

SHEQU YIXUE

社区医学

主 编 张枢贤

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

社 区 医 学

主 编 张枢贤

副主编 马伏生

编 委 (按姓氏笔划)

马伏生 王均乐 朱 雷

张枢贤 顾 澐 康明村

北 京 医 科 大 学
中国协和医科大学联合出版社

(京)新登字 147 号

图书在版编目 (CIP) 数据

社区医学/张枢贤主编. —北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1994. 8

ISBN 7-81034-373-4

I. 社… I. 张… III. 社区医学-公共卫生-保健 Ⅳ: R1

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社出版发行

(100083 北京学院路 38 号 北京医科大学院内)

怀柔燕东印刷厂印刷 新华书店经销

※ ※ ※

开本 787×1092 1/16 印张 21.25 字数 504 千字

1994 年 8 月第 1 版 1994 年 8 月北京第 1 次印刷 印数 1—5000 册

定价: 17.60 元

《社区医学》编者

(按姓氏笔划)

马伏生	北京医科大学
马登岱	山东精神卫生中心
王均乐	山东医科大学
王建青	石河子医学院附属医院
朱 雷	天津医科大学
朱锡莹	北京医科大学
刘贤臣	山东医科大学
吕 繁	首都医科大学
张枢贤	北京医科大学
张铁民	河北医学院
顾 溪	首都医科大学
康明村	石河子医学院
路 遇	山东社会科学院人口研究所

序 言

“2000 年人人享有卫生保健”是世界卫生组织提出的全球战略目标,实现这一目标的根本途径是加强初级卫生保健,如何加强预防保健为实现战略目标服务,是医学教育重要的立足点之一。

正是从这点出发,发展社区医学医学教育就成为医学教育改革的重要内容。我们把为开展社区卫生服务培养适宜人才的定向医学教育称之为社区医学教育。传统的临床医学专业的培养模式基本上是以医院为导向,以生物医学为主体,以个体疾病的诊断治疗为中心,以基础课——临床课——毕业实习三段式为基础结构来进行教学。从总体上看,这样的培养模式使学生所获得的知识和能力还不能满意地适应综合性社区卫生服务的要求。

怎样才能使学生更好地适应开展社区卫生服务的要求呢?1988 年世界医学教育会议(爱丁堡会议)提出:“学生从医学院毕业时,在社区一级促进健康和预防疾病方面所应具备的最低限度的能力是:本地、地区和全球流行病学;生活方式对健康的影响;促进健康;卫生管理;健康教育;社区卫生;预防医学以及健康与经济的关系。”、“学生必须获得不仅对个人而且对人群的促进健康和处理疾病的能力。”。这一概括提出了医学教育模式转变所应涉及的重要内容。

几年来,医学教育的改革和发展取得了若干成就,但是在上述方面仍然存在着明显的不足。1993 年在爱丁堡召开的世界医学教育高峰会议上又一次明确提出:“会议赞赏世界不同地区,发达国家和发展中国家开展的为社区的医学教育”,“毕业生要服务于人群、为病人提供保健、预防和治疗服务。”、“我们的任务是为 21 世纪重新设计医生。”。可以预期,这一号召必将为社区医学教育在全球的开展注入新的动力。

我国历来把农村卫生和预防保健放在重要地位,我国确定的新时期卫生工作方针是预防为主,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,同时把医疗卫生工作的重点放在农村。只有把卫生工作方针也作为教育改革的指导方针,才能使医学教育更好地适应卫生改革和发展的需要。

正是在这样的形势之下张枢贤教授和马伏生教授主编了《社区医学》一书。应该说这本书的出版既是应运而生,也是恰逢其时。书中的主要内容正是以往医学教育中比较薄弱的部分,期望着这本书能为开展社区医学教育发挥积极作用。

两位主编称出版此书是一次新的尝试,既然是尝试就难于做到尽善尽美,期望着本书能在教学和实践中得到进一步的完善和提高。

卫生部科技司 周东海

1994. 3

前 言

当前世界医学教育的改革趋势是面向城乡社区、面向基层、培养全科医生、开展全科医疗以适应 2000 年人人享有卫生保健战略目标这一人类医学发展历程中的重大转折。1993 年 8 月在英国爱丁堡召开的世界医学教育高峰会议；呼吁各国重视并积极开展医学教育改革，重视全科医师培训，重视社区卫生工作。我国卫生部教育司领导也于 1993 年 11 月在北京第二届国际全科医学学术会议上明确提出：着手在我国建立包括普通高等、中等学历教育、毕业后教育、继续教育、成人教育以及乡村医生教育在内的社区医学教育体系。为了适应上述医学教育深入改革的需要，北京医科大学、山东医科大学、首都医科大学、天津医科大学、石河子医学院以及山东精神卫生中心、山东社会科学院人口研究所、河北医学院、石河子医学院附属医院共 9 个单位的 13 位专家教授共同编写了《社区医学》，供各级各类医学院校开设社区医学课程时选用。

