



附：健康教育学自学考试大纲

健康教育学

组编 / 全国高等教育自学考试指导委员会
主编 / 黄敬亨

全国高等教育自学考试指定教材

护理学专业(专科)、
体育教育专业(专科)

科学出版社



组编前言

当您开始阅读本书时，人类已经迈入了21世纪。

这是一个变幻难测的世纪，这是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展，知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战，随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇，寻求发展、迎接挑战、适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习、终生学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试，其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学、帮助自学、推动自学，为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问，这种教材应当适合自学，应当有利于学习者掌握、了解新知识、新信息，有利于学习者增强创新意识、培养实践能力、形成自学能力，也有利于学习者学以致用、解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书，我们虽然沿用了“教材”这个概念，但它与那种仅供教师讲、学生听，教师不讲、学生不懂，以“教”为中心的教科书相比，已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解，以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念，不断探索适合自己的学习方法，充分利用已有的知识基础和实际工作经验，最大限度地发挥自己的潜能，达到学习的目标。

欢迎读者提出意见和建议。

祝每一位读者自学成功。

全国高等教育自学考试指导委员会
2000.2

目 录

健康教育学

第一章 绪论	(3)
第一节 健康的概念	(3)
第二节 健康教育与健康促进	(4)
第三节 健康教育与健康促进的意义、目的和任务	(7)
第四节 健康教育与健康促进的发展	(9)
第五节 健康教育与健康促进的展望	(13)
第六节 健康教育者必须具备的能力	(15)
第二章 健康心理	(17)
第一节 健康心理的基本概念	(17)
第二节 社会适应与心理健康	(21)
第三节 人际关系与心理健康	(24)
第三章 健康相关行为	(27)
第一节 行为概述	(27)
第二节 行为与健康的关系	(29)
第三节 健康相关行为	(30)
第四节 健康相关行为改变的理论	(32)
第五节 健康相关行为的干预与矫正	(34)
第六节 健康相关行为的评估	(37)
第四章 传播与传播技巧	(40)
第一节 传播概念	(40)
第二节 传播模式	(41)
第三节 人际传播	(46)
第四节 传播材料制作与预试验	(50)
第五章 健康促进的评价指标	(53)
第一节 健康促进测量指标及其意义	(53)
第二节 健康促进测量指标选择应用原则	(57)
第六章 健康促进规划设计	(60)
第一节 规划设计的意义	(60)
第二节 规划设计的原则	(61)
第三节 规划设计程序	(61)
第四节 社区需求的评估	(63)
第五节 确定优先项目 (健康问题或行为问题)	(67)

第六节	确定规划目标	(67)
第七节	干预策略的制定	(68)
第八节	规划的评估	(71)
第七章	健康促进规划的实施	(77)
第一节	社区开发	(77)
第二节	项目培训	(79)
第三节	社区为基础的干预	(81)
第四节	项目执行的监测与质量控制	(82)
第八章	健康促进规划的评价	(85)
第一节	规划评价的目的	(85)
第二节	评价内容	(85)
第三节	评价的类型	(86)
第四节	评价设计类型	(90)
第五节	影响评价的因素	(91)
第九章	社区健康促进	(93)
第一节	社区的概念	(93)
第二节	社区健康促进的概念和意义	(93)
第三节	社区健康促进的要素	(95)
第四节	社区健康促进规划的实施	(99)
第五节	社区健康促进的评价指标	(102)
第十章	学校健康促进	(106)
第一节	学校健康促进的概念和意义	(106)
第二节	学校健康促进的实施范围	(107)
第三节	学校健康促进的任务	(108)
第四节	学校健康促进的内容	(110)
第五节	专题健康教育	(111)
第六节	学校健康促进的效果评价	(113)
第十一章	职业人群健康促进	(116)
第一节	职业人群健康促进的意义	(116)
第二节	职业人群健康促进的内容	(118)
第三节	职业人群健康促进的实施与评价	(122)
第四节	我国职业健康促进的发展概况	(125)
第十二章	医院健康促进	(126)
第一节	医院健康促进的概念	(126)
第二节	医院现行工作面临的挑战	(126)
第三节	医院健康教育的意义	(128)
第四节	医院健康促进的发展	(130)
第五节	医院健康促进的实施	(131)
第六节	病人健康教育的实施	(134)

