

基层居民中医养生认知与干预需求的调查研究

杨斐然*, 武佳宁, 宫思哲, 朱 彤, 郭锦翠#

济宁医学院中西医结合学院, 山东 济宁

收稿日期: 2026年9月9日; 录用日期: 2026年9月30日; 发布日期: 2026年10月12日

摘 要

目的: 中医养生在基层居民中日益普遍, 但风险认知与规范意识仍显不足, 相关干预需求尚未得到充分识别。本研究旨在了解基层居民中医养生认知、行为、风险经历及干预需求, 并分析相关影响因素。方法: 于2026年7~8月采用分层便利抽样法, 对山东省济宁市200名基层居民进行问卷调查, 内容涵盖养生行为与信息来源、养生认知、风险经历与应对以及健康需求与干预偏好等维度, 并运用描述性统计和Pearson χ^2 检验分析数据。结果: 经常主动养生者占20.5%, 偶尔养生者占47.0%; 知识获取以短视频/微信群(58.0%)、电视(48.0%)和亲友(43.5%)为主, 医生渠道为42.5%。25.5%的居民相信“中药天然, 长期吃不会伤身”, 26.5%认同“养生效果越强越应多吃多做”; 40.0%曾因他人推荐自行使用偏方、中药、药酒或艾灸, 33.0%报告至少出现过身体不适或经济损失。年龄、性别、文化程度与中药安全性认知相关($P < 0.05$); 年龄、文化程度与养生适度性认知相关($P < 0.05$); 体质类型与艾灸、拔罐、泡脚适用性认知相关($P = 0.018$)。结论: 基层居民中医养生认知呈“部分知晓但不明确”的特征, 养生行为存在专业性与安全性不足的问题。建议从政府、社区医疗机构、媒体平台和家庭个人层面协同干预, 强化辨证施养、适度原则及安全用药教育, 构建精准化的中医养生健康教育体系。

关键词

中医养生, 健康认知, 干预需求, 基层居民, 健康教育

A Survey Study on Community Residents' Perceptions of Traditional Chinese Medicine Health Preservation and Their Needs for Intervention

Feiran Yang*, Jianing Wu, Sizhe Gong, Tong Zhu, Jincui Guo#

College of Integrated Chinese and Western Medicine, Jining Medical University, Jining Shandong

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 杨斐然, 武佳宁, 宫思哲, 朱彤, 郭锦翠. 基层居民中医养生认知与干预需求的调查研究[J]. 统计学与应用, 2026, 15(10): 20-31. DOI: 10.12677/sa.2026.1510224

Abstract

Objective: Traditional Chinese Medicine (TCM) health preservation has become increasingly common among community residents, yet risk awareness and standardization awareness remain inadequate, and related intervention needs have not been fully identified. This study aimed to investigate community residents' cognition, behaviors, risk experiences, and intervention needs regarding TCM health preservation, and to analyze associated factors. **Methods:** From July to August 2026, a questionnaire survey was conducted among 200 community residents in Jining City, Shandong Province, using stratified convenience sampling. The survey covered health preservation behaviors and information sources, health preservation cognition, risk experiences and coping, and health needs and intervention preferences. Descriptive statistics and Pearson χ^2 tests were used for data analysis. **Results:** Only 20.5% of residents regularly and actively practiced TCM health preservation, while 47.0% did so occasionally. The main sources of knowledge were short video platforms/WeChat groups (58.0%), television (48.0%), and relatives or friends (43.5%), whereas physicians accounted for 42.5%. Among respondents, 25.5% believed that "Chinese herbal medicines are natural and safe for long-term use", and 26.5% agreed that "stronger health preservation effects require more frequent or larger amounts of practice." Additionally, 40.0% had used folk remedies, Chinese herbal medicines, medicated liquors, or moxibustion based on others' recommendations, and 33.0% reported experiencing at least one episode of physical discomfort or economic loss. Age, sex, and education level were associated with cognition regarding the safety of Chinese herbal medicines ($P < 0.05$); age and education level were associated with cognition regarding the appropriateness of health preservation practices ($P < 0.05$); and constitutional type was associated with cognition regarding the applicability of moxibustion, cupping, and foot bathing ($P = 0.018$). **Conclusion:** Community residents demonstrate a pattern of "partial awareness without clear understanding" in TCM health preservation cognition, and their health preservation behaviors are characterized by insufficient professionalism and safety awareness. Coordinated interventions are recommended at the levels of government, community health institutions, media platforms, and families and individuals, with emphasis on education regarding syndrome differentiation-based health preservation, the principle of moderation, and safe medication use, so as to establish a targeted TCM health preservation education system.

