息素养 35.93%、传染病防治素养 26.77%，慢性病防治素养 26.73%、基本医疗素养 23.44%。与全国平均水平相比，寻甸县除科学健康观素养、安全与急救、健康信息素养略低外，其余 3 类健康问题素养均高于全国平均水平 2-7 个百分点。但与江苏等一线城市监测情况比较，寻甸县在传染病防治素养、慢性病防治素养、基本医疗素养方面均高于其平均水平，但科学健康观素养、健康信息素养和安全与急救素养还存在一定差距，有待加强和提高。由此可看出，长期的健康教育和宣传对巩固居民的健康、急救等方面的知识基础发挥重要作用，科学健康观已初步形成。

在健康信息素养方面，健康信息在健康素养中是一个至关重要的构成内容，它体现人们获得、理解、筛选、利用健康信息的能力应及时调整宣教内容增加技能性知识的科普，提高健康技能的水平。分析显示居民在获

取健康信息主动性和途径方面正确率较高，但对健康信息的理解、甄别、应用能力相对不足，在今后的工作中有待加强。

就基本医疗素养方面，低水平的基本医疗素养不仅限制居民科学就医与合理用药行为，还影响公众基本公共卫生服务的利用率。此外，基本医疗素养过低还有可能激化医务人员与患者间的矛盾。近年来，因患者缺乏医学知识，不能正确认识疾病而采取极端手段报复医生的事件时有发生，导致医患关系十分紧张。因此提升居民基本医疗素养的水平是必要且紧迫的。健康促进与健康教育要加大对医学常规知识的普及；社会应重视居民文化水平的提高、促进健康信念，增强健康素养，为提升基本医疗素养奠定基础。

（四）文化程度低、老年人、工人群体健康素养水平有待提高

从人群分布来看，男性、年轻人、文化程度较高者，健康素养水平明显偏高。女性健康素养水平的提高对其个人及家庭健康尤为重要。在当代家庭中，女性（母亲）承担着照料子女、家务劳动等重任，在家庭成员的情感交流与情感归属中处于中心地位，因而更关心家庭成员的健康状况，更愿意关注和参与健康知识的获取与传播，女性健康素养水平的提高有利于推动整个家庭健康水平和健康素养的提升，具有重要的现实意义。

我国实行的九年制义务教育，使年轻人受教育水平普遍提高。据 2010 年第六次人口普查数据显示：同 2000 年第五次全国人口普查相比，文盲率由 6.72% 下降为 4.08%，下降 2.64 个百分点。在 15~69 岁人群中，25~34 岁年龄组文化程度较高，具有本科及以上学历的占 23.7%。这一年龄段也正是步入社会、建立家庭、迎来事业高峰的年龄，对新知识、新观念、新事物的接受能力较强，在接受健康知识、利用媒体获取健康知识、改变不良生活习惯等方面有较好的依从性。而老年人自身受教育水平偏低，再加上自身生理机能下降，记忆力、理解力和应用能力明显不足，在获取和接受健康知识、改变生活习惯方面更加困难。文化程度高的人，通常具有较好的健康知识储备，较强的获取、理解、应用健康信息的能力，获取

健康信息的途径也更为广泛；对健康技能的学习和掌握能力也比较强，自我效能也显著高于文化程度低的人。因此，文化程度高的人，其健康素养水平也往往较高。

五、建议

（一）落实“将健康融入所有政策”策略

低水平的健康素养可能会对国家医疗卫生事业的开展产生消极影响，一是拉低了一国整体的健康状况，使得卫生部门难以制定科学完善的政策；二是会增加国家对于医疗卫生费用的支出。就我国现今健康素养指标来看，尽快提升国民健康素养水平是亟待完成的任务。2013年，第八届全球健康促进大会在芬兰召开，会议的主题是“将健康融入所有政策”，重点讨论了非卫生行政部门在履行健康的社会责任方面所应承担的责任。如前所述，健康素养受经济、政治、文化、教育、卫生发展水平等因素的影响和制约，是一个社会系统工程，需要全社会的共同努力。因此，提升全社会素养水平绝不仅仅是卫生健康部门一家的事情，而是全社会的责任。全社会各成员部门都负有健康的社会责任。各级政府和社会成员部门要切实推进“将健康融入所有政策”的健康教育与健康促进策略，建立和完善“政府主导、多部门协作、全社会参与”的工作机制，加大对公共卫生事业投入，提高全民受教育水平，实施全民健身计划，深入开展全民健康科技行动和全民科学素质行动。卫生健康局、体育教育局做好协调、倡导，为全社会开展健康教育与健康促进提供技术支撑。

