



(第二版)

健康管理理论与实践

JIANKANG GUANLI
LILUN YU SHIJIAN



张开金 夏俊杰 主编



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

健康管理理论与实践

(第二版)

主 编 张开金 夏俊杰

副主编 周 玲 孙明伟 汤小兰

编 者 (按章节顺序排列)

夏俊杰 深圳市医学继续教育中心

张开金 东南大学公共卫生学院

孙明伟 深圳市知信健康管理有限公司

周 玲 南京医科大学公共卫生学院

陆 慧 南京医科大学公共卫生学院

李 宁 深圳市医学继续教育中心

沈玉梅 南京市一加健康管理有限公司

金 辉 东南大学公共卫生学院

汤小兰 海南医学院预防医学系

黄晓光 南京医科大学医政学院

史华强 海南智益管理技术有限公司

莫宝庆 南京医科大学公共卫生学院

李英辉 东南大学附属中大医院

陈文姬 东南大学附属中大医院

 东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

· 南京 ·

内 容 提 要

本书由健康管理专家编写,全书共 12 章,主要介绍健康管理概论、健康信息收集与管理、健康风险评估和分析、健康教育与指导、健康危险因素干预、健康管理策略与实践、健康管理评价与分析、健康管理服务与营销、健康管理与健康保险、膳食营养与健康、运动与健康、心理健康与咨询等,内容丰富,实用性和可操作性强。

本书可作为健康管理师培训教材,也可供临床医师培训用,同时可供健康管理师和临床医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

健康管理理论与实践/张开金,夏俊杰主编. —2 版

—南京:东南大学出版社,2013. 4

ISBN 978-7-5641-4141-7

I. ①健… II. ①张… ②夏… III. ①保健-基本知识
IV. ①R161

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 044390 号

健康管理理论与实践

出版发行	东南大学出版社
出 版 人	江建中
社 址	南京市四牌楼 2 号
邮 编	210096
经 销	江苏省新华书店
印 刷	大丰市科星印刷有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
印 张	24
字 数	600 千字
印 次	2013 年 4 月第 2 版 2013 年 4 月第 1 版印刷
书 号	ISBN 978-7-5641-4141-7
定 价	48.00 元

序

健康是事业发展的动力、家庭幸福的基础、民族兴旺的标志和国家强盛的保障。

现代健康管理理念在 21 世纪初引入我国后,健康管理作为一门新的学科和一种新兴的服务行业开始逐步形成。中华医学会主办的《中华健康管理学杂志》于 2007 年创刊,发挥其促进健康管理、着眼早防早治、引领健康产业的带头作用。以此为标志,有关健康管理理论与实践的研究,犹如雨后春笋,方兴未艾。

张开金、夏俊杰等东南大学、南京医科大学、海南医学院与深圳等地从事健康管理研究工作的一批学者积极探索,撰写出《健康管理理论与实践》一书,将对我国的健康管理研究起到抛砖引玉的作用。

是为序。

中国工程院院士
呼吸疾病国家重点实验室主任



2011 年 1 月于广州

再版前言

健康作为人类生产活动的重要财富资源,是事业发展的动力、家庭幸福的基础、民族兴旺的标志、国家昌盛的保障。世界卫生组织认为,改善和提高人口的健康、促进劳动力的使用的根本措施是使他们获得基本的医疗保健、教育和营养,以增加他们的人力资本。健康投资和教育投资一样,是恢复和发展生产力的根本性投资。

近二三十年来,随着我国经济的高速发展,国民生活水平不断提高,人们对健康维护及改善的需求日益增长。面对人口老龄化,期望寿命的延长以及慢性非传染性疾病的增加,并由此造成的医疗费用大幅度地持续上升,传统的以疾病为中心的医疗服务模式已不能满足现代社会发展的需要。而风行欧美的以人的健康为中心,以纠正不良生活方式和改善人们的饮食营养、运动、心理失衡为主要手段的健康管理,却越来越受到人们的广泛关注。

当现代健康管理理念由 21 世纪初引入我国后,健康管理作为我国一门新的学科和一种新型的服务行业,有关健康管理理论与实践的研究,犹如雨后春笋,方兴未艾。在不到十年的时间里,全国性或地方性以健康管理为主题的论坛和论述层出不穷,全国有近五千多家健康管理相关机构相继面世,健康管理产业在我国已形成了强有力的发展趋势。但是,由于我国健康管理的理论与实践研究刚刚起步,健康管理服务产业化发展还在探索之中,健康管理实践尚缺乏系统性的理论指导,极大地影响了我国健康管理产业的持续健康发展。

