

社区卫生 服务导论

Shequ Weisheng
Fuwu Daolun

主编 张开金



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

主要内容

编者前言

社区卫生服务导论

主 编 张开金

副主编 周 玲 陈文姬 顾 勤

编 者 (按章节顺序排列)

张开金	东南大学公共卫生学院
王 洁	南京医科大学康达学院
王 沛	南京中医药大学临床医学院
顾 勤	南京中医药大学临床医学院
陈文姬	东南大学附属中大医院
黄 骅	东南大学附属中大医院
金 辉	东南大学公共卫生学院
王劲松	扬州大学医学院
巢健茜	东南大学公共卫生学院
周 玲	南京医科大学公共卫生学院
谢 波	东南大学医学院

东南大学出版社
· 南京 ·

内 容 提 要

本书由江苏省医学院校长期从事全科医学教育的教授编写,主要介绍全科医生与全科医疗、以问题为目标的健康照顾、以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为范围的健康照顾、社区卫生服务中的人际交流与沟通、社区卫生服务信息管理、社区卫生服务管理、社区健康管理、社区卫生服务与医疗保险等。本书以案例为切入点,以问题为中心展开论述,内容新颖,实用性和可操作性强。

本书可作为高等医学院校教材和全科医生培训教材,也可供临床医生参考。

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生服务导论 / 张开金主编. —南京:东南大学出版社, 2013. 8

ISBN 978-7-5641-4448-7

I. ①社… II. ①张… III. ①社区服务—卫生服务—中国—高等教育—教材 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 191024 号

社区卫生服务导论

出版发行 东南大学出版社

出 版 人 江建中

网 址 <http://www.seupress.com>

电子邮箱 press@seupress.com

社 址 南京市四牌楼 2 号(210096)

电 话 025-83793191(发行) 025-57711295(传真)

经 销 全国各地新华书店

排 版 南京理工大学资产经营有限公司

印 刷 常州市武进第三印刷有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 15.75

字 数 390 千字

版 印 次 2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5641-4448-7

定 价 34.00 元

本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系。电话(传真):025-83791830。

编者的话

随着医药卫生体制改革的不断深入,大力发展社区卫生服务已经成为共识。经过十多年社区卫生服务的实践,人们对社区卫生服务的认识也在深化。完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系,加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络,完善服务功能,以维护社区居民健康为中心,提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务,是当前医药卫生体制改革的一项重要内容。为了帮助社区卫生工作者更新服务观念,转变服务模式,尽快适应社区卫生服务的要求,我们组织人员编写了这本《社区卫生服务导论》。

本书共十一章。第一章绪论,概要地介绍了社区卫生服务的发展背景、发展历程、服务内容和方式;第二章全科医生与全科医疗,介绍了全科医学的基础知识,全科医学、全科医疗的基本概念和基本特征,全科医生的角色作用,全科医学与其他医学学科的关系;第三章到第七章,介绍了全科医疗和社区卫生服务中以病人为中心、以家庭为单位、以社区为范围的服务方式和服务特点,以及人际交流与沟通的基本技巧;第八章、第九章分别讨论了社区卫生服务信息管理,居民健康档案的内容、编制与使用,以及社区卫生服务机构设置、质量管理、人员队伍管理等各个工作步骤的做法和工作要求;第十章社区健康管理,重点介绍了社区慢性病健康危险因素,健康管理的步骤和策略;第十一章社区卫生服务与医疗保险,简要介绍了医疗保险对社区卫生服务的作用,全科医生在医疗保险中的角色与功能等。

在编写过程中力求满足全科医疗和社区卫生服务实践的需求,以案例讨论为切入点,以问题为中心展开论述。从我国国情出发,尽量做到实用性强、内容新颖,以满足医学院校相关专业、全科医生培训和高等学校通识课的教学需要。

目前,我国的社区卫生服务仍然在不断进行探索之中,加上我们的水平有限,本书仍然存在不足,难免有不妥之处,我们殷切希望广大读者提出宝贵意见,以便不断修改、完善。

编者

2013年5月



目 录

第一章 绪论	(001)
一、社区卫生服务概述	(001)
二、社区卫生服务的发展	(004)
三、社区卫生服务的研究方法	(007)
四、社区卫生服务与相关学科的关系	(010)
第二章 全科医生与全科医疗	(014)
一、全科医学	(015)
二、全科医疗	(026)
三、全科医生	(037)
第三章 以问题为目标的健康照顾	(047)
一、甄别健康问题	(047)
二、以问题为导向健康照顾的基本原则	(050)
三、临床诊断思维过程	(054)
第四章 以人为中心的健康照顾	(058)
一、以人为中心的照顾模式	(058)
二、以人为中心健康照顾的基本原则与方法	(065)
三、病人管理与教育	(071)
第五章 以家庭为单位的健康照顾	(074)
一、家庭的基本概念、结构与功能	(074)
二、家庭与健康	(078)
三、家庭健康问题评估	(081)
四、以家庭为单位健康照顾的基本原则与方法	(087)
五、家庭健康照顾	(092)
第六章 以社区为范围的健康照顾	(097)
一、社区及社区健康照顾	(097)
二、社区卫生调查	(099)



