

- [J].中国儿童保健杂志,2015,23(10):1093-1096.
- [3] 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,2002:41-45.
- [4] 中国肥胖问题工作组.中国学龄儿童青少年超重、肥胖筛查体重数值分类标准[J].中华流行病学杂志,2004,25(2):97-102.
- [5] 中华人民共和国卫生部卫生监督司.中国预防医学科学院营养与食品卫生研究所.儿童营养监测与改善项目汇编(1990-1995)[Z].1995.
- [6] 何青,芳俞敏,陈雅萍,等.浙江省7~12岁学龄儿童维生素A缺乏情况调查分析[J].疾病监测,2006,21(2):102-104.
- [7] PALERMO N E, HOLICL M F. Vitamin D, bone health, and other health benefits in pediatric patients[J]. J Pediatr Rehabil Med, 2014, 7(2):179-192.
- [8] SHIN Y H, SHIN H J, LEE Y J. Vitamin D status and childhood[J]. Korean J Pediatr, 2013, 56(10):417-423.
- [9] VIDAIHET M, MALLETT E. Vitamin D in childhood[J]. Press Med, 2013, 42(10):1383-1390.
- [10] WAGNER C L, GREER F R, American Academy of Pediatric Section on Breastfeeding, et al. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents [J]. Pediatrics, 2008, 122(5):1142-1152.
- [11] JOSHI K, BHATIA V. Vitamin D deficiency in a tropical country - treatment and prevention in children [J]. Indian J Pediatr, 2014, 81(1):84-89.
- [12] 马军,蔡赐河,王海俊,等.1985-2010年中国学生超重与肥胖流行趋势[J].中华预防医学杂志,2012,46(9):776-780.
- [13] 董炎会,王政和,杨招庚,等.2005年至2014年中国7~18岁儿童青少年营养不良流行现状及趋势变化分析[J].北京大学学报(医学版),2017,49(3):426-432.
- [14] 胡晓琪,徐海泉,李荔,等.中国贫困地区学生营养状况分析[J].中国学校卫生,2014,35(12):1783-1785.
- [15] 刘萍,张峰,吴小燕,等.西安市2014-2105学年营养改善计划地区中小学生学习营养状况[J].中国学校卫生,2016,37(12):1779-1781.
- [16] 林良明,宋小芳,刘玉琳,等.中国儿童维生素A缺乏与贫血关系分析[J].中国儿童保健杂志,2003,11(4):242-244.

收稿日期:2017-08-01;修回日期:2017-08-25

· 健康教育 ·

## 玉树藏族贫困地区中小学健康教育对学生健康认知的影响

唐帆,聂景春,史耀疆

陕西师范大学教育实验经济研究所,西安 710119

**【摘要】** 目的 分析藏族地区中小学健康教育和健康认知现状,为探索开展健康教育的有效方式提供参考。方法 选取玉树藏族自治州5个县54所学校的三~九年级共6656名学生,对校长、学生、班主任、健康教育教师进行有关健康教育和健康认知的问卷调查。结果 玉树地区中小学开设有健康教育课的仅占58.17%,其中专职健康教育教师占39.57%,学生健康知识均分为6.2分(满分12分)。健康教育与初中生健康认知水平相关无统计学意义。是否开设健康教育课、健康教育教师是否专职、每周健康教育课开展次数、是否对学生健康知识进行测试与小学生健康认知水平呈正相关(回归系数分别为0.213,0.253,0.306,0.373, $P$ 值均 $<0.05$ )。结论 藏族农村地区中小学健康教育实施情况堪忧,学生健康认知水平不容乐观。应普及健康教育,加强专职健康教育教师队伍建设,优化健康教育课程设置以提高学生健康认知水平。

**【关键词】** 贫困地区;健康教育;认知;学生

**【中图分类号】** G 479 R 195 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2017)11-1706-03

国家从2004年开始实施的西部“两基”攻坚计划基本保障了西部农村学生有学可上,但受制于西部地区相对落后的经济发展水平,尤其是在贫困少数民族地区,青少年学生健康状况不容乐观,健康水平明显落后于汉族学生<sup>[1-2]</sup>;少数民族地区学生健康认知不足的现实也令人堪忧<sup>[3]</sup>。已有研究表明,健康认知是影响健康行为,进而影响身心健康的重要因素<sup>[4-6]</sup>。探索如何提升学生尤其是偏远地区、少数民族地区学

