

公共卫生硕士(MPH)系列教材

总主编 姜庆五

健康促进理论与实践

(第二版)

●主审 傅 华 ●主编 郑频频 史慧静

JIANKANG CUJIN
LILUN YU SHIJIAN



复旦大学出版社
www.fudanpress.com.cn

公共卫生硕士(MPH)系列教材

总主编 姜庆五

健康促进理论与实践

(第二版)

●主审 傅 华 ●主编 郑频频 史慧静

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁 玎	王 帆	史慧静
陈少贤	张勤丽	李 枫
李 洋	李春灵	肖 霞
郑频频	钱 玲	钱海红
高俊岭	黄存瑞	傅 华
傅东波	戴俊明	Mel Hovell

复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康促进理论与实践/郑频频,史慧静主编. —2版. —上海:
复旦大学出版社,2011.8
公共卫生硕士(MPH)系列教材
ISBN 978-7-309-07869-5

I. 健… II. ①郑…②史… III. 健康教育-研究生-教材 IV. R193

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 012124 号

健康促进理论与实践(第二版)

郑频频 史慧静 主编
责任编辑/肖 英

复旦大学出版社有限公司出版发行
上海市国权路 579 号 邮编:200433
网址:fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com
门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853
外埠邮购:86-21-65109143
大丰市科星印刷有限责任公司

开本 787×960 1/16 印张 19.25 字数 338 千
2011 年 8 月第 2 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-309-07869-5/R·1188
定价:48.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。
版权所有 侵权必究

序 言

公共卫生硕士(MPH)是由国务院学位委员会批准设置的一个新的专业学位。MPH 学位教育将成为公共卫生人才培养的重要职业教育形式。

MPH 学位教育的目的是培养高层次卫生管理与疾病预防应用型人才。要求 MPH 学位教育的学生具备广博的专业知识、创新性的科学思维;勇于开拓、善于实践;能胜任卫生行政部门、医疗机构、疾病控制及卫生监督部门的高层次卫生管理与疾病预防的重要工作。在 MPH 学位教育过程中,应该注重拓宽学生的知识面,注重现代科学技术知识的掌握,重点培养学生分析问题和解决问题的能力。

复旦大学公共卫生学院在 MPH 学位教育过程中,注重理论与实践相结合、课堂教学与课题研究相结合、教材建设与教学实践相结合。2002 年我们组织编写和出版了第一版 MPH 系列教材,收到良好的教学效果,大大提升了教学质量,为 MPH 学位培养作出了贡献。

根据近 7 年教材的使用情况及 MPH 学位教学改革的需要,我们再次策划和组织了 MPH 系列教材的第二版,包括 MPH 学位的必修课,以及根据学生各自的基础和知识结构确立的选修课。此系列教材包括:①卫生事业(保健)管理专业方向的课程,如卫生政策分析、卫生服务研究、卫生经济学、医疗保险学、医院管理、社区卫生管理与评价等。②流行病学与疾病控制专业方向的课程,如流行病学基础、流行病学方法、现场流行病学、医学统计学基础、数据分析方法、现场调查技术等。③环境医学与卫生监督专业方向的课程,如环境医学导论、灾害医学、营养与健康、食品安全、卫生监督等。④妇儿保健与健康促进专业方向的课程,如健康促进理论与实践、卫生服务理念与方法等。

MPH 学位培养正在我国蓬勃发展,此套教材是我们开展 MPH 学位教育的探索与尝试,若有不当之处,敬请读者批评指正。我们将与全国的公共卫生教育者一起,为开拓与完善我国 MPH 学位教育与教材建设作出贡献。

姜庆五

2009 年 11 月

第二版前言

健康是一项基本人权,是社会和经济发展的基础,是人类生存和发展的基本要素。各国政府和卫生部门领导已达成共识:健康教育和健康促进是当今促进和保障人群健康的最有力手段之一,是降低国家巨额医疗费用支出的最有效措施。我国卫生部颁发的《社区慢性非传染性疾病的综合防治方案》也明确指出:“努力推动以社区为基础、以健康教育和健康促进为主要手段的慢性非传染性疾病的综合防治,提高社区居民的健康水平和生活质量。”不仅如此,近年来在处置“非典”、禽流感、甲型 H1N1 流感等突发性公共卫生事件的实践中,健康教育可以有效地引导公众树立正确的健康观念,提高自我防护意识和能力,并可在政府与公众之间架起沟通的桥梁。总之,健康教育和健康促进的开展已经成为社会发展的需求和必然。

