



让每一所学校 都成为健康促进学校

全球标准与指标

让每一所学校 都成为健康促进学校

全球标准与指标

让每一所学校都成为健康促进学校: 健康促进学校和系统的全球标准与指标 [Making every school a health-promoting school: global standards and indicators]

ISBN (WHO) 978-92-4-004723-5 (网络版)

ISBN (WHO) 978-92-4-004724-2 (印刷版)

ISBN (UNESCO) 978-92-3-500042-9

© 世界卫生组织和联合国教育、科学及文化组织 2022年

保留部分版权。本作品可在知识共享署名——非商业性使用——相同方式共享3.0政府间组织 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>) 许可协议下使用。

根据该许可协议条款, 可为非商业目的复制、重新分发和改写本作品, 但须按以下说明妥善引用。在对本作品进行任何使用时, 均不得暗示世界卫生组织 (世卫组织) 或联合国教育、科学及文化组织 (联合国教科文组织) 认可任何特定组织、产品或服务。不允许使用世卫组织或联合国教科文组织的标识。如果改写本作品, 则必须根据相同或同等的知识共享许可协议对改写后的作品发放许可。如果对本作品进行翻译, 则应与建议的引用格式一道添加下述免责声明: “本译文不由世界卫生组织 (世卫组织) 或联合国教育、科学及文化组织 (联合国教科文组织) 翻译, 世卫组织或联合国教科文组织不对此译文的内容或准确性负责。原始英文版本为应遵守的正本”。

与许可协议下出现的争端有关的任何调解应根据世界知识产权组织调解规则 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>) 进行。

建议的引用格式。让每一所学校都成为健康促进学校: 健康促进学校和系统的全球标准与指标 [Making every school a health-promoting school: global standards and indicators]。日内瓦: 世界卫生组织和联合国教育、科学及文化组织; 2022年。许可协议: CC BY-NC-SA 3.0 IGO。

在版编目 (CIP) 数据。在版编目数据可查阅<http://apps.who.int/iris/>。

销售、版权和许可。购买世卫组织出版物, 参见<http://apps.who.int/bookorders>。提交商业使用请求和查询版权及许可情况, 参见<https://www.who.int/zh/copyright>。

第三方材料。如果希望重新使用本作品中属于第三方的材料, 如表格、图形或图像等, 应自行决定这种重新使用是否需要获得许可, 并相应从版权所有方获取这一许可。因侵犯本作品中任何属于第三方所有的内容而导致的索赔风险完全由使用者承担。

世卫组织照片。世卫组织的照片受版权保护, 未经事先书面许可, 不得在任何媒体上复制。要获得世卫组织照片的复制许可, 请通过以下链接提出要求: <http://www.who.int/copyright>。

一般免责声明。本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世卫组织或联合国教科文组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世卫组织或联合国教科文组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世卫组织和联合国教科文组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世卫组织或联合国教科文组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

中国印刷

目录

序言	iv
致谢	v
缩略语与首字母缩略词	vi
术语表	vii
简介	2
第 1 部分：为什么要致力于建设健康促进学校？	4
第 2 部分：健康促进学校全球标准概览	10
第 3 部分：HPS全球标准及组成要素	17
第 4 部分：HPS全球标准对应的指标	29
总结	41
参考文献	42
附录1 资源	46
附录2 指标的数据来源和资源	48



序言

在世界各地，学校在提升学生及其家庭和社区的福祉上发挥着关键作用。

新冠肺炎疫情期间，很多学校停课，这不仅给教育带来了严重影响，而且造成约3.65亿小学生无法在学校用餐，同时大幅提升了学生出现压力、焦虑及其他心理健康问题的概率。经验告诉我们，如果一些地区的学校停课数周以上，早婚、强迫结婚、早孕、童工和家暴事件就会增多。

受教育权和健康权是核心人权，对社会经济发展至关重要。现在比以往更重要的是，要将所有学校打造成促进健康、保障健康、培养健康的地方，要让学校能够营造安全的学习环境并提升福祉，让学生能够掌握生活技能、提高认知能力和社会情感能力并培养学生的健康生活方式。只有如此，学校才能更具韧性，更能够确保教育和服务的持续性，而不仅限于培养学生的读写计算能力。

健康促进学校（HPS）的概念由世界卫生组织、联合国教科文组织、联合国儿童基金会于1995年首次提出。不过，很少有国家大规模进行了落实，为了将健康促进持续融入教育系统而在制度层面进行必要调整的国家更是少之又少。2015年，HPS专家研究发现，系统性支持缺乏、资源有限、认识不统一和方法不一致，是HPS推广和落实面临的主要挑战。

教育机构有效运转的前提是，要促进本机构师生和社区的健康发展并提升其福祉。

每个教育机构都应该有制度化的政策、机制和资源，从而在校园生活的各个方面促进健康并提升福祉，包括体现参与过程和社区包容性的教学课程和学校治理。而这需要教育机构调整策略，采用系统性方法将学校打造成健康促进学校并分配资源，从而让各级治理层具备所需的基础设施和手段，有效实施旨在提高教育质量、促进健康、提升福祉的各项政策和项目。

《健康促进学校全球标准》可以指导教育机构通过强化治理促进健康并提升福祉。这八项全球标准是在对大量相关资料进行研究的基础上提出来的，另外一份配套材料《实施指南》则详细说明了13个实施领域、相关战略以及各国可以根据本国情况进行调整的通用流程。除此之外，案例研究展示了目前中低收入国家在学校健康促进方面的做法。

应用这些全球标准，有助于促进全球19亿学龄儿童、青少年、教职工的健康和福祉，为今天的学生、明天的成年人和下一代创造红利。

加入我们，让我们一起“让每所学校都成为健康促进学校”。



谭德塞博士
世界卫生组织总干事



奥德蕾·阿祖莱
联合国教科文组织总干事

致谢

世界卫生组织和联合国教科文组织对所有为本刊物做出贡献的人表示感谢。

世界卫生组织专家Valentina Baltag和Faten Ben Abdelaziz以及联合国教科文组织专家刘永峰和Emilie Sidaner负责协调本刊物的内容开发。

本刊物主笔是来自澳大利亚墨尔本青少年健康中心、默多克儿童研究所和皇家儿童医院的Monika Raniti、Ruth Aston、Kristina Bennett、Ella Cehun、Cristina de Nicolas Izquierdo、Monika Fridgant、Susan M. Sawyer。同时，Monika Raniti和Susan M. Sawyer供职于澳大利亚墨尔本大学墨尔本医学院儿科系；Ruth Aston供职于墨尔本大学教育研究生院项目评估中心。

世界卫生组织内部工作组成员包括Mervat Nessiem Gawrgyous、Regina Guthold、Laura Kann、Kid Kohl、Leanne Riley、David Ross、Scarlett Storr、Wilson Were、Juana Willumsen。世界卫生组织区域工作人员包括Symplice Mbola-Mbassi（世界卫生组织非洲区域办事处），Sonja Caffé、Gerarda Eijkmans、Maria Christina Franceschini、Fernanda Lanzagorta Cerecer（世界卫生组织美洲区域办事处），Samar Elfeky、Jamela Al-Raiby（世界卫生组织东地中海区域办事处），Martin Weber、Vivian Barnekow（世界卫生组织欧洲区域办事处），Suvajee Good、Rajesh Mehta（世界卫生组织东南亚区域办事处），Riitta-Maija Hamalainen、Wendy Snowdon（世界卫生组织西太平洋区域办事处）。

联合国教科文组织内部工作组成员包括Jenelle Babble、Chris Castle、Christophe Cornu、Mary Guinn Delaney、Joanna Herat、Xavier Hospital、Patricia Machawira、Tigran Yepoyan。

联合国教科文组织全球健康和教育教席：Didier Jourdan（法国）。

为本刊物做过贡献的专家还包括：Sally Beadle、Ariana Stahmer、Arushi Singh（联合国教科文组织）。

外部咨询组成员包括：Joyce Acolatse（加纳）、Habib Benzan（美国）、Chris Bonell（英国）、Orana Chandrasiri（泰国）、Anastasiya Dumcheva（乌克兰）、Adel M.A. Ebraheem（埃及）、Javier Gallego Dieguez（西班牙）、Sameh Hrairi（突尼斯）、Oshan Sharma Kattel（尼泊尔）、Otilie Lamberth（纳米比亚）、马迎华（中国）、Neha Sharma（印度）、Cheryl Walter（南非）、Mildred Wisile Xaba（斯威士兰）。

联合国跨机构技术咨询组成员包括：Oya Zeren Afsar（联合国儿童基金会）、Michele Doura（世界粮食计划署）、Fatima Hachem（联合国粮食及农业组织）、Petra Tenhoope-Bender（联合国人口基金会）、Hege Wagan（联合国艾滋病规划署）、Maria Cristina Zucca（联合国环境规划署）。

青少年健康中心咨询组成员包括：Israt Jahan Baki、Helen Butler、Andrea Krelle、Lisa Mundy、George Patton、Jon Quach、Nicola Reavley、Sachin Shinde；宣传专家是Molly O’ Sullivan。行政团队协助处理有关图表，其成员包括墨尔本皇家儿童医院的Laura Griffith、Charmaine Sambathkumar以及Bill Reid、Creative Studio。

Jean-Patrick Le Gall组织开展了一场全球研讨活动并分析了结果。这项活动的参与人员包括：Jean-Patrick Le Gall本人、青少年、青年、教师、校长、政府部门代表、各类组织（民间团体、私营部门、学术界）、援助机构。

Luis Enrique Madge Rojas和Gersende Moyse提供行政支持。

儿童投资基金会和比尔及梅琳达·盖茨基金会提供资金支持。



缩略语与首字母缩略词

FRESH	资源聚焦学校健康
G-SHPPS	全球学校健康政策和实践调查
HPS	健康促进学校
NGO	非政府组织
RMNCAH	生殖健康、孕产妇健康、新生儿健康、儿童健康和青少年健康
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNESCO	联合国教科文组织
UNFPA	联合国人口基金会
UNICEF	联合国儿童基金会
UNRWA	联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处
WHO	世界卫生组织

术语表

社区：学校和当地社区。

(标准的) 组成要素：为符合标准而必须实施的一种以行动为导向的主题声明。一些组成要素还涵盖描述组成要素高质量实施的附加声明。

综合性 (健康服务)：针对一个社区的各类健康问题提供相应的护理和服务的范围。理想情况下，综合性服务涵盖学生相关的所有健康领域，包括积极健康和发展、意外伤害、暴力、性与生殖健康 (包括HIV)、传染性疾病、非传染性疾病、感觉功能、肢体残障、口腔健康、营养状况、身体活动、心理健康、物质使用、自我伤害。本刊物中对“综合性”一词的使用符合世界卫生组织学校健康服务指南的相关规定(1)。

课程：“为设计、协调、规划教育或培训日程而开展的一系列活动，包括学习目标、学习内容、学习方法、学习评估、学习资料、教师 and 培训者培训” (2)，旨在让学生能够“学到技能和知识并了解自身及其社区的健康和福祉” (3)。课程涵盖了教育过程中学生的全部体验，且包括规划和开发以及学生课外教育体验 (例如，课外活动)。

分布式学校领导力 (又被称为“共享领导力”)：学校社区各级领导层之间进行共享的协作式、相互依存型领导关系，包括在决策层面 (4)。

教育成果：学校、教师及其他学校教职工希望学生实现的预期学习目标，包括学习成绩、学习体验以及得到具有教育和社会意义并能影响生活的教育，包括促进完成学业与实现就业 (5)。

治理：引导、管理、监测HPS活动和任务并对资源配置和目标实现进行问责时所依据的规定、机制、关系和流程。

健康：“身体完全健康、心理完全健康、社会完全健康的一种状态，而非仅仅没有疾病和其他身体问题” (6)。

健康教育：通过学习更多知识、激发积极性和提高健康素养帮助个人和社区促进健康的各种学习体验的集合，包括普及健康影响因素、个体风险因素、医疗制度相关信息，涉及支持参与免疫接种和体检项目、坚持服药、健康行为改变等行动的任务型交流，还涉及旨在培养可迁移的通用型健康技能的技能型交流，让学生能够更加自主地对自己的健康进行决策并适应不断变化的环境，包括发展有助于确定健康决定因素的知识和技能。

健康素养：健康素养指在每日活动和社交过程中以及代际之间积累的个人知识和能力。组织结构和资源能够调节个人知识和能力，让人们能够获得、理解、评估、利用信息和服务，从而促进和保持自己及身边人的健康和福祉。

健康促进：“健康促进是使人们能够加强对自身健康的控制并改善自身健康的过程，不仅注重个人行为，而且面向各类社会环境干预” (7)。健康促进的范围和活动很全面且涉及多个层面。健康促进一般体现在群体、社区或人口的预防战略中，同时也体现在治疗、持续护理等个人方法中。

健康促进教育系统：通过有意策划的行动，在以下各方面使健康促进制度化的教育系统：教育过程和教育内容管理、资源配置、教育工作者职业发展、信息系统和绩效管理等。

健康促进学校：不断为教学、学习、工作营造一种安全健康环境的学校 (8)。这套全球标准和指标适用于任何全校健康方法，即使没有使用“HPS”这一术语 (例如，综合性学校健康、健康学习环境、健康学校等)。

实施：为启动或落实某一计划 (9) 或方案而对一系列特定活动的组织实施。活动包括问题识别、预期结果确定、策划、监测与反馈、数据采集和使用、内外部利益相关方合作 (10)。特别是在学校，实施体现出教育系统性、实施者以及项目实施的组织背景的特点之间复杂的相互作用 (77)。

框1.

健康素养是一种个性化和制度化的社会资产。

健康素养建立在个人能力、组织结构、资源和承诺基础之上，良好的健康素养使人们能够获得、理解、评估、利用信息和服务以促进和保持健康。作为一种个性化资产，健康素养能够使学生具备以下能力：

- 能够进入健康信息环境并适应这种环境；
- 能够理解健康相关信息；
- 能够批判性地思考健康相关问题并在了解有关情况的基础上进行健康相关的决策；
- 能够获得健康相关的知识并在各种新的情况下予以运用；
- 能够就健康话题和问题进行沟通交流；
- 能够利用健康相关信息促进自身健康、他人健康以及环境健康；
- 能够养成健康的行为和态度；
- 能够参与健康的活动并避免不必要的健康风险；
- 能够对自己的思维和行为有一定的认识；
- 能够读懂并评估肢体语言（例如，感觉、症状）；
- 能够保证自己的行为符合伦理道德规范并在采取行动时心怀社会责任感；
- 能够自我指导、终身学习；
- 能够具有公民意识，追求公平；
- 能够从社会、商业、文化、政治层面分析健康的决定因素。

健康素养不仅有利于个人，而且有利于组织和社区。虽然健康素养受社区、组织结构、资源和承诺影响，但是这种关系是双向的。健康素养高的社区和组织（例如，健康促进学校）能够更好地为其成员实现目标并履行责任。

指标：用于监测或评估在完成活动、产出、结果、目的或目标方面取得的可度量的进展的变量（72，73）。指标对应着每个全球标准的组成要素。指标可以来源于各种数据，也可以在不同层面上（例如，全球、国家、次国家、学校层面）进行采集和报告。各种类型的指标如下所示（74）：

- **投入指标：**用于为项目活动实施监测人力资源和财务资源、硬件设施、设备以及运营政策的指标；
- **过程指标：**用于监测为实现项目目标而开展的活动的指标，包括活动内容和活动开展的情况；
- **产出指标：**用于监测服务准入、服务可用性、服务质量、服务安全方面各种过程的即时成效；
- **成果指标：**用于监测群体层面可度量的项目中期结果；
- **影响指标：**用于评估项目旨在产生影响的长期结果，包括死亡率和患病率的下降。

跨部门协作：在健康促进学校的情形中，为了实现教育和健康目标而在两个或两个以上行业之间形成的有效、高效、可持续的工作关系（15）。

当地社区：在学校附近生活或工作的人所形成的本地（地理上）社区以及在学校外部但与学校学生或教职工有联系的各类组织，包括地方政府部门、非政府组织、宗教组织、私营企业、社区卫生服务以及青年组织、有组织的体育、艺术及其他文化活动的主办方等社区团体。

家长：包括学生的父母、看护人、法定监护人。

资源：任何金融资源、信息资源、人力资源或物质资源。

学校：为小学和中学（初高中）学生提供义务教育的机构。

学校社区：学校所有教职人员，包学校教师、学校领导（例如，学校董事会成员）、管理层人员、其他工作人员（例如，行政工作人员、清洁人员、健康专业人士）、在学校工作的志愿者、学生、家长、看护人、法定监护人以及更大的家庭单位。

