

肿瘤流行病学专题

• 专家述评 •



[专家简介] 万绍平,男,华西医科大学流行病学硕士,电子科技大学医学院教授、硕士研究生导师,国务院政府津贴获得者,四川省肿瘤医院科技部部长,长期从事肿瘤、艾滋病、心血管病流行病学、健康教育等防治及相关研究,在健康行为干预方面有丰富的经验和较多创新。主持大型国际艾滋病合作等项目,经费超过 2 亿元,主编、参编专著 37 本(含多本健康教育与行为干预著作)、发表论文 60 余篇,获省(市)科技奖 6 项。

中国肿瘤健康教育现状与对策分析*

万绍平[△], 易芳, 王青青, 李雪纯

610041 成都,四川省肿瘤医院·研究所,四川省癌症防治中心,电子科技大学医学院 科技部

[摘要] 恶性肿瘤已成为严重威胁我国居民健康的重大疾病。由于我国居民应对肿瘤的能力较弱,如何科学有效、可持续地开展肿瘤健康教育以提高居民应对肿瘤的能力将是未来肿瘤防治工作的重点。随着肿瘤健康教育工作的不断开展,居民的肿瘤防治知识和意识有所提高,某些危险行为也有所改善。本文旨在回顾分析我国肿瘤健康教育工作开展现状及存在的问题,并提出相应的对策和建议。

[关键词] 肿瘤;健康教育;现状;对策;分析

[中图分类号] R730.1;R193 [文献标志码] A doi:10.3969/j.issn.1674-0904.2019.11.002

引文格式:Wan SP, Yi F, Wang QQ, et al. Current situation and countermeasures of tumor health education in China [J]. J Cancer Control Treat, 2019, 32 (11):955-961. [万绍平, 易芳, 王青青, 等. 中国肿瘤健康教育现状与对策分析[J]. 肿瘤预防与治疗, 2019, 32(11):955-961.]

Current Situation and Countermeasures of Tumor Health Education in China

Wan Shaoping, Yi Fang, Wang Qingqing, Li Xuechun

Department of Science and Technology, Sichuan Cancer Hospital & Institute, Sichuan Cancer Center, School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610041, Sichuan, China

Corresponding author: Wan Shaoping, E-mail: wsp65@vip.163.com

This study was supported by grants from Science & Technology Department of Sichuan Province (NO. 2019JDPT0008).

[Abstract] Malignant tumor has become a serious threat to the health of Chinese residents. Due to Chinese residents' weak ability to cope with tumor, how to effectively and sustainably carry out tumor health education to improve the residents' ability to cope with tumor will be the key to future tumor prevention and treatment. With the development of tumor health education, the residents' knowledge and awareness of tumor prevention and treatment have been improved, and some risk behaviors have also been changed. The purpose of this paper is to review and analyze the current situation and existing problems of tumor health education in China, and put forward corresponding countermeasures and suggestions.

[Key words] Tumor; Health Education; Current situation; Countermeasure; Analysis

[收稿日期] 2019-10-08 [修回日期] 2019-10-29

[基金项目] *四川省科技计划重大项目(编号:2019JDPT0008)

[通讯作者] [△]万绍平, E-mail: wsp65@vip.163.com

1 背景

恶性肿瘤已成为严重威胁我国居民健康的重大公共卫生问题。随着我国工业化、城镇化、人口老龄化方向快速发展,恶性肿瘤发病和死亡人数不断增加,癌症负担日益沉重。根据国家癌症中心最新报道^[1],2015 年我国新发恶性肿瘤病例约 392.2 万例,发病率为 285.83/10 万,死亡病例约 233.8 万例,死亡率为 170.05/10 万,因恶性肿瘤死亡占居民全部死因的 23.91%。恶性肿瘤致残率高,严重降低患者生存质量,也可导致患者过早死亡。同时,有研究表明每年恶性肿瘤所致的医疗花费超过 2 200 亿^[2],给我国带来了沉重的经济负担。

