

十二五

医药卫生类专业「十二五」规划教材

全科医学

概论

主编 覃雪 何高见

QUANKE YIXUE
GAILUN

 江苏大学出版社
JIANGSU UNIVERSITY PRESS

医药卫生类专业“十二五”规划教材

全科医学概论

主 编 覃 雪 何高见

副主编 姚和翠 李燕敏

 江苏大学出版社
JIANGSU UNIVERSITY PRESS

镇 江

内 容 提 要

本书突出“三基”和“五性”的基本原则,同时兼顾高职高专医学教育的特点和规律,使医学生通过本门课程的学习,熟悉或了解我国社区卫生服务及基层医疗卫生机构专业技术人员所需的全科医学知识与技能,为将来成为全科医师或与全科医师的有效沟通及双向转诊打下基础。

全书共8章,包括绪论、以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为范围的健康照顾、以预防为导向的健康照顾、健康档案的建立与管理、人际沟通及其技巧、社区慢性病管理等内容。

本书适用于高职高专院校临床医学、预防医学、中医学、护理学、口腔医学等专业,也可作为全科医师岗位培训用书。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学概论 / 覃雪, 何高见主编. -- 镇江: 江苏大学出版社, 2016.2

ISBN 978-7-5684-0164-7

I. ①全… II. ①覃… ②何… III. ①临床医学
IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第025061号

全科医学概论

主 编 / 覃 雪 何高见

责任编辑 / 常 钰

出版发行 / 江苏大学出版社

地 址 / 江苏省镇江市梦溪园巷30号(邮编: 212003)

电 话 / 0511-84446464(传真)

网 址 / <http://press.ujs.edu.cn>

排 版 / 北京金企鹅文化发展中心

印 刷 / 三河市祥达印刷包装有限公司

经 销 / 江苏省新华书店

开 本 / 787 mm×1 092 mm 1/16

印 张 / 12.25

字 数 / 268千字

版 次 / 2016年2月第1版 2016年2月第1次印刷

书 号 / ISBN 978-7-5684-0164-7

定 价 / 35.00元



全科医学是一门新兴的临床二级学科。为适应我国社区卫生服务发展对防治结合型全科医学人才的需求,加快在各类医学人才中普及全科医学知识与技能,促进社区卫生服务可持续健康发展,我们组织了多名从事全科医学教学和临床工作的教师和专家编写了本教材。

本教材突出基本知识、基本理论和基本技能,强调全科医学学科框架、核心理念及学科特点的介绍,注重全科医学思维方法和能力的培养,贯彻思想性、科学性、先进性、启发性和实用性的原则,同时兼顾高职高专医学教育的特点和规律,使医学生通过本门课程的学习,熟悉或了解我国社区卫生服务及基层医疗卫生机构专业技术人员所需的全科医学知识与技能,为将来成为全科医师或与全科医师的有效沟通及双向转诊打下基础。

本教材在内容安排和版式设计上独具特色,具体来讲有以下几个特点:

- 内容编排先易后难:本教材共分8章,按照先易后难、循序渐进的原则对内容进行了编排,有利于学生构建科学的全科医学知识体系。
- 体例新颖,案例丰富:各章节适当安排了“知识拓展”“案例”等体例,这些内容具有一定的科学性和趣味性,不仅将全科医学基础知识和基础理论与实践有机地结合起来,而且使教材的内容更加丰富、生动,便于学生理解和掌握。
- 每章内容重点明确:本教材每章都以“学习目标”开头,将学习内容分为“掌握”“熟悉”“了解”3个层次,方便教师施教和学生了解有关内容的重要程度。
- 便于学生巩固复习:每章内容后面附有思考题,有利于活跃学生思维和复习巩固课上所学知识,使教材的实用性更强。

无论我们如何去追求完美,书中仍可能存在不完善和疏漏之处,敬请各位同行和读者给予指正。此外,在编写本书的过程中,我们借鉴了许多文献资料,在这里向这些文献的作者致以最诚挚的谢意!

