

1
面向21世纪高等医药院校教材

社会医学

Shehui Yixue

主编 顾杏元 龚幼龙



复旦大学出版社

R1-43
46a

社 会 医 学

第一章 绪论 64
第一节 社会医学的研究对象和内容 67
主 编 顾杏元 龚幼龙

第二节 社会医学发展史 72
第三节 医学模式 75
编 者 (按姓氏笔划排)

第二章 社会医学研究方法 78
第一节 社会医学 81
王均乐 冯学山 华嘉增
第二节 社会医学分类 83
李 鲁 陈育德 周达生
第三节 健康危险因素 86
周 杰 张镜源 施忠道
第四节 社会病因 89
祖述宪 龚惠心

第三章 社会环境与健康 94
第一节 社会经济与健康 97
第二节 社会阶层与健康 100
第三节 文化因素与健康 103
第四节 生活方式与健康 106
第五节 社会关系与健康 109
第六节 卫生服务与健康 112
第七节 社会因素与健康 115

第四章 社会卫生 118
第一节 概述 121
第二节 社会卫生指标 124
第三节 世界卫生状况 127
第四节 我国社会卫生 130

第五章 社会卫生策略 133
第一节 全球卫生策略 136
第二节 妇女儿童社区保健 139
第三节 老年社区保健 142
第四节 企业职工保健 145

复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

社会医学/顾杏元,龚幼龙主编. —上海:复旦大学出版社,
1990.9(2002.1重印)
(面向21世纪高等医药院校教材)
ISBN 7-309-03092-3

I. 社… II. ①顾…②龚… III. 社会医学 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 002174 号

社会医学

顾杏元 龚幼龙 主编

出版发行 复旦大学出版社

上海市国权路 579 号 邮编 200433

86-21-65118853(发行部) 86-21-65109143(邮购)

fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

责任编辑 魏 岚

装帧设计 周 进

总 编 辑 高若海

出 品 人 贺圣遂

印 刷 上海江杨印刷厂

开 本 787×1092 1/16

印 张 10

字 数 243 千

版 次 1990 年 9 月第一版 2004 年 1 月第十四次印刷

印 数 81 201—84 300

书 号 ISBN 7-309-03092-3/R·26

定 价 16.00 元

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

目 录

第一章 概 论

- 第一节 社会医学的研究对象和内容 1
- 第二节 社会医学发展史 2
- 第三节 医学模式 5

第二章 社会医学研究方法

- 第一节 社会医学调查 11
- 第二节 社会医学分析 14
- 第三节 健康危险因素评价 17
- 第四节 社会病因研究方法 21

第三章 社会环境与健康

- 第一节 社会经济与健康 24
- 第二节 社会阶层与健康 26
- 第三节 文化因素与健康 28
- 第四节 生活方式与健康 31
- 第五节 社会关系与健康 34
- 第六节 卫生服务与健康 36
- 第七节 社会因素之间的相互关系 40

第四章 社会卫生状况

- 第一节 概述 41
- 第二节 社会卫生指标 43
- 第三节 世界卫生状况 47
- 第四节 我国社会卫生状况 54

第五章 社会卫生策略

- 第一节 全球卫生策略 60

- 第二节 初级卫生保健 64
- 第三节 我国卫生方针与政策 67
- 第四节 我国卫生组织系统 68

第六章 健康教育

- 第一节 概述 72
- 第二节 健康教育的基本理论 75
- 第三节 不同人群的健康教育 81
- 第四节 健康教育的计划和评价 83

第七章 卫生服务研究

- 第一节 概述 86
- 第二节 卫生服务研究的方法 89
- 第三节 医疗需要量 90
- 第四节 卫生资源 93
- 第五节 卫生服务利用 96
- 第六节 卫生服务评价 100

第八章 社会病防治

- 第一节 概述 103
- 第二节 社会病防治原则与措施 104
- 第三节 意外事故 107
- 第四节 性传播疾病 110
- 第五节 精神病 113

第九章 不同人群的社区保健

- 第一节 妇女儿童社区保健 116
- 第二节 老年社区保健 121
- 第三节 企业职工保健 127

第十章 国际卫生保健

- 第一节 概述 134
- 第二节 医疗保健制度的基本类型 136
- 第三节 世界卫生组织 142

附录一 世界部分国家与地区卫生指标 147

147	世界部分国家与地区卫生指标	147
148	世界部分国家与地区卫生指标	148
149	世界部分国家与地区卫生指标	149
150	世界部分国家与地区卫生指标	150
151	世界部分国家与地区卫生指标	151
152	世界部分国家与地区卫生指标	152
153	世界部分国家与地区卫生指标	153
154	世界部分国家与地区卫生指标	154
155	世界部分国家与地区卫生指标	155
156	世界部分国家与地区卫生指标	156
157	世界部分国家与地区卫生指标	157
158	世界部分国家与地区卫生指标	158
159	世界部分国家与地区卫生指标	159
160	世界部分国家与地区卫生指标	160
161	世界部分国家与地区卫生指标	161
162	世界部分国家与地区卫生指标	162
163	世界部分国家与地区卫生指标	163
164	世界部分国家与地区卫生指标	164
165	世界部分国家与地区卫生指标	165
166	世界部分国家与地区卫生指标	166
167	世界部分国家与地区卫生指标	167
168	世界部分国家与地区卫生指标	168
169	世界部分国家与地区卫生指标	169
170	世界部分国家与地区卫生指标	170
171	世界部分国家与地区卫生指标	171
172	世界部分国家与地区卫生指标	172
173	世界部分国家与地区卫生指标	173
174	世界部分国家与地区卫生指标	174
175	世界部分国家与地区卫生指标	175
176	世界部分国家与地区卫生指标	176
177	世界部分国家与地区卫生指标	177
178	世界部分国家与地区卫生指标	178
179	世界部分国家与地区卫生指标	179
180	世界部分国家与地区卫生指标	180
181	世界部分国家与地区卫生指标	181
182	世界部分国家与地区卫生指标	182
183	世界部分国家与地区卫生指标	183
184	世界部分国家与地区卫生指标	184
185	世界部分国家与地区卫生指标	185
186	世界部分国家与地区卫生指标	186
187	世界部分国家与地区卫生指标	187
188	世界部分国家与地区卫生指标	188
189	世界部分国家与地区卫生指标	189
190	世界部分国家与地区卫生指标	190
191	世界部分国家与地区卫生指标	191
192	世界部分国家与地区卫生指标	192
193	世界部分国家与地区卫生指标	193
194	世界部分国家与地区卫生指标	194
195	世界部分国家与地区卫生指标	195
196	世界部分国家与地区卫生指标	196
197	世界部分国家与地区卫生指标	197
198	世界部分国家与地区卫生指标	198
199	世界部分国家与地区卫生指标	199
200	世界部分国家与地区卫生指标	200

