

社区健康教育与 健康促进



学习目标

1. 掌握健康教育、社区健康教育与健康教育程序以及健康促进概念和健康促进的领域。
2. 熟悉健康教育与健康促进的区别。
3. 了解社区健康教育的相关理论。
4. 学会运用健康教育的技术方法,对社区居民开展健康教育。
5. 具有良好的组织协调能力和人际沟通能力。

健康教育与健康促进是维护人类健康发展的根本,是世界卫生组织提倡并督促各国积极响应的人类健康活动,是实现“健康中国”的重要举措,社区是聚集在某一个领域里所形成的一个生活上相互关联的大集体,是社会生活共同体最基本的单位,也是健康教育和健康促进的重要区域。社区居民之间拥有的共同意识和利益以及密切的交往,有利于健康教育与健康促进的开展和落实。

第一节 社区健康教育概述

情境导入

小张是某社区卫生服务站的护士。目前正值冬季,小张发现本社区的心脑血管疾病病人较之前明显增多,以心绞痛病人最多,小张及时向社区服务中心主任汇报了社区心脑血管疾病的发病情况,社区卫生服务中心决定针对社区人群就心脑血管疾病开展健康教育。

工作任务:

1. 请说明开展健康教育对预防社区心脑血管疾病的意义。
2. 如何应用健康教育相关理论指导社区居民建立健康的生活方式?

一、社区健康教育相关概念

1. 健康教育(health education) 以致力于引导人们养成有益于健康的行为为目的,通过有计划、有组织、有评价的教育过程,使之达到最佳的健康状态。教育者利用各种教育方法和传播媒介,通过卫生知识的传播和行为干预,改变人们的不健康行为,消除或减轻影响健康的危险因素,预防疾病,促进

健康,最终提高人们的健康水平和生活质量。健康教育已成为衡量社会文明和进步的标志。世界卫生组织在《阿拉木图宣言》中指出:健康教育是初级卫生保健任务中的首要任务。

健康教育是由医学、预防医学、社会学、传播学、心理学、行为学等多学科理论相互融合,发展形成的相对独立的一门新兴交叉学科,属于预防医学范畴,其核心是帮助人们建立健康行为和生活方式。健康教育的理论特点为多学科性和跨学科性;活动特征为有计划、有组织、有评价;健康教育的目的是通过教育、传播和干预的手段,向个体或群体传播有关健康的信息,对健康观、价值观的认知教育和卫生保健技能的培训,针对不良行为特征进行干预,使受教育者掌握健康知识,树立正确的健康观念,采纳健康行为,主动创造健康,最终提高健康水平。健康教育的主要作用是帮助人们建立健康的生活方式,有效预防慢性非传染性疾病、有效预防与行为相关的传染病、有效维护个体和群体的身心健康、满足全社会人群对健康知识的需求。

2. 社区健康教育(community health education) 是以社区为基本单位,以社区人群为教育对象,以促进健康为目标,有计划、有组织、有评价的健康教育活动。其目的是发动和引导社区居民树立健康观念,关心自身、家庭和社区的健康问题,积极参与社区健康教育与健康促进活动,自觉养成健康行为和生活方式,以提高自我保健、预防疾病和群体健康水平。社区健康教育的对象主要是社区内居民和社区内的学校、幼儿园、工商业及其他服务行业的职业人群。社区健康教育的重点人群是老年人、妇女、儿童、青少年、残障人员。社区卫生服务人员充分、有效地利用卫生保健资源,积极开展健康促进和预防疾病的工作,从而降低社区人群的发病率、残障率和死亡率,提高居民的生活质量。

社区健康教育既有复杂性和特殊性,又有其丰富的资源和发挥的空间。在社区开展健康教育,有利于社区居民接受健康教育知识和健康观念,进而提高居民健康素质;有利于疾病预防和卫生保健的开展,充分发挥社区的凝聚作用。

二、健康教育相关理论

健康教育理论包括健康行为基础理论、个体健康行为理论、群体健康行为理论等,在实际工作中没有任何一种理论或模式适用于所有工作情况,根据教育对象和目标行为的不同可采用某个理论或多个理论同时应用。

(一) 健康相关行为

健康行为指人在生理、心理和社会适应各方面都处于良好状态时的行为表现,旨在维护和促进健康。

健康相关行为(health-related behavior)指个体或群体与健康 and 疾病有关的行为。按其对于行为者自身和他人的影响,分为促进健康行为和危害健康行为两种,并受一些因素影响。

1. 促进健康行为 健康行为是指个体和群体客观上有利于自身和他人健康的一组行为,是与预防疾病、维护健康和促进健康相关的活动。其行为特征为有利性、规律性、和谐性、一致性、适宜性,健康行为可分为5种。

(1) 基本健康行为:指在日常生活、工作中能促进健康的行为,如保证充足睡眠、生活起居规律、平衡膳食、适量运动等。

(2) 避免环境危险行为:指避免自身暴露于危害健康的自然环境和社会环境中的行为,如离开污染环境、及时调整自身不良情绪等。

(3) 戒除不良嗜好行为:指主动戒除不良嗜好或有意识抵制不良嗜好的行为,如戒烟、限酒、不参与赌博、不滥用非治疗性药物等。

(4) 预警行为:指预防危害健康事件发生的行为或在不良事件发生后能立即做出正确处理的行为,如施工过程戴安全帽、老人避免雪天外出、事故发生后的自救和他教等。

(5) 合理利用卫生服务行为:能有效、合理地利用医疗、卫生资源,主动就医、定期体检、预防接种等。

2. 危害健康行为 对自身和他人的健康造成危害的行为。主要分为4种:

(1) 日常危害健康行为:在日常生活、职业活动中对自身或他人的健康带来风险或伤害的行为,如吸烟、赌博、开车看手机、违规超车等。

(2) 致病性行为模式:长期的某种行为模式可以引起特异性疾病的发生,主要为A型行为模式和C型行为模式。

1) A型行为模式:与冠心病发生密切相关的行为模式。A型行为又叫“冠心病易发性行为”,其冠心病发病率、复发率和病死率均比正常人高出2~4倍,表现为做事动作快,具有时间紧迫感,语调高亢有力,喜欢竞争,对人怀有潜在的敌意和戒心,常表现为不耐烦和敌意。

