

健康促进学校推进现状及成效研究^①

田露, 刘斌

西南大学 体育学院, 重庆 400715

摘要: 为切实营造中小学生健康促进的环境, 提升其身心健康水平, 健康促进学校(Health Promotion School, 以下简称 HPS)建设工作应运而生. 采用分层整群抽样, 选取重庆市 7 个区 30 所学校共 1 857 名中小學生进行问卷调查, 运用列联分析、方差分析和分层回归分析等方法探究 HPS 推进现状, 对比 HPS 与非 HPS 之间的差异, 探索学生健康知识、行为、状况的影响因素及特征. 结果显示: ①学校健康教育中, HPS 在健康教育开课频率、有无课本及开展活动情况均显著优于非 HPS. ②校园环境中, HPS 绝大部分指标应答率均高于 90%; HPS 所有指标均显著优于非 HPS. ③自报身体情况中, 学生经常感冒腹泻发烧率、经常情绪低落抑郁率、龋齿率、近视率方面 HPS 与非 HPS 均不存在显著性差异. ④HPS 学生健康知识知晓率为 76.1%、健康行为持有率为 68.8%、健康状况得分平均分为 15.235; HPS 学生健康知识、行为、状况均显著优于非 HPS. ⑤学生健康知识、行为、状况均受背景信息、学校健康教育、身体状况、校园环境影响, 各分类变量对其总解释力分别为 25.2%, 20.2%, 25.4%, 其中学校健康教育对 3 项指标的影响力均为最大. 重庆市 HPS 推进成效显著, 对学校健康教育、校园环境及学生健康知识、行为、状况均具有正向促进作用, 但部分 HPS 健康教育仍流于形式, 学生普遍存在对疾病预防、应急避险知识掌握较差, 睡眠和运动时间不足, 作业和电子产品使用时间过长, 近视率较高等问题. 学生健康知识、行为、状况受多个因素影响, 但学校健康教育对三者的影响力最突出, 未来 HPS 工作应进一步加强学校健康教育.

关键词: 重庆市; 健康促进学校 (HPS); 中小学; 现状; 成效

中图分类号: G807

文献标志码: A

文章编号: 1000-5471(2023)07-0129-10

Research on the Status Quo and Effectiveness of Health Promotion Schools

TIAN Lu, LIU Bin

School of Physical Education, Southwest University, Chongqing 400715, China

Abstract: In order to create a health promotion environment for primary and middle school students and improve their physical and mental health, the construction of Health Promotion School (Health Promotion School, hereinafter referred to as HPS) arises at the historic moment. A total of 1 857 primary and middle school students from 30 schools in 7 districts of Chongqing were investigated by stratified cluster sampling. Contingency analysis, analysis of variance and hierarchical regression analysis were used to explore the current situation of HPS promotion. The differences between HPS and non-HPS were compared, and the influencing factors and characteristics of students' health knowledge, behavior and status were explored.

① 收稿日期: 2023-03-22

基金项目: 国家社会科学基金项目(19BTY073).

作者简介: 田露, 硕士研究生, 主要从事体育教学训练理论与方法的研究.

通信作者: 刘斌, 教授.

The results showed that: ①In school health education, HPS was significantly better than non-HPS in the frequency of health education, the availability of textbooks and the development of activities. ②In the campus environment, the response rates of most of the indicators of HPS were higher than 90% of all indicators of HPS are significantly better than those of non-HPS. ③In self-reported physical condition, there was no significant difference in fever rate of common cold, diarrhea, depression, dental caries and myopia between HPS students and non-HPS students. ④The awareness rate of health knowledge, health behavior holding rate and health status score of HPS students were 76.1%, 68.8% and 15.235, respectively. The health knowledge, behavior and status of HPS students were significantly better than those of non-HPS students. ⑤Students' health knowledge, behavior and status were affected by background information, school health education, physical status and campus environment, and the total explanatory power of each classified variable is 25.2%, 20.2% and 25.4%, respectively. School health education had the greatest influence on the three indicators. The promotion of HPS in Chongqing has achieved remarkable results, and has a positive effect on school health education, campus environment and students' health knowledge, behavior and status, but some HPS health education is still a mere formality. Students generally presented the problems of having poor knowledge of disease prevention and emergency risk aversion, lack of sleep and exercise time, long use of homework and electronic products, high myopia rate, etc. Students' health knowledge, behavior and status are affected by many factors, but school health education has the most prominent influence on them. School health education should be further strengthened in the future HPS work.

