

FIFTH GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION



世界卫生组织 泛美卫生组织 墨西哥卫生部联合举办

第五届全球健康促进 大会技术报告集



卫生部基层卫生与妇幼保健司 编译
中国疾病预防控制中心

世界卫生组织 泛美卫生组织 墨西哥卫生部联合举办

第五屆全球健康促进大会 技术报告集

编委会主任：李长明

编委会：（按姓氏笔画为序）

王克安 亓庆东 刘克玲 李长明

李新华 吴宜群 杨青 侯培森

陶金

主 译：李新华

编译人员：李新华 符大伟 阮玉华 周海城

何丽 白雅敏 刘克军 张俊华

池延花

审 校：李婉先 吕姿之

00118539

卫生部基层卫生与妇幼保健司 编译
中国疾病预防控制中心

序 言

2000年6月5至9日,世界卫生组织(WHO)、泛美卫生组织和墨西哥卫生部在墨西哥城联合举办了第五届全球健康促进大会。93个国家卫生部的代表团,1000多名代表参加了会议,其中部长级代表团49个。我率卫生部代表团出席会议,代表中国政府签署了《墨西哥健康促进部长声明》,并作了《中国九亿农民健康教育与健康促进》的报告。

本届会议的主题是“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 and 地区的发展议程中,把促进健康置于优先地位;促进社会不同部门及各个阶层间建立密切的合作关系。从会议报告的内容看,健康促进涵盖的内容已经发展到疾病预防与控制、社会改革与稳定、政策与环境、精神卫生、预防暴力、妇女维权、社区建设等等,远远超出卫生的范畴。核心问题归纳起来,正如WHO总干事长布伦特兰博士在开幕词中指出的:健康促进就是从获得知识到采取行动的过程。促进健康是全社会的责任,需要多部门更加积极和广泛地参与,其目的是不断提高生活质量和全社会的健康水

平。各國都有其不同的社會、政治、文化背景，且處在不同的發展階段，在這種情況下，開展健康促進工作，必須結合本國國情和本地區衛生工作的重點，不宜照搬別國的模式。政府的重視，多部門的合作，對健康促進工作至關重要。

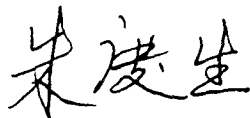
中國政府多年來一直大力提倡動員社會各部門和廣大群眾參與衛生工作，並已成為衛生工作的方針之一，這與世界衛生組織健康促進的概念是基本一致的。自1986年世界衛生組織發表《渥太華憲章》以來，有關健康促進的宣言在中國得到較為廣泛的傳播與重視。近年來，城市社區、學校、工礦企業，紛紛開展了創建國家衛生城市、初級衛生保健、預防和控制重大疾病等多項健康促進工作，取得了一定的成績。特別是從20世紀末以來，我國相關政策進一步強化健康教育與健康促進工作。1997年《中共中央、國務院關於衛生改革與發展的決定》明確指出：健康教育是公民素質教育的重要內容，要十分重視健康教育，提高廣大群眾的健康意識和自我保健能力，積極推進九億農民健康教育行動。1999年衛生部等10部委《關於發展城市社區衛生服務的若干意見》和2000年2月國務院辦公廳轉發國務院體改辦等部門《關於城鎮醫藥衛生體制改革指導意見》都明確指出社區衛生服務“六位一體”職能，即預防、保健、健康教育、計劃生育和常見病、多發病、診斷明確的慢性病的治療和康復。2001年國務院辦公廳轉發的《關於農村衛生改革與發展的指導意見》，進一步強調“積極推進九億農民健

健康教育行动，普及医药科学知识，倡导文明健康的生活方式”。

跨入 21 世纪，我们面临着医学模式与疾病谱的变化，双重疾病负担势必给健康教育与健康促进带来更多机遇和挑战。2001 年我国成功加入 WTO，从与国际接轨和发展的角度考虑，我们应当在总结以往健康教育与健康促进工作的基础上，进一步提高对健康促进内涵和概念的认识，尤其是要把第五届全球健康促进大会的精神与我国今后健康促进的实际工作结合起来。努力改变以往单因素、单病种的健康教育与健康促进的工作方式，转变条块分割的局面，加强健康促进的综合协调工作，把健康促进与当前城市社区卫生工作和农村卫生网的建设结合起来，并根据我国卫生工作的重点，确定健康促进的优先领域，探索适合我国国情的、综合的健康促进策略。