生健康认知水平具有重要的现实意义。

健康教育被认为是促进青少年形成健康观念、增进健康进而促进全社会健康的一项有效的公共卫生预防策略<sup>[7-11]</sup>。我国自20世纪80年代末开始逐步在学校推进健康教育。2016年10月25日,中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》,要求把健康教育作为所有教育阶段素质教育的重要内容。本研究以青海省玉树藏族地区为例,从实证角度研究藏族学生健康教育和健康认知现状,并分析健康教育对藏族学生健康认知的影响。

### 1 对象与方法

1.1 对象 于2016年8—9月对青海省玉树藏族自

**【基金项目】** 高等学校学科创新引智计划资助项目(B16031)。

**【作者简介】** 唐帆(1989-),男,陕西汉中,在读硕士,主要研究方向为农村人力资本、农村学生营养与健康。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2017.11.031

治州 5 个县(市)的中小学校进行调研。以随机抽取的玉树州全部初中、小学中的 54 所学校(其中初中 7 所,小学 47 所)作为样本学校。在每所学校中,从小学三~六年级、初中七~九年级每个年级选取 1 个班作为样本班级,对样本班级所有学生进行调研,同时还对样本班主任、学校负责人及部分学生家长进行问卷调查。本次调研共调查学生 6 656 名,样本有效率 100%,其中小学生 5 913 名,初中生 743 名;男生 3 352 名,女生 3 304 名。班主任 169 名,校长 52 名。

1.2 方法 对样本班级学生、班主任及学校负责人分别进行问卷调查,学生问卷涉及学生基本特征、健康认知以及健康教育课等问题。学生健康认知题目依据教育部《中小学健康教育指导纲要》进行设计,内容包括健康行为与生活方式、疾病预防、心理健康、生长发育与青春期保健、安全应急与避险等 5 个维度<sup>[12]</sup>,共 12 题,采用对、错评分,总分 12 分。信效度检验表明,健康认知的内部一致性信度为 0.716,且具有较为理想的准则效度<sup>[13-17]</sup>。教师问卷包含教师个人基本特征、班级健康教育开课现状等问题。学校负责人问卷主要涉及学校基本情况、健康教育师资配备、学校健康教育开课和考核情况以及学校健康教育面临的困难等。为确保问卷调查质量,项目组招募了母语为康巴藏语的玉树籍大学生作为调研员,并对所有调研员进行了集中标准化的培训。调研正式开始前在玉树市个别中小学校进行了为期 1 d 的预调研,使调研员对调查问卷有了更深入的理解,使得调研更加标准化。调研中,由调研员对问卷题目进行细致讲解,确保学生、老师理解后自填。然后再由调研员交换进行多次检查,保证不漏题,没有逻辑错误。

1.3 统计分析 使用 Stata 14.1 统计软件对调研数据进行分析,分析方法包括描述性统计分析和最小二乘(OLS)回归分析。其中两组学生健康认知得分比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 健康教育开展现状 仅有 58.17% (3 872/6 656) 的学生所在班级开设有专门的健康教育课,其中小学开课率为 62.68% (3 706/5 913),初中为 22.34% (166/743),差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 441.31, P < 0.01$ )。就课程而言,开设健康教育课的学校平均每周健康教育课课时数小学(1.175 节)高于初中(1.000 节),差异有统计学意义 ( $t = 5.73, P < 0.01$ )。41.22% (1 596/3 872) 的班级缺乏健康教育教材,小学为 41.93% (1 554/3 706),初中为 25.30% (42/166) ( $\chi^2 = 18.14, P = 0.00$ ); 29.42% (1 139/3 872) 的班级没有

播放有关健康教育的多媒体视频,初中健康教育多媒体视频拥有率(74.10%)高于小学(70.43%) ( $\chi^2 = 1.03, P = 0.31$ );另外,42.07% (1 629/3 872) 的学校没有对学生健康教育课所学知识进行测试,其中小学为 42.82% (1 587/3 706),初中为 25.30% (42/166),差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 20.01, P < 0.01$ )。仅有 39.57% (1 532/3 872) 的学校有专职的健康教育教师,其中小学为 39.15% (1 451/3 706),初中为 48.80% (81/166) ( $\chi^2 = 6.18, P = 0.01$ );接受过专门健康教育知识培训的健康教育教师比例仅为 45.51% (1 762/3 872),初中健康教育教师更多参加了健康教育知识培训(初中为 51.20%,小学为 45.25%)。

