

赋权视角下家庭开展健康教育的基本逻辑与优化路径

尤芮可^{1,2*} 赵 阳^{1,2} 王虎峰^{1,2}

1. 中国人民大学医改研究中心 北京 100872

2. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘 要】在健康中国战略纵深推进的背景下,家庭作为健康教育的基本单元,如何激活其健康教育功能成为当前健康治理的重要议题。本文基于赋权理论视角,通过案例研究梳理家庭开展健康教育的基本逻辑,系统分析了赋权主体(主导型、执行型、补充型)的功能定位,揭示赋权主体如何通过正式和非正式的赋权方式,支持和推动家庭健康教育的实施。并从“赋权条件—赋权过程—赋权结果”探究家庭开展健康教育的赋权机制,深入分析赋权主体组合方式对赋权机制的影响。研究建议在制度层面应构建三类赋权主体协同机制,在实践层面应保障赋权落地,激发家庭内部主动性,并推动健康教育内容与家庭差异化需求的精准匹配。研究为家庭层面的健康教育提供了新的视角和策略,对于推动健康教育的实践具有重要的理论和实践意义。

【关键词】健康中国;健康教育;家庭角色;赋权理论;优化路径

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.09.002

The basic logic and optimization path of family health education from the perspective of empowerment theory

YOU Rui-ke^{1,2}, ZHAO Yang^{1,2}, WANG Hu-feng^{1,2}

1. Research Center of Health Care System Reform and Development, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. School of Public administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Under the background of the in-depth advancement of the Healthy China strategy, as the basic unit of health education, how to activate the health education function of the family has become an important issue in current health governance. From the perspective of empowerment theory, this article sorts out the basic logic of health education carried out by families through case studies, systematically analyzes the functional positioning of the empowerment subjects (dominant type, executive type, and supplementary type), and reveals how these empowerment subjects support and promote the implementation of family health education through formal and informal empowerment methods. And explore the empowerment mechanism of family health education from "empowerment conditions—empowerment process—empowerment results", and deeply analyze the influence of the combination mode of empowerment subjects on the empowerment mechanism. The research suggests that at the institutional level, a collaborative mechanism among three types of empowerment subjects should be established. At the practical level, it is necessary to ensure the implementation of empowerment, stimulate the initiative within families, and promote an optimized path for the precise matching of health education content with the differentiated needs of families. The research provides new perspectives and strategies for health education at the family level, which is of great theoretical and practical significance for promoting the practice of health education.

【Key words】 Healthy China; Health education; Family role; Empowerment theory; Optimization path

* 基金项目:国家社会科学基金项目(23BGL298)

作者简介:尤芮可(2001年—),女,硕博连读生,主要研究方向为基本公共卫生、健康政策和管理。E-mail:youruike@ruc.edu.cn

通讯作者:王虎峰。E-mail:wanghufeng616@ruc.edu.cn

1 引言

健康中国战略把人民健康放在优先发展的战略地位,要求推动关口前移,加强健康教育,对推动全社会共建共享、实现更高水平的全民健康具有重要作用。^[1]《“健康中国 2030”规划纲要》强调“共建共享是建设健康中国的基本路径”,并“从供给侧和需求侧两端发力,统筹社会、行业和个人三个层面,形成维护和促进健康的强大合力”。家庭由此成为个人健康素养提升、健康行为养成的关键场景。2024 年 1 月,国家卫生健康委办公厅等多部门印发《关于开展健康家庭建设的通知》(国卫办人口发〔2024〕1 号),提出健康家庭建设的实施路径与具体措施,推动确立家庭在健康教育中的重要地位,以家庭为基本单元的健康管理与健康教育已成为实现健康中国战略目标的必要前提。

早在 1995 年世界卫生组织就对健康教育作出了明确界定,即“有意识地创造学习交流的机会,旨在提高健康素养,增进知识和发展生活技能”。^[2]国际上较早就有家庭开展健康教育的实践。美国长期倡导“以家庭为中心的健康促进”模式^[3];英国鼓励医务人员与家庭共同参与健康规划,并通过社区主导的“家庭健康伙伴关系”项目推动健康教育向家庭嵌入^[4];瑞典设立家庭健康指导师岗位,专职向家庭提供居家健康教育、个性化咨询与行为调整建议^[5];挪威明确规定,家庭应当参与社区健康决策、照护计划制定及健康资源配置反馈^[6]。国内家庭开展健康教育的理论价值与实践意义也日益受到学界的广泛关注^[7-10],但整体实践较少并存在一定研究局限:第一,

