

江西省农村居民健康素养现状及影响因素分析

黄江楠, 韩雨莹*, 刘卓君, 陈艳

江西中医药大学临床医学院, 江西 南昌

收稿日期: 2026年4月9日; 录用日期: 2026年5月28日; 发布日期: 2026年6月8日

摘要

目的: 了解江西省农村村民健康素养总体及三个方面水平, 探究其影响因素, 提出具有针对性的提升策略。方法: 6~8月, 选取江西省406名农村居民为调查对象, 使用一般资料调查表及中国居民健康素养调查问卷, 从知识性、行为性、功能性三个维度开展健康素养问卷调查, 并对调查数据进行统计分析。结果: 江西省农村居民的知识性健康素养指数为4.94, 处于中等水平; 行为性健康素养指数为5.04, 略高于中等水平; 功能性健康素养指数为4.41, 略低于中等水平。村民的年龄、文化程度、是否患有慢性疾病、健康状况自我评价、医保情况、医疗卫生资源利用情况均是影响村民知识性健康素养、行为性健康素养和功能性健康素养的重要影响因素(均 $P < 0.05$); 除门诊医疗(51.7%)外, 社区服务利用率均低于10%; 人际(23.1%)、网络(22.9%)、电视(22.5%)成为健康知识普及主要路径。结论: 江西省农村居民健康素养水平中等, 但仍与城镇居民健康素养水平存在一定差距; 医疗卫生资源多元化, 有待更好地利用。应加强对地区村民健康素养状况的关注, 通过针对性方法, 提升健康素养水平。

关键词

健康素养, 居民, 影响因素, 农村

Analysis of the Current Status and Influencing Factors of Health Literacy among Rural Residents in Jiangxi Province

Jiangnan Huang, Yuying Han*, Zhuojun Liu, Yan Chen

School of Clinical Medicine, Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang Jiangxi

*通讯作者。

文章引用: 黄江楠, 韩雨莹, 刘卓君, 陈艳. 江西省农村居民健康素养现状及影响因素分析[J]. 社会科学前沿, 2026, 15(6): 1-10. DOI: 10.12677/ass.2026.156444

Abstract

Objective: To investigate the overall level and three-dimensional levels of health literacy among rural residents in Jiangxi Province, explore its influencing factors, and propose targeted improvement strategies. **Methods:** From June to August, a total of 406 rural residents in Jiangxi Province were selected as research subjects. A general information questionnaire and the Chinese Residents' Health Literacy Questionnaire were used to conduct a health literacy survey from three dimensions: knowledge literacy, behavioral literacy, and functional literacy. The survey data were statistically analyzed. **Results:** The knowledge health literacy index of rural residents in Jiangxi Province was 4.94, at a moderate level; the behavioral health literacy index was 5.04, slightly above the moderate level; and the functional health literacy index was 4.41, slightly below the moderate level. Age, educational level, presence of chronic diseases, self-evaluation of health status, medical insurance status, and utilization of medical and health resources were all important influencing factors for villagers' knowledge, behavioral and functional health literacy (all $P < 0.05$). Except for outpatient care (51.7%), the utilization rate of community health services was all below 10%. Interpersonal communication (23.1%), the internet (22.9%) and television (22.5%) were the main channels for health knowledge dissemination. **Conclusion:** The health literacy level of rural residents in Jiangxi Province is moderate, but there is still a certain gap compared with that of urban residents. Medical and health resources are diversified and need to be better utilized. Attention should be paid to the health literacy status of local villagers, and targeted measures should be taken to improve their health literacy level.