Key words: Chongqing; Health Promoting School (HPS); primary and middle school; status; effects

中小学生的健康是国民健康的基础,营造有益健康的环境是儿童和青少年获得健康的前提,学校作为教育的主阵地,是其身心健康发展和获得幸福感的关键环境,是落实坚持教育和健康双优先理念的重要平台^[1],推进健康促进学校(HPS)是实现“健康中国”战略的有力保障^[2].健康促进是指通过学校、家长和学校所属社区所有成员为保护和促进学生的健康而共同努力,为学生提供完整的、积极的经验和知识体系^[3].2005年以来,重庆市积极推进开展HPS建设工作并取得了一定的成效,2005—2020年重庆市共建成HPS 382所,涉及10个区县.为进一步了解创建HPS在改善学校健康教育、校园环境以及提高中小学生健康知识、行为、状况方面的作用与成效,笔者于2021年10~12月对重庆市HPS和非HPS的中小學生进行了相关调查,了解HPS的学校教育、环境的建设情况及学生健康知识、行为、状况,深入探讨学生健康知识、行为、状况的影响因素,旨在为有关部门和学校深入推进HPS项目提供参考.

1 对象与方法

1.1 对象

本研究采取分层整群抽样的方法,在重庆市7个区进行抽样,分别抽取健康促进学校(HPS)与非健康促进学校各15所(包含小学、初中、高中),共30所学校;每所学校随机抽取1个班,共抽取30个班级,共调查1902位学生,发放问卷1902份,最终得到有效问卷1857份,有效率为97.6%.其中,HPS学生1006人(54.2%),非HPS学生851人(45.8%);主城区学校959人(51.6%),非主城区学校898人(48.4%);男生952人(51.3%),女生905人(48.7%);小学498人(26.8%),初中687人(37.0%),高中672人(36.2%).

1.2 方法

1.2.1 问卷调查

本研究依据有关健康促进学校评定标准和《健康促进学校规范》设计学校校园环境及自报身体情况;参考国家卫生健康委编制的《健康促进县(市、区)基线调查学生问卷》;自评健康状况依据美国波士顿健康研究所在1988年Stewart等研制的医疗结局研究量表基础上发展的健康调查简表,浙江大学医学院社会医学教研室翻译的中文版SF-36量表编制.问卷内容包括背景信息(学校类别、学校区域、年级、性别),学校健

康教育(健康教育课程开课频率、有无课本、“健康第一”指导思想)、校园环境(物质环境、社会环境)、学生自报身体情况(近半年经常感冒腹泻发烧、情绪低落抑郁、近视、龋齿)、健康知识知晓率(包括 4 个维度:健康行为与生活方式、疾病预防、生长发育与青春期保健、安全应急与避险)、健康行为持有率(包括每天作业、运动、睡眠、上网看电视的时间等)、自评健康状况。

1.2.2 判断标准

背景信息:学校分 HPS 和非 HPS(依据卫健委下发的 HPS 名单判断该校类别),区域分主城区和非主城区。校园环境:采用客观指标,询问学校整体环境干净整洁优美,设定“是”或“否”来进行评定。自报身体情况:“近半年经常感冒腹泻发烧”设定为几乎每月都发生,“近半年经常情绪低落抑郁”设定为几乎每周都发生,近视为双眼近视,龋齿为目前仍有。健康知识知晓率:根据江苏省 HPS 标准,本研究中健康知识得分大于等于 80%为知晓健康知识,每答对一题计 1 分,答错或漏答不计分。健康行为持有率:健康行为总持有率大于等于 70%为持有健康行为,其中作业时间标准设定小于等于 120 min/d,睡眠时间大于等于 9 h/d,运动时间大于等于 1 h/d(课内外),上网看电视时间小于等于 1 h/d,早晚都刷牙,每天吃早餐,几乎不喝含糖饮料,从不吸烟,从不喝酒,没有自我伤害。自评健康状况:分为非常好、好、普通、不好、非常不好 5 个等级,共 5 题,依次按照 5—1 得分,总得分越高即代表自评健康状况越好。

1.3 统计分析

采用 SPSS 21.0 统计软件进行统计处理,采用 χ^2 、T 检验等统计方法比较 HPS 和非 HPS 健康教育、校园环境、学生自报身体情况、健康知识、行为和状况水平的差异,采用方差分析、分层回归法对学生健康知识、行为、状况的影响因素及特征进行探索,所有指标的显著性水平设置为 $\alpha \leq 0.05$ 。