2) C型行为模式:与肿瘤发病有关的行为模式,又称“肿瘤易发性行为”。研究表明,C型行为者胃癌、食管癌、结肠癌和恶性黑色素瘤的发病率比正常人高3倍左右,并可促进癌的转移,使癌前病变恶化。其核心行为表现是压抑情绪,自我克制,回避矛盾,内心反应强烈,爱生闷气。

(3) 疾病不良行为:指个体从感知自身患病到疾病康复过程中所表现出来的不利于疾病治疗和康复的行为,如隐瞒、讳疾忌医、不遵医嘱等。

(4) 违规行为:指违反法律法规、道德规范并危害健康的行为,如滥用麻醉药、赌博、性伴侣混乱、抢劫、投毒等。

3. 影响健康行为的因素

(1) 倾向因素(predisposing factors):是为行为改变提供动机和理由的首要因素,是激发某种行为的内在原因,包括知识、信念、价值观、现有技能等。

(2) 促成因素(enabling factors):是允许行为和动机最终实现的主要因素,如必要的技术和资源,其包括行为干预、服务、保健设施等。

(3) 强化因素(intensifying factors):是加强或减弱某种实施行为的因素,主要来自于行为者周围的人,如配偶、父母、医生、同事以及自身的感受等。

人的行为受到不同文化水平、不同因素的影响,健康教育在多个层次、不同场所实施综合干预效果会明显。

(二) 健康相关行为改变理论

在健康教育工作中常用的健康相关行为理论或模式主要分为三个水平:个体水平、人际水平和社区水平,在实际工作中往往不单独使用一种理论或模式。目前,应用较多的理论和模式为知-信-行模式、健康信念模式、阶段改变模式和社会认知理论等,本节主要介绍知-信-行模式、健康信念模式。

1. 知-信-行模式(knowledge-attitude-belief practice, KABP) 是改变人类健康相关行为的模式之一,知识与行为有着重要的联系,但不完全是因果关系,一个人的行为与知识、价值观和信念有关,更与长期的生活环境有关。它将人类行为的改变分为获取知识、产生信念及形成行为三个连续过程。

知-信-行模式认为:“信息→知→信→行→增进健康”形成过程中知识和学习是基础;信念和态度是动力;产生促进健康行为、消除危害健康行为等行为改变的过程是目标,但知识转变成行为需要外部条件,健康教育就是促成转变的重要外部条件。

从认知到行为改变要经过一个非常复杂的过程:信息传播→觉察信息→引起兴趣→感到需要→认真思考→相信信息→产生动机→尝试行为态度坚决→动力定型→行为确立。首先必须以健康知识为基础,以信念为动力,对知识进行积极的思考,并有强烈的责任感,才可能逐步形成信念。当知识上升为信念,就有可能采取积极的态度去转变行为,影响态度改变的因素有以下几点:

(1) 信息的权威性:信息的权威性越强,说服力就越强,传播的效能就越大,越能激发和唤起受教育者的情感;感染力越强,改变态度的可能性就越大。

(2) 恐惧因素:事态的严重性使人感到恐惧,人们因为恐惧某事件而回避或拒绝某种相关行为。健康教育中注意使用方式和技巧,否则会引起极端反应或逆反心理。

(3) 行为效果和效益:它不仅有利于强化自己的行为,还能促使信心不足者发生态度的转变。健康教育者只有全面掌握知、信、行转变的复杂过程,才能及时、有效地减弱或消除不利的因素,促进有利环境的形成,进而达到教育对象行为转变的目的。

2. 健康信念模式(the health belief model, HBM) 是用社会心理学方法解释健康相关行为的重要理论模式,提出健康行为来自于心理、社会因素的共同影响。健康信念模式包括个人认知、修正因素和行动的可能性三部分(图5-1)。健康信念模式认为,要采取某种促进健康行为或戒除某种危害健康行为,必须具备以下几方面的认识:

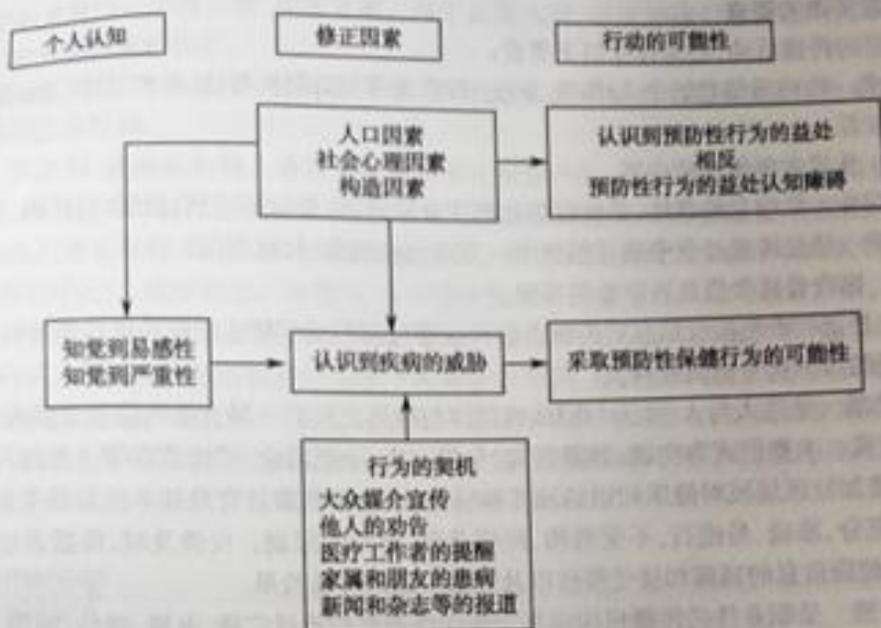


图 5-1 健康信念模式

(1) 感知到某种疾病或危险因素的威胁,并认识到问题的严重性。

1) 对疾病严重性的认识:指个体对罹患某种疾病的看法和判断,包括人们对疾病引起的临床后果的判断,如死亡、伤残、疼痛等;对疾病引起的社会后果的判断,如收入减少、失业、家庭矛盾等。

2) 对疾病易感性的认识:指个体对罹患某种疾病可能性的认识和预见,包括对医生判断的接受程度和自身对疾病发生、复发可能性的判断等。

(2) 认识到采取或放弃某种行为的困难及益处。

1) 对行为有效性的认识:指人们对采取或放弃某种行为后,能预判降低患病危险性或减轻疾病后果的能力,包括减缓病痛、减少疾病产生的社会后果等。

2) 对采取或放弃某种行为障碍的认识:指人们对采取或放弃某种行为所遇困难的认知,如费用的高低、痛苦的程度、方便与否等。

(3) 自我效能:也称效能期待,是一个人对自己的行为能力有正确的评价和判断,相信自己通过努力,一定能克服障碍,到达预期结果。

(4) 行为线索:指导致个体行为改变的主要推动力,是诱发健康行为发生的因素,包含内在和外在两方面,内在线索包括身体出现不适的症状,外在线索包括医生的劝告、家人和周边人群患病的体验。行为线索越多,权威性越高。