东南大学、深圳市医学继续教育中心等单位根据多年联合开展健康管理师国家职业培训教学与实践研究的经验,组织编写了这本《健康管理理论与实践》,从社会-心理-生物学的角度,将现代生物医学、行为科学、人文社会科学和信息化管理技术相结合,寓健康管理理论知识与实践技术于一体,比较系统地阐述了健康管理的基本概念、健康管理的理论依据与基本策略、健康管理的服务模式及其健康管理的相关知识与实用技术等。

在出版发行使用一年多后,听取用书单位和读者的反馈意见,结合我们的教学和实践进行了本次修订,对原书第三章进行了修改和完善,补充了健康风险评估技术与评估方法,增加了“第十章膳食营养与健康”、“第十一章运动与健康”、“第十二章心理健康与咨询”和附录一“健康管理评估量表”等内容,以更好地适应健康管理实践和教学需要。

全书共十二章,三个附录。第一章健康管理概论概要地介绍健康管理的基本概念、健康管理实践与历史溯源、健康管理的科学基础、健康管理的基本内容与步骤和健康管理的现状与展望;第二章至第六章重点介绍健康管理的基本理论、基本知识及基本技能方法;第七、八章介绍健康管理需求与营销、健康管理评价与分析方法;第九章为健康管理与健康保

险和管理式医疗;第十章膳食营养与健康重点介绍合理营养与平衡膳食配膳方法;第十一章运动与健康重点介绍运动类型及其活动水平的测量方法;第十二章心理健康与咨询重点介绍心理咨询、沟通技巧和心理评估;附录一介绍了健康管理七种常用量表、等值交换表和中国居民膳食营养素参考摄入量表。

健康管理是对个体和群体健康进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导及对健康危险因素进行干预的过程。健康管理包括三个过程,即了解健康、评估健康和改善健康。健康管理是一种前瞻性的卫生服务模式,它以较少的投入获得较大的健康效果,从而增加了医疗服务的效益,提高了医疗保险的覆盖面和承受力。健康管理最基础和核心的内容是针对健康危险因素所开展的干预和管理活动,因此,全面了解和掌握健康危险因素的相关知识,熟悉健康危险因素的干预方法,成为开展健康管理活动必备的知识基础和核心技能。我们在编写过程中力求内容先进、新颖、实用,以满足健康管理师职业技能培训教学需要。本书同时可作为广大从事健康管理研究与实践工作者的参考书。

由于编写时间仓促,编者水平有限,本书难免存在不足之处,恳请广大读者提出宝贵意见。

编 者

2013年1月

前 言

现代健康管理是 20 世纪一些发达国家逐步发展起来的一种医学理念与医疗保健服务的模式。它整合了现代生物医学、行为科学及人文社会学科的最新研究成果,构成了一个以健康为中心的、为全体人群健康促进服务的卫生保健服务体系。

随着我国经济建设的发展和人民群众物质文化生活水平的提高,人们对医疗卫生保健服务的需求呈现明显的多态性,越来越多的人意识到健康的重要性。为顺应医学模式向生物-心理-社会模式的转化,健康管理在我国亦应运而生。

健康管理在我国的发展已经有近十年的历史。国家也明确表示支持健康管理的发展,2005 年健康管理师新职业纳入了卫生行业特有职业范围。全国许多省市都相继开展了关于健康管理师的培训工作。健康管理不仅是一种技术,更是一种新的理念,健康管理有它独特的价值观和方法论。

为适应高等医学院校健康管理教学和健康管理体系培训的要求,我们根据高等医学院校和健康管理师培训教学大纲,参考国内外有关资料,在各编写单位的大力支持下,编写了《健康管理理论与实践》一书。

全书共九章,两个附录。第一章绪论概要地介绍健康管理的基本概念、健康管理实践与历史溯源、健康管理的科学基础、健康管理的基本内容与步骤和健康的现状与展望;第二章至第六章重点介绍健康管理的基本理论、基本知识及基本技能方法;第七、八章介绍健康管理需求与营销、健康管理评价与分析方法;第九章为健康管理与健康保险和管理式医疗。

本书得到中国工程院院士、原中华医学会会长钟南山教授审阅指导,并为本书欣然作序,在此表示衷心的感谢!

