

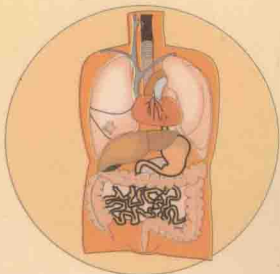
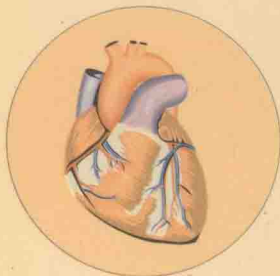
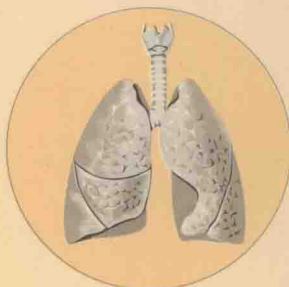
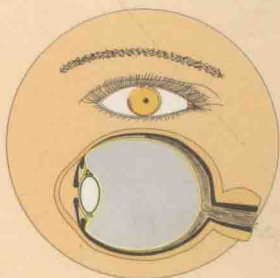
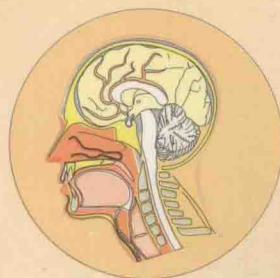
全科医师岗位培训教材

QUANKE YISHI GANGWEI PEIXUN JIAOCAI

全科医学导论

主审 顾 媛

主编 余 海



四川科学技术出版社

全科医师岗位培训教材

全科医学导论

主 编 余 海

副主编 李俊伟 王勤荣 高 榕

编 者 (按姓氏笔画为序)

王勤荣 余 海 吴国球 李俊伟

杜亚平 周 标 高 榕

四川科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学导论/余海主编. - 成都:四川科学技术出版社,2001.1

全科医师岗位培训教材

ISBN 7-5364-4650-0

I.全… II.余… III.全科医学-教材 IV.R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 00942 号

全科医师岗位培训教材

全科医学导论

主 编 余 海
责任编辑 康利华
封面设计 李 庆
版面设计 康永光
责任校对 戴 林 俊 伟 勤 荣等
责任出版 周红君
出版发行 四川科学技术出版社
成都盐道街 3 号 邮政编码 610012
开 本 787mm × 1092mm 1/16
印 张 10.5 字数 260 千
印 刷 余杭市华兴印刷厂
版 次 2001 年元月成都第一版
印 次 2001 年元月成都第一次印刷
印 数 1-5 000 册
定 价 14.80 元
ISBN 7-5364-4650-0/R·1051

■ 版权所有·翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误,请寄回印刷厂调换。

■ 如需购本书,请与本社邮购组联系。

地址/成都盐道街 3 号

邮政编码/610012

序

欣闻全科医师岗位培训教材经过编著者的辛勤劳动今已编纂就绪,正式出版,谨表示热烈的祝贺!

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》要求:“积极发展社区卫生服务,逐渐形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。”为广大群众提供预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导为一体的社区卫生服务,是时代赋予我们的责任。实践证明,做好社区卫生工作,要紧紧抓住区域卫生规划、医疗保障制度和社区卫生人才培养三个重要环节的建设。其中,对社区医生按照全科医学人才的培养目标,积极创造条件进行有计划的培养,使之适应社区卫生服务需求不断发展的态势,更是搞好社区卫生服务工作的基础。

城乡基层卫生工作者是医疗卫生战线上的一支生力军。多年来,他们为维护和增进人民健康,促进社会主义现代化建设,付出了辛勤劳动,发挥了重要作用。随着社会经济的发展,人们生活水平的提高和医学模式的转变,原有社区卫生服务模式及卫技人员的知识结构已难以适应形势的需要,进一步提高社区医生的专业素质、管理能力和综合性卫生服务的实践技能十分必要和迫切。我深感这套教材的出版,正是实实在在地为上述之必要做了很好的基础工作,将有助于促进城乡社区卫生服务工作的深入开展。

全科医师岗位培训教材一套八册,200余万字,内容较为全面而系统,充分考虑到全科医师的工作职能、服务范围等特点。既有必要的医疗、预防、保健、康复等方面的专业理论的扼要阐述,更注重于实践能力的提高。特别是在防病治病的有关分册中,编著者以多年的实践经验和体会,按照全科医学的思维方式,描述社区健康问题的处置,加强了对社区医生的具体指导,是这套教材的一大特色。此外,这套教材还比较详细地介绍了社区卫生保健组织管理、初级卫生保健、医学人文学科、卫生法规、社区护理等方面的知识,使社区医生能更好地履行自己的职能,这也有别于目前同类的其它教材。

