

# 同伴教育研究评述

罗玲 彭少峰

**摘要:**近年来,同伴教育方法逐渐成为国内学术界和实务界关注的热点,并逐渐将社会工作与同伴教育相结合应用于药物滥用、艾滋病预防等领域。笔者从同伴教育理论、实践操作及效果评估三个方面对国内外同伴教育研究进行梳理,发现在同伴教育的内涵界定、实施形式、理论依据、实践模式以及实施效果等方面已经进行了有益地探索,取得了一定的成绩。今后学术界应加强本土同伴教育的实证研究、纵深研究以及理论文化研究,拓展和深化同伴教育的研究领域。

**关键词:**同伴教育 同伴教育模式 研究述评

[中图分类号] C916 [文献标识码] A [文章编号] 1672-4828(2015)01-0116-08

DOI: 10.3969/j.issn.1672-4828.2015.01.012

罗玲,华东理工大学社会与公共管理学院博士生;彭少峰,华东理工大学社会与公共管理学院博士生(上海 200237)。

同伴教育作为一种同伴互助的方法,最早出现在18世纪末19世纪初,英国人贝尔(Andrew Bell)和传教士兰卡斯特(Joseph Lancaster)采用的“导生制”教学——教师们在学生中选择一些学生,并将其培训成可以督导其他学生的“班长”,被学者们认为是最早的有系统有组织的同伴教育。此后,同伴教育迅速在全球的社会发展领域发展起来。在日内瓦召开的第12届世界艾滋病大会上,澳大利亚、美国、瑞士、荷兰、印度等国向全世界介绍了同伴教育在预防艾滋病领域的研究经验。同伴教育在我国真正发展起来也是源于此次世界艾滋病大会,中国红十字会为预防艾滋病而推广的艾滋病同伴教育项目,引发了一大批学者开始同伴教育的系列研究,并将这种方法应用于大学生、中学生、妇女、青少年、吸毒人员、流动人口等群体的艾滋病预防教育。随着研究地的深入,同伴教育方法逐渐被教师、社会工作者、研究者应用到禁毒、心理健康等多个领域。因而,对同伴教育国内外研究现状进行梳理,深入了解同伴教育理论与操作方法实属必要。

## 一、同伴教育理论研究

### (一)同伴教育概念界定

同伴教育作为一种新兴的教育方法,许多学者更注重它的操作性,希望通过同伴教育来解决

特殊问题,转变人的认知行为,以达到助人良性成长的目的。苏斯曼(Sussman, 1973)认为,同伴教育是指由受过半专业训练和督导的学生,运用言语或非言语的交流方式,对需要帮助的朋辈提供倾听、支持或咨询服务。瓦伦斯特(Varenhorst, 1984)认为,同伴教育是由受过训练且接受督导的学生来执行助人工作之历程,其服务对象只限于年龄相近的求助者及他人转介的当事人。邦德(Bond K & Wolfe, 1998)等认为同伴教育是具有相似年龄、背景或生理、经历、体会、社会经济地位及相同性别等具有共同语言的人在一起分享信息、观念或行为技能,同伴教育者易唤起身边同伴的心灵共鸣,以实现教育目标。艾米(Amy Medley, 2009)等学者认为同伴教育干预措施是指在小组中或同伴一对一的形式下与目标人群分享人口的、风险行为的艾滋病毒或艾滋病信息。费梅萃(2011)认为同伴教育是利用同伴之间的共性和相似性,通过榜样的示范带头作用,使同伴更好地接受信息,对同伴施加影响,同伴教育是促使行为改变的非常有效的教育方式。

同伴教育的实施环境是同伴教育是否成功的关键之一,也有学者将实施环境加入到同伴教育的定义当中。弗洛拉(Flora Cornish, 2009)等认为同伴教育是一种基于社区的干预措施,它涉及目标社区里的特殊成员,如:性工作者、吸毒者或年轻人等,利用他们的同伴对他们进行培训,使他们得到与健康相关的信息和交往技能,促进健康行为的发生,如:安全的性行为等。

由于同伴教育的产生是在教育学领域,因此,目前广泛运用的定义都呈现教育视角。例如:蒋晓(1986)认为同伴教学是指学生充当教师的角色,通过培训,在教师的指导下开展与相同或相似年级水平的学生的同伴学习活动,提高教学效果。同伴教育亦称为同伴教学、朋辈咨询、同辈辅导或者朋辈辅导(朱小曼, 2005)。吕姿之和高源(1999)认为同伴教育是指具有相同年龄、性别、生活环境和经历、文化和社会地位或由于某些原因使其具有共同语言的人在一起分享信息、观念或行为技能的教育形式。

