



卫生部“十二五”规划教材 全国高等中医药院校教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

供中西医临床医学专业用

预防医学

主编 王泓午



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卫生部“十二五”规划教材 全国高等中医药院校教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

供中西医临床医学专业用

预防医学

主 编 王泓午

副主编 高晓虹 魏高文

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 燕(湖北中医药大学)	张跃林(陕西中医学院)
王成岗(山东中医药大学)	栗彦芳(河南中医学院)
王泓午(天津中医药大学)	徐 刚(江西中医学院)
王晓波(辽宁中医药大学)	高晓虹(大连医科大学)
朱继民(安徽中医学院)	黄品贤(上海中医药大学)
步怀恩(天津中医药大学)	董 菊(南京中医药大学)
张青碧(泸州医学院)	魏高文(湖南中医药大学)

秘 书 步怀恩(兼)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

预防医学/王泓午主编. —北京: 人民卫生出版社, 2012. 6

ISBN 978-7-117-15766-7

I. ①预… II. ①王… III. ①预防医学 IV. ①R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 070282 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

预 防 医 学

主 编: 王泓午

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市后沙峪印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 17

字 数: 400 千字

版 次: 2012 年 6 月第 1 版 2012 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15766-7/R · 15767

定价(含光盘): 31.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

出版说明

在国家大力推进医药卫生体制改革,发展中医药事业和高等中医药教育教学改革的新形势下,为了更好地贯彻落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)》和《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》,培养传承中医药文明、创新中医药事业的复合型、创新型高等中医药专业人才,根据《教育部关于“十二五”普通高等教育本科教材建设的若干意见》,全国高等医药教材建设研究会、人民卫生出版社在教育部、卫生部、国家中医药管理局的领导下,全面组织和规划了全国高等中医药院校卫生部“十二五”规划教材的编写和修订工作。

为做好本轮教材的出版工作,在教育部高等学校中医学教学指导委员会和原全国高等中医药教材建设顾问委员会的大力支持下,全国高等医药教材建设研究会、人民卫生出版社成立了第二届全国高等中医药教育教材建设指导委员会和各专业教材评审委员会,以指导和组织教材的编写和评审工作,确保教材编写质量;在充分调研的基础上,先后召开数十次会议对目前我国高等中医药教育专业设置、课程设置、教材建设等进行了全方位的研讨和论证,并广泛听取了一线教师对教材的使用及编写意见,汲取以往教材建设的成功经验,分析历版教材存在的问题,并引以为鉴,力求在新版教材中有所创新,有所突破,藉以促进中医药教育教学发展。

根据高等中医药教育教学改革和高等中医药人才培养目标,在上述工作的基础上,全国高等医药教材建设研究会和人民卫生出版社规划、确定了全国高等中医药院校中医学(含骨伤方向)、中药学、针灸推拿学、中西医临床医学、护理学、康复治疗学7个专业(方向)133种卫生部“十二五”规划教材。教材主编、副主编和编者的遴选按照公开、公平、公正的原则,在全国74所高等院校2600余位专家和学者申报的基础上,近2000位申报者经全国高等中医药教育教材建设指导委员会、各专业教材评审委员会审定和全国高等医药教材建设研究会批准,被聘任为主审、主编、副主编、编委。

全国高等中医药院校卫生部“十二五”规划教材旨在构建具有中国特色的教材建设模式、运行机制,打造具有中国特色的中医药高等教育人才培养体系和质量保障体系;传承、创新、弘扬中医药特色优势,推进中医药事业发展;汲取中医药教育发展成果,体现中医药新进展、新方法、新趋势,适应新时期中医药教育的需要;立足于成为我国高等中医药教育的“核心教材、骨干教材、本底教材”和具有国际影响力的中医药学教材。

全套教材具有以下特色:

1. 坚持中医药教育发展方向,体现中医药教育教学基本规律

注重教学研究和课程体系研究,以适应我国高等中医药学教育的快速发展,满足21世纪对高素质中医药专业人才的基本要求作为教材建设的指导思想;顶层设计和具体方案的实施严格遵循我国国情和高等教育的教学规律、人才成长规律和中医药知识的传承规律,突出中医药特色,正确处理好中西医之间的关系。

