首次中国居民
健康素养调查报告



卫生部妇幼保健与社区卫生司

中国健康教育中心/卫生部新闻宣传中心

2009 年 12 月

目　　录

摘 要 1

一、 背景 1

二、 调查方法与内容 1

三、 主要结果 2

四、 结论与建议 2

第一局部　背景 4

第二局部　调查方法与内容 7

一、调查对象 7

二、调查方法 7

三、调查内容 8

四、数据处理及分析 9

五、质量控制 10

第三局部　结果 12

一、调查对象的人口学和社会学特征 12

二、调查对象对健康素养调查内容的正确答复情况 14

三、中国居民健康素养总体结果 15

四、中国居民具备 5 类健康问题素养的情况 19

五、中国居民对有关健康问题的正确答复情况 23

第四局部　讨论 26

一、关于健康素养层次与内容的探讨 26

二、关于健康素养界定标准的探讨 27

三、健康素养的重要意义及与传统健康教育评价指标的关系 27

四、我国居民健康素养现状不容乐观 28

五、健康素养 3 个方面的划分 29

六、5 类健康问题素养分类意义 29

七、局限性 31

第五局部　建议 32

一、大力推进健康教育与健康促进工作，提高全民健康素养水平 32

二、努力探索提高全民健康素养水平的新思路和新方法 32

三、定期开展健康素养监测，及时发布监测结果 32

第六局部　参考文献 34

第七局部　附件 36

附件 1　2008 年中国居民健康素养调查 192 个调查点名单 36

附件 2　2008 年中国居民健康素养调查——调查问卷结构 38

附件 3　2008 年中国居民健康素养调查—5 类健康问题素养的结构划分 40

附件 4　调查样本的可靠性检验〔参照《2005 年全国 1%人口抽样调查资料》〕 42

首次中国居民健康素养调查报告

摘 要

一、 背景

健康素养是健康素质的重要组成局部，指的是个人获取和理解根本健康信息和效劳，并运用这些信息和效劳做出正确判断，以维护和促进自身健康的能力。提高我国公民健康素养，是贯彻落实科学开展观、全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的重要任务。

2007 年，卫生部组织医药卫生领域百余位专家，研讨并界定我国公民健康素养的根本内容。2008 年 1 月，卫生部第 3 号公揭发布《中国公民健康素养——根本知识与技能〔试行〕》〔以下简称《公告》〕。《公告》是世界上第一份全面界定公民根本健康素养内容的政府文件。

为了解我国居民的健康素养水平，在参考国内外健康素养研究成果和工作经验根底上，卫生部组织专家，根据《公告》内容，运用 Delphi 方法确定调查指标，编写了《中国居民健康素养调查问卷》，并结合中央补助地方工程，于 2008 年开展了全国范围的调查。

二、 调查方法与内容

调查采用多阶段分层随机抽样方法，覆盖全国 31 个省〔自治区、直辖市〕及新疆生产建设兵团。每省确定 6 个调查点，城市、农村点各 3 个。其中城市调查点除选取省会城市外，另随机抽取 2 个地级城市，每个城市随机抽取 1 个城区；农村调查点那么为每省随机抽取 3 个县；全国共计 192 个调查点。回收问卷 79542 份，有效问卷 79438 份，问卷有效率 99.87%。调查对象为全国 31 个省〔自治区、直辖市〕及新疆生产建设兵团的 15～69 岁常住人口。

调查内容包括根本情况、健康素养内容、调查员评价 3 个局部。调查数据使用图像录入软件进行双录入核对，采用 SAS 9.2 统计软件进行双盲平行分析，调查结果根据《2005 年全国 1%人口抽样调查资料》进行标化处理。

三、 主要结果

中国居民具备健康素养的总体水平为6.48%。从健康素养的3个方面上看，具备根本知识和理念素养、健康生活方式与行为素养、根本技能素养的人口比例分别是14.97%、6.93%和20.39%。总体健康素养和3个方面健康素养均显示如下特征：〔1〕城市高于农村；男性高于女性；〔2〕45岁以下年龄组高于45岁及以上年龄组；〔3〕受教育程度越高，具备健康素养的比例也越高，不识字少识字和小学文化程度的具备健康素养的比例远低于全国平均水平。

根据我国当前的主要卫生问题，就科学健康观、传染病预防、慢性病预防、平安与急救、根本医疗等五类健康问题相关健康素养现状及其影响因素进行了分析。我国居民具备相关健康素养的比例由高到低分别是：科学健康观素养29.97%、平安与急救素养18.70%、传染病预防素养15.86%、根本医疗素养7.43%、慢性病预防素养4.66%。