2003 年,傅华教授和李枫教授主编并出版了《现代健康促进理论与实践》一书,作为研究生教材首次在国内系统地介绍了健康促进的理论和实践的典型案例,尤其是书中提到的“健康文化是公共卫生的底蕴,社会资本是公共卫生的支架,社会行动是公共卫生实践的途径”等理念,大大深化了人们对于健康教育和健康促进概念的理解,指引广大健康教育工作者在不同的社区或场所开展健康促进实践活动。

过去十年中,我国各地的健康教育和健康促进实践活动蓬勃开展,并积累了较为丰富的直接经验。由于在一定的场所开展健康促进常会涉及方方面面的诸多问题,广大健康促进研究者和实践者也深深感到,如果能够在一定的理论或经验体系指导下进行健康促进干预项目的设计、实施和评估,那么项目就会取得更大的成功。因此,本书正是在《现代健康促进理论与实践》第一版的基础上,根据国内外对于健康教育和健康促进的理解与应用不断深化而编写的,旨在为广大公共卫生和医学领域从事健康促进相关工作的研究生、研究人员和基层工作者系统深入地介绍健康促进实践中常用的健康促进理论以及具体的运用方法。

本书分为三大模块:概论部分、健康教育和健康促进的基本理论部分,以及指导健康教育和健康促进实践的综合框架模式部分。



第一模块概论部分共有三章,首先介绍了健康行为、健康教育和健康促进的基本概念、产生背景;接着阐述健康促进理论的概念,介绍健康促进理论在健康行为研究和实践中的作用;在此基础上介绍健康促进的生态学模型,强调人的行为受到个体、人际、社区不同水平的影响。生态学模型也成为本书介绍健康教育和健康促进基本理论的组成框架,即在个体、人际、社区等不同水平进行阐述。对于生态学模型的理解和掌握,有助于把握全书的整体脉络。

第二模块为本书的精髓,主要介绍了健康教育和健康促进的基本理论。根据生态学模型,本部分从个体、人际和社区三个水平介绍常用的健康促进理论。

第四到第六章主要介绍个体水平行为改变所形成的理论,包括健康信念模式、计划行为理论和阶段变化理论。健康信念模式综合了需要动机理论、认知理论和价值期望理论的原则,从主体期望角度来描述人们的行为,强调个体主观心理过程(期望、思维、推理、信念等)对行为起的主导作用。计划行为理论则认为行为意向是影响行为最直接的因素,行为意向反过来受态度、主观规范和知觉行为控制的影响。阶段变化理论认为人的行为变化是一个过程,而且每个作出行为改变的人都有不同的需求和动机,健康教育应针对其需要提供不同的干预帮助,以促使教育对象向成功采纳健康行为的下一阶段转变。

第七章到第十章介绍在人际水平行为改变的理论。尽管这方面的理论很多,但从实用的角度,本书介绍四种理论:医患关系与交流模式、社会网络与社会支持、紧张和应对互动模型,以及社会认知理论。医患关系与交流模式介绍了医患交流和医患关系改变的社会、心理学机制,强调了认知和信息处理、人际互动、医患观点冲突和社会影响在改善医患交流以及建立和谐医患关系中的重要作用。社会网络和社会支持等概念框架注重研究社会网络结构的特征性因素、社会支持的种类,以及“谁应该在什么时候提供什么样的社会支持”,从而指导人们如何采取增进现有的社会支持、建立新的社会网络联系、发挥社区核心人物的支持作用、加强社区能力建设等措施,并增强社会网络和社会支持。紧张和应对互动模型是评估紧张事件应对过程的重要框架,在临床实践、健康干预以及突发性事件的应对中日益受到关注。社会认知理论则阐述健康行为改变的社会心理学机制及促进行为改变的方法,它强调人们怎么想、想什么对行为改变的影响。

