高等医药院校教材

健康教育学

JIANKANG JIAOYUXUE

（第二版）

黄敬亨　主编

上海医科大学出版社

健康教育学（第二版）黄敬亨 主编
上海医科大学出版社

R193/HTH

需要全本请访问 www.ertongbook.com

高等医药院校教材

健康教育学

JIAN KANG JIAO YU XUE

（第二版）

黄敬亨　主编

上海医科大学出版社

责任编辑　顾关云
封面设计　朱仰慈
责任校对　刘兰生　汪政仪

Z488/15

健康教育学

（第二版）

黄敬亨　主编

上海医科大学出版社出版发行
上海市医学院路 138 号
邮政编码 200032
新华书店上海发行所经销
昆山市亭林印刷总厂印刷
开本 787×1092　1/16　印张 13.75　字数 334 000
1997 年 9 月第 2 版第 1 次印刷　1998 年 4 月第 2 次印刷
印 数：4 001－9 000

ISBN 7-5627-0392-2/R・371

定 价：23.00 元

主　编　黄敬亨

编写者（按姓氏笔画排列）

王书梅　刘建中　阮　忠　陈　莺
周　雷　胡伟民　梁友信　黄敬亨
曹开宾　崔　纯

前　言

《健康教育学》再版以来，受到国内学者的关爱与欢迎，先后印刷3次，共发行2万余册。近年来，随着健康促进的迅速发展，我们在第1版的基础上总结政策、研究和实践方面的成果，引入健康促进的新概念，拓宽了健康教育的视野。为使本教材不仅适用于健康教育专业学生，也适用于本科非专业医学生及在职健康教育工作者的需要，本书增加了健康心理与健康传播等章节，并吸收了国内外在健康促进和健康教育方面的新经验。

本书在再版过程中，得到有关领导、兄弟院校同仁的关心与支持，为我们提供了许多宝贵意见和建议，特别是得到我校教材编写委员会办公室武培德主任、健康教育界前辈徐苏恩教授的评审，使本教材的质量有所提高。

健康促进内涵十分广泛，它涉及面不仅是医学问题，也涉及影响生活方式和健康的社会因素，包括行为干预，环境支持，即政策、组织、经济等。由于我们水平有限，实践经验不足，缺点和错误难免，还有待实践中不断总结提高和充实，衷心地期望有关领导、学者和师生们一如既往地提出宝贵意见，以便再版时进一步订正。

本书的出版得到上海医科大学出版社的大力支持，承顾关云教授认真审校并作文字加工，谨此表示诚挚的谢意。

黄敬亨

1997年5月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　录

第一章　绪论……（1）
一、健康概念……（1）
二、健康教育与健康促进……（2）
三、健康教育的意义、目的和任务……（4）
四、健康教育及其相关学科……（6）
五、健康教育的发展……（7）
六、健康教育的研究方法……（12）
七、健康教育的展望……（13）
八、健康教育者应具备的能力……（14）
第二章　健康心理……（16）
一、健康心理的基本概念……（16）
二、社会适应与心理健康……（21）
三、人际关系与心理健康……（25）
第三章　健康相关行为……（31）
一、行为概述……（31）
二、行为与健康的关系……（33）
三、健康相关行为……（34）
四、健康相关行为改变的理论……（35）
五、健康相关行为的干预与矫正……（38）
六、健康相关行为的评估……（39）
第四章　传播与传播技巧……（41）
一、概述……（41）
二、传播模式……（42）
三、人际传播……（48）
四、传播材料制作与预试验……（52）
第五章　健康测量及其指标……（55）
一、健康测量指标及其意义……（55）
二、健康测量指标选择应用原则……（63）
三、中国城市实现"2000年人人享有卫生保健"评价指标体系……（64）
第六章　成本-效益分析和成本-效果分析……（67）
一、基本概念……（67）
二、分析原理……（70）
三、分析步骤……（73）
四、应用例选……（76）
第七章　健康促进规划设计……（78）
一、规划设计的意义……（78）
二、规划设计的原则……（79）
三、健康促进规划设计程序……（79）
四、社区需求评估……（81）
五、确定优先项目（健康问题或行为问题）……（83）
六、确定规划目标……（84）
七、教育策略的制定……（85）
八、规划的实施……（87）
九、效果评价……（88）
附录：健康促进课题规划的撰写……（90）
第八章　健康促进规划的实施……（94）
一、社区开发……（94）
二、项目培训……（95）
三、社区为基础的干预……（97）
四、项目执行的监测与质量控制……（98）
第九章　健康促进规划的评价……（101）
一、评价的概念……（101）
二、规划评价的目的……（102）
三、评价的种类……（103）
四、评价设计类型……（106）
五、影响评价的因素……（108）
六、评价中存在的困难和问题……（109）
七、评价报告的运用和书写……（111）
第十章　社区健康促进……（113）
一、社区的概念……（113）
二、社区健康促进的意义……（113）
三、社区健康促进的要素……（114）
四、社区健康促进规划的执行……（118）
五、社区健康促进规划的监测与评价……（119）