2. 强化精品意识,体现中医药学学科发展与教改成果

全程全员坚持质量控制体系,把打造精品教材作为崇高的历史使命和历史责任,以科学严谨的治学精神,严把各个环节质量关,力保教材的精品属性;对课程体系进行科学设计,整体优化,基础学科与专业学科紧密衔接,主干学科与其他学科合理配置,应用研究与开发研究相互渗透,体现新时期中医药教育改革成果,满足 21 世纪复合型人才培养的需要。

3. 坚持“三基五性三特定”的原则,使知识点、创新点、执业点有机结合

将复合型、创新型高等中医药人才必需的基本知识、基本理论、基本技能作为教材建设的主体框架,将体现高等中医药教育教学所需的思想性、科学性、先进性、启发性、适用性作为教材建设的灵魂,将满足实现人才培养的特定学制、特定专业方向、特定对象作为教材建设的根本出发点和归宿,使“三基五性三特定”有机融合,相互渗透,贯穿教材编写始终。以基本知识点作为主体内容,适度增加新进展、新技术、新方法,并与卫生部门和劳动部门的资格认证或职业技能鉴定标准紧密衔接,避免理论与实践脱节、教学与临床脱节。

4. 突出实用性,注重实践技能的培养

增设实训内容及相关栏目,注重基本技能和临床实践能力的培养,适当增加实践教学学时数,并编写配套的实践技能(实训)教材,增强学生综合运用所学知识的能力和动手能力,体现医学生早临床、多临床、反复临床的特点。

5. 创新教材编写形式和出版形式

(1) 为了解决调研过程中教材编写形式存在的问题,除保障教材主体内容外,本套教材另设有“学习目的”和“学习要点”、“知识链接”、“知识拓展”、“病案分析(案例分析)”、“学习小结”、“复习思考题(计算题)”等模块,以增强学生学习的目的性和主动性及教材的可读性,强化知识的应用和实践技能的培养,提高学生分析问题、解决问题的能力。

(2) 本套教材注重数字多媒体技术,相关教材增加配套的课件光盘、病案(案例)讲授录像、手法演示等;陆续开放相关课程的网络资源等,以最为直观、形象的教学手段体现教材主体内容,提高学生学习效果。

本套教材的编写,教育部、卫生部、国家中医药管理局有关领导和教育部高等学校中医学教学指导委员会、中药学教学指导委员会相关专家给予了大力支持和指导,得到了全国近百所院校和部分医院、科研机构领导、专家和教师的积极支持和参与,谨此,向有关单位和个人表示衷心的感谢!希望本套教材能够对全国高等中医药人才的培养和教育教学改革产生积极的推动作用,同时希望各高等院校在教学使用中以及在探索课程体系、课程标准和教材建设与改革的进程中,及时提出宝贵意见或建议,以便不断修订和完善,更好地满足中医药事业发展和中医药教育教学的需要。

全国高等医药教材建设研究会
第二届全国高等中医药教育教材建设指导委员会
人民卫生出版社

2012年5月

第二届全国高等中医药教育教材建设指导委员会名单

顾 问 王永炎 陈可冀 程莘农 石学敏 沈自尹 陈凯先
石鹏建 王启明 何 维 金生国 李大宁 洪 净
周 杰 邓铁涛 朱良春 陆广莘 张 琪 张灿理
张学文 周仲瑛 路志正 颜德馨 颜正华 严世芸
李今庸 李任先 施 杞 晁恩祥 张炳厚 栗德林
高学敏 鲁兆麟 王 琦 孙树椿 王和鸣 韩丽沙

主任委员 张伯礼

副主任委员 高思华 吴勉华 谢建群 徐志伟 范昕建 匡海学
欧阳兵

常务委员 (以姓氏笔画为序)

王 华 王 键 王之虹 孙秋华 李玛琳 李金田
杨关林 陈立典 范永昇 周 然 周永学 周桂桐
郑玉玲 唐 农 梁光义 傅克刚 廖端芳 翟双庆

委 员 (以姓氏笔画为序)

王彦晖 车念聪 牛 阳 文绍敦 孔令义 田宜春
吕志平 杜惠兰 李永民 杨世忠 杨光华 杨思进
吴范武 陈利国 陈锦秀 赵 越 赵清树 耿 直
徐桂华 殷 军 黄桂成 曹文富 董尚朴

秘 书 长 周桂桐(兼) 翟双庆(兼)

