

教育部人才培养模式改革和开放教育试点教材

高等医学院校卫生事业管理专业教材

Jiankang Jiaoyu Yu

Jiankang Cujin

健康教育与健康促进

■ 主编：吕姿之

北京大学医学出版社

- 教育部人才培养模式改革和开放教育试点教材
- 高等医学院校卫生事业管理专业教材

健康教育与健康促进

(修订版)

主 编 吕姿之

编 委 (以姓氏笔画为序)

田本淳 米光明 吕姿之 钮文异 常 春

北京大学医学出版社

JIANKANG JIAOYU YU JIANKANG CUJIN

图书在版编目 (CIP) 数据

健康教育与健康促进/吕姿之主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2002. 6 (2007. 2 重印)

ISBN 978-7-81034-818-8

I. 健… II. 吕… III. 健康教育-医学院校-教材
IV. R193

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 013884 号

健康教育与健康促进

主 编: 吕姿之

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 齐 鑫 责任印制: 张京生

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 10 字数: 252 千字

版 次: 2002 年 6 月修订版 2007 年 1 月第 10 次印刷 印数: 49001 - 54000 册

书 号: ISBN 978-7-81034-818-8

定 价: 14.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

本书为适应中央广播电视大学卫生事业管理专业教学的需要，在第一版的基础上修订而成。

本书共分12章，第1~7章的内容是健康教育与健康促进概论、健康传播、健康心理、健康行为、健康教育与健康促进的计划设计、实施及评价；第8~11章介绍了人生三阶段、学校、社区、医院的健康教育与健康促进；最后一章是挑战与展望，阐述了当前健康教育与健康促进中的热点问题，拓展思路，以适应卫生事业管理者的需要。

本书参考了1993年由全国爱国卫生运动委员会办公室主持编写的《健康教育学》、《健康传播学》、《健康行为学》的核心内容，汲取近年来国内外健康教育与健康促进的新理论、新成就、新经验，着重突出了健康促进，拓展和更新了内容，同时力求理论联系实际。

健康教育与健康促进内容广泛，涉及医学科学和社会科学，而且近年来的发展日新月异。由于我们水平有限，经验不足，缺点和错误在所难免，恳请领导、同仁和广大师生批评指正。

本书由陈育德教授主审，宋文质、吴明、季成叶、胡佩诚、郭岩5位教授参加了第一版的编委工作，在此深表诚挚的谢意。

北京大学公卫学院社会医学与健康教育系孙昕霁同志在本书编写中做了大量工作，在此一并感谢。

吕姿之
2002.5

目 录

第一章 健康教育与健康促进概论	(1)	一、人际传播的概念	.....	(20)
第一节 健康教育	(2)	二、人际传播的特点	.....	(20)
一、健康教育的涵义	.....	三、人际传播在健康教育中		
二、健康教育的研究领域	.....	的应用	.....	(21)
三、健康教育的研究方法	.....	四、人际传播技巧	.....	(21)
第二节 健康教育的发展	(5)	第三节 大众传播	(23)	
一、中国健康教育发展概况	.....	一、大众传播的概念及特点	.....	(23)
二、国外健康教育发展概况	.....	二、大众传播常见障碍	.....	(27)
第三节 健康促进	(8)	第四节 影响健康传播效果的因素		
一、健康促进的涵义	.....	与对策	.....	(28)
二、健康促进的领域	.....	一、健康传播效果	.....	(28)
三、健康促进的基本特征	.....	二、影响健康传播效果的因素		
四、健康促进的核心策略——社会		与对策	.....	(29)
动员	.....	第三章 健康心理	(33)	
五、健康促进的发展	.....	第一节 健康心理的基本概念	(33)	
第四节 健康教育与健康促进的社会		一、健康心理的研究角度	.....	(33)
作用和任务	.....	二、健康心理的标准	.....	(34)
一、健康教育与健康促进的社会		三、健康心理的现状	.....	(34)
作用	.....	第二节 常见心理卫生问题	(35)	
二、健康教育与健康促进的任务	.....	一、情绪与健康	.....	(35)
第五节 健康教育与健康促进的相关		二、人格与健康	.....	(36)
学科	.....	三、人际关系与健康	.....	(38)
一、预防医学	.....	第三节 健康心理的咨询	(40)	
二、社会医学	.....	一、健康心理咨询的意义	.....	(40)
三、教育学	.....	二、心理咨询的方式	.....	(40)
四、健康传播学	.....	三、心理咨询的原则	.....	(41)
五、健康心理学	.....	四、心理咨询的手段	.....	(42)
六、健康行为学	.....	第四节 心理健康的促进	(42)	
第二章 健康传播	(16)	一、认识自己 悦纳自己	.....	(43)
第一节 传播概论	(16)	二、面对现实 适应环境	.....	(43)
一、信息、传播与健康传播	.....	三、结交知己 与人为善	.....	(44)
二、传播的分类	.....	四、挫折磨砺 积极进取	.....	(44)
三、传播结构与传播关系	.....	第四章 健康行为	(46)	
第二节 人际传播	(20)	第一节 行为概述	(46)	