研究重心多聚焦于对个体行为干预或单一主体的健康教育实践^[11],缺乏系统探讨;第二,已有研究普遍将家庭视为政策的被动接受者^[12-13],忽视其在健康教育中发挥的主动作用;第三,缺乏从赋权视角下对家庭开展健康教育的理论和实践研究。

本文提出的“赋权家庭开展健康教育”,是指政府、专业机构、社会组织等不同主体通过正式或非正式的赋权,激发家庭在健康教育中的主动性与组织能力,使其从被动接受者转变为健康治理的主动参与者。为弥补现有研究的不足,本文尝试构建赋权家庭开展健康教育的理论分析框架,并结合具体的健康家庭实践案例,探究家庭开展健康教育的基本逻辑与优化路径,既契合我国提升家庭健康功能的政策导向,也呼应健康教育转型的现实需求,为推动我国健康教育政策的创新与实践提供理论支持。

2 资料来源与分析框架

2.1 资料来源

本文案例选自中国计生协等六部门联合开展的“好家风·健康行”家庭健康典型案例征集活动,共计 77 个案例,纳入本文的样本案例均要满足以下的条件:(1)案例完整性。能够完整反映家庭在健康教育和健康促进方面的具体做法和过程。(2)典型性和创新性。能够反映家庭在健康教育和健康促进方面的具体实践和显著成效。(3)普适性和可复制性。能够为其他家庭提供借鉴和参考。最终本文结合地区、家庭特征、赋权方式、实践内容与代表模式,选取 4 个家庭案例作为本文研究样本(表 1)。

表 1 4 个赋权家庭开展健康教育案例对比

案例家庭	地区	家庭特征	赋权主体与方式	实践表现	代表类型
A 家庭	江西吉安	双医务工作者家庭 (中医+骨科)	政府、医院:卫生技能竞赛、专业健康知识	中医养生应用、季节饮食调理、运动习惯培养	专业资源转化型
B 家庭	浙江宁波	绿色生活倡导家庭	政府、社区:宣传倡导、资源支持	资源循环利用、健康烹饪实践、知识共享传播	社区倡导响应型
C 家庭	四川成都	公益参与型双职工家庭	政府、社区、学校:党支部活动、公益项目、学校活动	定期体检、户外运动、家校共育实践	家校社联动型
D 家庭	福建三明	基层干部家庭(村支书)	政府、党组织:组织权责赋权、培训资源	健康饮食推广、村民健康活动组织	基层治理扩散型

本文选用案例研究法原因如下:首先,家庭开展健康教育的过程涉及家庭内部成员互动、知识传递以及行为习惯养成,目前难以通过量化手段直接测量,而案例研究能够深入剖析其中的细节和动态变

化。其次,当前家庭开展健康教育的研究仍处于起步阶段,相关数据积累不足,通过案例研究可以深入了解家庭开展健康教育的基本情况,为后续研究提供基础。最后,案例研究法能够通过多个具体案

例的细致分析,揭示赋权家庭开展健康教育的基本逻辑和内在机制,从而为理论构建和实践应用提供指导。

2.2 分析框架

赋权理论(Empowerment Theory)兴起于20世纪80年代,目前已广泛应用于社会学领域^[14-15]、产业经济^[16-17]、公共卫生^[18-20]等多个领域,已有研究指出^[21-23],赋权主体通过法律、制度以及其他干预措施,为个人或组织提供支持,使其能够获取更多资源来解决问题从而达到某种目的^[24]。赋权的本质在于通过激发个体或集体主观能动性,增强个体或集体敢于站出来直面问题的信心。现有研究认为赋权主体是赋权的发起者与资源调配者,且往往是由多个主体构成,这些主体之间通过不同的组合方式形成了差异化的赋权路径^[25],从而对赋权结果产生影响^[22]。

赋权理论在家庭开展健康教育的应用中展现出高度的理论适用性。^[26]首先,不同类型的赋权主体所提供的支持内容会影响家庭对健康信息的理解程度、参与健康活动的积极性^[27],以及在家庭内部推动健康理念的能力。其次,一旦家庭能够主动参与到健康教育中,其成员在日常生活中更容易形成共同