在 WHO 的资助下，有关专家翻译出版这次大会的主要文件和 6 个技术报告，对于结合我国情况研究制定相应政策和技术性框架文件具有一定的参考价值。谨以此为序。

中华人民共和国卫生部副部长



2002 年 4 月

目 录

技术报告 1	强调按证据开展健康促进	(1)
技术报告 2	健康投资	(25)
技术报告 3	促进社会对健康的责任:进展、新的挑战 与展望	(56)
技术报告 4	为促进健康提高社区能力并对社区赋权	(79)
技术报告 5	健康促进基层组织:可能的艺术	(110)
技术报告 6	按照健康促进标准重新定位卫生系统和 服务是卫生部门改革的一项关键内容 ...	(141)
	国家健康促进行动规划框架	(170)
附件 1	《世界卫生组织总干事在第五届全球健康促进大会上的发言》	(180)
附件 2	健康促进:架起公平的桥梁《墨西哥健康促进部长声明》(第五届全球健康促进大会,2000)	(186)

2 第五届全球健康促进大会技术报告集

附件3 《雅加达宣言》(第四届全球健康促进大会宣言, 1997)	
.....	(188)
附件4 《松兹瓦尔宣言》(第三届全球健康促进大会宣言, 1991)	
.....	(193)
附件5 《阿德莱德宣言》(第二届全球健康促进大会宣言, 1988)	
.....	(199)
附件6 《渥太华宪章》(第一届全球健康促进大会宣言, 1986)	
.....	(205)
后 记.....	(209)

技术报告 1

强调按证据开展健康促进

David McQueen

国家慢性病预防和健康促进中心

疾病预防和控制中心

亚特兰大, 美国

“证据是可用以决策、判断或解决问题的事实或数据。证据在运用推理准则和评价原则的基础上, 能回答为什么做如此判断、决定或行动。”(Butcher, 1998)

“证据 (evidence)” 常与更具综合性的词汇 “评价 (evaluation)” 相混淆。证据可以是评价的结果, 它有力地提示和证明事物间的因果关系; 而评价仅指一般的评估过程。证据一般是指某些能使另一事物明朗的事物, 如监测人群卫生习惯随着时间而改变的监测系统所提供的完整数据资料。

证据的概念有文化或地域的差异。西方文献提出的随机化的有对照的临床试验和准实验是最恰当的 “评价” 实验设计。但在大多数地区尤其在发展中国家这些方法在经济上行不通。此外, 它们对复杂的针对各种行为和多种疾病的干预也不适宜。尽管发展中国家能用小量资源为评估项目提供准则, 但除北美、欧洲或澳大利亚等地区外, 几乎没有已经发表的有关证据的资料。

今天, 健康促进工作者和研究人员要求根据证据开展工作。然而, 在健康促进社区内, 对于什么是证据尚无一致意

见。尽管若干工作组已经发表了或正准备发表有关证据的论文,但健康促进仍是一个新的领域,尚未建立“确定证据的准则”,甚至对“证据”尚无公认的定义。例如美国疾病控制中心正带头协助一个独立工作组制订社区预防性服务指南:系统回顾与建设依据证据。此外,国际健康促进和健康教育联盟为欧盟作了健康促进有效的证据报道。一个有关健康促进评估的多边工作组对政策制订者如何看待证据进行了讨论,并结论说,有若干因素使我们难于对健康促进进行评价,这些因素可归纳为三类:开展健康促进活动的的能力,有效评价健康促进的指标以及理解所开展评价的能力。

还有几个尚未解决的有关证据和健康促进的关键问题。第一个未解决的问题涉及证据的准则(rules of evidence),当前这些准则都与学科而不与项目联系。但许多社区的公共卫生预防和健康促进项目并不从学科出发,只代表“现场行动”。另一个问题是对证据有无等级缺乏共识。在一般社区科研干预和评估中,往往对现场知识是什么,证据是什么,证据的概念能否用来评估社区的干预等问题争论不休。最后一个问题是因多学科混合干预,使单一公认的证据准则无法令人接受。

本报告对需要采取的行动提了一些建议,以便解决有关证据的关键问题。本会议中的案例都表明了良好的评价企图,同时示范地说明,今后我们需要开发更有效的方法。

1. 前言

在健康促进领域,几乎没有引起过像证据这样激烈的辩论。辩论的范围是广泛的、不同的。许多人认为,健康促进的兴衰取决于它是否能用科学的方法证实它是一个有效的领域。相反,有一些人则认为证据一词,不适用于健康促进领

域。尽管存在两个极端，许多健康促进的实际工作者和倡导者还是认为有必要为他们的行动辩护，或示范证明健康促进对公众确实是有益的领域。

本报告力求保持观点的广泛性和差异性。本次大会后的讨论将形成一个终结报告，它将为国际上开展的有关证据的讨论形成一个比较一致的观点奠定基础。健康促进领域中许多人都希望，对证据的追求将进一步推动健康促进在公共卫生中的有效的、重要的争论。