一、行为的概念·····	(46)	第四节 确定计划目标·····	(69)
二、行为的分类·····	(46)	一、计划的总体目标·····	(69)
三、行为的形成和发展·····	(46)	二、计划的具体目标·····	(69)
四、行为形成和发展的		三、具体目标的分类制定·····	(69)
影响因素·····	(47)	第五节 制定教育策略·····	(70)
第二节 健康相关行为·····	(49)	一、确定目标人群·····	(70)
一、健康行为和健康相关行为·····	(49)	二、制定教育(干预)策略·····	(70)
二、促进健康行为·····	(49)	三、确定教育场所·····	(71)
三、危害健康行为·····	(50)	四、确定教育的框架结构·····	(72)
第三节 健康相关行为改变		五、确定教育活动和日程·····	(72)
的理论·····	(51)	六、确定组织网络与执行人员·····	(72)
一、知信行模式(KABP)·····	(51)	七、确定监测与评价计划·····	(72)
二、健康信念模式(HBM)·····	(53)	第六章 健康教育与健康促进计划	
第四节 健康相关行为干预·····	(53)	的实施·····	(74)
一、行为矫正的基本概念·····	(54)	第一节 制定实施时间表·····	(74)
二、目标行为的确定与分析·····	(55)	一、时间表的意义·····	(74)
三、行为矫正的技术和方法·····	(56)	二、时间表的制定与内容·····	(75)
第五节 团体健康相关行为·····	(57)	第二节 实施的质量控制·····	(76)
一、团体的概念和特点·····	(57)	一、质量控制的内容·····	(76)
二、团体健康相关行为·····	(58)	二、质量控制的方法·····	(77)
三、团体健康相关行为的干预策略		第三节 实施的组织机构·····	(78)
和方法·····	(58)	一、领导机构·····	(78)
四、卫生保健团体的健康		二、执行机构·····	(79)
促进作用·····	(59)	三、组织间的协调与合作·····	(79)
第五章 健康教育与健康促进的		四、政策支持·····	(79)
计划设计 ·····	(60)	第四节 实施人员与培训·····	(80)
第一节 计划设计概述及原则·····	(60)	一、实施人员的选定及其相关	
一、计划设计概述·····	(60)	知识技能·····	(80)
二、计划设计的原则·····	(60)	二、人员培训·····	(81)
第二节 计划设计的基本步骤·····	(61)	第五节 实施所需的健康教育材料	
一、社会诊断·····	(62)	及设备物件·····	(83)
二、流行病学诊断·····	(63)	一、健康教育材料·····	(83)
三、行为诊断·····	(64)	二、实施所需的设备物件·····	(85)
四、环境诊断·····	(64)	第七章 健康教育与健康促进计划	
五、教育诊断·····	(65)	的评价 ·····	(87)
六、管理与政策诊断·····	(66)	第一节 评价概述·····	(87)
第三节 明确优先项目·····	(67)	一、评价的性质·····	(87)
一、确定优先项目的基本原则·····	(67)	二、评价的目的与意义·····	(87)
二、问题树·····	(68)	第二节 评价的种类和内容·····	(88)

一、形成评价·····	(88)	健康促进·····	(106)
二、过程评价·····	(89)	一、人生保护阶段的健康需要	
三、效应评价·····	(91)	和健康促进目标·····	(106)
四、结局评价·····	(91)	二、预防慢性退行性病变的	
五、总结评价·····	(92)	健康教育·····	(107)
第三节 评价设计的方案·····	(92)	三、预防癌症健康教育·····	(107)
一、不设对照组的前后测试·····	(93)	四、更年期保健教育·····	(108)
二、简单时间系列设计·····	(93)	五、人生保护阶段的健康	
三、非等同比较组设计·····	(93)	教育策略·····	(108)
四、复合时间系列设计·····	(93)	六、人生保护阶段的健康	
五、实验研究·····	(94)	教育方法·····	(109)
第四节 影响评价的因素·····	(94)	第三节 晚年生活质量阶段的健康	
一、时间因素·····	(94)	教育与健康促进·····	(109)
二、测试或观察因素·····	(94)	一、晚年生活质量阶段的健康	
三、回归因素·····	(95)	需要与健康促进目标·····	(109)
四、选择因素·····	(95)	二、老年日常生活保健教育·····	(111)
五、失访·····	(95)	三、老年休闲活动健康教育·····	(111)
第五节 成本-效益分析与成本-效		四、老年心理调适健康指导·····	(112)
果分析·····	(96)	五、临终关怀与人生终结	
一、成本·····	(96)	(死亡)的教育·····	(113)
二、效益与效果·····	(97)	六、晚年生活质量阶段的健康	
三、货币的时间价值·····	(97)	教育策略·····	(113)
四、分析原理·····	(98)	七、晚年生活质量阶段的健康	
五、分析步骤·····	(99)	教育方法·····	(114)
第八章 人生三阶段的健康教育与		第九章 学校健康促进·····	(115)
健康促进·····	(101)	第一节 学校健康促进的涵义	
第一节 人生准备阶段的健康教育		及特征·····	(115)
与健康促进·····	(101)	一、学校健康促进的涵义·····	(115)
一、人生准备阶段的健康需要		二、学校健康促进的特征·····	(115)
和健康促进目标·····	(101)	第二节 学校健康促进的意义	
二、围生期优生保健教育·····	(101)	与任务·····	(116)
三、婴幼儿期保健教育·····	(102)	一、学校健康促进的意义·····	(116)
四、儿童期保健教育·····	(102)	二、学校健康促进的任务·····	(116)
五、青春期性教育·····	(103)	第三节 学校健康促进的实施	
六、人生准备阶段的健康		内容·····	(117)
教育策略·····	(104)	一、学校健康政策·····	(117)
七、人生准备阶段的健康		二、学校健康教育·····	(118)
教育方法·····	(105)	三、学校健康社会环境·····	(119)
第二节 人生保护阶段的健康教育与		四、社区关系·····	(120)