尽管恶性肿瘤形势严峻、居民的健康需求巨大,但全社会对恶性肿瘤的危害、相关的危险因素、早期症状普遍认识不足,2017 年我国城乡居民健康素养水平为 14.18%,癌症防治核心知识知晓率在 10%~66%^[3-5],其中对肿瘤早期症状的知晓情况最差。大部分居民与肿瘤相关的自我保健意识和能力较弱,不良生活习惯、不健康行为普遍存在,相关的预防行为,如戒烟、戒酒等较少采取,居民整体应对肿瘤的能力较弱。世界卫生组织指出,若控制癌症相关的危险因素,1/3 的癌症可以预防,若能早期发现,2/3 的癌症经过治疗可延长患者寿命,提高生存质量,甚至治愈^[6]。

健康教育是提高居民应对肿瘤能力的重要手段。在国内外,健康教育因投入成本相对较低,效果明显,已成为恶性肿瘤防控的首选策略。我国政府高度重视肿瘤健康教育工作,先后出台了《中国癌症预防与控制规划纲要(2004—2010 年)》^[7]《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》^[8]《“健康中国 2030”规划纲要》^[9]《健康中国行动(2019—2030 年)》^[3],均提出“预防为主、防治结合”的理念,促进以治病为中心向以健康为中心转变,建立政府主导,部门协作,全社会参与的高质量的慢病防治工作体系。加强大众和学校的健康教育力度,开展肿瘤等慢性病的防治全民教育,倡导健康文明的生活方式,提高全民健康素养。在高发地区和高危人群中逐步开展相关癌症的早筛早诊早治工作。要求到 2022 年和 2030 年,居民健康素养水平分别不低于 22% 和 30%,总体癌症 5 年生存率分别不低于 43.3% 和 46.6%;癌症防治核心知识知晓率分别不低于 70% 和 80%;高发地区重点癌种早诊率达到 55% 及以上并持续提高;基本实现癌症高危人群定期体检。

我国部分地区开展了一些肿瘤健康教育工作,居民的肿瘤防治知识和意识有所提高,某些危险行为,如吸烟、饮酒等也有所改善。但总的来说,我国目前开展的肿瘤健康教育工作仍难以满足肿瘤防控需求,迫切需要回顾分析我国肿瘤健康教育的现状及存在的问题,提出相应的对策和建议。这对我国肿瘤健康教育工作的有效开展、提升居民应对肿瘤的能力具有重要的现实意义。

2 我国肿瘤健康教育现状

我国在一些城区(如上海长宁区、广州越秀区)、乡镇(如上海真如、长征镇)以及学校(如淮安市)等专题开展了肿瘤健康教育^[10-16],旨在提高居民及未成年人的肿瘤防治知识知晓率,树立防治意识。另外,肿瘤也是一种慢性病,部分地区结合慢性病防治工作,整合开展了肿瘤的健康教育。总之,不管是专题的肿瘤健康教育,还是与慢病结合的肿瘤健康教育工作,其开展模式基本一致。

2.1 目标人群及具体实施者

所开展的肿瘤健康教育大多随机选择社区、乡镇、学校为基本教育单元,所面向的目标人群包括社区居民(以中老年人、妇女为主)、社区干部(如居委会干部、社区卫生服务中心医务人员)以及企、事业单位职员、学生等,数量从几百到几千不等。

主要实施人员包括专业人员、社区工作人员、志愿者。专业人员发挥了核心作用,包括各级健康教育专业单位(如疾病预防控制中心、健康教育所、街道健康教育指导中心、居民健康教育工作小组)的工作人员、医疗卫生保健机构(医院、卫生院、社区卫生服务中心、妇保院)的医生和护士、医疗科研单位的肿瘤防治专家等。社区工作人员为社区机构的管理人员。志愿者则由社区中的卫生积极分子组成。教育、新闻、出版、广播等政府部门人员,也在健康教育中发挥了重要的支持作用。

2.2 健康教育的内容

肿瘤健康教育的内容主要包括以下几方面^[17-21]:

2.2.1 肿瘤的病因 包括物理致癌因素、化学致癌因素、生物因素、机体免疫力及遗传等。

2.2.2 不良生活方式和行为干预 ①日常不良行为:主要包括吸烟、饮酒、吸毒、乱性、久坐、不锻炼、熬夜等。健康行为:戒烟限酒,加强体育锻炼,不熬夜,不过度劳累,养成良好的生活习惯。②肿瘤易发行为:主要是 C 型行为。该行为者情绪压抑,爱生

