

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

复旦博学·公共卫生与预防医学系列 复旦博学·公共卫生与预防医学系列 复旦博学·公共卫生与预防医学系列



Gonggong Weisheng yu Yufang Yixue

公共卫生与预防医学系列

健康教育学 (第4版)

● 主编 黄敬亨

复旦大学出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

复旦博学·公共卫生与预防医学系列 复旦博学·公共卫生与预防医学系列 复旦博学·公共卫生与预防医学系列



Gonggong Weisheng yu Yufang Xue

公共卫生与预防医学系列

健康教育学

(第4版)

● 主编 黄敬亨

復旦大學 出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康教育学/黄敬亨主编.—4版.—上海:复旦大学出版社,
2003.2(2006.7重印)
(博学·公共卫生系列)
ISBN 7-309-03529-1

I. 健… II. 黄… III. 健康教育学 IV. R193

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第006558号

健康教育学(第4版)

主编 黄敬亨

出版发行 **复旦大学出版社** 上海市国权路579号 邮编 200433
86-21-65642857(门市零售)
86-21-65118853(团体订购) 86-21-65109143(外埠邮购)
fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

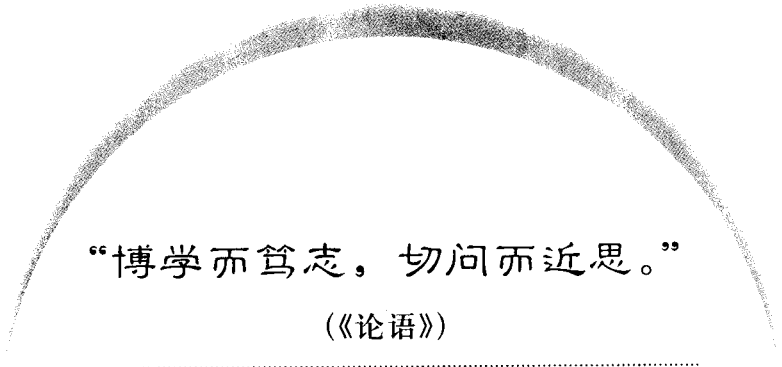
责任编辑 魏 岚
总 编 辑 高若海
出 品 人 贺圣遂

印 刷 同济大学印刷厂
开 本 787×1092 1/16
印 张 23.5
字 数 571千
版 次 2006年7月第四版第六次印刷
印 数 22 201—26 300

书 号 ISBN 7-309-03529-1/R·766
定 价 39.00元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究



“博学而笃志，切问而近思。”

(《论语》)

博晓古今，可立一家之说；
学贯中西，或成经国之才。

主编简介

黄敬亨 男，1935年11月出生于福建省闽清县，1957年毕业于上海第一医学院（后更名为上海医科大学，其后与复旦大学合并）公共卫生学院。毕业后留校任教，从事流行病学教学与科研工作。

1986年，全国爱国卫生运动委员会和卫生部委托上海医科大学筹建新专业——健康教育学，作者参与筹建工作并担任该教研室主任，教授。1987年3月~1988年9月作为访问学者访问美国健康基金会，得克萨斯州大学健康促进、研究和发展中心及加州大学洛杉矶分校(UCLA)。1996年应澳大利亚维多利亚健康促进基金会的邀请，受国家卫生部派遣，访澳3个月。曾任中国健康教育协会副会长、上海市健康教育学会副主任委员、卫生部性病专家咨询委员会委员、《中国健康教育》杂志副主编及常务编委。

主编高等医药院校教材《健康教育学》、全国高等教育自学考试教材《健康教育学》及辅导教材。主译《健康促进规划设计》、《卫生研究方法学》等10余本教材和教学参考书。编导教学影视《国境卫生检疫》等3部。发表科学论文50余篇。入录英国剑桥大学《世界名人录》——20世纪杰出人物。享受国务院颁发的特殊津贴。