本书力求内容先进、新颖、实用,以满足高等医药院校医疗专业、管理专业和健康管理体系培训的教学需要。本书同时可作为高、中级健康管理师、医药卫生人员和各级疾病控制及卫生管理人员的参考用书。

我们初次编写健康管理教材,缺乏经验,又加时间紧迫,未及仔细推敲,相信其中定多不足之处。深望使用这本教材的师生在教学实践中多提宝贵意见,以便再版时修订。愿本书能为我国健康管理教育添砖加瓦。

编 者

2011 年 1 月

目 录

第一章 健康管理概论	(1)
第一节 健康管理的基本概念	(1)
第二节 健康管理实践与历史溯源	(3)
第三节 健康管理的理论基础	(5)
第四节 健康管理的基本内容与步骤	(10)
第五节 健康管理的现状与展望	(12)
第二章 健康信息收集与管理	(16)
第一节 健康信息的概念	(16)
第二节 健康信息的收集与处理技术	(19)
第三节 健康问卷、访谈记录的设计与应用	(33)
第四节 健康档案的内容与建立	(39)
第五节 健康信息的计算机管理	(47)
第三章 健康风险评估和分析	(51)
第一节 风险与风险管理的概念	(51)
第二节 健康风险评估技术与方法	(52)
第三节 健康危险因素评估与应用	(65)
第四节 健康风险评估的计算机应用	(84)
第四章 健康教育与指导	(93)
第一节 健康教育与健康促进的基本概念	(93)
第二节 健康教育促进方案的基本内容、设计原则与方法	(96)
第三节 常用健康资料的选择与健康信息传播方法	(100)
第四节 健康咨询、指导与观察、随访的技巧与方法	(106)
第五章 健康危险因素干预	(112)
第一节 健康危险因素的概述	(112)
第二节 常见慢性病的相关危险因素	(114)

第三节	健康危险因素干预技术与方法	(131)
第六章	健康管理策略与实践	(155)
第一节	健康管理策略概述	(155)
第二节	生活方式管理	(156)
第三节	疾病管理	(165)
第四节	需求管理	(177)
第七章	健康管理评价与分析	(186)
第一节	健康管理生物学效应分析	(186)
第二节	健康管理卫生经济学分析	(192)
第三节	健康管理经济学评价原则与实例评阅	(199)
第八章	健康管理服务与营销	(205)
第一节	健康消费者的需求与动机	(205)
第二节	健康消费者的决策过程	(209)
第三节	健康管理服务的市场分析	(212)
第四节	健康管理服务的形式和特点	(214)
第五节	健康管理服务营销的基本方法	(216)
第九章	健康管理与健康保险	(225)
第一节	健康保险和健康管理的概述	(225)
第二节	健康保险的管理服务平台建设	(227)
第三节	健康保险的健康管理运行模式	(231)
第四节	健康保险与健康管理的风险管理	(233)
第五节	应用供应链管理优化健康管理模式	(234)
第十章	膳食营养与健康	(240)
第一节	人体需要的能量与营养素	(240)
第二节	膳食中主要的食物种类及其营养特点	(246)
第三节	合理营养与平衡膳食配膳方法	(249)
第四节	常见慢性疾病人群的膳食指导	(263)
第十一章	运动与健康	(266)
第一节	运动的基本概念及其与健康的关系	(266)
第二节	运动类型及其活动水平的测量方法	(268)
第三节	运动处方的概念与基本内容	(279)

第四节 常见慢性疾病的运动处方	(284)
第十二章 心理健康与咨询	(291)
第一节 心理健康的概念及心理健康标准	(291)
第二节 常见心理疾病与心理评估	(292)
第三节 心理咨询与沟通技巧	(305)
第四节 常见疾病的心理特征与心理干预	(315)
附录一 健康管理评估用表	(324)
(一) SF-36 量表	(324)
(二) 抑郁自评量表	(326)
(三) 焦虑自评量表	(327)
(四) 90 项症状自评量表	(328)
(五) 活动指数表	(330)
(六) 食物等值交换表	(330)
(七) 中国居民膳食营养素参考摄入量表	(333)
附录二 健康管理师国家职业标准	(338)
1. 职业概况	(339)
2. 基本要求	(340)
3. 工作要求	(343)
4. 比重表	(347)
附录三 相关的法律法规	(349)
(一) 中华人民共和国劳动合同法	(349)
(二) 中华人民共和国食品法	(358)
(三) 中华人民共和国消费者权益保障法	(363)
(四) 中华人民共和国执业医师法	(367)
主要参考文献	(372)



监测、分析、评估来完成),就需要采取措施维护和保障个体和群体的健康(可以通过确定健康风险因素提供健康咨询和指导,对健康风险因素进行干预来完成)。讲的再简单一点就是保护健康资源,节约健康资源,最大限度地合理利用健康资源并让其发挥最大的作用,这就是健康管理。