《社区医学》全书共分 10 章 60 节，内容包括社区医学概论、社区保健服务、社区健康教育、社区精神卫生与心理咨询、社区人群保健、社区卫生调查、社区诊断、社区卫生规划与评估、社区全科医生、社区常见疾病防治策略以及配合课程内容的五个实习。全书讲述了社区医学的基本理论和基本技术，注意了内容的实用性和可操作性，可作为普通高等、中等学历教育、毕业后教育、继续教育、成人教育、乡村医生教育及全科医生教育用的社区医学教材或参考用书。

《社区医学》一书的出版是我们的一次新的尝试，限于水平，书中的缺点和错误在所难免，恳请同道和读者多予批评和指正。

编 者

1994. 3

目 录

第一章 社区医学概论	(1)
第一节 社区、社区医学.....	(1)
第二节 社区医学的发展历程.....	(2)
第三节 全科医疗、全科医生、社区导向基层医疗在社区医学中的地位.....	(5)
第四节 社区医学的关联学科.....	(9)
第五节 全球战略目标与初级卫生保健	(11)
第六节 三级预防及三级医疗预防保健网	(15)
第七节 社区医疗保健制度	(20)
第八节 卫生方针与基本国策	(24)
第九节 健康观与健康促进	(28)
第十节 医学模式	(34)
第二章 社区保健服务	(39)
第一节 社区计划生育	(39)
第二节 社区计划免疫	(42)
第三节 社区合理营养	(44)
第四节 社区体育锻炼	(49)
第五节 社区健康检查	(54)
第六节 社区不良行为生活方式的纠正	(57)
第七节 社区康复	(61)
第八节 社区临终关怀与安乐死	(72)
第三章 社区精神卫生与心理咨询	(75)
第一节 概述	(75)
第二节 心理健康与自我保健	(77)
第三节 社区个体心理保健	(80)
第四节 社区群体心理保健	(83)
第五节 社区心理卫生咨询	(86)
第四章 社区健康教育	(90)
第一节 社区健康教育与行为改变	(90)
第二节 社区健康教育的基本措施	(92)
第三节 健康信息的传播	(96)
第五章 社区人群保健	(100)
第一节 中年人保健.....	(100)
第二节 老年人保健.....	(106)
第三节 妇女保健.....	(114)
第四节 儿童青少年保健.....	(121)

第六章 社区卫生调查	(127)
第一节 调查的基本对象与资料收集范围.....	(127)
第二节 如何开展社区卫生调查.....	(130)
第三节 单纯随机抽样调查设计.....	(134)
第四节 社区分层分析法.....	(137)
第五节 问卷设计.....	(141)
第六节 搜集资料的方法.....	(145)
第七节 敏感问题的调查技术.....	(149)
第七章 社区诊断	(154)
第一节 社区诊断的意义与工作程序.....	(154)
第二节 确定社区健康状态的诊断标准.....	(156)
第三节 利用健康指标的诊断方法.....	(159)
第四节 利用健康指数的诊断方法.....	(162)
第五节 社区人口特征分析.....	(171)
第六节 社区健康状态分析.....	(178)
第七节 社区卫生服务布局分析.....	(184)
第八节 社区卫生资源分析.....	(192)
第八章 社区卫生计划与卫生评价	(201)
第一节 社区卫生计划.....	(201)
第二节 社区卫生计划评价.....	(206)
第九章 社区全科医生	(214)
第一节 社区全科医生的工作原则.....	(214)
第二节 社区全科医生的工作方式.....	(222)
第三节 社区全科医生的知识、技能和态度.....	(241)
第十章 社区常见疾病的防治策略	(249)
第一节 脑血管疾病.....	(249)
第二节 心血管疾病.....	(255)
第三节 恶性肿瘤.....	(262)
第四节 心身疾病.....	(270)
第五节 糖尿病.....	(275)
第六节 艾滋病.....	(280)
第七节 性传播疾病.....	(287)
第八节 病毒性肝炎.....	(293)
第九节 药物依赖与药物滥用.....	(301)
第十节 酒精滥用与酒精中毒.....	(306)
实习一 社区健康教育	(311)
实习二 问卷设计	(318)
实习三 健康效应评价	(319)
实习四 社区卫生计划与评价	(325)
实习五 家庭健康评价	(329)

第一章 社区医学概论

第一节 社区、社区医学

一、社区 (community)

早在 19 世纪 (1881 年) 德国学者 F. Tonnies 曾定义社区是以家庭为基础的历史共同体, 是血缘共同体和地缘共同体的结合。我国著名社会学家费孝通给社区下的定义为: 社区是若干社会群体 (家庭、氏族) 或社会组织 (机关、团体) 聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体。社区不是“公社”, 也不等同于“行政区划”, 它包括了社会有机体最基本的内容, 是宏观社会的缩影 (“微观社会”)。社会并非是众多社区的简单组合, 社会更具有超越各个具体社区的性质和特点。联合国世界卫生组织 (WHO) 曾提出过的社区概念是一个有代表性的社区, 其人口数大约在 10~30 万人之间, 其面积在 5000~50000km²。而在我国的城市里社区是指街道、居委会, 在农村社区是指乡镇、村。

