健康教育对少数民族边远山区“两癌”筛查适龄女性认知偏差及生活方式的影响

朱耀葵

广东省清远市连山壮族瑶族自治县妇幼保健计划生育服务中心 广东 清远 513200

【摘　要】：目的：考察健康教育用于宫颈癌与乳腺癌（以下简称“两癌”）筛查适龄女性后，对其认知偏差和生活方式产生的干预作用。方法：纳入 2025 年 1—6 月在本服务中心登记并参加“两癌”筛查的适龄女性 1000 例，经随机数字表法划为对照组、观察组，各 500 例。对照组采用常规指导；观察组在常规指导之外叠加结构化健康教育，持续 3 个月，比较差异。结果：干预结束后，观察组风险感知偏差、乐观偏差、筛查污名和从众心理评分低于对照组（P<0.05）；其健康促进生活方式量表（HPLP-II）总分以及健康责任、体育运动、营养、压力管理、人际支持、自我实现评分高于对照组（P<0.05）。结论：结构化健康教育能纠正“两癌”筛查适龄女性的认知偏差，并推动其生活方式向健康化调整，可作为基层筛查动员和健康管理的可行路径。

【关键词】：宫颈癌；乳腺癌；健康教育；认知偏差；生活方式

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.079

宫颈癌与乳腺癌是威胁女性健康的重要恶性肿瘤，定期筛查能提升早期诊断率并改善预后。然而，适龄女性常存在风险感知偏差、乐观偏差、筛查污名与从众心理，低估患病概率，放大筛查不适和隐私顾虑，降低筛查参与[1]。与此同时，久坐少动、高脂高糖饮食、熬夜及烟酒暴露等生活方式因素与两类癌症风险相关，也可能影响筛查依从性。健康教育作为低成本干预方式，可通过知识传播、风险沟通、社会规范重塑与自我效能提升，修正认知偏差并促进行为改变[2]。但其能否同步改善筛查认知与生活方式仍需实证检验。

基于此，本研究以“两癌”筛查适龄女性为对象，分析健康教育对认知偏差及生活方式的影响，以期为基层筛查动员、健康管理和精准干预提供参考。

1 资料方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 6 月于本服务中心登记参与“两癌”筛查的适龄女性 1000 例。采用随机数字表法分为对照组和观察组，各 500 例。

对照组：年龄 35～64 岁，平均（47.3±7.6）岁；文化程度：初中及以下 186 例，高中/中专 218 例，大专及以上 96 例；居住地：城镇 321 例，农村 179 例；家庭月收入：＜5000 元 214 例，5000～10000 元 203 例，＞10000 元 83 例。

观察组：年龄 35～64 岁，平均（47.8±7.9）岁；文化程度：初中及以下 191 例，高中/中专 211 例，大专及以上 98 例；居住地：城镇 315 例，农村 185 例；家庭月收入：＜5000 元 209 例，5000～10000 元 207 例，＞10000 元 84 例。

两组年龄、文化程度、居住地及家庭月收入比较，差异均无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

1.2 选例标准

纳入标准：（1）年龄为 35～64 岁，处于“两癌”筛查规定的适龄区间；（2）入组前未确诊宫颈癌或乳腺癌[3]；（3）能进行基本读写与交流，并可独立填写问卷；（4）解研究内容后同意参加，且系自愿入组。

排除标准：（1）正处于妊娠期或哺乳期；（2）既往有精神疾病史，或存在认知功能异常；（3）6 个月内接受过同类健康教育项目；（4）同时患有严重躯体疾病，难以配合完成随访。

剔除与脱落标准：（1）干预阶段自行要求退出；（2）重要数据缺失，导致无法纳入统计。

1.3 方法

对照组接受常规筛查指导，内容包括筛查时间与地点通知、检查前注意事项（如避开月经期、避免阴道用药等）以及筛查流程的简要说明，不额外实施结构化教育课程。

观察组在对照组基础上接受结构化健康教育干预，方案以社会认知理论与健康信念模型为框架，由经过统一培训的护理人员以小组形式实施，每组 10～15 人，共 4 次课程，每次 40～50 分钟，干预周期为 3 个月。课程内容包括：