2. 证据：性质及其与健康促进的关系

作为健康促进实践的一个课题，证据的重要性应该从世界多数地区都对循证医学（evidence - based medicine）的更大范围讨论中得以体现。尽管争论主要考虑医疗实践，但它并不仅仅限于医疗。健康促进也面临争论的挑战（Adrian, 1994; Allison and Rootman, 1996; EBCRG, 1994a, 1994b; Macdonald, et al, 1996; Nutbeam, 1998; Sackett, 1996）。今天，健康促进的实际工作者和研究人员迫切需要按证据开展工作。1998年5月，第51次世界卫生大会强烈要求所有成员国“全面采用定量和定性的方法，依靠证据进行健康促进的决策和实践”（WHO, 1998）。

对证据的讨论不仅仅是学术报告厅和哲学家们的题目。冷静的反思表明，证据的概念是和非常实际的问题紧密相连的。人们需要证据以便采取行动，分配资金，解决问题，形成决定和建立完整的政策。许多日常从事健康促进工作的人认为，证据是当前健康促进工作的核心（Thurston, et al, 1998）。

本报告一开始就指出证据的概念有文化和地理上的差异。“证据”、“有效性”和“资金投入”等名词主要来源于

欧美等西方国家,许多情况下是用英语定义的。许多论述证据的人,包括作者本人,都不可避免地受到西方观点的影响。这些差异和观点主要发端于上两个世纪的哲学推测,特别是发源于围绕逻辑实证主义开展的一些辩论(Bhaskar, 1997; Suppe, 1977)。随机对照临床试验和准试验是西方文献的创造,它们被广泛地接受并几乎普遍地应用在物理学和生物科学中。然而,在社会学和行为科学中尚未得以普遍接受。许多社会科学,尤其是人类学和社会学,采用了其他西方方法来取证并作干预效果评价。由于健康促进在一定程度上采用了混合的方式,所以很难对健康促进的证据方法下定义。

在发表的论文中,证据的概念有很强的文化和地理差异。许多能促进证据讨论的有关资料尚未发表。而且,那些已发表的非欧洲语言的论文即使有可能搜集到,但其内容也很难有北美、欧洲和澳洲的社会或行为科学家能充分理解的行为和社会学知识。西方的研究人员几乎对来自这些国家的论文一无所知。至于发展中国家,很难公布他们现存的有关本土居民健康促进证据和评价的论文,西方常规电子化文献库能检索出来的文章也寥寥无几。即使用其他途径可获得发展中国家有关证据问题的文献,但很难将其引入国际互联网。

发展中国家是否也存在如西方工业化国家一样的关于证据本质的讨论?或许本报告和此次会议将在各个方面引起对话。也许有人认为对证据的辩论与西方以外的国家无关。或者,有人认为当许多紧迫的健康问题需要马上实施项目来解决时,评价健康促进项目纯系浪费资源。

这样,引发一个基本问题,即发展中国家是否一旦采用那些符合西方证据标准的方法,就可进行健康促进项目?一

些人则认为西方的方法不一定适用于发展中国家，是否应该谨慎地接受西方健康促进的证据标准？发展中国家在探索最佳实践方案的研究中，能否提供使用最小的资源，作出最好的评价的项目准则呢？其他方法是否有用或可否用到在人群保健方面有很多缺陷的若干西方国家？虽然这些问题不容易涉及到，但对其合理性应给予承认。

3. 证据和评价：两个不同的词

总的说来，评价是较证据更具综合性的术语。证据可以是评价的结果，任何公共卫生政策都能够接受评价。评价是关于评估过程的一般概念；证据，尤其是科学的证据，有力地揭示事物间的因果关系和提供事实依据。例如，人们可以问吸烟引起肺癌的证据是什么。然后，根据科学实验和临床试验产生证据。经统计学证实，数字证据表明吸烟同肺癌有联系。此外，我们可以从生物学研究中寻找支持性证据，如香烟的某种有毒成分与细胞接触后引起分子水平的生物学改变。这类证据揭示吸烟与肺癌具有较强的因果关系。

相反，尽管有吸烟能引起肺癌的有力证据，年轻人仍然愿意吸烟的问题还很难用因果关系来解释。而且，也很难根据证据来解释吸烟行为。不过，通过研究反映出的某种假定社会因素与吸烟行为的相关性，可以评价其联系的效度和强度。然后可以用力图改变这种相关性以降低吸烟行为的干预，来评价干预措施的效果。

