

健康教育与健康促进

——现状与挑战

中国疾控中心健康教育所
所长 陶茂萱



提纲

- 一、提高个体与群体健康水平，是人类社会发展过程中的永恒主题。
- 二、人类健康面临的挑战 随着社会经济、科学技术和生活水平的变化，全球化、工业化和人口老龄化进程日益加快，人类健康面临着越来越多的挑战，如旧传染病的死灰复燃、新传染病的出现、慢性非传染性疾病的高发病率和疾病负担以及精神卫生问题的日趋严重等等。
- 三、健康教育与健康促进是公共卫生的核心任务 以促进个人、群体行为改变和环境改变为重点的健康教育和健康促进作为疾病预防控制、提高群体健康水平的最经济有效的必要途径，在改善和维护人类健康方面有着不可替代的作用。
- 四、健康教育与健康促进的几点思考



健康促进的主要工作内容

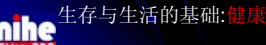
- 评价人群的健康需求
- 找出影响健康的主要问题
- 明确项目目标
- 制定和改进支持社会动员的策略
- 与不同相关部门人员结成联盟
- 设计有效的信息体系
- 信息有效传播，鼓励社区参与
- 及时监测项目进展
- 为项目执行、监测、评估准备足够的资源



一、提高个体与群体健康水平，是人类社会发展过程中的永恒主题。

- 1. 个体生物属性对健康的需求
 - 种群的繁衍 繁衍后代
 - 生态系统中的竞争与生存
 - 个体的生存 生存与生活 竞争与需求(物质-精神)
 - 人类社会的形成与发展

亚伯拉罕·马斯洛(Abraham Harold Maslow, 1908-1970)，美国社会心理学家。人类价值体系存在两类需要，一类称为低级需要或生理需要，一类称为高级需要。他们又可分为五种不同层次的需要；其中，社会需要又解释为归属与爱的需要



2. 社会对全民健康的需求

- ◆ 健康是每一个人最基本的人权
WHO章程(46年):“健康是每一个人最基本的人权,不论人们的种族、宗教、政治、经济或社会地位如何”。
- ◆ 民族的基本健康素质与国家兴旺发达紧密关联
二者相辅相成,互为促进;全民健康是构建和谐社会的必要条件;WHO章程(46年)“实现每一个民族的健康目标是赢得全世界和平与安宁的最基本保证”
- ◆ 健康就是生产力(健康的劳动力是生产力的决定因素)
健康是生产力得以维系和再生的基础;(05年全国劳动人口年均病假日为28天,损失GDP为10%,消耗资源为8%。?)
- ◆ 全民健康状况与国家经济发展密切相关
过高的疾病负担将影响国家经济的持续发展:1978至2001年,卫生总费用从110.2亿元上升为5150.3亿元,平均年增长12.2%,同期GDP平均增长9.42%;2005年,我国卫生总费用占GDP的5.6%



二、人类健康面临的挑战

随着社会经济、科学技术和生活水平的变化，全球化、工业化和人口老龄化进程日益加快，人类健康面临着越来越多的挑战。

1. 社会经济与人口变迁

- ◆ 发展不均衡：
05年城乡居民收入差距明显：约为3.3:1。（2020年可能达到4:1）
- ◆ 地域发展不均衡：东西部发展速率差距明显。05年人均GDP人均1700美元，但各省差距高达10倍（6500-602美元）。
- ◆ 城市居民收入最低的1/5人口只拥有全部收入的2.75%，仅为收入最高的1/5人口拥有收入的4.6%。“基尼系数”已达到合理值的上限，在0.4左右。



人口老龄化（中国人口老化大致可分为三个阶段）：

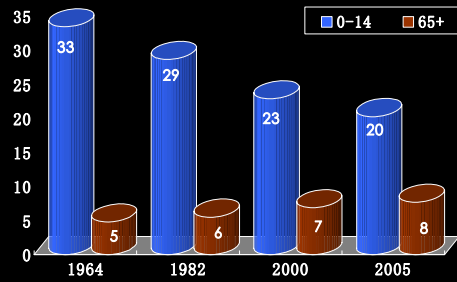
1990~2000年，中国人口由成年型向老年型转变；
2000~2020年，中国将变成典型的老年型人口国家；
2020~2050年，将是中国人口老化的严重阶段。