（1）认知偏差修正模块，通过呈现本地区“两癌”发病与筛查数据，引导参与者对比自身主观风险估计与客观风险水平，识别乐观偏差与风险感知偏差。

（2）筛查污名解构模块，组织讨论宫颈癌筛查中的隐私顾虑与羞耻感来源，以情景模拟方式降低回避倾向。

（3）生活方式行为模块，围绕久坐危害、膳食结构调整、规律作息及烟酒控制等主题进行行为技能训练，结合个人行为日志进行自我监测。

（4）社会规范与自我效能强化模块，通过同伴经验分享和小组目标设定提升参与信心。干预期间建立小组即时通讯群，每周推送 1 次科普要点；于第 2、6、10 周进行电话随访，解答疑问并督促行为日志落实，对依从性欠佳者给予个体化强化指导。全程不推荐任何特定产品或服务，仅以信息提供与行为技能培训为目的。

1.4 观察指标

认知偏差指标：

（1）风险感知偏差，采用“两癌”风险感知偏差评估问卷，通过比较参与者对自身患病风险的主观评分与基于年龄、家族史等因素的客观风险分值，计算偏差方向与幅度，以偏差绝对值表示，分值越高提示偏差越大。

（2）乐观偏差，采用乐观偏差量表（OptimismBiasScale，OBS）[4]评估参与者认为自身患病风险低于同龄女性平均水平的倾向程度，总分 0～30 分，分值越高表明乐观偏差越强。

（3）筛查污名，采用癌症污名量表（CancerStigmaScale，CSS）[5]中文版评估宫颈癌筛查情境下的羞耻感、回避倾向及对他人评判的担忧，以均分表示，分值越高提示筛查污名越重。

（4）从众心理，采用自编从众心理评估条目，测量参与者在筛查决策中对周围人行为的依赖程度，以 0～10 分视觉模拟评分表示。

生活方式指标：采用健康促进生活方式量表-II（Health Promoting LifestyleProfile-II，HPLP-II）[6]中文版评估，该量表包含健康责任、体育运动、营养、压力管理、人际支持与自我实现 6 个维度，共 28 个条目，采用 1～4 级评分，总分 28～112 分，分值越高表示健康促进行为水平越好。

1.5 统计学分析

数据以 SPSS 26.0 平台完成分析。其中，计数/计量资料分别以（%）、均数±标准差表示；行 X^2、t 检验。结果以 P＜0.05 表示组间差异显著。

2 结果

2.1 两组女性干预前后认知偏差评分比较

干预前，两组风险感知偏差、乐观偏差、筛查污名及从众心理评分比较（P＞0.05）。干预后，观察组上述四项评分均低于对照组（P＜0.05），见表 1。

表 1 两组女性干预前后认知偏差评分比较（n=500，$\bar{x}\pm s$，分）

指标	对照组		观察组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
风险感知偏差	5.06±1.72	4.35±1.63*	5.11±1.69	3.01±1.28*#
乐观偏差	19.02±4.85	18.32±4.72*	18.94±4.91	13.52±4.15*#
筛查污名	2.91±0.74	2.58±0.71*	2.89±0.72	2.02±0.63*#
从众心理	6.51±1.89	6.20±1.85*	6.48±1.86	4.96±1.72*#

注：与本组干预前比较，*P＜0.05；与对照组干预后比较，#P＜0.05。

2.2 两组女性干预前后生活方式评分比较

干预前，两组生活方式各指标评分比较 P＞0.05。干预后，观察组 HPLP-II总分及各维度评分均高于对照组（P＜0.05），见表 2。

表 2 两组女性干预前后生活方式评分比较（n=500，$\bar{x}\pm s$，分）

维度	对照组		观察组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
健康责任	18.31±3.58	18.97±3.51	18.27±3.63	21.67±3.28*#
体育运动	15.92±3.81	16.14±3.76	15.88±3.76	19.42±3.54*#
营养	19.63±3.18	19.82±3.12	19.59±3.15	22.84±2.96*#
压力管理	17.48±3.49	17.61±3.43	17.45±3.46	20.76±3.21*#
人际支持	20.18±3.33	20.30±3.28	20.15±3.30	23.05±3.07*#
自我实现	19.84±3.61	19.95±3.56	19.81±3.58	23.41±3.34*#
总分	111.36±12.78	112.79±12.63	111.15±12.71	131.15±11.87*#