Keywords

Traditional Chinese Medicine Health Preservation, Health Cognition, Intervention Needs, Community Residents, Health Education

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

自“健康中国 2030”战略实施以来，中医药在基层健康服务中的功能逐渐受到重视[1]。按照《中医药发展战略规划纲要（2016—2030 年）》的部署，普及中医药健康知识、提高全民中医药健康文化素养被列为重点任务[2]。世界卫生组织《传统医学战略 2014~2023》同样强调传统医学的安全性、有效性与规范整合[3]。在这样的政策导向下，中医养生作为“治未病”理念在日常生活中的实践形式，在基层居

民中其实已经有比较广泛的接受基础。像泡脚、食疗、艾灸、拔罐、八段锦等方式,已经进入城乡居民的日常生活,成为健康自我管理的常见手段[4]。不过,养生行为的日常化并不等于规范化。中医体质学认为,个体体质差异会影响对养生方法的反应性和耐受性,因此辨证施养是保证安全有效养生的基本前提[5]。仔细看的话,中药、艾灸、拔罐、食疗等方法都有各自的适应证和风险边界,如果不加辨别地使用,反而可能带来不良后果。

近年来,居民获取中医养生信息的渠道发生了明显变化。短视频、社交媒体和微信群等新媒体平台逐渐成为主要来源,健康信息获取渠道整体上呈现出数字化迁移的趋势[6]。不过,这些渠道中的信息质量参差不齐,虚假宣传和偏方流传的问题比较突出。从已有调查看,居民中医药健康文化素养总体仍然偏低[7]。此外,前期调查发现,部分居民对中药安全性和养生适度性存在一定误区。与此同时,现有调查更多集中在城市社区居民或特定慢性病人群。针对基层居民中医养生认知、风险经历及干预需求的系统研究还不充分,对不同人口学特征下认知差异的刻画也比较有限。前期调查发现,部分居民对中药安全性存在误解,曾因他人推荐自行使用偏方、中药或艾灸,并报告过身体不适或经济损失。这一现象提示,认知偏差与风险行为之间可能存在关联。

此次调查以山东省济宁市基层居民为调查对象,通过问卷调查了解其中医养生认知水平、行为特征、风险经历及干预需求,并分析年龄、性别、文化程度和体质类型等因素与认知水平之间的关系,以识别认知薄弱人群。从理论角度看,相关结果能够为基层中医药健康素养及“治未病”服务需求研究补充实证资料;从实践角度看,也能够为基层医疗机构制定分层分类的中医养生健康教育方案、防范养生相关风险提供参考,进而推动中医药在基层健康治理中的有效融入。

2. 数据与方法

2.1. 数据来源

2026年7~8月,在山东省济宁市开展了一项横断面调查。调查对象为年满10周岁、能够理解并自愿参与的基层社区居民。抽样方式上,采用了分层便利抽样,共抽取5个城市社区和6个农村社区。计划样本量为200例,实际回收有效问卷200份,有效回收率100%。

2.2. 研究方法

调查工具为自行设计的《基层居民中医养生认知与干预需求调查问卷》。问卷采取匿名填写,共设21题,内容涵盖基本信息、养生行为与信息来源、养生认知、风险经历与应对、健康需求与干预偏好五个维度,并在正式调查前经过预调查修订。调查员均接受统一培训,现场对问卷进行核查;对于不便填写的居民,由调查员协助代填。数据录入使用Excel,统计分析通过SPSS 26.0完成。其中,分类变量以频数和百分比进行描述,认知差异比较采用Pearson χ^2 检验,检验水准设为 $\alpha = 0.05$ 。整个研究过程符合伦理要求,所有调查对象均知情同意,未成年人同时取得监护人同意;问卷不收集可识别个人身份的信息。

3. 结果

3.1. 调查对象一般人口学特征

共调查200名基层居民。年龄以10~29岁为主,为113人(56.5%),30~39岁23人(11.5%),40~49岁27人(13.5%),50~59岁以上37人(18.5%)。女性105人(52.5%),男性95人(47.5%)。文化程度以大专/本科及以上居多,为126人(63.0%),高中/中专49人(24.5%),初中及以下25人(12.5%)。体质自评以偏寒体质和偏热体质为主,分别为75人(37.5%)和71人(35.5%),寒热不明显38人(19.0%),不清楚/未想过16