最后,感谢使用本教材的老师和学生,是你们让我们感受到了所有付出的努力都是值得的,请你们将本书的不足之处告诉我们,以便我们再版时修订。

编 者

2016年1月

本书编委会

主 编：覃 雪 何高见

副主编：姚和翠 李燕敏

参 编：熊雪芹 张永昌 杨玉金 吴永军

杨 鹏 祝 瑜 唐 玲 罗兴艺

田玫瑰 陈书耀 严旭东 贾秀丽

梁 娟 伍 延 杨 洋 王 荣

任 丹 王 可 周应杨 刘 梅

张明媚 张 丽



第一章 绪 论	1
第一节 全科医学及其发展简史	1
一、全科医学的定义	1
二、全科医学发展简史	2
三、全科医学的学科特点	6
四、全科医学与其他相关学科的关系	7
第二节 全科医疗	9
一、全科医疗的定义	9
二、全科医疗的基本特征	9
三、全科医疗与专科医疗的区别与联系	11
第三节 全科医生	13
一、全科医生的定义	13
二、全科医生的角色与素质要求	14
三、全科医生的工作任务	15
四、全科医生与专科医生的区别	16
第四节 全科医学教育	17
一、国外全科医学教育	17
二、我国全科医学教育	20
思考题	24
第二章 以人为中心的健康照顾	25
第一节 医生的关注中心及健康照顾模式	25
一、医生的关注中心	25
二、两种不同的照顾模式	26
第二节 以人为中心的健康照顾模式	29
一、生物—心理—社会医学模式下的健康与健康观	29
二、以人为中心健康照顾的基本原则	30
三、以人为中心健康照顾的意义	31
第三节 以人为中心的应诊任务与应诊过程	31
一、应诊任务	31
二、应诊过程	34

第四节 以人为中心健康照顾中的医患关系	36
一、影响医患关系的主要因素	36
二、建立良好医患关系的基本途径	37
思考题	40
第三章 以家庭为单位的健康照顾	41
第一节 概 述	41
一、家庭的定义	41
二、家庭的结构	42
三、家庭的功能	45
四、家庭生活周期	46
第二节 家庭与健康的关系	47
一、家庭对健康的影响	47
二、家庭影响健康的机制	49
三、生活压力事件对家庭的影响	49
四、家庭危机	52
第三节 家庭照顾	53
一、家庭访视	53
二、家庭咨询	55
三、家庭预防	56
四、家庭病床	57
五、家庭治疗	58
第四节 家庭评估	61
一、家庭评估的内容	61
二、家庭评估的方法	61
思考题	70
第四章 以社区为范围的健康照顾	71
第一节 社区与健康	71
一、社区的定义及构成要素	72
二、社区与健康的关系	73
三、社区常见的健康问题	77
第二节 社区诊断	78
一、社区诊断的概念	78
二、社区诊断的目的和意义	78
三、社区诊断的主要内容	79

四、社区诊断的步骤	80
五、社区诊断常用的方法	82
第三节 以社区为导向的基层医疗	83
一、COPC 的概念	83
二、COPC 的基本要素	84
三、COPC 的实施步骤	84
四、COPC 的实施条件	90
五、全科医生在实施 COPC 中的作用	90
思考题	91
第五章 以预防为导向的健康照顾	92
第一节 临床预防	92
一、全科医生的预防医学观念	93
二、临床预防的特点	94
三、临床预防的内容	94
四、全科医生在临床预防中的优势	95
五、健康教育与健康促进	96
第二节 常见的临床预防服务方法	102
一、患者教育	102
二、免疫接种	104
三、疾病筛检	107
四、化学预防	110
五、健康危险因素评估	111
第三节 社区常见疾病的临床预防	112
一、高血压	113
二、糖尿病	115
三、乳腺癌	116
四、宫颈癌	118
五、结肠、直肠癌	119
思考题	120
第六章 健康档案的建立与管理	121
第一节 概 述	121
一、建立健康档案的目的与意义	122
二、建立健康档案时应遵循的原则	123

