

## 美国《全民健身计划》解读及对我国的启示

边宇<sup>1</sup>, 吕红芳<sup>2</sup>

(1. 华南师范大学 体育科学学院, 广东 广州 510006; 2. 许昌学院 体育学院, 河南 许昌 461000)

**摘 要:**《全民健身计划》是美国政府颁布的最新国民健康促进计划, 其在目标、内容、实施策略方面均与传统健康政策有所不同, 标志着美国相关政策的发展与转变。分析揭示促使《计划》颁布的外显和内隐因素, 阐述《计划》在核心目标和实施策略方面的主要内容, 指出《计划》与美国传统健康促进政策的不同。《计划》对我国的启示有两方面: 一是全民健康政策应逐步实现从“全民健康”向“全面健身”的回归; 二是应从执行机构设置、社会资源整合、区分实施对象等 5 个方面提高国民健康政策的可操作性。

**关 键 词:** 体育社会学; 全民健身计划; 美国

**中图分类号:** G812.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-7116(2011)02-0069-05

### Interpretation of the National Fitness Program of the United States and its inspirations to China

BIAN Yu<sup>1</sup>, Lü Hong-fang<sup>2</sup>

(1. School of Physical Education, South China Normal University, Guangzhou 510006, China;

2. School of Physical Education, Xuchang University, Xuchang 461000, China)

**Abstract:** The National Fitness Program is the latest national health promoting program promulgated by the US government, somewhat different from traditional health policies in terms of objective, content and implementation policy, indicating the development and transformation of related policies of the United States. Through their analysis, the authors revealed explicit and implicit factors that promoted the promulgation of the Program, expatiated on the main contents of the Program in terms of core objective and implementation policy, and pointed out that the Program is different from traditional health promoting policies of the United States. The Program has two inspirations to China: 1) national health policies should realize the return from “national health” to “overall fitness”; 2) how to enhance the operability of national health policies in fives aspects such as execution institution setup, social resource integration and implementation subject identification.

**Key words:** sport sociology; National Fitness Program; United States of America

20 世纪 70 年代以来, 美国政府制定了若干国民健康促进政策, 根据目的不同可分为两类: 一是以提高国民整体健康水平为目的的《健康公民》系列, 自 1980 年起每 10 年颁布 1 次, 2009 年 12 月 30 日颁布的《健康公民 2020》(初稿)是这一系列的最新版本; 二是针对流行疾病而制定的专门性防控计划和措施, 如 1975 年的“国家关节炎行动计划——公共健康策略”、2001 年的“国家蓝图——增加 50 岁以上成年人的体育活动”、2009 年的“预防心脏病、中风计划”等。

2010 年 5 月 3 日, 美国健康与公共服务部颁布了最新的国民健康促进政策——《全民健身计划》(以下简称《计划》)。从各主流媒体的评论来看,《计划》是针对“美国肥胖人群比例的迅速增加, 青少年、儿童体育参与极度缺乏”的现状而制定, 应属于“专门性疾病防控措施”系列。然而,《计划》不但冠以“全民健身”之名, 且在已公布的文件中鲜有针对肥胖问题的论述。那么, 美国政府为何在《健康公民 2020》整体框架颁布后的试行阶段, 再次颁布同类计划? 透过