虽然目前同伴教育定义并不清晰,但是同伴教育的特点是明显的。迈克(Michael Shiner, 1999)认为,同伴教育应侧重同伴干预以体现其作用所在,并应该包括以下三个特征:由同伴组成、干预的目标和方法是工作所预期的、干预中的同伴关联种类(同伴关联用来描述同伴教育者角色的定义)。特纳(Tuner G., 1999)等学者同样认为同伴教育的基本原理并不清晰,但是以下十点可以用于定义同伴教育:(1)同伴教育比其他方法成本效益更好。(2)同伴是可靠的信息源。(3)同伴教育会为参与者增能。(4)同伴教育利用已有的分享信息和建议的方法。(5)同伴比专家更能够传递信息,因为人们通常与他们的同伴一起辨认信息。(6)同伴教育者通常担任积极的模范角色。(7)同伴教育让提供同伴教育者受益。(8)同伴提供的教育是可接受的而其他的教育则不可以。(9)同伴教育能够被用于教育那些传统方法难以接触的人群。(10)同伴们通过持续的交往、接触加强学习。

通过对以上同伴教育定义及特点的分析,笔者认为无论是侧重行为转变还是外在环境亦或是知识教授,同伴教育的概念内涵都离不开同伴教育主导者与接受者,而且在一定时间、情境下,两者往往相互影响,相互角色转化。因此,笔者认为同伴教育是一种由拥有相似经历、遇到相同问题等具有共性特征的两人以上的相互影响参与者,在知识储备、认知行为、思想观念、心理情绪等方面进行正向影响的活动。

## (二)同伴教育形式

目前同伴教育的形式主要有两种,一种是同伴教育者自助式,另外一种为外力主导、同伴参与式。前者被广泛应用于实践项目和实证研究当中。同伴教育者自助式是指活动组织者在服务对象中选择一定数量的人,经培训成为同伴教育者,形成自助教育队伍和平台,然后再由训练后的同

伴教育者对目标人群进行教育。丽萨(Lisa M Williamson, 2001)等学者通过男同性恋酒吧对男同性恋性健康行为教育实施同伴教育效果的评估,认为通过选派同伴教育者,从男同性恋的性健康需求出发,并给予同伴教育者该项目的工作组人员身份——健康外展工作者来普及性健康知识和预防疫苗接种知识,可以增加性健康服务的知晓度和使用率。国内学者中,章昉(2008)认为在吸毒人群中开展同伴教育,首先要对有影响力和号召力的吸毒人员(同伴教育者)进行有目的的培训,使其掌握一定的知识和技巧,然后再由他们向周围的吸毒人员传播知识和技能,甚至向更泛的范围传播,以达到教育的目的。

外力主导、同伴参与的形式是指由活动组织者或社会工作者策划、安排同伴教育活动,具有共同经历、共同需求、共同爱好的人一起参与,用团体互动的方式达到教育目的。维克托(Victoria Persky)等学者研究了社区同伴教育形式(Community-Based Peer Education)在社区开展儿童哮喘预防教育的可行性。据了解,触发儿童哮喘的敏感源来自家中的寄生虫、蟑螂、老鼠等,通过在社区开展预防哮喘的同伴教育,邻里间相互提醒和关注环境卫生,有助于预防儿童哮喘的发生。道格拉斯(Douglas W. Woods, 2002)研究了“视频同伴教育”形式(Video-Based Peer Education)在提高成人图瑞特综合症的社会可接受性方面的成效及影响。他选择112名大学生随机分成四组,两组观看图瑞特综合症的教育视频,另外两组不看。在接下来的与图瑞特综合症患者亲近测试中发现观看视频的大学生较之没有观看视频的大学生对待图瑞特综合症患者更亲切、态度更积极。这种形式与小组社会工作不同,它涉及的人数较多,对工作者要求较低,不深入服务对象的内心活动,一般用于短期实证研究、现象研究和知识普及。

