



普通高等教育“十一五”国家级规划教材
高等医学院校卫生事业管理专业教材

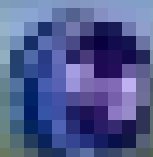
健康教育与 健康促进

(第2版)

主 编 常 春



北京大学医学出版社



中华人民共和国卫生部
中国疾病预防控制中心
CHINA CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

健康教育与健康促进

（第2版）

● ● ● ● ●

普通高等教育“十一五”国家级规划教材
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

(第2版)

主 审 吕姿之
主 编 常 春
编 委 (按姓氏拼音排序)
常 春 纪 颖 吕姿之

北京大学医学出版社

JIANKANGJIAOYU YU JIANKANGCUJIN

图书在版编目 (CIP) 数据

健康教育与健康促进/常春主编. —2 版. —北京:
北京大学医学出版社, 2010. 3
ISBN 978-7-81116-892-1

I. ①健… II. ①常… III. ①健康教育—医学院校—
教材 IV. ①R193

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 017980 号

健康教育与健康促进 (第 2 版)

主 编: 常 春

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 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: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 许立 陈奋 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 10.75 字数: 264 千字

版 次: 2010 年 2 月第 2 版 2010 年 3 月第 1 次印刷 印数: 1—10000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-892-1

定 价: 15.00 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

作为高等医药院校卫生事业管理专业系列教材之一的《健康教育与健康促进》一书，自1998年6月出版至今已经历了11年时间，先后印刷12次，发行6万余册，得到了医药院校广大同仁、学生以及健康教育工作者的认可，也反映了社会、特别是卫生领域对健康教育与健康促进的日益重视。

随着健康教育与健康促进的学科发展，健康教育与健康促进作为重要公共卫生策略已经得到广泛认可，并且已经成为公共卫生服务均等化的重要组成部分。这就对健康教育与健康促进专业知识和技能的教育与培训提出了新的要求。另一方面，健康教育与健康促进理念和实践在近10年来又有了长足的发展，以往的教材需要适时更新，这对我国健康教育与健康促进的学科发展也有重要意义。

本教材作为1998年吕姿之教授主编的《健康教育与健康促进》的第2版，保持了原教材遵循的“三基”原则，在保留内容简洁、可读性强、适用性广的特点的基础上，不仅融入了国际近年健康教育与健康促进知识、理念、实践方面的更新与发展，还结合了健康管理等相关学科在中国的发展和运用，力图成为健康教育与健康促进管理人员、实践人员及基层健康教育工作者的实用教材。本教材的第一章至第三章侧重于健康教育与健康促进的基本概念、理论和相关的行为学、传播学理论基础与方法，第四章至第六章介绍了健康教育与健康促进项目管理，以及在项目管理中涉及的调查研究和干预方法，第七章突出了医疗卫生机构在健康教育与健康促进中的独特地位和作用，第八章力图阐述其他不同场所健康教育与健康促进在组织实施方面的特点，第九章、第十章结合我国当前的主要公共卫生问题探讨健康教育与健康促进如何在疾病预防控制中发挥作用。

健康教育与健康促进涉及众多学科，与传统的公共卫生学科相比具有年轻且快速发展的特点。限于我们的学识水平和经验，教材中有疏漏在所难免。在此诚恳希望各院校老师、同学以及从事健康教育与健康促进专业的同仁们给予批评指正，帮助我们不断提高水平，完善教材。

本书再版过程中得到了北京大学医学出版社的大力支持，在此一并表示衷心的感谢！

常 春
2009年岁末

目 录

第一章 绪论..... 1	四、患者家属与患者沟通 26
第一节 健康及影响健康的因素..... 1	第四节 健康传播效果的影响因素与 对策 27
一、健康的概念..... 1	一、健康传播效果 27
二、影响健康的因素..... 2	二、影响健康传播效果的因素与 对策 28
第二节 健康教育与健康促进..... 4	第五节 传播材料制作与预实验 31
一、健康教育..... 5	一、分析需求和确定信息 31
二、健康促进..... 6	二、制订计划 31
三、国内外健康教育与健康促进 发展概况..... 9	三、形成初稿 31
第三节 健康教育与健康促进的意义 与任务 11	四、传播材料预试验 31
一、健康教育与健康促进的意义 ... 11	五、材料的生产发放与使用 32
二、健康教育与健康促进的任务 ... 12	六、监测与评价 32
第四节 健康教育与健康促进工作者 的能力 13	测试题 32
一、健康教育与健康促进管理人员的 能力 13	第三章 健康相关行为 34
二、健康教育与健康促进实践人员的 能力 13	第一节 行为概述 34
测试题 14	一、行为的概念 34
第二章 健康传播策略与技术 15	二、行为分类 35
第一节 传播概述 15	三、行为的发展与适应 35
一、传播与健康传播的基本概念 ... 15	四、行为形成和发展的影响因素 ... 36
二、传播的分类 15	第二节 健康相关行为 37
三、传播学模式 16	一、促进健康行为 38
四、传播关系与传通条件 19	二、危害健康行为 39
第二节 人际传播与沟通技巧 20	第三节 健康相关行为改变的理论 ... 40
一、人际传播 20	一、“知-信-行”模式..... 40
二、人际沟通技巧 21	二、健康信念模式 42
第三节 卫生服务中的人际传播和 沟通 24	三、行为改变的阶段理论 44
一、护理人员与患者沟通 24	四、社会营销的基本理论 45
二、医护沟通 25	第四节 健康相关行为的干预与 矫正 46
三、医护人员与患者家属沟通 26	一、个体行为的干预与矫正 46
	二、以家庭为单位的行为干预 48
	三、群体行为的干预 48
	测试题 50