2.2 学生健康认知水平 由表 1 可知,藏族地区中小小学生总体健康认知得分仅为 6.2 分,小学开设健康教育课和未开课的学生健康认知水平差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),而初中是否开课学生健康认知水平差异无统计学意义 ( $P > 0.01$ )。男、女生健康认知得分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。不同户口类型的学生健康认知得分差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),城镇户口学生高于农村户口学生。住校生的健康认知水平低于非住校生,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

表 1 不同组别学生健康认知得分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	人数	得分	$t$ 值	$P$ 值	
性别	男	3 352	6.24±2.61	-0.57	0.57
	女	3 304	6.21±2.68		
学段	小学	5 913	6.06±2.58	-14.33	0.00
	初中	743	7.52±2.77		
户口类型	城市	596	6.82±2.91	-5.74	0.00
	农村	6 058	6.17±2.61		
是否住校	是	2 747	6.09±2.69	3.48	0.00
	否	3 897	6.32±2.60		
小学健康教育课开设	是	3 706	6.10±2.68	-3.35	0.00
	否	2 207	5.87±2.41		
初中健康教育课开设	是	166	7.52±2.57	-0.04	0.97
	否	577	7.52±2.82		

注:部分数据信息有缺失。

2.3 健康教育与学生健康认知的相关关系 根据表 2 得知,控制性别、兄弟姐妹个数、是否住校、户口类型、父母文化程度、家庭经济状况等变量后,健康教育与小学生健康认知水平的相关有统计学意义,与初中生健康认知水平相关无统计学意义。小学生是否有健康教育课与健康认知水平呈正相关,其中专职的健康教育教师更有利于学生健康认知水平的提高;每周健康教育课开课次数、健康教育课是否考试也与学生健康认知水平呈正相关 ( $P < 0.05$ )。健康教育教师是否接受过健康教育相关培训、采用专门教材授课、播放健康教育视频对学生健康认知水平的影响均无统计学意义。

表 2 健康教育对学生健康认知影响估计的回归系数

学段	人数	有健康教育课	健康教育 教师专职	健康教育 教师受过培训	每周健康 教育课次数	有健康 教育教材	播放健康 教育视频	健康 教育课考试
小学	5 913	0.213(0.01) **	0.253(0.01) *	-0.088(0.01)	0.306(0.01) **	0.035(0.01)	-0.114(0.01)	0.373(0.01) **
初中	743	0.115(0.10)	0.311(0.01)	-0.311(0.01)	0.000(0.02)	0.711(0.02)	-0.727(0.02)	0.711(0.02)

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ; ( ) 内数字为调整  $R^2$  值。

### 3 讨论

研究表明,藏族贫困地区健康教育开展不足,学生健康认知得分普遍较低,城乡差异有统计学意义,住校生健康认知水平低于非住校生。可能是因为城乡间的生活水平、教育、父母文化水平差距等;玉树地区住校生基本都生活在偏远牧区,家庭贫困,生活卫生习惯差,父母疏于对孩子生活上的照顾,学生基本健康卫生知识匮乏<sup>[18]</sup>。通过健康教育对学生健康认知的影响估计得出以下结论:(1)与初中生相比,健康教育对提高小学生健康认知水平更有效。由于中小学健康教育课程内容相似性强,健康教育对初中生健康认知水平的形成存在边际效益递减。(2)开设专门健康教育课可以有效提高学生健康认知水平。通过专门的健康教育课程,学生可以系统化、有组织地学习,能够加深他们对健康的认知、提高对健康卫生知识的理解<sup>[18]</sup>。健康教育课时数也影响学生的健康认知水平,更多开展健康教育课有利于学生学习更多健康卫生知识,加深学生对知识的理解。健康教育课测试作为一种激励制度可以提高教师教学和学生学习的积极性,更有利于提高学生健康认知水平。(3)专职的健康教育教师更有利于提高学生健康认知水平。专职健康教育教师没有其他课程的负担,可以更好地备课,不断地提升自己的健康教育教学水平,有利于提升健康教育教学质量<sup>[17]</sup>。