第十三章 吸烟与健康	(138)
第一节 烟草的有害成分	(138)
第二节 烟草对社会的影响	(139)
第三节 烟草对健康的危害	(140)
第四节 世界吸烟和控烟趋势	(144)
第五节 控烟策略	(145)
第六节 帮助吸烟者戒烟的技巧	(147)
第十四章 高血压病的健康促进	(150)
第一节 高血压病的危险因素	(150)
第二节 高血压病健康促进的策略	(153)
第三节 高血压病健康促进规划	(153)
第四节 高血压病健康促进规划的评价	(157)
第十五章 艾滋病的健康促进	(160)
第一节 艾滋病概述	(160)
第二节 艾滋病健康促进的实施原则	(162)
第三节 艾滋病预防与控制策略	(164)
第四节 艾滋病健康促进规划的设计、实施与评价	(167)
第十六章 老年人健康促进	(170)
第一节 老年人的概念	(171)
第二节 老年人的生理特点	(172)
第三节 老年人的心理特点	(173)
第四节 老年人的社会心理	(175)
第五节 老年人的死亡教育	(176)
第六节 临终关怀与安乐死	(177)
第七节 老年人的保健	(179)
后记	(183)

附：健康教育学自学考试大纲

《自学考试大纲》出版前言	(187)
《自学考试大纲》目录	(189)
I. 课程性质、设置目的和基本要求	(190)
II. 课程内容与考核目标	(191)
III. 有关说明与实施要求	(208)
附录 题型举例	(209)
《自学考试大纲》后记	(210)

健康教育学



第一章 绪 论

第一节 健康的概念

世界卫生组织 (WHO)《组织法》明确地指出：“健康不仅是没有疾病或不虚弱，而且是身体的、精神的健康和社会适应的完美状态。”WHO在《阿拉木图宣言》中重申这一定义，并指出：“达到尽可能高的健康水平是世界范围内一项最重要的社会性目标，而其实现则要求卫生部门及社会各部门协调行动。”1988年，在庆祝WHO成立40周年之际，WHO称：成立40年来，WHO做了三件对人类健康产生了巨大影响的事，其中之一就是对健康下了一个科学的定义。

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。

WHO提出的健康新概念已经半个多世纪了，然而什么是健康？如何正确理解健康的内涵，这一关键问题从理论到实践还没有真正解决。我国人民由于受传统观念和世俗文化的影响，长期以来把健康单纯地理解为“无病、无伤、无残”。只有当他们“生病”（有临床表现）时才寻求医生的帮助。而当他们“健康”时却很少或根本想不到要得到医生的服务；多数医生长期以来习惯于“坐堂看病”，很少走出医院大门去关心“不生病”的群众；决策者主要是关心病人的就医问题，一味追求医院的现代化和高精尖设备的配置，结果误入歧途，导致医疗费用的成倍增长而无法抑制慢性非传染病的上升。正如WHO提出：“许多发展中国家由于错误地沿用了西方大医院的模式，忽视了公共卫生问题，给这些国家带来了许多健康的危害。”

身体健康与否不可能从外表加以评价，因为健康与疾病之间不存在明确的界限，一个外表健康的人并不意味着真正的健康，例如，约有半数的高血压患者不知道自己患有高血压病，已知患有高血压的病人中，也由于缺乏保健知识，自感症状不严重而不定期就医和坚持服药，最终导致脑卒中、冠心病等严重后果。目前，随生活水平的提高，糖尿病发病增加迅猛，在它的早期往往由于没有症状或症状不明显，直到出现四肢溃烂、视力模糊、心脑血管疾病等严重并发症时才就医，已给健康带来了不可估量的损失。有些疾病一旦出现临床症状，已是病入膏肓，如肺癌、肝癌等。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。

心理健康是整体健康的有力补充和发展。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。但由于人具有社会人和自然人的双重属性，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WHO1990年资料表明，致伤残的前十位病因中，有五种是精神性致残（抑郁、酒精滥用、双向精神异常、精神分裂和强迫性异常），其中抑郁居致残的首位，并有增长趋势。据估计全世界约有

3~4亿人患有各种严重的精神病。在我国疾病总负担的排名中精神障碍居首位，已超过心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患。各类精神问题约占疾病总负担的1/5。其总患病率已由20世纪50年代的2.7%陡升至90年代的13.47%，致使众多人不同程度地失去自控能力或正常生活状态。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。近年来随着城市化的加剧，人们的生活节奏加快，带来诸多诱发心理危机的因素——工作与社会压力、就业竞争的激烈、人际关系复杂、子女教育等问题，这些“都市生活综合症”或“慢性疲劳综合症”都在威胁着人们的身心健康。

