

我国城乡居民健康素养现状及对策^{*}

姚宏文 石琦 李英华

【内容摘要】2013年我国城乡居民健康素养水平为9.48%，农村居民为6.92%，城市居民为13.80%；东部地区居民健康素养水平为12.81%，西部地区为6.93%，中部地区为7.10%；女性健康素养水平为9.73%，男性为9.23%。以知、信、行为导向，城乡居民基本健康知识和理念素养为20.42%、基本技能素养为12.47%、健康生活方式与行为素养为10.62%。以健康问题为导向，城乡居民慢性病防治素养11.59%、传染病防治素养17.12%、基本医疗素养8.30%、安全与急救素养43.53%、科学健康观素养32.12%和健康信息素养18.46%。调查表明，我国城乡居民健康素养总体处于较低水平，存在城乡、地区和人群差异。

【关键词】健康素养；全国健康素养调查；城乡居民

【作者简介】姚宏文，吉林大学东北亚研究院人口与资源环境经济学博士生；石琦，国家卫生和计划生育委员会宣传司健康促进处处长；李英华，中国健康教育中心研究员。北京：100029

The Current Status of Health Literacy in China

Yao Hongwen Shi Qi Li Yinghua

Abstract: The overall level of health literacy (HL) in China in 2013 stood at 9.48%, contrasting the rural level of 6.92% with the urban level of 13.80%. The level of HL in Eastern China was 12.81%, while it was 6.93% in West China and 7.10% in Central China Region. The level of HL for female was 9.73%, higher than the male level of 9.23%. In addition, the HL rates of health knowledge and concept, health skills, and health life-style and behaviors was 20.42%, 12.47% and 10.62% respectively. The HL rates of chronic diseases prevention, infectious diseases prevention, basic medical care, safety and first aid, scientific health concept, and health information was respectively 11.59%, 17.12%, 8.30%, 43.53%, 32.12% and 18.46%. The results suggest that the level of health literacy of Chinese urban and rural residents is low, but still differs substantially across different areas and sub-populations.

Keywords: Health Literacy, National Survey, Urban and Rural Residents

Authors: Yao Hongwen is PhD Candidate, Northeast Asian Studies College, Jinlin University; Shi Qi is Section Chief, Health Promotion Section, Press and Publicity Department, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China; Li Yinghua is Research Fellow, Chinese Center For Health Education. Email: yaohw@nhfpc.gov.cn

^{*} 本文为国家财政项目“中央补助地方健康素养促进行动项目”。本文数据由国家卫生和计划生育委员会宣传司健康促进处提供。

1 背景

20 世纪 90 年代,“健康素养”(health literacy)一词开始出现在论文摘要、关键词列表和会议标题中,取代了之前使用的“健康与素养”(health and literacy)(Rudd RE et al., 2004)。同时,学术界对“健康素养”提出了各种不同的定义。目前,对健康素养的概念逐步达成共识,即“健康素养是指个人获取、理解、处理基本的健康信息和服务,并利用这些信息和服务,做出有利于提高和维护自身健康决策的能力”(US Department of Health and Human Services 2009; Kristine Sørensen, 2012)。我国学者也引入了这一概念,并被卫生行政部门所认可(李新华, 2008)。

2007 年,原卫生部妇幼保健与社区卫生司(以下简称“妇社司”)启动了健康素养研究工作,该工作历时 1 年多,共有 100 余名专家、学者参与其中。2008 年,原卫生部以公告的形式发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》,成为各级医疗卫生机构开展健康知识传播的重要依据。

关于健康素养评价,国内外有较大不同。国外侧重对健康相关材料的阅读、理解能力,以及通过文字材料完成指定任务的能力(US Department of Health and Human Services 2009)。国内侧重对个体健康知识的储备、健康行为的形成和健康技能的认知(国家卫生和计划生育委员会宣传司、中国健康教育中心, 2013)。