社区环境对人行为的影响也是健康促进与健康教育的重要研究内容。本书第十一章到第十四章从群组或社区水平上讨论健康促进的理论,包括组织机构改变理论、社区组织与社区建设理论、健康促进的创新扩散理论以及健康传播中的常用理论。组织机构理论强调通过对组织机构的改变来影响组织机构内个体的改变。社区组织理论是指帮助社区群体确定问题或目标、动员社区资源、发展和实施策略,以实现他们所设定目标的过程。社区建设理论则侧重于从社区外

部组织者的角度来开展活动。创新扩散理论阐述了新理论、新产品或新的社会实践在社会中扩散的过程。

健康传播是健康教育中以信息传播为主的主要干预手段。鉴于近年来新型媒体在健康传播中的广泛应用,本书特别增加了健康传播研究和实践的常用理论,探讨如何利用媒体传播信息以促进健康行为的改变。

第三模块着重介绍指导健康教育和健康促进实践的综合框架模式。格林模式是基于目标人群和社区需要的综合性计划制定体系,可用于健康教育和健康促进项目的计划和评价,具有很强的应用性。公共健康领域的社会市场营销是借鉴市场营销的原理、方法和技巧,有目的地促使目标群体自愿接受和改变社会行为,从而提高健康水平,其理念对于健康教育工作者有很强的借鉴意义。

最后一章是对健康教育和健康促进理论应用的展望。由傅华教授对于健康教育和健康促进的发展历程作进一步总结,并且提出了未来的发展方向。

本书博采众长,凝聚了全国各地多位专家的心血。傅华教授对于本书的编撰工作给予了大力支持和悉心指导,在此深表感谢。

由于健康促进在我国正处于起步阶段,编写者的知识和阅历有限,编写过程中也可能有所疏漏,本书难免存在着缺陷甚至错误,恳请各位专家、同道以及广大读者提出宝贵的批评和建议。

郑频频 史慧静

2011年6月

公共卫生硕士（MPH）系列教材编委会

总主编 姜庆五

编委（按姓氏笔画排序）

于雅琴	叶 露	史慧静	冯学山	达庆东	吕 军
严 非	何 纳	何更生	余金明	宋伟民	陈 文
陈 坤	陈英耀	金泰虞	郑频频	屈卫东	郝 模
赵耐青	赵根明	姜庆五	钱 序	徐 飏	凌 莉
郭红卫	程晓明	傅 华	詹绍康	薛 迪	戴金增

目 录

第一篇 概 论

第一章 健康、健康教育与健康促进	3
第一节 健康教育与健康促进	4
第二节 健康及其决定因素	8
第三节 公共卫生发展简史	16
第二章 健康促进理论的概念及其作用	22
第一节 健康促进理论的概念	22
第二节 理论在健康促进研究和实践中的作用	28
第三节 如何在健康促进研究和实践中选择运用恰当的理论	30
第三章 现代健康促进的生态学模型	33
第一节 生态学模型的基本概念	33
第二节 生态学模型的起源与发展	36
第三节 三种常见的生态学模型	37
第四节 运用生态学模型的原则	40
第五节 生态学模型的应用	42
第六节 生态学模型新的发展方向	48

第二篇 个体水平的健康教育理论

第四章 健康信念模式	55
第一节 健康信念模式产生的背景及发展简史	55
第二节 健康信念模式的内涵	59



第三节	基于健康信念模式的健康促进干预策略	62
第四节	健康信念模式的实践应用	65
第五章	计划行为理论	70
第一节	计划行为理论产生的背景与发展简史	71
第二节	计划行为理论的基本概念与理论要点	72
第三节	计划行为理论的实践应用	76
第六章	阶段变化理论	80
第一节	阶段变化理论的理论要点	80
第二节	阶段变化理论的实践应用	87
第三节	阶段变化理论的优点与不足	90
第三篇 人际水平的健康教育和健康促进理论		
第七章	医患关系与交流模式	95
第一节	医患关系的认识发展史回顾	96
第二节	医患关系的经典模式	97
第三节	医患交流机制和对健康的影响	99
第四节	医患关系改变理论的应用举例	106
第八章	社会网络和社会支持	109
第一节	社会网络与社会支持对于健康的重要性	109
第二节	社会网络和社会支持与健康关系的概念框架	111
第三节	针对社会网络与社会支持的干预	114
第九章	紧张和应对互动模型	123
第一节	紧张和应对的概念及在健康研究中的发展过程	123
第二节	紧张和应对互动模型的概况、重要组分和实证支持	126
第三节	理论的扩展	132
第四节	在特定健康行为研究中的应用	136
第五节	未来的研究方向	138