健康信念模式的核心是个体对疾病易感性和严重性的认识,对预防疾病的行为所带来的益处和困难的认知,带有主观色彩。因此健康教育者采用干预措施是为了改变人们不切实际的想法,纠正错误行为。

三、健康教育形式和对象

互联网和信息化的全面覆盖,使健康教育的传播形式发生了巨大变化,丰富了健康教育的理论和实践,有效地指导了健康教育工作的实践。

社区健康传播(community health communication)是指社区居委会和社区卫生服务中心利用各种传播媒介和方法,为维护和促进人类健康为目的,将各种有关健康资料有策略地、有计划地与居民进行交流和分享的过程。通过对社区人群进行健康教育宣传和动员,居民充分认识到健康的重要价值;能够掌握自我保健的知识和方法,为自己的健康负责,为健康做好合理规划,创造真正的财富;接受健康教育是维护和促进健康的最基本、最经济的途径。社区健康教育传播的主要方法如下:

(一) 信息传播的要素

一次完整的传播活动,必须存在以下要素:

1. 传播者 指传递信息的个人(医生、护士、教育者等)和团体(报社、电台、社区卫生服务中心等),是信息的发布者。
2. 信息 传播者所传递的内容。
3. 传播媒介 是信息的载体,是传递信息的中介渠道,主要包括书刊、报纸、宣传画、板报等。
4. 接受者 信息传递过程中接受信息的一方(听众、观众、社区居民)。
5. 效果 接收者接收信息后产生的反应。
6. 反馈 是接收者将接收信息后所做出的反应通过直接或间接途径传递给传播者的过程。

(二) 社区健康教育主要传播种类

1. 人际传播 是指人与人、个人与团体或群体与群体之间的一种直接的信息交流沟通活动,主要通过语言来完成。主要形式为交谈、健康咨询、专题讲座、小组讨论、同伴教育等。有技巧地讲解健康教育的知识,增加社区居民对健康知识的理性和感性认识,是健康教育最基本也是最主要的方式。其特点是直接、充分、准确、易施行,不受机构、传播条件、时空的限制。反馈及时,传播者短时间内即可了解接收者对健康信息的理解和接受程度以及健康信息的传播效果。
2. 大众传播 是职业性的传播机构或某个医疗保健机构通过广播、电视、微信、网络、报纸等各种传播媒介对为数众多的社会群体进行信息传递的过程。其特点是信息接收者众多、信息量大、覆盖范围广、传播速度快,基本是单向传播,缺少及时反馈,无法了解接收者的接受情况。

(三) 主要健康教育形式

1. 语言健康教育 是将健康知识通过有效的语言交流和沟通传递给教育对象,使其提高对健康的认识,是最基本、最主要的健康教育形式。
2. 文字健康教育 是应用最为广泛的一种健康教育形式,利用各种文字传播媒介和社区居民的阅读能力来达到健康教育目的的一种方法,其材料可以反复使用,表现形式多样,包括卫生标语、宣传手册、墙报或专栏、报刊或画报等,通常与其他传播形式同时应用。
3. 形象化教育 是以图片、照片、视频、模型等为传播媒介,通过视听觉感应获得健康信息的形式。
4. 电化健康教育 是利用先进的多媒体电子设备,向教育对象传递健康信息的教育形式。具有形象、逼真等特点,容易被教育对象接受。
5. 网络健康教育 是通过信息网络,以电脑、手机为载体将健康教育内容传递给教育对象的形式。其信息资源丰富,传播广泛,不受时空限制,是各种教育方法的全面整合。
6. 民间传统健康教育 是利用民间特有的传统艺术形式开展健康教育活动。本方法适用于特定地区和人群,提高教育对象对健康知识的理解。

各种健康教育形式都有所长,但没有一种方法是万能的。因此,在明确健康教育的地点、对象、目的的前提下,必须根据其不同的特点,灵活选择适宜的健康教育传播方法。

(四) 社区健康教育对象

在进行群体健康教育时,为了使健康教育的内容更具有针对性,可将社区居民分为健康人群、高危人群、患病人群和病人照顾者四类。

1. 健康人群 健康人群是社区中所占比例最大、最缺乏健康教育需求的人群,由各个年龄段的人群组成,不重视健康,并排斥健康教育。对于这类人群,健康教育要侧重于卫生保健,帮助养成健康的生活方式,远离疾病源,重视疾病的预防及早期诊断。

2. 高危人群 高危人群是指那些目前尚健康,但存在某些潜在的易致病的不良行为、生活习惯和生物因素的人群。致病的不当行为或生活习惯包括高盐、高糖及高脂饮食,吸烟、酗酒等;生物因素主要是个体遗传因素,如高血压、糖尿病、乳腺癌等疾病家族史。

这类人群中会有一部分人对疾病过于恐惧,因个体的某种家族病史而过分焦虑,忧心忡忡。针对这类人群,健康教育应侧重于预防性健康教育,从而帮助他们掌握一些自我保健的技能,如高血压、糖尿病等的自我监测及一些疾病的早期自我监测等;另一部分人对自己的不良行为或生活习惯不以

为然,把健康教育看作是小题大做、故弄玄虚。对于此类人群,应帮助他们自觉地纠正不良的行为及生活习惯,积极地消除致病隐患。

3. 患病人群 包括各种患急、慢性疾病的人群。这类人群可根据其疾病过程分为4期,即临床期、恢复期、残障期及临终期。

临床期、恢复期、残障期的病人通常对健康教育比较感兴趣,他们均不同程度地渴望早日摆脱疾病,恢复健康。因此,对于这三期的病人,健康教育应侧重于康复知识的教育,以帮助他们积极地配合治疗,自觉地进行康复锻炼,从而减少残障,加速康复。对于临终期病人多给予临终关怀和临终教育,帮助他们正确面对死亡,减少对死亡的恐惧,尽可能平静而舒适地度过人生的最后阶段。