社区是由一定数量的人群组成, 他们可能具有共同的地理环境, 共同的文化, 共同的信念, 共同的利益, 共同的问题以及共同的需求等。由于这些共同性形成了他们的社区意识, 进而组织起来, 互相合作并采取集体行动求得共同发展以满足他们所处社区的共同需要。

社区的构成可概括为五个要素: ①人群; ②地域; ③生活服务设施; ④特有的文化背景、生活方式和认同意识; ⑤一定的生活制度和管理机构。

社区是有组织的社会实体, 有群众也有领导, 社区领导不仅是社会经济生活的组织者, 也是城乡卫生保健事业的组织者、管理者和领导者, 他们对本地区、本单位人群的健康负责, 是开展社区医疗卫生保健服务的组织保证。

二、社区医学 (community medicine)

本世纪 60 年代末以来曾有不少学者 (如 Backett 1969, Deuschle 1968, Wray 1970, Lathem 1976) 提出: 社区医学就是确认和解决有关社区群众健康照顾问题的一门科学。它通常是应用流行病学及医学统计学方法进行社区调查, 并经由社区诊断 (community diagnosis) 发掘出和确定社区群众中的健康问题及其在医疗保健照顾方面的需求, 继而拟订出社区的健康计划, 动用社区内的资源, 通过社区医疗保健工作改善群众的健康问题, 适时地对实施的健康计划进行评估, 以达到预防疾病、促进健康的目的。总之, 社区医学是一门充分发掘利用社区资源, 突出社区特点, 满足社区卫生需求的医学。社区医学的特点是要求把人群中个体 (健康人和患者) 的卫生需求 (医疗、保健和康复) 问题回归到群体 (家庭、社区和社会) 的高度, 与他们生活的家庭、社区和社会联系起来去认识、分析和处理。

社区调查要求必须掌握服务社区的人口数、人口动态、性别、年龄结构、居住分布, 职业、教育程度等人口资料和有关环境资料。还要通过接触社区人群进行观察、家访、查体、筛检等了解社区最常见、最严重、最为社区人群关心的健康问题及所需的健康服务, 进而确定

优先处理的问题时序。

社区诊断与临床诊断有很大不同，其主要区别见表 1—1。

表 1—1 社区诊断与临床诊断的区别

	社区诊断	临床诊断
服务目标	改进社区卫生状况，提高社区人群健康水平	使患者得到治疗及康复
服务对象	社区人群包括个人及家庭	患者个体
诊断依据	人口资料卫生状况等文献资料、人群健康记录档案、社区调查、诊断、筛检	患者的既往史、主诉、现病史、体检、物理学检查及实验诊断
行动措施	发现社区卫生问题，确定优先处理重点、分析问题原因，组织利用社区资源制定社区卫生计划	确定临床诊断制订治疗方案
评 估	社区卫生效益评估	追访、复查、总结评估

社区筛检（screening）是将具有疾病危险因子处在患病初期（early stage）或亚临床期（subclinical stage）的高危人群从众多在身心方面无问题的健康人群中筛选出来，并作进一步处理的过程。