对71项测评内容总体答复情况进行分析发现，有6项指标的正确答复率低于20%，分别为："对四害传播疾病的认识"〔3.28%〕、"对肥胖的正确认识"〔7.16%〕、"对镇静止痛药的正确理解"〔13.95%〕、"骨折伤员的处置"〔17.28%〕、"认识药品说明书"〔18.70%〕、"成年人饮酒日饮用量"〔18.79%〕。

四、 结论与建议

〔一〕大力推进健康教育与健康促进工作，提高全民健康素养水平

调查结果显示我国居民具备健康素养的总体水平仅为6.48%，这充分证实了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《国务院医药卫生体制改革近期重点实施方案〔2009－2011年〕》中关于加强健康教育与健康促进工作意见的正确性。提高全民健康素养水平，需要全社会的共同努力。各级政府要结合新医改工作，充分发挥健康教育与健康促进在提高全民健康素养中的作用，加大经费投入，建立健全健康教育机构工作网络，提供标准优质效劳，促进城乡居民平等享有健康教育与健康促进等根本公共卫生效劳，确保全民健康素养水平逐步得到提高。

〔二〕努力探索提高全民健康素养水平的新思路和新方法

鉴于我国居民健康素养水平普遍偏低的现状，特别需要针对重点人群和重点健康问题，制定科学、可行及有效的传播策略，探索提高全民健康素养的新思路和新方法。充分利用电视、播送、互联网、

短信等群众喜闻乐见的群众媒体传播形式，广泛开展以提高全民健康素养为目的的健康传播活动，如城乡居民健康知识竞赛活动等。同时，依托“全国亿万农民健康促进行动” 和“相约健康社区行”活动平台，以学校、厂矿企业、医院、社区卫生效劳中心〔站〕和乡镇卫生院〔室〕等为阵地，广泛开展以提高根本健康知识与技能、促进健康行为形成为目的的综合干预活动。

〔三〕定期开展健康素养监测，及时发布监测结果

今后每 3～5 年在全国范围内开展一次城乡居民健康素养监测，同时，在不同地区，针对当地主要卫生问题和突发公共卫生事件开展专题或应急调查，动态监测居民健康素养水平的变化趋势，及时发布监测结果，全面系统地掌握我国居民健康素养水平和健康影响因素，为制定医疗卫生效劳政策提供科学依据，努力使居民健康素养根本知识与技能监测工作制度化、经常化。在此根底上，力争将居民健康素养评价指标纳入到国家卫生事业开展规划之中，作为综合反映国家卫生事业开展的评价指标，促进我国卫生事业更好更快的开展。

第一局部　背景

健康素质是公民素质的重要组成局部，党的十六大报告把提高全民族健康素质、科学文化素质与思想道德素质列为全面建设小康社会的奋斗目标之一[1]。十六届六中全会在《中共中央关于构建社会主义和谐社会假设干重大问题的决定》中指出，到 2020 年，全民族的健康素质明显提高是构建社会主义和谐社会的目标和主要任务之一。2007 年《国家人口开展战略研究报告》指出，提高人口健康素质，必须从提高出生人口素质、提高全民健康素养、建立以预防为主的公共卫生体系三方面着手[2]。党的十七大报告进一步明确“健康是人全面开展的根底，关系千家万户幸福”[3]，并把“建立根本医疗卫生制度，提高全民健康水平”写入了实现全面建设小康社会的奋斗目标。健康素养是健康素质的重要组成局部，指的是个人获取和理解根本健康信息和效劳，并运用这些信息和效劳做出正确判断，以维护和促进自身健康的能力。不断提高我国公民健康素养，是贯彻落实科学开展观、全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的一项重大任务和提高人民生活质量的重要举措。健康素养的上下，直接影响到人的全面开展的速度和质量，影响到社会生产力的水平，从而影响到整个社会经济的开展[4]。

2009 年 3 月国务院出台的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确指出要建立健全健康教育效劳网络，并对健康教育工作提出了具体要求：“医疗卫生机构及机关、学校、社区、企业等要大力开展健康教育，充分利用各种媒体，加强健康、医药卫生知识的传播，倡导健康文明的生活方式，促进公众合理营养，提高群众的健康意识和自我保健能力”。这是历次医改中对健康教育事业开展提出的最全面、最有实践指导意义的要求，充分说明国家对健康教育与健康促进的重视。卫生部“健康中国 2020”战略规划中也提出提高全民健康素养既是重要目标之一，又是各项指标最终实现的根本保证，这充分说明了提高全民健康素养水平在卫生事业开展中的地位和作用。充分发挥健康教育与健康促进在提高居民健康素养中的作用，有利于改善居民防病和自我保健的意识；有利于提高居民对自己健康状况做出正确判断的能力和应对突发公共卫生事件的能力；有利于提高居民合理就医能力，以及有效利用现有医疗卫生效劳资源的能力。