### (三)理论基础

目前,应用于同伴教育的理论主要有社会学习理论、亚文化理论和革新沟通理论等三种。社会学习理论认为示范是学习过程及学习效果的重要影响因素。主体通过亲身观察模范的行为后,就会效仿;主体一旦有机会去实践这种行为,且得到正强化,就能成功地效仿。亚文化理论认为亚文化是与主流文化背道而驰的,特定的群体必定会拥有自己特殊的亚文化。一些促进健康的项目便可以在某些亚文化圈内开展,应用于亚文化内独特的人际网络和信息传播途径。革新沟通理论认为团体革新的关键力量是团体观点的主导者。团体的革新需要通过他们与团体中一般成员的交流与沟通才能更好地实现。这些主导者一方面与团体一般成员有相似的特征,另一方面又拥有独有特征,比如拥有较高的社会地位,接受过较好的教育、性格宽宏大量、富有创新精神以及更具竞争力、影响力和可信度,能使一般成员承认他们并接受他们的影响(赵婧, 2009)。

特纳(Turner G., 1999)等认为除了社会学习理论、亚文化理论和革新沟通理论等三种理论外,同伴教育的应用理论还包括了社会预防理论、角色理论和差别交往理论。社会预防理论强调采取非健康行为的社会压力,它认为受同伴的压力和其他影响的年轻人缺乏沟通交谈技巧来抵制非健康行为,而一系列的技巧可以帮助年轻人预防、抵御这类压力。角色理论是以社会角色和角色期待为基础的,萨宾(Sarbin, 1976)认为同伴教育者与辅导者的角色期待相一致,并采取与之相适应的行为。此外,通过接受一种角色,同伴教育的参与者们可以加深理解并为之履行承诺。差别交往理论最初由萨瑟兰德(Sutherland)和克雷西(Cressy)应用于犯罪研究(Sutherland & Cressy, 1960)。萨瑟兰德(Sutherland)认为犯罪与其说是身心失调的产物不如说是一种习得行为。犯罪人员在社会环境中向与之相联系的人学习犯罪需要的技巧。他的观点说明了同伴的负面影响。年轻人可以从能够教他们的同伴那学习偷盗、吸烟、吸毒等不好的习惯。同伴教育的健康教育者们将差别交往理论转化得尽量简单以告知年轻人哪些好习惯能够促进健康发展。

## 二、同伴教育的实践与模式

### (一)同伴教育实施步骤及成功条件

匿名戒酒会(Alcoholics Anonymous, 简称AA)是运用同伴教育改变酗酒行为较为成功的组织。“十二个步骤”是匿名戒酒会实施同伴教育促进个人戒酒方案的核心。这些步骤是从实践中反复尝试后得出的,具体包括:第一步,我们承认,在对付酒精上,我们自己已经无能无力。我们的生活已经搞得不可收拾。第二步,要相信,有一个比我们自身更强大的力量,这力量能够使我们恢复神智清醒和健康。第三步,作出一个决定,把我们的意志和我们的生活,托付给我们所认识的“上苍”。第四步,作一次彻底的和无惧的自我品德上的检讨。第五步,向“上苍”,向自己,向他人承认自己错误的本质。第六步,要完全准备好,让“上苍”除去自己一切人格上的缺点。第七步,谦逊地乞求“上苍”,除去我们的缺点。第八步,列出一份所有我们所伤害过的人的名单,并使自己甘愿对这些人作出补偿。第九步,在不伤害他们的前提下,尽可能直接向曾经受到我们伤害的人士当面认错。第十步,继续经常自我检讨,若有错失,要迅速承认。第十一步,透过“祈祷”与默想,增进与我们所认识的“上苍”有自觉性的接触。“祈祷”中只求认识对我们的旨意并祈求有力量去奉行旨意。第十二步,实行这些步骤的结果是我们拥有一种精神上的觉醒。我们设法把这信息带给别的酒徒,并在我们的一切日常事务中实践这些原则。这十二个步骤通过实践证明是积极有效的并被逐渐引入到药物滥用等成瘾行为的相关领域。

以上是同伴个人成长的同伴教育实施步骤,上海市自强社会服务总社的叶雄、张艳(2009)等还从操作、实施层面来讨论同伴教育的步骤。他们认为在社区开展吸毒人员的同伴教育,首先需要建立有影响力和号召力的第一层次的同伴辅导员(同伴教育者),然后需要依托第一层次的同伴辅导员(同伴教育者)培训第二层次的同伴辅导员(同伴教育者),以便对更多的吸毒人员同伴进行禁毒知识、康复知识、技能的传播和相互鼓励支持。

