

卫生保健学

江苏科学技术出版社

乡村保健医生教材

主审 叶锦云 严启之
刘湘云 王传馥
主编 陈锦治 陈萍 邓静云

(苏)新登字第 002 号

乡村保健医生教材

卫生保健学

陈锦治 陈萍 邓静云 主编

刘湘云 王传霞 主审

叶锦云 严启之

出版发行：江苏科学技术出版社

排 版：南京理工大学电脑照排公司

印 刷：溧水县印刷厂

开本 787×1092 1/16 印张 17 字数 410,000

1993 年 6 月第 1 版 1993 年 6 月第 1 次印刷

印数 1—21,140 册

ISBN 7-5345-1573-4

R·243

定价：10.20 元

我社图书如有印装质量问题，可随时向承印厂调换

《乡村保健医生教材》编委会

主任委员 张 国 义

副主任委员 尹 东 胡明琇 殷冬生

委 员

(按姓氏笔画为序)

丁 琮	王炯明	尹 东	左佩龄
安宝琨	李志华	何书香	张应忠
张国义	张佩金	陈永年	邵正斌
肖辅庭	柯 观	洪光启	胡明琇
赵能秀	顾志伟	殷冬生	高之堪
唐尧根	陶维玉	常 江	崔维甫
蒋午振	葛绍科		

总 编 殷冬生

责任编辑 顾志伟

前 言

为实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,加快农村卫生事业的发展,更好地为农村经济建设服务,卫生部于1990年10月和1991年7月先后在湖南省长沙市和辽宁省沈阳市召开了乡村医生教育工作会议,对乡村医生实施“系统化”和“正规化”教育提出了具体要求,并对教学计划的制订、课程设置和教学大纲等问题进行了座谈讨论。

江苏省卫生厅为贯彻卫生部关于乡村医生教育工作会议精神,尽快提高全省7万多名乡村保健医生的业务水平,决定编写适合我省农村卫生工作实际,具有我省农村初级卫生保健试点工作经验的乡村保健医生教材。为此,1990年成立了乡村保健医生教材编写组,1991年12月正式成立了编委会。编写组和编委会在调查研究的基础上确定乡村保健医生的培养目标是具有预防、保健、医疗、康复业务能力和良好职业道德的“实用型”中专人才;教学计划和课程设置应紧紧环绕农村初级卫生保健的目标和内容,贯彻“预防为主”的方针,体现生物医学模式向生物、心理、社会医学模式的转变;教学大纲应适合农村基层的实际需要,贯彻“强化培养目标,淡化课程意识,着重基本理论、基础知识和农村实用技术”的原则。

根据上述原则所拟定的教学计划,经江苏省农村卫生协会常务理事会议讨论形成初稿,经专家论证和广泛征求市、县卫生部门以及基层卫生单位和乡村保健医生的意见后定稿。教学计划规定设置《医用化学》、《正常人体学》、《疾病学基础》、《临床药理学》、《初级卫生保健组织学》、《卫生保健学》、《农村卫生学》、《农村现场急救》、《诊断学基础》、《临床医学》、《流行病学及传染病学》、《中医诊疗学》及《医德和卫生法规》等13门课程。为协调好课程之间内容的衔接、侧重、交叉、配合等问题,各课程的主编和副主编集中研究和制订了课程教学大纲和书稿编目,并分别请南京医学院、江苏省人民医院等有关部门的专家、教授进行了论证和指导。

书稿实行主编负责制,并进行两次审稿,第一次邀请省内、外专家初审,第二次由专家主审定稿。

本教材除适用于乡村保健医生正规化和系统化培训外,还可作为中等卫生学校医士专业教材,部分课程的教材可供卫生医士、护士、助产士等专业选用。

乡村保健医生教材的整个编写过程汇聚了集体的智慧,是省、市、县各级卫生行政部门、医疗卫生单位以及有关人员共同努力的结晶。编写过程中还得到上海市卫生局和浙江、安徽省卫生厅的大力支持,他们派出业务造诣较深的医疗卫生专家和卫生学校的高级讲师参与审稿,对书稿提了许多中肯的意见和很好的建议,使教材更为充实。江苏科学技术出版社也给予了多方面的协助,并承受出版工作。在此,谨向上述单位和个人表示衷心感谢。

编写乡村保健医生教材对我们来说是一次新尝试,特别在课程设置的优化组合上更是一次探索。我们虽力求教材内容能适合农村的实际应用,好教好学,但限于水平和缺乏经验,不足之处在所难免,恳切希望从事医学教学的同道、广大农村卫生工作者以及使用这套教材的乡村保健医生提出宝贵意见,使这套丛书在修订再版时能臻于完善。

《乡村保健医生教材》编委会

1992年10月

编写说明

《卫生保健学》是医学教育中的预防医学课程,是贯彻“预防为主”方针、实现“健康为人人,人为健康”的一门重要学科,是培养乡村保健医生的必修课。

本书是根据江苏省卫生厅颁发的“江苏省乡村保健医生教学计划”编写的,供乡村保健医生专业使用。

在我国中等医学教育中,开设《卫生保健学》课程,具有重要的意义。本课程完全符合乡村保健医生的培养目标,能满足乡村保健医生预防、保健、医疗并重的工作性质的需要。

全书共十一章,包括健康与保健、自我保健、社区保健、儿童保健、青春期保健、婚姻保健、妇女保健、中老年保健以及健康教育概述和健康教育工作的开展。本书供120学时教学使用,其中理论102学时,实习18学时。