附录：社区健康促进模式——福建省大湖乡 …… (121)
第十一章　学校健康促进 …… (125)
一、学校健康促进的概念 …… (125)
二、学校健康促进的意义 …… (126)
三、学校健康促进的实施范围 …… (126)
四、学校健康促进的任务 …… (128)
五、学校健康促进的内容 …… (129)
六、专题健康教育 …… (130)
七、学校健康促进的效果评价 …… (132)
第十二章　职业人群健康促进 …… (135)
一、职业人群健康促进的意义 …… (135)
二、职业人群健康教育的内容 …… (138)
三、职业人群健康促进规划实施与评价 …… (145)
第十三章　医院健康促进 …… (149)
一、医院健康促进的概念 …… (149)
二、医院现行工作面临的挑战 …… (149)
三、医院健康教育的意义 …… (151)
四、医院健康教育的发展 …… (153)
五、医院健康教育的有利条件及影响因素 …… (154)
六、医院健康教育的基本内容 …… (154)
第十四章　吸烟与健康 …… (161)
一、中国烟草使用情况 …… (161)
二、烟草的有害成分 …… (162)
三、烟草对健康的危害 …… (163)
四、烟草对社会的影响 …… (166)
五、世界吸烟与戒烟趋势 …… (167)
六、控制吸烟策略 …… (169)
七、医生在控烟工作中的作用及帮助病人戒烟技巧 …… (171)
第十五章　高血压病的健康教育 …… (176)
一、高血压病的危险因素 …… (176)
二、健康教育的对策 …… (178)
三、高血压病健康教育计划及其评价 …… (181)
第十六章　艾滋病健康教育 …… (184)
一、艾滋病健康教育实施原则 …… (184)
二、艾滋病预防策略 …… (187)
三、艾滋病健康促进规划设计、实施与评价 …… (190)
第十七章　老年人健康教育 …… (194)
一、老年人的概念 …… (195)
二、老年人的行为特征 …… (196)
三、生物老年人和社会老年人的理论 …… (197)
四、老年人健康的社会心理 …… (199)
五、老年教育与老年健康教育 …… (201)
六、老年人的社会保障 …… (203)
七、老年人的死亡教育 …… (205)
八、老年人与临终关怀 …… (207)
主要参考文献 …… (209)

第一章 绪 论

一、健康概念

实现“人人享有卫生保健”是全球的共同理想和目标。我国宪法明确规定，维护全体公民的健康和提高各族人民的健康水平，是社会主义建设的重要任务之一。亘古及今，任何时代和民族无不把健康视为人生的第一需要。

然而什么是健康？如何正确理解健康的内涵，这是一个关键问题。由于人们所处时代、环境和条件的不同，对健康的认识也不尽相同。受传统观念和世俗文化的影响，长期来多视有无疾病作为健康的标准，把健康单纯地理解为“无病、无残、无伤”。机械地视健康和疾病为单因单果关系无疑是不全面、不确切的。世界卫生组织(WHO)在“阿拉木图宣言”中重申：“健康不仅是没有疾病或不虚弱，而是身体的、精神的健康和社会幸福的完美状态”。并指出“健康是基本人权，达到尽可能的健康水平，是世界范围内一项重要的社会性目标”。可见健康是人类的一项基本需求和权利，也是社会进步的重要标志和潜在动力，要求人们重视健康的价值，树立“人人为健康，健康为人人”的正确概念。应该把健康问题看作是全社会、全民的事业，看作是“人类生存和发展的基本要素”。健康问题决不可能单纯由卫生部门承诺，而必须得到全社会的支持，所有部门都要把自己的工作和人民的健康联系起来，努力维护和增进人民的健康，促进社会发展。每个人不仅要对自己的健康承担责任，而且还要对他人，对社会承担责任，这不仅是一个道德问题，也是精神文明建设的重要问题。

健康与疾病之间不存在明确的界线，一个人的机体可能潜伏着病理性缺陷或功能不全，而表面仍是“健康”的，只有在出现症状或体征时才被认为是“生病”。事实上有些疾病一旦出现临床表现已是病入膏肓，如肝癌、肺癌等。这就是为什么要提倡定期进行健康检查、早期发现、早期治疗、“以防患于未然”的原因，也是人类向疾病作斗争和自我保健的长期经验总结。

心理健康是健康组合的有力补充和发展。这里所说的心理(精神)健康是指人的内心世界丰盈充实、和谐安宁的态度，并与周围环境保持协调均衡。但由于人具有自然的人和社会的人的双重属性，在生活经历中，难免不受到社会因素的影响和干扰，如政治、经济、战争、教育、居住环境以及冲动、孤独、紧张、恐惧、悲伤、失落、忧患等，这些影响健康的不利因素，又往往使人们在心理上难以承受，甚至对身心健康造成不同程度的损害。据估计，全世界约有5 000万人患有各种严重的精神病，约3亿人患轻度精神病，致使众多人不同程度地失去自控能力，影响正常生活状态。这些人不仅自己不承认有病，而且使用最先进的仪器也不易查清。此外，许多不良的生活方式和行为，如吸烟、酗酒、吸毒、滥用药物、异常性行为以及生活秩序紊乱、缺乏锻炼等不良因素，均无益于身心健康。大量研究表明：人类的许多疾病与心理因素密切相关，如生活节奏快、社会竞争性强、冲动持久，均会造成自身应激能力减弱，从而

引发心脏及脑血管疾病，使中枢及自主神经功能紊乱或失调，机体免疫功能低下等。

现代科学技术和医学的发展，提示人体的整体性以及人体与自然环境和社会环境的统一。这里所强调的是：人的机体必须与社会环境和自然环境相互协调，而人在协调过程中往往处于主动地位，这是认识健康、探索健康的基础，而自身行为和生活方式，对健康和社会更具有举足轻重的作用。相信这种认识必将健康观从被动的治疗疾病转变为积极的预防疾病、预测疾病；从单纯的生理标准扩展到心理、社会标准；从个体诊断延伸到群体乃至整个社会的健康评价。既考虑到人的自然属性，又侧重于人的社会属性；既重视健康对人的价值，又强调人对健康的作用，并将两者结合起来。这种对健康与疾病、人类与健康多因多果关系的认识是健康观念的更新。