我国人口已达到13亿，60岁以上的老年人口1.33亿，占总人口的10.2%，并以每年3%的速度增长。

联合国标准：
>60岁为10%；
>65为7%。



中国人口年龄结构的变化



Source: National statistic Bureau of China

2. 环境问题与可持续发展

资源浪费：

2004年中国对世界经济的总贡献是4.3%，但是消耗了全球30%的煤炭、27%的钢铁、25%的铝材和40%的水泥。

资源不足：

我国水资源总量是为2.8万亿立方米水资源，总量居世界第6位。

人均水资源量约占世界人均的四分之一，排在第121位，是13个贫水国家之一。

600余座城市中有300多座缺水，100多座严重缺水。

环境污染：



联合国粮农组织的报告，中国80%的河流水质遭到破坏而不能再维持鱼类生存。我国七大水系407个监测断面中劣V类的水占29.7%。



2005年监测的522个城市中，39.7%的城市属于中度或重度污染。

根据世界银行估计，中国大概有6亿人生活在大气污染环境中。



WHO估计，在全世界范围内，城市空气污染造成每年约80万人死亡、寿命损失年减少约为460万。

中国11个最大城市中，每年因空气中烟尘和细颗粒物使5万人早死，40多万人感染上慢性支气管炎。



我国1985年 321万辆
1995年 7040万辆
2002年 2000万辆
2005年 3160万辆



3. 不公平现象增加

经济发展不均衡——城市与农村、东部与西部、内陆与沿海、行业间与行业内部（行业或国家垄断的存在）

民众收入差距加大——“基尼系数”已达到合理值的上限，在0.4左右。

社会资源占有的不均衡——社会保障系统不完善、卫生资源分配不合理，民众健康权益的保障受到威胁。

卫生服务的可及性——社区卫生服务、新农合
2000年农村人均卫生事业费12元，仅为城市的27.6%。



4. 人口增加与城市化进程

- 人口总量现在已经达到十三亿，而每年平均还要以一千万左右的新生人口在未来的二十多年当中增加。
- 中国城市化的巨大压力大。目前每年有1200万到1300万的人口从农村转移到城市，这种趋势将持续到未来三十年到四十年。



城市化进程可能带来的社会问题：

- 流动人口（中国流动人口达到1.5亿，占全国总人口的10%以上）
- 就业压力
- 交通压力
- 资源流通（能源、饮食供给、城市垃圾等）
- 社会安全保障：精神卫生、吸烟、吸毒、酗酒
- 卫生服务需求增长

5. 经济全球化进程带来的健康挑战

- 城市化进程中既失去土地、又没有获得稳定的非农就业机会的失地农民成为中国社会的弱势群体。
- 城市经济部门为顺应国际市场需求而进行结构调整中产生的城市失业和贫困人口。
- 高污染行业或企业从发达国家和地区向中国转移。
- 不健康饮食和生活方式的国际化导致非传染性慢性病的全球化；
- 人员货物流动的全球化，可能导致对贫困人口危害最大的传染性疾病（例如肺结核、肝炎和艾滋病）迅速在中国蔓延；一些在中国流行的传染病也可能传播到境外。
- 国内经济市场化和全球经济竞争下，公共卫生产品和服务、投资和供给不足，引发了一系列的健康问题（疾病预防体系、职业健康保护、孕产妇和儿童保健、与食品生产和销售环节中的监督不力，食品安全问题等等）。

三 我国健康教育与健康促进事业面临的挑战

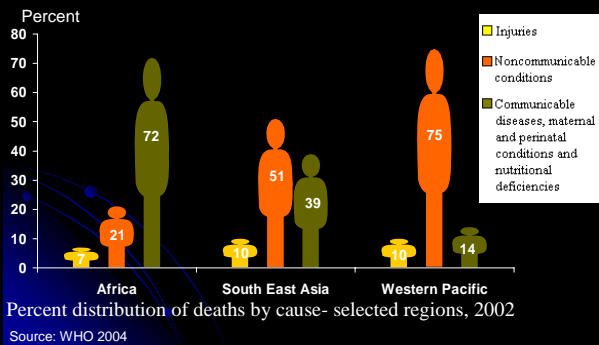
(1) 社会对健康的需求不断增长

随着经济全球化、城市化、环境污染、人口老龄化、工作生活节奏加快、家庭组成和结构的变化以及疾病谱改变等一系列变化，将会带来新的卫生和健康问题，人们更加关注健康和生活质量，对健康教育的需求不断增加。

