



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

案例版™

供预防医学类、卫生管理类、临床医学类、护理、基础、口腔等专业用

健康教育学

第2版

主编 郑振全 王宏



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

案例版™

供预防医学类、卫生管理类、临床医学类、护理、基础、口腔等专业用

健康教育学

第2版

主 编 郑振俭 王 宏
副主编 马 莉 李荣梅 李 晶 巴特尔
编 委 (按姓氏拼音为序)

巴特尔	内蒙古医科大学	林 英	牡丹江医学院
曹建平	福建医科大学	马 莉	大连医科大学
关明杰	包头医学院	王 宏	重庆医科大学
韩 颖	山西医科大学	王丽敏	哈尔滨医科大学
江巧瑜	福建医科大学	薛 玲	华北理工大学
李 晶	济宁医学院	薛海峰	齐齐哈尔医学院
李 伟	潍坊医学院	杨 佳	首都医科大学
李荣梅	沈阳医学院	郑振俭	福建医科大学
李晓枫	大连医科大学	周 令	大连医科大学

科学出版社

北 京

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等医学院校的教育现状,提高医学教学质量,培养具有创新精神和创新能力的医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

健康教育学 / 郑振佺, 王宏主编. —2 版. —北京: 科学出版社, 2016.7

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-049380-4

I. ①健… II. ①郑… ②王… III. ①健康教育学-医学院校-教材
IV. ①R193

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 160922 号

责任编辑: 赵炜炜 胡治国 / 责任校对: 桂伟利

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

三河市航远印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 6 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2016 年 7 月第 二 版 印张: 25 1/2

2016 年 7 月第八次印刷 字数: 725 000

定价: 65.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

第2版前言

本书是为了适应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式，由科学出版社引进国外先进教学模式组织编写的国内首部《健康教育学（案例版）》第一版的基础上修改完善的教材。全书共十八章，分总论和各论两部分，总论部分六章，包括绪论、人类健康相关行为、健康传播理论、健康教育学研究方法、自我保健、健康教育基本工作方法及程序；各论部分十二章，主要包括社区、医院、工作场所、学校、家庭等不同场所的健康教育，高血压、糖尿病、恶性肿瘤等常见慢性非传染性疾病和传染性疾病的健康教育以及艾滋病、心理问题、控烟等重点健康问题的健康教育。全书编写注重创新性、适用性，反映了国内外相关领域的最新进展。本教材缩短了教学与实际工作的距离，调动了学生学习的积极性。它适用于不同年制预防医学、临床医学、护理学和卫生管理专业学生使用，能够满足教育部制定的教学大纲以及公共卫生执业医师资格考试的需求。本书可作为相关专业人员从事科研、教学和公共卫生专业人员、卫生管理人员、社区卫生服务工作者等开展健康教育活动的参考用书。本书还可作为社会公众开展家庭健康教育和提高自我保健能力的指导用书。

本书是在科学出版社的领导和编辑们策划与组织下完成的，在本教材的编写过程中，各位编委不仅贡献了多年的经验和智慧结晶，还为之耗费了大量时间和精力。在此对指导、关心、帮助、支持和参与本书的编写与出版的所有领导和同志们表示衷心的感谢！

郑振俭 王 宏
2016年5月

第 1 版前言

本书是为了适应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式，由科学出版社引进国外先进教学模式组织编写的国内首部案例版《健康教育学》教材。本教材组织我国 8 所多年从事“健康教育学”课程教学与研究的有经验的高等医药院校十几位教师参与编写。全书共 18 章，分总论和各论两篇，总论篇 6 章，包括绪论、人类健康相关行为、健康传播理论、健康教育学研究方法、自我保健、健康教育基本工作方法及程序；各论篇 12 章，主要包括社区、医院、学校、工作场所、家庭等不同场所的健康教育；常见慢性非传染性疾病和传染性疾病的健康教育以及重点健康问题的健康教育。全书编写注重创新性、适用性，反映了国内外相关领域的新进展。本教材以实际案例为切入点，缩短了教学与实际工作的距离，调动了学生学习的积极性。它适用于五年制预防医学、卫生管理、临床医学、护理学、基础医学、口腔医学等专业学生使用，能够满足教育部制定的教学大纲以及公共卫生执业医师资格考试的需求。本书可作为相关专业人员从事科研、教学和公共卫生专业人员、卫生管理人员、社区卫生服务工作者等开展健康教育活动的参考用书。本书还可作为社会公众开展家庭健康教育和提高自我保健能力的指导用书。

本书是在科学出版社的领导和编辑们策划与组织下完成的，在本教材的编写过程中，各位编委不仅贡献了多年的经验和智慧结晶，还为之耗费了大量时间和精力。在此对指导、关心、帮助、支持和参与本书的编写与出版的所有领导和同志们表示衷心的感谢！

郑振俭 霍建勋
2008 年 3 月

目 录

第一篇 总 论

第一章 绪论	1
第1节 健康与影响健康的相关因素	2
第2节 健康教育与健康促进概述	7
第3节 健康教育学的相关学科	16
第4节 健康教育者	19
第二章 健康相关行为	27
第1节 行为概述	27
第2节 人类行为的影响因素	31
第3节 健康相关行为	40
第4节 健康教育与行为改变	42
第三章 健康传播与传播技巧	54
第1节 人际交往的基本理论	55
第2节 人际传播及传播模式	58
第3节 健康传播及其影响因素	65
第4节 健康传播常用技巧	70
第四章 健康教育与自我保健	82
第1节 自我保健的概述	83
第2节 自我保健的意义	89
第3节 自我保健的内容与方式	91