第十章 社会认知理论	142
第一节 理论产生的背景及发展史	143
第二节 社会认知理论的理论基础	146
第三节 社会认知理论中的基本概念构件及其对行为的解释	147
第四节 社会认知理论的应用举例	154
第五节 社会认知理论的优缺点	155

第四篇 社区水平的健康教育和健康促进理论

第十一章 组织机构改变理论	161
第一节 组织机构改变理论中的关键性概念	162
第二节 组织机构改变的阶段理论	164
第三节 组织机构发展理论	166
第四节 组织机构间关系理论	170
第五节 组织机构改变理论的实践应用	173

第十二章 社区组织与社区建设理论	186
第一节 社区组织与社区建设理论产生的背景	186
第二节 社区的概念	188
第三节 社区组织和社区建设的发展历史	189
第四节 社区组织和社区建设模型	191
第五节 社区组织与社区建设的理论要点	193
第六节 健康城市项目	196

第十三章 健康促进的创新扩散	201
第一节 创新扩散理论发展简史	202
第二节 创新扩散理论的理论要点	203
第三节 创新扩散理论的实践应用	209
第四节 创新扩散理论的不足和面临的挑战	212

第十四章 健康传播研究和实践的常用理论	216
第一节 健康传播的发展	216
第二节 健康传播的基本概念	218
第三节 健康传播研究和实践中的常用理论	220



第四节 案例研究:健康传播理论的应用	227
--------------------	-----

第五篇 指导健康教育和健康促进实践的综合框架模式

第十五章 健康教育和健康促进规划设计——格林模式	233
第一节 格林模式简介	234
第二节 格林模式应用的基本步骤	236
第三节 格林模式应用举例——安全家庭项目	253
第十六章 公共健康领域的社会市场营销策略	261
第一节 社会市场营销的发展历程及概念诠释	261
第二节 社会市场营销理论在健康促进实践中的应用	267
第三节 社会市场营销的实践应用	272
第十七章 健康促进理论与实践的展望	280
第一节 当今全球卫生的挑战需要健康促进来应对	281
第二节 健康生态学模式成为健康促进工作的统领	282
第三节 健康素养研究的进展	284
第四节 以健康促进的理念来进一步加强初级卫生保健的建设	287
第五节 通过社区增权来形成上下联动的态势	290
第六节 促进多部门的合作和行动	292
第七节 健康促进能力建设	293

健康、健康教育与健康促进

本章要点：迅速增加的慢性病已成为人类健康的最大威胁，也为健康教育和健康促进的发展提供了机遇。健康教育是通过信息传播和行为干预帮助个体或者群体采纳有利于健康的行为和生活方式的过程。健康促进是促使人们维护和改善自身健康的过程，其核心是对个人和社区增权。健康不仅是个人身体素质的体现，也是社会和个人资源。健康决定因素相当复杂，主要包括社会经济环境、物质环境、婴幼儿发育状态、个人的卫生习惯、个人的能力和技能、人类生物学和遗传以及卫生服务。健康促进行动的五项策略包括制定健康的公共政策、创造支持性环境、加强社区行动、发展个人技能和调整卫生服务方向。作为一种先进的公共卫生观念，健康促进是高效率的卫生干预措施和策略，是综合性和应用性的科学理论，其产生和发展是历史的必然。健康促进理论是应用行为学和社会学的方法来研究人们如何控制和提高自身健康的实践而提炼出的理性认识，是解释健康行为和指导健康促进实践的系统方法。本书将在个体水平、人际水平和社区水平三个层面上予以阐述。