Keywords

Health Literacy, Residents, Influencing Factors, Rural

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. 引言

健康素养是指个人获取和理解基本健康信息和服务，并用这些信息和服务做出有利于维护和促进自身健康正确决策的能力[1]，包括了基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能。健康素养是衡量国家卫生服务水平和人民群众健康水平的重要指标，提高人群的健康素养水平可以有效改善人群健康状况[2]。

2008年原卫生部发布的《中国公民健康素养——基本知识与技能（试行）》[3]康素养这一概念，引发了社会各界的广泛关注和积极响应。2016年，中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》，提出“共建共享、全民健康”的核心指导原则，并明确要求到2030年居民健康素养水平达到30% [4]。2023年，全国健康素养水平达29.70%，江西省居民健康素养水平达到30.13%，比全国居民健康素养水平高0.43个百分点[5]。国家卫健委发布的“2023年中国居民健康素养监测情况”显示，城市居民健康素养水平为33.25%，而村民健康素养水平为26.23%，落后近7个百分点[6]，农村居民是健康素养水平提高的重要关注对象。

基于此，本研究选取江西省农村居民为对象，旨在深入分析其健康素养现状及影响因素，为进一步提升农村地区居民健康素养水平提供科学依据与实践参考。

2. 对象与方法

2.1. 对象

6~8月,采用便利抽样法,从江西省11个村庄中抽取了406名农村居民作为调查对象。纳入标准:(1)长期(一年以上)居住在村的住户;(2)自愿接受问卷调查。排除标准:(1)无法理解问题,无法清楚表述观点者(2)不同意参与本项研究或不愿意合作者。本研究共发放422份问卷,剔除漏填、乱填的无效问卷后,最终回收有效问卷406份,有效回收率为96.2%。本次所调查的村民中,男性占47.3%(192人),女性占52.7%(214人);年龄以60岁及以上为主,占41.4%(168人);文化程度以初中为主,占39.4%(160人);患有慢性疾病的居民占39.4%(160人),无慢性疾病占60.6%(246人);对自身健康状况评价为好的占30.0%(122人),非常不好占5.4%(22人);医疗保险参加新农合的占58.1%(236人),两种保险均仅有占8.9%(36人),见表1。

Table 1. Basic conditions of rural residents in Jiangxi Province

表 1. 江西省农村居民基本情况

		人数	占比(%)
性别	男	192	47.3
	女	214	52.7
年龄	20岁及以下	72	17.7
	21~40岁	66	16.3
	41~60岁	100	24.6
	60岁及以上	168	41.4
文化程度	小学学历及以下	80	19.7
	初中	160	39.4
	高中/中专/职高	90	22.2
	大专/本科及以上	76	18.7
是否患有慢性疾病	有	160	39.4
	无	246	60.6
健康状况自我评估	非常不好	22	5.4
	不好	62	15.3
	一般	118	29.1
	好	122	30.0
	非常好	82	20.2
医疗保险情况	无	52	12.8
	新农合医疗保险	236	58.1
	商业医疗保险	82	20.2
	商业保险医疗保险都有	36	8.9

2.2. 方法

2.2.1. 调查工具

1) 一般资料调查表

自行设计，内容包括性别、年龄、文化程度、是否患有慢性病、健康状况自我评估、医疗保险情况 6 个项目。

2) 中国居民健康素养调查问卷

本研究采用问卷调查法，根据实际情况对肖王乐 2008 年编制的中国居民健康素养调查问卷[7]进行了删改，采用了问卷中包含健康素养的三个维度来对当地村民健康素养水平进行评估。其中三个维度包括，知识性健康素养，指高血压、糖尿病、乙肝、肺结核等疾病的防治知识，精神卫生知识及营养、安全用药、生理等卫生常识；行为性健康素养，指吸烟、体检、体育锻炼早餐情况等内容；功能性健康素养，指健康相关的操作能力、沟通能力、阅读认知能力。

问卷均使用选择题型，答题正确计为 2 分，不清楚或不确定计为 1 分、错误计为 0 分，各题目相加为总分，将总分按 10 分制进行转换，获得最终指数。当指数小于 3.52 时，表明健康素养水平较差；当指数处于 3.52 与 6.18 之间时，表明健康素养水平中等；当指数高于 6.18 时，表明健康素养水平较好。