2 结果

2.1 学校情况

2.1.1 学校健康教育差异分析

结果表明,HPS 在健康教育课程开课频率($\chi^2 = 43.815, p < 0.05$)、有无课本($\chi^2 = 84.969, p < 0.05$)、开展健康教育($\chi^2 = 16.556, p < 0.05$)方面均显著优于非 HPS。表现为:HPS 有 12.7%的学生表示健康教育课程从未开课,非 HPS 为 21.5%;1 节/周 HPS 为 54.7%,非 HPS 为 44.2%;有课本 HPS 为 78.3%,非 HPS 为 58.5%;经常开展健康教育 HPS 为 43.4%,非 HPS 为 34.8%。赞同“健康第一”的指导思想不存在显著差异($\chi^2 = 3.282, p > 0.05$),表现为学生表示非常赞同 HPS 为 94.6%,非 HPS 为 93.3%。详见表 1。

表 1 学校健康教育与学校类别比较

变量		学校类别				总计		x^2	p
		HPS		非 HPS					
		人数	%	人数	%	人数	%		
健康教育课	从未开课	128	12.7	183	21.5	311	16.7	43.815	0.000
	1 节/周	550	54.7	376	44.2	926	49.9		
	1 节/2 周	141	14.0	125	14.7	266	14.3		
	1 节/3 周	51	5.1	75	8.8	126	6.8		
	1 节/4 周	136	13.5	92	10.8	228	12.3		
有无课本	有	788	78.3	498	58.5	1 286	69.3	84.969	0.000
	无	218	21.7	353	41.5	571	30.7		
开展健康教育	经常	436	43.4	296	34.8	732	39.4	16.556	0.000
	一般	429	42.6	395	46.4	824	44.4		
	很少	141	14.0	160	18.8	301	16.2		
“健康第一” 指导思想	赞同	952	94.6	794	93.3	1 746	94.0	3.282	0.194
	一般	47	4.7	44	5.2	91	4.9		
	不赞同	7	0.7	13	1.5	20	1.1		

2.1.2 校园环境差异分析

结果表明，HPS 的校园物质环境、校园社会环境条目(表 2)皆优于非 HPS，尤其是条目 8 差异最显著，表现为 HPS 为 90.7%，非 HPS 为 78.7%。

表 2 校园环境与学生类别比较

变量	条目	学校类别				总计		x^2	p
		HPS		非 HPS		人数	%		
		人数	%	人数	%				
校园物质环境	1. 学校干净整洁环境优美	966	96.0	781	91.8	1 747	94.1	14.939	0.000
	2. 学校教学设施齐全、舒适	925	91.9	729	85.7	1 654	89.1	18.700	0.000
	3. 体育场地器材能满足我身体活动需求	936	93.0	750	88.1	1 686	90.8	13.295	0.000
	4. 随处可见安全标识，上下楼有引导标志	990	98.4	825	96.9	1 815	97.7	4.475	0.034
	5. 教室整体干净，卫生垃圾摆放固定位置	973	96.7	785	92.2	1 758	94.7	18.295	0.000
	6. 教室课桌椅使用感舒适轻松	892	88.7	717	84.3	1 609	86.6	7.763	0.005
	7. 教室灯光明亮舒适	984	97.8	782	91.9	1 766	95.1	34.684	0.000
	8. 设立健康知识宣传栏并定期更换主题	912	90.7	670	78.7	1 582	85.2	51.967	0.000
校园社会环境	9. 学校整体校风学风良好	941	93.5	773	90.8	1 714	92.3	4.744	0.029
	10. 在校没受同学或老师辱骂殴打恐吓	926	92.0	744	87.4	1 670	89.9	10.871	0.001
	11. 在校没有辱骂殴打恐吓过其他同学	972	96.6	795	93.4	1 767	95.2	10.242	0.001

2.2 学生健康水平情况

2.2.1 学生自报身体情况差异分析

结果表明，各变量均不存在显著性差异。近半年常感冒腹泻发烧率 HPS(19.5%)与非 HPS(20.8%)均在 20%左右，近半年常情绪低落抑郁率 HPS(36.1%)与非 HPS(34.4%)均高于 30%，近视率 HPS(64.5%)与非 HPS(63.5%)均高于 60%，龋齿率 HPS(32.4%)与非 HPS(32.8%)均高于 30%，详见表 3。

表 3 自报身体情况与学生类别比较

变量	学校类别				总计		x^2	p
	HPS		非 HPS					
	人数	%	人数	%	人数	%		
常感冒腹泻发烧	196	19.5	177	20.8	373	20.1	0.487	0.481
常情绪低落抑郁	363	36.1	293	34.4	656	35.3	0.552	0.458
近视	649	64.5	540	63.5	1 189	64.0	0.224	0.636
龋齿	326	32.4	279	32.8	605	32.6	0.030	0.882