第4节 健康教育对自我保健的重要作用	99
第五章 健康教育与健康促进的研究方法	102
第1节 健康教育与健康促进的干预方法	102
第2节 健康教育与健康促进效果评价方法	108
第3节 健康教育学研究课题的设计	113
第4节 健康教育学研究论文的撰写	119
第六章 健康教育与健康促进工作的基本过程	125
第1节 健康教育与健康促进工作计划设计	128
第2节 健康教育与健康促进工作计划的实施	136
第3节 健康教育与健康促进工作的效果评价	144

第二篇 各 论

第七章 社区健康教育	149
第1节 社区卫生服务与健康教育	150
第2节 城市社区健康教育	155
第3节 农村社区健康教育	160
第4节 社区健康教育的实施步骤及效果评价	165
第八章 医院健康教育	174
第1节 医学模式转变与医院功能多样化	175
第2节 医院健康教育的概念和意义	179
第3节 患者健康教育的内容与方法	183
第4节 医院健康教育的实施与评价	188
第九章 学校健康教育	195
第1节 学校与儿童青少年成长	195
第2节 学校健康教育活动的重要	

意义及发展趋势	198
第3节 学校健康教育的内容与方法	200
第4节 学校健康教育的实施步骤及效果评价	210
第十章 工作场所健康教育	214
第1节 工作场所与职业人群健康	214
第2节 工作场所健康教育的重要意义	218
第3节 职业人群健康教育的内容与方式	223
第4节 工作场所的健康教育的效果评价	229
第十一章 家庭健康教育	233
第1节 家庭概述	234
第2节 家庭与健康	238



第3节	不同家庭生活周期的健康教育·····	241	第2节	传染病的影响因素·····	321
第4节	家庭健康教育的实施步骤及效果评价·····	253	第3节	传染病的健康教育内容与方式·····	323
第十二章	高血压病的健康教育·····	256	第4节	传染病健康教育的实施步骤及效果评价·····	328
第1节	高血压病的行为危险因素·····	257	第十六章	性病、艾滋病的健康教育·····	333
第2节	高血压病的健康促进策略·····	261	第1节	性传播疾病概述·····	333
第3节	高血压病的健康促进计划·····	264	第2节	艾滋病·····	337
第4节	高血压健康促进规划及其评价·····	269	第3节	艾滋病健康教育的内容和原则·····	340
第十三章	糖尿病的健康教育·····	272	第4节	性病、艾滋病健康教育的具体实施及效果评价·····	345
第1节	糖尿病的概述·····	272	第十七章	心理问题的健康教育·····	350
第2节	糖尿病的影响因素·····	278	第1节	心理健康与心理问题·····	350
第3节	糖尿病的健康教育内容与方式·····	281	第2节	心理问题的影响因素·····	359
第4节	糖尿病健康教育的实施步骤及效果评价·····	285	第3节	心理问题的健康教育内容与方式·····	363
第十四章	恶性肿瘤的健康教育·····	291	第4节	心理问题健康教育的实施步骤及效果评价·····	370
第1节	恶性肿瘤的概述·····	291	第十八章	控制吸烟的健康教育·····	375
第2节	恶性肿瘤的危险因素·····	292	第1节	吸烟的健康危害·····	375
第3节	恶性肿瘤的健康教育内容与方式·····	299	第2节	吸烟行为及其影响因素·····	381
第4节	恶性肿瘤健康教育的实施步骤及效果评价·····	306	第3节	烟草控制措施·····	386
第十五章	传染病的健康教育·····	310	第4节	控烟健康教育·····	389
第1节	传染病概述·····	311	第5节	控制吸烟健康教育的实施步骤及效果评价·····	393
参考文献 ·····					398
中英文名词对照 ·····					400

第一篇 总论

第一章 绪论

案例 1-1: 我国健康教育人才培养现状

2013 年底, 全国(大陆地区) 3231 个行政区划中已设置健康教育机构的行政区数为 2679 个, 全国健康教育机构设置率为 82.92%; 其中, 省级机构设置率为 100%, 地市级机构设置率为 94.22%, 区县级机构设置率为 81.38%。独立机构 326 个(占 12.01%), 非独立机构 2389 个(占 87.99%)。全国共有健康教育编制人员 9092 名, 现有人员学历以本科最多, 占 40.52%, 硕士/博士学历只占 4.92%; 职称以初级和中级为主, 分别占 32.96%和 32.72%, 高级职称只占 11.74%; 人员专业构成以医学相关专业为主, 共占 61.62%, 其中预防医学专业居多, 占 27.23%, 其次是临床医学专业, 占 15.65%。平均每个机构专业技术人员参加健康教育理论和技能培训班 23.34 人次。

根据国家卫生部、爱国卫生运动委员会建议: 健康教育工作者应达到当地人口万分之一的编制, 全国应有 13 万健康教育工作者。《全民健康素养促进行动计划(2014~2020 年)》提出: 加强健康教育专业人员能力建设, 大力开展培训, 每三年轮训一次。优化人员结构, 到 2020 年, 省级健康教育专业机构本科学历以上专业人员比例达到 65%, 市级达到 50%, 县级达到 35%。

所以, 我国健康教育人才在数量、质量、结构、分布及人才资源的管理等方面, 远远不能满足人民群众日益增长的医疗保健知识需求, 更不能满足国际化发展的需要; 而且, 我国大多数高等医学院校还没有设立健康教育专业, 只以选修课或必修课的形式在部分专业开设“健康教育学”理论课, 健康教育作为重要的现代医疗卫生服务技能尚未受到普遍的关注与重视。

问题:

1. 你认为我国健康教育人才现状如何? 造成这种现状的原因有哪些?
2. 你认为作为医学院校的学生是否应该学习健康教育学课程?
3. 就上述我国的健康教育人才现状, 请提出相应的建议与对策。