- 新老传染病的威胁：**艾滋病 全球 1/8秒、中国200/天**
老传染病发病率上升，控制难度加大：如结核、疟疾和麻疹等。
新传染病不断出现，对人类健康构成重大威胁：自上世纪60年代后期至今，新出现了艾滋病、疯牛病、禽流感、埃博拉出血热、马尔堡出血热、西尼罗病毒脑炎、病毒性肝炎（丙、丁、戊、庚型）、SARS、猴天花、军团病、O139 霍乱、莱姆病、O157；H7 肠炎、消化性溃疡、隐孢子虫病、巴西西虫病、肺炎衣原体感染等42种传染病。

- 慢性非传染性疾病持续攀升：
冠心病全国每年死亡110万人，脑中风死亡150万。
糖尿病 发病率20年 1%上升到3% 5000万人患病；
慢性非传染性疾病负担位居疾病总负担首位。
精神疾患与心理卫生问题：竞争加剧、社会支持网络削弱、心理应激因素增加，心理卫生问题更加突出。全世界20%的自杀发生在中国。
据预测，精神卫生问题导致的负担将排2020年疾病总负担的第一位。
- 职业病仍危害人民健康
平均每年报告新发职业病人15000多例，急性中毒200多起。目前尘肺现患病人43.3万例，估计可疑似尘肺病人60多万例。专家估计每年报告病例可能远低于实际发病数。
中小企业职业危害问题突出，在农民工群体中尤其突出。
- 公共安全问题比较突出：
如食品安全（农药、化肥、污染、转基因食品）、药品安全（药物滥用、假劣药品）、意外伤害等。

不同区域的疾病负担



(2) 全国范围内健康教育发展极不均衡

我国特点：“幅员广阔、人口众多”；多民族多语言文化；信息传播渠道不畅；地区间城乡间经济水平差异巨大（我国基尼指数为 0.458(04年)，美国约为0.35，日本0.26）。

- 中央和地方财政卫生资源配置不均衡，乡村与边远是地区健康教育能力不足、经费不足、社会重视程度不够
- 经济欠发达的农村和边远、边缘地区健康教育工作严重滞后

	农村人口/总人口	农业劳动力/总劳动力
低收入 国家	72%	52.6%
高收入 国家	23%	4.5%
中国	74%	59.8%

(3) 健康教育与健康促进项目评估及投资经济效益的评价

◆ 健康教育与健康促进作为全国范围实施的行业领域，需要更为系统化的可以在全国规范内规范和协调各个相关工作领域健康教育的技术性要求。

《全国健康教育与健康促进工作规划纲要（2005—2010年）》的贯彻实施尚需在全国其他各领域起到指导作用。

◆ 对健康教育与健康促进项目缺乏统一规范的效果评估方法，无章可循，需求评估不到位，或对效果评估的重要性认识不足 →

1. 夸大了实际效果或掩盖了实际效果

干预效果评价中的对照选择：自身干预前后对照 干扰因素排除？空白？
评价指标选择：根据需要（业绩！）随意选择 导出错误结论？权重？

2. 健康教育与健康促进经济效益评价困难（成本—效益分析）

“低投入，高产出” 长期投入：财力、人力、时间
综合产出：健康教育服务的数量与质量、覆盖程度
健康水平：指标选择？偏性？归因？
劳动生产力的提升：劳动时间延长？质量？
卫生投资效率提升：疾病负担下降 支出减少



(4) 部分重要领域的健康教育与健康促进工作薄弱

◆ 精神卫生领域的健康教育

2003年WHO：北京、上海抑郁症患病率4%—8%。
我国各类精神障碍患者已超过8300万人，精神疾病患者达1600万人。
在我国15岁到34岁这个人群中，排在第一位的死亡原因是自杀。
2020年精神卫生问题导致的负担将持疾病总负担的第一位。

◆ 交通事故与以外伤害

全球每年大约有120万人死于道路交通事故，每天有3242人死亡
我国共发生交通事故450254起，死亡98738人。
少年儿童交通事故死亡率亦居全球首位！

◆ 与职业卫生相关的健康教育与健康促进

每年新发生尘肺病患者1万例以上，死亡5000人左右。
我国有毒有害企业超过**1 6 0 0**万家，受到职业危害的人数超过**2**亿，其中绝大多数是**农民工**。