本书在体系和内容等方面具有如下特点:

首先,能反映医学模式的转变。由于生物医学模式转变为生物、心理、社会医学模式,健康的概念也随之发生变更,故教材突出世界卫生组织对健康的定义,并阐明环境因素、人类生物学因素、生活方式因素以及医疗卫生服务等四个因素对健康的影响。

其次,能体现“预防为主”的方针。教材本身属于预防医学范畴,并且在教材中强调三级预防原则,着重撰写卫生保健方法和促进健康的措施,以及加强健康教育的章节。

再次,全书自成体系,结构合理、内容充实。本书一、二、三、四章与四、五、六、七、八、九章前后、纵横联系,融会贯通;前九章和后面关于健康教育的两章又相互呼应。国内目前出版的有关卫生保健书刊,主要有妇女保健、儿童保健、中年保健和老年保健等,健康教育也有多种专著,但是将卫生保健和健康教育以及将妇女、儿童、青春期、婚姻、中老年保健等编在一本书内的情况所见不多,因而本书自成体系。

最后,适应面广、实用性强。本教材除供培训乡村保健医生之用外,还适用于基层医务人员,妇保、儿保、中老年保健工作者,健康教育工作者,并对作为个人自我保健、家庭保健和开展社区保健工作起指导作用。由于其内容几乎涉及整个人生各阶段的卫生保健,所以实用意义较大。

本书主编由陈锦治(江苏省无锡卫生学校)、陈萍(江苏省卫生厅)和邓静云(江苏省儿童保健中心)担任;编写者有陈锦治、邓静云、吴崑(江苏省无锡卫生学校)、丁永泉(无锡县卫生防疫站)、王爱勤、陈文玮(江苏省人民医院)、张九方、刘吉昌、周明秀(江苏省省级机关医院);主审由刘湘云(上海医科大学附属儿科医院)、王传馥(上海华东医院)、叶锦云(上海妇女保健所)、严启之(浙江省卫生学校)担任。

在编写过程中,得到多方的支持和同行们的帮助,其中盐城卫生学校周平生、常州卫生学校芦群义、南通卫生学校崔晓萍等老师参加了编目讨论会;江苏省卫生厅殷冬生、严月丽在编写本书的全过程中,给予关心、支持和帮助,在此特表示谢意。

由于本书编写时间短,加上编者水平所限,书中难免有错漏及不妥之处,请读者予以斧正。

陈锦治

1993年1月

目 录

绪论.....	1
第一章 健康与保健	5
第一节 健康的概念和指标.....	5
第二节 影响健康的因素.....	9
第三节 疾病及其预防	19
第四节 卫生保健	22
第二章 自我保健	27
第一节 健康的生活方式和良好的卫生习惯	27
第二节 合理营养	32
第三节 增进心理健康	48
第四节 体育锻炼	55
第五节 健康检查	58
第三章 家庭保健	61
第一节 家庭保健的概念和作用	61
第二节 家庭保健的内容	61
第三节 家庭保健的实施方法	66
第四章 社区保健	68
第一节 概述	68
第二节 社区保健工作的内容	69
第三节 社区保健的评价	73
第五章 儿童保健	76
第一节 小儿生长发育	76
第二节 婴幼儿教养	84
第三节 小儿营养	88
第四节 预防接种和计划免疫	94
第五节 散居儿童保健	96
第六节 集体儿童保健.....	101
第七节 小儿“四病”防治.....	106
第八节 儿童青少年常见疾病防治.....	113
第六章 青春期保健	127
第一节 青春期生长发育.....	127
第二节 青春期卫生保健.....	131
第七章 婚姻保健	134
第一节 婚前检查及咨询指导.....	134
第二节 婚前性知识介绍.....	139

第三节 计划生育	141
第八章 妇女保健	146
第一节 月经期保健	146
第二节 孕期保健	149
第三节 围产保健	155
第四节 产褥期保健	161
第五节 哺乳期保健	166
第六节 更年期保健	169
第七节 女职工劳动保健	172
第八节 妇女病普查普治	178
第九章 中老年保健	184
第一节 中老年的解剖生理和心理精神变化	184
第二节 中年保健	191
第三节 老年保健	200
第十章 健康教育概述	215
第一节 健康教育的意义	215
第二节 我国健康教育的现况	221
第十一章 健康教育工作的开展	225
第一节 健康教育的原则和任务	225
第二节 健康教育的内容和形式	227
第三节 健康教育的组织指导和实施程序	236
第四节 健康教育计划的设计和效果评价	241
实习指导	252
实习一 文明村卫生室参观	252
实习二 膳食调查和食谱编制	253
实习三 儿童生长发育调查和评价	257
实习四 基层妇保机构参观	258
实习五 医学科普文章写作	259
教学大纲	260

绪 论

长期以来人们认为无病就是健康,直到本世纪 30 年代,才进一步认为健康意味着结实的体格、具有完善的功能并充分发挥其作用。1948 年世界卫生组织(WHO)在宪章中给健康下了新的定义:“健康不仅仅是没有疾病或不虚弱,而是身体的、精神的健康和社会适应良好的总称”。这样就把新概念引入医学,即不仅是为了个体的治疗和预防疾病,而且增添了保护健康和促进健康的功能,使医学从临床医学向预防、保健医学的方向发展。