在第十三届世界健康教育大会上, 健康教育被描述为: “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。”它注重研究知识传播和行为改变的理论、规律和方法, 以及组织、规划和评价的理论与实践。

健康教育作为一门学科, 或称健康教育学, 它是研究健康教育与健康促进的基本理论和方法的一门科学, 是医学与行为科学相结合的边缘学科。它是现代医学的重要组成部分, 而且贯穿于现代医学各个学科的实际中, 并配合它们实现维护和提高全体人群健康水平的宗旨。健康教育学研究领域非常广泛, 从不同角度分类可衍生特定的研究领域, 如按照场所及对应人群的不同可分为: 社区健康教育、学校健康教育、家庭健康教育、医院健康教育、职业场所健康教育等; 按照

特定疾病或健康问题的不同可分为：高血压的健康教育、糖尿病的健康教育、恶性肿瘤的健康教育、艾滋病的健康教育、传染病的健康教育、心理问题的健康教育、控制吸烟的健康教育等；按照业务技术或责任的不同可分为：健康教育的计划设计、健康教育的组织实施、健康教育的评价、健康教育的行政管理、健康教育人才培养等。

第 1 节 健康与影响健康的相关因素

一、健康的概念

在人类历史的相当长时间里，健康一直是相对于疾病而言，以往认为没有疾病，就是健康。直至 20 世纪中叶，世界卫生组织（WHO）成立时才提出三维的健康观，认为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好状态。现代健康观认为人与所有生物体一样都会生病，都要经历生长、老化、死亡的过程。因此，要把健康与疾病看作是人在躯体、心理、社会适应能力等多个“维度”上的一个连续的统一体或是分度尺，健康的成分与不健康的成分是共存的，疾病中包含有健康的因素，健康人也存在疾病的成分。绝对的健康意味着健康的完好状态，最差的健康意味着死亡，健康与疾病之间是一个连续变化的过程，这个过程构成了个体不同的健康状态。如图 1-1 所示，三条连接健康完好状态与死亡的连线代表人的躯体、心理和社会适应能力三个“维度”，健康是指在这些连线上的任何点，个体的健康状态在这“三维”上都在不断变化。“S”表示医学历史发展中，人们一直想寻找的判断健康与疾病的分界线，现在认为这个分界线越来越模糊，真正各维度都非常健康的人和非常不健康的严重疾病患者都很少，介于健康与疾病之间的人，或称为“亚健康”的人越来越多，有资料表明这类人在人群中占 70%~75%。

所谓亚健康状态，是指人的机体虽然无明显的疾病，但呈现出活力降低，适应力呈不同程度减退的一种状态，是由机体各系统的生理功能和代谢过程低下所导致，是介于健康与疾病之间的一种生理功能降低的状态。由于人们习惯上把健康称作是第一种状态，患病称为第二种状态，因此把这种非患病、非健康的中间状态又称为“第三状态”，也称灰色状态、病前状态、亚临床期、临床前期、潜病期等。

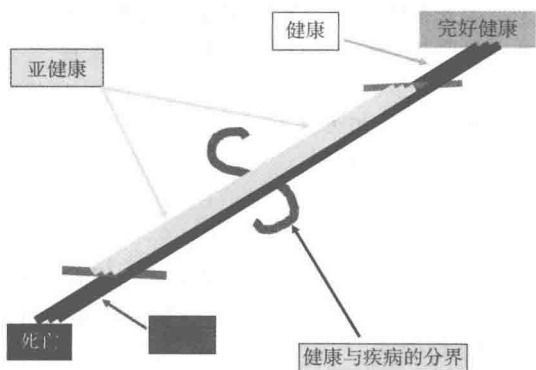


图 1-1 健康概念图

下面分别从不同维度描述健康的概念。

（一）生理（躯体）健康

确定躯体是否健康的主要测量途径有：医学模型、功能模型和躯体健康状况自测。医学模型认为躯体健康是没有躯体疾病的剩余部分，躯体疾病可以根据病人的症状、体格检查资料、实验室提供的信息来确定。功能模型主要用迁移、自理能力、执行角色的能力和残疾等内容测量躯体功能正常与否。躯体健康的自测是对躯体结构和功能状况的自测，反映个体的健康状况是否处于完好状态。世界卫生组织

最近把人体的躯体自测健康通俗概括为“五快”，即“吃得快”（胃口好、不挑食），“便得快”（大小便通畅），“睡得快”（不失眠、醒后精神饱满），“说得快”（说话流利、表达正确、思维敏捷），“走得快”（行动迅速、活动灵敏）。

（二）心理健康

现代医学所指的心理健康是指个体内心世界丰富充实与和谐安宁的状态，个体能够正确认识自己，及时调整自己的心态，使心理处于完好状态，以适应外界的变化。其内涵包括健康的情绪和情感、健康而坚定的意志、良好统一协调的行为和正常的智力。综合而言，衡量个体心理是否健康可用下列标准：

1. **智力正常** 智力是人的观察力、注意力、想象力、思维力和实践活动能力等的综合。智力正常是人正常生活最基本的心理条件，是心理健康的首要标准。
2. **情绪协调** 情绪稳定性好，具有调节控制自己的情绪以保持与周围环境动态平衡的能力。
3. **具备健康的意志品质** 即目的明确合理，自觉性高；善于分析情况，意志果断；既有现实目标的坚定性，又能克制干扰目标实现的愿望、动机、情绪和行为。
4. **人际关系和谐** 即乐于与人交往，在交往中保持独立而完整的人格，且积极态度多于消极态度；能客观评价别人，与人友好相处，乐于助人。
5. **能动地适应环境** 有积极的处世态度，社会适应自如，对社会现状有较清晰正确的认识。
6. **保持人格完整** 心理健康的最终目标是使人保持人格的完整性，培养健全人格。
7. **行为表现符合年龄特征** 心理健康者的心理行为特征经常与同年龄多数人相符合。
8. **有自知之明，生活的目标切合实际** 了解自己的行为动机与目的，并能对自己的能力做出适当的估计。
9. **心理活动与周围环境保持一致** 个人所从事的多为实际的、可能完成的工作，个人生活目的中宜含利己与利人两种成分。
10. **不背离社会行为规范** 了解自己所处的时代和环境对人的行为规范要求，并在大多数情况下遵守这些规范。