三、社区诊断	(103)
四、社区干预	(105)
五、以社区为导向的基层医疗照顾	(107)
六、实例分析与评价	(110)
 第七章 社区卫生服务中的人际交流与沟通	(111)
一、人际关系概述	(111)
二、人际交流的内涵	(119)
三、人际交流的基本技巧	(128)
 第八章 社区卫生服务信息管理	(134)
一、社区卫生服务信息管理概述	(134)
二、居民健康档案的内容与编制	(137)
三、居民健康档案的建立与使用	(144)
四、计算机在社区卫生服务信息管理中的应用	(158)
 第九章 社区卫生服务管理	(166)
一、社区卫生服务管理概述	(167)
二、社区卫生服务组织管理	(169)
三、社区卫生服务质量管理	(182)
 第十章 社区健康管理	(190)
一、健康管理的概述	(190)
二、健康危险因素	(194)
三、健康管理的策略	(210)
 第十一章 社区卫生服务与医疗保险	(232)
一、风险与医疗保险的概述	(232)
二、医疗保险对社区卫生服务的作用	(235)
三、全科医生在医疗保险中的角色与功能	(242)
 主要参考文献	(245)



第一章 绪 论

完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系,加快建设以社区卫生服务主体为中心的城市社区卫生服务网络,完善服务功能,以维护社区居民健康为中心,提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务,是当前医药卫生体制改革的一项重要内容。其主要目的是改革现有的卫生服务体系,逐步形成功能合理、方便群众的新型卫生服务网络,增加基层卫生服务供给,更好地满足广大群众日益增长的健康需求。

一、社区卫生服务概述

(一) 基本概念

社区卫生服务(communitary health care, CHC; community health service, CHS)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,按照全科医学的理论,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、慢性病病人、残疾人为重点的基层卫生服务。社区卫生服务以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的。社区卫生服务组织主要向居民提供预防、保健、健康教育、计划生育和常见病、多发病、诊断明确的慢性病的治疗和康复。与专科医疗机构的服务相比,社区卫生服务的最主要特征是服务的综合性、连续性、方便、快捷和经济。

社区卫生服务是一种基层卫生保健服务。通常是指基层医疗卫生机构及人员,按照全科医学的理论,合理使用社区卫生资源,为个体、家庭和社区,提供预防、保健、康复、健康教育、医疗和计划生育技术指导为一体的综合性卫生保健服务的总称。

在概念上社区卫生服务与全科医疗/家庭医疗是有区别的。社区卫生服务和全科医疗/家庭医疗是根据全科医学理论而形成的各具特征的医疗卫生服务活动。全科医疗/家庭医疗是一门临床医学的二级学科,是相对于专科医疗服务而言,它更具有运用团队形式提供人格化的、可及性的、连续性的、综合性的、协调性的基本医疗保健服务。而社区卫生服务提供的是一种基本医疗服务和基本公共卫生服务,是一种基本医疗卫生保健服务。

(二) 发展社区卫生服务的背景

1. 适应人口变化的需要 一方面是人口总量快速增加。1950 年世界人口为 25 亿,

2012年3月12日达到70亿,《2010年世界人口状况报告》预测,到2050年,世界人口将超过90亿。我国第六次人口普查,全国总人口为13.4亿人,与2000年第五次全国人口普查相比,十年增长5.84%,年平均增长0.57%。另一方面是人口的老龄化。按照国际公认标准:一个国家或一个地区总人口中,如果60岁及以上人口所占比例超过10%,或65岁及以上人口所占比例超过7%,即称为老龄人口类型。发达国家一般来说都是先现代化而后才迎来人口老龄化,而我国尚未实现现代化,却已迎来人口老龄化,60岁及以上人口占13.26%,比2000年(人口普查)上升2.93%,其中65岁及以上人口占8.87%,比2000年上升1.91%。我国进入老龄化社会以来,呈现出老年人口基数大、增速快、高龄化、失能化、空巢化趋势明显的态势,再加上我国未富先老的国情和家庭小型化的结构叠加在一起,带来许多社会、卫生需求变化,如老年人的赡养、养老、健康以及医疗卫生服务等都有新的需求变化,原有卫生服务体系已不能适应。