- (一) 基本人口指标 147
- (二) 人群健康指标 148
- (三) 基本卫生指标 149
- (四) 卫生保健普及指标 150
- (五) 主要疾病标化死亡率(1/10万) 151

附录二 我国各省、市、自治区卫生指标 153

153	我国各省、市、自治区卫生指标	153
154	我国各省、市、自治区卫生指标	154
155	我国各省、市、自治区卫生指标	155
156	我国各省、市、自治区卫生指标	156
157	我国各省、市、自治区卫生指标	157
158	我国各省、市、自治区卫生指标	158
159	我国各省、市、自治区卫生指标	159
160	我国各省、市、自治区卫生指标	160
161	我国各省、市、自治区卫生指标	161
162	我国各省、市、自治区卫生指标	162
163	我国各省、市、自治区卫生指标	163
164	我国各省、市、自治区卫生指标	164
165	我国各省、市、自治区卫生指标	165
166	我国各省、市、自治区卫生指标	166
167	我国各省、市、自治区卫生指标	167
168	我国各省、市、自治区卫生指标	168
169	我国各省、市、自治区卫生指标	169
170	我国各省、市、自治区卫生指标	170
171	我国各省、市、自治区卫生指标	171
172	我国各省、市、自治区卫生指标	172
173	我国各省、市、自治区卫生指标	173
174	我国各省、市、自治区卫生指标	174
175	我国各省、市、自治区卫生指标	175
176	我国各省、市、自治区卫生指标	176
177	我国各省、市、自治区卫生指标	177
178	我国各省、市、自治区卫生指标	178
179	我国各省、市、自治区卫生指标	179
180	我国各省、市、自治区卫生指标	180
181	我国各省、市、自治区卫生指标	181
182	我国各省、市、自治区卫生指标	182
183	我国各省、市、自治区卫生指标	183
184	我国各省、市、自治区卫生指标	184
185	我国各省、市、自治区卫生指标	185
186	我国各省、市、自治区卫生指标	186
187	我国各省、市、自治区卫生指标	187
188	我国各省、市、自治区卫生指标	188
189	我国各省、市、自治区卫生指标	189
190	我国各省、市、自治区卫生指标	190
191	我国各省、市、自治区卫生指标	191
192	我国各省、市、自治区卫生指标	192
193	我国各省、市、自治区卫生指标	193
194	我国各省、市、自治区卫生指标	194
195	我国各省、市、自治区卫生指标	195
196	我国各省、市、自治区卫生指标	196
197	我国各省、市、自治区卫生指标	197
198	我国各省、市、自治区卫生指标	198
199	我国各省、市、自治区卫生指标	199
200	我国各省、市、自治区卫生指标	200

第一章 概 论

第一节 社会医学的研究对象和内容

社会医学(Social Medicine)是医学与社会学间的一门边缘学科,主要研究社会性的医学问题及医学的社会方面的问题。世界各国的社会制度、文化背景、经济状况及生活方式不同,各国所面临的社会医学问题也不一样。因此,各国社会医学的研究对象及内容,甚至名称都不尽相同。即使在同一个国家,社会医学的研究内容及重点,也随着社会发展,社会卫生事业所面临的主要任务的改变而相应改变着。如英国 50 年代叫社会医学,70 年代以来改为社区医学(Community Medicine)。

在我国,社会医学是 80 年代才从预防医学中分化发展起来的,其研究对象、内容及任务,我国学者在学术上做过不少论述,但尚未取得完全一致的意见,这是一门新兴学科在发展中必然会出现的一种正常现象。

我们认为:我国社会医学的研究对象是社会卫生状况及其变动规律,以及改善社会卫生状况、提高人群健康水平的社会卫生对策与措施。具体内容应包括下列几个方面:

1. 社会卫生状况,主要是人群健康状况

社会医学以人群为对象,应用流行病学、统计学及社会学的原理及方法,进行社会卫生调查,研究社会卫生状况及其变动规律,寻找主要的社会医学问题(如应重点防治的疾病、应重点保护的人群等),作出社会医学“诊断”。

2. 影响人群健康的因素,特别是社会因素

社会医学应用现况调查、回顾性调查及前瞻性调查等流行病学原理及方法,研究各种因素,特别是社会因素,包括社会制度、经济状况、文化因素、人口发展、生活劳动条件、生活方式及医疗卫生服务等对人群健康的影响,对现有社会医学问题进行社会病因学分析,为提出社会卫生对策及措施提供科学依据。

3. 社会卫生对策及措施

社会医学不仅要通过社会卫生调查及社会病因研究,找出当前存在的主要社会医学问题及其原因,更重要的是要针对存在的社会医学问题及其原因,提出改善社会卫生状况,保护人群健康,提高人群健康水平的社会卫生对策与措施,即提出社会医学“处方”。这里的社会卫生对策及措施主要不是指医疗卫生技术措施,而是指社会卫生战略及策略,即卫生发展的目标、重点及策略,合理开发、有效使用社会卫生资源,科学组织社会卫生服务的政策,与保护人群健康的经济、法律、教育及组织措施等。