（三）社会健康

社会健康也称社会适应能力，是指个体生活在一定的社会环境中，需要承担一定的社会责任和义务，这就要求个体应该具备参与某些必要社会活动的的能力。一个完全健康的人不仅是自身客观上拥有健康，而且应该懂得基本的健康知识，具有追求健康的信念和意识，具备健康的生活方式，同时对他人和社会承担健康责任。从群体讲，就是营造一种健康文明的社会风尚，包括适应当前的社会生活方式、道德准则和行为规范等。

可按下列标准评价社会健康：

1. **社会功能良好** 能过着为社会贡献的生活，能与客观现实环境保持广泛接触，能顺应社会文化的进步趋势，勇于改造现实环境，以达到自我实现与对社会奉献的协调统一。
2. **积极劳动实践** 能够认识到自己的存在价值，积极参加力所能及的劳动实践，并获得一定程度的认可。
3. **基本生活有一定的保障** 除了基本的生存条件外，要有一定的职业和收入，满足社会经济需求。

（四）道德健康

道德健康是指能够按照社会道德行为规范准则约束自己，并支配自己的思想和行为，有辨别真与伪、善与恶、美与丑、荣与辱的是非观念和能力。

道德健康要求个体具备健康道德。健康道德是人们在保护和增进健康的实践中形成的道德思想、原则和规范的总和，主要内涵是完好健康的人应该是对自己的健康和对周围人的健康负责。它是调整人与人、人与自然、人与环境以及人与社会之间的关系，使之适应人类健康需要的行为准则与规范，它可以属于心理健康和社会健康的范畴。道德健康要求人们对健康的概念有正确全



面的认识,强调健康既是一项基本人权,又是每个人应尽的社会责任,每个人都应对自己的健康负责,珍惜健康,健康的真正主人是自己。健康道德要求如下:

- (1) 世界各国都应遵守健康道德,为人类健康服务。
- (2) 各国各级政府要努力维护人民的健康,树立健康道德观念,消除一切危害健康的因素。
- (3) 各行各业都应把健康道德作为其职业道德的重要内容,严格遵守。
- (4) 公共场所应把健康道德作为人们必须遵守的重要行为规范。
- (5) 每个家庭及其成员都应把健康道德视为自己的行为规范,并自觉执行。

二、健康观念的发展

人们对健康的理解与其所处的时代环境和外部条件密切相关。随着医学模式的转变和人类疾病谱的改变,人们对健康的认识也在不断发展。

在古代,人类由于对人体生命活动本质和规律的认识极为肤浅,加上受到宗教桎梏的束缚,对健康和疾病的判断全凭直觉,甚至认为健康是天神的赐予,疾病的发生是由于对天神有邪念,是鬼魔缠身,是犯有罪孽而受到的应有惩罚,那时人们把赎罪作为治疗疾病的主要手段。

在近代,随着医学科学的进步,解剖学、生理学、细胞病理学和生物化学等理论的形成以及各种理化检查项目的开展,人们开始从人体结构和功能方面认识健康,认为健康应该是:“人体各器官系统发育良好,体质健壮,功能正常,精力充沛,具有良好的劳动效能的状态。”并能用人体测量、体格检查和各种生理生化指标来衡量健康。但是,这种建立在人体生理功能基础上的“生物医学模式”的健康观忽视了人的心理性和社会性。

随着生物医学模式逐渐向生物-心理-社会医学模式转变,出现了将躯体、精神和社会统一起来的健康观。1948年4月7日WHO成立时提出健康新定义:“健康是躯体上、精神上和社会适应方面的完好状态,而不单是没有疾病或虚弱。”认为健康不仅是在生理上没有疾病、躯体健全和不虚弱,还应该是心理和精神方面的平衡状态,以及人与社会的良好适应。同时,世界卫生组织还从生理、心理、社会角度,提出了健康的参考标准:①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的紧张;②处事乐观,态度积极,敢于承担责任;③睡眠良好;④应变能力强,能适应环境的各种变化;⑤抵抗力强,能抵抗一般性感冒和传染病;⑥体重得当,身体匀称,站立时头、肩、臂位置协调;⑦眼睛明亮,反应锐敏,眼睑不发炎;⑧牙齿清洁,无空洞,无痛感,齿龈颜色正常,无出血现象;⑨头发有光泽;⑩肌肉、皮肤富有弹性,走路轻松。

此后,人们的健康观发展迅速,世界卫生组织在1978年阿拉木图世界卫生年会上重申:“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”。并提出多维健康观,健康被理解为是生物学、心理学和社会学的三维组合。从生物学角度看,个体是否健康主要是检查器官功能和各项指标是否正常;从心理、精神角度看,个体是否健康主要视其有无自我控制能力、能否正确对待外界影响、是否处于内心平衡的状态;从社会学角度看,个体是否健康主要视其社会适应性,包括是否养成良好的工作和生活习惯、能否建立良好的人际关系以及是否具备应付各种突发事件的能力。