第二节 社区居民健康档案的内容	124
一、个人健康档案	124
二、家庭健康档案	132
三、社区健康档案	135
第三节 社区居民健康档案的管理	138
一、健康档案的建立	138
二、健康档案的归档与保管	139
三、健康档案的信息化管理	140
思考题	142
第七章 人际沟通及其技巧	143
第一节 一般人际沟通	143
一、人际沟通的社会作用	143
二、人际沟通的原则与技巧	144
三、人际沟通的方式	146
第二节 全科医学中的医患沟通	150
一、医患关系与医患沟通的概念	150
二、医患关系的特征	151
三、医患关系模式	152
四、医患沟通的目的	153
五、医患沟通的内容	155
六、医患沟通应注意的问题	155
思考题	157
第八章 社区慢性病管理	158
第一节 概述	158
一、慢性病的概念及特点	158
二、慢性病的流行概况及社会危害	159
第二节 社区慢性病管理规范	161
一、慢性病管理的目标	162
二、慢性病管理的基本步骤	162
三、慢性病管理的基本策略	164
四、慢性病管理的评估	165
第三节 常见慢性病的社区管理规范	166
一、高血压社区管理规范	166
二、糖尿病社区管理规范	174

三、慢性阻塞性肺疾病社区管理规范	181
思考题	184
附录	185
附录 1 全科医学相关期刊	185
附录 2 全科医学相关网站与网址	185

第一章

绪 论

学习目标

- ❏ 掌握: 全科医学、全科医疗、全科医生的定义; 全科医疗的基本特征; 全科医生的角色与素质要求。
- ❏ 熟悉: 全科医学的学科特点; 全科医疗与专科医疗的区别与联系; 全科医生与专科医生的区别。
- ❏ 了解: 全科医学发展简史; 全科医学与相关学科的关系; 全科医学教育发展状况。

第一节 全科医学及其发展简史

全科医学又称家庭医学, 是 20 世纪 60 年代末在北美兴起的一门以人为中心, 以维护和促进健康为目标, 向个人、家庭与社区提供连续、综合、便捷的基本卫生服务的新型医学学科。经过 40 多年的发展和完善, 全科医学已逐渐形成了自己独特的医学观、方法论和学科体系, 弥补了高度专科化的生物医学的不足, 真正实现了医学模式的转变, 为合理利用卫生资源, 降低医疗费用, 满足社区居民的卫生服务需求, 发挥了重要的作用。全科医学自 20 世纪 80 年代后期引入我国后, 引起了广大基层医务工作者的极大兴趣和卫生行政部门的高度重视, 对我国基层社区卫生服务的发展起到了极大的推动作用。

一、全科医学的定义

1986 年, 美国家庭医师学会 (AAFP) 提出了家庭医学的一个最初的定义, 之后在 2005 年, AAFP 对家庭医学的最初定义又进行了重新认定, 重新认定后的定义为:

“家庭医学是整合了生物学、临床医学和行为科学的知识和技能为一体的,为患者个体及其家庭提供连续性、综合性健康照顾的医学专业学科。家庭医学的服务范围涵盖了所有年龄、性别、每一个器官系统和每一种疾病。”

我国医学界在引入家庭医学概念之后,结合了美国 AAFP 等西方国家对家庭医学的定义,将全科/家庭医学定义为:全科医学是一个面向个人、家庭与社区,整合临床医学、预防医学、康复医学及人文社会学科相关内容于一体的综合性临床二级专业学科,其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统及各类健康问题和疾病,其主旨是强调以人为中心、以家庭为单位、以整体健康的维护与促进为目标的长期负责制照顾,并将个体与群体健康照顾融为一体。

