



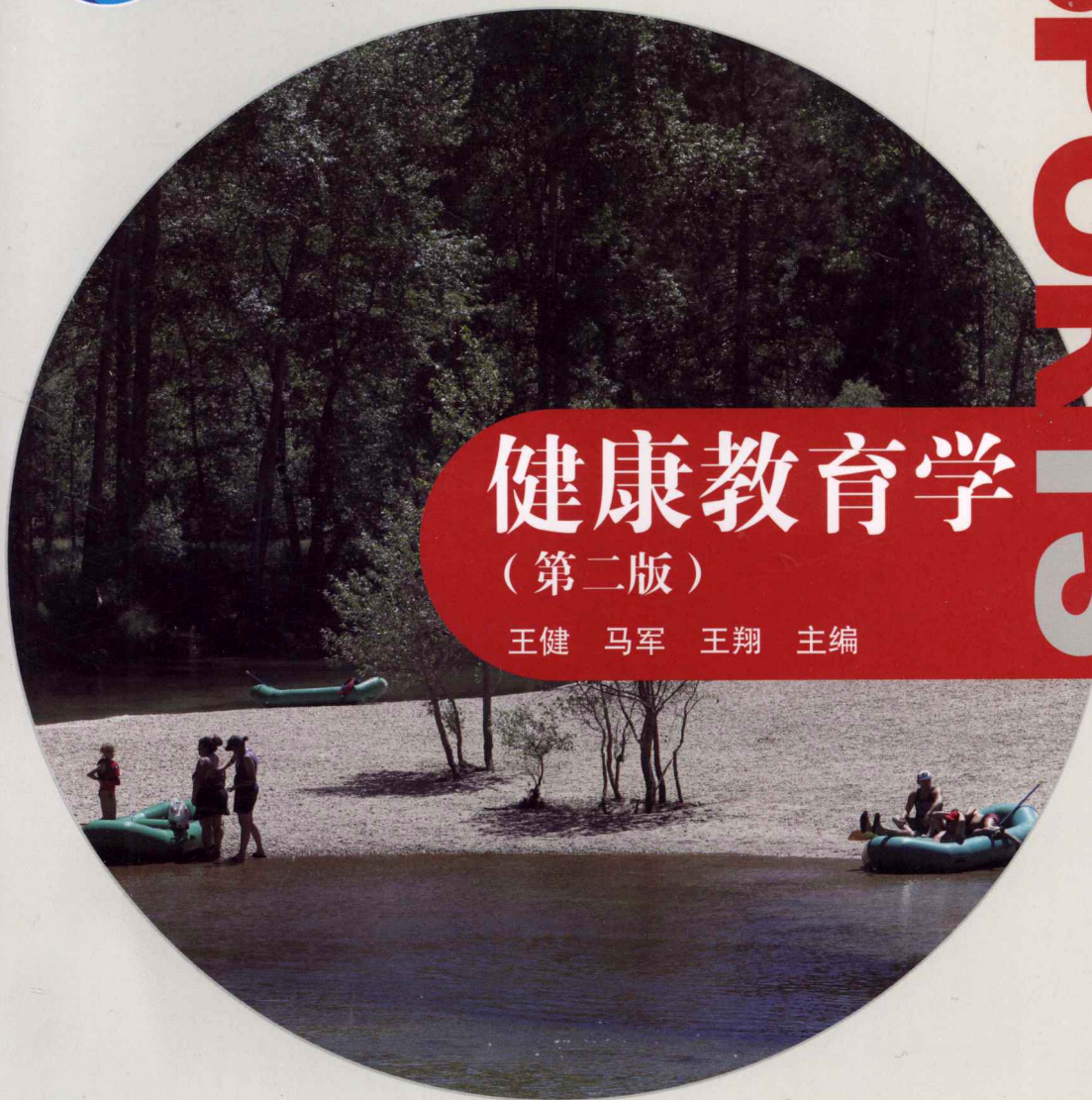
普通高等教育“十一五”国家级规划教材

SPORTS

健康教育学

(第二版)