注：与本组干预前比较，*P＜0.05；与对照组干预后比较，#P＜0.05。

3 讨论

宫颈癌和乳腺癌筛查已被纳入国家基本公共卫生服务，基层实施正由机会性筛查向组织性动员转变。但服务可及并不必然转化为参与行为，适龄女性是否受检，还受风险认知、羞耻体验、同伴规范与自我效能等影响。既往健康教育研究多聚焦知识知晓率、筛查意愿或负性情绪，较少把认知偏差与生活方式作为同步结局，且一次性宣教对行为维持的证据有限[7]。本研究以社会认知理论和健康信念模型为框架，在常规指导上叠加结构化课程，观察认知与行为双重变化，可为基层筛查配套干预提供参考。

干预后，观察组风险感知偏差由 5.11±1.69 降至 3.01±1.28，乐观偏差由 18.94±4.91 降至 13.52±4.15，筛查污名由 2.89±0.72 降至 2.02±0.63，从众心理由 6.48±1.86 降至 4.96±1.72，均低于对照组（P<0.05）。这表明，以本地区发病和筛查数据开展风险沟通，可使主观风险估计更接近客观水平，削弱“不会轮到自己”的乐观偏见；情景模拟与同伴讨论有助于拆解隐私羞耻和回避；小组目标设定能减少对他人行为的盲从，提升自主决策[8]。对照组常规指导后虽有轻微波动，但观察组降幅更明显，说明单纯流程告知难以触及深层认知偏差。风险沟通还通过降低威胁回避，使筛查决策由情绪驱动转向认知评估；行为模块借助自我监测与即时反馈，促进意图向习惯转化。认知与行为同步改善，提示前者为后者提供动机基础，后者又反向巩固筛查信念[9]。生活方式方面，观察组 HPLP-II总分由 111.15±12.71 升至 131.15±11.87，健康责任、体育运动、营养、压力管理、人际支持、自我实现均高于对照组（P<0.05）。从病理机制看，久坐、肥胖、高糖高脂饮食、酒精及烟草暴露可通过胰岛素抵抗、慢性炎症、氧化应激和性激素紊乱塑造促癌微环境；高危 HPV 持续感染亦与免疫抑制和炎症状态相关[10]。结构化教育借助行为日志、技能训练和同伴支持提高自我效能，促使对象减少久坐、优化膳食、规律作息并控制烟酒，进而可能降低代谢与炎症风险，并增强筛查依从。

综上，结构化健康教育可同步改善“两癌”筛查适龄女性的认知偏差与健康促进行为，适宜作为基层筛查动员的辅助策略。受单中心、短期随访和自评量表限制，结论仍需多中心、长周期研究验证。

参考文献：

[1] 院伟.健康教育对"两癌"筛查适龄女性认知偏差、生活方式及负面情绪的影响[J].中外女性健康研究,2024(12):110-112.

[2] 郑政.护理健康教育对两癌筛查女性认知水平及不良情绪的影响[J].妇儿健康导刊,2022,1(8):183-187.

[3] 穆晓萌.健康教育对女性两癌认知水平及筛查行为的影响[J].中外女性健康研究,2023(9):196-198.

[4] 陈晓英,刘欣,魏金霞.探讨健康教育对农村妇女"两癌"筛查意愿性干预的效果[J].中国保健营养,2021,31(16):213-214.

[5] 马悦,胡庆玲.健康教育对妇女"两癌"筛查意愿及知识的影响[J].母婴世界,2020(28):272.

[6] 张卓娜,萨如拉.内蒙古自治区适龄女性"两癌"筛查参与行为现状及其影响因素[J].江苏卫生事业管理,2025,36(10):1525-1528.

[7] 陈福萍.健康教育对妇女"两癌"筛查意愿及知识的影响[J].婚育与健康,2021(8):94.

[8] 张艳云,张小玉.健康宣教联合针对性护理干预在两癌筛查中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(13):184-186.

[9] 林淑琴.系统化健康教育对女性两癌防治知识认知及积极性的影响[J].黑龙江医学,2021,45(12):1334-1335.

[10] 彭淑敏,周位远.全面健康教育对女性体检者两癌防治知识认知及自检行为依从性的影响[J].基层医学论坛,2022,26(18):106-108.