内 容 提 要

本书共有22章。第1章介绍健康教育与健康促进的概念、内涵及其发展。第2章介绍健康教育与健康促进的工作方法——组织与管理。第3~5章介绍健康教育的相关学科——行为、传播、评价指标。第6~9章介绍健康促进的规划设计、执行、评价和成本-效益、成本-效果。第10~16章介绍不同场所与人群（社区、学校、医院、军队、生殖、职业、老年人）的健康促进工作。第17~21章通过慢性病防制、危险因素调查以及高血压、吸烟、获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）的预防和控制等具体例子，阐述健康教育与健康促进在慢性病和急性病的控制、危险因素干预方面的重要作用。第22章介绍突发事件的健康促进。

主 编 黄敬亨

编著者(以姓氏笔画为序)

- 王书梅 复旦大学儿少卫生学教研室副主任 副教授
石 凯 第三军医大学健康教育教研室主任 副教授
邢育健 苏州市原爱国卫生运动办公室主任 教授
吕姿之 北京大学原健康教育教研室主任 教授
乔 磊 WHO 城市卫生发展合作中心 副教授
夏 毅 上海市人口和计划生育委员会副主任 教授
梁浩材 中山大学原社会医学教研室主任 教授
黄敬亨 复旦大学原健康教育教研室主任 教授
龚幼龙 复旦大学原社会医学教研室主任 教授
程茂金 华中科技大学同济医学院公共卫生学院院长 教授
程晓明 复旦大学卫生经济学教研室主任 教授
傅 华 复旦大学预防医学教研室主任 教授

前 言

近 20 年来,健康教育与健康促进的理念、策略、原则、方法和实践都取得了极大的发展。1986 年,第 1 届全球健康促进大会发表的《渥太华宪章》提出新的公共卫生理念,以及全球发展的健康城市的战略,其核心就是健康促进。健康促进的内涵是坚持以人为本,以健康为中心,从社会、经济、环境全方位解决健康问题。健康促进已不仅仅是卫生部门的责任,而是全社会共同的责任。WHO 指出:健康促进是公共卫生的核心功能,它对于传染性疾病、非传染性疾病以及其他威胁人民健康的因素同样有效;对于促进健康和人类发展是有效的投资;也有助于消除健康和性别的不平等现象。WHO 同时确认健康促进是全球和国家发展的核心。1997 年,第 4 届全球健康促进大会发表的《雅加达宣言》进一步确立了 21 世纪健康促进的优先地位。2001 年,第 5 届健康促进大会发表的《卫生部长宣言——从认识到行动》再次呼吁:地区、国家和国际的卫生政策及规划要把健康促进摆在首要位置。第 54 届世界卫生大会进一步提出“支持以证据为基础的健康促进活动,把健康促进列为世界卫生组织的最优先重点之一”。2005 年 8 月,在泰国首都曼谷召开了第 6 届全球健康促进大会,发表了《曼谷宪章》,对健康促进做了 4 方面的承诺:①确保健康促进作为全球发展议程的中心;②健康促进是各级政府的核心责任;③健康促进是社区和社会团体的重点工作;④健康促进需要良好的共同实践。指出面对这些承诺需要运用已经证实的有效策略,同时还要应用新的切入点和创新的手段。世界卫生组织已把健康教育与健康促进列为当前预防和控制疾病的三大措施之一;列为 21 世纪前 20 年全世界减轻疾病负担的重要策略。这无疑将大大地促进健康教育与健康促进理论和实践的发展。鉴于上述原因,《健康教育学》的再版势在必行。