闷气,内分泌代谢长期紊乱,患肿瘤风险显著高于正常人群,应注意时刻保持轻松愉快的心情。③不良饮食习惯:如喜食高脂、高糖、高油、腌熏食品等,进食过快、过热、过硬等。提倡多样化、低脂、高维生素饮食,减盐减油减糖,形成良好的饮食习惯。

2.2.3 肿瘤的早发现、早诊断、早治疗相关知识 肿瘤早诊早治的重要作用和必要性,肿瘤的早期危险信号识别,鼓励居民定期主动参加肿瘤体检或筛查等内容。

2.3 健康教育的形式、材料及持续时间

肿瘤健康教育形式多样,包括语言、文字和形象教育等形式^[10,14,17-25]。

语言教育是最简便有效的方式之一,采用较多,包括个体、小组和群体教育。个体教育规模小,但针对性和时效性强。目前我国开展的个体肿瘤健康教育主要有面对面健康咨询,如设立咨询门诊、聘请医生和护士到社区进行现场咨询、结合国内外的卫生日(防癌宣传日、世界无烟日等)开展防癌宣传咨询等。小组教育是一种群体同伴教育方式,其注重小组内部的带动力和感染力,通过交流、咨询等方式,使居民在轻松的气氛中了解肿瘤相关知识。群体教育主要包括举办大型宣教活动、组织专家进行肿瘤防治知识专题讲座、座谈会,利用广播电台作专题防癌宣传及问题解答,在学校开设“保健课”等。

图文教育主要包括发放各种宣教资料,如肿瘤防治手册、宣传单、宣传折页、宣传小礼品、健康教育读本等,在社区宣传栏开设健康教育板块,张贴宣传海报,宣传画版巡展,在医疗机构、社区网站上开设肿瘤知识网页,在卫生报刊设立防癌专题等。

形象教育则主要有观看电视、录像等。

在目前开展的肿瘤健康教育活动中,往往是综

合应用多种教育形式。

健康教育材料主要有实体材料和电子材料,实体材料包括纸质材料,如宣传单、小册子、宣传折页、墙板、板报、报纸等,以及礼品材料,如扑克、手袋、扇子、纸巾、毛巾、盆子等;电子材料包括录像、幻灯片、录音、电子文件等。

目前文献所报道的肿瘤防治健康教育综合干预所持续的时间大多在半年到 1 年,少数持续 3 到 4 年。

2.4 肿瘤健康教育的效果评估

我国肿瘤健康教育的效果评估工作多局限于采用问卷调查、访谈等方式来获得相关信息。绝大多数项目通过基线和终末两次问卷调查或访谈,从“获得肿瘤防治知识的普及程度(参与率)”“对肿瘤防治知识的知晓率”“对肿瘤的防治态度”“肿瘤防治行为”等方面对目标人群进行了教育前后纵向比较,评估肿瘤健康教育的效果。少部分项目设有对照组,对干预组与对照组的均衡性以及相关指标进行了横向比较^[10,13,17-26]。

3 主要问题

3.1 缺少健康教育理论指导

研究显示^[22],在对社区居民进行健康教育干预后,其肿瘤防治相关知识知晓率有所提高,但戒烟、戒酒等健康行为改变不明显。其原因可能是我国多数肿瘤健康教育仅以提高居民知识知晓率为目的,少以预防行为、求医行为改变为目的。要有效改变目标人群的肿瘤防治相关行为,必须要有行为改变理论指导。在我国多数的肿瘤健康教育活动中,缺少相关行为改变理论,如健康信念模型、跨理论模型、创新扩散等理论的指导(表 1)。

表 1 健康教育行为干预理论^[27-34]