2. 适应疾病谱和死因顺位变化的需要 随着我国社会经济的发展和医疗卫生的进步,我国人口的疾病谱正在发生变化。以急性传染病和感染性疾病为主的疾病谱,已经被慢性病以及与人们不良的生活方式密切相关的疾病为主的疾病谱所替代。我国居民前10位死因中,60%~70%的死亡为恶性肿瘤、脑血管疾病、心脏病等慢性非传染性疾病致死,而造成这些死亡原因的危险与人类的行为生活方式密切相关。因为慢性非传染性疾病的病因大多与环境因素、心理行为因素、社会因素有关,缺乏特异性治疗手段,这些只有新型社区卫生服务体系提供的健康促进、社区干预和防治结合的服务才能解决。

3. 适应社区居民对卫生服务需求变化的需要 随着改革开放的深入,人民群众的物质和文化生活水平不断提高,对健康、保健的意识明显增强,相应地在对卫生服务的需求方面出现需求的多层次、多样性变化。在社区,居民不仅需要医疗服务,还需要预防、保健服务,需要在引进有益于健康的文明生活方式方面提供指导服务。只有新型的社区卫生服务体系才能提供“六位一体”综合性的、持续性的、协调性的、方便主动的卫生服务,以满足居民对卫生服务的需求。

4. 适应深化卫生服务体制改革,提高卫生服务效益的需要 居民的大部分健康问题由全科医生在社区卫生服务机构里解决,而只把很小一部分转给医院,这已被世界各国所认可。然而,我国由于卫生资源配置、卫生服务理念、传统的择优就医习惯等方面的问题,人们过度地利用大医院。卫生资源也过多地集中在城市,集中在大型医院,大量的常见病、多发病不能在基层医疗机构解决,造成了卫生资源利用的浪费,导致卫生服务的公平性和效率下降,也增加了病人的经济负担。只有大力发展社区卫生服务,加大对基层社区的卫生资源配置,才能给群众提供更加协调、适宜的卫生技术服务,实现小病在社区、大病到医院、康复回社区(图1-1、图1-2)。

(三) 社区卫生服务基本功能

社区卫生服务承担基本医疗服务和基本公共卫生服务职能,是城市卫生服务体系的基础环节和服务网底。

1. 社区卫生服务机构提供以下基本医疗服务

(1) 一般常见病、多发病诊疗、护理和诊断明确的慢性病治疗。

(2) 社区现场急救救护。

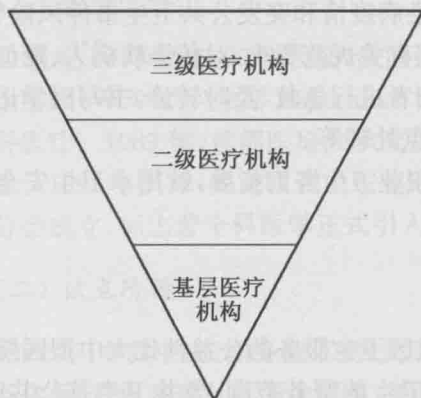


图 1-1 医疗资源配置示意图



图 1-2 人群卫生服务需求示意图

(3) 家庭出诊、家庭护理、家庭病床等家庭医疗服务。

(4) 转诊服务。

(5) 康复医疗服务。

(6) 中医药特色服务。

(7) 政府卫生行政部门批准的其他适宜医疗服务。

2. 社区卫生服务机构提供以下公共卫生服务 卫生部在《国家基本公共卫生服务规范(2009年版)》基础上,组织专家对服务规范内容进行了修订和完善,形成了《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》。包括11项内容,即:城乡居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理,以及卫生监督协管服务规范。

(1) 城乡居民健康档案管理:根据国家规定收集、报告辖区有关卫生信息,开展社区卫生诊断,建立和管理居民健康档案,向辖区街道办事处及有关单位和部门提出改进社区公共卫生状况的建议。

(2) 健康教育:普及卫生保健常识,实施重点人群及重点场所健康教育,帮助居民逐步形成利于维护和增进健康的行为方式。

(3) 预防接种:根据国家免疫规划疫苗免疫程序,对适龄儿童进行常规接种。开展预防接种管理,处理疑似预防接种异常反应。

(4) 儿童保健:开展新生儿保健、婴幼儿及学龄前儿童保健,协助对辖区内托幼机构进行卫生保健指导。

(5) 孕产妇保健:提供孕产期保健,开展孕早期、中期和晚期健康管理,产后访视,产后42天健康检查等。

(6) 老年保健:指导老年人进行疾病预防和自我保健,为老年人提供健康管理服务,包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

