

全国医学高等专科学校教育应用型人才培养规划教材

全科医学

临床医学类、卫生管理类专业用

general medicine

主编 任光圆



高等教育出版社

全国医学高等专科学校教育应用型人才培养规划教材

全科医学

general medicine

临床医学类、卫生管理类专业用

主 编 任光圆

副主编 王勤荣 刘 伟

编 者 (以姓氏拼音为序)

董 宣	天津医学高等专科学校
皇甫超申	河南大学医学院
黄 为	金华职业技术学院医学院
刘 伟	江苏大学医学院
马高祥	绍兴文理学院医学院
马国庆	绍兴文理学院医学院
任光圆	绍兴文理学院医学院
王勤荣	金华职业技术学院医学院
袁和芹	重庆医科大学应用技术学院
赵志军	河南大学第一附属医院



高等教育出版社

内容提要

全书分为三篇二十章。第一篇为全科医学的基本理论,从全科医学的产生、发展和相关概念的介绍入手,重点阐述了以人为中心、以家庭为单位、以社区为导向的健康照顾和预防保健的理论与原则;第二篇为全科医疗实践,从基层医疗照顾中的基本技术入手,按全科医疗的原则,重点介绍除日常社区医疗外的亚健康人群照顾,重点人群(妇女、儿童、老年人)保健要点;慢性非传染性疾病预防要求;社区急症处理原则和社区康复、临终关怀、社区护理的方法;第三篇为全科医疗管理,以居民健康档案为重点,对社区卫生服务管理、公共卫生管理、全科医学教育与研究、全科医疗中的法律法规与伦理、全科医疗质量管理等作了介绍。

本书适用于高职高专临床医学类、卫生管理类专业学生,也可供广大基层医务人员参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学/任光圆主编. —北京:高等教育出版社,
2007. 1

临床医学类、卫生管理类专业用

ISBN 978-7-04-020555-8

I. 全… II. 任… III. 全科医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 146175 号

策划编辑 杨 兵 责任编辑 张 好 封面设计 于文燕 责任绘图 朱 静
版式设计 王艳红 责任校对 俞声佳 责任印制 宋克学

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100011
总 机 010-58581000

经 销 蓝色畅想图书发行有限公司
印 刷 北京人卫印刷厂

开 本 787×1092 1/16
印 张 16.5
字 数 400 000

购书热线 010-58581118
免费咨询 800-810-0598
网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.landaco.com>
<http://www.landaco.com.cn>
畅想教育 <http://www.widedu.com>

版 次 2007 年 1 月第 1 版
印 次 2007 年 1 月第 1 次印刷
定 价 27.50 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 20555-00

前 言

首次接触全科医学，始于20世纪90年代初对澳大利亚的一次医学考察。当时便被全科医学深厚的内涵和新鲜的理念所吸引，预见到发展社区卫生服务必将成为我国卫生事业改革的方向。

其后，自己动手编写讲义，尝试着开设了几次讲座，没想到取得了很好的反响，引起了同学们广泛的兴趣。由此一发不可收拾，由一名临床专科教师成为了全科医学的兼职讲师。几年后，受出版社的邀请，担任了全科医学相关教材的主编，更深体会到全科医学教育的任重道远。从此，放弃了从事十多年已熟门熟路的专科教学，全身心投入到全科医学的教学和研究中。

2003年4月SRAS猖獗，恰逢卫生部教材办主编会议召开，也算是受命于危难之际，我承担了《全科医学概论》主编一职。面对如此崇高的使命，全然忘记了SRAS病毒有可能正游弋身边，进书店、跑图书馆，多方面收集国际国内资料；定设想、物色人员，组织精壮的编写班子；构框架、编写初稿，时常伏案至东方露白……经过半年努力，年底教材终于如期出版。在教材编写的日日夜夜中，许多问号在脑海浮现。全科医学的知识体系应该涵盖哪些范围？国外的研究成果和国内的实践经验应该如何呼应？理论教学完成后实践环节应该如何安排？等等。虽然为已取得的阶段性成果感到欣喜，但随着思考的深入及对全科医学新兴学科的进一步理解，不由为教材尚留着不少空白而深深遗憾。