社会医学的基本目标是保护人群健康,提高人群健康水平。要特别重视某些人群,如妇女、儿童、老年人及工矿企业职工等“高危人群”的社会医学问题,他们人数多,并由于生理、病理及环境条件容易受到健康危害因素的影响,要研究他们的健康状况及影响因素,并有针

对性地研讨相应的保健措施。

社会医学重视社会因素对人群健康及疾病的影响,重视那些主要由社会因素引起的疾病,如意外事故、精神病及性病等的流行情况、社会病因及社会防治措施。

社会医学的基本任务可以概括为:通过社会卫生调查,掌握社会卫生状况及其变动规律,找出主要的社会医学问题并分析其原因,作出社会医学“诊断”,提出相应的社会医学“处方”,即改进社会卫生状况,保护人群健康,提高人群健康水平的社会医学措施,为有关部门,特别是各级卫生决策及管理部门,在确定卫生方针政策,编制卫生发展规划及计划,组织卫生服务,总结评价卫生服务的效果及效益,提供科学依据。

在我国,社会医学的主要任务是从中国实际出发,研究并解决中国的社会医学问题,但也要研究世界卫生状况及其发展规律,了解当前世界面临的社会卫生问题及全球卫生战略及策略,学习、借鉴外国卫生事业发展的历史经验及各国社会卫生对策。因此,在社会医学中应该包括国际卫生保健的基本内容。

传统的医学教育是生物医学教育,是从生物医学角度学习疾病的原因及发病机理,疾病的诊断、治疗及康复技术等。但是近几年来,人类的疾病已经发生了很大改变。大量研究表明,影响当前人类健康及疾病的主要因素是社会因素。因此,要有效地防治当代人类的主要疾病,保护人群健康,单纯用生物医学技术是很不够的。只有在医疗卫生服务中重视并应用社会措施,才能有效地发挥生物医学技术的作用,完成医学的社会功能。

作为一门医学课程,社会医学的教学目的是使未来的卫生专业人员——医学生,初步建立起社会医学观念,了解社会因素对人类健康与疾病的重要作用;了解当代社会卫生状况及医学所面临的重要社会医学问题;学习研究人群健康状况及评价卫生服务效果的基本方法;学习高危人群保健及主要社会病的防治措施,能更有效地应用医学科学技术,进行医疗卫生服务,提高卫生事业的社会效益。

第二节 社会医学发展史

一、外国社会医学的发展

社会医学作为一门科学是在19世纪中叶随着资本主义发展而发展起来的,但是社会因素对人类疾病的发生、发展的影响早就为医学家所注意。古希腊名医希波克拉底(Hippocrates,约公元前450~377)就注意到人的生活环境与健康的关系,要求医生熟悉病人的生活环境及生活方式。他认为“知道是什么样的人患病,比知道这个人患的是什么病更重要”,“医师医治的不仅是病,更重要的是病人”。古罗马医生盖伦(Galen,约130~200)重视社会心理因素的治病作用。瑞士医生巴拉塞尔苏斯(Paracelsus,约1490~1541)及意大利医生拉马兹尼(Ramazzini,1669~1714)等深入社会,考察工人健康状况,描述了职业对工人健康的影响。但限于当时的社会经济条件及医学科学水平,古代医学家对人类健康、疾病与社会因素间的关系及医学与社会的关系均缺少深刻认识,医学活动基本上是病人与医生间的个人医疗活动。

18世纪欧洲产业革命后,手工业生产方式逐步被大工业生产所代替,生产的社会化促进了医学的社会化过程。资本主义早期发展所带来的社会卫生状况的恶化,促使人们进一

步注意到医学的社会性,人类健康及疾病流行与社会条件的密切联系。一些进步医学家提出了社会及国家应对人民健康负责的观点。如德国医生弗兰克(Frank,1748~1821)在18世纪末就提出了居民恶劣的生活条件是产生疾病的温床,要求政府采取措施保护公众健康。

19世纪资本主义的进一步发展及城市人口的集中带来了一系列社会医学问题。如童工和女工的健康、城市上下水道、食品卫生及营养不良、传染病流行等问题。英国伦敦首任医官西蒙(Simon,1816~1904)专门研究了伦敦的食品、住宅和工厂卫生,认为这些因素与英国工人健康不良有关。恩格斯在《英国工人阶级状况》一书中则明确指出,英国的工业发展是建立在破坏工人健康的基础上。工人运动促进了社会卫生组织的建立与社会卫生措施的发展。

“社会医学”一词出现于19世纪中期。1848年法国医生盖林(Guerin,1801~1886)首次提出把医学监督、公共卫生学及法医学等学科构成一个整体,可统称为社会医学。盖林把社会医学分为社会生理学、社会病理学、社会卫生学及社会治疗学四部分。社会生理学研究人群身心状况及其与社会、法律、风俗习惯间的联系;社会病理学研究有关疾病及健康的社会问题;社会卫生学研究各种增进人群健康,预防疾病的措施;社会治疗学则研究对付社会异常情况时的措施及手段。

19世纪后半期,由于细菌学的发展,使有些医学家重视生物病原体的致病作用而相对忽视了社会因素对健康及疾病的作用。但是,不少医学家则不同意夸大细菌的作用。德国医学家诺尔曼(Neumann,1813~1908)及魏尔啸(Virchow,1821~1902)均强调社会经济条件对健康和疾病的重要作用。魏尔啸亲自参加斑疹伤寒流行区的调查后认为,单搞医疗而不搞社会预防不能控制斑疹伤寒流行。德国的格罗蒂扬(Grotjahn,1869~1931)在《社会病理学》一书中进一步指出了用社会观点研究人类疾病的一些原则,认为社会状况的恶化有利于感染疾病,疾病又通过它的后果来影响社会。他主张用社会措施来预防疾病或影响病程,并强调社会卫生调查中应该用人口学、统计学、经济学及社会学方法。他主张社会医学应列入医学课程。1920年他首次在柏林大学讲授社会卫生学(当时在欧洲,社会医学与社会卫生学两个专业名词常交替使用)。