这套教材的编著者们写作态度认真,文风严谨,务实求真,内容新颖,文字简练易读,不失为一套社区医生全科医学转型培训的理想教材,可用作社区管理人员、乡村医生培训的参考,也可作为一般家庭的医疗保健顾问。

鉴此,我乐作此序,权作推荐。当然世间事物总具两面性,这套教材虽有特色,但难免有不足之处。“文章千古事,得失寸心知。”我想在广大读者厚爱下,将会不断得到修正和完善,为城乡卫生事业的发展,为有效地保障城乡居民的健康,发挥应有的作用。

鲁松庭

2000年6月1日

编写说明

全科医学是以人为中心，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。近 40 年来全科医学在世界范围内取得了长远的发展。全科医疗服务与各种专科医疗协调发展、优势互补，逐渐成为国际公认的初级保健服务的理想模式。

自 80 年代全科医学引入我国，其在我国卫生事业改革与发展中的地位与作用得到了政府的明确肯定和大力倡导，也逐渐为广大民众所接受。1997 年中共中央、国务院在关于卫生改革与发展的决定中明确提出“加快发展全科医学、培养全科医生”，为全科医学教育指明了方向。卫生部《关于发展全科医学教育的意见》强调全科医学教育应以毕业后全科医师规范化培训为核心，而当前是以全科医师岗位培训为重点，同时颁布了二个相应的培训大纲。《全科医学导论》正是以上述培训大纲为目标进行编写的，因而适用于毕业后教育、岗位培训以及在校医学生的全科医学理论教学等不同层次、类型的理论教学需要。

为保证编写质量，我们集中了一批长期从事全科医学教学、研究及一线服务工作的副高职称以上教师参与编写工作。编写人员在总结全科医学教学与实践的基础上，综述了世界上著名全科医学教材与专著的理论，结合我国全科医疗服务工作发展的实际及作者本人的实践体会，力求比较系统和完整地阐述全科医学的基础理论，探讨适合中国卫生保健体制改革要求的医学教育模式，培养能适应社区卫生服务六位一体功能的全科医师，并强调教材的实用性和适用性。由于编写分工的原因，本书应与系列教材之二的《医学人文社会科学的理论与应用》一书共同组合成较为完整的全科医学基础理论，希望在教学予以统一安排。

由于全科医学的概念与内涵正处于不断发展之中，特别是涉及与我国社区卫生服务相结合的理论探索部分会因各地医疗体制改革的不断深化及社区卫生服务的迅速发展而难免在一些理论论述中出现以偏概全的现象。我们衷心希望广大热衷于全科医学教育、研究和服务的工作者提出宝贵意见，并让我们共同为构建具有中国特色的全科医学体系而努力。

编者

2000 年 10 月

目 录

第一章 全科医学绪论

第一节 全科医学发展简史	(1)
一、国外全科医学的发展	(1)
二、全科/家庭医学国际学术组织 WONCA 及其活动	(2)
三、全科医学在中国的发展	(3)
第二节 全科医学发展的历史背景	(3)
一、人口老龄化	(3)
二、疾病谱和死因谱的变化	(4)
三、医学的高度专科化与公众需求矛盾日益尖锐	(4)
四、现代家庭结构与功能的变化	(5)
五、卫生经济方面的压力	(5)
第三节 全科医学的医学观	(5)
一、生物医学模式	(5)
二、生物—心理—社会医学模式	(6)
三、健康观	(6)
四、全科医学的方法论	(7)
第四节 全科医疗在我国发展初级卫生保健中的地位和作用	(7)
一、初级卫生保健的定义与目标	(7)
二、全科医疗与初级卫生保健的关系	(8)
三、全科医疗对发展我国初级卫生保健的影响	(9)

第二章 全科医学基本概念与原则

第一节 全科医学	(10)
一、全科医学定义	(10)
二、全科医学的基本原则	(10)
第二节 全科医疗	(13)
一、全科医疗的意义	(13)
二、全科医疗的基本特征	(14)
第三节 全科医生	(16)