在践行同伴教育实施步骤时,弗洛拉(Flora Cornish, 2009)认为有效的同伴教育应该具备以下两点社会条件:第一,有一个较为稳定的、支持性的社会、物质和政治环境;第二,社区发展理念是为性工作者的参与、自主和赋权提供重要的资源而不是采用生物医学的视角将其边缘化然后进行关注。

### (二)同伴教育模式

同伴教育的研究多集中在艾滋病预防领域,尤其是在该领域开展同伴教育有效性、可行性的评估研究,关于同伴教育的实践经验研究较少,且主要集中在药物滥用领域。因此,笔者将着重介绍药物滥用领域的同伴教育模式。药物滥用领域的同伴教育模式主要有三类:一是药物滥用者自发实施同伴教育;二是政府强制执行同伴教育;三是社会机构组织实施同伴教育。三种模式各有利弊,笔者将结合案例加以说明。

美国“凤凰村”的创建是同伴教育应用于戒毒康复领域的一个重要里程碑。1968年,12名曾有过吸毒行为的人自发在纽约城租赁了一幢建筑物的顶楼居住下来,居住成员通过相互鼓励与关心,依靠集体的力量来修复他们因长期滥用毒品而变异的人生观与价值观,恢复正常的社会功能,这种方式逐渐演变为后来闻名于世的戒毒康复治疗集体—凤凰村(唐斌,2008)。而由吸毒人员相互支持相互鼓励,来帮助戒毒的同伴教育成为凤凰村主要的解决手段。创建于2003年3月的贵州“爱心屋”与美国“凤凰村”创建过程相似,都是由吸毒人员自发建立的团体,并依靠团体的力量即

各种内容的同伴教育获得新生(贵阳市爱心屋自愿戒毒义务帮扶中心,2014)。

这种药物滥用者自发实施同伴教育的模式首先要有能使同伴信服的核心人物;其次这类人需要有坚毅和宽厚的性格和助人意愿;此外,他们需要有一定的经济实力以及管理能力,积攒资金的能力与渠道。总的来说,这个模式由于核心人物的稀缺,操作性、持续性与可复制性的可能较小,难以广泛发展。

第二种政府强制执行同伴教育模式的代表案例是北京致远康复社区。这个社区的前身是戒毒中心心理康复小组。2008年《禁毒法》规定实施社区戒毒、社区康复后,更名为致远康复社区。同伴教育的宗旨是挽救在毒海中挣扎的灵魂,理念是把握人生新航向。北京致远康复社区下设:舒扬致远文化传媒公司、致远创作小组、致远志愿者小组、致远心理康复小组。此外,致远康复社区有明确的禁令:严禁社区成员之间共同吸食毒品,违者开除出组;严禁社区成员之间有毒品交易,违者开除出组;未达到管带级别前严禁社区成员之间在社区活动之外有任何联系,违者警告或开除;严禁大量酗酒,造成不良影响(致远社区,2012)。

这种模式管理严格,实施同伴教育更为规范、有序,在资金上有保障,对于违禁行为能及时发现并处置。但是内部问题难以公开,吸毒人员在接受同伴教育时容易被规训,主体性容易被忽视。

最后一种社会机构组织实施同伴教育模式主要见于云南戴托普治疗社区和上海市自强社会服务总社。云南戴托普治疗社区创建于1998年,是中美合作的产物。该社区充分发挥居住成员集体和戒毒互助小组的力量,借助早会、对质、宣泄、艺术情感和职能工作等形式,来实现戒毒人员生理脱毒后的心理预防、行为矫正、能力培养和人格重塑(唐斌,2008)。上海市自强社会服务总社的社区禁毒康复同伴教育辅导项目开始于2010年,但前期同伴教育的准备期和探索期则始于2005年。2005年在上海市禁毒办的指导下,自强总社开始招募和物色合适的同伴教育者。2007年,自强总社开始培训同伴辅导员,依托由曾经吸毒人员主持的戒毒热线平台,采用同伴辅导、同伴支持小组等方法,尝试将同伴教育方法运用在戒毒康复领域,在上海戒毒康复人员群体中形成了一定的影响力。为扩大前期影响、提升前期效果,2010年自强总社便以项目形式在全市开展了社区戒毒康复的同伴教育辅导项目(上海市自强社会服务总社,2012)。两个社会机构都采用了同伴教育进行戒毒训练与康复。不同的是前者有戒毒社区专业工作人员对戒毒人员实施同伴教育即外力主导,共同参与式;而后者是将戒毒人员自助式同伴教育与外力指导、共同参与式同伴教育结合起来实施。

