

健康中国行动布局下慢性病患者健康教育效果研究^{*}——郭胜鹏^{1,2} 靳思慧^{1,2} 王虎峰^{1,2}

【摘要】 **目的** 探究慢性病患者接受健康中国行动布局下健康教育的效果,为提升慢性病综合防控能力提供参考。**方法** 基于健康中国居民参与调查数据,利用 OLS 回归和倾向得分匹配法探究健康教育对慢性病患者管理行为和控制效果的影响,采用费舍尔组合检验判断影响是否存在城乡差异。**结果** 慢性病患者接受一般性健康教育使管理行为、控制效果分别增加 0.429 分、0.223 分;接受针对性健康教育使管理行为、控制效果分别增加 0.601 分、0.309 分。一般性和针对性健康教育对控制效果的影响均存在城乡差异。**结论** 分别侧重于“防”与“医”的一般性和针对性健康教育均可有效改善慢性病患者健康管理,但针对性健康教育作用更强、农村患者受益更佳。建议系统整合一般性和针对性健康教育,创新完善针对性健康教育载体形式和媒介途径,组建慢性病健康管理团队,持续扩大农村健康教育覆盖面,多轨并驱优化慢性病医防融合机制。

【关键词】 慢性病;健康教育;健康中国行动;倾向得分匹配法

中图分类号:R197.1

文献标识码:A

Research on the Effectiveness of Health Education for Patients with Chronic Diseases under the Framework of the Healthy China Initiative/GUO Shengpeng, JIN Sihui, WANG Hufeng. // Chinese Health Quality Management, 2025, 32(9): 51-56

Abstract **Objective** To explore the effectiveness of health education under the framework of the Healthy China Initiative for patients with chronic diseases, and to provide references for enhancing comprehensive chronic disease prevention and control capabilities. **Methods** Based on survey data regarding Health China Residents Participation Survey, OLS regression and propensity score matching were utilized to investigate the impact of health education on the management behaviors and control outcomes of patients with chronic diseases. The Fisher's combined probability test was employed to determine whether there were urban-rural differences in these impacts. **Results** General health education for patients with chronic diseases increased management behaviors and control outcomes by 0.429 points and 0.223 points, respectively. Targeted health education led to increases of 0.601 points and 0.309 points in management behaviors and control outcomes, respectively. Both general and targeted health education demonstrated urban-rural differences in their impact on control outcomes. **Conclusion** Both general health education, focusing on "prevention", and targeted health education, focusing on "treatment", can effectively improve chronic disease health management, with targeted health education exhibiting a stronger effect and providing greater benefits to rural patients. It is recommended to systematically integrate general and targeted health education, innovate and improve the forms and media channels of targeted health education, establish chronic disease health management teams to continuously expand the coverage of rural health education, and adopt a multi-pronged approach to optimize the integration mechanism of medical treatment and prevention for chronic diseases.

Key words Chronic Diseases; Health Education; Healthy China Initiative; Propensity Score Matching

First-author's address School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing, 100872, China

近年来,我国慢性病风险因素较高、患病群体年轻化和多重共病多发趋势,对我国社会经济发展和居民健康福祉造成挑战^[1-2]。2017年,国务院印发《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》,指出要开展慢性病防治全民教育,深入推进全民健康素养促进行动、健康中国行等活动,提升健康教育效果,并提出到2020

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.9.10

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(编号:22ZDA096)

1 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2 中国人民大学医改研究中心/健康与医改政策实验室 北京 100872

年和2025年,居民重点慢性病核心知识知晓率分别达到60%和70%的阶段目标,这表明健康教育是全面实施慢性病综合防控的内驱工具和重要策略。

2019年,国务院发布的《国务院关于印发实施健康中国行动的意见》推出15项重点专项行动及系列健康教育活动,面向全人群和重点人群(慢性病患者等)分别提供一般性健康教育和针对性健康教育。其中,一般性健康教育面向全人群传播健康知识、技能和理念,呼吁公众采取健康生活方式,旨在提升健康风险抵御能力,侧重于“防”;针对性健康教育面向高风险人群和慢性病患者,围绕病情严重程度和特定健康需要进行疾病介绍、用药指导和并发症预防等,旨在提升疾病管理能力,侧重于“医”^[3-7]。随着健康中国行动全面推进,我国截至2023年共建成485个国家慢性病综合防控示范区,重大慢性病过早死亡率从2015年的18.5%下降到2023年的15.0%,降幅达18.9%^[8],多病共防、多病共管的慢性病防治政策体系已逐渐形成并取得阶段成效,但健康中国行动布局下健康教育能否有效提升慢性病健康管理能力还有待验证。