2.2.2 学生健康知识知晓率差异分析

根据 HPS 标准，本次调查中学生具备健康知识的有 1 314 人，占比 70.8%。HPS 学生的健康知识知晓率显著优于非 HPS($x^2=30.754$, $p<0.05$)，表现为 HPS 为 76.1%，非 HPS 仅为 64.4%。

整体来看，重庆市 HPS 学生的健康行为与生活方式、疾病预防、安全应急与避险、青春期保健知识知晓率均高于非 HPS 学生，且存在显著性差异($p<0.05$)。详见表 4。

2.2.3 学生健康行为持有率差异分析

根据 HPS 标准要求，本次调查中具备健康行为有 1 218 人，占比 65.6%。组间比较发现，HPS 学生健康行为持有率显著优于非 HPS($x^2=12.527$, $p<0.05$)，表现为 HPS 为 69.2%，非 HPS 为 61.4%。其中睡眠、运动、上网看电视时间、早餐、饮酒、自我伤害方面 HPS 学生显著优于非 HPS 学生，详见表 5。

表 4 健康知识知晓率与学校类别比较

维度	条目	学校类别				总计	
		HPS		非 HPS			
		人数	%	人数	%	人数	%
健康行为与生活方式	健康的概念	860	85.5	729	85.7	1 589	85.6
	肝脏的正确说法	401	39.9	286	33.6	687	36.9
	补铁效果好的食物	410	40.8	323	38.0	733	39.5
	预防近视*	703	69.9	553	65.0	1 256	67.6
	健康生活方式	805	80.0	669	78.6	1 474	79.4
	吸烟危害*	985	97.9	817	96.0	1 802	97.0
	洗手方式	779	77.4	653	76.7	1 432	77.1
	饮水知识***	980	97.4	795	93.4	1 775	95.6
青春保健	男生青春期***	647	64.3	466	54.8	1 113	60.0
	女生青春期***	700	69.6	528	62.0	1 228	66.1
疾病预防	健康知识知晓率	766	76.1	548	64.4	1 314	70.8
	预防肥胖***	964	95.8	781	91.8	1 745	94.0
	ADS 知识	601	59.7	490	57.6	1 091	58.8
	预防流感	748	74.4	596	70.0	1 344	72.4
	结核病认识***	814	80.9	634	74.5	1 448	78.0
	预防沙眼***	949	94.3	753	88.5	1 702	91.7
安全应急与避险	游泳知识***	981	97.5	781	91.8	1 762	94.9
	火灾逃生	528	52.5	437	51.4	965	52.0
	狗咬伤技巧**	960	95.4	779	91.5	1 739	93.6
	救助电话***	967	96.1	798	93.8	1 765	95.0
	食品保质期***	830	82.5	660	77.6	1 490	80.2
χ^2		30.754		p		0.000	

注: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$; 青春保健题小学生不回答.

表 5 健康行为持有率与学校类别比较

变量	学校类别				总计		χ^2	p
	HPS		非 HPS					
	人数	%	人数	%	人数	%		
作业时间 $t\leqslant 120\text{ min/d}$	441	43.8	394	46.3	835	45.0	1.129	0.288
运动时间 $t\geqslant 1\text{ h/d}$	632	62.8	418	49.1	1 050	56.5	11.047	0.001
睡眠时间 $t\geqslant 9\text{ h/d}$	492	48.9	274	32.2	766	41.2	53.112	0.000
上网看电视时间 $t\leqslant 1\text{ h/d}$	560	55.7	374	43.9	934	50.3	25.321	0.000
每天早晚都刷牙	795	79.0	641	75.3	1 436	77.3	3.605	0.059
每天吃早餐	802	79.7	607	71.3	1 409	75.9	17.745	0.000
几乎不喝含糖饮料	754	75.0	609	71.6	1 363	73.4	2.709	0.100
从未吸烟	937	93.1	780	91.7	1 717	92.5	1.457	0.252
从未饮酒	798	79.3	628	73.8	1 426	76.8	7.906	0.005
无自我伤害	915	91.0	720	84.6	1 635	88.0	17.650	0.000
健康行为持有率	696	69.2	522	61.4	1 218	65.6	12.527	0.000

2.2.4 学生健康状况得分差异分析

结果表明, HPS 学生的健康状况显著优于非 HPS 的学生($F=10.965$, $p<0.05$), 表现为 HPS 学生

健康状况得分均值为 15.235±3.331, 非 HPS 得分均值为 14.859±3.823. 详见表 6.