一、卫生保健学的性质和任务

卫生保健学是从人体健康的新概念出发,对个人和集体采取预防与保健相结合的综合措施,提高环境质量和生活质量,控制健康的各种影响因素,以达到保护健康、促进健康、预防疾病、延长寿命的目的。

卫生保健学是医学教育中的预防医学课程,是贯彻“预防为主”方针,实现“健康为人人,人人健康”的一门重要学科,是培养乡村保健医生的必修课。

卫生保健学的研究内容非常广泛,它包括了人的生、老、病、死全部生命过程,而且人类活动,如衣食住行以及生产、生活、工作、学习、休息、娱乐等,都无不与卫生保健活动有联系;从年龄、性别、结构等方面研究儿童、青年、中年、老年和妇女等特殊保健;而从个人和群体关系来看,卫生保健学涉及个人、家庭和社区。此外,为了保护健康、促进健康,除采取一些卫生保健措施外,还包括健康教育方面的内容等。

鉴于上述情况,卫生保健学的基本任务是:

阐明人类健康的新概念,使人们确立整体论的健康观以及充分认识健康对所有的人有好处,是人类进步所不可缺少的,不但有经济价值,还体现了社会的正义和进步。为了人类的利益,必须做到“健康为人人,人人健康。”

利用基础、临床和预防医学及其相关科学技术成就,做到预防、保健和治疗相结合,求助和自助相结合,医学和社会相结合,传统方法和现代方法相结合,开展个人、家庭、社区保健,以促进和维护人类身体与精神的健康。

根据不同年龄和性别的生理和心理特点,做好儿童保健、青春期保健、婚姻保健、妇女保健和中老年保健。

通过大众传播媒介,进行有效的健康教育,从而改变人们不良的生活和行为方式,建立起科学的、健康的生活方式和行为方式。

帮助乡村医生了解自己服务乡村居民的卫生保健需求,解决各项卫生保健问题,把卫生保健服务到居民生活和生产的地方,服务到个人。

为完成上述基本任务,卫生保健学提供了必要的卫生保健知识和技术,将卫生保健服务落实到社区、家庭和各类人群中去。因此,卫生保健学应该以健康的新概念为基本理论,以促进和保护健康为主线,以提高人们的保健意识和自我保健能力,建立科学的健康生活方式为重点,改进农村生活、生产环境,提高生活质量,预防和控制传染病和其他常见病、多发病和伤残,开展普查、康复训练工作,以及健康教育,把各项卫生保健服务落实到各年龄阶段的个人和群体。

二、学习卫生保健学的意义和作用

卫生保健学作为乡村保健医生的一门必修课程,是有其现实和长远意义的。

(一)适应当前医学模式的转变

“生物-心理-社会医学模式”已为全世界所公认,卫生保健学适应医学模式转变的需要。根据现代医学要求,医师的工作已不光是在开处方、开刀的临床医疗方面,而是应为大多数健康人和非完全健康人服务,主动地为人群服务,致力于保护和促进人们的健康;医务人员不仅是医治人们生理和躯体上的病痛,而且需要医治人们心理上和精神上的创伤;卫生人员不再单纯地防治传染病,而且要开展非传染性疾病的预防,指导人们掌握正确的饮食习惯和健康的生活方式及开展有益的体育活动。

(二)适应“2000年人人享有卫生保健”战略目标

从人体健康新概念出发,WHO提出“2000年人人享有卫生保健”的全球战略,初级卫生保健是实现这一战略目标的关键。初级卫生保健是一种基本的卫生保健,它依靠学术上可靠、切实可行、又受社会欢迎和人们容易接受的方法与技术,是社区、个人和家庭通过积极参与普遍能得到的,其费用也是居民、社区、国家能负担得起的一种基本卫生保健。而卫生保健学完全能满足全球战略目标的需要,使卫生保健深入人民生活、工作和劳动之中,从而维护和增进人们的健康。

(三)适应我国卫生工作总方针和总目标的需要

建国40多年的实践证明,“预防为主”方针是行之有效、全面正确的方针,也是适应单纯生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变的潮流,适应社会和人们对卫生保健的需求,在今后的卫生工作中必定会进一步加以体现。在现阶段,传染病仍然是防病工作的重点,同时也要充分重视占死因前三位的肿瘤、心血管病、脑血管病等非传染性疾病的防治,尤其在经济比较发达、卫生条件比较好的城乡和地区,应该进一步把卫生工作的重点转移到预防和卫生保健上来。故而,面对医学模式的转变,第二次卫生革命的基本特点和任务,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,实施初级卫生保健,我国提出了现阶段的卫生工作总方针是“防治结合,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务”,以及“向疾病作斗争,为健康而奋斗”的总目标,这是“预防为主”方针的进一步体现,是卫生保健事业发展的需要。人人参与,为维护和增进健康而努力的局面已经形成,卫生保健学是完全适应形势的发展,适应我国卫生工作的总方针和总目标的。

(四)适应“大卫生”观念的需要

“大卫生”观念是把长期以来卫生工作由卫生部门独家经营的“小卫生”向全社会、全方位综合治理的“大卫生”转变。“大卫生”是以全社会的各界各阶层,即各行各业各类人员都介入行动为出发点,而不是单纯在卫生医技力量的圈子内保护和促进人体健康。卫生保健学通过健康教育,把大量的提高健康水平的重要知识和保健技术带给处在各种不同社会阶层、文化背景中的广大群众,帮助他们使用这些知识,在个人和家庭行为上作必要的改变和调整,以消除危险因素,预防疾病,增进健康,因而卫生保健学适应“大卫生”观念的需要,促使人们掌握卫生保健知识,形成专业保健、群众保健、人人保健的自觉行动。