“人人为健康，健康为人人”。健康是人的一项基本要求和权利，健康也是平等的社会目标，这就要求个人不仅要珍惜和不断促进自身的健康，还要对他人、群体乃至全社会的健康承担义务。健康不仅应立足于个人身心状态的完好，同时还关系着全社会的精神面貌和民族文化素质的提高。在积极倡导健康对人类发展的重要性，重视健康对社会进步的价值和作用的同时，还应提倡个体、群体乃至全社会都应积极参与促进健康、发展健康的伟大社会变革中去，要想获得健康，就必须驾驭健康。

二、健康教育与健康促进

健康教育学是研究健康促进与健康教育的理论、方法和实践的科学。其所利用的原则来自医学、行为学、教育学、心理学、人类学、社会学、传播学、经济学、管理学、政策学及其有关的学科领域。因此健康教育学不仅具有很强的理论性，而且也具有极强的实践性，对提高全民族的健康水平有着十分重要的意义。就逻辑结构而言，其内涵可以从健康教育与健康促进的概念中加以理解。

1. 健康教育（health education）

健康教育是通过有计划、有组织、有系统的社会和教育活动，促使人们自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病、促进健康和提高生活质量。

健康教育的核心是积极教育人们树立健康意识、养成良好的行为和生活方式，以降低或消除影响健康的危险因素。通过健康教育帮助人们了解哪些行为是影响健康的，自觉地选择有益于健康的行为和生活方式。健康教育应提供改变行为所必须的知识、技能与服务，并促使人们合理地利用这些服务，如免疫接种和定期体检等，达到预防疾病、疾病治疗和促进康复的目的。健康教育不同于卫生宣传，当然正确的信息是健康教育重要基础部分，但健康教育必须增进影响健康行为的其他因素，如充分的资源、有效的社区领导、社会的支持以及自我帮助的技能等。因此健康教育要采用各种方法帮助群众了解自己的健康状况并作出合理的选择以改善健康，而不是强迫他们改变某种行为。如果不能促进群众积极参与并自觉采纳健康行为，这种健康教育是不完善的，例如仅告诉群众什么是健康的行为，这不算是健康教育。健康教育的重要功能在于争取领导和社会支持，逐步形成健康促进的氛围；健康教育必须充分发动群众的广泛参与，唤起群众同自己不文明、不科学的行为作斗争。许多不良行为并非属于个人的责任，也不是个人的愿望就可得到解决。因此在健康教育中，必须着眼于家

庭、社区和政府部门，保证获得有效的支持，以促使个体、群体和全社会的行为改变。

行为与生活方式的改变不是个人孤立的行动。许多行为受文化背景、社会关系、社会经济状况及个性等影响。且在生活方式中，各种行为相互交错、相互影响，如烟与酒、酒后开车等。更广泛的行为涉及生活状况，如居住条件、饮食、娱乐、工作情况等。当人们作出有关健康行为决策时，往往受个人无法控制的因素影响，如工作条件、市场供应、教育水平、经济和环境状况、社会规范和风俗习惯等。可见健康教育已超越医学范畴，涉及到社会的诸多领域。不难理解健康教育不仅是教育活动，也是有计划、有组织、有系统的社会活动。

2. 健康促进(health promotion)

健康促进一词早在20年代已见于公共卫生文献，近10年来才被广泛的重视。第1次健康促进国际大会在加拿大渥太华召开(1986年)，发表《渥太华宪章》，宣言指出："健康是日常生活的资源而不是生活的目标"，"健康促进是指促进人们提高(控制)和改善他们自身健康的过程"。表明健康促进行动的范围更为广泛，涉及整个人群的健康，包括人们日常生活的各个方面，而非仅限于造成疾病的某些特定危险因素。为使健康促进的定义更具有可操作性，我们采用劳伦斯·格林教授关于健康促进的定义："健康促进包括健康教育及能促使行为与环境有益于健康改变的相关政策、法规、组织的综合"。

上述定义表明：健康教育在健康促进中起主导作用，这不仅是因为健康教育在促进个体行为改变中起重要作用，而且对于激发领导者拓展健康教育的政治意愿、促进公众的积极参与以及寻求社会的全面支持，促成健康促进氛围的形成都起到极其重要的作用，没有健康教育也就没有健康促进。政策、法规和组织等行政手段是对健康教育强有力的支持，如果没有后者，健康教育尽管能成功地帮助个体行为改变作出努力，但显得软弱无力和不够完善。

《渥太华宪章》还明确地指出健康促进涉及的5个主要活动领域：

(1) 制定能促进健康的公共政策

健康促进的含义已超出卫生保健的范畴，把健康问题提到各个部门、各级政府和组织的决策者的议事日程上。健康促进明确要求非卫生部门实行健康促进政策，其目的就是要使人们更容易作出更健康的选择。