二、全科医学发展简史

(一) 国外全科医学的发展

医学从原始社会时期发展至今走过了漫长而曲折的道路,其发展受到社会生产力水平和生产关系的制约,更与其他自然科学和技术的进步,以及哲学思想的发展有着密切关系。全科医学作为医学的重要分支,其发展历程也是如此。全科医学在国外的的发展大致经历了 3 个阶段。

1. 通科医疗阶段

由于受中世纪宗教神学的影响,西方的医生们通常根据《圣经》理论来解释生命和疾病现象,反对人体解剖和外科那些导致流血的医疗行为,致使外科医生的社会地位较低,处于社会下层。而少数经过欧洲医学院正规培训的内科医生毕业后在城镇开业,服务于富人和上层社会。内科医生通常不做手术,也不配制药品,并且不与其他医治者合作。而服务于穷人和农村地区的医生大多数是毕业于理发匠学校的外科医生,以及缺乏训练的药剂师。

在 18 世纪,兴起了由欧洲向北美大陆移民的热潮,随着大量移民的涌入,医生人手紧缺的问题更加突出。为了满足移民的医疗服务需求,美洲当局不得不打破原有的界限,允许外科医生、药剂师及其他医治者以各种可能的方式服务于求医者。欧洲原来的社会等级界限就这样在新殖民地被打破了,所有的开业医生都必须按通科医生的方式进行诊疗工作,以适应和满足当时当地社区居民对各种医疗服务的高度需求。此时,通科型的医生就在 18 世纪的美洲诞生了。19 世纪初,英国的 *Lancet* 杂志首次将这些具有多种医疗技能的医生称为通科医生 (GP)。可以说,通科医生诞生于 18 世纪的美洲,命名于 19 世纪的欧洲。

19 世纪可以说是通科医生的时代,当时 80% 的开业医生都是通科医生,医学院培养的医学毕业生,只要通过了医疗、药物、外科及接生技术的考试,即可获得通

科医生的开业资格。通科医生在社区独立或联合执业,通过长期良好的医患关系,对患者及其家庭情况有较为全面的了解,在疾病照顾中能提供周到细致且经济有效的医疗服务。通科医生在提供医疗服务的同时,也成为服务对象的亲密朋友,承担着医疗者、照顾者和咨询者的角色,在社会上备受尊敬。

2. 通科医疗的衰落与专业学科地位的建立

1910年,美国教育家 A. Flexner 对 175 所医学院进行了调查研究,发表了医学教育史上著名的 Flexner 报告,报告赞扬了 Johns Hopkins 医学院将临床医疗、教学和科研融为一体的新型医学教育模式,强调加强生物医学教育和研究的重要性。他的报告引起了人们对发展专科医学的重视,促使医学向专科化的趋势发展。1917年,眼科专科学会首先成立,至 1940 年,先后成立了 14 个专科医学会及出台了相应的专科住院医师培训项目,各医学院校开始按照不同专业的要求组织教学,医学科学研究逐渐在以医院为主体的临床医疗中占据了中心位置,从此医学开始了意义深远的专科化进程。

第二次世界大战以后,由于科学技术的迅猛发展和专科医生地位的提高,促使医学生在毕业后优先选择专科训练,甚至亚专科训练,此时专科医疗进入了兴盛时期。具有相当规模的综合性医院遍布各大城市,医院内装备了各种诊疗设备,集中了一批掌握了新技术的专科医生,使得这种综合性医院比社区里的通科医生诊所更能吸引患者。诊疗中逐渐形成了以专科医生为主导的医患关系。掌握着现代医学知识和技能专科医生在人们的心目中树立起了神圣的形象,而通科医生无论是作为教师还是临床医师,都受到冷落,导致通科医生的人数锐减,例如在 1900 年,美国每 600 位居民中就有 1 位通科医生,而到了 1960 年,每 3000 位居民中才有 1 位通科医生。