收稿日期: 2010-09-19

作者简介: 边宇(1978-), 男, 讲师, 博士研究生, 研究方向: 体育人文社会学。

这些矛盾不难看出,《计划》颁布的原因并不仅是“肥胖问题”。另外,《计划》已经超越传统,预示美国国民健康政策发展的新趋势。

## 1 促使《计划》颁布的原因

### 1.1 外显因素

无论是媒体的相关报道,还是大量的调查数据,都清晰地显示肥胖问题对美国国民健康危害的严重性:1990年没有任何一个州的肥胖人群比例在20%以上。到1999年,肥胖人群比例超过20%的州已经过半。而截至2008年,只有一个州的肥胖人群比例在20%以下。更为严重的是,儿童和青少年是肥胖比例增速最快的群体:从1978~2008年,肥胖和超重儿童的数量共增加了3倍。而且,这种增加呈加速趋势:1976~1980年,2~5岁肥胖儿童比例只是从5%增至10.4%,而2007~2008年一年间,6~11岁肥胖儿童比例却从6.5%增至19.6%,12至19岁的肥胖比例也从5%增至18.1%<sup>[1-2]</sup>。体育参与方面的数据同样令人担忧:在6年级开设体育课的学校只占总数的27%,9年级只有10%,而12年级的仅有2%<sup>[3]</sup>;并且仅有3.8%的小学、7.9%的中学、2.1%的高中每天开设体育和健康教育课,22%的学校不提供任何体育和健康教育<sup>[4]</sup>。

### 1.2 内隐因素

从联邦医疗系统每年的账单可以看出,医疗支出的猛增也是促使政府颁布《计划》的重要因素:仅2000年,美国医疗系统用于治疗肥胖和超重引起的疾病费用共计1170亿美元,其中直接治疗费用610亿美元<sup>[5]</sup>;1987年与2002年相比,在由政府支付的医疗账单中,由肥胖引起的各种疾病账单数量增加了2倍,但与此有关的总支出金额却增加了3倍,这无疑使由肥胖引起的公共医疗支出成为新增支出中的最大部分<sup>[6]</sup>。另外,由于肥胖和超重而死于各种慢性疾病的美国人占疾病死亡总人数的23%。即使1/10的美国人开始减肥,每年就能为联邦财政节省56亿美元的医疗开支<sup>[7]</sup>。也就是说,“肥胖和超重”在危害美国人健康的同时,更危害着美国医疗财政的“健康”。尤其是对深陷经济危机的美国政府而言,《计划》与其说是帮美国人“减肥”,不如说是帮美国政府财政支出系统“瘦身”。

“医疗支出”是“肥胖”和“颁布《计划》”之间的内隐因素,而“生活方式”则是导致“肥胖”的根本原因:根据美国农业部和教育部提供的数据,美国成人从1970~2003年,人均每天的卡路里(热量)摄入量从2234k卡(9.351kJ)增加到2757k卡(11.540kJ),食用油脂摄入量增加63%、淀粉和糖类增加了4倍<sup>[8]</sup>。同时,大约60%的成年美国人没有达到最低限度的运动标

准,25%的成年美国人几乎没有进行任何方式的专门身体锻炼。在青少年儿童方面,1977~1978年和2000~2001年比较,美国青少年儿童牛奶消耗量降低了39%,而碳酸类饮料的消耗量则猛增了137%<sup>[9]</sup>;且2008年的调查显示,9~12年级的学生中,达到每天水果和蔬菜摄入标准的男生占总数的21.4%、女生为18.7%<sup>[10]</sup>。从上述数据不难看出,“高摄入、低消耗”生活方式,正是导致美国“大胖子、小胖子”猛增的根本原因。

除以上因素,国内外相关政策是导致《计划》颁布的另一个内隐因素。国内方面,肥胖问题在反映美国人不良生活方式的同时,也暴露美国传统健康政策的无能和失效。不可否认,传统的政策、计划在国民体质健康方面曾经体现了巨大的效能。然而,面对近30年来愈演愈烈的肥胖问题,《健康公民》等系统不但没有及时预测、发现问题,而且一直没有提出任何行之有效的解决措施和策略。另一方面,自2000年以后,亚利桑那、爱荷华、乔治亚、马里兰等12州先后颁布州立全民健身计划,并在实施过程中付出了巨大的努力。然而事实证明,由于无法统筹全国各种资源,投资和努力并没有达到人们预想的效果。这使得不论地方政府或普通民众,都寄希望联邦政府能从国家层面为日趋严重的肥胖问题做些事情。