一、全科医生的定义	(16)
二、全科医生与通科医生及其它专科医生的区别	(17)
三、全科医生的知识结构	(17)
四、全科医生应具备的主要能力	(18)
第四节 全科医学专科	(19)
一、全科医学专科的服务对象与内容	(19)
二、全科医学专科的特色	(20)
三、全科医学专科在综合性医院中的作用	(20)

第三章 以病人为中心的生物—心理—社会医学模式

第一节 集生物—心理—社会为一体的整体临床医学模式	(22)
一、确认并处理现存问题	(22)
二、对问题进行连续性管理	(23)
三、适时提供预防性照顾	(23)
四、改进病人的求医行为	(23)
第二节 以病人为中心的临床策略及其基本要素	(24)
一、了解病人的背景资料	(24)
二、病人就医的主要原因	(24)
三、病人对医生的期望	(25)
四、病人的多层次需要	(26)
五、病人的疾病因果观和健康信念模式	(27)
六、患病体验及痛苦感受	(27)
七、疾患对病人的影响及疾患行为	(29)
八、病人的满意度	(29)
第三节 以病人为中心的服务模式	(30)
一、用心倾听、开放式引导	(31)
二、理解病人的症状和体验	(31)
三、对病人作详细的解释和教育	(31)
四、让病人自己充当决策者	(32)
五、充分利用各种资源为病人提供全面的支持和帮助	(32)

第四章 以家庭为单位的服务

第一节 家庭的定义和特征	(34)
一、家庭定义	(34)
二、家庭类型	(34)
三、有关婚姻家庭的相关法律条文	(35)
第二节 家庭结构与功能	(36)
一、家庭结构	(36)

	二、家庭的功能	(40)
第三节	家庭生活周期	(41)
	一、家庭生活周期	(41)
	二、根据家庭生活周期预测家庭问题及提供预防性家庭保健服务	(42)
第四节	家庭资源与家庭危机	(45)
	一、家庭资源	(45)
	二、家庭危机	(46)
第五节	家庭与健康	(48)
	一、家庭对健康和疾病的影响	(48)
	二、家庭对健康影响的可能机制	(49)
	三、与健康伤害相关的主要家庭事件	(50)
第六节	家庭评估	(51)
	一、家庭基本资料	(51)
	二、家族谱——家庭结构资料	(52)
	三、家庭圈	(52)
	四、家庭关怀度指数	(53)
	五、McMaster 家庭评估模型	(53)
	六、ECO—MAP 图——家庭外资源的评估	(54)
第七节	家庭照顾	(54)
	一、一般家庭照顾	(55)
	二、家庭咨询	(55)
	三、家庭治疗	(56)
	四、家访	(58)

第五章 社区卫生服务

第一节	社区卫生资源	(60)
	一、概述	(60)
	二、社区卫生资源的合理配置	(61)
	三、社区卫生资源的利用	(62)
第二节	社区诊断	(66)
	一、社区诊断的方法	(67)
	二、社区诊断的内容	(67)
	三、社区诊断的步骤	(68)
第三节	社区导向的初级卫生保健	(69)
	一、社区导向的初级卫生保健的内涵	(69)
	二、COPC 的基本实施步骤与问题	(70)

第六章 全科医疗中的预防服务

第一节	全科医师在预防服务的作用	(74)
-----	--------------------	------

第二节 临床预防的应用	(75)
一、病人教育	(75)
二、筛检与病例发现	(79)
三、周期性健康检查	(80)

第七章 全科医师的临床策略

第一节 社区常见健康问题的特征	(84)
一、以疾患为基础	(84)
二、疾患多处早期、未分化阶段	(84)
三、生物、心理、社会问题交错	(85)
四、慢性疾病以稳定期为主	(85)
第二节 充分发挥综合性和连续性服务的优势	(85)
一、充分发挥综合性服务的优势	(85)
二、充分发挥连续性服务的优势	(87)
第三节 采用适宜的技术	(88)
一、重视基本诊疗技术的应用	(88)
二、临床诊断中善于应用概率方法	(89)
三、COOP/WONCA 功能状态量表的应用	(90)
第四节 合理利用各种资源	(95)
一、家庭资源的利用	(95)
二、社区资源的利用	(96)
三、医疗资源的利用	(97)