对象	理论名称	概念	目的
个体	健康信念模型	个体行为的改变取决于对疾病危害性、危险性、改变行为的好处与障碍的认知,自我效能的高低等。	预防行为、求医行为改变
	跨理论模型	个体的行为变化是一个连续、动态、分步骤逐渐推进的过程,对所处不同阶段的个体采取不同的行为改变策略,可促使其向行动和保持阶段转变。该模型主要包括变化阶段、变化过程以及变化水平三个维度;也包括行为干预的方法。	
	理性行为	分析态度如何有意识地影响个体行为,关注基于认知信息的态度形成过程,该理论假设人是理性的,在做出某一行为前会综合各种信息来考虑自身行为的意义和后果。	
群体	社会认知	假设行为、个体因素和环境因素三者彼此联系、相互决定。人们把自己的知觉、思想和信念组织成简单的、有意义的形式。不管情境多么随意杂乱,人们都会把某种概念应用于它,把某种意义赋予它。	
	社会支持与社会网络	一组个人之间的接触,通过这些接触个人得以维持社会身份并且获得情绪支持、物质援助和服务、信息与新的社会接触。	
	创新扩散	一项新事物或行为通过一定的渠道在整个社区或某个人群内扩散,逐渐为社区成员或该人群成员所了解与采用的过程,包括了解、关注、评估、试验和采纳阶段。可根据人群对创新的接受程度又分不同类别,分类干预。	

3.2 目标人群无针对性且覆盖率低

目标人群的选择有以下问题:(1)主要为社区居民,多以非细分群体,如街头、居委会为单元,少以个人、家庭或者高危人群为单元,缺少针对性。(2)少以县(市、区)居民为整体,对所有居民进行健康教育,多选择少数社区、乡镇、学校的部分对象进行肿瘤的健康教育,覆盖的人数少,覆盖率低。

3.3 实施队伍能力不足

健康教育实施队伍的专业能力和综合素质直接影响健康教育的质量。目前肿瘤健康教育实施队伍存在的主要问题是:(1)数量不足、队伍不稳。根据 2016 年中国健康教育中心统计分析得出^[35]全国在编健康教育人员 10 489 名,总体数量不多,且机构级别越低,编制数越少。同时,基层部分工作人员自身对肿瘤健康教育的重要性认识不足,且缺乏有效的激励机制,工作动力不足,人员流失较大。(2)专业能力不足。首先,健康教育是一门综合学科,需要运用到医学、传播学、心理学、教育学、社会学等多门学科的理论和方法,对健教人员的专业能力要求高。而基层肿瘤健教人员的学历普遍偏低,以大专为主^[36],人员综合素质欠佳,健康教育的方案设计、实施、评估等能力不足。其次,健教人员的专业培训不足。健教人员普遍未接受专业的肿瘤健康教育培训,且相关的技术支持体系不健全,不利于实施人员健康教育技能的提升和知识的更新。

3.4 内容科学性、针对性有待提高

3.4.1 科学性 肿瘤的病因和治疗知识较为复杂,且还未研究透彻,知识不断地在更新。因此,应根据国际、国家最新的肿瘤防治指南以及查阅最新研究文献,设计科学的教育内容。同时,在具体的健康教育活动中,应结合相关行为改变理论,精选相关核心内容,从而进行科学的健康教育。

3.4.2 针对性 根据个人的健康情况,可将社区居民分为普通人群、高危人群和患者。每种人群存在的问题及需求均不一样,因此应有针对性进行肿瘤的健康教育。例如:普通人群对健康教育关注度不高,缺乏相关需求,内容上可侧重于卫生保健知识,帮助维持良好的生活方式,保持健康;高危人群往往具有某些致病危险因素或存在不良生活习惯,应侧重于预防性健康教育,帮助居民掌握一些自我保健技能,纠正不良生活习惯;针对患者,主要侧重于康复知识的教育以帮助他们积极地配合治疗和康复。另外,也可根据不同人所处行为改变阶段,以及对创新的接受类别设计相应的教育内容。

3.5 形式的可接受性有待提高

形式上,应该根据居民个人的年龄、性别、收入、职业的特点,有针对性地采取不同的形式和方法开展,如老年人可采取口头宣教和专家讲座,年轻人可采取网络宣教,满足居民的多层次需求,增加活动的互动性,提高居民参与积极性,让群众易于接受,才能取到良好的效果。

3.6 教育的可持续性有待提高

健康教育的最终目的是促进不良行为的改变。但行为的改变是一个渐进、复杂的过程,需要通过连续、持久的肿瘤相关知识的传播,长期做好教育和促进工作,才能达到健康信念建立、行为转变的目的。目前我国大部分项目因为经费不稳定、不充足等原因,持续时间较短,仅半年到一年,很难保证能够持续、有效地开展肿瘤的健康教育。