第四章 健康教育与健康促进计划	
设计	52
第一节 概述	52
一、计划设计概念	52
二、计划设计原则	52
第二节 PRECEDE - PROCEED	
模式	53
第三节 计划设计步骤	55
一、需求评估	55
二、制订健康促进目标	59
三、目标人群细分	60
四、健康教育与健康促进策略	61
五、制订评价方案与项目管理	
方案	62
测试题	65
第五章 健康教育与健康促进计划的	
实施与评价	67
第一节 健康教育与健康促进计划的	
实施	67
一、制订实施的工作时间表	68
二、实施的质量控制	69
三、组织机构建设	70
四、实施人员培训	70
五、设施设备与健康教育材料	71
第二节 健康教育与健康促进计划	
评价的基本概念	72
一、评价的目的与意义	72
二、评价的种类和内容	73
第三节 评价设计方案	76
一、不设对照组的前后测试	76
二、非等同比较组设计	77
三、实验研究	78
第四节 影响评价结果的因素	78
测试题	79
第六章 健康教育与健康促进实用	
方法	81
第一节 定量调查研究方法	81
一、抽样方法与样本量	81
二、健康教育问卷	83
三、定量资料分析与表达	84
第二节 定性调查研究方法	85
一、参与式快速评估	85
二、专题小组讨论	86
三、选题小组工作法	87
四、深入访谈	88
五、观察	88
第三节 教育干预方法	89
一、自我导向学习法	89
二、同伴教育	90
三、演讲	92
四、健康管理	94
测试题	95
第七章 医疗卫生机构健康促进	97
第一节 概述	97
一、机构类型与特点	97
二、开展医疗卫生机构健康促进的	
意义	97
第二节 医疗卫生机构健康促进内容与	
方法	99
一、医院健康促进的内容与方法	99
二、患者健康教育的内容与	
方法	101
三、系统化整体护理与患者健康	
教育程序	104
四、社区卫生服务中心健康促进的	
内容与形式	107
第三节 护理人员职业健康教育	109
一、护士的职业危害因素	109
二、职业防护措施	110
测试题	111
第八章 各类场所的健康促进	112
第一节 学校健康促进	112
一、概念与任务	112
二、学校健康促进的实施领域	113
三、学校健康促进的组织实施与	
评价	116
第二节 工作场所健康促进	116
一、概念与原则	116
二、工作场所健康促进内容	118
三、工作场所健康促进的组织	

实施·····	123	因素·····	139
第三节 社区健康促进·····	124	三、控烟与健康促进·····	140
一、概念与意义·····	124	四、控酒与健康促进·····	142
二、社区健康促进组织实施策略·····	125	五、禁止药物滥用与健康促进·····	143
三、城市社区健康教育内容·····	125	测试题·····	144
四、农村社区健康教育内容·····	127	第十章 重大传染病与健康促进·····	145
测试题·····	127	第一节 艾滋病的健康教育与健康促进·····	145
第九章 生活方式与健康促进·····	129	一、国内外流行趋势·····	145
第一节 饮食营养与健康促进·····	129	二、病因与传播途径·····	146
一、饮食营养与健康的关系·····	129	三、艾滋病预防健康教育与健康促进·····	146
二、饮食营养的基本知识·····	130	第二节 肺结核病的健康教育与健康促进·····	148
三、影响饮食行为的因素·····	131	一、国内外流行情况·····	149
四、促进营养健康的健康教育规划设计·····	132	二、病因和传播途径·····	149
第二节 体力活动与健康促进·····	133	三、结核病预防健康教育·····	150
一、体力活动的概念·····	133	第三节 病毒性肝炎的健康教育与健康促进·····	153
二、体力活动干预原则·····	133	一、国内外流行情况·····	153
三、人群体力活动指导·····	134	二、传播途径·····	154
第三节 体重控制与健康促进·····	136	三、病毒性肝炎预防健康教育·····	154
一、超重和肥胖的评价标准·····	136	第四节 突发公共卫生事件的健康教育与健康促进·····	156
二、超重和肥胖的流行现状及其对健康的危害·····	136	一、突发公共卫生事件的涵义·····	156
三、肥胖症发生的主要因素·····	137	二、突发公共卫生事件的特征·····	156
四、肥胖症的干预·····	138	三、应对突发公共卫生事件的健康教育与健康促进策略·····	157
第四节 控制烟草、酒精与物质滥用·····	139	测试题·····	161
一、成瘾性行为的形成过程·····	139		
二、成瘾性行为形成的影响			