综合国内外关于健康管理的代表性定义,结合我国《健康管理师国家职业标准》中关于健康管理师的职业定义,将健康管理定义为:利用现代生物医学和信息化管理技术,从社会、心理、生物学的角度,对个人或群体的健康状况、生活方式、社会环境等进行全面监测、分析、评估,提供健康咨询、指导,并对健康危险因素进行干预管理的全过程。健康管理的宗旨是调动个体和群体及整个社会的积极性,有效地利用有限的资源来达到最大的健康效果。健康管理的具体做法就是为个体和群体(包括政府)提供有针对性的科学健康信息并创造条件采取行动来改善健康。

健康管理主要是针对健康需求对健康资源进行计划、组织、指挥、协调和控制的过程,即对个体和群体健康进行全面监测、分析、评估,提供健康咨询和指导及对健康危险因素进行干预的过程。健康需求不光包括求医用药,健康危险因素也是一种健康需求,如超重、肥胖、血糖异常、血脂异常;当然也可以是一种健康状态。健康管理的手段可以是对健康危险因素进行分析,对健康风险进行量化评估,或对干预过程进行监督指导。但是,健康管理一般不涉及疾病的诊断和治疗过程。疾病的诊断和治疗是临床医生的工作,不是健康管理师的工作。

健康管理服务的特点,就是标准化、量化、个体化和系统化。健康管理的具体服务内容和 workflows 必须依据循证医学和循证公共卫生的标准和学术界已经公认的预防和控制指南及规范等来确定和实施。健康评估和干预的结果既要针对个体和群体的特征和健康需求,又要注重服务的可重复性和有效性,强调多平台合作提供服务。

然而,这里所讲的“健康管理过程”,只是健康管理周期运转过程中的一个周期,或称为一个“循环”,而不能称为健康管理的全过程。健康管理的全过程应是“健康管理单循环”的多次往复运行,即是从“健康危险因素的检查监测(发现健康问题)开始→到健康危险因素评价(认识健康问题,引导干预)→再到健康危险因素干预(解决健康问题)结束”的往复循环(图 1-1)。

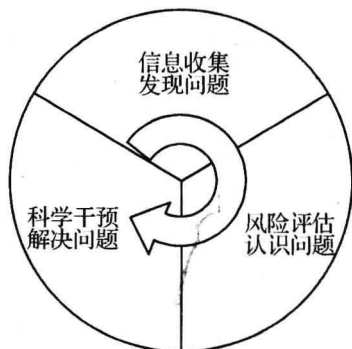


图 1-1 健康管理的不断循环

事实上,健康管理过程不可能由一个循环周期完成,而应该周而复始地运行几个周期(实际多少周期因人而异)。其中第二个循环的检查监测和评价(收集的信息情况),又是上



一个循环干预效果的评估依据。健康管理循环每运行一个周期,都要解决部分健康危险问题,通过健康管理循环的不断运行,使管理对象的健康问题不断得到解决,从而走上健康之路。

第二节 健康管理实践与历史渊源

一、健康管理的历史

自从人类出现以后就一直对健康管理进行着理论与实践的探索,从开始使用火种、到古代医学、再到近现代医学,人类一直在为生命的健康延续同各种疾病不断斗争。

2000 多年前的《黄帝内经·素问四季调神大论》已经孕育着“预防为主”的健康管理思想,“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也,夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎”,即可为证。《吕氏春秋·尽数》所载“流水不腐、户枢不蠹,动也”就含有生命在于运动的哲理。中医养生十分重视饮食补益和锻炼健身防病,如《黄帝内经》指出:“毒药攻邪,五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”。医学家华佗有曰:“动摇则骨气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢,终不朽也”,其食疗与健身防病的养生法,则在很大程度上与营养学和运动医学颇为相似。“上医治未病,中医治欲病,下医治已病”与健康风险评估及风险控制十分相像。

在西方古代的多种医学文献(如罗马大百科全书)中也蕴涵着健康管理思想。希波克拉底指出“能理解生命的人同样理解健康对人来说具有最高的价值。”罗马大百科全书记载:“医学实践由三部分组成:通过生活方式治疗,通过药物治疗和通过手术治疗。生活方式治疗就是在营养、穿着和对身体的护理、进行锻炼和锻炼的时间长度、按摩和洗澡、睡眠、合理限度内的性生活方面提供健康方式的处方和建议。”

现代健康管理的出现则是在市场需求和人类知识不断积累的条件下逐步完善和发展起来的。

健康管理完善的思维模式、实践及健康管理组织、相关支持政策及法案,最早出现在美国。1929 年美国洛杉矶水利局就成立了最早的健康维护组织,也就是今天所讲的健康管理组织。1973 年美国依据 1972 年的《社会保障法修正案》通过了《健康维护法案》,鼓励社会各界力量积极参与健康维护工作,期间不乏积极的市场运作。如健康管理与健康保险的结合,就推动了健康管理产业的发展。到 1997 年时,美国已有 7 700 万的人在大约 650 个健康管理组织中享受健康服务,美国医疗的重点是通过管理健康进行健康维护。