人(8.0%)。居住情况以其他居住方式最多,为 78 人(39.0%),与配偶同住 60 人(30.0%),独居 33 人(16.5%),与子女同住 29 人(14.5%)。慢性病患者情况:无慢性病 122 人(61.0%),患 1 种 49 人(24.5%),患 2 种及以上 25 人(12.5%),不清楚 4 人(2.0%)。见表 1。

Table 1. General demographic characteristics of the study participants (n = 200)
表 1. 调查对象一般人口学特征(n = 200)

变量	分类	n	%
年龄(岁)	10~29	113	56.5
	30~39	23	11.5
	40~49	27	13.5
	50~59 以上	37	18.5
性别	男	95	47.5
	女	105	52.5
文化程度	初中及以下	25	12.5
	高中/中专	49	24.5
	大专/本科及以上	126	63.0
体质	偏热体质	71	35.5
	偏寒体质	75	37.5
	寒热不明显	38	19.0
	不清楚/没想过	16	8.0
居住情况	独居	33	16.5
	与配偶	60	30.0
	与子女	29	14.5
	其他	78	39.0
慢性病	没有	122	61.0
	有一种	49	24.5
	有两种及以上	25	12.5
	不清楚	4	2.0

3.2. 中医养生行为及信息来源

在主动进行中医养生方面,经常养生者 41 人(20.5%),偶尔养生者 94 人(47.0%),很少或从不养生者 65 人(32.5%)。常用中医养生方式(多选)中,选择泡脚者 112 人(56.0%),食疗/药膳 76 人(38.0%),按摩/拔罐 72 人(36.0%),艾灸 68 人(34.0%),中药 58 人(29.0%),药酒 37 人(18.5%),八段锦/太极 32 人(16.0%),其他 28 人(14.0%),偏方 22 人(11.0%)。中医养生知识来源中,短视频/微信群 116 人(58.0%),电视 96 人(48.0%),亲友 87 人(43.5%),医生 85 人(42.5%),药店/保健品销售人员 54 人(27.0%),书报 24 人(12.0%),其他 22 人(11.0%)。

身体不适时首选处理方式:去正规医院/社区卫生服务中心 115 人(57.5%),自己买药 43 人(21.5%),问亲友 16 人(8.0%),忍一忍 15 人(7.5%),先用偏方 11 人(5.5%)。见表 2。

Table 2. Traditional Chinese medicine wellness practices and information sources among survey participants
表 2. 调查对象中医养生行为及信息来源

变量	分类	n	%
主动进行中医养生	经常	41	20.5
	偶尔	94	47.0
	很少/从不	65	32.5
常用中医养生方式*	泡脚	112	56.0
	食疗/药膳	76	38.0
	按摩/拔罐	72	36.0
	艾灸	68	34.0
	中药	58	29.0
	药酒	37	18.5
	八段锦/太极	32	16.0
	其他	28	14.0
	偏方	22	11.0
中医养生知识来源*	短视频/微信群	116	58.0
	电视	96	48.0
	亲友	87	43.5
	医生	85	42.5
	药店/保健品销售人员	54	27.0
	书报	24	12.0
	其他	22	11.0
身体不适时的首选处理方式	去正规医院/社区卫生服务中心	115	57.5
	自己买药	43	21.5
	问亲友	16	8.0
	忍一忍	15	7.5
	先用偏方	11	5.5

注：*为多项选择题，百分比为选择该项人数占总人数的比例，各选项百分比之和不等于 100%。

3.3. 中医养生认知情况

对“中药天然，所以长期吃也不会伤身体”说法，相信者 51 人(25.5%)，半信半疑者 57 人(28.5%)，不相信者 73 人(36.5%)，没听说过 19 人(9.5%)。对“保健或养生效果越强，越应该多吃、多做”说法，认同者 53 人(26.5%)，不确定者 61 人(30.5%)，否定者 86 人(43.0%)。因他人推荐自行使用偏方、中药、药酒或艾灸方面，从未使用者 120 人(60.0%)，有过但未长期使用者 64 人(32.0%)，经常使用者 16 人(8.0%)。因认为西药有副作用而自行减量或停药方面，从未发生者 105 人(52.5%)，有过一次者 67 人(33.5%)，多次发生者 28 人(14.0%)。对“艾灸、拔罐、泡脚并非人人适合”的认知，知道者 101 人(50.5%)，听说过但不清楚者 65 人(32.5%)，不知道者 34 人(17.0%)。见表 3。