五、个人健康技能	(120)	形式与方法	(135)
六、学校卫生服务	(120)	第十一章 医院健康教育与健康	
第四节 学校健康促进的实施		促进	(137)
步骤	(120)	第一节 概述	(137)
一、转变观念	(120)	一、医院健康教育与健康促进	
二、建立学校健康促进领导和		的概念	(137)
工作机构	(120)	二、医院健康教育与健康促进	
三、制定学校健康促进计划	(121)	的意义	(138)
第五节 学校健康促进的效果		第二节 医院健康教育的形式	(139)
评价	(121)	一、医护人员教育	(139)
一、评价的原则	(121)	二、患者教育	(139)
二、评价内容及指标	(121)	三、社区卫生服务中的健康教育	
三、评价的方法	(122)	与健康促进	(141)
四、评价中应注意的问题	(123)	四、社会性宣传教育	(142)
第十章 社区健康教育与健康促进 ..	(124)	第三节 患者教育内容与程序	(142)
第一节 概述	(124)	一、患者教育的内容	(142)
一、社区	(124)	二、患者教育的程序	(143)
二、社区健康教育与健康促进 ..	(125)	第十二章 健康教育与健康促进的	
第二节 社区健康教育与健康促进		挑战与展望	(146)
策略	(125)	第一节 提高认识, 应对人口老龄	
一、社区组织与动员	(125)	化和不良生活方式带来的	
二、开发利用社区资源	(127)	健康挑战	(146)
三、健康信息传播	(128)	第二节 警惕新旧传染病对人民	
四、社会教育与培训	(129)	健康的威胁	(147)
第三节 城市社区健康教育与健康		第三节 适应形势发展, 满足群众	
促进	(130)	对心理卫生保健的需求 ..	(148)
一、城市社区健康教育与健康		第四节 依靠科技进步, 培养高	
促进的基本内容	(130)	质量人才	(148)
二、城市社区健康教育的主要		第五节 遵照生态 - 经济 - 文化 - 健	
形式与方法	(132)	康的整合原则, 推进健康教	
第四节 农村社区健康教育与		育与健康促进的持续发展	
健康促进	(133)	.....	(149)
一、农村社区健康教育与健康		主要参考文献	(151)
促进的基本内容	(134)		
二、农村社区健康教育的主要			

第一章 健康教育与健康促进概论

健康是人类生命存在的正常状态，是经济发展、社会进步、民族兴旺的保证。实现“人人享有卫生保健”是全人类共同的理想和目标。中国《宪法》明确规定：维护全体公民的健康，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。

健康是一个动态的概念。随着社会经济、科学技术及生活水平的变化，人类对健康内涵的认识不断深化。世界卫生组织（WHO）1948年在其《组织法》中提出的“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满状态”的三维健康观，可以说是人类在总结了近代医学成就的基础上，对健康认识的一次飞跃性进步。概括了时代的思潮流向，并把健康内涵拓展到一个新的认识境界。近年来有人主张把“道德健康”列入健康范畴，即从道德的观念出发，每个人不仅对个人健康负有责任，同时也对社会健康承担义务。在三维健康观的基础上，也有人把健康分为三个层次。第一层次（一级健康）是满足生存条件。其内容包括：①无饥寒、无病、无体弱，能精力充沛的生活和劳动，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。

对健康内涵的全面理解有助于指导健康教育与健康促进的实践。

人类的健康受各种因素的影响。自70年代加拿大学者从预防医学角度提出影响健康的行为和生活方式、环境、生物学和卫生服务四大因素以来，受到国内外学者的一致认可。

所谓行为和生活方式因素是指由于人们自身的不良行为和生活方式给个人、群体乃至社会的健康带来直接或间接的危害，它对机体具有潜袭性、累积性和广泛影响性的特点。不良行为和生活方式涉及范围十分广泛，如不合理饮食、吸烟、酗酒、久坐而不锻炼、性乱、吸毒、药物依赖、驾车与乘机不系安全带等（详见第4章）。有学者报告美国前10位死因疾病中，不良行为和生活方式在致病因素中占70%，中国占44.7%。美国通过30年的努力，使心血管疾病的死亡率下降50%，其中2/3是通过改善行为和生活方式而取得的。1992年国际心脏保健会议提出的维多利亚心脏保健宣言指出：健康的四大基石是合理的膳食、适量的运动、戒烟和限制饮酒、心理健康。可见，行为和生活方式对健康影响具有举足轻重的意义。