健康管理作为一门学科及行业,能在 20 世纪 70 年代美国快速兴起的主要原因包括有以下几个方面:

1. 由于新兴的、昂贵的医疗技术在 20 世纪中后期大量出现,导致医疗卫生费用迅速上涨,这是西方发达国家所面临的共同问题。但是美国比其他国家,医疗技术的推广速度要快得多,使用范围要普遍得多。据 1995 年对 50 名经济学家进行的一项调查,81% 的经济学家同意这样一个观点:“过去 30 年,医疗卫生事业占 GDP 份额不断上升的首要原因是医疗技术的变化”。

2. 人口老龄化也推动了医疗卫生费用的上涨。人口老龄化最直接的后果就是紧急和长期护理需要的增加。老年人 18% 的收入用于健康管理,其自付的医疗费上涨速度是社



会保障支付的两倍。

3. 慢性病的发生率大幅度增长更是导致医疗卫生费用上升的重要因素。到了 1970 年医疗卫生费用持续增长,年均增长率为 12.2%,而当年的 GDP 年均增长率为 7.6%,大大高于 GDP 的年均增长率。

4. 员工健康状况不佳导致生产力下降。后工业化时代,员工的生产效率成为判断生产力的重要指标,要提高生产力就必须提高员工的工作效率。通过长期的研究发现,员工的工作效率与员工的健康状况密切相关。员工的健康状况直接影响到企业的成本与生产效率。如员工疾病、伤残可以导致企业医疗报销费用的增加,直接增加了企业的成本;伤残和疾病导致员工出勤率下降,导致生产错误率升高,产品废品率升高等等。这些直接降低了工作效率。成本的增加与工作效率的降低,致使生产力下降。

二、健康管理的实践

在美国,健康管理服务被最先广泛应用在保险行业。保险公司在医疗服务花费不断高涨的期间做过一个统计,发现可预防的疾病居然花掉了 80% 的医疗保险支出。诸如糖尿病、高血压这样的慢性病,患病率高、致残率高、致死率高、医疗费用高。但是这些疾病完全可以通过降低相关致病危险因素,降低患病率、致死致残率和医疗费,而这些危险因素的降低是可以通过行之有效的手段实现的。健康管理就是行之有效的手段之一,健康管理能够通过独有的技术对人群进行划分,预测出哪些人将来很可能患什么样的疾病,哪些人将来很可能需要支付较高的医疗费用。通过疾病预测,保险公司可以重点关注健康高危人群,通过健康管理服务防治和延缓疾病的发生,并为其存在疾病高危的有需求客户提供健康管理,有时对某些客户的健康管理甚至是允许其投保的条件。尽管健康管理早期的成本较高,特别是进行生活方式干预的早期,其成本很可能会超过疾病早期治疗的费用,但是考虑到建立健康生活方式所起到的健康延续作用,其远期的健康作用所带来的效益会大大超过因疾病导致赔付发生的费用。如减少疾病导致的急诊、住院和(或)抢救需求的几率来降低保险赔付费用,从而达到降低保险赔付支出、控制成本的目的,而这个目的就是保险公司的重要需求。

如果说保险公司为健康管理行业的发展提供了舞台,那么学术界和医疗机构则是为演出把关的舞台监督和舞台设计。业界影响力较大的有梅奥医疗集团、美国职业和环境医学学会、杜克大学等。健康管理式的医疗服务模式被这些机构积极地倡导和推广,其在研发、设计、评价等方面进行了大量的研究和广泛的成果推广。美国职业和环境医学学会、梅奥医疗集团健康管理资源中心均在健康管理与企业生产力的研究、实践、推动方面做出了突出的贡献。市场的需求则进一步促进了健康管理的发展,特别是疾病预测模型的研究与发展步入了快速成长期。众多疾病预测技术被开发出来,并且在健康保险服务中被广泛地采用,很大程度地控制了保险的成本,大幅下降了保险的医疗报销比例。

目前美国的健康管理服务团队已经拥有了庞大的规模。医疗机构,健康促进中心、企业、社区、众多健康服务组织都可以提供各种形式、内容多样的相关服务,成为医疗保健系统中的一支重要力量。其主要的健康管理基本策略包括生活方式管理、需求管理、疾病管理、灾难性病伤管理、残疾管理和综合人群管理。