《健康教育学》(第 3 版)自 2003 年出版之后,曾 4 次印刷发行,表明健康教育与健康促进领域越来越受到各界的重视。为适应当前健康教育与健康促进理论与实践的大发展,提高教材的内在质量,本次再版我们特邀请中山大学、北京大学、华中科技大学、第三军医大学、复旦大学资深教授共同编写。为了使我们的理论更贴近实际,我们特聘请长期从事专业实践并具有丰富专业造诣的专家撰写相关章节,如聘请 WHO 西太平洋地区临时顾问、原苏州市爱国卫生办公室主任邢育健教授,上海市人口与计划生育委员会副主任夏毅教授,WHO 城市卫生发展合作中心乔磊副教授参加本书的撰写。本书除了更新第 3 版的基本内容外,还增加了军队健康促进、生殖健康促进、慢性病防治、危险因素调查和突发事件的健康促进等内容。特别要感谢的是全国专业机构为本书提供了许多典型案例,以加深读者对理论的理解,利于读者学习和思考以及提高思维能力和创新意识;同时也使本书的内容更为翔实而丰富,实践性与理论性均得到增强。本书不仅是医学生的教科书,而且对从事专业或非专业的社会工作者、各级政府和相关人员均有较高的参考价值。由于健康教育与健康促进内容十分广泛,我们仅以高血压代表慢性病,以获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)代表急性传染病,以控烟代表成瘾性行为,以老年人的生活质量改进代表不同人群的健康促进,以此阐述健康教育与健康促进的重要作用,希望达到举一反三的目的。

健康教育与健康促进是涉及多学科领域的交叉学科,其内容涉及面广,限于我们的学识和经验,教材中难免存在缺点和错误,我们诚恳地欢迎领导、专家、同仁和广大师生批评指正,并提出宝贵意见和建议,以便我们在再版时加以改正。

400多年前,弗朗西斯·培根在《伟大的复兴》一书中曾说:“希望人们不要把它看作是一种意见,而要看作是一项事业,并相信我们在这里所做的不是为某一宗派或理论奠定基础,而是为人类的福祉和尊严。”我们怀着真挚的感情,把这段话献给本书的读者,希望本书能成为关心与支持健康促进事业的各界人士的朋友。

本书在再版过程中,得到复旦大学出版社的大力支持,在此表示衷心的感谢!

黄敬亨

2006年6月30日

目 录

第一章 绪论	1
第一节 健康和影响健康的因素	1
第二节 健康教育与健康促进	5
第三节 健康教育与健康促进的意义、目的和任务	10
第四节 健康教育与健康促进的发展	12
第五节 健康教育与健康促进的展望	17
第六节 健康教育者必须具备的能力	18
第二章 组织与管理	20
第一节 社会大卫生——理念开发	20
第二节 环境分析	21
第三节 目标管理	23
第四节 组织协调	24
第五节 队伍建设和能力培训	26
第六节 评价和管理	27
第七节 健康教育的组织原则	28
第三章 健康相关行为	31
第一节 行为概述	31
第二节 行为与健康的关系	33
第三节 健康相关行为	34
第四节 健康相关行为转变的理论	36
第五节 健康相关行为的干预与矫正	41
第六节 健康相关行为的评估	44
第四章 传播与传播技巧	47
第一节 概述	47
第二节 传播模式	49
第三节 人际传播	55
第四节 传播材料制作与预试验	60
第五章 健康促进的测量及其指标评价	63
第一节 健康促进测量的指标体系	64
第二节 健康促进测量常用指标及意义	67
第三节 生活质量评价	77
第四节 健康促进测量指标的选择原则	79
附 录 生活质量调查表	82