Table 3. Survey participants’ perceptions of traditional Chinese medicine health preservation
表 3. 调查对象中医养生认知情况

认知内容	选项	n	%
对“中药天然，所以长期吃也不会伤身体”说法的认同情况	相信	51	25.5
	半信半疑	57	28.5
	不相信	73	36.5
	没听说过	19	9.5
对“保健或养生效果越强，越应该多吃、多做”说法的认同情况	是	53	26.5
	不确定	61	30.5
	否	86	43.0
因他人推荐自行使用偏方、中药、药酒或艾灸	没有	120	60.0
	有过但未长期使用	64	32.0
	经常使用	16	8.0
认为西药有副作用而自行减量或停药	从未	105	52.5
	有过一次	67	33.5
	多次	28	14.0
知道艾灸、拔罐、泡脚并非人人适合	知道	101	50.5
	听说过但不清楚	65	32.5
	不知道	34	17.0

3.4. 风险经历与问题应对方式

过去一年内，124 人(62.0%)未因养生方法出现身体不适或经济损失；出现身体不适者 32 人(16.0%)，经济损失者 21 人(10.5%)，两者均有者 13 人(6.5%)，不愿回答者 10 人(5.0%)。因养生方法使用不当出现身体不适的来源(多选)中，剧烈运动/过度锻炼 90 人(45.0%)，自行服用中药/药酒/偏方 72 人(36.0%)，艾灸/拔罐/刮痧 70 人(35.0%)，食疗/药膳 56 人(28.0%)，泡脚/热敷 55 人(27.5%)，其他 11 人(5.5%)。出现问题后的求助方式：去正规医院找医生 127 人(63.5%)，咨询药店店员/保健品销售人员 35 人(17.5%)，询问家人或朋友 24 人(12.0%)，自己上网查询或忍耐 10 人(5.0%)，继续寻找原来的偏方/游医 4 人(2.0%)。见表 4。

Table 4. Survey participants’ experiences with risks in traditional Chinese medicine wellness practices and their coping strategies
表 4. 调查对象中医养生风险经历与问题应对方式

变量	分类	n	%
过去一年因养生方法出现不适或经济损失	没有	124	62.0
	身体不适	32	16.0
	经济损失	21	10.5
	身体不适和经济损失均有	13	6.5
	不愿回答	10	5.0

续表

因养生方法使用不当出现身体不适*	剧烈运动/过度锻炼	90	45.0
	自行服用中药/药酒/偏方	72	36.0
	艾灸/拔罐/刮痧	70	35.0
	食疗/药膳	56	28.0
	泡脚/热敷	55	27.5
	其他	11	5.5
出现问题后的求助方式	去正规医院找医生	127	63.5
	咨询药店店员/保健品销售人员	35	17.5
	询问家人或朋友	24	12.0
	自己上网查询或忍耐	10	5.0
	继续寻找原来的偏方/游医	4	2.0

注：*为多项选择题，百分比为选择该项人数占总人数的比例。

3.5. 健康需求与干预偏好

睡眠质量自评：很好 86 人(43.0%)，一般 90 人(45.0%)，较差 17 人(8.5%)，没注意过 7 人(3.5%)。希望了解的中医养生内容(多选，限选 3 项)：慢病与中医调理 117 人(58.5%)，中药安全 96 人(48.0%)，食疗/药膳 96 人(48.0%)，睡眠与情绪管理 78 人(39.0%)，艾灸/按摩禁忌 76 人(38.0%)，偏方辨别 35 人(17.5%)，其他 8 人(4.0%)。愿意接受的健康教育方式：医生一对一答疑 90 人(45.0%)，短视频 44 人(22.0%)，社区短讲座 27 人(13.5%)，大字图文手册 19 人(9.5%)，家属共同参加 15 人(7.5%)，上门指导 5 人(2.5%)。见表 5。

Table 5. Health needs and intervention preferences of survey participants
表 5. 调查对象健康需求与干预偏好