根据研究结果,建议采取以下措施:(1)政府应落实好《“健康中国 2030”规划纲要》,加大健康教育投资,优化学校健康教育课程经费的配置,有限的教学及物质资源应优先用在师资投入和课程建设上;(2)教育卫生部门应采取激励性政策,加强对学校健康教育实施情况的考核,增加学校专职健康教育教师的岗位设置;(3)小学阶段学校要特别重视学生的健康教育,从小培育学生正确的卫生习惯。初中阶段健康教育内容应该与小学有所区别,减少概念性知识的灌输,更注重学生实践能力的培养<sup>[4,19]</sup>。学校要合理设置专门的健康教育课程,适当提高健康教育课课时量,每周 1 节以上为宜,要重视对健康教育课的考核;同时,学校要重视住校生和农村学生的健康教育,弥补这些学生家庭健康教育的不足<sup>[16-17]</sup>。

志谢 感谢北京亿方公益基金会对本项目的支持。

### 4 参考文献

- [1] 曾俊霞,龙文进,庞晓鹏,等.西部少数民族贫困地区农村小学生教育的民族差异研究:从健康角度出发[J].中国延安干部学院学报,2015(3):111-117.
- [2] 曾俊霞,龙文进,庞晓鹏,等.少数民族农村贫困地区学生健康的民族差异及原因分析[J].兰州学刊,2016(6):193-202.
- [3] 国胜,李溢冲,尼玛曲措,等.2007年西藏中央补助地方健康教育试点健康知识及健康相关行为调查[J].中国健康教育,2008,24(8):620-622.
- [4] 余小鸣,张芯,杨士保,等.中国中小学校健康教育研究(1):学生健康知识态度行为现状[J].中国学校卫生,2007,28(1):7-9.
- [5] 刘衍华,姚树桥,全宏艳,等.心理健康教育显性课程对大学生健康认知与行为的影响[J].中国学校卫生,2009,30(9):812-814.
- [6] NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and health communication strategies into the 21st century[J]. Health Promot Inter,2000,15(3):259-267.
- [7] GLANZ K, LEWIS F M, RIMER B K. Health behavior and health education: theory, research, and practice[M]. Fourth edition. New Jersey: Wiley,2008.
- [8] KANN L, BRENER N D, ALLENSWORTH D D. Health education: results from the school health policies and programs study 2006[J]. J Sch Health,2007,77(8):464-485.
- [9] 李莉,王萍,张强,等.6省农村小学五年级学生健康教育现状调查[J].中国健康教育,2010,26(4):264-266.
- [10] 杨聪俊.云南省中学生健康认知及行为的调查研究[D].北京:北京体育大学,2014.
- [11] 徐蕊,李文芳,张博轩,等.武汉市某高校大学生营养与健康知识-态度-行为状况调查[J].现代预防医学,2017,44(2):231-235.
- [12] 教育部.教育部关于印发《中小学健康教育指导纲要的通知》[EB/OL].[2008-12-01]. [http://old.moe.gov.cn//publicfiles/business/htmlfiles/moe.263/201001/xxgk\\_80266.html](http://old.moe.gov.cn//publicfiles/business/htmlfiles/moe.263/201001/xxgk_80266.html).
- [13] 孔浩南,胡俊峰.健康行为改变理论在健康教育中的应用进展[J].健康教育与健康促进,2010,5(3):219-222,240.
- [14] 安洪庆,孔雨佳,王素珍.倾向指数在青少年 BMI 与健康认知关系分析中的应用[J].中国卫生统计,2014,31(6):971-972,975.
- [15] 田向阳.中国农村健康教育与健康促进策略与模式研究[D].上海:复旦大学,2013.
- [16] 钱国宏.甘肃农村健康教育现况调查及对策研究[D].兰州:兰州大学,2013.
- [17] 杨春雷.我国学校健康教育课程模式研究[D].北京:首都师范大学,2006.
- [18] 余小鸣,张芯,朱广荣,等.中小学校健康教育研究(2):学生健康知信行相关影响因素[J].中国学校卫生,2007,28(2):107-108,110.
- [19] 王建平,郭亚新.构建学校健康教育课程体系意义及取向[J].中国教育学报,2013(14):48-51.

收稿日期:2017-06-21;修回日期:2017-08-26