

全科医师上岗教材

社区家庭病床



曾金生 梁浩材 主编

 科学出版社
www.sciencep.com

全科医师上岗教材

社区家庭病床

主 编	曾金生	梁浩材
主 审	王家骥	邹宇华
副主编	陈万胜	陈小青
	谢宝山	平国兴
	周 乾	
编 者	王 宾	卢明程
	谭晓泉	何 峰
	罗蝶华	周舒冬

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

作为社区卫生服务重要内容之一的社区家庭病床,本书作者积极探索其管理模式,在书中重点阐述了家庭医学和家庭保健的主要内容、社区家庭病床医务人员思想道德规范及伦理行为规范、文化建设及营销策略、社区家庭病床的病历书写规范、收费规范、风险管理以及各项规章制度、技术操作规程和质量管理评价等;同时对社区家庭病床质量管理的最新进展,包括ISO9000族标准、六西格玛管理以及循证医学在社区家庭病床质量管理中的应用等进行了重点介绍。全书共11章,给社区卫生服务管理者及从业人员提供了规范、科学的管理模式。

本书可供高等院校社区卫生服务从业人员、社区卫生服务管理人员及全科医生阅读,也可作为二、三级甲等医院家庭病床及社区卫生服务机构参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

社区家庭病床/曾金生,梁浩材主编. —北京:科学出版社,2006

(全科医师上岗教材)

ISBN 7-03-016953-0

I. 社… II. ①曾…②梁… III. 全科医师-社区服务-卫生服务

IV. R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第014464号

责任编辑:夏 宇 李 君 / 责任校对:李奕莹

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

丽 源 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006年4月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2006年4月第一次印刷 印张:9

印数:1—6 000 字数:210 000

定价:14.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

序

新年伊始,党中央、国务院在总结城市卫生改革与发展的基础上,从医疗卫生事业发展规律和广大人民群众需求出发,于2月24日至25日召开了全国城市社区卫生工作会议,作出了积极发展社区卫生服务的重要决策和部署。胡锦涛总书记、温家宝总理分别作出重要指示,强调进一步做好发展社区卫生服务工作,切实解决群众看病难、看病贵问题。这是深化城市医疗卫生体制改革思路的重大转变,对有效缓解当前群众看病难、看病贵问题,提高全社会疾病控制水平,保障群众身体健康,促进经济社会和谐、协调发展,具有十分重要的意义。

社区家庭病床作为社区卫生服务的重要组成部分,是一种以个人为中心、以家庭为单位、以社区为范围的集医疗、预防、康复、保健、健康教育为一体的健康促进服务。随着现代医学模式的转变,社区家庭病床工作正从单纯的医疗服务型向预防、康复、保健、健康教育、医疗护理型转化;从单纯的家庭医疗服务于病人向为社会群体转化;从单纯的家庭病床服务向社区综合服务发展。其服务对象不分年龄、性别、疾病类型,包括提供生理的、心理的和社会文化各个方面的服务,服务范围包括个人、家庭和社区。随着我国人口老龄化进程加快,慢性非传染性疾病增多,以及现代家庭人员结构性改变及其人力、经济、时间各方面的承受能力的变化,家庭病床服务具有很大的发展趋势,但能否吸引社区居民、留住社区居民,其关键是质量管理和服务水平的保障。建立一整套监督、评价及自我完善的管理机制,实施科学的、现代化的、规范化的“新型社区家庭病床质量管理模式”,不仅反映了一所医院社区卫生服务水平的高低,而且代表了社区卫生服务的区域性发展水平,体现了我们社会、国家的文明程度。本书的作者既有从事社区卫生服务理论研究的老专家、老教授,也有长期工作在社区卫生服务第一线的、具有丰富实践经验的社区卫生服务工作者,因而在书中既可看到家庭医学和家庭保健、社区家庭病床医务人员思想道德规范及伦理行为规范、文化建设及营销策略的理论研究,又可看到社区家庭病床的病历书写规范、收费规范、风险管理以及各项规章制度、技术操作规程和质量评价等实用性和操作性强的经验总结;同时本书对社区家庭病床质量管理的最新进展,包括ISO9000族标准、六西格玛管理以及循证医学在社区家庭病床质量管理中的应用等进行了很好探讨。全书能理论联系实际,给社区家庭病床质量管理注入新的理论、新的方法和新的生机;突出实用性和可操作性,能学用结合,给社区卫生服务管理者及从业人员提供了规范、科学的管理模式。

我期望今后有更多的社区卫生服务管理者及从业人员不断总结和探讨社区卫生工作新方法、新思路,为建立比较完善的社区卫生服务体系、深入推进卫生改革与发展创出一条新路。

广东省佛山市卫生局局长 戚耀方
2006年2月28日

前 言

笔者长期工作在社区卫生服务第一线,积累了比较丰富的社区卫生服务实践经验,尤其在社区家庭病床开展方面。因此认为,有必要把它写出来,供同行在实际工作中参考。

前卫生部政策与管理研究专家、我国最早从事社区卫生服务研究的社会医学与卫生管理学专家、中山大学梁浩材教授曾说过:不走进社区家庭的卫生服务,就谈不上是真正的社区卫生服务。笔者从事社区卫生服务工作8年余,细细品味老教授这句话,感触良多。而目前我国尚缺乏社区家庭病床开展的规范指导用书。本书作者通过查阅国内外大量文献,结合实际工作经验,编写了本书。编写的指导思想有三:①力求理论联系实际,突出实用性和可操作性;②力求脱离“学院式”教育模式,学用结合;③力求在社区家庭病床服务规范建设及质量提高方面寻求突破,提升社区家庭病床服务从业人员形象,推动社区卫生服务全面、可持续发展。