今年，受高等教育出版社之邀，我又一次担任相同主题的教材主编，终于有机会使思路得到更好梳理，将以往的缺憾进行弥补。尤其是与全体编写组老师一起深入探讨研究后，在教材的修改和编写上达成了共识，形成了基本满意的编写题材和知识构架。衷心希望教材出版后能够得到广大师生的认可。卫生事业的深化改革势在必行，社区卫生服务会愈益受到重视，新形势必将推动全科医学迅速发展，相信更多的有志同学在学习本教材后会像我一样为之吸引，从而选择投身全科医学事业。

本教材编写过程中参考了大量同类教材和专著，并借鉴了部分资料和图表，在此一并致以衷心的感谢。由于全科医学是一门新兴学科，尚处完善之中，盼望着老师能对本教材提出更好的意见，也欢迎加入到再版的编写队伍中。

任光圆
2006年9月

目 录

第一篇 全科医学基本理论

第一章 绪论	3	二、全科医生与其他医生的区别	20
第一节 全科医学发展简史	3	三、全科医生应具备的知识和能力	21
一、国外全科医学的发展	3	四、全科医生的素质、角色与任务	23
附录：全科/家庭医学国际学术组织 (WONCA)	5		
二、全科医学在中国的发展	5		
第二节 全科医学产生的基础	6	第三章 以人为中心的照顾	26
一、全科医学产生的社会学基础	7	第一节 两种不同的服务模式	26
二、全科医学产生的医学基础	8	一、以疾病为中心的诊疗模式	26
第三节 全科医学的医学观	9	二、以病人为中心的服务模式	27
一、医学模式	9	第二节 以人为中心照顾的原则	28
二、健康观	10	一、关心病人胜于关注疾病	28
三、方法论	11	二、要以家庭为保健单位	28
第四节 学习全科医学的意义	11	三、要提供连续性、综合性服务	28
一、有利于实现医学模式转变	12	四、发挥团队合作的作用	28
二、有利于切实改进医德医风	12	五、尊重病人的权利	29
三、有利于提高医务人员素质	12	第三节 全科医生的应诊任务	29
四、有利于全科医学事业发展	13	一、确认并处理现存问题	29
第二章 全科医学的相关		二、对病人进行连续性照顾	30
概念	14	三、适时提供预防性照顾	30
第一节 全科医学	14	四、改进病人的就医遵医行为	30
一、全科医学的定义	14	第四节 全科医生应诊的过程	31
二、全科医学的性质	15	一、全面了解病人	31
第二节 全科医疗	16	二、对健康问题进行分类和评价	34
一、全科医疗的定义	16	三、共同制定处理方案	35
二、全科医疗的基本原则/特征	17	四、利用多方资源, 提供整体服务	36
第三节 全科医生	20	第五节 病人管理	37
一、全科医生的定义	20	一、病人管理的原则	37
		二、病人管理的基本内容	37
		第四章 以家庭为单位的照顾	40

第一节 家庭的结构与功能	40	五、以社区为基础的健康照顾发展的5个等级	63
一、家庭的涵义	40	第三节 社区诊断	64
二、家庭的结构	41	一、社区诊断的概念	64
三、家庭的功能	43	二、社区诊断的内容	64
四、家庭生活周期	43	三、社区诊断与个体临床诊断的比较	65
第二节 家庭与健康的关系	44	四、社区诊断的步骤与方法	66
一、家庭对健康和疾病的影响	45	第四节 社区筛检	66
二、家庭对健康的支持作用	46	一、社区筛检项目的选择原则	67
三、家庭生活事件与家庭危机	46	二、社区筛检计划的制定	67
第三节 家庭评估	48	三、社区筛检的实施步骤	68
一、家庭评估的适应证	48	四、筛检试验的评价	68
二、家庭评估的目的和内容	49	第五节 社区健康照顾团队	69
三、家庭评估常用工具	49	一、社区健康照顾团队的概念	70
第四节 家庭照顾	52	二、社区健康照顾团队的组成	70
一、一般家庭照顾	54	第六章 全科医学中的预防保健	72
二、家庭咨询	54	第一节 预防医学概述	72
三、家庭治疗	55	一、预防医学的发展	72
四、家庭出诊	56	二、全科医学中预防性照顾的特点	73
附录：家庭评估记录报告	57	三、全科医生在预防性照顾中的作用	73
第五章 以社区为导向的健康照顾	59	四、三级预防概念	75
第一节 社区与健康	59	第二节 临床预防	76
一、社区的概念	59	一、临床预防的特点	76
二、影响健康的主要因素	60	二、临床预防的内容与方法	76
第二节 以社区为基础的健康照顾	61	第三节 健康教育与健康促进	82
一、以社区为基础的健康照顾的定义和基本要素	61	一、健康行为理论	82
二、以社区为基础的健康照顾的目的	62	二、健康教育	83
三、以社区为基础的健康照顾的意义	62	三、健康促进	84
四、以社区为基础的健康照顾的实施	63	第二篇 全科医疗实践	
第七章 基层医疗照顾中的基本技术	89	第一节 全科医生的临床思维	89
第一节 全科医生的临床思维	89	一、系统整体性思维	90
一、系统整体性思维	90	二、开放式思维	90
二、开放式思维	90	第二节 医患关系与沟通技巧	91
第二节 医患关系与沟通技巧	91	一、全科医疗中的医患关系	91
一、全科医疗中的医患关系	91	二、全科医生的沟通技巧	93
二、全科医生的沟通技巧	93		