第六章 健康促进规划设计	85
第一节 规划设计的意义	85
第二节 规划设计的原则	86
第三节 基线调查	87
第四节 规划设计的模式	90
第五节 社区需求的评估	95
第六节 优先项目的确定(健康问题或行为问题)	98
第七节 规划目标的确定	99
第八节 干预策略的制订	100
第九节 规划评价	103
附录一 健康教育项目的申请	105
附录二 全国亿万农民健康促进行动 2005 年招标通知、项目申请表	106
第七章 健康促进规划实施	108
第一节 社区开发	108
第二节 技术队伍的建立和能力培训	110
第三节 以社区为基础的干预	112
第四节 项目执行的监测与质量控制	114
第八章 健康促进规划评价	118
第一节 规划评价的目的	118
第二节 规划评价的内容	119
第三节 规划评价的类型	120
第四节 规划评价设计类型	124
第五节 影响规划评价的因素及存在的问题	125
附录 项目申请书的撰写	128
第九章 成本-效益与成本-效果分析方法	137
第一节 经济效益与社会效益	137
第二节 成本-效益分析中的几个基本概念	138
第三节 成本-效益分析	142
第四节 成本-效果分析	148
第十章 健康城市与健康社区	158
第一节 健康城市与健康社区的概念	158
第二节 创建健康城市与健康社区的背景	159
第三节 健康城市的目标、方法和内容	161
第四节 创建健康城市的要素	162
第五节 健康城市创建工作的实施	168
第六节 健康城市的评价指标	170
第十一章 学校健康促进	175
第一节 学校健康促进的概念	175
第二节 学校健康促进的意义与任务	176

第三节	学校健康促进的实施内容	178
第四节	学校专题健康教育	181
第五节	学校健康促进的实施步骤	183
第六节	学校健康促进的效果评价	184
第十二章	医院健康促进	187
第一节	医院健康促进的概念与内涵	187
第二节	医院工作面临的挑战与机遇	188
第三节	医院健康教育的意义	190
第四节	医院健康教育的发展与实施	193
第五节	医院健康促进的建设	195
附录一	医院健康促进的一种模式	200
附录二	关于病人的权利	202
第十三章	军队健康促进	203
第一节	军队健康促进的概念与内涵	204
第二节	军队健康促进的意义与任务	206
第三节	军队健康促进的内容	207
第四节	军队专题健康教育	211
第五节	军队健康促进的组织实施	214
第六节	军队健康促进的评价	217
第十四章	生殖健康促进	219
第一节	生殖健康促进的概念	219
第二节	生殖健康面临的挑战	223
第三节	生殖健康促进的意义	225
第四节	生殖健康促进的实施	227
附 录	上海市生殖保健服务工作规划	232
第十五章	职业人群健康促进	233
第一节	职业人群健康促进的意义	233
第二节	职业人群健康促进的策略与原则	236
第三节	职业人群健康促进的内容	237
第四节	职业人群健康促进规划的实施与评价	243
第五节	乡镇企业职业人群的健康促进	245
第十六章	老年人健康促进	247
第一节	老年人的概念	248
第二节	老年人的生理特点	249
第三节	老年人的心理特点	251
第四节	老年人的社会心理	252
第五节	老年人的死亡教育	253
第六节	临终关怀与安乐死	254

第七节 老年人的保健	257
第十七章 慢性非传染性疾病的防治	261
第一节 慢性非传染性疾病及其危险因素的流行概况	261
第二节 慢性病的防治策略	263
第三节 慢性病防治的具体实施	266
第四节 慢性病主要危险因素的人群干预	267
第五节 个体化的慢性病防治措施	270
第六节 慢性病的自我管理	272
第十八章 危险因素调查	275
第一节 危险因素概述	275
第二节 危险因素调查设计	277
第三节 问卷设计	283
附录 行为危险因素监测与健康问卷调查表	288
第十九章 高血压病的预防与控制	299
第一节 高血压病的行为危险因素	300
第二节 高血压病的健康促进策略	302
第三节 高血压病的健康促进规划	303
第四节 高血压病健康促进规划评价	308
第二十章 吸烟的预防与控制	310
第一节 烟草的有害成分	311
第二节 烟草对社会的影响	311
第三节 吸烟对健康的危害	312
第四节 世界吸烟和控烟趋势	316
第五节 全球控烟的策略	318
第六节 吸烟行为的干预	320
第二十一章 艾滋病的预防与控制	325
第一节 流行趋势	325
第二节 预防与控制艾滋病的目标和内容	327
第三节 艾滋病健康促进的实施原则	332
第四节 艾滋病规划设计中应注意的问题	336
第二十二章 突发公共卫生事件的健康促进	338
第一节 突发公共卫生事件概述	338
第二节 突发公共卫生事件的健康促进对策	342
第三节 突发公共卫生事件的心理干预	347
附录一 卫生部突发疫情或卫生事件上报表	350
附录二 突发公共卫生事件应急条例	351
主要参考文献	356
术语索引	359