WHO 认为健康素养代表人的认知

和社会技能，这些技能决定了个体具有动机和能力去获得、理解和利用信息，并通过这些途径能够促进和维持健康[6]。世界卫生组织把健康素养作为公共卫生、健康教育与健康促进等医疗卫生工作效果的重要评价指标之一，与平均期望寿命、孕产妇死亡率、婴儿死亡率综合健康指标一样，作为衡量国民健康水平的重要参考指标。通过健康教育提高居民的健康素养，是实现降低孕产妇、儿童死亡率，防治艾滋病，改善营养状况，加强烟草控制和改变不健康的饮食习惯等千年开展目标的重要策略及手段[7]。第六届世界健康促进大会〔2005 年，曼谷〕通过的《全球健康促进曼谷宪章》[8]把提高人们的健康素养作为健康促进的重要行动和目标。

国外学者把健康素养分为以临床为导向和以公共卫生为导向的两大研究视角，以美国为代表的前期健康素养研究侧重于临床导向[9]。近年来，各国研究逐渐趋向于将临床与公共卫生导向相结合，更加全面的评价健康素养相关能力[10]。也有学者将健康素养分为 3 个层次或水平，即根本或功能性健康素养〔Basic or Functional health literacy〕、互动性健康素养〔Interactive health literacy〕、评判性健康素养〔Critical health literacy〕[11]。国际上，美国等兴旺国家对健康素养研究较多，美国、澳大利亚、加拿大等国都根据本国语言、文化、医疗体系等特点制定各自的监测指标，并进行了全国范围的调查[12-14]。我国健康素养研究起步较晚，报道较少，已有的报道仅局限于小范围的研究和探索，未见有全国、系统的健康素养研究报道。因此，开展全国范围的居民健康素养现况调查和建立适合我国国情的健康素养评价体系就显得格外重要和迫切。

2007 年，我国正式启动健康素养工作。根据我国国情，经过医疗卫生系统各领域专家的屡次研讨，提出了现阶段我国公民应具备的 66 项根本健康知识和理念、健康生活方式与行为和根本技能，作为中国公民健康素养的根本内容。2008 年 1 月，卫生部第 3 号公告〔以下简称“公告”〕正式向全国发布了《中国公民健康素养——根本知识与技能〔试行〕》[15]。在此根底上，卫生部组织专家编写了《健康 66 条——中国公民健康素养读本》〔以下简称《读本》〕，全面阐述了健康 66 条的主要内容。同年 5 月在北京举行了中国公民健康素养促进行动启动仪式暨《读本》首发式。8 月，卫生部办公厅下发了《中国公民健康素养促进行开工作方案〔2008—2010 年〕》，为我国全面开展健康素养促进工作奠定了坚实的根底。

2008 年，由卫生部组织，中国健康教育中心/卫生部新闻宣传中心作为技术

支持单位，在全国范围内开展了首次中国居民健康素养调查。

调查全面测评了我国居民所应具备的根本健康知识和技能等健康素养内容；通过调查了解和掌握当前我国居民健康素养现状，为制定卫生政策与规划提供重要参考依据。

第二局部　调查方法与内容

一、调查对象

全国 31 个省〔自治区、直辖市〕及新疆生产建设兵团的 15～69 岁常住人口，79542 人。常住人口指在调查前一年内，在调查地区连续居住并生活 6 个月及以上者。

二、调查方法

本调查属于大规模现况调查，在保证调查设计科学性的根底上，兼顾地理分布均衡性、经济有效以及方案可行性等原那么，采用多阶段分层随机抽样方法进行。

1.　样本量估计

〔1〕每层样本量计算

中国居民健康素养调查主要通过城乡居民对根本健康知识〔含技能〕的知晓情况来反映。基于既往大型调查经验，我国居民根本健康知识〔含技能〕的知晓率π取值 50%，允许误差δ＝0.1π。取 95%可信限，μ_α=1.96。复杂抽样的随机效应 deff＝1.5。根据公式计算如下：

$$N = \frac{\mu_\alpha^2 \times \pi(1-\pi)}{\delta^2} \times deff$$

$$= \frac{1.96^2 \times 0.5〔1-0.5〕}{〔0.1 \times 0.5〕^2} \times 1.5 \approx 576〔人〕$$

〔　〔2〕总样本量估算

考虑调查地区〔32 个〕、城乡、性别等分层因素，应调查样本量=576 人/层×〔32×2×2〕层=73728 人。考虑可能存在无效应答的情况，实际抽样样本量扩大 5%，N=73728×〔1+5%〕＝77414.4，取 77420 人。

2.　抽样方法

32 个调查地区包括 31 个省〔自治区、直辖市〕及新疆生产建设兵团

，每个调查地区首先按城乡分层，抽取调查点。其中，城市调查点确定为省会城市，及随机抽取的另外 2 个地级城市，每个城市随机抽取 1 个城区。农村调查点那么为每省随机抽取 3 个县。全国共抽取 192 个调查点〔调查点名单见附件 1〕。