表 6 健康状况与学校类别比较($\bar{x} \pm s$)

变量	学校类别		总计	F	p
	HPS	非 HPS			
自评健康状况得分均值	15.235±3.331	14.859±3.823	15.063±3.568	10.965	0.023

2.3 学生健康知识、健康行为和健康状况的影响因素回归分析

2.3.1 健康知识知晓率分析

将与健康知识知晓率具有显著性差异的变量依次分层纳入二元 Logistic 回归模型, 发现模型一、二、三均为显著, 分别对因变量具有 7.5%, 16.9%, 0.5% 的解释力, 从模型四来看, 该模型不显著, 对其解释力微弱. 最终在纳入所有影响因素后共具有 25.2% 的解释力. 学校健康教育影响力最为突出, 背景信息次之、自报身体情况最低. 在控制其他所有变量后, 发现 HPS、女生、初中、高中、健康教育课为 1 节/1~3 周、无龋齿是其保护因素, 非主城区、无课本、一般赞同和不赞同“健康第一”指导思想是具备健康知识的阻碍因素. 详见表 7.

表 7 健康知识知晓率影响因素回归分析

	变量	模型一	模型二	模型三	模型四
背景信息	HPS	0.599***	0.296*	0.295*	0.278*
	非主城区	-0.381***	-0.440***	-0.418***	-0.404**
	女生	0.259*	0.242*	0.241*	0.233*
	初中	0.754***	0.899***	0.841***	0.815***
	高中	0.779***	1.149**	1.070***	1.054***
学校健康教育	健康教育课 1 节/周		0.703*	0.682*	0.668*
	健康教育课 1 节/2 周		0.417**	0.407*	0.406*
	健康教育课 1 节/3 周		0.411*	0.402*	0.464*
	健康教育课 1 节/4 周		-0.109	-0.099	-0.099
	无课本		-1.966***	-1.959***	-1.966***
	一般赞同“健康第一”		-0.536*	-0.561*	-0.556*
	不赞同“健康第一”		-0.174*	-1.097*	-1.005*
自报身体情况	经常情绪低落抑郁			0.157	0.156
	无龋齿			0.242*	0.237
	无近视			-0.216	-0.220
校园物质环境	条目 5(否)				-0.285
	条目 7(否)				-0.501
	条目 8(否)				0.196
	调整后 R ²	0.075	0.244	0.249	0.252
	△R ²		0.169	0.005	0.003
	x ²	100.935***	249.023***	9.819*	4.876

注: 表中为标准系数; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. 分析时, 各变量值为 0 为对照组. 在分析前已将各变量重新赋值.

2.3.2 健康行为持有率分析

将与健康行为持有率具有显著性差异的变量依次分层纳入二元 Logistic 回归模型. 由表 8 可见, 模型一、二、三、四均为显著, 分别对因变量具有 7.5%, 8.1%, 2.4%, 2.0% 的解释力, 从模型五来看, 该模型不显著, 影响力微弱. 最终在纳入所有影响因素后共具有 20.2% 的解释力. 学校健康教育影响力仍最为突出, 其次为背景信息、自报身体情况, 校园物质环境最低. 在控制其他所有变量后, 发现健康教育课 1 节/周和 1 节/2 周、无近视是其保护因素, 初中、高中、无课本、一般和很少开展健康教育等是其阻碍因素. 详见表 8.

表 8 健康行为持有率影响因素回归分析

变量		模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
背景信息	HPS	0.402***	0.245*	0.257*	0.194	0.197
	初中	−0.497***	−0.460**	−0.345*	−0.447**	−0.443**
	高中	−1.198***	−1.007***	−0.850***	−0.978***	0.982***
	健康教育课 1 节/周		0.683***	0.620***	0.412*	0.426*
学校健康教育	健康教育课 1 节/2 周		0.647**	0.658**	0.477*	0.475*
	健康教育课 1 节/3 周		0.651**	0.639*	0.400	0.420
	健康教育课 1 节/4 周		0.169	0.109	−0.096	−0.088
	无课本		−0.299**	−0.335**	−0.332*	−0.329*
	开展活动一般		−0.605***	−0.531**	−0.442*	0.425***
	开展活动很少		−0.727***	−0.668***	−0.635***	0.636***
	一般赞同“健康第一”		−0.764	−0.687	−0.441	−0.402
	不赞同“健康第一”		−0.762**	−0.788**	−0.727**	−0.752**
	经常感冒腹泻发烧			−0.396**	−0.354**	−0.348**
	经常情绪低落抑郁			−0.251*	−0.243*	−0.245*
自报身体情况	无龋齿			0.208	0.176	0.179
	无近视			0.376**	0.340**	0.359**
校园物质环境	条目 1(否)				−0.556*	−0.492
	条目 2(否)				−0.114	−0.021
	条目 3(否)				0.106	0.115
	条目 4(否)				−0.707	−0.165
	条目 5(否)				−0.255	−0.139
	条目 6(否)				0.035	0.067
	条目 7(否)				0.005	0.031
	条目 8(否)				−1.014***	−0.994**
	条目 1(否)					−0.210
	条目 2(否)					0.323
校园社会环境	条目 3(否)					−0.009
	R^2	0.075	0.156	0.180	0.200	0.202
	ΔR^2		0.081	0.024	0.020	0.002
x^2		104.174***	79.447***	36.209***	30.814***	4.104

注：表中为标准化系数；* $p<0.05$ ；** $p<0.01$ ；*** $p<0.001$. 分析时，各变量值为 0 为对照组. 在分析前已将各变量重新赋值.