3.7 效果评估形式单一且内容不统一

评估是健康教育的重要组成部分,可对肿瘤健康教育的效果进行客观分析和认定,也会影响健康教育计划的实施过程。我国肿瘤健康教育发展还处在初级阶段,尚未建立系统完善统一的肿瘤健康教育评价标准体系,在效果评估的内容和形式上还存在的问题包括:(1)评估形式单一。绝大部分项目仅局限于采用基线和终末两次问卷调查的方式了解教育前后居民肿瘤相关知识知晓率等指标的变化,少数设立了对照组,进行了干预组和对照组相关指标的横向比较。(2)评估内容不统一。大多数项目以知识知晓率变化为主要评估依据,少部分还评估了肿瘤防治态度、肿瘤防治行为形成率等,但忽略了居民在健康教育需求方面的评价,对健康教育活动反馈意见的收集等。目前国外已有研究针对居民的肿瘤意识、态度、行为及寻求帮助等方面开发系统的评估量表^[37-39],而我国尚缺乏一套科学完整的评价工具,以全面统一地评估教育效果。另外,肿瘤健康教育的最终目的是通过行为的改变进而降低肿瘤的发病率和死亡率,我国尚无针对肿瘤发病率和死亡率变化的远期效果评价。

4 主要建议

4.1 制订国家/省/市/县的肿瘤健康教育计划

按照《健康中国行动(2019—2030年)》《“健康中国2030”规划纲要》《“十三五”全国健康促进与教育工作规划的通知》《关于加强健康促进与教育的指导意见》所提出的肿瘤防治要求,科学地制订国家/省/市/县的肿瘤健康教育计划,明确国家、省、

市、县、社区(乡镇)人群、家庭的干预覆盖目标以及主要的干预策略,明确不同目标人群的肿瘤防治知识和行为改变目标。

4.2 健全肿瘤健康教育实施体系

我国政府在《健康中国行动(2019—2030年)》《“健康中国2030”规划纲要》中提出了加强健康教育的要求,提出了将“建立健全健康促进与教育体系,提高健康教育服务能力”作为加强健康教育工作的基础。政府应建设三级多层次的健康教育体系,在省、市建立癌症防治中心统筹负责肿瘤健康教育工作,在县级医院或疾控中心建立癌症防治科,在社区或乡镇卫生院设立肿瘤健康教育岗位,以省、市癌防中心为中心、区县级医院、疾控中心为主导,社区卫生服务中心、乡镇卫生院医生和基层健教人员为基础,从而建立稳定的肿瘤教育实施体系。另外,各级政府需要根据肿瘤健康教育的需求,明确各级专业机构和工作人员的职能,并制定相关政策,激励他们更好地履行肿瘤健康教育主力军的职责,充分发挥肿瘤健康教育体系的作用。

4.3 建立肿瘤健康教育规范化培训及相应的技术支持体系

高水平培训和技术支持才能确保健康教育人员的工作水平。为此,应建立规范的肿瘤健康教育的培训支持体系,一是在国家层面开展肿瘤健康教育师资培训,为全国培训相应师资;二是各省(市)依托省级癌防中心,对现有或新从事肿瘤健康教育工作的人员,采用“5步法”即“一听、二看、三做、四说、五考”,开展规范化的健康教育基本技能培训;三是依托有关高校,通过参加各种继续教育课程培训、到高校深造学习等培养一批健康教育骨干;四是运用互联网,结合大数据、人工智能技术,建立肿瘤健康教育人员支持网络,可通过健康教育网上课堂对工作人员进行知识和技能培训,也可在线上进行业务指导,及时解决基层肿瘤健康教育人员在工作中所遇到的问题,从而培养出肿瘤健康教育的实用型人才。

4.4 建立肿瘤健康教育评估体系

建立健全肿瘤健康教育评估体系,进行适时、适当的评价对肿瘤健康教育科学化、规范化的开展至关重要。为此建议:(1)开发科学统一的肿瘤健康教育评估量表,借鉴国外相关研究成果,综合运用临床、心理、预防、教育等学科知识完善评价指标,全面持续地开展肿瘤知识、态度、预防行为和求医行为改变等方面的效果评价。(2)结合发病和死亡登记,