变量	分类	n	%
睡眠质量	很好(入睡较快，一觉到天亮)	86	43.0
	一般(入睡较慢或多梦)	90	45.0
	较差(经常失眠或凌晨易醒)	17	8.5
	没注意过	7	3.5
希望了解的中医养生内容*	慢病与中医调理	117	58.5
	中药安全	96	48.0
	食疗/药膳	96	48.0
	睡眠与情绪管理	78	39.0
	艾灸/按摩禁忌	76	38.0
	偏方辨别	35	17.5
	其他	8	4.0
愿意接受的健康教育方式	医生一对一答疑	90	45.0
	短视频	44	22.0

续表

社区短讲座	27	13.5
大字图文手册	19	9.5
家属共同参加	15	7.5
上门指导	5	2.5

注：*为多项选择题，限选 3 项，百分比为选择该项人数占总人数的比例。

3.6. 不同人群中医养生认知差异

3.6.1. 不同年龄、性别及文化程度人群对中药长期服用安全性认知的差异

不同年龄人群对“中药天然，长期服用不会伤身”说法的认知差异有统计学意义($\chi^2=19.400, P=0.022$)。在“相信”者中，10~29 岁占 43.14%，50~59 岁占 33.33%；“半信半疑”者中，10~29 岁占 50.88%，40~49 岁占 22.81%；“不相信”者中，10~29 岁占 68.49%；“没听说过”者中，10~29 岁占 63.16%。不同性别人群的认知差异有统计学意义($\chi^2=8.418, P=0.038$)。“相信”者中男性占 52.94%，女性占 47.06%；“半信半疑”者中男性占 57.89%，女性占 42.11%；“不相信”者中女性占 65.75%，男性占 34.25%。不同文化程度人群的认知差异有统计学意义($\chi^2=13.146, P=0.041$)。“相信”者中大专/本科及以上占 49.02%，初中及以下占 21.57%；“不相信”者中大专/本科及以上占 73.97%，初中及以下占 6.85%。见表 6。

Table 6. Differences in perceptions of the statement “traditional Chinese medicine is natural and will not harm the body even with long-term use” among people of different ages, genders, and educational levels

表 6. 不同年龄、性别及文化程度人群对“中药天然，长期服用不会伤身”说法的认知差异

分组变量	类别	相信, n (%)	半信半疑, n (%)	不相信, n (%)	没听说过, n (%)	合计 (n)	χ^2	P
年龄	10~29 岁	22 (43.14)	29 (50.88)	50 (68.49)	12 (63.16)	113	19.400	0.022*
	30~39 岁	6 (11.76)	8 (14.04)	8 (10.96)	1 (5.26)	23		
	40~49 岁	6 (11.76)	13 (22.81)	5 (6.85)	3 (15.79)	27		
	50~59 岁	17 (33.33)	7 (12.28)	10 (13.70)	3 (15.79)	37		
性别	男	27 (52.94)	33 (57.89)	25 (34.25)	10 (52.63)	95	8.418	0.038*
	女	24 (47.06)	24 (42.11)	48 (65.75)	9 (47.37)	105		
文化程度	初中及以下	11 (21.57)	6 (10.53)	5 (6.85)	3 (15.79)	25	13.146	0.041*
	高中/中专	15 (29.41)	18 (31.58)	14 (19.18)	2 (10.53)	49		
	大专/本科及以上	25 (49.02)	33 (57.89)	54 (73.97)	14 (73.68)	126		
	合计	51	57	73	19	200		

注：括号内为各分组变量类别内的列百分比；*P < 0.05。

3.6.2. 不同年龄及文化程度人群对养生效果强度认知的差异

不同年龄人群对“养生效果越强，越应该多吃、多做”说法的认知差异有统计学意义($\chi^2=18.349, P=0.005$)。在“是”者中，10~29 岁占 45.28%，40~49 岁占 18.87%，50~59 岁占 22.64%；“不确定”者中，10~29 岁占 42.62%，40~49 岁占 19.67%；“否”者中，10~29 岁占 73.26%。不同文化程度人群的认知差异有统计学意义($\chi^2=19.665, P=0.001$)。“是”者中大专/本科及以上占 50.94%，初中及以下占 15.09%；

“不确定”者中大专/本科及以上占 49.18%，初中及以下占 16.39%；“否”者中大专/本科及以上占 80.23%，初中及以下占 8.14%。见表 7。

Table 7. Differences in perceptions of the statement “the more effective a health practice is, the more one should eat and do it” among people of different ages and educational levels