新的世纪,新的起点,新的机遇,新的挑战。作为社区卫生服务重要内容的社区家庭病床,惟有不断提高质量,强化规范管理,坚持以病人为中心,才能在日趋激烈的医疗市场竞争中求生存、谋发展,才能推动社区卫生服务全面、可持续发展。可以说目前社区卫生服务所面临的挑战主要是社区卫生从业人员自身素质的挑战、社区家庭病床规范管理的挑战以及卫生服务质量的挑战。

本书共11章:第一章绪论,对家庭医学和家庭保健主要内容进行了系统描述;第二章至第三章论述了社区家庭病床医务人员道德规范及行为规范;第四章阐述了社区家庭病床文化建设及营销策略;第五章重点介绍了社区家庭病床的病历书写以及基层医疗国际分类概述;第六章至第九章着重阐述了社区家庭病床服务收费规范、风险管理、临床路径以及社区家庭病床工作管理;第十章对社区家庭病床质量管理评价进行了介绍以及如何进行质量管理评价;第十一章重点介绍社区家庭病床质量管理的最新进展,包括ISO9000族标准以及六西格玛管理在社区家庭病床质量管理中的应用、ISO9000族标准在社区家庭病床质量管理中的实施、循证医学与社区家庭病床质量管理以及家庭医学未来发展等。

此书的编写得到了中山大学梁浩材教授、广州医学院王家骥教授以及广东药学院公共卫生学院邹宇华院长的积极参与和帮助,这给了我极大的信心和力量。同时,佛山市向阳医院及佛山市卫生局也给予了大力的支持,在此一并感谢!

因是新的尝试,难免有不当之处,敬请专家、同行多加指正,不胜感谢!

曾金生

2006年1月10日

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 社区卫生服务	(1)
第二节 家庭医学和家庭医生	(2)
第三节 医学模式的转变	(5)
第四节 家庭保健的内容	(7)
第二章 社区家庭病床医务人员道德规范	(11)
第一节 伦理、诚信和法律	(11)
第二节 家庭医学与伦理学	(13)
第三章 社区家庭病床医务人员行为规范	(16)
第一节 社区家庭病床医务人员与病人的关系	(17)
第二节 社区家庭病床医务人员相互之间的关系	(20)
第三节 社区家庭病床医务人员与社会的关系	(21)
第四章 社区家庭病床文化建设	(25)
第一节 社区家庭病床战略目标与员工管理	(25)
第二节 社区家庭病床文化	(27)
第三节 社区家庭病床健康教育	(30)
第四节 社区家庭病床营销	(33)
第五章 社区家庭病床病历书写	(39)
第一节 社区家庭病床病历特点	(39)
第二节 社区家庭病床病历书写的基本要求	(41)
第三节 病人个人资料及建床志	(43)
第四节 问题描述记录、主要问题记录及特殊情况记录	(44)
第五节 医嘱和医嘱单	(47)
第六节 社区家庭病床护理记录及病人评估单的书写内容与要求	(48)
第七节 社区家庭病床病案管理细则	(49)
第八节 基层医疗国际分类概述	(52)
第九节 社区家庭病床病历及护理质量评分标准	(54)
第六章 社区家庭病床服务收费规范	(73)
第一节 社区家庭病床服务收费标准	(73)
第二节 社会保障体系与社区家庭病床服务收费	(74)
第三节 社区家庭病床服务收费标准的制定	(75)
第四节 社区家庭病床服务收费的知情同意	(77)

第七章 社区家庭病床服务风险管理规范	(80)
第一节 构成社区家庭病床服务行为过失的要素	(80)
第二节 防范社区家庭病床服务行为过失的措施	(83)
第三节 发生医疗纠纷时应急处理措施	(85)
第八章 社区家庭病床服务临床路径	(87)
第一节 社区家庭病床建床程序	(87)
第二节 社区家庭病床医务人员临床路径	(88)
第三节 社区家庭病床患者临床路径	(90)
第四节 社区家庭病床服务临床路径实施	(91)
第九章 社区家庭病床工作管理	(94)
第一节 社区家庭病床工作制度	(94)
第二节 社区家庭病床工作规范	(99)
第三节 社区家庭病床工作职责	(108)
第十章 社区家庭病床质量管理评价	(113)
第一节 社区家庭病床质量评价组织与步骤	(113)
第二节 社区家庭病床质量评价主要内容	(114)
第三节 社区家庭病床质量管理评价指标的选择	(116)
第十一章 社区家庭病床质量管理进展	(119)
第一节 ISO9000 族标准与社区家庭病床质量管理	(119)
第二节 循证医学与社区家庭病床质量管理	(121)
第三节 六西格玛管理在社区家庭病床质量管理中的应用	(123)
第四节 家庭医学未来发展	(125)
主要参考文献	(127)
附录	(128)
I 社区卫生服务基本工作内容(试行)	(128)
II 城市社区卫生服务中心设置基本标准(试行)	(129)
III 城市社区卫生服务站设置基本标准(试行)	(131)
IV 城市社区卫生服务机构管理办法(暂行)	(133)
V 城市社区卫生服务中心(站)评价标准(试行)	(135)