(2) 创造支持的环境

健康促进必须创造安全的、满意的和愉快的生活和工作环境。系统地评估快速变化的环境对健康的影响，以保证社会和自然环境有利于健康的发展。这些都必须通过公共政策的建立。

(3) 加强社区的行动

社区人民有权决定他们需要什么以及如何实现其目标，因此，提高社区人民生活质量的真正力量是他们自己。充分发动社区力量，积极有效地参与卫生保健计划的制定和执行，挖掘社区资源，帮助他们认识自己的健康问题，并提出解决问题的办法。

(4) 发展个人的技能

通过提供健康信息、健康教育并帮助人们提高作出健康选择的技能来支持个人和社会的发展。这样，就使人们能够更好地控制自己的健康和环境，不断地从生活中学习健康知识、有准备地应付人生各个阶段可能出现的健康问题，并很好地应付慢性病和外伤，做到这些是很重要的。学校、家庭、工作单位和社区都要帮助人们做到这一点。

(5) 调整保健服务方向

健康促进中的保健服务的责任由个人、社会团体、卫生专业人员、医疗保健部门、工商机构和政府共同分担。他们必须共同努力，建立一个有助于健康的卫生保健系统。

医疗部门的作用必须超越仅提供治疗服务的职责，应向提供健康促进服务方向发展。1988年，第2次国际健康促进大会在澳大利亚的阿德莱德召开，主要议题是健康的公共政策。1990年，WHO发表《行动起来》(A Call for Action)文件，对发展中国家开展健康促进活动提出三个主要战略：

1）政策倡导　倡导卫生领域和非卫生部门制定政策以满足健康的需求并有利于健康行动的开展；倡导激发群众对于健康的关注，促进卫生资源的合理分配并保证把健康作为政策与经济发展的一部分；倡导卫生及相关部门去满足群众的要求和需要；倡导建立支持的环境并促使群众作出更健康、更容易的选择。

2）发展强大的联盟和社会支持系统　主要包括保证更全面、更平等地实现健康目标；促进健康的生活方式作为社会的规范并鼓励个人和集体积极开展有益于健康的行动。

3）提高与改善群众卫生知识、态度和技能　目的是促使他们能采取明智的行动和有效地预防以解决个体与集体的健康问题。

1991年在瑞典的松兹瓦尔召开第3次健康促进国际会议，主题是建立支持的环境。以上基本原则与《渥太华宪章》是一致的。WHO号召各国把这些原则和概念转化为行动。当今国际社会把健康促进与健康教育提高到前所未有的地位，特别强调健康促进规划的各种方法必须基于共同参与的原则，即个人、家庭、专业人员、私人或政府组织以及地方和国家机构共同参与，并作明确分工。对于每个健康问题的规划，必须按其紧迫性、可变性及可行性作出决策。我们应该努力促使个人和社区积极参与卫生保健计划的制定和执行。为保证这一任务的完成，医务工作者应给予及时指导和鼓励，帮助他们认识自己的健康问题，并提出解决的办法、确定目标，并把它转化成简单而现实的、可以监测的目标。

三、健康教育的意义、目的和任务

1. 健康教育的意义

(1) 健康教育是初级卫生保健八大要素之首，《阿拉木图宣言》指出：健康教育是所有卫生问题、预防方法及控制措施中最为重要的，是能否实现初级卫生保健任务的关键。说明健康教育在实现所有健康目标、社会目标和经济目标中的地位与价值。第36届世界卫生大会(1983年)和世界卫生组织委员会第68次会议根据初级卫生保健原则来重新确定健康教育的作用，提出"初级卫生保健中的健康教育新策略"，强调健康教育是策略面不是工具。为了充分发挥健康教育的作用，应该把健康教育作为联系各部门的桥梁，以协调共同参与初级卫生保健和健康教育活动。《阿拉木图宣言》还强调：创造并获得必要的政治意愿；多部门合作促进全社会的参与；使用适当的技术和资源，以实现健康的目标。这与健康教育、健康促进的目标是一致的。

1989年5月第42届世界卫生大会通过了关于健康促进、公共信息和健康教育的决议，再次强调《阿拉木图宣言》的重要性。注意到《阿拉木图宣言》的精神及其进一步发展——健康促进；认识到健康教育是促进政策的支持和公共卫生事业的发展，促进各部门间的合作及保证广大群众参与实现"人人享有卫生保健"目标的作用；充分注意到健康教育对实现卫生

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目标的重要性；认识到健康教育的教育技术、行为研究及战略和资源的潜力。为此紧急呼吁各会员国：发扬阿拉木图、渥太华和阿德莱德会议精神，把健康促进和健康教育作为初级卫生保健的基本内容，并列入卫生发展战略，加强各级健康教育机构所需的基础设施和资源。

（2）健康教育作为卫生保健的战略措施，已得到全世界公认，当今发达国家和我国疾病、死亡谱发生了根本性变化，其死因已不再是传染病和营养不良，而是被慢性病所取代，冠心病、肿瘤、中风已成为这些国家的主要死因，这些疾病多与不良的生活方式、行为（约占50%）、职业和环境因素有关。只有通过健康教育促使人们自愿地采纳健康的生活方式与行为，降低致病的危险因素，预防疾病，促进健康。实践证明：健康教育能有效地防治心血管疾病和恶性肿瘤等。近20年来发达国家冠心病下降了1/3，脑血管病下降了1/2，吸烟率每年下降1.1%。有越来越多的资料证明健康教育在增进群体健康水平的重要性，受到全世界的重视。正如WHO总干事中岛宏博士在第13届世界健康教育大会开幕式上所说："我代表世界卫生组织向大家保证，健康教育的极端重要性将得到承认，我向大家保证：我们将给予你们的领域以优先权，给这种优先权的理由是十分充分的，而且也是全世界迫切需要的。"