表 7. 不同年龄及文化程度人群对“养生效果越强，越应该多吃、多做”说法的认知差异

分组变量	类别	是， n (%)	不确定， n (%)	否， n (%)	合计 (n)	χ^2	P
年龄	10~29 岁	24 (45.28)	26 (42.62)	63 (73.26)	113	18.349	0.005*
	30~39 岁	7 (13.21)	9 (14.75)	7 (8.14)	23		
	40~49 岁	10 (18.87)	12 (19.67)	5 (5.81)	27		
	50~59 岁	12 (22.64)	14 (22.95)	11 (12.79)	37		
文化程度	初中及以下	8 (15.09)	10 (16.39)	7 (8.14)	25	19.665	0.001*
	高中/中专	18 (33.96)	21 (34.43)	10 (11.63)	49		
	大专/本科及以上	27 (50.94)	30 (49.18)	69 (80.23)	126		
	合计	53	61	86	200		

注：括号内为各分组变量类别内的列百分比；*P < 0.05。

3.6.3. 不同体质人群对养生方法适用性的认知差异

不同体质类型人群对“艾灸、拔罐、泡脚并非人人适合”的认知差异有统计学意义($\chi^2 = 15.361$, $P = 0.018$)。在“知道”者中，偏寒体质占 43.56%，偏热体质占 36.63%，寒热不明显占 14.85%；“听说过但不清楚”者中，偏寒体质占 38.46%，偏热体质占 33.85%；“不知道”者中，寒热不明显占 38.24%，偏热体质占 35.29%，偏寒体质占 17.65%。见表 8。

Table 8. Differences in perceptions among people with different constitutions regarding the statement “moxibustion, cupping, and foot soaks are not suitable for everyone”

表 8. 不同体质人群对“艾灸、拔罐、泡脚并非人人适合”的认知差异

体质类型	知道， n (%)	听说过但不清楚， n (%)	不知道， n (%)	合计 (n)	χ^2	P
偏热体质	37 (36.63)	22 (33.85)	12 (35.29)	71	15.361	0.018*
偏寒体质	44 (43.56)	25 (38.46)	6 (17.65)	75		
寒热不明显	15 (14.85)	10 (15.38)	13 (38.24)	38		
不清楚/没想过	5 (4.95)	8 (12.31)	3 (8.82)	16		
合计	101	65	34	200		

注：括号内为各分组变量类别内的列百分比；*P < 0.05。

4. 讨论

4.1. 基层居民中医养生行为呈现“高普及、低规范”特征

从数据看，67.5%的居民经常或偶尔进行中医养生，但真正经常主动养生者仅占 20.5%。具体方式上，泡脚(56.0%)、食疗/药膳(38.0%)、按摩/拔罐(36.0%)等门槛较低的项目参与率较高，八段锦/太极(16.0%)等

需系统学习和长期坚持的传统运动明显偏低,这符合健康行为中“便利性优先”的特点。不过,日常化并不等于规范化。40.0%的居民曾因他人推荐自行使用偏方、中药、药酒或艾灸,21.5%在身体不适时首选自行买药,5.5%会先尝试偏方,专业评估明显缺位。33.0%报告过养生相关不良经历,也印证了这一点。因此,干预不能只看“是否参与”,更需关注“如何参与”的规范性。

4.2. 信息生态变迁下专业权威的弱化与风险信息的扩散

短视频/微信群(58.0%)已超过医生(42.5%),成为基层居民获取中医养生知识的第一大来源,这与健康信息渠道数字化迁移的趋势一致[6]。算法推荐使视觉冲击力强、操作简单、效果承诺明确的内容更易传播,而医生强调个体差异和风险提示的内容传播力相对较弱;药店或保健品销售人员占27.0%,其中立性与科学性也难以保障。专业权威相对弱势,为“天然即安全”等误区扩散提供了条件。亲友推荐(43.5%)则通过社会信任将未经科学验证的经验性知识嵌入居民健康信念;40.0%因他人推荐自行使用养生方法,这一现象提示社会网络在健康决策中具有重要影响。