(7) 慢性病健康管理:开展高血压、糖尿病患者筛查、随访、干预和健康体检,实施慢性病疾病管理。



(8) 精神卫生服务:实施精神病社区管理,为社区居民提供心理健康指导。

(9) 传染病及突发公共卫生事件管理:开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理,发现、登记、报告传染病和突发公共卫生事件。按照有关规范要求,对传染病病人、疑似病人采取隔离、医学观察等措施,对突发公共卫生事件伤者进行急救,及时转诊,书写医学记录及其他有关资料并妥善保管。开展流行病学调查,疫点处理等。

(10) 卫生监督协管服务:食品安全信息报告,职业卫生咨询指导,饮用水卫生安全巡查和学校卫生服务等。

(四) 社区卫生服务服务方式

社区卫生服务与医院服务主要区别是:第一,社区卫生服务的公益性比大中型医院更加明显。因为它除了基本医疗服务以外,许多是公共卫生的服务范围,公共卫生是公共产品,公益性比大医院更加明显。第二,与大医院相比,它是主动性服务。大医院医生是等病人上门,社区卫生服务是主动性服务,上门服务,提供家庭病床服务。第三,它是为社区全体居民提供服务,大医院仅仅是为病人或者主要为病人提供服务。社区卫生服务对象:患病群体、亚健康人群、健康人群。第四,提供综合性服务。大医院主要是医疗,社区卫生服务是多位一体的服务,除了基本医疗以外,还包括预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导,还可以加上其他的服务。第五,它提供连续性服务。大医院是一病一看,看好了,大部分都不会回访追踪,但社区卫生服务对一个病人来说,要全程提供服务。对居民来说,从你出生到临终,全程都提供服务。人生每个阶段有每个阶段的健康问题,社区都要提供服务。第六,社区卫生服务的可及性。一方面,社区卫生服务是办在社区,办在家门口,居民步行 15 分钟就能到达,比较方便,尤其适合老年人;另一方面,社区卫生服务的价格是社区居民承担得起的。它提供基本医疗服务,药品是基本药品,技术是适宜技术,价格比大医院要低。

综上所述,社区卫生服务的服务方式主要为主动性服务、约定式服务、家庭式服务和呼叫服务。

1. 主动性服务 这是与专科医疗的最大差别,专科医疗一般都是坐等病人,而全科医疗则提供的是一种主动性服务,全科医生不仅在机构内接诊病人,他们更多的是走出诊室,主动到家庭去上门服务、到社区去提供卫生服务。

2. 约定式服务 为居民建立健康档案,签订服务合同,建立固定的医患关系,以便提供及时性的、持续性健康服务。

3. 家庭式服务 家庭巡诊、家庭护理和家庭病床服务是一种既方便又经济的服务方式,全科医生在病人家里建立病床,使病人不出门就可以享受高质量的卫生服务。

4. 呼叫服务 社区卫生服务机构向居民公布通讯呼叫电话等,为全科医师配备有现代通讯工具和交通工具,实行 24 小时随叫随到服务。

二、社区卫生服务的发展

自 20 世纪 80 年代末、90 年代初开始,我国社区卫生服务的发展经历了酝酿阶段、试点阶段、体系框架建设阶段、全面推进阶段和内涵建设阶段等。



(一) 酝酿阶段

20世纪80年代末、90年代初,我国引入全科医学概念。1986—1988年,当时的世界家庭医生组织(WONCA)主席 Rajakumar 博士和李仲贤医生多次访问北京,建议中国大陆开展全科医疗。1989年,首都医科大学成立了国内第一个全科医学培训机构——全科医生培训中心。1992年天津、黑龙江和山东等地开始进行全科医疗试点。1993年中华医学会全科医学分会成立,标志着全科医学正式引入中国大陆。

(二) 试点阶段

1997年,中共中央、国务院下发《关于卫生改革与发展的决定》,提出要改革城市医疗卫生服务体系,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。同时指出要发展全科医学,培养全科医生。

1998年12月,《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》指出:“要合理调整医疗机构布局,优化医疗卫生资源配置,积极发展社区卫生服务,将社区卫生服务中的基本医疗服务项目纳入基本医疗保险范围”。

社区卫生服务的发展目标是,到2000年,基本完成社区卫生服务的试点和扩大试点工作,部分城市应基本建成社区卫生服务体系的框架;到2005年,各地基本建成社区卫生服务的框架,部分城市建成较为完善的社区卫生服务体系;到2010年,全国范围内建成较为完善的社区卫生服务体系,成为卫生服务体系的重要组成部分。

(三) 体系框架建设阶段

2000年卫生部成立社区卫生服务工作协调组,并印发了《城市社区卫生服务机构设置原则》、《城市社区卫生服务中心设置指导标准》、《城市社区卫生服务站设置指导标准》等有关文件。