健康素养是健康的重要决定因素,是经济社会发展水平的综合反映,受政治、经济、文化、教育等因素的影响和制约(World Health Organization Regional Office for Europe, 2013)。世界卫生组织研究表明(World Health Organization Regional Office for Europe, 2013; Brietta Clark, 2011; U. S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010):健康素养是预测人群健康状况的较强指标,与发病率、死亡率、健康水平、人均期望寿命、生命质量高度相关。因此,世界卫生组织已经把提升公众健康素养水平作为提升公众健康的重要策略和措施在全世界推广。

提升公众健康素养的直接目的是使健康的人不得病,少得病和晚得病,使患者对所患疾病有较好的自我管理能力和防止疾病恶化,减少病残和死亡(国家卫生和计划生育委员会, 2014),最终目的是提升全民健康水平和生命质量(李长宁、李英华, 2015)。

国外健康素养的研究起源于 20 世纪 70 年代,进入 21 世纪后才得到了较快发展。美国是研究健康素养最早的国家,且一直处于学术研究的前沿。目前,关于健康素养的研究与实践主要集中在美国和欧洲国家。现有数据表明,世界各国健康素养水平都处于偏低水平,健康素养低下或不足已经成为一个世界性的公共卫生问题。以 2003 年《国际成人素养》调查为例,就阅读能力而言,满分 500 分的问卷,挪威平均分为 293 分,瑞士为 274 分,加拿大为 281 分,美国为 269 分,意大利为 228 分(U. S. Department of Education 2015)。2003 年美国《全国成人素养调查》问卷总分为 500 分,得分在 275 分以上才能满足工业化国家的要求,但调查发现,美国成人平均得分为 273 分,有一半的美国成年人得分在 275 分以下(Comings J et al., 2011)。如果将健康素养水平由低到高分 4 级,2003 年美国《全国成人素养调查》表明,14% 的调查对象处于“基本以下”水平,22% 的调查对象处于“基本”水平,53% 的调查对象处于“中等”水平,11% 的调查对象处于“优秀”水平,处于“优秀”水平的调查对象,得分率在 75% 左右(U. S. Department of Education 2015)。

2008 年是我国首次开展全国城乡居民健康素养调查。2012 年,我国启动了连续性健康素养监测工作。我国健康素养调查问卷满分为 100 分,得分率在 80% 及以上被视为具备健康素养,即健康素养水平等于问卷得分 80 分及以上人数占全部调查人数的比例(国家卫生和计划生育委员会宣传司, 2013)。

2013 年全国居民健康素养调查是规范监测后的第二次数据发布,是迄今为止最新的监测数据。其调查方法和主要结果如下。

2 调查设计

(1) 调查对象与范围

调查对象为 31 个省(自治区、直辖市)(不包括港、澳、台地区) 15~69 岁的城乡常住人口。15 岁为接受 9 年制义务教育初中毕业的年龄,也是健康素养形成的关键时期,因此,选择 15 岁为调查对象的年龄下限,问卷的阅读难度也按不高于初中毕业生应该具备的阅读水平设计。考虑到我国已经是一个老龄化社会,老年人的健康素养与健康状况关系密切,因此,将调查对象的年龄上限设为 69 岁。

(2) 调查问卷

采用中国健康教育中心研制的标准化调查问卷(李英华、聂雪琼,2014;李英华,2014)。

(3) 抽样

采用中国健康教育中心公布的抽样方法进行全国统一抽样(聂雪琼、李英华,2014)。

(4) 统计分析

根据中国健康教育中心制定的全国统一数据分析方案,进行数据分析(聂雪琼、李英华,2014)。健康素养水平及分素养水平的判定标准亦采用全国统一的判定标准(聂雪琼、李英华,2014)。

3 主要结果与分析

3.1 调查对象基本情况

2013 年全国共调查 95915 人,有效问卷为 93785 份,问卷有效率为 97.78%。

在规范填写调查问卷的 93785 人中,城市人口 41702 人,占 44.47%,农村人口 52083 人,占 55.53%,城乡人口比为 0.8:1;东部地区 37506 人,占 39.99%,中部地区 25871 人,占 27.59%,西部地区 30408 人,占 32.42%;男性 47024 人,占 50.14%,女性 46761 人,占 49.86%。