社区资源一般认为有三大类，即物力资源（materials）、人力资源（manpower）及财力资源（money）。

社区卫生评估是对社区健康计划的实施效果进行鉴定，也是在计划实施过程中进行适时调整或促进实施的重要手段。

三、社区医学的研究内容与方法

（一）研究社区调查及社区诊断的基本方法，掌握社区人群的总体健康状况、规律及其特点，提出解决卫生问题的计划，以满足社区人群对身心健康的需求；

（二）研究分析各种因素对社区人群健康、疾病和死亡的影响，发掘社区的卫生资源以预防或减少疾病、伤残和死亡；

（三）研究提高社区人群对卫生保健的认知程度，动员社区人群积极参与，以提高社区卫生保健工作水平；

（四）研究社区特殊人群——妇女、儿童青少年及老人的生理特点及健康防病的需求并提供连续性、周全性的卫生服务；

（五）研究全科医生的工作特点、原则、内容和方法，培养全科医生对社区常见疾病的诊治、会诊、转诊等处理能力，提高全科医生对健康促进、社区预防及社区康复等理论和技能；

（六）研究对社区卫生计划实施效益的评估原则和方法。

第二节 社区医学的发展历程

人类在群居的古代氏族社会就已形成了社区。由于当时生产力和技术水平低下，人们对健康和疾病的认识受到极大的限制，因而对待健康上的问题所能采取的对策也仅限于祈祷神

灵和凭借经验进行简单的处理。

一、社区医学的萌芽时期

随着生产力的发展及科学进步，特别是欧洲文艺复兴运动的兴起，蒸汽动力的使用，使工业得到迅猛发展，大批手工业者纷纷涌入城市或聚集在工厂、矿山的周围，因而形成了许多新的社区。由于急速发展起来的工厂、矿山及居民社区的生产、生活条件极差，厂房和住房都很简陋拥挤、通风不良；生产废水和生活污水以及粪便垃圾四处排放，致使各种传染病及与职业有关的疾病丛生，对社区人群的健康造成极大的危害。当时一些具有远见卓识的医生已注意到这些具有社会性的问题，他们纷纷进入社区并针对人群所处的生产、生活条件和环境进行了许多有意义的调查研究工作。如瑞士医生帕拉斯尔萨斯（Paracelsus 1493~1541）曾对一个铜银矿山工人的职业病进行了考察，并于1534年出版了“水银病”一书；意大利的拉马兹尼（Benardins Ramazzini 1669~1714）曾深入调查了手工业工人的劳动场所，于1700年出版了《手工业者的疾病》，他在书中描述了52种职业工人的健康与疾病状况，成为第一位研究职业对工人健康影响的学者；1840年法国医生路易斯·里纳·菲勒米（Louis Rena Villermi）对纱厂工人的卫生条件进行了研究，并促进了1841年“童工法”的诞生。此外，还有不少医生注意到生活环境中危害社区人群健康的多种因素，如1847年鲁道夫·魏尔啸（Rudolf Virchow）曾到过当时正在流行斑疹伤寒的席勒斯安（Silesian）地区对居民的人口年龄分布、居住条件、饮食及环境卫生、生活习惯等因素与疾病传播关系进行了流行病学调查；1854年西蒙（Simon）在《伦敦市的卫生状况》这一报告中明确提出成立卫生检查机构并改进下水道的建议，要求医生应该担负起防治社区居民疾病的责任；法国医生德罗伊（De Roy）、拉米特里（La Mettrie）、卡巴尼斯（Cabanis）等都在他们的论述中强调了环境和社会因素对健康的影响。

二、社区医学的诞生

19世纪上半叶人们从英国出现霍乱猖獗流行的事实中看清楚单靠某一所医院或某一位医生个人的努力已经无法控制，单纯的治疗已不能解决面临的许多难题，认识到必须从个体防治转向社区防治，加强社区卫生工作及制订相关的卫生法规、条例才能保证整个社区群体的健康，到20世纪初叶，公共卫生逐渐进入以社区为服务单位的趋势，开始强调不同社区的自主性与需求，因而曾将这部分工作称之为社区保健（community health）。但是随着疾病谱的改变和对健康照顾的需求日益增加，社区保健工作必须和流行病学、社会医学等学科结合，逐渐产生了社区医学，并在英、美等国家兴起。如英国自1940年以来即以改善环境卫生条件和控制传染病为研究重点的公共卫生学改为社会医学与预防医学，1943年在牛津建立了第一个社会医学研究院，牛津大学约翰·A·赖尔（John A. Ryle）教授把公共卫生、工业卫生、社会公益服务及公众医疗统在一起称为社会医学。在这个时期，人们常常将公共卫生、社会卫生学、社会医学等专有名词交替使用，但是它们的共同特征都是从社区出发，以保护和促进社区人群健康为目的。60年代英国率先改称为社区医学（community medicine），其主要内容都是以社区为基础的一系列研究，如社会人口学、居民健康状况、营养与健康、居住条件与健康、职业与健康、个人卫生与卫生教育、保健组织、妇幼保健、结核病防治、性病防治以及医务人员的法律责任等。以上的发展过程揭示了社区医学很早就已经孕育在社会医学、预防医学和公共卫生学之中了。

三、社区医学的发展时期

二次世界大战以后，随着工农业生产的发展及科学技术的巨大进步，影响社区人群健康水平的因素也越来越多。如环境污染破坏了生态平衡，导致了“公害病”的发生与发展；现代工、农业生产及交通运输的迅猛发展导致社区内的职业危害及意外伤残的增多；人口老龄化及现代化生活方式使社区疾病谱发生了改变，特别是与生活方式和节奏、社会心理因素相关的慢性非传染性疾病逐年增多，并成为社区人群死亡的主要原因。社区面临的这些挑战必然推动医学教育改革走向加强社区医学的道路，正如世界卫生组织（WHO）向各国提出的卫生人员的培训必须与社区卫生服务的需要相关联的建议，这一时期社区医学的发展又进一步为医学教育改革明确了方向。