随经济的发展、人们生活水平的提高，由于生活方式和不良行为：不合理饮食、吸烟酗酒、缺乏体育锻炼、生活秩序紊乱和异常的性行为，导致了慢性非传染性疾病及性病、艾滋病的迅速增加。近年来我国恶性肿瘤、脑血管病和心血管病已占总死亡的61%，糖尿病迅猛增加。据美国调查，只要有效地控制行为危险因素，就能减少40%~70%的早死，1/3的急性残疾，2/3的慢性残疾。表明健康的命运是掌握在自己手中。

健康不仅应立足于个人身体和精神的健全，而且，现代科学技术和医学发展提示了人体的整体性以及人体与自然环境和社会环境的统一。强调健康、环境和人类发展问题不可分割。发展必须包含生活质量的提高，同时保持环境的可持续发展，这是探索健康生态学的基础。另一方面，自身行为和生活方式，对健康和社会更具举足轻重的作用。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；从单纯的生理评价标准扩展到心理、社会标准；从疾病为中心转变为群体的健康为中心。也就是说，既重视健康对人的价值，又强调了人对健康的作用，并将两者结合起来。这种对健康与疾病、健康与环境的认识是健康观念的更新。

“人人为健康，健康为人人”是WHO一项战略目标。健康是基本人权之一，是社会和经济发展的基础，是人类发展的中心。这就要求个人不仅要珍惜和不断促进自己的健康，还要对他人乃至全社会的健康承担责任和义务。健康不仅应立足于个人身心健康，同时还关系到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，还应倡导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。

第二节 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。

一、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，促使人们自愿地改变不良的健康行为和影响健康行为的相关因素，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。

健康教育的核心问题是促使个体或群体改变不健康的行为和生活方式，尤其是组织的行为改变。诚然，改变行为与生活方式是艰巨的、复杂的过程。许多不良行为并非属于个人责任，也不是有了个人的愿望就可以改变的，因为许多不良行为或生活方式受社会习俗、文化背景、经济条件、卫生服务等影响，更广泛的行为涉及生活状况，如居住条件、饮食习惯、工作条件、市场供应、社会规范、环境状况等，因此，要改变行为还必须增进健康行为的相关因素，如获得充足的资源、有效的社区领导和社会的支持以及自我帮助的技能等，此外还要采取各种方法帮助群众了解他们自己的健康状况并做出自己的选择以改善他们的健康，而不是强迫他们改变某种行为，所以健康教育必须是有计划、有组织、有系统的教育过程，才能达到预期的目的。

健康教育是连续不断的学习过程，一方面是通过人们自我学习或相互学习取得经验和技能，另一方面是通过有计划、多部门、多学科的社会实践中获取经验。健康教育已经超出了保健的范畴，更确切地说，应该包括整个卫生体系和卫生服务的开展以及非卫生部门如农业、教育、大众媒介、交通和住房等许多涉及卫生问题的部门。因此健康教育不仅是教育活动也是社会活动。

迄今为止，仍有不少人把健康教育与卫生宣传等同起来。无疑，通过信息和教育提供基本知识与技能用以武装个体、家庭和社区，使其做出更健康的选择是十分必要的。但当个体和群体做出健康选择时，更需要得到物质的、社会的和经济环境的支持，积极的政策，可获得的卫生服务以满足群众的需求，没有后者要改变行为是困难的。因此，卫生宣传是健康教育的重要手段而不是健康教育，如果我们不能有效地促使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，仅仅告诉群众什么是健康行为，这不是健康教育，健康教育应提供改变行为所必须的条件以促使个体、群体和社会的行为改变。

二、健康促进 (health promotion)

健康促进一词早在 20 世纪 20 年代已见于公共卫生文献，近十多年才引起广泛的重视。健康促进的概念要比健康教育更为广义。健康促进的定义较多，但目前国际上比较公认的两个，其一是 1986 年在加拿大渥太华召开的第一届国际健康促进大会发表的《渥太华宪章》中指出：“健康促进是促使人们提高、维护和改善他们自身健康的过程。”这一定义表达了健康促进的目的和哲理，也强调了范围和方法。