2.2.2. 调查方法

采取线下调查的方法，调查前向农村居民说明调查目的，填写的注意事项。采用面对面访问的形式，通过口头询问采集信息，并实时录入数据。整个过程采用匿名方式，并承诺对受访者信息严格保密，以确保数据的真实性。所有问卷数据在线提交后，由研究者统一进行核对与筛查，剔除异常及无效数据。

2.3. 统计学分析

剔除不合格数据后，根据原问卷[7]的计分方式进行分值统计。采用 SPSS26.0 统计分析软件进行数据整理与分析。采用描述性统计，独立样本 t 检验，单因素方差分析以及 Pearson 相关分析对健康素养总体水平及 3 个分类健康素养水平进行分析。

3. 结果

3.1. 村民健康素养的基本情况

由图 1 可知，江西省农村居民知识性健康素养指数为 4.94，处于中等水平；行为性健康素养指数为 5.04，略高于中等水平；功能性健康素养指数为 4.41，略低于中等水平。

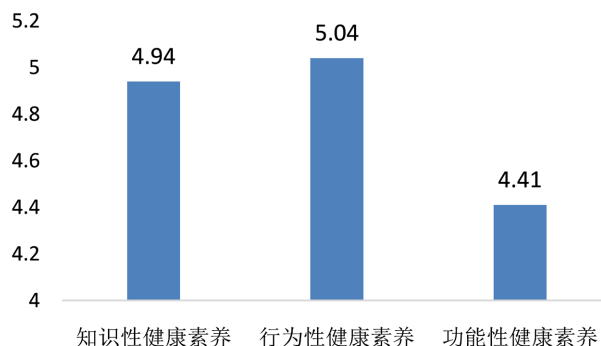


Figure 1. Knowledge health literacy, behavioral health literacy and functional health literacy of rural residents in Jiangxi Province

图 1. 江西省农村居民知识性健康素养、行为性健康素养、功能性健康素养

Table 2. Differences in three dimensions of health literacy among residents with different characteristics in Jiangxi Province
表 2. 江西省居民不同特征在健康素养上三个维度上的差异情况

变量	类别	知识性健康素养			行为性健康素养			功能性健康素养		
		M ± SD	t/F	P	M ± SD	t/F	P	M ± SD	t/F	P
性别	男	4.98 ± 1.35	0.473	0.637	5.02 ± 1.85	-0.151	0.880	4.44 ± 1.92	0.222	0.824
	女	4.89 ± 1.23			5.06 ± 1.61			4.39 ± 1.63		
年龄	20岁及以下	5.18 ± 1.24	48.044***	<0.001	5.48 ± 1.58	40.422***	<0.001	4.37 ± 1.71	58.05***	<0.001
	21~40岁	6.45 ± 0.91			6.54 ± 1.47			6.92 ± 1.30		
	41~60岁	5.17 ± 1.13			5.74 ± 1.56			4.48 ± 1.56		
	60岁以上	4.09 ± 0.77			3.84 ± 1.07			3.40 ± 1.07		
文化程度	小学及以下	4.04 ± 0.79	19.622***	<0.001	3.97 ± 1.27	13.633***	<0.001	3.39 ± 1.08	11.194***	<0.001
	初中	4.74 ± 1.28			4.81 ± 1.86			4.22 ± 1.84		
	高中/中专/职高	5.27 ± 1.21			5.50 ± 1.53			4.80 ± 1.64		
	大专/本科及以上	5.90 ± 1.01			6.10 ± 1.26			5.43 ± 1.72		
是否患有慢性疾病	有	5.27 ± 1.31	3.010**	0.003	5.27 ± 1.31	2.529*	0.012	4.83 ± 1.93	2.633**	0.009
	无	4.72 ± 1.22			4.72 ± 1.22			4.14 ± 1.60		
健康状况自我评价	非常不好	5.23 ± 1.57	3.647**	0.006	6.40 ± 2.35	4.538**	0.002	5.40 ± 2.00	2.930*	0.022
	不好	4.81 ± 1.18			4.37 ± 1.59			3.79 ± 1.25		
	一般	4.85 ± 1.37			5.20 ± 1.61			4.82 ± 2.13		
	好	4.88 ± 1.27			4.69 ± 1.59			4.21 ± 1.49		
	非常好	5.17 ± 1.20			5.46 ± 1.70			4.35 ± 1.66		
医疗保险情况	无	5.22 ± 1.79	3.099*	0.028	5.06 ± 2.24	2.173**	0.009	4.75 ± 2.30	2.517*	0.049
	新农合医疗保险	4.82 ± 1.10			4.97 ± 1.57			4.28 ± 1.14		
	商业医疗保险	4.76 ± 0.96			5.18 ± 1.49			4.17 ± 1.14		
	商业保险医疗保险都有	5.68 ± 1.87			5.12 ± 2.37			5.34 ± 2.58		

