

医学生健康素养提升干预效果评价

靳珍珍, 候丽红, 陆姣, 薛雅卿, 李咪咪, 张持晨

山西医科大学管理学院/大学生健康管理中心, 太原 030001

【文献标识码】 A

【中图分类号】 R 179 G 647

【文章编号】 1000-9817(2019)07-1078-03

【关键词】 健康教育; 组织和管理; 学生

医学生作为未来医疗卫生系统的预备人才, 是卫生事业发展的中坚力量和重要实践者, 需先于普通公民具备更高水平的健康素养^[1-2]。然而, 诸多研究表明, 医学生健康素养现状整体不容乐观^[3-5], 均衡性较差, 特别是在健康行为生活方式、慢性病预防等方面差别较大^[6]。全面提升医学生健康素养水平是医学院校人才培养的基础与关键, 现有的干预策略集中在传统健康教育方式或现代化健康传播手段, 缺乏基于多方位、连贯性、具有创新意识的健康管理模式的提升策略^[7-9]。本研究基于 SRS 健康管理模式^[10], 从学生、学校、人员 3 个层面, 采用相应策略对某医学院校大学生实施干预, 为有效提升医学生健康素养水平提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用分层随机整群抽样方法, 按专业分层, 从某医科院二年级学生中随机抽取 1 个医学专业和 1 个医学相关专业, 再从所选专业各抽 4~5 个班, 将所抽班级随机分为对照组和干预组, 其中干预组 168 人, 对照组 189 人。基线调查收回有效问卷 348 份, 干预组、对照组分别回收 166, 182 份, 有效回收率为 98.8%, 96.3%。干预后, 干预组、对照组分别回收问卷 165, 179 份, 有效回收率为 98.2%, 94.7%。干预组和对照组主要人口学特征差异无统计学意义。本研究经山西医科大学伦理委员会批准, 并获得被试

者的知情同意。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 (1) 个人基本信息问卷, 包含性别、专业、生源地等。(2) 健康素养问卷, 采用 2015 年中国居民健康素养调查问卷^[11], 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 个方面及科学健康观、传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗、健康信息 6 个维度, 问卷内部一致性信度为 0.88。单选题回答“正确”计 1 分, “错误”计 0 分; 多选题“完全正确”计 2 分, 错选、漏选计 0 分; 情景题中单选、多选与以上评分保持一致^[12]。正确回答健康素养调查条目 80% 及以上即具备健康素养, 具备健康素养的人在所有调查对象中所占的比例即为健康素养具备率^[13]。

1.2.2 干预方法 干预时间为 2018 年 8 月—2019 年 1 月, 基于 SRS 健康管理模式, 从学生—自我管理 (self-management)、学校—刚性管理 (rigid-management)、人员—柔性管理 (soft-management) 三方多级管理, 通过线上线下联动进行干预。

学生—自我管理指以目标为强化个体健康责任意识, 促使干预对象积极投入自我健康管理赋能行动, 开发有利于提升个体健康素养的自身潜力。具体措施: (1) 联系“学工部”为学生发放《健康人文: 大学生健康管理篇》^[14]; (2) 拟定大学生常见健康问题。通过微信小程序“报名接龙”发起健康问题讨论系列报名活动; 每月 1 次, 结合预报名情况确定线下关键讨论主题, 并在线上提供相关学习视频; (3) 设定阶段性健康生活行为目标。结合自评健康状况, 为干预对象发放目标月记录表, 涵盖规律作息、适量运动等方面, 组织目标完成较优者进行经验交流, 为其他人进行自我健康管理赋能提供借鉴。

学校—刚性管理指以目标为形成过程性评价为主的考核文件, 严格遵守大学生健康管理规章制度, 改善有利于提升学生健康素养的校园硬环境。具体措施: (1) 学校条件保障。利用学校现有支持条件, 组织集体参观生命科学馆; 依据学生参与度、撰写心得感受质量, 提供学分支持, 共 1 次。(2) 严格遵守过程性评价制度。开设健康管理选修课, 要求干预组学生