从每个样本区/县中随机抽取 2 个街道/乡镇，再从每个样本街道/乡镇中各随机抽取 1 个居委会/行政村，每个居委会/行政村中随机抽取相应户家庭，该家庭户中符合调查要求的全部常住人口均作为调查对象。

调查户确实定：按照省、区/县、街道/乡镇、居委会/行政村 4 级以及总样本量大小，估计每个居委会/行政村应调查人数为 202 人。再按照每户 2～3 名符合调查要求的人口估计，每个居委会/行政村应抽取 68～101 家庭户。

3. 调查点地理分布

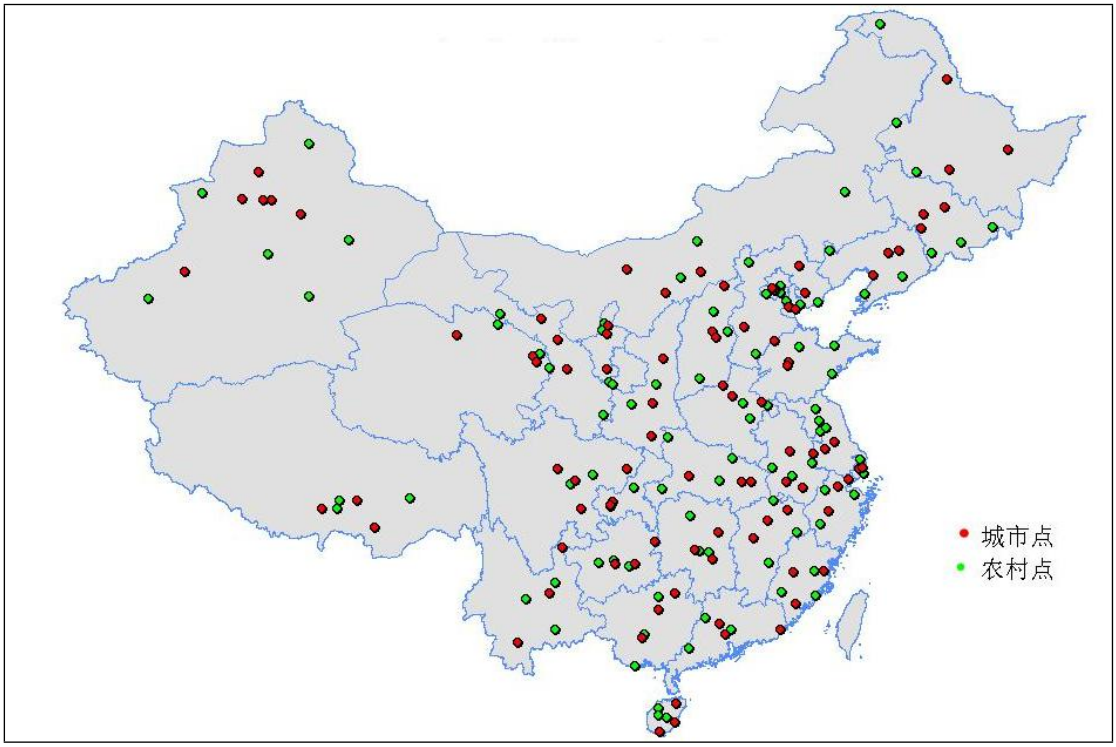

图 1 “中国居民健康素养调查”192 个调查点地理分布

4. 资料收集方式 由经过培训的调查员通过深入样本户对调查对象进行访谈式问卷调查的方式收集资料。

5. 现场调查时间： 2008 年 6～8 月

三、调查内容

调查问卷以卫生部发布的公告《中国公民健康素养——根本知识与技能》内容为根底，运用 Delphi 法经过两轮专家咨询产生，并通过预试验进行信度和效

度的分析，对问卷进行调整。问卷内容由根本情况、健康素养内容

、调查员评价 3 个局部组成。健康素养内容分为 3 个方面：健康理念和根本知识〔34 题〕，健康生活方式与行为〔30 题〕，健康技能〔7 题〕，共计 71 题。一致性检验说明该 71 题的内部一致性信度为 0.916，说明问卷的内部一致性较好。问卷具体结构见附表 2。

四、数据处理及分析

〔一〕数据录入和整理

采用 Surveyer V2.1 图像录入软件(北京域通捷信息技术自主研发)进行数据双录入并核对。

使用 SAS 9.2 统计软件进行数据整理。按照有效问卷确实定标准〔①调查对象根本信息中省份、地区、性别、年龄、文化程度 5 个变量填写完整无缺失；②问卷主体局部填写完整率高于 95%〕进行问卷整理。回收问卷 79542 份，有效问卷 79438 份，问卷有效率 99.87%。

