

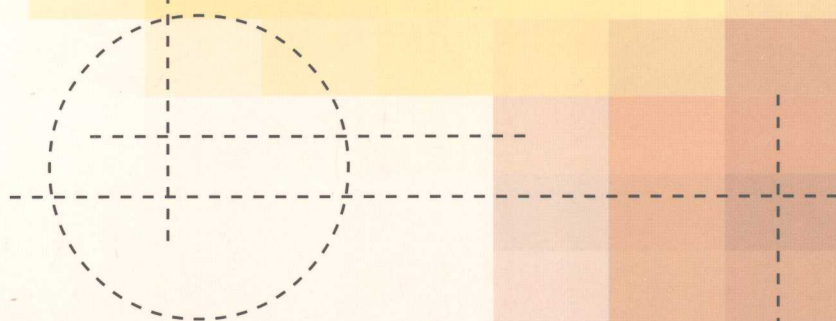
全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等医药院校教材

供护理学类专业用

预防医学

主 编 朱启星
副主编 吴小南



人民卫生出版社

中国疾病预防控制中心 中国预防医学杂志 2010 年第 15 卷第 1 期

中国疾病预防控制中心 中国预防医学杂志

中国疾病预防控制中心 中国预防医学杂志

预防医学

中国疾病预防控制中心
中国预防医学杂志



中国疾病预防控制中心 中国预防医学杂志

全国高等医药院校教材

供护理学类专业用

预 防 医 学

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

预防医学/朱启星主编. —北京:人民卫生出版社,
2002

ISBN 7-117-04872-7

I. 预… II. 朱… III. 预防医学-医学院校-教材 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 036104 号

预 防 医 学

主 编: 朱启星

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 22.75

字 数: 526 千字

版 次: 2002 年 8 月第 1 版 2005 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-04872-7/R·4873

定 价: 25.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医药院校护理学专业 第三轮卫生部规划教材出版说明

为适应我国高等护理学教育改革的发展的需要,经卫生部护理学专业教材评审委员会审议,全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室决定从2001年开始对第二轮规划教材进行修订。在总结第二轮教材质量和使用情况的基础上,提出第三轮教材的编写要紧密围绕培养目标,突出护理学专业特色,淡化学科意识,注重整体优化,反映教改成果,促进专业建设,特别要注意培养学生的综合素质和创新能力。鉴于护理学专业本科教育的现状和发展趋势,护理学专业已形成较完整的体系,十分有必要编写一套包括医学基础课程和专业课程在内的护理学专业本科系列教材。经研究确定第三轮教材共26种,包括医学基础课程和护理学专业课程。其中有4种与专科共用(已出版);2种暂不修订(《护理管理学》、《护理心理学》);根据大家的意见和教学中的实际情况,确定将原《护理学导论》与《护理学基础》合并为《护理学基础》,原《病原生物学》更名为《医学微生物学与寄生虫学》。

第三轮教材目录

1. 人体形态学	主编 项 涛	副主编 周瑞祥	
2. 生物化学	主编 崔 行	副主编 廖淑梅	
3. 生理学	主编 樊小力	副主编 杜友爱	
4. 医学微生物学与寄生虫学	主编 刘晶星	副主编 沈继龙	
5. 医学免疫学	主编 孙汶生	副主编 王福庆	
6. 病理学	主编 步 宏	副主编 杨惠玲	
7. 药理学	主编 娄建石	副主编 杨宝峰	
8. 预防医学	主编 朱启星	副主编 吴小南	
9. 健康评估	主编 吕探云	副主编 李思进	
10. 护理学基础(第三版)	主编 殷 磊	副主编 于艳秋	
11. 护理教育学	主编 李小妹		
12. 护理研究(第二版)	主编 肖顺贞	副主编 胡 雁	
13. 内科护理学(第三版)	主编 尤黎明	副主编 孙国珍	袁 丽
14. 外科护理学(第三版)	主编 曹伟新	副主编 李乐之	
15. 妇产科护理学(第三版)	主编 郑修霞	副主编 夏海鸥	
16. 儿科护理学(第三版)	主编 崔 焱	副主编 王淑兰	
17. 中医护理学	主编 刘革新		
18. 眼耳鼻咽喉口腔科护理学	主编 任 重		
19. 精神科护理学	主编 李凌江		
20. 康复护理学	主编 姜贵云		
21. 护理管理学	主编 杨英华	副主编 李继坪	
22. 护理心理学	主编 戴晓阳	副主编 佟术艳	
23. 临床营养学(与专科共用,已出版)	主编 张爱珍		
24. 老年护理学(与专科共用,已出版)	主编 殷 磊		
25. 急救护理学(与专科共用,已出版)	主编 周秀华		
26. 社区护理(与专科共用,已出版)	主编 李继坪		