（3）健康教育是一项投入少、产出高、效益大的保健措施：健康教育是改变人们不良的生活方式和行为，减少自身制造的危险性，是一项一本万利的事业，正如美国疾病控制中心研究指出：如果美国男性公民不吸烟、不过量饮酒、采纳合理饮食和进行经常性锻炼，其寿命可望延长10年，而美国用于提高临床医疗技术的投资，每年数以千亿计，却难以使全国人口期望寿命增加一年。显然，2亿多美国人民只要适当地改变其行为，将会大大地降低有关疾病的发病率和死亡率，并减少医疗费用。各国的实践也充分证明了这点。

2. 健康教育的目的和任务

健康教育的目的是通过健康促进和健康教育活动过程，达到改善、维护、促进个体和社会的健康状况和文明建设。具体概括如下：① 增进人们的健康，使个人和群体为实现健康目标而奋斗；② 提高或维护健康；③ 预防非正常死亡、疾病和残疾的发生；④ 改善人际关系，增强人们的自我保健能力。为达到上述目的，健康教育的主要任务是：

（1）有效地促进、影响行政领导和决策层，以制定足以促进健康的各项政策，并明确要求非卫生部门参与健康促进的决策。健康教育应首先在领导和决策层中发挥作用。

（2）建立或促进个人和社会对预防疾病、保持自身健康的责任感。《阿拉木图宣言》指出："群众有权利也有义务参与个人或集体的卫生保健计划的制定和实施过程"。健康教育工作者应努力促使群众与卫生专业人员共同积极、主动地参与并负责某些决策活动。通过提供信息、提高个人技能，帮助人们能更好地维护自身健康，养成健康行为，排除和干预那些影响自身健康和他人健康的各种危险因素，使人们不断地学习健康知识，有能力发现日常生活中出现的健康问题，包括慢性疾病和意外伤害。

（3）创造有益于健康的外部环境。人们已充分认识到人类的健康与自然和社会环境息息相关，因此健康教育必须与有关部门协同逐步创造一个安全、舒适、愉快和良好的生活和工作环境。

（4）加强社区职能，动员与组织社区人民积极参与社区活动，帮助社区人民分析和解决自身的健康问题，促进各部门的合作。健康教育应在社区活动中起积极作用。

（5）改变医疗保健服务工作职能，克服因重治轻防造成医疗支出不断增加而效果较差的状况。积极推动、完善保健队伍。医疗部门的作用必须向提供健康促进服务方向发展，改

变长期仅提供治疗服务的观念和做法。强调健康教育是医院管理中的一项极为重要的任务。

（6）促进社会主义精神文明建设，其重要任务之一，就是要提高全民族的科学文化水平，提倡文明、健康、科学的生活方式，改变社会风俗习惯中的愚昧落后状态。

为完成上述任务，要有明确的战略——健康促进，包括促成的手段；必须充分认识对提高健康水平存在的困难和障碍；唤起全社会和领导决策层对健康的关注与支持。应该把健康教育逐步转换到研究对个体、家庭、社区和全国的计划上。

四、健康教育及其相关学科

健康促进与健康教育的研究领域已超越医学卫生的范畴，涉及社会学及众多的学科领域。根据WHO关于健康的定义，健康类型包括身体健康、心理健康和社会幸福完美状态，因此必须应用生物——心理——社会模式解决健康问题。WHO将其分为3类：即生物医学、行为科学和管理科学（图1-1），三者互相渗透、补充构成较完整的学科体系。在诸多学科中，行为科学、教育学和预防医学成为健康教育学的主要基础学科。