王健 马军 王翔 主编



高等教育出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

健康教育学

Jiankang Jiaoyuxue

第2版

王健 马军 王翔 主编



高等教育出版社·北京
HIGHER EDUCATION PRESS BEIJING

图书在版编目 (CIP) 数据

健康教育学/王健,马军,王翔主编. -- 2 版. -- 北京:
高等教育出版社,2012. 7

ISBN 978 - 7 - 04 - 032528 - 7

I. ①健… II. ①王…②马…③王… III. ①健康教
育学 - 高等学校 - 教材 IV. ①R193

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 155908 号

策划编辑	傅雪林	责任编辑	桂隽超 胡高峰	封面设计	刘晓翔
版式设计	马敬茹	责任印制	刘思涵		

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100120
印 刷 北京人卫印刷厂
开 本 787mm×960mm 1/16
印 张 22.25
字 数 360 千字
购书热线 010 - 58581118
咨询电话 400 - 810 - 0598

网 址	http://www.hep.edu.cn http://www.hep.com.cn
网上订购	http://www.landaco.com http://www.landaco.com.cn
版 次	2006 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 2 版
印 次	2012 年 7 月第 1 次印刷
定 价	27.50 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换
版权所有 侵权必究
物 料 号 32528 - 00

第二版前言

健康教育学（第一版）出版于2006年，是专门为我国高等学校体育本科专业编写的健康教育教材。第一版教材系统介绍了健康教育的定义、对象、内容、目的及其与体育教育其他课程的关系；详细介绍了健康促进、健康管理、健康行为等健康教育的基本理论；具体介绍了与当代青少年和大学生健康密切相关的健康体能、健康心理、健康饮食、性健康和肥胖控制等；此外，还结合体育教育专业的特点，补充了有关健康睡眠、合理用药、疾病预防、环境与健康以及生活护理等方面的知识。基于此给出的健康教育理论体系得到了国内高等学校体育教育专业师生的基本认同。

健康教育学（第二版）在体系结构上未作改变，作者只针对部分过时的数据、资料进行了适当的增补和修改，对第一版中过于繁琐及理论性过强的内容进行了简化。本次修订的宗旨力求在体系结构上与第一版教材一脉相承，在内容上凸显科学性、基础性和时代性，而在文献资料的引用和选择上，尽量反映健康教育的最新的研究成果。此外，为了强化教材的应用性，以适应本科体育专业健康教育教学和能力的培养，本教材特别增设了“健康管理的基本步骤和流程”等内容，并以慢性病人群、老年人群等为例，详细介绍了健康管理的基本内容、方法和规范。本次修订，无论从体系结构，还是从理论与实践并重的角度出发，都力争更适合本科体育专业学生的学习和使用。衷心希望本教材的再版能进一步为我国高素质体育人才培养做出新的更大的贡献。

限于作者水平，再版教材中难免有错漏之处，敬请广大师生批评指正。

王 健 马 军 王 翔

2012年6月

前言

教育不仅应该培养公民具有良好的思想道德和行为、掌握过硬的专业技术知识和本领、练就强健的体魄，教育更应该关注人的健康，关爱人的生命。2002年世界卫生组织发布的世界健康报告明确指出，改善人的行为、养成良好的生活方式是减少疾病风险的重要策略，而这一重大策略的实现则有赖于健康教育的实施。这是时代赋予健康教育和健康教育工作者的历史使命。

健康教育学是研究传播保健知识和技术，影响个体和群体行为，消除危险因素，预防疾病，促进健康的科学。它通过传播和教育手段，向社会、家庭和个人传授卫生保健知识，提高自我保健意识，培养保健能力，养成健康行为，纠正不良习惯，消除危险因素，防止疾病发生，促进健康和提高生活质量。目前，健康教育作为教育的重要内容，已经成为世界上许多发达国家和地区学校教育的基本任务，成为素质教育的重要标志。自我国著名公共卫生学教授陈志潜翻译出版第一本“健康教育原理”70多年来，健康教育通常是作为预防医学等公共卫生相关专业的必修课程。世纪之交，教育部首次在“健康第一”原则的指导下，将体育课更名为“体育与健康”课，这标志着健康教育正式以课程的形式进入学校教育的课程体系。与此同时，为了培养合格的体育与健康教育师资，“健康教育”自然地走入课堂成为普通高等学校体育教育专业学生的重要课程。