【基金项目】 教育部人文社会科学研究青年基金项目 (13YJCZH239); 山西省高等学校教学改革创新项目 (J2017045); 山西医科大学教学改革创新项目 (201718); 山西医科大学学术型硕士研究生课程建设试点 (20170203)。

【作者简介】 靳珍珍 (1991—), 女, 山西运城人, 在读硕士, 主要研究方向为健康管理与健康行为。

【通讯作者】 张持晨, E-mail: zhangchichen@sina.com。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2019.07.033

全部参加,课程内容涉及健康行为生活方式管理、健康危险因素预警防控、中医辨体施养等方面,结合课堂签到及互动情况提供过程性评价学分。(3)建立大学生健康管理中心。指导干预组学生完善个体健康管理计划,每月 1 次。

人员—柔性管理指以目标为鼓励学校相关人员参与学生健康管理工作的,为干预对象提供及时有效的健康服务指导与实践机会,营造有利于提升学生健康素养的人员软环境。具体措施:(1)宣传科普知识。提倡带课老师借助微信公众号定期推送健康科普常识,每天 1 次。(2)健康服务实践。社团组织健康服务志愿者活动,主要涉及社区健康体检服务、走访养老院等,共 3 次。(3)开放健康咨询日。结合干预对象健康问题报名接龙情况,针对多数人关注的健康疑问,安排专业人员现场解答,每月 1 次。

1.3 质量控制 干预前,对调研人员进行统一规范化培训,明确注意事项,就干预设计进行严格讨论,确保干预方案的合理性和可行性。干预中,避免组间相互沾染,由调研员不定期抽查了解相关情况。干预前后,使用同一问卷,对调查对象同步进行 2 次问卷调查。现场发放问卷,指导填写并当场收回,如出现漏项、错项及时补缺及更正。问卷编码、汇总、录入、整理由专人负责,剔除应答率<95%的问卷,采用平行双录入,确保录入数据质量。

1.4 统计分析 采用 Excel 建立数据库,利用 SPSS 24.0 软件对数据进行统计分析。一般人口学特征采用描述性分析,干预组和对照组的同质性分析和干预前后健康素养水平的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后干预组和对照组总体健康素养具备率比较 干预前,两组医学生在总体健康素养及基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能 3 个方面健康素养具备率差异均无统计学意义(χ^2 值分别为0.15, 1.18, 1.88, 0.60, P 值均>0.05)。干预后,干预组医学生总体健康素养及 3 个方面健康素养水平均高于对照组,且除基本技能外,差异均有统计学意义(χ^2 值分别为 24.47, 88.19, 4.92, P 值均<0.05)。

干预组干预后总体健康素养及基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能素养水平较干预前提高,差异均有统计学意义(P 值均<0.05),其中基本知识和理念素养水平提升幅度最大。而对照组干预后总体及 3 方面健康素养水平有所提高,但差异均无统计学意义(P 值均>0.05)。见表 1。

2.2 干预前后干预组和对照组各个维度健康素养具备率比较 干预前,干预组与对照组各维度健康素养水平差异均无统计学意义(P 值均>0.05)。干预后,除科学健康观、健康信息素养外,干预组传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗健康素养水平均高于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 值分别为 4.47, 21.22, 14.50, 3.98, P 值均<0.05)。

干预组干预后各维度健康素养水平较干预前明显提升,差异均有统计学意义(P 值均<0.05),其中慢性病防治素养提升幅度最大,安全与急救素养干预后提升幅度最小;而对照组干预前后除科学发展观素养外,其他各维度健康素养差异均无统计学意义(P 值均>0.05)。见表 1。