50年代初，世界上许多国家的医学院校开始设立社区医学系或社区医学教研室，将社区医学作为医学院的一门必修课，向医学生系统讲授社区医学。进入60~70年代，社区医学的发展又向前跨进，从1965年开始，加拿大的麦克玛斯特大学医学院开始了社区教育试验，继之1968年喀麦隆的瑶迪大学医学院、1974年荷兰的林堡大学医学院、以色列的本古里安大学医学院、墨西哥的自治大学医学院、美国密执安大学上半岛卫生教育社团、1975年澳大利亚的纽卡斯尔大学医学院、1976年菲律宾的塔克罗本卫生学院、1977年尼泊尔的特里勃哈温大学医院和1979年美国的新墨西哥大学医学院等院校都先后实施了社区定向型医学教育实践。1979年世界卫生组织在牙买加首都金斯敦召开了有19所实行社区定向型医学教育的医学院代表参加的医学教育会议，会议一致通过了改革传统的医学教育，发展社区医学教育的倡议，从而促使社区医学教育在全世界得到了迅速发展。实际上，70年代中期，大多数医学院校都开设了社区医学课程，许多临床学科为适应发展初级卫生保健的需要还相继建立了以社区定向的课程，如社区内科学、社区老年学、社区儿科学、社区精神医学、社区妇产科学等，还包括诸如营养、医学道德以及吸毒、酗酒等专题课程。英国爱丁堡大学要求他们培养的新型社区医师必须熟悉所辖社区的人口结构并密切注意社区人口发展动向，要求研究社区的地理环境、社会环境、职业状况、文化信仰等因素对社区卫生服务的影响，并以此作为评价社区卫生需求的基础与前提，由此可见社区医学在70年代中期已开始形成了较完整的教学体系。而在纽卡斯尔（Newcastle）大学更强调家庭是社区的基本单位，为了加强研究和教学还专门设立了社区医学和家庭医学教研室，表明了社区医学和家庭医学的密切关系。1974~1975年社区医学的研究开始为完善英国国家保健服务作出了贡献，即明确提出了医学划区服务的理论和实践。目前英国的社区医学已趋成熟，成为以流行病学、卫生统计学为重点并包括行为医学、医学心理学、医学社会学及卫生行政管理学等专科的综合性学科。近年来加拿大的多伦多大学在社区医学教学内容方面更有所创新，将社区医学、卫生管理与流行病学结合在一起，开设了社区卫生评价方法（community health appraisal methods）的新课程，其基本内容包括：①确定社区人群的健康状况；②评价改善和促进社区人群健康项目的效果；③综合流行病学、统计学、运筹学、卫生经济学等科学调查研究方法及定量分析技术。这一时期社区医学发展已呈现如下趋势：社区的卫生计划已不再局限在医院，而是把重点转移到社区的卫生系统管理和预防服务；了解社区人群的需要，应用社区诊断方法确定社区卫生问题；定量危险因素；确定优先重点解决的课题；充分利用有限的资源，最大限度地促进人群健康。

社区医学在我国早在本世纪20~30年代就已经萌芽，当时一些年轻有识的医生深入到农村、城市的社区进行卫生服务的试验，如河北定县、山东省邹平县、南京晓庄乡、江苏省江

宁县以及北京协和医学院在北京市东城区建立的第一卫生所等在十分贫穷落后的旧中国，工作条件极端困难的情况下做出了开创性的贡献，可惜这些实践多因爆发抗日战争而中辍。新中国建立后，在卫生方针的正确指引下，从 50 年代开始，许多医学院校建立了城乡社区医学教学基地，大批师生根据教学计划参加社区卫生实践。经过 40 年的实践，迄今我国在发展社区医学教育、培训乡村医生方面的经验已经受到国际医学教育界的重视。80 年代以来，为实施农村发展战略，普及初级卫生保健，我国许多医学院校已把发展社区医学教育列为重要目标，并认识到加强社区医学教育是促进卫生人力培训同社区卫生服务相联系的重要途径。根据我国卫生部向 WHO 提供的报告，1983~1984 年期间，我国 114 所医学院校中已有 112 所医学院校根据医生在社区中的任务来制定培养目标；有 86 所医学院校安排一定时间让学生参加社区的初级卫生保健实践，以学习开展初级卫生保健的方法；有 95 所医学院校开设了社区医学、社会医学与预防医学等以社区为定向的课程；有 43 所医学院校把卫生服务的管理列为必修课；有 12 所医学院校安排了以社区为基础的现场教学；有 75 所医学院校把学生放到社区中去，作为卫生队伍一员接受多专业协同作业训练。正在进行社区医学教育试验的医学院校主要有上海医科大学上海县教学基地、西安医科大学汉中分校和安康分校、上海第二医科大学、首都医学院、九江医学专科学校等。西安医科大学和九江医学专科学校已经成为社区定向型医学教育机构网络（network of community-oriented educational institutions for health service, NCOEIHS）的正式会员，上海第二医科大学已经成为该网络的联系会员。1993 年我国卫生部教育司明确提出：着手在我国建立包括普通高等、中等学历教育、毕业后教育、继续教育、成人教育以及乡村医生教育在内的社区医学教育体系。

近 10 多年以来，不论发达国家还是发展中国家，发展社区医学教育已日益成为加强医学教育同社区卫生服务需要相联系的一种策略。1990 年全世界实施社区医学教育的医学院校已有 167 所，其中非洲 22 所、美洲 45 所、欧洲 39 所、东南亚 20 所、西太平洋区 20 所。在 167 所医学院中，54 所医学院完全按社区定向，实行以社区为基础，通过积极参与解决社区卫生问题的实践进行教学，还有 113 所医学院在保留传统医学教育制度的基础上，通过加强社区医学教育和社区医学实践和方法进行教学。事实表明，实行定向教育的医学院校，不仅有效地改善了社区居民对卫生服务的利用，而且对本国医学教育的发展和改革也产生了积极的影响，并显著提高了卫生服务的质量。

