

论新时代学生体质健康多元治理的现代化

金 剑

(河海大学 公共管理学院, 江苏 南京 210098)

【摘 要】: 经济发展推动了社会结构的变化和学校教育的进步, 导致了不同时期学生健康的问题表现和治理重点的变化。健康价值观和治理结构的稳定以及法治的加强保障了治理的基本成效。但健康的复杂性导致了学生体质健康治理中的政策边缘化和行动协同、知行合一、监督问责等新困境。新时代学生体质健康多元治理现代化是针对当前学生体质健康方面出现的新问题, 构建政府主导、学校为主、家庭抚育、社会共建和个人负责的治理格局, 实施系统性、多元化的健康干预, 以保障学生健康权利、强化学校健康促进、培养健康生活型态、净化社会健康环境、增强健康自律意识, 是治理理念、治理格局、治理环境和治理法治等多要素的现代化。

【关键词】: 体质健康; 政府主导; 学校体育; 家庭抚育; 社会共建; 个人负责; 多元治理

【中图分类号】: G807 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 2096-5656(2021)06-0046-07

DOI: 10.15877/j.cnki.nsic.20211014.001

健康是身体、心理和社会适应的完好状态^[1]。目前, 我国学生体质健康问题主要表现为肥胖、近视等常见疾病检出率居高不下, 慢性非传染性疾病早发, 体质健康不达标, 健康危险因素普遍存在等^[2]。2020年, 我国儿童青少年总体近视率为52.7%, 较2019年(50.2%)上升了2.5个百分点, 6~17岁儿童青少年超重肥胖率达19.0%。因传染病、食品安全等原因造成的学校突发公共卫生事件长期占全国总数的70%左右。学生体质健康这个“潜伏”的社会问题, 已成为中国实现现代化的最大障碍^[3]。重视青少年身体素质既是国家意志, 也是家庭愿望和社会期望。健康社会决定因素的广泛性和复杂性导致了治理中的政策边缘化和行动协同、知行合一、监督问责等困难, 是“社会结构”和“个人行为”共同作用的结果, 反映了教育、体育、卫生、家庭、社会之间的关系出现了“失调”。

1 我国学生体质健康多元治理的发展历程和主要特点

不同的视角对历史阶段的划分不同。熊晓正、钟秉枢所著的《新中国体育60年》将新中国成立以来的体育划分为奠基、初兴、挫折、战略转移、改革等

阶段。教育、卫生又有着各自不同的划分。对健康问题的社会考察需要回归到经济结构引起的社会结构的变化。1970年, 我国第二产业比重(40.5%)开始超过第一产业增加值比重(35.2%), 进入以工业为主体的工业社会; 2016年, 第三产业比重上升至51.6%^[4], 开始向后工业时代(服务经济社会)发展。经济发展推动了社会结构的深刻变化和学校教育的普及提高, 导致了不同时期学生健康的问题表现和治理重点的变化。在宏观上, 我国学生体质健康治理的发展历程与新中国站起来、富起来、强起来的进程基本对应, 大致可以分为3个阶段。

① 形成期(1949—1976年)。1950年, 毛泽东提出“健康第一”的教育理念。1951年, 政务院(现“国务院”)《关于改善各级学校学生体质健康状况的决定》指出“增进学生身体健康, 乃是保证学生完成学习任务并培养出有强健体魄的现代青年的重大任务之一”。此后, 国家陆续出台了《准备劳动与卫国体育制度暂行条例和项目标准》《关于在中等以

收稿日期: 2021-06-26

基金项目: 国家社会科学基金一般项目(21BTY024)。

作者简介: 金 剑(1970—), 男, 安徽蚌埠人, 博士, 研究方向: 社会学与教育管理。

上学校中开展群众性体育运动的联合指示》(1954年),颁布了《小学体育教学大纲》《中学体育教学大纲》(1956年),召开了第一届全国中学生运动会(1973年),提倡学生每天体育活动1h,坚持做广播体操、保健操(1974年)。卫生方面,《卫生部关于加强基层卫生组织领导的指示》(1957年)明确学校卫生机构作为基层卫生组织的形式之一,为改善学生营养、预防接种、传染病防控等工作开展提供了机构保障。此阶段,确立了为人民服务、为国家建设服务的学生体质健康治理价值观,推动了以教育、体育、卫生为主要行动策略的治理行动,形成了政府主导、学校为主的治理格局。