### 三、同伴教育的效果评估与风险问题

#### (一)效果评估

同伴教育的兴起,一方面促进了人们对各类知识的了解和对流行疾病的预防;另一方面人们对同伴教育是否真正产生效果存在疑问。因此,大量的研究者利用问卷法、实验法、访谈法等定量、定性研究方法对同伴教育的有效性和可行性进行了评估。在国外,詹妮弗(Jennifer Ward, 1997)等学者1995年4月-1996年6月期间在英国某社区开展年轻人毒品预防和教育的同伴教育,结果发现在社区的广大目标人群,传播毒品预防信息和知识的同伴教育干预十分成功,其中也包括无法获取信息的目标人群家长们和老师。同伴干预项目影响和评估结果表明同伴教育是优于其他方式的毒品教育与预防方法。特里(Terry Allen, 2004)对65~94岁的老人开展名为“积极防摔行动”项目预防老人跌倒的同伴教育活动,10名老人被训练为同伴教育者向他们的同伴大约

1100名老人教授、传递预防跌倒的知识,消除迷茫,提升继续独立和重获独立的积极信息,并在此基础上测试同伴教育是否很好地传递预防老人跌倒的知识。通过项目的检验,发现同伴教育加深了受教育者对预防跌倒知识的了解,许多老人在学习后改变了以前危险的习惯,有些老人还重新修缮了自己的房屋。

在国内,季和平等(2011)学者在高碑店地区建筑工地抽取520人,调查这批流动人口对艾滋病相关知识的知晓率,并对其开展了为期一年的预防艾滋病的同伴教育,一年后进行调查,比较同伴教育前后的知晓情况以检验在流动人口中实施艾滋病同伴教育的可行性和有效性。结果表明:实施同伴教育后,流动工人的艾滋病预防知识得到较为显著的提高。刘宝花等(2007)研究者采用类实验研究方法,按照先对同伴教育者进行培训,再由他们对其他大学生实施同伴教育的步骤,对北京市13所高校的2173名在校本科学生实施同伴教育。结果表明实施同伴教育后,应试者对艾滋病、性病的预防知识水平有所提高、对艾滋病、性病患者的态度也有所改变。曹红梅和徐晓阳(2013)将同伴教育运用到农村留守儿童性安全教育中并在同伴教育对象确定、课程设计、同伴教育者的培训和教育方法选择方面做了探索性工作,通过问卷调查、主题板报评比和演讲赛三个方面分析得知:同伴教育是农村儿童性安全教育的有效方式。

这些研究表明,同伴教育适用于儿童、年轻人、老人、流动人口等人群,同时可以应用于预防毒品、预防跌倒、预防艾滋病等领域,并且能取得良好的效果。

## (二)同伴教育的风险问题

通过对同伴教育的评估发现在同伴教育展示独特的优势的同时也产生了一些问题,主要是同伴教育人群自身的问题和同伴教育项目设计实施的问题。魏小庆等(2006)研究者分析了社区静脉吸毒人群(IDUs)相关行为特点及目前此类同伴教育的开展情况。他们发现,同伴教育的基础是IDUs“圈子”和“核心人物”的存在,同时也受到“圈子”和“核心人物”特点的限制。但核心人物一般是搞钱首领、有毒品、卖毒品、社交中心、“圈子”成员的保护者等。从根本讲,核心人物的利益需求与防治艾滋病健康教育的目标是相悖的。因此,在由核心人物开展同伴教育时存在毒品隐蔽交易、毒瘾再次复发、戒毒者被控等风险。