建立健康教育的评价网络,持续开展效果监测,并通过肿瘤发病率和死亡率的变化进行肿瘤健康教育的远期效果评价。

4.5 开发肿瘤健康教育技术规范

肿瘤健康教育技术规范是保证肿瘤健康教育工作高质量、规范化开展的重要因素。未来应针对不同肿瘤的特点,开发相应的肿瘤健康教育技术规范,确定不同肿瘤健康教育的核心内容及有效的教育方式。另外,针对健康教育相关的医疗及行政机构和从事健康教育工作的人员,应该开发肿瘤健康教育工作指导手册和健康教育人员操作手册,便于相关人员高效率、高质量地开展肿瘤健康教育工作。

4.6 加强肿瘤与慢性病健康教育的整合

加强肿瘤防治宣传与慢性病,如心血管、糖尿病、高血压等疾病健康教育工作的整合,将肿瘤防治作为重要的公共卫生服务项目之一。好处在于,一方面,公共卫生服务项目是由政府出资,可以保证肿瘤健康教育经费的稳定投入,确保肿瘤健康教育工作持续稳定开展。另一方面,面对日益繁重艰巨的肿瘤防治工作,各级癌防人力资源有限,通过与遍布各地区的疾控中心合作,在疾控中心开展慢性病防治工作的同时整合开展肿瘤防治工作,将肿瘤防治相关知识作为慢性病防治知识的一部分,进行慢性病及肿瘤的健康教育,既能节约人力资源,减轻肿瘤防治中心的工作压力,同时也有助于实现人群广覆盖的目标,提升肿瘤防治的综合效益^[40]。

4.7 加强传统健康教育方法与互联网、人工智能技术的整合

传统的健康教育方法主要以发放宣传手册、设立宣传栏、举办健康讲座、开展健康咨询、播放音像资料等手段为主,宣传的广度和深度有待加强,居民关注度不高,且宣传成本较高,整体健康教育效果欠佳。目前“互联网+”、“人工智能”已成为一种新业态和新的流行趋势,将传统健康教育方法与互联网、人工智能技术整合应用,建立新型的健康教育模式已势在必行并可能逐渐成为主流。通过互联网开设微信公众号打造健康传播平台,通过语言分解、语义理解等人工智能技术,构建专业性的知识图谱^[41-42],将基础数据转变为机器可识别的肿瘤健康知识,有针对性地推送专业的肿瘤防治相关信息,并可进一步基于此类平台开设微信健康辅导课堂,与医生线上交流,卫生日开展健康知识有奖问答等活动。此外,还可开发健康相关的手机软件。与传统的健康教育模式相比,“互联网+”的健康教育模式

成本低、大众关注度高,更大限度地利用了当代人的空闲时间,贴合当代人碎片化学习的习惯,极大地提高肿瘤防治知识的普及,同时也能通过大数据、云计算、人工智能和知识图谱等技术,将所有数据记录整合分析,建立个性化的健康教育方案,实施精准化的、智能化的健康教育干预,节约成本和资源,极大地提升健康教育的效率和质量^[43]。

4.8 建立肿瘤健康教育示范区

由于我国各地人口多、地域广、民族多、文化差异大、社会经济发展水平差异大,各地肿瘤防治水平差异大,为稳步推动肿瘤健康教育工作的深入开展、可分类建立不同的肿瘤健康教育示范区,制定相应的示范技术方案、管理考核办法,建立健康教育示范区领导小组、加大行政支持力度、创造良好的支持性环境,通过政府主导,多部门配合,全社会参与积极开展肿瘤的健康教育,降低肿瘤发生风险,探索总结肿瘤健康教育经验,再向全国其他类似地区进行推广,提高全国肿瘤健康教育水平。