前 言

发展高等护理教育,培养适应现代化社会需要的高级护理人才,是我国 21 世纪高等医学教育改革深化的一项重要内容。随着医学模式和护理模式的转变,社会对高等护理专业人才的创新意识、科学素质和综合能力的要求也不断提高,预防保健学、护理学、医学及人文社会科学的理论和技能的培养与训练被列为高等护理专业人才培养四大目标。护理学专业本科学生在生物-心理-社会医学模式指导下建立“环境-人群-健康”思维轴线,掌握必要的预防保健基本知识、基本方法和基本技能,已成为学生今后在临床和社区开展护理实践、护理管理和护理科研的必备业务素质。

本教材是在全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室的组织、指导下,编写专家们按照“突出护理学专业特色,以护理程序为主线,以整体护理为指导思想”的教材编写要求,力求使本教材符合高等护理学专业的培养目标,做到集同类出版物之精粹、取中外预防医学科学研究之宝典、切合高等护理教育之需要、顺应现代医学模式转变的趋势,为发展我国高等护理教育添砖加瓦。在编写内容的组织安排上,遵照 2001 年 5 月广州护理学专业第三轮规划教材主编会议精神,服从于全套教材的系统性和完整性,不片面强调预防医学学科体系,以避免与其它教材不必要的重复,在具体编排中努力体现适合高等护理学专业教育的预防医学学科的内涵,在突出科学性和专业性的同时,特别强调适用性。在借鉴与创新、基础与应用、理论与实践、预防与护理等关系上,努力达到和谐统一。

本教材共分四篇、二十章。第一篇阐述预防保健策略与措施,第二篇阐述环境与健康,第三篇介绍人群健康研究的统计学方法,第四篇介绍人群健康研究的流行病学方法。为加深学生对课堂教学内容的理解,提高其预防保健技能,书后附有实习指导。在编写风格上,力求言简意赅,体现基础理论与实际应用相结合的原则,既有系统的理论知识,又针对护理实践特点突出了适用性。作为高等护理学专业的教材,本教材不仅供高等护理学专业师生教学之用,还可作为各级各类护理工作者的参考用书。

本教材的编写过程始终得到安徽医科大学领导的关心和支持,北京军医学院左月燃教授对编写大纲提出了许多建设性意见,安徽医科大学公共卫生学院臧桐华、阙惠芬、孙栩、冀元棠教授和福建医科大学公共卫生学院黄子杰教授帮助审阅了部分书稿;山东大学公共卫生学院张忠彬、承德医学院唐世英和张雷、武汉大学公共卫生学院陈华老师协助了部分章节的编写,在此一并致谢。

因编者水平有限,本教材中的错误与疏漏在所难免,希望各院校老师、同行和广大读者提出批评和宝贵意见,以便今后纠正和改进。

朱启星 吴小南

2002 年 3 月

目 录

绪论.....	(1)
第一篇 预防保健策略与措施.....	(6)
第一章 预防保健战略.....	(6)
第一节 全球卫生战略.....	(6)
第二节 我国卫生战略.....	(8)
第二章 预防保健措施	(13)
第一节 疾病控制	(13)
第二节 卫生监督	(36)
第三节 社区预防保健服务	(38)
第四节 特定人群保健	(42)
第五节 健康教育与健康促进	(46)
第六节 临床预防保健服务	(50)
第二篇 环境与健康	(55)
第三章 人类和环境	(55)
第一节 人和环境	(55)
第二节 环境污染对健康的影响	(58)
第三节 环境污染的防制措施	(63)
第四章 生活环境与健康	(65)
第一节 空气卫生	(65)
第二节 饮水卫生	(71)
第三节 地质环境和土壤卫生	(80)
第五章 生产环境与健康	(87)
第一节 职业性有害因素与职业性损害	(87)
第二节 生产性毒物与职业中毒	(98)
第三节 农药.....	(110)
第四节 生产性粉尘与职业性肺部疾病.....	(113)
第五节 物理因素及其危害.....	(119)