② 建设期(1977—2015年)。1977年,高考制度的恢复标志着学校教育快速发展时期的到来。1979年,《国家体育锻炼标准》开始在学校实施。1990年,《学校体育工作条例》《学校卫生工作条例》颁布,标志着学校健康工作进入法治化轨道。1995年,《中华人民共和国教育法》《中华人民共和国体育法》先后颁布,以法律的形式明确了学生体质健康多元治理的格局。2002年、2007年、2014年先后3次修订颁布了《国家学生体质健康标准》。2007年,《中共中央国务院关于加强青少年体育增强青少年体质的意见》提出了开展阳光体育活动、减轻课业负担、保证休息睡眠时间、加强体育设施建设和卫生监督指导等20条要求,意义重大、影响深远,学校体育教学、竞赛和标准化建设等取得了持续性的长足发展。2010年,国家体育总局设立青少年体育司,青少年体育工作得到进一步加强。《小学体育器材设施配备标准》《初中体育器材设施配备标准》(2016年)等标准的制定为学校体质健康促进工作提供了基础保障。我国工业社会发展的不均衡不充分导致了学生体质健康新老问题并存的现象开始出现。1983—1986年的全国学生体质健康调查研究发现,青春期高血压检出率急剧上升、视力不良尤为严重^[5]。这一时期,经济快速发展,社会的健康认识得到深化,文化资源进一步丰富,物质条件得到改善,以法律和标准为主要内容的治理规范建设贯穿了整个阶段,夯实了治理基础,成为时代的显著特征。

③ 新时代(2016年至今)。近现代以来的政治经济革命以及包含启蒙运动在内又绵延数世纪的思想文化革命的相互作用导致了现代世界的诞生和现

代性问题的产生^[6]。风险社会的出现,使任何一个行业、任何一种学科都难以独立地、完整地解释和解决包括学生体质健康在内的社会问题。社会问题的多元治理应运而生。2016年,中共中央、国务院第一次联合召开了全国卫生与健康大会,提出“将健康融入所有政策,人民共建共享”“全面加强幼儿园、中小学的卫生与健康工作”,高质量发展成为时代特征,标志着学生体质健康治理开始进入新时代。同年,第九届全球健康促进(上海)大会报告明确提出了“上海大会是健康和健康促进的政治分水岭”,呼吁建立促进工作的新架构。“新时代”既是指在“后工业社会”中健康社会决定因素的剧增导致的学生“健康谱系”的变化、治理的复杂性成倍增加和对传统治理模式形成的新挑战;也意味着健康融入所有政策,重视儿童青少年健康,倡导健康文明的生活方式,全民健身是健康生活的基础,营造绿色安全的健康环境等既一脉相承又具鲜明时代特征的新方针、新政策为健康治理提供了新机遇。2017年,十九大报告提出的优先发展教育事业,加快推进体育强国建设,实施健康中国战略是新时代学生体质健康多元治理的长期政策指南。

社会主要矛盾的变化是时代变迁的显著标志。我国不同历史时期的学生体质健康治理虽有不同,但有4个共同特点:一是,中国共产党执政地位的稳固和执政宗旨的恒定,确保了“健康第一”的核心价值稳定,具有长期的战略性。二是,治理的政策措施与经济社会发展相适应,具有历史阶段性和发展性。从最初局限于学校体育、卫生工作,逐步向教学环境、生活环境、社会环境等更广阔的领域发展。三是,始终抓住主要矛盾,具有针对性。四是,教体卫融合的治理结构基本稳定,推动了治理形式上“法”的形态加强。除了上述特点外,“健康融入所有政策,人民共建共享”的新健康方针和更加重视日常生活、文化感受对健康的影响,促成了“家庭—学校—政府—社会”多元治理模式的形成,是新时代学生健康治理的时代特征。

学生体质健康治理现代化是我国教体卫事业不断发展变革的长期奋斗目标。学生体质健康治理现代化聚焦增强学生体质健康,包括学生体质健康的形成、发展、转型,以及健康的系统治理、依法治理、综合治理和源头治理,既是教体卫等关键政策和治