秘 书 刘跃光 胡鸿毅 梁沛华 刘旭光 谢 宁 滕佳林

全国高等中医药院校中西医临床医学专业教材 评审委员会名单

顾 问 陈可冀 沈自尹 颜德馨

主任委员 范昕建

副主任委员 杨关林 郑玉玲 傅克刚 何清湖

委 员 (以姓氏笔画为序)

王中男 卢传坚 申国明 杜惠兰 杨光华 杨思进
范英昌

秘 书 刘旭光

前 言

随着社会的进步、经济的发展,由于环境问题、食品问题等引发的疾病开始困扰我们,这是这个时代的主要公共卫生问题,单纯依靠临床医学是无法解决的,单纯依靠预防医学也是无法解决的。临床医学与预防医学相结合将是医学发展的必由之路,也是弥合医学各分支之间裂痕的最佳途径。培养中西医临床医学专业的学生树立预防为主的理念、重视预防的观点,是本教材的宗旨和愿望。

本教材供中西医临床医学专业使用,根据“培养具有职业道德、创新精神和实践能力的医学专门人才,在知识、能力和素质方面初步达到临床医师的基本要求,为进入毕业后实践与专科教育奠定基础”的人才培养目标,在编写思路突出基本知识、基础理论和基本技能的培养。

本教材除绪论外共十二章,各章内容与分工如下。绪论(王泓午);第一章环境与健康(张青碧、董菊、王燕);第二章社会心理行为因素与健康(徐刚);第三章饮食与健康(张跃林、栗彦芳);第四章常用医学统计方法(步怀恩、王晓波);第五章流行病学原理与方法(朱继民、王成岗);第六章传染病预防与控制(高晓虹);第七章慢性非传染性疾病预防与控制(朱继民);第八章伤害预防与控制(高晓虹);第九章突发公共卫生事件预防与控制(王晓波);第十章社区卫生服务(魏高文、黄品贤);第十一章社区预防服务与临床预防服务(魏高文、黄品贤);第十二章健康教育与健康促进(王晓波)。

教材在编写过程中得到了出版社、各编者及编者所在院校的大力支持;同时,全体编委认真负责的态度和严谨的作风为本书的质量提供了保障。在此,向所有给予本书编写帮助和支持的领导和老师及所有的编委表示诚挚的感谢!同时,特别感谢天津中医药大学赵晓梅教授和天津医科大学王建华教授对教材的审阅和提出的宝贵建议。感谢天津中医药大学周萱、徐芳、郑贞、杨晓丽等人对后期的文字校对工作。

由于预防医学是一个综合学科,无论是对预防医学的理解还是内容的取舍、编排,都可能存在着不足、不当之处。我们诚恳地期待预防医学界的前辈、专家、老师、同道以及使用本书的同学们提出宝贵的意见和建议。

编 者

2012年5月

目 录

绪论	1
第一节 概述	1
一、预防医学概念	1
二、预防医学内容	1
三、预防医学特点	1
四、预防医学发展史	2
第二节 医学模式与健康观	3
一、医学模式	3
二、健康观	3
第三节 卫生战略目标和三级预防策略	4
一、全球及我国的卫生策略	4
二、疾病的三级预防策略	5
第四节 疾病自然史	7
一、概念	7
二、类型	7
第五节 学习预防医学的意义	8
第一章 环境与健康	9
第一节 概述	9
一、人类与环境的关系	9
二、环境污染及对健康的危害	10
第二节 空气与健康	13
一、大气污染与健康	13
二、居室空气污染与健康	16
第三节 水环境与健康	18
一、水体污染与水中主要污染物	18
二、水污染引起的健康危害	19
三、生活饮用水卫生要求	20
四、生活饮用水的常规净化	22
第四节 地质环境、土壤与健康	24
一、生物地球化学性疾病	24
二、碘缺乏病	25