三、疾病管理的建立

美国的疾病管理是一个协调医疗保健干预和与病人沟通的系统,它强调病人自我保健的重要性。疾病管理支撑医患关系和保健计划,强调运用循证医学和增强个人能力的策略来预防疾病的恶化。它以持续性地改善个体或全体健康为基准,来评估临床、人文和经济方面的效果。

疾病管理在美国的发展可以看做是健康管理的一个缩影,共分为三个阶段。

第一阶段:1995年以前。制药公司为提高其服务质量,增加客户黏度所实施的疾病管理项目。主要策略是给病人发放健康教育材料,给医生发送临床诊疗指南及疾病治疗新进展等相关资料。此种方法缺乏对患者效果的评估,特别是没有评估和突出个性化治疗方法对单个病人的优点,所以健康改善和医疗费用节约情况并不令人满意。

第二阶段:1995~1998年期间。采用二八定律制定的疾病管理策略,即20%的重病患者花费了医疗报销费用80%,所以通过管理20%的重病患者,实施疾病管理即可有效达到控制费用的目的。由于其针对目标人群定位明确,通过高强度的个案管理在短期内节省了医疗费用。

第三阶段:1998年至今。目前采用的疾病管理策略是从人群的角度出发,通过筛查发现高危人群以及疾病早期,将管理重点前移并加以重视,在疾病管理过程中使用信息系统辅助服务平台。其中,健康监测和健康效果评估成为关键点。

目前美国的疾病管理在医疗保健系统中已占重要地位,其主要涵盖的疾病主要是糖尿病、充血性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、癌症、哮喘等慢性非传染性疾病。

疾病管理在美国的成功激励了疾病管理的全球拓展。德国、法国、英国、新加坡、澳大利亚、日本、希腊、瑞典等十多个国家和地区正在试验美国的疾病管理计划,使它适应自己国家体制的独特性。

第三节 健康管理的理论基础

人类在同疾病斗争、维护健康的过程中,通过对疾病发生、发展过程的了解,对人生、长、壮、老、已的认识,以及社会经济的发展规律的探求,发展了疾病危险因素积累理论、需求理论、系统管理理论、健康投资理论等等。这些理论的建立为健康管理的发展奠定了基础。

一、疾病危险因素积累理论

从健康到疾病,需要经过发生、发展的过程。对于急性传染性疾病,从健康到发病,甚至死亡可以是一个相对较短的过程,但是对于慢性非传染性疾病而言,这个过程大多会很长。比如一个健康的人从低危状态发展到高危状态;再到疾病早期,发生早期病变,出现临床症状;再到疾病诊断,产生并发症。这需要一个长期的过程,特别是在疾病被确诊之前,这个过程大多会是几年、十几年,甚至更长。而这期间诸多的健康变化是不容易被察觉的,并且各个阶段没有明确的划分指标,所以我们极易忽视,结果导致疾病的产生。在这个漫长的过程中,疾病危险因素逐渐积累。如疾病危险因素随年龄的变化(图1-2)。

糖尿病就很具有代表性。糖尿病的发病是一个缓慢的发展过程,从血糖值正常,到“糖

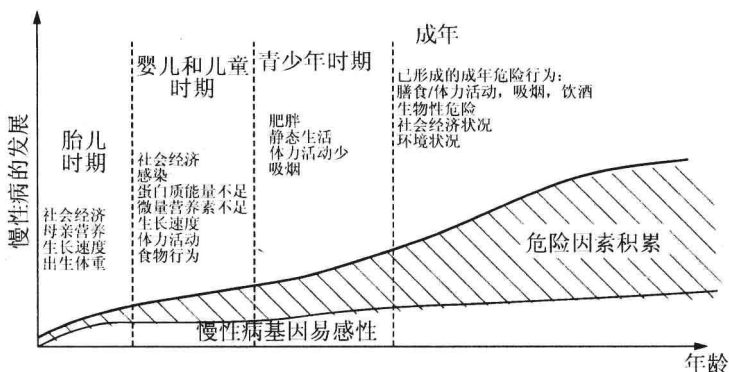


图 1-2 疾病危险因素随年龄变化

调节受损”，再发展至糖尿病，平均发病过程需要 10~15 年。而此期间，通过药物和(或)非药物的干预手段(主要是生活方式)进行积极防治，可以有效地延缓糖尿病的发生。如中国的糖尿病大庆试验：1986 年，国家卫生部组织医学专家在大庆开展了一个历时 6 年的试验。试验对 577 名诊断为葡萄糖耐量降低(IGT)的人群，采用随机分组、以单纯生活方式干预预防糖尿病。1992 年，研究结果首次证明，IGT 的生活方式干预治疗是一级预防的基础，以控制饮食、增加体力活动为主的生活方式干预，可使高危人群中的糖尿病的发病率降低 30%~50%。此后，美国和芬兰的糖尿病预防研究专家也开展了类似的试验和研究，都取得了相同的研究效果。