1998年5月举行的WHO总会创建50周年纪念会上,WHO对健康宪章进行了修改,重新把健康定义为:“健康是身体、智力、精神和社会完好的一种不断变动的状态,而不是指没有患病或身体虚弱。”

三、健康的价值

健康是社会最珍贵的资源和财富,也是人类最基本的权益。健康是人人都需要的,它既是人



们的最低需要，也是人们的最高需要。通俗地说，健康不是一切，有了健康才有一切。

古希腊伟大的哲学家苏格拉底曾说过：“健康是人生最为可贵的。”人人希望健康，健康是人人都希望拥有的最大财富。健康的价值观可概括为：健康是人类社会存在和发展的基本条件，健康是一切财富中最宝贵的财富，一切需要中的第一需要，健康投资是一切经济、社会投资中社会效益最大的投资，健康是使人类生活体现价值的基本潜能之一。

从经济学角度分析，健康的价值是社会用于健康的资源消耗所换来的新价值以及使人们免于疾病痛苦和使民族优质定向繁衍的无形价值。下列是健康价值的表现形式。

（一）健康的物质价值

这是指国民生产总值和国民收入中健康投资所产生的价值和新价值。经济的发展需要人力资本作为坚实的后盾。投资健康，就是投资于未来的经济增长。健康是劳动生产力的基础，是学习能力的基础，也是智力、体力和情感发育能力的基础。对个人和家庭而言，健康是个人发展和获得经济保障的重要条件。从经济学角度看，健康和教育是人类资本的两大基石，也是个人经济生产力的基础。卫生工作在整个社会生活中的地位越来越高，影响越来越大。世界银行测算，过去40年世界经济增长的8%~10%归因于健康人群。

（二）健康的精神价值

一定的寿命、反应灵敏的头脑、良好的记忆力和思维能力是健康的表现，也是社会精神财富的必需条件。经济发展的目的是为了社会进步与发展，而只有当社会的进步与发展最终实现人的发展时，才算是真正的发展。随着人类社会的进步与发展，对人的发展提出了更高的要求，对人的生命质量及生活质量也有了高标准要求。人们把个人行为、个人健康作为一个国家、社会现代文明综合素质的一个表现。因此，在很多情况下，一个国家的人民健康状况成为衡量这个国家精神文明的标志。

（三）健康的社会幸福价值

健康是人类创造物质财富和精神财富的前提条件，健康也是保障人的生存质量和生活质量的条件。家庭成员的健康状况是家庭幸福的重要组成成分，社会成员的健康状况是社会和谐幸福价值的体现。

1981年5月第34届世界医学大会通过的《2000年人人健康全球策略》进一步提出：“健康是一项基本人权，是全世界的一项目标。”认为健康是人类最珍贵的财富，它既属于个人，又属于社会。健康问题不单是一种个体行为，更重要的是一种社会行为，健康不仅是个人的幸福，而且还是家庭欢乐、民族繁荣和国家昌盛的重要保证。

（四）健康保证人类自身进化

社会人口优质化需要采取措施促使人的优质基因的发展，阻断不良基因的传递和繁殖，使人类成为掌握自己命运的主人，这是优生优育，促进人类全面健康的价值表现。

四、影响健康的相关因素

生物-心理-社会医学模式表明，影响人群健康的因素可归纳为以下四个方面，如图1-2。

（一）生物遗传因素

1. 生物特征 人类是一种生物，必然遵循生物的基本规律，即“出生—生长发育—成熟—老化—死亡”的规律。在生命的不同阶段，健康状况有其阶段性特征，一般情况下，生命的早期比

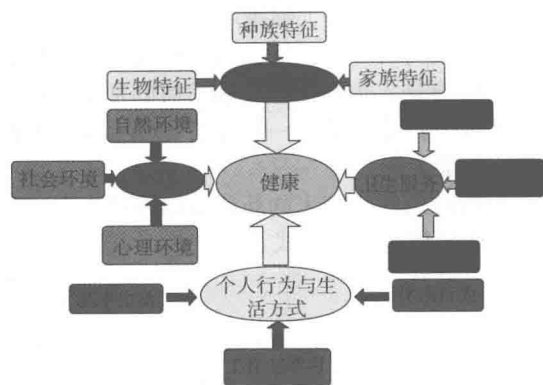


图 1-2 影响健康因素简图

遗传倾向性疾病，如糖尿病、近视眼等；还有家族遗传特征使个体对外界影响因素的敏感性表现出一定的差异等。

（二）环境因素

1. 自然环境因素 包括气候情况、空气质量、地理条件、水质、土壤和食物所含元素情况、磁场与射线等人类赖以生存的物质基础，是人类健康的根本。可以分为生物环境因素，包括动物、植物、微生物；化学环境因素，包括各种化学元素和化合物；物理环境因素，包括光、热、辐射等。各类环境因素均有对人类健康有利和有害两面性。

2. 社会环境因素 包括政治制度、社会稳定状况（战争或和平）、法律、教育、人口状况、经济状况、社区服务、人际关系、文化风俗等等。社会政治制度和稳定状况影响特定人群的健康相关的政策和资源保障状况；法律、法规影响人们健康权利的维护及保护健康的管理措施；人口和经济状况影响人们维持健康的生活条件，如居住条件、食品和饮水供应情况等；教育、文化风俗、社区服务、人际关系等影响人们的健康观念和维护健康的能力。

3. 心理环境因素 工作紧张、人际关系、生活压力等心理因素可直接或间接地影响健康，例如长期的心理紧张可能导致高血压，突然的情绪激动可能引发心脑血管疾病。

（三）医疗卫生服务因素

医疗卫生服务因素包括医疗卫生机构的布局、医疗卫生服务水平和质量、群众就医的方式、便利、费用、保障制度、医疗卫生保健方式以及开展社区卫生服务和健康教育与健康促进活动等。