第六章 学习环境与健康	(128)
第一节 儿童少年生理、心理特点	(128)
第二节 学习环境的卫生要求.....	(132)
第七章 食物因素与健康	(138)
第一节 营养素.....	(138)
第二节 社区营养.....	(151)
第三节 食物中毒与预防.....	(158)
第四节 食品污染与预防.....	(166)
第八章 社会、心理行为因素与健康	(173)
第一节 社会因素与健康.....	(173)
第二节 心理行为因素与健康.....	(176)
第三篇 人群健康研究的统计学方法	(185)
第九章 医学统计学基本概念和基本步骤	(185)
第一节 统计学基本概念.....	(185)
第二节 医学统计工作的基本步骤.....	(187)
第十章 数值变量资料的统计分析	(189)
第一节 数值变量的频数分布.....	(189)
第二节 集中趋势指标.....	(191)
第三节 离散趋势指标.....	(195)
第四节 正态分布和医学参考值范围.....	(198)
第五节 均数的抽样误差和总体均数的估计.....	(201)
第六节 假设检验的基本步骤.....	(203)
第七节 t 检验和 u 检验	(205)
第八节 方差分析.....	(210)
第十一章 分类变量的统计分析	(217)
第一节 分类变量的统计描述.....	(217)
第二节 率的抽样误差与可信区间.....	(224)
第三节 率的 u 检验	(224)
第四节 χ^2 检验	(226)
第十二章 非参数统计	(233)
第一节 配对设计的符号秩和检验.....	(233)

第二节	成组设计的两样本比较的秩和检验	(235)
第三节	成组设计多个样本比较的秩和检验	(238)
第四节	配伍组设计的秩和检验	(242)
第十三章	回归与相关	(246)
第一节	直线回归	(246)
第二节	直线相关	(250)
第三节	直线相关与回归分析的关系	(251)
第四节	等级相关	(252)
第十四章	统计表与统计图	(254)
第一节	统计表	(254)
第二节	统计图	(256)
第四篇	人群健康研究流行病学方法	(263)
第十五章	流行病学基本概念和疾病的分布	(263)
第一节	流行病学的基本概念	(263)
第二节	疾病的地区分布	(266)
第三节	疾病的时间分布	(267)
第四节	疾病的人群分布	(269)
第五节	疾病的地区、时间和人群分布的综合描述	(271)
第十六章	描述性研究	(272)
第一节	概述	(272)
第二节	现况研究	(272)
第十七章	分析性研究	(279)
第一节	病例对照研究	(279)
第二节	队列研究	(287)
第十八章	实验流行病学	(294)
第一节	实验流行病学的基本概念	(294)
第二节	实验流行病学的研究方法	(295)
第三节	临床试验	(299)
第十九章	病因分析	(305)
第一节	病因的概念	(305)
第二节	病因研究方法	(307)

第三节 病因推导.....	(308)
第二十章 诊断试验和筛检试验.....	(312)
第一节 概念和方法.....	(312)
第二节 诊断试验和筛检试验的评价.....	(313)
第三节 提高试验效率的方法.....	(316)
附表 1 标准正态分布曲线下的面积 $\varphi(-u)$ 值	(318)
附表 2 t 界值表	(319)
附表 3 F 值表(单侧检验,方差分析用) $P=0.05$	(320)
附表 4 F 值表(单侧检验,方差分析用) $P=0.01$	(321)
附表 5 q 界值表(Newman-Keuls 法用)	(323)
附表 6 r_s 界值表	(324)
附表 7 χ^2 界值表	(325)
附表 8 T 界值表(配对比较的符号秩和检验用)	(326)
附表 9 T 界值表(两样本比较的秩和检验用, $n_1 < n_2$)	(327)
附表 10 M 界值表(随机区组比较的秩和检验用)	(328)
实习指导.....	(329)
实习一 环境污染案例讨论.....	(329)
实习二 食物中毒案例讨论(一).....	(330)
实习三 食物中毒案例讨论(二).....	(331)
实习四 生产环境与健康案例讨论(一).....	(332)
实习五 生产环境与健康案例讨论(二).....	(333)
实习六 尘肺 X 线胸片阅读	(334)
实习七 数值变量资料的统计描述.....	(337)
实习八 数值变量资料的统计推断.....	(339)
实习九 分类变量的统计分析.....	(341)
实习十 非参数统计.....	(343)
实习十一 回归与相关.....	(345)
实习十二 实验流行病学实习.....	(346)
实习十三 诊断试验和筛检试验的评价.....	(348)
中英文对照.....	(349)
主要参考文献.....	(354)