2000年以来，国内已经出版的健康教育相关教材已有十多个版本，教材内容、体系结构和教育背景等都与社会对体育教师的要求有一定的差距。因此，我们在高等教育出版社的大力支持下，组织国内专家，按照“普及健康科学知识和培养合格体育与健康教育师资”的原则，针对体育教师的教学需要设计了教材的体系结构，形成了这本以传播健康科学知识和推进健康促进活动为主线的新教材。

为高等学校体育教育专业编写“健康教育学”是一种新的尝试，可供参考的同类教材较少，可以借鉴的经验不多，加之作者水平有限，错误一定难免，真诚希望广大师生和读者提出宝贵意见，以便在修订过程中加以完善，使本教材的质量不断提高。

王 健 马 军 王 翔

2006年6月

目 录

第一章 健康促进	1
第一节 健康与健康促进概念	3
第二节 影响健康的因素	17
第三节 健康促进计划	20
第二章 健康管理	28
第一节 健康管理概述	30
第二节 健康的自我管理	35
第三节 健康的社会管理	44
第四节 典型人群的健康管理案例	46
第三章 健康行为	53
第一节 行为	55
第二节 健康行为	60
第三节 危害健康行为	65
第四章 健康体适能	79
第一节 健康体适能的概念	82
第二节 健康体能的生理学	83
第三节 健康体适能的训练	90
第五章 健康心理	105
第一节 心理概述	107
第二节 心理健康概念	109
第三节 人格心理健康	113
第四节 健康人际关系	120
第五节 情绪与健康	124
第六节 压力与健康	127

第六章 健康饮食	131
第一节 健康饮食的概念	134
第二节 饮食的营养学基础	139
第三节 健康饮食	156
第七章 健康睡眠	166
第一节 睡眠概述	168
第二节 睡眠的生理学基础	175
第三节 常见睡眠问题	180
第八章 性健康	190
第一节 性概念	192
第二节 性观念误区	197
第三节 性保健	200
第四节 生育与生育控制	203
第五节 性传播疾病	209
第九章 合理用药	218
第一节 药物的基本知识	220
第二节 药物与健康	221
第三节 合理用药的原则和方法	222
第四节 不合理用药	224
第五节 非处方药	230
第十章 肥胖控制	235
第一节 肥胖及其肥胖评价	237
第二节 肥胖的危害	241
第三节 肥胖的原因	246
第四节 肥胖的预防与治疗	248
第十一章 疾病预防	256
第一节 疾病的概念	258
第二节 免疫与疾病	259
第三节 遗传与疾病	264
第四节 常见疾病预防	267

第十二章 环境与健康	290
第一节 人与环境	293
第二节 自然环境与健康	295
第三节 环境健康影响评价	312
第四节 环境保护	314
第十三章 生活护理	319
第一节 用眼卫生	321
第二节 口腔卫生	323
第三节 旅游卫生	325
第四节 体育卫生	330

第一章 健康促进

本章摘要

本章内容包括健康与健康促进的概念、影响健康的因素和健康促进计划三个方面。首先介绍了世界卫生组织对健康的定义,即健康不是仅指没有疾病或不虚弱,而是指身体的、心理的和社会行为的良好状态;介绍了健康促进概念,即健康促进是指个人与其家庭、社区和国家一起采取措施,鼓励健康的行为,增强人们改进和处理自身健康问题的能力。另外,本章从行为和生活方式因素、环境因素、生物学因素和卫生服务4个方面介绍了影响健康的因素。在“健康促进计划”中介绍了健康促进计划的设计、健康促进的实施及健康促进的评价。