第三节 病史采集	94	四、学龄期保健	124
一、开放式问诊	94	五、青春期保健	125
二、全面了解病人	95	第三节 老年人保健	125
第四节 概率方法及评价量表的 应用	97	一、老年人的个体保健	126
一、概率方法应用	97	二、老年人的家庭与社区保健	127
二、评价量表应用	98	第十章 慢性非传染性疾病 管理	128
附录: COOP/WONCA 功能状态量表	99	第一节 以社区为导向的慢性病 管理	128
第八章 亚健康人群照顾	103	一、慢性病流行现状	128
第一节 概述	103	二、慢性病危险因素	129
一、影响健康的因素	103	三、慢性病预防策略	130
二、亚健康状态	104	四、慢性病社区管理程序	130
三、健康危险因素评价	105	第二节 慢性病社区管理举例	131
第二节 合理膳食与适量运动	107	一、原发性高血压管理	131
一、合理膳食	107	二、糖尿病管理	137
二、适量运动	111	第十一章 社区急症处理	143
第三节 控烟	111	第一节 概述	143
一、吸烟行为的流行病学分析	111	一、社区急症的常见类型	143
二、烟草对人体的危害	112	二、社区急症的诊断思路	145
三、吸烟干预	113	三、社区急症的救治原则	145
四、戒烟技巧	114	四、社区急症的防范措施	146
第四节 心理卫生	115	第二节 现场急救	148
一、常见的心理障碍	115	一、概述	148
二、心理健康评价	116	二、现场急救的基本方法	149
三、心理保健指导	116	三、实施现场急救的注意事项	150
第九章 重点人群保健	118	第三节 转诊与运送	151
第一节 妇女保健	118	一、转诊适应证	151
一、围婚期保健	118	二、病人运送注意事项	152
二、围生期保健	119	第十二章 社区康复	153
三、围绝经期和老年期保健	119	第一节 概述	153
四、计划生育指导	121	一、康复医学与预防医学、临床医学、 保健医学的关系	153
五、职业妇女保健	121	二、社区康复的基本概念	154
第二节 儿童保健	122	第二节 康复服务在社区中的	
一、婴儿期保健	122		
二、幼儿期保健	123		
三、学龄前期保健	123		