注: *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001。

3.2. 不同特征在健康素养三个维度的差异情况

研究显示,不同性别农村居民在知识性、行为性、功能性健康素养均无统计学差异。不同受教育水平、不同年龄农村居民的3个分类素养水平间比较,差异均有统计学意义(均P < 0.001),在文化程度上,均随受教育水平的提高而增加;在年龄上,均以41~60岁农村居民健康素养水平最高。是否患有慢性疾病居民间3个分类素养水平差异显著(均P < 0.01),患有慢性病农村居民健康素养水平更高。不同健康状况居民知识性和行为性健康素养水平间差异显著(均P < 0.01),自认健康状况非常不好的居民素养水平更高。从医疗保险情况看,3个分类素养水平差异显著(均P < 0.05),医疗保险全面的居民具备更高的素养水平。见表2。

3.3. 知识性健康素养、行为性健康素养、功能性健康素养的相关性分析

研究结果可知,知识性健康素养与行为性健康素养、功能性健康素养有显著的正相关性;行为性健康素养与知识性健康素养、功能性健康素养有显著的正相关性;功能性健康素养与行为性健康素养、知识性健康素养有显著的正相关性。见表3。

Table 3. Correlation analysis of main research variables**表 3.** 主要研究变量的相关分析

变量	M	SD	1	2
1. 知识性健康素养	4.94	1.28		
2. 行为性健康素养	5.04	1.72	0.639**	
3. 功能性健康素养	4.41	1.77	0.652**	0.599**

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

3.4. 知识性健康素养、行为性健康素养、功能性健康素养的多元线性回归分析

Table 4. Multiple linear regression analysis of knowledge-based health literacy (n = 406)**表 4.** 知识性健康素养的多元线性回归分析(n = 406)

变量	B 值	标准误	β 值	t 值	P 值
常量	4.345	0.524		8.290	<0.001
年龄	0.010	0.057	0.014	0.172	0.863
文化程度	0.247	0.056	0.373	4.440	<0.001
是否患有慢性疾病	-0.190	0.147	-0.116	-1.296	0.197
健康状况自我评价	0.020	0.060	0.028	0.325	0.746
医疗保险情况	0.094	0.071	0.092	1.325	0.187

注: $F = 5.922$, $R^2 = 0.175$, 调整后 $R^2 = 0.146$, $P < 0.001$ 。

Table 5. Multiple linear regression analysis of behavioral health literacy (n = 406)**表 5.** 行为性健康素养的多元线性回归分析(n = 406)

变量	B 值	标准误	β 值	t 值	P 值
常量	5.478	0.830		6.603	<0.001
年龄	-0.117	0.090	-0.098	-1.300	0.195
文化程度	0.233	0.088	0.210	2.651	0.009
是否患有慢性疾病	-0.090	0.232	-0.033	-0.388	0.699
健康状况自我评价	0.032	0.095	0.027	0.335	0.738
医疗保险情况	0.153	0.112	0.090	1.367	0.173

Table 6. Multiple linear regression analysis of functional health literacy (n = 406)**表 6.** 功能性健康素养的多元线性回归分析(n = 406)