学校健康服务：医疗专业人士及其他相关人员为中小学学生提供的医疗服务，可以是现场提供（校内健康服务），也可以是在社区提供（学校对接的健康服务）。教育机构与医疗提供方所在组织应在双方签署的正式协议中对此类服务进行规定（76）。

社会情感学习：学校课程和教学流程的一部分，儿童和成年人通过社会情感学习，可以获得相关知识、态度和技能并予以有效应用，这些知识、态度和技能有助于他们了解和管控情绪、设置并实现积极的目标、感受并展现同理心、建立并维护积极的关系、负责任地决策（77, 78）。这种本身基于优势的方法能够使使学生利用自身资源更好地应对具有挑战性的环境。

利益相关方：与健康促进学校（或类似概念）的实施存在利益关系或可能受其影响的个人、团体或组织，包括学校相关人员，例如，学生及其父母、教师、行政人员、HPS协调人员和负责人。学校外部利益相关方包括本地健康服务供应商、相关企业业主、联合国相关机构工作人员、相关非政府组织及其代表、区级/省级/国家级（部级）相关工作人员。

标准：对相关工作开展情况的特点、结构、流程、预期进行明确的一种声明（79）。

标准声明：对某项全球标准进行的总体性描述。

次国家层面：州、区域级、省级、市级、区级等政治行政单位。各国的学校治理等级可能有所不同。

可持续性：某种计划实施的延续性或在特定情况下被制度化的程度（20）。

福祉：一种身体状态、情绪状态、社会状态。“在这样一种状态下，每个人都能够发挥自身潜力，能够应对正常的生活压力，能够卓有成效地开展工作，能够对所在社区做出贡献”（27）。福祉涉及五个相互关联的领域：身体健康、营养充足；联结、价值观积极、贡献社会；安全、支持性环境；学习、能力、教育、技能、就业能力；能动性、韧性（参见附录1中关于青少年福祉的资源）。

全校参与法：“一种不仅限于课堂教学而是渗透到学校生活方方面面的方法”（3），包括教学内容和教学方法、学校治理和学校合作、校园及设施管理。全校参与法是学校社区用来改善学生的学习情况、行为举止和福祉以及支持他们的各种条件的一种具有凝聚力的、集体的、协作式方法（22）。

整体型政府：多个政府部门和各级政府为某一共同目标或解决方案协调开展的联合行动。

本刊物是主题为“让每一所学校成为健康促进学校”的三份系列刊物中的首份刊物。这三份刊物分别是：

1

第一份刊物：
《全球标准和指标》

2

第二份刊物：
《实施指南》

3

第三份刊物：
《国别案例研究》



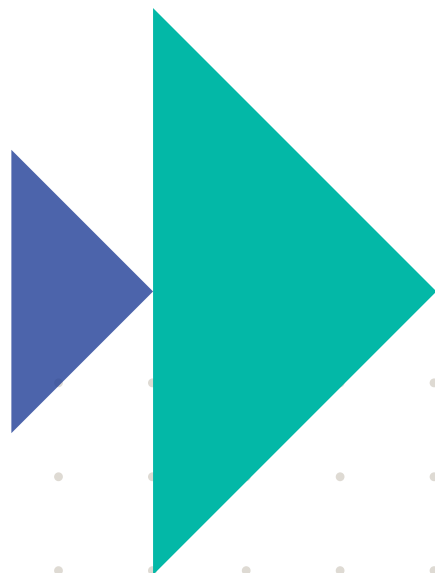


简介

学校为开展教育工作、促进健康、提升福祉提供了重要的环境。

政府和学校社区日益意识到，健康、福祉、教育成果三者之间是密切相关的，同时学校提供重要资源，影响学生及其家庭和社区的健康及福祉。在新冠肺炎疫情造成学校停课的情况下，这种关联显得尤为突出。

健康促进学校（HPS）是“一种为了给生活、学习、工作创造安全健康环境而不断加强自身能力建设的学校”（8），旨在利用全校参与法在学校社区促进健康并开展教育工作，通过开发学校的组织潜力，为保障健康和取得积极教育成果创造物质条件、培养社会情感和心理状态。健康促进学校及其相关的全校参与法，与学生健康、福祉、营养、学习能力的大幅提升有关。



健康促进学校 (HPS) 全球标准和指标将加速HPS在全球范围内的落实。

虽然健康促进学校 (HPS) 及促进学校健康的其他全校参与法在25年前就已被推出,但是目前仍然尚未形成一套完全嵌入式的可持续体系。因此,要有意识、有规划地采取行动,在教育系统的方方面面将健康促进制度化,例如,教育过程及其内容的治理、资源分配、教育工作者职业发展、信息系统、绩效管理。要在国家层面、次国家层面、地方层面、学校层面进行投资,在实现让每一所学校都成为健康促进学校的目标上在全球范围内更快取得进展。

2018年,世界卫生组织和联合国教科文组织宣布启动“让每一所学校成为健康促进学校”的倡议,包括致力于开发HPS全球标准和指标并同时支持其实施。这类全球标准和指标旨在指导所有相关行业的政府工作人员和政策制定者、校领导、及从事发展工作的合作伙伴在教育过程中落实关于促进健康的可持续全校参与法。这类全球标准和指标的使用对象是参与识别、规划、资助、实施、监测、评估学校HPS方法的地方、次国家、国家和全球层面的各领域利益相关方。

本文分为四个部分:

1

第1部分: 介绍以促进健康和提升福祉为目的的全校参与法。

2

第2部分: 简要介绍八项全球标准及其开发方式。

3

第3部分: 介绍每一项全球标准的依据和目标,包括标准声明和组成要素。

4

第4部分: 介绍八项全球标准中每一项标准组成要素所对应的指标。

本文附录列出了相关资源、数据来源、指标。

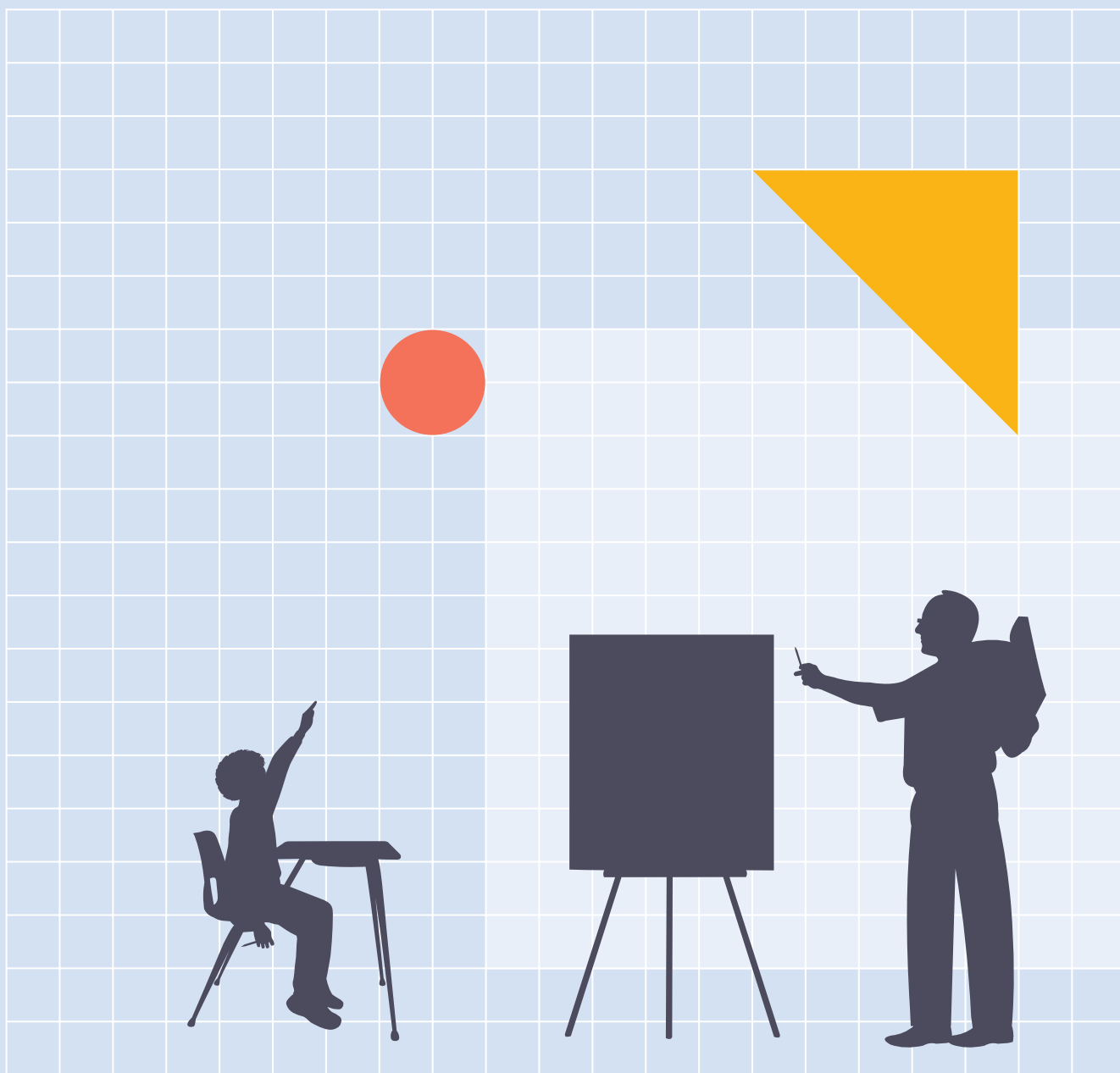
本文应该配合HPS实施指南(本系列刊物中第二份刊物)使用。HPS实施指南旨在协助国家、次国家(如相关)和地方政府制定、规划、资助、监测关于学校健康促进的可持续全校参与法,在国家和地区层面促进学生、父母、看护人、学校教职工、当地社区的健康并提升其福祉。本系列刊物中第三份刊物提供了国别案例研究。





第1部分

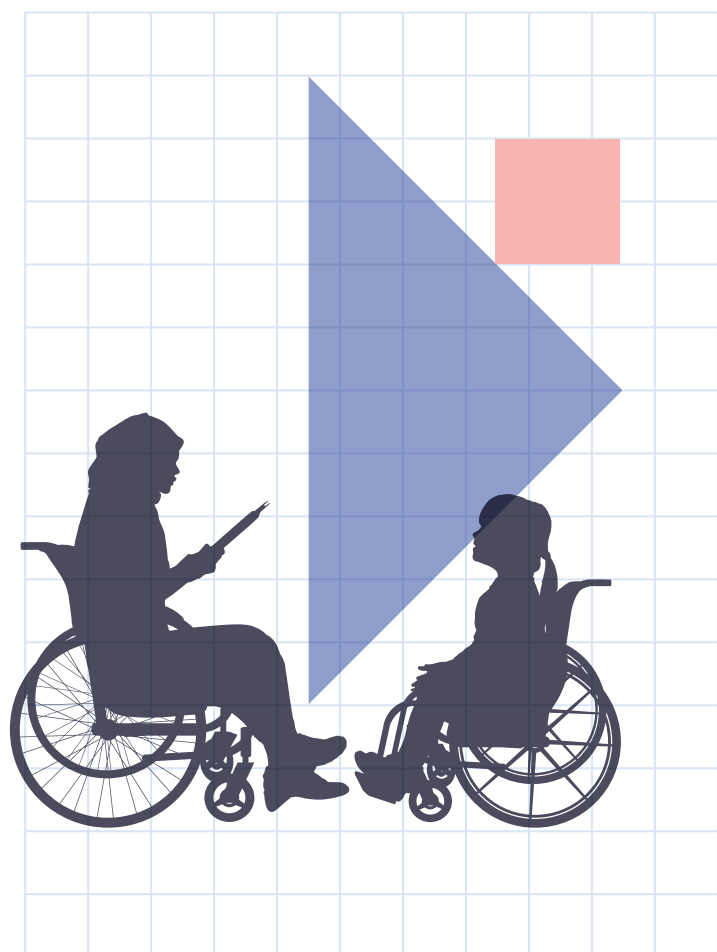
为什么要致力于建设健康促进学校？



学校是促进健康的场所

学校正日益被视为促进儿童青少年健康、提升其福祉、推动其发展的一个重要场所 (23)。全球范围内来看，绝大多数儿童青少年都在上学，而且从小学读到中学的学生比例也在不断提升 (24, 25)。学校尽其所能为学生提供了安全的场所，学生在学校可以学习知识、塑造品格、规范行为、掌握技能、积累经验，为日后成为一个健康、有学识、敬业的公民打下基础。例如，学校可以解决影响健康的社会问题（如性别暴力），同时通过建立同伴规范和培养社会情感技能（如让学生具备避免接触烟酒等有害物质的能力 (26)），以及通过采取基于权利的各种举措（如饮食和营养指导 (26)，全面性教育 (27)）来促进健康。

在很多学生、父母、看护人眼里，学校还可以提供可靠的建议和支持，尤其是在健康方面 (27)。学校可以为学生提供疫苗接种和健康膳食等健康服务，尤其是在农村地区和资源匮乏的地区 (28)。性别不平等仍然是教育领域的一个突出问题 (29)；在很多地区，与男孩相比，女孩接受学校教育的机会仍然较少 (30)，学习效果也较差，例如基本的读写能力。提高学生的受教育水平、促进学生健康，不仅有助于改善学生的整体健康状况，而且在他们成为父母时也能够改善其子女的健康状况 (32, 33)。因此，学校可以被视为一种重要的资源，能够影响学生、家长、学校教职工以及社区的健康和福祉。





福祉、健康、教育三者之间是相互关联的。

健康、福祉、教育成果三者之间的广泛联系也正在受到关注，因为政府和学校社区明白，健康和福祉对教育成果的实现和获得而言是必不可少的，且渗透于学校生活的方方面面 (34, 35)。学生健康和福祉的改善，包括体育运动和健康饮食等健康行为的改善，以及社会情感能力的培养，与学生入学率、投入程度、学习成绩的提升息息相关 (36-38)。社会情感能力的培养已被视为一种需要纳入学生学习标准的教育目标 (39)。受教育的机会、接受优质的教育以及安全和支持性学校环境，与学生（一直到成年期）获得更好的健康成果有关 (40-45)。在意识到健康、支持性环境、社会决定因素之间彼此的相互作用之后，世界卫生组织在2019年与“孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系”以及其他合作伙伴共同确定了青少年福祉所涉及的五大相互关联的领域：身体健康、营养充足；联结、价值观积极、贡献社会；安全、支持性环境；学习、能力、教育、技能、就业能力；能动性、韧性（参见框2）。

心理健康问题等新的健康问题已经出现，严重影响了学生的入学率和受教育情况。此外，全球各地还出现了学生罢课的现象，旨在呼吁针对气候变化和环境污染采取更加有效的政治行动，因为这些问题也对学生们的健康产生了影响。

在新冠肺炎疫情造成学校停课的情况下，健康、福祉、学习三者之间相互关系的复杂性显得尤为突出。学校停课不仅给学生上学、学习成果、教育转型带来了负面影响 (46)，而且给学生造成了情绪不安和精神健康问题 (47)。虽然疫情所波及的范围和长期影响还有待全面评估，但是学校必须进行创新性调整。在很多地方，学校采用新技术、调整日程安排，迅速开展大规模远程学习，以满足学生及其家长的实际需求 (48)。学校停课以及向远程学习的转变，也让更多人认识到了学校在促进学生、家长，以及更广泛的学校和当地社区的健康和福祉方面发挥的关键作用。

框2. 青少年福祉涉及的领域：

身体健康、营养充足；

联结、价值观积极、贡献社会；

安全、支持性环境；

学习、能力、教育、技能、就业能力；

能动性、韧性

来源：附录1，青少年福祉所涉及的领域

什么是健康促进学校？

健康促进学校 (HPS) 是“一种为了给生活、学习、工作创造健康环境而不断加强自身能力的学校” (8)，对青少年福祉的各个领域都能够有所助益 (参见框2)。健康促进学校主张采用全校参与法促进学校社区的健康和教育成果，通过开发学校的组织潜力，为保障健康和取得积极教育成果创造有利的物质、社会情感以及心理环境 (49)。面对环境灾难及其他社区危机，HPS不仅有准备，而且能够作出回应且表现出韧性。采取健康促进学校的方法能够对健康产生多种积极影响,包括增加体育活动、提升营养水平、减少对合法及不合法物质的使用、减少欺凌现象 (44, 45, 50-52)。

世界卫生组织确定了健康促进学校 (HPS) 的六大关键特点或“支柱”：健康相关的学校政策、健康的学校物理环境、健康的学校社会环境、健康相关的技能与教育、与学生父母和学校社区的联系、学校健康服务的可及性 (49, 53)。多种其他术语也被用于描述健康促进学校 (51) 以及其他与健康相关的全校参与法，例如，“综合性学校健康”、“健康的学校社区”、“学校健康教育”。尽管这些方法的名称和发展不一，但是它们实际上都具备全校参与法的特点，即除了包括独立的健康课程或单独的健康干预或项目之外，还囊括了全部学校课程以及校风¹和学校环境建设，包括学生父母、家庭和当地社区的参与 (51)。“健康促进学校 (HPS)” 在本文中泛指关于促进学校健康的任何全校参与法。

支持健康促进学校的实施

健康促进学校 (HPS) 及在教育中促进健康的其他全校参与法已有数十年的历史。不过，目前人们已经普遍认识到，不仅仅是低收入国家，高收入国家也应该更多采纳HPS的做法并促进HPS的可持续发展 (54-56)。为了在更大范围内实施HPS，我们需要加大投入，增强学校和国家采取循证式、标准驱动式方法的能力，加强卫生部门与教育部门之间的合作，同时推动更多利益相关方 (例如，学生父母、地方政府、民间团体) 的参与 (7, 54, 57)。另一项重点是高质量数据 (如指标) 的收集和利用，从而为决策提供判断依据 (7)。

世界卫生组织和联合国教科文组织在2018年发出倡议，提出要制定和推广健康促进学校 (HPS) 全球标准和指标。这一雄心勃勃的倡议预计惠及超过19亿学龄儿童青少年，同时助力世界卫生组织在《第十三个工作总规划》中提出的到2023年实现“全民健康覆盖受益人口新增10亿人”的目标 (58)，并推动联合国教科文组织健康与福祉教育战略的实施，到2030年使艾滋病不再成为公共卫生威胁 (59)。该倡议不仅回应了“全球加快青少年健康行动 (AA-HA!)：国别实施指南”中关于“每一所学校都应该成为健康促进学校”的建议 (60)，而且还支持教育和健康相关的联合国可持续发展目标的实现，包括到2030年“确保所有学习者都能够掌握推动可持续发展……推动人权、促进性别平等、弘扬和平与非暴力文化、提升全球公民意识、肯定文化多样性……所需的知识和技能”的子目标 (61)。教育面临的挑战和受到的冲击，因新冠肺炎疫情等公共卫生挑战而日益加剧，因此投资包容性公平教育以解决学习匮乏问题、增加人力资本的任务变得日益紧迫 (62)。

¹ The distinguishing character, sentiment and guiding beliefs of HPS.