开展	158	二、社区护理的工作范围	167
一、社区康复对象	158	三、社区护理的基本内容	169
二、社区康复内容	158		
三、社区康复形式	160	第十四章 临终关怀	170
第十三章 社区护理	162	第一节 概述	170
第一节 概述	162	一、临终关怀的历史和现状	170
一、社区护理的发展史	162	二、临终关怀的组织形式	171
二、社区护理特点	164	三、临终关怀的基本原则	171
第二节 社区护理的原则	165	四、临终关怀的伦理原则	172
一、健康维护与健康促进	165	第二节 临终前照顾	172
二、个体与群体护理相结合	166	一、临终前病人的心理特点及护理	172
三、个体与家庭护理并重	166	二、临终病人的生理特点及护理	173
四、基于社区背景的护理	166	三、临终病人家属的特点及护理	175
第三节 社区护理的范围与		四、临终护理协议书	175
内容	166	第三节 死亡后护理	176
一、社区护士的工作职责	166	一、尸体料理	176
		二、丧亲者的护理	176
第三篇 全科医疗管理			
第十五章 居民健康档案	181	一、个人健康档案	185
第一节 概述	181	二、家庭健康档案	189
一、定义	181	三、社区健康档案	190
二、形式	181	第四节 社区居民健康档案的	
三、社区居民健康档案的特征	183	管理	191
第二节 建立居民健康档案的目的	184	一、社区居民健康档案的建立	191
一、掌握居民的基本情况和健康状况	184	二、社区居民健康档案的更新	192
二、实施科学的健康管理和全程的健康		三、当前社区居民健康档案管理中存在的	
监测	184	问题	192
三、为社区诊断和解决社区居民主要			
健康问题提供依据	184	第十六章 社区卫生服务管理	194
四、为全科医学教学和科研提供信息		第一节 概述	194
资料	185	一、社区卫生服务管理的定义	194
五、为社区卫生服务质量和技术的评价		二、社区卫生服务管理的特点	194
提供依据	185	三、社区卫生服务管理的对象	195
六、为司法工作提供依据	185	四、社区卫生服务管理的方法	196
第三节 居民健康档案的种类和		第二节 社区卫生服务管理内容	197
内容	185	一、人力资源管理	197

一、全科医疗服务质量评价的目标	246	三、全科医疗服务质量整体评价的 方法	247
二、全科医疗质量评价指标	246		
参考文献			248
英中文对照名词索引			249

第一篇

全科医学基本理论

第一章 绪 论

全科医学(general/family medicine)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。经过近40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和方法论及学科体系,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,对我国社区卫生服务的发展起到了极大的推动作用。

第一节 全科医学发展简史

研究和分析全科医学发展的历史和背景,有助于我们更好地理解全科医学的基本理念和现实意义,有助于我们更准确地展望全科医学的发展趋势和未来前景。

一、国外全科医学的发展

中世纪以前在西方国家还未出现作为正式职业的医生,多是牧师、商人或手艺人,通过学徒式从师获得的医技知识和行医经验,作为副业为公众提供治疗疾病服务,这些人被称为治疗者(healer/therapist)。18世纪初欧洲开始出现以行医为终身职业的少数经大学正规训练的医生,这些医生主要在城市开业从事类似内科的工作,但只为少数富人和贵族服务,称其为“贵族医生”。到18世纪中期,由于旧的社会阶层之间的藩篱被打破,人们对医疗服务需求的提高,“贵族医生”不再自命不凡,开始学习原由“匠人”去做的外科手术等技术,成为什么都干的“多面手”(generalist)。部分“贵族医生”进入北美,以个人开业的方式为公众提供医疗服务,他们与公众接触频繁,关系比较密切,因而深受民众欢迎并得以迅速发展。19世纪初,英国的 *Lancet* 杂志首次把这些受过医学训练而个体开业的行医者称为通科医生(general practitioner),以便与其他治疗者区别,从此,通科医生这一称谓逐渐在社会上广泛传播。直到19世纪末,通科医生仍占据西方医学的主导地位,因此有人将19世纪的欧洲和北美称为“通科医生时代”。

20世纪初,医学基础学科的迅速发展和与医学密切相关的物理学、化学等学科的进展,为医

学教育建立在科学的基础上奠定了基础,并伴随着医学学科、医疗技术的发展和分化,促进了临床实践的专门化——临床学科出现。1889年成立的美国 Johns Hopkins 医学院,对医学教育进行了大胆改革,将两年制改成四年制。要求学生用两年时间学习基础医学,并在实验室接受基本的科学研究和实际操作训练,另两年时间在附属医院按专科接受临床教学,在病房中进行实践。1910年美国教育家 Abraham Flexner 对美国 and 加拿大 155 所医学院的课程设置、教学质量进行了现状调查,发表了具有历史意义的考察报告,这篇报告赞赏 Johns Hopkins 医学院改革医学教育的做法,建议用 Johns Hopkins 医学院的模式来改造医学教育,提倡强化基础教育,强调医学研究,学生应在附属医院接受专科医师的带教,为培养专科医生提供了基本保证,这一建议得到医学院校的普遍响应,从而医学院校就不再尽力培养多面手的通科医生了。