2.3.3 自评健康状况得分分析

将与健康状况具显著性差异的变量依次纳入分层线性回归模型. 由表 9 可见，模型一、二、三、四均为显著，分别对因变量具有 3.5%，11.0%，80.2%，2.7%的解释力. 从模型五来看，该模型不显著，解释力仅

增加 0.1%。这表明校园社会环境对学生自评健康状况得分不具备解释力。最终在纳入所有影响因素后共具有 25.4%的解释力。学校健康教育影响力依旧最为突出,其次为自报身体情况、背景信息、校园物质环境。在控制其他所有变量后,发现健康教育 1 节/1~3 周、无龋齿、无近视是其保护因素,非主城区、女生、高中、无课本等是其阻碍因素。详见表 9。

表 9 自评健康状况得分影响因素回归分析

	变量	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
背景信息	HPS	0.422*	−0.006	0.047	−0.100	−0.109
	非主城区	−0.627***	−0.979***	−1.003***	−0.956***	−0.942***
	女生	−0.389*	−0.484**	−0.233	−0.295*	−0.313*
	初中	−0.073	0.053	0.350	0.080	0.090
	高中	−1.180***	−0.627**	−0.130	−0.438*	−0.432*
学校健康教育	健康教育课 1 节/周		1.555***	1.335***	0.861***	0.869***
	健康教育课 1 节/2 周		1.501***	1.498***	1.060***	1.051***
	健康教育课 1 节/3 周		1.486***	1.373***	0.934*	0.946*
	健康教育课 1 节/4 周		0.707*	0.527	0.037	0.035
	无课本		−0.61**	−0.681***	−0.674***	−0.67***
	开展活动一般		−1.227***	−0.962***	−0.846***	−0.846***
	开展活动很少		−1.649***	−1.251***	−1.098***	−1.076***
	一般赞同“健康第一”		−1.177**	−1.179**	−1.188**	−1.199***
	不赞同“健康第一”		−2.962***	−2.738***	−2.444**	−2.363**
自报身体情况	经常感冒腹泻发烧			−0.975***	−0.905***	−0.901***
	经常情绪低落抑郁			−1.361***	−1.380***	−1.383***
	无龋齿			0.821***	0.642***	0.639***
	近视			0.829***	0.670***	0.688***
校园物质环境	条目 1(否)				0.044	0.085
	条目 2(否)				0.217	0.302
	条目 3(否)				0.602	0.622
	条目 4(否)				0.996	0.903
	条目 5(否)				−0.035	0.063
	条目 6(否)				−0.125	−0.093
	条目 7(否)				−1.066***	−1.04***
	条目 8(否)				−2.258***	−2.235***
校园社会环境	条目 1(否)					−0.174
	条目 2(否)					0.396
	R^2	0.035	0.145	0.227	0.254	0.254
	ΔR^2		0.110	0.802	0.027	0.001
	x^2	13.604***	26.304***	48.742***	8.269***	1.418

注：表中为标准化系数；* $p<0.05$ ；** $p<0.01$ ；*** $p<0.001$ 。分析时，各变量值为 0 为对照组。在分析前已将各变量重新赋值。

3 讨论

3.1 HPS 的推动对学校健康教育、校园环境、学生健康知识、行为和状况具有显著促进作用

本研究显示，HPS 在健康教育、校园环境、学生健康知识、健康行为和健康状况多项指标显著优于非 HPS。表明 HPS 的建设工作对学校健康教育及学校环境建设产生良好促进作用。重庆市近年来开展 HPS 创建工作的生动实践也充分印证了本研究结果。各级党委政府领导严格按照《重庆市健康促进学校标准》^[4]抓推进，通过加大人力、财力、物力的投入，HPS 从办学理念、健康政策、学科渗透、物质环境、学校卫生、