理规范的现代化,也是建立在教育、体育、卫生、家庭和社会等多元治理主体基础上的共同意识、格局结构和能力措施的现代化。健康优先、教育优先、儿童优先,决定了实现学生体质健康治理现代化是实现国家治理现代化的应有之义和迫切之举。

2 学生体质健康多元治理的基本格局和主体作用

人类健康和优质教育在联合国确立的17个可持续发展目标的排序中仅次于贫困和饥饿,分列第三、第四位。2018年,习近平在全国教育大会上指出“办好教育事业,家庭、学校、政府、社会都有责任”,深刻阐明了学生体质健康多元治理的基本格局。学生体质健康多元治理是针对学生的生活形态、身体活动、疾病预防等实施的系统性、综合性的健康干预,通过遗传的天然形成、家庭教育的润物无声、学校教育的健康促进,以及社会环境与同伴关系的相互感知等方式,影响着学生的饮食、运动等生活形态,导致不同的身心状态和健康产出(图1)。政府主导、学校为主、家庭抚育、社会共建和个人负责构成了学生体质健康多元治理的基本格局。

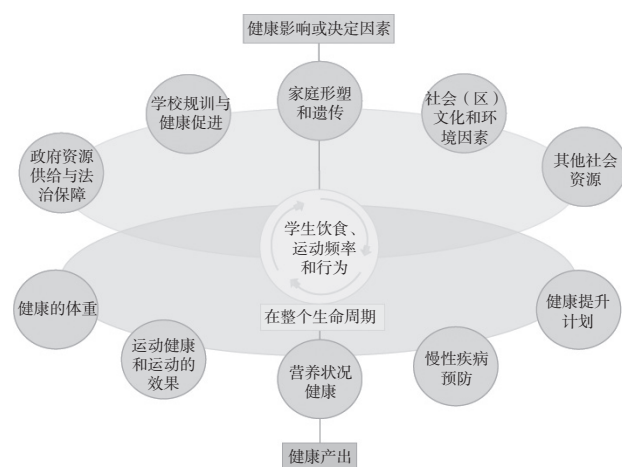


图1 健康治理格局和健康产出

Fig.1 Health governance patterns and health outcomes

注:资料来源于《Complete Guide to Fitness & Health》(Barbara A. Bushman)。

2.1 政府主导——学生健康权益的法治保障

政府是社会有序发展的首要维护者,通过核心价值观的精神主导、法治化为基础的制度主导实现社会治理的主导作用^[7]。当前,我国需要在法治基础上,建立一种可预期的各阶层利益保障制度和机制^[8]。政府主导的本质是保障学生受教育权和健康权的公平,基本方式是依法治理。当前,以宪法为统

帅,以民法典和未成年人保护法、教育法、体育法、基本医疗卫生与健康促进法以及其他法律相关内容为主干,法律、行政法规、地方性法规、部门规章和规范性文件等多个层次的法律法规构成的学生体质健康法律体系已经基本形成。政府主导的重要性在于通过法治的方式确保健康资源配置的充足与公平,保护学生基本受教育权、健康权的平等,调整学生与他人、学校、家庭、政府和其他组织之间的关系,强调政府责任并保障弱势群体、脆弱个体的权利不被剥夺,推动多元治理格局的形成并趋向结构稳定等。任何法律和制度在符号表现上都不能穷尽所有的社会现象和调节所有的社会关系,导致权力的边界和制度的内涵时有边缘化、执行难和供给不足等现象,控制的滞后与乏力、制度调节和政策冗余就成为必然,“废改立”需求迫切。

“健康第一”是我国长期坚持的教育理念。在教育系统内部,包括健康政策的制定、实施、评价等整个学生体质健康治理是由一套“有着自己的规章和财力并且经常有多种目标的办事机构、部门、科层和同僚”组成的“教育政府”来决定的^[9]。《学校体育工作条例》《学校卫生工作条例》明确了教育为主,体育、卫生部门为辅是政府主导的基本方式。