绪 论

人类在与疾病和各种危害健康因素的长期斗争中逐步形成了医学。随着人类进步和科学技术的发展,现代医学内涵日渐丰富,并逐步形成了基础医学(basic medicine)、临床医学(clinical medicine)和预防医学(preventive medicine)三大学科分支。现代医学的发展已远远超出“有病就医”的范畴,预防和控制疾病、保护和促进健康、延长寿命、提高生命质量已成为医学发展的主导方向。

一、预防医学的概念

预防医学是以人群为主要研究对象,以“环境-人群-健康”为模式,运用生物医学、环境医学和社会医学等理论和方法,探讨疾病在人群中发生发展以及自然和社会环境因素对人群健康和疾病的影响规律,以制定防制对策,达到预防疾病、促进健康和提高生命质量的目的。

预防医学具有以下特点:研究和工作对象主要为群体,也包括个体,群体预防要通过个体预防得以推动,群体预防水平的提高又可保护个体健康;工作重点是健康人和亚临床患者,也包括疾病患者;研究重点是健康与自然及社会环境的关系,也包括健康促进措施;工作目标是采用宏观和微观相结合,制定疾病防制和健康促进对策,预防疾病、促进健康、提高生命质量。

预防医学研究内容包括:用自然科学和社会科学相结合的方法研究生活环境、生产环境、学习环境、食物因素以及社会、心理、行为因素与健康的关系;研究制定预防保健策略和措施;应用流行病学和卫生统计学方法研究危害人群健康的疾病和不利健康因素的发生、发展规律,为制定防治对策、考核防治效果提供科学依据;研究预防保健、健康教育如何与治疗、康复以及计划生育有机结合,推动以预防为导向的社区卫生服务。

我国 21 世纪的预防保健目标的实现,需要从事预防、保健、治疗、卫生行政等工作者的共同参与,用法制的、行政的以及自然学科和社会科学相结合的综合性措施,将预防保健和临床医学、医学研究、社区卫生服务相结合,以农村为重点,动员全社会参与,方能得以实现。

二、预防医学的形成与发展

预防医学形成和发展是社会发展和医学科技进步的共同结果。

人类在同危害健康的各种疾病及其相关因素的长期斗争中逐步认识到,待疾病发生后再进行治疗,即使治愈,也会造成生活质量和经济等诸多损失,甚至留下终身残疾。我国古代医学家很早就认识到这个道理,并主张在疾病发生前进行积极的预防。《黄帝内经》中指出:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”,“夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎”。《千金要方》中“上医医未病之病,中医医欲病之病,下医医已病之病”,其“未病”、“欲病”和“已病”划分与现代预防医学中的三级预防概念

有十分相似之处。国外古代预防医学思想也可追溯到公元前,如古希腊名医希波克拉底在其名著《空气、水和土壤》中,第一次较系统地阐述了环境因素与疾病的关系。

人类历史上商品生产的发展,城市的出现和贸易交流增加,以及战争的出现,为鼠疫、天花、霍乱等严重威胁人类健康与生存的传染病的大流行提供了条件。尤其是18世纪中叶始于英国的产业革命所带来的工厂和工人数以及城市人口的急增,引发了一系列公共卫生问题,造成了霍乱、鼠疫等烈性传染病的广泛传播,结核病的爆发,人口死亡率上升,平均寿命的降低等,这些问题引起了当时社会和政府的广泛关注。社会需求、政府重视和医学科学工作者的促成,为预防医学形成奠定了社会基础。