劳动保护政策法规的切实执行 经济政策与局部利益？

提高就业者的自我防范意识与维权能力 农民工？就业竞争？
就业者的健康素养的提升 知、信、行 决定能力？

◆ 群体健康管理薄弱，流于形式；个体健康管理混乱，商业误导明显。

◆ 中小學生体质下降，学校健康教育与健康促进有待加强。

◆ 三亿流动人口：流动人口？城市新移民？



(5) 学科建设发展缓慢 理论研究薄弱

◆ 健康教育与健康促进是一门综合性的容众多学科领域内容为一体的专业学科，但目前全国没有一所高校培养健康教育与健康促进专门人才。

◆ 管理层面健康教育与健康促进重视程度需进一步加强

学科发展缓慢，而影响了专业队伍自身的成长和人才的培养和该领域的发展。

◆ 全美已有近千所大专院校开设健康教育专业或健康教育课程，并授予健康教育文学学士、健康教育理学学士、健康教育学硕士、哲学博士或教育学博士。

(6) 各级政府对学校教育日益重视，需要进一步加强管理和投入力度

◆ 2006年，中央财政第一次，下达专项转移支付经费到中西部省份（50万元/省）——具有重要的意义。

2007年，全国各省均可得到专项经费支持，但总经费额度基本未变。

2008年，中央总的健康教育经费明显增加，如：艾滋病、结核、免疫、突发公共卫生事件等。

◆ 健康教育机构统筹协调机制需进一步加强

各省健康教育管理机构：妇社、疾控、爱卫办、CDC等
中央机构的设置级别尚需强化



【目前】

健康教育专业机构（上报资料）

行政区划	区域数	调查机构			
		机构数	专业人员数	总人数	兼职数
国家级	1	1	66 (77%)	86	0
省（直辖市）	32	32	564 (88%)	639	0
市（单列市）	333	303	1266 (81%)	1569	158
县	2862	1991	2523 (81%)	3123	1877

健康教育机构情况（上报资料）

行政区划	机构数	独立法人	行政主管部门			
			疾控处	妇社处	爱卫办	其它
省	32	15	13	12	7	0
市	303	853	129	57	58	59
县	1991	380	806	155	291	739
直辖市	5	1	2	1	2	0



综上所述，面对挑战，解决问题的最有效手段之一： 健康教育与健康促进

——以促进个人、群体行为改变和环境改变为重点的健康教育和健康促进作为疾病预防控制、提高群体健康水平的最经济有效的必要途径，在改善和维护人类健康方面有着不可替代的作用。

——同时，也是逐步解决我国现阶段的卫生资源的公平分配、弱势群体的疾病与贫困、不能人人充分享有健康权利等社会问题的有效手段之一。

——第六届健康促进国际大会（曼谷）通过了《健康促进曼谷宪章》，并强调指出：**健康促进是公共卫生的主要内容。**

大会主旨——“**针对健康的决定因素，强调政策与伙伴关系**”

提出健康工作者所面临的挑战是：

全球化、城市化、工业化、环境恶化及不公正。

四、我国健康教育事业发展的机遇

1. 全球性健康促进事业发展

20世纪20年代——健康促进概念出现于公共卫生文献，健康教育与健康促进处于萌芽阶段（对以疾病为中心的生物学模式的过分强调，忽视了健康教育与健康促进对自身健康的作用）。

20世纪70年代——健康教育与健康促进体系进入了形成阶段（随着“健康”概念的扩大和健康促进的提出）。许多国家都相继发表并建立了健康教育与健康促进的宣言、法案和有关机构。

20世纪80年代以后——健康促进进入了一个崭新的发展阶段，健康教育与健康促进理论和实践逐步完善并发展起来。

各国政府和社会组织对于健康促进空前重视，慢性病预防控制工作的中心为健康教育与健康促进。



2. 民众和社会对健康的需求

- 社会经济和科学技术得以持续发展
- 人民物质生活和文化生活得以保障
- 全球的文化与健康理念传播与渗透
- 全民文化素养的普遍提高

百姓渴求健康的呼声日益高涨
保障人民健康成为社会责任

3. 政府对于健康教育与健康促进工作的空前重视

- 中央政府建立和谐社会的策略使关注百姓健康需求、重视民众健康 成为政府行为；
- 社区卫生工作六项基本工作内容的首位是健康教育（2006年，卫生部基妇司“有关城市社区卫生工作”）；
- 健康素质作为国民素质的基本要素，是经济建设和社会发展的重要保障（党的十六大）；
- 健康教育是公民素质教育的重要内容（97，03，中共中央国务院“决定”“农村卫生工作”）

卫生部：（陈竺部长：在我国公共卫生工作中要做好健康促进）
启动健康生活方式的健康促进项目（9月1日）：“健康北京，健康奥运”；
控烟框加公约的履约活动；“百姓健康频道”；针对艾滋病、结核、禽流感、
突发公共卫生等领域的健康教育活动；