已有研究表明,无论是对慢性病患者实施全流程、个性化和强化型的健康教育,还是对潜在风险人群实施预防性健康教育,均能提升目标对象自我管理能力和健康素养水平和治疗依从性^[9-11]。然而,现有研究多探究短暂时、小规模和定制化健康教育或干预项目对慢性病患者健康管理的影响,患者样本量较少,地域局限,教育周期较短,且多集中于针对性教育,较少兼顾一般性与针对性健康教育。作为实现健康中国战略规划蓝图和阶段目标的基本路径,健康中国行动面向全人群和重点人群开展的全方位健康教育,为研究持续性、大

规模及普惠性健康教育对慢性病患者健康行为的干预效应及长期影响提供了实证依据。因此,本研究基于健康中国居民参与调查数据,采取准自然试验设计的研究范式,利用普通最小二乘法(Ordinary least squares, OLS)回归和倾向得分匹配法(propensity score matching, PSM)分析一般性和针对性健康教育对慢性病患者管理行为和效果的影响,并运用费舍尔组合检验探讨城乡差异在其中的作用。通过分析健康中国行动不同类型健康教育对慢性病患者健康管理能力及管理效果的提升作用,为优化慢性病综合防控能力提供参考。

1 资料与方法

1.1 数据来源

本研究使用的数据来自健康中国居民参与调查数据。研究遵照《“健康中国2030”规划纲要》(以下简称《纲要》)、《国务院关于实施健康中国行动的意见》(以下简称《意见》)、《健康中国行动(2019—2030年)》(以下简称《行动》)等政策文件的要求设计调查问卷,并邀请来自国家及地方卫生健康部门、高校科研机构等20余位专家学者对问卷内容和抽样方案进行了科学论证,随后由课题组多轮迭代完善后确定问卷。调查组以第七次人口普查数据为参照,采用概率与规模成比例抽样、分层抽样和随机抽样相结合的方法,于2023年11月—12月在A省B市、F省S市、J省Y市共调查1257名居民,其中慢性病患者485名。由于慢性病患者所患疾病类型不同,其接受针对性健康教育的内容和范围也存在一定差异。为准确测量针对性健康教育的影响,考虑到“三高”发病人群较多、危险因素相近以及慢病防控领域对

“三高共管”关注度持续提升等因素,本研究以高血压、高血脂和糖尿病患者(包含共病患者)为研究样本,删除非“三高”慢性病患者数据后,共获得388份有效样本。同时,课题组前往调查现场跟进调查进度、控制数据质量并进行现场调研,与调研地基层医疗卫生机构负责人、家庭医生和慢性病患者就健康教育开展现状、运行管理、绩效考核和实施效果进行了深度访谈。调查前,均与调查对象沟通后签署知情同意书。

1.2 变量测量

1.2.1 因变量

选取慢性病患者的管理行为和效果为因变量。借鉴Toobert DJ等^[12]和黄菲菲等^[13]的研究,利用“在家定期监测自身血压或血糖或血脂等并进行管理”“能及时识别疾病复发表现并主动采取干预措施”“出现身体不适时会及时就医”“遵医嘱定期来医院复诊”4项条目的平均值测量管理行为,受访者按照自身实际情况选择“从不”“偶尔”“有时”“时常”“总是”,分别对应1~5分;通过询问“最近一年,您的病情能否得到有效控制或好转”测量控制效果,受访者选择“明显恶化”“稍有恶化”“基本控制”“有所改善”“明显改善”,分别对应1~5分。得分越高,受访者的管理行为和效果就越好。

1.2.2 自变量

选取一般性健康教育与针对性健康教育为自变量。通过询问受访者是否接受过健康中国行动布局下15项健康教育活动,测量一般性健康教育,将未参加过其中任何活动或类似健康教育的受访者界定为未接受过一般性健康教育,属于对照组(赋值为0),反之则为处理组(赋值为1);通过询问受访者是否接受过自身疾病相关的慢性病防治健康教育(含健康中国行动要求的4项“三高”相