1796~1798年,英国医生 Edward Jenner 发明了用牛痘预防天花,巴斯德(Couis Pasteur)对微生物的研究成果、科赫(Robert Koch)对炭疽病原体的确认,有关病原体的“科赫原则”的提出和科赫微生物学基本实验技术的创立,以及德国人佩滕科费(M. Pettenkopfer)用实验方法研究卫生学问题,及其《卫生学指南》合著的出版(1882年)等,均为预防医学形成作出了科学贡献。

19世纪末至20世纪初,人类在同天花、霍乱、鼠疫等烈性传染病的长期斗争中,逐步认识到:以个体为对象的疾病预防效率不高,而群体预防可起到事半功倍作用;疾病的预防应采用以群体为对象的免疫接种、疫情监测、隔离消毒、杀灭病媒动物、垃圾和粪便处理、食物和饮用水安全性保障等综合性公共卫生(public health)措施。于是出现了以群体预防为主要手段,以防治传染病和寄生虫病为主要目标的医学史上第一次卫生革命。世界各国相继建立了卫生防病机构和预防医学专业培训体系,预防医学作为一个独立的医学学科得到了确立和迅速发展。由于包括医学在内的自然科学的创新和进步,许多疾病的病因被揭示;疾病的诊疗技术不断发展,卫生检验效能的提高和各种针对传染病的疫苗的相继发明,加之多种安全高效杀虫剂、消毒剂、抗生素和一些化学性药物应用,人类在防治传染病和寄生虫病等方面取得了突破性进展,全球的传染病和寄生虫病的发病率、死亡率明显下降,第一次卫生革命取得了重大阶段性成果。

在传染病和寄生虫病被基本控制后,慢性非传染性疾病,如心、脑血管疾病、糖尿病及肿瘤等逐步成为人类主要死因,从20世纪60年代起,人类疾病预防的重点已从控制急性传染病为主逐步转向慢性非传染性疾病的防制,形成了第二次卫生革命。

我国目前正处在第一次和第二次卫生革命的交错时期,公共卫生和疾病控制任务十分艰巨。

三、我国预防医学的战略地位及面临的挑战

建国几十年来,在“预防为主”的卫生工作方针指导下,我国卫生工作成就举世瞩目。全国人口健康水平不断提高,死亡率和婴儿死亡率逐渐下降,平均寿命延长,一些健康指标已优于世界平均水平,有的指标已接近发达国家水平。建国以来我国卫生工作成功的经验证明,“预防为主”卫生工作方针的制定与落实,是降低发病率、死亡率和提高健康水平及生命质量最有效、最经济的卫生战略措施。由于我国仍属发展中国家,受经济发展水平等因素限制,继续坚持“预防为主”方针的卫生战略也是历史的必然选择。“预防为主”的卫生战略,在1996年中共中央、国务院召开的全国卫生大会上再次得以确立。

加强预防保健工作是我国经济可持续发展和国防建设的需要。任何以牺牲人类环境

和牺牲劳动者健康为代价的经济增长都不可能保持持续发展。预防医学在国防建设中对保证兵源质量、保持部队的战斗力、指导科学的军事训练、提高士兵的心理素质和健康水平的重要性也越来越受到重视。

随着社会进步、经济发展、全球经济一体化加快,以及人们对健康需求的不断提高,我国的预防医学仍面临着严峻的挑战。

传染病和寄生虫病依然对国民健康构成威胁,例如淋病、梅毒等性病死灰复燃,且越燃越烈;艾滋病发病人数和 HIV 感染均呈几何级增长;霍乱(埃尔托型)自 1961 年世界第七次大流行传入我国以后,一直呈周期性流行;我国甲型肝炎感染率达 70%、乙型肝炎表面抗原携带者大约一亿二千万人以上;我国还是肾综合征出血热流行最严重国家之一,尚存在活跃的鼠疫疫源地;结核病仍存在高患病率、高感染率;我国人口寄生虫平均感染率达 60%以上,人类近 20 年新发现的近 30 种传染病的多种病种在我国已被发现,有的已广泛存在。

慢性非传染性疾病对我国居民健康的危害性增加。我国从 20 世纪 70 年代中期开始,居民死因谱开始发生改变,其主要表现为慢性非传染性疾病的死因构成逐渐增大。进入 20 世纪 90 年代,高血压、脑卒中、冠心病、肿瘤、糖尿病等非传染性疾病占全国死因构成 70%以上。进入 21 世纪,非传染性疾病的危害还将继续呈明显上升趋势。