第一章

绪 论

跨世纪的医疗卫生服务,必须树立“三维”(生物、心理、社会)健康观、健康价值观(维护社会安定、保障基本人权、发展社会生产力、建设精神文明、反映社会公德)和社会大卫生观。而落实此三个观点,很大程度上要靠社区卫生服务,靠全科医师去执行。

第一节 社区卫生服务

1997年1月15日《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出:“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理,方便群众的卫生服务网络。基层卫生机构要以社区、家庭为服务对象,开展疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务和妇女、儿童与老年人和残疾人保健等工作。”同年,国务院8个部委《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》指出:“建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科医院合理分工的医疗服务体系。”1999年10个部委《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》指出:“社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体、全科医师为骨干、合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。”2000年,卫生部又作出了“加快发展全科医学,培养全科医生”的决定,其中指出:“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”。

从以上文件可见,党中央、国务院有关部门都十分重视和支持社区卫生服务。社区卫生服务有4个特点:

1. 以健康为中心 不是以疾病为中心,适应后医学时代的要求,关注环境、生活方式和社会文化等对健康的影响。
 2. 以人群为对象 不单纯以个体为对象,即为健康人,亚健康人和病人服务,创建健康社区、文明社区。
 3. 以家庭为单位 把人置于这个“社会细胞”角色之中,关注夫妻、父母、子女等社会文化背景对健康的作用。
 4. 提供综合服务 即预防、治疗、保健、康复和生殖医学等医护综合的、全方位的服务。
- 社区卫生服务是国际卫生服务发展的大趋势,即建立以人为本,以人的健康为中心,亲

近顾客(close to client)体系。实现医学模式从生物医学向生物心理社会医学模式的转变。体现“医乃仁术”的医德医风。落实“人人享有卫生保健”的全球战略。建设社会主义精神文明和物质文明,构建和谐社会。以需求为导向,与社会主义市场经济接轨。实现卫生资源的最优配置。

社区卫生服务是建设强大的公共卫生网络体系的网底,事关国家安全,人民安居的大事。我国启动社区卫生服务工作已有十多年历史。计划到 2010 年使社区卫生服务全面覆盖各城市社区,农村社区卫生服务也逐步开展,以满足建设小康社会城乡卫生服务体系的需要。

各地实践经验证明:尽管社区卫生服务发展中遇到种种困难,但有无限的生命力。因为人民群众 80% 的疾病可在社区卫生服务中解决,而且以家庭为单位的卫生服务最具有人性化、个体化、综合化。医患(群)关系密切,群众称上门服务的医护人员是“健康卫士”,传媒经常称赞居民有了自己的“家庭医生”、“健康保姆”。

第二节 家庭医学和家庭医生

西方医学有 200 多年历史。在此之前已有各种“医者”帮助病人治病,主要是内科医生、外科医生和药剂师。18 世纪后由于科学发展,有些医师认识到为病人服务需把上述三种结合起来,称为通科医生(general practitioner)。18 世纪末,医学进一步分科为儿科、妇科和儿童保健等。20 世纪初医生认识到基础学科(理、化、生理、细菌等)的重要性,乃改革医学教育体系。1910~1930 年,医学教育有根本性变化,分科更细,出现精神病学、妇产科学等。20 世纪中叶又再分化为亚专科,如内分泌内科、心血管外科等,强调了专业化。同时,医师们缺乏全科知识培养,不注意关心人的情感、家庭、职业、环境和人际关系等社会心理因素对健康的影响,即见“病”不见“人”。着眼于病而非着眼于人。专科医师对生理问题、对一个科的问题(如内科)感兴趣,医患关系逐渐淡薄,他们认为这些不重要,热衷于用各种方法寻找“病因”。西方医院大都在 20 世纪 30 年代前后建立,主要是放置仪器设备,建病床(图 1-1),故此时被称为医药时代。

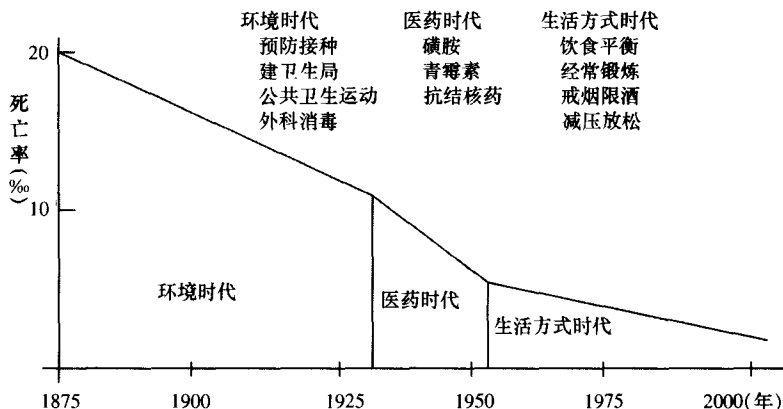


图 1-1 美国卫生世纪划分

医药时代风光约 30 年,到 1960 年前后,医生发现用大量资金建大医院,人群死亡率下降不明显,需调整医学发展战略,让医生回到社区去,深入家庭,接近群众,帮助人们改变不良生活方式,以适应“生活方式时代”的需要(图 1-2)。