第三节 全科医疗、全科医生、社区导向 基层医疗在社区医学中的地位

一、全科医疗与全科医生

本世纪 50~60 年代，以全科医疗与全科/家庭医生为主体的社区医学有了迅速的发展，其历史背景缘于本世纪初叶以来由于生物科学的进步，西医的知识量迅速增长，对医疗实践产生了重要影响，促使西医的教育体系发生了重大改变，医学被分成内科、外科、妇产科、精神病科等，到 20 世纪中叶，这些专科相继分化出若干亚科，如内科分成心血管内科、消化内科、神经内科等，而外科被分成脑外科、神经外科、骨科等亚科。这个时期西方的大多数医生已成为专科医生，仅有极少数是全科医生，社区人群虽然得到了较好的专科医疗照顾，但也使某些矛盾暴露得更为突出。表现在：

(一) 随着医生的专业化,他们只注意与其专业(科)有关的患者人体特殊部分或特殊技能,而对非本专业(科)的患者人体其他部分及与其患病有关的因素(包括社区环境、家庭、工作、心理情态、精神因素)的影响很少感兴趣,甚至错误地认为这些属于医患关系的问题,对本专业(科)范围的疾病诊疗毫无意义,未意识到正是这些非本专业方面的因素对疾病乃至疗效所具有的重要影响;

(二) 由于疾病谱和死亡谱的改变,使原来占首位的流行病、传染病已逐渐被老年病、慢性病所取代,而这些病更需要连续性的医疗、保健和康复照顾。特别是医学模式的转换和科学的发展,使单纯的专业(科)性的医疗照顾不能适应社区人群的健康需求;

(三) 由于专科、亚专科医疗照顾所提供的服务大多是专业性和技术性较强,医疗费用高昂的项目,使病人视为沉重的负担。而实际上多数病人的疾病和健康问题并非一定都要专科医生解决,在社区内由全科医生处理即可,只是一小部分病人才需要通过会诊或转诊请专科医生诊疗处理。

因此从本世纪 50~60 年代,人们看到了全科医疗的价值和优越性及全科医生在社区卫生保健系统中的重要作用,逐渐认识到社区医学的重要性和必要性。如今一些西方国家绝大多数人的健康问题都首先是由全科医生处理,全科医疗也已成为许多年轻医生欢迎的职业,有些西方国家大约有半数新毕业的医学生成为全科医生,不少西方国家已发现立足于社区医疗保健服务的全科医疗是一种对人民提供初级医疗保健的经济有效方法,几乎所有的发达国家和许多发展中国家都认识到全科医疗已经成为医疗保健服务中必不可少的组成部分。因此全科医疗及全科医生的再度兴起(在本世纪初叶盛行专科医生以前的 100 多年医学历史上,几乎都是全(通)科医生),既反映了医学事业发展的必然规律,也推动了社区医学的发展。

60 年代中期以后,全科医学有了迅速发展。1966 年首次家庭/全科医学住院医师训练课程在加拿大的三所大学医学院开设(Calgary、McMaster、Western Ontario University);目前,加拿大所有医学院(16 所)均设有家庭/全科医学系,家庭医师的数量已占有所有医师的 50%,其中一半是女性,40%~50%的医学生毕业后选择家庭/全科医学住院医师训练。1960~1970 美国的医学院及社区医院中就设有社区及家庭医学科(department of community and family medicine),1969 年 2 月美国家庭医疗委员会正式成立,家庭医疗被列为第 20 个医学专业,1970~1982 年期间,美国家庭医疗委员会共颁发了 28000 张毕业证书。到 1980 年,全美国 136 所医学院中 83%以上设有不同类型的家庭医学科或系,有 317 所医院作为家庭医师进修的医院,医学生毕业后有 13%选择并接受家庭医疗住院医师训练。1972 年世界全科/家庭医师协会正式成立,到 1986 年时已有 35 个成员组织,申请加入该组织的国家和团体还在不断增加。近 20 年来重又兴起的全科医学处于最活跃的时期,对我国社区医学的发展产生了巨大影响。1985 年北京朝阳门医院设立了初级保健部,实施以社区定向的基层医疗。1988 年世界家庭医学会组织主席 Dr. Rajakumar 访问我国并倡议在中国开展全科医疗。1989 年首届国际全科医学研讨会在北京召开,北京及广州成立了全科医学会,北京首都医学院设立了全科医疗培训中心,1990 年北京全科医学会加入世界家庭医学会(world organization of national colleges, academies and academic association of general practitioners/family physicians, WONCA)组织成为准会员,1991 年加拿大国际发展局拨款给加拿大家庭医师学会,协助北京首都医学院全科医疗培训中心开展工作。同时在北京城、郊区及工厂、浙江省江山市等基层医疗单位陆续开始了全科医疗的试点工作,1992 年在北京首都医学院举行了第一届全科医师培训班。1993 年 8 月 80 多个国家的 240 多名代表在英国爱丁堡参加了世界医学教育高峰