在疾病确诊之前，我们是可以通过多种手段，对导致疾病产生的主要危险因素进行积极地干预、阻断或是减少危险因素，就很有可能推迟疾病的发生，甚至逆转疾病的产生及发展进程，从而起到健康维护的目标(图 1-3)。这是进行健康管理最基本的理论根据。

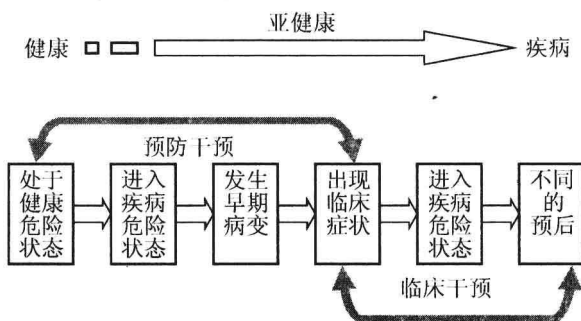


图 1-3 从健康到疾病的演变

二、传统医学理论

中医，中国传统医学，即祖国医学，是以《周易》“中道”的原理治病，使之恢复阴阳平衡，达到祛病疗疾目的的医术。

中医学是以中医药理论与实践经验为主体，研究人类生命活动中健康与疾病转化规律及其预防、诊断、治疗、康复和保健的综合性科学。其至今已有数千年的历史，拥有独立的理论和实践经验，在数千年的发展中为人类的健康繁衍做出了巨大贡献。从古至今，无论是从民族意义上讲，还是从地理意义上讲，中国人口数量总是最大的，除了政治、经济原因



外,中医学的医疗保健对中国人口的数量和质量贡献可谓功不可没,其提出的多种理论与健康管理的思想有异曲同工之妙。最为常见的包括“整体观”、“辨证观”、“治未病”,以及中医的养生观念。

1. 整体观 中医的“整体观”强调整体统一性,表现为人是与自然界、社会乃至整个宇宙相统一的;人自身的生理、心理、病理是统一的。“天人合一”观点最早强调了“环境与人”的相互关系和相互影响。这可以说是最早的整体健康理论,与现代医学的大健康理论是一致的。

2. 辨证观 中医的“辨证观”强调辨证施治,是中医诊断、治疗疾病、预防、养生实践的思维方法和过程。“同病异治,异病同治”。其非常强调病因的辨证,强调个性化原则。即使是相同的疾病,由于致病因素不同,要采用不同的治疗方法;相反,不同的疾病,由于致病因素相同,可以采用相同的治疗方法。

3. 治未病 中医的“治未病”是指采取一定的措施防止疾病产生和发展的治疗原则,包括未病先防和既病防变两个方面。《黄帝内经》中提到的“不治已病治未病”就是早期的防病养生谋略,其强调的预防为主的思想,与当前的从“治疗疾病”向“预防疾病”重点转变的“前移战略”的主导思想息息相关。

4. 中医的养生观 中医养生是中医学中重要的组成部分,其是通过各种方法颐养生命、增强体质、预防疾病,从而达到延年益寿的一种医事活动。主要包括:饮食养生、四季养生、房室养生、浴疗养生、功法养生等等诸多养生方法。在健康管理策略中生活方式管理使用的干预手段,在中医养生中基本均能找到原型,如膳食干预、运动干预、心理干预、康复干预、药物干预。

同时中医还特别重视生活方式与健康的关系。《黄帝内经·素问·生气通天论》的“膏粱之变,足生大疔”,《黄帝内经·素问·宣明五气论》中的“五劳所伤,久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”,讲的都是不良生活方式对人体造成的损害。

三、需求理论

人们总是在力图满足某种需求,一旦一种需求得到满足,就会有另一种需要取而代之。大多数人的需要结构很复杂,无论何时都有许多需求影响行为。一般来说,低层次的需要基本得到满足以后,它的激励作用就会降低,其优势地位将不再保持下去,高层次的需要会取代它成为推动行为的主要原因。也就是说只有在较低层次的需求得到满足之后,较高层次的需求才会有足够的活力驱动行为。人要生存,其需要能够影响他的行为。只有未满足的需要能够影响行为,满足了的需要不能充当激励工具。