国外方面,自1998年起,北爱尔兰、澳大利亚、英国、苏格兰、瑞典和挪威先后颁布了全国性的全民健身计划。所有的计划都包含相似的必要因素:如在计划内容方面都包括工商业、教育、卫生保健、媒体、公共健身娱乐、公共健康、交通城市规划和自愿者组织8个部分;在运行机制方面都强调通过CDC(疾病预防控制中心)、WHO(世界卫生组织)推荐,通过政府成立同盟,在社区、州和联邦政府中同时进行推广,将体育活动和其相关的诸如营养、环境、公共健康结合起来,为特殊人口(孩子、妇女、残障人士、土著居民)多做考虑,为实现这些目标和计划设定日程表,设计标志、标语和口号等等<sup>[11]</sup>。显然,这为陷于国民健康问题而无计可施的美国政府指出了方向和路径。

## 2 《计划》的主要内容

### 2.1 核心目标

《计划》的整体目标只有一句话:让所有的美国人动起来!《计划》首任执行主席Russell Pate博士的解释是:“我们提倡人们用一种新的思维方式来考虑生活方式、日常的人体活动以及广义上的健身。因为尽管体育活动给人们带来的诸多益处已经得到公认,但更重要的是,我们需要用体育来改变人们的行为方式。”

而《计划》则为我们提供了改变的方向和路径——将体育融入到社区管理、学校政策和工作条例等社会的每一个方面中。”<sup>[12]</sup>基于这个目标,《计划》所描述的未来图景是:创造一种文化来形成积极的体育参与方式,使体育不再仅限于运动场和健身房,在工作、生活和游戏的每时每地,人们都有能力、有条件进行适合的体育运动,从而使体育在预防疾病、提高人们的生活质量方面发挥最大的效能<sup>[13]</sup>。

## 2.2 实施策略

《计划》从整体和局部两个层面制定了详细的实施策略。在整体层面,《计划》的策略共有5点;1)发动所有美国人积极参与《计划》的实施;2)充分结合其他的健康和疾病预防宣传活动,开展全国的体育

教育计划,使人们知道如何通过有效的行为策略来增加体育活动;3)广泛推行最有效的体育活动范例、计划、政策,使人们通过有效的策略来实践纲领;4)创建一个国家资源中心,通过资源的宏观调配和开发,在物质层面为《计划》的实施提供支撑和保障;5)创建一个体育健康政策发展研究中心,通过对《计划》各部门具体实践的追踪评估,在理论层面为《计划》的进一步发展提供建议和参考<sup>[14]</sup>。

在局部层面,《计划》效仿北爱尔兰、澳大利亚等国家、地区的全民健身政策,将实施对象分为工商业、教育、卫生保健、媒体、公共健身娱乐、公共健康、交通城市规划和自愿者组织8个具体领域。每一领域的具体策略如表1所示。

表1 《计划》各实施领域的具体策略<sup>[15]</sup>

| 领域     | 主要策略  |
|--------|---|
| 工商业    | 提供锻炼的地方是工作场所的一部分;<br>雇主有为所有的工人提供锻炼项目  |
| 教育     | 为早教设施和从幼儿园到高中的学校提供体育锻炼项目以保证课前、课中和课后的锻炼机会;<br>学校应汇报针对提高体育教育质量所采用的合理措施;<br>学校和社区合作针对青少年和家庭扩大体育活动的选择             |
| 卫生保健   | 医生建议病人将运动作为康复的手段并提供相关的监测和评估;<br>对缺乏和厌恶运动的人进行积极的预防和介入治疗;<br>健康专家要对其所负责的社会和学校提供更多的运动选择                          |
| 媒体     | 无论是传统的像电视、杂志之类,还是网络、手机短信等新兴传媒,都应加强宣传提高国家、州和当地的国民健康水平  |
| 公共健身娱乐 | 在工作、学习、生活、娱乐、教堂等场所,为公众提供安全又经济的健身器械和场地;<br>专业、非专业、大学体育等联盟创办体育赛事,为公众提供参与机会和为体育运动培养指导人才;<br>开放公众娱乐场所和公共空间为健身提供场所 |
| 公共健康   | 公共健康部门的全体员工要身体力行支持全民健身计划;<br>8大部门协同合作提高公众的健身选择  |
| 交通城市规划 | 倡导民众采用步行、骑自行车作为全国各地的交通方式之一;<br>雇主因倡导员工积极的出行方式而受到财政支持;<br>学校应建在离学生家较近的地方使学生可以步行上学                              |
| 自愿者组织  | 非盈利组织的成员——志愿者和其他成员倡导出台政策支持全民健身计划  |