第八章 全科医疗中的居民健康档案

第一节 居民健康档案的基本要求	(98)
一、资料的真实性	(98)
二、资料的科学性	(98)
三、资料的完整性	(98)
四、资料的连续性	(99)
五、资料的可用性	(99)
第二节 个人健康档案	(99)
一、个人健康问题记录	(99)
第三节 家庭健康档案	(106)
一、家庭基本资料	(106)
二、家系图	(107)
三、家庭主要健康问题目录及其描述	(108)
四、家庭生活周期健康维护记录	(110)
五、家庭功能评估记录	(110)

第四节	社区健康档案	(110)
一、社区基本资料	(110)	
二、社区卫生服务资源	(111)	
三、卫生服务状况	(113)	
四、居民健康状况	(114)	
第五节	居民健康档案管理	(121)
一、健康档案的常规管理	(121)	
二、健康档案的计算机管理	(123)	

第九章 社区卫生服务体系及管理

第一节	社区卫生服务机构的组建	(125)
一、社区卫生服务网络	(125)	
二、社区卫生服务机构设置的基本原则	(125)	
三、综合性医院全科医疗科	(126)	
四、社区卫生服务中心的组建	(127)	
五、社区卫生服务站的组建	(128)	
第二节	社区卫生服务的运作	(129)
一、社区卫生服务的运作方式	(129)	
二、社区卫生服务的运作程序	(132)	
三、社区卫生服务中应注意的问题	(132)	
第三节	社区卫生服务的管理	(133)
一、社区卫生服务管理的决策	(134)	
二、社区卫生服务目标管理	(135)	
三、社区卫生服务的人事管理	(137)	
四、社区卫生服务的质量管理	(139)	
五、社区卫生服务管理的其它方面	(141)	

第十章 全科医学教育与科研

第一节	全科医学教育	(143)
一、高等医学院校的全科医学知识教育	(143)	
二、毕业后全科医学教育	(144)	
三、全科医师岗位培训	(145)	
四、全科医师继续医学教育与管理人员的全科医学相关知识培训	(146)	
第二节	全科医学的科研	(147)
一、全科医学科研的学科基础	(147)	
二、全科医学临床科研与评价	(149)	
三、全科医学科研的设计和实施	(151)	

第一章 全科医学绪论

全科医学是以人为中心,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,之所以称新型学科是因为其正式成立于 20 世纪 60 年代的美国,至今仅 40 余年历史。与其他新学科不同的是全科医学根源于 18 世纪欧美的通科医学,是后者在新的科学与技术及认识论基础上的升华,现已得到世界各国的重视与认可。全科医学 80 年代后引入中国,对我国的基层社区卫生服务的发展起到了极大的推动作用。要了解这一学科,需追溯其历史渊源。

第一节 全科医学发展简史

回顾一下全科医学产生发展的历史,可以使我们更深刻地理解全科医学的基本思想及其现实意义,有助于我们展望全科医学的发展与未来。

一、国外全科医学的发展

在欧洲,直至 18 世纪初才出现以行医为终生职业的医生,此前为公众提供疾病治疗服务的被称为治疗者(healers 或 Therapists),是以此作为副业的牧师、商人或手艺人,其医技主要来源于学徒式的从师和行医经验。18 世纪初也仅少数人是经大学正规训练的医生,为少数“贵族”服务,主要从事类似内科的工作,而外科仍被认为是手艺活。18 世纪中期,以个体开业方式面向公众的医疗服务受到民众欢迎得以迅速发展。19 世纪初,英国的《Lancet》杂志第一次把那些接受过医学训练的行医者称为通科医生(General Practitioners),以区别其他治疗者。直至 19 世纪末,通科医生占据了西方医学的主导地位。

20 世纪初,医学学科及其它科学的迅速发展伴随着医疗技术的分化促进了临床实践的分化与专门化。19 世纪末成立的 Johns Hopkins 医学院对医学教育进行了改革,实施正规的集理论教学、研究与临床实践为一体的 4 年制医学教育。1910 年美国教育家 Abraham Flexner 对 100 所医学院进行调查,发表了医学教育史上著名的 Flexner 报告,热情赞扬了 Johns Hopkins 医学院的成功经验,极力主张生物医学的研究和教学,提倡把研究、病房教学和会诊制度作为医学教育的基本保证,从而为培养专科化合格的医生奠定了基础。