4.9 加强肿瘤健康教育的国际合作

国外的肿瘤健康教育起步较早,在政府支持、法律保障、资金筹集等方面的经验较为丰富,且健康教育相关的理论基础、措施、评价方法、人才培养等方面均较为成熟。比如美国建立了较为规范、系统的健康教育体系,有完整的健康教育机构,来源于政府和非政府组织的充足经费,有专业的健康教育人才,社会参与度高^[44];德国构建了由医院、健康教育宣传中心及医疗保险公司 3 个单位组成的“三位一体”的健康教育模式^[45];日本建立了介护保险制度,通过健康保险开展健康教育^[46];泰国构建了国家/大区/府/市及社区健康教育为主,其他相关机构为辅的健康教育网络^[47]。我国的肿瘤健康教育事业尚处于初步发展阶段,许多问题亟待解决。因此,我们应该加强肿瘤健康教育的国际合作,吸收国外的先进经验,根据我国的实际情况,在肿瘤健康教育的规划、技术规范、实施体系、制度建设等方面不断地完善,改进和创新,促进我国肿瘤健康教育事业的发展。

4.10 加大肿瘤健康教育经费投入

健康教育必须长期持久地进行才能发挥其作用,经费投入不足、资金来源不稳定等问题将严重影响肿瘤健康教育活动开展的方式和质量。目前我国健康教育经费主要来源于政府拨款,考虑到大众对肿瘤健康教育的需求日益增加,政府的财政投入明显不足,急需加大肿瘤健康教育的经费投入:(1)强

化政府责任,将肿瘤健康教育经费纳入政府财政预算,加大政府对肿瘤健康教育的专项经费投入;(2)将肿瘤健康教育纳入国家基本公共卫生服务项目;(3)纳入医疗保险范围;(4)充分借助社会力量,争取企业和个人的赞助,相关的行政、事业单位也可适当赞助。

[参考文献]

- [1] 郑荣寿,孙可欣,张思维,等. 2015 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41(1): 19-28.
- [2] Cai Y, Xue M, Chen W, et al. Expenditure of hospital care on cancer in China, from 2011 to 2015 [J]. Chin J Cancer Res, 2017, 29(3): 253-262.
- [3] 健康中国行动推进委员会.《健康中国行动(2019-2030 年)》[EB/OL]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm. [2019-07-15].
- [4] 李博,赵宇倩,何海,等. 四川省癌症防治核心知识知晓情况调查[J]. 肿瘤预防与治疗, 2018, 31(4): 278-281.
- [5] 邱惠,冯长艳,张艳,等. 重庆市沙坪坝区居民肿瘤相关知识与态度的调查[J]. 重庆医学, 2012, 41(18): 1845-1847.
- [6] Stewart WB, Wild PC. World cancer report 2014 [M]. Lyon: IARC, 2014.
- [7] 卫生部. 卫生部关于印发《中国癌症预防与控制规划纲要(2004-2010)》的通知[J]. 中国肿瘤, 2004, 13(2): 65.
- [8] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年)的通知[EB/OL]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm. [2017-02-14].
- [9] 国务院. 中共中央国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm. [2016-10-25].
- [10] 刘艳. 上海市某社区肿瘤健康教育研究[D]. 上海:复旦大学, 2005.
- [11] 曾楚华,张光建,杨基然,等. 立足于社区的肿瘤防治[J]. 中国初级卫生保健, 2000, 14(10): 28-29.
- [12] 万德森,戎铁华,李源,等. 广州市越秀区常见恶性肿瘤的早发现及早诊断[J]. 中国肿瘤, 2001, 10(4): 212-215.
- [13] 刘颜,柳青,曾楚华,等. 越秀区居民接受防癌知识教育 4 年效果的评价[J]. 癌症, 2000, 19(11): 1036-1039.
- [14] 李俊东,万德森,柳青,等. 社区防癌健康教育方式初探[J]. 中国肿瘤, 2002, 11(3): 139-141.
- [15] 毛斌. 社区女性居民乳腺癌防治知识现状及健康教育效果的初步评价[D]. 上海:复旦大学, 2010.
- [16] 王彬,胡旭,徐天亮,等. 肿瘤高发区开展防癌健康教育的尝试[J]. 江苏预防医学, 1998, 4: 73-74.
- [17] 林芳,邹小平. 社区开展预防肿瘤健康教育的效果评价[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(8): 517-518.
- [18] 朱惠群. 社区老年人预防肿瘤的健康教育[J]. 浙江预防医学, 2008, 20(8): 80-81.
- [19] 占颖鹏. 社区开展预防肿瘤健康教育的效果分析[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(30): 168-169.