的健康目标和持续的实践习惯。^[28]因此赋权理论不仅可以识别哪些主体在发挥作用,更能够帮助分析家庭在何种条件下才可能从“被动接受”转变为“主动开展”。

传统的健康教育模式中赋权主体以政府为主导,赋权对象聚焦于个体,忽视家庭发挥的作用。本文结合现有研究发现,赋权家庭开展健康教育的主体包括三类:一是主导型赋权主体,如政府部门,通过制定政策、立法规范等,构建家庭开展健康教育的制度基础^[29];二是执行型赋权主体,如学校或医疗机构,通过提供专业知识传播、技能培训,推动健康教育的有效落地^[30];三是补充型赋权主体,如基层群众自治组织进行宣传动员,增强家庭参与的广泛性与持续性^[31]。这些主体通过正式或非正式赋权作用于家庭,其不同的组合方式会对赋权机制产生不同影响。赋权机制具体有三个表现:一是赋权条件的确立,在赋权条件中,家庭需具备健康需求与资源可及性;二是赋权过程的运作,在赋权过程中,家庭通过知识输入和内化、能力提升、健康自主决策具备健康教育的开展要求;三是赋权结果的实现,在赋权结果中,健康效应从个体层面向家庭、再向社会层面递进传导(图1)。

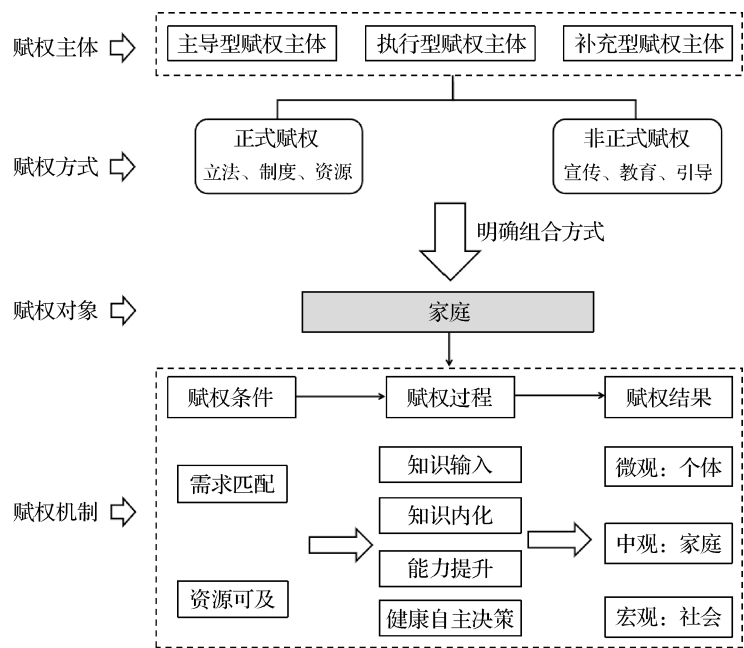


图1 赋权视角下家庭开展健康教育的分析框架

3 赋权家庭开展健康教育的基本逻辑

赋权家庭开展健康教育的基本逻辑,实质上是

通过明确赋权主体及其赋权机制,来推动健康教育资源的有效流动。首先确定赋权主体;通过不同赋权主体和方式进行不同组合影响赋权机制;最终实现家庭内健康教育的自我驱动和持续发展。

3.1 赋权主体的类型与功能定位

3.1.1 主导型赋权主体

主导型赋权主体以政府部门为代表,掌握着健康教育的政策制定权和执行权,通过政策法规、财政投入、政策执行等手段,为家庭开展健康教育提供制度支撑,这类主体的主要职责在于确立家庭作为健康治理基本单元的合法性与正当性。D 家庭受访对象是一名村党支部书记,“我就兢兢业业地按照国家政策规定履行着自己工作的职责”(案例编号:DFJ20250318^①),宣传国家政策并带头贯彻执行,在家庭和村民中发挥榜样作用。“在生活中,我一边领悟政策,一边在家庭健康饮食与生活习惯方面树立榜样,带领村民参与健康活动”(案例编号:DFJ20250318),推动了健康教育政策的落实。