关宣教活动),测量针对性健康教育,将未参加过以上任何针对自身所患慢性病种类的活动或类似健康教育的受访者界定为未接受过针对性健康教育,属于对照组(赋值为0),反之为处理组(赋值为1)。

1.2.3 控制变量

控制变量包含性别(男=0,女=1)、年龄(实际年龄)、居住地(城镇=0,农村=1)、受教育程度(小学及以下=1,初中至中专=2,大专及以上=3)、婚姻状况(未婚/离异/丧偶=0,已婚=1)、月收入水平(≤ 3 千元=1, > 3 千元且 ≤ 5 千元=2, > 5 千元=3)、就业状况(不在业=0,在业=1)、健康医疗保险(无=0,有=1)和患有慢性病数量(实际数量)共9项,综合反映了调查者接受一般性或针对性健康教育的需求意愿、重视程度、互动能力和可及性,能够满足控制混杂因素的需求。

1.3 研究方法

本研究采用了 Stata 16.0 统计软件进行分析。计数资料采用频数和构成比表示,计量资料采用均值和标准差表示。首先,采用 t 检验比较处理组和对照组的管理行为和控制效果是否存在显著差异。其次,由于参加健康教育与管理行为和控制效果可能互为因果关系,使用 OLS 回归难以对健康教育的干预效果作出准确判断。因此,本研究以参加过健康教育的受访者作为处理组,以未参加过健康教育的受访者作为对照组,将所有控制变量作为匹配变量,使用 PSM 对样本进行核匹配。观测各匹配变量均值差异是否具有统计学意义,确认样本匹配效果满足平衡性假设后,对样本加权后再进行 OLS 回归,从而在一定程度上缓解内生性偏差。最后,对农村和城镇样本进行分组回归,利用费舍尔组合检验探究干预效果是否存在城乡差异。

2 结果

2.1 研究对象基本情况

本研究共纳入 388 例慢性病患者,平均年龄为(59.84 \pm 12.59)岁,平均患有慢性病数量(1.70 \pm 0.99)种,基本情况详见表 1。其中,250 名(64.43%)参加过一般性健康教育,257 名(66.24%)参加过针对性健康教育。 t 检验结果显示,接受一般性和针对性健康教育处理组干预的慢性病患者管理行为和控制效果均显著高于对照组,说明接受健康教育可以促进健康管理行为(表 2)。

表 1 慢性病患者健康教育效果研究对象基本情况($n=388$)

项目	例数/例	构成比/%
性别		
男	179	46.13
女	209	53.87
居住地		
城镇	193	49.74
农村	195	50.26
受教育程度		
小学及以下	141	36.34
初中至中专	177	45.62
大专及以上	70	18.04
婚姻状况		
已婚	351	90.46
未婚/丧偶/离异	37	9.54
月收入水平		
≤ 3 千元	221	56.96
> 3 千元且 ≤ 5 千元	131	33.76
> 5 千元	36	9.28
就业状况		
在业	237	61.08
不在业	151	38.92
健康医疗保险		
有	381	98.20
无	7	1.80

表 2 一般性与针对性健康教育下处理组和对照组慢性病患者健康管理效果的 t 检验结果

项目	管理行为			控制效果		
	均值/分	t	P	均值/分	t	P
一般性健康教育						
处理组	3.67 \pm 0.84	4.17	< 0.001	4.02 \pm 0.79	2.75	0.006
对照组	3.29 \pm 0.88			3.80 \pm 0.71		
针对性健康教育						
处理组	3.75 \pm 0.80	6.90	< 0.001	4.05 \pm 0.80	3.77	< 0.001
对照组	3.14 \pm 0.87			3.74 \pm 0.66		

2.2 样本匹配效果检验

核匹配结果显示,当以一般性教育为自变量、管理行为和控制结果为因变量时,匹配后二者的均值偏差均从 23.3 减少至 4.2,中位数偏差均从 23.4 减少至 5.1;而以针对性教育为自变量时,均值偏差均从 8.5 减少至 3.7,中位数偏差均从 9.7 减少至 3.5。匹配后多数匹配变量的标准误差降低幅度超过 60%,所有匹配变量均值差异不再显著,观测值基本处于共同范围内,满足共同支撑假设。

以一般性健康教育为自变量、管理行为为因变量的核匹配结果为,匹配前处理组和对照组的性别、年龄、居住地、受教育程度和月收入的均值均存在显著差异($P < 0.05$),匹配后,除“就业状况”外,各匹配变量处理组与对照组之间的标准误差明显减小,异质性问题基本得以消除,满足平衡性假设(表 3)。