4. 病人照顾者 包括病人家属和雇佣的护理员,这个群体与病人接触频繁,他们的健康观念和行为习惯直接影响病人的康复。健康教育应侧重于疾病防治知识、自我监测技能及家庭护理技能的教育,一方面提高他们对家庭护理重要性的认识,坚定持续治疗和护理的信念,达到科学地护理、照顾病人的目的;另一方面指导他们掌握自我保健的知识和技能,在照顾病人的同时,维持和促进自身的身心健康。

知识链接

《阿拉木图宣言》

1978年9月6日-12日,来自134个国家的代表,同世界卫生组织、联合国儿童基金会建立正式联系的专门机构及非政府组织的67名代表来到哈萨克斯坦共和国的阿拉木图市,参加国际初级卫生保健会议。此次会议经过两年半的准备和酝酿共召开了7个有关准备会议,目的是寻求发展国际卫生保健的途径。

阿拉木图会议明确了初级卫生保健的概念,交流了发展经验,并在《阿拉木图宣言》中明确指出:初级卫生保健是实现“2000年人人享有卫生保健”目标的关键和基本途径。

第二节 社区健康教育程序

情境导入

护士小李在本社区卫生服务站工作,近期患流行性感的人较多,有部分居民来到服务站想静脉输入抗生素治疗。小李根据部分居民的实际病情建议不给其抗生素治疗并耐心解释拒绝给药的原因。事后小李调查该社区居民的抗生素安全使用情况,发现存在滥用抗生素的现象,有用药安全隐患。于是小李决定为社区居民开展安全用药的健康教育。

工作任务:

1. 请按健康教育程序制订一份健康教育计划。
2. 如何对本社区开展的关于安全用药的健康教育效果进行评价?

社区健康教育是指以社区为单位,以社区人群为教育对象,以促进社区居民健康为目标,有组织、有计划的健康教育活动,其实施过程有周密的组织和严谨的计划。社区健康教育的程序是指导社区健康服务人员有效完成健康教育工作的关键,其全过程分为5个步骤,社区健康教育评估、确定社区健康教育问题、制订社区健康教育计划、实施社区健康教育计划以及社区健康教育评价。

一、社区健康教育评估

社区健康教育评估(assessment of community health education)是健康教育者通过各种方式收集有关教育对象的资料,了解教育对象对健康教育的需求,为开展健康教育提供依据的过程。评估的内容

包括4个方面:

(一) 教育对象

健康教育对象对健康教育的需求是社区护士应重点收集的资料。资料包括:

1. 一般情况 包括性别、年龄、职业、健康状况、经济收入、住房状况、交通设施、疾病史、学习条件及自然环境等。
2. 生活方式与嗜好 包括吸烟、酗酒、卫生习惯、饮食习惯、睡眠、体育运动习惯等。
3. 学习能力 包括文化程度、学习经历、学习的愿望、态度及心理压力等。
4. 对健康知识的认识和掌握情况 包括常见疾病相关知识、服用药物的注意事项、不良行为对疾病影响的认识等。

(二) 教育环境

教育环境包括自然环境和人文环境。

1. 自然环境 如健康教育场所是否安静、舒适,有利于进行教学等。
2. 人文环境 教育过程中是双向的交流,良好的信任关系是保证健康教育成效的必要条件。

(三) 教育者

包括教育者的教学能力、教学水平、教学经验等。

(四) 医疗卫生服务资源

医疗卫生服务资源包括医疗卫生机构的数量、卫生服务人员的人数及专业配置、地理位置、享受基本医疗卫生服务的状况、卫生立法与卫生政策等。

二、确定社区健康教育问题

统计所采集的相关社区健康资料,分析和确定社区存在的健康问题和社区居民的教育需求。确定社区健康教育问题可以分以下几个步骤:

1. 统计数据,列出社区居民现存的或潜在的健康问题。
2. 选出可以通过健康教育解决或改善的健康问题,对不可干预的健康问题和行为因素导致的、可干预的健康问题进行分类。
3. 分析健康问题对受教育者健康的影响程度,将问题按严重程度排列。
4. 根据目前所具备的能力及资源和社区健康教育需求,决定所开展的健康教育项目。
5. 找出与健康相关的各种因素,包括行为因素、环境因素、社会因素等。
6. 确定健康教育的优先问题,可依据“三性”进行排序。
 - (1) 严重性:死亡率高、发病率高、伤残率高、危害大、群众普遍关注。
 - (2) 可干预性:通过健康教育可以解决的与行为密切相关的健康问题。
 - (3) 可行性:有成熟的技术条件,居民易接受。

三、制订社区健康教育计划

社区健康教育计划(planning of community health education)应由教育者与其他社区卫生服务人员、社区基层组织领导及教育对象共同磋商制订。在制订计划时,要以教育对象为中心,充分考虑他们的接受能力和实际状况,有利于计划的有效实施,社区健康教育计划的内容主要包括两个方面:

(一) 设定社区健康教育目标

健康教育计划必须有明确的目标,它是计划实施和效果评价的主要依据,如果缺乏明确的目标,整个计划将失去意义。目标有总体目标和具体目标两种:

1. 总体目标(goal) 又称计划的目的,指计划的理性预期。它是宏观的,甚至计划者并不能亲自看到这种结果。它只是给计划提供一个总体上的努力方向。例如,传染病控制计划,其总目标可以提出:“杜绝传染病流行”。
2. 具体目标(objectives) 又称计划的目标,是为实现总体目标设计的、具体的、量化的指标。其要求可归纳为S-M-A-R-T(specific,具体的;measurable,可衡量的;attainable,可达到的;realistic,可信的;time-bound,有时间性的)5个英文字母。具体来说,计划目标必须回答4个“W”和2个“H”。

Who——教育对象,对谁。

What——具体改变内容(知识、信念、行为、发病率等),实现什么变化。

When——改变时限,多长时间能改变。

Where——影响范围,在什么范围内实现改变。

How much——变化程度多大。

How to measure it——观测方法、如何测量。

例:某社区居民限盐的具体计划

某社区通过实施限制食盐摄入量的计划,1年后40%的家庭,2年后50%的家庭知道有关“食盐超过限量危害健康,合理摄入食盐有利健康”的教育内容;使30~75岁人群的限盐计划由执行前的30%,提高到1年后50%、2年后的70%。

在本计划中具体回答了:

