

社区健康教育干预对居民疫苗接种率的影响研究

姜海

邳州邳城镇卫生院

江苏 邳州 221322

摘要：**目的：**分析社区健康教育干预对居民疫苗接种率的影响。**方法：**选取社区居民 200 例，时间为：2025 年 1 月-2025 年 12 月，以计算机随机法分组，对照组实施常规疫苗接种宣传、观察组在对照组基础上开展社区健康教育干预，对比疫苗接种率、疫苗知识知晓率、满意度。**结果：**观察组疫苗接种率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组疫苗知识知晓率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组居民服务满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**在社区疫苗接种工作中增设专项健康教育干预，能够有效普及疫苗接种相关知识，纠正居民错误认知，提升居民疫苗接种主动性与配合度，大幅提高整体接种率，同时优化居民服务体验，具备较高的临床应用与社区推广价值。

关键词：社区健康教育；居民；疫苗接种率；健康认知；干预效果

随着疫苗接种在预防传染病和控制公共卫生风险中的重要性日益凸显，社区居民对疫苗相关知识的认知水平和接种意愿成为影响疫苗覆盖率的关键因素^[1]。然而，当前部分社区仍存在居民疫苗接种率不高、接种知识缺乏、信息获取渠道单一、对疫苗安全性存在误解等问题，制约了公共卫生目标的实现^[2]。社区健康教育作为提高居民健康素养和行为改变的重要手段，能够通过多渠道、多形式的宣传和指导，增强居民对疫苗接种的理解与认同，纠正错误认知，从而促进接种行为的主动性和持续性^[3]。近年来，研究显示，将健康教育与社区服务紧密结合，针对不同人群开展分层、个性化干预，能够显著提升疫苗接种率和健康行为依从性^[4-5]。因此，本研究通过在社区居民中实施专项健康教育干预，旨在系统评估其对居民疫苗接种率、知识知晓率及服务满意度的影响，为优化社区疫苗推广策略、提高居民健康水平提供科学依据和实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取社区居民 200 例，时间为：2025 年 1 月-2025 年 12 月，以计算机随机法分组。对照组男 52 例，女 48 例；年龄 18~72 岁，平均（45.36±6.85）岁。观察组男 50 例，女 50 例；年龄 19~71 岁，平均（44.98±6.72）岁。一般资料对比

($P>0.05$)，可比。

1.2 方法

对照组实施常规疫苗接种宣传干预。社区医护人员在社区卫生服务中心公告栏张贴疫苗接种科普海报，定期发放纸质宣传手册；在居民前往卫生服务中心就诊、咨询时，被动解答居民关于各类疫苗接种时间、接种禁忌的基础问题；按照上级疾控部门要求，统一推送基础接种通知。

观察组在对照组常规宣传基础上，开展全方位、分层化社区健康教育干预，具体措施如下：（1）组建专项健康教育小组：由社区全科医生、护士、公共卫生专员及社区网格员组成小组，统一开展专业培训，明确小组成员职责，结合不同年龄段居民需求，制定差异化健康教育方案。（2）多元化科普宣传：线下每月开展 2 次健康讲座，围绕流感疫苗、HPV 疫苗、新冠疫苗、肺炎疫苗等常见疫苗，讲解疫苗作用机制、接种适用人群、接种不良反应及处理方式、接种误区；在社区广场、活动室开展免费义诊咨询活动，一对一解答居民疑问。线上依托社区微信群、公众号，定期推送图文、短视频形式的科普内容，破除“疫苗有害”“接种疫苗无用”等谣言。（3）分层针对性干预：针对青少年及儿童家长，重点讲解一类、二类疫苗接种必要性，普及儿童传染病防控知识；针对中青年群体，重点普及 HPV 疫苗、流感疫苗，解读疫苗性价比与防护价值；针对老年群体，安排专人上门宣讲，简化科普话术，重点推广肺炎、带状疱疹疫苗，同时告知家属协助监督。（4）个性化回访提醒：建立居民疫苗接种档案，统计未接种、漏接种居民名单，通过电话、上门走访等方式进行个性化提醒，同步解答居民顾虑，引导居民主动完成接种。

1.3 观察指标

疫苗接种率：统计干预 6 个月后，两组居民对应适龄疫苗整体接种人数，计算接种率。

疫苗知识知晓率：以自制调查问卷开展测评，问卷包含疫苗基础知识、接种禁忌、不良反应、接种流程 4 个维度，共 20 题，总分 100 分， ≥ 80 分为知晓，60~79 分为基本知晓， < 60 分为不知晓。