20 世纪的早、中期,可以说是医学专科化发展的鼎盛时间。在美国,自 1917 年眼科学会作为第一个专科医学会成立后,其它专科医学及相应的住院医师训练项目及相当规模的综合性医院如雨后春笋,迅速遍布各大城市,医院内提供的专科化服务成为公众关心的热点,通科医生倍受冷落。成为一名高级专科医生已成为每一名立志从医的年轻人的最佳理想,通科医生的比例逐年减少,其与专科医生的比例 1930 年为 4:1,1940 年为 3:1,而 1949 为 2:1,1970 年已降至 1:4。在通科医生队伍明显萎缩的同时,社会对通科医生的需求却不断增长,专科化服务的内在缺陷越来越引起人们的关注。如专科化使医疗的可及性、连续性和综合性及人性

化受到了极大的挑战,而长寿、慢性病、高技术的医疗服务使医疗费用迅猛增长,民众与政府不堪重负。正处于衰落阶段的通科医疗似乎又找回了赖以生存的需求条件,1947年美国通科医学学会(AAGP)正式成立。通过大量的调查和研究,通科医生逐渐认清了自己的历史使命。

1966年 Millis 和 William 的报告强调了家庭医师的必要性,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,正式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和颁发。1971年,美国通科医学学会(AAGP)正式改名为美国家庭医师学会(American Academy of Family Physician, AAFP)。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,才能由美国家庭医疗专科委员会授予专科医师证书,而且这种证书的有效期只有6年。6年之后,要再次获得专科证书必须符合以下4个要求:①在6年期间,至少获得300个学时被认可的继续医学教育学分。②持有一种有效的在美国或加拿大开业的执照。③每6年进行一次综合性笔试。④进行一次病史记录检查,必须达到满意的程度。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。

70年代早期,家庭医疗已成为解决医疗保健分裂、医疗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,家庭医疗也从此得以迅速发展。80年代,全美的138所医学院85%以上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。

二、全科/家庭医学国际学术组织 WONCA 及其活动

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)正式命名于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,故一般认为 WONCA 正式成立于1972年。在此前,WONCA 的成员(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,为成立世界全科医学组织 WONCA 奠定了基础。

WONCA 是非官方的、国际性的全科医学学术团体,是 WHO 的学术咨询组织,在学术上尤其在初级卫生保健方面,WONCA 和 WHO 有着密切的合作。WONCA 的主要活动是主办全科医学的国际会议,每3年1次,也负责出版、发行国际性的杂志和刊物。

WONCA 自1972年成立以来,以其出色的活动促进了全科医学在世界范围的发展。同时,随着各国全科医疗的发展及对 WONCA 的支持,WONCA 自身也得到发展壮大。1972年 WONCA 拥有18个成员。目前,WONCA 拥有会员(各国全科/家庭医学会)50个左右,直接会员(个人)千余人,合作组织5个。

WONCA 的事务是由理事会负责的。理事会由来自各会员国的代表组成,历届世界大会都由理事会负责组织、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。

三、全科医学在中国的发展

改革开放以来,国内文献曾从不同侧面涉及到国外的全科医疗(当时多译为通科医疗),然而全科医疗正式引入中国是在 80 年代末。1986~1988 年,WONCA 的前任主席 Dr. Rajakumar 和 Peter Lee(李仲贤)几次来华访问,建议中国开展全科医疗。1988 年,卫生部科教司(当时的教育司)、首都医科大学(原首都医学院)等机构的领导接受了他们的建议,支持首都医科大学于 1989 年成立了国内第一个全科医学的培训机构——全科医师培训中心,北京市成立了北京全科医学会。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国际全科医学学术会议。这次会议促进了全科医学概念在国内医学界的传播,初步开发了领导层的重视,对全科医学的引入起到了推进作用。

从 90 年代初开始,全国许多省市开始推行全科医疗的试点和研究工作。首都医科大学举办第一届全科医师培训班。全国首届全科医学教育与服务现场研究会在浙江金华召开。此后,首批本科、大专、中专等层次的全科医生分别由首都医科大学、原浙江医科大学、金华卫校开始培养。至 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全国。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《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》作出了“加快发展全科医学,培养全科医生”的重要决策。此后,各省在开展社区卫生服务的过程中进一步认识到了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,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,在总结各试点省、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》,规范了教育与培训的内容与要求,使全科医师的培养与全科医疗的发展走上了良性发展道路。

第二节 全科医学发展的历史背景

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。全科医学通常被认为是通科医疗的升华并顺应了为个人及其家庭提供整体性服务的现代卫生需求而发展起来的,是人类现代化生活需求的必然产物。其发展的历史背景主要与下列因素有关。