- [20] 万德森,周志伟,陈功. 社区防癌健康教育[M]. 广东:广东科技出版社,2009.
- [21] 曾立忠,方志顺,张光建,等. 社区防癌健康教育实施与评价[J]. 中国肿瘤,2002,11(3):142-143.
- [22] 孙理,何慧,张长鑫,等. 健康教育综合干预社区居民肿瘤防治素养的效果评价[J]. 哈尔滨医科大学学报,2015,49(5):460-463.
- [23] 徐翠林,周守君,包磊,等. 雨花台区社区居民肿瘤防治知识及健康教育效果评价[J]. 中外健康文摘,2011,8(41):466-468.
- [24] 冯馨慧. 长沙市某社区3年肿瘤防治健康教育认知调查研究[J]. 东方食疗与保健,2015,7:255.
- [25] 王建芳. 真新街道某社区三年肿瘤防治健康教育认知调查[J]. 上海医药,2014,35(14):58-60.
- [26] 董秀珍,刘艳,李枫. 上海市长宁区某社区肿瘤健康教育效果评价[J]. 上海预防医学,2006,18(1):27-28.
- [27] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model[J]. Health Educ Q, 1988,15(2):175-183.
- [28] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of behavior change[J]. Am J Health Promot, 1997, 12(1):38-48.
- [29] Fishbein M, Ajzen I, Belief A. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading [M]. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co, 1977.
- [30] Wood R, Bandura A. Social cognitive theory of organizational management[J]. Acad Manage Rev, 1989, 14(3):361-384.
- [31] Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes[J]. Annu Rev Psychol, 1985, 36:531-572.
- [32] Coyne JC, Downey G. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes [J]. Annu Rev Psychol, 1991,42:401-425.
- [33] Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? [J]. J Health Soc Behav, 1995,35(extra issue):53-79.
- [34] Rogers EM. Diffusion of Innovations [M]. New York: The Free Press, 1983.
- [35] 常春,纪颖,史宇晖,等. 我国健康教育工作体系现状与展望[J]. 健康教育与健康促进,2018,13(6):11-13.
- [36] 吴敬,王兰兰,李英华,等. 2016年全国健康教育专业机构人员构成及能力建设[J]. 中国健康教育,2018,34(6):486-490.
- [37] Stubbings S, Robb K, Waller J, et al. Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer[J]. Br J Cancer. 2009, 101(S2):S13-S17.
- [38] Smith SG, Osborne K, Tring S, et al. Evaluating the impact of a community-based cancer awareness roadshow on awareness, attitudes and behaviors[J]. Prev Med, 2016, 87:138-143.
- [39] Redeker C, Wardle J, Wilder D, et al. The launch of cancer research UK's "Reduce the Risk" campaign: Baseline measurements of public awareness of cancer risk factors in 2004[J]. Eur J Cancer, 2009, 45(5):827-836.
- [40] 尹放. 重庆市社区居民肿瘤预防知识认知与需求调查研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2014.
- [41] Bollacker K, Evans C, Paritosh P, et al. Freebase: a collaboratively created graph database for structuring human knowledge [C]. Vancouver: International Conference on Management of Data, 2008:1247-1249.
- [42] Ai QY, Azizi V, Chen X, et al. Learning heterogeneous knowledge base embeddings for explainable recommendation[J]. Algorithms, 2018, 11(9):137.
- [43] 王友军,胡文宏. "互联网+"在健康教育与健康促进中的应用初探[J]. 疾病预防控制通报,2018,33(2):94-95.
- [44] 孙文会,吴光吾,温海鸿. 美国部分地区健康教育作品介绍[J]. 中国健康教育,2004,20(12):1145-1146.
- [45] 刘植鸿. 感受德国的健康教育[J]. 中国健康教育,2006,22(1):81-82.
- [46] 叶旭军,李鲁,日下幸则. 日本老年人的健康教育与健康促进[J]. 国外医学(社会医学分册),2001,18(4):161-165.
- [47] 唐晓音,陶金,胡晓云,等. 泰国健康教育考察报告[J]. 中国健康教育,2000,16(5):317-320.