三、卫生保健学在预防医学教育中的地位

1988年4月WHO提出“健康为人人、人人为健康”的口号后,接着于同年8月由该组织、联合国儿童基金会和联合国教科文组织在爱丁堡召开有80多个国家的150位医学教育家和卫生事业的领导参加的世界医学教育会议,发布了“爱丁堡宣言”,宣称“医学教育的目

标是造就能促进全人类健康的医生,而不只是造就仅将治疗服务于能付得起钱或准备接受治疗的人们的那种医生。”并且明确指出:“医学教育必须适应当今时代的新挑战和健康的新要求,必须将更多的注意力放到预防疾病和促进健康的措施上来。”这一重要宣言,为医学教育特别是预防医学教育指出了更加明确的教学方向。我省组织编写的乡村保健医生教材,充分贯彻了“爱丁堡宣言”精神,加强预防医学的教育,把卫生保健学作为重点课程,从而确立了卫生保健学在预防医学教育中的地位,为培养预防、保健和医疗相结合的乡村保健医生,起了很大的作用。

(一)开设卫生保健学有利于加强预防医学教育

我国在50年代成立了公共卫生专业,目的在于贯彻我国“预防为主”的方针,强化这一方针在医学教育领域中的作用。但是,经过40余年的实践,却在广大医疗专业毕业的医务人员头脑中形成了一个错误的认识,认为已经有了卫生专业的人员专门从事预防工作,临床医生的任务就是治病,治病工作与预防无关。这一模糊的认识,不但在城市医院里有,在乡、村两级医务人员中也存在,甚至存在于某些卫生行政领导以及从事医学教育的教师中,因而忽视了众多的医学生关于预防为主思想的教育,导致临床医生在业务工作中只管治疗、不顾预防;只知道个体,不知道群体。

国内外卓有远见的医学家明确指出,预防医学教育的对象不只是预防医学专业的学生,同时也包括临床医学专业的学生和目前正在从事各级临床工作的医务人员,尤其对于乡村保健医生来说,开设卫生保健学课程,加强预防医学教育是完全符合培养目标的。

(二)开设卫生保健学有利于充实预防医学教学内容

根据世界卫生事业发展的趋势,结合我国经济发展和发展的长远目标和WHO提出的“2000年人人享有卫生保健”的全球战略,从我国卫生事业的现状出发,有人预测“到21世纪我国的卫生服务将属于预防保健型体制,突出预防为主和群众的自我保健”。从中可以看出,我国卫生事业的战略重点是预防疾病和卫生保健,因而要加强预防医学教育,充实预防医学教学内容,为实现上述目标提供最根本的人才保证。

卫生保健学是按生物-心理-社会医学模式编写的教材,特别强调对健康观念和卫生服务的新认识。一个医生应该对“健康”的概念有完整的、正确的认识,必须懂得个体、群体、社会和自然环境的影响因素在疾病的发生、发展和治疗过程中的作用。治愈疾病是恢复健康、保护健康的重要环节和不可缺少的过程,但医生的任务绝不仅仅是“治病”,还肩负有维护个体的身心健康,从而达到并促进群体健康的重任。卫生保健学能促使学生观念的转变,因为它强调健康的新概念,阐明了环境因素、人类生物学因素、生活方式因素和医疗卫生服务因素对健康的影响,为卫生保健学打下了理论基础。

卫生保健学涉及个人、家庭和社区,因而编入自我保健、家庭保健和社区保健的内容:①自我保健:主要包括改变不良的生活方式、建立健康的生活方式、合理营养、心理健康和心理卫生、加强体育锻炼以及健康检查等内容。它与疾病预防内容不同,不是消极地阻断致病因子的作用,而是在致病因子尚未出现或尚未起作用之前,着重增强人体身心健康、全面提高机体素质,不仅满足人们少生病、不生病的愿望,而且能动员人们自己起来争取本身的健康长寿。因此,医务人员积极指导人们正确开展自我保健,是一项重要的卫生服务项目。②家庭保健:家庭是社会的细胞,家庭成员之间关系的好坏,家庭功能运转是否正常,家庭保健是否完整,对人体健康都可能产生不同影响。家庭保健内容丰富,包括家庭成员的卫生知识和卫生习惯、家庭卫生、衣着卫生、家庭食谱、家用电器卫生、家用药箱和简易急救等。家庭保健

的服务对象是家庭所有成员,其中有健康人与患者,特别是老年人、儿童和妇女。随着家庭保健事业的发展,家庭保健的内容更会增多,家庭医生、家庭病床和家庭护理也将应运而生。③社区保健:社区是以地理界限划分的社会缩影。WHO认为,卫生服务必须贯彻“社区化”的原则。社区保健包括社区健康教育、社区的规划和住宅卫生保健、社区的生活卫生保健和社区的康复保健等。社区保健是在分析社区卫生状况的基础上,研究影响人群健康的各种因素,了解居民对卫生保健的需求,分析卫生部门和其他部门可能提供的资源,寻求优化的技术措施和方法,向居民提供最优化的卫生保健服务。