一、人口老龄化

随着人们生活水平的不断提高,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 60 岁以上老年人口系数在 7% 以上、少年人口比例在 30% 以下、人口年龄中位数在 30 岁以上属老年型社会的标准,许多中等以上发展水平的国家和我国主要工业地区,相继进入老年型社会。老年化问题已成为当今人类面临的重大社会问题,引起各国政府的关注。老人问题主要表现为老年人特殊的自身需要问题,如老年人保健、营养、医疗、赡养、社会服务

及社会福利保障等;其二是人口老龄化和社会发展的问題,如人口结构的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状况所带来的社会、经济问題。

老年人是医疗保健服务的重点对象,人口的老龄化构成了卫生服务需求和医疗费用的迅猛增长,主要表现为:①老年人的就诊率、住院率高,住院时间长、费用大,需要特殊的护理与照顾。②老年人生活和情感对家庭的依赖性强,家庭保健是老年人最重要的医疗保健支持,对以家庭为单位的保健服务提出了新的要求。③老年人是慢性病人的主要受害者,占疾病谱和死亡谱前列的疾病均好发于老年人。可以说老年人这一特殊的重点人群增长导致对卫生服务特殊需求的增长是全科医学产生与发展的重要因素之一。

二、疾病谱和死因谱的变化

随着抗生素与疫苗的成功运用,影响人类健康的各种传染病得到了有效的控制,取而代之的是慢性疾病及意外伤害等问題。

各种慢性病如心脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病已占据疾病谱和死因谱的主流地位。慢性病有明显不同于急性传染病的特征,急性传染病患者一般或在短期内死亡,或完全康复,而慢性病却往往是终身性的,没有特异性的根治方法,也很少会在短期内死亡,一般需要经历长期的演变过程。因此,连续性的医疗保健对慢性病具有重要意义。慢性病与多因素有关,发病机制十分复杂,常涉及躯体的器官、系统,涉及生活习惯、行为方式(吸烟、酗酒、不良的饮食习惯、紧张的行为方式)等。心理、社会等因素在患病过程中起着重要作用,因而要求初级保健医生提供综合性的医疗保健服务。虽然慢性病缺乏根治手段,但却完全可以预防,而且多以个人预防为主,个人的自我保健能力和健康信念是疾病预防的关键。因此,对病人教育及其他预防保健服务成为医生的重要任务,而短期的住院治疗已无法解决病人的问题,单纯的生物学方法的治疗常常难以取得理想的效果,心理、社会、预防、保健、康复、家庭治疗等方面的连续性综合服务成为必然。

三、医学的高度专科化与公众需求矛盾日益尖锐

现代医学的高技术服务在满足公众技术性需要的同时也变得越来越机械化和失人情化,且医疗费用迅猛上涨,由此引起公众的强烈不满。

医院的专科化服务已逐渐显示出其内在的局限性和片面性。首先是服务范围的限制,医院仅能使所在地区的15%人口受益,另外85%人口无法及时得到适当的医疗保健服务。专科化服务以治疗疾病为主,忽视了预防、保健和康复,只关心躯体疾病、生物学病因,忽视了心理或行为、社会因素的作用。医院服务很少涉及社区和家庭的保健,专科化使基层医疗明显萎缩,致使卫生资源的分布极不合理。其次,专科化服务只为患病的个人提供片断的医疗服务,对于需要长期照顾的病人来说,医院很少能提供满意的连续性服务,而且分科过细,过分孤立地看待各器官、系统的疾病,破坏了人体及其保健的整体性,大大降低了医疗服务的效果和效益。其三,医院大多仅接受那些需要高技术的专科化服务的病人进行住院治疗,使住院越来越困难,急需治疗的居民常无法及时进入医疗保健系统,明显降低了医疗保健服务的可及性。住院治疗也给病人及其家庭带来了不便和压力,尤其是需要长期照顾的老年病人及其家庭。由于以上种种原因,许多居民重新转向选择方便、及时和经济的社区通科医疗。

四、现代家庭结构与功能的变化

随着都市化和工业化的发展,家庭结构日趋简单,核心家庭明显增多,成为都市家庭的主要形式,而扩大的家庭明显减少,传统的家庭观念受到猛烈的冲击,家庭的一些功能逐渐转向社会,对全社会的卫生服务和福利事业提出了许多特殊的要求。