健康教育等方面,在各级专家的指导下不断完善,有力推进了广大中小学师生树立正确的健康理念、健康知识,养成健康习惯和生活方式,对于自我健康状况有更积极的认知。

“健康第一”方针是正确处理健康与学习、工作关系的准则,是其日后健康行为的意识形态引领^[5]。数据看来,94.0%的学生赞同“健康第一”的指导思想,表明重庆市中小學生基本树立了正向的健康理念,HPS的建设推动了学校健康教育及学校环境优化,对于促进学生树立“健康第一”的指导思想具有成效性。使学生具备充足的健康知识、良好的健康行为、拥有健康的身体状况是HPS的最终目标^[5]。HPS学生健康知识知晓率、行为持有率和状况得分均明显优于非HPS,表明HPS的建设工作对学生健康知识、行为和状况具有良好促进作用。本次调查结果与文献[4,6-7]的结果存在共性,与文献[8]的结果相比,健康知识知晓率略高,健康行为持有率基本持平。

3.2 学校健康教育对学生健康知识、行为、状况影响力极大

学校健康教育是健康教育与健康促进工作的重要组成部分^[9],HPS的创建是促进学校健康教育发展和完善的重要手段之一。本次调查中,学生健康知识、行为、状况均不同程度受学校健康教育、校园环境、自报身体情况多方面影响。但笔者发现学校健康教育对3项健康水平均发挥最大解释力度,具有显著共性。毋庸置疑学校健康教育对其影响力均为最大,充分证明学生在校接受健康教育,有利于深化对健康的认知,增强健康知识,改变健康态度和行为,形成好习惯,促进健康状况。与文献[10-11]的研究结果一致。因此除了要采取针对性的教育方法和方式外,还要积极响应HPS的创建,提高学生的健康水平。当然良好的习得不仅依赖于健康知识的引导,同时还需支持性环境,校园良好的卫生环境有助于学生自觉审视自身不良行为为习惯,而后自我修正^[12],各校应持续致力于校园环境和学校健康教育的建设。

3.3 HPS的健康教育开展情况、学生身体情况、健康知识等方面仍存在不足

本次调查也发现了许多不足,仍有12.1%本学期健康教育课程从未开课;21.7%没有拿到健康教育课本,14.0%很少开展健康教育课程。如今,随着课程改革的推进,健康教育被分散于各个学科,教学内容缺乏系统性与连贯性,健康教育重要地位在实际教学工作中逐渐被淡化。同时,近视率均高于60%、经常情绪低落率均高于30%、龋齿率均高于30%。说明近视、情绪低落、龋齿已成为全市中小學生共同面临的问题。虽HPS的促进得到证实,但单个指标反映出HPS学生健康知识尤其是疾病预防、安全应急与避险方面知识不足,与文献[13]的研究结果相近。对知识的知晓是人为改变的前提,加强健康教育更具有重要的意义,提示HPS在健康知识中要以健康生活方式、疾病预防、安全应急与避险等知识为重点。同时,值得关注的是HPS学生作业时间小于等于120 min/d达标率仅43.8%,睡眠时间 t 大于等于9 h/d达标率仅48.9%,上网看电视时间 t 小于等于1 h/d达标率仅55.7%,运动时间 t 大于等于1 h/d达标率仅62.8%,与教育要求还相差甚远。应试教育的顽固性导致重庆市HPS中小學生仍普遍存在作业时间过长,运动、睡眠时间不足的现象。然而中小學生正处于生长发育关键时期,保证户外运动、睡眠时间及质量是健康身体的根本保障,如运动和睡眠时间得不到满足,长久之下不仅不利于学习效率,还会影响其健康成长^[14],且是发生近视的风险因素^[15-16]。另外导致学生睡眠时间过少的阻碍因素包括学校课业负担重、压力大、喝饮料、看电子产品等^[17-18],提示HPS要进一步落实“双减”政策,加大对电子产品的监管,保证学生的睡眠和运动时间。

同时在走访交流中笔者发现,许多领导、教师对HPS认识不到位,大部分对其理念模糊,对创建具体工作、标准、政策和指南茫然。并表示目前学校健康教育和卫生专职人员缺乏保障,健康教育课程均由体育教师负责,也存在班主任、校医、心理教师等多个教师兼职的情况。事实上,多数学校上课随意,无确切时间,更没有课程计划。同时学校卫生专职人员储备严重不足,长久以来教育卫生体制内呼吁颇高,但重庆市仅能部分付诸实施,没有配备专职校医卫生人员已成为各中小学常态。由此可见,专业技术指导和卫生专业人才的缺失成为制约我国HPS建设迈向高质量发展的瓶颈。