（二）普及“健康教育先行”的观念，大力开展全民健康素养促进行动

提升我国健康素养是一个长期的过程，而且任务艰巨，应当及时开展相关的提升健康素养活动。比如普及“健康教育先行”的观念，由政府主导将提升健康素养水平纳入到寻甸县“十四五”发展规划当中，从政策环境中潜移默化的增强居民健康意识；除此之外，整合现有的健康教育资源，通过政策倾斜和资金投入，完成国家基本公共卫生服务项目，同时可以寻

求媒体的帮助，通过县级媒体的多种渠道向民众宣传科学的健康观，倡导群众形成健康的生活方式。定时开展健康素养问卷调查活动，并建立辅助的检测系统，及获取民众健康素养水平的变化情况。健康素养的变化可以作为干预措施的评价指标，评价健康教育干预的策略和效果，及时发现干预成效好的方式方法和工作切入点，作为开展后续卫生服务的依据。

同时，以落实《“健康中国 2030”规划纲要》、《云南省爱国卫生运动“七个”专项行动》及《健康昆明》为契机，以健康促进县（区）、健康促进场所和健康家庭建设活动为平台，大力开展全民健康素养促进行动。应充分认识全民健康素养促进行动是提高城乡居民健康素质、解决当代公共卫生问题的重要举措，对于深化医药卫生体制改革，提高人民群众的健康水平具有重大意义。可进一步整合社会资源，动员社会力量，宣传和普及《中国公民健康素养-基本知识与技能 2015 版》。大力开展场所健康促进建设，各行各业可结合自身行业特点和优势，打造出一批健康教育基地，成为日常开展健康教育活动的固定阵地。充分发挥功能单位对社会和家庭的辐射效应和示范效应，促进全社会对健康的关注，推动全社会健康素养水平的提升。

（三）积极探索健康教育形式，加强重点地区、重点人群、重点领域健康教育与健康促进工作

加大农村重点地区，妇女、老人和青少年等重点人群，基本医疗素养和慢病防治素养等重点领域的健康教育工作。充分利用中央补助地方健康素养促进行动项目、国家基本公共卫生服务项目等平台，因地制宜，广泛、深入地开展健康素养促进活动。针对不同人群、不同健康问题，开发有针对性的健康传播材料和工具，建立健康教育信息资源库和媒体传播材料资源库。对于农村地区，可根据农村特点给予政策支持，开发生动、易懂的健康教育模式，促进农村居民健康观念与行为的转变。

重点开展慢性病预防和控制的健康教育，倡导摒弃不良的生活行为及习惯，提高生活质量与健康水平。对于青少年，要积极贯彻落实教育部《中

小学健康教育指导纲要》，继续落实并提高学校健康教育课程的质量，积极推动健康促进学校的发展；帮助儿童和青少年树立科学的健康观，养成健康的生活行为与习惯，形成保护健康的意识。

中老年人是疾病的高发人群，很多观念和行为习惯已根深蒂固，改变起来会更加困难。此外，老年人学习能力和记忆能力存在不同程度的退化，接受信息能力变差。因此，开展中老年人健康教育时，要认真研究中老年人的实际情况，制订适合中老年人的健康教育核心信息，优化常规的工作模式和技术方法，切实提高健康教育成效。

（四）强化健康知识基础，关注健康行为转变

以《中国公民健康素养—基本知识与技能》、《中国居民健康素养 66 条》为基础，继续加强基本健康知识与理念的宣传与教育；通过发放健康宣传资料、举办健康知识讲座、开展健康主题活动、开发健康支持性工具、建立微信、微博传播平台等方式，营造关注健康的社会氛围，让居民在生活中时刻能接触到健康知识，提高健康意识。在确保居民在具有健康知识的基础上，加强对居民行为转变的关注。由于行为转变难度大周期长，因此要从可干预性较强且易改变的行为入手，如控油、减盐、洗手、刷牙等；借助健康支持性工具，先小范围开展试点再逐步推广经验，最终形成持续性的行为干预模式。通过探索行为改变的工作方式，促使居民养成良好的生活方式与行为习惯，提高健康素养的水平。

（五）持续开展规范、科学的健康素养监测工作

世界卫生组织研究表明，健康素养是预测人群健康状况的较强指标，其与人均期望寿命、生命质量高度相关，提高公众健康素养可以有效减少健康不公平，显著降低社会成本。目前，健康素养水平已经成为我国衡量卫生健康工作成效、国民健康水平和经济社会发展的重要指标。提高个体健康素养是当前进行健康促进的一个工作内容，改善健康素养可以达到改善人们健康状态的目的，因此需建立一套稳定的、与国家同步的监测评价系统，不断提高健康素养监测工作水平，确保监测质量和连续性，实时监

测大众的健康素养状况，从而很好的指导健康促进工作的开展，为政府决策提供循证支持。