2002年8月20日,卫生部、国务院体改办、国家计委、民政部、财政部、人事部、劳动与社会保障部、建设部、税务总局、药品监管局、中医药局等十一部委下发《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》。对公立一级医院和部分二级医院要按照社区卫生服务的要求进行结构和功能改造,允许大、中型医疗机构举办社区卫生服务机构。打破行业垄断和所有制等界限,鼓励企事业单位、社会团体、个人等社会力量多方面举办社区卫生服务机构,健全社区卫生服务网络。

引入竞争机制,根据公平、择优的原则,采用公开招标方式,选择具备提供社区卫生服务基本条件、独立承担民事责任的法人举办社区卫生服务机构,建立精简高效的社区卫生服务运行机制。

(四) 全面推进阶段

2006年2月24日国务院召开全国城市社区卫生工作会议,出台《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,其基本原则是:①坚持社区卫生服务中心的公益性质,注重卫生服务的公平、效率和可及性;②坚持政府主导,鼓励社会参与,多渠道发展社区卫生服务中心;③坚持实行区域卫生规划,立足于调整现有卫生资源,辅以改扩建和新建,健全社区卫生

服务网络;④坚持公共卫生与基本医疗并重,中西医并重,防治结合;⑤坚持以地方为主,因地制宜,探索创新,积极推进。

2009年4月6日《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,标志着中国大陆新一轮医改的全面启动。2010年中央安排资金400亿元,建设县医院1877个,中心卫生院5169个,村卫生室11250个,社区卫生服务中心2382个,基层卫生服务机构快速增长。

(五) 内涵建设阶段

随着新医改工作的推进,《国务院关于医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》的落实,社区卫生服务也得到了发展。

1. 基层卫生服务网络体系逐步健全 全国所有地级以上城市、市辖区和80%以上的县级市均开展了社区卫生服务。2011年末,全国医疗卫生机构总数达954389个,比上年增加1762个。其中:基层医疗卫生机构918003个,与上年比较,基层医疗卫生机构增加16294个。基层医疗卫生机构中,社区卫生服务中心(站)32860个。全国共有333万个乡镇,有乡镇卫生院37295个。全国共有59万个行政村,村卫生室662894个。政府办基层医疗卫生机构56671个,比上年增加1064个。

2. 基层卫生服务机构标准化建设不断推进 社区卫生服务中心建设,要求面积不低于1000平方米。社区卫生服务站建设,要求面积不低于150平方米,科室设置逐步规范。基层医疗卫生机构软硬件都得到很大改善,基层服务网的功能逐步显现。

3. 基层卫生服务能力显著提高 经过2006—2010年的5年完成21万全科医生、社区护士的岗位培训,社区医生的临床能力和服务水平都明显提高。2011年,社区卫生服务人员达到43.3万人,诊疗人次5.46亿人次。

通过提高社区医生水平,制定相关制度,逐步实行社区首诊,双向转诊,最终实现分级医疗。全科医生真正成为全民健康的守门人。

4. 公共卫生服务项目全面落实 卫生资源配置和利用更加优化,公共财政投入向基层农村和公共卫生倾斜,城乡和地区间卫生发展和健康水平的差距逐步缩小。

人均基本公共卫生服务经费逐年增长,由2009年的15元提高到2011年的25元。国家免费向城乡居民提供10类41项基本公共卫生服务:①建立居民档案;②健康教育;③预防接种;④儿童保健;⑤孕产妇保健;⑥老年人保健;⑦高血压管理;⑧糖尿病管理;⑨重性精神疾病管理;⑩传染病及突发公共卫生事件报告和处理;以及卫生监督协管。

2011年,为9.8亿城乡居民建立健康档案,建档率72.9%;为1.1亿65岁以上老年人开展健康体检;0~6岁儿童保健8116万人;孕产妇保健1614万人;高血压管理6586万人;糖尿病管理1858万人;重性精神病管理292万人。

5. 推进全科医生制度建设 将建立全科医生制度作为加强基层的关键举措,通过规范化培养、转岗培训、执业医师招聘和设置特岗等方式加强全科医生队伍建设,到2015年为基层医疗卫生机构培养全科医生15万名以上,使每万名城市居民拥有2名以上全科医生,每个乡镇卫生院都有全科医生。积极推进家庭签约医生服务模式,逐步建立全科医生与居民契约服务关系,为居民提供连续的健康管理服务。



三、社区卫生服务的研究方法

社区卫生服务研究可以应用预防医学、临床医学和社会科学等学科的一些研究方法。常用的可以大体分为描述性研究、分析性研究和实验性研究方法。

(一) 描述性研究

描述性研究属于观察性研究方法,是研究者直接去调查客观存在的事物,研究者对其不去改变或施加影响,将观察收集到的内容描写叙述出来,发现存在的问题,以便采取干预措施。如社区卫生服务需求调查,社区卫生资源调查,社区卫生服务系统现况调查,社区健康问题调查以及社区诊断等。这种研究首先要明确调查目的,提出调查设计,选用普查或者抽样调查,收集并整理分析资料,最后写出调查报告。