〔二〕数据分析

使用 SAS 9.2 统计软件完成数据统计分析。

1. 分析内容

〔1〕中国居民健康素养总体结果以及不同特征人群间的差异。

〔2〕根据根本知识和健康理念、健康生活方式与行为及根本技能 3 个方面进行分析，了解各方面健康素养的比例及不同特征人群间的差异。

〔3〕针对我国的主要健康问题，为适应健康素养促进行开工作的需要，将健康素养按 5 类健康问题进行分类，具体为：科学健康观、传染病预防、慢性非传染性疾病预防〔以下简称慢性病预防〕、平安与急救和根本医疗〔具体结构见附件 3〕，分析中国居民 5 类与健康问题相关素养水平及其在不同特征人群间的差异。

2. 健康素养标准界定

〔1〕具备健康素养的判断标准：正确答复 80%及以上健康素养调查内容的调查对象视为具备健康素养。

据此，正确答复 80%及以上根本知识和理念、健康生活方式与行为或健康技能健康素养 3 个方面的调查内容者分别视为该调查对象具备这 3 个方面的健康素养。

同样，正确答复 80%及以上

科学健康观、传染病预防、慢性病预防、平安与急救或根本医疗这 5 个健康问题所考察的题目者分别视为该调查对象具备这 5 个问题的健康素养。

健康素养和健康素养的 3 个方面、5 类健康问题的素养所包含的题目数量以及判断为“具备”分别应该正确答复的最少题目数量见表 1。

〔2〕答复正确的判断标准：单项选择题，选择正确答案那么判定该题答复正确；多道单项选择题，所有单项选择题均答复正确，那么判定该题答复正确〔但健康观念与艾滋病传播途径两题按多项选择题判断标准处理〕；多项选择题，所有选项正确答复率≥60%，那么判定该题答复正确。

表 1　具备健康素养的判断标准

内容	分类	最少答对题目数量	题目数量
健康素养		57	71
3 个方面	根本知识和理念	27	34
	健康生活方式与行为	24	30
	健康技能	6	7
5 类健康问题	科学健康观	7	8
	传染病预防	16	19
	慢性病预防	9	11
	平安与急救	14	17
	根本医疗	10	12

3. 标化方法

根据国家统计局公布的 2005 年全国 1%人口抽样调查统计数据，对本次调查样本进行可靠性检验，发现存在城乡、性别、年龄和文化程度差异〔见附件 4〕。因此，本次调查结果依据《2005 年全国 1%人口抽样调查资料》的数据进行标准化处理，报告中未做特殊说明的数据均为经过标准化处理，非样本结果。

五、质量控制

为使首次全国健康素养调查顺利实施并保证调查质量，采取如下措施对调查的每个环节进行质量控制，确保调查质量。

〔一〕问卷设计以《中国公民健康素养——根本知识与技能》的内容为根底，运用 Delphi 方法经过两轮专家咨询产生，并通过预试验进行信度和效度的分析，对问卷进行调整。

〔二〕全国 192 个城乡调查点的抽取由国家工程组按照抽样原那么确定，各省严格按照统一方案完成各级抽样。

〔三〕采取两级培训方式完成调查员

培训，即国家级培训省级人员，省级培训省内市、区、县调查点的相关调查人员。全国统一培训教材、统一调查方法和指标解释等，以保证调查的一致性。

〔四〕调查完成后，调查员当场检查是否存在漏项、书写错误、逻辑错误等，发现问题及时纠正，并签署调查员名字。

〔五〕质控人员对当天所有问卷进行核查，记录质量控制检查结果并签字。对所发现的问题，质控人员及时与调查点负责人及调查员交换意见，确定解决方法，并及时纠正。

〔六〕国家工程组在收到问卷后，对问卷进行抽查，并及时反应各省工程组。

〔七〕采用双录入方法对问卷进行录入和核对。

〔八〕在统计学专家指导下拟定分析框架，并采用双人平行分析，确保分析方法和结果的准确无误。

第三局部　结果

一、调查对象的人口学和社会学特征

本次调查的 79438 人中，城乡人口比是 1.11:1，男女性别比为 0.90:1，平均年龄 41.44±13.94 岁。调查对象文化程度以初中和高中为主，占 56.61%；民族以汉族为主，占 87.90%；婚姻状况以在婚为主，占 80.78%。调查对象的人口学特征分布见表 2，图 2-5。