对谁——某社区中30~75岁人群。

什么变化——食盐摄入量下降。

在多长时间实现变化——执行计划后1~2年。

在什么范围内实现这种变化——某社区。

变化程度多大——执行计划后限盐人数第1年达到50%,第2年达到70%。

健康教育的具体目标一般分教育目标(为实现行为改变所必须具备的知识、态度、信念、价值观及个人技巧等)、行为目标和健康目标三个方面。以预防高血压为例,举例说明:

(1)教育目标:执行该计划1年后,知识方面:70%的人群能说出三项以上高血压的危害,60%人群能说出高血压的主要原因;信念方面:50%的人群相信自己能减少高血压的相关行为;态度方面:50%的人群表现在减少食盐摄入量,以后更要努力控制食盐量;价值观方面:60%的人群认为健康最为重要,为了健康应控制血压;技巧方面:60%的人群学会应用食盐限量勺,40%的人群会计算总体摄盐量,50%的人群掌握指导其他居民控制食盐摄入的能力。

(2)行为目标:60%的人群开始控制摄入食盐量;40%的人群能劝阻家人清淡饮食。

(3)健康目标:从执行健康教育至目标人群健康状况的变化,往往是一个长期的变化过程。因此,健康目标的选择取决于该项目计划的性质、持续时间、是否可能在执行期内产生健康效应。

(二) 选择适当的社区健康教育方法

健康教育方法直接影响健康教育的结果,在选择健康教育方法时,应以满足教育对象的需求、充分利用教育对象的优势为原则。针对教育对象的数量,选择个体健康教育、家庭健康教育或群体健康教育;针对教育对象的生理和心理状况、文化水平,可选择文字、影像、讲座、家庭访视等不同的健康教育形式,确保健康教育目标的实现。

四、实施社区健康教育计划

社区健康教育实施(implementation of community health education)是将计划中的各项措施变为实践活动。在具体实施社区健康教育计划的过程中应注意以下两点:

(一) 争取社区领导和居民的理解与支持并做好教育前准备

由于社区健康教育涉及范围广、部门多、组织协调工作量大,需要社区各部门的积极配合,在进行社区健康教育前应做好以下工作:

1. 向社区或社区单位领导做好汇报和宣传工作,获得社区基层领导及管理者支持。

2. 调动社会各界力量,创造执行计划的良好内外环境。

3. 提高健康教育者知识水平,做好健康教育者的各项技能培训。

4. 树立社区居民健康教育典范,带动居民积极参与,推动工作深入发展。

5. 不断调查研究,常总结、常交流,做好经验积累。

(二) 社区健康教育者应遵循的基本原则

健康教育者是达到健康教育预期的关键因素之一,在实施社区健康教育计划过程中,为了确保健康教育的效果和质量,教育者应注意以下几点:



视频: 社区健康教育计划

1. 内容、形式和时间相适宜 根据教育对象的学习动力和愿望以及学习能力选择教育形式及教育语言,以保证教育内容能准确地被教育对象理解、接受;合理安排教学时间是确保教育活动成功的另一重要因素,应根据教育对象的具体情况安排教育活动的具体时间。

2. 营造良好的教育环境 教育环境包括自然教育条件、人际关系及教育氛围,教育者应充分利用现有资源,使教育对象感受到掌握健康知识的必要性。

3. 鼓励教育对象积极参与 教育对象的积极参与是保证社区健康教育质量、促进健康教育深度发展的主要因素。教育者与教育对象的互动既可增加交流信息的机会,又可增进彼此信任,对教育目标的实现具有重要作用。教育过程中可通过鼓励、邀请、提问、角色游戏等方式给教育对象创造参与的机会,并及时给予肯定和表扬,提高其参与的积极性,而愉快的体验更利于接受教育。

4. 及时评价 及时评价是保证教育质量、第一时间发现问题、修正计划的重要手段,也是不断补充和完善社区健康教育计划的有效方法。

五、社区健康教育评价

社区健康教育评价(evaluation of community health education)是将社区健康教育结果与预期目标进行比较的过程,也是全面检测、控制计划,确保方案实施成功,并取得应有效果的关键步骤,贯穿于实施计划的全过程。评价已成为衡量一项计划是否科学合理的重要标志。

(一) 评价种类

社区健康教育评价主要包括以下三种类型:

1. 形成评价(formative evaluation) 是在计划执行前或执行早期对计划内容所做的评价,其目的是确定健康教育对象的教育需求,在计划实施前对目标人群进行了解,为健康教育和干预计划的设计和提供所需的基础资料。

形成评价是评价现行计划目标是否科学合理、指标是否恰当、执行人员是否有能力完成该计划的一个程序,是使计划更完善、更合理、更可行、更容易为群众所接受的有效措施。

2. 过程评价(process evaluation) 是对实施计划各项工作活动的跟踪检测过程,了解健康教育实施过程是否按计划程序进行,健康教育计划有无缺陷,包括对计划的设计、组成、实施过程、管理、工作人员工作情况等进行评价。过程评价是评价实施计划的质量与效率,而不是评价计划的结果和行为效应,目的在于控制计划的质量,又称为质量控制或计划质量保证审查。

3. 效果评价(effectiveness evaluation) 是明确健康教育和健康干预的效果,包括近期效果评价、中期效果评价和远期效果评价,其中,远期效果评价又称为结局评价。根据干预项目、时间限制和资源的配置,有些计划侧重于过程评价。评估干预力度。而实施时间长、范围广的计划,应该进行较完整的效果评价,健康教育的最终效果是建立在知识、信念、行为的转变上,往往需要几年、十几年甚至几十年才能表现出来,因此效应评价是健康教育评价的主要内容。

(1) 近期和中期效果评价:又称效应评价(impact evaluation),评价的重点是健康教育计划内容对教育对象的知识、态度、行为的直接影响。主要包括:①影响有关健康行为的倾向因素(包括知识、态度、信念等),促成因素(资源、技术)及强化因素改变的程度。②行为改变情况,促进健康的行为有无增加,危害健康的行为是否得到控制,如儿童意外事故下降了多少,暴露于危险环境的机会是否减少。③政策、法规制定情况,领导及关键人物的思想观念是否得到转变,是否制定有利于健康的政策、法律,行政对健康教育的干预程度、效果。

(2) 结局评价(outcome evaluation):也称远期效果评价,评价健康教育计划最终目标完成的情况,人群健康乃至生活质量是否有改善。

(二) 评价方法

1. 观察法 重点评价通过健康教育后教育对象是否产生了预期的健康行为,健康行为包括内在健康行为(如健康投资、主动适应环境、良好的人际关系)和外显健康行为(如有良好的卫生习惯、不吸烟、不酗酒等),要了解真实的行为改变可用直接观察法进行观察。