描述性研究通过收集常规记录资料或通过调查来描述疾病在时间、地区与人群分布方面的特征。所回答的问题常是某地区或某特定人群(如社区居民、企业职工或大、中、小学生等)中某个(组)疾病的发生和死亡的频度及其变动趋势;发病(或死亡)频度与外界环境或人群的某个特征有无相关,有哪些可疑的流行因素,现在对这个(组)病采取了哪些防治措施及其实际情况等。一般是从自然发生的现象中去搜集资料,直接观察各种现象的自然发展过程,不对研究对象施加任何影响,亦不改变其所处的内外环境。通过这些描述性的资料,我们可以提出病因假设,提出防治疾病的一些对策和措施。由于这种研究方法不需设立对照组,仅仅是通过观察后的记述,所以据此作出结论尚需慎重,所取得的资料信息可以为其他研究提供一些可贵的线索或苗头。

在描述性研究方法中用得最多的是现况研究,又称现患调查或流行率调查。主要通过一次性调查,即横断面调查,了解某地某人群在调查时某病的现实患病情况或感染情况,对疾病的分布频率进行描述,可以获得关于危险因素线索,有助于形成病因假设,供进一步研究,但无检验假设的功能。这种研究虽然也可以收集到既往某些方面的信息或资料,但它的主要目标仍是获得某一个时点(在调查时)的患病、死亡数字,在该时点的人口学资料,以及可能与患病有关的自然环境、社会经济状况等资料。

有了现况调查的基础之后,调查者往往感到对现况调查中某些重点疾病或项目进行长期的经常性观察是很有价值的,从而对一定的调查地区(或人群)进行某些内容的动态观察。这种方法称为“疾病监测”。即指长期、连续地收集、核对、分析有关疾病的动态分布及其影响因素,并将信息及时上报和反馈,以便及时采取干预措施。如出生缺陷监测、心血管病监测、艾滋病监测等。

对某些地方病的研究,选定该病发病率(或死亡率)高、中、低的三个(类)地区进行某些微量元素的测量,观察该病发病(或死亡)率与人群微量元素平均水平有无相关关系,便属于生态学研究。

历史资料分析主要(或完全)依靠温习、整理、统计并分析一定地区的现存的疾病资料及其他常规记录的信息,有时辅以调查。如某县(或地区)儿童预防接种 30 年资料分析。

案例 1-1

2000 年,某课题组以某市全体常住居民为研究对象,采用抽样调查方式,进行了居民肺癌患病率及其影响因素的调查研究。经统计学分析,农村肺癌患病率高于城市($P<0.05$),男性村民与女性村民患病率的差异无统计学意义($P>0.05$)。Logistic 回归分析结果提示,煤矿作业史和室内燃煤空气污染与肺癌患病之间存在正关联($P<0.05$)。据此课题组认为,煤矿作业史和室内燃煤空气污染是当地肺癌的可疑的病因线索。

(二) 分析性研究

分析性研究亦属于观察性研究方法,有人称之为“检验假设的研究”。该研究是探讨和验证突发事件原因或致病的危险因素。在所选择的研究人群中收集有关资料,通过有计划的对比分析,以检验或验证所提出的病因(或流行因素)假设。与描述性研究不同,分析性研究最重要的特点是在研究开始前的设计中,一般就设立了可供对比分析的两个组,用于病因或流行因素的假设检验或筛选。分析性研究包括病例对照研究和队列研究。前者是从果推因,后者是从因到果的研究方法。如社区主要卫生问题的病因学研究,长寿因素探讨,慢性病的危险因素研究等。

1. 病例对照研究 病例对照研究是调查与比较病例和对照以往暴露于(或具有)某可疑危险因子的状况,基本原理是选择患有特定疾病的人群作为病例组,未患这种疾病的人群作为对照组,调查两组人群过去是否暴露于某种可能的危险因素,比较两组暴露比,判断暴露危险因素是否与疾病有关联及其关联程度大小的一种观察性研究方法。如吸烟与肺癌的病例对照研究,是比较肺癌病例组与对照组吸烟的比例。

病例对照研究始于疾病发生之后进行,即从果查因;被研究因素的暴露情况是由研究对象从现在对过去的回顾,即研究方向是后向性的。根据研究目的,病例对照研究又分为探索性病例对照研究和验证性病例对照研究。