针对每个领域的每条具体策略,计划还制定了更具体的2级或3级实施办法,以及对这些策略和办法的详细解释,由于条目繁多,本文不再赘述。

## 3 《计划》的特征

### 3.1 体育意识的转变

与其他传统政策相比,《计划》核心目标发生了重大的转变。在《健康公民》等传统政策的目标体系中,强调通过政策对公众生活方式的干预所达到的效果。如《健康公民2010》总目标是:“提高国民健康生活质量,促进生活质量;加强和促进健康公平。”在2009年12月30日公布的《健康公民2020》(初稿)中,目标被扩充为4点:根除可预防的疾病、残疾、损伤和

早死;促进健康公平;创建健康生活环境;促进和提高各个年龄阶段的健康生活方式。而《计划》强调的则是体育参与的过程——“动起来”。

从目标的比较中可以清晰看出,美国健康政策中的体育意识发生了从“偏重效果”到“偏重过程”的转变。在以前的健康政策中,受机械论的影响,体育的根本价值凝结在对人体生理、心理的影响效果上,如体育参与对人们血脂、体重、心率、满意度、幸福感等一系列的生理、心理指标的促进。然而事实胜于雄辩,面对全面失控的肥胖问题及由其所引起的诸多社会问题,这个看似无懈可击的体育理念被越来越多的人所质疑。基于此,《计划》的目标体现出以系统论为核心的新体育意识。《计划》将体育的过程视为体育

价值的根本体现。体育的目的不是减肥、增肌、愉悦身心等效果,而是注重整个体育过程,是体育本身。只要“动起来”,体育的目的和价值就已经得到体现。

### 3.2 对策略可操作性的强调

意识决定行为,体育意识的转变致使《计划》在策略方面也与传统健康政策存在显著的差别。

受传统体育意识的影响,健康被分割成若干组成要素,体育的效果成为政策的根本目的和评估、发展的依据。在这个逻辑系统中,健康和体育都被“标准化”,每个人都可以通过一定的政策介入而达到统一的健康标准。这显然犯了“萝卜、白菜一刀切”的错误,从而使健康和“健康公平”的美好愿望仅仅停留在政策、计划的宣传册中。近些年美国青少年、儿童体育参与严重不足便是这个事实的精准映射。

由于核心目标从结果向过程的转移,可操作性成为《计划》策略制定的首要标准。在整体策略中,《计划》不再强调传统政策中被置于首位的健康标准和体育价值等理论系统,而是强调如何与其他健康计划的结合、各种执行机构的设立,并将每一个策略的实施落实到具体的社团、政府、专门机构甚至个人。在局部策略中,《计划》更是紧密联系实际:企业雇主可以根据向雇员提供体育参与时间的多少而享受相应的联邦税收优惠、学生免费乘坐校车开放公共健身、娱乐设施等等。

总之,《计划》不再将国民健康视为由若干要素组成的机械体,而是将其看作一个处于动态联系的系统,每个要素的价值体现在要素及其与整体之间的联系,而不是要素本身。基于此,《计划》在目标上集中于如何让人们“动起来”,而不是“动起来”之后的诸多结果,在策略上强调如何做,而不是为何做。简单的说,《计划》在目标上更加形而上,而在策略上则更加形而下。