变量	B 值	标准误	β 值	t 值	P 值
常量	5.367	1.015		5.289	<0.001
年龄	-0.170	0.110	-0.127	-1.538	0.126
文化程度	0.262	0.108	0.211	2.428	0.016
是否患有慢性疾病	-0.438	0.284	-0.142	-1.542	0.125
健康状况自我评价	-0.315	0.116	-0.237	-2.708	0.007
医疗保险情况	0.005	0.137	0.003	0.040	0.968

以知识性、行为性、功能性健康素养水平为因变量,单因素分析中有统计学意义的变量为自变量进行多元线性回归分析。结果显示,年龄(1.521)、文化程度(1.669)、是否患有慢性病(1.880)、健康状况自我评价(1.699)和医疗保险情况(1.146)的膨胀因子均小于 5,说明变量间不存在多重共线性。文化程度($\beta = 0.373$)与知识性健康素养水平呈正相关($P < 0.001$);文化程度($\beta = 0.210$)与行为性健康素养水平呈正相关($P < 0.01$);文化程度($\beta = 0.211$)与功能性健康素养水平呈正相关($P < 0.05$)、健康状况自我评价($\beta = -0.237$)与功能性健康素养水平呈负相关。见表 4~6。

3.5. 医疗卫生资源利用状况

3.5.1. 社区卫生服务利用情况

研究结果显示,门诊医疗的响应率最高,占 51.7%,慢性病康复指导其次,占 10.0%;计划免疫、计划生育服务、本地没有社区卫生服务及有但没利用过卫生服务的响应率相似,分别为 6.6%、6.0%、6.9%、6.3%;农村卫生服务都没有用过的响应率为 0.3%。见表 7。

Table 7. Utilization of rural health services among rural residents in Jiangxi Province
表 7. 江西省农村居民农村卫生服务利用情况

项	响应		
	n	响应率(%)	普及率(%)
本地没有社区卫生服务	22	6.9	10.8
有,但没有利用过	20	6.3	9.9
门诊医疗	165	51.7	81.3
慢性病康复指导	32	10.0	15.8
计划免疫	21	6.6	10.3
计划生育服务	19	6.0	9.4
健康咨询讲座	24	7.5	11.8
发放健康宣传材料	15	4.7	7.4
都没用过	1	0.3	0.5
汇总	319	100	157.1

注:响应率 = 选项响应次数/所有选项总响应次数 $\times 100\%$;普及率 = 选项响应次数/样本总数 $\times 100\%$ 。

3.5.2. 健康知识利用情况

研究结果显示,22.5%村民都是通过电视获取健康知识,通过互联网、与家人朋友交谈来获取健康知识的占比为 22.9%和 23.1%。报纸杂志、图书、广播的响应率分别是 6.9%、6.4%、5.7%;未获取过健康知识和利用生活经历中获取健康知识的响应率为 1.9%和 0.3%。见表 8。

Table 8. Utilization of health knowledge among rural residents in Jiangxi Province
表 8. 江西省农村居民农村健康知识利用情况

项	响应		
	n	响应率(%)	普及率(%)
报纸杂志	40	6.9	19.7
图书	37	6.4	18.2

续表

广播	33	5.7	16.3
电视	131	22.5	64.5
互联网	133	22.9	65.5
医务人员	60	10.3	29.6
与家人/朋友交谈	134	23.1	66.0
从未获取过	11	1.9	5.4
生活经历	2	0.3	1.0
汇总	581	100	286.2

注：响应率 = 选项响应次数/所有选项总响应次数 × 100%；普及率 = 选项响应次数/样本总数 × 100%。

4. 当地健康素养水平讨论与分析

该地区村民在知识性、行为性与功能性三个维度的健康素养均处于中等以上水平，其中行为性健康素养相对最高。这表明村民在体育锻炼、定期体检、戒烟及规律早餐等健康行为方面有较好实践。三个维度之间均呈现显著正相关，与既往研究结论一致[8][9]知识是行为的基础与导向，较高的知识性健康素养不仅可直接预测更佳的行为性与功能性健康素养，并且可以通过促进村民健康知识向健康行为的转化[10]，将健康知识逐渐提升为健康技能和行为[11]。这符合知识-态度-行为(KAP)模型的基本逻辑，即健康知识是健康行为改变的必要但不充分条件。社会认知理论进一步指出，知识转化为行为，还需依赖个体自我效能、结果预期及环境支持。本研究中行为性健康素养得分最高，提示该地区村民已具备一定的行为转化能力，但功能性健康素养仍相对较低，反映出“知-行-技”之间存在转化断层，尤其在复杂健康技能方面仍需外部支持。