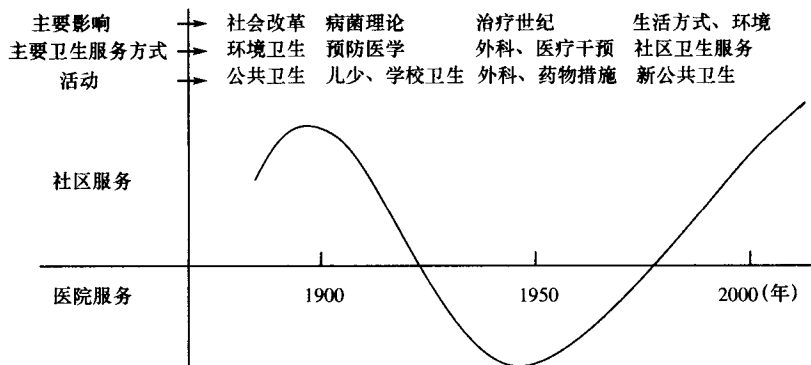


图 1-2 英国健康服务重点的变化

因为关心改变人们的生活方式,关心病人的家庭、职业、情感、环境和人际关系等因素,对治疗和早期防治疾病很重要。当时死亡谱已变为慢性退行性疾病为主。单靠医院干预不良行为不及社区干预效果显著。医生开始认识到纯技术不能完全解决卫生服务问题,有些发达国家开展“非住院运动”,尽量要求医师深入社区,开展人文关怀,把技术科学与人文科学相结合,以克服西方所称的“医学危机”,即用技术主义挤掉人文主义。20 世纪 80 年代,美国有 6000 家医院倒闭,床位减少,但门诊医疗站则从 260 家增到 2500 家,家庭医生不是亲人胜似亲人,成为本社区的健康咨询者、教育者和消费指导者,还做“流动护理”,收费下降。医院的功能逐步改变,有的改称为“健康中心”,“行为医学中心”,“健康管理公司”等,以便在社区解决群众的大部分的健康问题。作为技术后盾的医院,其服务从治疗扩大到预防、从生理扩大到心理、从院内扩大到院外、从技术扩大到社会服务(简称“四个扩大”)以贯彻生物、心理、社会医学模式,适应后医学时代的需求(图 1-3)。医患(群)关系更加密

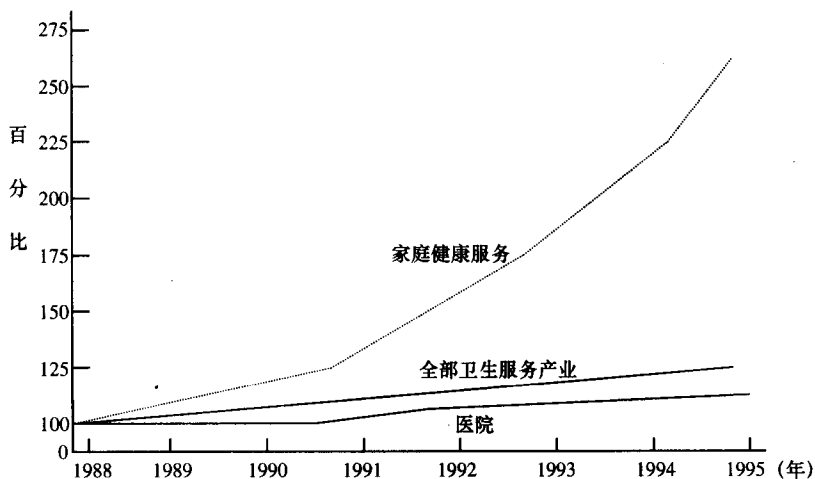


图 1-3 美国卫生机构从业人员增长百分比

切,行为干预效果更加明显,例如日本开展家庭医学服务,近20~30年老年人高血压死亡率减少约3/4,脑血管病死亡率减少2/3。美国也开展家庭医学服务,自20世纪70年代开始启动降高血压、高血脂活动,培训中小学教师,编入教材,普及防治知识,使近30年来冠心病下降70%,高血压等脑血管病下降85%。可见深入社区开展行为干预才能防止这些“生活方式病”上升趋势,而并非有人认为经济增长、生活改善慢性病必然上升。

英国自1964年开始把卫生工作重点转回到社区去、发展社区医学,推广全科医生(简称G.P)。这些G.P与19世纪前的通科医师有区别,主要是认识到医生应熟悉病人的个性、社会关系才能有效的治好疾病,而且由于行为科学的发展,认识到情感、人际关系等因素与健康 and 疾病有密切关系,为评价和改变这些因素对人的影响提供方法。行为干预的连续性、系统性必须在家庭、社区中实行才生效。总之,家庭医学知识对社区卫生服务很有必要。美国、日本推广英国的G.P经验,强调家庭的重要性,把G.P改称为家庭医师(family physician),其工作称为家庭医疗,设立家庭医学专业,办杂志交流经验。家庭医师与全科医师的区别只反映国情和工作重点。G.P在欧洲普及,F.P在美日普及,其实质内容基本一致。

家庭医学服务有其独特性,西方医生形容我国中医师,用整体观念看健康和疾病而不是头痛医头。家庭医学是多学科的产物,它全面的、整体的、连续的服务,与专科医师在医院的间断地、从生物医学角度观察疾病不同。家庭医生送特定的病人住院时,还须跟踪到医院以全面了解病人从入院到出院康复全过程。家庭医师须掌握早期发现疾病的知识(俗称“先兆”),这是专科医师所忽视的。家庭医师送病人住院时还须帮助病人克服恐惧心理,使病人尽快适应实际环境。家庭医师尽量少用特殊化验和检查,不开昂贵药物、所以是经济的、技术实用的服务。