病例对照研究组织调查比较容易实施,并能较快获得结果。省时省钱,所需样本量少,特别适用于发病率低的疾病或慢性病的研究。同时可调查多个因素与疾病的关系,适用于对可疑致病因素的筛选。但病例和对照组的选择对全部病例或所属人群的代表性差。易发生选择偏倚。调查主要靠回忆、容易产生回忆偏倚。病例对照研究是一种由果推因的研究方法,不能直接确定因果关系,评价效力较队列研究差。

案例 1-2

根据例 1-1 横断面研究提供的病因线索,2000 年课题组从该市常住居民中选择了一定数量的确诊肺癌病人作为病例组,另选了相应数量的未患癌但具有可比性的个体作为对照组,调查并比较病例组与对照组中可疑因素(煤矿作业史和室内燃煤空气污染)的暴露比例。经统计学分析,病例组的煤矿作业史、室内燃煤的暴露比例高于对



照组,且比值比(OR)均大于1($P<0.05$),提示患肺癌的危险性因暴露而增加。据此课题组认为,当地居民有煤矿作业史和室内燃煤空气污染暴露可以增加患肺癌的危险性。

2. 队列研究 队列研究则是从设立暴露组和非暴露(对照)组开始,对比这两组人群在一定时期内的某病发生(死亡)频率。即选择两组人群,一组为暴露人群,另一组为非暴露人群,然后随访观察、比较两组人群某疾病的发病率(或此疾病导致的死亡率),从而判断暴露因素与疾病有无因果联系及其联系大小。如吸烟与肺癌的队列研究是比较吸烟的人群是否比不吸烟人群有较大的几率患肺癌。

队列研究是基于观察人群自然暴露于可疑病因因素后,机体和疾病变化的规律的研究,有时被称为自然实验(natural experiment),但是其本质是观察性研究,而不是实验性研究。在队列研究中,根据观察研究对象是起始于历史资料还是与设计基本同时开始,又可分为历史性队列研究和前瞻性队列研究。

队列研究的研究人群定义明确,选择偏倚少;暴露与结局的信息不依赖回忆,信息偏倚小;暴露资料较正确,可直接计算发病率(死亡率)及危险度;暴露与疾病的时间关系容易确定,可用于验证病因假设;有助于了解疾病的自然史,并且可以获得一种暴露与多种疾病或结局的关系。但是,队列研究所需样本大,研究时间长,费人力、物力;不适用于罕见疾病,因为所需的样本很大,难以达到;由于研究时间长,容易失访。不同的单位研究人员长期随访对象时,诊断标准和方法可能会发生改变。相对来说研究的设计要求更严密,资料的收集和分析也增加了一定的难度,特别是暴露人年的计算上较繁重。

案例 1-3

在例 1 1 横断面研究、例 1 2 病例对照研究的基础上,2001 年课题组以当年确诊未患肺癌的常住居民为研究对象,按 3 种暴露情况:①是否“从事煤矿工作”;②是否“室内燃煤空气污染”;③是否“从事煤矿工作+室内燃煤空气污染”,将随机抽取的具有可比性的个体分为 3 种暴露组和非暴露组,追踪观察了 10 年(2001—2010 年)。经比较暴露组和非暴露组的肺癌发病率,发现 3 种暴露组的肺癌发病率均高于相应的非暴露组,且相对危险度(RR)均大于 1($P<0.05$),暴露组发生肺癌的危险是非暴露组的数倍;两种因素均有的暴露组的肺癌发病率高于单个因素的暴露组($P<0.05$)。据此课题组认为,煤矿作业史和室内燃煤空气污染是当地肺癌的病因。

(三) 实验性研究

实验性研究通常以人作为研究对象,以欲验证的病因假设或危险因素,或治疗、预防保健措施为实验因素,通过严格设计,随机化原则分配研究对象,科学收集和整理分析资料,从而得出结论。如慢性病防治的实验研究,社区干预实验研究等。

实验性研究与观察性研究截然不同,实验性研究属实验法,它要求将研究对象随机地分配至不同的组(实验组和对照组),在研究者直接控制的条件下,对实验组和对照组分别进行

不同试验,比较两组效应指标(发病、死亡、痊愈等)的差异,以评价干预措施的效果。

根据研究的目的、对象等不同,实验性研究又分为临床试验、现场试验和社区试验。临床试验的干预对象是患病个体,现场试验和社区试验的干预对象为群体。在社区干预试验中,如果实际情况不允许,对研究对象不作随机分配或研究对象数量较大,范围较广,无平行的对照,则称为准实验。实验研究对象也可以是动物。动物实验研究及建立动物模型为各国学者所重视,可作为流行病学实验研究的一个辅助性方法,如研究病因或流行因素、药物的毒副作用等。