1947 年,美国家庭医生学会成立,该学会的使命是保持和促进家庭医学的科学性和艺术性,确保家庭医学为社区中所有年龄的患者提供高效、优质的卫生保健服务。1969 年,美国家庭医生学会被美国医学专科委员会批准为第 20 个医学专科学会,这意味着家庭医学作为一个新的临床二级专业学科正式建立。从 1970 年开始,该专业学会每年举行一次考试。从 1976 年开始,要求家庭医生每隔 6 年进行资格再认证考试。与此同时,英国、加拿大、澳大利亚等国家也相继成立了全国性的家庭/全科医生学会,对在基层执业的通科医生进行再培训,并建立了国家统一的考试和资格认证制度;在医学院校开始建立家庭医学系,并开展毕业后的家庭医学住院医师培训项目。至 20 世纪 60 年代末,西方经济发达国家的家庭/全科医学教育和研究已经走上规范化的道路,学科发展进入了医学专业化阶段。

3. 家庭医学/全科医学与其他专科医学共同发展

从 20 世纪 60 年代末到 1995 年,全世界至少有 56 个国家建立了家庭医学住院

医师培训项目, 该培训项目与内科学、外科学一样成为医学生毕业后选择的职业训练项目之一。在一些国家, 越来越多的医学生选择家庭/全科医生作为自己的终身职业。

(二) 我国全科医学的发展

中国内地正式从国外引入全科医学是在 20 世纪 80 年代后期。1986—1988 年, 中华医学会派代表参加了在英国伦敦举行的 WONCA 年会及在中国香港举行的亚太地区会议, 并邀请当时的世界家庭医生学会主席 Rajakumar 和 Peter Lee (李仲贤, 1992—1995 年担任主席) 访问北京。1989 年 11 月, 第一届国际全科医学学术会议在北京召开, 同时北京全科医学学会成立, 并在首都医科大学成立了全国第一家全科医学培训中心, 开始将全科医学的基本概念和基本理论向全国传播, 并启动了全科医学师资培训和理念培训工作。1992 年, 首都医科大学率先在临床医学专业中开设临床医学专业全科医学方向的试点班。1993 年 11 月, 中华医学会全科医学分会成立, 标志着我国全科医学学科的诞生。1994 年, 上海医科大学附属中山医院成立了全科医学科。1995 年, 中华医学会全科医学分会成为 WONCA 成员。

在 1997 年以前, 由于我国社会经济发展水平仍然较低, 社区医疗卫生保健服务需求并不高, 政府对发展基层医疗服务重视不够, 致使全科医学引入内地后未能得到广泛开展。1997 年 1 月, 中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》, 明确提出要“加快发展全科医学, 培养全科医师”。这一政策的出台, 为中国内地全科医学的快速发展创造了前所未有的契机。

1999 年 12 月, 卫生部召开了全国全科医学教育工作会议, 标志着我国全科医学教育工作正式启动。2000 年, 卫生部颁发了《关于发展全科医学教育的意见》《全科医师岗位培训大纲》《全科医师规范化培训试行办法》《全科医师规范化培训大纲(试行)》, 使我国的全科医生培养进入规范化发展阶段。

2006 年 2 月, 国务院召开全国城市社区卫生工作会议, 并下发了《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》, 在意见中要求教育部门负责全科医学和社区护理学科教育, 将培养社区卫生服务技能作为医学教育的重要内容。2006 年 6 月, 由人事部、卫生部、教育部、财政部和国家中医药管理局联合颁发了《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》, 要求医学院校开设全科医学课程; 有条件的医学院校要成立全科医学系, 将该类学科纳入学校重点建设学科整体规划之中; 加强全科医学教材建设; 组织医学生到社区卫生服务中心(站)进行见习或实习等。政府颁布的这一系列配套文件, 极大地改善了全科医学发展的政策环境, 为全科医学教育和全科医生培训的规范化发展从政策上铺平了道路。至此, 适宜全科医学学科发展的政策环境已经形成。