4 结论

重庆市HPS推进成效显著,对学校健康教育、校园环境及学生健康知识、行为、状况均具有正向促进

作用,学生健康知识、行为、状况受多个因素影响,但学校健康教育对三者的影响力最突出,提示未来 HPS 工作应进一步加强学校健康教育。但部分 HPS 的健康教育仍流于形式,学生普遍对疾病预防、应急避险知识掌握较差,存在睡眠和运动时间不足、作业和电子产品使用时间过长、近视率较高等问题。

本研究认为,今后 HPS 建设工作应将如何加强思想重视作为促进工作的前提,从根本上提高 HPS 的地位^[19];落实奖惩机制,形成分类评价和精细化管理;进一步强化部门间的协调联动;从制度上完善健康教育和学校卫生工作,全力弥补专业技术指导和卫生专业人才的缺失^[20];学校主动作为,健全实施的组织及管理机构,树立示范作用;建立“家、校、社三位一体”健康促进共育平台,联动促进多方位共同推进 HPS 工作。

参考文献:

- [1] 李志欣. 强化学校教育主阵地作用须激活“内在动力”[J]. 人民教育, 2022(1): 57-59.
- [2] 张萌, 邱卓英, 蔡赓, 等. 世界卫生组织和联合国教科文组织健康促进学校的政策架构与核心内容[J]. 中国康复理论与实践, 2022, 28(1): 111-118.
- [3] 吕姿之. 学校健康促进[J]. 中国健康教育, 2003, 19(9): 683-685.
- [4] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. WS/T 495-2016. 健康促进学校规范[S]. 中国卫生标准管理, 2016.
- [5] 吕书红. 健康中国视角下健康促进学校发展现状及对策建议[J]. 中国健康教育, 2018, 34(11): 1012-1015.
- [6] 钱琴, 番建丽. 常州武进健康促进学校中小学生健康知识行为干预效果评价[J]. 中国学校卫生, 2015, 36(11): 1714-1716.
- [7] SARTIPIZADEH M, YAZDI-FEYZABADI V, SAKHA M A, et al. Evaluating the Health Promoting Schools in Iran: Across-Sectional Study[J]. Health Education, 2021, 121(2): 125-139.
- [8] 张宝津, 林燕, 沈春霞, 等. 杭州市余杭区健康细胞创建模式及成效探讨[J]. 中国健康教育, 2020, 36(2): 186-188.
- [9] ABARCA-GÓMEZ L, ABDEEN Z A, HAMID Z A, et al. Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: a Pooled Analysis of 2416 Population-Based Measurement Studies in 128 • 9 Million Children, Adolescents, and Adults[J]. The Lancet, 2017, 390(10113): 2627-2642.
- [10] 吕书红, 王夏玲, 刘志业. 学校健康教育对中小学生健康相关知识和行为影响分析[J]. 中国健康教育, 2020, 36(5): 397-401.
- [11] RITTSTEIGER L, HINZ T, ORIWOL D, et al. Changes of Self-Rated Health Status, Overweight and Physical Activity During Childhood and Adolescence—The Ratchet Effect of High Parental Socioeconomic Status[J]. Frontiers in Sports and Active Living, 2022, 4(1): 781394-781394.
- [12] 武倩, 王富兰, 刘正淑, 等. 健康素养视角下中小学开展健康教育课程 SWOT 分析[J]. 中国初级卫生保健, 2021, 35(8): 71-73.
- [13] 吴建军, 舒晓燕, 王万平. 丹江口市乡镇学校健康促进工作现状调查[J]. 中国卫生产业, 2018, 15(17): 177-179.
- [14] 刘卓娅, 孙艳, 余毅震. 青少年睡眠时间静态活动与超重肥胖的关系[J]. 中国学校卫生, 2012, 33(3): 311-312.
- [15] 郭雷, 董光辉, 韩屹, 等. 沈阳市和平区中小学生视力不良状况及近视危险因素分析[J]. 中国医科大学学报, 2016, 45(2): 110-115.
- [16] JIAN L, WANG C, PING D, et al. Long-Term Effects of Orthokeratology on Myopia in Adolescents[J]. Journal of Clinical Ophthalmology, 2015, 51(7): 515.
- [17] 刘文利, 魏重政, 饶恒毅. 充足睡眠对儿童的身心发展至关重要[J]. 人民教育, 2015(20): 59-63.
- [18] JOSHI A, AMADI C. Impact of Water, Sanitation, and Hygiene Interventions on Improving Health Outcomes Among School Children[J]. Journal of Environmental and Public Health, 2013, 9(8): 462-469.
- [19] DADACZYNSKI K, HERING T. Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(5): 265-281.
- [20] 蒋晓丽, 吕宜民, 虞皓. 健康促进学校发展的现状分析及对策思考[J]. 健康教育与健康促进, 2011, 6(3): 205-207.