20世纪,特别是第二次世界大战以来,疾病谱起了明显改变,以生物病原为主的传染病逐步减少,而心脑血管病、恶性肿瘤、精神病及意外伤等与社会、心理、生活方式等有关的慢性非传染性疾病逐年增加并已成为危害人类健康的主要原因。人们生活条件的改善,医学科学技术的进步,医疗卫生费用的增加,均未能有效地提高人群健康水平。要深入研究社会因素对疾病与健康的影响,改变社会卫生面貌有赖于有效的社会卫生措施,这些观点被越来越多的人所接受,从而使社会医学在各国进一步发展。但各国的社会制度、经济状况、文化背景及面临的社会卫生问题不同,社会医学的内容及重点也不尽相同,甚至连学科名称也不一样。

德国是社会医学的发源地。在二次大战以前,社会医学与社会卫生学两个学科名词并用,而以社会卫生学为主,战后逐步改用社会医学。在德国,社会医学的主要内容是心脑血管病及肿瘤防治,生活方式、职业及环境污染和健康的关系,还有社会保险等。

英国19世纪末就开设公共卫生学课程。本世纪40年代改为社会医学。牛津大学成立了社会医学研究院。在英国,社会医学指有关人群的医学,包括疾病的预防与控制,有关增进或影响人类健康的社会因素。牛津大学社会医学教授赖尔(Ryle)认为整个公共卫生、工

业卫生、社会卫生服务及公共医疗事业都属于社会医学。60年代以来,为了适应英国国家卫生服务制度改革的需要,社会医学改为社区医学,内容包括社区卫生服务中的理论与实践问题,如人口学,居民健康状况,居住条件、职业、营养与健康,健康教育,保健组织,妇儿保健,结核病及性病防治等。

在美国,社会医学并不发达,医学社会学则是社会学中的一个重要分支。美国的经济制度及文化传统决定了它不搞欧洲那种社会卫生措施,但重视社会学、经济学及管理学。社会医学内容在卫生政策及管理中讲授。近年来,针对医学越来越专门化而人们的基本医疗保健需求未得到满足的状况,家庭医学(Family Medicine)受到重视并有所发展。

在日本,社会医学与基础医学、临床医学并列,内容很广,包括公共卫生学、卫生统计学、法医学、环境医学及卫生管理学。

苏联1922年在第一、第二莫斯科大学医学院成立社会卫生学教研室,由当时的保健部长谢马什科及索罗维约夫亲自执教。1923年成立了国立社会卫生学研究所(现全苏卫生与保健组织学研究所)。社会卫生学的基本任务是研究环境对人群健康的影响,以及消除这些影响的社会卫生措施,1930年后根据需要,转向研究医疗卫生组织及服务问题。1941年苏联将社会卫生学改为保健组织学,以保健理论、保健史、卫生统计与保健组织作为主要内容。60年代中期又改名为社会卫生与保健组织学,以加强医学社会问题的研究。

二、我国社会医学的发展

我国古代医学家就注意到了环境及精神因素和健康的关系。我国现存的最早医书《内经》(成书于公元前475~221年的战国时代)中就有气候改变、饮食起居及精神因素等与疾病有关的论述。西周初期就建立了社会医事组织,以医师为“众医之长,掌医之政令”,并制定了医师考核制度,根据医术高低定其俸给,要求医师治病有记录,病人死后要报告。汉朝初(公元初)设立了为民看病的医疗机构。南朝宋元嘉二十年(公元443年)设“医学”,置太医博士及助教,为我国最早的医学校。但在二千多年封建社会中,我国的社会卫生设施及社会医事制度主要为封建统治者服务,广大人民的疾病医疗主要靠民间医生,并无很好组织。

近代西洋医学19世纪初传入中国。1820年英国医生玛利逊(Morrison)及李温斯敦(Levingstone)在澳门办医院。1834年美国教会医生派克(Parker)在广州开设的眼科医院为我国早期建立的西医院。1866年美国医学传教会在广州办博济医学校,是我国最早的西医学校。

1910年东北鼠疫流行,伍连德医师在山海关设检疫所实行卫生检疫,这是我国自己举办的最早防疫机构。1905年清政府在警政部警保司下设卫生科,次年改属内政部,第三年改为卫生司,是我国近代最早建立的中央卫生行政机构。1898年(光绪24年)上海公共租界工部局卫生处是我国成立最早的地方卫生行政机构。城市基层卫生机构以1925年成立的北京市左一区卫生事务所为最早。较早成立的农村基层卫生机构则有上海市吴淞区(1928)及河北定县(1929)的农村卫生实验区和南京晓庄乡村卫生实验所(1929)等。1932年成立的中央卫生设施实验处(1937年改为中央卫生实验处,1941年改为中央卫生实验院)中设立了社会医事系,主要任务是登记及考试社会医务人员。全国解放前,一些事业心强的医学卫生专家也曾想建立社会卫生组织,开展社会医学工作,并曾一度宣传过“公医制度”,但限于当时的政治经济条件均无所建树。

新中国成立后,我国建立了从中央到地方的卫生行政机关及卫生业务机构,发展社会卫

生事业,保护人民健康成了国家的职责与任务。在中国共产党及人民政府统一领导与组织下,我国社会卫生事业迅速发展,卫生状况很快改观,人民健康水平明显提高。

在学科建设方面,50年代初期上海第一医学院公共卫生学院设有卫生行政学科,开设卫生行政学课程。1952~1953年从苏联引进了“保健组织学”,作为医学生的一门必修课。1954年起先后在一些医学院举办卫生行政进修班、保健组织专修科及工农干部卫生系,轮训地(市)级卫生管理干部。1956年卫生部成立卫生干部进修学院负责轮训省(市)级卫生管理干部。50年代中期各医学院校卫生系均建立了保健组织学教研室,开展保健组织学教学研究工作。1957年北京卫生干部进修学院举办了第一届全国保健组织学师资讲习会,讨论交流了我国保健组织学的教学研究经验,并集体编写了《保健组织学》教材。哈尔滨医科大学杨建伯等探索了社会卫生学的教学及研究工作。50年代末,我国保健组织学专业队伍已初具规模,在结合中国实际,进行教学研究,探索我国卫生事业发展规律方面作出了不少成绩。1964年在上海举行了全国保健组织学教学研究交流会,交流了各地保健组织学的教学研究经验,并向卫生部提出了加强这门学科建设的建议,但在当时历史条件下未被接受。1965年起一度顺利发展的保健组织学科被迫中断了十多年。