知识性健康素养在年龄、文化程度、慢性病患者情况、健康自评及医疗保险类型上存在显著差异。21~40岁年龄组得分最高，可能与该群体普遍接受九年义务教育、健康关注度较高且具备一定社会阅历有关。文化程度越高，知识性健康素养越高，这与曹仲辉、石首市[12][13]等的发现相同，更高学历通常意味着更强的信息获取、辨别与整合能力。慢性病患者由于疾病管理需要，主动学习健康知识的动机更强，因而素养水平更高，这与徐艳平，李慧[14][15]等人的发现相同。自评健康状况“非常不好”的居民，出于对健康的迫切需求，其健康知识寻求行为更为积极。健康信念模型(HBM)可较好地解释上述差异：慢性病患者因感知到更高的疾病易感性与严重性，从而形成更强的健康行动动机，这种“健康危机驱动效应”，促使个体主动搜索健康知识。同时，拥有多重医疗保险的居民可能通过更丰富的健康服务接触，获得更多健康知识。行为性健康素养同样受年龄、文化程度、慢性病状况、健康自评及医疗保险因素影响。21~40岁组行为性健康素养最佳，可能源于该群体处于家庭与社会责任高峰期，健康维持动机强烈，且教育基础较好。文化程度提高有助于形成积极的健康价值观，并转化为实际行为。慢性病患者因需长期遵从治疗方案及生活方式调整，且在诊疗过程中接受更多健康教育，从而展现出更稳定的健康行为[16]。自评健康较差者出于风险感知，可能更积极地采取预防性行为。医疗保险则通过降低医疗成本门槛，鼓励居民参与预防保健与健康筛查，间接促进健康行为的形成。21~40岁居民在社会参与、信息获取能力方面具有优势。大专/本科及以上文化程度的居民批判性思维与信息评估能力更强，能更有效地理解与应用健康信息，这与林竹等[17]的报告一致。慢性病患者在长期自我管理积累了丰富的疾病应对技能，从而提升了功能性健康素养[18]。值得讨论的是：自评健康“不好”的群体在知识性素养上并不低，但在功能性健康素养上表现最差。可能因其长期健康不佳常伴随焦虑、抑郁或疲劳，削弱处理复杂健康信息的能

力, 即使具备知识, 也难以转化为实际技能。或因功能性健康素养更多依赖于实践机会与反馈, 而农村健康状况差的居民可能因行动受限、社会支持弱化, 缺乏技能练习场景等限制无法提升功能性健康素养水平。这一发现与 McAnally 与 Hagger 的分析结果相一致[19]——即健康素养并非直接产生行为改变, 而是通过“我相信我能做到”这一心理中间变量发挥作用, 全球范围内普遍存在的“知易行难”问题, 其深层机制或可归因于自我效能的不足, 而非仅仅知识素养的局限。

提升居民健康素养, 需明确当前存在的核心问题: 村民健康知识储备仍显匮乏, 健康知识传播渠道较为单一, 知识普及率与居民响应率偏低, 且健康行为养成不足、健康技能掌握程度有限。强化健康教育工作, 依托互联网、电视等多元媒介普及健康知识; 优化农村医疗保险制度, 为居民健康保障提供制度支撑, 进而全面提升农村居民健康素养水平。提升农村居民健康素养, 对改善农村地区医疗服务质量、保障居民身心健康、推进乡村振兴战略下的健康乡村建设具有重要意义。针对“知-行-技”之间可能存在转化断层的现象, 未来研究可进一步构建中介效应模型, 探究自我效能或其他因素在知识性健康素养与行为性健康素养、功能性健康素养之间的中介作用。本研究采用横断面设计, 且样本仅来源于江西省 11 个行政村, 难以推断健康素养与健康结局之间的因果方向, 也无法捕捉健康素养随时间的动态演变过程。未来研究可进一步开展多中心、大样本的纵向追踪研究。