会议，会议公报指出：医学教育不仅包括传统认为的医学知识的传授和医学技能的训练，而且还应广泛涉及社会、伦理、心理等方面。号召各国医学教育机构必须对知识增长和技术进步作出反应，呼吁各国开展医学教育改革，重视全科医师培训，重视社区卫生工作。1993年11月中华医学会全科医学学会在北京成立并召开了第二届国际全科医学学术会议。

二、全科医疗的特征、原则

美国家庭（全科）医生协会（American academy of general practice, AAGP）于1984年曾将全科医疗（general practice, GP）定义为是一种整合生物医学、行为医学及社会医学的医学专科。其知识和技能的核心源自传统的开业医师和以家庭为范畴的独特领域，并不依病人的年龄、性别或器官系统的疾病分成专科或亚专科。

全科医疗之所以成为一种综合型的医疗专科是因为它拥有独特的学术领域，其为个人及其家庭提供的医疗保健服务无法被其他专科医疗所取代，并在卫生保健体系中占有特殊的地位。

（一）全科医疗的特征

全科医疗与专科医疗有许多不同特征，见表1-2。

表1-2 全科医疗与专科医疗的不同特征

全科医疗	专科医疗
1. 医生主动关心患者及其家庭与社区	患者主动就医，仅为诊治疾病
2. 对病人不限年龄、性别、病种	病人受限于年龄、性别及病种
3. 疾病多处于未分化的早期阶段	疾病多已处于高度分化的进展阶段
4. 疾病尚具有一定的自限性	疾病可能有潜在的严重后果
5. 社会心理因素所致的心身病较多	心身病较少
6. 从第一次接触后，医患保持连续性及综合性服务关系	只限于一定类型疾病的一次或一段诊治时期
7. 医生能较深入地了解病人	医生只限于对疾病本身的了解
8. 诊断治疗措施多充分利用社区资源、社区（包括病人）参与	诊断、治疗由医生作权威式决定
9. 医生对病人的疾病预防、治疗、康复及健康促进全面负责	只对医疗保健的某些方面负责
10. 常采用简便的无创性筛检	常需作更多昂贵的、有创性的专科检查
11. 全面负责三级预防，以一、二级预防为主	以二、三级预防为主

（二）全科医疗的主要原则（详见第九章第一节社区全科医生的工作原则）。

1. 连续性照顾（continuous care）：不因对患者某单一疾病被治愈或转诊而中止照顾，而是从第一次接触（first contact）开始在不同的时间及空间内都提供照顾。

2. 综合性照顾（comprehansive care）：对患者不分年龄、性别及疾病类型全面负责他们的疾病预防、治疗及康复工作，关心影响患者健康的生理、心理及社会环境因素，以预防医学为导向（preventive medicine-oriented），用健康教育（health education, HE）、定期体检（preiodic health examinations, PHE）、计划免疫（extended programme immunization, EPI）等方法进行预防或早期诊断（early diagnosis）。

3. 协调性照顾（coordinated care）：充分利用医疗卫生、家庭及社区等方面的人力、物力

及财力资源 (resources) 对患者提供医疗服务, 如门诊、家庭病床及转诊 (referral) 等, 以及精神上的支持和经济上的协助。

4. 可及性 (易得性) 照顾 (accessible care): 患者随时可以得到全科医生的咨询和诊治, 这种照顾无论在地域、时间、心理以及经济等方面对患者都是很便利的。

(三) 以家庭为单位的照顾 (family as a vital unit of care)

家庭中任何一个成员的健康问题都可以通过遗传、接触、生活习惯、感情矛盾等途径影响家庭中其它成员的健康, 甚至影响整个家庭功能。因此, 全科医生只有以病人为中心, 以家庭为单位, 以社区为范畴, 对病人及其家庭所有成员的健康情况充分了解才能为病人、其家庭乃至社区提供完整的保健服务。

(四) 全科医生、全科医疗和全科医学的名称

同一件事物在不同的社会历史条件下, 可以有不同的名称。全科医生、全科医疗和全科医学的名称在某些欧洲国家被认可, 是因为这些名称可以清楚地区别于当时盛行的专科医生、专科医疗的缘故; 而在美国、加拿大和澳大利亚等国家之所以称全科医生、全科医学为家庭医生、家庭医学则是强调其不仅对患者本人而且还要对患者家庭负有责任。同时也由于发达国家解决环境卫生、传染病防治等社区共同性的问题已获成效, 医疗保健照顾已经明显转向身心健康问题和以个人、家庭及社区保健问题为导向的基层医疗。在 1991 年世界家庭医学学会组织 (world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians; WONCA) 声明中对此曾有一项声明, 称“全科医生”一词与家庭医师完全同义, 只是顾及欧洲国家惯用此词。总之, 正是由于全科医生 (general practitioner) 在社区内长期的全科医疗 (general practice) 实践, 才产生了全科医学 (general medicine) 理论。我国某些学者根据全科医疗立足于社区, 全科医生定位于社区, 全科医学的理论源于社区医疗实践的事实, 称全科医生为社区全科医生, 全科医学为社区医学, 其主要目的是更加突出社区的功能, 这可能更符合我国国情。