调查对象平均年龄为 45.0 ± 13.3 岁,15~24 岁占 7.85%(7365 人),25~34 岁占 15.68%(14708 人),35~44 岁占 23.42%(21965 人),45~54 岁占 24.84%(23294 人),55~64 岁占 21.41%(20082 人),65~69 岁占 6.79%(6371 人)。

在文化程度方面,小学以下占 11.93%(11169 人),小学占 23.36%(21876 人),初中占 34.82%(32607 人),高中/职高/中专占 17.72%(16591 人),大专/本科及以上占 12.17%(11401 人)。

3.2 总体健康素养水平偏低

2013 年全国居民健康素养水平为 9.48%,总体处于较低水平。但纵向来看,2008 年全国健康素养水平为 6.48%,2012 年为 8.80%,健康素养水平呈现稳步上升趋势(见表 1)。

表 1 不同年份全国城乡居民健康素养水平

Table 1 Health Literacy Level in China

年份	调查人数(人)	标化率(%)
2008	79438	6.48
2012	98448	8.80
2013	93785	9.48

对三次调查结果的进一步分析发现,健康素养水平的提高幅度平均每年在 0.5 个百分点左右,表明健康素养水平的提高是一个缓慢的过程,是一项具有长期性、基础性、复杂性的工作,不可能一蹴而就(国家卫生和计划生育委员会宣传司、中国健康教育中心,2014)。健康素养受政治、经济、教育、卫生服务等多方面的影响,对于个体来说,受教育水平是首要的决定因素,因此,仅靠卫生部门的努力是远远不够的,必须全面贯彻“将健康融入所有政策”的执政理念,非卫生部门必须履行健康的社会责

任,各行各业,各尽其力,各司其职,共同提升全社会的健康水平。

3.3 城乡居民健康知识素养高于健康行为素养

以知、信、行为导向,城乡居民基本知识和理念素养水平为 20.42%,基本技能素养水平为 12.47%,健康生活方式与行为素养水平为 10.62%(见表 2)。

表 2 城乡居民健康知识、行为和技能素养水平
Table 2 Urban and Rural Literacy Level of Health Knowledge, Behavior and Skills %

组别	基本知识和理念	基本技能	健康生活方式与行为
全国	20.42	12.47	10.62
城乡			
城市	27.95	17.29	15.49
农村	15.98	9.62	7.75
地区			
东部	26.25	15.32	14.21
中部	16.05	10.82	7.98
西部	16.18	9.88	7.97
性别			
男性	19.89	11.87	10.52
女性	20.98	13.09	10.74
年龄组(岁)			
15~24	21.87	13.22	11.48
25~34	27.19	15.71	14.32
35~44	21.41	13.15	10.88
45~54	16.57	10.54	8.38
55~64	14.20	9.23	7.84
65~69	12.43	8.38	6.12
文化程度			
小学以下	5.50	3.40	3.30
小学	9.74	6.30	5.11
初中	16.28	10.44	7.90
高中/职高/中专	27.97	16.73	14.44
大专/本科及以上	46.17	26.61	25.52

调查结果呈现出知识水平高于技能、技能高于行为的特点,表明健康知识的获取相对容易,但由知识转化为健康行为,却是一个相对漫长的过程。

健康行为的形成受内因、外因等多方面因素的影响,提示健康教育工作应加强以下两方面工作:一是推动公共政策的出台、营造良好的社会氛围、创建支持性环境,为个体行为的改变创造良好的外部条件;二是对不同人群健康行为影响因素进行深入分析,找到“原因背后的原因”,开展有针对性干预,激发个体行为改变的内在需求和动机,促进健康行为的形成。

3.4 六类健康问题素养水平差距明显

以健康问题为导向,城乡居民慢性病防治素养为 11.59%、传染病防治素养 17.12%、基本医疗素养 8.30%、安全与急救素养 43.53%、科学健康观素养 32.12%和健康信息素养 18.46%。安全与急救

素养水平最高,基本医疗素养最低,这一特点在不同特征居民中均存在(见表3)。

表3 城乡居民六类健康问题素养水平(%)
Table 3 Urban and Rural Literacy Level by Six Types of Health Problem