2. 提问法 主要用于测评教育对象对健康教育内容掌握的情况,提问时应使用开放式提问方式,尽量避免封闭式提问方式。

3. 问卷调查法 利用问卷或表格对教育对象进行健康知识、技能和教育质量的测评。

4. 抽样评价法 主要用于健康教育效果的综合评价。根据健康教育质量的控制要求,确立合格标准,然后确定抽检人数、抽检项目、抽检方法及评分标准,根据样本对教育对象进行质量评价。评价贯穿于健康教育的全过程,教育者要明确评价的意义和作用,及时对健康教育效果做出正确评价,以促进健康教育计划的实施。

(三) 评价指标

常用的健康教育评价指标如下:

1. 反映个体或群体卫生知识水平的指标

卫生知识普及率 = (社区内已达卫生知识普及要求人数 / 社区总人数) × 100%

卫生知识知晓率 = (调查中对某种卫生知识回答正确人数 / 调查总人数) × 100%

2. 反映社区健康教育工作的指标

社区健康教育覆盖率 = (社区内接收健康教育人数 / 社区总人数) × 100%

3. 反映个体或群体卫生习惯或卫生行为形成情况的指标

健康行为形成率 = (调查中形成某种健康行为的人数 / 调查总人数) × 100%

4. 反映群体健康状况的指标 发病率、患病率、死亡率、病死率、人均期望寿命及新生儿死亡率、

少年儿童的生长发育等指标。

知识链接

美国健康教育职业化简介

20世纪70年代健康教育开始成为美国新兴的社会职业。1974年《美国健康教育规划和资源发展法案》通过,将健康教育列为国家优先卫生项目之一。

1997年美国职业分类标准政策研究委员会通过了健康教育师为一种新的、独立的职业,健康教育逐渐发展为完整的职业体系,目前美国已颁布与健康教育工作有关的规范,如《学生健康教育的国家标准》《健康教育专业的伦理准则》《健康教育工作者的职责和能力》,并提出以技术为基础的一系列职业能力要求,严格的质量保障体系等。近几十年美国健康教育职业协会开发出预备健康教育师指南,职业资格认证也开始逐渐引入。这些规范与标准大大促进了美国健康教育事业的有序发展。

第三节 社区健康促进

情境导入

2003年,中国在控烟问题上与世界接轨。首先,中国政府正式签署《烟草控制框架公约》,同年即成立了国家控烟办公室,隶属于中国疾病预防控制中心,并作为中央政府层面最直接的控烟部门,负责戒烟医生培训、组织戒烟大赛、吸烟情况调查以及各种禁烟宣传活动等。

工作任务:

1. 控烟、禁烟活动中应用的是什么健康促进理论?

2. 控烟、禁烟活动的影响因素有哪些?

一、健康促进概述

“健康中国2030”规划纲要中指出:“健康是促进人的全面发展的必然要求,是经济社会发展的基础条件。实现国民健康长寿,是国家富强、民族振兴的重要标志,也是全国各族人民的共同愿望”。国

家将健康摆在优先发展的战略地位,将促进健康的理念融入公共政策制定、实施的全过程,加快形成有利于健康的生活方式、生态环境和经济社会发展模式,实现健康与经济社会良性协调发展。社区健康促进是以社区为基础,动员社会各界力量,开展多种形式的健康教育与健康促进活动,普及健康知识,增强人们的健康意识和自我保健能力,提高居民健康素质。

(一) 概念

1. 健康促进(health promotion) 健康促进的涵义随着健康促进的发展而不断完善,是“人人享有卫生保健”全球战略的关键要素。美国教育学家劳伦斯·格林及其团队指出:健康促进是一切能促使行为和生活条件向有益于健康改变的教育与环境支持的综合体。其中,教育是指健康教育,环境是指对健康教育提供有效支持的自然环境、社会环境等,环境在人类促进健康过程中占有重要地位。支持包括政策、法规、财政、组织等各个系统。

健康促进与健康教育紧密联系,健康促进以健康教育为基础,强调环境和社会支持的必要性,主要解决社会动员、社会倡导和有关部门的协调问题。两者不能等同,也不能相互替代。具体区别见表 5-1。

表 5-1 健康教育与健康促进的区别

项目	健康教育	健康促进
主体	医护人员	政府或政策制定者
核心	个体或群体行为改变	建立可持续的环境支持
特点	双向传播,对象明确,常局限于疾病危险因素	全社会参与,多部门合作,对健康危险因素进行全方位干预
方法	结合知识传播,以教育为主	多因素、全方位、整合性,强调组织行为和支持性环境的营造
效果	可致 KABP 的变化,可带来个体健康水平的提高,但难以持久	个体和群体健康水平提高,具有持久性

2. 社区健康促进(community health promotion) 是指通过健康教育和环境支持改变个体和群体行为、生活方式与社会影响,降低本地区发病率和死亡率,为提高社区居民生活质量和文明素质而进行的活动。社区健康促进规定个人与社会对健康各自承担的责任与义务,其构成要素包括健康教育以及一切能够促使行为、环境向有益于健康改变的政策、组织、经济等支持系统。

(二) 健康促进的领域和策略

首届国际健康促进大会通过的《渥太华宣言》中确定了健康促进的 5 个优先活动领域和 3 大基本策略。

1. 健康促进的活动领域

(1) 制定促进健康的公共政策:健康促进的内涵已超越卫生保健范畴,需要政府给予支持或相关政策,各级政府和组织的决策者应把促进社区居民健康问题提到议事日程上,制定和出台有利于居民健康和改善健康环境的政策与法规,明确要求非卫生部门建立和实行健康促进政策。

(2) 创造支持性环境:指促进健康的过程中,人们生存的物质环境、社会环境都有利于健康。健康促进必须为社区居民创造安全的、惬意的、愉快的生活和工作环境。系统地评估快速变化的环境对健康的影响,以保证社会和自然环境向有利于健康的方面发展。

(3) 加强社区行动:聚集社区各方力量,鼓励社区居民积极有效地参与卫生保健计划的制订和执行,挖掘社区资源,帮助他们认识自己的健康问题,并提出解决问题的办法。

(4) 发展个人技能:通过健康教育载体,教育并帮助社区居民提高做出健康选择的技能来支持个人和社区的健康发展。

(5) 调整卫生服务方向:个人、社会团体、卫生部门、政府、工农商各系统都是健康促进的参与者,各部门共同协调,将健康促进和预防作为卫生服务模式的组成部分,让广大居民均受益。