2.3 不同健康教育类型对慢性病患者健康管理的影响

本研究针对慢性病患者参加一般性健康教育和针对性健康教育的情况,分别基于样本数据直接进行 OLS 回归分析以及经 PSM 处理样本后再次进行 OLS 回归分析,具体结果如下:(1)一般性健康教育。直接 OLS 回归分析显示,该干预可使管理行为增加 0.390 分、控制结果增加 0.189 分;经 PSM 处理样本后,该干预可使管理行为增加 0.429 分、控制结果增加 0.223 分,结果均具有统计

学意义($P < 0.01$),见表4。(2)针对性健康教育。直接 OLS 回归分析表明,该干预可使管理行为增加 0.579 分,控制结果增加 0.267 分;经 PSM 处理样本后,该干预可使管理行为增加 0.601 分、控制结果增加 0.309 分,结果均具有统计学意义($P < 0.001$),见表5。

对比两轮分析结果,PSM+OLS 与 OLS 回归分析结果基本一致,但 PSM+OLS 回归分析的平均处理效应略高于 OLS 回归分析,说明通过 PSM 处理样本,内生性问题得到部分缓解,且两种方法的结果均保持稳健。

2.4 城乡差异对健康教育干预慢性病患者健康管理效果的影响

以居住地为分组变量,分别估计农村样本和城镇样本下健康教育对管理行为和控制效果的影响,再利用费舍尔组合检验判断两组回归系数差异是否具有统计学意义(图1)。

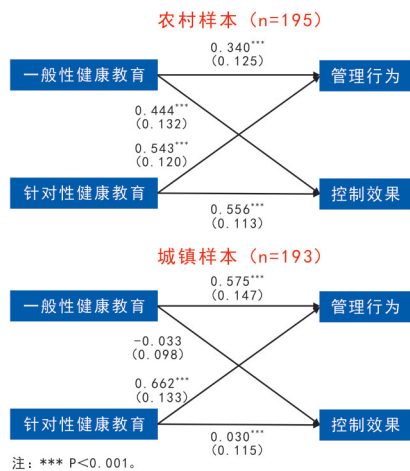


图1 城乡差异对健康教育干预慢性病患者健康管理效果的分组回归结果

检验结果显示,农村与城镇慢性病患者参加一般性健康教育时,管理行为分别提高 0.340 分、0.575 分(系数差 -0.235 分, $P = 0.139$),控制效果分别提高 0.444 分、-0.033 分(系数差 0.477 分, $P = 0.031$);参加针对性健康教育时,管理行为分别提高 0.543 分、0.662 分(系数差 0.119 分, $P = 0.245$),控制效果分别提高 0.556

分、0.030 分(系数差 0.526 分, $P < 0.001$)。由此可见,两种健康教育对管理行为影响均不存在城乡差异,而对控制效果影响均存在城乡差异。

2.5 稳健性检验

本研究首先采用最近邻匹配和半径匹配方式对样本匹配并加权后重新估计(表6~表7);其次,将97名未患有“三高”但患有其他慢性病的患者追加进研究样本,样本量从

388名增加至485名,重新估计一般性健康教育的影响效果(表8);最后,将针对性健康教育按照活动参与度的均值分为高参与组(赋值为1)和低参与组(赋值为0),此时处理组从原有的257名患者减少至204名,对照组从131名增加至184名,替换原有变量测量重新估计针对性健康教育的影响效果(表8),估计结果与主分析结果均保持一致,表明研究结果具有较好的稳健性。