没有体育的教育是不完整的教育,体育是学生体质健康促进的主渠道。学校是体育工作的重要场所。体育通过课程、竞赛、评价等方式在学校教育中形成了完整的体系。稳定的工作载体保证了政策的实施。但在课程上,《体育》转变为《体育与健康》,引起了系统结构的变化,在师资培养、教学改革方面需要一个重新稳定的过程。体育课程一体化角度下的“三分融合”的干预构想^[10]是学生体质健康多元治理的另一种表述。在评价上,从学生体质健康的现状可以判断实施多年的体育中考虽卓有成效,但并没有完全实现预期目标。在体育课和体育考试中,即使是体育特色学校,也少见学生规范穿着运动服装,这既是因为学校更衣室等设施缺乏,也是学生体育意识不足的外在体现。考试是对刚性需求的形式强化,但不是运动意识的觉醒,有着“本质异化”的嫌疑。

卫生政策对学生体质健康治理起着导向性作用。新时代学校教育的高度普及和“优先发展教育事业”“把保障人民健康放在优先发展的战略位

置”“坚持对儿童发展的优先保障”的“三个优先”方针,使“学生优先”成为现实需求。但我国在重大疫情防控体制机制、公共卫生应急管理体系等方面存在的明显短板,一定程度上表现为重“技”而轻“道”,重“治”而轻“防”,重“专”而轻“全”。2017年,

我国中小学专职校医配备率为东部24.95%,中部4.22%,西部3.83%,该数据与笔者于2015年对某省中小学卫生机构建设情况的调研结论基本一致(表1)。学校卫生机构的发展定位是教育、卫生体制改革中必须面对和解决的问题。

表1 学生卫生机构建设及工作情况统计表
Tab.1 Statistical table of construction and work of student health institutions

	学校总数	卫生室(保健室)总数	有医疗许可证的卫生室数	执行学生体检	开展健康教育	开展常见病防治	教室照明和课桌椅合格
数量	7 043	4 620	1 488	6 453	6 664	5 874	5 525
占比/%	100	66	21	91	94	83	78

冲突总是由资源争夺而起。组织、人社、财政、城建、环保等部门的政策直接影响着学校的人、财、物,影响着学生体质健康治理的基础能力。2018年,江苏省教育、卫计、物价三部门联合发文,将1996年制定的20元/生的高校学生体检标准,根据实际需要提高至86元。20余年的时间,显示了健康共同意识、社会经济基础和部门协同的重要,以及改革的艰难。

2.2 学校教育——学生健康促进的核心枢纽

“健康第一”“教育第一”都是联合国的主张。政策交汇之处,就是力量集聚之地,也是治理焦点所在。学校是学生体质健康多元治理的主阵地、关键落脚点和关键主体。中小学(含幼儿园)时期是从幼年到成人的过程,是维护人的全生命周期健康最重要的阶段,是个体进入社会之前最重要的社会化场所。按我国人均健康预期寿命68.7岁^[11]计算,占一个人健康生命周期的22%。教育程度和健康水平之间存在着正相关性。学校通过将健康教育、健康监测、健康干预和疾病预防等措施纳入时间表来实现对学生体质健康的“规训”。学生体质健康多元治理是治理主体、治理行为的多元化,不等同于“多中心治理”。学校因其培养全面发展的人的特定的组织目标、稳定的教职工队伍、制度化与规范化的组织结构和行动秩序,能够通过学生形成开放的、广泛的对外关系,起到联系各方的核心枢纽作用。“枢纽”不仅是一个创建或认定的结果,更是一个行动与运作的过程^[12]。“江苏省健康促进学校的创建与成效”是唯一入选2016年第九届全球健康促进大会的教育和学校方面的优秀案例。从最初的“卫生—教育”到2015年的“教育—卫生—体育—食品”一体化的健康促进体现了学校在多元治理中的“枢纽”地位的重要性。2021年,我国颁布《营养与健康