三、地方性氟中毒·····	26
四、土壤污染对健康的危害·····	27
第五节 生产环境与健康·····	28
一、职业性有害因素·····	28
二、职业性损害·····	30
三、职业病·····	31
第二章 社会心理行为因素与健康·····	35
第一节 社会因素与健康·····	35
一、经济因素与健康·····	35
二、文化因素与健康·····	36
三、家庭与健康·····	36
四、医疗保障制度与健康·····	38
第二节 心理因素与健康·····	39
一、情绪与健康·····	39
二、性格与健康·····	39
三、生活事件与健康·····	40
第三节 行为因素与健康·····	41
一、健康行为·····	41
二、有害健康行为·····	41
第三章 饮食与健康·····	44
第一节 合理营养·····	44
一、基本概念·····	44
二、营养素与能量·····	45
第二节 平衡膳食·····	54
一、各类食物的营养价值·····	54
二、中国居民膳食指南·····	56
第三节 医院膳食·····	58
一、常规膳食·····	58
二、治疗膳食·····	59
三、诊断膳食·····	60
第四节 人群营养状况监测与评价·····	60
一、膳食调查·····	60
二、体格及实验室检查·····	61
三、营养调查结果的分析评价·····	62
第五节 食品安全·····	62
一、概述·····	62
二、食品安全的危害因素·····	63

三、食品常见污染物及其危害	63
第六节 食物中毒	66
一、发病特点	66
二、分类	66
三、食物中毒的处理	67
第四章 常用医学统计方法	69
第一节 医学统计学的基本概念	69
一、变量	69
二、同质与变异	70
三、总体与样本	70
四、参数与统计量	70
五、误差	71
六、频率与概率	71
第二节 医学统计学工作的基本步骤	71
一、设计	71
二、收集资料	71
三、整理资料	72
四、统计分析和表达	72
第三节 计量资料的统计分析	72
一、计量资料的频数分布	72
二、计量资料的统计描述	75
三、计量资料的统计推断	83
第四节 计数资料的统计分析	92
一、计数资料的统计描述	92
二、计数资料的统计推断	94
第五节 非参数检验	99
一、配对设计的符号秩和检验	99
二、两样本比较的秩和检验	100
三、多样本比较的秩和检验	102
第六节 直线相关与直线回归	105
一、直线相关	105
二、直线回归分析	107
三、直线相关与直线回归的区别与联系	109
第七节 统计表与统计图	110
一、统计表	110
二、统计图	111
第八节 常见统计学方法误用	113
一、统计描述中的常见错误	113

二、统计推断中常见的错误	114
第五章 流行病学原理与方法	116
第一节 概述	116
一、流行病学定义	116
二、流行病学研究方法	116
三、流行病学用途	117
第二节 疾病的分布	118
一、疾病频率常用测量指标	118
二、疾病流行强度	120
三、疾病分布形式	120
第三节 现况调查	122
一、概述	122
二、设计与实施	123
三、资料整理与分析	125
四、常见偏倚及其控制	125
五、优缺点	127
第四节 队列研究	127
一、概述	127
二、设计与实施	129
三、资料的整理与分析	130
四、常见偏倚及其控制	132
五、优缺点	133
第五节 病例对照研究	133
一、概述	133
二、设计与实施	135
三、资料的整理与分析	136
四、常见偏倚及其控制	137
五、优缺点	138
第六节 实验性研究	139
一、概述	139
二、设计与实施	141
三、资料的整理与分析	143
四、常见偏倚及其控制	143
五、优缺点及应注意的问题	144
第七节 筛检试验和诊断试验	144
一、概述	144
二、设计与实施	146
三、分析评价	147

四、应用	148
五、偏倚及其控制	149
第六章 传染病预防与控制	152
第一节 概述	152
一、概念	152
二、种类	152
第二节 流行过程及其影响因素	153
一、流行过程	153
二、影响传染病流行过程的因素	157
第三节 传染病的预防与控制	158
一、传染病的预防控制策略	158
二、传染病的预防控制措施	158
第四节 计划免疫	160
一、概述	160
二、计划免疫评价指标	162
第五节 传染病的中医药预防与控制	162
一、传染病的中医药防治措施	162
二、中医药在传染病防治中的作用	162
第七章 慢性非传染性疾病预防与控制	164
第一节 概述	164
一、概念和特点	164
二、流行特征	164
三、慢性病的主要危害	165
第二节 慢性非传染性疾病的主要危险因素	165
一、吸烟	166
二、酗酒	166
三、超重与肥胖	166
四、静坐生活方式	167
五、其他因素	167
第三节 慢性非传染性疾病的预防与控制策略及措施	167
一、慢性非传染性疾病的预防控制策略	168
二、慢性非传染性疾病的预防控制措施	168
第四节 慢性非传染性疾病的自我管理	169
一、患者自我管理	169
二、社区对慢性病患者自我管理的支持	170
三、医师对慢性病患者自我管理的支持	170
四、支持医师对慢性病患者自我管理支持的系统改变	170