表3 一般性健康教育下管理行为影响因素的平衡性检验

匹配变量	匹配过程	赋分均值		标准误差 (%)	误差消减 (%)	t 检验	
		处理组 (n=250)	对照组 (n=138)			t	P
性别	匹配前	0.58	0.46	23.4	99.0	2.21	0.028
	匹配后	0.58	0.58	-0.2		-0.03	0.979
年龄	匹配前	58.63	62.04	-27.5	80.7	-2.57	0.011
	匹配后	58.63	59.29	-5.3		-0.59	0.558
居住地	匹配前	0.46	0.57	-23.4	93.5	-2.20	0.028
	匹配后	0.46	0.46	-1.5		-0.17	0.866
受教育程度	匹配前	1.95	1.58	53.3	94.2	5.00	<0.001
	匹配后	1.95	1.93	3.1		0.34	0.731
婚姻状况	匹配前	0.92	0.87	17.9	64.8	1.75	0.081
	匹配后	0.92	0.94	-6.3		-0.86	0.390
月收入水平	匹配前	1.63	1.33	48.5	87.7	4.47	<0.001
	匹配后	1.63	1.59	6.0		0.62	0.535
就业状况	匹配前	0.60	0.64	-8.6	28.9	-0.80	0.421
	匹配后	0.60	0.57	6.1		0.67	0.503
健康医疗保险	匹配前	0.99	0.97	12.0	87.4	1.20	0.230
	匹配后	0.99	0.99	-1.5		-0.23	0.818
慢性病数量	匹配前	1.72	1.66	6.4	56.2	0.61	0.540
	匹配后	1.72	1.70	2.8		0.31	0.755

表4 基于一般性健康教育的慢性病患者健康管理效果 OLS 与 PSM+OLS 回归分析结果

研究变量	管理行为		控制结果	
	OLS	PSM+OLS	OLS	PSM+OLS
一般性健康教育	0.300*** (0.095)	0.429*** (0.103)	0.189** (0.090)	0.223*** (0.084)
控制变量	是	是	是	是
R ²	0.077	0.089	0.070	0.058

注: ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

表5 基于针对性健康教育的慢性病患者健康管理效果 OLS 与 PSM+OLS 回归分析结果

研究变量	管理行为		控制结果	
	OLS	PSM+OLS	OLS	PSM+OLS
针对性健康教育	0.579*** (0.088)	0.601*** (0.092)	0.267*** (0.081)	0.309*** (0.076)
控制变量	是	是	是	是
R ²	0.133	0.139	0.079	0.085

注: *** $P < 0.001$ 。

表6 更换匹配方式后一般性健康教育对慢性病患者健康管理的PSM+OLS回归分析结果

研究变量	管理行为		控制结果	
	最近邻匹配	半径匹配	最近邻匹配	半径匹配
一般性健康教育	0.386*** (0.107)	0.442*** (0.103)	0.194** (0.080)	0.223*** (0.084)
控制变量	是	是	是	是
R ²	0.076	0.092	0.070	0.059

注: ** P<0.01, *** P<0.001。

表7 更换匹配方式后针对性健康教育对慢性病患者健康管理的PSM+OLS回归分析结果

研究变量	管理行为		控制结果	
	最近邻匹配	半径匹配	最近邻匹配	半径匹配
针对性健康教育	0.415*** (0.107)	0.602*** (0.092)	0.284*** (0.090)	0.310*** (0.076)
控制变量	是	是	是	是
R ²	0.090	0.139	0.070	0.084

注: *** P<0.001。

表8 一般性与针对性健康教育的慢性病患者增加样本量与更换变量测量下PSM+OLS回归分析结果

研究变量	增加样本量(n=388→n=485)		更换变量测量(是/否→高/低)	
	管理行为	控制结果	管理行为	控制结果
	一般性健康教育	0.439*** (0.100)	0.261*** (0.074)	
针对性健康教育			0.374*** (0.100)	0.263*** (0.081)
控制变量	是	是	是	是
R ²	0.098	0.070	0.067	0.075

注: *** P<0.001。

3 讨论与建议

3.1 系统整合一般性和针对性健康教育,多轨并驱优化慢性病医防融合机制

本研究表明,慢性病患者接受一般性健康教育可使管理行为和控制效果分别增加0.429分和0.223分,接受针对性健康教育可使管理行为和控制效果分别增加0.601分和0.309分,两类健康教育均能改善慢性病患者健康管理能力和效果,与刘宇等^[14]、何艳平等^[15]的研究结果一致。一般性健康教育多从预防角度向慢性病患者普及健康知识、技能和理念,帮助患者认识到采取健康生活方式的重要性,提升其对疾病易感性和严重性的认知水平,进而主动改变高油高盐等不良生活习惯并远离危险因素,从源头预防病情恶化,提升健康素养水平^[16];针对性健康教育多从治疗角度给予慢性病患者病情识别、合理用药和并发症预防等专业指导,帮助患者依照自身病情需要科学开展指标监测、病情应对和康