现代家庭已丧失传统大家庭所具有的某些重要功能,家庭因资源缺乏而削弱了应付紧张事件的能力,家庭为其成员提供身体和精神方面照顾的能力也明显减弱,与家庭有关的健康问题日益增多,如抑郁、心身疾病、药物依赖、酗酒、家庭暴力等。家庭成员对医护人员的依赖性也明显增强。家庭与健康、疾病的关系已引起医学界的高度重视,家庭及其成员越来越需要初级保健医生的指导和帮助。医生走进家庭、家庭拥有自己的医生已成必然趋势。初级保健医生必须掌握处理与家庭有关的问题以及提供家庭保健的技能,只有这样才能为个人及其家庭提供完整、有效的医疗保健服务。这一领域的广泛研究是全科医学成为一门独特学科的重要基础,

五、卫生经济方面的压力

近几十年来,各国都面临医疗费用飞涨的问题。高技术医学的发展使医疗投入急剧增长,然而对改善人类总体健康状况却收效甚微——成本与效益差距甚远。实际上,85%以上的医疗资源消耗在约15%的重病人身上,只剩下15%的资源用于大多数人的初级保健服务,这种资源的不合理消耗不仅使政府不堪重负,也使公众十分不满,他们迫切地要求改变现行医疗服务模式。

第三节 全科医学的医学观

医学观属于世界观的范畴。所谓世界观就是人们对事物的总的根本看法。全科医学的医学观就是全科医学工作者对健康与疾病、医学、病人等问题的总体看法。其集中体现在医务工作者所采纳的医学模式、健康观及方法论等。

一、生物医学模式

医学模式受到不同历史时期的科学、技术、哲学和生产方式等方面的影响,在历史上曾经有过多种不同内容的医学模式,例如古代的神灵主义医学模式、自然哲学医学模式;近代的机械论医学模式;现代的生物医学模式(biomedical model),及生物—心理—社会医学模式(bio-psycho-social medical model)。

通过本章一开始对医学史的回顾可以看出,对现代医学发展影响最大的模式是生物医学模式。它与医学专科化的进程同步发展,通过现代医学的飞速进展不断证明着自己的实力。迄今为止,生物医学模式一直是医学科学界占统治地位的思维方式,也是大多数专科医生观察处理自己领域问题的基本方法。

生物医学模式用生物学的方法研究和解释医学,把人作为生物机体进行解剖分析,致力于寻找每一种疾病特定的生理病理变化,并发展相应的生物学治疗方法。其特点是使用还原方

法(reductive method)追求特异性,即在疾病研究的各个领域寻求特定的(最好是单一的)解释和处理方式,因此可以称之为单因单果直线式思维。这是一种纯生物学的解释模型,这种模式把疾病看成是外来的或独立的实体,认为医学的目的是要消灭或去除疾病。它与现代科学技术相结合,以形形色色的特异性诊断、治疗、预防工具对人类的健康做出了巨大的贡献。在它的影响下,人们甚至把 21 世纪的医学称为分子医学,希望能在基因及分子水平解决各种疑难病症,从而解除癌症等痼疾对人类的威胁。

这种思路存在的根本缺陷在于:它无法解释某些疾病的心理社会病因,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式,更无法解决慢性病人的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱的转变和病因病程的多样化,生物医学模式的片面性和局限性日益明显。越来越多的人认识到企图用直线式的简单还原方法去解决全方位的复杂人类健康问题,变得越来越难以奏效。

二、生物—心理—社会医学模式

生物—心理—社会医学模式首先由美国医生 Engle 于 70 年代提出的。他主张,为了解疾病的决定因素以及达到合理的治疗和卫生保健,医学模式必须考虑到病人及其生活环境并通过医生的作用和卫生保健制度来对付疾病的破坏作用,因此合理的模式应涉及人本身(包括医患双方)及其自然与社会环境。

实际上,这一模式在此之前已有多年的酝酿:心理学和心身医学一个世纪以来取得了令人瞩目的研究成果,越来越多的慢性病被纳入“心身疾病”的范畴;行为科学对冠心病患者的研究令人信服地表明了 A 型行为与该病的密切关系;流行病学研究证明了多种不良生活习惯的致病作用,并提出了“压力”和“应付”等概念以及社会支持在种种疾患发病、控制和转归中的重要性;生物控制论和一般系统论的发展则为新的模式提供了方法论的依据等。世界卫生组织 1947 年成立时就在宪章中明确提出健康是“身体、精神和社会适应方面的完好状态”这一三维定义。加之生物医学模式的缺陷自本世纪中期以来逐渐显露,到了 70 年代,这种系统论的模式一经提出,便很快就得到了医学界的重视与接受。