4. 谁的证据 谁的准则

证据显然是一个好东西和好词汇，要将证据用在因果关系上尚有许多困难，需要先对证据的意义作周密思考。证据这个词语带有许多附加条件。在讨论证据时应考虑“证据的

准则”，历史上“证据准则”来自文科、理科和社会科学等学科。这是一个相当直接的概念，每个学科在成熟时都能为本学科指出什么是好的实践或标准的实践。实践者将遵循这些标准，但有时创新者将挑战和破坏这些准则。这些准则成了科学上的实践标准（Kuhn, 1962）。

健康促进为自己的不拘一格和多学科性而自豪。现场的巨大力量促使它跨部门、跨学科（WHO, 1984）。它推崇实用主义。任何方法，只要能促进健康，调整卫生服务系统和使人们掌握知识技能，都是受欢迎的。健康促进的许多主要活动都涉及倡导、建立合作关系和联盟。这些工作的艺术性高于科学性。因此，可以认为健康促进是行动的领域，它很实用，几乎没有什么学科的特性。此外，作为行动一致的领域，它是较新的，还正在为它的术语下定义。如“证据”一词尚未出现于近期世界卫生组织健康促进词典中（WHO, 1998）。尽管如此，但可以说健康促进已经在某些方面有了领地。一些研究所、学校、部门、建筑物、教授职位和项目以健康促进命名。

健康促进跨学科又无学科的特性与有关证据讨论有什么关系呢？简单地说，在寻找表明健康促进成功的证据和证据准则的时候，还需从其他学科的角度重新对待证据的概念。因此，人们在寻找证据时并不是真正寻找评价健康促进的证据，而是寻找学科中健康促进子领域效果的证据。这导致了一个高度简单化的评价观点。也可以争辩说，只有对健康促进自身指标进行整体性评价，健康促进实践才能得到公正地评估，是健康促进的整体性质造成了这种困境。

只有认识到这种困难，本报告才能转移到依据其他术语来成功地评价健康促进工作，即运用各个学科的术语而不用在健康促进实践中有待阐述的术语。这未必是个坏事。许多

从事健康促进工作的人，特别是那些需要明确健康促进重要性和有效性的人，是有学科背景的。因此，他们在考虑健康促进的有效性时，有很好的理由来尊重公共卫生科学家提出的证据准则。同时，他们也需要通过尊重和帮助发展健康促进自身能力，来为健康促进评价领域下定义。

5. 为证据下定义：一个中间的立场

“证据”一词，通常指某些能使另一事物明确的事物（例如，湖水坚实的冰冻是温度曾经极低的信号）。一些词，如明显、明白、显而易见、可触知、清楚，都可用来描述已经明确的事物和事件，都具有表示肯定的特征。在很多方面，这是一个非常严格的定义，没有人会无法理解那个带有证据的东西。总之，日常使用的“证据”一词具有很高的期望性。有了证据，人们还能有什么疑问？

在法律上，证据有其他含义。例如，在审问中，证据被用来证明某些事物肯定发生了，尽管有时只比合理的怀疑强一点点。陪审员和审判员通过衡量证据的可信度来确定被告有罪或无罪。因此，我们会听到这样的话语：“无懈可击的证据无疑使我们作出被告有罪的结论。”这种语言对健康促进领域似乎是陌生的。但这正是 Tones 在近期的社论中使用的框架。“因而，我认为应该采用一种‘司法程序’来成功地搜集证据，即使通过这个程序不能获得 100% 的证据，也能使陪审员承诺采取行动”（Tones, 1997）。西方法院中呈现的证据往往是许多故事、证人陈述、警方证词、专家观点和法医鉴定的综合。总之，这些证据往往由多渠道不同领域的许多人提供。由此可见，证据需要从不同的角度陈述情况。

证据也可以从系统观察中推断出来，有时要经历很长时间。这样的证据经常描述为经验主义或来自观察；有时被认

为是来自实验。有时观察具有形成理论的前景，如达尔文的观察产生了进化理论（Weiner, 1995）。作为证据的观察经常同作为证据的资料相结合，这是公共卫生领域普遍应用的方式。

6. 其他来源健康促进证据的定义

目前，在健康促进讨论中常常涉及“证据”和“以证据为基础”。为什么会这样呢？一个有失偏颇的回答是，在人群保健问题的讨论中讲证据已习以为常（Zoellner and Liesof, 1998），就像在每天的医学工作，特别是在预防医学工作中讨论评价一样。因此，在社会政治环境已经允许进行热烈讨论的西方，人们把卫生保健作为重点话题之一，而且，这种讨论活动已经很广泛。例如，在加拿大一些有关证据和信息的论文近期已经在国家卫生论坛发表（EBCRG, 1994）。