学校建设指南》、WHO发布《全球健康促进学校标准》,印证了江苏做法的前瞻性和科学性。在新时代,学校在学生、家庭及其社区的福祉方面发挥着至关重要的作用,教育与健康之间的联系从未如此明显^[13]。学校作为学生体质健康多元治理的枢纽,具有权威、信任、规范、互惠和参与等社会资本的基本表现形式,能够促进合作行为提高社会效率,降低主体的行动成本,从而推动治理目标的实现。但地位的增强意味着责任的增加,学校因此缺乏主动显示核心作用的意愿。在各方广泛呼吁学校普遍实施以体育、艺术等为主要内容的课后服务的背景下,仍有一些学校和教师对“主渠道”的表现并不主动。政府为学校办学托底,学校办学亦要为人民分忧。

2.3 家庭抚育——学生健康生活形态的形塑

中国人更倾向于集体主义,重视家庭的地位和作用。家长健康素养的缺乏和“孩子健康第一”“身教重于言教”的意识不足,导致了孩子的“食动眠”在家庭中缺乏科学的管理。当前,工业化引致的“家庭孤立”现象越来越明显。统计数据显示,1990年、2012年、2020年的户均人口分别为4.00人、3.02人、2.62人,2011年,全国大陆城镇人口首次超过农村人口,达到51.3%。一方面,“小家庭”推动了“结构性情感”“情境性情感”和“预想的情感”的变化,削弱了家庭角色之间权力、地位的制约,孩子的独立意识增强;另一方面,孩子在现实社会和童年与社会化的理论架构中都处于从属地位^[14],体育锻炼习惯受家庭影响明显。孩子的运动意愿因为缺少家人的鼓励和互动,很难坚持长久。这种现象既是家庭结构变化的结果,也是“体力活动不足”这个21世纪全球最大的公共卫生问题的社会表现。劳动教育被重新纳入教育方针、五育并举是国家政策对此现象的回

应。有计划的养育是所有家庭的希望,母亲的健康素养在其中起着主要的作用。对8 321名江苏籍大一新生的健康素养调查结果显示,母亲文化高的学生总体健康素养相对较高^[15]。单亲家庭和双职工家庭的大量增加,导致家庭对子女的陪伴和照管困难。政府投入和信息化桥梁的搭建一定程度上缓解了这种困难局面,同时,“小手拉大手”的健康促进也使得未来一代正在通过改变家庭而变革着这个时代。江苏每个孩子都有一份体质健康报告书^[16],这是在信息化条件下,政府投入、学校实施、家庭参与、专家指导的结果,对推动形成政府、学校、家庭、社会共建共治共享的学生健康多元治理模式起到了纽带作用,是科技改变生活的积极努力。

2.4 社会共治——学生健康成长的环境净化

学生的“行为榜样”不仅来自学校,家长和社会的作用同样重要。只有把学生体质健康治理置于社会的“条件和关系”之中,把视角转向社会,促使学生、家长,乃至全社会对“体质健康”概念进行重新认识,才能找到相应的出路^[17]。社会对“学生阶段是消除个体差异的关键节点”的认识,表现为“不让孩子输在起跑线上”。“教育系统客观地进行着淘汰”,影响着家庭和社会对教育成效的判断,导致了教育恐慌的泛滥。“万般皆下品,唯有读书高”,家庭作业、课外阅读、影子教育(课外辅导)等多管齐下,我国青少年睡眠不足现象日趋严重。据报道,小学、初中、高中分别有95.5%、90.8%和84.1%的学生未达到教育部的规定标准。同龄人交往和家庭间交往的减少使社会(社区)对生活形态的影响减弱,生活中缺少陪伴已经成为影响儿童健康成长的重要因素。“网络成瘾”和“线上社会化”成为弱势群体中的农村留守儿童和新生的“城市留守儿童”最突出的表征。孤独感、失眠和自伤行为是留守儿童发生情绪和行为问题的相关危险因素,也是成年后心理健康的关键危险因素。2019年6月,WHO通过了《国际疾病分类》,正式将游戏成瘾列入“精神疾病”。随着学习化社会和终身教育理念的逐步形成,社区环境对于儿童生存发展和保护的重要性更加凸显,争取社区的支持与配合是学生健康教育和促进的核心内容之一。截至2019年底,全国共有儿童之家(或儿童中心)28.9万个,比上年增加6.2万个,增长27.1%,城乡社区覆盖面进一步提高^[18]。2021年,