《渥太华宪章》还提出了健康促进的五点策略，摘录如下：

1. 制定健康的公共政策 健康促进超越了保健范畴，它把健康问题提到了各个部门、各级领导的议事日程上，使他们了解他们的决策对健康后果的影响并承担健康的责任。

健康促进的政策由多样而互补的各方面综合而成，它包括政策、法规、财政、税收和组织改变等。

健康促进政策需要确定在非卫生部门中采纳健康的公共卫生政策的障碍及克服的方法。其目的必须使决策者也能较易做出更健康的选择。

2. 创造支持性环境 人类与其生存的环境是密不可分的，这是对健康采取社会一生态学方法的基础。健康促进在于创造一种安全、舒适、满意、愉悦的生活和工作条件。任何健

康促进策略必须提出：保护自然，创造良好的环境以及保护自然资源。

3. 强化社区行动 健康促进工作是通过具体和有效的社区行动，包括确定优先，做出决策，设计策略及其执行，以达到更健康的目标。在这一过程中，核心问题是赋予社区以当家作主、积极参与和主宰自己命运的权利。

社区开发在于利用社区现有的人力、物力资源以增进自我帮助和社会支持并形成灵活的体制。促进群众参与卫生工作和指导卫生工作的开展。这就要求充分、连续地获得卫生信息和学习机会以及资金的支持。

4. 发展个人技能 健康促进通过提供信息、健康教育和提高生活技能以支持个人和社会的发展，这样做的目的是使群众能更有效地维护自身的健康和他们的生存环境，并做出有利于健康的选择。

促成群众终身学习，了解人生各个阶段和处理慢性疾病和伤害是极为重要的。学校、家庭、工作场所都有责任这样做。

5. 调整卫生服务方向 健康促进在卫生服务中的责任是要求个人、社区组织、卫生专业人员、卫生服务机构和政府共同承担。他们必须在卫生保健系统中共同工作以满足健康的需求。卫生部门的作用不仅仅是提供临床与治疗服务而必须坚持健康促进的方向。

调整卫生服务方向也要求更重视卫生研究及专业教育与培训的转变。这就要求卫生服务部门态度和组织的转变，并立足于把一个完整的人的总需求作为服务对象。

另一定义由劳伦斯·格林 (Lawrence W. Green) 教授等提出：“健康促进是指一切能使行为和生活条件向有益于健康改变的教育与生态学支持的综合体。”所提的教育是指健康教育，生态学是指社会的、政治的、组织的、政策的、经济的、法规的和影响行为的其他环境状况。自然环境通常应予充分考虑，但在健康促进规划中应强调改善自然环境、保护人民健康，加强医疗预防环境的管理、提供良好的预防性健康服务。在这一定义中，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行为改变中起重要作用，而且，对激发领导者拓展健康教育的政治意愿，促进群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、组织和环境的支持是对健康教育强有力的加强。如果没有后者，健康教育尽管能成功地帮助个体和群体改变行为作出努力，但显得软弱无力。

综上所述，健康促进的概念要比健康教育更为完整，因为健康促进涵盖了健康教育和生态学因素。健康促进是健康教育发展的结果。健康促进是新的公共卫生方法的精髓，是“健康为人人”全球战略的关键要素。健康促进的内涵应体现在以下几方面：

- ①健康促进涉及整个人群的健康和生活的各个层面，而非仅限于疾病预防；
- ②健康促进直接作用于影响健康的各种因素，包括社会行为、生态环境、生物因素和卫生服务等；
- ③健康促进是运用多学科、多手段来增进群众的健康，这些方法包括传播、教育、立法、财政、组织改变、社区开发及当地群众自发地维护自己健康的活动；
- ④健康促进的工作主体不仅仅是卫生部门，而是社会的各个领域和部门；
- ⑤健康促进强调个体、家庭、社区和各种群体有组织地参与；
- ⑥健康促进是建立在大众健康生态基础上，强调人与环境的协调发展。