“环境”因素是指以人为主体的外部世界，包括自然环境和社会环境。自然环境是一生态系统，是人类赖以生存的物质基础。环境污染必然对人体健康造成危害，其危害机制比较复杂，一般具有浓度低、效应慢、周期长、范围大、人数多、后果重，以及多因素协同作用等特点。

社会环境包括政治、经济、文化、教育等诸多因素。疾病的发生和转化直接或间接的受社会因素的影响和制约，而且健康与社会发展的双向作用已被不少国家和地区的实践所证实。

卫生服务系指卫生机构和卫生专业人员为了防治疾病，增进健康，运用卫生资源和各种手段，有计划、有目的地向个人、群体和社会提供必要服务的活动过程。健全的医疗卫生机构，完备的服务网络，一定的卫生经济投入以及合理的卫生资源配置，均对人群健康有促进作用。相反，如果卫生服务和社会医疗保障体系存在缺陷，就不可能有效地防治居民的疾病，促进其健康。

四类因素中行为和生活方式因素正受到人们重视，行为干预将是促进健康的最强有力的措施之一，而以个人、群体的行为改变和环境改变为着眼点的健康教育与健康促进就成为全球第二次卫生革命中的核心策略。

第一节 健康教育

一、健康教育的涵义

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。

健康教育的教育活动是有计划、有组织、有系统和有评价的，它的核心是教育人们树立健康意识，养成良好的行为和生活方式。它与传统意义上的卫生宣传不同。卫生宣传是指卫生知识的单向传播，其受传对象比较泛化，不注意反馈信息和效果，往往带有“过分渲染”的色彩，常以生物医学模式的观念看问题。尽管卫生宣传也期望人们行为有所改变，但实践证明仅有卫生宣传难以达到行为改变的理想目的，卫生宣传的实际效果侧重于改变人们知识的结构和态度，是实现特定健康行为目标的一种重要手段。当然，在中国这样一个发展中国家，普及卫生知识的任务还相当繁重，卫生知识的传播活动仍需要不断加强，但它不是健康教育的全部内容，也不是健康教育活动的终结。健康教育的实质是一种干预（intervention），它提供人们行为改变所必须的知识、技术与服务（如免疫接种，定期体检）等，使人们在面临促进健康、疾病的预防、治疗、康复等各个层次的健康问题时，有能力作出行为抉择（making decision）。可以说，卫生宣传是健康教育的重要措施，而健康教育是整个卫生事业的组成部分，也是创造健康社会环境的“大卫生”系统工程的一部分。

总之，根据 1988 年第 13 届世界健康大会提出的新概念：健康教育是一门研究以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。它重点研究知识传播和行为改变的理论、规律和方法，以及社区教育的组织、规划和评价的理论与实践。它的理论依据和专业技术，主要来源于医学、社会学、心理学、行为科学、传播学、科普学、统计学、美学等学科。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，促进人类健康和提高生活质量。

二、健康教育的研究领域

健康教育的研究领域非常广泛，主要包括：

1. 按目标人群或场所分：

①城市社区健康教育；②农村社区健康教育；③学校健康教育；④职业人群健康教育；

⑤患者健康教育；⑥消费者健康教育；⑦与卫生有关行业（如饮食服务、食品卫生等）的健康教育。

2. 按教育目的或内容分：

①疾病防治的健康教育；②人生三阶段的健康教育；③营养健康教育；④环境保护的健康教育；⑤心理卫生教育；⑥生殖健康教育（包括性疾病、艾滋病、安全性行为等）；⑦安全教育；⑧控制吸烟酗酒和滥用药物（吸毒）的教育；⑨死亡教育。

3. 按业务技术或责任分：

①健康教育的行政管理；②健康教育的组织实施；③健康教育的计划设计；④健康教育人才培养；⑤健康教育的评价；⑥健康教育材料的制作与媒介开发；⑦社区开发的组织。

三、健康教育的研究方法

健康教育是一门新兴的交叉学科，它既有自然科学的特点，又有社会科学与人文科学的特点。因此，除应用预防医学中“卫生统计学”、“流行病学”的有关科研设计、资料整理和分析方法外，还要应用社会学的调查研究方法。同时，由于健康教育着眼于人们行为的改变，在研究和实践工作中要运用促使教育对象实现知、信、行转变的种种干预方法，这决定了健康教育的研究工作方法的多元性、综合性和特殊性。

1. 调查研究方法

(1) 描述性调查研究

描述性调查研究用于描述特定范围人群中的疾病（或健康事件）和特征（如知识、态度、信念、行为、生理指标、心理指标等）的发生和存在、频率、分布特点及变动趋势，并提供变动原因的线索。

(2) 分析性调查研究

①前瞻性调查。前瞻性调查是一种由原因到结果的调查。其基本原理是：为了研究某因素是否与健康或特征有关，可将同一范围的人群，按自然存在状况分为暴露某因素和不暴露某因素两组，然后对他们同样观察一定时期后，比较两组健康或特征的变异。如把健康教育看作一种因素，某一社区为健康教育组（暴露组），另一条件相似的社区作为对照组（非暴露组），观察教育干预后，比较两组人群知、信、行或疾病发生率等，如确有差异，即可认为教育干预与人群知行特征和疾病之间有因果关系。