卫生保健学还涉及不同年龄段人群的特殊保健:①儿童保健:儿童保健是对儿童进行整体、全面、连续的健康管理,以保护和促进儿童身心健康。儿童保健的主要内容有儿童身体和精神健康,早期发现身体、精神、性格异常,群体的疾病控制和个体儿童疾病的防治等。②青春期保健:根据青春期形态、功能、心理发育的特点,青春期卫生保健的重点内容是青春期卫生保健指导(营养和饮食卫生、体格锻炼等),以及心理卫生和性心理卫生。③婚姻保健:主要包括婚前检查及咨询指导,婚前性知识介绍和计划生育等内容。④妇女保健:妇女不同的生理时期有不同的保健内容,主要包括月经期保健、孕期保健、围产保健、产褥期保健、哺乳期保健、更年期保健。根据女性解剖生理和机能与作业能力的特点,提出了女职工劳动保护和保健措施。⑤中老年保健:依据中老年解剖生理和心理精神变化的特点,中年保健的重点是心理保健、合理营养、合理的生活安排等。如果中年人掌握一些卫生保健知识、常见病的自我监护常识、职业性损害的劳动卫生防护知识等,即可防患于未然,或对疾病早发现、及时检查治疗。老年保健的重点内容是保持心理健康、充实生活内容,适量体力活动,保持脑力活动,合理营养,以及正确认识烟、酒、茶对健康的影响。此外,老年人要定期进行健康检查也是重要的保健内容。

健康教育的章节是卫生保健学的重要组成部分。健康教育是指通过有计划、有组织、有系统的教育活动,促使人们自愿地采用有利于健康的行为,消除或降低危险因素,降低发病率、伤残率和死亡率,提高生活质量,并对教育效果作出评价。健康教育概述部分主要阐明了健康教育的定义、健康教育的地位和作用等。健康教育工作的开展部分主要包括健康教育的原则和任务、内容和形式、组织指导和实施程序,以及健康教育计划的设计和效果评价等。

综上所述,卫生保健学有着丰富的教学内容,乡村保健医生需要认真学习,深刻地认识“健康”新概念;了解卫生服务在保护和促进健康、疾病预防中的作用,增强作为一个医生对病人和人群健康的责任感;理解卫生保健和健康教育的重要性,掌握卫生保健的基本理论和基本技术,提高自身从事卫生服务实际工作的能力,为广大农村居民做好卫生保健和疾病预防工作。

(陈锦治)

第一章 健康与保健

从医学发展史上看,多少年来,医学基本上围绕疾病而展开的。医学发展的道路漫长而曲折,并直接受社会政治、经济和人类不同时期的需求所制约。近年来,由于科学技术的飞速发展,社会的高度进步,人们从来没有过象今天这样地认识健康、需要增进健康以获得健康幸福的生活。人类的需要是促进医学发展的原动力之一。在这种情形下,医学重心由疾病向健康转化,是医学发展的大趋势,是社会发 展、科技进步的必然结果,是人类对医学提出的更新、更高的要求,这就需要将增进人民健康作为突出的社会任务,以满足人类对健康的需求。

第一节 健康的概念和指标

一、健康的概念

人们常说健康是人类第一财富,健康的重要性显而易见。人人都十分珍惜自己的健康,然而,在什么是“健康”的问题上并不是所有的决策者、医务人员和广大群众都有一个正确的认识。长期以来,人们都把健康理解为“不生病”或“不虚弱”的表现,只有在生病的时候才寻求医生的帮助,并认为医生治疗疾病是天经地义的职责,其实这种理解是相当片面的。

WHO 于 1948 年在其宪章中写下了健康的定义:“健康不仅仅是没有疾病或不虚弱,而是身体的、精神的健康和社会适应良好的总称。”1978 年 9 月,国际初级卫生保健大会所发表的《阿拉木图宣言》中,对健康的概念又重申:“健康不仅是疾病与体弱的匿迹,而是身心健康、社会幸福的完好状态。”因此,健康概念大大超出了疾病的范围,把人体的健康与生物的、心理的和和社会的关系紧密地联系起来。并且提出:“健康是基本人权,达到尽可能的健康水平,是世界范围内的一项最重要的社会性目标。”健康是人的一项基本需求和权利,也是社会进步的一个重要标志和潜在动力。它要求人们重视健康的价值,树立“健康为人人,人人为健康”的正确观念,指出健康不仅是卫生部门的责任,而且是全社会的共同责任,所有部门都要把自己的工作和人民的健康联系起来,努力维护和增进人民健康,促进社会发展,为实现“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标共同努力。1990 年 WHO 在有关文件中论述健康时,提出健康包括“躯体健康、心理健康、社会适应良好、道德健康”四个方面,健康的涵盖面进一步扩大。从道德健康概念理解,每个人不仅要对自己的健康承担责任,而且还要对他人、对社会承担责任,这不但是一个道德健康问题,而且也是精神文明建设的重要问题。

健康与疾病之间不存在一个明确的界线。一个人体内可能潜伏着病理性缺陷或功能不全,而表面上仍是“健康”的,只有在出现症状或体征时才被认为是“患病”。事实上,有些疾病一旦出现临床表现已经是病入膏肓,如肝癌、肺癌。这就是我们提倡定期进行健康检查,早期发现、早期诊断、早期治疗,“防患于未然”的原因,也是人类自我保健的长期经验总结。

我们要求的健康,不仅是身躯的健康,而且还要求心理上的健康。心理健康通常是指人们与生活环境之间保持着良好协调和均衡。几乎人人在自己漫长的生活经历中,在精神和人格上都遭遇到不利的社会条件的影响,同时也受到人们不良生活方式和卫生习惯的影响而