表 2　2008 年中国居民健康素养调查对象的人口学和社会学特征分布

人口学特征	调查人数	构成比〔%〕
地区		
城市	41,872	52.71
农村	37,566	47.29
性别		
男	37,716	47.48
女	41,722	52.52
年龄组〔岁〕		
15～	10,686	13.45
25～	15,183	19.11
35～	20,110	25.32
45～	16,784	21.13
55～	12,479	15.71
65-69	4,196	5.28
文化程度		
不识字/少识字	7,410	9.33
小学	14,541	18.30
初中	26,776	33.71
高中/职高/中专	18,191	22.90
大专/本科	12,126	15.26
硕士及以上	394	0.50
民族*		
汉族	69,800	87.90
回族	1,847	2.33
满族	984	1.24
维吾尔族	895	1.13
蒙古族	586	0.74
其他	5,292	6.66
婚姻状况*		
未婚	11,925	15.02
已婚	64,142	80.78
丧偶	2,169	2.73
离异	1,024	1.29
其他	140	0.18
合 计	79,438	100.00

注：*民族缺失 34 例，婚姻状况缺失 38 例。

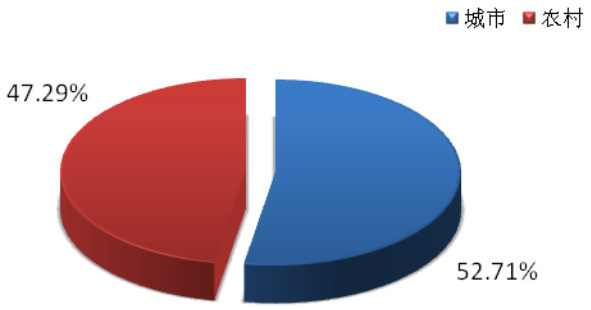

图 2　2008 年中国居民健康素养调查对象城乡构成

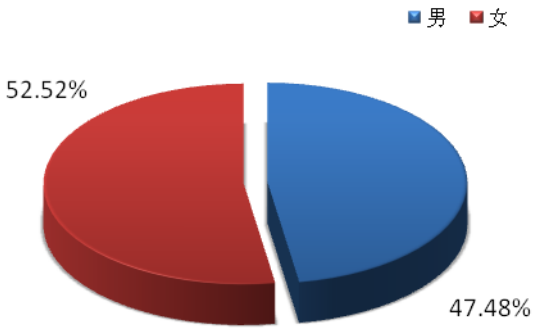

图 3　2008 年中国居民健康素养调查对象性别构成

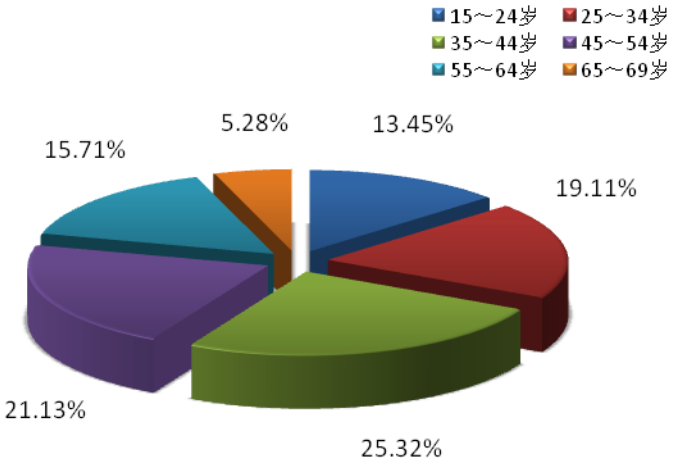

图 4　2008 年中国居民健康素养调查对象年龄构成

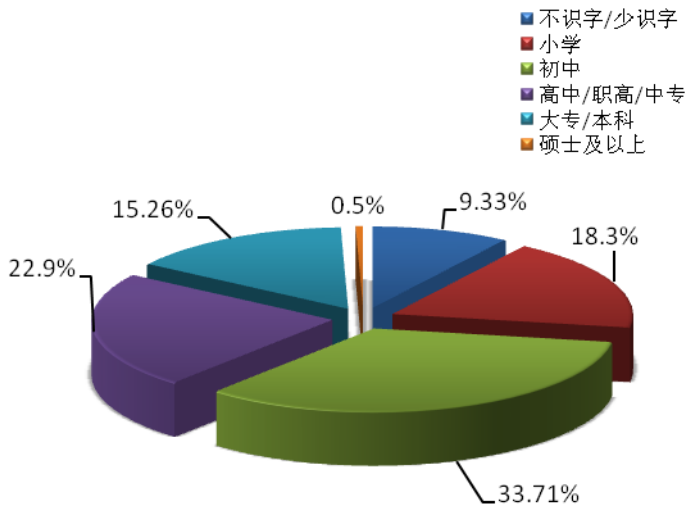

图 5　2008 年中国居民健康素养调查对象文化程度构成

二、调查对象对健康素养调查内容的正确答复情况

以正确答复题目数占健康素养题目总数的百分比(正确答复率)为横坐标，以到达某正确答复率的人数为纵坐标，绘出调查对象正确答复健康素养题目百分比频数分布图。如图 6 所示，调查对象健康素养题目正确答复率呈正偏态分布，正确答复率在 40%以下、40%～、60%～、80%及以上的人数占被调查对象的比例分别为 12.34%、29.56%、48.69%和 9.41%〔未标化〕。