学习目的：掌握健康教育和健康促进的概念，健康决定因素，健康促进行动的五项策略。了解健康促进的发展过程、健康的决定因素，以及健康促进理论在实践中的意义。熟悉生命全程保健和场所健康促进的综合性健康促进策略。



第一节 健康教育与健康促进

一、健康面临的机遇与挑战

在中国乃至全球,慢性病已经成为最主要的死因。慢性病主要包括心脑血管疾病、肿瘤、呼吸系统疾病、糖尿病等。据世界卫生组织报道,在 2005 年,全球有 5 800 万人因为各种病因死亡,其中慢性病造成的死亡达 3 500 万。这比所有的传染病(包括艾滋病、结核和疟疾),加上孕产和围生期疾患以及营养不良所造成死亡人数总和还要多 1 倍。而行为因素与慢性病的发生和死亡密切相关,这些行为因素主要包括:吸烟、不健康饮食和体力活动不足。据世界卫生组织报道,每年至少 490 万人死于吸烟,260 万人死于超重或肥胖,440 万人死于高胆固醇,710 万人死于高血压。即便是传染性疾病(如艾滋病)也与行为因素关系密切。据预测,在未来的 20 年,全球的疾病负担主要来自于慢性病的增加、吸烟相关的死亡以及艾滋病发病率的不断上升。

中国同样面临着慢性病带来的巨大挑战。2000 年全国死亡人数为 731 万,在近 600 万的慢性病死亡者中,其中死于心血管疾病 250 万、死于肿瘤 140 余万、死于慢性阻塞性肺部疾患 128 万、糖尿病直接死亡 9 万。慢性病不仅夺取了人类的健康和生命,也给病人、家庭和社会造成沉重的经济负担。

无论是传染性疾病还是慢性病,行为的干预都行之有效。最近 20 年,越来越多的健康干预项目通过改变生活方式、开展疾病筛检等手段来预防失能和早死,并且把更多的关注从传染病转向慢性病。有确凿的证据表明,如果消除了上述可以改变的行为危险因素,至少 80% 的心脏病、脑卒中(中风)和 2 型糖尿病,40% 的癌症都是可以避免的。

对于预防慢性病的关注必然为健康教育和健康促进的发展提供了前所未有的机遇。如何使公众了解健康知识、掌握相关技能、建立健康的行为方式、提高健康决策能力已成为预防慢性病的重要途径。2008 年卫生部发布中国公民健康素养 66 条,涵盖了增进健康的基本知识和技能,体现了政府对于健康教育的关注。

卫生保健系统的改革也为健康教育提供了新的机遇和支持。以“病人为中心”的服务理念和参与式医患关系的形成,促进了医患交流,有利于医疗保健水平的提高。然而,在不同社会经济水平的人群之间,健康的不公平性依然严重。以健康教育为主导的临床预防服务尽管被一致公认为成本效益较好的干预措施,但依然没有得到广泛应用。

不断发展的信息技术为健康教育提供了新的契机。互联网和手机等现代通讯技术等都可以成为个人信息的资源和行为改变的支持。越来越多的人通过互联网等主动寻求卫生资源,尤其对于一些不太常见的或者不为社会认可的行为。但是,这些技术在那些贫困人口中还难以实施或者普及。与此同时,新技术也带来一些问题,一些不正确的或者误导性的信息、不正确的自我保健方式得到了传播,甚至可能影响医患交流。尽管如此,我们必须承认,互动的传播技术的应用为健康教育提供了新的选择。

同时,我们必须看到,如果对于慢性病的预防,仅仅把它看成生活方式病,仅仅归咎到个体的不健康行为,而单纯采取传播知识的干预策略,效果将非常有限。毋庸置疑,人是社会意义的人,因此,个体的健康以及健康相关行为不可能置身于真空中。在20世纪70~80年代,健康教育和健康行为领域曾把个体的行为作为研究的重点,然而,人们渐渐意识到,如果仅仅关注于导致健康问题的下游因素而忽略了上游原因,如果只关注个体而忽视了他们所处的社会和环境,往往就难以把握原因背后的原因,就会错失很多促进健康的机会。至此,健康促进应运而生。这时,关注的焦点已经转向更广泛的健康的社会决定因素,而对个体的健康教育也演变为以系统改变为基础的社会行动的倡导。所有这些既包括传统的健康教育的传播知识和增进技能,又综合考虑了影响健康的社会、经济、政治等方面的因素。为了创造支持性环境,政策、倡导和组织改变等策略不断被应用。同时,人们也意识到,影响健康的因素是多层次的。因此,对社会和行为因素的干预应该是多水平的,包括个体、人际间、组织、社区、社会等不同水平。这些概念也就成为了健康生态学模型的核心。