十一届三中全会以后,我国进入一个新的历史时期,我国科学事业顺利发展。1978年由钱信忠主编的《中国医学百科全书》中列有《社会医学与卫生管理学》分卷。1980年卫生部下达了“关于加强社会医学与卫生管理学教学研究工作的意见”,要求有条件的高等医学院校成立社会医学与卫生管理学教研室或研究室,开展教学研究工作,培训卫生管理干部。1981年在《医学与哲学》杂志上辟有“医学、健康与社会”专栏,探讨医学与社会的关系。同年12月在全国首届医学辩证法学术讨论会上,讨论了社会医学的性质、任务及研究对象。1983年在武汉医学院举办了社会医学与卫生管理学高级师资讲习会。1984年在成都召开了全国社会医学与卫生管理学术研究会。《国外医学》社会医学分册(1984)及《中国社会医学》(1985)等专业杂志先后创刊。1985年起招收社会医学硕士研究生。1988年9月在西安召开了全国首届社会医学学术会议,并成立了中华社会医学学会。

我国的社会医学虽已经形成并得到顺利发展,但与其他医学学科相比,仍是一棵幼苗。不过在改革开放的形势下,它一定能够茁壮地成长,在发展我国卫生事业,提高我国卫生事业的科学管理水平及我国人民健康水平方面起积极作用。

第三节 医学模式

一、医学模式的概念

医学模式是在不同历史阶段和医学科学水平下,观察与处理医学问题的思想与方法,是对人类健康与疾病总体的特点和本质的概括,它的核心就是医学观。

医学科学研究和卫生工作实践,必然在一定的医学观影响下开展的。譬如对人类健康应从什么方位去观察,是单从生物学角度去观察和认识呢,还是由生物、心理与社会全方位去观察和认识?对人类疾病的防治是采用单一的生物学方法去处理呢,还是采用生物学、心理学与社会学相结合的方法去处理。

医学模式是人类获取健康和防治疾病的经验总结。当然医学模式的发展,也不是一帆

风顺的,而是在人类医学实践中不断充实、深化与完善的。最早的医学模式是作为临床医学的医学观和方法论而提出的,而现代医学模式已经发展成为卫生工作正确处理下列关系的理论依据。

1. 个体医学与群体医学的关系

在医学发展过程中,先有个体医学,后有群体医学。随着医学的发展,个体医学与群体医学互相融合和转化,这是医学模式转变的重要内容。

2. 生物因素与社会因素的关系

影响人群健康与疾病的因素既有生物因素,也有社会与心理因素。医学科学实践与卫生工作要求我们正确处理好生物因素与社会因素间的相互作用与关系。

3. 微观与宏观的关系

医学科学正在向微观分析和宏观综合深入发展,只有处理好微观与宏观的关系,才能全面促进医学科学和卫生工作的发展。

4. 疾病防治与增进健康的关系

疾病防治是增进健康的重要手段,而增进健康则是疾病防治的目的。现代医学模式提供了由疾病防治到增进健康的全面综合概念,对发展“大卫生”观念,起到理论上的指导作用。

5. 医学科学与卫生管理的关系

卫生事业的发展除了依靠医学科学技术进步,还必须依靠卫生管理科学的发展。卫生管理科学可以使医学科学技术更好地为卫生事业服务。现代医学模式对沟通医学科学与卫生管理的关系起重要作用。

二、医学模式的转变

从历史上看,医学模式的发展经历了几个阶段:

(一) 神灵主义医学模式

古代人认为人类的生命与健康是上帝神灵所赐,疾病和灾祸是天谴神罚。虽然当时也使用一些植物和矿物来治疗疾病,但不能超越“神灵的主宰”,保护健康和治疗疾病主要依赖求神问卜、符咒祈祷。

(二) 自然哲学医学模式

随着社会生产力的发展和科学技术水平的提高,人类对健康与疾病有了初步的观察和了解,产生了粗浅的理性概括。如在古代,中国医学便有阴阳五行的病理学说,产生了外因(风、寒、暑、湿、燥、火)、内因(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)和不内外因等病因学说,开始把健康与疾病和人类生活的环境联系起来观察与思考,并据此产生了中国医学的理论体系。

(三) 机械论医学模式

欧洲文艺复兴推动了自然科学技术的进步。在培根“用实验方法研究自然”的观点影响下,机械学与物理学有了很大的进步。拉美特利提出了“人是机器”的观点,把人当作是自己发动自己的机器,而疾病是机器出现故障和失灵,因此需要修补与完善。在这种机械论的影响下,哈维发现了血液循环,魏尔啸提出了细胞病理学说。机械论解释生命活动是机械运动,保护健康就是维护机器。这就忽视了人类机体的生物复杂性以及社会复杂性,产生了对人体观察的片面性和机械性。

(四) 生物医学模式

生物科学的进步,解剖学、组织学、胚胎学、生理学、细菌学、生物化学、病理学及遗传学等生物学体系的形成,使人们从生物学的观点来认识生命现象以及健康与疾病的关系。生物医学的成就,使人类在传染病防治方面取得了重大进展,取得人类第一次卫生革命的胜利。