组别	慢性病防治	传染病防治	基本医疗	安全与急救	科学健康观	健康信息
全国	11.59	17.12	8.30	43.53	32.12	18.46
城乡						
城市	16.81	20.36	10.64	53.43	42.49	25.33
农村	8.51	15.21	6.92	37.68	25.20	14.40
地区						
东部	15.81	20.26	10.13	51.33	38.39	24.12
中部	8.71	13.94	6.47	39.22	27.19	15.32
西部	8.22	15.68	7.43	36.26	26.01	13.19
性别						
男性	11.30	16.91	7.90	43.75	30.69	18.40
女性	11.89	17.34	8.71	43.29	32.58	18.52
年龄组(岁)						
15~24	12.53	18.34	8.51	47.90	34.19	21.03
25~34	14.99	20.74	10.62	51.84	40.21	23.66
35~44	11.73	18.20	8.54	44.48	32.99	18.66
45~54	9.56	15.10	7.14	38.46	26.15	15.03
55~64	8.75	12.57	6.58	33.58	23.37	12.96
65~69	7.95	11.08	5.63	30.25	20.49	12.05
文化程度						
小学以下	3.24	6.53	3.38	18.43	10.23	5.24
小学	5.59	11.04	5.03	27.85	17.59	8.77
初中	8.73	15.43	7.06	41.66	27.32	15.81
高中/职高/中专	15.89	21.75	10.73	55.48	42.31	25.38
大专/本科及以上	27.49	30.57	16.15	69.20	61.83	38.14

2013年监测结果表明,城乡居民慢性病防治素养和基本医疗素养显著偏低,远不能满足人民群众预防慢病和科学就医的实际需要。《中国糖尿病防治指南(2010版)》指出,我国20岁以上成人中糖尿病患者约有9240万人,糖尿病前期患者约有1.5亿(中华医学会糖尿病学分会,2011)。《中国高血压防治指南(2011年修订版)》指出,目前全国高血压患者至少有2亿(中国高血压防治指南委员会,2012)。慢性病高发的态势以及由慢性病导致的高致残致死率正是慢病防治素养、基本医疗素养不足的具体体现。此外,城乡居民在疾病早期识别、及时就医、不滥用抗生素、遵医嘱、疾病自我管理等方面普遍存在知识和技能不足,导致疾病的早期发现率低,转归和预后差,致死致残率高,严重影响了广大人民群众的健康水平和生命质量。

3.5 健康素养水平城乡、地区差异显著

2013年农村居民健康素养水平为6.92%,城市为13.80%,城市高于农村($P < 0.01$);东、中、西部地区居民健康素养水平分别为12.81%、7.10%和6.93%,呈现出东部地区高于中部地区,中部地区高于西部地区的特点(见表4)。

表 4 城乡居民健康素养水平的城乡和地区分布

Table 4 Regional and Urban-Rural Differences in Health Literacy Level %

组别	健康素养水平	
全国	9.48	
城乡	城市	13.80
	农村	6.92
地区	东部	12.81
	中部	7.10
	西部	6.93

出现城乡、地区差异的原因可能与以下因素有关:一是农村地区文盲率显著高于城市地区,而受教育水平是健康素养的重要决定因素(Martin LT 2009; Parker R 2005)。2010年我国第六次全国人口普查数据显示(国务院人口普查办公室、国家统计局人口和就业统计司 2013),15岁及以上人口,城市文盲率为1.90%,农村为7.26%,农村文盲率远高于城市。与此同时,受教育水平在高中及以上的比例,城市为45.88%,农村为9.78%,城市高中以上学历者远高于农村。二是农村经济发展水平落后于城市。经济是基础,文化、教育、医疗卫生事业的发展受经济发展水平的制约。三是农村地区卫生资源不足。“10分钟医疗卫生圈”的家庭覆盖率,城市为80.2%,农村为65.6%(卫生部信息中心)。此外,农村居民接触健康信息的机会及途径也远远低于城市居民。

3.6 健康素养水平存在性别、年龄和文化程度差异

2013年,男性健康素养水平低于女性,分别为9.23%和9.73%;25~34岁组最高,为12.73%,65~69岁组最低,为5.76%;小学以下者健康素养水平最低,为2.30%,大专/本科及以上者最高,为24.34%(见表5)。