破坏这种均衡。一些研究表明,许多疾病是由精神因素引起的,而不是由微生物、不良饮食习惯等致病因素所致。在某种程度上来说,精神(心理)因素的重要性超过了身体(生理)因素。心理的与躯体的健康有着不可分割的联系,躯体上的疾病或伤残可扰乱心理平衡,同样,精神创伤也影响躯体的健康。

精神健康不能简单地看作不患精神病,在现实生活中,人们都有过颓丧,甚至精神崩溃,对此有些人通过心理调节以达到平衡。但是,还有些人为了摆脱某种精神的困扰,常常采用吸烟、酗酒甚至更危险的手段——吸毒,这是一种心理社会病,其影响不可低估。据估计,全世界约有 5000 万人患有严重的精神病,约 3 亿人患有轻度精神病,使患者失去工作能力和正常心理状态。这类疾病的影响之广,要求我们对心理、社会因素给予更多的注意,开展心理健康服务,预防心因性疾病,加强心理治疗。

二、健康概念的变化

健康的概念随着医学模式的变化而变化,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

古人认为人类的生命与健康是上帝神灵的赐予,疾病是神灵的惩罚或者是妖魔鬼怪的附身。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只能祈求神灵或依赖巫术。

(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。如我国战国时期的医学家已提出心理上的“七情”(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)和环境中的“六淫”(风、寒、暑、湿、燥、火),对健康和疾病有很重要的影响。公元前 7 世纪的管子还提到过“起居时,饮食节,寒暑适,则身利而寿命益;起居不时,饮食不节,寒暑不适,则形体累而寿命损。”认识到生活规律、外在环境对健康的影响。当时的健康观、疾病观已包含了朴素唯物论与自然辩证法的成分。

(三)机械论医学模式

15 世纪欧洲文艺复兴运动推动了生产力的发展。18 世纪,蒸汽机的发明使欧洲产业革命日益深入。在培根“用实验方法研究自然”的观点影响下,机械学和物理学有了很大的进步。当时法国医生拉美特利写了《人是机器》,认为“人是爬行的机器,是一架会自己发动自己的机器……体温推动它,食物支持它。疾病是机器某部分故障失灵,需要修补完善。”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

生物科学的发展,解剖学、组织胚胎学、生理学、细菌学、生物化学、病理学及遗传学等生物体系的形成,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。生物医学模式比前几种医学模式有了明显的科学性,它曾经为人类的健康、生存和繁衍作出了贡献。如本世纪的前几十年应用预防接种、杀虫灭菌和抗菌药物等法宝,使急慢性传染病和寄生虫病的发病率、死亡率明显下降,取得了第一次卫生革命的胜利。但是,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和局限性。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

社会生态学模式以生态相对平衡的观点来解释健康与疾病的问题,即健康是宿主、环境和病因三者之间的动态平衡,平衡的破坏便发生疾病(图 1-1)。

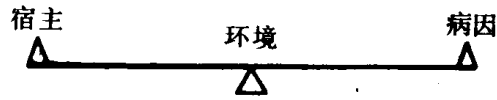


图 1-1 社会生态学模式图

(六)生物-心理-社会医学模式

生物-心理-社会医学模式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。作为医学研究对象的人,既是自然的人,又是社会的人,在影响健康与疾病的条件中,既有生物因素又有社会心理因素。WHO 提出的健康概念,能充分体现这一现代医学模式的涵义。

三、健康的参考标准

几十年前,我国第一任卫生部长傅连璋曾把健康分成四个层次:①身体各部分发育正常,功能健康,没有疾病;②体质坚强,对疾病有高度的抵抗力,并能刻苦耐劳,担负各种艰巨繁重的任务,经受各种自然环境的考验;③精力充沛,能经常保持清醒的头脑,精神贯注,思想集中,对工作、学习都能保持有较高的效率;④意志坚定,情绪正常,精神愉快(这虽和思想修养有关,但身体是不是健康对它也有很大影响)。这些标准能兼顾身心两方面,在当时是相当有水平的认识。

随着医学模式的转变和医学科学研究的深入,人们逐渐认识到,WHO 在其宪章中提出的健康定义,是一种积极的、揭示了人类健康本质的概念。它不仅是人类追求的目标,而且指出了健康所涉及的各个方面,具有重要的现实意义。此外,WHO 还指出了健康的参考标准:①有足够充沛的精力,能从容不迫地应付日常生活和工作的压力而不感到过分的紧张;②处世乐观,态度积极,乐于承担责任,事无巨细不挑剔;③善于睡眠,睡眠良好;④应变能力强,能适应环境的各种变化;⑤能够抵抗一般性感冒和传染病;⑥体重得当,身材均匀,站立时,头、肩、臂位置协调;⑦眼睛明亮,反应敏锐,眼睑不发炎;⑧牙齿清洁,无空洞,无痛感,齿龈颜色正常,无出血现象;⑨头发有光泽,无头屑;⑩肌肉、皮肤富有弹性,走路均感轻松。

四、健康测量指标

WHO 健康水平测量研究组提出了两类健康指标。第一类分三种情况:①与某地区特定人群和全体人群的健康状况有关的健康指标(如生命统计和营养等);②与健康状况直接有关环境因子指标;③和健康服务有关的指标,如医生和医院设备利用情况。第二类又分微观和宏观两种:微观是与个体健康有关的指标。与残疾有关的个体指标又分为五级:①没有残疾;②活动受限,没有慢性症状;③活动受限,伴有慢性症状;④行动不便;⑤卧床不起。宏观是与群体有关的指标,包括卫生政策、经济指标及卫生服务等。