生物医学模式促进了医学科学的进步。在基础医学方面,阐明与揭示了许多生物因素所造成的人类疾病,确定了生物病因,有针对性地开展有效的防治。在临床医学方面,促进了外科的进步,产生了蒸气消毒灭菌,扩大了无菌手术。抗菌药物的发现有效地防止了伤口感染,控制了败血症。

疾病的变化和医学科学的进展,逐渐暴露了生物医学模式的片面性与局限性。研究资料表明,人类健康与疾病不是由生物因素所能完全解释的,疾病不单纯是由生物因素所致。对许多非传染性疾病来讲,除生物因素外,心理因素与社会因素也起重要作用;即使是以生物因素为主的传染性疾病及寄生虫病,在流行与防治上也要受到心理和社会诸因素的制约。许多疾病的生物因素也要通过心理与社会因素而起作用。疾病已由单因单果、单因多果向多因单果和多因多果发展。医学模式也相应地由生物医学模式过渡到社会生态学模式。

(五) 社会生态学模式

随着慢性疾病及非传染性疾病的增加,人们对病因的认识有了进一步发展。许多慢性病与自然环境与社会环境有密切联系。某些行为及生活方式可以与生物遗传因素综合作用于机体而产生疾病。社会生态学模式是从机体和环境相互作用的观点出发,综合地论述慢性病的发病因素,从而能指导慢性病防治。

三、现代医学模式

现代医学模式,即生物—心理—社会医学模式,这是人类疾病谱的改变,人类对疾病与健康认识的深化的产物。

(一) 现代医学模式产生的背景

20 世纪,特别是 50 年代以来,人类疾病谱发生了很大改变,影响人类健康与生命的主要疾病已由传染病逐步改变成非传染病。在发达国家,心脏病、脑血管病及恶性肿瘤已在死因谱中占主要地位。在发展中国家虽然传染病仍在流行,但心脑血管病及恶性肿瘤发病率及死亡率也在逐年上升。在我国,传染病仍旧是影响人民健康的多发病,但在死因谱中已不占重要地位。在我国城乡居民死亡原因中,心脑血管病、肿瘤及慢性呼吸道病已占主要位置(表 1-1)。

表 1-1 我国城乡居民前五位主要死因的死亡率(1/10 万)及百分构成

顺位	1957 年			1963 年			1975 年			1985 年		
	死 因	死亡率	%	死 因	死亡率	%	死 因	死亡率	%	死 因	死亡率	%
1	呼吸系病	120.3	16.9	呼吸系病	64.6	12.0	脑血管病	127.9	21.6	心 脏 病	131.0	23.4
2	传 染 病	111.2	15.1	传 染 病	57.5	10.7	心 脏 病	115.3	19.5	脑血管病	117.5	21.0
3	消化系病	52.1	7.3	恶性肿瘤	46.1	8.6	恶性肿瘤	111.5	18.8	恶性肿瘤	113.9	20.3
4	心 脏 病	47.2	6.6	脑血管病	36.9	6.9	呼吸系病	63.6	10.8	呼吸系病	50.9	9.1
5	脑血管病	39.0	5.5	心 脏 病	36.1	6.7	传 染 病	34.3	5.8	消化系病	23.3	4.2

大量研究表明,心理因素、社会因素及不良生活方式是形成或诱发心脑血管病、肿瘤及

慢性呼吸道病的主要原因。我国社会医学研究也表明,生物因素在死因中的比重已下降,不良的生活方式、环境因素、卫生服务已成为影响我国居民死亡的主要危险因素(表 1-2)。卫生工作实践也表明,疾病防治及保护人群健康也已经不再是少数个人的活动而已成为社会的责任。许多国家把卫生事业纳入社会经济发展计划。只有动员全社会的力量才能有效地防治危害人类健康的疾病。世界卫生组织总结了 23 个心脏病防治点的经验后认为,心脏病防治与其说用传统的医疗技术,毋宁说要用政治行动。

表 1-2 我国几种主要死因与四类因素的关系(%)

死 因	生活方式	环境因素	保健服务	生物学因素
心 脏 病	47.6	18.1	5.7	28.6
脑血管病	43.2	14.8	6.0	36.1
恶性肿瘤	45.2	7.0	2.6	45.2
意外死亡	18.8	67.6	10.3	3.4
呼吸系病	39.1	17.2	13.3	30.5
传 染 病	15.9	18.9	50.5	8.8
合 计	37.3	19.7	10.9	32.1

注:全国 19 个城乡点 1981 ~ 1982 年典型调查结果(一岁以上,男女合计)

人类的卫生需求也在不断提高。人们已不满足于不生疾病,而要求增进健康,延年益寿,要求合理的营养,良好的生活劳动条件与生活方式,平衡的心理及健康的心态。基于这些改变,美国学者恩格尔(Engel)首先提出了生物医学模式应逐步转变为生物—心理—社会医学模式。现代医学模式概括了影响人类疾病与健康的全部因素,从医学整体论出发,综合分析了生物、心理及社会因素对人类健康的综合作用,突出了社会因素的决定性作用。

关于现代医学模式的内容与结构,许多学者做了不少探索与论述。布卢姆(Blum)认为,环境因素,特别是社会环境因素,对人类健康有重要影响,而且与生物遗传,行为及生活方式,卫生服务相互联系与相互作用。加拿大的 Lalonde 及美国的丹佛(Dever)提出了综合健康医学模式(图 1-1),将环境因素、行为生活方式、生物遗传及医疗卫生服务四个方面再