《全民健身计划(2021—2025年)》首次将在社区、公园、绿地等公共场所,配备适合学龄前儿童大动作发展和身体锻炼的设备设施作为实施青少年体育活动促进计划体育“健康包”的重要内容。此外,自然环境和物质条件的改善也是环境净化的重要内容。

2.5 个人自律——学生健康结果的第一责任人

人能够在使世界改变的同时改变自己,在建立自己结构的同时使自己成为结构^[19]。在影响人类健康的遗传生物因素、行为生活方式因素、医疗卫生条件和环境因素等4个主要因素中,遗传作用仅占15%,而行为生活方式因素作用则达到了60%^[20]。在所有学生体质健康影响因素中,不良的生活方式所占的比例最大,吸烟、酗酒、膳食结构不合理、缺少运动是排名前4位的危险因素。Sandercock等^[21]研究认为,视屏时间和体育活动之间呈负相关,每天视屏时间少于2 h的青少年,其体育活动时间显著长于视屏时间2 h以上的青少年,视屏时间4 h以上的青少年体育课更不活跃。这些危险因素一般通过学生周围的氛围,以及在社会上或某个集体中流行的爱好或习惯,以区域性、阶段性的方式对学生的心理和行为产生较为明显的影响。体力活动的不断减少,久坐行为的逐渐增加,体育热情的下降等一系列原因,让运动的阻力不断加大。而且,不良生活方式往往要经过相当长的时间才会逐渐出现明显的综合致病性表现。因为中小学生的未成年人特点,对于健康自律难以做到知行合一,体育中考、手机禁止带入课堂、校园内不设食品小卖部等成了不得不采取的控制措施。

3 努力实现学生体质健康治理现代化

3.1 坚持以人民为中心的治理理念

“治国有常,利民为本”“天地之大,黎元为先”。以人民为中心是学生体质健康治理的根本价值逻辑和理念,是社会治理创新的理论原点,包括了以人为本、为人民健康服务、将健康融入所有政策等方面。社会主义的根本制度保证了以人民为中心的治理目标始终如一,并被70年的发展历史和成就所验证。以人为本、执政为民,坚持以人民为中心不动摇是我国国家治理体系完善的基本路径^[22]。健康作为一项普遍权利,是日常生活的基本资源,是所有国家共享的社会目标和政治优先策略,是服务于人的身心

发展的。政府要充分应用可获得的有效机制保护健康,通过公共政策提高福祉^[23],兜住底、筑牢底,以实现“人民至上,生命至上”。

3.2 构建共建共治共享的治理格局

① 共建共治共享的基本内涵。共建共治共享是一种全新的公共行政或社会治理范式。共建说明社会各方有责,共治回答社会治理怎么开展,共享是实现社会治理成果共同享有^[24]。学生体质健康治理包含了社会政策的关怀性、防备性、发展性等3大领域和教育、医疗两大民生事业。脱贫攻坚战的如期打赢,教育和医疗起到了影响全局的作用。学生体质健康多元治理不是为了回避国家责任、推进市场化,而是提倡国家支持下的“家庭—学校—政府—社会”的健康共同行动。学生体质健康治理多元主体之间的国家义务、人性需求等方面的目标一致性,体现了我国的制度优势,保证了即使在条件不足、政策波动的情况下,仍能维持基本公平和可持续。这种“国家—人民”之间的权利、责任、义务关系既相对稳定也不断调整,深刻地影响着各个主体履职尽责的主动性和有效性。

② 共建共治共享的基本格局。共建共治共享的健康治理格局是建立在对健康问题的社会决定因素的认识基础上的,“生物—心理—社会”的三维模式使人的健康常常表现为一个连续的社会互动过程。学生的社会特点和健康治理的历史实践,是形成以学校为枢纽,教育、卫生、体育三位一体,政府、学校、家庭和社会共建共治共享的学生体质健康治理格局的直接原因。基本格局的形成保证了治理结构的稳定。《中国儿童青少年体育健康促进行动方案(2020—2030)》的重要精神就是努力形成校园、家庭、社区一体化的促锻炼、增体质机制。