我国开展社区卫生服务不久,群众和医生都不大了解和熟悉全科医学服务。目前全科医生较少进入家庭,即使进入,也由于知识面狭窄,不善于与病人和家属进行有效的沟通。距离国外家庭医生服务的安全、有效、及时、人本、节约和公平服务的原则相差尚远。但也有少数社区服务中心从开设家庭病床入手,开展家庭医学服务,取得良好的经济效益和社会效果。如广州番禺区桥南社区开设家庭病床服务,费用相当于住大医院的1/8,而且人性化服务使病人、家属、社保局和卫生局都十分满意。佛山市向阳医院开设家庭病床,享誉佛山市,各医院前去学习他们的经验。这些家庭病床的主要特点是为弱势人群服务,送医药上门,减轻病人经济负担和舟车劳累,康复效果好,医患关系密切,基本上没有人投诉,达到了“小病进社区,大病进医院”的目的。

兹举下列数例说明家庭医师服务的优越性:

(1) 英国著名的《柳叶刀》杂志报道:家庭医师深入患心脏病的老妇家中,每天为她讲幽默故事,使患者心情愉悦,心绞痛发作比对照组少。认为每天大笑100次相当于运动10分钟。

(2) 瑞典有一对广东移民夫妇,结婚十年未生育,医院检查生殖系统均正常,家庭医生深入家庭了解该夫妇喜欢乳鸽,常从公园里“偷”鸽子回家吃。由于鸽子怀孕妨碍游人活动,公园乃放了避孕药给鸽子吃以减少生育。该夫妇就间接服了避孕药故不育,原因找出后次年生下孩子。

(3) 某市一女工近年患溃疡病,服药效果不佳,家庭医生深入了解,家人告知她对下岗不满,抑郁致胃病。医生诊断为抑郁症引起的焦虑,治疗抑郁症加服溃疡药后很快好转。

(4) 某市一中年妇女患糖尿病一直坚持服药控制较好。近来突然控制不住,血糖升高,门诊医生根据血糖升高开药,效果不好,家庭医生到其家中了解原因,她的独生子近日应聘赴北京工作。她舍不得儿子离开而焦急,每当心情不好时以吃东西来解闷,医生乃劝她:儿子赴京应聘是好事,心情不好大可不必,可购手机,经常与他通话,如同在一起,她明白道理后,购了手机,血糖渐恢复控制。

(5) 某农村老妇患高血压,服各种药物均控制不佳。医师深入家中了解原来她家中婆媳矛盾严重,乃劝她与媳妇分居,她购置新房后,此矛盾解除,血压也趋稳定。

无数事例说明,深入家庭,了解因素,进行干预,是社区卫生服务取得成效的战略措施。尤其我国人民文化素质不高,主动接受报刊等传媒的医学信息不多,健康知识贫乏,常被一些夸大的广告所误导。健康教育的知—信—行模式中,知和信很少起作用。医护人员深入家庭进行“一对一”的健康知识传播,成为病人的知心朋友,在家庭进行健康教育的作用较大,何况在后医学时代中,健康促进已成为很多国家采用的“上游”战略(表 1-1)。

表 1-1 英国“国民健康”新战略

服务对象	健康观	
	自然科学 Natural Science	整体观 Holistic View
个体化 individualistic	下游	上游
集体化 collectivistic	临床为重点	健康促进为重点

时代要求医患(群)之间是挚友关系,很多健康方面的隐私问题,可向医护人员倾诉或在家庭中观察到。如教育孩子不当使孩子产生“网瘾”或厌学,性知识缺乏引起夫妻关系难处等。兹举一个连续性服务的例子:某中年妇女与家庭医生同住一栋楼,她每次到农村回来,过劳常感肝区疼痛(原有肝硬化),她常请该家庭医生诊治,家庭医生常触其肝脏,知道大小及硬度,某次她从农村回来,又感肝痛得厉害,乃请某医院内、外科主任会诊,做同位素检查,结果报告是肝脏占位性病变(?),内、外科主任据此加上触肝脏又硬又痛,共同主张剖腹探查,但家庭医生则不同意,最后她接受了家庭医生的意见,休息半个月就好转,至今已三十多年未见肝癌出现。说明家庭医生服务的连续性,综合性很有好处。

第三节 医学模式的转变

20 世纪下半叶以来,世界转入后工业时代,医学和公共卫生也不断变革,逐步转入新公共卫生和后医学时代。如图 1-1 所示,美国自 1950 年以来,进入“生活方式时代”,英国 20 世纪 60 年代卫生战略也向社区为重点转变(图 1-2)。WHO 及时提出:“未来死亡率的下降,大部分靠非卫生部门的努力。”防治心血管病“与其说要靠传统的医学技术,毋宁说要靠政治行动”(即社会行动),防治恶性肿瘤,“要靠社会和行为措施”。WHO 在 20 世纪 80 年代提出:不要死于无知,医生是改变人类行为的工程师。1986 年加拿大渥太华《健康促进宪