绪论

第一节 健康和影响健康的因素

一、健康的概念

世界卫生组织(world health organization, WHO)明确地指出:“健康不仅仅是没有疾病或不虚弱,而是身体的、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:“健康是基本人权,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。”1998年召开的第51届世界卫生大会又通过了“21世纪人人享有卫生保健”的文件。明确地指出:“要实现人人享有卫生保健的目标,必须把健康作为人类发展的中心。”2000年,第5届全球健康促进大会《卫生部长宣言》指出:“我们认识到,高质量的健康水平是人类生活的巨大财富;它有利于发展社会经济、实现社会公平。”对健康的理念理解得越深刻、对人类健康的奉献越彻底,对“以人为本,以健康为中心”的政策就会有更深的领会。

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的影响,长期以来把健康单纯地理解为“无病、无伤、无残”,只有“生病”(有临床表现)时才寻求医生的帮助。“没病”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“没病”的群众,忽视了人的整体性和社会性;决策者主要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,而无法控制慢性非传染病的发生。正如WHO指出的:“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,给这些国家人民带来了许多健康的危害。”

身体健康与否不可能单从外表加以评价,因为健康与疾病之间不存在明确的界限,一个人的机体可能存在着病理性缺陷或功能不全,而表面仍是“健康”的。例如,约有半数以上的高血压病人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,随着生活水平的提高,糖尿病发病增加迅猛,病人在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,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,已是病人膏肓,如肺癌、肝癌等。这就是为什么要提倡“防患于未然”的原因,也是人类与疾病作斗争和自我保健的长期经验的总结。

心理健康是整体健康的有力补充和发展。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,如疾病、失业、子女教育、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对人们的身心健康造成不同程度的损害。据 WHO 1990 年资料表明,致伤残的前 10 位病因中,有 5 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),其中抑郁症居致残的首位,并有增长趋势。据估计全世界有 3 亿~4 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、呼吸系统疾病及恶性肿瘤等。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‰。到 2005 年,已增至 15‰,致使众多人不同程度地失去自控能力或正常生活状态。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,如工作与社会压力、竞争压力的增加,人际关系复杂、子女教育和就医难等问题,这些“都市生活综合征”或“慢性疲劳综合征”都在威胁着人们的身心健康。精神疾患已经成为全球性重大的公共卫生问题和较为突出的社会问题。因此,WHO 将 21 世纪第一个世界卫生日的主题定为“精神卫生——消除偏见,勇于关爱”是非常有意义的。

现代科学技术和医学的发展,提示了人体的整体性,即人体的生理与心理的统一、人体与自然环境和社会环境的统一。这里所强调的是:人的机体必须与社会环境和自然环境相互协调,而人在协调过程中往往处于主动地位。这是认识健康、探索健康的生态学基础。相信这种认识必将使健康观从被动的治疗疾病转变为积极的预防疾病,促进健康;从单纯的生理标准扩展到心理、社会标准;从个体诊断延伸到群体乃至整个社会的健康评价。既考虑到人的自然属性,又侧重于社会的属性;既重视健康对人的价值,又强调人对健康的作用,并将两者结合起来。这种健康与疾病、人类与健康多因多果关系的认识是健康观念的更新。

“人人为健康,健康为人人”(all for health, health for all)是 WHO 的一项战略目标。健康是基本人权之一,是生产力,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,同时还要充分考虑到环境的可持续发展和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。