二、健康教育

健康教育(health education)的核心是健康行为,同时也是大多数健康教育干预研究的评价指标和项目目标。如果行为发生改变而健康水平没有得到提升,就必须考虑其他的可能原因,例如行为和健康之间的关系如何,以及行为和健康的测量方法是否合适。而无论是环境的改变还是政策的制定,最终都可以促进行为向有利于健康方向改变。如果政策的改变不能导致行为的改变,可能是力度太弱或者不够持久,也可能该项政策对于行为的影响有限。

广义而言,健康行为(health behavior)不仅包括个体或者群体可观察到的、外显的行为,也包括人的思想活动和情感状态。健康行为主要包括以下三类:

(1) 预防性健康行为:包括常见的健康生活方式(不吸烟、适量运动等),以及乘车系安全带等预防疾病或者事故的行为。

(2) 疾病行为:指那些认为自己得了病的人所从事的以明确其健康状况和寻



找治疗方法为目的的任何活动。

(3) 病人角色行为:指那些认为自己得了病的人以康复为目的的任何活动。

简单地说,健康教育就是对人们关于健康的教育过程。具体而言,健康教育是通过信息传播和行为干预帮助个体或者群体采纳有利于健康的行为和生活方式的过程。在文献中最常用到的是两个定义:第一个来自于2000年健康教育和促进联合委员会术语报告(Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology),在这里,健康教育是指在理论的指导下,为了能够作出正确的健康选择,个体、群组和社区获得相关知识和技能的有计划的学习过程。第二个定义是2005年Green和Kreuter把健康教育定义为所有针对个体、群组和社区的致力于改变倾向因素、促成因素和强化因素的学习过程的结合。以上健康教育的定义均强调了在信息告知基础上的自愿行为变化。

健康教育涵盖了从疾病危险因素的预防、筛检,疾病的诊断和治疗以及康复等长期、连续的保健过程,包括传染性疾病和慢性非传染性疾病。健康教育最初起源于三个主要场所:社区、学校和卫生保健场所。早期用于解释健康行为的健康信念模型,就是20世纪50年代在社区里用于解释是否参加结核病筛检发展而来。事实上,健康教育的实施可以在我们周围几乎任何场所,包括学校、医院、工作场所、社区和家庭。它的实施可以是面对面的、小组形式的,也可以通过大众媒体和互联网等多种形式。

健康教育的信息可通过不同的形式和渠道,最终传递给受众。要使健康教育获得好的效果,必须对受众有充分了解,包括其健康状况、社会特征、信念、态度、价值观、技能以及过去的行为。这些受众可以是单独的个体,也可以是通过小组、组织和社区成为健康教育的目标人群。他们可能是医疗卫生专业人员、病人、高危人群或者是普通的民众。健康教育干预的第一步是了解受众,可以从其社会学特征、民族及相关文化背景、生命周期阶段、疾病或危险状态等方面考虑。

1. 社会学特征、民族及文化背景

社会学特征与健康状态本身密切相关。社会经济状况较差的人群往往患病率和病死率都比较高。例如,在美国,非洲裔男性的期望寿命比白种人男性少7岁,非洲裔女性的期望寿命比白种人女性少5岁,而且近年来在低收入、低教育水平的人群中,这个差距还在扩大。在我国,人均期望寿命最高的上海和最低的西藏则相差10岁以上。承认并认识健康的不公平性有助于我们通过努力消除这种不公平性。

有很多的社会学因素,如性别、年龄、民族、种族、婚姻状态、居住地以及职业等都能够反映健康教育受众的特点。虽然这里的大部分因素对于健康教育而言是无法改变的,但是了解这些特点对于我们制定干预策略、设计教育材料、选择