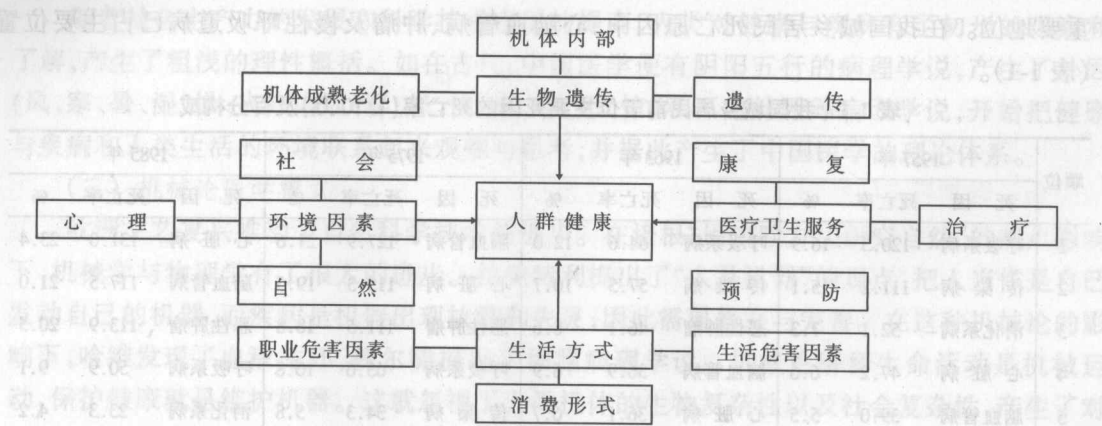


图 1-1 综合健康医学模式

细分为若干项目,论述了疾病的病因学与流行病学原则,为医疗预防工作及卫生政策分析提供了理论基础。

(二) 现代医学模式对医学科学、卫生服务和医学教育的促进

临床医学的基本任务是诊断及治疗病人。鉴于病人有生物及社会的双重属性,疾病是生理的改变,也是心理改变,许多身心疾病更是如此。同时,临床医师在了解疾病和病史时,应该从病人的社会背景和心理特征出发,对疾病进行全面的分析,作出判断,从而制定有效的综合治疗方案。例如情绪忧虑、抑郁的人对心理社会刺激会产生情绪反应。强烈持久的情绪反应,可通过植物神经系统、内分泌系统、神经递质系统等中介机制,引起肾上腺皮质激素和儿茶酚胺释放增加,使血压升高,心肌内钾离子减少和局部心肌缺氧,容易诱发冠心病和心肌梗塞症。心理社会因素不仅是冠心病的诱因,而且在病变上也起重要作用。临床医师必须把冠心病按照身心疾病来处理,在治疗上除了使用必需的药物外,还应重视心理及社会治疗,恢复病人的心理平衡,了解病人的精神创伤及生活挫折,帮助病人制订松弛计划,自我控制植物神经功能。临床工作者要能自觉地运用现代医学模式来指导临床实践,提高对病人的心理社会因素作用的洞察和分析能力,提高医疗效果。

预防医学一向重视生物、物理、化学等环境因素的作用,但往往忽视了不良的心理与社会因素对人群健康与疾病的影响与作用,如贫穷造成营养缺乏病、娼妓促使性病流行、拥挤的居住条件造成结核病的传播。社会心理因素,如恐惧、焦急、紧张、绝望等则是高血压、溃疡病、癌症和精神疾患的重要致病因素。在生物医学模式思想指导下,预防医学所提出的良好环境,主要指的是自然环境,而忽视创造良好的精神和社会环境,病因分析主要强调生物病因,即单因单果,而没有认识到许多疾病的危险因素是多方面的,形成的疾病也有多种表现。现代医学模式则将从生物病因为主的医学预防扩大到以生物、心理及社会综合因素为主的社会预防和心理预防,这样才能达到更全面更有效的预防效果。

卫生服务也随着医学模式的转变而逐步扩展,表现在以下几方面:

1. 由医疗服务扩大到预防服务

将医疗服务工作纳入预防的轨道,使卫生工作由医疗型向预防保健型过渡。根据现代医学模式的观念,预防服务贯串在疾病的发生、发展和转归的整个过程中。这就要开展“三级预防”,即通过“一级预防”以防止发病;当疾病发生后,即进行“二级预防”,做到早期发现、及时治疗;患病后开展“三级预防”,做好疾病的治疗及康复工作,防止病残及死亡。

2. 由技术服务扩大到社会服务

医师除诊治疾病外,还应该指导人们根据自身的健康状况和具体条件正确选择职业,开展劳动保护,做好家庭生活咨询,进行健康教育,改变不良行为和生活方式,促进心理卫生,降低由心理因素导致的疾病。

3. 由医院内服务扩大到医院外服务

医院由传统的封闭式院内服务,逐步向院外开展社区服务。要根据人群健康和疾病防治的需要,组织医务人员定期定点地进行巡回医疗,培训社区卫生人员,开展家庭医学服务,建立家庭病床。组织社区卫生服务要深入社区调查人群的健康状况,建立居民健康档案,开展慢性病防治,组织人群自我保健活动。

4. 由生理服务扩大到心理服务

传统的生物医学模式只注意人们的生理和病理变化,很少注意人们的心理和社会因素

对他们的影响。现代医学模式要求卫生服务的整体性,在进行生理、病理服务的同时,加强对人群及病人的心理服务,了解影响病人的心理因素,积极开展心理卫生工作,调节和平衡心理刺激,加强心理护理和心理康复工作,不断丰富心理卫生服务的内容和措施。

在医学教育方面,现代医学教育要求贯彻教育、研究和服务相结合的原则。要改变生物医学模式指导下的传统教育思想,扩充必要的人文科学与社会科学课程,以更新知识,转变观念,扩大学生的知识领域。要使学生学会全面分析疾病的发生、发展和转归的医学知识,了解“三级预防”的意义和方法。学会根据人群健康的需要和对疾病防治的要求,进行社会诊断和提出社会处方。学会进行健康教育,组织发动人群开展社会预防和促进健康的活动。在研究工作上,应着重研究由于心理社会因素而造成的心身疾病的防治。要在教学与研究的同时,积极开展社会服务,使学得的知识,能直接为人群健康和疾病防治工作服务,并通过社会调查,了解人群的保健需要,激励学习的积极性。

（顾杏元 王均乐）

果效我國高醫，代前得位麻藥師的田中素因合并縣心病人得... 面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如...

面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如...

面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如...

面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如... 面式小年切否服藥，如...