3.1.2 执行型赋权主体

执行型赋权主体主要指各类医疗机构、学校等具备专业知识能力的组织,其核心通过开展专业知识传递、技能培训等实际行动推动赋权。如“我的单位医院经常会给我们开展一些健康知识宣讲活动”(案例编号:AJX20250312),“学校经常会组织一些比如亲子运动会等活动”(案例编号:CSC20250314)。其主要职责在于将抽象的健康政策转化为具体可执行的内容与服务,比如,“我们俩将工作中积累的健康知识和技能带入家庭,根据家人身体状况和季节安排饮食,并采用中医养生保健”(案例编号:AJX20250313)。

3.1.3 补充型赋权主体

补充型赋权主体主要指基层群众性自治组织、非营利性健康公益团体、志愿者组织等,其赋权并不以正式制度为基础,而更依赖于社区文化氛围、熟人网络、情感联结等方式和途径。如“我们定期参加社区组织的健康讲座和培训,学习营养搭配、运动健身等知识,我妻子经常和隔壁邻居一起约着去参加这种讲座并且互相交流学习心得”(案例编号:BZJ20250320)。这类主体主要通过日常宣传、社区活动等手段,增强家庭对健康教育的接受度和参与感,构成正式赋权机制的有力补充。

3.2 家庭开展健康教育的赋权机制

家庭开展健康教育的赋权机制主要包括三个方面:赋权条件、赋权过程和赋权结果。三者由确立到

运作再到实现,相互衔接并推动家庭获得外部支持、转化为日常实践、最终产生积极效果。

第一,赋权条件的确立是赋权能否启动的前提。家庭是否具备开展健康教育的基础,取决于两点:一是家庭本身是否有明确的健康需求,例如希望改善饮食、增强运动、预防疾病等,“我和我的妻子作为医学工作者,我们在日常生活中非常注重饮食调节和规律运动”(案例编号:AJX20250313);二是家庭能否接触到外部提供的健康教育支持,例如政策宣传、社区活动或专业指导。“每年我们村都会组织健康讲座和体检活动,作为村干部,我参与并推动这些活动的落实,我也带着家人一起参加”(案例编号:DFJ20250319)。只有在这两个方面都具备的情况下,赋权过程才有可能真正发生。

第二,赋权过程的有效运作,决定了家庭能否真正把外部资源转化为可持续的健康实践。在这一过程中,首先需要实现知识输入,即家庭能够获取来自主导型、执行型和补充型赋权主体的健康信息,“作为一名中医,我通过医院组织的健康讲座学习关于饮食和运动知识”(案例编号:AJX20250313);其次是知识内化,家庭成员将这些信息与自身实际相结合,转化为日常的行为和习惯,“学习营养搭配后,我开始按照季节调整饮食”(案例编号:AJX20250314);接着通过不断实践和反馈,家庭在健康管理和行为调适上的能力逐步增强,最终形成健康自主决策能力,家庭成员能够独立判断并做出合理的健康选择,“我们家之前没有特别注重运动,但通过学校组织的亲子运动会,我们开始主动重视身体锻炼”(案例编号:CSC20250315)。

第三,赋权结果的实现体现了家庭在不同层面的带动作用,即微观的个人层面、中观的家庭层面以及宏观的社会层面。在微观层面,家庭成员通过健康教育实现个人行为的持续改善。在中观层面,家庭作为整体能够把健康理念纳入日常议程,提升家庭整体的健康管理能力。在宏观层面,家庭的健康实践和良好示范会进一步扩散到邻里和社区,进而推动公共健康文化的营造与社会健康水平的提升。案例表明,只有当家庭真正理解并接受健康教育内容,并将其转化为日常安排和生活习惯时,赋权的效果才得以显现。“我们家最近还在社区参加了一个健康烹饪讲座,我们还积极分享所学的知识,带动邻居

① 案例编码说明:首字母为家庭编号(如 A 家庭标为 A),后两位为所在省份首字母大写,最后的数字为日期(如 20250318 为 2025 年 3 月 18 日)。

们一起学习健康饮食”(案例编号:BZJ20250321),B家庭在社区中推广健康理念,产生了良好的示范效应。

3.3 赋权主体组合方式对赋权机制的影响

在家庭开展健康教育的过程中,不同赋权主体的组合方式(例如A家庭的赋权主体组合方式为“政府+医院”)对赋权机制的影响至关重要。不同赋权主体之间的组合和相互作用往往在一定程度上影响了赋权条件、赋权过程和赋权结果。因此本文进一步在赋权主体组合对赋权机制的影响方面展开深入讨论。