1910—1940年期间是第一次专科化发展的高潮,自美国 1917年第一个专科医学会——眼科医学会成立后,其他专科医学会及相应的医院医师训练项目相继建立,具有相当规模提供专科化服务的综合性医院遍布各大城市,各医院高水平的专科医生和高精尖的医疗设备吸引着民众的就医去向,使通科医生逐渐受到冷落。20世纪40年代末至60年代末,随着生物医学研究的深入和医疗技术的不断进步,进一步分科已无法避免,各种专科随之蓬勃兴起,各种亚专科的专科委员会相继成立。医院提供的服务越分越细,一个医生通常只负责医疗服务的某个方面或只对某一器官、系统的疾病进行诊治,专科医生在一个相对狭窄的领域中的研究达到前所未有的深度,专科化的发展再次被推向高潮。专科医疗在20世纪50年代末占据了医疗服务行业的主导地位,而通科医疗面临衰亡的危机。

但在专科化再次发展的同时,专科化服务的内在缺陷越来越引起人们的关注,如医生看病应诊的场所由社区的诊室、患者的家里到了医院;专科医生不允许花长时间接待病人,无法对病人作详细询问和认真观察,更多地依赖于化验和检查等。专科化使医疗的可及性、连续性、综合性及人性化服务受到了极大的挑战。同时,人口的老齡化、慢性病的增长、高技术的医疗服务使费用迅猛增加,使得民众和政府不堪重负,专科化的现代医学不能应对这一挑战,因而使处于衰落阶段的通科医生也看到了自身生存的前景,认清了自己的使命,在公众的呼唤、医学界的呼吁和通科医生自身的不懈努力下,于1947年代表通科医生的组织——美国通科医疗学会(AAGP)正式成立,历史为通科医生的新生准备了充分的条件。

1966年 Millis 和 William 的报告指出,由于专科化和医疗的分裂,提供综合性医疗服务出现了障碍,强调了培养家庭医生的必要性,认为家庭医生利用的知识体系及其功能完全不同于其他专科医生,报告同时界定了其服务的主要内容及培养家庭医生的特征,建议建立一个注重医生与病人及其家庭的相互作用的新的专科即家庭医疗。1969年2月,家庭医疗作为第20个医学专科的建议得到政府的批准,同时,成立了美国家庭医疗专科委员会(American board of family practice, ABFP),负责家庭医疗专科证书的考核与颁发。1971年美国通科医疗学会(AAGP)正式改名为美国家庭医师学会(American academy of family physician, AAFP)。20世纪的全科医生面对于18世纪的通科医生完全不同的历史条件,全科医生的回归绝不是历史的简单重复。从1970年开始,一个医生只有完成3年的家庭医疗住院医师培训项目,并通过综合性考试之后,美国家庭医疗专科委员会才会授予有效期为6年的专科医师证书。6年之后,要再次获得专科证书必须符合以下4个要求:①6年间至少获得300个学时被认可的继续医学教育学分;②持有在美国或加拿大开业的有效执照;③通过一次综合性笔试;④进行一次病史记录检查,必须达到满

意的程度。家庭医疗专科证书的再认定在其他专科是没有的,这不仅保证了家庭医生的学术水平和服务质量,也体现了美国家庭医生为获得与其他专科医生同等的社会认同与地位所做出的不懈努力。

20世纪70年代早期,家庭医疗已成为解决医疗保健分离、卫生资源分布不均和医疗费用上涨等问题的有效途径,因而得到政府和医学界的广泛支持,家庭医疗也从此得到迅速发展。到20世纪80年代,全美85%以上的医学院都设有不同类型的家庭医学科或系,并为医学生开设相关课程。全美约13%的医学毕业生选择家庭医疗住院医师训练项目,家庭医疗的住院医师训练项目的数量得到稳步发展,但因资金限制,高质量的家庭医疗项目更多地分布于独立的综合性医院或社区医院中。美国的家庭医生(含通科医生)自1975年降到最低,1986年前后又见明显回升,从医疗规模来看,家庭医疗已位居所有专科的第二位。随着管理化医疗(managed care)和健康维护组织(MHO)的发展,社会对全科医生的需求将明显增加,对全科医生的要求也将逐渐提高。

附录:全科/家庭医学国际学术组织(WONCA)

全科/家庭医学的国际学术组织(world organization of national colleges and academies of general practice/family medicine, WONCA)于1972年在澳大利亚墨尔本市举行的第五届世界全科医学大会上正式成立。在此前,WONCA只是一个非正式的学术团体,其成员(包括团体和个人)积极而成功地举办了四次世界全科医学大会,推动了全科医学的复兴,促进了全科医学的交流和传播,也为WONCA的成立奠定了基础。