第二章 社会医学研究方法

社会医学是以社会人群健康、疾病及有关因素为主要研究对象的学科。社会医学研究可以应用其他许多学科的方法,如医学、社会学、统计学及心理学方法等,但社会医学研究的基本方法应该是社会医学调查及社会医学分析。

第一节 社会医学调查

社会医学调查是对社会卫生状况、人群健康的危害因素、人群的卫生服务要求与利用、社会卫生资源等所进行的一种社会调查。通过社会医学调查,了解社会卫生状况及其变动规律,了解人群的卫生服务要求及社会卫生资源,是科学地制定卫生策略,组织社会卫生服务的前提之一。进行社会医学调查,作出社会医学诊断,找出存在或潜在的社会卫生问题及其原因,提出社会医学“处方”,这是社会医学工作者的基本工作方法。只有通过社会医学调查与分析,比较深入地认识存在的社会卫生问题,才能实事求是地按客观规律办事,以提高社会卫生事业的管理水平及卫生服务的社会效益。从这个意义上讲,社会医学调查也是各级卫生管理人员的基本功之一。

一、社会医学调查的内容

1. 社会卫生状况,包括社会经济状况,人口状况,居民的生活劳动条件,人群健康状况及其影响因素;
2. 社会卫生资源,包括各类卫生机构及卫生人员的数量、分布及结构,卫生费用的来源、分配及使用,主要医疗卫生设备及其利用,卫生技术能力;
3. 人群的卫生服务要求、利用及其影响因素;
4. 卫生部门为居民所提供的卫生服务的数量与质量,卫生服务的效率、效果及效益。

二、社会医学调查的步骤与方法

社会医学调查是从提出课题、调查设计、调查实施、统计分析到总结报告等一个系统过程。进行社会医学调查的基本步骤与要点如下。

(一) 提出课题

课题是否合适是社会医学调查成败的关键之一。需要研究的社会医学课题很多,一次调查也不可能解决所有问题。根据卫生事业发展的客观需要与可能,结合研究者本身的经验,选择适当的调查题目,明确提出要调查的问题及目的,这是成功地进行社会医学调查的第一步。例如,在新到一个地区或单位工作时,先要比较全面地调查当时当地的社会卫生状况,找出存在的主要社会卫生问题;在研究卫生政策或措施之前,要对执行该政策或措施利弊及可行性进行社会医学调查。选择调查课题时,不仅要根据客观需要,还要充分考虑到主客观条件与可行性,包括研究者本身的能力与经验。一般讲,社会医学调查对象复杂,涉

及面广,工作量大,选题时切忌大而泛,以免力不从心,达不到预期效果。可以通过查阅文献、征询专家与同道意见,集思广益,尽可能做到选题有据,计划可行。

(二) 调查计划及设计

题目确定后,就要根据调查目的进行调查设计,提出调查计划。调查设计指如何进行调查的技术设计,包括调查目的,调查对象及范围,抽样设计及样本大小,调查内容及项目,观察指标及测定方法,调查方式方法及统计分析提纲,调查质量控制等。调查计划包括调查意义与目的,调查对象及范围,调查内容,调查员的来源与培训,调查方法,调查工作进度,调查人员及分工,调查经费预算等。

常用的社会医学调查方法有典型调查(或个案研究)及抽样调查。如果是典型调查,要在全面了解的基础上,根据调查目的及要求,选择好典型地区或单位。如果是抽样调查,就要做好抽样设计,包括抽样方法、样本大小及分组设计等。

(三) 抽样设计

抽样调查是从研究总体中随机抽取部分研究单位所组成的样本进行调查,进而由样本调查结果来推论总体的一种调查研究方法。抽样设计的要点是使样本能代表总体,以便能用较小的人力、物力及时间,获得丰富而可靠的信息,以明确回答所要研究的问题。为了使样本具有代表性,要遵循随机抽样原则,使总体中每一个单位都有同等被抽到的机会。

常用的抽样调查方法有简单随机抽样、系统抽样、分层随机抽样、整群随机抽样等几种。先将调查总体中的每个研究单位编码,再用随机数字表法或抽签法,从中随机抽取一定数量的研究单位组成样本的方法,叫简单随机抽样。按照调查总体中各个研究单位的某种顺序(如隔一定号码、时间或距离)随机地确定抽样的起点,再系统地抽取样本的方法,叫系统抽样。先将调查对象按某种特征(如性别、职业、地域等)分成若干“层”,再分别在各层中随机抽取样本的方法,叫分层随机抽样。如果抽样时,不是以每个调查对象为抽样单位,而是以若干个调查单位所组成的“群”(如村、乡、学校中的班级等)为单位进行随机抽样,则称为整群随机抽样。实际上,社会医学中最常用的抽样方法是上述几种抽样方法结合起来,如先将调查对象分层,再按一定顺序进行整群抽样,这叫分层整群随机抽样。例如,进行某城市卫生服务抽样调查时,可先按“区”分层,每区中按里委编码后随机抽样,再从抽到的里委中按户号进行调查。

抽样设计时,还要考虑到调查样本的大小问题。抽样调查必然就有抽样误差,在调查指标的变异度相等的条件下,抽样调查误差的大小与调查样本大小的平方根成反比,样本越大,抽样误差越小。但是,社会医学抽样调查时,调查涉及面广,牵涉人员多,如控制不当,可能增加调查的技术误差。抽样调查时,样本大小的具体确定方法,参见有关抽样调查专著。

(四) 调查表

要根据调查目的,选择应调查的项目与观察指标,设计好调查表。调查表内的项目必须围绕调查目的,原则上讲,为达到调查研究目的所必需的项目应该一个不漏,而不是调查研究所必需的项目一个都不应要。能用定量指标时尽可能用定量指标,以提高统计效率。每个项目的含义要简明易答,不要令人费解或误解。要按项目的逻辑次序或时间先后设计好项目的排列次序。一般讲,说明现况的项目放在前面,回顾性或征询意见的项目放在后面,