三、社区导向的基层医疗 (community-oriented primary care, COPC)

在社区医学中的地位

社区导向的基层医疗这一概念最初是在 30 年代由以色列的 Sidney L. Kark 提出的, 他强调把个人健康问题和社区的生物性、文化性及社会性的特点结合起来, 使社区导向的基层医疗具有以下特征:

(一) 社区导向的基层医疗是将以人为对象、治疗为目标的基层医疗与以社区为对象 (包括病人和健康人), 着重预防与保健的社区医疗结合一起的基层医疗工作, 是一种对特定范围的社区负起健康责任的照顾方式。

(二) 社区导向的基层医疗服务范围是以居民所处的同一生活环境为基础, 探讨其健康问题, 即以个人为中心、家庭为单位、社区为范畴的健康照顾。

(三) 社区导向的基层医疗服务方式

1. 使居民享受到最初接触的第一线服务并通过处理常见病及与健康有关的问题和转诊, 使之得到及时、合理的医疗照顾。

2. 用流行病学方法取得健康资料, 经社区诊断确定居民的主要健康问题, 并找出影响健康的因素; 制定社区健康计划, 发动社区内有关组织共同推行计划; 追踪社区健康问题的改善状况并评估效益; 再重新收集资料分析和制订下一步计划。

3. 运用行为医学的知识不断了解社区人群对健康的信念、态度与认识 (awareness) 及对预防保健和健康教育的需求, 提供方便的连续性服务。

(四) 全科医生不仅是治疗者, 还是社区导向的基层医疗中的策划者、协调者、鼓励者与监督者, 要负起从对病人到社区保健的责任, 因此全科医生除必须具备临床医学知识和技能外, 尚应加强流行病学、行为科学、环境与职业医学、生态学、人类学与社区评估等相关知识。

这种兼顾个人与社区的社区导向的基层医疗符合我国广大城乡地区的医疗保健需要, 加上我国具有身心并重的整体论及内、外环境统一论等特色的传统中医药学在长期实践中已为社区推行全科医疗打下了坚实基础。广大基层医务工作者包括乡村医生认真贯彻三级预防原则与健全三级医疗预防保健网以及实施初级卫生保健 (primary health care, PHC) 等都为顺利开展社区导向的基层医疗创造了极为有利的条件, 这些条件已使我国在发展全科医疗、培养全科医生和推行社区导向的基层医疗方面取得了初步成效。可以说我国的社区医学顺应了当今世界医学发展的大趋势, 密切结合我国国情, 展现了广阔的发展前景。

第四节 社区医学的关联学科

一、预防医学 (preventive medicine)

(一) 预防医学的定义

预防医学是以群体为研究对象, 依据预防为主思想, 应用基础医学、环境医学等有关学科的理论 and 流行病学、统计学、毒理学等方法, 研究自然和社会环境因素对健康和疾病的影响及作用的规律, 并予以评价, 采取卫生措施以达到预防疾病、促进健康、延长寿命的一门科学。

从人类医学发展历史上看, 预防疾病、促进健康是人类长期奋斗的目标, 早在公元前 8~7 世纪 (殷周之际) 的易经就有“君子以思患而豫 (同预) 防之”的论述, 这是人类最早的预防思想记载, 公元前 4~3 世纪 (战国时期) 的内经中也已明确提出“圣人不治已病治未病”的著名论点, 还阐述了“夫病已成而后药之, 乱已成而后治之, 譬犹临渴穿井, 斗而铸锥, 不亦晚乎”的预防医学思想。西方医圣希波克拉底 (Hippocrates, 460~377 BC) 在《空气、水和居地》一书中也提出预防疾病和环境的关系。进入 19 世纪, 人类在和急性传染病斗争中更发展了预防医学思想和措施并取得巨大成绩。到 20 世纪中期, 预防医学发展到控制以行为、生活方式为主要病因的非传染性疾病。进入 70 年代, 预防医学和社区定向的医疗照顾已成为世界医学主流。1978 年世界卫生组织在阿拉木图召开的世界初级卫生保健会议上提出了“2000 年人人享有卫生保健”的口号, 更加明确了增进人类健康的目标, 美国卫生福利部于 1979 年出版的 *Health People* 一书中提出: “如果一个国家想要增进国民的健康, 最重要的工作就是集合医疗及社会资源投注在疾病预防上……”, 这些事实清楚地表明预防医学在当今医学发展中的突出位置。

预防医学具有以下特点: ①预防医学的工作对象主要是群体, 而临床医学是对个体; ②预防医学的工作重点是健康人, 而临床医学主要是病人; ③预防医学是研究人体健康和环境的关系; ④预防医学采取对策所产生的效应多是在疾病/传染病可能发生/流行之前; ⑤预防医学采用微观和宏观相结合的研究方法。