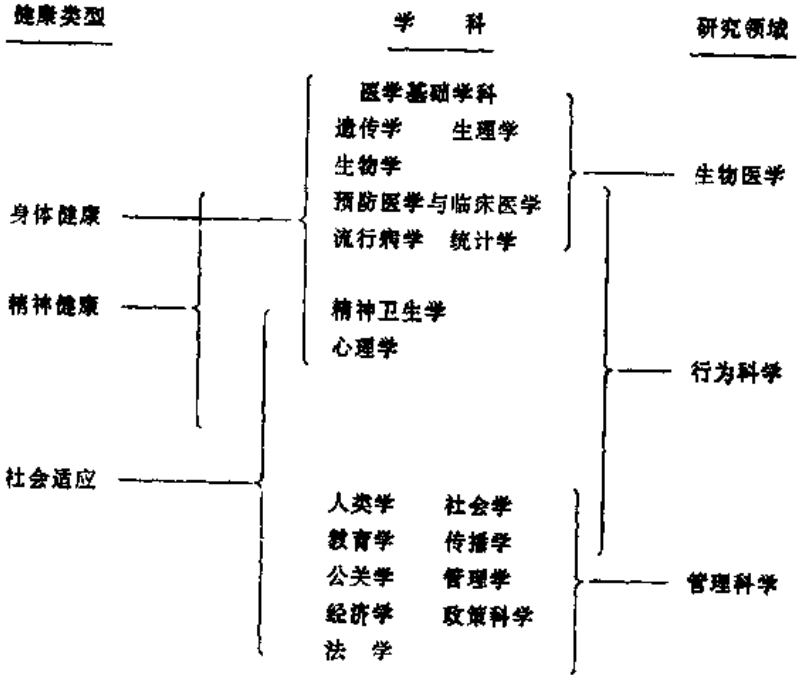

图1-1　健康教育及其相关学科

1. 行为科学（behavioral sciences）

行为科学是运用实验和观察的方法研究在一定物质和社会环境中人的行为规律的科学，涉及心理学、社会学和人类学等主要学科。

健康教育的主要目的是改变人们的不健康行为，培养建立有益于健康的行为和生活方式，因此行为科学成为健康教育的主要基础学科。健康教育所研究的是产生这些不健康行为的原因，如何去有效地加以改变。健康教育工作者不仅要思考人们获得知识，改变信念、态度和行为的过程，而且要了解影响这些变化的各种因素（环境和社会文化，教育的影响）。因此应具有坚实的行为学理论，不仅要掌握行为的存在及行为转变的理论，而且要研究改变个体、群体和社会行为的规范和途径。

2. 教育学(education)

从健康教育词面理解,健康教育是健康与教育的有机组合,教育是改变不健康行为的主要手段。教育是教与学的研究和实践,有其特定的教育规律和原则,涉及的领域包括常规教育、公众教育、社区教育、成人教育、非学历教育及健康咨询等。健康教育工作者必须熟悉和掌握教育对象需要改变行为的内容。根据不同的文化、习惯和需要采用不同的教育方法。期望采取一种方法对所有的人群均适用是不可能的,教育方案的制定和实施要因时、因人、因地制宜。实践证明:综合运用多种方法更易达到预期效果。为了提高教育效果,健康教育工作者应重视课程设计、内容安排、教学方法(传播方法)和效果评价研究。

在教育学科中,传播学(communication)是健康教育者实践的理论基础,是迅速兴起的一门交叉学科。随着电子学、计算机科学的发展,传播学的发展十分迅速。其教育功能、经济和社会效益日益受到重视。健康教育者面向目标人群的工作中,每时、每项工作都需要运用传播学的理论与方法。这就要求健康工作者熟悉和掌握有关传播的过程、方法和技巧的实际运用及评价。

3. 预防医学(preventive medicine)

预防医学主要研究生活、生产等自然和社会环境中影响健康导致疾病的病因及疾病在人群中发生、发展规律和控制的科学,与健康教育密切相关。在健康教育实践中特别强调流行病学及其方法的应用,因为在信息的收集和确定优先项目时有其重要作用。生物统计学的应用应贯穿在整个健康教育中。

五、健康教育的发展

近几十年来,在健康教育领域进展巨大,逐步形成较完整的科学体系,健康教育的理论和实践均获得蓬勃发展。特别是近 10 年来,全球性健康促进活动的兴起,健康教育与健康促进作为卫生保健总体战略已得到全世界的关注。WHO 敦促各国政府根据本国国情制定长期的健康政策,而政策中最重要部分是健康教育和健康促进。

1. 我国健康教育的发展

20 世纪初,随着西方医学知识的传入,健康教育学科理论开始引进我国。1915 年中华医学会成立,首任会长颜福庆,书记伍连德,学会的宗旨中有"中国医生们从此登上了中国卫生(健康)教育的舞台"。1916 年中国博医会卫生部、中华医学会公共卫生部、中国青年会卫生科联合成立"卫生(健康)教育联合会",由胡宣民任秘书(胡宣民获美国霍金斯大学公共卫生学博士,是我国最早的健康教育专业人员)。20 年代我国卫生和教育界众多学者对提高民族健康极为重视,大声疾呼通过卫生知识的传播,进行全民健康教育,提出"健康教育从学校抓起"等口号。1929 年冬北平市成立"学校卫生委员会",这是我国最早的市级学校健康教育行政机构。1931 年南京市由内政部卫生署、市政府召集成立"南京市健康教育委员会",1931 年中央大学设立"卫生教育科"。由卫生署与中央大学联合培养学校健康教育师资,学制为 4 年,先后由陈志潜、朱章庚、徐苏恩任科主任。1934 年教育部另成立中小学卫生教育设计委员会。1933 年北平市卫生教育委员会拟定健康教育章程及实施规划。1934 年教育部颁布"师范学校卫生课程标准",规定教育目标为"使学生明了健康与人生之关系以培养其重身心健康之意识与实行卫生习惯之信心"、"使学生明了健康教育之原理及实施要点"、"灌输普通

医药常识，使学生具有解决实际生活问题之智能”。卫生署卫生教育组还出版《学校健康教育》（徐苏恩主编）、《卫生教育讲义》、《健康与经济》等著作。1935年由胡定安、邵象伊等发起组织《中国卫生教育社》，同年成立《中华健康教育研究会》。这两个全国性健康教育群众性学术团体的成立，为促进当时健康教育事业发展起了积极的作用。在健康教育研究机构方面，1931年成立的卫生实验处设有卫生教育系，负责健康教育专业人才的培养，学校卫生和民众健康教育方法的研究、设计、推行及材料制作等业务工作，抗战期间改称中央卫生实验院教育组。30～40年代，国立中央大学及国立江苏医学院（前身为江苏医政学院）共培养健康教育专业人才92名，后因经费困难先后停办。专业机构和学术团体的出现是健康教育事业兴起的重要标志。我国自1929～1946年，全国有18个省、6个市成立了卫生（健康）教育委员会，由教育和卫生部门联合主持。委员会隶属于省、市卫生、教育厅局，以教育厅、局长为主任委员；卫生处、卫生局长为副主任委员。县健康教育委员会隶属于县政府，以县长为主任委员，教育科长和卫生院长（当时没有卫生局）为副主任委员。制定了省、市、县健康教育委员会组织规程及工作大纲。