健康促进学校可以取得什么成果？

健康促进学校（HPS）及其他健康相关的全校参与法，与学生健康、福祉、营养、学习等领域的大幅改善息息相关。

据报道，在一些国家，能够将学校政策、实践和校风三者统一起来的健康相关的全校参与法，有助于提升教育水平和社会情感福祉，同时减少冒险行为（43, 44, 52）。系统性综述（54）发现，HPS方法不仅改善了学生的身体质量指数（BMI）、体育活动、身体素质以及果蔬摄入量，而且减少了烟草使用。随机对照试验发现，全校参与法对印度和英国这样健康和背景迥然不同的国家都会带来益处（45, 55）。

研究人员对上述研究中的健康相关结局进行了评估，例如欺凌与暴力、幸福感、物质滥用、对待性别的态度、校风和教育参与度。评估发现，由多个组成要素构成的全校参与法能够有效地改善健康结局和教育参与度（43, 52）。其他系统性综述也发现了学校健康服务的有效性和高效性（63, 64）。虽然一些研究还分析了每个学生和学校的成本，但是仍然需要进一步从成本效益的角度研究HPS对教育和学校相关的成果和评估的影响（50）。

健康促进学校（HPS）全球标准基于目前最佳的证据，即HPS体系能够直接改善学生的生活，让学生成为主要受益者，同时在中长期来看能够使个人、社区乃至整个社会受益。为所有情形下的每个标准或可能的结果生成离散的证据是不切实际的。不过，健康与教育成果之间日益紧密的联系表明，HPS方法能够减少健康和教育成果的不平等性（36, 37）。例如，健康状况欠佳（如贫血、焦虑）和人际暴力等影响健康的不良经历，会对学生出勤率和学习效果产生负面影响（65, 66）。

很多健康问题（例如，营养不良、视觉障碍、腹泻病）是可以避免或解决的，而避免或解决健康问题有助于改善学生的健康状况和学习效果。HPS能够将健康促进、预防、早期干预和转诊中的各种要素具象化，从而解决很多健康和教育成果中的不平等问题。

图1介绍了对HPS等全校参与法的投资如何在中长期使学生、学校和当地社区以及政府和社区利益相关方在健康和教育方面受益。

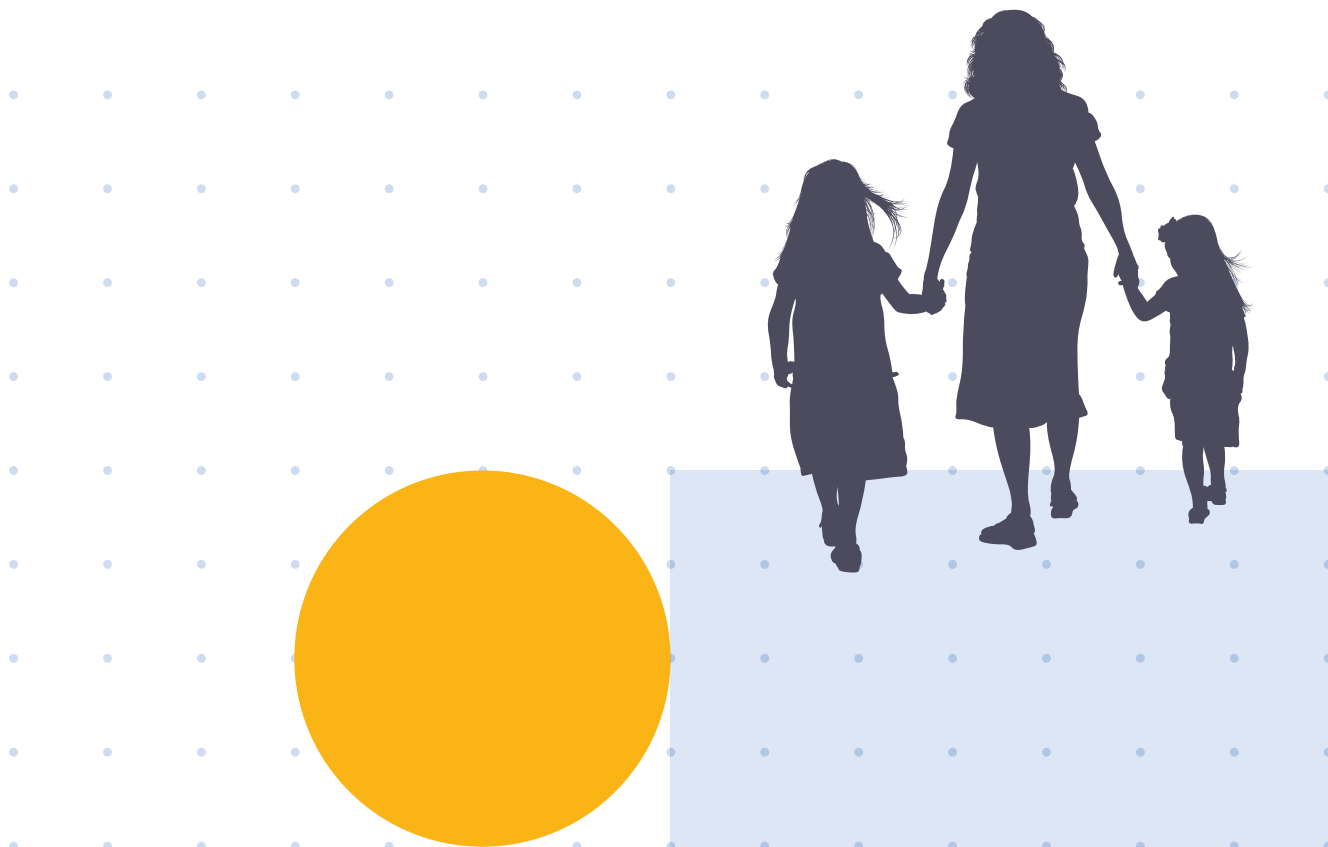
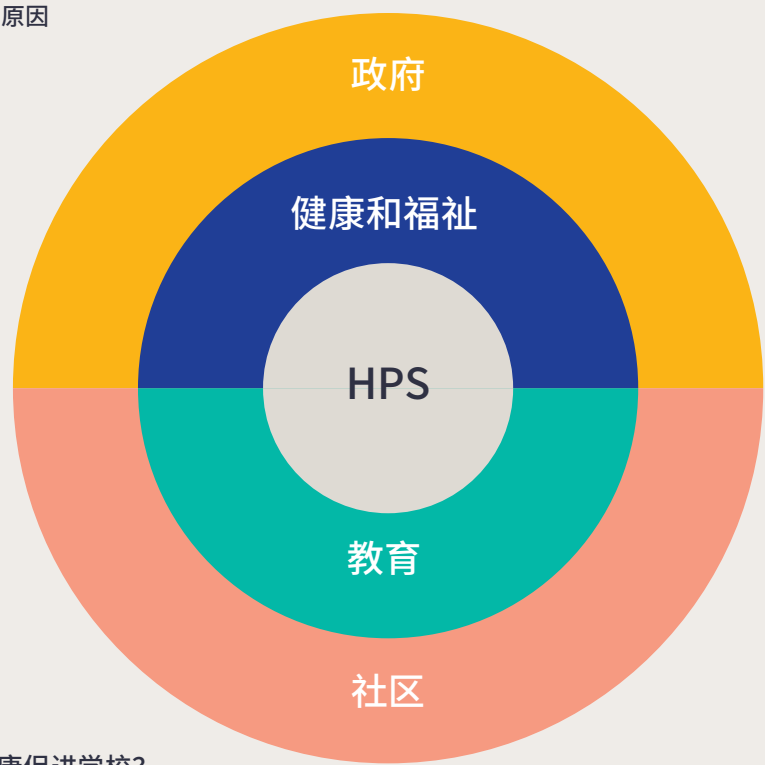


图1: 投资健康促进学校的原因



为什么要现在投资于健康促进学校？

健康和福祉	教育	社区	政府
确保学生能够健康成长和发展	提升学生、教职工、社区对健康的认识，改变他们对健康的观念和态度，帮助他们培养健康相关的技能和养成健康的行为习惯	促进学校、学生家长与社区三者之间的交流	实现更公平的健康和教育成果，包括性别平等
提升学生、教职工、社区对健康的认识，改变他们对健康的观念和态度，帮助他们培养健康相关的技能和养成健康的行为习惯	加强学校促进学生健康、提升学生福祉的能力	增加学生获取健康服务的机会	促进学生及其家长以及社区的健康，并提升其福祉
加强学校促进学生健康、提升学生福祉的能力	促进学校、学生家长与社区三者之间的交流	促进社区参与学校工作	
		推动建设更健康的社区，提升社区公民意识	

可以获得哪些成果？

促进健康的学校环境得到改善	教育成果的不平等减少	有效支持健康、福祉和教育的跨部门协作得到持续性发展	健康促进相关的政策、计划、活动得到扩大
校内外健康风险因素减少	教育成就的不平等减少	工作人员能力提升、社会资本增加、社会凝聚力增强	儿童青少年疾病负担减轻
学校、教职工、社区的健康和福祉水平得到提升	学业完成率提升		
促进健康、提升福祉所需的基础知识、态度和行为得到发展			
健康成果的不公平性和不平等性减少			



第 2 部分

健康促进学校 全球标准概览



如表1所示，健康促进学校（HPS）共有八项全球标准，这些标准构成了一个体系（参见图2）。这些雄心勃勃的标准旨在逐步实现健康学校的愿景。

图2: 关于健康促进学校的全球标准及相互之间的关系



表1: 全球标准和标准声明概览

<div>1</div> <div>政府政策和资源</div> <div>整个政府都致力于将每所学校建设成健康促进学校，并对这项事业进行投资</div>	<div>2</div> <div>学校政策和资源</div> <div>学校采用全校参与法，致力于将自己打造成健康促进学校，并对这项事业进行投资</div>	<div>3</div> <div>学校治理和领导力</div> <div>学校治理和领导力的全校参与模式，能够为健康促进学校的建设提供支持</div>	<div>4</div> <div>学校与社区之间的伙伴关系</div> <div>学校与当地社区就建设健康促进学校对接与合作</div>
<div>5</div> <div>学校课程</div> <div>学校课程在身体、社会情感和心理层面上支持学生的健康与福祉</div>	<div>6</div> <div>学校社会情感环境</div> <div>学校可以提供安全、支持性的社会情感环境</div>	<div>7</div> <div>学校物理环境</div> <div>学校可以提供健康、安全、包容的物理环境</div>	<div>8</div> <div>学校健康服务</div> <div>所有学生都能够享受校内或学校所对接的综合性健康服务，满足其身体、情感、社会心理、教育方面的保健需求</div>

本文第3部分介绍了八项全球标准中每个标准出台的依据、目标和组成要素。



为什么要制定全球标准和指标？

必须通过缩小当前做法与构建一个完全嵌入式、可持续的HPS体系的预期目标之间存在的差距，以支撑全校参与法倡议的落实。在国家、次国家、地方和学校层面加大投入，将加速全球范围内学校可持续健康促进行动的实施。HPS全球标准和指标旨在通过以下方式支撑这一目标的实现：

- 根据现有最佳证据为政府行动提供愿景和框架，支持高质量的实施；
- 识别需要加大或区别投入、投资、资源、能力建设和利益相关方参与的领域；
- 支持一种着眼于规划、绩效监测和质量提升的一致性数据驱动型方法；
- 确保推广、宣传与行动保持一致，同时提供足够的灵活性以适应具体环境。

全球标准和指标的使用对象是哪些群体？

全球标准和指标的使用对象是参与识别、规划、资助、实施、监测、评估学校HPS方法的地方、次国家、国家和全球层面各领域利益相关方。这些标准适用于任何提供中小学教育的公立或私立教育机构。这些利益相关方包括：

- 所有部门（特别是教育、健康及其他相关部门）的政府工作人员；
- 所有部门的政策决策者；
- 学校校长及其他领导和管理人员；
- 学校教职工；
- 学校理事会和董事会；
- 学校保健专业人士；
- 合作伙伴（例如，联合国有关机构、援助方、非政府组织、慈善机构）；
- 研究人员和评估人员。

这些标准和指标适用于任何在教育中促进健康的全校参与途径，包括：综合性学校健康、健康学校社区、健康学习环境、一体化学校健康和教育、健康教育、健康学校、健康战略、健康学校环境、健康校园。

在国家、次国家、地方和学校层面加大投入，将加速全球范围内学校可持续健康促进行动的实施。



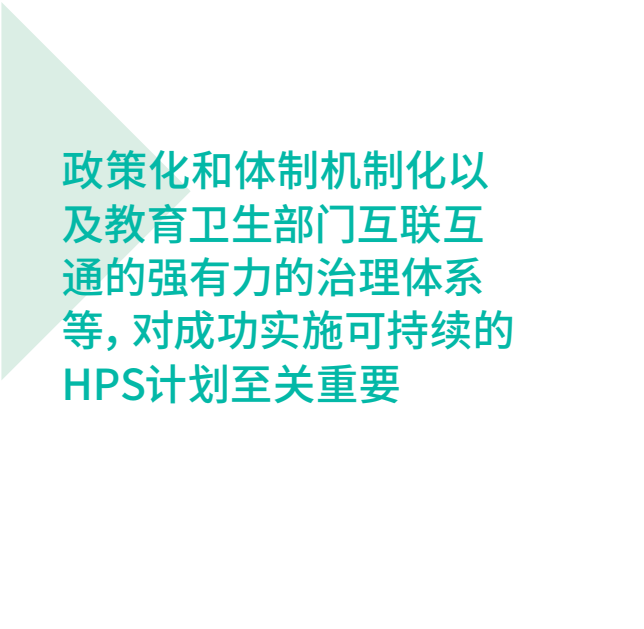
健康促进学校 (HPS) 体系

图2介绍了八项全球标准是如何构成健康促进学校 (HPS) 体系的 (67)。下面将介绍HPS体系的特征。

2.1 HPS需要治理体系。

将八项全球标准作为一套体系是为了强调将HPS作为治理体系的重要性。政策化、体制机制化以及教育和卫生部门互联互通的强有力的治理体系，对成功实施可持续的HPS计划至关重要 (54)。HPS建设的日常实施工作由学校负责 (主要是标准6-8)，并需要学校管理者、领导者和社区合作伙伴提供支持 (标准3和标准4)，可持续的HPS建设还需要各部门和各级政府对领导力和资源的基本承诺和投资 (标准1、2)。