人的需要按重要性和层次性排成一定的次序,从基本的(如食物和住房)到复杂的(如自我实现)。马斯洛理论把需求分成生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求和自我实现需求五类,依次由较低层次到较高层次。当人的某一级的需要得到最低限度满足后,才会追求高一级的需要,如此逐级上升,成为推动继续努力的内在动力。需要是健康管理产生的动力。

1. 生理上的需要 这是人类维持自身生存的最基本要求,包括饥、渴、衣、住、性的方面的要求。对食物、水、空气和住房等需求都是生理需求,这类需求的级别最低,如果这些需要得不到满足,人类的生存就成了问题。在这个意义上说,生理需要是推动人们行动的最强大的动力。马斯洛认为,只有这些最基本的需要满足到维持生存所必需的程度后,其他的需要才能成为新的激励因素。一个人在饥饿时不会对其他任何事物感兴趣,他的主要



动力是寻到食物。

2. 安全上的需要 安全需求包括对人身安全、生活稳定以及免遭痛苦、威胁或疾病等的需求。安全需求表现为安全而稳定以及有医疗保险、失业保险和退休福利等。马斯洛认为,整个有机体是一个追求安全的机制,人的感受器官、效应器官、智能和其他能量主要是寻求安全的工具,甚至可以把科学和人生观都看成是满足安全需要的一部分。

3. 感情上的需要 感情上的需要包括对友谊、爱情以及隶属关系的需求。一是友爱的需要,即人人都希望得到爱情,希望爱别人,也渴望接受别人的爱;需要有伙伴、同事,并保持相互间关系融洽、友谊和忠诚。二是归属的需要,即希望成为群体中的一员,并相互关心和照顾。在马斯洛需求层次中,这一层次是与前两层次截然不同的另一层次。感情上的需要比生理上的需要来得细致,它和一个人的生理特性、经历、教育、宗教信仰都有关系。

4. 尊重的需要 尊重需求既包括对成就或自我价值的个人感觉,也包括他人对自己的认可与尊重。尊重的需要又可分为内部尊重和外部尊重。内部尊重是指一个人希望在各种不同情境中有实力、能胜任、充满信心、能独立自主。外部尊重是指一个人希望有地位、有威信,受到别人的尊重、信赖和高度评价。有尊重需求的人希望别人按照他们的实际形象来接受他们,并认为他们有能力,能胜任工作。他们关心的是成就、名声、地位和晋升机会。马斯洛认为,尊重需要得到满足,能使人对自己充满信心,对社会满腔热情,体验到自己活着的用处和价值。

5. 自我实现的需要 自我实现需求的目标是自我实现,或是发挥潜能。这是最高层次的需要,它是指实现个人理想、抱负,发挥个人的能力到最大程度,完成与自己的能力相称的一切事情的需要。也就是说,人必须干称职的工作,这样才会使他们感到最大的快乐。达到自我实现境界的人,接受自己也接受他人,解决问题能力增强,自觉性提高,善于独立处事,要求不受打扰地独处。马斯洛提出,为满足自我实现需要所采取的途径是因人而异的。自我实现的需要是在努力实现自己的潜力,使自己越来越成为自己所期望的人物。

按马斯洛需求层次理论假定,人们被激励起来去满足一项或多项在他们一生中很重要的需求。更进一步地说,任何一种特定需求的强烈程度取决于它在需求层次中的地位,以及它和所有其他更低层次需求的满足程度。马斯洛的理论认为,激励的过程是动态的、逐步的、有因果关系的。人们总是优先满足生理需求,而自我实现的需求则是最难以满足的。

四、系统管理理论

系统论是研究系统的一般模式、结构和规律的学问,它研究各种系统的共同特征,用数学方法定量地描述其功能,寻求并确立适用于一切系统的原理、原则和数学模型,是具有逻辑和数学性质的科学。在健康管理中,对疾病的预测、风险因素的评估就是应用了系统论的指导思想,在复杂的各种危险因素中寻找主要危险因素,通过主要危险因素的整合,确立适用于具有相同健康信息的人群的患病风险预测,并将此表达为数学模型。如国家“十五”攻关课题项目“冠心病、脑卒中综合危险度评估及干预方案的研究”,其能够准确地从人群中筛查出潜在发病的高危人群,从而积极有效地加以干预。

系统论的基本思想方法,就是把所研究和处理的对象当做一个系统,分析系统的结构和功能,研究系统、要素、环境三者的相互关系和变动的规律性,并优化系统观点看问题。世界上任何事物都可以看成是一个系统,系统是普遍存在的。

系统论的共同基本特征是整体性、关联性,等级结构性、动态平衡性、时序性。其核心