萨利(Sali Ann Walker, 1999)等在分析一个长达14年的同伴教育项目的同伴引导工作、项目设计、实施和评估12个年轻人正式和非正式环境的同伴教育项目的基础上讨论和分析出同伴教育常见的失败原因:(1)项目缺乏清晰的目标和目的;(2)项目的设计与决定项目设计的外部环境不一致;(3)同伴教育缺少投资;(4)缺乏对同伴教育的了解,不知道同伴教育是一个复杂的管理过程,需要高技能的人才;(5)对同伴教育者的培训和支持不充分;(6)缺乏清晰的边界;(7)不能得到其他多机构的支持。他们等希望项目实施者们了解以上容易导致同伴教育失效的原因并在实施项目时减少犯常见错误的危险。乔纳森(Jonathan Elford, 2001)等通过对伦敦男同性恋的艾滋病风险行为控制的同伴教育项目分析发现同伴教育对这类行为控制效果不大。因为,在实施该项目时同伴教育者的招募和保留难度大于预期;其次,同伴教育者的回馈表明,与完全陌生的人谈论性以及和健身馆会员交谈出现困难;其三,一些同伴教育者感觉5个月的介入期不足以建立亲密关系;最后,一些同伴教育者感觉健康提升的美国同伴教育模式并不能轻易转变,适用于伦敦的人群。可见,这些以项目形式实施的同伴教育,一方面要承担项目设计不完善、项目评估偏差等项目自身风险,另一方面项目推行后,同伴教育的实施形式、步骤以及教育对象的选择也成为同伴教育实施的风险和限制。

## 四、评价与展望

目前,在澳大利亚、美国、英国、印度、南非、中国、西班牙等国家,同伴教育被大力推广,在美国甚至设立了同伴教育员制度体系;应用的领域从最初的艾滋病预防教育扩展到:安全性行为和性病预防教育、同性恋反歧视、社会交往、家庭生活、个人健康等多个领域;实施的侧重点从预防性教育到干预性、治疗性教育;关注的重心从人基本生存的领域发展到关注人更高级需求的领域,如:卡洛琳(Caroline Sanders, 2006)等人进行的实现情感和归属需求的“促进临终关怀计划”的同伴教育项目等。但是纵观现存的研究可以发现,同伴教育多用于预防性教育,干预性的治疗较少;艾滋病预防传统领域同伴教育研究较多,其他领域的同伴研究较少;关于同伴教育在各领域的有效评估较多,经验性介绍和经验研究较少;关于同伴教育优势介绍的较多,负面效益的探索较少;关于同伴教育实验操作类的较多,研究同伴教育理论的较少;单一领域同伴教育的研究较多,多领域的结合性的同伴教育研究较少;对各年龄阶段人群的艾滋病预防同伴教育的系统性研究较多,其他领域的研究较少;目前对同伴教育的研究以定量研究为主,开展定性研究的较少。此外,评估同伴教育成本的研究尚待进行。

因此,为了推动同伴教育研究的深入,今后应从以下三个方面加大力度:

一是加强同伴教育的实证研究。目前学术界关于同伴教育的实证研究多存在于艾滋病防治领域且集中在学校,虽然具有一定代表性,但是要真正解析同伴教育实施中的问题,就应扩大到社会各个领域。

二是加强同伴教育的纵深研究。一方面教育自身的效果滞后性要求对同伴教育进行长期地跟踪似研究,另一方面目前同伴教育的纵深研究较少且集中在单一领域,应增加各领域的纵深研究,促进同伴教育深层机制的研究发现。

三是加强同伴教育的理论文化研究。同伴教育思想在国外早已存在,但现存的大部分研究都是基于国外引进的概念内涵和理论,缺乏对本土同伴教育思想文化的研究,要使同伴教育不断成熟运用于国内就应不断加强本土文化研究和同伴教育理论研究。

### [参考文献]

- [1]曹红梅、徐晓阳,2013,《同伴教育:农村留守儿童性安全教育的有效方式》,《学术前沿》第2期。
- [2]费梅苹,2011,《意义建构:戒毒社会工作服务的实践研究》,《华东理工大学学报》第2期。
- [3]贵阳市爱心屋自愿戒毒义务帮扶中心,2014,《贵阳市三江爱心屋及简介》, <http://www.aixinwu.com/se.asp?nowmenuid=500005>。
- [4]季和平、徐会利、李书明、周庆逸,2011,《流动人口中实施艾滋病同伴教育的可行性研究》,《中国全科医学》,第23期。
- [5]蒋晓,1986,《同伴教学的理论与实践》,《教育评论》第2期。
- [6]刘宝花、王培玉、吕姿之、张桂芝、张华明、钮文异、高源,2007,《北京市大学生艾滋病性病同伴教育近期效果评价》,《中国学校卫生》第1期。
- [7]吕姿之、高源,1999,《艾滋病,性病,安全性行为同伴教育项目评价设计》,《中国健康教育杂志》第11期。
- [8]上海市自强社会服务总社,2012,《从戒毒康复者到禁毒志愿者》,《中国社会工作》第12期(上)。
- [9]唐斌,2008,《社会工作专业干预下的同伴教育——以上海市P镇“女性戒毒沙龙”为例》,《青少年犯罪问题》第6期。
- [10]魏小庆、刘祥、杨洋、张菊英、董利民、周敏、许寒、李群、马晓,2006,《对城市社区静脉吸毒人群AIDS相关行为及同伴教育的分析性研究》,《现代预防医学》第33期。
- [11]叶雄、张艳,2009,《同伴教育在社区戒毒康复中的应用》,《中国药物依赖性杂志》第18期。