我国仍是世界上地方病危害最严重的国家之一。我国的地方病病种多、分布广、危害大,碘缺乏病、克山病、大骨节病、地方性氟中毒对病区居民的健康危害虽得到基本控制,但多数病区的患病危险因素仍存在,防病任务十分繁重。

我国职业病的危害也十分突出。我国工农业生产工艺水平与发达国家相比,还较落后,劳动条件较差,接触职业有害因素的人数多,加之乡镇企业的兴起,职业危害仍十分严重。

人口老龄化已带来许多预防保健新问题。2000 年全国第五次人口普查显示,我国 65 岁以上老年人达 8811 万人,占总人口的 6.96%。由于老年健康问题比其它任何年龄段都要高,且预防保健工作的难度大,尽快研究制定社会老年化所带来的一系列健康问题的预防措施十分迫切。

四、现代医学模式与健康观

(一) 医学模式

医学模式(medical model)是指人们对健康和疾病现象的思维方法,并据此观察、分析和处理有关人类健康和疾病问题。医学模式是医学科学发展和医学实践的历史总结。医学模式在促进医学科学发展,指导卫生工作实践和医学教育,推动卫生事业发展等方面发挥着重要作用。

不同的医学模式反映了特定历史时期医学科学总的特征。人类医学模式的确定和沿革是一个不断发展的历史过程,它受到各历史时期的生产力、科学水平以及哲学思想的影响,医学模式经历了“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”和现代的“生物-心理-社会医学模式”的发展和变革过程。

十九世纪下半叶出现的“生物医学模式”是一种单因-单果模式,它用纯生物医学思路分析传染病、寄生虫病等疾病的宿主、环境和病因之间的动态平衡。其在控制和消灭严重威胁人类健康的急、慢性传染病、寄生虫病等疾病的第一次卫生革命,以及促进现代医

学发展等方面都发挥了极大作用。但是,生物医学模式只注重人的自然属性,忽视了人的社会属性;只重视生物因素对健康影响,忽视了社会、心理因素在健康和疾病的发生、发展及转归中的重要作用。

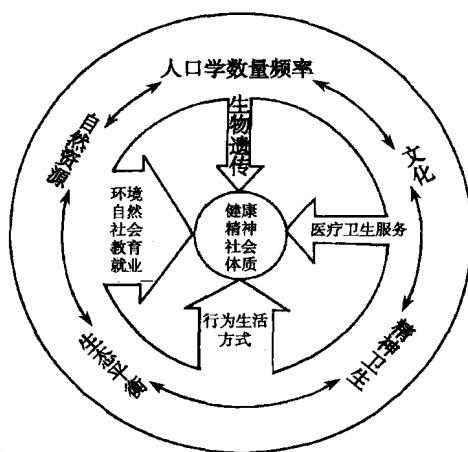
20 世纪的医学进入了整体(系统)医学时代。在疾病发生、发展及转归过程中,生物、心理、社会、行为及生活方式等因素得到充分重视,并形成了现代“生物-心理-社会医学模式”,此模式已成为医学史上第二次卫生革命的理论基础。

医学模式转变对护理学也产生了巨大影响。生物医学模式指导下的护理,强调“以疾病为中心”,其工作重点是执行医嘱和完成常规护理程序,忽视了心理、社会因素在疾病的发生、发展和转归中的作用。现代“生物-心理-社会医学模式”的形成使护理模式发生飞跃,其要求护理应从整体出发,掌握护理对象的心理状态、情绪反应、体格特征以及社会背景形成的个体特点等,以便更科学、更有序地实施整体护理。现代护理模式要求“以护理对象为中心”、“以健康为中心”,全面地观察、评估、分析和满足护理对象的生理、心理、精神和社会生活等方面的需求,帮助其获得最大程度的健康。

(二) 健康观及影响健康因素

人们对“健康”的认识随着医学的发展,特别是医学模式的转变而逐步得以深化。生物医学模式的“健康”标准主要以机体的生理功能完善和体格的外观为依据,于是出现了“无病就是健康”、“结实的体格和完善的功能,并充分发挥其作用”便是健康的观点,而现代医学模式对“健康”的定义正如世界卫生组织宪章中所表述的:“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和不虚弱”,即认为健康是一种状态。