第八章 伤害预防与控制	172
第一节 概述	172
一、伤害的定义	172
二、伤害的分类	172
三、伤害的危害	174
第二节 伤害的流行病学特征	174
一、分布特征	174
二、伤害发生的基本条件	178
第三节 伤害的预防控制策略与措施	179
一、伤害预防的一般策略	179
二、伤害预防的 Haddon 十大策略	180
三、伤害预防的干预措施	180
第九章 突发公共卫生事件预防与控制	182
第一节 突发公共卫生事件概述	182
一、概念和特征	182
二、分类与分级	183
三、突发公共卫生事件的危害	185
第二节 突发公共卫生事件预防与控制	185
一、预防控制策略	185
二、突发公共卫生事件的预防控制措施	186
第十章 社区卫生服务	190
第一节 社区卫生服务概述	190
一、基本概念	190
二、社区卫生服务的特点	190
三、社区卫生服务对象和任务	192
四、发展社区卫生服务基本原则	192
第二节 社区卫生服务内容	193
一、基本功能	193
二、基本工作内容	194
三、社区卫生服务方式	196
第三节 中医药在社区卫生服务中的作用	197
一、社区中医药卫生服务的基本原则和工作目标	197
二、社区中医药服务的基本内容	197
第十一章 社区预防服务与临床预防服务	200
第一节 社区预防服务	200

一、社区预防服务的概念	200
二、社区预防服务基本内容	200
三、社区预防服务项目实施	201
第二节 临床预防服务	203
一、临床预防服务概念	203
二、临床预防服务基本内容	203
三、临床预防服务实施	205
第十二章 健康教育与健康促进	207
第一节 健康教育	207
一、健康教育的概念	207
二、健康教育的内容	208
三、健康教育的原则	208
四、健康教育的设计、实施与评价	209
第二节 健康促进	210
一、健康促进的概念	210
二、健康促进的三项基本策略	211
三、健康促进的原则	211
四、健康促进的设计、实施与评价	212
附表1 标准正态分布曲线下的面积 $\Phi(-u)$ 值	214
附表2 t 界值表	215
附表3 F 界值表	217
附表4 q 界值表	224
附表5 卡方界值表	225
附表6 T 界值表(配对比较的符号秩和检验用)	227
附表7 T 界值表(两样本比较的秩和检验用)	229
附表8 相关系数 r 界值表	231
中英文名词对照	233
主要参考文献	248

5. 研究方法上更注重微观与宏观相结合。

四、预防医学发展史

(一) 环境卫生阶段

19 世纪下半叶,工业和城市化发展迅速,人类改造自然的能力大为提高,迫切需要改善生存环境。在城市规划中首先考虑环境卫生问题,新建、改建城市的自来水、下水道和住宅,为居民区提供卫生设施,还制定了水源保护、工厂通风、教室照明等相关卫生法规,使环境卫生科学成果能够用于实践。当时的工作重点是进行城乡卫生基础设施建设。人们在一定程度上摆脱了极为恶劣的生活和生产环境,从而降低了消化道和呼吸道传染病及某些职业病的发病率。

(二) 个人预防阶段

20 世纪上半叶,当时认为疾病的发生、发展是因为破坏了宿主、环境和疾病三者间的平衡,要求在改善环境的同时,保护宿主,控制病因。随着免疫、杀菌、灭虫等技术的进步,广泛实施预防接种、疫源地消毒、消灭病媒昆虫、传染患者隔离等措施,明显地降低了传染病的发病率和死亡率。同时,通过定期体检,能早期发现、早期诊断疾病。由于对营养缺乏病的认识加深,并防治得法,降低了各种疾病和营养不良的病死率,从而提高了个人和人群的健康水平。

上述两个阶段,被称为预防医学史上的第一次公共卫生革命,其主要目标是防治急、慢性传染病和寄生虫病。由于采用预防接种、杀菌灭虫、抗菌药物,在急、慢性传染病和寄生虫病的控制方面,成绩显著。