②回顾性调查。回顾性调查是一种从结果到原因的调查。在一定时间内，选出一组有某种疾病（或某种行为）的人，再选出一组没有某种疾病（或某种行为）的人，回顾调查他们过去暴露于某种或某些因素的情况，如果两组的暴露比确有差别，即可以认为所研究的疾病（或行为）与暴露因素有关。例如调查吸烟和不吸烟的青少年其父母是否吸烟者，若吸烟青少年父母吸烟者显著高于不吸烟青少年父母，则可认为父母吸烟可能是影响青少年吸烟的因素。

(3) 社会调查研究

社会调查常用于健康教育需求评估及信息反馈。最常用的方法有问卷调查，开调查会，访谈（目标人群代表访谈，选择性人群访谈及个别访谈）以及观察等。除问卷调查属定量研究外，其余均为定性研究。现就目前最常用的几种方法简述如下：

①选题小组工作法（nominal group process）。常用于社会需求评估。选择6~8位熟悉本地区某事件（或疾病）发生发展情况的人组成一个小组（可以有若干小组），由经过组织

培训的主持人提出问题，如该地区目前主要的健康问题是什么？参加者不出声地酝酿各自的想法并写在挂图上，主持人把大家的意见编码（重复的划掉），每个人对自认为最重要的10项进行排序，主持人将各项分数分别相加，得分最高项目为最主要问题。

②专题小组讨论法（focus group discussion）。常用于收集目标人群较深层次的需求信息，如对某事件（或健康问题、行为）的态度、价值观念等，作为定量调查的补充。

③特尔菲法（专家反馈咨询法，Delphi technique）。将设计好的问卷寄给15~30名专家，要求在2周内就问卷中的内容按要求打分。如第一次问卷提出20个项目，要求参加者给每一项打分并从中选出最重要的数个（如4~5个）项目，按期寄回。将寄回的问卷每一项得分相加，按最终得分数次序排列，并附评语总结用于第2份问卷，如有必要可进行第3次问卷，不论进行若干次问卷，都应将最后一次结果反馈给各位专家。

④案例调查（case study）。调查社区实际发生的事件并写成案例报告，帮助人们学习和思考如何解决问题，并从案例中了解他人的成功和失误。

⑤观察法 常用于行为观察。观察行为产生的背景及其文化、经济、社会、环境等影响因素。观察法包括：参与性观察，即研究者直接参加研究人群的日常生活活动，通过观察，听取人们谈论及用各种方法提出问题，真实地获取调查所需资料；非参与性观察，即观察者不参与观察客体的活动，只是非公开的观察并记叙观察到的现象和事实。

2. 实验研究与准实验研究

(1) 实验研究

是经过精心设计的，用来检验各种健康教育与健康促进干预措施或对策效果的方法。将研究对象按随机化原则分为实验组与对照组，实验组采取某种措施，对照组不采取这种措施，然后对这两组人群用相同的方法随访观察相同的时期，测量并比较二组人群知识、信念、行为、发病情况等的变化，从而评价其措施效果。

(2) 准实验研究

方法类似实验研究，但实验组与对照组不是随机确定的，而是选择在主要因素方面相似的人群，人为确定一为实验组，一为对照组。此法在健康教育中较常用，如社区干预研究往往采用这一研究类型。

3. 教育干预方法

健康教育干预方法很多，大致可分信息传播、行为干预两大类。

(1) 信息传播

正确的信息是转变行为的基础。通过各种传播渠道和技术媒介传递健康信息，普及卫生保健知识，提高人民群众的健康意识和知识水平，引导人们采纳健康的行为。依据传者和被传者双方关系的不同，传播方式各异。最主要的信息传播方式是人际传播（如咨询、家访、讲课、小组讨论等）和大众传播（如报刊、广播、电影、电视等）两个方面。

(2) 行为干预

行为干预是实现健康教育计划目标的重要手段。通过具体指导和技能训练，帮助、促使受教育者实现特定行为的改变。如模拟、示范、案例研究、实际操作、个别指导、小组讨论、询问式学习以及各类以学习技能为主的培训等均属行为干预范畴。此外，一些行为矫正技术，如脱敏法、厌恶法、强化法等是行为干预的特殊而有效的形式。

第二节 健康教育的发展

随着科学的进步,社会的发展,人们的目光正在转向疾病的大预防。进入70年代以来,作为预防医学组成部分的健康教育在全球迅速发展,较完整的学科体系已初步形成。健康教育在卫生保健总体战略中的地位已受到全世界的关注。

一、中国健康教育发展概况

1. 新中国建立前的健康教育

20世纪20年代前,健康教育活动的分散的,属民间自发的活动。20年代后健康教育学科理论开始引进我国,到了30、40年代出现了健康教育理论与实践的活跃局面。1934年陈志潜编译的《健康教育原理》一书,是我国最早的健康教育专著。