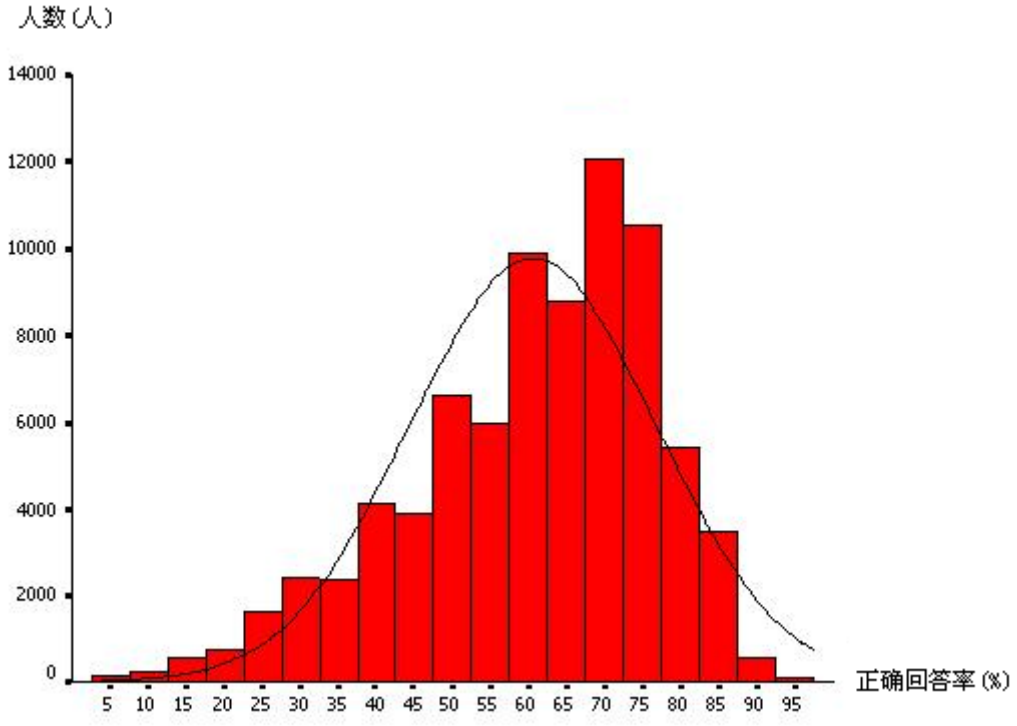

图 6　调查对象健康素养题目正确答复率分布

三、中国居民健康素养总体结果

依据《2005 年全国 1%人口抽样调查资料》的数据对调查结果进行标准化处理后，中国居民具备健康素养的比例是 6.48%，具备根本知识和理念、健康生活方式与行为、根本技能三方面素养的比例分别是 14.97%、6.93% 和 20.39%。具备根本技能素养的比例最高、根本知识和理念素养其次、健康生活方式与行为素养最低的特点在不同特征的居民中普遍存在。

无论是总的健康素养还是 3 个方面健康素养，均呈现东部和中部地区居民具备健康素养的比例高于西部地区居民；城市居民具备健康素养的比例高于农村居民；男性具备健康素养的比例高于女性；45 岁以下中低年龄居民具备健康素养的比例高于 45 岁以上高年龄居民；受教育程度越高，具备健康素养的比例也越高，不识字/少识字和小学文化程度的人群具备健康素养的比例远低于全国平均水平。中国城市和农村居民健康素养所呈现的性别、年龄和文化程度变化趋势均与总人群一致〔见表 3～6，图 7～11〕。

表 3　中国居民具备健康素养的比例〔%〕

组 别	健康素养	根本知识和理念	健康生活方式与行为	根本技能
城乡				
城市	9.94	21.13	10.45	28.36
农村	3.43	9.52	3.83	13.37
性别				
男	6.97	16.68	7.02	21.96
女	5.99	13.25	6.84	18.83
年龄〔岁〕				
15～	6.30	15.94	6.43	25.24
25～	7.99	18.18	7.99	24.58
35～	7.40	15.90	7.61	21.34
45～	5.65	13.19	6.50	17.17
55～	4.69	11.37	5.90	13.01
65～69	3.81	8.48	5.26	9.08
文化程度				
不识字/少识字	0.83	2.96	1.24	4.46
小学	2.03	5.90	2.94	10.12
初中	5.37	14.29	6.47	21.54
高中/职高/中专	12.71	26.67	12.45	33.86
大专/本科	23.88	43.44	20.23	43.28
硕士及以上	35.08	56.79	24.33	50.95
合计	6.48	14.97	6.93	20.39