1. 预防保健服务 推广预防接种、改善环境卫生和供应清洁用水以及减少职业有害因素引起的健康损害等预防保健服务，可大大降低急性传染性疾病的发病率和死亡率；三级预防服务和健康促进是有效降低慢性病对健康危害的主要措施。

2. 医疗服务 及时、有效的临床医疗服务是保证人们治疗疾病、恢复健康的重要手段，也是影响人们健康的重要因素。

3. 康复服务 现代康复服务是解决目前不可治愈性疾病的重要措施，是提高许多慢性非传染性疾病病人健康状况的主要影响因素。

（四）个人行为与生活方式因素

1. 基本行为 人们必需的生活行为及方式，如饮食的营养与习惯、居住条件、穿衣条件与习惯、交通条件与习惯、休息与睡眠习惯等都是影响人们健康的基本因素。

2. 工作与学习行为方式 工作与学习是绝大多数人都要经历的过程，工作学习条件与环境以及工作学习行为，如努力程度、工作学习压力等，都是影响人们健康的重要因素。

较脆弱，容易受外界有害因素的损害；在生命的成熟阶段比较强壮，健康状态较好；到了生命的老化时期，健康状态又逐渐变差，最后难以避免地走向死亡。人类的生物特征受到复杂的机体内部系统的调控。

2. 种族特征 人类在遗传基因和长期环境作用下，形成了不同的种族，不同的种族呈现出不同的健康特征，有的种族容易得一些疾病，有的种族具有抵抗某些疾病的遗传特质。

3. 家族特征 人类的不同家族遗传特征使得人们具有明显的个体差异，在健康方面可表现为遗传性疾病，如血友病、白化病等；有

3. 休闲行为 除了上述基本行为与工作学习行为,人类的其他行为与习惯都可认为是休闲行为或业余活动行为及方式,如吸烟、饮酒、体育活动、娱乐方式、社会交往等都被研究证明是越来越重要的人体的健康影响因素。

科学研究表明,在上述影响健康的诸多因素中,人类所患疾病的45%与个人行为与生活方式有关,而死亡的因素中有60%跟个人与生活方式有关。在美国,不健康个人行为与生活方式占总死因的48.9%,在我国占37.3%,这说明人类的行为因素对自身健康的影响极大。通过有效的健康教育与健康促进措施可以使大多数个人行为与生活方式向有利于健康的方向转变。

第2节 健康教育与健康促进概述

一、健康教育与健康促进的概念与发展

(一) 健康教育与健康促进的概念

1. 健康教育的概念 健康教育(health education)是指通过有计划、有组织、有评价的社会和教育活动,促使人们自觉地采纳有益健康的行为和生活方式,消除或减轻影响健康的危险因素,以达到预防疾病、促进健康和提高生活质量的目的。

健康教育的实质是一种有计划、有组织、有评价的社会和教育活动,其核心是通过信息传播和行为干预等方式帮助人们形成有益于健康的行为和生活方式,其目的和重点是改变不良行为,降低或消除影响健康的危险因素,从而预防疾病的发生,促进健康水平和生活质量的提高。健康教育的职能是改善健康知识、技能和行为,维护健康。行为改善是健康教育的目标职能,增加知识或提高技能水平是为了促进行为的改善。行为改善与否的标准是健康危险因素是否降低或消除。

健康教育活动可以是社会活动,也可以是教育活动,但必须是针对不同健康教育项目的教育对象的情况,采取有计划、有组织、有评价的社会和教育活动。所以真正的健康教育应该是有完整的计划,有具体的组织设施步骤,有掌握是否达到健康教育目的的评价手段的项目活动。

健康教育的社会活动主要是争取领导和社会支持,逐步形成健康促进的氛围,充分发动群众的广泛参与,唤起群众同自身不健康、不科学的行为作斗争。

健康教育的教育活动是按一定的目的要求,对受教育者施以影响的有计划的教育活动,其形式有学校的教学和非学校的教育、培训与行为干预等。

2. 健康促进的概念 WHO的定义:“健康促进(health promotion)是促进人们维护和提高他们自身健康的过程,是协调人类与环境之间的战略,规定个人与社会对健康各自所负有的责任。”其基本内涵包括个人行为改变、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。

美国健康教育学家劳伦斯·格林(Lawrence W. Green)的定义:“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、政治、经济和自然环境,而支持是指政策、立法、财政、组织、社会开发等各个系统。

我国学者结合我国的实践经验和文化背景,把健康促进定义为“充分利用行政手段,广泛动员和协调个人、家庭、社区及社会各相关部门履行各自对健康的责任,共同维护和促进健康的一种社会行为。”健康促进以健康教育为基础,但与健康教育相比更侧重社会性,着重于发挥社会功能。

(二) 卫生宣教、健康教育与健康促进三者的关系

人们常常把健康教育、健康促进与卫生宣教等同看待。其实,健康教育、健康促进与卫生宣



教有着重要的区别。卫生宣教、健康教育、健康促进是健康教育发展过程的三个阶段。它们的关系是：后者包容前者，后者是前者的发展。用类似公式可把三者描述为：

$$\begin{aligned} \text{卫生宣教} &= \text{卫生知识普及} + \text{宣传鼓动} \\ \text{健康教育} &= \text{知}(\text{知识}) + \text{信}(\text{信念}) + \text{行}(\text{行为}) \\ \text{健康促进} &= \text{健康教育} + \text{社会支持} \end{aligned}$$