1995年，WHO西太区办事处根据健康促进的概念制定了政策性文件——《健康新地平

线》，其中心概念是以健康促进与健康保护作为政策的基础，明确地指出：“必须将技术和财政资源用于保证持久改进健康状况和更好生活质量上，而不是简单地应付眼前的需要。卫生干预必须以人为中心，而不是以疾病为中心，并且必须将重点放在有利于健康的工作上，作为人类发展的一部分。”文件还指出：“在迎接 21 世纪挑战的时候，两个中心概念尤为重要：健康促进和健康保护。”政策的操作性部分由 3 个主题组成：生命的准备、生命的保护和晚年的生活质量。该文件更强调“场所”的手段，即强调健康城市和健康岛、社区健康促进、学校健康促进和医院健康促进，同时也强调家庭对实现可持续发展的重要性，正如 WHO 提出：“健康为人人始于家庭。”当今，太平洋岛国根据《健康新地平线》的框架，以明确的目标和广泛参与努力实现健康岛。17 个岛国联合发表了《亚努卡岛宣言》（Yanuca Island Declaration）。健康城市、学校健康促进、工矿企业健康促进和医院健康促进已在我国及世界各地深入发展。

1977 年，第四届国际健康促进大会发表的《雅加达宣言》主题是新世纪中的新角色：健康促进迈向 21 世纪。宣言指出：《渥太华宪章》成为健康促进的指导依据和精神力量。世界各地的研究和个案调查提供了令人信服的证据：健康促进是有效的。健康促进策略能发展和改变生活方式以及决定健康的社会、经济和环境状况。健康促进是实现在健康方面更大平等的实践手段。宣言进一步指出：《渥太华宪章》中五点策略是成功的要素。现已明确地证明：综合性手段对健康的发展是最为有效的；不同的场所为执行这种综合性战略提供实践机会；参与是巩固成果的要素；通过健康教育促进参与。这些策略是健康促进的核心要素，对所有国家都是适合的。

第三节 健康教育与健康促进的意义、目的和任务

一、健康教育与健康促进的意义

(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。第 36 届世界卫生大会（1983）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，提出了“初级卫生保健中的健康教育新策略”，强调了健康教育是策略而不是工具。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，以协调各部门共同参与初级卫生保健和健康教育活动。

健康教育、健康促进和社会动员对促进社会政治和社区的卫生行动是不可分割和必不可少的。《阿拉木图宣言》强调：创造并获得必要的政治意愿；跨部门的合作，促进全社区的参与；为保证完成卫生目标提供可持续发展的合适技术和资源，以实现健康的目标。

1989 年，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，决议再次强调了《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；认识到健康教育具有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,把健康教育和健康促进作为初级卫生保健的基本内容列入卫生发展战略,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,已经得到全世界的公认。当今发达国家和我国疾病、死亡谱发生根本性变化,其主要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。只能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%。芬兰是全球冠心病死亡率最高的国家之一,从1972年实施综合性健康教育和健康促进规划,20年后男性冠心病死亡率下降52%,女性下降68%。从1972年到1992年,冠心病的危险因素也出现了令人瞩目的下降。世界各地的研究和个案调查提供了令人信服的证据:健康促进是十分有效的。正如前世界卫生组织总干事中岛宏博士在第13届世界健康教育大会开幕式上说: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) 健康教育与健康促进是一项投入少、产出高、效益大的保健措施。健康教育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一点。

二、健康教育与健康促进的目的和任务

健康教育与健康促进的目的是促进健康的发展,获得可以达到的最高健康水平。健康促进体现了个体与社会的健康行动。

健康教育与健康促进的任务是应力求通过三个主要策略促进健康的发展:

倡导:健康是社会和个人发展的主要资源,也是生活质量的重要部分。政治、经济、社会、文化、环境、行为和生物学因素均可促进健康或损害健康。健康促进行动的目的是通过对健康的支持,使上述因素有利于健康。倡导政策支持:卫生部门和非卫生部门对健康需求和有利于健康的积极行动负有责任;倡导激发群众对健康的关注,促进卫生资源的合理分配并保证健康作为政治和经济的一部分;倡导卫生及相关部门去满足群众的需求和愿望;倡导支持环境和提供方便,使群众更容易做出健康选择。

促成:健康促进的重点在于实现健康方面的平等。健康促进的行动目标在于缩小目前健康状况的差别,并保障同等机会和资源,以促使所有人能充分发挥健康潜能,这些包括给群众以正确的观念、知识和技能,促使他们能够明智、有效地预防疾患和解决个人和集体的健康问题。在选择健康措施时能获得支持环境的稳固基础、知识、生活技能以及机会。除非人们有可能控制这些决定健康的条件,否则不能达到他们最充分的健康潜能。在这方面男女应该平等享有。