20年代末，全国各地健康教育实验区和学校健康教育工作取得可喜的进展。当时健康教育实验区工作较有成绩的有河北定县、上海高桥、山东邹平、陕西三原、湖南长沙、南京汤山等，其中尤以定县最为突出。晏阳初主持的平民教育促进会在河北定县设农村卫生实验区；陈志潜负责建立了第1个农村实验区，并开展大量健康教育工作，推出了一套卫生保健的新模式。当时针对农村的四大病根——“贫、愚、私、弱”提出以生计教育治贫，以文化教育治愚，以民众教育治私，以健康教育治弱的方针。全县实施卫生教育的组织由保健院、村保健所担任，每村设有保健员。1933年陈志潜在《中华医学杂志》发表“定县乡村健康教育实验”，可谓我国社区健康教育的雏型。

1939年“中华健康教育协会”在上海成立，该会与中华医学会合办《中华健康杂志》，创刊以来以大量篇幅宣传普及卫生知识，并重视心理、社会和环境的健康教育。可以认为本世纪20～30年代是我国健康教育令人振奋的发展期。

30～40年代，我国的健康教育事业在理论和实践上都取得可喜的进展。许多学者对健康教育的概念、目标、任务、实施方法、网络建设、人才培训、经费筹集等方面都作出深入的研究和探讨。如高梅芳指出：“归纳若干点，国家民族的危险现象，其症结常在卫生（健康）教育不能普及”，“今日新医同志的使命，不只是从事医疗工作，更应从事疾病的预防工作，不只是救一人生死之间，更应救民族于生死之间”，并呼吁：“鼓起全国卫生（健康）教育的思潮”。由于旧中国政府的腐败，经济的落后和军国主义的侵略，我国人民长期处于水深火热之中，因此许多学者对发展中国健康教育事业的设想和建议得不到重视和实施。“卫生救国”的愿望难以实现。

解放初期，依然面临传染病、寄生虫病和性病流行的严重威胁，营养不良十分普遍；加之我国人口众多，经济不发达，医疗卫生事业落后。1950年召开第1届全国卫生工作会议，提出卫生工作三大方针，后又加入“卫生工作与群众运动相结合的方针”。从1953年起，全国开展具有伟大意义的“爱国卫生运动”，在全民中普及卫生知识，提出“动员起来，讲究卫生、减少疾病、提高健康水平”以及“除四害、讲卫生、增强体质，移风易俗、改造国家”的号召，动员全民参与除害灭病工作，在除害灭病过程中建立“三级卫生保健网”，充实农村医生，为初级卫生保健工作奠定基础和提供了经验。在“预防为主”方针指引下，依靠党的政策和广大医务

人员的力量，采取人人参与、社会支持和适宜的技术，迅速消灭性病和控制四大寄生虫病，各种传染病和地方病的发病率大幅度下降，加快了医学模式的转变。城市在50年代末、农村在60年代初已实现这种转变。进入80年代后我国的死亡谱与发达国家相似。我国成功地使婴儿死亡率从200‰以上降低到34‰；人口死亡率从25‰降低到7‰；人均期望寿命从35岁提高到70岁，这些变化在世界医学史上罕见。当时虽无"健康促进"的名词，实质上已形成具有中国特色的社会主义初级阶段健康促进模式并显示其生命力。近年来我国的健康教育工作又有新发展，在机构建设、专业人员培训、开设健康教育课程、科学研究方面均取得显著成绩。1986年成立中国健康教育研究所及中国健康教育协会，在全国爱国卫生运动办公室设立健康教育处，领导、协调、指导全国的健康教育工作。目前全国省级健康教育所有26个，地市级健康教育所有150多个，健康教育专业人员近2万，部分院校设置健康教育专业，已培训出一批具有本科、大专、中专学历的健康教育专业人才。1990年4月召开了全国健康教育工作会议，进一步把健康教育提高到战略高度来认识，把健康教育作为卫生工作的战略重点，这对推动我国健康教育事业深入发展产生了巨大的影响。

2. 国外健康教育的发展

发达国家的健康教育事业起步较早，但真正被重视是近20～30年的事。美国从19世纪末到50年代，死亡率呈持续、稳定地下降，据统计1900～1977年间，死于急性传染病的人数由580/10万降到30/10万，75岁前死于传染病的仅占1%，死亡率由17‰降到9.0‰。卫生分析家指出：死亡率大幅度下降的主要原因是环境条件的改善，如公共卫生设施，包括饮用水、污水处理，推广免疫接种、卫生食品的供应，营养状况改善和良好居住条件的提供等。由于上述措施的实现，对美国人民健康水平、生活质量提高发挥了重要作用。然而50年代美国医务界普遍认为这是医学与技术进步的结合，如抗生素及其他特效药物的问世、外科手术的发展（如器官移植、冠状动脉搭桥）等。过分强调生物学的方法，出现人体治疗"工程方法"（engineering approach）的概念，认为只要在生物医学研究的投人多，便能达到控制疾病的目的，他们认为一旦能更深人地了解个体，疾病的原因即可确立，就能制定和发展预防策略。受该思想的影响，便出现重治疗轻预防的倾向，60年代美国国会通过《医疗照顾、救助与地区医疗计划》(Congress of Medicare, Medicaid, Regional Medical Progrom)和《综合健康计划》(Comprehensive Health Planning)的立法，其核心是强化对贫民和老年提供医疗服务，结果不但使初级卫生保健和家庭医生濒于消失的边缘，而且医疗费用急剧增加，国家和个人负担过重，从1950～1975年全部医疗费由120亿美元上升到1 185亿美元，每年以96%的速度增长，增加约10倍，1975年联邦政府支付每人的医疗费高达547美元。实践证明：扩大医疗照顾无益于健康事业，美国人口死亡率在半个世纪急速下降后到50年代中期已停止下降（图1-2）。WHO的一份关于世界健康状况报告指出，几乎所有发达国家经历了死亡率急剧下降后都进人"停滞期"。表明运用生物医学模式的手段已显得苍白无力。