3.3.1 赋权主体组合方式对赋权条件的影响

赋权条件主要包括家庭的需求匹配和资源可及性两个方面,赋权主体的组合方式直接决定了这两个方面能否有效达成,从而影响赋权过程的启动。

首先,赋权主体组合对家庭需求匹配的影响。在赋权家庭开展健康教育的过程中,家庭的需求主要集中在健康知识的获取、健康行为的改善以及健康问题的有效干预等方面。若赋权主体的组合能够准确识别并满足这些需求,则赋权过程能够顺利启动。“政府为我们提供了明确的健康政策和框架,医院则通过健康讲座和个性化咨询帮助我们改善生活方式”(案例编号:AJX20250314)。然而,如果赋权主体组合没有充分考虑到家庭的个性化需求,就可能导致需求匹配不足,影响赋权结果。

其次,赋权主体组合对资源可及性的影响。资源可及性指的是家庭能够获取健康教育所需的资源,包括知识、技能、资金等。“我们家参加过社区的健康讲座,政府提供的健康政策也帮助我们明确了健康教育的方向,而学校则通过亲子活动和课程让我们更好地理解健康的重要性”(案例编号:CSC20250316)。这种赋权主体的组合,通过多方协作,为家庭提供了丰富的资源来源,有效提升了资源可及性。

3.3.2 赋权主体组合方式对赋权过程和赋权结果的影响

赋权主体的组合方式不仅影响赋权条件的构建,还对赋权过程的各个环节及赋权结果产生重要影响,进而影响健康教育的最终效果。^[32]

知识输入是赋权过程的第一步,赋权主体的组合决定了知识输入的广度和深度。“政府的健康政策

和医院的讲座帮助我们全面了解健康饮食和预防疾病的方法”(案例编号:AJX20250315)。然而,若仅依赖单一赋权主体,知识输入的广度和深度可能受到限制。“社区的讲座有帮助,但面对复杂的健康问题,我们没得到足够的专业建议”(案例编号:BZJ20250321)。

知识内化是赋权过程中的一个关键环节,“学校的健康课程帮助孩子了解健康,社区的活动让全家参与进来”(案例编号:CSC20250315)。然而,若缺乏实际的互动和支持,家庭成员的知识内化过程可能会停滞不前。在D家庭中,虽然政府和党组织提供了健康教育资源,但可能由于缺乏社区和学校等其他类型赋权主体的参与,家庭成员的主动性较低,导致健康知识的内化效果不明显。

能力提升是赋权过程的核心环节之一,不同赋权主体的组合方式将直接影响家庭成员在健康教育过程中的能力提升。“作为中医,我和我的妻子在健康饮食和运动规划方面有一些基础,但医院的个性化指导和专业培训让我们对如何实际操作有了更清晰的认识”(案例编号:AJX20250315)。医院提供的个性化指导和专业培训帮助家庭成员提升了健康管理的能力,而政府的政策支持则增强了家庭实施健康教育的信心和决心。

健康自主决策是赋权过程的最终目标,赋权主体的组合决定了家庭是否能够在健康决策中发挥主导作用。“学校的健康教育课程和社区的健康活动让我和家人学到了科学的健康知识,我们现在能够根据这些知识做出日常的健康决策,并且通过亲子活动让孩子也参与其中”(案例编号:CSC20250315)。然而,赋权过程中如果过于依赖外部主体的推动,可能会导致健康自主决策的缺乏。

赋权主体的组合方式不仅影响赋权条件和过程,还直接决定赋权结果的效果。在微观个体层面,不同赋权主体的组合方式影响家庭成员健康素养和健康行为的改善。在中观家庭层面,赋权主体的组合方式决定了家庭整体的健康管理能力。在宏观社会层面,赋权主体的合作模式能扩展健康教育的影响范围,进而提升社会整体的健康水平,“社区组织的健康讲座和活动让我们一家人受益匪浅,尤其是通过参加这些活动,我们对健康有了更全面的理解,也更愿意在社区中分享健康理念”(案例编号:BZJ20250321)。