第一章 绪论

学习目标

1. 掌握健康的概念及影响健康的因素
2. 掌握健康教育、健康促进的涵义
3. 掌握健康促进的五大领域和基本策略
4. 熟悉健康教育与健康促进的意义与任务
5. 了解健康教育与健康促进工作者的能力，健康促进的产出

第一节 健康及影响健康的因素

一、健康的概念

亘古至今，任何时代、任何民族无不把健康视为人生的重要内容和目标。古希腊有位哲学家曾说：“如无健康，知识无法利用，文化无从施展，智慧不能表现，力量不能战斗，财富变成废物”。可见健康是一切价值的源泉。就个人而言，健康是个人能力发展、自我价值实现，以及生活幸福的基础；就国家而言，国民健康是经济发展、社会进步、民族兴旺的保证。当今社会，健康已经成为衡量一个国家发展程度、综合国力的重要指标之一，是全世界范围内的一项重要性的社会性目标。《中华人民共和国宪法》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”。达到尽可能高的健康水平和实现健康公平，已经成为全球范围的共识和努力目标，在联合国提出的千年发展目标（MDGs）中，降低儿童死亡率、改善产妇保健、与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争等三项目标与健康直接相关，而其他五项目标如消除极端贫困与饥饿、普及小学教育等也与健康密切相关，显示了健康作为全人类最基本、最重要资源的价值和意义。

在人类社会发展的进程中，人们对健康的认识和理解也在不断发展。长期以来人们往往认为无病、无伤、无残就是健康，但是随着对疾病认识的不断深入以及疾病控制措施的不断进步，健康的定义向着更为积极的方向发展。WHO于1948年提出“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”。在这个定义中，身体健康是指人体结构完整，体格健壮，各组织、器官功能正常，没有自我察觉到的不适感；心理健康指智力正常，内心世界丰富、充实、和谐、安宁，情绪稳定、心情愉快，自我意识良好，能够恰当地评价自己，思维与行为协调统一，有充分的安全感等；社会适应良好是指能与自然环境、社会环境保持良好接触，并对周围环境有良好的适应能力，有一定的人际交往能力，能有效应对日常生活和工作中的压力，能正常地进行工作、学习和生活。由此可见，躯体、

心理、社会适应三个健康维度缺一不可,且躯体、心理和社会适应三者之间又互相依存、相互影响。发生躯体疾病时,人们的心理情绪会受到不同程度的影响,同时也限制了人们参与社会生活和工作的能力,无法正常承担家庭与社会责任;而社会适应能力差,必定也影响到人们的心情,产生心理压力,长期的心理压力又可能引发躯体疾病。

另一方面,上述健康的定义强调了健康与身体不适既有不同又有复杂关联,且健康并不是一个绝对的概念,而是一个动态的、连续的过程。健康与身体不适或疾病不是对立或相互排斥的,人们可能患有某种疾病,但同时具有感觉良好的身体状态、积极乐观的心理和良好的社会适应能力。相应的,有的人没有躯体疾病或伤残,但也可能觉得身体不适或状态不佳,或是存在心理问题、社会适应不良。因此,需要从多维度、多层次理解健康的含义(表1-1)。

表 1-1 健康的内涵

	没有疾病	没有虚弱	表现出积极的健康(完满状态)
躯体	长寿、没有躯体疾病,健康风险低,不健康生活方式少	没有躯体症状,没有躯体失能	健康状态完好,保持促进健康的生活方式
心理	没有心理疾病	没有心理痛苦,没有心理失能	自尊、达观,有心理适应能力
社会	没有社会/家庭解体	没有社会/家庭摩擦	能发挥社会功能,得到社会支持,有归属感

二、影响健康的因素

全球范围内,通常用人均期望寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、患病率、伤残调整生命年(DALY)等反映一个国家或地区人口的健康状况。不同国家、一个国家内的不同地区上述健康指标的差异明显。世界银行的数据表明,2004年高收入国家的人均期望寿命接近80岁,东亚及太平洋地区国家人均期望寿命约为70岁,而次沙哈拉非洲国家的人均期望寿命不足50岁;2001年中低收入国家非传染性疾病占死因的54%,其他包括下呼吸道感染/儿童肺炎、HIV/AIDS、新生儿死亡、结核病、腹泻、疟疾以及道路交通意外,而高收入国家非传染性疾病占死因87%,其他原因包括下呼吸道感染/老人肺炎、结/直肠癌、糖尿病、乳腺癌等。分析这些健康差异是如何造成的,受到哪些因素的影响,必将有助于制定更为有效的改善健康的策略,全面推进人类健康。