在美国，疾病预防和控制中心正致力于成立专门工作小组，帮助制定《社区预防服务指南：系统回顾和依据证据的建议》（以下简称《指南》）。《指南》试图根据在人群中开展干预后的效果和对某些特殊结果的影响对证据下定义、归类、总结并按质量打分。这个指南将总结人群防治的干预效果和成本效益，并根据证据推荐这些干预内容及其实施方法，确立预防研究计划。

《指南》对干预的建议是根据证据的效果、危害和可推广性等方面的强弱而定的。为了给某个特殊干预对某一既定结果的效力、强度分类，特别工作组考虑了以下一些因素：①评价设计是否适当，以确证结局的变化是由所施干预所致；②研究执行的质量；③研究的数量；④结果的一致性；⑤观察效果的大小，以及极端情况如何；⑥专家的观

点 (SAJPM, 2000)。关于评价设计的适宜性,《指南》认为:有组间比较和对暴露与结局的前瞻性研究(例如,随机或非随机临床试验或社区试验,有组间比较,前后有多次测量的前瞻性研究,前瞻定群研究等)是最适合的;各种回顾性设计或前后多次测量,而没有组间比较的回顾性研究(例如回顾性定群研究,病例对照研究),是中等适宜的;单个前或后测量研究,没有组间比较或在同一个时点对同一组测量暴露与结局的研究(如事后设计)勉强适宜。特别工作小组已经注意到人群干预的策略常常是多方面的、复杂的,因而随机对照试验不易于或不适宜于评价社区干预的效果。值得注意的是,确定证据定义及分类方法要花费时间和精力。在《指南》中,特别工作小组依据干预设计为证据下定义,花了许多精力。

《指南》涉及的广度和深度很大。工作组有 15 个成员,他们因具有广泛的公共卫生、预防医学和健康促进知识而被挑选上。他们独立于地方卫生部门、卫生保健组织、非政府组织和大学的代表。此外,工作组还有 4 个顾问。疾病控制和预防中心的 30 个高级研究人员、研究助理和管理人员支持特别小组的工作。另外,工作组有 14 个联邦机构的联络人员、17 个机构的联络人员以及 14 个疾病预防和控制中心办公室、研究所和中心的联络员。这项工作自 1997 年就已开始,直到现在仍在继续制作《指南》。

与《指南》有关的证据讨论的答案可见于近期发表的论文,它总结了特别小组和指南工作人员所使用的方法。在《指南》中,证据一词包括:①适合于解释干预效果的信息;②有效性资料的可应用性(即获得的数据在多大程度上可应用到其他人群和场所);③干预的正面和负面影响(作为其他影响,包括有害的和阳性或阴性的非健康结果);④经济

影响；⑤实施干预的障碍。

《指南》的建议主要依据于有效的证据：《指南》旨在说明，证据一般来源于观察或实验。搜集和评价证据的方法很多，主要根据问题来选择。例如，《指南》制定过程使用的资料来自比较研究——干预组的结果与同时或历史的、没有或较少暴露于干预措施的对照组的结果比较，来回答干预是否有效。然而，也可使用非比较研究来描述障碍和搜集经济信息。

工作小组决定采取下列步骤获取和评价证据并将其转化为建议：①建立各章节的多学科小组；②对每章已评价的干预进行概念化的组织、分类和选择；③选择需要评价的干预；④寻找和验证证据；⑤验证和总结证据效果和质量；⑥将证据的有效性转化为建议；⑦分析证据的可应用性、其他影响、经济影响和实施障碍；⑧识别和总结研究的缺点(SAJPM, 2000)。

详细描述确定证据的过程、建立评估证据的方法、依据证据提出建议，这是一个单调乏味和棘手的程序。例如，为了审查旨在提高儿童、少年和成人疫苗接种覆盖率干预的证据，一支由 16 名摘要者组成的小组用了一个长的、详细的和精确的评价表，对 250 多个研究进行了回顾、评价和检查。即使这样，证据的搜寻还仅仅局限于已发表的、可通过资料检查系统如 MEDLINE、Embase、Psychlit、CAB 和社会学摘要等可获得的文献。而且，仅仅局限于工业化国家用英文发表在 1979~1998 年之间的符合《指南》小组制定的证据标准(SAJPM, 2000)的论文。这说明，即使是大的项目也有一定的局限。

另一个维护健康促进的佳例：国际健康促进和教育联盟给欧洲委员会的报告。