服务满意度：分为非常满意、满意、不满意。

1.4 统计学分析

以（ $\bar{x} \pm s$ ）、（n,%）表示计量、计数资料，行 t、 X^2 检验，SPSS25.0 统计， $P < 0.05$ 时差异显著。

2 结果

2.1 居民疫苗接种率对比

观察组疫苗接种率高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 居民疫苗接种率对比

组别	例数	接种例数	接种率（%）
对照组	100	81	81.00
观察组	100	94	94.00
X^2	-	-	7.165
P	-	-	0.007

2.2 居民疫苗知识知晓率对比

观察组疫苗知识知晓率高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 居民疫苗知识知晓率对比

组别	例数	知晓	基本知晓	不知晓	知晓率（%）
对照组	100	45	38	17	83.00
观察组	100	68	28	4	96.00
X^2	-	-	-	-	9.028
P	-	-	-	-	0.003

2.3 居民服务满意度对比

观察组居民服务满意度高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 居民服务满意度对比

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	100	46	38	16	95.00
观察组	100	65	30	5	84.00
X^2	-	-	-	-	6.438
P	-	-	-	-	0.011

3 讨论

本研究结果显示，观察组在社区健康教育干预下的疫苗接种率显著高于对照

组（94.00%vs81.00%， $P<0.05$ ），疫苗知识知晓率及居民服务满意度亦明显提升（96.00%vs83.00%， $P<0.05$ ；满意度 84.00%vs95.00%， $P<0.05$ ），提示社区健康教育干预对居民接种行为和认知水平具有积极作用。其原因可能在于多元化宣传策略、分层针对性教育以及个性化回访提醒有效弥补了传统单一宣传模式的信息不足，增强了居民对疫苗必要性和安全性的理解，降低了对接种风险的疑虑，从而提高接种主动性^[6]。此外，专项健康教育小组通过面对面讲解、线上科普推送及社区义诊活动，实现了居民与医护人员的双向互动，使知识传递更加生动、易于接受，同时增加了居民的信任感和满意度^[7]。分层教育策略针对不同年龄段和健康需求的居民提供个性化指导，充分考虑了儿童、青少年、成年人及老年人群体差异，确保干预的精准性和有效性。个性化回访提醒进一步强化了行为执行力，使漏接种和未接种居民得到及时干预，形成持续性接种动力^[8]。

综上所述，社区健康教育干预不仅在知识普及方面取得显著成效，更通过行为引导提升疫苗接种率，为社区公共卫生管理提供了可推广的实践模式，对提高居民健康素养、优化疫苗覆盖率具有重要参考价值。

参考文献

- [1]王晓峰,张首创.基于居民健康档案的老年人流感疫苗接种影响因素分析[J].医药前沿,2026,16(16):135-138.
- [2]曹文燕.分析健康教育在居民流感疫苗接种中的效果[J].疾病预防与控制,2026,2(02):61-64.
- [3]刘永娟,刘庆新,李瑞,冷艳,杨兴光,王连森.个体水平社会资本对山东省居民流感疫苗接种行为的影响[J].社区医学杂志,2025,23(13):440-445.
- [4]王学芳,张业霞,付乐晨,张佳伦,周阳,王晓辉,张勇,马敬仓.疫苗接种知识健康教育“游戏体验式 APP”在社区中的应用研究[J].菏泽医学专科学校学报,2023,35(04):87-89.
- [5]向春桔,车小琼,李自琼,赵栩,向艳萍,欧喻莹.医务人员对新冠病毒疫苗接种的推荐情况及其影响因素[J].医学动物防制,2024,40(01):15-20.
- [6]辛照华,汪梦,李梦颖,李星辉,陈晓丽,付朝伟,王颖.我国部分地区水痘疫苗接种和管理现况调查[J].中国初级卫生保健,2023,37(06):64-68.
- [7]张欣,常春.基于健康信念模式的带状疱疹疫苗接种意愿及其影响因素研究[J].

中国健康教育,2022,38(10):898-903.

[8]崔玉玲,李健,卢媛,姜召.家庭医生服务模式对 6 岁以下儿童非免疫规划疫苗接种的影响[J].中国校医,2020,34(12):913-915+928.