WONCA是非官方的、国际性的全科医学学术团体,在学术上尤其在初级卫生保健方面与WHO有着密切合作。WONCA的主要活动是主办全科医学的国际会议,每三年举行一次,1995年曾在我国香港召开。WONCA负责出版发行国际性的杂志和刊物,目前主要有《WONCA新闻》和《家庭医学》,还出版了如《初级卫生保健中健康问题的国际分类》及《初级卫生保健的国际分类》等重要书籍。

WONCA自成立以来,以其出色的活动和强有力的组织力量,促进了全科医学在世界范围的发展。同时,WONCA自身也得到了壮大。1972年WONCA拥有18个成员,目前已拥有50多个会员(各国全科/家庭医学会),是世界上拥有医生数量最多、影响最广泛的医学学术团体。

WONCA的事务由理事会负责,理事会由来自各会员国的代表组成,世界大会由理事会负责组织、协调。理事会任命并组成执委会,执委会是对WONCA的决策和发展最有影响力的机构。

二、全科医学在中国的发展

全科医学自20世纪60年代末在北美兴起以来,在我国实行改革开放政策后,也有一些零星介绍,但全科医学完整概念正式引入我国是在20世纪80年代末。1986—1988年,WONCA的前任主席Dr. Raiakumar和Peter Lee几次来华访问,建议中国开展全科医疗。卫生部科教司、首都医科大学等机构的领导按照他们的建议于1989年在首都医科大学成立了国内第一家全科医学培训中心,北京市成立了北京全科医学学会。经卫生部、中华医学会、北京市卫生局和首都医科

大学等单位的努力,以及国外全科医学界特别是 WONCA 的支持,1989 年末在北京召开了第一届全科医学国际学术会议。这次会议促进了全科医学概念在国内医学界的传播,初步引起了卫生管理部门领导层的重视,对全科医学的引入起到了积极的推动作用。1993 年中华医学会全科医学分会成立,1998 年、2002 年、2003 年《中国全科医学杂志》、《中华全科医师杂志》、《全科医学临床与教育》杂志分别创刊。

从 20 世纪 90 年代初开始,我国的医学及医学教育界对全科医学的理论和实践进行了认真的研究和试点。首都医科大学举办了第一届全科医师培训班。1991 年 6 月,吴春容教授与浙江省江山市卫生局合作,在四都镇卫生院启动了我国第一个农村全科医疗试点,1992 年 11 月全国首届全科医学教育与服务现场研讨会在浙江金华召开,在国内产生了一定的影响。此后,首都医科大学、原浙江医科大学、原浙江省金华卫校等分别开始招生培养本科、专科、中专层次的全科医生。至 20 世纪 90 年代中期,试点性的全科医疗及全科医生的培养项目已遍布大部分省份。吴春容、顾澍等编著的全科医学理论书籍,于 1993 年、1995 年陆续出版发行。实践证明,以全科医生为骨干的社区卫生服务顺应了我国基层卫生服务的改革方向。1997 年 1 月 15 日,中共中央、国务院下达的《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、培养全科医生”,为培养某一类医生而写入中央的决定之中,足以说明行政管理部门对开展全科医学、培养全科医生这一工作的重视。此后,各省在开展社区卫生服务的过程中进一步认识到全科医生是提供社区卫生服务的核心力量,高素质的人才社区卫生服务质量及其持久发展的重要保证和前提,培养全科医生是建立城镇职工医疗保险制度的基础,开展全科医学教育、培养全科医师的工作受到政府及各有关职能部门的高度重视,社区卫生服务的各种配套与保障政策,如《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》、《国务院关于建设城镇职工基本医疗保险制度的决定》等相继出台。1999 年 12 月卫生部召开了首届全国全科医学教育工作会议,在总结试点省、市培养全科医师成功经验基础上出台了《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》,规范了全科医学教育与培养的内容与要求,使我国全科医师的培养与全科医疗的发展开始走向规范。为落实 2006 年召开的全国城市社区卫生服务工作会议精神,国务院出台了《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,同年 6 月国家人事部等五部局也同时出台了《关于加强城市社区卫生队伍建设的指导意见》,明确了社区卫生队伍建设的指导思想、目标任务及培养体系,这必将进一步加快社区卫生队伍建设和人才培养,提高社区卫生队伍的整体素质和服务水平,促进社区卫生事业的发展。