案例 1-4

为评价某种新药治疗儿童缺铁性贫血的疗效,某研究中心将 120 例确诊的 10~12 岁缺铁性贫血病人随机分为两组,试验组 60 例服用新药,对照组 60 例服用标准药物。试验组与对照组除治疗药物不同之外,其他条件基本相同。采用双盲法进行治疗和观察。一个疗程后比较两组疗效,结果试验组治疗后的血红蛋白增加量高于对照组 ($P<0.05$),新药疗效优于标准药物。

案例 1-5

根据例 1-3 队列研究的结果,为验证“室内燃煤空气污染”因素与肺癌之间的因果关系假设,并评价“改炉改灶”的干预措施对发生肺癌的预防效果,课题组选择了 2 个均有室内燃煤生活习惯的、尚无肺癌病人的、基线特征基本一致的乡镇,其中一个乡镇接受“改炉改灶”的干预措施,另一个乡镇不接受干预措施,持续 10 年,比较干预组与对照组的肺癌发病率是否存在差异。

(四) 理论性研究

全科医学和社区卫生服务,是一个崭新学科和新型卫生服务实践,同时也是医疗卫生服务模式改革。这里有许多理论和实践问题需要研究,有许多方针、政策需要研究制定。

建立数学模型就是理论性研究之一。这种方法是在描述性、分析性或实验性研究的基础上,掌握疾病频率的变化及影响因素的信息,用数学符号代表影响发病或流行的各种因子,利用一定的公式(模型),说明疫情的变化情况,用以阐明病因、宿主、环境与疾病频率之间的定量关系,以及不同时间、不同条件下该病的数量变化情况。著名的 Reed 与 Frost 的关于传染病的流行模型是早期的简单的流行病学模型。在理论性研究中要根据研究类型和资料性质选用不同的数学模型。

四、社区卫生服务与相关学科的关系

社区卫生服务是按照全科医学的理论,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需



求为导向的基层卫生服务。因此,社区卫生服务与相关学科的关系主要探讨全科医学与相关学科的关系。

(一) 全科医学与预防医学、流行病学的关系

预防医学(preventive medicine)是以群体为研究对象,研究环境因素对人群健康状况的影响及其规律,制订有利的环境因素和控制不利环境因素的对策、措施,并评价其效果,以达到预防疾病,促进健康,延长寿命的科学。

流行病学(epidemiology)是研究人群中疾病与健康状态的分布及其决定因素,探讨病因,制定防制对策和措施并考核其效果以及促进健康。也有称流行病学是一门研究、促进健康的方法学。

这两门学科与全科医学的联系十分紧密,同是研究个体、家庭和社区健康的方法,控制环境因素危害,改造不良环境因素,防治疾病和促进健康的方法,均可为全科医学所用。学好预防医学、流行病学,不仅能提高全科医生的业务素质和技术水平,更重要的还在于提高个体、家庭和社区的健康水平。

(二) 全科医学与社会医学的关系

社会医学(social medicine)是一门从社会学角度研究医学问题,研究社会因素与健康之间的相互作用及规律,制定社会保健对策、措施,增进群体健康水平和社会活动能力,提高生活质量的学科。其主要任务是:研究心理、行为因素与健康之间的关系;分析不同群体健康状况、存在问题,确定其保健需求;提出适宜的保健原则、组织形式和实施方法;建立文明健康的生活方式,提高生活质量。

社区医学(community medicine)是一门突出社区特点,充分发掘利用社区资源,以满足社区卫生服务需求的医学学科。社会医学侧重于研究社会因素与健康 and 疾病的关系。研究医学的战略性和理论性、方向性问题,而社区医学侧重研究医学的战术性、实践性的微观管理问题。历史上看,从1848年盖林提出社会医学以来,直至20世纪初,欧洲国家常将公共卫生学、社会卫生学、社会医学名称交替使用,70年代后英国改称社区医学。由此不难看出二者之间有其必然联系和一致性的一面。

全科医学是一门整合生物医学、行为科学和社会科学,以人的健康为中心,家庭为单位,社区为范围,提供综合性的医疗保健服务的新型临床医学。十分关注心理、行为、社会因素对健康的影响,去最充分地发掘社会、社区各种资源,以满足人群日益增长的医疗健康需求,促进健康水平的提高,生活质量的提高。所以全科医学需要社会医学,并与社会医学共同发展。

(三) 全科医学与行为医学的关系

行为科学(behavior sciences)是在整合心理学、社会学和文化人类学等学科基本理论和方法的基础上发展起来的。旨在研究自然和社会环境中人类需要、动机、行为三者之间的关系,探索人类行为规律的一门综合性学科。随着人类疾病谱和死因位次的变化,心理行为因素与健康的关系愈来愈密切。而全科医学正是运用现代的“生物-心理-社会”医学模式,去研究健康问题,所以全科医学需要行为科学并借助其来发展。