标准的序号代表的是治理水平，而非重要程度或实施的先后顺序。治理包括国家、次国家、地方政府层面 (如适用) 的支持体系 (标准1)，以及学校层面的支持体系 (标准2、3) 和通过学校与当地社区之间的伙伴关系建立起来的支持体系 (标准4)。虽然这些治理体系在图中被归为了不同的类别 (用不同的颜色表示)，但是它们之间是相互关联和重叠的。例如，担任学校理事会或董事会成员的学生家长可以发挥一定的领导作用，对学校的政策决定施加影响，同时也可以在当地社区生活和工作 (标准2-4)；同样，地方政府可以与当地非政府组织建立合作伙伴关系，与校领导合作，提供口腔护理、咨询、微量营养素补充等健康服务 (标准1、3、4、8)。

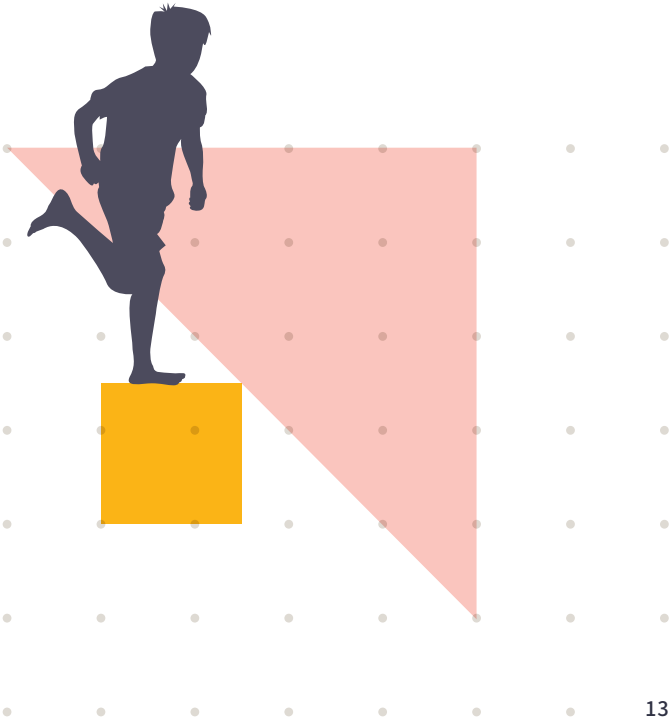


政策化和体制机制化以及教育卫生部门互联互通的强有力的治理体系等，对成功实施可持续的HPS计划至关重要

2.2 HPS需要全校参与法。

将八项HPS全球标准作为一个体系统一起来 (如图1所示)，也是为了将HPS与某种特定的计划或干预方式区别开来，着眼于HPS的目标，即通过可持续和适应性的全校参与法将健康和福祉纳入学校工作中。该方法没有明确的初期、中期、终期之分 (尽管应该定期进行监测评估)，而是作为一种体系持续不断地对学校及其学生和社区的需求和重点任务作出回应。例如，在一个艾滋病病毒感染率较高的社区，可以从开展全面全面性教育和艾滋病病毒预防工作入手，逐渐扩大工作范围；在一个超重和肥胖现象比较严重的环境中，可以优先开展营养教育、体育活动、健康饮食等工作。在这些案例中，如要在全校范围内作出回应，则需要考虑一系列行动 (包括在项目 and 课程方面)，而非单一的项目或课程。

虽然全球标准包含有不同的类别，但是全球标准的体系化意味着各个标准是重叠且相互关联的。例如，在学校的一片空地上开发一处安静的空间 (标准7) 可以让学生在此休息和反思 (标准6)，而这反过来又有利于学生的情绪健康和心理健康。





2.3 HPS体系是灵活和动态的。

在每所学校都建立起由八项全球标准构成的HPS体系，是一个循序渐进的过程。如上所述，在任何一个HPS体系中，在选择计划和干预时要视情况而定，而且取决于学校和社区的健康需求和现有资源。系统性方法有助于计划或干预措施的具体实施（例如，营养课程、非传染性疾病预防计划、减少欺凌计划、全面性教育、卫生计划、伤害预防和安全加强计划），同时能够让人们意识到，当这些计划或干预措施被用于确保一致性和建立联系时，它们就构成了HPS体系的一部分。

很多学校通过投入资源或现有的合作伙伴关系，已经有自己的学校健康计划，或制定了监测进展的指标。这些计划不需要被HPS取代，反而可以作为重要的基础，特别是在能够确保它们符合HPS体系的原则和标准的情况下。八项全球标准应被视为提供给政府和学校的指南，帮助他们以循序渐进的方式，采取可持续的全校参与法。该方法还可以被用来对学校其他计划或干预措施进行统筹安排，进一步提高成效。

如果学生能够从营养课程中学到健康饮食相关的知识并了解如何挑选健康食品，同时学校还采取了以下措施，那么这种营养课程就是HPS方法的一部分：确保学校食堂（或学校餐饮）和附近商店有健康食品的供应；在学校内建设菜园；确保在制定政策时考虑学生的营养问题；让教职工和学生家长选择健康的食物；提供学校健康服务（68）。同样，在满足以下条件时，应对欺凌问题的计划才符合致力于心理健康和福祉的HPS方法：学校政策明确规定校内不得发生欺凌行为，同时校方鼓励学生、家长和教职工对欺凌事件作出妥善回应；监督学生行为以减少欺凌事件的发生；通过培训让教师学会判断学生是否出现抑郁或焦虑；为面临心理健康问题的学生提供健康和咨询服务；健康课程有助于促进社会情感学习、提升福祉、提高学生心理健康素养。

HPS方法的特点是，在学校运营的方方面面和多层治理体系中采取的各项行动间，具有累积性和并发性，且能够相互促进。八项全球标准确定了可持续HPS体系的必要组成元素，能够确保所有学校和教育政策主体都能在自身工作中发现有助于实现该目标的某个领域。

怎样才能对全球标准和指标的本地化有更多了解？

虽然全球标准和指标是普遍适用的，但是所有HPS计划的落实都要考虑特定的历史、经济、政治、物理、文化环境因素。例如，不同国家处于不同的HPS实施阶段，有不同的支持部门（例如，牵头相关工作的部门）。落实HPS计划的关键在于，要因地制宜地采用系统性方法。这对提高学校社区的积极性、增强其责任感和主人翁意识非常关键。在政府的投入下，HPS计划的本地化对HPS的可持续发展非常重要。

绝大多数全球标准都聚焦于学校社区的“需求和重点”，而非特定的主题、健康问题、方案或计划，因为各学校和社区的需求和重点各不相同，且会随着时间的推移而改变。这在八项标准中也有所体现，因为对进展和成效的规划和监测包含在这些标准中。

本文应该配合HPS实施指南（本系列刊物中第二份刊物）使用。目前有其他一些关于在学校层面实施健康计划的指南，例如，“欧洲健康学校（I）”、“资源聚焦学校健康”（FRESH）开发的系列指南（69），但是关于在政府层面实施的指南很少。HPS实施指南旨在为政府在实施HPS过程中运用全球标准提供高层框架。

几个国别案例研究介绍了如何针对具体环境调整这些标准的组成要素。

全球标准是如何制定的？

这八项全球标准和指标是由教育卫生部门的专家团队制定的。这一专家团队由精通政策和指标的相关从业人员、政策制定者和研究人员等组成，通过与众多联合国组织的工作人员以及各国专家组成的外部咨询小组进行研讨，同时通过开展国家、地区、公共层面的研讨，制定了这八项全球标准和指标。

2018年，世界卫生组织和联合国教科文组织，在其他联合国机构（联合国儿童基金会、联合国人口基金会、联合国艾滋病规划署、联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处）的配合下，宣布了“让每一所学校都成为健康促进学校”的倡议（59）。世界卫生组织委托澳大利亚墨尔本青少年健康中心、默多克儿童研究所对标准及其实施指南开展了两项循证研究。第一项研究审议了各国政府、世界卫生组织及其他联合国组织目前针对综合性学校健康计划提出的各种建议（55），第二项研究则聚焦于实施层面的困难和驱动因素（54）。在与世界卫生组织、联合国教科文组织及其他联合国组织进行多轮研讨的过程中，解读了这两项研究的结果（例如，主题框架）。在这两项研究完成之前，2020年3月18-19日，与一个外部咨询小组召开了一次国际研讨会。2020年，还开发了一系列国别案例研究，旨在分析中低收入国家实施HPS的困难和驱动因素（本系列刊物中第三份刊物）。

在制定HPS全球标准和指标的过程中，还参考了其他资源，例如，“欧洲健康学校（I）”开发的欧洲标准和指标，世界卫生组织、联合国教科文组织、联合国儿童基金会、世界银行为提升教育质量、确保教育公平性而共同发起的FRESH倡议（69），世界卫生组织和联合国艾滋病规划署制定的青少年高质量医疗服务全球标准（19）。HPS全球标准也符合全球教育循证咨询小组发布的一份关于通过“智能购物”提升中低收入国家学习水平的报告的内容（70）。

如何确定指标？

指标是用来监测在实现某一结果或目标过程中取得的可度量的进展（13）。全球标准推荐的指标清单（参见本文第4部分）作为对学校、省市、国家、全球层面上实施HPS的情况进行监测和评估的一个起点。该清单可以作为从国家层面转向地方层面实施的一个基础。

这些指标是在审核了第一项循证研究过程，并与世界卫生组织、联合国教科文组织、青少年健康中心团队进行研讨的基础上开发的。这些指标与全球标准的组成要素进行了对标，可以在总体上描述每一项标准达到的程度，也可以用于发现HPS体系中需要进一步研究的领域。

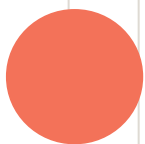
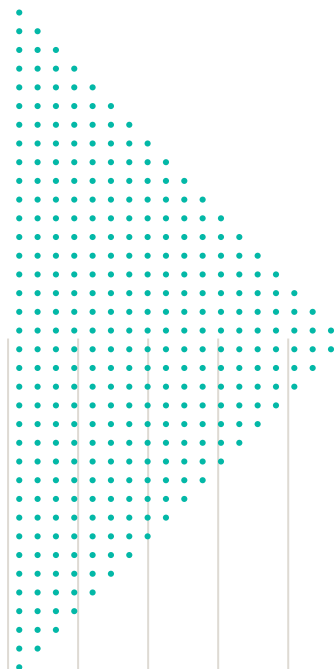
指标适用于全球、国家、地方和学校层面，国家级指标也适用于省市级层面。校级指标旨在支持学校对HPS实施情况进行自我评估。国家级指标旨在帮助各国政府评估在支持学校成为健康促进学校方面取得的进展。全球级指标旨在帮助国际组织评估HPS在全球范围内的开展情况，可以用于发现需要加大投入的领域，并就报告指标的时间表，提出了建议。同样，对用于构成指标的数据来源，也给出了建议。世界卫生组织和联合国教科文组织未来的网页应用和度量评估工具也将为指标的度量和评价方法提供支持。



全球标准对应的指标是根据以下标准 (7I) 来筛选的：

- 1. 相关性：**指标所度量的方面是否足够重要？指标在各种背景下都相关吗？
- 2. 可行性：**能够通过合理且简单的方式获得构成指标的数据吗？指标会不会被使用？
- 3. 有效性：**指标是否能够对目标内容进行有力的评估？指标会随着时间的推移而出现变化吗？指标有没有经过实践检验？
- 4. 实用性：**通过该指标能否采集通俗易懂的即时信息？指标能否被用于向利益相关方传递信息并指导决策？

全球标准对应的指标旨在提供对学校和政府有用且充足的信息，同时满足信息易采集的要求。关于健康促进学校 (HPS) 实施的信息也是有用的。例如，HPS所需的各种机制、资源和投入是否已经到位（投入指标）？HPS所需的活动是否正在开展之中（过程指标）？HPS相关活动是否产生了立竿见影的预期效果（产出指标）？HPS相关活动是否对学校 and 当地社区的健康、福祉、教育正在产生长期影响（成果指标）？HPS相关活动是否对全社会的健康、福祉、教育正在产生长期影响（影响指标）？随着各国努力让每所学校成为健康促进学校，这份指标清单未来可能会进行必要的调整。



第 3 部分

HPS全球标准及 组成要素

本部分内容介绍了每一项全球标准的依据和目的, 包括标准声明以及每一项标准的组成要素和子部分。





标准1：

政府政策和资源

依据：为了让每所学校成为健康促进学校（HPS），需要承诺建设健康促进的教育系统（参见术语表）。要在国家、次国家、地方层面长期投入并采取具体行动。为了实现HPS的可持续发展，需要有清晰的政策定位、针对实施的问责制度以及合理的资源配置。跨部门协作是至关重要的：教育部或教育主管部门推动HPS的实施，卫生部门及其他相关部门（例如，主管社会保护、粮食农业、金融、基础设施、交通、司法、社区、环境的部门）则需要尽可能提供支持。

目的：标准1的目的是确保政府整体协同对HPS的承诺和投入能够在法律法规、政策、战略、资源配置、跨部门协作、与学校和当地社区的合作交流中得到体现，同时还要有一套可持续的监测评估体系。

标准声明：

政府整体协同，致力于将每所学校建设成健康促进学校，并投资于这项事业。



标准1的组成要素

1. 国家教育政策或战略将健康促进学校（HPS）视为通过教育实现国家发展目标的一种方式，并为HPS在全国范围内进行推广提供框架。

- 1.1 政策明确了HPS各个方面的国家标准（从学校政策到健康服务）。
- 1.2 政策明确了目的和目标，以及每个利益相关方的角色和职责（例如，在国家、次国家、地方层面；跨部门、跨机构、跨国）。
- 1.3 政策包含了在国家、次国家、地方层面持续配置（人力、信息、财政）资源、拓展能力、实施、监测、评估的计划。
- 1.4 为各层面政策的落实明确了包容性、公平性、循证式方法。
- 1.5 各级政策都是对标的，能够与单一问题（例如，青少年怀孕、校园暴力、营养）相关的现有政策相结合，可以促进不同政策之间的统一。
- 1.6 国家计划确保在需要远程学习或虚拟学习的情况下能够持续推动学习和健康促进，以及识别和监测面临风险的学生（例如，应对突发公共卫生事件和不同的学习需求）

2. 教育部门对健康促进学校（HPS）实施工作的领导地位得以确立和明确，各级卫生部门及其他部门持续提供支持和配合。

- 2.1 教育和卫生部门有关于HPS的各层级正式合作伙伴关系（例如，以书面形式确立的支持并推动HPS实施的承诺，其中也明确了相关职责）。
- 2.2 跨部门协调协作得以明确，包括约定的目标和行动。
- 2.3 教育和卫生部门鼓励并支持与其他部门在HPS的决策、实施和监测上保持沟通交流（例如，通过多部门指导委员会的形式实现）。
- 2.4 国家级政府、次国家级政府、地方政府及其他利益相关方协调推动HPS相关活动和计划。

3. 地方政府、社区、学校共同合作并对健康促进学校（HPS）工作作出正式承诺。	3.1 地方政府、社区、学校之间的协作机制得到建立，现有渠道得到了考虑。
4. 有充足的 ² 人力资源、信息资源、财政资源让每所学校都成为健康促进学校。	4.1 有充足的资源来实施和监测政策，并与政策目标相一致。 4.2 资源配置被纳入国家、次国家、地方、部门预算中。 4.3 对教师及其他教职工（包括卫生保健人员）开展了健康促进方面的职前培训。
5. 有一个在国家、次国家、地方政府层面对HPS实施情况进行规划、进展和效果监测以及监督的体系。	5.1 工作计划和指南中明确了规划、监测进展和效果的体系。 5.2 监测对象包括学生的健康、福祉、教育成果。

² 在全球标准中，“充足的”一般要根据应用标准的国家和环境的多样性来理解。因此，一种环境下所认为的“充足的”事物在另一种环境下可能是不充足的。例如，“充足的资源”包括被计划、被承诺、被分配且为了实现特定环境下的目标而能够被评估的资源。

标准2： 学校政策和资源

依据：健康促进学校（HPS）需要学校的承诺和投入，且这些承诺和投入能够体现在学校政策和/或计划以及学校资源的配置中。要明确健康对教育的重要性以及教育对健康的重要性，还要明确学校社区价值观、偏好、需求的重要性，因为它们对战略优先事项的确定非常关键。健康与教育之间的关系决定了要将健康纳入学校的核心工作，且健康的概念等同于优质学校，而不是将健康仅视为一种锦上添花的事情或事后才想到的事情。