章》提出面临新公共卫生问题,倡导以社区为导向的新公共卫生服务,实行健康促进战略。同年英国利物浦出版《新公共卫生》著作,改革传统的公共卫生内容。1979年美国卫生部长提出美国面临三个“自毁”,即自毁于自己创造的生活方式和习惯行为;自毁于自己创造的环境污染;自毁于容许有害的社会条件继续存在。已初步明确行为医学、环境医学和社会医学是新公共卫生的基本内容。1977年,WHO提出“人人享有卫生保健”(HFA)的全球战略,1987年总结经验认为,实现HFA需要以“人人健康”(AFH)为前提。1984年WHO认为卫生与社会经济发展之间有互动作用是“真理”。20世纪90年代又提出“我们应把卫生置于社会发展议程的核心”,2001年WHO又组织70多名计量经济学家研究宏观经济与健康,历时一年出版《宏观经济与健康》研究专著,其中指出,1美元的健康投资可取得6美元的经济回报。世界银行报告也指出:“良好的健康状况,可以提高个人的经济生产率,提高各国的经济增长率。因此,投资于健康是加快发展的一种方式。”

以上的实践和理论,正酝酿着一个大转变,它告知世人,在知识经济时代,健康是最有价值的人力投资,更新了医学和健康的价值观,改变人们对医学和卫生工作的理念和服务模式。WHO主张理念要更新(reorient),服务模式须转变(reshape),这使我们的认识有了一个飞跃,即医学进入后医学时代,二者的区别如表1-2所示。

表 1-2 医学时代与后医学时代的主要区别

	医学时代	后医学时代
时间	<20 世纪上半叶	>20 世纪下半叶
致病因素	理化生物因素为主	行为社会环境因素为主
疾病类型	传染病、营养不良性疾病为主	慢性退行性疾病为主
应对方法	医疗、预防	行为干预
医患关系	医生权威性较大	医患平等、朋友关系
卫生部门的作用	主要靠卫生部门努力	主要靠非卫生部门努力
医学模式	生物医学模式为主导	生物、心理、社会医学模式主导
服务类型	药物、手术、消毒、杀虫等	健康教育和健康促进

后医学时代并非否定医学时代的成果,而是拓展它的社会功能,从观念上和方法上更高层次地解决人们的健康问题,即提高解决健康问题的自觉性、社会性和整体性。2003年我国成功地控制SARS流行,全球目前控制AIDS的行动以及各国用行为干预方法对付慢性非传染病取得的初步成果。正如中国科学院院士吴英恺指出:防治高血压须实行“两个统一战线”,即卫生部门内和卫生部门与其他部门之间的大协作(社会大卫生)才能有效。

如表1-2所示,后医学时代对应的医学模式是生物、心理、社会医学模式,它的产生是时代的必然,是医学史上的一个飞跃,完全符合系统(整体)医学时代的发展要求,历史上经过下列医学模式:

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(生态)医学模式 → 生物、心理、社会医学模式

经验医学时代 → 实验医学时代 → 整体医学时代

医学模式的转变不是简单的替代过程,而是一种超越和飞跃,从渐变到突变,其改变受到社会经济、科学技术和社会实践的影响,主要表现在下列几方面:

1. 医学进一步社会化 从个人分散的医学活动转变为社会分工协作进行医学活动。由于都市化、工业化,人们从自发到自觉地认识到人民健康问题需靠国家、社会、社区、家庭和个人共同行动才能解决。

2. 人类认识层次的变化 从认识人是生物到认识人是社会动物、从自然人到有心理、社会特征的社会人,从直线的单因单果思维到多因素、多层次、多变量、多目标等的整体思维。如糖尿病不单纯是生物学因素引起的,而是社会、行为、生物等因素综合作用的结果,单靠生物医学模式来治疗效果不佳。

3. 疾病(死亡)谱的变化 即从感染性疾病为主向退行性疾病为主转变,预防医学上称为第一、第二次革命。前者对付传染病,营养不良和寄生虫病,后者对付慢性非传染病为主,其应对手段有很大区别,而我国则面临两次卫生革命的威胁,即“双重疾病负担”,责任更艰巨。

4. 人类卫生保健需求的变化 由于社会生产力的发展,人类生活改善,健康价值观的提升,对卫生保健需求也在改变。卫生保健已成为社会发展议程的核心。人人享有卫生保健成为全球战略。我国建设小康社会,奔小康、要健康成为人们共同的呼声。加上社会竞争激烈,人们的行为和心理问题愈来愈多,不仅要求生理保健,还需心理和社会保健。

如表 1-2 所示,由于面临的卫生问题与 50 年前不同,如美国面临 10 个主要卫生问题:体育运动、肥胖、吸烟、酗酒和滥用药物、不安全性行为、环境污染、精神卫生、伤害、享受医疗服务不平等、预防接种尚有空白点。日本、英国等也面临相似的卫生问题。我国沿海地区也面临上述问题。当然我国还须加上“双重疾病负担”问题。如血吸虫病患者有 100 多万、结核病患者 450 万、尘肺危险人群 50 万、艾滋病感染者近 90 万等。但有一点是共同的:上述问题大多数属于行为医学问题。须靠政府、社会、社区、家庭和个人共同努力,才能解决,称为社会系统工程。也属于环境医学和社会医学问题。我们须理顺思路,动员一切伙伴的力量才能解决。如医务人员重治轻防,群众也受到影响。社区医学和家庭医学服务难以落实,临床医师普遍受生物医学模式影响,很少从行为、心理方面看待问题。如内科病人中有 2/3 为心身病,医师则当躯体病治,使事倍功半,医患关系紧张。医生存在对病人的恩赐、技术神秘等观念,不善于与病人交朋友,不能平等待人。不少医师用单纯技术主义挤掉人文主义。脱离医乃仁术,仁者爱人的初衷。英国学者佛列克斯认为:“把医学作为一种技术掌握是非人道的。”著名医史学家文兹梅尔在《世界医学五千年史》上指出:医学科学面临最迫切的任务是:平衡一下,这个技术时代不断增长的、被谴责的、日益反常的现代人的生活方式。因此,必须唤起医学界,唤起民众,赶快跟上后医学时代,才能与时俱进地解决当前的公共卫生问题,完成历史上给我们的新使命。