表 5 健康素养水平的人群分布

Table 5 Socio-demographic Differences in Health Literacy Level %

组别	健康素养水平	
全国	9.48	
性别	男性	9.23
	女性	9.73
年龄组(岁)	15~24	9.39
	25~34	12.73
	35~44	10.39
	45~54	7.72
	55~64	6.84
	65~69	5.76
文化程度	不识字/少识字	2.30
	小学	4.03
	初中	6.84
	高中/职高/中专	13.02
	大专/本科及以上	24.34

从人群分布来看,女性、年轻人、文化程度较高者,健康素养水平明显偏高,两年监测结果趋势一致。女性健康素养水平的提高对其个人及家庭健康尤为重要。在当代家庭中,女性(母亲)承担着照料子女、家务劳动等重任,在家庭成员的情感交流与情感归属中处于中心地位,因而更关心家庭成员的健康状况,更愿意关注和参与健康知识的获取与传播,女性健康素养水平的提高有利于推动整个家庭健康水平和健康素养的提升,具有重要的现实意义。

我国实行的九年制义务教育,使年轻人受教育水平普遍提高。据2010年第六次人口普查数据显示(国务院人口普查办公室、国家统计局人口和就业统计司,2013),同2000年第五次全国人口普查相比,文盲率由6.72%下降为4.08%,下降2.64个百分点。在15~69岁人群中,25~34岁年龄组文化程度较高,具有本科及以上学历的占23.7%。这一年龄段也正是步入社会、建立家庭、迎来事业高峰的年龄,对新知识、新观念、新事物的接受能力较强,在接受健康知识、利用媒体获取健康知识、改变不良生活习惯等方面有较好的依从性。而老年人自身受教育水平偏低,再加上自身生理机能下降,记忆力、理解力和应用能力明显不足,在获取和接受健康知识、改变生活习惯方面更加困难(Elizabeth Manafio、Sharon Wong,2012)。

文化程度高的人,通常具有较好的健康知识储备,较强的获取、理解、应用健康信息的能力,获取健康信息的途径也更为广泛;对健康技能的学习和掌握能力也比较强,自我效能也显著高于文化程度低的人。因此,文化程度高的人,其健康素养水平也往往较高。

4 提升公众健康素养的对策

(1) 落实“将健康融入所有政策”策略

2013年,第八届全球健康促进大会在芬兰召开,会议的主题是“将健康融入所有政策”,重点讨论了非卫生行政部门在履行健康的社会责任方面所应承担的责任。如前所述,健康素养受经济、政治、文化、教育、卫生发展水平等因素的影响和制约,是一个社会系统工程,需要全社会的共同努力。因此,提升全社会素养水平绝不仅仅是卫生计生一家的事情,而是全社会的责任。全社会各成员部门都负有健康的社会责任。

各级政府和社会成员部门要切实推进“将健康融入所有政策”的健康教育与健康促进策略,建立和完善“政府主导、多部门协作、全社会参与”的工作机制,加大对公共卫生事业投入,提高全民受教育水平,实施全民健身计划,深入开展全民健康科技行动和全民科学素质行动。卫生计生部门要做好协调、倡导,为全社会开展健康教育与健康促进提供技术支撑。

(2) 大力开展全民健康素养促进行动

以落实《全民健康素养促进行动计划(2014-2020年)》为契机,以健康促进县(区)、健康促进场所和健康家庭建设活动为平台,大力开展全民健康素养促进行动。

各级卫生计生部门应充分认识全民健康素养促进行动是提高城乡居民健康素质、解决当代公共卫生问题的重要举措,对于深化医药卫生体制改革,提高人民群众的健康水平具有重大意义。要进一步整合社会资源,动员社会力量,宣传和普及《中国公民健康素养—基本知识及技能》。大力开展场所健康促进建设,各行各业要结合自身行业特点和优势,打造出一批健康教育基地,成为日常开展健康教育活动的固定阵地。充分发挥功能单位对社会和家庭的辐射效应和示范效应,促进全社会对健康的关注,推动全社会健康素养水平的提升。