目的：标准2的目的是确保学校对HPS的承诺和投入体现在学校政策和计划中，从而确保教职工、学生、学校、当地社区能够清晰地了解HPS。标准2还涵盖充足的资源和监测评估体系，确保政策的有效性和实施的可持续性。

标准声明：

学校致力于采用全校参与法将自己打造成健康促进学校，并对这一做法进行投资。



标准2的组成要素

<p>1. 学校有HPS相关政策和/或计划。</p>	<p>1.1 学校的HPS政策和/或计划与国家政策（如有的话）相一致。</p> <p>1.2 学校的HPS政策和/或计划明确了学校董事会、管理层、员工、学生及其父母和看护人的职责以及持续不断的资源配置。</p> <p>1.3 学校政策明确了包容性、公平性、循证式和以权利为基础的方法以及教师和学生的多样性。</p> <p>1.4 学校政策是在评估本地需求以及学生、学校、地方社区在实现关键成果方面（例如，教育、健康、安全、福祉、营养）确立的关键任务的基础上，通过参与式规划过程而制定的。</p> <p>1.5 全校参与法确保在上学受到阻碍时（例如，在出现突发公共卫生事件时，学校计划与要求远程学习或虚拟教育的国家计划或次国家计划保持一致）学习和健康促进能够继续进行。</p>
<p>2. 学校有关于学校与利益相关方之间为实现HPS而开展定期交流、沟通、合作的政策和/或计划。</p>	<p>2.1 计划内容涵盖与国家当局、次国家当局、地方当局建立的合作伙伴关系。</p> <p>2.2 计划内容涵盖与学生父母和看护人建立的合作伙伴关系。</p> <p>2.3 计划内容涵盖与包括其他学校（如适用）在内的当地社区建立的合作伙伴关系。</p> <p>2.4 学校政策被清楚地传达给所有利益相关方。</p>
<p>3. 学校有成为健康促进学校所需的充足的人力资源、信息资源、财政资源。</p>	<p>3.1 有充足的资源来实施和监测政策并使其与政策目标保持一致。</p> <p>3.2 资源配置得以明确并纳入预算管理。</p> <p>3.3 学校对教职工（包括卫生保健人员）在HPS专业学习方面进行投入。</p>
<p>4. 学校定期对HPS相关政策和资源的实施情况和效果进行规划和监测。</p>	<p>4.1 工作计划和指南对进展和效果的规划与监测体系进行了明确。</p>



标准3：
学校治理和领导力

依据：HPS需要一种有明确定义的共享式学校领导力模式，在这种模式下，学校董事会、所有教职工、学生及其父母和看护人日常可以参与HPS建设。调动学校领导人员（包括学校董事会、管理层、校长、学校负责人、学生领导）的积极性³，对于与包括地方政府在内的当地社区共同在学校社区开展HPS宣传工作至关重要。

目的：标准3的目的是确保学校社区有一种分布式协作领导力模式，从而让HPS的概念能够深入所有决策过程，同时HPS领导力能够实现可持续发展。要为学校领导人员提供适当资源并开展培训，从而有效地支持HPS建设。

标准声明：
学校治理和领导力的全校参与模式为健康促进学校的建设提供支持。

标准3的组成要素	
1. 学校领导团队（学校董事会成员、管理层、校长及其他校领导）在学校社区支持并推广HPS的宣传工作。	1.1 学校领导团队定期会面，审议利益相关方发现的学校社区的重点任务、需求、利益，并将其纳入学校工作中。
2. 学校HPS领导层具有分布式的特点，由校长、教师负责人、行政人员、校董事会成员、管理层、学校卫生专业人员、学生及其父母和看护人构成。	2.1 学校HPS领导层的职责得以明确。 2.2 学生参与决策过程，加入HPS领导层，接受相关培训。 2.3 鼓励学生父母和看护人参与决策过程并加入HPS领导层。 2.4 利用现有渠道或新的渠道开展对话，确保各方在HPS的需求和战略上有统一的认识。
3. 为HPS领导人员（即推动HPS倡议的人员）提供关于领导力和HPS的在职学习机会。	3.1 培训内容涵盖监测评估体系的实施。 3.2 培训内容涵盖一系列社会决定因素、健康风险和保护因素以及影响学生的健康问题（包括身体健康问题和心理健康问题），旨在培养学生的韧性，并涉及多样性、包容性问题。
4. 针对HPS相关的学校治理和领导力的进展和效果，学校有相应的体系进行定期规划和监测。	

³ 健康促进学校的特点、情感和指导信念。



标准4:

学校与社区之间的伙伴关系

依据：学校社区内部（例如，教职工与学生父母和看护人之间）以及学校与当地社区之间（例如，教职工、学生、当地企业、民间组织、政府之间）的积极交流和协商，对HPS的实施至关重要。HPS需要整个学校社区参与进来，需要所有利益相关方协同建立合作伙伴关系并树立共同的成功愿景。交流协作有助于促进学校和社区的健康并提升其福祉，同时产生更长期的影响。在与当地合作伙伴开展交流的过程中，不要有利益冲突。

目的：标准4的目的是确保包括学生在内的学校社区与当地利益相关方围绕HPS开展合作，并认识到这种互利互惠的关系。这种合作包括让学生父母及看护人和社区成为学生的学习伙伴，鼓励学校在当地社区中发挥重要作用。

标准声明：

学校与当地社区就建设健康促进学校对接与合作。

标准4的组成要素

1. 学生、家长、看护人、法定监护人和家庭参与健康促进学校所有相关工作，并相互合作。

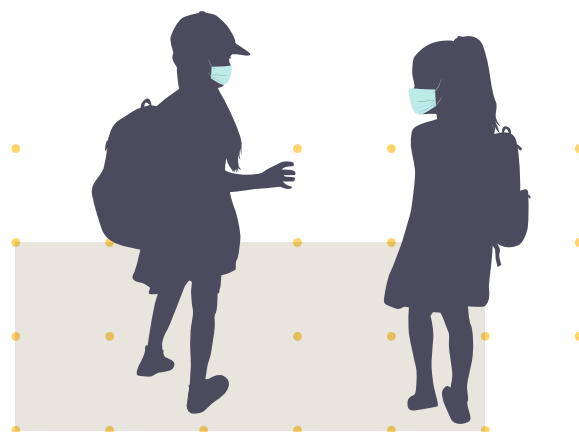
- 1.1 建立机制，推动学校内部的合作以及学校与当地社区（例如，委员会）之间的合作。
- 1.2 学生父母和看护人参与HPS的规划和活动。
- 1.3 学生委员会与HPS领导团队共同开展工作，并定期得到有意义的咨询。
- 1.4 在提升学生开展HPS相关活动的的能力方面进行投入，使他们成为学校和地方社区的倡导者和创变者。

2. 学校通过各种正式和非正式伙伴关系与地方社区的利益相关方（包括地方政府）就HPS进行对接并开展合作。

- 2.1 学校与地方社区围绕HPS的目标和行动开展明确且一致的交流。
- 2.2 地方社区参与HPS的决策过程和HPS相关活动。
- 2.3 地方政府配置资源并支持学校实施HPS的国家标准。
- 2.4 社区组织为学校HPS建设工作提供支持，包括危机状态下的HPS建设工作，确保教育不断线。

3. 学校领导团队成员与学校和地方社区（包括学生父母和看护人）开展合作，规划HPS伙伴关系并监测其进展和效果。

- 3.1 规划、监督、反馈机制已经就绪。



标准5：
学校课程

依据：学校课程通过向学生和学校社区（参见术语表）传授知识和技能、改变态度、规范行为，从而提高其健康素养（参见术语表）。这尤其适用于健康教育和人际关系教育以及更广泛的学校课程，因为包容性、参与式教学法能够促进健康、提升福祉、增强社会情感能力、推动公平和多元化以及促进深度学习（指的是不仅需要记住并理解知识，而且需要对知识进行整合和应用的一种学习方法）（72）。

目的：该标准的目的是确保学校的显性和隐性课程能够提供全面教育，促进学生身体健康、社会情感健康、心理健康、提升福祉、推动发展，确保以一种包容、循证的方式设计和交付课程，满足学校和当地社区对健康、发展、学习的需要和重点需求。要对工作人员开展培训并提供适当支持，特别是在开展健康教育工作的过程中。

标准声明：

学校课程支持学生的身体、社会情感、心理健康与福祉。



标准5的组成要素

1. 学校工作人员不仅了解学生的身体健康状况及特点、学生的社会情感和心理状况及特点，而且了解这些因素如何影响学生的学习和行为。	<p>1.1 教师可以根据学生的需要设计学习策略和活动。</p> <p>1.2 教职工能够在一定的帮助下满足学生额外的身体需求、心理需求、情感需求，包括通过与学生建立关系来满足需求，从而了解“隐性课程”所具有的“看不见的学习”，同时了解有哪些转介选择。</p>
2. 学校实施的课程涵盖重要教育和健康成果所涉及的有关学生健康、安全、营养、福祉的身体、社会情感和心理层面的知识（参见附录1），并与国家HPS政策保持一致。	<p>2.1 健康话题⁴反映了学生及其家长和当地社区关于健康和福祉的权利以及不断变化的需求和重点任务，有助于人们了解相关知识、改变态度并掌握相关技能。</p> <p>2.2 知识构建和技能培养以一种周期性、渐进的方式贯穿于学生的求学过程并与学生的个人发展和社交发展紧密相关（例如，生活技能相关的综合性教育、作为健康素养关键组成要素的学习和数字素养、社会情感技能）。</p> <p>2.3 学校课程是基于课程标准和循证式指南设计的，而且关键利益相关方参与了学校课程设计。</p>
3. 学校课程有助于增进了解、弘扬价值观、改变态度，而这有利于推动可持续消费和可持续环境的建设。	<p>3.1 课程以推动建设健康、安全、可持续的环境为目标，对物理环境进行整合（例如，回收再利用、堆肥）。</p>



4. 学校课程的教学方法以及教学过程中建立起来的师生关系和教师与教师之间的关系，能够通过在学校社区传授知识和技能、改变态度、规范行为，从而促进健康，建立积极健康的关系，养成积极健康的生活方式，保障安全，推动体育活动的开展，促进营养保健，提升福祉。	<p>4.1 课程支持参与式教学方法，鼓励教师深入到学生所处的环境和日常生活中。</p> <p>4.2 课程鼓励学生之间进行协作式交流互动，同时通过全纳教育实现教育成果。</p> <p>4.3 可以根据新出现的健康状况或环境情况灵活调整课程。</p> <p>4.4 在学生、教职工、学校社区（包括卫生保健专业人员、社区健康工作者、教育工作者、非政府组织）的配合下实施课程。</p>
5. 为工作人员提供培训和支持，使其健康素养得以提升，并能够使用支持HPS方法的学习和教学策略。	<p>5.1 对健康发展而言必不可少的健康和关系的话题，由教职工以一种包容性、适龄、具有性别针对性、以权利为基础且不带任何个人偏见的循证式方式传授给学生。</p> <p>5.2 采用公平的数字学习和远程学习策略，配合课堂教学和健康促进工作的开展（例如在现场教学无法开展的情况下确保教学和健康促进工作不断线）。</p>
6. 针对学校课程的内容和授课方式，定期开展规划、监测进展和效果，并（在有必要时）进行调整，以更好地促进健康、提升福祉。	

⁴ 健康话题包括：健康和技能；社会情感技能；体育；水、环境卫生和个人卫生教育；传染病预防；食品和营养教育；健康睡眠教育；全面性教育；健康关系技能；性别平等教育；心理健康、物质使用和求助行为技能；暴力预防；交通安全；溺水预防；自然灾害预防；受伤预防；急救；免疫接种；慢性健康问题和残障有关注意事项。

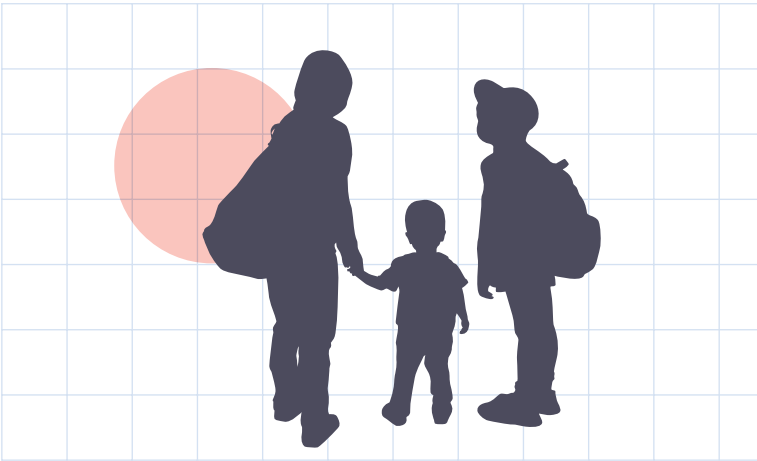


标准6：
学校社会情感环境

依据：健康和具有包容性的校园氛围和学习环境，对促进健康的全校参与法的应用至关重要。学校的社会情感环境涵盖学校社区的规范、价值观以及学校社区成员的行为和态度、学校社区成员人际交往的质量。安全、支持性的校园环境，让学生能够感到自己受到尊重、有参与感、对学校以及在自己的人际关系中有归属感，这样的环境有助于促进健康、提升福祉、产生良好的教育成果，同时这也为学生未来在家庭、社区、职场中的人际交往奠定良好的基础。

目的：标准6的目的是通过投资学校的社会情感环境，提升学校和当地社区所有成员的福祉、增强其信心、促进其相互尊重。开展HPS工作，需要将建设包容性、支持性、安全的环境作为学校政策的一项重点任务，同时需要学生、教职工、社区成员在交流互动中能够体现校风。

标准声明：
学校可以提供安全、支持性的社会情感环境。



标准6的组成要素	
1. 学校政策对建设理想的校园社会情感环境提出了明确要求，包括采取必要的改善措施、提出反馈。	<div>1.1 学校和当地社区所有利益相关方就理想的学校社会情感环境的组成要素达成一致。</div> <div>1.2 学校社会情感环境可以通过推动学校和当地社区的包容性、欢迎多样性，实现公平（包括性别平等）。</div> <div>1.3 学校社区成员在交流互动中能够相互尊重、友善对待彼此（例如，对歧视、欺凌、体罚、骚扰采取零容忍态度）。</div> <div>1.4 学校对学生、教职工、地方社区在社会交往、健康、教育成果等方面（如相关）抱有较高期望。</div> <div>1.5 学校的社会情感环境有助于改善关系、培养自尊心和自信心。</div> <div>1.6 学校致力于改善社会情感环境的方方面面，甚至在远程学习或虚拟学习期间也是如此（例如，与学生交流、为困难学生提供支持、弘扬校园文化）。</div>
2. 在推动建设支持性和安全的社会情感环境方面，学校进行了充足的投入，也有充足的资源。	<div>2.1 教师接受专业培训，掌握营造健康安全的校园氛围的技能，包括加强与学生及其家长之间的联系。</div>
3. 定期监测学校的社会情感环境，通过采取改善措施和反馈，确保提供一个积极的校园环境。	<div>3.1 学校通过一系列机制发现学生和教师对社会情感环境造成的破坏，并采取相应的措施予以回应。</div>



标准7： 学校物质环境

依据：在学校内部和周边营造一种健康、安全、方便可及的环境（例如，有灯光、围栏保护、水和环境卫生、经期卫生措施、餐饮），是所有学生和学校社区成员的健康和学习达到最优程度的前提。学校物质环境不仅包括学校场地和设施设备（例如，教室、活动室、医务室、供应健康饮食的食堂、自助餐厅、体育器材、厕所、澡堂），而且包括供学生、教职工以及学校和地方社区成员使用的交通设施（例如，停车场、校车、人行道）、学校使用的社区设施（例如，游泳池、花园、运动场地）、服务学校社区的当地商店及其他商业配套设施（例如，小商店、超市）。学生和学校社区对物质环境的接触不仅会直接影响他们的健康、福祉和学习情况（例如，符合健康和安全管理规章制度的干净且方便的物理环境），而且也会产生间接影响（例如，鼓动学生做出冒险行为的广告、售卖药物和酒精的商店所在的位置、家庭作风）。

目的：标准7的目的是通过投资学校的物理环境，确保所有学生（包括有额外需求的学生和残障学生）和学校社区成员在上学前、上学中、上学后都有一个安全、健康且具有包容性的物理环境，同时确保学校物理环境在方便可及、以需求为导向且符合国家政策和规定的基础上促进健康。