### 3.3 基础健康教育的转变

尽管以前的健康政策强调青少年、儿童健康的重要性,但其任务和目标多以各项身体和运动指标的达标为目的。而《计划》则抛弃繁琐的指标体系,以全方面促进K-12(12年级以下的学校)基础健康教育体系为目标。促使这一转变的原因有两个:一是美国基础体育和健康教育极度缺乏的现状;二是大量研究证明体育活动能够促进智力发展。

为了达到全面促进基础体育和健康教育的目的,《计划》共制定了7个针对性措施:1)重新启用被教育弃用的适合幼儿园到12年级学生从事的高质量的体育项目,确保这些项目在体育活动、包容性、安全性和文化上相适应;2)州和学校所在的区贯彻相应的政策要求学校对体育、体育活动方案的质量和数量负

责;3)将教育和其他几个部分紧密联系在一起,共同为增加青少年在学校和社会上的体育活动而努力;4)确保在儿童早期教育(0~5岁)中推动和促进体育活动;5)为课前和课后提供身体锻炼的机会;6)鼓励为中学以后的教育机构提供身体活动的机会,包括体育课、健身俱乐部和校内的活动项目和充足的健身娱乐器械;7)鼓励中学阶段以后的教育机构,把体育纳入学科范围和证书课程的人口为重点推广对象。

## 4 《计划》对我国的启示

### 4.1 从“全民健康”向“全民健身”的回归

有学者基于对美国《健康公民》系列的研究认为,我国国民健康政策的发展方向应该是变“全民健身”为“全民健康”<sup>[6]</sup>。而从《计划》所体现出美国健康政策目标的转变看,这种说法不但是过时的,更是错误的:大众体育的本质不是“获得健康、延年益寿”等一个个具体的“利益”或“好处”。如果将体育的目的设定为某个“好处”,那么当人们达到目的后,就会失去继续参与体育的动机,而一旦通过努力却不能达到目的时,又会失去体育的信念。而且,所谓“健康”是动态过程,不存在适合所有人的“标准健康”。体育可以帮助人们向“健康”的方向发展,但它既不能使人们一劳永逸的实现“健康”,更不是达到“健康”的唯一手段和途径。这也正是为何《计划》舍弃繁杂的“健康目标”而简化为一句话:“动起来”的根本原因。所以,强调“健康”、弱化“健身”的思想显然本末倒置。因此,对我国国民健康政策而言,正确的发展方向应该是从“全民健康”向“全民健身”的回归:让体育成为一种必要的生活元素,就像我们呼吸的空气一样,每时每刻都无法离开但却浑然不觉它的存在。

### 4.2 国民健康政策的实施

1)必需由专业的健康机构负责政策的实施和运行。如美国健康服务部在颁布《计划》后,就授权NCPPA(The National Coalition for Promoting Physical Activity, 促进身体活动的国家联盟)进行具体的运作。NCPPA是在1995年达拉斯举办的美国心脏协会研讨会上诞生壮大起来的。与会代表来自30多个健康组织,他们讨论体育活动协会的益处,并一致通过成立此协会。

2)整合已有的健康组织。如《计划》实施所需的资金和技术分别来自AAHPERD(American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance)、AAP(The Association of American Physicians)、AARP(American Association of Retired Persons)、ACS(American Cancer Society)、ACSM(American College of

Sports Medicine)、AHA(American Heart Association)、CDC(Centers for Disease Control)的支持。这些机构的参与不仅使《计划》具有高度的专业性,更使全国健康医疗资源的效能得以充分的发挥。