二、影响健康的危险因素

影响健康的危险因素有很多,但归纳起来主要有以下 4 类。

1. 行为和生活方式因素 行为和生活方式因素是指因自身不良行为和生活方式,直接或间接给健康带来的不利的影 响。如糖尿病、高血压、冠心病、结肠癌、前列腺癌、乳腺癌、肥胖症、性传播疾病和获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)、精神性疾病、自杀等均与行为和生活方式有关。

(1) 行为因素(behavior factor)。行为是影响健康的重要因素,几乎所有的影响健康因素的作用都与行为有关。例如吸烟与肺癌、慢性阻塞性肺病、缺血性心脏病及其他心血管疾病密切相关。酗酒、吸毒、婚外性行为等不良行为也严重危害人类健康。

(2) 生活方式(lifestyle)。生活方式是一种特定的行为模式,这种行为模式受个体特征

和社会关系所制约,是建立在社会经济、生活条件、文化继承、社会关系、个性特征和遗传等综合因素基础上形成的一种稳定的生活方式。包括饮食习惯、社会生活习惯等。如西方国家喜欢食用面包、牛奶、牛排、奶酪,少吃蔬菜,而我国人民喜欢食用米饭、豆浆、蔬菜。由于东西方生活方式的差异,导致了慢性非传染性疾病谱的不同。

据美国研究者调查,只要有效地控制生活方式和行为危险因素,如不合理饮食、缺乏体育锻炼、吸烟、酗酒和滥用药物等,就能减少40%~70%的早死、1/3的急性残疾、2/3的慢性残疾。美国20世纪50年代进入行为医学时代,我国比美国晚了约30年。

2. 环境因素 健康不仅应立足于个人身体和精神的健康,更应强调人体与自然环境和环境的统一。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。1992年,WHO环境与健康委员会的报告中指出:将维护和促进健康放在环境与发展应该关注的中心。1993年,WHO提出“持续发展所关注的中心问题是人类,人类有权享有与自然和谐的健康而有生产能力的生活”。为此,人类必须投入广泛的行动,整合和平衡目前或今后将要面临的环境-健康-发展问题,以减少损失,防止可预测的不良后果出现;并指出健康与环境的整合,将是要达到持续发展的当务之急。

环境有内部环境和外部环境之分,前者指机体的生理(内部)环境,后者指自然环境和社会环境。内部环境与外部环境交互影响,相互作用,推动着人的心理和生理的发展。

(1) 自然环境。自然环境包括阳光、空气、水、气候、地理等,是人类赖以生存和发展的物质基础,是人类健康的根本。保持自然环境与人类的和谐,对维护、促进健康有着十分重要的意义。众所周知;有益于健康的居住环境比有效的医疗服务更能促进健康。如若破坏了人与自然的和谐,人类社会就会遭到大自然的报复,突出地表现在污染的环境给人类带来疾病,乱砍乱伐给人类带来水土流失和洪水灾害。

(2) 社会环境。又称文化-社会环境,包括社会制度、法律、经济、文化、教育、人口、民族、职业等。社会制度确定了与健康相关的政策和资源保障;法律、法规的制定约束对人的健康权利的维护;经济决定着与健康密切相关的衣、食、住、行;文化决定着人的健康观及与健康相关的风俗、道德、习惯;人口拥挤会给健康带来负面的影响;民族影响着人们的饮食结构、生活方式;职业决定着人们的劳动强度、方式、环境等。社会环境还包括人际关系、社会状态等。

3. 生物学因素

(1) 遗传。已知人类的遗传性缺陷和遗传性疾病有近3000种(约占人类各种疾病的1/5)。据调查,目前全国出生缺陷总发生率为13.7%,其中严重智力低下者有200万人。遗传还与高血压、糖尿病、肿瘤等有关。