标准声明：

学校政策确保为学校社区所有成员提供一个符合国家政策的安全环境。

标准7的组成要素

1. 学校政策确保为学校社区的所有成员创造一个符合国家政策的安全环境。

- 1.1 学校的物理环境和学习环境对学校社区所有人都方便可及，而且根据所有人的需求进行了调整（包括有额外需求的人和残障人）。
- 1.2 学校物理环境符合各级政府发布的相关卫生和安全标准及规章制度（例如，消防安全、防晒安全、有害生物治理等方面的标准及规章制度）。
 - 学校有清洁水、安全的卫生保障（例如，为女学生专设的安全厕所以及经期卫生服务设施）、良好的排水系统、充足的照明、清洁的空气、温度控制、合理的垃圾处理。
 - 学校所有室外设施和体育设施都是安全的、针对男女不同特点区别设计的且得到合理维护（例如，厕所光线好且可以被锁上）。
 - 学校餐饮环境是健康且面向所有人的（例如，符合政府制定的食品和营养方面的标准及规章制度，包括食品安全、对“健康饮食”的明确定义、布置得当且有维护保障的设施等方面）。
 - 学校周边环境是安全的且有利于健康和福祉（例如，考虑了伤害预防，能够根据不同形式的体育活动进行调整，符合禁止推销和销售烟酒、不健康食品、含糖饮料的规定）。
 - 学校对灾害管理和人员疏散进行了规定（例如，关于基本急救的规定）。
 - 学校确保能够为健康的远程学习或虚拟学习创造安全、健康且具有包容性的环境（例如，提供笔记本电脑和符合人体工学的家用课桌，对工作人员进行评估），同时确保能够为交互式教学和数字技术的安全使用创造安全、健康且具有包容性的环境（例如，采取网络安全保障措施）。
 - 教室内外的物质环境（例如，安静的空间、“伙伴长椅”、娱乐空间、正念和压力管理、静思的私人空间、绿色空间）有助于营造有利于健康和福祉的社会情感环境。

2. 有充足的投入（例如，资源投入、培训投入、资金投入）来维护安全的学校物理环境和虚拟环境。	
3. 定期监测学校物理环境是否符合关于建设安全、健康且具有包容性的学校物理环境的标准和规章制度，并根据需要采取相应的措施（例如，定期检查设备）。	

标准8: 学校健康服务

依据：学校为社区（学生及其家庭成员是社区成员）提供校内健康服务或与学校对接的健康服务。获得高质量、循证式、全面的学校健康服务，包括学校营养和餐饮供应服务，对儿童青少年的健康、福祉、教育至关重要。正如世界卫生组织指南（2）中所明确的那样，学校健康服务包括健康促进、健康教育、健康筛查、预防性干预、临床评估以及心理健康、性与生殖健康、疾病预防、伤害预防等领域的健康管理（73）。综合性学校健康服务是HPS不可或缺的一部分（2）。

目的: 标准8的目的是确保能够为校内健康服务或与学校对接的健康服务提供充足的资源, 能够合理平等地交付这些服务, 满足目标社区的具体健康需求。关于相关内容, 可以参考世界卫生组织学校健康服务指南 (16), 该指南对各类服务和干预措施进行了描述。

标准声明:

所有学生都能够获得满足其身体、情感、社会心理、教育方面卫生保健需求的, 校内或与学校对接的综合性健康服务。



标准8的组成要素

1. 综合性学校健康服务的提供被纳入学校政策且与国家政策和规定保持一致。	1.1 各级卫生健康和教育部门就学校健康服务以及相关的职责和资金来源明确达成一致。
2. 学校健康服务反映学校和当地社区的需求和重点任务，而且可以根据突发公共卫生事件及其他新的需要进行调整。	<p>2.1 为学生提供循证式综合性健康服务（参见世界卫生组织学校健康服务指南）。</p> <p>2.2 学校确保远程学习或虚拟学习期间健康服务不断线。</p> <p>2.3 学校健康服务能够在突发公共卫生事件发生时为公共卫生和社会措施提供支持。</p>
3. 根据儿童青少年高质量健康服务标准提供学校健康服务（例如，服务及时、尊重文化、注意敏感性、适龄、符合不同性别需要、以权利为基础、循证式）。	3.1 针对高质量学校健康服务的提供，有相关国家政策和指南。
4. 对学校营养和健康食品的供应等学校健康服务，有一定的投入（例如，资源投入、培训投入、资金投入）。	<p>4.1 学校卫生工作人员（例如，护士、心理医生、社会工作者）获得专业教育和培训。</p> <p>4.2 在突发公共卫生事件发生期间，学校卫生工作人员得到支持，为国家层面和地方层面的应对做出贡献。</p> <p>4.3 关于学校卫生工作人员及其他初级护理专业人员（一般来自于政府、非政府组织或私营部门）之间的信息交流和合作有明确的规定，包括专科服务的提供和转诊方式（例如，对于出现受伤、慢性病、残障、怀孕等情况的学生，需要高级别或更专业的护理）以及突发事件中的沟通和服务。</p>
5. 针对学校健康服务的进展和效果，学校有相应的规划和监测体系，包括质量保证和标准合规。	

第 4 部分

HPS全球标准对应的指标

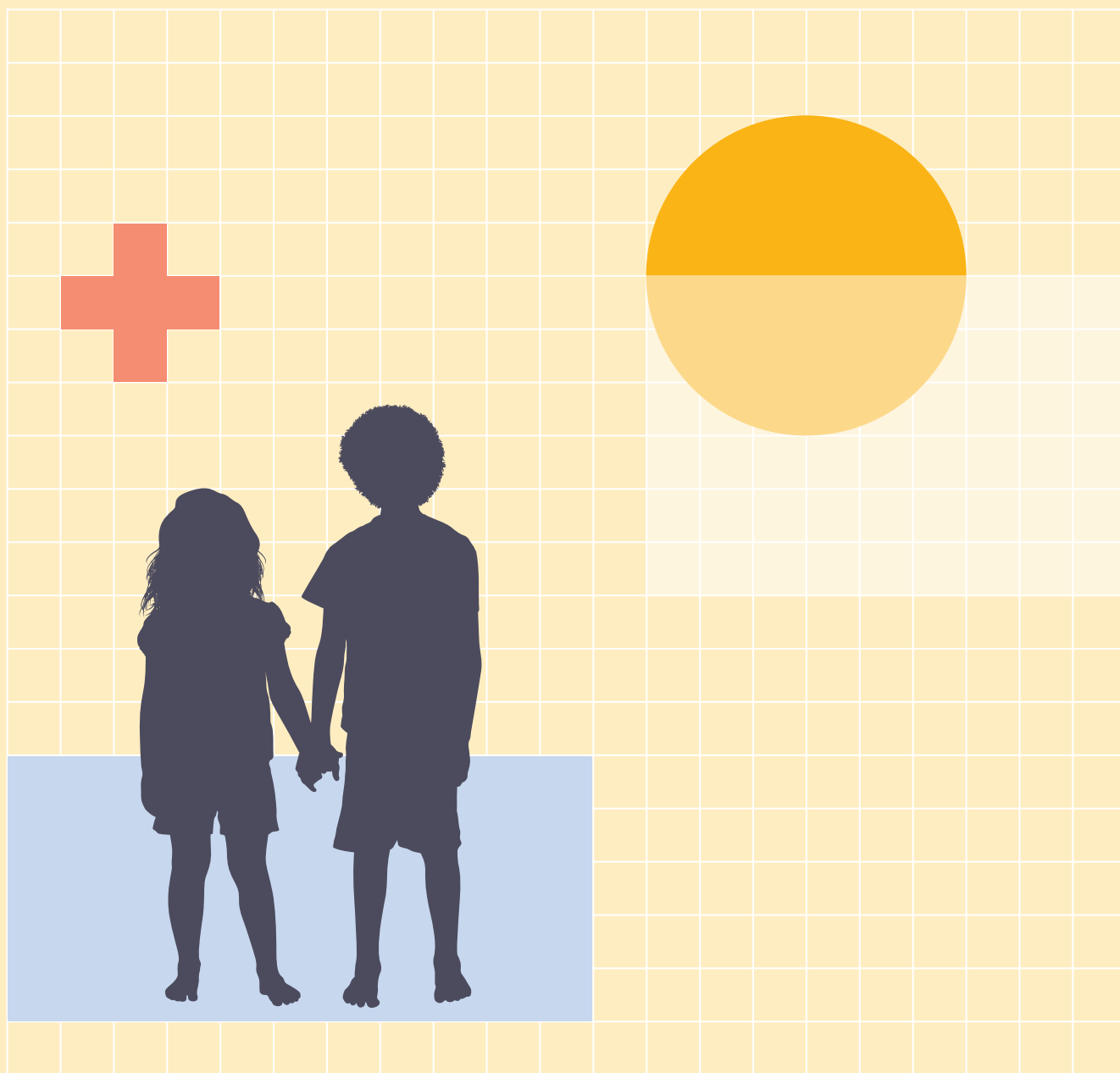




表2至表9列出了每项全球标准组成要素所对应的指标，分为全球级、国家级、地方级、学校级四个报告级别，其中国家级指标在相应的情况下可以作为省市级指标使用。在绝大多数情况下，各个级别的每个标准的组成要素都有一个优先指标。本文件还提出了一些额外的可选指标。表中的指标很多都源于低级别的指标，例如，一个全球级指标可能来源于一组国家级指标。

这些指标是为健康促进学校（HPS）和健康促进教育系统所建议的。随着各国在让每所学校成为健康促进学校方面不断积累经验，将结合有关经验对指标清单进行调整。

经研究，现有指标存在如下问题：

- 有些指标与HPS可能相关但却不一定是可行的，因为这些指标不是建立在目前定期采集的数据之上，或者建立在需要大量资金和人力资源才能采集的数据之上。这些因素降低了此类指标的可行性和可用性。
- 很多现有指标或定期采集的数据不具有相关性，因此不能被用于构成HPS指标。我们推荐了一些新的数据来源（例如，全球学校健康政策和实践调查（G-SHPPS（74））），对构建指标可能会有所帮助。“青少年健康评估全球行动”咨询小组预计会提出青少年健康相关的指标。除此之外，还有其他来源（参见附录2）。
- 不同类型的指标（投入指标、过程指标、产出指标、成果指标、影响指标）与所处背景高度相关，例如，早年接种过肺结核疫苗的学生比例，拥有能够正常使用的厕所的学校比例。标准能够敦促学校和政府开展有效调查，对学生的健康、福祉、营养状况、学习成果等情况进行评估，从而找到需要重点投入的地方。不过，它们不能被用作全球标准的优先指标。

要通过协同的方式从教育部门定期采集用于构成全球标准的指标的数据。这些数据可能与HPS或其他全校参与法、学校健康、健康促进相关。其他部门，例如卫生部门，可以为学校健康计划等不一定由教育部门采集的相关指标提供技术支持。没有任何单一的工具可以满足构成全球标准的指标。

学校可以利用各种工具和审核方法来监测指标的进展情况。不过，这些工具和审核方法不一定与国家或全球监测所需的其他治理层面（包括地方和国家层面）相关联。世界卫生组织正在开发的HPS网页应用应该会有助于这方面的监测和评估工作。实施指南（本系列刊物中第二份刊物）也为学校监测工作提供了参考资料。

值得注意的是，指标对应的是每项全球标准的每一个组成要素。随着学校、各国、各地区开始实施HPS体系，“系统性指标”，即度量体系本身的运转情况以及八项全球标准之间如何相互作用的指标，在HPS实施达到更高水平时将发挥特别明显的作用。

第2部分和第3部分中用于代表标准的不同治理级别的颜色，也用于表2-9，作为每项全球标准的组成要素所对应的指标。

表2. 标准1：政府政策和资源

标准1：政府政策和资源					
标准声明：政府整体协同，致力于将每所学校建设成健康促进学校，并投资于这项事业。					
组成要素	指标	报告级别	建议的数据来源	注释	建议的报告频率
1.1 国家教育政策或战略将HPS视为通过教育实现国家发展目标的一种方式，并为HPS在全国范围内的推广提供框架。					
	存在HPS相关的国家教育政策或战略	国家级	2018年RMNCAH政策调查	可以在RMNCAH调查中添加特定问题以填充HPS指标	每3年
			拉丁美洲和加勒比海地区学校健康（国别调查）	调查涉及广泛的学校健康政策；可以用于构成该指标	每3年
	报告有与HPS相关的国家教育或健康的政策或战略的国家比例	全球级	2018年RMNCAH政策调查	可以在RMNCAH调查中添加特定问题以填充HPS指标	每年
1.2 教育部门对HPS实施工作的领导地位得以确立和明确，各级卫生部门及其他部门持续提供支持和配合。					
	国家教育主管部门牵头负责HPS相关工作。国家教育和健康主管部门以书面形式缔结关于HPS的合作伙伴关系	国家级	2018年RMNCAH政策调查	可以在RMNCAH调查中添加特定问题以填充HPS指标	每3年
			拉丁美洲和加勒比海地区学校健康（国别调查）	调查涉及广泛的学校健康政策；可以用于构成该指标	每3年
	工作由地方政府教育主管部门牵头负责 地方教育和健康主管部门以书面形式缔结关于HPS的合作伙伴关系	地方级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康（国别调查）	调查涉及广泛的学校健康政策；可以用于构成该指标	每年



组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
1.3 地方政府、社区、学校共同合作并对HPS工作做出正式承诺。					
	学校与地方政府之间签署了合作协议 学校与当地社区之间签署了合作协议	地方级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康（国别调查）	调查涉及广泛的学校健康政策；可以用于构成该指标	每3年
	与地方政府签署了合作协议的学校比例 与当地社区签署了合作协议的学校比例	国家级			每年
1.4. 有充足的人力资源、信息资源、财政资源让每所学校都成为健康促进学校。					
	国家HPS相关政策的内容包括明确分配充足的财政资源，以支持全国的HPS建设工作，国家预算中有HPS建设工作的专项资金	国家级	2018年RMNCAH政策调查	可以在 RMNCAH 调查中添加特定问题以填充HPS 指标	每3年
			拉丁美洲和加勒比海地区学校健康（国别调查）	调查涉及广泛的学校健康政策；可以用于构成该指标	每3年
1.5. 有一个在国家、次国家、地方政府层面对HPS实施情况进行规划、进展和效果监测以及监督的体系。					
	国家层面有关于HPS工作的监测和评估框架	国家级	2018年RMNCAH政策调查	可以在 RMNCAH 调查中添加特定问题以填充HPS 指标	每3年
	地方层面有HPS工作监测和评估框架	地方级			每3年
	报告有针对HPS工作的监测和评估体系的国家比例	全球级			每3年

表3. 标准2：学校政策和资源

标准2：学校政策和资源					
标准声明：学校致力于采用全校参与法建设健康促进学校，并对此进行投资。					
组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
2.1 学校有HPS相关政策和/或计划。					
	学校有HPS相关的政策和/或计划	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每年
	有HPS相关的学校政策和/或计划的学校比例	国家级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每3年
2.2 学校有关于学校与利益相关方之间为实现HPS而开展的定期交流、沟通、合作的政策和/或计划。					
	存在对学校与当地利益相关方之间围绕HPS开展定期交流合作的机制进行说明的政策和/或计划	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每年
2.3. 学校有成为健康促进学校所需的充足的人力资源、信息资源、财政资源。					
	学校HPS相关政策包括明确分配充足的财政资源以支持学校HPS建设工作 学校预算中有HPS专项资金	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每年
2.4. 学校定期对HPS相关政策和资源的实施情况和效果进行规划和监测。					
	学校有针对性HPS实施和资源配置进行监测和评估的框架。	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每年
			FRESH	可行性将取决于用于数据采集的学校资源	
	有HPS监测和评估框架的学校比例	国家级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后，可以用于补充指标	每3年



表4. 标准3: 学校治理和领导力

标准3: 学校治理和领导力

标准声明: 学校治理和领导力的全校参与模式为健康促进学校的建设提供支持。

组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
3.1. 学校领导团队 (学校董事会成员、管理层、校长及其他校领导) 在学校社区支持并推广HPS的宣传工作。					
	学校有专门支持和推动HPS工作的领导团队	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
3.2. 学校HPS领导层具有分布式的特点, 由校长、教师负责人、行政人员、校董事会成员、管理层、学校健康专业人士、学生及其父母和看护人构成。					
	HPS政策包含一种分布式领导力模式 学校HPS领导人员知晓HPS政策并遵守该政策	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
3.3. 为HPS领导人员 (即推动HPS倡议的人员) 提供关于领导力和HPS的在职学习机会。					
	学校为领导人员提供HPS和领导力方面的培训 (如适用) 学校为HPS培训分配资金和资源	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
	领导人员接受HPS相关培训的学校比例 (在与当地实际情况相关的层面上)	国家级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每3年
3.4. 能够针对HPS相关的学校治理和领导力的进展和效果进行规划和监测。					
	学校有针对HPS相关的治理和领导力进行监测和评估的框架	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明学校健康政策和实施政策的章节	每年