学术团体和专业机构的出现是健康教育兴起的重要标志。继1916年中华医学会与中国博医会最早联合成立卫生教育联合会之后,1935年成立了中国卫生教育社,1936年成立中华健康教育学会,团结支持卫生事业的社会力量,对推动我国健康教育的发展发挥了积极作用。在专业机构方面,我国自1929年至1946年,有18个省、6个市成立卫生教育委员会,由教育和卫生部门联合主持。在研究及教学机构方面,1931年卫生部成立卫生实验处,内设卫生教育系。同年,中央大学教育学院设卫生教育科,培养四年制健康教育学士。1934年江苏医政学院(后改名为国立江苏医学院)设卫生教育科,学制二年。30至40年代两校先后培养了健康教育人才共92名,成为我国健康教育的骨干力量。

值得提出的是,从20世纪20年代开始,在全国城乡和学校建立了若干健康教育实验区取得了可喜的成果和经验,如陈志潜在河北省定县建立我国第一个农村卫生实验区,开展了大量的健康教育工作和实行一套农村卫生保健新模式。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,以卫生教育治弱的方针,对农民、小学生进行健康教育。定县的经验是对当今农村初级卫生保健和社区健康教育有价值的早期尝试。

总之,在30、40年代,中国许多学者在有关健康教育的概念、目标、任务、网络建设和人才培养等方面都作了一定的研究和探讨,取得一定的成果。但是由于旧中国政府的腐败,经济的落后以及帝国主义列强的入侵,不允许健康教育事业有生存和发展的空间,工作处于停滞状态。

2. 新中国成立后至70年代后期的健康教育

1950年,在第一届全国卫生会议上确定了“面向工农兵,预防为主,团结中西医”的卫生工作方针,并强调提出卫生工作者要把与疾病作斗争的方法教给人民,使人民懂得怎样做,并且自己动手去做,解决问题。动员广大人民群众自己向疾病、迷信、愚昧和不卫生习惯作斗争。尤其是建国初期全国掀起和发展了具有伟大历史意义的“爱国卫生运动”,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”的号召,极大地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基础 and 提供了经验。在“预防为主”的方针指引下,依靠党的政策和广大医务人员,组织发动全社会力量,宣传动员全国人民自觉行动起来,以及采用与当时发展水平相适应的技术,在短短几年内就取得了有效

控制天花、鼠疫、霍乱等多种烈性传染病以及性病、吸毒、新生儿破伤风等举世瞩目的成绩。尽管在当时没有“健康促进”这一名词，但实质上在建国之初，我国政府已经在当时这样一个人口众多、经济落后、疾病肆虐的国家按“健康促进”的原则实施卫生工作，并显示其强大的生命力。

在机构方面，根据卫生部的要求，50年代中后期全国有条件的省（自治区）、市都相继成立卫生教育所，城乡医疗卫生机构和各专业防治单位的健康教育也得到了加强和发展，并开展经常性的各种卫生宣传活动。50年代后期开始，由于错误指导思想的影响，工作进展缓慢，至70年代后期整个健康教育事业处于低潮时期。

3. 1978年以来的健康教育

1978年以来，健康教育得到了迅速的恢复和发展。尤其是进入90年代以来，拓展了新的服务领域，引进了新的工作模式，开展了科学研究，培养了新一代的专业队伍，取得了可喜的成果。

各级政府和有关部门对于健康教育在卫生改革与发展中的重要作用增加了共识，把引导人民建立科学、文明、健康的生活方式放在卫生工作的战略重点位置。至1997年全国城乡已有健康教育机构2654所；各行各业如军队、铁路、民航、劳动、冶金等部门都制定了健康教育目标；各级各类学校加强了对青少年人群的健康教育；农村健康教育围绕初级卫生保健提出了农民的卫生知识和卫生行为规范，9亿农民健康教育行动正在全国实施；城市在结合创建卫生城市，加强卫生基础设施的同时，强化了城市居民的卫生法规意识，建立健康生活方式已列入了市民文明公约或行为准则；各级工会、共青团、妇联及各类协会和社团组织均结合本身业务，开展健康教育工作；大众传媒参与健康教育活动，推动我国健康教育事业全面发展。

健康教育工作模式开始发生深刻的变化。我国健康教育模式已由过去单一的大众宣传逐步走向传播与教育并重，其工作目标正由以疾病为中心的卫生知识传播转变为行为危险因素干预；健康教育的目标人群正从疾病易感人群向着社区人群、社会全人群转变。

由于社会需求的增加和各种双边及多边国际合作项目的开展，健康教育的科学研究从无到有，研究领域面向实际，正在逐步扩展。如高血压防治的健康教育，母乳喂养的健康教育，预防艾滋病健康教育，控烟健康教育，营养改善计划的健康教育，妇幼健康教育等。尤其是社区慢性疾病健康教育的研究现已取得初步成效，如天津市城区居民脑卒中社区干预效果的研究显示：干预社区标化发病率、标化死亡率及病死率分别为214.52/10万、46.95/10万、21.88%，比非干预社区分别低26.45%、49.90%、31.65%。干预社区平均发病年龄、平均死亡年龄分别为68.4岁和72.2岁，较非干预社区分别推迟了6.0岁和7.6岁。