4 家庭开展健康教育的优化路径

4.1 通过制度设计,构建三类赋权主体协同机制

要有效激活家庭在健康教育中的治理功能,首要任务是通过制度设计建立多主体协同机制。首先要明确家庭在健康教育中的主体地位,将家庭开展健康教育纳入国家和地方的健康教育规划中,制定具体、可操作的政策文件,明确各部门在家庭开展健康教育中的职责与协作机制,确保政策的有效执行。还应明确三类赋权主体的功能分工与衔接方式:政府作为主导性赋权主体,负责顶层设计、标准制定与统筹协调;专业机构作为执行性赋权主体,承担健康教育内容的专业化输出与服务实施;社会组织作为补充性赋权主体,聚焦于动员机制与情境适配,弥合家庭与制度之间的连接断层。

4.2 保障赋权落地,激发家庭核心行动者主动性

为了保障赋权机制的落地,需要通过有效的监管、激励、考核和评价等措施来激发家庭核心行动者的主动性。监管机制确保赋权政策的执行不偏离预定目标,激励机制通过奖励与社会认同鼓励家庭成员持续参与健康管理,考核机制评估家庭健康教育的进展和效果,并根据结果调整策略,而评价机制则有助于确保健康教育内容的适配性和实施效果的不断优化。此外,在赋予权力与提供资源之后,更需培育家庭成员的主体意识与健康行为的内化动机。依托社区、学校等继续开展“健康家庭”评选、健康知识竞赛、家庭健康挑战等活动,以荣誉与情感动员家庭成员积极参与。强化家庭内部的健康共识建设,通过亲子共学等形式在家庭中形成健康氛围。应鼓励将家庭作为健康价值传播的中介体,引导其辐射邻里和社区。

4.3 精准匹配家庭健康需求与健康教育内容供给

家庭在结构构成、照护角色、健康意识与生活节奏等方面呈现出显著差异,决定了其在健康教育中的需求、偏好与接受能力具有高度异质性。然而,当前政策多以标准化内容统一覆盖,缺乏动态识别机制,难以精准对接具体家庭的实际问题 and 行为模式,造成资源投放效率低下、内容适配度不足。应从供给端出发,推动内容设计、服务形式与家庭特征之间建立动态匹配机制。因此需要加强对不同类型家庭的结构识别与健康画像构建,结合社区家庭档案、阶段性问卷与实践观察,形成对家庭在健康意识、照护

压力、角色分工等方面的系统性理解。

本文仍存在一些不足之处,受限于数据的有限性以及家庭这一基本单元上量化的难度,对赋权强度与家庭自主边界之间张力的测量方面尚不深入,缺乏对赋权过程中的介入顺序、赋权强度及其相互关系的深入探讨。未来的研究可以进一步探索在不同情境下,赋权强度与家庭自主性边界之间的张力及其对赋权效果的影响。

作者贡献:尤芮可参与研究设计、文献及案例资料分析、论文撰写;赵阳参与文献及案例资料分析、论文审阅与修订、论文撰写;王虎峰主导研究设计、联络、推动与参与实地调查、研究监督与指导、论文审阅与修订。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 陈阳,程雪莲,唐贵忠,等.基于《“健康中国2030”规划纲要》背景的健康教育创新机制探讨[J].中国健康教育,2018,34(1):71-73.
- [2] 王健,马军,王翔.健康教育学[M].北京:高等教育出版社,2020.
- [3] GRANT S, JOHNSON B. Advancing the practice of patient- and family-centered care: The central role of nursing leadership[J]. Nurse Leader, 2019, 17: 325-330.
- [4] COULTER A, COLLINS A. Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me[M]. King's Fund, 2011.
- [5] HEDBERG B, WIJK H, ANDERSSON GÄRE B, et al. Shared decision-making and person-centred care in Sweden: Exploring coproduction of health and social care services [J]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2022, 171: 129-134.
- [6] GJERBERG E, LILLEMOEN L, FØRDE R, et al. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes: Experiences and perspectives of patients and relatives [J]. BMC Geriatrics, 2015, 15 (1): 103.
- [7] 阴国恩,曹瑞,徐丽.构建学校—家庭—社会一体化心理健康教育模式[J].心理与行为研究,2014,12(6):819-823.
- [8] 孙娟,张会敏,朱丽丽.以家庭为中心的健康教育对社区糖尿病患者自我管理水平的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(17):4194-4196.
- [9] 穆荣红,李荣,张会敏.以家庭为中心的健康教育对社区高血压患者自我效能的影响[J].中华护理杂志,2012,47(7):648-650.