《国家“十二五”发展规划纲要》提出“要加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设, 完善鼓励全科医生长期在基层服务政策, 每万人口全科医生数达到 2

人”。虽然目前全科医学发展的配套政策及运行体制、全科医生培养模式还有待进一步完善,但随着我国城市化、老龄化迅速进展,必将迎来全科医学快速、健康发展的新时期。

(三) 全科医学产生的历史背景

1. 疾病谱和死因谱的变化

20 世纪 40 年代以来,抗生素以其高度针对性的疗效使数千年来威胁人类健康的细菌性传染病得到了有效的控制。进入 21 世纪后,心脑血管病、意外死亡和恶性肿瘤已成为世界各国共同的排名前几位的死因。随着疾病谱与死因谱的变化,对医疗服务提出了新的需求,例如服务时间要求长期而连续;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务地点要求以家庭和社区为主;服务类型要求综合性的照顾重于单纯的医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调患者本身主动和自觉的控制,而不仅是被动地遵从医嘱。

2. 人口老龄化和医疗服务需求的改变

随着人们生活水平的不断提高,人群的平均预期寿命也在逐渐增高,在许多国家,65 岁以上人口所占的比例日趋增大,发达国家及部分发展中国家陆续进入老龄化社会。我国在 2000 年已正式宣布进入老龄化社会。人口老龄化给社会带来了巨大的压力,这种压力主要表现为:① 社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,社会的经济负担加重;② 人在进入老年后,其生理功能和行为能力逐年下降,家庭结构、社会地位及心理、精神方面的变化,使老年人的生活质量全面下降,出现了“长寿”与“健康”两个相互矛盾的目标。而高度专科化的生物医学因其医疗服务的狭窄性、片面性及昂贵的费用,加剧了这一矛盾。怎样全面提高老年人的适应性和生活质量,满足其各种医疗需求,已成为自 20 世纪 60 年代以来社会和医学界共同关注的话题。

3. 医学模式的转变

医学模式是人们在长期的医学实践中形成的观察与处理医学问题的方法,是对疾病和健康总的特点和本质的概括。它形成于医学实践,反过来又对医学实践起着重要的指导作用。人类历史上经历了神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、机械论医学模式、生物医学模式和生物—心理—社会医学模式。

在医学发展历史上,生物医学模式对现代医学的发展影响很大。这种模式是将人作为生物体进行解剖分析,致力于寻找每一种疾病特定的病因和病理生理变化,并研究相应的生物学治疗方法。生物医学模式在特定的历史阶段为挽救生命、防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。但是随着医学的发展和疾病谱的变化,生物医学模式逐渐显示出片面性和局限性,如它无法解释某些疾病的心理与社会病因,以及疾病造成的种种心身不适;无法解释生物学与行为科学的相关性;无法提供有

效的非药物治疗方法,更无法解决慢性病患者的身心疾患和生活质量降低等问题。随着预防医学、行为科学、心身医学、医学哲学等学科的发展,最终促使生物—心理—社会医学模式产生。

1977年,美国医师 G.L.Engle 正式提出了生物—心理—社会医学模式。该模式认为人的生命是一个开放的系统,疾病的发生发展和转归与自然环境、社会环境、人的行为和方式有着密切的关系。可以看出,新的医学模式不是对生物医学模式的简单否定,而是一种超越,生物医学模式仍是这一模式的基本内容之一,其还原论方法被整合到系统论的框架中,与整体方法协调应用。因此无论是医学科学研究领域、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式,都将根据这一新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需要。