复训练,提升自我效能、感知益处和依从性并降低感知障碍,从而提升管理行为并有效控制病情^[17]。然而,本研究实地调研和深度访谈显示,由于预防与治疗所持核心理念不一、资源分配不均、管理体制不畅等问题,慢性病综合防控“重医轻防”的问题依然存在^[5],特别是针对性健康教育的价值核算与绩效奖励较为明确,而一般性健康教育多为公益性活动,缺乏相应激励,基层医务人员对其重视程度不足、认可度不高。本研究验证了健康中国行动布局下的“医”“防”类健康教育均能获得健康效益,因此建议在慢性病综合防控理念与实践层面落实预防与治疗并重,系统整合一般性与针对性健康教育,以利益均衡、衔接协同为导向完善健康教育的资源分配、绩效激励与考核评价制度,多轨并驱优化慢性病医防融合机制。

3.2 改进防治指南与诊疗规范应用推广策略,创新针对性健康教育形式和途径

相较于一般性健康教育,针对性

健康教育对慢性病患者管理行为和控制效果的改善效果更为显著,这与万晓珍等^[18]和郝云等^[19]的结论一致。这可能是因为针对性健康教育能够在较短时间内提升慢性患者的疾病管理和控制能力,而一般性健康教育需要长期坚持健康文明生活方式方能见效,且更偏向健康人群的预防作用。在针对性健康教育活动内容方面,本研究调查显示,对于针对性健康教育,受访慢性患者对健康中国行动布局下全国高血压日、联合国糖尿病日、“三高”食养指南、“三高”诊疗规范4项活动的知晓率依次为97.16%、88.40%、73.56%、64.65%,参与度依次为56.44%、54.38%、46.65%、39.43%,满意度依次为95.58%、91.32%、88.33%、81.78%，“三高”食养指南与诊疗规范的知晓率、参与度及满意度均有待提升,这可能是由于系列防治指南和诊疗规范往往依靠学术会议和生物医学文献数据库等官方途径公开发布,慢性病患者难以获取相关信息,基层医疗机构的宣传推广和应用挖掘方面也稍显不足^[20]。因此,建议充分考虑患者的健康需求、行为习惯及接受能力,一方面,将专业度较高的系列防治指南与诊疗规范拆解为通俗化、场景化及碎片化的知识点,降低慢性患者的学习门槛和认知负担,帮助其更容易地获取、理解和吸收相关健康知识;另一方面,整合基层医疗机构、社区、学校(包括老年大学等)及健康融媒体等多种渠道,搭建全方位、全场景的健康教育服务网络,创新针对性健康教育的载体形式和媒介途径。

3.3 有机融合家庭医生、基层医疗机构与公共卫生机构,持续扩大农村健康教育覆盖面

费舍尔组合检验显示,农村慢性病患者接受健康教育对慢性病控制效果的改善作用更佳,这可能是比较

于城镇患者,农村患者的健康相关生命质量和健康素养水平较低^[21],能够选择优质医疗资源的机会更少,对其进行健康教育的专业指导具有一定补偿作用,因而健康教育对其控制效果影响的边际效应更高。鉴于基层医疗卫生服务、基本公共卫生服务和家庭医生签约服务是开展医防融合的基础阵地和重要载体^[22-23],是农村患者获得健康管理知识的核心途径和经济选择,建议从组织、管理、资源、信息和绩效等方面有机融合上述服务,组建基层慢性病健康管理团队,并制订配套分工与激励考核制度。以此稳固基层慢性病医防融合机制,向农村患者提供覆盖疾病筛查、定期监测、健康教育等全流程慢性病健康管理服务,发挥基层医疗卫生服务体系广覆盖、深接触和普惠性的独特优势,持续提升农村地区健康教育人群覆盖广度和宣传管理力度。

4 本研究不足与展望

本研究还存在以下不足:(1)由于调查成本和时间限制,本研究调查规模较小且未涵盖西部地区,未来需扩大样本调查范围,补充西部地区样本,提高研究结果的普适性;(2)尽管本研究已控制性别等控制变量,并利用PSM缓解了遗漏变量、双向因果等内生性问题,但截面数据依然无法准确解释健康教育与慢性病患者健康状况间的因果关系,且在PSM匹配过程中存在个别变量的损失,有待继续开展跟踪调查并利用纵向数据验证健康教育和慢性病患者健康状况间的因果关系和作用机制。

参考文献

[1] ZHOU M, WANG H, ZENG X, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. *Lancet*, 2019, 394

(10204): 1145-1158.