致 谢

本研究在选题、调研及撰写过程中, 承蒙指导教师悉心指导与严谨斧正, 在此致以诚挚谢意。感谢江西省农村居民在问卷调查中给予的积极配合, 为本研究提供了坚实的数据基础。感谢江西中医药大学提供的科研平台与支持, 亦感谢同学与家人的理解与助力。谨此致谢。

基金项目

2025 年江西省大学生创新创业训练计划项目(S202510412065)。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 健康 66 条: 中国公民健康素养读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] Zhao, C.S., Zhao, M.J. and Li, C.G. (2022) The Health Literacy Status and Influencing Factors of the High-Risk Stroke Population in Jilin Province. *Journal of Public Health*, **30**, 855-860. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01353-5>
- [3] <https://www.nhc.gov.cn/wjw/zcjd/200802/8616caa258b84dcfb529e0ea248d4c51.shtml>, 2024-08-22.
- [4] <https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100132/201610/cef9821abcfc4544bb27e2bc533bd7cf.shtml>, 2024-08-22.
- [5] 倪可心. 我省居民健康素养超过全国平均水平[N/OL]. 江西日报, 2024-04-28(A4). <https://jxrb.jxwmw.cn/system/2024/04/28/020481456.shtml>, 2024-08-23.
- [6] <https://www.nhc.gov.cn/xcs/c100122/202404/117160da0afe4c2784b2643dd2abde85.shtml>, 2024-08-23.
- [7] 肖(王乐). 中国公众健康素养调查及评价体系建立[D]: [博士学位论文]. 北京: 中国疾病预防控制中心, 2008.
- [8] 郭静, 朱琳, 郭宇濛, 等. 线上健康教育对流动人口健康素养影响结构方程模型分析[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(2): 228-232.
- [9] 刘军军, 王高玲. 江苏省慢性病患者健康素养与健康行为相关性研究[J]. 中国研究型医院, 2019, 6(1): 20-24.
- [10] 敖琴, 江宜梓, 刘军安, 等. 湖北省居民健康知识与健康行为素养状况及其影响因素[J]. 中国公共卫生, 2018, 34(4): 580-583.
- [11] 朱萍. 上海金山区居民健康素养及影响因素分析[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(2): 190-195+199.
- [12] 石首疾控. 健康教育与健康促进: 石首市 2022 年居民健康素养水平监测分析报告[R/OL]. 2023-05-05. <https://mp.weixin.qq.com/s/evId5cYRPhb86efXkWULg>, 2025-08-22.
- [13] 曹仲辉, 凌建军, 罗家有, 等. 2021 年湖南省居民健康素养水平及其影响因素分析[J]. 实用预防医学, 2023, 30(9): 1045-1049.

- [14] 徐艳平, 王黎洪. 2021-2023 年龙游县居民慢性病防治素养水平调查分析[J]. 中国初级卫生保健, 2024, 38(9): 27-31.
- [15] 李慧, 沈世闯, 孙延波, 等. 辽宁省居民自报慢性病患病与健康素养关系[J]. 中国公共卫生, 2020, 36(4): 614-618.
- [16] 柳相珍. 基于慢性病的社区健康管理研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东大学, 2015.
- [17] 林竹, 谢美美, 陈锦辉. 2020 年福建省常住居民健康素养基本技能水平及其影响因素[J]. 中华健康管理学杂志, 2023, 17(2): 124-129.
- [18] 吴超凡, 俞郑, 魏中原, 等. 农村中老年慢性病患者家庭功能对健康素养的影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(8): 905-909.
- [19] McAnally, K. and Hagger, M.S. (2023) Health Literacy, Social Cognition Constructs, and Health Behaviors and Outcomes: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 42, 213-234. <https://doi.org/10.1037/hea0001266>