自20世纪70年代加拿大学者从预防保健的角度提出,影响健康的行为与生活方式、环境、生物学和卫生服务四大因素有关以来,受到国内外学者的一致认可。美国在《健康人民2010》的文件中,将影响健康的环境因素又划分为自然环境和社会文化环境两方面。随着人们对健康公平性的日益重视,社会经济、教育等根源性因素对健康的影响越来越得到关注,并提出了“健康的社会决定因素”的论点,使得对健康影响因素的揭示从医疗卫生领域逐步扩展到社会大环境,从而也影响到在全球范围内解决健康问题的对策,不再仅仅局限于卫生服务的改善,而是更多地从社会发展、文化与行为变迁、政策和投入等方面寻求解决问题的措施。

1. 遗传与生物学因素

这一组因素与个体的遗传基因、胎儿期的生长发育状况等有关,如基因特点、性别、年

龄等。遗传与生物学因素对健康的影响除了表现在典型的遗传疾病外，还表现为现已查明的一些慢性非传染性疾病如高血压、糖尿病、乳腺癌等的家族遗传性，而发育畸形、寿命长短也不排斥有遗传方面的原因。再如由于男性与女性生物学特点的差异，致使女性增加了与生育相关的健康风险以及女性生殖系统肿瘤的风险。同理，儿童阶段腹泻的发生率高于成人，老年人群心脏病的风险明显高于年轻人。

此外，20 世纪初人类已经开始逐步发现的引起传染病和感染性疾病的各类病原微生物，也可以归为生物性致病因素。当然，随着科学技术的发展与进步，人们也在不断探索和利用遗传与生物因素的特点，进行疾病的预防和控制，如疫苗的研制与使用。

2. 行为与生活方式因素

行为与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、累积性和泛影响性的特点。一些行为与疾病、死亡、失能密切相关，而这些不利于健康的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、驾车与乘飞机不系安全带等（详见第 3 章）。WHO 早在 1992 年就估计全球 60% 的死亡是由于不良的生活方式和行为造成的，其中发达国家占 70%~80%，发展中国家占 40%~50%。美国 2000 年心脏病占总死因的 30%、癌症占总死因 23%、卒中占 7%、意外伤害占 4%、糖尿病占 3%，其中吸烟、高脂低纤维膳食、久坐生活方式、肥胖、饮酒等不良行为生活方式则构成了上述死因的主要危险因素。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膳食、适量运动、戒烟和限制饮酒、心理平衡。

以美国为例，进入 20 世纪 70 年代由于死亡率在先进医疗技术作用下仍不能持续下降，结合死因分析和人群中的随访观察，更证明了行为与生活方式的重要性。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，美国人的生活方式发生了改变，许多疾病的发病率和死亡率均明显下降。如 1963—1980 年，美国居民食用动物脂肪量下降了 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%。欧洲一些国家运用教育与政策引导等策略改变不健康生活方式，在降低慢性病发病率方面也有建树，如芬兰北卡地区于 1972 年开始，在全区实施从改变不健康生活方式入手的全方位干预计划，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%。

事实上，行为生活方式与健康的关系不仅仅表现在作为慢性非传染性疾病的危险因素，同时也与感染性疾病的预防与控制、卫生服务的利用与疾病治疗密切相关。如个人卫生习惯及行为与生殖道感染、腹泻、HIV 感染相关，而及时就诊、遵从医嘱等行为又影响到疾病的早期发现、及时合理治疗。可见，行为与生活方式对健康的影响具有举足轻重的意义。

3. 自然环境因素

自然环境指的是人们生活的物质环境，也是人类赖以生存的物质基础，与人们的生活、工作息息相关，如食物、水、空气等。在传统上，人们对于室外环境对健康影响的认识较多，如大气污染、基本卫生设施缺乏、没有安全饮用水等对健康造成的危害。近年来，人们也越来越多地重视室内环境对健康的影响，如在许多低收入国家，妇女在室内从事做饭及其

他家务劳动,由于居室通风条件差,室内烟尘极大地增加了妇女患呼吸系统疾病及哮喘的风险。此外,职业环境还大量存在着不安全的环境因素,如粉尘、有害化学物质等,当工作环境和防护措施缺位时,极大地增加了人们,特别是低收入流动人口暴露于职业伤害的风险。从更为广泛的视角看,全球生态环境的变化正在带来直接和间接的健康效应,如气候变化引起的光化学污染物和空气过敏原的暴露增加了对呼吸系统的影响、虫媒传染病范围和活动性的变化及土地退化造成的食品安全问题等。