4.3. 认知误区与风险行为的断裂及其人群分布特征

25.5%的居民相信“中药天然,长期吃不会伤身体”,28.5%半信半疑,合计54.0%未明确否定;26.5%认同“养生效果越强越应多吃多做”,30.5%不确定,合计57.0%未明确拒绝。行为方面,40.0%曾自行使用偏方、中药、药酒或艾灸,47.5%曾自行调整西药用药。这种“认知不确定而行为已发生”的断裂,说明部分居民的健康决策并非基于充分风险评估,更多受信息环境、社会推荐和从众心理驱动。健康素养理论强调获取、理解并应用健康信息的能力,健康信念模型也认为充分的风险感知是行为前提[8];超半数居民未否定上述误区,反映其风险感知偏低,这与健康信息素养影响健康行为的相关研究结论一致[9]。 χ^2 检验进一步显示,50~59岁组在“相信中药天然不伤身”者中占33.33%,明显高于其总体占比18.5%;男性在“相信”和“半信半疑”中占比均偏高;初中及以下学历者在认知误区中占比偏高;体质寒热不明显者在“不知道”艾灸、拔罐、泡脚适用性者中占38.24%,接近总体19.0%的两倍。总体来看,认知薄弱人群主要集中于中老年、男性、低学历及体质认知模糊者,其养生实践参与度较高、慢性病负担较重,认知薄弱与行为活跃叠加后更易发生不良事件。

5. 建议

5.1. 实施分层分类的中医养生健康教育

从调查结果看,中医养生认知薄弱环节的人群分布并不均衡。50~59岁组在“相信中药天然不伤身”者中占33.33%,而其总体占比仅18.5%;男性在“相信”和“半信半疑”中的占比均偏高,初中及以下学历者亦然。体质寒热不明显者在“不知道艾灸、拔罐、泡脚并非人人适合”者中占38.24%,接近总体水平的两倍。这提示无差别宣教很难精准触达高风险人群,分层分类干预更有必要。对50~59岁男性和低学历居民,可优先纠正“天然即安全”“养生越多越好”等误区,采用入户随访、案例讨论、风险提示卡等低门槛、高接触频次形式。至于体质认知模糊者,依托社区卫生服务中心提供免费中医体质辨识,以此作为个性化指导的起点。对于慢性病患者,则可将中医养生指导嵌入家庭医生签约服务,提供中西医结合用药提示和个体化方案,防范自行减量、停药及重复用药。通过人群分层和渠道适配,健康教育资源配置更精准,干预效果也更容易评估。

5.2. 将风险教育系统纳入中医养生科普内容

仔细看的话,当前中医养生科普其实带有“重益处、轻风险”的倾向,适应证、禁忌证和不良反应往

往说得不够。本次调查中,33.0%的居民报告过去一年内因养生方法出现过身体不适或经济损失。从风险来源看,居民主观认为易致不适的方式中,剧烈运动或过度锻炼占45.0%,自行服用中药、药酒或偏方占36.0%,艾灸、拔罐、刮痧不当占35.0%,风险来源较多元。正因如此,科普内容有必要系统嵌入风险教育。介绍泡脚、艾灸、拔罐、食疗、中药等方法时,不能只讲操作步骤,还应说明适应证、禁忌人群、操作规范及常见不良反应,避免回避风险边界。针对运动过度、自行服用中药或偏方、外治操作不当这三类高发风险,可制作专项警示内容,采用案例教学、风险叙事和情景模拟等方式,帮助居民形成“养生有度、辨证施养”的认知框架。风险教育的核心不只是传递知识,更在于强化居民对风险严重性和易感性的感知,减少“认知不确定而行为已发生”的断裂现象。

5.3. 推动权威中医科普内容的短视频化与精准分发

从调查结果看,短视频/微信群(58.0%)已经超过医生(42.5%),成为基层居民获取中医养生知识的第一大来源。算法推荐本身偏好视觉冲击力强、操作简单、效果承诺明确的内容;相比之下,专业医生发布的审慎、强调个体差异和风险提示的信息,传播力往往处于劣势。因此,推动权威中医科普内容的短视频化改造是有必要的。可由公立中医医疗机构、中医药院校和专业学会组织专家制作时长适中、内容审慎的短视频,重点覆盖中药安全、食疗误区、外治禁忌、慢性病调理、睡眠情绪管理等需求较高的主题。传播环节则借助平台用户画像和算法机制,向中老年男性、低学历用户等高风险认知群体定向推送风险警示内容,让专业信息进入其高频信息流。需要注意,专业内容的新媒体化并非把讲座简单搬上短视频,而是在保持科学严谨的前提下,采用案例切入、问题引导和风险提示结合的方式,使权威信息在传播逻辑上具备与商业养生内容竞争的可能。