学习目标

1. 掌握健康、健康促进概念
2. 了解健康的标准及中国健康现状
3. 熟悉亚健康状态概念及慢性疲劳综合征的诊断标准
4. 了解中国目前生活方式相关疾病患病及死亡情况
5. 熟悉影响健康的因素
6. 熟悉健康教育的定义
7. 了解健康教育与健康促进的关系
8. 掌握健康促进计划的设计
9. 掌握健康促进的实施
10. 掌握健康促进的评价

关键术语

健康 (health): 不是仅指没有疾病或不虚弱,而是指身体的、心理的和社会的良好状态。

健康促进 (health promotion): 是指个人与其家庭、社区和国家一起采取措施,鼓励健康的行为,增强人们改进和处理自身健康问题的能力。

健康教育 (health education): 是通过信息传播和行
为干预, 帮助个人和群体掌握卫生保健知识, 树立健康
观念, 自愿采纳有利于健康行为和生活方式的教育活动
与过程。其目的是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。

计划设计 (planning): 是一个组织机构根据实际情
况, 通过科学的预测和决策, 提出在未来一定时期内所
要达到的目标及实现这一目标的方法、途径等所有活动
的过程。

PRECEDE: 指在教育/环境诊断和评价中应用的倾向
因素、促成因素及强化因素。(predisposing, reinforcing
and enabling constructs in educational /environmental
diagnosis and evaluation, PRECEDE)。

PROCEED: 指在实施教育和环境干预中运用的政策、
法规和组织手段 (policy, regulatory and organizational
constructs in educational and environmental development,
PROCEED)。

第一节 健康与健康促进概念

一、健康概念

每个人都希望自己能拥有健康，因为健康是生活幸福，事业成功的基础。古希腊苏格拉底曾说：“健康是人生最可贵的”；我国著名教育家张伯苓认为：“强国必强种，强种必强身”；马克思也认为：“健康是人的第一权利，一切人类生存的第一个前提，也是一切历史的第一个前提”。可见，健康成为人类的共同追求目标由来已久。

健康是一个具有强烈时代感的综合概念，并随着社会和医学科学的发展而逐步深化。在生产水平低下、生活贫困时期，人们认为无病就是健康。随着社会的发展、生产水平的提高，物质生活逐渐丰富，人们提出了健康是生物学上的适应，是指没有疾病和无伤残等，建立了以生物机体和机体的生物性为研究重点的生物医学模式。

在生物医学模式下，人们认为健康就是“不生病”或“不虚弱”，但把健康单纯地理解为“无病、无残、无伤”，至今仍有广泛的影响；按照现代医学的观点，这是极不全面的，不能机械地视健康和疾病为单因单果关系。这样理解的不足之处就在于将人的自然属性和社会属性分开，忽视了影响人们健康心理的社会因素，如政治、经济、战争、教育以及冲动、孤独、紧张、恐惧、悲伤、失落、忧患、不良行为方式等社会、心理因素对健康的影响。随着医学模式由单纯的“生物医学”向“生物-心理-社会医学”演变，健康的涵义也随之不断更新、扩展。1948年，世界卫生组织（WHO）在其宪章中提出：健康（health）不仅是没有疾病或不虚弱，而是指身体的、心理的和社会的良好状态的三维健康观，将健康的概念划分为生理、心理及社会三个方面。生理意义上的健康是指躯体、器官、组织及细胞的健康；心理意义上的健康是指精神与智力的正常；社会意义上的健康是指有良好的人际交往与社会适应的能力；三者相互作用以维护个体的健康或导致疾病。当三者平衡时，称之为恒定，便能维持健康；当这种平衡受干扰而被破坏时，疾病便产生了，在恒定与平衡被破坏之间，出现了健康状态的动态变化，“健康”和“疾病”是这种变化的两个极点。