③ 共建共治共享的基本制度。我国的教育、健康和体育方针有着明确的问题导向——解决学生体质健康问题,公开的实践路径——将健康融入所有政策,清晰的价值规范——促进学生身心健康。体现了公正、公开、公平等特点,有着使社会朝着公共化方向发展的法律保障、舆论宣传等刺激性系统,具有广泛性、推动性、方向性和明显的导向功能,体现了“政”之正确,“策”之激励。所有制度的前提是2018年新《阿斯塔纳宣言》所提出的“使利益攸关方的支持与国家政策、战略和计划保持一致”,凸显出

国家制度和政府主导在以公益性为前提的学生体质健康多元治理中的决定性作用。

④ 共建共治共享的基本策略。我国的治理方式从“总体—支配型”逐步转向为“制度—技术型”,正在迈向“系统—协同型”^[25]。学生体质健康治理的基本策略是从学生的健康影响因素出发,把握好系统中的基本影响因素——国家制度和健康政策,即“善于把党的领导和我国社会主义制度优势转化为社会治理效能”;解决好问题中的内容影响因素——基本保健和公共安全,以增强体育锻炼为主渠道,统筹做好(心理)健康教育、疾病预防、环境改善等体质健康促进工作。

3.3 营造科学和谐的善治环境

第一,意识的提升。人的自身能力和所处的环境决定了思想的局限性。意识通过个人影响着治理行为,还通过家庭、同伴等各种社会关系和信息渠道影响着他人,从而影响着个人行为与社会健康要求的偏离程度。健康意识需要以科学的知识 and 行动能力为基础。学生体质健康治理需要进一步强化政府和学校的责任,尽可能多的为社会提供平等和多元选择的机会。江苏省睢宁县庆安镇骑路村小学坚持8年进行花样跳绳教学,取得显著育人成效,学生近视率、肥胖率均为零,这是德智体美劳相辅相成、五育并举、立德树人的生动案例^[26]。

第二,组织的强化。学校是学生体质健康治理的最重要的组织和场所,承担着体质健康促进中大部分带有制度化、强制性的任务,是依法治理、家校协同、社会共建等措施落实的关键。学校健康促进组织的强化是学生体质健康治理结构中最重要的一环,直接决定了治理政策落地的效果。2021年,WHO发布的《健康促进学校全球标准》将学校健康服务作为最终落脚点,清晰地显示了学校健康组织的核心地位和作用。家庭、社会和个人等其他主体需要通过学校这个特定的治理枢纽才能够真正行使治理的主体权力。现实中学校健康组织建设的薄弱直接导致了学校治理主体的虚化、结构的失衡和内容的缺失。

第三,法治的保障。宪法是所有健康政策的法律源泉。在1954版、1975版、1978版和1982版等4部宪法中,“公民”一词分别出现了34、13、25和49次,凸显出公民健康必须首要考虑公民和国家之间

的关系,在权利、责任、义务三者之间形成“生物公民身份”^[27]。在现代风险社会,学生健康权的实现必须通过依法治理下的给付行政来实现。如2012年,国办即以通知形式提出修订《学校体育工作条例》和《学校卫生工作条例》,但10年过去仍未完成。行业立法、条块分割等体制特点导致了治理内容的有意规避和治理措施的难以深入。

4 小结

家庭生活形态等社会决定因素传递了和演变着不同的学生健康状态。新时代学生体质健康多元治理现代化是在国家支持下,以健康价值、健康问题为导向的“家庭—学校—政府—社会”的共建共治共享的行动过程。当前,学生健康多元治理现代化依然面临着巨大挑战。一是,治理的体制机制矛盾依然存在,需要强化教育在学生健康多元治理和政府主导中的统筹地位和能力。二是,政策制度与现实需求存在冲突。在强调教育作为“取得成就”的手段的社会背景下,教育和学校如何更好地培养全面发展的人是焦点和难点问题,提高质量、促进公平始终在路上。三是,国家和学生之间的权利义务关系是多元治理的法治基础,学校既要发挥好主阵地和核心枢纽作用,也需要进一步厘清和化解与政府、社会、家庭和学生个人之间的职责矛盾。

参考文献:

- [1] 国家卫生与健康委员会. 中国公民健康素养——基本知识技能(2015年版)[EB/OL]. (2016-01-06). <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3581/201601/e02729e6565a47fea0487a212612705b.shtml>.
- [2] 马军. “十三·五”中国学校卫生工作任务与展望[J]. 中国学校卫生, 2016, 37(4): 481-483.
- [3] 郑红娥. 健康教育: 中国当今最大的社会问题[J]. 市场与人口分析, 2003(3): 71-76.
- [4] 胡迺武. 三次产业演进规律与我国产业结构变动趋势[J]. 经济纵横, 2017(6): 15-21.
- [5] 刘欣. 我国学生的体质健康状况不佳[J]. 学校体育, 1987(1): 16.
- [6] 王小章, 陈宗仕. 社会学思维[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2018.
- [7] 马丽娟. 充分发挥政府在社会治理中的主导作用[J]. 辽宁行政学院学报, 2015(1): 12.
- [8] 仇立平, 等. 家庭—学校—工厂: 中国社会阶层再生产[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2015.
- [9] 陈振明. 公共政策分析[M]. 北京: 中国人民大学出版社,

2002.

- [10] 于素梅. 体育课程一体化背景下学生体质健康综合性精准干预研究[J]. 体育学研究, 2020, 34(3): 1-6.
- [11] 观察者网. 卫健委: 中国人均预期寿命77岁 但有8年多在生病[EB/OL]. (2019-07-30). <https://news.china.com/social/gd/10000169/20190730/36712609.html>.
- [12] 杜平. 如何成为枢纽? 一个社会组织探索内在性自主的个案研究[J]. 广东社会科学, 2019(2): 213-219.
- [13] 世界卫生组织. 联合国教科文组织和世卫组织敦促各国使每所学校都成为健康促进学校[EB/OL]. (2021-06-22) <https://www.who.int/zh/news/item/22-06-2021-unesco-and-who-urge-countries-to-make-every-school-a-health-promoting-school>.
- [14] 威廉·A·科萨罗. 童年社会学[M]. 程福财, 等, 译. 上海: 上海社会科学院出版社, 2014.
- [15] 赵富学, 王云涛, 但艳芳. 美国“学校健康与体育教育联盟”组织的特征及启示[J]. 体育学研究, 2019, 2(5): 29-37.
- [16] 江苏文明网. 江苏中小学生每人都会拿到一份体质健康报告书[EB/OL]. (2018-05-09). http://wm.jschina.com.cn/minor/201805/t20180509_5370119.shtml.
- [17] 韩英灵. 政府对学生体质健康教育的作用与局限[J]. 南京体育学院学报(社会科学版), 2005(3): 108-112.
- [18] 国家统计局. 2019年《中国儿童发展纲要(2011—2020年)》统计监测报告[EB/OL]. (2020-12-18). http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202012/t20201218_1810128.html.
- [19] 皮亚杰. 结构主义[M]. 倪连, 王琳, 译. 北京: 商务印书馆, 2011.
- [20] 张自力. 健康传播学: 身与心的交融[M]. 北京: 北京大学出版社, 2009.
- [21] SANDERCOCK G R. Screen Time and Physical Activity in Youth: Thief of Time or Lifestyle Choice? [J]. J Phys Act Health, 2012, 9(7): 977-984.
- [22] 孟慧敏. 我国国家治理体系现代化问题研究综述[J]. 理论视野, 2020(7): 87-94.
- [23] 世界卫生组织. 上海宣言[EB/OL]. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-final-draft-zh.pdf?ua=1>
- [24] 姜晓萍. 社会治理须坚持共建共治共享[EB/OL]. (2020-09-16). https://www.xuexi.cn/lpage/detail/index.html?id=10845825203093591826&item_id=10845825203093591826.
- [25] 杜玉华. 马克思社会结构理论视角下的国家治理体系构建[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2014(6): 100-107.
- [26] 中国教育报. 江苏省睢宁县骑路小学学生近视率、肥胖率均为零——跳绳八年, 跳出两个“零”[EB/OL]. (2021-04-15). http://paper.jyb.cn/zgjyb/html/2021-04/15/content_593080.htm?div=-1.
- [27] 景军. 公民健康与社会理论[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019.

(下转第90页)