(3) 加强重点地区、重点人群、重点领域健康教育与健康促进工作

加大农村和西部等重点地区,妇女、老人和青少年等重点人群,基本医疗素养和慢病防治素养等重点领域的健康教育工作。充分利用中央补助地方健康素养促进行动项目、国家基本公共卫生服务项目等平台,因地制宜,广泛、深入地开展健康素养促进活动。针对不同人群、不同健康问题,开发有

针对性的健康传播材料和工具,建立健康教育信息资源库和媒体传播材料资源库。在全国开展“健康素养促进示范县(区)”和“健康家庭”创建活动。

坚持中央补助地方健康素养促进行动项目重点覆盖中西部地区的原则,不断增加对西部地区的项目活动和经费投入,加强对西部和农村地区健康素养促进工作的业务指导和技术支持,力争使更多西部地区,尤其是农村地区居民受益。

加强与教育部门协作,将健康教育工作纳入学校考核指标,提高大、中、小学校健康教育课程开课率和教学质量,推广普及健康促进学校,让更多的孩子在儿童、青少年时期树立正确的健康观念,养成良好的卫生习惯,终身受益。

中老年人是疾病的高发人群,很多观念和行为习惯已根深蒂固,改变起来会更加困难。此外,老年人学习能力和记忆能力存在不同程度的退化,接受信息能力变差。因此,开展中老年人健康教育时,要认真研究中老年人的实际情况,制订适合中老年人的健康教育核心信息,优化常规的工作模式和技术方法,切实提高健康教育成效。

(4) 加强实用技术研究,总结和推广优秀实践

认真研究辖区内健康问题,大力开展适宜技术研究,加强科普信息内容建设,不断创新健康教育工作形式和载体,提升健康教育效果。

积极学习国外健康促进与健康教育的先进理论、技术、方法,进行本土化研究,立足实际,勇于创新,在理论指导下开展工作,不断提升实际工作水平。

加强健康促进优秀实践总结,总结工作思路、方法和成功经验,上升为适合中国国情的、新的工作模式,反过来指导健康教育与健康促进实践。充分利用学术会议、工作会议、现场参观等形式做好优秀经验和适宜技术的推广工作,相互学习,相互借鉴,取长补短,快速提升全国健康教育与健康促进工作水平。

(5) 提升公众健康素养,助力健康中国建设

李克强总理在2016年政府工作报告中明确提出,“推进健康中国建设,人均预期寿命提高1岁。”这是党和政府对人民群众健康的重视,也对全社会提出了更高的要求。各级政府、各成员单位都要履行健康的社会责任,将健康融入所有政策,每个人要做自己健康的管理者,从多层次、多方面促进公众健康素养提升,助力健康中国建设。

参考文献/References:

- 1 Rudd RE, Kirsch I and Yamamoto K. 2004. Literacy and Health in America. Princeton, NJ: Educational Testing Services.
- 2 US Department of Health and Human Services. 2009. Healthy People 2010. Washington, DC: GPO.
- 3 Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke and James Fullam. 2012. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. Public Health 12: 80.
- 4 李新华.《中国公民健康素养——基本知识与健康技能》的界定和宣传推广简介. 中国健康教育 2008; 5: 385-383
Li Xinhua. 2008. Brief Introduction to Identification and Dissemination of the Basic Knowledge and Skill of People's Health Literacy by Chinese Government. Chinese Journal of Health Education 5: 385-383.
- 5 中华人民共和国卫生部. 中国公民健康素养——基本知识与健康技能(试行). 2008
Chinese Ministry of Health. 2008. Chinese Citizens' Health Literacy: Basic Knowledge and Skills (Trial).
- 6 国家卫生和计划生育委员会宣传司,中国健康教育中心. 2012年中国居民健康素养监测报告. 2013