在健康教育人才培养方面。自80年代中期以来，全国部分高等医学院校和中等卫生专科学校，培养了一批具有硕士、本科、大专、中专学历的健康教育人才。健康教育学及其相关课程在部分高等医学院校已列为预防、医学、妇幼、护理等各专业的必修课和选修课。

1997年1月，中共中央国务院作出了关于卫生改革与发展的决定，指出：“健康教育是公民素质教育的重要内容，要高度重视健康教育”。全国爱卫会、卫生部根据《决定》的精神，制定了《中国健康教育2000年工作目标及2010年远景规划》。展望未来，我国健康教育事业一定能加速发展的步伐。然而，当前我们仍面临重大的挑战。随着工业化、城市化的速度加快，与生态环境、生活环境相关的问题日益突出；伴随物质文明发展，行为和生活方式对健康的危害更显重要；随着人口老龄化，老年人主要疾病——慢性非传染性疾病，如冠

心病、脑卒中、肿瘤的患病率预期会有较大幅度的增长。解决上述健康问题，要求决策者、广大群众乃至卫生工作者必须真正转变观念，理解和接受生物——心理——社会医学模式的指导意义，在继续防治传染病的同时，重视当前人们行为和生活方式的变化以及慢性非传染性疾病对人民健康的严重威胁；健康教育要彻底改变“宣传型”的运作模式，从理论与实践的结合上探求，提出一系列适合各类人群行为和环境干预的有效策略和方法，提高研究水平和工作质量，充分发挥健康教育在改善人民健康状况中的特殊作用。

二、国外健康教育发展概况

世界各国健康教育的发展离不开国际组织的指导和协调。WHO 在总部设有公共信息与健康教育司，在各地设有健康促进机构。WHO 多次组织世界卫生大会，通过有关健康教育决议，并明确地将“协助各国人民开展健康教育工作作为该组织的 14 项任务之一”。并与联合国儿童基金会，国际健康促进与健康教育联盟（国际性民间学术组织 International Union Of Health Promotion And Education, UHPE），联合国科教文组织和世界银行等机构合作，开展双边或多边的区域性交流和研究，并为发展中国家提供贷款。

健康教育在世界各国的发展是极不平衡的，发达国家起步较早，发展中国家起步较晚。发达国家虽然起步早些，但真正重视也是 70 年代以后的事。以美国为例，从 50 年代至 70 年代初，美国在临床诊断，治疗上都有很大进步，如开展心外科冠状动脉搭桥手术等。但在此期间，美国人的死亡率不再下降，基本维持在 9.3‰~9.7‰ 水平（图 1-1）。美国有关方面逐渐认识到，死亡率的大幅度降低首先是由于环境条件改善，其次才是抗生素或特效药的问世。进入 70 年代后，行为和生活方式渐被重视，结合死因分析和人群中的随访观察，更证明了行为生活方式的重要性。1972 年美国加州大学公共卫生学院院长赖斯特·布瑞斯洛（Lester Breslow）等调查研究发现，期望寿命和健康质量与 7 项行为有关。尔后其他学者研究也证明了这一点。

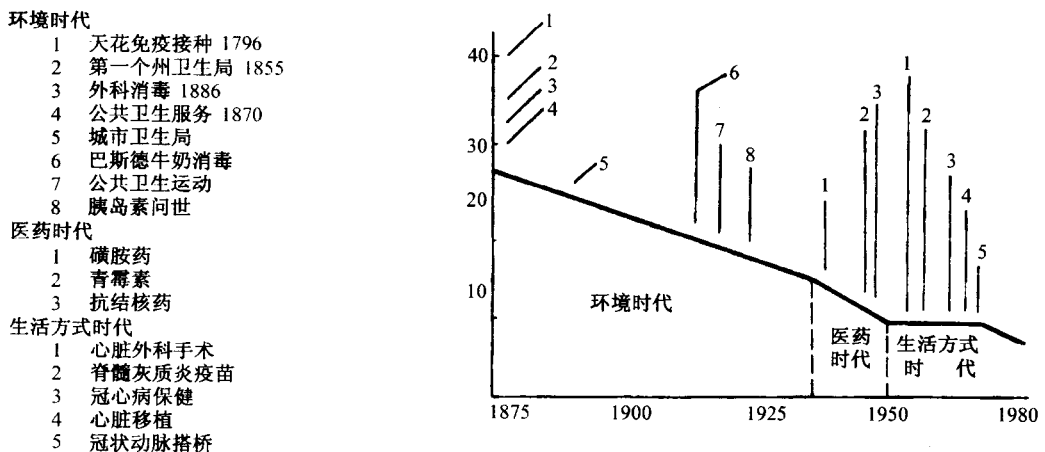


图 1-1 美国卫生世纪

1971 年美国设立健康教育总统委员会，并在联邦卫生福利部建立健康教育局，以及成立全国健康教育中心。1974 年美国国会又通过《美国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 年美国卫生署发表《健康人民》（Healthy people）的文件，宣告发动“美国历史上的第二次公共卫生革命”。指出：美国人民健康的进一