在三维健康观的基础上，中国社会医学学者把健康分为三个层次。

第一层次（一级健康）为满足生存条件，包括：①无饥寒、无病、无体弱，能精力充沛地生活和劳动，满足基本的卫生要求，对健康障碍的预防和治疗具有基本知识；②对有科学预防方法的疾病和灾害，能够做到采取合理的预防措施；③对健康的障碍能够及时采取合理的治疗和康复措施。

第二层次（二级健康）为满意度条件，包括：①一定的职业和收入，满足经济要求；②日常生活中能享用最新科技成果；③自由自在地生活。

第三层次（三级健康）为最高层次的健康，包括：①通过适当训练，掌握高深知识和技术并且有条件应用这些技术；②能过着为社会作贡献的生活。

现代健康观改变了人们，特别是改变了医学界长期存在的只重视健康的躯体方面的因素、而忽视了健康的心理社会方面因素的片面观点。这些片面观点最常见的表现形式是：在医疗工作中，只管治疗躯体疾病，而不顾疾病给病人带来的心灵上的痛苦和引起的社会后果；只重视药物和物理治疗，而忽视心理和社会治疗；在病人的康复过程中，只注意躯体康复，而轻视心理康复；在预防医学中，只重视生理卫生，而不关心心理卫生。健康概念有与一定时代相适应的特点，但并非一成不变。随着科学技术的发展，以及社会环境、生活环境的改善，健康的概念会不断增加新的涵义。

（一）健康的标准

世界卫生组织 2000 年提出的人的健康标准为：

① 有足够充沛的精力，能从容不迫地应付日常生活和工作的压力而不感到过分紧张。

② 处事乐观，态度积极，乐于承担责任，事无巨细不挑剔。

③ 善于休息，睡眠良好。

④ 应变能力强，能适应环境的各种变化。

⑤ 能够抵抗一般性感冒和传染病。

⑥ 体重适中，体形匀称，站立时头、臂、臀位置协调。

⑦ 眼睛明亮，反应敏锐，眼睑不发炎。

⑧ 牙齿清洁，无空洞，无痛感，牙龈色泽正常，无出血现象。

⑨ 头发有光泽，无头屑。

⑩ 肌肉、皮肤富有弹性，走路感觉轻松。

(二) 健康现状

健康是人们共同追求的目标,能够保持终身健康是每个人的最大愿望。世界卫生组织提出:“不分种族、宗教、政治信仰、经济和社会状况,享有可达到最高水准的健康是每个人的基本权利之一”。但健康并不是可以自动拥有的,每个人必须通过努力才能获得或维护自身的健康。

1. 亚健康状态

20 世纪 80 年代中期,前苏联学者布赫曼研究发现,人体除健康状态和疾病状态之外,还存在着一种非健康非患病的中间状态,称为亚健康状态。

(1) 亚健康概念:亚健康(sub-health)是机体介于健康与疾病之间的一种生理功能低下的特殊状态,机体尚无器质性病变,但体力降低、反应能力下降、适应能力减退、精神状态欠佳、人体免疫功能低下,已有程度不同的各种患病的危险因素,具有发生某种疾病的高危倾向。亚健康状态又称为第三状态,也称为灰色状态、病前状态、亚临床期、临床前期或潜病期等。

(2) 亚健康状态发生情况:亚健康状态在经济发达、社会竞争激烈的国家和地区普遍存在。随着人们工作、生活压力的增加,营养不均衡,缺乏运动,加上各种因素引起的心理不平衡,使得亚健康人数一直呈逐年增加的趋势。WHO 的一项全球性调查表明,健康的人仅占 5%,患有疾病的人占 20%,而 75% 的人处于亚健康状态。美国每年有 600 万人处于亚健康状态,年龄多在 20~45 岁之间。英国的调查表明,大约 20% 的男性和 25% 的女性总感觉到疲劳,其中约 1/4 可能为慢性疲劳综合征。在“2002 年中国国际亚健康学术成果研讨会”上,专家指出:我国目前有 70% 的人处于亚健康状态,15% 的人处于疾病状态,只有 15% 的人处于健康状态。2002 年,广东省对全省 19 所高校近万名教职工的健康状况进行调查,结果有 10% 左右的人处于健康状态,20% 左右的人处于各种疾病状态,70% 左右的人处于亚健康状态,其中又有 1/3 的人为慢性疲劳综合征。慢性疲劳综合征在城市新兴行业人群中的发病率为 10%~20%,在某些行业中高达 50%,如科技、新闻、公务人员、演艺人员及出租车司机等。