2. 健康促进的策略 是为实现目标场所采取的战略措施。

(1) 倡导:对政策决策者做好宣传,促进有利于健康的公共政策制定。倡导社会各部门对各项促进健康举措的支持与关注,各部门间加强配合与协作以创造促进健康的社会环境。

(2) 赋权:是对个人和社区增权,健康促进的重点是人人享有健康的权力,共同享有健康资源和卫生保健的机会。通过赋权提高社区居民维护健康的意识,激发个人和社区潜能,增强掌握促进健康知识和技术的能力,最终实现个体和社区健康的可持续发展。

(3) 协调:在健康促进过程中,政府机关、企事业单位、非政府组织、社区、个体等为共同目标达成共识,组建强大的健康促进社团和社会支持体系,最终实现人人享有健康权力和维护健康的能力,并能积极主动参与有益健康的各种活动。

3. 综合性健康促进策略 是指在一定的场所开展的健康促进活动,并覆盖不同年龄段的目标人群。其强调健康促进的场所和人群,主要因为它为不同年龄段的人群提供了健康促进项目开展的渠道,保证目标人群对健康教育和干预的不可及性,并为健康促进项目扩展提供可能性机制,主要包括除社区以外的学校、工作场所、家庭、消费市场、卫生保健场所等。健康促进通过不同场所、不同渠道、分次序全面覆盖了围生期、婴幼儿期、青少年期、成年期以及老年期等人生的不同阶段。针对不同阶段或不同职业场所的人群开展健康促进项目,可保证人生的各个阶段或各职业人群都能获得具有针对性的卫生保健服务,达到提高效率而又节省开支的目的,有利于健康促进的健康发展。

二、健康促进相关理论

健康促进相关理论较多,涉及健康促进过程中的各个方面,具有重要的指导意义,应用比较广泛的健康促进相关理论主要是综合框架模型——格林模式(PRECEDE-PROCEED model)。

健康促进是一项复杂的系统工程,其涉及目标人群整个生命周期,涵盖预防疾病、控制各种健康危险因素以及有关政策和措施等,因此,每一项健康促进实践活动都需遵循科学和周密的设计,制订一个正确的健康促进计划是保证健康促进活动有目标、有次序、顺利完成的基础与前提。

格林模式又称健康诊断与评价模式,为健康促进活动的规划设计、执行与评价提供一个连续的步骤和阶段,格林模式将健康促进计划设计分为两个阶段,9个步骤(图5-2)。

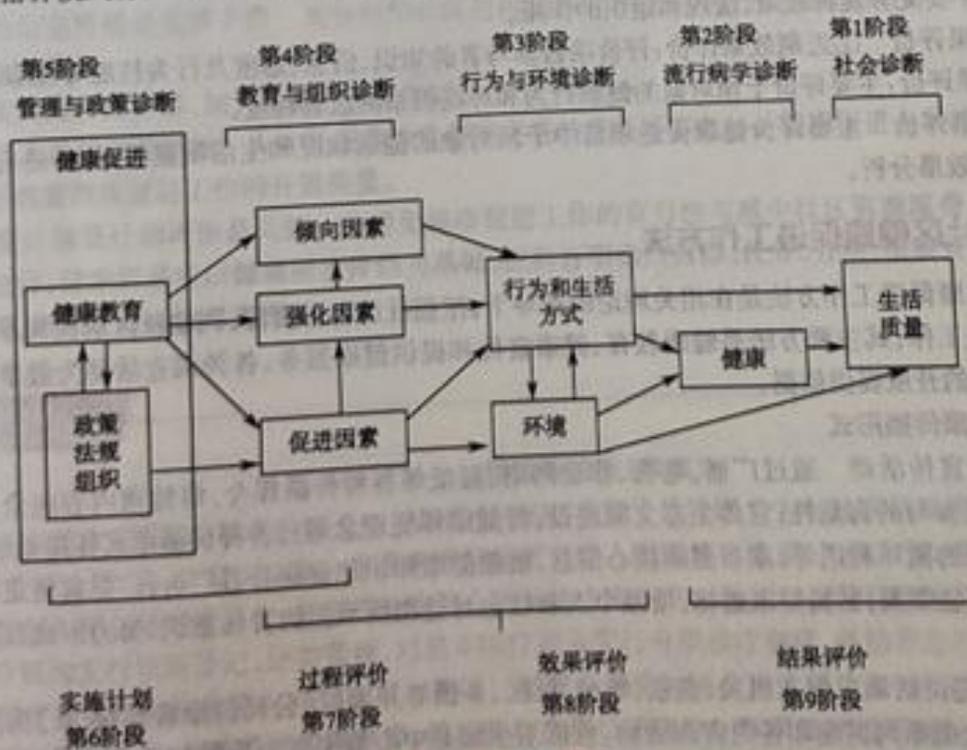


图 5-2 格林模式

(一) 第一阶段(PRECEDE)

第一阶段即需求评估阶段,指健康教育与评估过程中找出产生健康结局的各种因素,包括社会诊断、流行病学诊断、行为与环境诊断、教育与组织诊断、管理与政策诊断5个步骤。

1. 社会诊断 以了解社区人群的生活质量为切入点,评估社区人群健康需求和健康问题。通过不同形式的调查,收集资料、统计数据,获得社区的经济水平、人口分布特点、居民生活状况,进一步了

解个体、家庭或是社区生活质量以及相关的各个因素。

2. 流行病学诊断 在确定社区教育对象的社会问题之后,教育者通过流行病学调查,分析疾病或健康问题在地域、季节、持续时间上的分布规律;找出社区人群特定的健康问题,明确社区教育对象存在的主要健康问题和影响因素,进而确定干预重点和方法。

3. 行为与环境诊断 在流行病学诊断的基础上,找出导致健康问题的行为和环境因素,通过分析各因素的重要性和可变性,确立优先项目,明确与健康问题相关的目标行为,采取健康促进策略和措施,营造有利于健康的支持性环境,从而提高健康水平。