自然环境因素对健康危害的机制比较复杂,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。

4. 社会环境因素

社会环境的内涵丰富,包括了社会经济、政策、教育、人们所处的社会阶层、民族、文化、社会性别准则、社会支持等,也被认为是健康的社会决定因素。疾病的发生和转归直接或间接地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。例如国家间和一个国家内部高收入者和低收入者健康状况存在明显差异,而这种差异又影响到人们获得卫生保健的机会及能力,从而影响健康;受教育程度高的人更容易采纳有益于健康的行为生活方式,如较少吸烟、较少超重、更积极有效地利用卫生保健服务等。

家庭成员、朋友、同事、社区成员等构成了一个个体的社会网络,来自于社会网络的物质帮助和心理支持对人们的健康也有重要影响,有较强社会网络和社会支持的人健康状况更好,反之亦然。此外,社会文化因素会影响人群对健康与疾病的认识及态度,也会影响到诸如饮食习惯等行为因素,进而影响到健康。

5. 卫生服务因素

卫生服务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医疗卫生手段,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。缺医少药、低下的卫生服务能力、缺乏医疗卫生保障及昂贵的医疗费用会极大阻碍人们对卫生服务的可及性与利用,导致广泛的健康损害。为此,需要建立健全的卫生保健服务体系、医疗卫生保障体系,提供以人为本的高质量医疗卫生服务,确保适宜的卫生服务价格,才能有效担负起卫生服务体系对健康的责任,促进人群的健康。

研究健康的影响因素,其目的在于为增进人类健康提供策略依据,毋庸置疑,经济的发展、人们接受良好的教育、保护环境、提高卫生服务质量对人类的健康有着巨大贡献,但另一方面,人类本身的行为也是至关重要的组成部分,人类的行为不仅直接影响个体健康,而且关乎对环境的保护和对卫生服务的利用。因此,行为与生活方式因素和环境因素受到人们越来越多的关注和重视,改变行为与环境将是促进健康最强有力的措施;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也就成为全球第二次卫生革命中的核心策略。

第二节 健康教育与健康促进

健康教育与健康促进是研究如何促使人们的行为向着更有利于健康的方向改变的学科,它基于公共卫生学、心理行为学、社会学、传播学、教育学、管理学、社会学等多学科的理论与方法,从分析个体、群体的健康相关行为入手,提出行为干预的策略与方法,并通过行之有效的干预活动,改善个体、群体的健康相关行为,进而实现增进健康、提高生活质

量的最终目的。

当前世界范围内，随着健康教育与健康促进的不断实践和发展，有关它的内涵、特征、研究领域等诸多问题仍在不断创新、发展和完善之中。

一、健康教育

1. 健康教育的涵义

在过去的50年中，随着对行为生活方式与健康关系认识的不断加深，相关领域的学者都在探讨如何有效地改变人们的行为生活方式以增进健康。早期的研究大多以心理行为学理论为依据研究人们的健康相关行为的形成与改变，比较侧重于从个体层面探索健康相关行为形成和改变的原因，进而强调知识、理念、态度、能力等个体因素在行为改变中的作用。正如我们所知，“教育”对于增加健康知识、树立健康观念、提升个体采纳健康行为的能力发挥着重要作用，并且“教育”更注重使“受教育对象”产生内化的过程。因此，在此基础上提出的健康教育的概念突出了教育对于改变行为的价值以及个体在改变行为方面的自愿性。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、自觉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。

上述概念强调了健康教育的核心是促使个人或群体改变不利于健康的行为与生活方式，并且认为要实现改变行为的目标，首先要使个体或群体掌握卫生保健知识，提高认知水平，建立起追求健康的理念和以健康为中心的价值观，在获得信息、提升认识的前提下再由个体决策行为改变与否。此外，这个概念还突出了信息传播和行为干预等针对个体的教育方法是健康教育的主体手段。

随着对健康相关行为理论的丰富和发展，现代健康教育越来越重视科学管理思想的体现和循证决策的过程，即基于对特定个体、群体健康相关行为的分析，确定有针对性的健康教育内容与方法，并且有计划、有步骤地实施干预活动，然后评估干预活动的效果。因此，健康教育是有计划、有组织、有系统的教育活动过程，其干预活动大多数情况下是一个组合设计，而不是零散的活动；同时健康教育又是有评价的教育活动，通过评价能够确定有效的干预方法与措施，总结经验、提升健康教育人员的能力。

2. 健康教育与卫生宣传

卫生宣传通常指通过各种宣传手段普及卫生知识、倡导健康观念与行为的的活动。卫生宣传活动大多基于一个国家或地区疾病流行情况的大背景开展，与现代健康教育相比，更强调卫生知识的普及和形成氛围与轰动效应，而不注重科学管理和循证决策的过程，宣传对象比较泛化，宣传活动为卫生知识的单向传播、不注重效果评价，因此往往难以估计其对人们行为改变的实际影响。