协调：健康的必要条件和前景不可能仅有卫生部门承诺，更为重要的是健康促进需要协调所有相关部门的行动，包括政府、卫生和其他社会经济部门、非政府与志愿者组织、地区行政机构、工矿企业和新闻媒介部门。社会各界人士作为个人、家庭和社区参与。各专业与社会团体以及卫生人员的主要责任在于协调社会不同部门共同参与卫生工作。发展强大的联盟和社会支持体系以保证更广泛、更平等地实现健康目标。

健康促进是通过倡导、促成、协调和多部门的行动“促进人民提高(控制)和改善自身健康”的过程。健康促进是一个动力学和发展的概念。它包括群众通过他们每天的生活(如学校、工作场所、城市等)以促进所有人民达到最高限度的身体、精神健康和社会的良好适应。

第四节 健康教育与健康促进的发展

近几十年来，健康教育已有巨大进展，其较完整的科学体系已逐步形成，健康教育与健康促进的理论和实践均获得蓬勃发展。特别是近十年来，全球性的健康促进活动的兴起，健康教育与健康促进作为卫生保健的总体战略已得到全世界的关注。世界卫生组织敦促各国政府根据本国的国情制定长期的健康政策，而政策中最重要的部分是健康教育和健康促进。

一、我国健康教育与健康促进的发展

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和中国青年会卫生科联合成立“卫生(健康)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于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”。由卫生署和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，以培养其重视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了《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、邵象伊等发起组织建立“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的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就设有卫生教育系，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年代至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)共培养了健康教育专业人才

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年至1946年，全国有18个省、6个市成立了卫生（教育）委员会，由教育和卫生部联合主持。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。

从20年代后期开始，全国各地健康教育实验区和学校健康教育工作取得了可喜的进展。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一个农村实验区，开展了大量的健康教育工作和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”提出了以生计教育治贫，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为保健院、联村保健组，每村设有保健员。1933年，陈志潜在《中华医学杂志》发表了“定县乡村健康教育实验”，可谓我国社区健康教育的雏形。

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》，改刊创办以来，以大量篇幅普及卫生知识，并重视心理、社会和环境的健康教育。可以认为，20世纪二三十年代是我国健康教育令人振奋的发展期。

三四十年代，我国的健康教育事业在理论和实践上都取得可喜的进展。许多学者对教育的概念、健康教育的目标、任务、实施方法、网络建设、人才培养、经费筹集等方面都做了深入的研究和探讨。正如高梅芳所指出，“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”。但由于旧中国的腐败，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，我国依然面临传染病、寄生虫病和性病流行的严重威胁，营养不良十分普遍，加之人口众多，经济不发达，医疗卫生事业落后。1950年召开了第一届全国卫生工作会议，提出了卫生工作三大方针，其后又加入了“卫生工作与群众运动相结合的方针”。从1953年起，全国开展了具有伟大意义的“爱国卫生运动”，在全民中普及卫生知识，提出了“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”的口号，动员全民参与除害灭病工作，在除害灭病过程中建立了“三级卫生保健网”，充实了农村医生，为初级卫生保健工作奠定了基础、提供了经验。在“预防为主”的方针指导下，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，迅速消灭了性病、控制了四大寄生虫病，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年代初已实现了这种转变。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也是少有的。当时虽然没有“健康促进”的名词，实质上已经形成具有中国特色的社会主义初级阶段的健康促进模式并显示了它的生命力。1986年成立了中国健康教育研究

所及中国健康教育协会，在全国爱国卫生运动办公室设立了教育处，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已有 26 个，地、市级健康教育所有 150 多个，健康教育专业人员近 2 万名，部分院校设置了健康教育专业，现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 年和 1997 年分别召开了 2 次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的深入发展必将产生巨大的影响。