(2) 病原微生物。从古代到20世纪中期,人类死亡的主要原因是病原微生物引起的感染性疾病。随着医学模式的改变,行为与生活方式因素日显突出。

(3) 个人的生物学特征。包括年龄、性别、形态和健康状况等。例如,不同的人处在同样的危险因素下,对健康的危害性大不相同。

4. 健康服务因素 健康服务又称卫生保健服务。1977年,WHO提出了“人人享有卫生保健”的战略目标,得到了国际社会的认可。我国卫生体制改革中提出的“社区卫生服务中心”就是体现以人为本,以健康为中心,实现公平、平等和人人享有卫生保健宏伟目标的

重要措施。

三、健康的决定因素

1974年,加拿大卫生与福利部部长 LaLonde 在报告中阐述影响健康的主要因素是生活方式、环境、生物因素和卫生服务,强调把个体水平的行为改变作为最有效的策略来促进健康,引起了国际社会的广泛重视。然而,当时并没有把影响人们行为生活方式选择的社会、经济和环境因素作为影响健康的决定因素。从那时起,人们越来越多地认识到医疗卫生服务对人类健康水平的作用是相当有限的。20世纪80年代后,人们逐步将重点从“个体行为和生活方式选择”转移到影响健康的决定因素,进一步认识到环境直接影响人类的生活方式进而影响健康。1986年,《渥太华宪章》指出:“健康的基本条件和资源是和平、住房、教育、食品、经济收入、稳定的生态环境、可持续发展的资源、社会的公平与平等。”为改善健康,上述必要条件必须具有坚实的基础。

以下这些因素对健康起着决定性作用,同时相互之间产生影响。

1. 收入和社会地位 大量研究表明,收入和社会地位是最重要的单一健康决定因素。健康状况随着收入和社会地位的提高而改善。高收入决定了良好的生活状态和生活环境以及较少受挫。世界银行报告指出:“可持续发展的经济政策是政府能采取的提高全民健康水平的重要措施。”同样,研究证明,社会财富分布得越均匀,全人群健康水平就越高。日本在过去50多年中,从一个高婴儿死亡率、低期望寿命的国家,发展成为世界上拥有最好健康状况指标的国家之一。与此同时,日本国民经济和人均收入迅猛发展,日本是一个社会财富分布较均匀的国家。因此,联合国千年发展目标首先提出要消除极端贫困,健康促进规划应将其作为切入点。

2. 社会支持网络 来自家庭、朋友和社会的支持与良好的健康有着密切的联系。相互支持的社会对改变健康意识、解决身心健康、处理危机及维护良好的生活环境有着巨大的影响。社会支持包含相互关爱、尊重、支持等有利于疾病危险因素的控制。

3. 教育文化 健康水平随着教育水平的提高而提高,教育又与就业、经济状况、社会地位紧密相连。教育促进健康和财富,教育使人们通过掌握科学知识和培养解决问题的能力来控制生活状态,教育增加就业机会、收入保障和工作满意度,同样教育能提高人们获得和理解有利的健康信息的能力,从而维护个人和家庭的健康。

文化是更广泛的社会、政治、地域和经济因素的产物。文化差异导致人们在获得健康信息、参与预防和健康教育、使用卫生保健系统、选择与健康有关的生活方式及理解健康与疾病的关系等方面表现出不同。另外,当文化和种族影响人们的社会和经济状况时,其对健康的影响是可想而知的。

4. 就业和工作环境 就业对个体身体、心理和社会健康有着重要影响。研究表明,失业者要比就业者承受更多的心理挫折、焦虑、沮丧、活动减少和健康问题。WHO指出:“社会失业率越高,社会就越不稳定,最终导致家庭和社区的不良反应和失业者本人的身体健康问题。”工作条件本身也极大地影响个人健康和情绪反应。

5. 社会与自然环境 一个社会的价值观和准则以不同的方式影响个体和群体的健康状况。社会的稳定,差异的认同,安全、良好的工作环境和和谐的社区带来支持性的社会环境,降低和减少有害健康的危险因素。研究显示,较低的情感支持和社会参与对健康和生