第一次公共卫生革命的重点在环境管理与传染病的预防与控制,有赖于政府干预。

(三) 社会预防阶段

20 世纪 50 年代,由于疾病谱改变,心脏病、脑血管病、恶性肿瘤和意外伤害(车祸、自杀等)成为威胁人类健康的主要死因。疾病特点是不可逆转、多因引起、老年多见、病程较长、不易根治、用传统的药物和手术等方法疗效不佳。疾病发病因素在年轻时代开始积累,潜伏期长,中、晚年才发病。研究表明,主要是饮食、行为习惯和环境(社会环境为主)不良所致,单纯用生物医学手段难以解决,必须用社会心理和行为等措施、动员社会力量才能有效防治。预防医学的重点从医学(生物)预防进入社会预防阶段。认识从生物层次深入到社会层次,发生从分析到综合、又从综合到系统认识的飞跃。

预防医学重点向慢性非传染性疾病转移,是预防医学史上的第二次公共卫生革命的标志。实践证明,有效的预防控制措施主要靠社会医学、行为医学和环境医学。

第二次公共卫生革命的重点在慢性非传染性疾病的预防与控制,有赖于个人观念和行为的改变,需要社会和政府的支持。

(四) 社区预防阶段

世界卫生组织(world health organization, WHO)1975 年提出“到 2000 年人人享有卫生保健”的战略目标,认为实现此目标关键在于基层(初级)保健,重点在预防;并提出评价此目标的指标体系,包括卫生政策、社会经济、保健服务、环境保护等指标,提出对收入、食物、住房、识字、供水、排污、行为等的要求,这些措施大多数要由社区来贯彻执行。

20 世纪 70 年代,不少国家以社区的“健康中心”为基地,研究居民健康状况,开展卫

生服务,包括妇幼卫生、预防接种、改善环境、提供保健食品、卫生宣教、健身设施等。强调对健康和疾病要进行整体预防、行为预防、社会预防,把预防医学提高到社区预防新阶段。

1999年,美国 Breslow 教授在美国医学杂志(JAMA)撰文提出第三次公共卫生革命概念,第三次公共卫生革命是采用社会生态学模式的综合预防与控制措施保护和促进人群健康、提高生活质量和环境质量。

第二节 医学模式与健康观

一、医学模式

医学模式(medicine model)是人类对健康观、疾病观及死亡观等重要医学观念的总体概括,是医学临床实践活动和医学科学研究的指导思想和理论框架。医学模式是医学整体的思维方法,即解释和处理医学问题的方式。它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。医学模式的发展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、生物医学模式以及生物-心理-社会医学模式(bio-psycho-social medical model)五个阶段。这里主要介绍生物-心理-社会医学模式。

生物-心理-社会医学模式,随着社会经济发展和疾病谱的改变,其他医学模式已不能充分地解释现代卫生保健实践中的一系列问题。1979年,美国医学家恩格尔指出导致疾病的原因是生物、心理、社会多方面的,因此也应该从这几个方面来寻找对抗和治疗疾病的方法。它以系统论为原则,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的状况。其意义在于:为医学发展指出更明确的方向,拓宽了医学研究领域,从生物、心理、社会因素出发,对健康和疾病进行综合研究;揭示了医学的本质和发展规律,从单纯的生物因素扩大到社会、心理因素等与健康有关的各种因素;从医学整体出发,提示医师在诊疗疾病时要从生物、心理、社会的三维空间考虑并作出立体诊断;提示了医疗保健事业改革的必然性。由于疾病谱、死因谱和人口年龄谱的改变,使社区居民的卫生保健需求产生了相应的改变,要求从多方面、多层次积极贯彻预防为主方针,改革卫生服务,包括扩大服务范围、增加服务内容及全面的服务层面等。客观上反映了人们对高质量医疗卫生服务的需求。它的特点是不但治病,还治患病的人。

二、健康观

健康观即人们对健康的看法,经历了以下几个认识阶段:

1. 消极的健康观 消极的健康观认为:“无病就是健康。”此定义的缺陷是仅从表面观察,它忽视了生理、病理和心理方面更复杂的过程,属于生物医学模式。

2. 积极的健康观 世界卫生组织宪章中对健康定义为“是整个身体、精神和社会生活的完好状态,而不仅仅是没有疾病或不虚弱”,认为健康是一种“状态”。人的健康状况往往波动于健康与疾病之间的过程中,它的积极意义是更全面地考虑到人们的生物、心理与社会因素对健康和疾病的作用,反映了生物-心理-社会医学模式符合现代整体医学模式。这一健康观也包括了综合性保健观念的三级预防。

3. 健康权 健康更是人类的一项基本需求和权利,也是社会进步的重要标志和潜在