第二节 全科医学产生的基础

新的学科的产生可以是一较大学科随着技术发展分化而来,也可能是一个古老学科的再生或升华。全科医学被认为是通科医疗的升华并顺应了为个人及家庭提供整体性服务而发展起来的,是人类现代化生活需求的必然产物,而之所以能在某一特定的历史时期产生,有其产生的背景和基础。

一、全科医学产生的社会学基础

1. 人口迅速增长 第二次世界大战以后,随着公众生活水平的提高,医学科技的进步和公共卫生事业的迅速发展,使居民的身体素质明显改善,传染病得到有效控制,疾病的病死率、婴儿和产妇的死亡率逐渐下降,使社会人口数量迅速增加,至20世纪50年代末,世界人口进入大爆炸的时代。由于增长的人口相对集中于大城市,人口过多成为危害公众健康的重要问题,体现在生活空间拥挤,公共设施落后,生活节奏加快,工作竞争激烈等引发的大量与之相关的健康问题;同时,随着生活水平提高,健康观念变化,对卫生服务的需求明显增加,从而造成为公众提供卫生服务的能力与公众对卫生服务需求之间出现了尖锐的矛盾。要解决这一难题,仅靠医院提供的专科化服务已难以实现,从而使人们又重新认识到培养公众最易接近的多面手医生的重要性。

2. 人口老龄化 随着人们生活水平的提高,人群的平均预期寿命迅速增长,老年人口及其所占比例也不断增加。按联合国规定,在一个国家或地区的总人口中,60岁和60岁以上人口所占的比例超过10%,或65岁和65岁以上人口所占的比例超过7%,就属老年型人口,这一国家或地区就属于老年型国家或地区。自1865年法国成为世界上第一个老年型国家以来,许多中等以上发展水平的国家相继进入老年型国家行列,据1982年联合国人口司估计,全世界60岁以上的老年人,1950年约有2亿,1975年为3.5亿,2000年达5.9亿,2005年已达11亿。我国自1999年进入老年型国家,是目前世界上老年人口最多的国家,占全球老年人口总量的五分之一,到2004年底,我国60岁及以上老年人口为1.43亿,据《中国人口老龄化发展趋势预测研究报告》预测,2014年我国老年人口将达到2亿,2026年将达到3亿,2037年超过4亿,2051年达到最大值,到时每4个人口中就有1人是老年人。

老龄化问题已成为当今面临的重大社会问题,主要表现为:一是老年人特殊的自身需要问题,如保健、医疗、营养、赡养、社会服务及福利保障等,统称为人道主义问题;二是社会发展方面的问题,老龄化导致劳动年龄人口比重下降、赡养系数增大、社会与家庭的经济压力增加等所带来的社会、经济问题。

人口老龄化构成了卫生服务需求和医疗费用的迅速增长,老年人成为医疗保健服务的重点对象。体现在:①老年人就诊率、住院率高,住院时间长、费用大,需要特殊的照顾;②老年人对家庭的依赖性强,家庭保健成为老年人最重要的医疗保健支持;③占疾病谱和死因谱前几位的疾病均多发于老年人,慢性病的盛行使老年人成为主要受害者。总之,老年人这一特殊人群的增长导致对卫生服务特殊需求的增长是促使全科医学产生与发展的重要因素。

3. 家庭结构与功能的变化 随着城市化和工业化的发展,人们生活观念的转变,家庭结构日趋简单,核心家庭成为城市家庭的主要形式,这种家庭结构的变化,使传统的家庭观念受到猛烈的冲击,同时使家庭原有的一些功能逐渐转向社会,对社会的卫生服务和福利事业提出了许多特殊的要求。

现代家庭的结构变化丧失了传统大家庭所拥有的某些重要功能,体现在家庭内资源的缺乏,削弱了应付紧张事件的能力;减弱了为其家庭成员提供身体和精神方面照顾的能力,随之与家庭有关的健康问题日益增多,如心身疾病、酗酒、家庭暴力等;家庭成员对医护人员的依赖性明显增强,越来越需要初级保健医生的指导和帮助,尤其是关系不健全的家庭及其成员。医生走进家