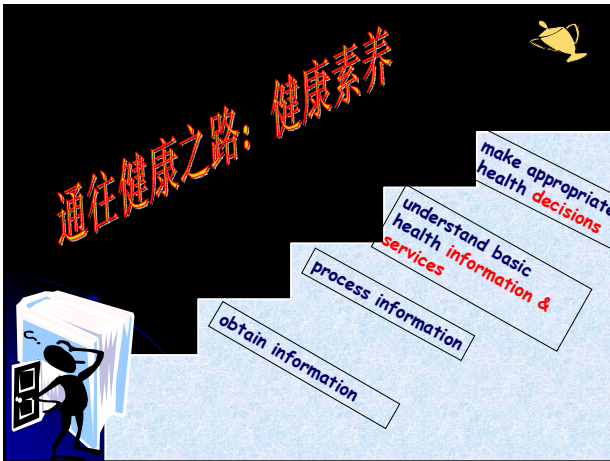
4. 社会各界广泛参与

社会团体（包括学会、协会等）、企业（包括各种媒体、传播公司等）、民间组织等携手举办健康教育活动，全社会广泛参与的氛围正在形成。

5. 新兴有效的传播方式

影视、多媒体、网络传播互动、移动通讯短信、流媒体视频等

——以政府政策为主导的、全社会广泛动员参与的**健康支持环境**正在逐步形成（世界卫生组织等一再倡导）

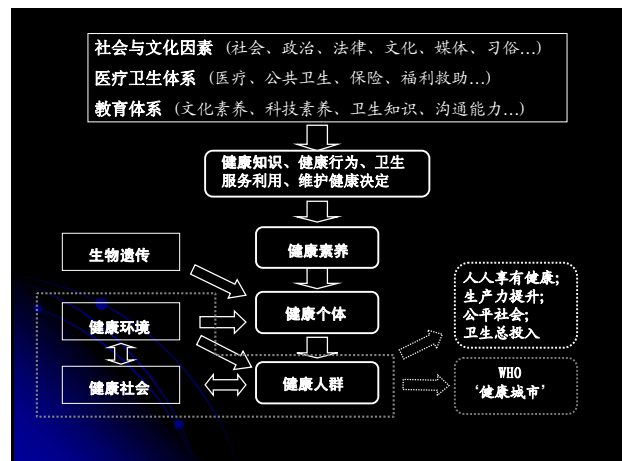
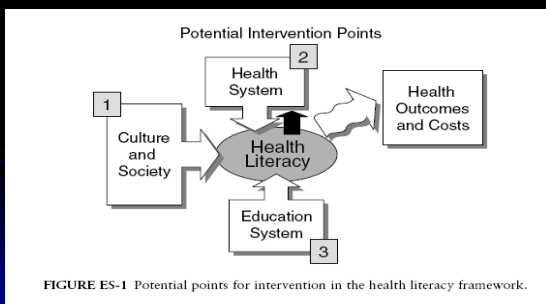


健康素养定义（Health Literacy）

健康素养是指个体获取，理解 and 处理基本的健康信息或服务，并运用这些信息和服务维持和促进健康的能力。

主要包括基本的健康知识，健康行为，健康信念，及与健康相关的技能四个维度。

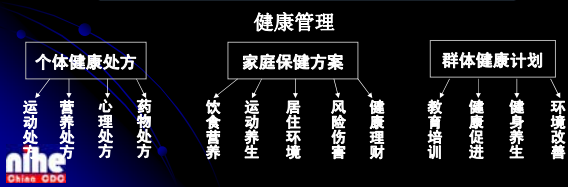
健康素养的影响因素：



亚健康—— 一个尚未明确的概念

亚健康是指处于健康和疾病之间的一种过渡状态。从亚健康状态既可以向好的方向转化恢复到健康状态，也可以向坏的方向转化而进一步发展为各种疾病。

健康 \rightleftarrows 亚健康 \rightleftarrows 亚临床 \rightleftarrows 疾病



问题

在从健康到疾病这个**移行过程**中

如何判定个体或群体处在什么状态？

采用什么指标体系或标准去进行判定？

这个指标体系或标准应当由谁来制定？

看法:

有必要制定一种适用于我国实际的、系统化的（通用 权重 指数）亚健康评价体系或标准，以避免个体或群体健康管理过程中的混乱和误导。

注重科学性，避免误导公众。



思考:

健康生活方式的研究——

- 健康生活方式的界定（定义）？
- 不健康生活方式的后果——慢性病发病率（主要结局）
- 二者之间的关系？ 定性？ 定量？
- 不健康生活方式的风险评估
- 群体健康管理



谢谢