4. 教育与组织诊断 明确了特定的健康行为后,分析影响因素,从影响行为和环境因素着手,并根据各影响因素的重要程度以及资源情况确定优先干预目标,明确健康促进干预的重点。研究证实,有数百种潜在因素会影响人类特定的健康行为,其主要有倾向因素、促成因素和强化因素,这3个因素常共同作用影响人们的健康行为,其中倾向因素是内在动力,促成因素和强化因素是外在条件。

5. 管理与政策诊断 主要评估:组织与管理能力,支持健康促进计划的资源以及条件(如人力、时间等)的优势与缺陷,政策对健康促进项目开展的支持力度,是否存在阻碍等。

(二) 第二阶段(PROCEED)

第二阶段即执行与评价阶段,是在执行健康教育或环境干预中应用政策、法律法规和组织改变的具体措施和手段,并对实施过程和结果进行评价。包括健康促进计划的实施计划、过程评价、效果评价和结果评价4个步骤。

1. 实施计划 按照已制订的计划执行、实施健康促进各项活动。

2. 过程评价 评价健康促进计划实施过程中各项活动的进度、质量与效率,格林模式强调在实施健康教育中要充分发挥政策、法规和组织的作用。

3. 效果评价 ①近期效果评价:评价项目参与者的知识、信念、态度及行为技能等健康倾向因素。②中期效果评价:主要评价干预对象的健康行为和环境因素的改善程度。

4. 结果评价 主要评价健康促进项目中干预对象的健康状况和生活质量情况,并进行成本—效益、成本—效果分析。

三、社区健康促进工作方法

社区健康促进工作方法是在相关理论的指导下,挖掘社区各种资源,调动社区居民和单位积极参与健康促进工作,其主要方法是健康教育、健康宣传和提供健康服务,各种调查活动为健康教育与健康促进项目的开展提供依据。

(一) 健康传播形式

1. 健康宣传活动 通过广播、电视、移动网络、报纸等各种传播媒介,将健康内容向全民广泛宣传,提高全民参与的自觉性;宣传生态文明建设,将健康环境理念通过各种传播形式传递给居民,如低碳环保、资源的循环利用等,发布健康核心信息,播放健康知识和健康公益广告;广泛宣传正确的价值观、生活观和健康观,弘扬健康道德,增强个人和社会对健康所承担的责任意识,努力形成共建共享的良好局面。

2. 健康巡讲活动 深入机关、企业、学校、社区、乡镇等开展以《公民健康素养66条》为重点内容的群众性的大型系列讲座和各类咨询活动。社区卫生服务中心每年至少开展12次公众健康咨询活动;社区卫生服务站(村卫生室)至少每两个月举办1次健康知识讲座。

3. 卫生宣传日活动 推广和普及有关健康知识,提高人民健康水平。

4. 普及防病知识活动 积极开展预防传染病、地方病健康促进与教育活动,重点做好禽流感、艾

艾滋病、结核病、传染性肝炎等传染病健康教育与健康促进工作；加强应对突发公共卫生事件知识的宣传教育和行为干预，提高公众的防范意识和应对能力；普及慢性非传染性疾病防治知识；针对乡镇卫生与农民健康的主要问题，宣传饮水安全卫生、粪便无害化处理、烟草危害与控制、病媒生物防治等知识。

（二）倡导健康生活方式

组织各类健康促进活动，引导居民逐步形成合理膳食、适量运动、安全防护、控烟限酒、心理平衡的健康生活方式。

1. 全民健身运动 充分利用各种资源，指导群众掌握科学锻炼方法，健全全民健身运动组织，引导居民养成日常健身锻炼的习惯。

2. 食品安全与健康饮食 普及饮用水安全、食品安全和营养知识，加强对幼儿园、学校、医院及集体用餐单位的营养知识和食品安全知识培训；引导居民合理膳食，传播健康的饮食文化和观念，指导居民根据自身情况合理选择低盐、低脂、低糖食品。

3. 控烟限酒、安全防护 制定公共场所禁烟规定，开展吸烟危害健康、控制吸烟的健康教育，树立控烟意识，杜绝在公共场所吸烟；严禁向未成年人销售烟草，减少青少年吸烟人群。以创建无烟单位为抓手，重点推进机关、医院、学校、单位室内控烟工作；开展酒精对健康和公共交通危害的宣传，提倡文明健康饮酒方式，预防和减少酒精引起的公共危害。

（三）影响健康促进活动的主要因素

1. 社区参与程度 社区参与度越高，其健康促进活动效果越明显。社区组织动员的层次包括领导层、社区人群、宗教团体、专业技术群体、家庭及个人。要发动全社会共同参与，开发各级政府和有关部门，协调社区各部门及社会组织支持和参与，并形成支持性网络，共同对社区的健康承担责任，创造有益的健康促进环境。

2. 干预与支持是中心环节 健康促进从整体上对群众的健康相关行为和生活方式进行干预。其内容包括疾病防治、生态和社会环境的改变等，范围广泛，涉及个体、家庭、社区的身心健康，贯穿于医疗保健服务的各个方面。既可促进群众对医疗保健资源的利用，又可督促医疗保健服务质量的提高，为群众创造健康的社区环境。

3. 加强信息传播是重要手段 充分利用社区的传播渠道，采用多种传播手段相结合的方式，扩大健康信息的传播。

4. 开发利用社区资源，加大资金投入是保证。

5. 加强人员培训是基础 人才队伍建设是健康促进的重要环节之一。健康促进人员的专业水平高低直接影响着健康促进工作的开展质量。

6. 注重计划设计和评价是关键 为避免健康促进工作的盲目性与减少社区资源浪费，使工作有条不紊地进行，健康促进应以健康需求评估为基础，应具有明确的目标、任务、方法、所需资源、实施步骤和进度等，形成计划并加以实施。

知识链接

基本医疗卫生与健康促进法(草案)

2018年首次亮相的《基本医疗卫生与健康促进法(草案)》是我国卫生与健康领域第一部基础性、综合性的法律，共10章102条。本草案将健康教育纳入国民教育体系，加强儿童、青少年和残疾人等重点人群心理健康服务，提高职业病综合防治能力和水平。国家对非营利性医疗机构和营利性医疗机构实行依法登记、分类管理，对基本医疗服务实行分级诊疗制度，鼓励非急诊病人首先到基层医疗卫生机构就诊等内容也被写入草案。草案强调要加强价格监督检查，强化反垄断法，查处不正当竞争行为，规范药物价格秩序，保护药物市场公平竞争。草案鼓励居民使用中药饮片、中成药等传统药物，充分发挥其在预防保健、医疗、康复中的作用。