进入70年代后，开始引人行为和生活方式的手段，主要由于疾病谱发生根本性的变化，许多发达国家慢性退行性疾病已取代传染性疾病及营养不良，而这些病的死因主要是行为或生活方式造成的，如吸烟、饮食习惯、酗酒及缺少体育锻炼等。此外，由于环境污染等导致的现代环境灾害，个人生活方式对其健康状况有实质性影响的具体证据是由美国加州大学公共卫生学院院长赖斯特·布瑞斯洛(Lester Breslow)等提出，他们曾于1972年通过对约7 000名成人的5年半随访观察，显示期望寿命与健康质量和7项行为有关。经济学家维克

环境时代
1 天花免疫接种 1796
2 第一个州卫生局 1855
3 外科消毒 1886
4 公共卫生服务 1870
5 城市卫生局
6 巴斯德牛奶消毒
7 公共卫生运动
8 胰岛素问世
医药时代
1 磺胺药
2 青霉素
3 抗结核药
生活方式时代
1 心脏外科手术
2 脊髓灰质炎疫苗
3 冠心病保健
4 心脏移植
5 冠状动脉搭桥

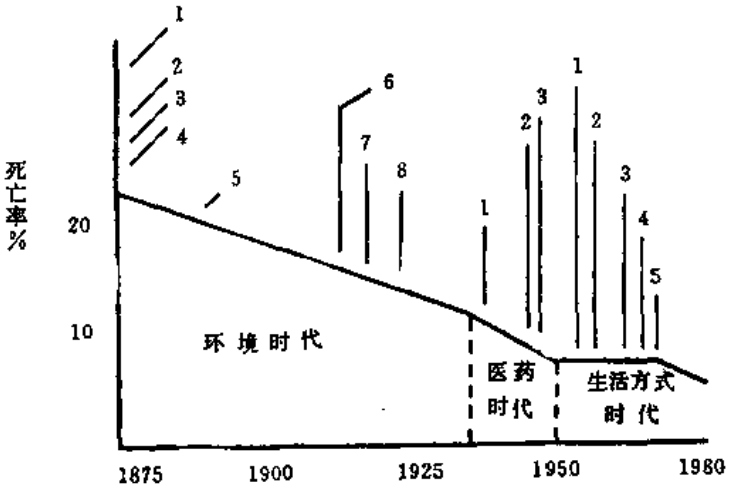

图 1-2 美国卫生世纪

多·福西(Victor Fuchs)在 1974 年出版的《谁应生存》(Who Shall Live)一书中对美国内华达和犹他两州居民的健康状况研究表明,犹他居民的健康状况是全国最好的,而内华达的居民则较差,造成两地差异的原因主要是两州居民不同生活方式所致。他认为要想改善美国人民健康的关键在于美国人是否愿意为自己尽力。

1974 年,加拿大政府在国家卫生与福利部部长拉朗德(Lalonde)领导下,出版《加拿大人民健康的新前景》。该书把所有死亡及疾病的原因归因于 4 个要素:①不健康的行为因素和生活方式;②环境因素;③生物因素;④现有卫生保健系统的缺陷。目的是阐明环境及个人生活方式的改善将是降低死亡率及患病率的最有效途径。尔后加拿大制定生活方式的行动计划(operation life-style),即把卫生政策侧重点由疾病治疗转移到疾病预防,用更积极的字眼来表达就是健康促进。

在美国直到 70 年代健康教育才被政府重视,全国设立较完善的体系,1971 年设立美国健康教育总统委员会,提议在卫生、教育、福利部设立健康教育局,并建立全国健康教育中心。1974 年美国国会又通过《国家健康教育规划和资源发展法案》,明确规定健康教育为国家优先卫生项目之一,1979 年美国卫生总署发表《健康人民》(Healthy People)的文件,宣告:"美国历史上的第 2 次公共卫生革命"。指出:美国人民健康的进一步改善能够而且将可以达到——不只是增加医疗照顾和经费,而是国家重新对于疾病预防以及健康促进所做的努力。

美国除通过政府部门协调推动健康教育外,大量的活动是通过民间组织进行的,如各种保险组织及学术团体。美国特别注意从幼儿园到 12 年制学校开展系统的健康教育,帮助学生在可塑性最大的青少年时期养成良好的卫生习惯,形成正确的健康观。据统计美国开设健康教育学并授予健康教育学士的高校近 300 所,培养健康教育硕士、博士学位的高校 20 余所。

欧洲许多国家已把健康教育作为卫生保健的重要组成部分。前苏联早在 20 年代就强调"没有健康教育就没有苏联的保健事业"。并制定了卫生工作条例,规定"健康教育事业费不

需要全本请访问 www.ertongbook.com