5.4. 强化家庭医生团队的中医健康管理功能

居民对医生一对一答疑的偏好其实并不低,调查中有45.0%将其列为首选健康教育方式。不过,医生作为实际信息来源仅占42.5%,低于短视频/微信群和电视。这种偏好与现实之间的落差,反映出基层中医药专业指导的可及性仍然不足。家庭医生签约服务有条件承接这一功能。建议将中医体质辨识和中医养生指导纳入签约服务包,由家庭医生团队为签约居民提供个体化评估和干预建议。对患有慢性病且希望了解中医调理知识的居民,应重点提供中西医结合用药指导,明确中药、保健品与西药联用的注意事项,避免因自行加用而引发药物相互作用。此外,家庭医生还可通过微信群、线上咨询等方式提供连续、可及的专业指导,使居民遇到养生相关问题能及时获得权威解答,减少对非专业渠道的依赖。将中医养生管理嵌入签约服务流程后,医生在居民健康信息生态中的权威性有望逐步提升,专业指导也可从偶发性门诊咨询转向常态化健康管理。

5.5. 建立中医养生信息的多主体协同监管机制

中医养生信息传播乱象,与新媒体环境下健康信息把关机制弱化有关。药店/保健品销售人员作为信息源占27.0%,本身存在利益关联;部分养生类自媒体为追求流量或商业变现,也可能夸大功效、传播偏方、制造健康焦虑。不过,仅靠医疗机构单方面发布正确信息,其实很难完全对冲错误信息的扩散,多主体协同监管因此显得必要。卫生健康部门和中医药管理部门可联合网信、市场监管等部门,加强中医养生类短视频、直播和公众号内容的审核,重点打击虚假宣传、夸大功效和偏方营销。同时,依托专业机构建立中医养生谣言库和常态化辟谣机制,持续纠正“中药天然无害”“偏方治大病”等高频误区。正向引导方面,可对经专业审核的科普内容加注“专业认证”标识,帮助居民建立可信度判断的参照。监管的目的不在于限制传播,而是通过提高信息质量门槛和可识别性,减少错误认知对健康行为的误导,

为科学规范的中医养生知识传播创造更好的媒介环境。

5.6. 本研究存在以下局限

一是样本代表性不足。调查仅覆盖济宁市，样本偏年轻、偏高学历(10~29 岁占 56.5%，大专/本科及以上学历占 63.0%)，对农村中老年及低学历群体的代表性有限，结论外推须谨慎。二是测量方法主观性较强。中医养生认知、体质自评及风险经历均依赖居民自报，缺乏客观校验，问卷为自行设计且信效度未经严格检验，可能引入回忆与报告偏倚。三是研究设计存在局限。横断面调查仅能反映相关关系，无法推断因果时序；城乡分层数据尚未充分挖掘，未能揭示城乡差异对差异化干预策略的启示。

基金项目

2026 年度山东省艺术科学重点课题青年项目“生命仪礼与审美浸润：儒医艺术表达融入大学生美育的路径研究”(L2026Q05110180)；济宁医学院 2026 年大学生暑期“三下乡”社会实践活动省级重点服务团队项目。

参考文献

- [1] 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL].
http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm, 2016-10-25.
- [2] 国务院关于印发中医药发展战略规划纲要（2016—2030 年）的通知[EB/OL].
http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-02/26/content_5046678.htm, 2016-02-26.
- [3] WHO (2013) WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
- [4] 国务院办公厅关于印发中医药健康服务发展规划（2015—2020 年）的通知[EB/OL].
http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/07/content_9704.htm, 2015-05-07.
- [5] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [6] 魏华, 胡桂成, 高劲松. MOA 框架下短视频社交平台用户健康信息采纳行为的前因组态研究[J]. 情报科学, 2023, 41(6): 103-112.
- [7] 姜南, 魏颖, 王金凤, 等. 山东省居民中医药健康文化素养水平及其影响因素[J]. 医学与社会, 2024, 37(9): 92-99.
- [8] 肖青, 苏萍, 黄佩贞. 社区中老年居民健康信息素养与行为习惯的相关性研究及影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2023, 39(11): 1039-1045.
- [9] 王陇德. 健康管理师基础知识[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2019.