表5. 标准4: 学校与社区之间的伙伴关系

标准4: 学校与社区之间的伙伴关系					
标准声明: 学校与当地社区就建设健康促进学校对接与合作。					
组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
4.1. 学生及其父母和看护人、法定监护人、家长参与HPS相关的所有学校工作, 并开展相关合作					
	学校有关于鼓励学生父母、看护人、法定监护人、家长参与学校生活的方方面面的计划	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明学校健康政策和实施政策 (包括社区交流) 的章节	每3年
4.2. 学校通过各种正式和非正式伙伴关系与地方社区的利益相关方 (包括地方政府) 就HPS进行对接和开展合作					
	学校有与当地社区的利益相关方 (包括地方政府在内) 交流HPS相关工作的计划	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明学校健康政策和实施政策 (包括社区交流) 的章节	每3年
4.3. 学校领导团队成员与学校和地方社区 (包括学生父母和看护人) 开展合作, 规划HPS伙伴关系并监测其进展和效果					
	学校有相应的方法将利益相关方纳入到HPS所有监测和评估框架的开发和实施过程中	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明学校健康政策和实施政策 (包括社区交流) 的章节	每3年





表6. 标准5: 学校课程

标准5: 学校课程

标准声明: 学校课程在身体、社会情感和心理层面上支持学生的健康与福祉。

组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
5.1. 学校工作人员不仅了解学生的身体健康状况及特点、学生的社会情感和心理状况及特点, 而且了解这些因素如何影响学生的学习和行为。					
	认为自己有能力解决学生健康和福祉问题的教职工比例	校级	教学国际调查	有专门说明校风和不同学校环境的章节, 但不需要年度报告	每年
	接受过关于健康与学习两者之间联系的职前和在职培训的教职工比例	校级			每年
5.2. 学校实施的课程涵盖重要教育和健康成果所涉及的有关学生健康、安全、营养、福祉的身体、社会情感和心理层面的知识 (参见附录1), 并与国家HPS政策保持一致。					
	学校课程涵盖了身体、社会情感、心理层面的健康和福祉的相关知识 (各级)	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明健康教育的章节	每年
	报告本校课程涵盖了身体、社会情感、心理层面的健康和福祉的相关知识的学校比例	国家级	SHPPS (健康教育调查)	评估健康话题的区级政策	每3年
	国家政策指导学校实施HPS相关的课程	国家级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (国别调查)	涉及广泛的学校健康政策, 可用于构成指标	每3年
5.3. 学校课程有助于增进了解、弘扬价值观、改变态度, 而这有利于推动可持续消费和可持续环境的建设。					
	可持续发展被纳入所有学生的环境科学课程中	校级			每年

表6. 标准5: 学校课程 (续)

标准5: 学校课程					
标准声明: 学校课程在身体、社会情感和心理层面上支持学生的健康与福祉。					
组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
5.4. 学校课程中的教学内容、教学方法、师生关系以及教师与教师之间的关系, 能够在学校社区内传授知识和技能、改变态度、规范行为的过程中, 促进健康, 建立积极健康的关系, 养成积极健康的生活方式, 保障安全, 推动体育活动的开展, 促进营养保健, 提升福祉。					
	存在通过在学校社区传授知识和技能、改变态度、规范行为来推动HPS相关工作的参与式教学法 存在推动学校社区内HPS相关工作的师生关系以及教师与教师之间关系的框架	校级	教学国际调查	有专门说明校风和不同学校环境的章节, 但不要求年度报告	每年
5.5. 为工作人员提供培训和支持, 使其健康素养得以提升, 并能够使用支持HPS方法的学习和教学策略。					
	存在支持学校开展参与式技能型健康教育的教师培训课程 (与地方环境相关的层面)	国家级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (学校调查)	有专门说明健康教育的章节	每3年
5.6. 针对学校课程的内容和授课方式, 定期开展规划、监测进展和效果, 并 (在有必要时) 进行调整, 以更好地促进健康、提升福祉。					
	可以监测和评估与HPS以及健康和福祉相关的学校课程的框架	校级			每年



表7. 标准6: 学校社会情感环境

标准6: 学校社会情感环境

标准声明: 学校可以提供安全、支持性的社会情感环境。

组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
6.1. 学校政策对建设理想的校园社会情感环境提出了明确要求, 包括采取必要的改善措施、提出反馈。					
	存在包含社会情感环境的所有要素 (包括公平性、包容性、多样性、尊重) 的综合性学校政策 存在反欺凌政策	校级	教学国际调查	正由教育部门施行和领导, 但不需要年度报告	每年
6.2. 在推动建设支持性和安全的社会情感环境方面, 学校进行了充足的投入, 也有充足的资源。					
	学校预算包含充足的资金, 专门用于提供并促进学校政策中所明确的安全的支持性社会情感环境	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
6.3. 定期监测学校的社会情感环境, 通过采取改善措施和反馈, 确保积极的环境。					
	用于监测和评估HPS相关的学校社会情感环境的框架	校级			每年
	符合学校安全国家标准 (社会情感类) 的学校比例	国家级	FRESH	可行性将取决于用于数据采集的学校资源	每3年

表8. 标准7: 学校物理环境

标准7: 学校物理环境					
标准声明: 学校可以提供健康、安全、包容的物理环境。					
组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
7.1. 学校政策确保为学校社区的所有成员创建一个符合国家政策的安全环境。					
	学校政策明确了确保安全的物质学习环境所需要的主题和行动	校级	拉丁美洲和加勒比海地区学校健康 (国别调查)	涉及广泛的学校健康政策; 可用于构成指标	每年
7.2. 有充足的投入 (例如, 资源投入、培训投入、资金投入) 来维护安全的学校物理环境。					
	学校政策明确了要为推动建设和维护安全环境提供充足的资源和投资	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
7.3. 定期监测学校物理环境是否符合关于建设安全、健康且具有包容性的学校物理环境的标准和规章制度, 并根据需要采取相应的措施 (例如, 定期检查设备)。					
	学校有可以监测和评估学校物质环境安全性的框架	校级			每年
	符合国家安全标准的学校比例	国家级			每3年



表9. 标准8: 学校健康服务

标准8: 学校健康服务

标准声明: 所有学生都能够享受校内或与学校对接的综合性健康服务, 满足其身体、情感、社会心理、教育方面的保健需求。

组成要素	指标	报告级别	建议数据来源	注释	建议报告频率
8.1. 综合性学校健康服务的提供被纳入学校政策且与国家政策和规定保持一致。					
	存在对综合性学校健康服务的提供或对接做出明确规定的学校政策	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每年
	国家政府要求学校出台对综合性学校健康服务的提供或对接予以明确的政策	国家级	2018年 RMNCAH 政策调查	有专门说明青少年服务提供的章节	每3年
	(依据地方和国家规定) 提供了最低程度的校内健康服务的学校比例	国家级	FRESH	可行性将取决于用于数据采集的学校资源	每3年
8.2. 学校健康服务反映了学校和当地社区的需求和重点任务, 而且可以根据突发公共卫生事件及其他新的需要进行调整。					
	学校健康服务成为学校和当地社区的需求和重点任务	国家级	2018年 RMNCAH 政策调查	有专门说明青少年服务提供的章节	每3年
8.3. 根据儿童青少年高质量健康服务标准提供学校健康服务 (例如, 服务及时、尊重文化、注意敏感性、适龄、符合不同性别需要、以权利为基础、循证式)。					
	学校健康服务的提供符合儿童青少年高质量医疗服务标准	校级	学校健康服务标准	数据采集的链接具有相关性	每3年
8.4. 对学校营养和健康食品的供应等学校健康服务, 进行了一定的投入 (例如, 资源投入、培训投入、资金投入)。					
	学校政策明确了在学校健康服务的提供或对接方面有充足的资源和投资 学校在提供或对接健康服务方面有充足的预算分配	校级	G-SHPPS	预计在调查完成修订后, 可以用于补充指标	每3年
8.5. 针对学校健康服务的进展和效果, 学校有相应的规划和监测体系, 包括质量保证和标准合规。					
	学校有监测和评估学校提供或对接健康服务的框架	国家级	2018年 RMNCAH 政策调查	第5部分: 青少年健康; 例如, 有没有用于监测这些标准实施情况的活动?	每3年

总结

学校能够对学生及其家庭和社区的健康和福祉产生重要影响。虽然健康促进学校（HPS）倡议及致力于在教育过程中促进健康的其他全校参与法已经有几十年的历史，但是直到目前人们才日益认识到，健康和教育是儿童青少年的基本资源，而学校则为健康和教育提供了重要的环境。以上介绍的这些全球标准和指标是世界卫生组织和联合国教科文组织倡议的一部分，可以指导学校和政府在教育过程中持续实施全校参与法以实现健康目标。

HPS体系的八项全球标准指出，要想成功施行这些标准，需要引入多层级管理体系和全校参与法，共同促进学校方方面面的工作。HPS体系是有目的性的、灵活的、动态发展的，旨在支持全校参与法和相关计划的逐步实施。实施指南提供了审查、设计、实施、监测、评估HPS活动的详细方法，作为配套材料为全球标准和指标提供支持。

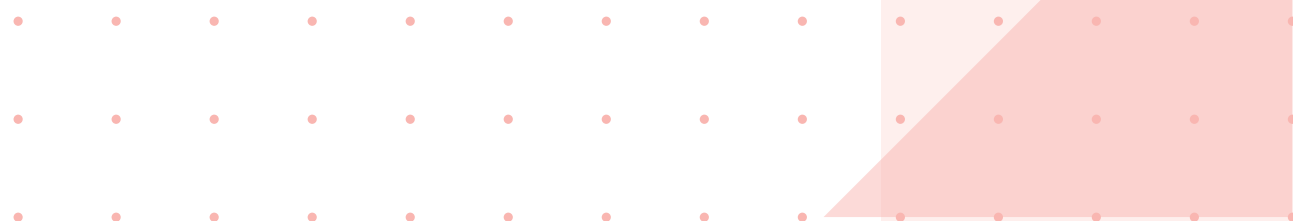
HPS体系全球标准为未来的健康学校提出了愿景。这些标准强调了实现一种真正嵌入式、可持续的HPS体系所需要的氛围、活动和环境，因此预计可以作为各个治理层的利益相关方（尤其是教育部门内部利益相关方）所参考的路线图。

“**健康和教育是支撑人类发展的两大基石。**”

世界卫生组织总干事特德罗斯·阿达诺姆·盖布雷耶苏斯（谭德塞）2018年10月在联合国教科文组织全球健康与教育教席计划官方发言中表示。

“**我们必须保障所有人接受高质量教育的权利，因为我们要同时实现健康和教育这两个目标。**”

联合国教科文组织总干事奥德蕾·阿祖莱2017年12月在世界艾滋病日致辞时的发言。





参考文献

1. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: Data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev.* 2015;2(4):268–83.
2. Guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Improving the health of children and young people in the European Region and Central Asia. Haderslev: Schools for Health in Europe; 2020 (<https://www.schoolsforhealth.org/>).
4. St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools from evidence to action. Saint Denis: International Union for Health Promotion and Education; 2010.
5. Hargreaves A, Fullan M. Professional capital: Transforming teaching in every school. New York City (NY): Teachers College Press; 2015.
6. Glossary of education reform. Student outcomes. Portland (ME): Great Schools Partnership; 2014 (<https://www.edglossary.org/student-outcomes>).
7. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June–22 July 1946. Geneva: World Health Organization; 1948 (<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>).
8. Health promotion. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2020 (<https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>).
9. Global school health initiatives: Achieving health and education outcomes, report of a meeting, Bangkok, Thailand. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F, Burns B et al. Implementation research: A synthesis of the literature (FMHL Publication No. 231). Tampa (FL): University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network; 2005 (<http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/publications/Monograph>).
11. Early childhood training and technical assistance system. Design and implementation. Washington DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families; 2020 (<https://childcareta.acf.hhs.gov/systemsbuilding/systems-guides/design-and-implementation/program-design-and-implementation-overview/importance>).
12. Samdal O, Rowling L. Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Educ.* 2011;111(5):367–90.
13. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: lessons from the Millennium Development Goal health indicators. *Lancet.* 2007;369(9564):862–73.
14. Salabarria-Peña Y, Apt BS, Walsh CM. Developing evaluation indicators. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
15. Moller AB, Newby H, Hanson C, Morgan A, El Arifeen S, Chou D et al. Measures matter: A scoping review of maternal and newborn indicators. *PLoS One.* 2018;13(10):e0204763.
16. Kreisel W, von Schirnding Y. Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Stat Q.* 1998;51(1):75–8.
17. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). Chicago (IL): The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning; 2020 (<https://casel.org/>).
18. Chatterjee Singh N, Duraiappah AK. Rethinking learning: A review of social and emotional learning frameworks for education systems. New Delhi: Mahatma Gandhi Institute of Education for Peace and Sustainable Development; 2020.
19. WHO, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol. 1: Standards and criteria. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>).
20. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health. A practical guide. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf).
21. Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).
22. Community health manual policy school aged children, school health services in Western Australia. Perth: Government of Western Australia, Department of Health; 2013.
23. Thompson D, Leis M, Davies N, Viner R. Building healthy societies: A framework for integrating health and health promotion into education. Doha: World Innovation Summit for Health; 2020.
24. Primary education. New York City (NY): United Nations Children's Fund; 2019 (<https://data.unicef.org/topic/education/primary-education/>).

25. Secondary education. New York City (NY): United Nations Children's Fund; 2019 (<https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/>).
26. Life skills education school handbook – noncommunicable diseases: approaches for schools. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240005020>).
27. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ et al. The mental health of young people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(6):806–14.
28. Rural services integration toolkit: School-based services integration model. Grand Forks (ND): Rural Health Information Hub; 2020 (<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/services-integration/2/school-based>).
29. Gender equality in education. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization Institute of Statistics; 2020 (<http://uis.unesco.org/en/topic/gender-equality-education>).
30. Reducing global poverty through universal primary and secondary education. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2017.
31. Fact sheet No. 45: Literacy rates continue to rise from one generation to the next. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2017.
32. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
33. Health promoting schools: Experiences from the Western Pacific Region. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2017.
34. Wellbeing policy statement and framework for practics 2018–2023. Dublin: Department of Education and Skills; 2019.
35. Operational guidelines on school health programme. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Ministry of Human Resource and Development; 2018.
36. Basch CE. Healthier students are better learners: A missing link in school reforms to close the achievement gap. *J School Health*. 2011;81(10):593–8.
37. Owen KB, Parker PD, Astell-Burt T, Lonsdale C. Regular physical activity and educational outcomes in youth: A longitudinal study. *J Adolesc Health*. 2018;62(3):334–40.
38. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger K. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev*. 2011;82:405–32.
39. Durlak JA WR, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger K. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev*. 2011;82:405–32.
40. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012;379:1641–52.
41. Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, Saffery R, Wlodek ME, Azzopardi PS et al. Adolescence and the next generation. *Nature*. 2018;554(7693):458–66.
42. Bonell C, Beaumont E, Dodd M, Elbourne DR, Bevilacqua L, Mathiot A et al. Effects of school environments on student risk-behaviours: evidence from a longitudinal study of secondary schools in England. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(6):502–8.
43. Shinde S, Weiss H, Varghese B, Khandeparkar P, Pereira B, Sharma A et al. Promoting school climate and health-related outcomes: A cluster randomised controlled trial of the SEHER multi-component secondary school intervention in Bihar, India. *Lancet*. 2018;392(10163):2465–77.
44. Bond L, Patton G, Glover S, Carlin JB, Butler H, Thomas L et al. The Gatehouse Project: Can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(12):997.
45. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health*. 2007;40(4):357.e9–18.
46. Policy brief: Education during COVID-19 and beyond. New York City (NY): United Nations; 2020.
47. Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8479.