生物—心理—社会医学模式是一种多因多果、立体网络式的系统论思维方式。它认为人的生命是一个开放系统,通过与周围环境的相互作用以及系统内部的调控能力决定健康状况。因此,生物医学仍是这一模式的基本内容之一,但其还原论方法却被整合到系统论的框架中,与整体方法(holistic method)协调使用。无论是医学的研究领域、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式,都将根据新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需要。全科医学就是这一模式在卫生服务中向操作化层面发展的重大成果。

三、健康观

传统的健康等于没有疾病(disease)。这种定义属于生物医学模式,它使医生易于操作,因此被广泛接受。其主要缺陷在于过于狭窄:不包括许多病理基础不明的病患(illness)或功能性问题;同时过于武断和静止:没有疾病时也可能处于疾病前期,特别是许多慢性病,完全遵照这一定义将有可能失去疾病的有效控制机会。

世界卫生组织对健康重新定义为:“健康不仅仅是没有疾病或虚弱,而且包括在躯体、精神和社会适应方面的完好状态。”1977 年,Engle 提出了生物—心理—社会医学模式,认为健康至

少应该包括以下三个方面的内容:

1. 躯体方面的健康 即保持躯体整体功能的良好状态,没有不能被治愈或被控制的疾病,没有不能康复的躯体残疾,没有持续的不适或虚弱,生理需要能得到基本满足。

2. 精神方面的健康 内心没有严重的矛盾冲突而影响个人的情绪和行为,个性能得到自然发展,并且能适应社会生活的要求,能自如地应付各种紧张状态,能适应各种变化,并对变化做出适当的反应,没有不良的行为方式和习惯,没有明显的精神活动异常。

3. 社会方面的健康 能适应社会道德、文化准则和行为规范的要求,能在社会生活中保持积极向上的精神,没有明显影响身体健康的社会关系冲突,能有效地利用各种社会资源,并能在社会生活中满足个性发展和自我实现的需要。

四、全科医学的方法论

我国有学者在研究一般系统论、医学整体观及医学模式的基础上提出了系统整体论(The Systematic Holism)的方法论命题。这是一种建立在一般系统论基础之上的整体观和整体性的方法论,它吸取了传统整体论从整体上看问题的长处和还原论深入分析的优点,注意克服它们各自的片面之处,试图将两者有机地结合起来,从而实现部分与整体、分析与综合的辩证统一。

还原论的方法是“还其本来面目(Cutting them down to size)”,把事物从周围环境中分离出来,尽可能地将它们归纳为简单的、线性的因果关系。系统整体论却相反,常常把事物放回到原来的环境中去研究,并沿着系统的等级层次不断放大问题,直到与问题有关的所有重要关系都包括在内。系统整体论认为:疾病不是单一因果关系链的结果,而是许多因素共同作用的复合物,是人与环境相互作用的产物,它涉及环境(物理、化学、生物、家庭、社会等)、精神(潜意识和意识)和躯体(系统、器官、组织、细胞、分子)等多个方面;疾病不能与患病的人相脱离,患病的人不能与所在的环境相脱离,否则就无法理解疾病和病人;每一种疾患都是不同的,就像每一个病人都不同一样;要在共性中把握规律,在个性中把握特征;躯体和精神是有机联系着的、整体的两个方面,它们相互影响、相互制约,不可分割;医疗服务是医患互动的一种过程,医患关系影响着这一过程的结果和质量,医生和病人都是这一过程的主动参与者。

第四节 全科医疗在我国发展初级卫生保健中的地位和作用

全科医疗从本质上看也是一种初级卫生保健服务,它着眼于从学术理论和实施程序上研究问题,而初级卫生保健则更着重于从组织形式与实施策略的研究,两者的共同目标就是要尽最大可能去满足全体居民对维护与促进健康的最基本需要。

一、初级卫生保健的定义与目标

初级卫生保健(Primary Health Care, PHC)是最基本的、人人都能享受到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的基本卫生保健服务。这种服务要求由国家、社区、个人及其家庭共同积极参与,所采用的方法和技术切实可行、方便可靠。在地理上,它离群众最近、最方便、最容易得到。在内容上,它是综合性的、连续性的,包括所有年龄、性别和所有类