(一)卫生政策指标

卫生政策是影响健康的一个很重要的外环境因素。卫生政策会影响卫生资源的分配、群众的参与、卫生体制与医疗保健制度等。卫生政策指标包括:①国家及地方政府部门对卫生

保健事业的重视程度；②卫生资源分配的足够程度和公平程度；③社区参与改善卫生保健状况的程度；④卫生保健组织机构、三级卫生保健网和管理体制的完善程度。

(二) 社会经济指标

与健康有关的社会经济指标有国民生产总值、工农业总产值、居民平均收入、就业率及失业(待业)率,成人识字率及文盲率,人均住房面积及热量摄入量等。

1. 国民生产总值 这是许多国家采用的反映经济发展水平的一项指标,是指一个国家或地区物质生产部门提供的产品价值和非物质生产部门提供的劳务价值的总和,它以货币为单位。按人均计算的国民生产总值称为人均国民生产总值。

2. 工农业生产总值 工业、农业、建筑业、运输邮电业及商业供应等五大部门的劳动者所生产的全部生产资料 and 消费资料的总值,称为工农业生产总值。

3. 居民平均收入 指部分居民收入的平均值,常用年平均工资,年平均收入来分别反映城市职工和农村居民的实际经济水平。

4. 15 岁以上成人识字率 它是反映国民受教育程度的指标,与之相对应的负指标是文盲率。

5. 人均住房面积及热量摄入量 既是社会经济指标,又是社会卫生指标,反映居民的基本生活条件。

(三) 人口统计指标

主要有:人口数,人口密度,人口性别比,人口年龄构成,人口自然变动指标。

1. 人口数与人口密度 人口数是指一个国家或地区在某一 时点或时期人口的总和。时点人口数指某一时间断面上的人口数,如我国四次人口普查的人口数,均是人口普查年 7 月 1 日零点时的时点人口数。人口密度是指一定时期、一定地区的人口数与该地区面积数之比,一般以每平方公里面积的人口数来表示。

2. 人口的性别、年龄构成指标 人口的性别构成可以用性别比或性比例表示。人口年龄构成指标指各年龄组人口数与总人口数的比例。分析人口的年龄结构类型时,0~14 岁人口比例和 65 岁及以上人口比例是最常用的指标。除了人口的性别、年龄构成指标外,还要注意收集人口的职业、文化、婚姻及民族构成,农业人口与非农业人口比例,城乡人口比例等。

3. 人口自然变动指标 人口出生率、死亡率及自然增长率既是人口统计指标,也是评价居民健康状况的重要统计指标之一。

(四) 卫生服务指标

这类指标主要有卫生资源、卫生服务利用及卫生费用等。

1. 卫生资源指标 主要有人均卫生经费,卫生经费占国民生产总值或政府财政支出的百分比,每千人口病床数,每千人口医生、护士数等。

2. 卫生服务利用指标 如安全用水百分率、计划免疫覆盖率、孕产妇系统管理率、7 岁以下儿童系统管理率、年人均门诊次数及每千人口住院率等。

3. 卫生费用指标 卫生费用占国民生产总值的百分数。WHO 要求 5% 国民生产总值用于卫生。

(五) 行为因素指标

某些不良行为、生活方式可以直接影响居民的健康,造成社会问题。这类指标有吸烟率、人均烟草消耗量、饮酒率、人均酒精消耗量、未婚少女怀孕率,以及自杀率、吸毒成瘾率、犯罪率、少年犯罪率、肥胖症率和镇静剂服用率等。

(六) 人群健康指标

人群健康状况一般可以从出生、生育、生长发育、营养、疾病、死亡和期望寿命等几方面来评价。

1. 出生生育指标 出生生育指标指出生率、生育率、已婚育龄妇女生育率等。近年来,根据年龄别育龄妇女生育率计算的总和生育率得到更广泛的应用。

2. 生长发育和营养状况的指标 常用的有低体重儿出生比例(出生婴儿中,出生体重低于2500克者所占百分比),各年龄组儿童身高及体重达标率,母乳喂养率,5岁以下儿童轻、中、重度营养不良率等。

3. 疾病和健康缺陷指标 发病率、罹患率、患病率和健康缺陷的发生率都是反映居民健康状况和社会卫生问题的理想指标。

4. 死亡统计指标 死亡统计指标已成为评价居民健康状况应用最普遍的指标,常用的有粗死亡率、疾病别死亡率(死亡专率)、婴儿死亡率、新生儿死亡率、胎儿和围产期死亡率、5岁以下儿童死亡率、1~4岁儿童死亡率、孕产妇死亡率以及性别、年龄别死亡率,死因别死亡率和期望寿命。

第二节 影响健康的因素

健康是一个极为复杂的概念,它是许多相互交叉、渗透、影响、制约的因素相互作用的结果。保健学家把这些因素归纳为四类:①环境(包括自然环境和社会环境);②生物学因素(包括机体的生物学和心理学因素);③生活方式;④医疗卫生服务。并认为人类的健康可以用下列公式表示:

$$H=F(L+E+B+Hc)$$

这个公式的含义是,人类的健康(H)是生活方式(L,Lifestyle)、环境(E,Environment)、人类生物学因素(B,Human Biology)和医疗卫生服务(Hc,Health Care)等四个因素的函数(F,Function)。即人群或个体的健康是四大类健康因素共同作用的结果。