健康是一种动态的“状态”,即健康和疾病之间是一个无界限的连续谱,此“状态”不断受到环境因素(自然环境因素和社会环境因素)、行为、生活因素、卫生服务以及生物遗传等因素的影响。(图绪-1)



图绪-1 影响健康的主要因素示意图

五、护理专业学生学习预防医学的意义

现代医学的发展和医学模式的转变使护理工作职责扩大为:“促进健康、预防疾病、恢

复健康、减少痛苦”。护理工作已由以疾病为中心转变为以病人为中心、以健康为中心的整体护理,护理工作范围也从个体扩大到社区人群,其工作职责也由配合临床治疗扩大到参与预防、保健、康复和健康教育的综合性卫生服务,护理人员在 21 世纪的“预防保健型”卫生服务中将发挥更重要的作用。

预防医学作为护理专业的一门必修课,要求学生通过学习应达到:

1. 能全面了解现代医学模式的内涵,正确把握人的自然属性和社会属性,正确理解健康及其健康与疾病的关系以及健康与环境、心理、行为等因素的关系,重视预防保健在现代整体护理中的地位和作用。

2. 掌握一定的预防医学基础理论和基本技能,建立“预防为主”、“生态平衡”、“三级预防”和“大卫生观”等预防医学观念,在护理工作中自觉贯彻“预防为主”工作方针、更好地维护和促进服务对象的健康,努力提高其健康水平和生命质量。

3. 能运用现代预防医学思维方法,正确地应用流行病学方法和卫生统计学方法,观察、分析和解决护理工作中各种与健康相关的问题。

4. 能在临床和社区护理等卫生服务中,将预防、保健、健康教育、治疗与护理有机地结合,提高从事卫生服务的能力和水平。

(朱启星)

第一篇 预防保健策略与措施

第一章 预防保健战略

第一节 全球卫生战略

全球卫生战略是指导世界各国为实现“人人享有卫生保健”所制订的全局性的计划和策略,包括全球卫生目标、卫生政策、衡量目标实现程度的评价指标和具体措施等方面,这是世界各国人民共同协调与合作,为全人类的健康事业所制订的共同战略。

一、全球卫生战略目标

(一) 全球卫生状况

20 世纪 70 年代中期,WHO 全面分析了世界卫生状况,表明了自二次世界大战以来几十年里,人类的健康水平有明显改善,但其现状及发展趋势并不令人满意。在人口众多的亚非拉国家,有相当一部分居民连起码的温饱问题得不到解决,文化、卫生及营养水平仍相当低,贫困、文盲、人口拥挤、环境污染、民族纠纷和局部战争不断;发展中国家的大多数居民并没有得到应有的卫生服务。但社会的发展使人们越来越认识到了健康应该是每个人应该享受的一种基本权力,要实现这一世界性的社会目标,必须采取广泛的、切实可行的全球性措施。于是,WHO 经过各国总结卫生保健的经验和教训,逐步明确了世界卫生保健的目标和方向。

1977 年第 30 届世界卫生大会通过了 30·43 号决议,首次提出世界卫生组织和各国政府的主要卫生目标应该是到 2000 年使全世界的公民都具有过富裕的社会生活与经济生活所需要的健康水平,即“2000 年人人享有卫生保健”(health for all by the year 2000, HFA/2000)。1978 年 WHO 与联合国儿童基金会在前苏联的阿拉木图联合召开国际初级卫生保健会议,在发布的《阿拉木图宣言》中指出了在全球范围推行初级卫生保健(primary health care, PHC)是实现“2000 年人人享有卫生保健”的关键措施。1979 年第 32 届世界卫生大会批准了阿拉木图宣言,开始制订全球卫生战略。1981 年第 34 届世界卫生大会通过了“2000 年人人享有卫生保健”的全球卫生战略规划,并要求各成员国自愿参加这一卫生协议,制订相应策略和指标,以检查全球卫生战略的进展及评价其效果。