(3) 亚健康状态的表现:亚健康状态大体有以躯体症状为主的躯体亚健康状态、以心理症状为主的心理亚健康状态、以人际交往中的不良症

状为主的人际交往亚健康状态、慢性疲劳综合征及过劳死五种。

① 躯体亚健康状态。具体表现为躯体性疲劳，且疲劳已严重影响了工作和生活。常表现为体质下降、慢性病多发，如经常感到乏力、困倦、肌体酸痛、咽喉痛、低热、眼睛易疲劳，无缘由的头晕、头痛、耳鸣、目眩、颈肩僵硬，以及易感冒、易出汗、易便秘、易晕车、胸闷心悸等。

② 心理亚健康状态。最常见的是焦虑，主要表现为担心、恐慌。担心和恐慌是一种发自内心的不安，这种精神状态若持续存在，无法自我解脱和控制就会产生心理障碍。表现为烦躁、易怒、睡眠障碍，进而出现心悸、不安、慌乱、手足无措、无所适从，这些可诱发心脏病、癌症等疾病。

③ 人际交往亚健康状态。随着社会的进步、社会竞争的激烈，人们在人际交往上出现的问题越来越多。主要表现为与他人之间的心理距离加大，交往频率下降，人际关系不稳定。如对人、对事的态度冷淡、冷漠，常有无助、无望、空虚、自卑、猜疑、自闭等感觉。

④ 慢性疲劳综合征（chronic fatigue syndrome, CFS）。是亚健康状态最主要的表现形式，是以疲劳低热（或自觉发热）、咽喉痛、肌痛、关节痛、头痛、注意力不易集中、记忆力下降、睡眠障碍和抑郁等非特异性表现为主的综合征。

⑤ 过劳死。处在亚健康状态的一部分人（特别是那些工作狂），若不对健康给予足够的重视并及时进行治疗，就有可能进一步恶化导致过劳死。过劳死是一种未老先衰、突然死亡的生命现象。由于过度的工作负担（诱因），导致高血压等基础疾病恶化，进而引发脑血管或心血管疾病等急性循环器官障碍，使患者陷入死亡。过劳死的原因就是工作节奏加快，精神压力增大，长期超负荷工作，超过人的体力、脑力所能承受的限度，积劳成疾。易出现过劳死的特定人群主要有三种：收入高且只知消费身体、不知保养身体的人；事业心强的人，特别是“工作狂”；家族有遗传早亡倾向又自以为健康的人。现代人生活紧张，不注意锻炼，突然发病的人越来越多，而且病情恶化迅速。

（4）亚健康状态发生的原因：亚健康状态可能是由于快节奏的社会生活、繁多的社会信息刺激，使人的交感神经系统长期处于亢奋状态而导致植物神经系统功能失调引起的。受社会学、心理学、环境、生活方式和遗传学因素的不良影响，如长期的身心紧张得不到及时调节，就会出现心理失衡、神经系统功能失调、内分泌混乱，使正常的生理功能失调、机体的免疫力下降、出现疲劳感，食欲下降，睡眠不佳。环境严重污染，生存

空间过于狭小,可使空气中负氧离子浓度降低。长期处于这种环境中,人体血液中氧浓度和组织细胞对氧的利用率都会降低,进而影响组织细胞的正常生理功能,从而使人感到心情郁闷、烦躁。社会生活的日益复杂化和多变性,使人与人之间的情感日益淡漠,情感交流日益缺乏,交往趋于表面化、形式化和物质化,情感受挫的机会增多,对情感的信心下降,孤独成了人们在情感方面的突出体验。缺乏亲密的社会关系和友谊,使人们感到无聊、无助、烦恼。大量证据表明,缺乏社会支持是导致心理和躯体障碍的一个重要因素。