表 1 不同组别医学生干预前后健康素养具备率比较

组别	干预前后	人数	统计值	总体健康素养	基本知识与理念	健康生活方式与行为	基本技能	科学健康观
干预组	干预前	166		65(39.2)	64(38.6)	69(41.6)	77(46.4)	122(73.5)
	干预后	165		119(72.1)**	144(87.3)**	114(69.1)*	102(61.8)	147(89.1)
			χ^2 值	36.42	84.11	25.36	7.94	13.22
			P 值	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
对照组	干预前	182		75(41.2)	60(33.0)	89(48.9)	92(50.5)	139(76.4)
	干预后	179		82(45.8)	68(38.0)	103(57.5)	95(53.1)	158(88.3)
			χ^2 值	0.78	0.99	2.71	0.23	8.75
			P 值	0.38	0.32	0.10	0.63	0.00
组别	干预前后	人数	统计值	传染病防治	慢性病防治	安全与急救	基本医疗	健康信息
干预组	干预前	166		76(45.8)	35(21.1)	132(79.5)	81(48.8)	121(72.9)
	干预后	165		107(64.8)*	81(49.1)**	150(90.9)**	113(68.5)*	143(86.7)
			χ^2 值	12.17	28.51	8.51	13.22	9.73
			P 值	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
对照组	干预前	182		100(54.9)	42(23.1)	149(81.9)	102(56.0)	146(80.2)
	干预后	179		96(53.6)	45(25.1)	135(75.4)	104(58.1)	151(84.4)
			χ^2 值	0.06	0.21	2.24	1.06	1.06
			P 值	0.80	0.65	0.14	0.69	0.30

注:与干预后对照组比较 * $P<0.05$, ** $P<0.01$;()内数字为具备率/%。

3 讨论

本调查表明,基于 SRS 模式的健康素养提升策略

可有效提升医学生健康素养水平,干预后干预组总体及各维度健康素养具备率较干预前均提升,而对照组

仅在科学健康观素养上有提升,表明固有的医学背景环境对改善医学生健康素养可起到一定积极作用,而实施 SRS 干预策略对提升医学生健康素养更具优势。SRS 健康管理策略从学生、人员、学校各层面改善医学生健康知信行状况,有助于医学生丰富健康知识,坚定健康信念,培养良好健康生活方式,维持和促进健康行为,全面提升健康素养水平。

医学生中健康知识与行为素养分离现象严重^[6],提升医学生健康生活方式与行为素养是改善总体健康素养的关键点^[15]。本研究发现,干预组干预后健康知识和行为素养均明显提升,说明 SRS 健康管理策略通过学生—自我管理和人员—柔性管理层面,线上组织健康问题报名讨论、推送健康科普信息,线下发放《健康人文:大学生健康管理篇》、指导设定健康行为生活方式目标等,全面调动医学生积极投入自我健康管理赋能行动,可有效促进医学生健康素养“知行合一”。相对而言,干预后基本知识和理念素养提升幅度较大,而健康生活方式与行为素养则较低,说明健康行为素养的提升是漫长、复杂的变化过程。知识向行为的有效转化需循序渐进完成,会经历不同的阶段,受个体偏好、周围环境等诸多因素的影响^[16-17]。提示 SRS 健康管理学校刚性层面,如开展长期的、连贯的课程学习及过程性评价等,对培养和维持健康生活方式,提升健康行为素养尤为重要。

此外,本研究发现,干预组干预后慢性病防治素养提升幅度最大,可能与医学生该类素养本身较低有关。SRS 模式策略通过学校—刚性管理层面组织学生参观生命科学馆感悟科学生命观,将中医辨体施养宣教和人员—柔性管理层面健康服务实践活动结合,使医学生在潜移默化中由健康知识学习者转变为健康知识传播者,可有效提升慢性病防治素养水平。安全与急救素养干预后提升幅度最低,可能与医学生该类健康素养本身较高有关。结合本研究干预经验,仍需加强医学生地震逃离、安全上网、紧急救助等方面知识与技能训练,提示健康无小事,安全大于天,医学生该类健康素养仍有提升空间和必要性。