3)《计划》在借鉴其他国家、地区相关政策的基础上,根据人们生活、工作环境的不同,将计划的实

施对象分为8个领域,在整体上提高了《计划》策略的针对性。

4)《计划》根据资金状况和每个步骤的实际实施情况制定下一步计划。如《计划》在颁布时仅公布的2010年的实施时间表(见表2)。

表2 《计划》实施时间表<sup>[17]</sup>

| 步骤  | 时间              | 内容                      | 实施状况 |
|-----|-----------------|-------------------------|------|
| 第1步 | 2010年2~6月       | 组建实施团队                  | 已完成  |
| 第2步 | 2010年2月至今       | 筹集资金来实施计划               | 实施中  |
| 第3步 | 2010年5~9月       | 基于计划制定相应的政策的实施表         | 已完成  |
| 第4步 | 2010年5月~2011年5月 | 创建统一品牌和交流计划来加强对计划的理解和实施 | 实施中  |
| 第5步 | 2010年至今         | 通过基层组织提供信息在州和社区中实施计划    | 实施中  |

5)以“公私合营”的方法运行《计划》,既可以为政府省去大量的资源,也为健康产业开拓了市场。

6)发展基础体育和健康教育,首先要发展师资和场地器材等客观条件,否则培养青少年、儿童终身体育能力和习惯的愿望只能是空中楼阁。

7)政策、措施的实施要迅速。如针对美国大多数街道没有人行道,学生只能乘车上学的现状,《计划》制定了“提供安全的路线使学生采用运动的方式上学”<sup>[17]</sup>的策略。在2010年6月,也就是《计划》颁布仅一个月后,笔者就在所住社区看到铺设人行道的施工。

## 参考文献:

- [1] CDCP. Childhood overweight and obesity[EB/OL]. <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html>, 2010-05-11.
- [2] Ogden C L, Carroll M D, Curtin L R, et al. Prevalence of high body mass index in US children and Adolescents, 2007-2008[J]. JAMA, 2010(303): 242-249.
- [3] Kann L, Brener N D, Allensworth D D. Health education: results from the school health policies and programs study 2000[J]. Journal of School Health, 2001, 71(7): 266-278.
- [4] CDC. School health policies and programs study 2006[J]. Journal of School Health, 2007, 27(8): 50-55.
- [5] US Department of Health and Human Services. The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity[S]. 2001.
- [6] Thorpe K E, Howard D H. The rise in spending among medicare beneficiaries: the role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity[S]. Health Affairs, 2006, 25(5): 378-388.

[7] Bulwer B. Sedentary lifestyles, physical activity, and cardiovascular disease: from research to practice[J]. Crit Pathw Cardiol, 2004, 3(4): 184.

[8] USDA, Economic research service. food consumption data system[S]. US Department of Agriculture, 2005.

[9] Storch P, Grunbaum J, Kann L, et al. School health education profiles: surveillance for characteristics of health education among secondary schools[M]. Atlanta, GA: CDC, 2003.

[10] American Heart Association. Heart disease and stroke statistics[M]. Dallas: American Heart Association, 2008.

[11] Daniel B B, Russell R P, Michael P. A review of the national physical activity plans of six countries[J]. Journal of Physical Activity and Health, 2009, 6(2): 245-264.

[12] NCPPA. National physical activity plan gets a running start[EB/OL]. <http://www.ncppa.org/home/news/17/>, 2010-05-11.

[13] NCPPA. Resources plans[EB/OL]. <http://www.ncppa.org/resources/plans/>, 2010-05-12.

[14] PAP. Physical activity plan[EB/OL]. <http://www.physicalactivityplan.Org/overarching.htm>, 2010-05-13.

[15] PAP. Physical activity plan the plan [EB/OL]. <http://www.Physicalactivityplan.org/the.plan.htm>, 2010-05-13.

[16] 王进, 李定忠. 中国全民健身与美国国民健康计划比较[J]. 军事体育进修学院学报, 2006, 25(3): 111.

[17] NCPPA. Implementation priorities and timeline[EB/OL]. [http://www.ncppa.org/static/assets/Implementation\\_Priorities\\_and\\_Timeline.pdf](http://www.ncppa.org/static/assets/Implementation_Priorities_and_Timeline.pdf), 2010-05-15.