48. 2020 Global education meeting: Extraordinary session on education post-COVID-19. Background document. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2020.
49. Achieving schools: Guidelines to promote health in schools. Saint Denis: International Union for Health Promotion and Education; 2009.
50. Langford R, Bonell C, Komro K, Murphy S, Magnus D, Waters E et al. The health promoting schools framework: Known unknowns and an agenda for future research. *Health Educ Behav*. 2017;44(3):463–75.
51. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E et al. The World Health Organization's health promoting schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15(1):130.
52. Bonell C, Allen E, Warren E, McGowan J, Bevilacqua L, Jamal F et al. Effects of the learning together intervention on bullying and aggression in English secondary schools (INCLUSIVE): A cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;392(10163):2452–64.
53. Local action: creating health promoting schools. Geneva: World Health Organization; 2000.
54. A systematic review of the enablers and barriers of health promoting schools. Geneva: World Health Organization; 2021.
55. A global review of policy, standards and guideline documentation for health promoting schools. Geneva: World Health Organization; 2021.
56. Herlitz L, MacIntyre H, Osborn T, Bonell C. The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. *Implement Sci*. 2020;15(1):4.
57. Hung TTM, Chiang VCL, Dawson A, Lee RLT. Understanding of factors that enable health promoters in implementing health-promoting schools: A systematic review and narrative synthesis of qualitative evidence. *PloS One*. 2014;9(9):e108284.
58. Thirteenth General Programme of Work (GPW13). Geneva: World Health Organization; 2018.
59. Inter-agency meeting for a new joint approach to school health: Promoting health to strengthen education outcomes. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2019 (<https://en.unesco.org/news/better-health-better-learning-agencies-commit-strengthening-school-health>).
60. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!), guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
61. Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all. Strengthening collaboration among multilateral organizations to accelerate country progress on the health-related Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2019.
62. Azevedo JP, Hasan A, Goldemberg D, Iqbal SA, Geven K. Simulating the potential impacts of COVID-19 school closures on schooling and learning outcomes: A set of global estimates. Washington DC: World Bank; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33945>).
63. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2019;14(6):e0212603.
64. Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews. *J Adolesc Health*. 2016;58(4):382–96.
65. Fry D, Fang X, Elliott S, Casey T, Zheng X, Li J et al. The relationships between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Neglect*. 2018;75:6–28.
66. Dalsgaard S, McGrath J, Østergaard SD, Wray NR, Pedersen CB, Mortensen PB et al. Association of mental disorder in childhood and adolescence with subsequent educational achievement. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(8):797–805.
67. Rosas SR. Systems thinking and complexity: considerations for health promoting schools. *Health Promot Int*. 2017;32(2):301–11.
68. School-based food and nutrition education – A white paper on the current state, principles, challenges and recommendations for low- and middle-income countries. Rome: Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2020 (<http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb2064en>).

69. Monitoring and evaluation guidance for school health programs. Focus Resources on Effective School Health (FRESH). Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2014 (https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/FRESH_M&E_THEMATIC_INDICATORS.pdf).
70. Global Education Evidence Advisory Panel. Cost-effective approaches to improve global learning: What does recent evidence tell us are “smart buys” for improving learning in low- and middle-income countries. Washington DC: World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/topic/teachingandlearning/publication/cost-effective-approaches-to-improve-global-learning>).
71. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Corwin Press; 2011.
72. Krathwohl D. A revision of Bloom’s Taxonomy: An overview. Theory Pract. 2010;41(4):212–8.
73. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
74. The School Health Policies and Practices Study. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2016 (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/shpps/index.htm>).





附录 1 资源

该清单包含了一系列具有全球相关性的资源，对全球标准所涉及的话题和问题进行了进一步解释（例如，指南，政策）。实施指南（本系列刊物中第二份刊物）中包含了用于实施的资源清单。

教育和健康话题及成果

The following resources may be useful for determining the topics and outcomes in education and health to be addressed locally.

青少年福祉

Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, Engel D, Zeck W, Fagan L et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. J Adolesc Health. 2020; 67(4):472–6.

全面性教育

International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. New York City (NY): UNFPA; 2018 (<https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>).

Practical guidelines for supporting EDUCAIDS implementation. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2012 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000215295?posInSet=12&queryId=c2eale8e-48a6-4609-b8d8-6d0cc084c35f1>).

食品和营养教育

School-based food and nutrition education – a white paper on the current state, principles, challenges and recommendations for low- and middle-income countries. Rome: FAO; 2020 (<http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb2064en>).

Home-grown school feeding resource framework. Rome: World Food Programme; 2018 (<https://www.wfp.org/publications/home-grown-school-feeding-resource-framework>).

灵活的学习战略

Flexible learning strategies for out-of-school children and youth. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2017 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000252750>).

Handbook on facilitating flexible learning during educational disruption. The Chinese experience in maintaining uninterrupted learning in COVID-19 outbreak. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2020 (<https://iite.unesco.org/wp-content/uploads/2020/03/Handbook-on-Facilitating-Flexible-Learning-in-COVID-19-Outbreak-SLIBNU-V1.2-20200315.pdf>).

青少年健康成果

Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HAI): Guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1>). A list of key health outcomes for adolescents, such as positive health and development interventions, prevention of unintentional injury, violence prevention, sexual and reproductive health including HIV, communicable disease, noncommunicable disease, nutrition and physical activity, mental health, prevention of substance use and self-harm.

信息通信技术

ICT competency standards for teachers: competency standards modules. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2008 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000156207?posInSet=9&queryId=fefab325-fcd3-4353-8e95-1fd0bcde192a>).

ICT competency standards for teachers: policy framework. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2008 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000156210?posInSet=19&queryId=fefab325-fcd3-4353-8e95-1fd0bcde192a>).

生活技能教育

Life skills education school handbook: Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>).

学校健康服务

Guideline on school health services. Geneva: WHO; 2021

教育和健康系统内的评估

Better evaluation (<https://www.betterevaluation.org/>).

Rogers P. Overview of impact evaluation. New York City (NY): UNICEF; 2014 (https://www.unicef-irc.org/KM/IE/impact_1.php).

United Nations Evaluation Group (<http://www.uneval.org/>).

全球青少年高质量医疗服务标准

Vol. 1. Standards and criteria (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf?ua=1).

Vol. 2. Implementation guidance (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/4/9789241549332_vol2_eng.pdf?ua=1).

Vol. 3. Data collection tools (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/5/9789241549332_vol3_eng.pdf?ua=1).

Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: WHO; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>).

对公共卫生危机的回应

Checklist to support schools re-opening and preparation for COVID-19 resurgences or similar public health crises. Geneva: WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017467>).

Policy brief: Education during COVID-19 and beyond. New York City (NY): United Nations; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf).

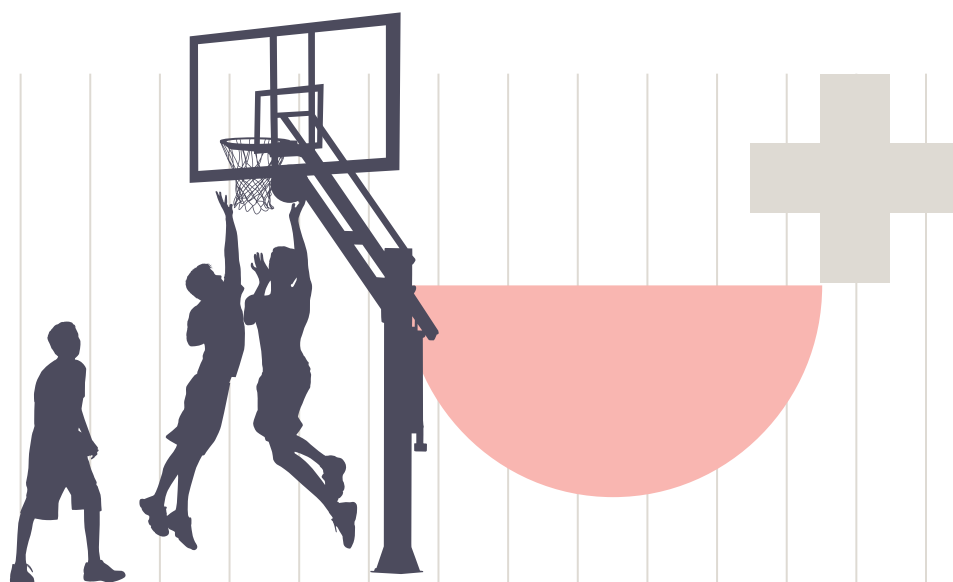
致力于在教育过程中促进健康的全校参与法

Focusing resources on effective school health (FRESH). Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization; 2014 (<https://www.fresh-partners.org/fresh-framework.html>).

Health promoting schools. Washington DC: Pan American Health Organization (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=health-promoting-schools-7584&Itemid=270&lang=en).

Schools for Health in Europe (<https://www.schoolsforhealth.org/>).

Thompson D, Leis M, Davies N, Viner R. Building healthy societies: A framework for integrating health and health promotion into education. Doha: World Innovation Summit for Health; 2020 (<https://2020.wish.org.qa/app/uploads/2020/09/IMPJ7849-02-Schools-WISH2020-201102-WEB.pdf>).





附录2 指标的数据来源和资源

以下数据来源可用于构成全球标准的指标。

潜在来源	注释（例如，建议模块、举例说明）
欧洲健康促进学校标准和指标 SHE (2019)	<p>包含校级指标</p> <p>例如：“学校课程包含健康和福祉相关的话题和活动，旨在提升适龄健康素养，增强促进健康的行动能力。”</p> <p>https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/standards-indicators</p>
全球校内学生健康调查， 世界卫生组织和疾病控制 与预防中心（2017年）	<p>可用于评估学生的有关情况</p> <p>核心问卷调查模块</p> <p>例如，“过去12个月以来，你多久会对某件事担心到无法在夜里安然入睡的地步？”</p> <p>https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/methodology/en/</p> <p>https://www.cdc.gov/gshs/index.htm</p> <p>关于饮酒的核心拓展问题，例如：“过去30天以来，你有多少次与家人或朋友发生过矛盾、翘过课、因饮酒而与他人打架？”</p>
全球学校健康政策和实践 调查 (G-SHPPS)，世界卫 生组织和疾病控制与预防 中心（2017年，2021年）	<p>包含关于学校健康协调、学校健康服务和学生健康话题等内容，目前正在修订之中</p> <p>例如，“有没有为教授健康相关话题的教师提供相关课程表、课程计划、学习活动以指导授课？”</p> <p>“我们的学校有没有或是否遵循禁止学生校内打架或其他形式的暴力的明文政策/指南/规定？”</p> <p>“医生或其他医疗专业人士（例如，牙医、心理健康咨询师）每个月平均有多少天在校工作？”</p> <p>https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/shpps/index.htm</p>
健康促进学校：最新情况 进展，Lee A, Lo A, Li Q, Keung V, Kwong A （2020 年）	<p>归纳总结HPS相关的关键内容、指标和针对结果采取的措施。</p> <p>https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-020-00575-8</p>

潜在来源	注释（例如，建议模块、举例说明）
INSPIRE指标指南和成果框架 联合国儿童基金会（2018年）	<p>可用于评估暴力和欺凌结果（社会情感环境）。核心指标举例如下：</p> <p>学校体罚 “表示在过去12个月上学过程中被老师体罚的男女儿童和/或青少年比例（按性别和年级或年龄划分）”</p> <p>同辈暴力 “在过去12个月经历过欺凌的男女青少年比例（按欺凌类别、性别、年级或年龄划分）”</p> <p>https://www.unicef.org/documents/inspire-indicator-guidance-and-results-framework</p>
中学发展工具 (MDI) 人类早期学习伙伴关系，不列颠哥伦比亚大学（2019年）	<p>问题涉及学生对求助于老师的感觉、学生的归属感以及学生对学校社区的贡献。可用于评估社会情感环境相关的成果。</p> <p>例如：“你们学校有没有哪个老师或其他人相信我会成功？”</p> <p>“（你在多大程度上会同意）老师和学生在校做到了相互尊重？”</p> <p>http://earlylearning.ubc.ca/mdi/</p>
学校健康计划监测和评估指南, FRESH (2014)	<p>在很多情况下，指标的构成需要多种数据来源和人物访谈。</p> <p>关于支持FRESH的八项核心指标，举例如下：</p> <p>“（根据当地和国家标准）提供了最低保障的校内健康和营养服务的学校比例。”</p> <p>“有没有将健康话题纳入根据国家健康重点工作筛选的中小学课程中？”</p> <p>“职前教师教育课程是否包括技能型健康教学？”</p> <p>https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/monitoring-and-evaluation-guidance-school-health-programs-eight-core-indicators</p>
生殖健康、孕产妇健康、新生儿健康、儿童健康和青少年健康 (RMNCAH) 政策调查 世界卫生组织（2018年）	<p>由健康主管部门牵头负责。如定期采集数据，可以通过调整来构成指标。</p> <p>模块4：儿童健康（提供儿童健康综合性服务）</p> <p>举例如下：</p> <p>“有没有关于儿童健康和儿童发展的国家政策/指南？”</p> <p>“有没有关于儿童疾病综合管理的国家政策/指南？”</p> <p>模块5：青少年健康</p> <p>举例如下：</p> <p>“有没有关于健康促进学校的国家标准？”</p> <p>“有没有仅针对青少年（10-19岁）健康问题的国家政策/指南？”</p> <p>“有没有关于青少年健康服务提供标准的国家政策？” “有没有在国家政策/指南中针对下列健康问题特别面向青少年采取干预措施/开展活动？”</p> <p>“有没有开展活动以监测交付标准的实施情况？”</p> <p>https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/policy-indicators/en/</p>



潜在来源	注释(例如, 建议模块、举例说明)
学校健康指数 疾病控制与预防中心 (2017年)	在(美国及其他地方的)学校采集的数据, 没有集中存储的数据, 小学 关于自我评估(0-3分值), 举例如下: “具有代表性的学校健康委员会或团队” “关于学校健康和安全的明文政策” “向学生普及健康和安全的政策” https://www.cdc.gov/HealthySchools/SHI/ 初中或高中
拉丁美洲和加勒比海地区 学校健康国别调查 泛美卫生组织, 世界卫生组织, 联合国儿童基金会, 联合国毒品和犯罪问题办公室, 世界银行, 联合国教科文组织	可通过调整构成指标, 取决于数据采集方法。 国别调查; 关于学校健康政策和战略的章节 举例如下: “有没有关于学校健康的国家政策、战略和/或计划?” “谁负责学校健康政策、战略和/或计划的实施工作?” “你认为大多数地区级、地方级、校级利益相关方是否有关于学校健康的国家政策、战略和/或计划的文本?” “学校健康的资金来源是什么?”
学校健康政策和实践研究 (SHPPS) 疾病控制与预防中心 (2016年)	健康和安全的学校环境区级调查问卷 https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/shpps/index.htm 健康教育区级调查问卷 健康服务区级调查问卷 “你所在区是否有人对学校健康服务工作进行监督或协调?”, 营养服务区级调查问卷 “你所在区是否出台了要求学校餐饮服务负责人获得营养话题相关的继续教育学分的政策?” 体育教育和体育活动区级调查问卷
可持续发展目标4 数据摘要: 如何创造并利用全球和主题教育指标 联合国教科文组织 (2019年)	关于全球指标, 举例如下: “全球公民意识教育(i)和可持续发展教育(ii)(包括性别平等和人权)被纳入(a)国家教育政策、(b)课程、(c)教师教育、(d)学生评估中的程度” “(a)可以用电、(b)接入互联网进行教学、(c)使用电脑进行教学、(d)针对残障学生调整教学设施和教学材料、(e)有基本的饮用水、(f)有男女分开的基础卫生设施、(g)有基础洗手设施(符合WASH指标定义)的学校比例” http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/sdg4-data-digest-2019-en.pdf

潜在来源	注释（例如，建议模块、举例说明）
学生对学校的态度调查 位于墨尔本的澳大利亚教育与培训部（2019年）	关于欺凌、校风、学校安全性、学校归属感的问题 可用于评估社会情感环境和学生福祉相关的成果 内容包括： “我喜欢在这个学校上学” “感觉在这个学校有归属感” https://www.education.vic.gov.au/school/teachers/management/improvement/Pages/performsurveyat.aspx
教学国际调查， 经济合作与发展组织（2018年）	由教育主管部门牵头并定期采集的数据，可用于评估社会情感环境相关的成果 主要问卷调查，举例如下： “以下政策和实践有没有在学校实施？” 为学生讲授不同的社会经济背景知识 关于明确反对性别歧视的政策 关于明确反对社会经济歧视的政策 为弱势学生提供更多支持 http://www.oecd.org/education/school/talis2018questionnaires.htm
PISA相关的福祉问卷调查 （可以采取国际化形式） 经济合作与发展组织（2018年）	由教育主管部门牵头并定期采集的数据，可用于评估社会情感环境和学生福祉相关的成果，福祉模块举例如下： “对你而言，向家人、朋友、老师等人倾诉一些令你困扰的事情有多么简单？” https://www.oecd-ilibrary.org/education/data/oecd-education-statistics/pisa-programme-for-international-student-assessment_data-00365-en
对学校健康和学校餐饮而言最重要的事情：框架文件SABER， 世界银行（2012年）	政策指标举例如下： “一份境况分析评估了包含各种专题领域的必要性，而且介绍了具有针对性且循证式的国家学校健康计划的政策、设计、实施。” “通过定期清洁和垃圾处理使校园环境保持清洁和安全的学校比例” https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/197681468331747243/what-matters-most-for-school-health-and-school-feeding-a-framework-paper

与以下机构合作：



了解更多信息，请联系：
healthpromotion@who.int