- [10] 朱迎春, 张海燕, 张洁冰, 等. “学校—家庭—医院”三位一体健康教育模式对肥胖儿童的影响[J]. 中国健康教育, 2017, 33(4): 312-315, 329.
- [11] 王建武, 王思杨. 促进还是抑制: 父母教育期望与投入对子女心理健康的影响[J]. 青年研究, 2025(3): 175-192, 198.
- [12] 杨阿丽, 何承龙. 家庭体育教育与义务教育阶段学生心理健康的关系: 亲子沟通和锻炼行为的链式中介作用[J]. 沈阳体育学院学报, 2024, 43(3): 15-22.
- [13] 王娟. 家园共育视角下幼儿健康教育的有效实施[J]. 中国教育学刊, 2019(10): 87-90.
- [14] 陈文丽, 韩俊哲, 张明泽, 等. 赋权理论视域下残疾女性技能化路径与机制: 以江苏省宜兴市爱德培训学校为例[J]. 热带地理, 2025, 45(2): 333-346.
- [15] 张欢欢, 陶传进. “赋权理论”视角下农村妇女参与乡村振兴的路径研究: 以S公益项目为例[J]. 贵州社会科学, 2020(3): 161-168.
- [16] 母娜, 李绍亭, 赵朋飞, 等. 新型农村集体经济新内源发展的实践路径: 基于赋权理论的多案例分析[J]. 农业经济与管理, 2025(1): 82-94.
- [17] 陈丽君, 廖淑琪, 蔡治. 基于赋权理论的战略新兴产业技能型人才培养政策研究[J]. 教育与职业, 2024(1): 22-28.
- [18] 贺田, 沈鸣雁, 贾欣宇. 赋权理论在肾移植受者健康促进中的应用研究进展[J]. 护理研究, 2023, 37(19): 3533-3537.
- [19] 陈静, 王小平, 王莎莎, 等. 赋权理论在胃肠息肉病人围术期健康教育中的应用[J]. 护理研究, 2023, 37(14): 2636-2639.
- [20] 杨学青, 郭宇飞, 王莉莉, 等. 基于赋权理论构建的延续性干预在慢性心力衰竭病人中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(10): 1850-1853.
- [21] FAYN M G, DES GARETS V, RIVIÈRE A. Collective empowerment of an online patient community: conceptualizing process dynamics using a multi-method qualitative approach[J]. BMC Health Services Research, 2021, 21: 958.
- [22] VAINAUSKIENĖ V, VAITKIENĖ R. Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: An integrative review[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(5): 2247.
- [23] ABDULLATIF IBRAHIM I. Influences of structural empowerment and demographic factors on nurses' psychological empowerment [J]. Journal of Nursing Management, 2023, 10: 8827968.
- [24] 徐旭初. 农民专业合作社发展中政府行为逻辑: 基于赋权理论视角的讨论[J]. 农业经济问题, 2014, 35(1): 19-29, 110.
- [25] 彭宗峰. 走向深层话语塑型方式建构: 赋权理论本土化的认知逻辑演进[J]. 浙江社会科学, 2022(8): 78-86, 158-159.
- [26] 胡玉坤. 赋予妇女权力: 来自行动的新概念[J]. 妇女研究论丛, 1998(1): 40-43.
- [27] CRAWFORD SHEARER N B. Health empowerment theory as a guide for practice [J]. Geriatric Nursing, 2009, 30(2 Suppl): 4-10.
- [28] 余凤红. 浅谈家庭教育对青少年心理健康的作用[J]. 教育探索, 2010(9): 137-138.
- [29] ZHOU Z J, JIANG W. Health Education in the Healthy China Initiative 2019—2030 [J]. China CDC Weekly, 2021, 3(4): 78-80.
- [30] WANG L, WANG Z H, Q L MA, et al. The development and reform of public health in China from 1949 to 2019 [J]. Global Health, 2019, 15(1): 45.
- [31] 杨肖光, 陈英耀, 蒋泓, 等. 社会组织参与卫生政策过程的思考[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(2): 20-24.
- [32] 任红英. 家庭教育环境对高中生心理健康的影响与优化[J]. 求知导刊, 2025(17): 8-10.

[收稿日期:2025-08-10 修回日期:2025-09-11]

(编辑 赵晓娟)