比较卫生宣传与健康教育的特点，并不是无视卫生宣传的作用，更不是要摒弃卫生宣传。众所周知，卫生宣传在中国的历史上曾经和正在发挥着重要作用，并且在未来还有存在的必要性和发挥作用的空间。1950年新中国成立不久，在第一届全国卫生会议上就强调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；动员广大人民自己向疾病、迷信、愚昧和不卫生习惯作斗争。1952年，中国发动了具有伟大历史意义的爱国卫生运动，毛泽东主席发出了“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

地动员了全民参与除害灭病工作。每年的5月31日“世界无烟日”、12月1日的“世界艾滋病日”前后,各地的专业机构、民间组织、志愿者纷纷开展控烟、预防艾滋病的宣传教育,对于引发全社会对烟草危害、艾滋病的关注以及普及戒烟和预防艾滋病的基本知识发挥了重大作用。中国作为一个发展中国家,唤醒人们的健康意识、普及基本的卫生知识仍是未来十分重要的任务。

现代健康教育概念与方法自20世纪80年代引入中国,促使我们用更加理性和科学的视角去分析中国传统的“卫生宣传”活动,比较二者的异同不难看出,健康教育与卫生宣传并非相互排斥,实际上,卫生宣传是健康教育干预活动的重要形式,健康教育则是卫生宣传目标、内容、实施方法上的深化与系统化,也是对卫生宣传功能上的扩展。

3. 健康教育与健康素养

健康素养(health literacy)一词最早出现在1974年,在随后的20年中,健康素养的概念和内涵不断发展和丰富,但主要指“能阅读、理解与健康相关的材料,如处方、就诊预约卡、药物说明书等”,“能够在医疗环境下完成基本的阅读与理解、识数与计算的能力”。可见,早期健康素养的概念强调的是人们是否有能力完成与医疗相关的阅读与计算,从而帮助患者更好地执行医嘱、配合治疗。随后在美国等发达国家开展的健康素养研究显示,健康素养与人们的健康密切相关,低健康素养会阻碍医患沟通,使人们不能有效地预防疾病的发生,其住院率是具有健康素养者的2倍,也对个人和社会造成了巨大的经济负担。另一方面,有关研究揭示健康素养对于健康的影响是间接的,主要通过影响健康知识、预防保健行为以及对卫生服务的利用等中间因素进而影响健康。

世界卫生组织(WHO)将“健康素养”定义为“人们获取、理解、实践健康信息和服务,并利用这些信息和服务做出正确的判断和决定,促进自身健康的能力”。这一概念在早期健康素养概念的基础上对其内涵做了进一步的扩展,有学者在此基础上提出健康素养可以分为功能性健康素养(functional health literacy),主要指读写、交流、识数等与获取健康信息或服务等密切相关的基本能力,如能看懂体检预约单、顺利完成检查和看懂24小时制时钟;互动性健康素养(interactive health literacy),主要指在日常生活中通过各种传播方式,积极寻求获得健康信息并应用新知识改变健康状况的能力;评判性健康素养(critical health literacy),主要指对获取的健康信息加以分析判断,并根据自己的实际情况将健康知识运用到日常事件和生活中的能力。

由此可见,健康素养无论是相对狭义的概念还是WHO给出的更为广义的概念,都与人们接受教育的程度直接相关,同时还会受到健康教育的影响。毫无疑问,健康教育是提高健康素养的重要途径,通过健康教育的有效实施,不仅能够帮助患者有效地利用卫生服务,更能够从公共卫生的视角,帮助人们提高自身的预防疾病能力,促使对预防保健服务的合理利用,达到预防疾病、维护和增进健康的目的。另一方面,健康素养可以作为单一指标反映健康教育效果,也丰富和发展了健康教育效果评价指标。美国的《健康人民2010》已经将健康素养作为主要指标之一,我国卫生部《健康中国2020》战略规划中也提出提高全民健康素养既是重要目标之一,又是各项指标最终实现的基本保证。

二、健康促进

1. 健康促进的涵义

随着健康教育理念在世界范围的推广,大量的健康教育实践经验表明,行为改变是长期

而复杂的过程，单纯的教育手段只能作用于人们的认知、技能的提高，进而促使行为生活方式发生改变，很多时候环境条件的制约、政策的缺乏可能阻碍人们采纳健康行为意愿的实现进程。例如，当人们打算做到饭前便后洗手时，水资源的缺乏可能造成无法实现洗手行为的事实；当人们出现健康问题打算就诊时，可能由于缺乏必要的医疗保障政策和制度而担负不起高昂的医疗费用，致使人们放弃求医行为；当人们希望使自己避免“二手烟”的危害时，可能由于缺乏必要的政策依据而无法保护自己……正如我们所知，内因是事物发展变化的依据，外因是事物发展变化的条件，二者缺一不可。