第四节 家庭保健的内容

家庭作为社会细胞,是社会卫生服务的基础。WHO 指出:“健康首先从家庭、学校和工厂开始的”。家庭的结构、功能及其关系的完整性有利于社区卫生服务的开展。我国已步入老龄化社会,老年人的家庭保健愈益突出,加上独生子女的特点,家庭问题日益增多。

我国开展社区卫生服务时间不长,进入家庭保健服务经验不足,已有的家庭服务从建

立家庭病床开始。但随着社会发展,人们对健康需求增加,服务“到家”要求很大,故家庭保健从人口、内容、方法等需求增长比其他医学服务的增长都快(见上节图 1-3)。据上海市调查,人们在社区、家庭服务需精神(心理)安慰者占 71.45%,需医疗护理者占 53.61%,需护理知识培训者占 40.79%,需护理技术培训者占 35.07%,每天需接触医护者占 28.16%,每周需接触医护者占 31.53%。该市精神分裂症患者 90%生活在社区,通过社区 3 年康复治疗,缓解率 81.3%,复发率 20.0%,但对照病例相应为 26.6%和 82.6%,效果十分显著。广州市海珠区调查,需精神服务占 56%,该区主动申请社区卫生人员中,包括贫困型、因病致贫型、家庭温馨型、保健型和急诊型人口,后两种型属申请占少数。目前社区卫生服务以医疗护理为主。因此,开设家庭病床,减轻贫困型人口的经济负担,减少医保开支都十分需要。据广州市番禺区和佛山市的向阳医院开设家庭病床的经验,家庭病床平均每天医药等开支约为 40~60 元,为住医院开支的 1/8。据上海市的研究(1994 年),可节省开支 1/4。

医护人员进入康复卫生服务前,须了解家庭的基本知识。

1. 结构 家庭结构可分为核心家庭(夫妇和未婚子女组成)、扩展家庭(两对或以上夫妇及子女组成)、主干家庭和联合家庭,后两者少见。目前还有单亲家庭、单身家庭、同居家庭、同性恋家庭等。

2. 功能 主要有生育、赡养、教育、消费和保健功能,个别有生产功能。

3. 家庭关系 关系失调危害健康,如夫妻关系失调甚至离婚,产生破裂家庭综合征。不但双方痛苦,危害子女更大。亲子关系失调(过分保护、溺爱、虐待),产生母爱剥夺综合征。疾病影响家庭成员产生相感病更为常见。

家庭各功能失调均造成长远影响,如农村子女教育功能失调,增加辍学率。赡养功能失调,对老人、儿童照护不足,产生失落感、隔离感,影响健康甚至自杀。

根据系统理论,家庭是一个动态系统,有发生、发展、衰退和消亡过程,其中产生各种重要生活事件,如婚姻生育、离婚、退休、死亡等,对家庭成员均产生生理、心理影响。此发展过程称为生活周期如表 1-3 所示。

表 1-3 家庭生活周期

阶 段	定 义	面临的主要问题
新婚	男女结合	双方互相适应及沟通(亲密和独立、自由和责任感的平衡),性生活协调及计划生育,建立新的亲戚关系
第一个孩子出生	0~30 个月	父母角色的适应,经济及照顾幼儿的压力,维持稳定婚姻关系
有学龄前儿童	30 个月至 6 岁	儿童的身心发展,社会化,适应与亲人的分离
有学龄儿童	6~13 岁	儿童的身心发展,上学问题,家庭需适应子女同伴与学校对其子女的影响
有青少年	13 岁至离家	青少年的教育与沟通,青少年的性教育及与异性的交往恋爱,再强化婚姻及事业,建立独立认同
孩子离家创业	最小孩子离家	父母与子女关系成为成人间的关系,父母逐渐有孤独感,建立独立认同
空巢	父母独处至退休	恢复仅有夫妻两人的生活,重新适应婚姻关系,适应老年生理性退化及病痛
退休	退休至死亡	适应退休,维护配偶及个人的功能,死亡的面对

从上表可见,不同时期可产生不同的健康问题,儿童、老人、残疾人统称为弱势人群,医护人员须主动、积极地关注弱势人群,防止各种问题激化。如我国不少家长生孩子后很少

学习养育孩子的知识,认为只要孩子健壮就行。重视喂养,不重视教育。很少注意行为心理的指导。医护人员须提醒家长。当今社会变革迅速,社会心理行为因素对人们的影响增加。如媒体可起积极作用,也可起消极作用。中小学生的网瘾已成为重要社会问题,是学校、家庭教育功能失调所致。

对弱势群体要设家庭病床服务很有必要,它可产生巨大的经济效益和社会效益。是否开设家庭病床是社区卫生服务中落实 6 项功能的标准之一。以家庭为单位的要求必须落实。家庭病床服务内容有些方面比医院还广,如心理咨询,中医按摩、针灸,还有营养,体育,音乐,幽默,故事以至帮助患者利用自然资源(阳光、水、绿化、养花鸟鱼虫和文娱活动)。病人常言:“想找个医护谈心”,也是一种安慰疗法。由此可见,医护人员在开展家庭病床服务中需学习很多知识。才能解决生理、心理和社会健康问题(表 1-4)。教育者必须先受教育,体现个体化、人性化、综合化的服务。家庭也是一种资源,因为家人、亲属有不同的社会教育等背景可调动其积极性为患者康复服务。如家属陪伴患者打太极拳,可增加情趣,强身健体,传达健康信息给病人,学习“饮食指导”帮助病人配膳食。家庭资源可分内、外两大类。如下述:

内资源:有经济、健康、医疗、情感、信息、结构资源等。

外资源:有社会、宗教、经济、教育、环境、医疗资源等。

表 1-4 家庭危机的常见原因

一般情况		异常情况
家庭成员增加	结婚、孩子出生、领养幼儿 亲友搬来同住	意外怀孕 继父、继母、继兄弟姐妹搬入
家庭成员减少	老年家人或朋友死亡 家人因病住院 家人按计划离家 (如孩子入学、外出工作等) 同龄伙伴搬走	子女离家出走或被流放 家人从事危险活动(如战争) 夫妻离婚、分居或被抛弃 家人猝死或暴力性死亡
不道德事件	违反社会、社区、家庭的规范	酗酒、吸毒 对配偶不忠、通奸 被开除或入狱
地位改变	家庭生活周期进入新阶段 加薪、提、降职位 搬家、换工作(单位)、转学 事业的成败 政治地位及其地位的变化 突然出名或发财	代表社会地位的生活条件的改变(如汽车、住宅、工作环境) 失去自由(如沦为难民、入狱) 失业、失学 退休 患严重疾病,失去工作能力,没有收入

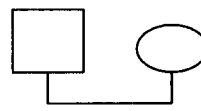
家庭结构图及家庭关系图的各种图形示意说明:



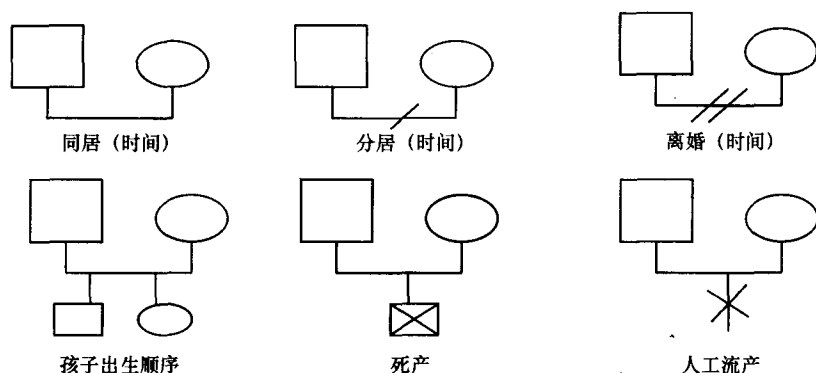
死亡



家庭护理特定对象



结婚(时间)



一帆风顺只是人们的良好愿望,人生难免遇到很多不如意事,产生家庭危机,见表 1-4。家庭访视和护理过程常见家庭评估方法分析家庭诸多因素对健康现存或潜在的影响,可用家庭结构图和社会关系图来表示(图 1-4)。

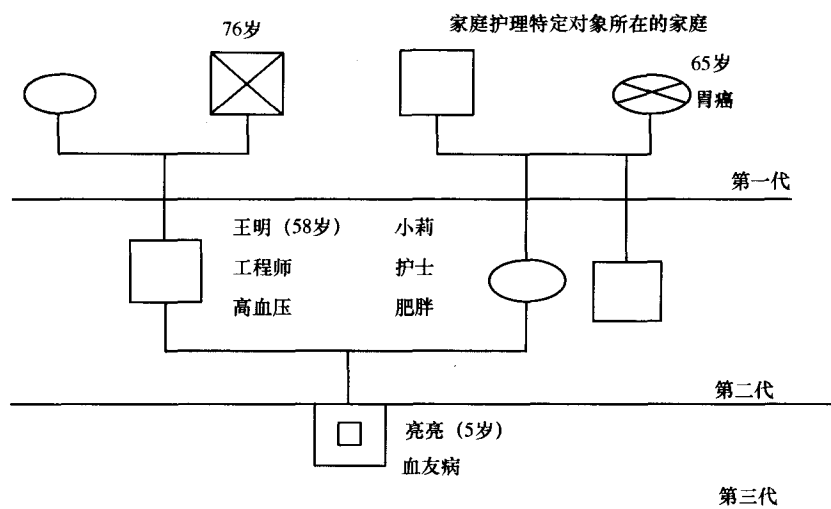


图 1-4 家庭结构图及家庭社会关系图

由家庭成员自己画的家庭结构与关系图谱,称为家系图。它反映家庭成员对家庭关系的感性认识和情感倾向,制作时简明说明关系,便于评估。家庭功能的监测可采用家庭功能的主观评估法,如表 1-5 所示。

表 1-5 家庭功能评估 APGAR 表

APGAR 家庭功能主观评估	经常	有时	很少
当我遇到问题时,可以从家人得到满意的帮助(适应度,adaptation)	☐	☐	☐
我很满意家人与我讨论各种事情及分担问题的方式(合作度,partnership)	☐	☐	☐
当我希望从事新的活动或发展时,家人都能接受和支持(成熟度,growth)	☐	☐	☐
我很满意家人对我表达感情的方式及对我情绪的反应(情感度,affection)	☐	☐	☐
我很满意家人与我共度时光的方式(亲密度,resolve)	☐	☐	☐

(梁浩材)