自 20 世纪 70 年代以来,各国政府和非政府组织日益接受 WHO 提出的“人人享有卫生保健”策略,并作为努力改善社会健康状况的总目标,大多数国家采纳了初级卫生保健。由于经济、技术的发展,基础设施的扩大,识字率的提高、收入的增加以及营养、环境卫生、教育机构的改善,许多国家传染病发病率已经下降,降低了婴儿和儿童死亡率。

但在世界范围内实施全球卫生策略进程中仍存在不少问题,如不少国家对“人人享有

卫生保健”的政治承诺不足；在获得初级卫生保健服务方面未能实现公平；妇女地位继续低微；社会经济发展缓慢；许多国家政府在协调卫生行动方面尚有困难；人力资源分布不平衡及其支持的力度薄弱；健康促进的活动普遍不足；卫生信息系统薄弱和缺乏基线数据；环境污染、食品安全性差、缺乏安全水供应和环境卫生设施；人口老龄化和疾病流行模式迅速变化；昂贵技术的不适当使用和资源分配不合理；自然和人为灾害等。面对世界新的政治、经济、社会和环境状况，WHO 提出了 21 世纪“人人享有卫生保健”的全球卫生总目标，并提出了具体目标和制订了相应的行动计划。

（二）全球卫生目标

1. 21 世纪“人人享有卫生保健”的总目标和现阶段的战略行动 “人人享有卫生保健”的战略目标旨在使全世界人民普遍并在其一生有机会实现并保持最可能的健康水平。总目标是：①使全体人民增加期望寿命和提高生活质量；②在国家之间和国家内部改进健康的公平程度；③使全体人民利用可持续发展的卫生系统提供服务。

2. 到 2020 年全球“人人享有卫生保健”的具体目标：①到 2005 年将在国家内和国家间使用健康公平指数作为促进和监测健康公平的基础，并且将以测定儿童发育为基础来评价公平；②到 2020 年将实现在世界会议上商定的孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率和期望寿命的具体目标；③到 2020 年全世界疾病负担将极大减轻，拟将通过实施旨在扭转目前结核、艾滋病、疟疾、烟草相关疾病和暴力/损伤引起的发病率和残疾上升趋势的疾病控制规划予以实现；④到 2010 年恰加斯病(Chagas' disease)的传播将被阻断，麻风将被消灭；到 2020 年麻疹将被根除，淋巴丝虫病和沙眼将被消灭；此外，维生素 A 和碘缺乏症在 2020 年前也将被消灭；⑤到 2020 年所有国家将通过部门间行动，在提供安全饮用水，适当环境卫生，数量充足和质量良好的食物和住房方面取得重大进展；⑥到 2020 年所有国家将通过管理、经济、教育、组织和以社区为基础的综合规划，采纳并积极管理和监测能巩固促进健康的生活方式或减少有损健康的生活方式的战略；⑦到 2005 年所有会员国将有制定、实施和监测与“人人享有卫生保健”政策相一致的各项具体政策的运行机制；⑧到 2010 年全体人民将在其整个一生获得由基本卫生职能支持的综合、基本、优质的卫生保健服务；⑨到 2010 年将建立起适宜的全球和国家卫生信息、监测和警报系统；⑩到 2010 年研究政策和体制的机制将在全球、区域和国家各级予以实施。

（三）全球卫生政策

1. 实现“人人享有卫生保健”总目标的战略行动 为了实现总目标，现阶段应当实施的战略行动是：①与贫困作斗争，加速人类发展和经济增长，使贫穷的人口和社区摆脱贫困，是实现总目标的基础；②在所有环境中促进健康，积极防治疾病和消除致病因素，提高卫生的公众形象和人民的健康意识，是实现总目标的关键；③使部门卫生政策相一致，通过协调政府各部门间的政策和关系，以期最大可能促进社会健康事业的发展，是实现总目标的保障；④将卫生列入可持续发展计划，使健康成为人类可持续发展的中心和优先考虑的问题，是实现总目标的动力。

2. 全球卫生政策内容 ①健康是一项基本人权，是全世界的一项目标；②当前在人民健康状况方面存在着巨大差异是所有国家共同关切的问题，这些差异必须大大加以缩小。因此，各国内部和国与国之间要合理分配卫生资源，以便都能推行初级卫生保健。③人民有权力，也有义务单独或集体参加他们的卫生保健计划和实施工作。④政府对人