1. 卫生宣教 卫生宣教主要是指卫生宣教机构或工作人员利用宣传栏、宣传单和现代媒体，把医疗卫生保健知识传播给广大群众的工作。它重在卫生知识的传播，尽管卫生宣教也希望人们改变不利于健康的行为，但由于其相对忽视信息反馈和效果评价，实践证明单纯的卫生宣教难以达到改变行为的目的。当前卫生宣教多作为健康教育的一种重要手段被广泛应用。卫生宣教的主要特征是宣传对象广泛，目标定位以知为主，信息传播形式多为大众化的单向传播，对是否产生行为改变并不清楚。

2. 健康教育 健康教育是在卫生宣教的基础上发展起来的，在教育对象上更注重针对性，强调信与行，强调教育效果。健康教育的着眼点是促进个人或群体改变不良的行为与生活方式。行为改变、养成有利于健康的习惯和生活方式是健康教育的重要基础。健康教育的基本特征如下：

(1) 健康教育追求的是使教育对象实现知识、观念和行为改变的统一，其核心是提倡有益健康的行为生活方式。知、信、行是表述健康教育最基本内涵的“三字经”，这三者的关系表现为：知是基础，信是动力，行是目标。追求三者的统一，是健康教育与卫生宣教的根本区别。

(2) 健康教育活动是从计划、实施到评价的一个完整的工作过程。其关键是针对特定人群中需优先解决的健康问题，提出预期的目标和相应的健康教育策略与方法，并对活动实施的效果做出科学、客观的评价。

(3) 健康教育的基本策略是信息传播、行为干预和社区组织。因此，健康教育不仅是教育活动，而且是社会活动，需要全社会的参与和支持。

3. 健康促进 健康促进是指以健康教育、组织立法、政策和经济等综合手段对健康有害的行为和生活方式进行干预，创造良好的社会和生态环境，以促进人类的健康。经过了几十年的发展，健康促进已显现出如下基本特征：

(1) 健康促进对行为的改变作用比较持久，有时带有一定的约束性。健康促进不仅仅强调通过教育来增加个人技能，改变不利于健康的行为生活方式，而且强调政策、立法对于创造支持性环境和规范、约束人们行为的作用，在兼顾改变内、外因素的情况导致的行为改变更具有可持续性。

(2) 健康促进涉及整个人群和人们社会生活的各个方面。健康促进旨在全面改善和增进整个国民健康，而不仅限于某一部分人群或仅针对某一疾病的危险因素。

(3) 健康促进强调疾病三级预防中的一级预防甚至更早阶段。在健康促进中，不仅要改变人们不利于健康的行为生活方式，减少和消除对健康不利的各种危险因素，实现一级预防，而且还要帮助人们建立有益于健康的行为生活方式，全面增进健康素质，促进健康。

(4) 健康教育是健康促进的先导和基础。健康教育以信息传播和行为干预为主要手段，而健康教育如不向健康促进发展，其作用就会受到极大限制。

(5) 健康促进不仅涵盖了健康教育信息传播和行为干预的内容，同时强调行为改变所需的组织支持、政策支持、经济支持等环境改变的各项策略。因此，在行为改变过程中，健康教育比较强调自愿，而健康促进则带有约束性。

综上所述，卫生宣教是健康教育的重要手段。健康教育是卫生宣教在内容上的深化，范围上的拓展和功能上的扩充。健康教育必须以健康促进战略思想为指导和支持，通过健康教育改变个体、群体的认识水平，使其采纳有益于健康行为的建议，同时还须借助健康促进中政策、资源、环境等提供的支持，最终促进人们行为生活方式的改变。健康促进需要健康教育和卫生宣教来推动和落实，即通过传播与教育活动，促进各部门对健康教育的关注与参与，促进政策制定者、社

会领导群体观念与行为的改变,实现对健康相关事业与活动的支持。从这个意义上讲,健康教育是健康促进的基础,健康促进是健康教育的保证。因此,为了强化概念,二者经常被一起提到称之为“健康教育与健康促进”。当前世界范围内的健康教育与健康促进均在不断地发展,有关它的内涵、特征、研究领域等诸多问题正处于不断地探讨、发展和完善之中。

二、健康教育与健康促进的发展

(一) 世界健康教育与健康促进的发展

1. 健康促进概念的提出 20世纪70年代前,健康教育的任务是对人群进行健康信息的传播。在美国,卫生教育曾作为公立学校体育课的一部分而开始实施,前苏联在1920年开设了健康教育馆,WHO于20世纪60年代初设立了健康教育部门,这些实践都仅停留在一个以传播健康信息为基础的阶段,即卫生宣教阶段。第二次世界大战结束后,健康教育由欧洲学校卫生教育,逐步发展成为社会各种人群的卫生知识补偿教育,后者是借助传播的手段和采取一系列有计划、有目的的健康教育活动来改变人群的不良行为和生活方式,并巩固传播和教育(行为干预)的效果。此后,人们注意到行为与生活方式的改善很大程度上取决于社会与自然环境因素的制约,由此产生了一种新的概念——健康促进。1979年美国卫生总署关于健康促进和疾病预防的报告——《健康的人民》的发布,标志着健康促进的开始。

2. 八次全球健康促进大会 全球健康促进大会是由世界卫生组织发起、健康促进领域最高级别的官方会议,旨在通过发展健康促进理论和实践,改善各国人民的健康和健康公平。大会每隔3-4年召开一次,从1986年到2013年,WHO组织召开了八次世界(全球)健康促进大会,每次大会都标志着相应时期健康促进的发展。