步改善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。通过健康教育和政策倡导、美国人民的生活方式改变，许多疾病的发病率和死亡率均明显下降。如 1963~1980 年，美国居民食用动物油下降 38%，植物油和鱼类消费增加 57.6% 和 22.6%，冠心病和脑血管病的死亡率分别下降近 40% 和 50%。国家还十分重视人才培养。据统计，在美国有近 300 所高校开设健康教育课程并授予健康教育学士学位，有 20 多所大学培养健康教育硕士、博士研究生，从而保证有高质量的专业人才充实专业队伍。

加拿大政府于 1974 年出版《加拿大人民健康的新前景》，首次把死亡与疾病归因于不健康行为和生活方式、环境、生物与卫生服务四大因素，阐明环境与生活方式是降低疾病患病率与死亡率，改善健康状况的有效途径，并制定提倡健康生活方式的行动计划。

欧洲许多国家如芬兰、瑞典、德国的健康教育在卫生保健中发挥了重要作用。芬兰北卡地区于 1972 年开始，针对该地区高血压、冠心病的高发病率，在全区实施从改变不健康生活方式入手的全方位健康教育干预计划，经过 15 年努力，取得明显成绩，总吸烟率从 52% 下降到 35%，吸烟量净下降 28%，血清胆固醇水平下降 11%，中年男性缺血性心脏病死亡率下降 38%。当今，北卡计划已成为通过健康教育与健康促进解决社区主要健康问题的成功范例。在欧洲其他国家，健康教育也被作为国家的优先项目和社会进步的标志之一，明确规定预防是卫生工作基本策略。英国于 1927 年成立全国健康教育委员会；德国最早在学校开展健康教育，1976 年成立健康教育协会，并将健康教育列为医学院校必修课；前苏联对健康教育十分重视，早在 20 年代初就曾强调“没有健康教育就没有苏联的保健事业”，各加盟共和国和地区都设有健康教育馆，协同各级医疗机构有计划地开展健康教育活动。

近年来，西太区一些国家的健康教育进展较快，不少国家已向健康促进迈进，如新加坡把健康教育计划纳入全国卫生规划，采取健康教育和健康促进策略来控制慢性病；澳大利亚在对健康教育和健康促进的人才培养方面有特色，取得不少成绩和经验，在维多利亚州，利用烟草税收开展健康促进活动，各国对此都表现出浓厚兴趣。其他如韩国、菲律宾、马来西亚等国在制定国家卫生政策、增设机构、确定重点人群等方面也都有一些新的举措。但总的说来，西太区的健康教育发展还不够充分和平衡。

综观世界的发展，70 年代开始认识到随着现代化带来的环境与人类行为方式的变化，生物学的手段在预防疾病、提高生活质量方面作用日显局限，因而引入行为危险因素的观点和行为改变的手段。然而，80 年代后期，人们注意到行为改变并非孤立的现象，它在很大程度上取决于社会与自然环境的制约，于是健康促进就成了健康教育深化和发展的必然趋势。

第三节 健康促进

一、健康促进的涵义

健康促进 (health promotion) 一词早在 20 年代已见于公共卫生文献，近 10 年来受到广泛重视。

由于健康促进在全球的迅速发展，其内容不断扩大，出现了许多不同的解释和理解，因此，有关健康促进的涵义目前尚在不断的发展和完善中。

世界卫生组织曾经给健康促进作以下定义：“健康促进是促进人们维护和提高他们自身

健康的过程，是协调人类与他们环境之间的战略，规定个人与社会对健康各自所负的责任”。美国健康教育学家格林（Lawrence·W·Green）指出：“健康促进是指一切能促使行为和生活条件向有益于健康改变的教育与环境支持的综合体”。其中环境包括社会的、政治的、经济的和自然的环境，而支持即指政策、立法、财政、组织、社会开发等各个系统。1995年WHO西太区办事处发表《健康新地平线》（New Horizons in Health）重要文献，指出“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。”健康促进的基本内涵包含了个人行为改变，政府行为（社会环境）改变两个方面，并重视发挥个人、家庭、社会的健康潜能。

二、健康促进的领域

1986年在首届国际健康促进大会通过的《渥太华宣言》中明确指出，健康促进涉及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有利于健康的选择。

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。

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. 发展个人技能

通过提供健康信息，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。学校、家庭、工作单位和社区都要帮助人们做到这一点。

5. 调整卫生服务方向

健康促进中的卫生服务的责任由个人、社会团体、卫生专业人员、卫生部门、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。

围绕健康促进领域，澳大利亚学者提出：健康促进具体应包括三个方面：①预防性健康保护（preventive health protection）——以政策，立法等社会措施保护个体免受环境因子伤害的措施；②预防性卫生服务（preventive health service）——提供预防疾病保护健康的各种支持和服务；③健康教育（见图1-2）。

三、健康促进的基本特征

1. 健康教育是以健康为中心的全民教育，它需要社会人群自觉参与，通过自身认知态度和价值观念的改变而自觉采取有益于健康的行为和生活方式。因此，从原则上讲，健康教育最适于那些有改变自身行为愿望的人群。而健康促进是在组织、政治、经济、法律上提供