4. 医疗费用不断上涨的压力

20世纪60年代以来,各国都面临医疗费用过高及过快增长的问题。医学高新技术的发展和新药的开发使得医疗投入急剧增加,而对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本与效益相距甚远。有资料表明,85%以上的卫生资源消耗在15%的危重患者治疗上,而仅有不到15%的卫生资源用于大多数人的基层医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理配置及消耗不仅使各国政府不堪重负,也使公众极为不满。因此,人们迫切要求改变现行医疗服务模式,合理地利用有限的医疗卫生资源,使更多的人能够享有及时、方便、价格合理的基层卫生服务。

三、全科医学的学科特点

(一) 学科的知识范围宽

全科医学是一个跨学科、跨领域的综合性知识体系,是一门综合性的临床专科。它不仅涉及内、外、妇、儿等临床学科,同时还包括社会医学、行为医学、预防医学、流行病学、医学伦理学、医学哲学等相关学科。但全科医学并非众多医学学科与非医学学科的简单相加,而是对来自不同领域的知识和技术进行加工、对接、整合后形成的一种新的理论体系。全科医学的知识体系包括总论和各论两个部分。总论部分主要介绍全科医学的基本知识和基本理论,其内容除了与全科医学相关的基本概念外,还包括以人为中心、以问题为导向、以家庭为单位、以社区为范围、以预防为先导的健康照顾理论与方法,同时包括了全科医学临床服务的基本技能和服务工具等。各论部分主要是全科诊疗中常见健康问题的诊断、处理与评价的方法和技术等,常见的健康问题包括生理疾病、心理问题和影响健康的社会问题。

与其他临床专科明显不同的是,全科医学的范围宽而浅,它所要处理和解决的是社区常见健康问题而非疑难的专科问题,在一定深度上朝横向发展,并根据服务

对象的健康需要与需求,将相关知识、技能有机地整合为一体,为患者提供全方位的综合性服务。而其他临床专科则是在一定领域范围内不断地向纵深方向发展,为患者提供独特且范围较窄的专科服务。

(二) 服务的内容广泛

全科医学的服务领域主要定位于基层卫生保健,强调对患者及其家庭、社区的健康长期负责,对疾病预防、治疗及康复,医疗服务满意度,卫生资源的有效利用和医学伦理学等问题的全面关注,因此说全科医学是一门适用于基层医疗、社区卫生服务、初级卫生保健领域的医学专科。全科医生在处理患者健康问题时,不仅要关注患者的生理疾病,更要关注患者的整体健康和疾病的康复,必须将服务对象视为重要的合作伙伴,从“整体人”生活质量的角度全面考虑其生理、心理、社会需求并加以解决,以个性化的服务调动患者的主动性,使之积极参与健康维护和疾病控制的过程,从而达到良好的服务效果。

(三) 注重整体的临床思维方法

与传统医学不同,全科医学是运用具有科学基础的整体论,并结合应用现代医学的研究成果来解释发生在患者身上的局部和整体变化,注重将循证医学的研究结果应用于诊疗实践,同时注重建立良好的医患关系。

四、全科医学与其他相关学科的关系

(一) 全科医学与其他临床专科的关系

全科医学与内科、外科、妇产科、儿科等学科一样同为临床医学下的二级专业学科,这些二级学科已形成了各自独特的知识和技能体系。以上各专科医生,无论是在医院内还是在医院外,都为患者提供着独特的专科服务。而全科医学与其他各二级临床专科在知识和内容上都有一定的交叉和重叠,交叉重叠的多少与社区居民的卫生服务需求有明显的联系。一般情况下,全科医学的知识在宽度上涵盖了临床所有二级专业学科的内容,包括了其他临床专业二级学科的所有常见健康问题和疾病。

(二) 全科医学与社区医学的关系

社区医学以社区为立足点,应用流行病学、社会医学、统计学、人类学等方法和技术进行社区调查,由社区医务人员诊断确定社区居民中的健康问题和在医疗保健照顾方面的需求,拟定社区的健康计划,动用社区内外的资源,通过社区医疗保健工作改善居民的健康问题,并适时对健康计划进行评估,以达到预防疾病、促进健康的目的。