2. 生活方式相关疾病

(1) 生活方式相关疾病死亡情况:随着人们生活水平的不断提高,曾经严重危害人类健康的传染病得到了有效的控制,但与生活行为因素密切相关的心、脑血管疾病、糖尿病等成年期慢性非传染性疾病已经成为威胁我国居民健康的主要疾病。2001年中国城市和农村居民肿瘤、心脏病、脑血管病和糖尿病死亡率、构成比和位次表明,这些疾病已经成为我国城乡居民的主要死亡原因。心脏病、脑血管病发病与死亡率在我国基本呈逐年上升的趋势。我国成年人冠心病的患病率约为5%,患者约为3 000万(表1-1,表1-2);另外,目前我国每年死于脑血管病和心脏病者分别约占全部死亡人数的20%和10%,两项合计则占近1/3。流行病学专家预测,生活水平的提高导致膳食结构的改变以及人口老龄化等原因,使得我国心脏病、脑血管病发病率与死亡率的上升趋势在今后一段时间内仍将持续。

表 1-1 2004 年城市居民中肿瘤、心脏病等疾病的死亡率(1/10 万)、构成比和位次

死亡原因	男 性			女 性			合 计		
	死亡率	构成比	位次	死亡率	构成比	位次	死亡率	构成比	位次
肿瘤	160.19	27.72	1	92.62	19.92	2	127.19	24.33	1
脑血管病	101.13	17.50	2	87.95	20.97	3	94.70	18.11	3
心脏病	97.20	16.82	3	96.59	20.77	1	96.90	18.54	2
糖尿病	10.73	2.08	8	14.82	3.63	6	12.73	2.75	8

(2005 年中国卫生统计年鉴)

表 1-2 2004 年农村居民中肿瘤、心脏病等疾病的死亡率 (1/10 万)、构成比和位次

死亡原因	男 性			女 性			合 计		
	死亡率	构成比	位次	死亡率	构成比	位次	死亡率	构成比	位次
肿瘤	163.89	25.78	1	92.36	18.47	3	129.25	22.68	2
脑血管病	120.82	19.00	3	102.84	20.57	2	112.11	19.67	3
心脏病	62.87	9.89	5	63.89	12.78	4	63.36	11.12	4
糖尿病	6.33	1.13	9	7.02	1.56	8	6.66	1.31	7

(2005 年中国卫生统计年鉴)

(2) 高血压患病情况：我国是原发性高血压的高发国。1991 年全国抽样调查表明，高血压发病率在我国各地有明显差异，其规律是北高南低，呈现出自北向南逐渐递减。我国高血压发病率前五位的地区依次为：西藏 15.71%，北京 14.94%，内蒙古 13.88%，河北 13.26%，天津 12.37%。一般城市高血压患病率高于农村，经济发达地区高于不发达地区。原发性高血压患病率还存在着明显的种族差异。我国高血压患病率最高的民族有：朝鲜族 22.95%，藏族 21.04%，蒙古族 20.02%；患病率最低民族为：彝族 3.28%，哈尼族 4.82%，黎族 6.05%。不同时期中国高血压患病率为：1959 年第一次全国调查为 5.11%，1980 年第二次全国调查为 7.73%，1991 年第三次全国调查为 13.60%。

2002 年“中国居民营养与健康状况调查”结果显示，我国 18 岁及以上居民的高血压患病率为 18.8%，估计全国患病人数 1.6 亿多；与 1991 年相比，患病率上升 31%，患病人数增加约 7 000 多万人，农村患病率上升迅速，城乡差距已不明显。另外，我国高血压知晓率为 30.20%，治疗率为 24.70%，控制率为 6.10%；与 1991 年的 26.60%、12.20% 和 2.90% 相比有所提高，但仍处于较差水平。