- [12]章昉,2008,《同伴教育在美沙酮门诊的应用》,《中国药物依赖性杂志》第5期。
- [13]赵婧,2009,《同伴教育在社区戒毒中的应用模式探析》,复旦大学,硕士论文。
- [14]致远社区,2012,《致远社区简介》, <http://www.china626.org/448/2012-06-21/51791.htm>。
- [15]朱小曼,2005,《关怀德育论》,北京:人民教育出版社。
- [16]Amy Medley, Caitlin Kennedy, Kevin O'Reilly, Michael Sweat, 2009, Effectiveness of Peer Education interventions for HIV Prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 181 - 206.
- [17]Bond K, Wolf c. ,1998, *Social Network and Peer Promotion Program: Method Logical Advances*. American Public Health Association Conference, No.2, PP. 56-58.
- [18]Caroline Sanders, Jane Seymour, Amanda Clarke, Merryn Gott, Maddie Welton, 2006, Development of a peer education programme for advance end-of-life care planning. *International Journal of Palliative Nursing*, 112 (5):214-223.
- [19]Douglas W. Woods, 2002, The Effect of Video-Based Peer Education on the Social Acceptability of Adults With Tourette's Syndrome, *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 14(1):51-61.
- [20]Flora Cornish, Catherine Campbell, 2009, The Social Conditions for Successful Peer Education: A Comparison of Two HIV Prevention Programs Run by Sex Workers in India and South Africa. *Am J Community Psychol*, 44:123 - 135.
- [21]Jennifer Ward, Gillian Hunter, Robert Power, 1997,Peer education as a means of drug prevention and education among young people: an evaluation, *Health Education Journal*, 56:251-263.
- [22]Jonathan Elford, Graham Bolding, Lorraine Sherr, 2001, Peer education has no significant impact on HIV risk behaviours among gay men in London, *AIDS*, 15(4):536-538.
- [23]Lisa M Williamson, Graham J Hart, Paul Flowers, Jamie S Frankis, GeoVJ Der, 2001, The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow, *Sex Transm Inf*,77:427-432.
- [24]Michael Shiner,1999, Defining Peer Education. *Journal of Adolescence*, 22, 555-566.
- Sali Ann Walker , Melane Avis, 1999, Common reasons why peer education fails, *Journal of Adolescence*, 22, 573-577.
- [25]Sarbin, T. R. ,1976, Cross-age tutoring and social identity. In Allen, A. L. (ed.), *Children as Teachers: Theory and Research on Tutoring*. Academic Press, New York, pp. 27 - 40.
- [26]Sussman MB., 1973,The development and effects of a model for training peer group counselors in a multi-ethnic junior high school. *Dissert Abst Int*, 34: 626.
- [27]Sutherland, E. H. and Cressy, D. R. ,1960, *Principles of Criminology*. Lippincott, Philadelphia.
- [28]Terry Allen, 2004,Preventing falls in older people: evaluating a peer education approach, *British Journal of Community Nursing*, 9(5):195-200.
- [29]Tuner G, Shepherd J. 1999, A method in search of a theory: Peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14(2):235 -247.
- [30]Varenhost BB.,1984, *Peer counseling: Past promises, current status, and future directions*.//LENT RW,Eds. Handbook of Counselling Psychology. New York: John Wiley and Sons.
- [31]Victoria Persky, Lenore Coover, Eva Hernandez, Alicia Contreras, Julie Slezak, Julie Piorkowski, Luke Curtis, Mary Turyk, Viswanathan Ramakrishnan, Peter Scheff, Chicago Community-Based Asthma Intervention Trial: Feasibility of Delivering Peer Education in an Inner-City Population, <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1078475>

编辑/程激清