健康促进 (health promotion) 一词早在 20 世纪 20 年代已见于公共卫生文献，近 20 余年来受到广泛重视。WHO 曾经给健康促进作如下定义：“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”。美国健康教育学家劳伦斯·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的方向改变的教育与环境支持的综合体”。其中教育指健康教育，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《健康新视野》(New Horizons in Health) 的重要文献，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”。

由此可见，健康促进是一个综合的干预，是调动社会、经济和政治的广泛力量，改善人群健康的活动过程，它不仅包括一些旨在直接增强个体和群体知识技能的健康教育活动，更包括那些直接改变社会、经济和环境条件的活动。从狭义的角度讲，健康促进强调了在改变个人和群体行为过程中环境、政策支持的重要意义；从广义角度讲，环境、政策等对健康的贡献不仅表现为促进健康行为生活方式的形成，还会表现在环境条件改善本身对健康的贡献以及政治承诺、促进健康的政策对健康的直接影响。

2. 健康促进的五个活动领域

1986 年首届国际健康促进大会通过的《渥太华宣言》(Ottawa Charter for Health Promotion) 对于健康促进发展具有里程碑意义，不仅奠定了现代健康促进的概念和理论，明确了健康促进是实现《阿拉木图宣言》提出的初级卫生保健目标的重要策略，确立了健康促进作为公共卫生核心功能的地位，也阐明了健康促进的主要活动领域。从健康的影响因素分析不难理解，解决健康问题，减轻和消除影响健康的危险因素，实现预防疾病、增进健康的人类共同目标，已经远远超出了卫生领域的职能和涉及的范畴。因此，健康促进需要政府担负起健康责任、做出政治承诺，各有关部门、社会团体、民众共同参与。下述健康促进的五个活动领域也需要动员全社会力量去践行。

(1) 制定促进健康的公共政策：政策对于健康、健康行为的影响至关重要，各个部门、各级政府和组织的决策者都要把健康问题提到议事日程上，使他们了解他们的决策对健康后果的影响并承担责任，特别是非卫生部门（如工业、农业、教育、财政等）在决策中能预先评估政策可能对健康产生的影响，进而使本部门制定的公共政策能对健康产生积极的促进作用。

(2) 创造支持性环境：生产、生活环境乃至生态环境与人类生存与健康息息相关，保护自然环境与资源，创造安全、舒适、愉快和健康的生活和工作环境，也是健康促进的重要活动领域，该领域的工作内容包括评估环境对健康以及健康相关行为的影响，通过政策倡导和有针对性的环境策略为行为改变提供支持性环境，合理开发利用自然资源等。

(3) 加强社区的行动: 社区的特点是有一定的组织形式、资源, 有一定规模、特点相近的人群, 有共同的生产、生活环境和政策, 因此, 社区能力的提升与参与行动, 是健康促进的重要活动领域。加强社区行动首先要赋权 (empowerment), 激发社区领导、居民的主人翁意识, 分析发现社区的健康问题、确定社区的健康目标; 然后提出解决问题的办法, 并充分发动社区力量, 挖掘社区资源, 积极有效地让社区群众参与卫生保健计划的制订和执行, 最终解决社区健康问题, 实现社区健康与发展目标。

(4) 发展个人技能: 通过提供健康信息, 开展教育并帮助人们提高做出健康选择的技能, 来支持个人和社会的发展。个人技能是多方面的, 包括基本的健康知识、疾病预防与自我保护技能、自我与家庭健康管理能力、保护环境与节约资源的意识, 维护公共健康与安全的意识和能力等。除了要鼓励个体不断地从生活中学习健康知识, 积累经验, 有准备地应对人生各个阶段可能出现的健康问题; 学校、家庭、工作单位等功能社区和居民社区都有责任帮助人们发展个人技能, 从个体和群体水平预防疾病、增进健康。

(5) 调整卫生服务方向: 长期以来, 世界范围内都将临床医疗作为卫生服务的主体, 疑难及重症疾病的治疗占据了大量的卫生资源, 而人们的卫生需求却是以预防保健、基本医疗服务为主, 形成了卫生投入及资源配置与人群卫生服务需求之间的不对等。调整卫生服务方向意味着需要转变观念, 真正体现预防为主的思想, 将健康促进和预防作为提供卫生服务模式的组成部分, 逐步使卫生投入和资源配置与人群的卫生需求更好地统一起来, 以适应广大群众日益增长的公共卫生服务需求, 让最广大的人群公平受益。

3. 健康促进的基本策略

基于健康促进的概念和活动领域, 可以将健康促进的基本策略分为倡导、赋权、协调和社会动员, 其中倡导、赋权、协调是《渥太华宣言》明确指出健康促进三大基本策略, 而社会动员则是联合国儿童基金会 (UNICEF) 在开展致力于改善妇女、儿童健康状况的过程中提出的健康促进策略。