二、国外健康教育的发展

发达国家的健康教育事业起步较早，但真正被重视是在近 20—30 年的事。以美国为例，从 19 世纪末到 20 世纪 50 年代，死亡率呈持续、稳定下降的状态，据统计 1900~1977 年间，死于急性传染病的人数由 5.8‰ 降到 0.3‰，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、营养状况的改善和良好居住条件等，由于上述措施的实现，对美国人民的健康水平、生活质量的提高发挥了重要的作用。然而，50 年代，美国医务界普遍认为这是医学科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，出现了人体治疗“工程方法”（engineering approach）的概念，认为只要在生物医学研究的投入多，便能达到控制疾病的目的，他们认为一旦能更深入的了解个体，疾病的原因就可以确立，就能制订和发展预防策略。受该思想的影响，便出现重治疗轻预防的倾向，60 年代美国国会通过了《医疗照顾、救助与地区医疗计划》（congress of medicare, medicaid, regional medical program）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 年到 1975 年全部医疗费用由 120 亿美元上升到 1185 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 1-1）。世界卫生组织的一份关于世界健康状况的报告指出，几乎所有发达国家经历了死亡率急剧下降后都经历着一段“停滞期”。表明运用生物医学模式的手段已经显得严重不足。

进入 70 年代之后，已经开始引入了行为和生活方式的手段，主要由于疾病谱发生了根本性的变化，许多发达国家慢性退行性疾病已经取代了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，另外，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布瑞斯洛（Lester Breslow）等提出，他们曾于 1972 年对约 7000 名成人进行 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地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。

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

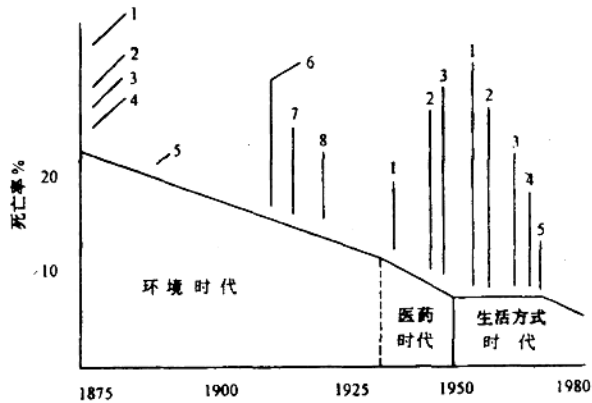


图 1-1 美国卫生世纪

1974 年被认为是健康促进新纪元的开端。是年，加拿大政府在卫生与福利部部长拉朗德 (Lalonde) 领导下，发表了里程碑式的政策性宣言——《加拿大人民健康的新前景》，把卫生政策的侧重点由疾病的治疗转移到疾病预防和健康促进。同年，美国国会通过了健康信息和健康促进法，并建立了健康信息和健康促进办公室。同年，美国国会又通过《国家健康教育规划和资源发展法案》，明确规定健康教育作为国家优先卫生项目之一。1979 年美国卫生总署发表的《健康人民 2000》宣告“美国历史上的第二次公共卫生革命”开始，美国人民健康的进一步改善能够而且将可以达到——不仅是增加医疗照顾及经费——而是国家重新对于疾病预防以及健康促进所做的努力。1971 年美国设立健康教育总统委员会，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。据统计，美国开设健康教育相关课程并授予健康教育学士的高校近 300 所，培养硕士、博士学位的高校 20 余所。

欧洲许多国家已经把健康教育作为卫生保健的组成部分。苏联在 1920 年就开设了健康教育馆，1929 年设立健康教育研究所，领导并组织全国健康教育工作。1976 年成立了特别健康教育委员会，此后在各加盟共和国和地区所有的医药部门和研究所都进行了有组织、有计划的教育活动。早在 20 年代就强调“没有健康教育就没有苏联的保健事业”。卫生工作条例规定“健康教育事业费不得少于地方卫生经费的 5%。法国于 1976 年成立了健康教育协会并将健康教育列为医学院校的必修课。

1986 年，在加拿大渥太华召开了第一届国际健康促进大会，并发表了《渥太华宪章》，极大地推动了全球性健康促进的发展。其后又连续召开了第二、三、四届国际健康促进大会，为健康促进迈向新世纪奠定了基础。

世界卫生组织创建伊始就在总部设立健康教育组。1989 年在总部设公共信息与健康教育司，各大区均设有健康促进机构。世界卫生组织多次在世界卫生大会上通过有关健康教育工作的决议，倡导建立健全健康教育组织机构，协调各国健康教育机构开展工作，增强公众及学校健康促进工作，明确将“协助各国人民开展健康促进工作作为该组织的 14 项任务之一”。世界卫生组织与联合国儿童基金会 (UNICEF)、国际健康促进与健康教育联盟、联合国科教文组织和世界银行等机构合作，开展双边和多边的区域性交流和研究，并为发展中国家提供贷款。