[2] 国家卫生健康委宣传司. 国家卫生健康委员会2023年11月15日新闻发布会文字实录[EB/OL]. (2023-11-15)[2024-10-25]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3574/202311/53b7a4cfc1804f0e9eb1f369cf4e21f7.shtml>.

[3] ORGANIZATION WH. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators[EB/OL]. (2014-07-17)[2024-11-28]. <https://iris.who.int/handle/10665/119953>.

[4] 童玲,王慧珍,王秀娟,等.我国慢性病防治健康教育研究及开展现状[J]. *中国健康教育*, 2022, 38(1): 72-75.

[5] 赵玉玲,顾政平,张雪莹.慢性非传染性疾病医防融合研究进展与挑战[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(31): 3953-3957.

[6] HAHN RA, TRUMAN BI. Education improves public health and promotes health equity[J]. *Int J Health Serv*, 2015, 45(4): 657-678.

[7] 王倩倩,马园园.针对性健康教育在住院患者中的应用效果[J]. *中国社区医师*, 2024, 40(29): 117-119.

[8] 新华社.我国重大慢性病过早死亡率降至15%[EB/OL]. (2024-09-12)[2024-12-15]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202409/content_6974128.htm.

[9] SAMB B, DESAI N, NISHTAR S, et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries[J]. *Lancet*, 2010, 376(9754): 1785-1797.

[10] 施赵维,季晓珍.医院-社区联动健康教育模式对社区2型糖尿病患者的管理效果评价[J]. *中国健康教育*, 2024, 40(9): 839-843.

[11] 徐晓华,林颖,张贤,等.构建基于移动互联网的患者赋能型心衰健康管理平台[J]. *中国卫生质量管理*, 2022, 29(10): 77-83.

[12] TOOBERT DJ, HAMPSON SE, GLASGOW RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale[J]. *Diabetes Care*, 2000, 23(7): 943-950.

[13] 黄菲菲,赵秋利,沈晓颖,等.成年人健康自我管理能力的测量表条目的初步筛选[J]. *护理学杂志*, 2011, 26(2): 40-

42.

[14] 刘宇,赵芳,王丽,等.基于患者社会网络的健康教育对社区老年慢性病患者自我管理能力的研究[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(34): 4295-4301.

[15] 何艳平,张晓丹,姚强.家庭医生签约服务的健康效应及作用机制研究——来自6省12县1191位农村慢性病患者的证据[J]. *中国卫生政策研究*, 2024, 17(8): 19-27.

[16] AGIDE FD, GARMAROUDI G, SADEGHI R, et al. A health belief model-based community health education on mammography screening among reproductive-aged women in Ethiopia: a randomized controlled trial[J]. *Front Public Health*, 2024, 12: 1377173.

[17] KAM BS, LEE SY. Integrating the health belief model into health education programs in a clinical setting[J]. *World J Clin Cases*, 2024, 12(33): 6660-6663.

[18] 万晓珍,程小燕,汪迎春,等.个性化健康教育对老年慢性病患者健康行为及用药知信行的影响研究[J]. *中国健康教育*, 2021, 37(12): 1135-1138.

[19] 郝云,陶立翠,祝聪慧,等.健康赋能教育对中老年慢性病人健康管理行为的影响[J]. *全科护理*, 2024, 22(21): 4070-4073.

[20] 黄超,李海龙,张川,等.指南临床适用性评价实证研究:以糖尿病指南临床适用性评价为例[J]. *中国循证医学杂志*, 2020, 20(5): 536-542.

[21] 童迁,潘晨靖,徐芳芳,等.城乡慢性病共病中老年人健康相关生命质量和共病组合现状研究[J]. *现代预防医学*, 2024, 51(20): 3793-3798.

[22] 熊巨洋,朱璇,马赫.医患共同决策对老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量的影响[J]. *中国卫生政策研究*, 2024, 17(8): 1-9.

[23] 赵冀校,张可欣,李李佳,等.基于霍恩-米特模型的医防融合策略探究[J]. *中国卫生质量管理*, 2024, 31(2): 92-96.

通信作者:

王虎峰:中国人民大学公共管理学院教授,中国人民大学医改研究中心/健康与医改政策实验室主任

E-mail: wagnhufeng616@ruc.edu.cn

收稿日期:2025-03-26

修回日期:2025-06-11

本文编辑:黄海凤 刘斯好