- Press and Publicity Department of National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China , Chinese Center For Health Education. 2013. The 2012 Chinese Residents Health Literacy Monitoring Report.
- 7 World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. Health Literacy: The Solid Facts.
 - 8 Brietta Clark. 2011. Using Law to Fight a Silent Epidemic: The Role of Healthy Literacy in Health Care Access , Quality & Cost. *Annals of Health Law* 2: 253-327.
 - 9 U. S. Department of Health and Human Services , Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2010. National Action Plan to Improve Health Literacy.
 - 10 李长宁 李英华. 健康素养促进工作现状及展望. *中国健康教育* 2015; 2: 163-168
Li Changning and Li Yinghua. 2015. Health Literacy Promotion: Current Status and Prospect. *Chinese Journal of Health Education* 2: 163-168.
 - 11 国家卫生和计划生育委员会. 国家卫生计生委网站第 22 期在线访谈——介绍我国居民健康素养监测工作进展以及居民健康素养水平. <http://www.nhfpc.gov.cn/>. 2014-12-29
National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. 2014. No. 22 Online Interview: Work Progress in Health Literacy Monitoring and Level of Health Literacy. Dec. 29.
 - 12 U. S. Department of Education , National Center for Education Statistics. 2015. Adult Literacy: An International Perspective. Jun. 13.
<http://nces.ed.gov/surveys/all/results.asp>.
 - 13 Comings J , Reder S and Sum A. 2011. Building a Level Playing Field: the Need to Expand and Improve the National and State Adult Education and Literacy Systems. Cambridge , MA National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL) ; Dec.
 - 14 U. S. Department of Education , National Center for Education Statistics. 2015. National Assessment of Adult Literacy (NAAL) . Jun. 15. https://nces.ed.gov/naal/kf_demographics.asp.
 - 15 李英华 聂雪琼. 2008 年与 2012 年全国健康素养调查方案对比分析. *中国健康教育* 2014; 2: 176-177
Li Yinghua and Nie Xueqiong. 2014. Comparative Analysis of 2008 and 2012 Chinese Health Literacy Survey Schemes 2: 176-177.
 - 16 李英华. 2012 年中国居民健康素养监测方案简介. *中国健康教育* 2014; 6: 563-565
Li Yinghua. 2014. Introduction of 2012 Chinese Residents Health Literacy Monitoring Program. *Chinese Journal of Health Education* 6: 563-565.
 - 17 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. *中国健康教育* 2014; 2: 178-181
Nie Xueqiong , Li Yinghua and Li Li. 2014. Statistical Analysis of 2012 Chinese Residents Health Literacy Monitoring. *Chinese Journal of Health Education* 2: 178-181.
 - 18 国家卫生和计划生育委员会宣传司 , 中国健康教育中心. 2013 年中国居民健康素养监测报告. 2014
Press and Publicity Department of National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China , Chinese Center For Health Education. 2014. The 2013 Chinese Residents Health Literacy Monitoring Report.
 - 19 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版) . 北京大学医学出版社 2011
The Chinese Medical Association of Diabetes Learn Branch. 2011. Chinese Type 2 Diabetes Prevention Guide (2010 Edition) . Peking University Medical Press.
 - 20 中国高血压防治指南委员会. 中国高血压防治指南(2011 年修订版) . 人民卫生出版社 , 2012
Chinese Council for the Prevention and Control of Hypertension. 2012. Guidelines on Prevention and Treatment of Hypertension in China: 2011 Revised Version. People's Medical Publishing House.
 - 21 Martin LT , Ruder T and Escarce JJ. 2009. Developing Predictive Models of Health Literacy. *J Gen Intern Med* 11:

- 1211-1216.
- 22 Parker R and Kreps GL. 2005. Library Outreach: Overcoming Health Literacy Challenges. *J Med LibrAssoc* 4: 81-85.
- 23 国务院人口普查办公室,国家统计局人口和就业统计司. 中国 2010 年人口普查资料. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/>. 2013
- The Census Office of the State Council, Population and Employment Statistics Division of the National Bureau of Statistics. 2013. China 2010 Population Census Data. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/>.
- 24 卫生部信息统计中心. 2008 年第四次全国卫生服务调查研究. 中国协和医科大学出版社. 2009
- Statistics Information Center of the Ministry of Health. 2009. The 2008 Fourth National Health Services Survey Research. China Union Medical University Press.
- 25 Elizabeth Manafo and Sharon Wong. 2012. Health Literacy Programs for Older Adults: A Systematic Literature Review. *Health Educ Res* 6: 947-960.

(责任编辑: 宋 严 收稿时间: 2015 - 09)