干预后,干预组与对照组基本技能差异无统计学意义。可能与 SRS 模式干预涉及的实践环节相对较少有关,提示 SRS 模式干预中应加入更多医学实践培训活动,可与专业实习课结合同步进行,以更好提升基本技能素养。此外,干预后,两组科学健康观和健康信息素养维度差异无统计学意义,可能与其均有所提升有关,而干预组提升幅度更大,说明健康科普类通识教育是提高医学生健康素养的重要方式之一,长期的教育程序还应将健康素养合并入学生的课程和

能力当中,开展有针对性的健康素养相关课程。

本研究局限性是仅将该模式用于医学院校,基于 SRS 模式的健康素养提升策略对于非医学院校的有效适用性有待进一步研究;受时间、精力、条件所限,本研究未对基于 SRS 模式的其他可能干预策略进行探讨,SRS 模式下提升医学生健康素养的更多干预策略有待进一步丰富和完善;此外,本研究只在基线和干预结束后收集调查数据,若能在干预期间也收集样本信息,可以提供相对完整健康素养变化情况,帮助有效识别重点干预环节和提升策略。

4 参考文献

- [1] 张敏,黄月,刘美君,等.蚌埠市医学生与非医学生健康素养状况分析[J].中国学校卫生,2015,36(1):121-123.
- [2] 张持晨,段志光,章娟,等.医学院校学生健康素养提升策略研究[J].医学教育管理,2017,3(5):336-340,358.
- [3] 邓世佑,彭煜健,王艺蓓,等.江苏某大学医学生与非医学生健康素养的比较[J].环境与职业医学,2018,35(4):347-351.
- [4] 刘环,张伟,邓小冬,等.医学生健康素养现状调查及影响因素分析[J].中国医药导报,2017,14(35):33-36.
- [5] GROENE R O. Is health literacy addressed in the medical education of general practitioners? // The 2nd European Health Literacy Conference. Aarhus University, Aarhus. 47 [EB/OL]. [2014-04-11]. <http://www.healthliteracyeurope.net/#!conference-material/c2kl>.
- [6] 赵跃跃,张耀匀,白雪,等.中国在校大学生健康素养水平的 Meta 分析[J].中华疾病控制杂志,2016,20(3):290-293,298.
- [7] 彭林丽,王宏,何芳,等.重庆初中生健康素养干预效果评价[J].中国学校卫生,2018,39(1):26-28.
- [8] 张华,董银凤,孙志岭,等.大学生健康素养微信公众平台干预效果评价[J].中国学校卫生,2017,38(11):1644-1647.
- [9] 程伊,海滩,杨盛梅.新疆伊宁市汉族中学生健康素养干预效果评价[J].中国学校卫生,2017,38(6):843-845.
- [10] 潘晓洁.SRS 视角下的高校大学生健康管理评价指标体系研究[D].太原:山西医科大学,2018.
- [11] 赵晓军,孙芸,吕晓霞,等.2015 年常州市 2510 名城乡居民健康素养调查[J].现代预防医学,2016,43(20):3726-3728,3779.
- [12] 聂雪琼,李英华,李莉.2012 年中国居民健康素养监测数据统计分析方法[J].中国健康教育,2014,30(2):178-181.
- [13] 李艳宏,徐子彪,贾春迪,等.2012-2014 年吉林市丰满区居民健康素养水平及其影响因素[J].卫生研究,2018,47(3):482-486.
- [14] 张持晨.健康人文:大学生健康管理篇[M].北京:人民卫生出版社,2017.
- [15] 周薇.甘肃省某医学院校学生健康素养状况调查[J].疾病预防控制通报,2018,33(5):6-9.
- [16] ZHANG C C, ZHENG X, HUANG H, et al. A study on the applicability of the health action process approach to the dietary behavior of university students in Shanxi, China [J]. J Nutr Educ Behav, 2018, 50(4):388-395.
- [17] 蒋晓丽,郭海健,张雪梅,等.泰州市居民健康知识与行为素养水平分离情况的分析[J].中华疾病控制杂志,2015,19(1):67-70.

收稿日期:2019-03-14;修回日期:2019-04-08