表 4　城市居民具备健康素养的比例〔%〕

组别	健康素养	根本知识和理念	健康生活方式与行为	根本技能
性别				
男	10.45	22.64	10.36	29.77
女	9.43	19.64	10.53	26.96
年龄〔岁〕				
15～	8.41	19.51	8.68	31.96
25～	11.15	23.11	10.79	30.92
35～	11.08	21.88	11.16	29.58
45～	9.61	21.08	10.75	26.26
55～	9.04	20.49	10.91	21.89
65～69	7.43	15.34	9.97	16.42
文化程度				
不识字/少识字	2.29	7.00	3.14	9.99
小学	4.13	10.97	5.53	17.06
初中	6.98	16.85	8.40	26.17
高中/职高/中专	12.86	26.42	13.32	35.49
大专/本科	23.91	42.92	20.61	43.59
硕士及以上	35.36	57.24	24.52	51.07
合计	9.94	21.13	10.45	28.36

表 5　农村居民具备健康素养的比例〔%〕

组别	健康素养	根本知识和理念	健康生活方式与行为	根本技能
性别				
男	3.93	11.48	4.11	15.14
女	2.92	7.56	3.54	11.58
年龄〔岁〕				
15～	4.47	12.84	4.48	19.41
25～	4.58	12.86	4.98	17.75
35～	4.04	10.44	4.36	13.81
45～	2.40	6.70	3.00	9.69
55～	1.58	4.83	2.30	6.65
65～69	1.09	3.33	1.72	3.58
文化程度				
不识字/少识字	0.33	1.55	0.59	2.54
小学	1.11	3.68	1.80	7.07
初中	4.05	12.19	4.88	17.73
高中/职高/中专	12.31	27.32	10.22	29.66
大专/本科	23.50	49.72	15.59	39.63
硕士及以上	0.00	0.00	0.00	35.98
合计	3.43	9.52	3.83	13.37

表 6　中国东、中、西部地区居民具备健康素养的比例〔%〕

地区	健康素养	根本知识和理念	根本技能

			健康生活方式与行为	
东部				
城市	10.78	21.17	11.89	32.93
农村	3.73	10.63	4.62	15.34
合计	7.03	15.57	8.03	23.58
中部				
城市	11.31	22.23	12.12	26.42
农村	4.46	11.46	4.41	15.14
合计	7.67	16.51	8.02	20.43
西部				
城市	8.73	20.67	8.63	27.01
农村	2.15	6.71	2.42	9.99
合计	5.23	13.25	5.33	17.97

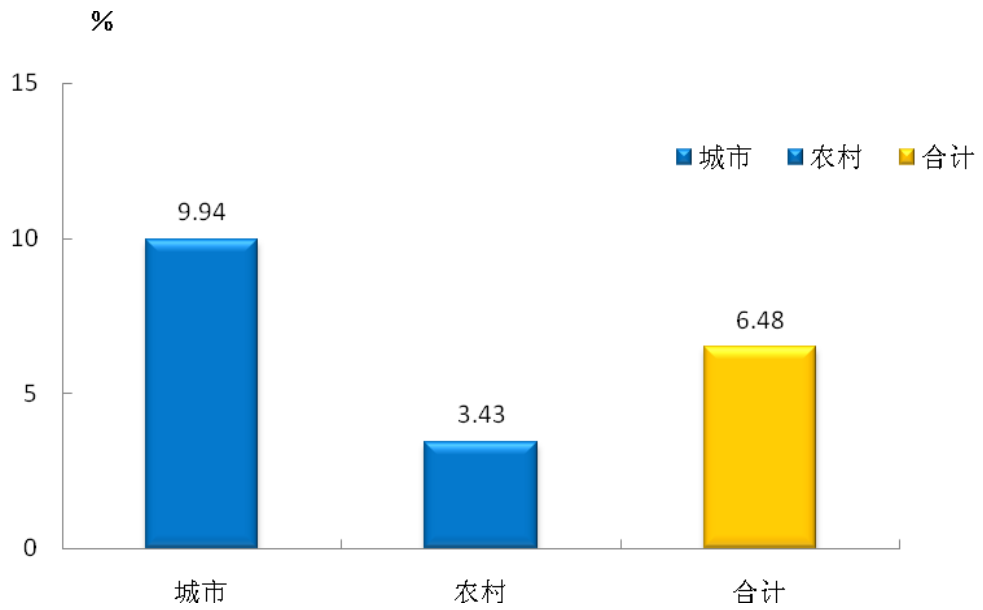

图 7　2008 年中国城乡居民具备健康素养的比例

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。

如要下载或阅读全文，请访问：

https://d.book118.com/018100110014007022