一、环境因素

环境对人类健康影响极大。可以说,除了少数纯属遗传因素的疾病之外,所有人类健康问题都或多或少与环境有关。环境可分为小环境和大环境,前者一般指那些个人可以控制的、与个人生活习惯有关的环境因素,将在生活方式中详加叙述;大环境又可分为自然环境和社会环境,个人一般无力加以改变。

(一) 自然因素

自然因素是指围绕着人类社会的自然条件的组合,它包括化学因素、物理因素、生物因素、气候条件、地理条件等。自然因素对社会发展和人群健康都有深刻的影响。自然因素对人群健康的影响,有其有害方面,亦有其有利方面,我们应该积极利用其有利方面的作用,并控制其有害方面的影响。

1. 化学因素 化学因素是多种多样的,任何化学物质的过量与不足均可使机体受到损害。有害化学物质可造成生产和生活环境污染,从而损害人类的健康。常见的化学性污染物如二氧化碳、氧化氮、氯气、一氧化碳等有害气体,铅、汞、镉、砷等重金属,苯、汽油等有机溶剂,以及有机磷、有机氯等农药,这些物质进入机体均可引起急、慢性中毒。微量的氟有利于牙齿正常发育,氟量不足龋齿患病率高,过量的氟可引起慢性氟中毒。据报道,一些含氟量高

的地区,氟斑牙患病率可达 62.5~82.7%,氟骨症患病率为 26.1%左右。目前,全世界每年大约有 1 万种新的化学物质问世,少者约几百公斤,多者有百万公斤进入人类自然环境,造成对环境的污染,其中有些化学物质可以致癌、致畸、致突变,例如砷、铬、镍及其某些化合物、石棉、多环芳烃、乙-萘胺、联苯胺、4-氨基联苯、苯、氯乙烯等已经确认为致癌物。

2. 物理因素 高温、高气压和低气压、噪声、振动、电磁辐射、电离辐射等均有害于健康。电磁辐射有高频电磁场、微波、红外线、紫外线等,高频电磁场和微波主要引起中枢神经和植物神经系统功能障碍,后者还可对眼发生作用而引起白内障;红外线对皮肤和眼睛有作用,强烈照射可以造成损伤;紫外线同样可以造成皮肤和眼睛的损害,长时间、过度的照射还可致皮肤癌。电离辐射有 X 射线、γ 射线等,由放射物质发放,过度照射可引起急、慢性放射病,更严重的后果是致癌。外伤,包括生产、生活以及交通事故所致的各种外伤,亦应归入物理性因素。外伤致死人数,在我国已达总死亡数的 3%。

3. 生物因素 人类在生产、生活过程中,经常由食物、饮水、空气、皮肤等途径接触致病性细菌、病毒和寄生虫而引起各种疾病。目前微生物的致癌作用尚未完全肯定,但已知有少数癌症的原因可能是病毒,例如,EB 病毒能引起鼻咽癌,单纯型疱疹 I 型病毒可能引起宫颈癌,乙型肝炎病毒可能引起原发性肝癌等。

4. 气候条件 有害的自然因素往往与特定的气候条件,以及人们的某些生产、生活方式联在一起。不同的气候带对机体产生不同的影响,如在寒带居住的人,机体抗寒能力增强;在温带,由于气温有明显的季节变化,机体功能亦呈现季节性改变。

某些疾病,尤其是一些传染病,常为某一特定气候带的居民所独有。一些疾病的发病率有季节性的波动,传染病的季节性更为明显。

气象与疾病似有一定关系。在大风季节,风湿性疾病和卡他性炎症,尤其是胃肠炎常有增加,其他如烦躁、失眠、头痛、鼻衄、心悸、喘息等症状亦较多见。心绞痛、心肌梗塞等心血管疾病也与气象变化有关。冠心病的发病与死亡均以初冬时为多,在气压下降与气温相应回升时患者增加。骤死较多发生在高温与雷雨天。因此对某些因气象变动而呈现特殊反应的人,应采取适当的预防措施,如脱离或消除特定的气象条件,改善住宅和工作环境的微小气候,适时增减衣服等。开展体育锻炼、旅游活动以及其他有效的运动方式,以增强体质。

5. 地理条件 疾病与一定的地理条件有关,地理条件影响疾病的分布,如痢疾在热带地区多见,斑疹伤寒常见于温带与寒带地区。食物、饮水中化学元素的缺乏或过多也可引起一些疾病,这与地理条件有直接联系。地方性甲状腺肿高发地区,饮水、土壤、食物中缺乏碘。氟中毒多见于火山地区和土壤中含氟量高的地区,水中氟含量达 1~2 毫克/升时出现病例,达到 5.0 毫克/升时全部居民都可患病。

另一些疾病,在地理分布上亦有其特点,如肿瘤、心血管疾病、溃疡病等。某些营养缺乏病(脚气病、糙皮病等)常见于某些特定的地区,表明维生素的地域性缺乏。

(二) 社会因素

人们的健康除了受自然因素影响外,还受政治、经济、文化、教育、人口、风俗习惯等社会因素的影响。社会因素和健康的关系是错综复杂的。在多种社会因素中,政治制度对健康通常起着关键性作用。

1. 政治制度 社会制度对健康的影响方面,中国是一个很好的典范。

我国的国民生产总值和人民经济水平与许多经济发达的国家相比,还有相当大的差距,1988 年我国人均国民生产总值为 500 多美元,在 160 个国家和地区中排在第一百三十位。