1986年,在加拿大渥太华举行第一届世界健康促进大会,并在发表的《渥太华宪章》中指出:“健康的必要条件和前景不可能仅由卫生部门承诺,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、地区行政机关、工矿企业和新闻媒体部门。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。”并明确指出了健康促进的行动领域:①制定能促进健康的公共政策:通过有效地促进、影响行政领导和决策层,以制定足以促进健康的各项政策,并要求非卫生部门参与健康促进的决策,实行广泛的部门合作,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;②创造支持的环境:创造安全的、满意的和愉快的生活和工作的社会环境和自然环境;③加强社区的行动:充分发挥社区力量,使其积极有效地参与卫生保健计划的制订和执行,同时,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,开展认知教育和保健技能培训,帮助人们树立健康观念和提高作出健康行为选择的能力;⑤促进调整卫生服务方向:通过多部门的协作和社区的参与,对卫生服务项目进行优化选择,把卫生服务的重点从医疗服务调整到预防保健和健康促进方面来。

1988年,在澳大利亚的阿德莱德召开第二届世界健康促进大会,通过会议大家达成共识,对健康的公共政策行动提出以下建议:健康的公共政策的特点是明确所有政策领域必须考虑到健康和平等,并对健康负有责任。健康公共政策的主要目的是创造支持性环境以使人们能够健康地生活。健康公共政策应使民众对健康有选择权和较容易达到,并创造增进健康的社会环境和自然环境。为达到这一境界,农业、贸易、教育、工业、交通等有关政府部门有必要把健康作为政策形成过程中的重要因素加以研究。这些政府部门应对他们制订的政策决定所带来的健康后果负责。他们应对健康和经济给予同等重视。

1991年,在瑞典的松兹瓦尔召开了第三届世界健康促进大会。《松兹瓦尔宣言》把健康和环



境两大主题紧密联系起来，会议号召全世界的人民积极行动起来，创造一种对健康更为支持的环境，并指出了四种关键性的公共卫生行动策略，以促进在社区水平创建的支持性环境：①通过社会活动，特别是通过妇女组织活动加强对纲领的拥护；②通过教育和授权，使社区和个人采取有利于他们自己健康和环境的行动；③建立健康和支持环境的联盟，加强卫生和环境部门在开展运动和实行动策略上的协调；④为了保证创建健康支持环境中的平等性，协调社会各部门的利益冲突。

1997年，在印度尼西亚的雅加达举行了第四届健康促进大会，主题是“新时期的新角色：将健康促进带进21世纪”，并发表了《雅加达宣言》，确定在21世纪为达到促进健康这个目标所需的策略和指导方向：①提高社会对健康的责任感；②增加健康发展的投入；③巩固和发展有利于健康的合作关系；④增强社区能力建设；⑤保证健康促进的基础设施；⑥行动起来，建立全球健康促进联盟。

2000年，在墨西哥召开了第五届世界健康促进大会，主题是健康促进——建立公平的桥梁，目的是展示健康促进如何改善人们的健康状况和生活质量，尤其是那些生存环境较为恶劣的脆弱人群；在国际、国家和发展地区的发展议程中，把健康促进置于优先地位；促进社会不同部门及各个阶层间建立密切的合作关系。同时提出了面向21世纪健康促进的6个技术性的优先领域：①强化健康促进的证据；②强调社会对健康的责任；③加强社区和个人的能力建设；④增加健康促进的投入；⑤发展健康促进工作的基础体系；⑥重新调整卫生系统和卫生服务。

2005年，在泰国曼谷召开了第六届世界健康促进大会，并在大会通过的《健康促进曼谷宪章》中号召人们承诺：①使促进健康列为全球发展议程的中心地位；②使促进健康作为所有政府部门的基本责任；③使促进健康作为社区和民间社会的重要关注点；④使促进健康成为一项良好合作实践的要求。从而达到健康为人的目标。

2009年，在肯尼亚内罗毕召开了第七届全球健康促进大会，本次会议的相关主题为：①社区权力；②健康知识和健康行为；③加强卫生系统；④伙伴关系和跨部门行动；⑤能力建设促进健康。

2013年，在芬兰赫尔辛基召开了第八届全球健康促进大会，中心议题是“将卫生纳入所有政策”，重点是讨论如何开展落实工作。会议共有六项议题：①促进交流经验教训，指导如何建立有效机制以推动采取跨部门行动；②审查如何消除障碍和开展能力建设，以便将卫生纳入所有政策；③确定可以利用何种机会，通过将卫生纳入所有政策，落实健康问题社会决定因素委员会提出的各项建议；④阐明并审查为了将卫生纳入所有政策而进行投资的经济、发展和社会因素；⑤阐述健康促进工作对重振和改革初级卫生保健服务的贡献；⑥审查自渥太华会议以来健康促进工作产生的积极影响以及取得的进展和成就。

（二）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，健康教育理论开始引进我国。我国西医界人士曾组织开展一些卫生宣教活动，但这些活动是分散的、自发的民间活动。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。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年中央大学设立“卫生教育科”，并提供学士学位。1951年，国家卫生部设立卫生宣传处，作为领导全国健康教育和宣传工作的职能机构。1959年，上海成立卫生教育馆。1986年中国健康教育研究所正式建立，标志着一个比较完整的健康教育组织体系的形成。到20世纪90年代，全国有省级健康教育所26个，市地级健康教育所150多个。2002年各级健康教育专业机构与同级其他预防医学、公共卫生机构组成疾病预防控制中心，使健康教育与疾病预防和健康促进其他方面的工作机构整合为一体，健康教育事业得到迅速发展。

1924年我国最早的健康教育期刊《卫生》创刊。1931年，《健康》（《健康报》的前身）在江西瑞金创刊。1936年“中华健康教育学会”在南京成立。1979年7月《健康报》复刊出版。1982年《上海大众卫生报》从原来的《卫生宣传》小报发展成为全国大量发行的群众健康教育刊物。