(1) 倡导 (advocacy): 主要强调的是针对政策决策者运用倡导的策略, 促进有利于健康的公共政策的制定和出台。此外, 倡导的策略还可用于说服和动员多部门关注健康, 激发各部门和人群参与的积极性, 共同创造促进健康的社会氛围与环境。

(2) 赋权 (empowerment): 开展社区及人群的能力建设, 使其具备维护健康的意识、掌握科学的知识和可行的技术, 激发社区和个人的潜能, 最终使社区、每个家庭和个人具备承担起各自的健康责任的能力, 并能付之于行动。

(3) 协调 (mediation): 健康促进涉及政府、各部门、社会团体、非政府组织、社区、个人, 使各方面力量有效发挥作用, 并能互相支持、配合, 需要运用协调策略, 关注到各自的利益与行动, 形成促进健康的强大联盟和社会支持体系, 努力实现维护和增进全社会健康的共同目标。

(4) 社会动员 (social mobilization): 社会动员策略主要的对象是社会各方面的力量、社区以及个人, 有效的社会动员需要以远大的目标感召人们, 以各方利益得到最大满足与妥协来打动人们, 促使各方积极行动, 产生切实的成效。

4. 健康促进的产出

健康促进是一个全社会动员和参与的系统工程, 最终目的是提高全人类的健康水平和生活质量。由于其活动领域广泛性和实现目标的递进性, 决定了健康促进的产出是多方面和多层次的 (表 1-2)。

表 1-2 健康促进的产出模式

健康与社会 产出	社会产出：提高生活质量、公平性		
	健康产出：发病率/伤残率下降，减少可以避免的死亡		
健康结局的中 间产出	健康的行为与生活方式： 不吸烟/戒烟、运动、合 理膳食等	有效卫生服务：预防保健服务、临床医疗服务，提高服务的 可及性，健康环境：安全的生产/生活环境、食品供应、 基本设施与条件的完善等	
健康促进产出	健康素养：知识、态度、 动机、行为意向、个人 技能等	社会活动：社区参与、社区 赋权、社会规范、公众舆 论等	组织与政策：法律法规、 政策、资源配置、组织保 障等
健康促进活动	教育：利用各类场所开 展健康教育活动	社会动员：政府与政治力量、 各部门、社会团体、技术机 构、非政府组织等	倡导：游说、表达政治主 张、克服官僚主义等

(引自：世界卫生组织西太区《区域健康促进框架 2002-2005》, 2002.)

三、国内外健康教育与健康促进发展概况

1. 中国健康教育与健康促进发展概况

我国最早的健康教育专业机构可以追溯到 1931 年，当时国民党政府卫生部成立了卫生实验处，内设卫生教育系。1931—1934 年，中央大学教育学院和国立江苏医学院培养了 92 名四年制和二年制健康教育学士和专业人员，成为中国早期健康教育的骨干力量。新中国成立后，全国各地兴建了卫生宣传机构（卫生宣教所/馆），培养和组建了近千名工作人员的专业队伍。改革开放后中国的健康教育事业得以恢复和发展，1984 年成立了中国健康教育协会，1986 年成立了中国健康教育研究所（现更名为中国健康教育中心，作者注），各省市的健康教育所也得到迅速发展，迄今全国 31 个省（市、自治区）及新疆生产建设兵团都有健康教育专业机构，绝大部分地级市和部分县也成立了健康教育专业科室。此外，1988 年中国出版了第一部由贾伟廉主编的《健康教育学》，同年《中国健康教育》专业性学术杂志创刊。20 世纪 80 年代后期，不少省、市派出了健康教育专业人员赴国外访问，开展学术交流，开阔视野，汲取国外健康教育的新经验、新成果。20 世纪 80 年代一系列健康教育重大事件的发生也标志着中国迈入了现代健康教育时代。

在健康教育实践方面，早在 20 世纪 30 年代，中国的健康教育先驱陈志潜先生在河北省定县创办了第一个农村实验区，开展了大量健康教育工作并创立了一套卫生保健新模式。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，全县实施卫生教育的组织为保健院，联村保健组，每村设有保健员。定县的经验影响深远，开创了我国农村社区健康教育的先河。20 世纪 50—60 年代健康教育工作主要是依托“爱国卫生运动”而开展的卫生宣传；从 80 年代后期到 90 年代，一系列的健康教育国际合作项目进入中国，使中国的健康教育实践得到了进一步的发展。

进入 21 世纪，我国健康教育理论和实践逐步和健康促进的概念与实践接轨，健康教育与健康促进已经成为我国应对重大公共卫生问题的重要策略。目前，烟草控制、艾滋病防