(3) 糖尿病患病情况：我国是一个人口大国，近年来，经济迅速发展，人口老龄化加快，糖尿病患病率上升速度迅猛。1980—1981 年，全国 14 省 30 万人糖尿病调查结果表明，糖尿病患病率为 6.09‰，20 岁以上受试者中糖尿病患病率约为 1.0%；1989 年我国北方 3 省市调查，糖尿病及糖耐量低减患病率分别为 2.02% 和 2.95%；1995—1996 年在全国 11 省（市），采用分层整群随机抽样方法，对抽样地区的 20~74 岁 42 751 名常住（5 年及 5 年以上）居民进行调查，糖尿病及糖耐量低减患病率分别达到 3.21% 和 4.76%。我国糖尿病患病率正在急剧增高。

2002 年“中国居民营养与健康状况调查”结果显示，我国 18 岁及以

上居民糖尿病患病率为 2.6%，空腹血糖受损率为 1.9%。估计，全国糖尿病现患病人数为 2 000 多万，另有近 2 000 万人空腹血糖受损。城市患病率明显高于农村，一类农村明显高于四类农村。与 1996 年糖尿病抽样调查资料相比，大城市 20 岁以上糖尿病患病率由 4.6% 上升到 6.4%、中小城市由 3.4% 上升到 3.9%。

最新研究资料显示，我国目前罹患糖尿病的人数约为 9 240 万人，其中 20 岁以上的城市、乡镇和富裕农村人群中，糖尿病患病率已达 11%，另外还有 15% 的人血糖调节受损。

(4) 肥胖患病情况：随着社会经济的快速发展和生活方式的转变，肥胖已经成为影响人类健康的全球性的、重要的公共卫生问题之一。在我国 1985 年以来进行的 6 次全国学生体质与健康调研结果显示，儿童青少年超重及肥胖率逐年增长，近年有加速上升的趋势。大城市学龄儿童青少年超重、肥胖检出率呈现迅猛上升趋势。1985 年大城市男女超重检出率均略高于 1%，肥胖率为 0.10% ~ 0.20%；其后，超重、肥胖率都成倍上升。7 ~ 18 岁男女超重率分别从 1991 年的 0.60% 和 0.90% 增至 2000 年的 11.7% 和 6.80%，1995—2000 年间各年龄段增幅均在 50% 左右。同时，男女肥胖率分别从 1991 年的 1.3% 和 0.9% 上升至 2000 年的 5.40% 和 2.90%，呈明显的流行趋势。2011 年公布的第六次全国学生体质健康调查报告显示，肥胖检出率继续增加 7 ~ 22 岁城市男生、城市女生、乡村男生和乡村女生的肥胖检出率分别为 13.33%、5.64%、10.79% 和 8.03%。

超重和肥胖不仅是我国学生面临的主要营养问题，也是成年人面临的主要营养问题。按体质指数 (body mass index, BMI) ≥ 24 为超重、 ≥ 28 为肥胖的标准，2002 年“中国居民营养与健康状况调查”显示我国成人超重率为 22.80%，肥胖率为 7.10%，估计人数分别为 2 亿和 6 000 多万。大城市成人超重与肥胖现患率分别高达 30% 和 12.30%，儿童肥胖率已达 8.1%，应引起高度重视。与 1992 年全国营养调查资料相比，成人超重率上升 39%，肥胖率上升 97%，预计今后肥胖患病率将会有较大幅度增长。

肥胖作为一种疾病，其危害性不容低估。国内外许多研究表明，超重、肥胖与许多慢性非传染性疾病，如高血压、高脂血症、糖尿病、动脉粥样硬化性心脑血管疾病有非常密切的关系，肥胖导致这些疾病的患病率和死亡率急剧上升。2002 年“中国居民营养与健康状况调查”显示，我国成人血脂异常患病率为 18.60%，估计全国血脂异常现患病人达 1.6 亿。不同类型的血脂异常现患率分别为：高胆固醇血症 2.9%，高甘油三酯血症 11.90%，低高密度脂蛋白血症 7.40%。另有 3.9% 的人血胆固醇